

ประสิทธิผลของการรักษาโรคนิ่วในทางเดินน้ำดีและทางเดินน้ำดีตีบด้วยวิธีการส่องกล้อง
ทางเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

Effectiveness of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography
for Treatment of Bile Duct Stone and Bile Duct Stricture
in One Day Surgery Program of Si Sa Ket Hospital

พัฒนพงษ์ รัศมี, พ.บ., วว. ศัลยศาสตร์*

Patthanapong Rassamee, M.D., Diploma of Thai Board of Surgery*

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000

*Department of Surgery, Si Sa ket Hospital, Si Sa Ket Province, Thailand, 33000

Corresponding author, E-mail address: aonavyseal49190575@gmail.com

Received: 03 Feb 2025 Revised: 26 Mar 2025 Accepted: 31 Mar 2025

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : นิ่วในทางเดินน้ำดี พบได้บ่อยในประชากรไทย ในอดีตรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องซึ่งมีความเสี่ยงสูง ใช้เวลาพักฟื้นตัวนาน ปัจจุบัน ERCP เป็นเครื่องมือหลักในการรักษา ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง และลดเวลาการนอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้มีการรักษาแบบวันเดียวกลับมากขึ้น
- วัตถุประสงค์** : เพื่อรายงานความสำเร็จของการรักษานิ่วในทางเดินน้ำดีและทางเดินน้ำดีตีบของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับ และศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดส่องกล้องทางเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับ
- วิธีการศึกษา** : การศึกษา Retrospective study ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนิ่วในทางเดินน้ำดีและทางเดินน้ำดีตีบ ด้วย ERCP แบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567
- ผลการศึกษา** : จำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาโดย ERCP แบบวันเดียวกลับ มีทั้งหมด 35 ราย พบว่ามีอัตราการความสำเร็จของการใส่สายลวดตัวนำร้อยละ 91.4 มีอัตราการความสำเร็จของการนำนิ่วออกร้อยละ 85.7 มีการใส่ท่อพลาสติกชั่วคราวร้อยละ 37.2 พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ คือ ภาวะตับอ่อนอักเสบร้อยละ 5.7 เลือดออกร้อยละ 2.9 ค่าเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 4.6 วัน ไม่พบการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 30 วัน
- สรุป** : การรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง ERCP แบบวันเดียวกลับมีอัตราการความสำเร็จในการรักษาสูง สามารถลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดได้ ช่วยลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการมาโรงพยาบาล รวมทั้งลดความแออัดในโรงพยาบาลได้
- คำสำคัญ** : ผ่าตัดวันเดียวกลับ ส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน นิ่วในทางเดินน้ำดี ภาวะแทรกซ้อน

ABSTRACT

- Background** : Cholelithiasis is commonly found in the Thai population. In the past, open common bile duct exploration was a choice of treatment, which carried high risks complication and required a long recovery time. Currently, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) is the primary tool for treatment, helping to reduce complications from open surgery and shorten the hospital stay.
- Objective** : To report the effectiveness of ERCP for treatment of bile duct stone and bile duct stricture in One day surgery (ODS) program of Si Sa Ket hospital, and to compare factors contributing the complications associated with ERCP in ODS program.
- Methods** : Retrospective study on patients diagnosed with biliary stones and biliary strictures who underwent ERCP in ODS program at Si Sa Ket Hospital from January 1st., 2022, to January 31st., 2024.
- Results** : A total of 35 patients underwent ERCP on ODS program. The success rate of guidewire insertion was 91.4%, the success rate of stone removal was 85.7%. Plastic stents were placed in 37.2% of the cases. Complications following the procedure included pancreatitis, 5.7% and bleeding, 2.9%. The average hospital stay was 4.6 days, and no patients required readmission within 30 days.
- Conclusions** : ERCP on ODS program is high success rates procedure and shortens hospital stays, reduces infection risk, lowers costs, and eases hospital overcrowding.
- Key words** : One day surgery, ERCP, CBD stone, Complication.

