

โรงพยาบาลมวกเหล็ก จ. สระบุรี

ระเบียบปฏิบัติงาน รหัสเอกสาร : P-PCT-004	เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ		
	เริ่มใช้ : 1 พ.ค.2557	พิมพ์ครั้งที่ : 1	แก้ไขครั้งที่ :
			หน้า : 2

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง
การดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

ผู้รับผิดชอบ		ลงชื่อ	วัน เดือน ปี
จัดทำโดย	นางสาวพัชรินทร์ เจริญผล		1 พ.ค.2557
ทบทวนโดย	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย		1 พ.ค.2557
อนุมัติโดย	แพทย์หญิงศิรดา ภูริวัฒนพงศ์		1 พ.ค.2557

บันทึกการแก้ไข

ฉบับที่	วันที่มีผลบังคับใช้	สถานะเอกสาร
1	1 พ.ค.2557	

สำเนาฉบับที่ :

เอกสารฉบับ

ควบคุม

ไม่ควบคุม

โรงพยาบาลมวกเหล็ก	หน้า : 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-PCT-004	ฉบับที่ : 1
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ	วันที่ : 1 พ.ค.2557
แผนก : PCT	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ER,IPD,OPD,LAB
ผู้จัดทำ : นางสาวพัชรินทร์ เจริญผล	ผู้อนุมัติ : แพทย์หญิงศิรดา ภูริวัฒนพงศ์

1. วัตถุประสงค์

โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่ต้องการการรักษาทางศัลยกรรมที่เร่งด่วนซึ่งพบได้บ่อยที่สุดในผู้ใหญ่และวัยเด็ก ประมาณ 7% ของประชากร ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 10 ปี ถึง 30 ปี แม้ว่าจะพบบ่อยแต่ยังมีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้องแม่นยำได้ยากในบางราย ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ แต่เมื่อผ่าตัดเข้าไปก็พบว่าไส้ติ่งไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยบางรายแม้จะไปพบแพทย์แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น จนกระทั่งไส้ติ่งแตกแล้วจึงได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบ ดังนั้น PCT จึงพัฒนาระเบียบปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทุกราย เป้าหมาย ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการส่งต่อจาก โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Alvarado score ร้อยละ 80

2. ขอบข่าย

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทุกราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล มวกเหล็ก

3. คำนิยามศัพท์

ไส้ติ่งอักเสบ (อังกฤษ : Appendicitis) เป็นโรคที่เกิดกับไส้ติ่ง เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทุกรายต้องได้รับการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก หากไม่ได้รับการรักษาแล้วจะมีอัตราการตายสูง การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบและภาวะช็อค

4. เอกสารอ้างอิง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ, แบบประเมินผู้ป่วย Appendicitis โดยใช้ Alvarado Score

5. นโยบาย เนื่องจากโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาศัลยกรรม จังหวัดสระบุรี ปี 2557 เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโดยใช้เกณฑ์การประเมิน Alvarado Score

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-PCT-004	หน้า : 2/2
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ	

6. ความรับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพ ประเมินอาการและอาการแสดง ใช้แบบประเมินผู้ป่วย Appendicitis โดยใช้ Alvarado Score รายงานแพทย์, แพทย์ตรวจวินิจฉัย และประสานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสระบุรี เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรตรวจ CBC

7. วิธีปฏิบัติ

พยาบาลใช้แบบประเมิน Alvarado score ในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยไส้ติ่งอักเสบ แพทย์ตรวจวินิจฉัยโดยใช้แบบประเมิน Alvarado score เมื่อพบว่าคะแนน

Alvarado Score > 7 ควร Refer ทุกรายและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดหรือ investigation เพิ่ม
 Alvarado Score 5-6 ถ้าบ้านไกล ให้Admit ถ้าบ้านใกล้ ไม่ต้องAdmit ให้คำแนะนำถ้าปวดมากให้มารพ.
 Alvarado Score 0-4 คั่นหาสาเหตุ

ข้อเสนอแนะ กรณีสถานบริการสาธารณสุขไม่สามารถตรวจ LAB ได้ ให้คิดคะแนนเต็ม 7 คะแนน
 เมื่อประเมินอาการและตรวจร่างกายได้คะแนน 4-5 คะแนน น่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบ ควร Refer

การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ

1. แพทย์โทรศัพท์ประสานไปโรงพยาบาลปลายทาง
2. นำใบRefer, สำเนาแบบประเมินผู้ป่วย Appendicitis โดยใช้ Alvarado Score, ผลCBC
3. พยาบาลวิชาชีพนำส่ง หรือ EMTI นำส่งกรณีผู้ป่วยมี vital sign stable และใบ RF 02

แบบประเมินผู้ป่วย Appendicitis โดยใช้ Alvarado Score โรงพยาบาลมวกเหล็ก ต.มิตรภาพ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี

เริ่มใช้ 1พ.ค. 2557

วันที่.....เวลา.....ชื่อผู้ป่วย.....อายุ..... ปี HN.....
 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยปวดท้อง ก่อนมาโรงพยาบาลต้นทาง.....วัน.....ชั่วโมง
 รพ.ต้นทาง Refer () ไม่ใช่ () ไข้ วันที่.....เวลา.....
 ถึงรพ.ปลายทาง วันที่.....เวลา.....

เกณฑ์การประเมิน Alvarado Score

ประเมิน	Parameter	เกณฑ์ชี้วัด	คะแนน	วัน/เวลา	วัน/เวลา
			
อาการ	Migratory of pain	ปวดท้องย้ายที่มาปวดท้องน้อยข้างขวา	1		
	Anorexia	เบื่ออาหาร	1		
	Nausea/Vomiting	คลื่นไส้และ/หรืออาเจียน	1		
ตรวจร่างกาย	Tender at right iliac fossa	กดเจ็บท้องน้อยด้านขวา	2		

	Rebound tenderness	กดลงไปปวด ปล่อยมือออกปวดมาก	1		
	Fever	ไข้ > 37.3	1		
LAB	Leukocytosis	WBC > 10,000	2		
	Shift to the left	Neutrophil \geq 75	1		
รวม			10		

- หมายเหตุ**
- Score 9-10 มีโอกาสเกือบ 100% ที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ
 - Score 7-8 มีโอกาสสูงที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ
 - Score 5-6 น่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบ
 - Score 0-4 มีโอกาสน้อยที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องและสงสัย Appendicitis ถ้ามี

Alvarado Score > 7 ควร Admit ทุกรายและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดหรือ investigation เพิ่ม

Alvarado Score 5-6 ถ้าบ้านไกล ให้ Admit ถ้าบ้านใกล้ ไม่ต้อง Admit ให้คำแนะนำถ้าปวด มากให้มารพ.

Alvarado Score 0-4 ค้นหาสาเหตุ

ข้อเสนอแนะ กรณีสถานบริการสาธารณสุขไม่สามารถตรวจ LAB ได้ ให้คิดคะแนนเต็ม 7 คะแนน

เมื่อประเมินอาการและตรวจร่างกายได้คะแนน 4-5 คะแนน น่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบ ควร Refer

การวินิจฉัยเมื่อจำหน่ายจาก รพ.ปลายทาง.....

ที่มา: โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาศัลยกรรม จังหวัดสระบุรี ปี 2557

การพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโดยใช้เกณฑ์การประเมิน Alvarado Score

ภาคผนวก

แนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่ต้องการการรักษาทางศัลยกรรมที่เร่งด่วนซึ่งพบได้บ่อยที่สุดในผู้ใหญ่และวัยเด็ก ประมาณ 7% ของประชากร ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 10 ปี ถึง 30 ปี แม้ว่าจะพบบ่อยแต่ยังมีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้องแม่นยำได้ยากในบางราย ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้นี้ แต่เมื่อผ่าตัดเข้าไปก็พบว่าไส้ติ่งไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยบางรายแม้จะไปพบแพทย์แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น จนกระทั่งไส้ติ่งแตกแล้วจึงได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบ

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยลักษณะทางคลินิก (clinical manifestation) คือ อาการและการตรวจพบเป็นหลัก โดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาช่วยในการวินิจฉัย อาศัยประวัติและการตรวจร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญที่สุด

อาการ

อาการปวดท้อง เป็นอาการที่สำคัญที่สุด ตอนแรกมักจะปวดรอบๆ สะดือ (อาจปวดแบบบีบ ๆ หรือปวดแน่น ปวดไม่มาก) หรือบอกไม่ได้แน่ชัดว่าปวดที่บริเวณใดแต่ระยะต่อมาอาการปวดจะชัดเจนที่ท้องน้อยด้านขวา(right lower quadrant-RLQ)

