

ผลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ศักดิ์ชาย เรืองสิน¹
อัครชนก วนสุวรรณกุล²
สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา³

Laparoscopic cholecystectomy in Songklanagarind Hospital

Ruangsin S, Wanasuwannakul T, Sangkhathat S.

Department of Surgery, Department of Anesthesia,

Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2007;25(4):315-321

Abstract:

Objective: To contribute our five years of experience of laparoscopic cholecystectomy in Songklanagarind Hospital and find out the risk factors of prolonged length of hospital stay.

Design: A retrospective study.

Materials and methods: A review of the hospital database of all the patients who underwent laparoscopic cholecystectomy between January 2001 and December 2005.

Results: A total of 539 laparoscopic cholecystectomies were performed; the conversion rate was 23.19%. In the cases of successful laparoscopic surgery; patients the mean time for hospital stay was 5.23 days. Surgical site infection occurred in 9.67% of the cases and prophylactic antibiotics were used for 85.27% of the patients. Significantly, surgical wound infection

¹พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์) อาจารย์ ³พ.บ., วว. (กุมารศัลยศาสตร์), Ph.D. (Pediatric Surgical Oncology) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์

²พ.บ., วว. (วิสัญญีวิทยา) อาจารย์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 6 มิถุนายน 2550

was associated with the type of drain used and also obesity ($p=0.03$, $p<0.001$). Local injections of marcaine did not reduce the volume/quantity of narcotic used ($p=0.236$), and was found to very slightly increase the incidence of wound infection ($p=0.215$). Prophylactic postoperative nausea and vomiting (PONV) did not reduce the incidence of severe PONV and medication used ($p=0.109$). One patient had a common bile duct injury (0.28%).

Conclusions: Laparoscopic cholecystectomy is a safe and feasible procedure. We have tried to improve the patient outcome through moving to a day care laparoscopic cholecystectomy surgical option.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, gall stone

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: ทบทวนผลการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา และหาปัจจัยที่จะลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักฟื้นในโรงพยาบาล

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง

วัสดุและวิธีการ: รวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2544 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2548

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 539 รายที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องมีอัตราเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบแผลเปิดกว้างทางหน้าท้องร้อยละ 23.19 ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องสำเร็จมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 5.23 วัน มีการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 85.27 และพบการติดเชื้อจากการผ่าตัดร้อยละ 9.67 อุบัติการณ์เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อสัมพันธ์กับการใส่สายระบายผ่านแผลผ่าตัด และภาวะอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$, $p<0.001$) การฉีดยา marcaine ที่แผลผ่าตัดไม่สามารถลดการใช้ยาแก้ปวดแผลลงได้ ($p=0.236$) และยังมีเพิ่มอุบัติการณ์เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อให้สูงขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.215$) การฉีดยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่สามารถลดอุบัติการณ์เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่รุนแรง และการได้รับยาคิดเพื่อบรรเทาอาการลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.109$) มีผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับบาดเจ็บต่อท่อทางเดินน้ำดีร่วม (ร้อยละ 0.28)

สรุป: การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องเป็นวิธีที่ปลอดภัยและสามารถทำได้ แต่ยังคงต้องปรับปรุงและพัฒนาในบางเรื่อง เพื่อให้สามารถทำผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้อง, นิ้วในถุงน้ำดี

บทนำ

การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องเป็นวิธีการผ่าตัดที่มีมานาน และถือเป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐานของผู้ป่วยนิ้วในถุงน้ำดี ผู้ป่วยบางรายที่นัดมาสามารถทำการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกได้โดยไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (day care laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับบ้านนี้กำลังได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเป็นวิธีการผ่าตัดที่ปลอดภัย และประหยัดเงินค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีความสะดวกสบายในด้านการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย ทำให้สามารถรับผู้ป่วยรายอื่นเข้ามานอนในโรงพยาบาลได้มากขึ้น ก่อนที่จะสามารถทำการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านได้นั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานของการผ่าตัดโดยวิธีนี้ก่อน ซึ่งในโรงพยาบาล

สงขลานครินทร์ยังไม่มีผู้ทำการรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการผ่าตัดแบบนี้มาก่อน ดังนั้นในขั้นตอนแรกของการพัฒนาผู้ทำการวิจัยจึงต้องการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการทำผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อหาระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล และข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ที่มีประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของผู้ที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 โดยการ

