

# ไส้เลื่อนผ่านช่องในกระบังลมส่วนหลังเข้าทรวงอกแต่กำเนิด

(รายงานของตนัก ๒ ราย)

CONGENITAL POSTERO-LATERAL DIAPHRAGMATIC HERNIA (BOCHDALEK),

Report of 2 cases:

น.พ. วิรุฬห์ ขาวบริสุทธิ์ พ.บ.

พ.ญ. กวิน สุรวงศ์ บุณนาค M.D. แผนกรังสีวิทยา

น.พ. ชิน บุรณธรรม พ.บ.

น.พ. สมาน มั่นการณ M.B., F.R.C.S. แผนกศัลยศาสตร์  
ร.พ. จุฬาลงกรณ์

.....

ในเดือนแรกของชีวิตมนุษย์ที่อยู่ในครรภ์นั้น กระบังลมยังไม่เกิด ช่องอก ช่องหัวใจ และ ช่องท้อง ติดต่อกันเป็นช่องเดียว ต่อมาจึง เกิดมี Septum transversum มากั้นช่องหัวใจจาก ช่องท้องก่อนแล้วมี Mesodermal Cells จากส่วน บนๆ ของ Dorsal Mesentery และ Pleuro-peritoneal folds เจริญมาติดต่อกัน และพยายามที่จะ กันแยกช่องอกกับช่องท้อง แต่ก็มักจะทิ้งช่อง เหลือไว้ทางส่วนหลัง ๆ (Postero-lateral) ทั้ง ๒ ข้าง ซึ่งเรียกว่า Pleuroperitoneal hiatus or Foramen of Bochdalek (1848) ช่องนี้จะถูกคลุมทับ อีกชั้นหนึ่งโดยเนื้อเยื่อ (Serous membranes) ที่ บุช่องอกทางด้านบน (Diaphragmatic Pleura) และที่บุช่องท้องทางด้านล่าง (Peritoneum) หลังจากนั้นจึงจะมี Striated muscles และ phrenic erves จาก Cervical myotomes (3, 4, 5) และ จาก Body wall เกิดขึ้นระหว่างชั้นเนื้อเยื่อทั้งสอง นั้น เพื่อปิดช่อง และเสริมสร้างความมั่นคงให้

แก่กระบังลม และกันช่องท้องกับช่องอกไว้ โดย ปรกติกระบังลม จะปิด สมบูรณ์ใน ทางปรกติ ซึ่งมี อายุราว ๘ อาทิตย์ (Potter)

ถ้าการเจริญเติบโตของกระบังลม แม้ส่วน ใดส่วนหนึ่ง ผิดปรกติไปตั้งแต่ในตอนแรก ๆ เด็ก มักจะคลอดโดยมีช่องท้องและช่องอกติดต่อกัน โดยช่องซึ่งอาจอยู่ ณ ตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดของ กระบังลมก็ได้ และก็เป็นสาเหตุของการเกิดไส้ เลื่อนผ่านกระบังลมแต่กำเนิด

KEITH (1910) รายงานคนไข้ที่เป็นไส้เลื่อน ผ่านช่องในกระบังลมส่วนหลังแต่กำเนิด พบว่า ๑๗ รายเป็นข้างซ้าย และ ๔ รายข้างขวา

LADD และ GROSS (1951) รายงานไว้ว่า ไส้เลื่อนที่ผ่านกระบังลมแต่กำเนิดนั้น อาจเกิด ได้หลายตำแหน่ง เขาแบ่งเป็น ๓ คือ :-

(๑) ผ่าน Pleuroperitoneal hiatus หรือ Postero-lateral part จัดเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด และพบมากทางซ้ายกว่าทางขวาลึถึง ๕ เท่า และ

ขนาดของช่องนี้ก็มีต่างกัน มีน้อยรายที่ช่อง  
โหว่มากจนเกือบไม่มีกระบังลมเหลือ

(๒) ผ่าน Esophageal hiatus

(๓) ผ่าน Retrosternal area (Foramen  
of Morgagni)

จากคนไข้ ๕๑ ราย ที่ Children hospital  
เขารายงานแยกไว้ดังนี้

ชนิดที่ผ่าน Posterolateral part นั้น ผ่าน  
ข้างซ้าย ๖๕ ราย, ข้างขวา ๑๓ ราย

ชนิดที่ผ่าน Esophageal hiatus นั้น มีอยู่  
๕ ราย และ

ชนิดที่ผ่าน Retrosternal area ก็มีอยู่เพียง  
๔ ราย

ไส้เลื่อนที่ผ่านกระบังลมแต่กำเนิด นับเป็น  
โรคที่พบไม่บ่อยนัก BAUMGARTNER and  
SCOTT ได้บันทึกไว้ว่า ในช่วงระยะ ๒๐ ปี ตั้งแต่  
ปี ๑๙๒๙-๑๙๔๕ ที่ Los Angeles County Hospital  
นั้น มีเพียง ๒๐ ราย และตามรายงานของแผนก  
พยาธิวิทยา มหาวิทยาลัย Minnesota พบว่ามีไส้  
เลื่อนพวกนี้เพียง ๓๙ ราย จากการตรวจศพเด็กที่  
เกิดตาย และที่ตายในปีแรกของชีวิต จำนวน  
๕๖๒๕ ราย ก่อเท่ากับ ๑ ต่อ ๑๓๕ เท่านั้น