อาการอื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วยคือ

- คลื่นไส้ อาเจียน อาการนี้พบได้ในผู้ป่วยเกือบทุกราย
- ไข้ มักจะเกิดหลังจากเริ่มอาการปวดท้องแล้วระยะหนึ่ง มักจะเป็นไข้ต่ำๆไม่สูงมาก
- เบื่ออาหาร, ท้องเสีย

Classic Symptoms (พบได้ประมาณ 50%) อาการปวดรอบสะดือในช่วงแรกแล้วย้ายมาที่ตำแหน่งท้องด้านขวา ล่าง ภายหลัง 6 – 8 ชั่วโมง ร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน มีไข้ต่ำๆ (ตารางที่1)

อาการ	ความถี่ (%)
ปวดท้อง	~ 100
เบื่ออาหาร	~100
คลื่นไส้	90
อาเจียน	75
Pain migration	50

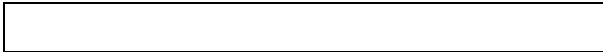
ตารางที่1 อาการและความถี่ของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

การตรวจร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย

การกดเจ็บเฉพาะที่ (local tenderness) เกือบทั้งหมดจะมี maximal tenderness ที่ RLQ เป็นอาการแสดงที่สำคัญที่สุดผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี rebound tenderness ในระยะที่ท้องยังนิ่มอยู่ หรือมี guarding ร่วมด้วย ในผู้ป่วยไส้ติ่งแตกทะลุ tenderness และ guarding มักตรวจพบบริเวณกว้างขึ้นหรือพบทั่วบริเวณท้องน้อยส่วนล่างทั้ง 2 ข้าง จากกรณี pelvic peritonitis ในรายที่เป็นก้อนไส้ติ่งอักเสบ (appendiceal mass) จาก phlegmon หรือ abscess มักคลำได้ก้อนที่ RLQ บริเวณท้องด้านขวาล่าง

ตำแหน่งของไส้ติ่ง อาจมีผลทำให้การตรวจร่างกายแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ถ้าตำแหน่งไส้ติ่งไม่ได้อยู่ใน intraperitoneal อาจทำให้อาการเจ็บที่ท้องด้านขวาล่าง ตรวจได้ไม่ชัดเจน ถ้าตำแหน่งไส้ติ่งเป็น retrocaecal อาจกดเจ็บที่ตำแหน่งสีข้าง และตรวจ Psoas sign ได้ผลบวก ถ้าตำแหน่งไส้ติ่งอยู่ในอุ้งเชิงกราน ตรวจหน้าท้องไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่ PR แล้วผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บมาก และตรวจ obturator sign อาจให้ผลบวก การตรวจร่างกายอื่น ๆ ที่อาจให้ผลบวกได้ Rovsing’s sign กด (คลำ) บริเวณท้องด้านซ้ายล่างแล้วผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดบริเวณท้องด้านขวาล่าง Dunphy’s sign ให้ผู้ป่วยไอ จะรู้สึกเจ็บมากขึ้น บริเวณท้องด้านขวาล่าง ผู้ป่วยที่ตำแหน่งไส้ติ่งอยู่ที่ retrocaecal, retroperitoneal และวางอยู่บน psoas muscle อาจนอนอยู่ในท่า flex สะโพกขวาตลอดเวลา

การตรวจร่างกายที่พบในไส้ติ่งอักเสบ
Tenderness in RLQ (สำคัญที่สุด)
ไข้ (~ 38.0c)
Rebound tenderness
Guarding
Obterator sign
Psoas sign
Rovsing sign
Dunphy sign



ตารางที่2 ลักษณะที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกายที่สำคัญ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และทางรังสีวิทยา

การตรวจนับเม็ดเลือด(CBC) พบ leucocytosis (WBC >10,000) sensitivity 80% แต่ specificity ต่ำ 95% ของร่วมกับมี Neutrophil predominate

การตรวจปัสสาวะ(UA) ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกไป เช่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ นิวโรในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้นแต่ ไม่ช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ

การถ่ายภาพรังสีของช่องท้อง(plain film abdomen) ส่วนใหญ่ไม่ช่วยในการวินิจฉัย แต่ถ้าพบ fecalith ที่ RLQ จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบมาก

การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง(Ultrasound) (Graded compression sonography) ช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ แต่การทำ ultrasound ในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยเป็นไส้ติ่งอักเสบไม่พบว่าจะเพิ่ม diagnostic accuracy หรือลดอัตรา negative appendectomy ลง เมื่อเปรียบเทียบกับ clinical assessment

