

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง ณ โรงพยาบาลพัทลุง

สุทธิรักษ์ บัวแก้ว พ.บ.

Laparoscopic Cholecystectomy in Patthalung Hospital

Abstract

Objective: To report the surgical treatment by Laparoscopic cholecystectomy (LC) at Phatthalung Hospital.

Methodology: The study from October 2000 to August 2008 among 122 patients. All case had symptomatic gall stone. Collected data from Medical Record Patthalung Hospital

Results: Patients were 88 females (73%) and 34 males (27%). The mean age was 49.4 years with the youngest patient was 21 years old and the oldest was 78 years. There were 118 successful cases of LC. The average duration of operation was 102 min. The minimum duration was 40 min and the maximum duration was 230 min. Over number of year the operation time was observed to be shorter. One case (0.8%) was detected to be ascites post operative and was sent to Songklanagarind hospital to perform correction which was known later that there was a bile duct injury.

Conclusions: The LC has been well accepted with high success rate in Phatthalung hospital since 2000.

Suttiruck Buakaew M.D
Surgical Department
Phatthalung Hospital
Phatthalung 93000

Key words: Laparoscopy Cholecystectomy, Gallbladder, Open Cholecystectomy

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อรายงานผลการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy; LC) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีถุงน้ำดีอักเสบ (cholecystitis) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุง

วิธีการศึกษา: ศึกษาการผ่าตัดถุงน้ำดีในผู้ป่วยที่มีภาวะกลุ่มอาการปวดท้องที่สัมพันธ์กับการมีนิ่วในถุงน้ำดี (symptomatic gallstone) จำนวนทั้งสิ้น 122 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด LC จำนวนทั้งสิ้น 118 ราย (ร้อยละ 96.7) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 88 ราย (ร้อยละ 74.6) และเป็นผู้ป่วยเพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 25.4) ผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด LC 4 ราย (ร้อยละ 3.3) แบ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิง 2 ราย (ร้อยละ 50.0) และผู้ป่วยเพศชาย 2 ราย (ร้อยละ 50.0) จะได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดแทน อายุเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเท่ากับ 49.4 ปี (พิสัย 18 ถึง 78 ปี) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด LC เท่ากับ 145.0 ± 35.0 ถึง 72.1 ± 24.2 นาที โดยมีระยะเวลาในการผ่าตัดลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปี และมีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 0.8)

สรุป: การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน และประสบความสำเร็จในการผ่าตัดในผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543

คำรหัส : การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง, ถุงน้ำดี, การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

O Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ (Introduction)

ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเป็นสาเหตุของการได้รับการผ่าตัดภายในช่องท้องที่พบเป็นอันดับต้นๆ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด (open cholecystectomy; OC) นั้นประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเป็นครั้งแรกของโลกในปี พ.ศ.2425 โดยศัลยแพทย์ชาวเยอรมัน ชื่อ Carl Langenbuch⁽¹⁾ ทำให้การผ่าตัดนี้ได้รับการยอมรับและจัดเป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานอ้างอิง (gold standard) ในการรักษานิ่วในถุงน้ำดีเป็นต้นมา อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2530 ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส ชื่อ Phillippe Mouret ได้คิดค้นและพัฒนาการใช้กล้องช่วยในการผ่าตัดถุงน้ำดีได้เป็นผลสำเร็จ⁽²⁾ ทำให้ช่วยลดระยะเวลาในการ

นอนโรงพยาบาล ลดการใช้ยาระงับปวด ลดภาวะแทรกซ้อนโดยรวม และช่วยเรื่องความสวยงามของแผลผ่าตัด⁽³⁾ นับตั้งแต่นั้นมาการผ่าตัด LC จึงถูกจัดเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาภาวะโรคของถุงน้ำดีแทนที่การผ่าตัดแบบ OC มาจนถึงปัจจุบัน โดยมีข้อจำกัดในการผ่าตัด LC สำหรับผู้ป่วยที่ไม่แข็งแรงพอที่จะดมยาสลบ และผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดไหลผิดปกติ

สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำเทคโนโลยีการผ่าตัด LC และการถ่ายทอดประสบการณ์จากศัลยแพทย์ที่ได้เดินทางไปศึกษาต่างประเทศกลับมาทำการผ่าตัดได้เป็นผลสำเร็จในช่วง ปี พ.ศ.2534 ถึง พ.ศ.2536⁽⁴⁾ โดยในส่วนของโรงพยาบาลพัทลุงนั้นประสบความสำเร็จในการผ่าตัด LC เป็นรายแรกเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2543 เป็นต้นมา โดยศัลยแพทย์ทั่วไปเพียงคนเดียว

วิธีการศึกษา (Methods)

ศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (analytic cross-sectional study) โดยรวบรวมคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัด LC ย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลพัทลุงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2543 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2551 มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่ม symptomatic gallstone รวบรวมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ เวลา ที่ทำการผ่าตัด เวลาที่ผ่าตัดเสร็จ ระยะเวลาก่อนทำการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลแสดงผลเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เทคนิคการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้อง
(Laparoscopic cholecystectomy)

1. หลังจากดมยาสลบ จัดท่าผู้ป่วยนอนหงาย แขนทั้งสองข้างกางออก แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเข้าด้านซ้ายของผู้ป่วย ผู้ช่วยสองกล้องอยู่ทางด้านขวาของผู้ป่วยดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 การจัดท่าผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องและตำแหน่งยืนของศัลยแพทย์ผู้ช่วยทั้งสองคนศัลยแพทย์ยืนด้านซ้ายของผู้ป่วย

2. ลง incision ที่ 1 บริเวณใต้ต่อสะดือ (subumbilicus) ขนาดประมาณ 30 มิลลิเมตร ใช้ electrical cautery จี้ตัด subcutaneous fat ผ่านไปถึง fascia ใช้ curve clamp 2 อัน จับ fascia ยกขึ้นจี้ตัด fascia ผ่าน peritoneum เข้าสู่ช่องท้อง

3. ใช้ vicryl 3/0 เย็บที่ peritoneum ทั้ง 2 ข้าง แบบ purse string ไว้ จากนั้นใส่ trocar และ port

10 มิลลิเมตร เข้าไปในช่องท้อง ต่อมาผูก purse string suture ให้แน่น เพื่อป้องกันลมรั่วออกดังแสดงในรูปที่ 2 จากนั้น insufflations gas CO2 เข้าไปจนท้องตึง ใส่ laparoscope (หลังจากทำ white balance แล้ว) เข้าไปสำรวจในช่องท้อง



รูปที่ 2 การใส่ port แรก ผ่านทางแผลได้สะดือ (ในภาพเป็นการเย็บ purse string เพื่อป้องกันลมรั่วออกจากท้องเวลาผ่าตัด)

4. ลง incision ที่ 2 ขนาดประมาณ 10 มิลลิเมตร บริเวณ epigastric area จากนั้นใช้ port และ trocar 10 มิลลิเมตร แทะผ่านเข้ามาในช่องท้อง ใส่ laparoscope ส่องดูปลาย trocar ขณะแทง port เข้าช่องท้อง โดยตำแหน่งนี้เพื่อใส่เครื่องมือ ตัวคีบ grasping forcep, เครื่องมือจี้ไฟฟ้าผ่าตัด electrocautery knife

5. ลง incision ที่ 3 ขนาดประมาณ 5 มิลลิเมตร บริเวณช่องท้องด้านข้างของข้างขวา จากนั้นใส่ port และ trocar ขนาด 5 มิลลิเมตรเข้าไปในช่องท้อง ใส่ grasping forcep ใน port นี้ เรียก right subcostal port ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 ตำแหน่งการเจาะผนังหน้าท้องเพื่อใส่เครื่องมือสามตำแหน่ง