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกทั้งหมด การรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป, ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด, ผลการผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวบรวมได้จะวิเคราะห์ค่าทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (STATA) ค่าที่แสดงจะอยู่ในรูปของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะคำนวณจากค่า p ที่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ พ.ศ.2544-2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 539 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ย 53 ปี (ตารางที่ 1) ในจำนวนนี้มีผู้ที่ผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องสำเร็จ 414 ราย ส่วนอีก 125 ราย ต้องเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดแผลทางหน้าท้องแทนคิดเป็นร้อยละ 23.19 ซึ่งแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดใช้เวลาเฉลี่ย 36.25 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.03) ก่อนจะตัดสินใจเปลี่ยนการผ่าตัด (ระยะเวลาเริ่มนับตั้งแต่การให้ยาระงับความรู้สึก)

เหตุผลที่ต้องเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบแผลเปิดที่พบมากที่สุด คือ มีพังผืดในบริเวณที่ทำการผ่าตัด (adhesion) จนไม่สามารถทำการผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้องได้จนสำเร็จ พบร้อยละ 45.6 ส่วนเหตุผลอื่นๆ ที่พบได้บ่อยรองลงมา คือ การผ่าตัดที่ทำด้วยความยากลำบาก (difficult dissection) เลือดออกมากบริเวณที่ผ่าตัด มีการอักเสบมากบริเวณที่ผ่าตัด ซึ่งพบร้อยละ 28.8, 6.40 และ 5.60 ตามลำดับ

การวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องสำเร็จ

ผู้ป่วยมีระยะเวลาอนในโรงพยาบาลรวมทั้งเฉลี่ย 5 วัน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการนอนในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดเฉลี่ย 2 วัน (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยที่รับเข้านอนในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดนานกว่า 1 วัน ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม มีเพียงการประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ในคืนก่อนการผ่าตัด มีผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่ได้รับการรักษาก่อนการผ่าตัด เหตุผลที่ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมมีระยะเวลามากกว่า 3 วัน สามารถอธิบายจาก

1. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น นิ่วในทางเดินน้ำดีร่วมที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (endoscopic retrograde cholangiopancreatography) ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับ

การรักษาแบบบรรเทาอาการจนดีขึ้น แต่โรคประจำตัวบางชนิดไม่ได้ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ธาลัสซีเมีย

2. ผู้ป่วยที่มีเฉพาะโรคของถุงน้ำดี แต่กลับต้องเข้านอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดจริงหลายวันโดยไม่ได้รับการรักษาใดๆ เพื่อจองเตียงและห้องพิเศษไว้ในช่วงรอการผ่าตัด ทำให้เสียอัตราการครองเตียงโดยไม่จำเป็น

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีปัญหาแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในช่วงแรก บางรายไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ตามปกติด้วยเหตุผลส่วนตัว เช่น ไม่มีญาติมารับการเบิกจ่ายกับประกันชีวิต ขอรอจำหน่ายในวันหยุดราชการ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่จะมีระดับของ American Society of Anesthesiologists (ASA) ระดับ 2 และ 1 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (มวลน้ำหนักร่างกาย >30 กก./ม²) และอ้วนมาก (มวลน้ำหนักร่างกาย >35 กก./ม² ร่วมกับมีโรคประจำตัวอื่นหรือมวลน้ำหนักร่างกาย >40 กก./ม²) มีโอกาสผ่าตัดส่องกล้องสำเร็จร้อยละ 70.77

ตารางที่ 1 ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด 539 ราย

ข้อมูล	ค่าทางสถิติ
อายุ (ปี)	52.95±14.06
เพศหญิง (ร้อยละ)	69.02
ระดับ ASA (ร้อยละ)	
1	19.55
2	77.09
3	3.35
ภาวะอ้วน (ร้อยละ)	12.10
การวินิจฉัยโรค (ร้อยละ)	
นิ่วในถุงน้ำดี	86.46
หลังการรักษานิ่วในท่อน้ำดีร่วม	4.64
ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง	3.71
ติ่งเนื้อในถุงน้ำดี	2.41
อื่นๆ	2.78
ผลพยาธิวิทยา (ร้อยละ)	
ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง	97.18
ติ่งเนื้อในถุงน้ำดี	2.07
ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน	0.56
ไม่พบการเปลี่ยนแปลง	0.19
โรคประจำตัว (ร้อยละ)	
เบาหวาน	7.25
ความดันโลหิตสูง	17.10
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	5.95