หลักการและเหตุผล

อุบัติการณ์โรคนิ่วในถุงน้ำดี (gallstone) พบได้ประมาณร้อยละ 6 ของประชากรไทย พบมากในช่วงอายุ 40 ปี และพบได้บ่อยมากขึ้นในช่วงอายุที่มากกว่า 70 ปี โดยพบได้ประมาณร้อยละ 15 ถึง 30 ส่วนมากมักไม่แสดงอาการ มีประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมีอาการแสดงของนิ่วในถุงน้ำดีและมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะนิ่วในถุงน้ำดี คือ มีภาวะนิ่วในทางเดินน้ำดี (bile duct stone)⁽¹⁾ ซึ่งการรักษาในท่อน้ำดีในทางเดินน้ำดีในอดีตเป็นการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเปิดท่อน้ำดีเพื่อนำนิ่วออกแล้วจึงใส่สายระบายรูปตัวที (T tube) ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงสูงจากการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ค่อนข้างสูง ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนาน

และผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน⁽²⁾ ในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษานิ่วในทางเดินน้ำดี มีการรักษาโดยใช้การส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; ERCP) ซึ่งเป็นการส่องกล้องเข้าไปทางปากผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ส่วนเล็กส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดี (Ampulla of Vater) แล้วฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ เพื่อทำการวินิจฉัยและทำการรักษา ซึ่งพบว่าการรักษาวิธีส่องกล้องนี้ได้ผลดี มีความปลอดภัยมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และยังสามารถใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมได้อีกด้วย⁽³⁾

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery; ODS) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ การผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดมาจากที่บ้านตามคำแนะนำ และมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ซึ่งหลังพักฟื้นจากการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับบ้านได้ภายใน 1 วัน ซึ่งการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จะช่วยลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการมาโรงพยาบาล ลดระยะเวลา รอคอยผ่าตัด รวมทั้งลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันมีโรคและภาวะต่างๆ ที่สามารถรับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2561⁽⁴⁾ ได้กำหนด 12 กลุ่มโรค/หัตถการที่สามารถให้บริการด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ ซึ่งนิวทอเดินน้ำดี (Bile duct stone) และภาวะทางเดินน้ำดีตีบ (Bile duct stricture) ได้ถูกกำหนดไว้ในประกาศฉบับนี้ด้วย

ในประเทศไทย หลายโรงพยาบาลได้มีการรักษาภาวะนิวทอเดินน้ำดีและท่อน้ำดีตีบ ด้วยวิธีการ ERCP โดยใช้การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และได้มีการรายงานประสิทธิผลของการรักษาด้วยวิธีนี้ เช่น การศึกษาของ ดังฝัน เอี่ยมสุวรรณ⁽⁵⁾ โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งสรุปได้ว่า การส่องกล้องทางเดินน้ำดีในผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับและนอนโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันในด้านความสำเร็จของการส่องกล้อง และพบว่ามีความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ประโยชน์ชัดเจนในด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่า ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายควรได้เข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ หากได้รับการประเมินจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ว่ามีความปลอดภัย

ดังนั้นการรักษาด้วย ERCP แบบวันเดียวกลับในการรักษานิวทอเดินน้ำดี และภาวะทางเดินน้ำดีตีบ มีผลดีที่ทั้งต่อผู้ป่วยเอง คือ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด และมีผลดีต่อโรงพยาบาล คือ ช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วย และยังมีจำนวนเตียงเหลือสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องนอนดูอาการในโรงพยาบาล

ซึ่งทางโรงพยาบาลศรีสะเกษได้ทำการรักษานิวทอเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับด้วยวิธีการส่องกล้อง ERCP มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง แต่ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานผลเป็นเชิงประจักษ์ให้เห็นได้อย่างชัดเจน จึงเป็นที่มาของการศึกษา “ประสิทธิผลของการรักษาโรคนิวทอเดินน้ำดีและทางเดินน้ำดีตีบ ด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษ”