6. ทำการdissectionบริเวณCalot's triangle of gall bladder เพื่อ identify cystic duct และ cystic artery รวมทั้ง CBD ให้ชัดเจน ในกรณีมีการติดจากการอักเสบมาก่อนก็พยายาม identify ตำแหน่ง gall bladder neck หรือตำแหน่งที่เริ่มคอดจากถุง พยายาม dissect ตำแหน่งที่ใกล้ถุงน้ำดีที่สุด เพื่อป้องกันการไปทำให้เกิดอันตรายกับ bile duct เนื่องจากถ้าเกิดขึ้นจะทำให้เกิดอันตรายกับ bile duct เนื่องจากถ้าเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย จากนั้นจึงแยก cystic duct ออกให้มีช่องใส่ endo clip หรือ hemolock ขนาด 10 มิลลิเมตร เข้าไปทาง port บริเวณ epigastrium ทำการ clips ที่ cystic duct โดยคลิป์ 3 ครั้ง มีช่องว่างระหว่างกันเพื่อตัดด้านที่จะเก็บคลิป์ 2 อัน เพื่อเสริมความแข็งแรง หลังจากนั้นตัดด้วยกรรไกร จากนั้นจึงทำการหาและคลิป์ cystic artery แล้วจึงตัด cystic artery ดังแสดงในรูปที่ 4



รูปที่ 4 ภาพขณะกำลังหนีบ cystic duct ขีดกับขอบล่างของgall bladderก่อนที่จะตัดถุงน้ำดีออก

7. ใช้ grasping forcepsยก gall bladder ขึ้นให้เห็นบริเวณรอบๆ gall bladder ชัดขึ้น ตัดด้วย laparoscopic electrocautery (จน gall bladder หลุดออกจาก gall bladder bed วาง gall bladder ไว้เหนือตับหรือจับไว้ด้วย grasping forceps จาก port 5 mm. (right subcostal port)

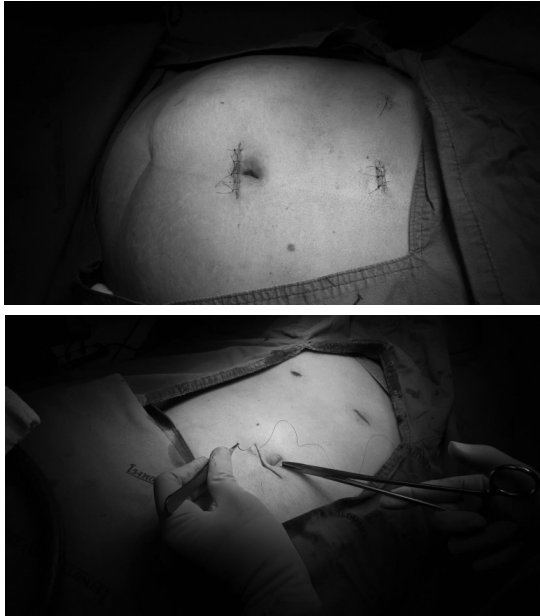
8. Check bleeding (ในกรณีมีการเปื้อนของ bile หรือมีbleed ขณะทำก็ใช้อุปกรณ์suction & irrigation จนใสสะอาด) และตรวจ check cystic stump, CBD ใช้ grasping forceps ที่สวมทาง port right subcostal 5 mm จับ gall bladder ให้แน่น

9. ถอดกล้องออกจาก port umbilicus เพื่อเคลื่อนย้ายไปใส่ port ที่ 2 epigastric port หลังจากนั้นจึงใช้ extracting forcepsสอดเข้าทาง port umbilicus เพื่อไปจับ gall bladder ที่โดนจับรออยู่แล้วจากport right upper abdomenบริเวณ neck stump หรือบริเวณที่เป็นคลิป์ แล้วจึงดึง gall bladder ออกมา ทาง port umbilicus ดังแสดงในรูปที่ 5



รูปที่ 5 ภาพขณะกำลังดึงถุงน้ำดีออกจากร่างกายผ่านทางแผลเจาะใต้สะดือ (ซ้าย) และภาพถุงน้ำดี (ขวา)

10. ใช้ laparoscope ที่ใส่ทาง port epigastric ส่องดู gall bladder ได้ตลอดเวลา ขณะเอา gall bladder ออกทำความสะอาดแผลทั้ง 3 รูเย็บปิดแผลดังแสดงในรูปที่ 6