ตารางที่ 2 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลเฉพาะกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยการส่องกล้องสำเร็จ

ปี (พ.ศ.)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล (วัน ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	
		รวมทั้งหมด	ก่อนการผ่าตัด
2544	77	5.36±3.26	2.36±2.69
2545	78	5.50±2.36	2.47±2.00
2546	66	5.61±3.00	1.90±1.75
2547	95	5.29±3.57	2.18±2.58
2548	98	4.61±1.68	1.32±1.05
รวม	414	5.23±2.85	2.02±2.13

ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดร้อยละ 96.86 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการฉีดยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ และมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับยาเพื่อรักษาการติดเชื้อที่มีมาก่อนการผ่าตัด ยาปฏิชีวนะที่นิยมใช้มากที่สุดเป็นกลุ่ม cephalosporin คือ cefazolin และ cefotaxime ซึ่งมีการใช้ร้อยละ 80.92 และ 8.94 ตามลำดับ ส่วนการฉีดยาปฏิชีวนะหลังการผ่าตัดพบการใช้ร้อยละ 88 โดยภาพรวมมีการฉีดยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด (prophylactic antibiotic) ร้อยละ 85.27 โดยคิดจากผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนและหลังการผ่าตัดติดต่อกันไม่เกิน 24 ชั่วโมง มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.21 เท่านั้นที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะฉีดในการผ่าตัดเลย

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดทั้งหมด เริ่มนับตั้งแต่การให้ยาระงับความรู้สึกจนถึงส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น โดยรวมใช้เวลาเฉลี่ย 113.7 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 29.93)

ผู้ป่วยได้รับการใส่สายระบายผ่านแผลหลังการผ่าตัดด้วยเหตุผลต่างๆ รวมทั้งหมดร้อยละ 9.42 เมื่อวิเคราะห์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า การใส่สายระบายหลังการผ่าตัดจะเพิ่มระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งระยะเวลาหลังการผ่าตัด และระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$ และ $p=0.0002$ ตามลำดับ) นอกจากนี้การใส่สายระบายผ่านแผลผ่าตัดยังเพิ่มโอกาสเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อจากร้อยละ 7.23 เป็นร้อยละ 18.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$)

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด คือ การติดเชื้อจากการผ่าตัดมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 9.67 จากข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้ทั้งหมด 351 ราย ซึ่งข้อมูลที่สุดท้าย

ไม่สามารถสืบค้นได้เนื่องจากแฟ้มเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เก่าแก่ และผู้ป่วยขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลจะถูกทำลายทิ้ง ทำให้สูญเสียข้อมูลไปบางส่วนไม่สามารถระบุได้ว่ามีปัญหาหลังการผ่าตัดหรือไม่ ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งไม่ได้รับการนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรืออาจไม่มาติดตามอาการตามนัด ทำให้ไม่มีข้อมูลหลังการผ่าตัดเลย ในรายละเอียดของการติดเชื้อจากการผ่าตัด พบอุบัติการณ์แผลผ่าตัดส่วนบนที่ลึกไม่เกินผนังหน้าท้องติดเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 8.54) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล แค่แนะนำวิธีการดูแลแผล และให้ยาปฏิชีวนะแบบรับประทานกลับบ้านก็สามารถรักษาการติดเชื้อได้ นอกจากการใส่สายระบายผ่านแผลผ่าตัดที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อแล้ว ยังได้นำปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลทำให้แผลผ่าตัดติดเชื้อเพิ่มขึ้นมาพิจารณา คือ ภาวะอ้วนระดับ ASA ที่มากกว่า 1 โรคเบาหวาน ระยะเวลาผ่าตัดที่นานมากกว่า 2 ชั่วโมง อายุผู้ป่วยมากกว่า 70 ปี ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะฉีดป้องกันแผลติดเชื้อ ผลการวิเคราะห์แบบ univariate analysis พบว่ามีเพียงภาวะอ้วนเท่านั้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้แผลผ่าตัดติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยส่วนที่เหลือมีการติดเชื้อในช่องท้องที่ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบร้อยละ 1.13 ซึ่งการรักษาอาการติดเชื้อนี้อาจให้ยาปฏิชีวนะแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว หรือทำผ่าตัดระบายหนองในช่องท้องร่วมด้วย ปัญหาที่ตามมาหลังการรักษาติดเชื้อจากการผ่าตัดหาย คือ ใส่เลื่อนผนังหน้าท้องจากการผ่าตัด ซึ่งพบได้ร้อยละ 5.9 ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทั้งหมด ปัญหาแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดหลังการผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง มีอาการปวดท้องมากที่ไม่ทราบสาเหตุ หลังการสืบค้นด้วยการถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ช่องท้อง และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังการงดอาหาร และให้ยาบรรเทาอาการพบ 2 ราย ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังการผ่าตัดพบ 1 ราย และอาการดีขึ้นหลังการรักษาแบบบรรเทาอาการ มีผู้ป่วย 1 รายที่มีการบาดเจ็บของทางเดินน้ำดีร่วม (ร้อยละ 0.28) และต้องรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าว โดยการทำ hepaticojejunostomy หลังการผ่าตัดแก้ไขแล้วผู้ป่วยยังต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีกด้วยเรื่องการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี

ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนเสร็จการผ่าตัดร้อยละ 24 ซึ่งในกลุ่มนี้หลังกลับหอผู้ป่วยแล้วยังมีผู้ป่วยต้องการยาเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนเพิ่มอีกร้อยละ 27.45 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผู้ป่วยร้อยละ 36 ที่ต้องขอยาบรรเทาอาการคลื่นไส้

อาเซียนหลังการผ่าตัด ดังนั้นการให้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนเสร็จการผ่าตัด ไม่สามารถลดอุบัติการณ์ข้อยาเพื่อ บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p=0.109$) ยาที่ใช้ในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน คือ ondansetron, metoclopramide และ domperidone พบ การใช้ร้อยละ 21, 2 และ 1 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ ยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในวันแรกหลังการผ่าตัด เท่านั้น เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัดกับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก และสารระเหย ที่ใช้ในขณะผ่าตัด พบว่า สารทั้งสองกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับไนตรัสออกไซด์ กับออกซิเจนในขณะทำการผ่าตัด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยในขณะผ่าตัด

ยาและสารระเหย	อัตราการใช้ (ร้อยละ)	อุบัติการณ์เกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด (ร้อยละ)
thiopental	57	34.76
propofol	43	33.52
morphine	60	-
fentanyl	28	-
pethidine	3	-
morphine และ fentanyl	9	-
isoflurane	58	35.86
halothane	37	33.55
sevoflurane	3	14.29
isoflurane และ halothane	2	22.22

การให้ยาระงับปวดหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีระดับความปวด แผลหลังการผ่าตัดวันแรกเฉลี่ยอยู่ที่ 5.88 ± 2.25 คะแนน มีผู้ป่วยร้อยละ 13.53 ที่ไม่ได้ขอยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการปวด แผลหลังการผ่าตัดเลย ยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลหลังการ ผ่าตัดส่วนใหญ่ คือ morphine กับ pethidine พบการใช้ร้อยละ 56 และ 28 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขอยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการ ปวดแผลเฉลี่ย 1.5 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับ morphine หรือ pethidine มีอัตราการขอยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่แตกต่างกัน ในปี พ.ศ. 2548 มีการใช้ยา marcaine ฉีดที่บริเวณแผลก่อนเสร็จ การผ่าตัด พบอัตราการใช้ร้อยละ 13.3 เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มาวิเคราะห์ความต้องการยาฉีดระงับปวดหลังการผ่าตัด พบว่า

การฉีดยา marcaine ที่บริเวณแผลผ่าตัดไม่ได้ช่วยลดอุบัติการณ์ ใช้ยาฉีดระงับปวดแผลหลังการผ่าตัดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.236$) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ฉีดยา marcaine ที่แผลผ่าตัดพบ อุบัติการณ์เกิดแผลติดเชื้อร้อยละ 15.38 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ ไม่ได้ฉีดยามีอุบัติการณ์เกิดแผลติดเชื้อร้อยละ 5.88 ดังนั้น การฉีดยา marcaine ที่แผลผ่าตัดจึงเพิ่มอุบัติการณ์เกิดแผลติดเชื้อ แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p=0.215$)