แม้ เป็นโรคที่พบไม่บ่อยนัก แต่ก็ เป็น  
สาเหตุสำคัญเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เด็กเสียชีวิตโดยง่าย  
GREEN WALD (1929) ได้รายงานคนไข้แรก  
เกิด ๕๐ ราย ที่เป็นไส้เลื่อนชนิดที่ผ่าน Foramen  
of Bochdalek นั้น มี ๑๒ รายที่มีชีวิตไม่ถึง ๑  
ชั่วโมง, ส่วน ๕ รายไม่ข้ามวัน และอีก ๒ ราย  
ไม่ถึง ๓๖ ชั่วโมง

POTTER (1952) กล่าวว่าที่ Chicago Lying-  
In Hospital นั้น ไส้เลื่อนชนิดนี้มักมีช่องกว้าง  
มาก มีคนไข้เพียง ๑ คนเท่านั้น ที่มีชีวิตมากกว่า  
๖ ชั่วโมง นอกนั้น ส่วนใหญ่ไม่ทันได้หายใจเลย  
บางรายก็มี Pulmonary hypoplasia ด้วย

ในเมืองไทย พ. เนาวรัตน์ เซ็นสาส์น และ  
พ. เอนก ยุวจิตติ ได้รายงานคนไข้ไว้ ๑ ราย เมื่อ  
ค.ศ. ๑๙๕๗ เป็นไส้เลื่อนผ่านกระบังลมแต่กำเนิด  
ทาง Pleuroperitoneal hiatus และปอดข้างซ้ายไม่  
ขยายตัวเลย คนไข้มีชีวิตอยู่ได้ถึง ๘ วัน

ที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ ในปี ๑๙๕๗ ได้มีเด็ก  
ชายและเด็กหญิง อายุ ๖ และ ๘ วันตามลำดับ  
เป็นไส้เลื่อนชนิดนี้ (Congenital posterolateral  
diaphragmatic hernia) และได้รับการผ่าตัด ก็  
หายดีทั้ง ๒ ราย

BOWERS, Mc. ELIN, DORSEY ได้รายงาน  
คนไข้ที่เป็น Congenital Diaphragmatic Hernia  
ในระหว่าง ม.ค. ๑๙๔๔ ถึง ม.ค. ๑๙๕๔ จำนวน  
๑๓ ราย จาก Evanston Hospital ซึ่งมีการคลอด  
๑๕,๕๕๖ ราย (๑ ต่อ ๑๑๕๖) พบว่ามีอัตรา  
ตายถึง ๙๒.๓%, ๔ รายที่ได้รับการผ่าตัดก็เหลือ  
เพียงรายเดียว ในจำนวนนั้น ๒ รายยังมีชีวิตอยู่  
ได้ถึง ๑ วัน อีก ๕ รายตายในไม่ถึง ๒ ชั่วโมง  
กล่าวว่า การเกิดไส้เลื่อนชนิดนี้ไม่เกิดกับ Sex,  
Period of gestation, Maternal age หรือ Gravity  
& Parity แต่อย่างใดเลย

อนึ่ง ยังมีคนไข้ที่โรคนี้ ที่เป็นไส้เลื่อนผ่าน  
Foramen of Bochdalek และมีอวัยวะในช่องท้อง  
เข้าไปอยู่ในช่องอกผ่านรูขนาด ๖×๕ ซม. เข้าไป

อยู่ถึง ๑๒ ปี กว่าจะตรวจพบโดยบังเอิญ ซ้ำยังมี Hypoplasia ของปอดข้างนั้นอีกด้วย

นอกนั้น ยังปรากฏมีคนไข้อีกรายหนึ่ง ซึ่งหายเองได้ โดยการที่อวัยวะในช่องอกนั้น ค่อยๆ เลื่อนลงช่องท้อง เมื่อเด็กโตขึ้น

### การรักษา

ในปี ๑๙๒๕ HEDBLOM ได้รวบรวมรายงานต่าง ๆ และพิจารณาเห็นว่า ทั้งอายุรแพทย์ และศัลยแพทย์สมัยนั้น ส่วนมากไม่เห็นด้วยกับการผ่าตัดในเด็กเล็ก ๆ และควรให้รอจนเด็กโตเสียก่อน แต่ผลจากการให้การรักษาแบบ Conservative นี้ ๓๕% ของคนไข้จำพวกนี้ตายเสียก่อนอายุครบ ๑ เดือน