CT scan ช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ sensitivity 92% - 97%

การใช้ Clinical scale มาช่วยในการวินิจฉัย

Alvarado scale เป็น scale ที่นิยมนำมาใช้ช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ

เกณฑ์การประเมิน Alvarado Score

ประเมิน	Parameter	เกณฑ์ชี้วัด	คะแนน	วัน/เวลา	วัน/เวลา
อาการ	Migratory of pain	ปวดท้องย้ายที่มาปวดท้องน้อยข้างขวา	1		
	Anorexia	เบื่ออาหาร	1		
	Nausea/Vomiting	คลื่นไส้และ/หรืออาเจียน	1		
ตรวจร่างกาย	Tender at right iliac fossa	กดเจ็บท้องน้อยด้านขวา	2		
	Rebound tenderness	กดลงไปปวด ปล่อยมือออกปวดมาก	1		
	Fever	ไข้ > 37.3	1		
LAB	Leukocytosis	WBC > 10,000	2		
	Shift to the left	Neutrophil \geq 75	1		
รวม			10		

การใช้ Alvarado scale อาจช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบแม่นยำขึ้น

Score 9-10 ผู้ป่วยมีโอกาสเกือบ 100% ที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ

Score 7-8 มีโอกาสสูงที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ

Score 5-6 น่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบ

Score 0-4 มีโอกาสน้อยที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ

การรักษา

แบ่งการรักษาตามลักษณะของผู้ป่วยดังนี้

1. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แนะนำให้การรักษาด้วยการ ผ่าตัดโดยด่วนหลังจากการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมและเหมาะสมต่อการให้ยาสลบและการผ่าตัด

2. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนว่าจะเป็โรคไส้ติ่งอักเสบ แต่มีสิ่งที่ทำให้สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคนี้ ควรรับตัวไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินลักษณะทางคลินิกต่อเป็นระยะๆ โดยดน้ำและอาหาร และไม่ให้ยาปฏิชีวนะ เมื่อลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดเจนขึ้นว่าน่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน จะได้นำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดรักษาอย่างทันท่วงที ทั้งนี้อาจปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นเพื่อช่วยพิจารณา

3. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ไม่แตกทะลุ ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด แต่เมื่อผ่าตัดพบว่าไส้ติ่งอักเสบไม่แตกทะลุ ก็ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะต่อหลังผ่าตัด แต่ถ้าพบว่ามีไส้ติ่งแตกทะลุก็ให้ยาปฏิชีวนะต่อ

4. ในรายที่การตรวจร่างกายบ่งชี้ว่ามี peritonitis ซึ่งเกิดจากการแตกของไส้ติ่งอักเสบ ในเด็กมักมีลักษณะ generalized peritonitis ส่วนผู้ใหญ่จะเป็น pelvic peritonitis ก่อนนำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดควรใช้วิธีรักษาแบบประคับประคองให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมในการให้ยาสลบและการผ่าตัด เช่นการให้ intravenous fluid ที่เหมาะสมให้เพียงพอซึ่งอาจใช้เวลาสักกระยะ ดูว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกดีแล้ว ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ถ้าท้องอืดมากควรใส่ nasogastric tube ต่อ suction อาจใช้เวลาในการเตรียมผู้ป่วย 2-4 ชั่วโมงก่อนนำผู้ป่วยไปผ่าตัด

5. กรณีที่ไส้ติ่งแตกทะลุระหว่างการผ่าตัด หรือไส้ติ่งไม่แตกทะลุ แต่รุนแรงถึงขั้น gangrenous appendicitis แนะนำให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง 1-3 วันแล้วแต่พยาธิสภาพ

6. ในรายที่มีอาการมาหลายวันและการตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนที่ RLQ ที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็น appendiceal phlegmon หรือ abscess ควรจะรักษาโดยวิธีประคับประคองโดยให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมกว้างขวาง ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษา เช่น อาการปวดท้องดีขึ้น ก้อนเล็กลง ให้รักษาต่อโดยวิธีประคับประคอง และนำผู้ป่วยไปทำ elective appendectomy หลังจากนั้น 6 สัปดาห์ - 3 เดือน แต่ถ้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่ดีอาจจำเป็นต้องผ่าตัดเลย ถ้าพยาธิสภาพรุนแรงมาก อาจทำเพียงระบายหนอง แต่ถ้าพยาธิสภาพไม่รุนแรง และสามารถตัดไส้ติ่งออกได้เลย ก็แนะนำให้ทำ