ผู้ป่วยได้รับการนำสายสวนปัสสาวะออกภายในวันแรก หลังการผ่าตัดร้อยละ 48 ซึ่งอาจจะเอาออกตั้งแต่อุ้งในช่องผ่าตัด หรือที่หอผู้ป่วยและผู้ป่วยอีกร้อยละ 48 ได้รับการนำสายสวน ปัสสาวะออกหลังการผ่าตัดวันแรก แพทย์บางท่านทำการผ่าตัด โดยไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะให้กับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มจนเสร็จการ ผ่าตัด ในพ.ศ. 2548 ผู้ป่วยที่ได้รับการนำสายสวนปัสสาวะออก ทันทีหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเลย รวมจำนวน 8 ราย ที่ต้องได้รับการสวนปัสสาวะที่หอผู้ป่วยเนื่องจาก ผู้ป่วยปัสสาวะเองไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 8.16 แต่ในกลุ่มผู้ป่วย ที่คาสายสวนปัสสาวะไว้ 1 วันหลังการผ่าตัด จะไม่พบอุบัติการณ์ ของการสวนปัสสาวะซ้ำเลย การนำสายสวนปัสสาวะออกภายใน วันแรกหลังการผ่าตัดไม่ได้เพิ่มคะแนนความปวดแผลผ่าตัด และการขอยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.702$ และ $p=0.246$ ตามลำดับ)

ผู้ป่วยได้รับการนำสายสวนจมูกออกภายในวันแรกของ การผ่าตัดร้อยละ 83 แต่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับอนุญาตให้ รับประทานอาหารเหลวหลังการผ่าตัดแล้ว 1 วัน

วิจารณ์

โดยภาพรวมการเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดจากวิธีการ ส่องกล้องเป็นแบบเปิดแผลกว้างหน้าท้องในโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ ยังมีอัตราที่ค่อนข้างสูงมากในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งโดยทั่วไปอัตราเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบแผลเปิดใน ผู้ป่วยที่นัดมาทำการผ่าตัดแบบปกติ พบร้อยละ 1.5-10¹ ปัจจัย ที่มีผลทำให้ต้องเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดนั้นสามารถ แบ่งออกเป็นสามกลุ่ม คือ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย ปัจจัยทางด้าน ตัวโรค และปัจจัยทางด้านแพทย์ผ่าตัด ในรายละเอียดของ การเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลาครินทร์คงต้อง มีการศึกษาข้อมูล และปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อการปรับปรุง และ พัฒนาต่อไป แต่การผ่าตัดเปิดแผลกว้างทางหน้าท้องนั้นไม่ได้ถือ เป็นความล้มเหลวในการผ่าตัด แต่เพื่อเป็นความปลอดภัยของ ผู้ป่วยที่จะไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่า ถ้าการผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้องมีความยากลำบากและไม่มีความคืบหน้าในการผ่าตัดหลังจากเริ่มการผ่าตัดไปแล้วนานกว่า 30 นาที ผู้ผ่าตัดมักเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดซึ่งจะปลอดภัยกับผู้ป่วยมากกว่า

ภาวะอ้วน (obesity) และอ้วนมาก (morbid obesity) ไม่ใช่ข้อห้ามอย่างชัดเจนของการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้อง ควรให้โอกาสและเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อการผ่าตัด ซึ่งถ้าทำการผ่าตัดได้สำเร็จก็สามารถลดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจให้กับผู้ป่วยได้

หลังการนำสายสวนจุกออกเมื่อผู้ป่วยกลับมารู้สึกตัวปกติ ก็ควรเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว และยาบรรเทาอาการปวดได้โดยไม่จำเป็นต้องรอให้ครบ 1 วันหลังการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว และสามารถกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ช้า คือ อาการมีน และวิงเวียนหลังการผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียนทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานอาหาร ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดยาป้องกัน² แต่จากศึกษาข้อมูลย้อนหลังในงานวิจัยนี้ยังไม่สามารถสนับสนุนแนวคิดนี้ได้ จึงอาจต้องมีการศึกษาเพื่อยืนยันประโยชน์ของการฉีดยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องต่อไป