สำหรับในสมัยนี้ GROSS แนะนำให้รีบทำการผ่าตัด และซ่อมแซมกระบังลมให้โดยด่วน โดยไม่ต้องคำนึงว่าเด็กจะเล็กไป หรือว่าเด็กจะมี Respiratory Distress หรือไม่

HANNA กล่าวว่า การผ่าตัดควรทำเร็วที่สุด เมื่อคนไข้พร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด ใดๆ ไป

การให้ออกซิเจน ทั้งก่อนและระหว่าง การผ่าตัด มีความสำคัญมากเช่นเดียวกับการให้ Fluid เข้าเส้น ผู้ให้ยาสลบก็ต้องมีความชำนาญ

การรักษาโดยวิธีผ่าตัดนับว่าได้ผลดีเรื่อยมา ตั้งแต่ปี ๑๙๔๐ Hartzell รายงานอัตราตายไว้ ๕๐%, LADD & GROSS ในปี ๑๙๔๑ เหลือ ๓๓% และในปี ๑๙๔๕ DONOVAN ได้รายงาน ๑๗ ราย ผ่าตัดหาย ๑๓ ราย (อัตราตายเพียง ๒๔%)

LADD & GROSS รวบรวมรายงานผลการผ่าตัดรักษาคนไข้พวกนี้ จาก Children Hospital ระหว่างปี ๑๙๔๐ ถึง ๑๙๕๑ จำนวน ๗๒ ราย ปรากฏผลดังนี้

Left posterolateral hernia จำนวน ๕๓ ราย, ตาย ๗ ราย หาย ๔๖ ราย

Right posterolateral hernia จำนวน ๑๐ ราย, ตาย ๑ ราย หาย ๙ ราย

Esophageal hiatal hernia จำนวน ๕ ราย, ตาย ๐ ราย หาย ๕ ราย

Retrosternal hernia จำนวน ๔ ราย, ตาย ๐ ราย หาย ๔ ราย

รวม ๗๒ ราย ตาย ๘ ราย หาย ๖๔ ราย จะเห็นว่า อัตราตายทั้งหมด มีเพียง ๑๑% เท่านั้น

และ สำหรับ Postero-lateral hernia นั้น อัตราตายก็เพียง ๑๓% ๘ รายที่ตายนั้น, ๓ รายตาย เพราะมีอาการผิดปกติแต่กำเนิดที่อื่นด้วย ส่วนอีก ๕ รายตายเพราะเกิดมีโรคแทรกซ้อนที่หลัง

### การผ่าตัด

เกือบทั้งหมดของ Postero-lateral hernia (ยกเว้น ๒ ราย) ผ่าเข้าไปทางช่องท้องเช่นเดียวกับ ๓ รายของ Retrosternal hernia มีอยู่ ๑ รายของ Retrosternal hernia ที่ต้องผ่าเข้าทางทรวงอกข้างขวา และต้องเข้าไปถึงช่องหัวใจ, แต่ในรายของ Esophageal hiatal hernia ผ่าเข้าทางช่องอกด้านซ้าย

Singleton, Korp 1952., Johnson 1952 กล่าวไว้ว่า การผ่าเข้าทางช่องอกนั้น ดีกว่าการเข้าทางช่องท้อง เพราะจะได้ดูสิ่งผิดปกติอื่น ๆ ของอวัยวะในทรวงอกได้ด้วย และเพื่อจะได้ให้การรักษาและแก้ไข ได้ถูกต้องทันทีทั้งที่

DONOVAN 1945 ก็เชื่ออย่าง LADD & GROSS ว่าการเอาอวัยวะที่ขึ้นไปอยู่ในช่องอก กลับคืนเข้าช่องท้อง โดยวิธีดึงจากข้างล่างนั้น ง่ายกว่าวิธีดันจากข้างบน

DORSEY & DONOVAN ยังแนะนำให้ทำ Phrenic crush ด้วย แต่ HANNA 1956 ว่า Phrenic crush ไม่ควรทำ เว้นแต่ช่องโหว่จะโตมาก ๆ

การซ่อมแซม (Repair) ช่องโหว่ของกระบังลม นอกจากการเย็บให้ขอบมาทับกัน (Overlapping) ถ้าทำได้, Weinberg ใช้ Renal fascia สำหรับปิดช่องโหว่ที่กว้างมาก ๆ, การทำให้ซี่โครงหัก หรือเปลี่ยนตำแหน่งของเนื้อกล้ามเนื้อ Latissimus Dorsi เพื่อหวังให้ช่องโหว่แคบลงเพื่อสะดวกในการซ่อมแซม ก็มีผู้แนะนำให้ใช้

