

การรักษาเล็บขบด้วยวิธีจี้ไฟฟ้าทำลายตัวสร้างเล็บ Treatment of Ingrowing Nail by Electrocautery Matrixectomy

อิสริย์ จึงสำราญพงศ์ พ.บ.,
ประกาศนียบัตรแพทย์ปฏิบัติการตจวิทยา
และดุษฎีศาสตร
กลุ่มงานบริการทางการแพทย์
โรงพยาบาลดอนตูม
จังหวัดนครปฐม

Isree Juengsamranphong M.D.,
Certificate in Clinical Fellow in Dermatology
and Clinical Fellow in Dermatotomy
Division of Medical Service
Dontum Hospital,
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

เล็บขบเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการผ่าตัดทางศัลยกรรม วิธีการรักษาเริ่มตั้งแต่การรักษาแบบประคับประคอง จนถึงการทำผ่าตัด แต่การทำผ่าตัดด้วยวิธีการถอดเล็บบางส่วนหรือถอดเล็บหมดเพียงอย่างเดียวพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำสูง ดังนั้นการผ่าตัดในปัจจุบันจึงมีการบูรณาการการทำลายตัวสร้างเล็บเข้ามาร่วมด้วย โดยใช้วิธีการจี้ด้วยไฟฟ้า สารเคมี หรือเลเซอร์ ซึ่งส่งผลให้อัตราการกลับเป็นซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาในการเกิดการอักเสบ และระยะเวลาการหายของแผลลดลง รายงานนี้แนะนำให้เสนอผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี ตรวจร่างกายพบบริเวณข้างเล็บทั้งสองด้านของหัวแม่เท้าข้างขวาอักเสบและมีหนองสีเหลืองไหลออกมา เคยมีประวัติเล็บขบบริเวณเดียวกัน และได้รับการผ่าตัดโดยวิธีถอดเล็บบางส่วนออกเมื่อ 7 เดือนก่อน โดยครั้งนี้วินิจฉัยโรคเป็นเล็บขบเช่นเดิม จึงทำผ่าตัดโดยถอดเล็บบางส่วนออก ร่วมกับใช้วิธีจี้ไฟฟ้าทำลายตัวสร้างเล็บ หลังทำผ่าตัดได้ติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ จนครบ 1 ปี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำอีก

คำสำคัญ : เล็บขบ การจี้ไฟฟ้าทำลายตัวสร้างเล็บ

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(1) : 145-153.

Abstract

Ingrowing nail is a common problem presenting to the surgeons. The treatment are various either conservative or surgical methods, but partial nail plate avulsion only results in associated high recurrence rate. Therefore, the surgical procedure may be integratedly combined with segmental nail matrixectomy to provide best chance for eradication. Surgical techniques including curettage,

electrocautery, chemical abrasion and carbon dioxide laser ablation of the nail matrix are also options. The segmental nail matrixectomy is found to have positive outcomes, i.e., decreased recurrence rate, complications, pain level, duration of inflammation, and wound healing. This study reported a case of 35-Year-Old male patient with inflammation and infection of the medial and lateral nail fold of right great toe. He had previous history of ingrown nail at the right great toe and undergoing partial nail plate avulsion in the past 7 months. This time, the diagnosis was recurrent ingrowing toenail at right great toe and surgical approaches were partial nail avulsion with electrocautery matrixectomy and sutures of nail folds. One year after operation, there were no recurrence and complications.

Keywords : ingrowing nail , electrocautery matrixectomy

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(1) : 145-153.