รูปที่ 6 ภาพขณะกำลังเย็บปิดแผลหน้าท้อง (ซ้าย) และภาพแผลภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด (ขวา)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี พบว่า ตลอดระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2543 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งสิ้น 122 ราย ทำโดยศัลยแพทย์เพียงคนเดียวคือผู้วิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 90 ราย (ร้อยละ 73.8) อายุเฉลี่ย 49.8 ปี (พิสัย 27 ถึง 78 ปี) และผู้ป่วยเพศชาย 32 ราย (ร้อยละ 26.2) อายุเฉลี่ย 48.4 ปี (พิสัย 18 ถึง 73 ปี) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 122 รายนี้ มีผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด LC จำนวนทั้งสิ้น 118 ราย (ร้อยละ 96.7) ส่วนผู้ป่วยอีก 4 ราย (ร้อยละ 3.3) ซึ่งเป็นเพศหญิง 2 รายและเพศชาย 2 ราย จำเป็นต้องเปลี่ยนไปใช้วิธีการผ่าตัดแบบ OC และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด LC 118 รายนี้ มีผู้ป่วย 117 ราย (ร้อยละ 99.2) ที่ได้รับการผ่าตัดและหายสมบูรณ์ภายหลังการรักษา แต่พบผู้ป่วยเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วย (ราย)	122 (100.0)
ชาย	32 (26.2)
หญิง	90 (73.8)
การผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้อง (ราย)	118 (96.7)
ชาย	30 (25.4)
หญิง	88 (74.6)
การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด (ราย)	4 (3.3)
ชาย	2 (50.0)
หญิง	2 (50.0)
อายุเฉลี่ยรวม (ปี±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	49.4 ± 14.1
ชาย (n = 32)	48.4 ± 13.9
น้อยกว่า 20 ปี	1 (3.1)
21 ถึง 40 ปี	9 (28.1)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
40 ถึง 60 ปี	15 (46.9)
มากกว่า 60 ปี	7 (21.9)
หญิง (n = 90)	49.8 ± 14.2
น้อยกว่า 20 ปี	0 (0.0)
21 ถึง 40 ปี	27 (30.0)
40 ถึง 60 ปี	37 (41.1)
มากกว่า 60 ปี	26 (28.9)
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้อง ท้องมาน	1 (0.8)

จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด LC และระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2551 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด คือ 105.7 นาที (พิสัย 40 ถึง 230 นาที) และมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปี (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องและระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2551

ปี (พ.ศ.)	จำนวน (ร้อยละ), n=118 ราย	ระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด (นาที±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2543	3 (2.5)	145.0 ± 35.0
2544	16 (13.6)	132.2 ± 47.3
2545	12 (10.2)	135.8 ± 30.2
2546	25 (21.2)	111.0 ± 30.7
2547	8 (6.8)	98.1 ± 29.6
2549	19 (16.1)	97.9 ± 30.7
2550	18 (15.2)	91.7 ± 34.0
2551	17 (14.4)	72.1 ± 24.2

ระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด เท่ากับ 105.7 นาที (พิสัย 40 ถึง 230 นาที)

วิจารณ์ผลการศึกษา

ปัจจุบันมีการแบ่งโรคของถุงน้ำดีที่สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้ 3 ประเภท ได้แก่ ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (chronic cholecystitis) และภาวะกลุ่มอาการปวดท้องที่สัมพันธ์กับการมีนิ่วในถุงน้ำดีหรือ symptomatic gallstone ซึ่งภาวะนี้เป็นข้อบ่งชี้ที่ใช้มากที่สุดของการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ได้มีการรวบรวมในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารหรือผ่านการรับประทานยารักษาโรคกระเพาะมาเป็นเวลานาน จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการตรวจที่เป็นมาตรฐาน คือ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) จนพบว่า มีนิ่วอยู่ในถุงน้ำดี ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มนี้จะได้รับคำแนะนำให้ทำการผ่าตัดผ่านกล้องทุกราย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงแต่ตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดี หรือมีการตรวจสุขภาพแล้วพบนิ่วในถุงน้ำดีนั้น ผู้ป่วยจะยังไม่ถูกพิจารณาผ่าตัดเนื่องจากภาวะนี้ยังไม่ใช่วินิจฉัยทางศัลยกรรม แต่แพทย์จะให้คำแนะนำแทนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเป็นไปของโรคยกเว้นผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้ ได้แก่ ถุงน้ำดีมีแคลเซียมเกาะที่ผนังของถุงน้ำดี (porcelain gall bladder) เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งได้สูง ผู้ป่วยที่จะได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยที่ได้รับการยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่เป็นโรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว (sickle cell anemia)⁽⁵⁾ โดยจากการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีภาวะ acute cholecystitis เนื่องจากเป็นภาวะที่พบยาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีภาวะ symptomatic gallstone ซึ่งได้ผลดีในการผ่าตัด