ใน ๒ รายที่ได้รับการผ่าตัด ที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ ใช้ THORACIC APPROACH เพราะทำให้ได้ดูสภาพของลำไส้และของปอด และเมื่อหลังผ่าตัดก็ Drain ช่องอกไว้ เพื่อให้ปอดพองตัว

ส่วนการดึงลำไส้กลับเข้าไป อยู่ในช่องท้องนั้น จำต้องผ่า Costal attachment ของกระบังลมยาวประมาณ ๑ นิ้วครึ่ง เพื่อเอาเนื้อเข้าไปอยู่ในช่องท้อง และดึง ลำไส้ลงไป ที่ละน้อยจากข้างล่าง เพราะการดัน ลำไส้ลงไป จากช่องอกนั้น เป็นของยาก

## การวินิจฉัย

เช่นเดียวกับการรักษาทั่วไป การวินิจฉัยโรคให้ได้ เสียก่อนย่อม จำเป็นเสมอ สำหรับเรื่องนี้ทราบแล้วว่า เป็นโรคของเด็กเกิดใหม่เกือบทั้งสิ้น และเป็นเหตุที่ทำให้เด็กตายได้ง่ายมากถ้าไม่ได้รับการรักษาแก้ไขทันทีทั้งที่ ดังนั้น ความรับผิดชอบในเรื่องนี้ จึงน่าที่สูติแพทย์จะได้พยายามสอดส่องสังเกตอยู่เสมอ และควรจะวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเกิดทีเดียว (LADD & GROSS, 1951) เพราะปรากฏว่ามีถึง ๕๐% ของคนไข้พวกนี้ที่ต้องตายไปใน ๒ ถึง ๓ ชั่วโมงแรกของชีวิต (LIEBOW. MILLER 1940) อนึ่ง เด็กที่เกิดมาแล้วหายใจลำบากและแก้ไขโดยวิธีธรรมดาแล้วไม่ดีขึ้น ก็น่าจะสงสัยโรคนี้ไว้ จนกว่าจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นอื่น (HAUGEN, EHRENBURG 1942) มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่น่าสังเกตไว้ คือ

๑. เกิดมาแล้วร้องค้อย ไม่ดั่งเหมือนเด็กธรรมดา
๒. หายใจลำบาก
๓. หน้าเขียว ตัวเขียว มากน้อย แล้วแต่ว่าปอดถูกลำไส้เบียดมากน้อยแค่ไหน และอาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นอยู่นาน ๆ ก็ได้
๔. เด็กหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อสำรอง (Accessory muscles) มากกว่าปรกติ
๕. ไอ
๖. การหายใจ และ ชีพจรขึ้น ๆ ลง ๆ อย่างไม่เป็นระเบียบ
๗. การหายใจบางที่ก็หยุดอยู่นาน ๆ
๘. อาการเหล่านี้จะเป็นมากขึ้น เมื่อให้เด็กรับ

นม เปลี่ยนทำให้นิ่งหรือเย็น หรือวางเด็กนอน  
ลงทางด้านที่เป็นไส้เลื่อน หรือแม่แต่เวลาให้ออกซิเจน  
เมื่อเด็กรับนม เด็กจะดูดด้วยความ อึดอัด และอาเจียน และจะรู้สึกว่ามีบริเวณท้อง  
ส่วนบน ๆ เท่านั้นตึงหรือป่องเล็กน้อย

เด็กอาจักษ์ Kristal 1940 อธิบายว่า อาจ  
เพราะ Cerebral Anoxia

การตรวจร่างกาย จะพบว่าทรวงอกด้าน  
ที่มีไส้เลื่อนจะเคลื่อนไหวน้อย หัวใจจะถูกดันไป  
อยู่ด้านตรงข้าม ท้องจะแฟบ และเกาะไม่มี  
เสียงแก๊ส เสียงหายใจจะไม่มีหรือมีน้อยมากใน  
ด้านที่มีไส้เลื่อน อาจได้ยินเสียงน้ำในลำไส้

การตรวจโดยเอ็กซเรย์ จะช่วยมากที่สุด  
และจะมองเห็นดังนี้

๑. หัวใจ และ Mediasternum ถูกเบียดไป  
ด้านตรงข้ามกับไส้เลื่อน

๒. ปอด ด้านที่มีไส้เลื่อนจะแฟบบางส่วน  
หรือทั้งหมด หรือเจริญไม่เต็มที่

๓. ถ้าลำไส้ที่ขึ้นไปอยู่ในทรวงอกไม่มีแก๊ส  
อยู่ภายใน อาจทำให้เข้าใจผิดได้ว่าเป็น เนื้องอก  
เป็นก้อน หรือเป็นน้ำ การถ่ายภาพในท่าพิเศษ  
ต่าง ๆ จะช่วยบอกได้มาก อีกประการหนึ่ง โดย  
ปรกติจะต้องมีแก๊สในกระเพาะและลำไส้แล้วภาย  
หลังเด็กเกิดและร้องหรือกลืนอากาศเข้าไป การ  
ไม่มีแก๊สในลำไส้ ต้องแปลว่า มีโรคแทรกซ้อนขึ้น  
แล้ว

