

แฝดสยาม : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สุกัญญา ทักษพันธ์
กฤษณา เฟ็งสา

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Conjoined twins : a case report

Sukanya Taksaphan, Krisana Pengsaa

Department of Pediatrics Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Female conjoined twins were referred to neonatal intensive care unit, Srinagarind Hospital from Burirum Hospital. They were joined anteriorly from sternum to umbilicus and died six day after birth because of septicemia. They shared common heart and liver, and of each has only one side of lung, kidney and adrenal gland, of which revealed by autopsy finding.

บทนำ

ฝาแฝดที่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายติดกันเรียกว่าแฝดสยาม (Siamese twins or conjoined twins) เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบน้อยจากรายงานก่อนๆ พบอุบัติการประมาณ 1 คู่ต่อทารกเกิดมีชีพ 50,000 - 60,000 คน⁽¹⁻³⁾ เพศหญิงพบบ่อยกว่าเพศชาย^(4,5) ส่วนของร่างกายที่เชื่อมติดกันนี้เกิดขึ้นได้หลายตำแหน่งคือ⁽¹⁾

Thoracopagus ติดกันบริเวณหน้าอก
Omphalopagus หรือ Xiphopagus ติดกันตั้งแต่
ลิ้นปี่ถึงสะดือ

Ischiopagus ติดกันตั้งแต่สะดือลงไปโดยมี
ทวารหนักและอวัยวะเพศ
อันเดียว

Pygopagus ติดกันด้านหลังบริเวณสะโพก

Craniopagus ติดกันบริเวณศีรษะ

แบบที่พบบ่อยที่สุดคือติดกันตั้งแต่หน้าอก
ลงมาถึงสะดือ (Thoracomphalopagus)

สำหรับในโรงพยาบาลศรีนครินทร์นั้นยังไม่
เคยมีทารกแฝดติดกันเกิดขึ้นเลย มีแต่ทารกที่ได้
รับการส่งต่อมาจากที่อื่น ซึ่งได้รายงานไว้ในที่นี้ *

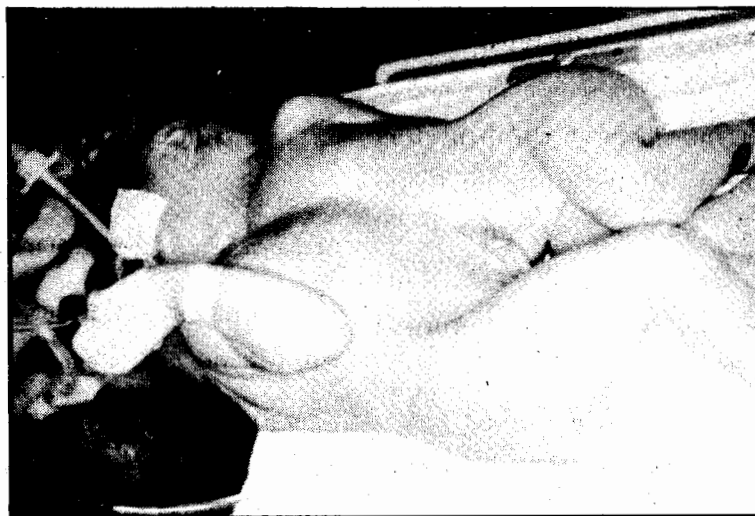
รายงานผู้ป่วย

ทารกเพศหญิง คลอดโดยการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2533 ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มารดาอายุ 18 ปี อาชีพรับจ้าง ตั้งครรภ์ครั้งแรก ระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ ทารกเป็นทารกแฝดมีลำตัวติดกัน ตั้งแต่บริเวณหน้าอกถึงสะดือ หลังคลอดหายใจหอบ ต้องใส่ท่อหลอดลม ทารกด้านขวาต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนทารกด้านซ้ายสามารถหายใจได้เองแต่ต้องทำให้มีความดันบวกในหลอดลมตลอดเวลา (CPAP) ผู้ป่วยถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลศรินครินทร์หลังคลอด 22 ชั่วโมง

ตรวจร่างกายแรกพบว่ามีน้ำหนักรวม 3,660 กรัม เส้นรอบอกรวม 46 ซม. ตัว ยาว 47 ซม. เส้นรอบศีรษะ 32 ซม. เท่ากันทั้ง 2 คน ส่วนลำตัวติดกันทางด้านหน้าตั้งแต่หน้าอกถึงสะดือ (ดังรูป) ทารกด้านขวาอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส หายใจ 44 ครั้งต่อนาที ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที ทารกด้านซ้ายอุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 40 ครั้งต่อนาที ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงหายใจปกติ เสียงหัวใจ