วัตถุประสงค์

เพื่อรายงานความสำเร็จของการรักษานิวทอเดินน้ำดีและทางเดินน้ำดีตีบของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับ และศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดส่องกล้องทางเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับ

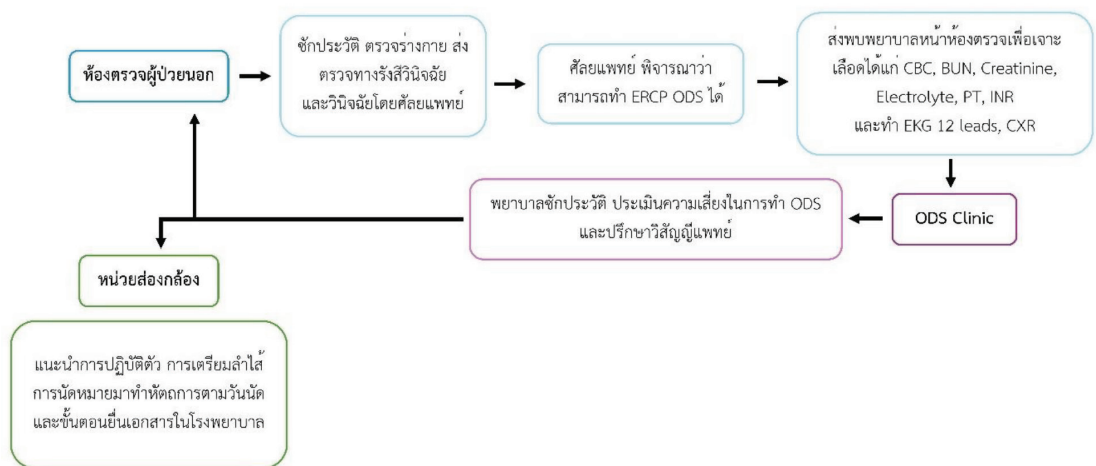
ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใบบันทึกหัตถการแบบวันเดียวกลับ โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนิวทอเดินน้ำดีและทางเดินน้ำดีตีบเป็นครั้งแรกที่มาเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP แบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษโดยศัลยแพทย์ของโรงพยาบาล มีอายุระหว่าง 18 ถึง 80 ปี และเกณฑ์ในการยกเว้นการเก็บข้อมูล คือ ผู้ป่วยมีภาวะนิวทอเดินน้ำดี หรือภาวะท่อน้ำดีตีบร่วมกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ป่วยเคยทำ ECRP ในการรักษานิวทอเดินน้ำดี หรือภาวะท่อน้ำดีตีบมาก่อน ผู้ป่วยที่มีข้อมูลบันทึกไว้ในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน และพบว่ามีอาการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) classification มากกว่า 3 โดยระยะเวลาเก็บข้อมูลคือวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาทั้งหมด 40 ราย