๔. ลำไส้ที่ขึ้นไปอยู่ในช่องอก เมื่อมีแก๊ส  
อยู่ภายในจะมองเห็นลักษณะชัดเจนขึ้น และ

เงาของ ลำไส้ ส่วนนี้ จะเห็น ติดต่อกับ ส่วนที่อยู่ใน  
ช่องท้อง

๕. ไม่เห็นเงาของลำไส้ (ส่วนที่อยู่ใน  
ช่องอก) ในท้องเลย และจะรู้สึกว่ามีท้องแฟบ  
และดูบางกว่าธรรมดา

๖. ในรายที่ไม่มีการอุดตัน หรือ Strangula-  
tion จะเห็นแก๊สใน Descending colon และ Rec-  
tum ซึ่งเป็นส่วนของลำไส้ที่ไม่สามารถเลื่อนขึ้น  
ไปได้ เพราะเป็นอวัยวะที่อยู่นอกช่องท้อง  
( Retroperitoneal )

๗. มักจะเห็นกระเพาะซึ่งมีแก๊สเต็ม และ  
อยู่ต่ำกว่าระดับธรรมดา

จากรูป Plain films ในท่าตรงและท่าตะแคง  
ก็พอที่จะบอกได้ว่า เป็นไส้เลื่อนชนิด Postero-  
lateral diaphragmatic หรือไม่ ในรายที่สงสัย หรือ  
เพื่อจะ Exclude โรคอื่น ๆ ออกไป หรือเพื่อจะให้  
เห็นกันชัดเจนยิ่งขึ้น เราก็ทำ

๑. Fluoroscopy เพื่อดูการเคลื่อนไหวของ  
ลำไส้เพิ่มเติม ก็พบว่า ลำไส้ส่วนที่เคลื่อนขึ้นไป  
ไปนั้นเกือบไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

๒. Barium meal หรือ Barium enema จะ  
ช่วยสนับสนุนและแยกโรคอื่น ๆ ได้มาก เช่น  
Cystic diseases of the lung, Severe bronchiectasis,  
Primary empyema.

๓. Diagnostic pneumoperitoneum วิธีนี้  
ไม่สู้จำเป็น แต่อาจบอกได้ว่า ไส้เลื่อนนั้นมีถุง  
หรือไม่ และยังช่วยแยกเรื่อง Eventration of  
diaphragm ได้ โดยในกรณีหลังนั้นเราจะเห็น

แก้ไข้ได้กระบังลม ซึ่งบางมากทำให้เห็นเป็นโคมของแก้ไข้ชั้นกระบังลมอยู่กลาง Hemithorax

๔. การตรวจพิเศษอย่างอื่น เช่น bronchography, Angiocardiography ทำ EKG หรือหา Vitcala cacity รู้สึกรู้สึกว่ามีความสำคัญน้อยกว่าความจำเป็นที่จะต้องทำการผ่าตัดด่วน แต่ถ้าทำได้อาจช่วยบอกให้เราทราบล่วงหน้าถึงความผิดปกติอื่น ๆ ของปอดและหัวใจได้อีก ซึ่งอาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้การผ่าตัดผิดหวังเหมือนกัน เป็นต้นว่าคนไข้เกิดมาโรค Congenital heart. Bronchial atresia, and Bronchostenosis. . .