ภาวะแทรกซ้อนแผลติดเชื้อหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลยังสูงมาก ถึงแม้จะมีการฉีดยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดในอัตราที่สูงมากอยู่แล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อลงได้ ซึ่งโดยทั่วไปไม่ควรเกินร้อยละ 3 ถึงแม้การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดจะไม่รุนแรงและสามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้แต่ก็ควรมีการเฝ้าระวัง และพยายามที่จะลดอุบัติการณ์ดังกล่าวลง เหตุผลที่พบอุบัติการณ์แผลผ่าตัดติดเชื้อสูงนั้น อาจเกิดจากการให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันของแพทย์ผู้ทำการรักษา การควบคุมวิธีปลอดเชื้อที่ไม่ถูกต้องในระหว่างการผ่าตัด ระยะเวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ยังไม่ถูกต้อง และขาดการแนะนำผู้ป่วยดูแลแผลผ่าตัดระหว่างที่ผู้พักฟื้นที่บ้าน มีรายงาน³⁻⁴ การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อแต่ก็ไม่สามารถยืนยันประโยชน์ของการให้ยาได้อย่างมั่นใจ ซึ่งตรงกับการศึกษานี้ ดังนั้นการลดอุบัติการณ์แผลผ่าตัดติดเชื้อควรต้องให้ความสำคัญต่อพื้นฐานการผ่าตัดโดยวิธีการปลอดเชื้อ และทำการผ่าตัดอย่างนุ่มนวล แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบก่อนกลับบ้าน และมีการศึกษาเพื่อดูผลของการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้ออย่างจริงจัง น่าจะช่วยลดอุบัติการณ์ติดเชื้อลงได้

การรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดมากกว่า 1 วัน ทำให้เสียอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

โดยไม่จำเป็น และเหตุผลการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่มากกว่าสองวัน ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลโดยรวมทั้งหมดเกิน 3 วัน ซึ่งแตกต่างกับบางประเทศที่สามารถทำการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับบ้านได้ แนวทางในการแก้ไขปัญหา และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรเป็นดังนี้

1. อธิบายถึงระบบการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด โดยจัดเป็นทีมพยาบาลเพื่อให้ความรู้และอธิบายรายละเอียดขั้นตอนของการผ่าตัด ตั้งแต่การตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอก การนัดมานอนโรงพยาบาลการดูแลหลังการผ่าตัด และวันที่จะจำหน่ายผู้ป่วยอย่างชัดเจนเพื่อสร้างความเข้าใจและเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวก่อนการเข้ารับการรักษา และตอนจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมกันนี้ยังสามารถประเมินความพึงพอใจจากแบบสอบถามในวันที่ผู้ป่วยกลับบ้านได้ด้วย

2. สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้แพทย์ผู้ทำการรักษาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เช่น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นลง การนำสายสวนจุกสายสวนปัสสาวะออก และการเริ่มรับประทานอาหารทันทีหลังการผ่าตัด ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง และยังทำให้การดูแลผู้ป่วยสะดวกและดีขึ้น สามารถลดความแตกต่างระหว่างแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยลงได้ และเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ใช้ทุน เพื่อจะได้ศึกษาเป็นตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยและนำไปใช้เมื่อจบไปอยู่ในโรงพยาบาลที่อื่นต่อไป

3. พยายามสร้างระบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับบ้านขึ้นมาในโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการครองเตียงที่ไม่จำเป็นลง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะทีมแพทย์และพยาบาลในการช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการเสียสละอย่างปลอดภัย และให้ความร่วมมือในระบบที่สร้างขึ้น เพื่อให้ระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านเกิดขึ้นได้ เป็นที่แพร่หลาย และยอมรับในสังคมต่อไป

สรุป

การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องถือเป็นวิธีมาตรฐานที่ปลอดภัยของการรักษาโรคของถุงน้ำดี โดยเฉพาะโรคนี้ในถุงน้ำดี จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า ผลลัพธ์บางอย่างของการผ่าตัดโดยวิธีนี้ยังไม่ดีเท่าที่ควร เช่น ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย อัตรา

เปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดแผลกว้างทางหน้าท้อง
อุบัติการณ์เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ ซึ่งทำให้ต้องมีการปรับปรุง
และพัฒนาการผ่าตัดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Tang B, Cuschieri A. Conversions during laparoscopic cholecystectomy: risk factors and effects on patient outcome. *J Gastrointest Surg* 2006;10:1081-91.
2. Leksowski K, Peryga P, Szyca R. Ondansetron, metoclopramide, dexamethason, and their combinations compared for the prevention of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study. *Surg Endosc* 2006;20:878-82.
3. Koc M, Zulfikaroglu B, Kece C, Ozalp N. A prospective randomized study of prophylactic antibiotics in elective laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003;17:1716-8.
4. Chang WT, Lee KT, Chuang SC, Wang SN, Kuo KK, Chen JS, et al. The impact of prophylactic antibiotics on postoperative infection complication in elective laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study. *Am J Surg* 2006;191:721-5.