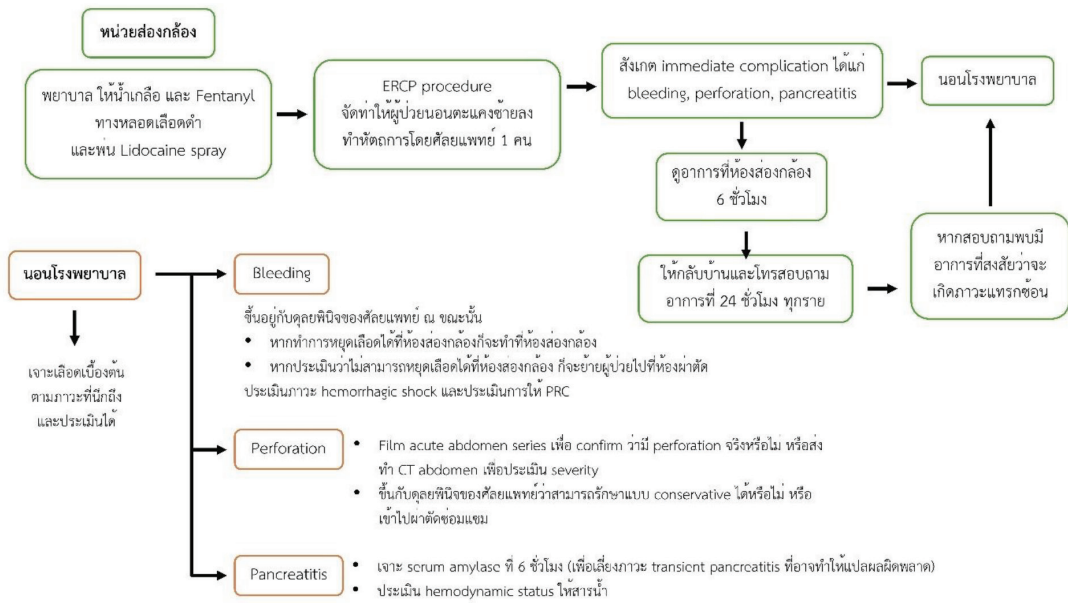
ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย อายุ เพศ ASA classification การวินิจฉัยโรค หัตถการที่ได้รับ จำนวนนี้ ตำแหน่งของนิ่ว ความสำเร็จของการทำ ERCP ได้แก่ ความสำเร็จของการใส่สายลวดตัวนำเข้าท่อทางเดินน้ำดี ความสำเร็จของการนำนิ่วออก การใส่ท่อพลาสติกค้ำยัน ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ เลือดออก ถ้าใส่เหล็กทะลุ สรุปในรูปจำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผลเลือดขนาดนี้ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 30 วัน เสียชีวิตใน 90 วันหลังการรักษา สรุปในรูปของ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล chi-square test และค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ < 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS version 22 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 055/2567 ลงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ.2567

ทางโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้มีการจัดทำแนวทางสำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแบบวันเดียวกลับ โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยภาวะนี้ในทางเดิน

น้ำดีและทางน้ำดีตีบจากศัลยแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก จะถูกส่งต่อไปยังคลินิกผ่าตัดวันเดียวกลับ เพื่อประเมินร่างกายและผลเลือดของผู้ป่วย หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สามารถส่องกล้องได้และไม่มีข้อห้าม จะถูกส่งต่อไปยังหน่วยส่องกล้อง เพื่อรับคำแนะนำการปฏิบัติตัวและนัดวันส่องกล้อง เมื่อถึงวันนัดส่องกล้องผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน และมาลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในตอนเช้า จากนั้นให้ผู้ป่วยมารอที่หน่วยส่องกล้องเพื่อเช็คความพร้อม พร้อมทั้งเปิดเส้นเลือดเพื่อให้น้ำเกลือ พ่นยาชาที่คอ ให้ fentanyl ทางหลอดเลือดดำก่อนทำ ERCP โดยการส่องกล้องให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายลง และทำการส่องกล้องโดยศัลยแพทย์ 1 ท่านต่อผู้ป่วย 1 คน เมื่อส่องกล้องเสร็จ จะได้รับการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ถ้าใส่ทะลุ ตับอ่อนอักเสบที่หน่วยส่องกล้องจนครบ 6 ชั่วโมง หากไม่พบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ซึ่งทางหน่วยส่องกล้องมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในอีก 24 ชั่วโมงต่อมา ด้วยวิธีการโทรสอบถามทุกราย หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ หรือสงสัยภาวะแทรกซ้อน จะถูกนำตัวส่งโรงพยาบาล (ภาพที่ 1 และ 2)



ภาพที่ 1 แสดงแผนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษ



ภาพที่ 2 แสดงแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำการรักษา ERCP แบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย มีภาวะนิ่วในท่อน้ำดีและน้ำดีตีบ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ด้วยวิธีส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแบบวันเดียวกลับ มีทั้งหมด 40 ราย โดยพบว่าข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไม่ครบถ้วนจำนวน 5 ราย ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษามีทั้งหมด 35 ราย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยที่ 63.8 ปี เป็นเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 48.6) เพศหญิง 18 ราย