บทนำ

เล็บขบ (Ingrowing nail) เป็นภาวะที่เล็บ บริเวณขอบหรือด้านข้างงอกเข้าไปที่บริเวณผิวหนังข้าง เล็บทั้งสองข้างหรือข้างเดียว ทำให้มีอาการเจ็บปวด และการอักเสบของเนื้อเยื่อข้างเล็บ มักจะเกิดที่ด้านนอกของ นิ้วมือหรือนิ้วเท้า เรียกว่า onychocryptosis และหาก ไม่รักษาจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ (infection) บริเวณเล็บขบ ซึ่งอาจมีการติดเชื้อลงลึกไป ถึงบริเวณกระดูกซึ่งอยู่ใกล้เคียง เป็นแผลเรื้อรังรักษา ไม่หาย (ulceration) เนื้อเยื่อตาย และนิ้วตาย (necrosis and gangrene) ได้^{1, 2} เล็บขบส่วนใหญ่จะเกิดบริเวณ นิ้วเท้าโดยเฉพาะนิ้วหัวแม่เท้า พบได้ทุกกลุ่มอายุ โดยพบบ่อยในกลุ่มคนหนุ่มสาว ผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในอัตรา 3:1 ผู้ที่มีความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน และเป็น โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย^{3, 4, 5, 6}

สาเหตุของการเกิดเล็บขบส่วนใหญ่เกิดจากการสวมรองเท้าที่คับเกินไป ทำให้เท้าถูกบีบและเล็บ ไม่สามารถงอกได้ตามปกติ ตัดเล็บไม่ถูกต้องโดยตัดมุมเล็บ ขีดเนื้อทำให้เล็บที่งอกทิ่มแทงเข้าที่ซอกเล็บ ส่วนปัจจัย ส่งเสริมที่เพิ่มโอกาสการเกิดเล็บขบ ได้แก่ โครงสร้าง เล็บผิดปกติ เล็บมีการฉีกขาดจากอุบัติเหตุโดยเฉพาะ

การเล่นกีฬาที่ใช้เท้า ความอับชื้น การติดเชื้อราที่เล็บ การได้รับยาบางชนิด เช่น วิตามินเอที่ใช้รักษาผิวหนัง ผู้ที่เป็นเบาหวาน อ้วน โรคไตวาย โรคไทรอยด์ และบวม บริเวณปลายมือปลายเท้า^{4,7,2}

เล็บขบมี 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 inflammatory stage บริเวณซอกเล็บจะมีอาการบวมแดงเล็กน้อย ปวด และกดเจ็บ ระยะที่ 2 abscess stage มีอาการบวมแดง และเจ็บปวดมากขึ้น อาจจะมีหนองเล็กน้อยบริเวณ เล็บขบ ระยะที่ 3 granulation stage อาการบวมแดง เจ็บปวดจะรุนแรง มีเนื้อเยื่อออก และมีอาการของการติดเชื้อที่เนื้อเยื่อ สารคัดหลั่งเป็นหนองไหล บางราย อาจมีไข้ร่วมด้วย เล็บบริเวณดังกล่าวจะหนาตัวขึ้นมา^{4,6,8}

การรักษาขึ้นอยู่กับระยะของเล็บขบ มี 2 แบบ คือ แบบที่ 1 แบบประคับประคอง (conservative treatment) ทำในระยะที่ 1, 2 โดยระยะที่ 1 ยกเล็บ บริเวณนั้นขึ้น (lifting the nail) โดยการแช่น้ำอุ่น ล้างทำความสะอาดบริเวณเล็บด้วยสบู่และเช็ดให้แห้ง และใช้ผ้าก๊อซ หรือ dental floss หรือ splint รองไว้ ระหว่างเนื้อซอกเล็บและเล็บ ระยะที่ 2 ทำเหมือน ระยะที่ 1 และให้รับประทานยาปฏิชีวนะ (antibiotic drug) แบบที่ 2 การผ่าตัด (surgical methods)⁴ ซึ่ง

การผ่าตัดจะทำในระยะที่ 3^๑ โดยวิธีการผ่าตัดที่นิยมมี 2 วิธี คือ 1) การถอดเล็บ (nail avulsion) อาจจะทำถอดเล็บบางส่วน (partial nail avulsion) หรือถอดเล็บหมด (complete nail avulsion) 2) การถอดเล็บบางส่วนหรือถอดหมด (partial or complete nail avulsion) ร่วมกับการทำลายตัวสร้างเล็บ (nail matrix) ที่เรียกว่า matrixectomy ด้วยวิธีการขูด(curettage) ใช้ไฟฟ้าจี้ (electrocautery matrixectomy) หรือคาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์ (CO₂ laser) หรือสารเคมี (chemical matrixectomy) เช่น phenol-alcohol, sodium hydroxide, trichloroacetic acid เป็นต้น

