



ผลลัพธ์ขั้นต้นของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

เอกชัย ผดุงภักดิ์วิวงศ์ พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป¹

¹โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: ekhachai@yahoo.com

Vajira Med J. 2018; 62(4): 299-304

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.16>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับความปวดแผลหลังการผ่าตัด การใช้ยาฉีดแก้ปวด ภาวะแทรกซ้อน และระดับความพึงพอใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ.2559 – ตุลาคม พ.ศ.2560 จำนวน 35 ราย โดยระดับความรู้สึกด้วยการให้ยาชาเฉพาะที่ในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูล ระดับความปวด การใช้ยาฉีดแก้ปวดหลังผ่าตัด ระดับความพึงพอใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยในโดยระดับความรู้สึกด้วยการให้ยาชาเฉพาะที่ในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร มีระดับความเจ็บปวด 1.43 ± 0.50 มีระดับความพึงพอใจ 4.83 ± 0.38 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

สรุป: การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยในโดยระดับความรู้สึกด้วยการให้ยาชาเฉพาะที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด โดยมีระดับความปวดหลังผ่าตัดที่น้อยมาก และไม่มีการใช้ยาฉีดระงับอาการปวดภายหลังผ่าตัด รวมทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาสูง ดังนั้นอาจพิจารณาเป็นวิธีเลือกแรกในการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ



Immediate Outcomes of Ambulatory Inguinal Hernia Repair in Bangkok Metropolitan Administration Lat Krabang Hospital: Retrospective Study

Ekhachai Padungpakdeewong MD^{1*}

¹ Lat Krabang Bangkok Hospital. Bangkok Metropolitan Administration, Bangkok, Thailand.

* Corresponding author, e-mail address: ekhachai@yahoo.com

Vajira Med J. 2018; 62(4): 299-304

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.16>

Abstract

Objective: To study outcomes of post operative pain, patient satisfaction, complications and analgesic injection of ambulatory inguinal hernia repair.

Methods: Retrospective descriptive study of ambulatory inguinal hernia repair by the local anesthesia in Lat Krabang Hospital, 35 cases, were collected from March 2016 to October 2017. Post operative pain, patient satisfaction, post operation analgesic injection, and complications were collected.

Results: The average pain for ambulatory inguinal hernia repair by the local anesthesia in Lat Krabang Hospital was 1.43 ± 0.50 and patient satisfaction was 4.83 ± 0.38 . There was no complication in this study group.

Conclusion: Ambulatory inguinal hernia repair by the local anesthesia was success of the surgery. The operation has low in pain score, high in patients' satisfaction and not necessary in post operation analgesic injection. Therefore, this technique may be recommended as the first choice in inguinal hernia repair.