(ร้อยละ 51.4) สภาพร่างกายของผู้ป่วยตาม ASA classification เป็น Class I 12 ราย (ร้อยละ 34.3) Class II 20 ราย (ร้อยละ 57.1) Class III 3 ราย (ร้อยละ 8.6) ได้รับการวินิจฉัยภาวะนิ่วในท่อน้ำดีจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 91.4) ภาวะท่อน้ำดีตีบ 3 ราย (ร้อยละ 8.6) ได้รับหัตถการ Balloon extraction จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 82.9) Basket extraction จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 11.4) CRE dilation จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.7) และมีระดับผลเลือด ขนาดของนิ่ว จำนวนของนิ่ว และค่าอื่นๆ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษ (n = 35)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (Mean ± SD)	63.8±13.5
เพศ	
ชาย	17 (48.6%)
หญิง	18 (51.4%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแบบวันเดียวกลับ
ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ (n = 35) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ASA Classification	
Class I	12 (34.3%)
Class II	20 (57.1%)
Class III	3 (8.6%)
การวินิจฉัย	
นิ่วในทางเดินน้ำดี	32 (91.4%)
ทางเดินน้ำดีตีบ	3 (8.6%)
หัตถการ	
Balloon extraction	29 (82.9%)
Basket extraction	4 (11.4%)
CRE dilation	2 (5.7%)
ผลเลือด	
Total bilirubin (Mean ± SD)	2.6±3.8
Direct bilirubin (Mean ± SD)	1.3±2.3
Alkaline phosphatase (Mean ± SD)	173.9±153.3
Platelet (Mean ± SD)	238.5±100.2
ขนาดนิ่ว (Mean ± SD)	
จำนวนนิ่ว	1.3±0.6
1	26 (83.9%)
มากกว่า 1	5 (16.1%)
ตำแหน่งนิ่ว	
ส่วนปลาย	26 (81.3%)
ส่วนกลาง	6 (18.7%)

จากการศึกษาพบว่า มีอัตราการความสำเร็จของการใส่สายลวดตัวนำเข้าท่อทางเดินน้ำดีแบบวันเดียวกลับ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 91.4) มีอัตราการความสำเร็จของการนำนิ่วออก จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 85.7) มีการใส่ท่อพลาสติกค้ำยัน จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 37.2) พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 8.6) โดยมีภาวะตับอ่อนอักเสบหลังทำหัตถการ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5.7) โดยมีความรุนแรงตาม Clavien-Dindo

classification อยู่ที่ grade I ภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.9) โดยมีความรุนแรงตาม Clavien-Dindo classification อยู่ที่ grade IIIb 1 ราย และ grade IV 1 ราย มีค่าเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 4.6 วัน ไม่พบการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 30 วัน และไม่พบการเสียชีวิตใน 90 วันหลังการรักษา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ของการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลศรีสะเกษ (n=35)

ผลลัพธ์การส่องกล้อง	จำนวน (ร้อยละ)
ความสำเร็จของการใส่สายลวดตัวนำเข้าท่อทางเดินน้ำดี	32 (91.4%)
ความสำเร็จของการนำนิ่วออก	30 (85.7%)
ใส่ท่อพลาสติกค้ำยัน	13 (37.2%)
ภาวะแทรกซ้อน	
ตับอ่อนอักเสบ	2 (5.7%)
เลือดออก	1 (2.9%)
ลำไส้เล็กทะลุ	0 (0%)
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (Mean)	4.6
การนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน	0 (0%)
เสียชีวิตใน 90 วันหลังการรักษา	0 (0%)

โดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่นำนิ่วออกสำเร็จ จำนวน 30 ราย ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบวันเดียวกลับ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลด้านตำแหน่งของนิ่ว จำนวนนิ่ว ขนาดนิ่ว และหัตถการการนำนิ่วออก (p-value > 0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยที่นำนิ่วออกสำเร็จที่พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูล	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	มีภาวะแทรกซ้อน	p-value
	(n=27)	(n=3)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ			0.626
ชาย	13 (48.2%)	1 (33.3%)	
หญิง	14 (51.8%)	2 (66.7%)	
อายุ (Mean ± SD)	64.3±2.7	60.3±11.3	0.655
ASA Classification			0.414
Class I	8 (29.6%)	2 (66.7%)	
Class II	16 (59.3%)	1 (33.3%)	
Class III	3 (11.1%)	0 (0.0%)	
การวินิจฉัย			0.626
นิ่วในทางเดินน้ำดี	25 (92.6%)	3 (100.0%)	
ทางเดินน้ำดีตีบ	2 (7.4%)	0(0.0%)	
หัตถการ			0.659
Balloon extraction	21 (77.8%)	3 (100.0%)	
Basket extraction	4 (14.8%)	0 (0.0%)	
CRE dilation	2 (7.4%)	0 (0.0%)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยที่นำนิ่วออกสำเร็จที่พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)

ข้อมูล	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	มีภาวะแทรกซ้อน	p-value
	(n=27)	(n=3)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
Total bilirubin (Mean ± SD)	3.0±0.8	2.7±1.2	0.907
Direct bilirubin (Mean ± SD)	1.4±0.5	1.8±0.9	0.793
Alkaline phosphatase (Mean ± SD)	184.2±32.7	150.3±56.0	0.739
Platelet (Mean ± SD)	232.8±16.6	236.0±29.1	0.951
ขนาดนิ่ว (Mean ± SD)	1.3±0.1	1.2±0.4	0.830
จำนวนนิ่ว			0.381
1	19 (79.2%)	3 (100.0%)	
มากกว่า 1	5 (20.8%)	0 (0.0%)	
ตำแหน่งนิ่ว			0.338
ส่วนปลาย	19 (76.0%)	3 (100.0%)	
ส่วนกลาง	6 (24.0%)	0 (0.0%)	

อภิปรายผล

ERCP เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการชนิดหนึ่งซึ่งเป็นกล้องส่องเข้าทางปากไปยังรูเปิดท่อน้ำดีในลำไส้เล็ก มีการพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1968 จุดประสงค์แรกมีเพื่อทำการวินิจฉัยโรคเพียงเท่านั้น และได้พัฒนาจนสามารถใช้เพื่อการรักษาได้ จากการศึกษาของ Ahmed และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาและเก็บข้อมูลการทำ ERCP ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง ค.ศ. 2013 โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษามากถึง 411,409 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ ERCP เพื่อการรักษาเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 37⁽⁶⁾ จึงทำให้ ERCP นำไปใช้ในการรักษาโรคต่างๆ ในเวลาต่อมา และมีแนวโน้มในการใช้ ERCP เพื่อรักษาโรคเพิ่มมากขึ้น

ในอดีตโรงพยาบาลศรีสะเกษยังไม่มีการทำหัตถการและการรักษาด้วยการใช้ ERCP จึงใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดท่อน้ำดี หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีศักยภาพ ซึ่งต่อมาเมื่อมีศัลยแพทย์ที่สามารถทำการรักษาด้วย ERCP ได้เองในโรงพยาบาลศรีสะเกษ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ซึ่งมีการศึกษาของ Jeumink และคณะ⁽⁷⁾ ที่ทำการศึกษาการรักษาด้วย ERCP แบบวันเดียวกลับ มีจำนวนผู้เข้าร่วม

การศึกษา 2,483 คน พบว่าการรักษาด้วย ERCP แบบวันเดียวกลับ มีความปลอดภัยไม่ต่างจากการรักษาด้วย ERCP แล้วนอนโรงพยาบาล รวมทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลและการลดระยะเวลาการรอคอยในการรักษา หากแต่ต้องมีการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม⁽⁷⁾