การใช้วิธีการถอดเล็บ (nail avulsion) มักพบปัญหาการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) สูงถึงร้อยละ 64-83¹⁰ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจเป็นซ้ำทุก 3-7 เดือน ทำให้ต้องมาถอดเล็บซ้ำๆ หลายครั้ง เนื่องจากวิธีการผ่าตัดแบบนี้ตัวสร้างเล็บ (nail matrix) ไม่ถูกทำลาย⁴ ทำให้สามารถงอกขึ้นมาใหม่ได้ ดังนั้นแพทย์ผู้รักษาจึงศึกษาหาวิธีการผ่าตัดที่สามารถป้องกันและลดการเกิดเป็นซ้ำ ซึ่งมีการวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดเล็บขนด้วยวิธีถอดเล็บร่วมกับการทำลายตัวสร้างเล็บ (matrixectomy) และพบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Singh⁷ พบว่าอัตราการเกิดเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดด้วยวิธีถอดเล็บร่วมกับการทำลายตัวสร้างเล็บ (matrixectomy) ต่ำมากเมื่อเทียบกับการถอดเล็บบางส่วนเพียงอย่างเดียว ส่วนระยะเวลาการหายของแผล และความเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kayalar⁹ พบอัตราการเกิดเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีทำลายตัวสร้างเล็บบางส่วน เพียงร้อยละ 9.8 และการศึกษาของ Khan¹¹ พบว่าหลังทำผ่าตัดถอดเล็บร่วมกับการทำลายตัวสร้างเล็บด้วยการใช้ฟีนอล (phenol matrixectomy) ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวด อัตราการติดเชื้อของแผล และการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าการถอดเล็บเพียงอย่างเดียว และการศึกษาเปรียบเทียบ

อัตราการเกิดเป็นซ้ำ จากการทำลายตัวสร้างเล็บ (nail matrixectomy) ด้วยวิธีต่างๆ ของ Khalil⁴ พบว่าวิธีการตัดออก (Zadik procedure) เกิดซ้ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14-18 รองลงมา คือ phenol matrixectomy, 10% sodium hydroxide matrixectomy, CO₂ laser matrixectomy คิดเป็นร้อยละ 0, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วน electrocautery matrixectomy ไม่พบการเกิดซ้ำ อ้างอิงจากข้อมูลดังกล่าว การผ่าตัดด้วยวิธีทำลายตัวสร้างเล็บ (matrixectomy) จึงเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับการรักษาผู้ป่วยเล็บขน แต่การทำลายตัวสร้างเล็บ (nail matrix) ด้วยวิธีใด ขึ้นอยู่กับความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ทีมผ่าตัด ของแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งการพิจารณาของแพทย์เพื่อความเหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี มาด้วยอาการหัวแม่เท้าข้างขวาววมแดงเป็นหนอง เป็นๆ หายๆ มา 2 เดือน มีประวัติเคยเป็นเล็บขนบริเวณหัวแม่เท้าข้างขวา และทำผ่าตัดถอดเล็บบางส่วนมา 7 เดือน เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 2 ปี แพทย์ cefazolin, dilantin, celebrex โดยมีอาการผื่นแดงเกิดขึ้นหลังได้รับยา การตรวจร่างกายแรกพบ พบสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการบวมแดง อักเสบ เป็นหนองที่บริเวณข้างเล็บ (nail fold) ทั้งสองด้านของนิ้วหัวแม่เท้าขวา วินิจฉัยเป็น ภาวะเล็บขนที่นิ้วหัวแม่เท้าขวา ให้การรักษาเบื้องต้นด้วยยาปฏิชีวนะ ยาระงับอาการปวด และการดูแลแผล (ciprofloxacin [250 mg] 2 tab bid pc; paracetamol [500 mg] 1.5 tab prn ; NSS wound irrigation; and 10% Povidone Iodine for wound apply bid) และนัดมาทำการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยใช้วิธี nail matrixectomy ใน 1 สัปดาห์ต่อมา โดยมีข้อบ่งชี้ คือ เล็บขนอยู่ระยะ abscess stage ร่วมกับมีประวัติการกลับเป็นซ้ำ การผ่าตัดใช้วิธี partial