Keywords: Local anesthesia, ambulatory inguinal hernia repair, operative pain

โรคไส้เลื่อนขาหนีบ หมายถึง ภาวะที่ลำไส้เลื่อนออกนอกช่องท้องผ่านผนังช่องท้องที่อ่อนแอทำให้ลำไส้เลื่อนออกมาภายนอกบริเวณขาหนีบ หรือในบางรายอาจลงไปถึงอวัยวะ การรักษาสไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่ดีที่สุด คือ การผ่าตัด การรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบเป็นหัตถการที่สำคัญสำหรับศัลยแพทย์ ในปัจจุบันเทคนิคการผ่าตัดมีหลายวิธีและได้ผลใกล้เคียงกันในการรักษา โรคไส้เลื่อนขาหนีบเป็นภาวะที่พบได้ร้อยละ 75-80¹⁻³ ของกลุ่มโรคไส้เลื่อน การรักษาทำได้ด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดมีได้หลายวิธี เช่น Bassini, Mcvay เป็นต้น แต่เทคนิคที่ใช้บ่อยในปัจจุบันเป็นวิธี tension free technique¹⁻⁴ เช่น mesh graft, nylon darn⁴ เป็นต้น การผ่าตัดไม่ว่าวิธีใด ๆ ต้องให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยก่อนทุกครั้งเสมอ การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการผ่าตัด มีได้ 3 วิธี^{5,6} ได้แก่ การดมยาสลบ การให้ยาชาทางไขสันหลัง และการให้ยาชาเฉพาะที่ จากการศึกษาข้อมูลพบว่าการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบโดยระงับความรู้สึกผู้ป่วยด้วยยาชาเฉพาะที่ที่มีข้อได้เปรียบเหนือกว่าวิธีอื่น คือ สามารถทำโดยศัลยแพทย์เองได้ สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้ทันทีหลังผ่าตัด มีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าวิธีอื่น ๆ การรู้สึกตัวที่ดีกว่าหลังการผ่าตัด การช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่าหลังผ่าตัด ใช้ได้ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมบางอย่าง เช่น ภาวะอ้วน หอบหืด ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น urinary retention⁵ อาการปวดศีรษะ⁵ หลังการให้ยาชาทางไขสันหลัง และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล⁵⁻⁷ ซึ่งผู้วิจัยได้เคยทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่กับการให้ยาชาทางไขสันหลัง⁸ แล้วพบว่าระดับความปวดของวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ไม่มีผลต่อความต้องการให้ยาระงับอาการปวดหลังผ่าตัด เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยดังกล่าวแล้วผู้วิจัยจึงได้นำวิธีนี้มาใช้ในการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค ในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และได้ทำการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยในทุกราย ซึ่งปัจจุบันต่างประเทศมีการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยในมากขึ้น⁹⁻¹⁰ นอกจากนี้ประโยชน์จากการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น และสามารถลดความแออัดและอัตราการครองเตียงที่ไม่จำเป็นของโรงพยาบาลได้ โดยที่ไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วยและการรักษา

ของแพทย์ จากข้อมูลดังกล่าวจึงนำมาเพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษา ระดับความปวดแผลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่แบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน และวัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนและระดับความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่แบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็น retrospective descriptive study โดยสถานที่ทำการวิจัย โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบทุกรายที่เข้าเกณฑ์ และได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2560

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ(direct/indirect inguinal hernia) ที่ไม่มีภาวะอุดตันของไส้เลื่อนได้รับการผ่าตัดโดยระงับความรู้สึกด้วยการให้ยาชาเฉพาะที่ และได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน
2. ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยโรคนี้ในช่วงเดียวกันมาก่อน
3. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี

ขนาดตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 ราย คำนวณจากสูตร estimating population mean

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยในโดยระงับความรู้สึกด้วยการให้ยาชาเฉพาะที่
2. เก็บข้อมูล อายุ เพศ ระดับความปวด ดัชนีมวลกาย การใช้ยาฉีดแก้ปวดหลังผ่าตัด ระดับความพึงพอใจ จำนวน

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยระดับความพึงพอใจและระดับความปวดจะเก็บโดยพยาบาลก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้านแบ่งเป็น 1-5 (พอใจน้อยที่สุด-พอใจมากที่สุด) ระดับความปวดวัดโดยใช้ระบบ NRS คะแนน 0-10 ไม่ปวด-ปวดมากที่สุด

3. ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ผลลัพธ์ที่ประเมิน คือ ระดับความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อน ระดับความพึงพอใจ การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ประเมินแบบสถิติเชิงพรรณนา

ผู้ป่วยใส่เลื้อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบรับเป็นผู้ป่วยในภายหลังการให้ระดับความรู้สึกด้วยยาชาเฉพาะที่ โดยจะนำมารายงานเป็นร้อยละความล้มเหลวในการผ่าตัดด้วยยาชาเฉพาะที่

ผลการศึกษา

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคใส่เลื้อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยในโดยระดับความรู้สึกด้วยการให้ยาชาเฉพาะที่มีอายุเฉลี่ย 28.91 ± 18.60 ดัชนีมวลกาย 22.63 ± 2.14 และ เป็นเพศชายทั้งหมด