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก จึงทำให้มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาที่นาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบาย การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ซึ่งจะช่วยลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการมาโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด รวมทั้งลดความแออัดในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลศรีสะเกษจึงมีนโยบายที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเริ่มทำการรักษาแบบวันเดียวกลับมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา แต่เนื่องด้วยภาวะการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 ทำให้การรักษาแบบวันเดียวกลับชะงักไป และได้มีการเริ่มใหม่อีกครั้งในปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อัตราความสำเร็จของการใส่สายลวดตัวนำแบบส่องกล้องวันเดียวกลับอยู่ที่ร้อยละ 91.4 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นพบว่าม้อัตราความสำเร็จที่ร้อยละ 90 ถึงร้อยละ 95^(8,9) พบว่าอัตราความสำเร็จใกล้เคียงกัน และมีอัตราความสำเร็จการเอานิวออกอยู่ที่ร้อยละ 85.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ El และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่รายงานอัตราความสำเร็จไว้ที่ร้อยละ 77 ถึงร้อยละ 80 โดยมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่จะต้องคำนึงถึง เช่น ขนาดของนิ่ว ตำแหน่งของนิ่ว เป็นต้น⁽¹¹⁾

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนอยู่ที่ร้อยละ 8.6 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Sahar และคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้ทำการศึกษาภาวะแทรกซ้อน ERCP จำนวน 1,355 ราย ที่ศึกษาในโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิพบว่าภาวะแทรกซ้อนอยู่ถึงร้อยละ 10 ทั้งนี้อาจเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ยังน้อย ทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ภาวะตับอ่อนอักเสบ จำนวน 2 ราย แบบชนิดไม่รุนแรงในอนโรโรงพยาบาล และสังเกตอาการเพียง 2 วัน อาการดีขึ้น และภาวะเลือดออกที่ลำไส้เล็กบริเวณการทำ sphincterotomy จำนวน 1 ราย ได้ทำการส่องกล้องซ้ำเพื่อทำการห้ามเลือดแต่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ จึงได้ทำการผ่าตัดเปิดลำไส้เล็กและเย็บห้ามเลือด ซึ่งการเกิดภาวะเลือดออกนี้เกิดจากการที่พยายามเปิดท่อน้ำดีให้กว้างเพื่อนำนิ่วออกที่มากเกินไป และตำแหน่งการเปิดอาจจะไม่ดีทำให้ถูกเส้นเลือด หลังการผ่าตัดสามารถผู้ป่วยอาการดีขึ้น และกลับบ้านได้ที 10 วันของการรักษา

มีการศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนจากการทำ ERCP พบว่ามีปัจจัยที่มีโอกาสให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ได้แก่ เพศหญิง ท่อน้ำดีตีบตัน มีการทำ precut sphincterotomy, difficult cannulation, การใส่สายเหนียวนำเข้าท่อน้ำดีแบบส่องกล้อง⁽¹³⁾ นอกจากนี้การที่มีความต้องการจะนำนิ่วออกให้หมดก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยต้องประเมินตำแหน่งของนิ่ว

และขนาดของนิ่วก่อนทำหัตถการเพื่อคาดคะเนการนำนิ่วออกทั้งหมด งานวิจัยนี้ได้ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในกลุ่มที่สามารถนำนิ่วออกได้ทั้งหมด และได้มีการเปรียบเทียบข้อมูลในกลุ่มที่สามารถเอานิวออกได้ทั้งหมดที่มีภาวะแทรกซ้อนเทียบกับกลุ่มที่สามารถเอานิวออกได้ทั้งหมดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเรื่องของอายุ (p-value 0.655) เพศ (p-value 0.626) ASA classification (p-value 0.414) หัตถการการนำเอานิวออก (p-value 0.659) ตำแหน่งของนิ่ว (p-value 0.338) ขนาดของนิ่ว (p-value 0.830) และจำนวนของนิ่ว (p-value 0.381)

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ทำให้ข้อมูลบางส่วนขาดหายไป ไม่ครบถ้วน และยังขาดการเปรียบเทียบกับการรักษาด้วย ERCP แบบนอนโรงพยาบาล และหากมีการศึกษาครั้งต่อไปที่สามารถเพิ่มการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วย ERCP แบบวันเดียวกลับและ ERCP แบบนอนโรงพยาบาล รวมถึงเพิ่มการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) ของทั้ง 2 กลุ่มได้ อาจจะให้เห็นถึงข้อมูลในแง่มุมต่างๆ รวมถึงความคุ้มค่าในการรักษาได้ชัดเจนมากขึ้น