การศึกษาในครั้งนี้ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปคือ พบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าผู้ป่วยเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมีโอกาสพบนิ่วได้มากกว่า⁽⁶⁾ ในส่วนของการผ่าตัด LC มีผู้ป่วย 4 รายที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ต้องเปลี่ยน

ไปใช้วิธีการผ่าตัดแบบ OC โดย 1 รายมีภาวะถุงน้ำดีเป็นเนื้องอกที่มีการลุกลามติดกับลำไส้ใหญ่ จึงจำเป็นต้องทำการผ่าตัดออกทั้งหมด (en bloc resection) ในขณะที่ยัง 3 รายมีภาวะ chronic cholecystitis ที่ถุงน้ำดีห่อและย่น (retracted) ติดกับตับและเนื้อเยื่อข้างเคียง ทำให้การผ่าตัดลำบาก มีโอกาสเกิดอันตรายได้สูง จึงจำเป็นต้องทำการผ่าตัดออกในที่สุดมีผู้ป่วยเพศชาย 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด คือ มีการรั่วของท่อน้ำดี ทำให้เกิดท้องมาน (biloma) ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ถูกส่งต่อเพื่อทำการผ่าตัดแก้ไขที่โรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด LC มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยที่ใช้เวลานานที่สุด (230 นาที) เกิดขึ้นจากการมีนิ่วจำนวนมากในถุงน้ำดี ทำให้ยากต่อการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดตลอดช่วงปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2551 ลดลงต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากระยะเวลาในการผ่าตัดช่วงปีแรกๆ นั้นเป็นช่วงที่อยู่ในระหว่างการศึกษารียนรู้ (learning curve) ของทั้งแพทย์และผู้ช่วยการผ่าตัด LC ไม่อาจทำได้มากในโรงพยาบาลพัทลุงเนื่องจากมีศัลยแพทย์เพียงคนเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยทางศัลยกรรมมีมาก จึงไม่สามารถเพิ่มความชำนาญเฉพาะด้านได้ ทำให้การรายงานข้อมูลของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

สรุป

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องเป็นมาตรฐานการรักษาที่ยอมรับกันในปัจจุบันและถือปฏิบัติกันทั่วโลก โรงพยาบาลพัทลุงสามารถทำหัตถการนี้ได้สำเร็จตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปีตามความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์และผู้ช่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณกรณิศ ดั่งวงอินทร์ หัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องแยกผู้ป่วยออกมาเป็นหมวดหมู่ ทำให้ง่ายต่อการจำแนกและศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Traverso LW. Carl Langenbuch and the first cholecystectomy. Am J Surg. 1976;132(1):81-2.
2. Polychronidis A, Laftsidis P, Bounovas A, Simopoulos C. Twenty Years of Laparoscopic Cholecystectomy: Philippe Mouret. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 1987;12(1):109-11.
3. Pessaux P, Regenet N, Tuech JJ, Rouge C, Bergamaschi R, Arnaud JP. Laparoscopic versus open cholecystectomy: a prospective comparative study in the elderly with acute cholecystitis. SurgLaparoscEndosc Percutan Tech. 2001;11(4):252-55.
4. Pongchairerks P. The impact of laparoscopic cholecystectomy on the practice and training of gallbladder surgery in Thailand. Ann Acad Med Singapore. 1996;25(5):629-34.
5. Chahin F, Dwivedi A, Chahin C, Agrawal S, Alnajjar S, Silva YJ. The Laparoscopic Challenge of Cholecystitis. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2002;6(2):155-58.

6. Novacek G. Gender and gallstone disease. Wien Med Wochenschr. 2006;156(19-20):527-33.