ผู้ป่วยสามารถผ่าตัดสำเร็จทั้งหมด 35 ราย โดยไม่ต้องมีการรับเป็นผู้ป่วยในภายหลังการผ่าตัด ข้อมูลระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง คือ 1.43 ± 0.50 การใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาคือ 0 ราย ข้อมูลระดับความพึงพอใจหลังการผ่าตัดมีระดับความพึงพอใจที่ 4.83 ± 0.38 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคใส่เลื้อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน มีค่าระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงคือ 1.43 ± 0.50 ซึ่งเป็นระดับความปวดที่น้อยมาก และไม่ได้มีผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฉีดยาระงับอาการปวดหลังการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดใส่เลื้อนขาหนีบวิธีนี้นอกจากสามารถผ่าตัดได้แบบผู้ป่วยนอก โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่ต่างจากการผ่าตัดที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในแล้ว และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด และผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจต่อวิธีการรักษานี้สูง คือ 4.83 ± 0.38

ตารางที่ 1:

ข้อมูลพื้นฐาน 12 เดือน

ผู้ป่วยโรคใส่เลื้อนขาหนีบ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน (N=35)	
อายุ	28.91 ± 18.60
ดัชนีมวลกาย	22.63 ± 2.14
เพศ (ชาย/หญิง)	35 / 0

ตารางที่ 2:

ข้อมูลจากการศึกษา

ผู้ป่วยโรคใส่เลื้อนขาหนีบ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน (N=35)	
ระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง	1.43 ± 0.50
การใช้ยาแก้ปวด (ใช้ / ไม่ใช้)	0/35
ระดับความพึงพอใจ	4.83 ± 0.38
ภาวะแทรกซ้อน (มี / ไม่มี)	0/35

มีหลายการศึกษาซึ่งบ่งชี้ว่าระดับคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเฉพาะที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าทางไขสันหลัง¹¹⁻¹³ นั้นมีทฤษฎีที่สนับสนุนปรากฏการณ์นี้เรียกว่า pre-emptive analgesia theory ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าการให้การระงับความเจ็บปวดก่อนที่จะเกิดการกระตุ้นความเจ็บปวดจะช่วยลดความไวของตัวรับความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง^{14,15} ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่น้อยกว่าและจำนวนการใช้ยาแก้ปวดก็น้อยกว่าในกลุ่มที่ผ่าตัดใส่เลื่อนด้วยวิธีการให้ยาเฉพาะที่ ในด้านคำรักษาในโรงพยาบาลที่ต่ำกว่าการผ่าตัดที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในเนื่องจากระยะเวลารวมทั้งหมดในห้องผ่าตัดที่ลดลงรวมทั้งลดค่าหัตถการในการให้ยาทางไขสันหลัง และยังลดจำนวนวันนอนที่ไม่จำเป็นลงได้ ทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการในด้านเตียงผู้ป่วย และการใช้ห้องผ่าตัดได้ดีขึ้น แต่การผ่าตัดวิธีนี้ต้องมีความระมัดระวังในการห้ามเลือดให้ดีพอ โดยเฉพาะการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน เพราะการใช้ยาเฉพาะที่ที่มี adrenaline เป็นส่วนผสมอยู่ด้วย จะทำให้หลอดเลือดตีบ ส่งผลให้มีเลือดออกน้อยในบริเวณที่ทำการผ่าตัด ศัลยแพทย์ที่เริ่มใช้วิธีการนี้อาจจะขาดความระมัดระวังในการห้ามเลือดอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดก้อนเลือดภายหลังการผ่าตัดได้ รวมทั้งศัลยแพทย์ที่จะเริ่มใช้วิธีนี้ ควรจะเลือกผู้ป่วยที่ไม่อ้วนดัชนีมวลกายไม่ควรเกิน 30 เพราะนอกจากต้องใช้ยาจำนวนมากแล้ว ยังเป็นการยากต่อการฉีดยาเข้าสู่ตำแหน่งที่ต้องการอย่างถูกต้อง ส่วนอัตราการกลับเป็นซ้ำต้องมีการติดตามผลต่อในระยะยาวต่อไป