สรุป

การรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง ERCP มีอัตราความสำเร็จในการรักษาสูง และการรักษาด้วย ERCP แบบวันเดียวกลับ สามารถลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดได้ ช่วยลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการมาโรงพยาบาล รวมทั้งลดความแออัดในโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัตติ, อรุณี ไทยะกุล, สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์, ญัฐธยา ส่ง่า, สุรวุฒิ ไม้ประเสริฐ, รัชมน ภิญโญเทพประทาน, และคณะ. การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้องเปรียบเทียบกับกรผ่าตัดแบบเปิด ในการรักษานิ่วในถุงน้ำดี. วารสารกรมการแพทย์ 2566;48(1):93-103.
2. Gurusamy KS, Koti R, Davidson BR. T-tube drainage versus primary closure after open common bile duct exploration. Cochrane Database Syst Rev 2013;(6):CD005640. doi: 10.1002/14651858.CD005640.
3. Manson D, Soliman F, Mohamed U, Somasekar K. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography as a single-modality 'gold-standard' treatment for common bile duct stones in the elderly. Postgrad Med J 2023;99(1178):1253-7. doi:10.1093/postmj/qgad060.
4. ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, วิบูลย์ ภัณฑบตีกรรม, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, ฐิติกาญญา ดวงรัตน์, บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS) ปี 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ ; 2566.
5. ดั่งฝัน เอี่ยมสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการส่องกล้องเพื่อการรักษาภาวะนิ่วในท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตีบ ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. วารสารแพทย์ เขต 4-5 2565;41(1):681-8.
6. Ahmed M, Kanotra R, Savani GT, Kotadiya F, Patel N, Tareen S, et al. Utilization trends in inpatient endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): A cross-sectional US experience. Endosc Int Open 2017;5(4):E261-E271. doi: 10.1055/s-0043-102402.
7. Jeurnink SM, Poley JW, Steyerberg EW, Kuipers EJ, Siersema PD. ERCP as an outpatient treatment: a review. Gastrointest Endosc 2008;68(1):118-23. doi: 10.1016/j.gie.2007.11.035.
8. Mehta PP, Sanaka MR, Parsi MA, Zuccaro G, Dumot JA, Lopez R, Vargo JJ. Effect of the time of day on the success and adverse events of ERCP. Gastrointest Endosc 2011; 74(2):303-8. doi: 10.1016/j.gie.2011.04.006.
9. Kozarek RA. The Past, Present, and Future of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. Gastroenterol Hepatol (N Y) 2017;13(10):620-2. PMID: 29230140.
10. El Menabawey T, Mulay A, Graham D, Phillipotts S, Sethi A, Webster GJ. Predictors of success of conventional ERCP for bile duct stones and need for single-operator cholangioscopy. Endosc Int Open 2023; 11(10):E943-E951. doi: 10.1055/a-2164-8557.
11. Kamuni A, Kumar L, Giri S, Angadi S, Nanjegowda SK, Bhugumalla S. PREDICTORS OF FAILURE OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN CLEARING BILE DUCT STONES DURING INDEX PROCEDURE - A PROSPECTIVE STUDY. Arq Gastroenterol 2024;61:e23112. doi: 10.1590/S0004-2803.24612023-112.
12. Sahar N, La Selva D, Gluck M, Gan SI, Irani S, Larsen M, et al. The ASGE grading system for ERCP can predict success and complication rates in a tertiary referral hospital. Surg Endosc 2019;33(2):448-53. doi: 10.1007/s00464-018-6317-7.
13. Ak Ç, Aykut H, Pala E, Sayar S, Tarıkçi Kiliç E, Adali G, et al. Post-ERCP Complication Analysis of an Experienced Center. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2022; 32(6):707-13. doi: 10.1097/SLE.0000000000001113.