ฟังได้บริเวณทรวงอกทั้งด้านซ้ายและขวา อวัยวะภายในช่องท้องไม่สามารถคลำได้ชัดเจน สายสะดือมีเพียงเส้นเดียว ส่วนอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินอายุครรภ์ได้ 35 สัปดาห์ เมื่อพยายามใส่สายสวนหลอดเลือดที่สะดือพบว่า มีเส้นเลือด 5 เส้น แต่สามารถใส่สายสวนได้เพียง 4 เส้น ซึ่งเป็นเส้นเลือดดำ 2 เส้น และเส้นเลือดแดง 2 เส้น เมื่อใส่สายสวนหลอดเลือดเข้าไปแล้วนำไปเอกซเรย์พบว่าสายสวนนั้นแยกไปยังทารกคนละ 1 คู่ คือเส้นเลือดดำ 1 เส้น และเส้นเลือดแดง 1 เส้น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าซีดีเล็กน้อย ฮีมาโตคริตของทารกด้านขวา และซ้าย เท่ากับ 36 และ 30% ตามลำดับ ได้นำผู้ป่วยไปทำการตรวจอัลตราซาวน์ สงสัยว่าจะมีหัวใจเดี่ยวดับและไตมีขนาดปกติ จึงทำ CT scan ต่อ พบว่าหัวใจส่วนเอเดรียมี 2 ห้อง แต่ส่วนเวนตริเคิลรวมกันเป็นช่องเดี่ยว ดับเชื่อมติดกัน ไตปกติ ลำไส้แยกจากกันโดยกระเพาะอาหารอยู่ด้านขวา ทั้ง 2 คน และสงสัยว่ามี eventration of diaphragm หรือ diaphragmatic hernia ร่วมด้วย และยังพบว่าทารกคนขวามีปอดอักเสบอีกด้วย



การรักษาได้ใส่เครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 คน ตั้งแต่แรกเริ่ม การหายใจค่อยๆ ดีขึ้น จนปลดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 3 แต่วันรุ่งขึ้นผู้ป่วยก็มีการบวมได้ออกไซด์คั่งอีก จึงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง ในวันที่ 2 หลังจากทำ CT scan แล้วพบว่ามึปอดอักเสบในทารกคนขวา จึงได้ให้ยาปฏิชีวนะคือเพนนิซิลลิน และเจนตาไมซินแก่ทารกทั้ง 2 คน ผลการเพาะเชื้อในเลือดก่อนให้ยาปฏิชีวนะพบเชื้อ *Acinetobacter anitratus* ซึ่งดื้อต่ออะมิโนกลัยโคไซด์ แต่ไวต่ออิมิพีแนม จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นไทแนม แต่ผู้ป่วยก็ถึงแก่กรรมในที่สุด หลังจากอยู่โรงพยาบาลได้ 6 วัน ผลเพาะเชื้อจากเลือดที่เจาะจากหัวใจภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมขึ้นเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และ *Pseudomonas aeruginosa*

ผลการตรวจศพ

พบว่าหัวใจมีเพียงอันเดียว ประกอบด้วยเอเตรียม 2 ห้อง และเวนตริเคิล 1 ห้อง ทารกทั้ง 2 คน มีปอดคนละข้าง แต่ละข้างมี 3 กลีบ กระเพาะอาหารและลำไส้แยกจากกันคนละชุด ตับเชื่อมติดกัน ตับอ่อนและถุงน้ำดีมีเพียงอันเดียว ส่วนไตและต่อมหมวกไตมีคนละ 1 ข้าง เท่านั้น ไม่มี diaphragmatic hernia

วิจารณ์

ฝาแฝดติดกันที่เป็นที่รู้จักกันดีทั่วโลกคือ ฝาแฝดอินจัน ซึ่งเกิดในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ.2354 และเป็นที่มาของคำว่าแฝดสยาม (Siamese twins) ทั้งสองติดกันด้วยเนื้อเยื่อบริเวณอกส่วนล่าง ซึ่งกว้างเพียง 3.5 นิ้วเท่านั้น⁽⁶⁾ ภายใต้นิมีส่วนของตับเชื่อมติดกันอยู่ อินและจันมีชีวิตอยู่ถึง 63 ปี เมื่อจันเสียชีวิตลงก่อนโดยโรค