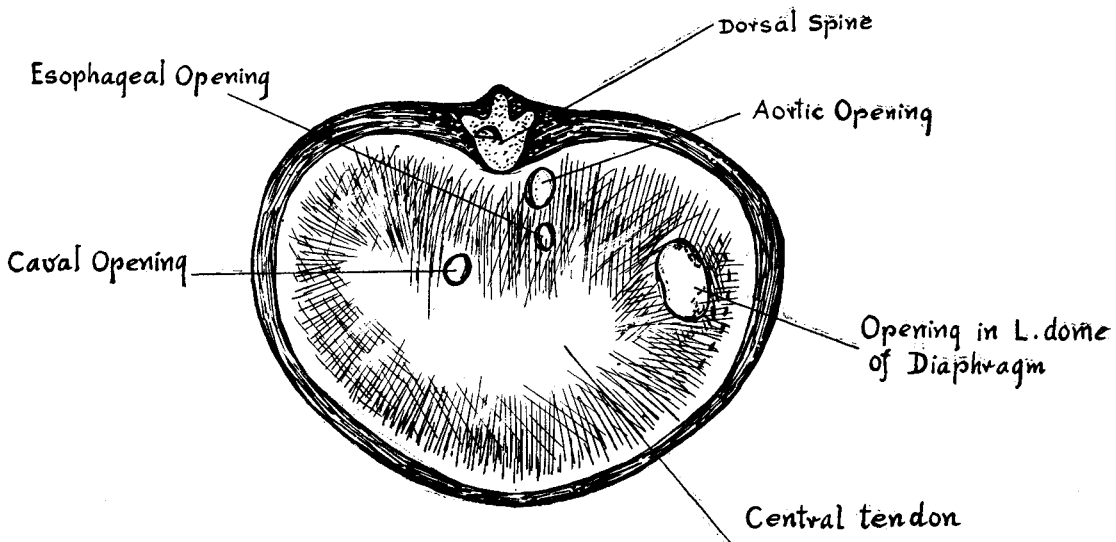
รายงานคนไข้รายที่ ๑

เด็กชายอายุ ๖ วัน เกิดมามีน้ำหนัก ๒.๗๕ กก. ไม่ค่อยรับนม มีอาการกระต๊อบกระต่าย หอบและหน้าเขียว (Cyanosis) เมื่อตอนอยู่ในครรภ์นั้นมารดาสบายดี พี่ ๗ คนก็สบายดี อูจจาาระบัสสาวะปกติ มีหน้าอกบุ๋ม (Pectus excavatum) บ้าง จากการตรวจทางเอ็กซเรย์พบว่ามิลำไส้เล็ก

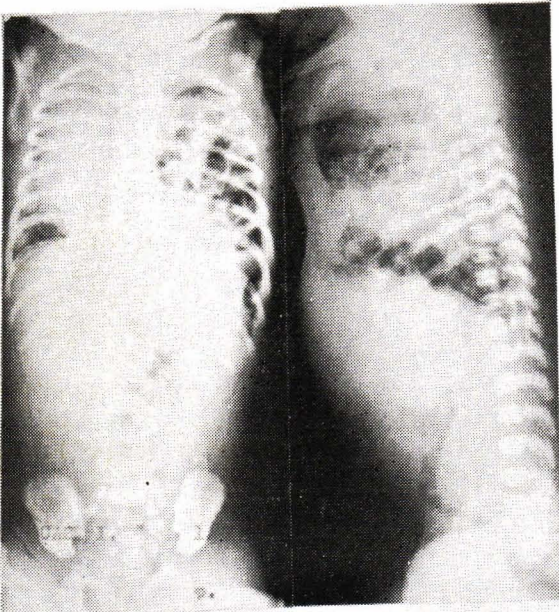
อยู่ในช่องอกซ้าย มี Dextrocardia และ Aorta อยู่ทางขวาของ Trachea. W.B.C. ๑๔,๒๐๐ ฟังเสียงหัวใจได้ชัดอยู่ทางขวา ได้วินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนผ่านกระบังลม จึงได้ทำการผ่าตัดในวันที่ ๖ ตอนซึ่งเด็กมีน้ำหนัก ๒.๖๕ กก.

หลังจากให้ออกซิเจน และอีเธอร์ โดยทางหลอด Endotracheal แล้ว ได้ผ่านเข้าช่องอกทางช่องซี่โครงที่ ๕ จึงพบว่าปอดทางซ้ายแฟบหมด ในช่องปอดเต็มไปด้วยลำไส้เล็กทั้งหมด ซีกค้ม และ ลำไส้ ส่วนใหญ่ ส่วนต้น ก็อยู่ใน ช่องอก กระเพาะและม้ามคงอยู่ในช่องท้อง จึงได้ผ่ากระบังลมตอนติดซี่โครงเพื่อสอดมือเข้าไปในช่องท้องจับลำไส้ดึงกลับลงสู่ท้อง

ช่องโหว่ในกระบังลม เป็นรูปไข่ขนาด ๓×๒ ซม. อยู่ห่างจากซี่โครงขวา ๓ ซม. ไม่อยู่ติดกับ Posterior thoracic wall ช่องนี้มีกล้ามเนื้อล้อมรอบ และด้วยการที่ตึงมาก เราจึงต้องผ่าให้กว้างขึ้นเพื่อให้ดึงลำไส้ กลับสู่ช่องท้องได้สะดวกขึ้น







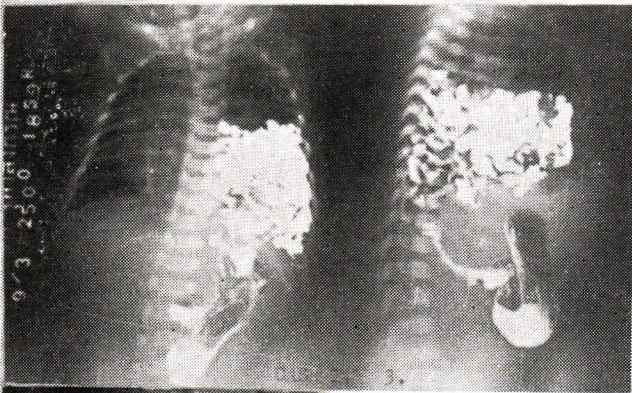
## CHESE I. X-Ray EXAMINATION

PLAIN FILMS (AP. & L. Lateral) of the  
CHEST & ABDOMEN:

*X. 1859; March 9, 1957*

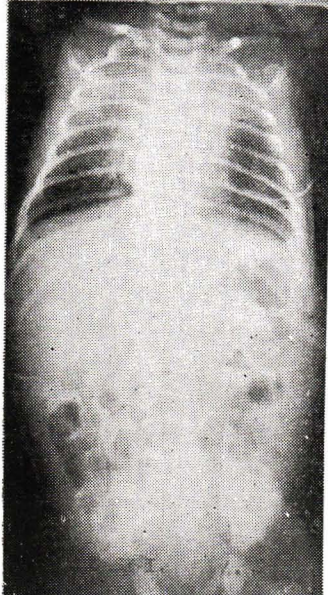
### FINDINGS:

1. Gas-filled intestine in left hemithorax.
2. Heart and mediastinum are displaced to the right.
3. Stomach, Descending colon and rectum filled with gas, still present in abdomen.



### AP & R. LATERAL VIEWS OF THE SAME:

After Barium meal, Stomach, duodenum  
and small intestine are well identified.



### FILM AFTER OPERATION:

*March 11, 1957*

1. Heart and mediastinum are now in normal position.
2. Improved aeration of left lung.
3. Minimal fluid in left pleural cavity.
4. Gas pattern in abdomen appears now within normal limits.



เมื่อตั้งลำไส้ลงไปหมดแล้ว ก็เย็บปิดรอยผ่าของกระบังลม และช่องโหว่ของกระบังลมด้วยไหมดำเบอร์ ๒/๐ ใช้สายยาง drain ช่องอกและต่อลงขวดมีน้ำ

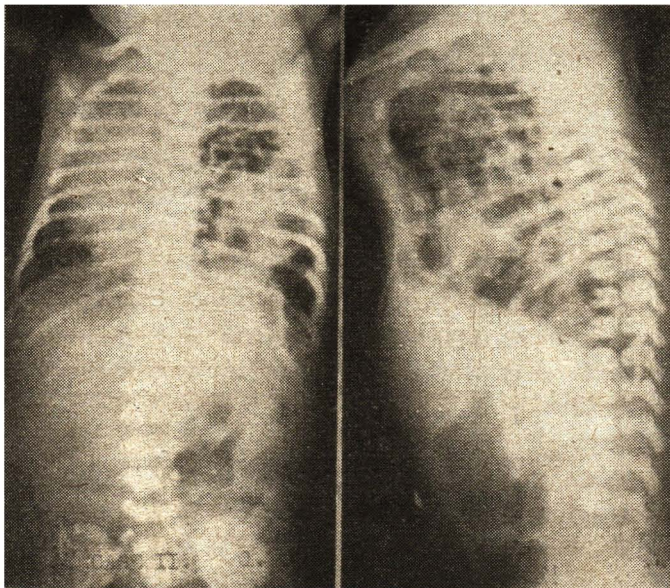
หลังการผ่าตัดได้ให้ออกซิเจน น้ำ และอีเล็กโตรไลต์ที่พอเพียง เด็กกลับบ้าน หายดี ๑๓ วัน หลังผ่าตัด

### รายที่ ๒

เด็กหญิงอายุ ๘ วัน เป็นบุตรคนที่ ๓ มีอาการหายใจหอบเวลาร้องไห้ และหน้าเขียว เป็นเวลา ๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล มารดาใช้มหาหิงส์ทาท้อง รับนมได้บ้าง ลึนไม่แห้ง ชีพจร ๑๒๐ หายใจ ๒๘, ไข้ ๑๐๔F ไม่มีต่อมที่โตโต ทั้ง Crepitation ได้ที่ปอดซ้าย เสียงหัวใจอยู่ทางขวา

เอ็กซเรย์พบว่าหัวใจถูกเบียดไปทางขวา ลำไส้เล็กและใหญ่ขึ้นไปอยู่ในช่องอกด้านซ้าย และปอดทางซ้ายแฟบ จึงวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนผ่านกระบังลม