สรุป

การศึกษานี้พบว่าสามารถนำมาใช้ในการผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยในได้จริงและไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดจำเป็นต้องมีการฝึกฝนและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและทีมผ่าตัดในสถานพยาบาลที่ไม่เคยใช้วิธีนี้มาก่อน ซึ่งการฝึกฝนนี้ใช้ระยะเวลาไม่นานที่จะทำให้เกิดความชำนาญในการใช้วิธีนี้ในการผ่าตัด รวมทั้งยังเป็นการผ่าตัดใส่เลื่อนที่ขาหนีบที่ทำได้ง่าย มีภาวะแทรกซ้อนน้อย ประหยัดและปลอดภัย รวมทั้งผู้มารับบริการยังมีความพึงพอใจสูงจากการเข้ารับการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.พ.เกรียงไกร ตั้งจิตธมณีกิตตา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการวิจัย และเผยแพร่ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Wantz GE. Abdominal Wall Hernias. In: Schwartz's Principle of Surgery 7thed. Saint Louis: McGraw-Hill Book;1999:1585-611
2. Eubanks WS. Hernias. In: Townsend CM, editor. Sabiston Textbook of Surgery.16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001: 783-801.
3. Moritz MJ. Hernias. In: Jarrell BE, Carabasi RA, editors. Surgery.4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:41-6.
4. Richards AT, Quinn TH, Fitzgibbons RJ. Abdominal wall hernias. In: Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldham KT, Zelenock GB, Lilemoe KD, editors. Surgery scientific principles and practice.3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 1185-224.
5. Kehlet H, Aasvang E. Groin hernia repair: Anesthesia. World J Surg. 2005; 29(8):1058-61.
6. Kehlet H, Bay Nielsen M. Anaesthetic practice for groin hernia repair--a nation-wide study in Denmark 1998-2003. Acta Anaesthesiol Scand. 2005; 49(2): 31-2.
7. Kark AE, Belsham PA, Kurzer MN. Simultaneous repair of bilateral groin hernias using local anaesthesia: a review of 199 cases with a five-year follow-up. Hernia. 2005; 9(2): 131-3.
8. Padungpakdeewong E. Comparison Outcomes of Local Anesthesia and Spinal Anesthesia in Tension-Free Herniorrhaphy: Randomized Controlled Trial. Vajira Med J. 2016; 60(4): 269-76.

9. Dhumale R, Tisdale J, Barwell N. Over a thousand ambulatory hernia repairs in a primary care setting. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92(2): 127-30.
10. De Sá Ribeiro FA, Padron F, Castro TD, Torres Filho LC, Fernandes BA. Inguinal hernia repair with local anesthesia in the outpatient. *Rev Col Bras Cir.* 2010;37(6):397-402.
11. Özgün H, Kurt MN, Kurt I, et al. Comparison of local, spinal, and general anaesthesia for inguinal herniorrhaphy. *Eur J Surg.* 2002; 168: 455-9.
12. Chang FC, Farha GJ. Inguinal herniorrhaphy under local anesthesia. A prospective study of 100 consecutive patients with emphasis of perioperative morbidity and patient acceptance. *Arch Surg.* 1977; 112: 356-8.
13. Gultekin FA, Kuruahvecioglu O, Karamercan A. A prospective comparison of local and spinal anesthesia for inguinal hernia repair. *Hernia.* 2007;11: 153-6.
14. Dahl JB, Møiniche S. Pre-emptive analgesia. *Br Med Bull.* 2004; 71:13-21.
15. Gottschalk A, Smith DS. New concepts in acute pain therapy: preemptive analgesia. *Am Fam Physician.* 2001; 63: 1979-84.