ปอดบวม 2 ชั่วโมงต่อมาอินก็เสียชีวิตตามไป ทั้งๆ ที่ไม่ได้ป่วยมาก่อนเลย สันนิษฐานว่าเกิดจากเลือดถ่ายเทไปยังร่างของจัน ซึ่งเสียชีวิตลงก่อน โดยผ่านทางตับที่เชื่อมกันอยู่นั่นเอง⁽⁶⁾

จากการศึกษาของ Edmonds และ Layde⁽⁴⁾ พบว่าทารกแฝดติดกันนี้มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น ที่มีชีวิตรอดอยู่นานพอที่จะผ่าตัดได้ ก็มากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 39.5 จะเสียชีวิตตั้งแต่อ่อนคลอด (stillborn) และร้อยละ 34.6 เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ในฝาแฝดที่ติดกันบริเวณหน้าอกเช่นผู้ป่วยรายนี้ ทารกจะมีตับเชื่อมติดกัน มักมีความผิดปกติของหัวใจร่วมด้วย โดยร้อยละ 90 มีเยื่อหุ้มหัวใจเชื่อมติดกัน ร้อยละ 75 มีหัวใจติดกันเป็นอันเดียว และร้อยละ 50 มีทางเดินอาหารร่วมกัน⁽⁷⁾ ซึ่งในแฝดคู่นี้ก็พบมีตับและหัวใจเพียงอันเดียวเช่นกัน แต่มีทางเดินอาหารแยกจากกัน

นอกจากความผิดปกติของอวัยวะที่เชื่อมติดกันแล้ว ยังมีความผิดปกติแต่กำเนิดบางอย่างที่อาจพบร่วมกันได้ เช่น ความผิดปกติของ neural tube, orofacial clefts, imperforate anus, diaphragmatic hernia เป็นต้น⁽⁴⁾ ดังนั้นก่อนที่จะทำผ่าตัดแยกฝาแฝดออกจากกันจะต้องทำการตรวจอย่างละเอียดว่ามีความผิดปกติแต่กำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่

Harper RG. และคณะ ได้ทำการศึกษาย้อนหลังถึง 300 ปี ในทารกแฝดสยามชนิด xiphopagus twins พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในระยะทารกแรกเกิดคือ ตัวเหลือง, ช็อค, ภาวะหายใจลำบาก, หายใจหายใจ, asphyxia, bradycardia และปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ⁽²⁾

สำหรับการผ่าตัดแยกทารกแฝดออกจากกันนั้น ยังไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอนว่าควรจะผ่าตัดเมื่อใด แต่ควรจะทำภายหลังระยะ neonatal period ไปแล้ว นอกจากแฝดคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตหรือใกล้จะเสียชีวิต หรือมีภาวะที่จะต้องทำการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น ถ้าใส่อุดตันก็ให้ผ่าตัดแยกฝาแฝดออกจากกันได้เลย⁽⁶⁾ ในทารกแฝดติดกันบริเวณทรวงอก เช่น ทารกในรายงานนี้ การผ่าตัดจะทำให้ยากมาก เนื่องจากมีหัวใจเดียว จะต้องผ่าตัดแยกหัวใจไว้ที่ทารกคนใดคนหนึ่ง ส่วนอีกคนหนึ่งจะต้องเสียชีวิต เป็นที่น่าเสียดายที่ทารกชายนี้เสียชีวิตไปเสียก่อนจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Potter EL, Craig JM. Pathology of the Fetus and the Infant, 3rd ed. Chicago: Year Book, 1975, P. 220-236.
2. Harper RG, Kenigsberg K, Sia CG, et al. Xiphopagus conjoined twins: A 300-year review of the obstetric, morphologic, neonatal and surgical parameters, Am J Obstet Gynecol 1980;137: 617-627.
3. Hanson JW. Incidence of conjoined twinning. Lancet 1975;2:1257.
4. Edmonds LD., Layde PM. Conjoined Twins in the United States, 1970-1977. Teratology 1982; 25:301-308.
5. Kallen B, Rybo G. Conjoined twinning in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand 1978; 57:257-259.
6. Schnaufer L. Conjoined twins. In: Raffensperger JG. ed. Swenson's pediatric surgery. 5th edition. Connecticut: Appleton and Lange, 1990:969-678.
7. Quiroz VH, Sepulveda WH, Mercado M, et al. Prenatal ultrasonographic diagnosis of thoracopagus conjoined twins. J. Perinat Med 1989; 17:297-303.