ได้ทำการผ่าตัดในวันที่ ๘ ผ่านช่องซี่โครงที่ ๕ พบว่า ในช่องอกข้างซ้ายนั้นเต็มไปด้วยลำไส้เล็กและใหญ่ทั้งหมด เว้นแต่ Pelvic Colon กระเพาะและม้ามคงอยู่ในช่องท้อง จึงได้ทำการขยายช่องโหว่ และผ่ากระบังลมใกล้ซี่โครง ใช้มือสอดเข้าไปในช่องท้องเพื่อดึง ลำไส้ลงไป ในช่องท้องจนหมด เย็บปิดรอยผ่า เย็บปิดช่องโหว่ ซึ่งเป็นรูปรึขขนาด ๓×๓.๕ ซม. ด้วยไหมดำขนาด ๒/๐ และ drain ช่องอกข้างซ้ายนี้้อย่างแรกแรก ทุกประการ คนไข้หายดี และกลับบ้านในวันที่ ๑๐ หลังผ่าตัด



### CASE II. X-Ray EXAMINATION

X-4191, June 7, 1957

AP & L. LATERAL FIMS OF THE CHEST AND ABDOMEN:

- Gas-filled intestine in left hemithorax, displacing heart and mediastinum to the right.
- Gas-filled stomach, descending colon and rectum are still present in flattened abdomen.
- There is slight bulging of the upper abdomen.



## วิจารณ์และสรุป

คนไข้เด็กชายและหญิง อายุ ๖ และ ๘ วัน ตามลำดับ เป็น Postero-lateral diaphragmatic Hernia ข้างซ้าย มีลักษณะและอาการที่ตรวจพบ คล้ายกันมาก มีข้อที่น่าสังเกตหลายประการ คือ

๑. กระเพาะและม้าม ไม่ได้เลื่อนขึ้นมาในช่องพลูราเลย

๒. ช่องโหว่ในกระบังลมมีลักษณะเป็นรูปรี ซึ่งขอบอยู่ห่างจากซี่โครงราว ๓ ซม. และไม่อยู่ติดกับ Posterior Thoracic หรือ Abdominal wall และกลัมนอกระหว่างช่องโหว่กับซี่โครงกำเนิดมาจาก Body wall

๓. ปอดข้างซ้ายแฟบ (Collapsed) และไม่มี Hypoplasia เพราะขยายได้เต็มที่ในตอนหลัง

สำหรับการผ่าตัดนั้น เราเห็นว่า การผ่าทางช่องซี่โครง ดีกว่าการ ผ่าตัดทาง หน้าท้อง โดยตรง เพราะนอกจากจะได้เห็นสภาพของลำไส้ และสภาพของปอดแล้ว เรายังช่วยให้ปอดพองตัวได้อีกด้วย โดยการ Inflate เล็กน้อย และ drain ช่องพลูราลงขวดน้ำอีกแรงหนึ่ง

แต่การเอาลำไส้ลงไป ในช่องท้องนั้น ทั้งสองราย เราใช้วิธีผ่าขยายช่องโหว่ก่อน แล้วจึงผ่ากระบังลมทำช่องขึ้นอีกช่องหนึ่ง เพื่อใช้เป็นช่องให้มื่อลงไปใน ช่องท้อง จับลำไส้ดึงเอาส่วนที่เลื่อนขึ้นไปในช่องอกกลับคืนเข้าช่องท้องผ่านช่องโหว่ที่ขยายแล้วนั้นอีกที่หนึ่ง ทั้งนี้ เพราะพบว่าการดันลำไส้จากช่องอก ลงมาให้ผ่าน ช่องโหว่นั้น ทำยากกว่ามากจริง ๆ

## เอกสารที่ประกอบในการเขียนหนังสือเรื่องนี้

- LALL and GROSS. (1951) Abdominal surgery of infancy and Childhood X.B. Saunders, Philadelphia.
- BOWER Jr. V.M., Mc. ELIN T.W., DORSEY J.M. (1955) Diaphragmatic hernia in the newborn. Diagnostic responsibility of the obstetrician. Obstetrics and Gynaecology; 6 (3). 262-271
- RAKOWER J., MILWIDSKY H., WAYL P. (1956) Hypoplasia of the lung in congenital diaphragmatic hernia Journal of thoracic surgery; 31 (5), 527-34
- SHANK S.C., KERLEY P., (1950) A Textbook of X-Ray diagnosis. H.K. Lewis & Co. Ltd., 3, 266 London
- WEIDENMANN W., (1955) Zur Operativen Behandlung der Kongenitalen Zwerchfellhernie mit einem Beitrag zur Hiatushernie der Chirurg; 26 (9), 399-402
- HANNA W.S., (1956) Hernia through the foramen of Bachdalek in infancy. British medical journal, 9, 1343
- CAFFEY J. (1956) Pediatric X-Ray diagnosis. The Yea Book Publishers Inc., Chicago
- GOLDEN R., (1948) Diagnostic roentgenology. Thomas Nelson and Sons, New York
- เนาวรัตน์ เข็นสาธิต, เอนก ขวจิตติ (2500) Congenital diaphragmatic hernia. วชิรเวชสาร 1, 7-13
- KEITH A. (1910) British medical journal. 2, 1297