

---

# Appendectomies that Almost Went Wrong

---

VIROJ WIWANITKIT, M.D.\*

---

A middle aged female presented to an emergency room complaining of pain in her lower abdomen. It had started in the epigastrium and moved to a lower midline location with some rebound but normal bowel sounds. The admitting doctor consulted a surgeon who diagnosed acute appendicitis and took her to the operating room and started spinal anesthesia. A McBurney incision was made and no appendix was found after a prolonged search. It was only then that the anesthesiologist noted that the patient's heart sounds were on the right side and that they were dealing with a case of *situs inversus*. An inflamed appendix was then removed through a second midline incision and all ended well.

An 18-year-old student, the son of a diplomat from an other Asian country, was admitted to the hospital with classical physical and laboratory findings of acute appendicitis. The only problem was that both patient and his father insisted that his appendix had been removed 5 years earlier abroad. The young man also had a typical McBurney incision to show the admitting doctor. A CT was ordered and did not reveal any explanation for the physical findings and high white blood count. The appendix could not be visualized by CT. An internist was called to consult and, after taking his own history and examination, stated that this was clearly a surgical abdomen. It could be an inflamed

appendiceal stump or Meckel's diverticulum with regional ileitis or tuberculosis of the small bowel being very unlikely in view of the unremarkable CT findings. Further questioning of the family revealed that the "appendectomy" had been performed in a small peripheral hospital in the native country of the patient and by a "very young doctor". The family did, after much discussion, agree to exploration at which time a large, previously untouched and inflamed appendix was removed from its normal anatomical position.

These two cases of appendicitis teach us two lessons. The first patient obviously never had an even precursory physical examination to exclude other medical problems or even conditions that could mimic acute appendicitis such as a pleural effusion or lower lobe pneumonitis. Operating on a patient without doing a proper general examination borders on malpractice and should never happen in a good hospital<sup>(1-6)</sup>. The second case was a new experience to the attending physician and surgeon. The country where the first operation was performed is one noted for good medical care and none of the doctors involved expected this event. The consulting internist, however, had seen a similar case many years ago in the United States and the possibility of a sham operation or one where an inexperienced surgeon does not find the appendix through a small incision, must not be dismissed.

**Key Word :** Ethics, Wrong, Appendectomy

---

\* Department of Laboratory Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

## REFERENCES

1. Knight B. The ethics of medical practice. In: Knight B, ed. Simpson's Forensic Medicine. 10<sup>th</sup> ed. New York:Oxford University Press, 1997: 27-37.
2. Hale DA, Molloy M, Pearl BH, Schutt DC, Jaque DP. Appendectomy. Ann Surg 1997; 255: 252-61.
3. Makoul G, Curry RH, Novack DH. The future of medical school courses in professional skills and perspectives. Acad Med 1998; 73: 48-51.
4. Phosavasdi S, Wilde H, Pruksapong C, Tanninrandorn Y. Issue on medical ethics. J Med Assoc Thai 1998; 81: 385-6.
5. Phaosavasdi S, Wilde H, Pruksapong C, Tanninrandorn Y. Is this patient a "Time Bomb" if she goes home? Etiquette of medical consultations. J Med Assoc Thai 1998; 81: 817-20.
6. Phaosavasdi S, Chaturachinda K. Ethics in obstetric practice. In: Tanninrandorn Y, editor. Prenatal diagnosis. Bangkok. OS Printing House 1999: 350-62.

## บทเรียนจากไส้ติ่งอักเสบ

วิโรจน์ ไววานิชกิจ, พ.บ.\*

ผู้ป่วยรายที่หนึ่งเป็นสตรีวัยกลางคนมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยเรื่องปวดท้องน้อย อาการปวดที่เริ่มจากบริเวณใต้ลิ้นปี่และเคลื่อนมายังท้องน้อยด้านล่างตรงกลาง มีอาการกดเจ็บโดยมีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ แพทย์ผู้รับผู้ป่วยได้ปรึกษาศัลยแพทย์ ซึ่งต่อมาได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน และได้นำผู้ป่วยไปทำผ่าตัดฉุกเฉิน โดยได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ศัลยแพทย์ได้ลงแผลผ่าตัดบริเวณ Mc Burney แต่ไม่สามารถหาไส้ติ่งพบหลังจากที่ใช้เวลานาน จนกระทั่งวิสัญญีแพทย์ได้ตรวจพบว่าได้ยินเสียงหัวใจอยู่ทางด้านขวา ซึ่งน่าจะเป็น Situs inversus ศัลยแพทย์จึงได้เปิดแผลใหม่ในแนว Midline และพบไส้ติ่งอักเสบอยู่ทางด้านซ้าย การผ่าตัดเสร็จลงด้วยดี

รายที่สองเป็นเด็กนักเรียนชายอายุ 18 ปี เป็นบุตรของนักการทูตในประเทศแถบเอเชีย ได้ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แต่ปัญหาที่พบก็คือทั้งตัวผู้ป่วยเองและบิดาให้ประวัติว่าได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งไปแล้วในประเทศอื่นเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา และพบว่าผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่บริเวณ Mc Burney แพทย์ผู้ดูแลได้ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อหาสาเหตุของอาการแสดงที่พบ ซึ่งมีเม็ดเลือดขาวสูงร่วมด้วย ซึ่งผลการตรวจไม่สามารถเห็นไส้ติ่งได้ แพทย์ผู้ดูแลจึงได้ปรึกษาอายุรแพทย์ ซึ่งได้มาซักประวัติและตรวจร่างกายพบว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ซึ่งควรจะต้องได้รับการผ่าตัด โดยได้วินิจฉัยแยกโรคที่อาจเป็นไปได้ คือการอักเสบบริเวณข้อไส้ติ่งที่เหลือ Meckel diverticulum หรือวัณโรคบริเวณลำไส้เล็ก หลังจากที่ได้สอบถามกับครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการผ่าตัดไส้ติ่งครั้งก่อนทำในโรงพยาบาลเล็ก ๆ ชานเมืองในประเทศบ้านเกิด ซึ่งทำโดยแพทย์จบใหม่ เมื่อครอบครัวของผู้ป่วยยินยอมในการผ่าตัด ภายหลังที่ผ่าเข้าไปพบว่าไส้ติ่งมีลักษณะบวมแดงและอยู่ในตำแหน่งปกติ

บทเรียนจากผู้ป่วยทั้งสองรายสอนแพทย์ใน 2 ประเด็น โดยที่ผู้ป่วยรายแรกไม่ได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยแยกโรคทางอายุรกรรมหรือโรคอื่นที่อาจมีอาการและอาการแสดงเหมือนไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำขังในช่องปอด หรือปอดกลีบล่างอักเสบ การนำผู้ป่วยไปทำผ่าตัดโดยที่ไม่มีการซักประวัติ และตรวจร่างกายอย่างละเอียด เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ และไม่ควรจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยรายที่สองเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับแพทย์ทั่วไปและศัลยแพทย์ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกในประเทศที่ได้ชื่อว่ามีคุณภาพของการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ดี และแพทย์ก็ไม่เคยคาดว่ามีเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามอายุรแพทย์ที่มารับการปรึกษาเคยพบผู้ป่วยลักษณะแบบเดียวกันนี้เมื่อหลายปีก่อนในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเป็นการทำผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ และเปิดแผลผ่าตัดขนาดเล็กทำให้ไม่สามารถหาไส้ติ่งได้พบ และทำการเย็บปิดโดยไม่ได้ตัดไส้ติ่งซึ่งเป็นการผ่าตัดที่น่าอัปยศ

**คำสำคัญ :** จริยธรรม, การผ่าตัดไส้ติ่ง, ความเข้าใจผิด

\* ภาควิชาเวชศาสตร์ชั้นสูง, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ ๙ 10330