nail avulsion (bilateral) with electrocautery matrixectomy and suture nail folds under local anesthetics โดยมีขั้นตอนผ่าตัด ดังนี้

1. จัดเตรียมผู้ป่วยในท่านอนราบ งอเข่าข้างที่จะทำการรักษา ให้ฝ่าเท้าแนบเตียง
2. ฟอก ทำความสะอาดฝ่าเท้าและเล็บเท้าข้างที่จะทำการรักษาด้วย hibiscrub (ดังรูปที่ 1)
3. ทำความสะอาดเท้าด้วย sterile technique โดยใช้ 10% povidine ทาทั่วบริเวณฝ่าเท้า เล็บเท้า และซอกนิ้วเท้า
4. นำผ้าเจาะกลางคลุมบริเวณที่จะทำหัตถการ
5. เตรียมยาชา 1% lidocaine without adrenaline ปริมาณไม่เกิน 3 มิลลิลิตร เพื่อ digital nerve block โดยใช้ syringe 5 มิลลิลิตร และเข็มฉีดยาเบอร์ 30 G ยาว 1/2 นิ้ว
6. รัด tourniquet นิ้วข้างที่ทำการรักษา โดยคลาย tourniquet ทุก 7 นาที
7. ทำ partial nail avulsion โดยขนาดความกว้างของเล็บที่ตัดออก หลังตัดเล็บออกแล้วควรจะสามารถเย็บแผลให้ขอบชิดกันได้โดยไม่ต้องทิ้งช่องว่าง ใช้ nail elevator แยก nail bed และ nail plate หลังจากนั้นใช้ clamp จับ nail plate บิดเกลียวเพื่อแยกเล็บออกจาก lateral nail fold และ proximal nail fold เมื่อแยกเล็บออกได้แล้วใช้ กรรไกรตัดเล็บตามความกว้างที่ประเมินไว้
8. หลังจากนั้นใช้ blade ลง excisional line ทำมุม 45 องศา กับ lateral nail fold ความยาวประมาณ 5-10 มิลลิเมตรของด้านที่ทำการรักษา (ดังรูปที่ 2)
9. สำรวจบริเวณ inner aspect ของ lateral nail fold และ proximal nail fold ว่ามี fragment ของเล็บค้างหรือไม่ หากมีให้เอาออกให้หมด
10. ใช้ hook ยกขอบ lateral nail fold เพื่อให้เห็น proximal nail matrix ชัดเจน
11. ใช้ electrocautery ablation จี้ทำลาย nail matrix (partial nail matrixectomy) ด้วยเครื่อง Heal force EB O2 (rate voltage 230V 50 Hz, output power 350W 50 ohms) โดยปรับพลังงานประมาณ 15-20 W ของ coagulation current โดยจี้นานประมาณ 3-10 วินาที จำนวน 2 รอบ (ดังรูปที่ 3)
12. ทำการเย็บแผลบริเวณ lateral nail fold ให้แนบกับ nail plate (ดังรูปที่ 4 และรูปที่ 5)
13. ทำแผลด้วย fucidin ointment และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ทำแผลทุกวันๆ ละครั้ง ประมาณ 2 สัปดาห์ตัดใหม่



รูปที่ 1 แสดงสภาพเล็บหัวแม่เท้าข้างขวาหลังทำความสะอาดก่อนผ่าตัด



รูปที่ 2 แสดงสภาพเล็บหัวแม่เท้าข้างขวา ภายหลังจากถอดเล็บบางส่วน (partial nail avulsion)



รูปที่ 3 แสดงการจี้ไฟฟ้าทำลายตัวสร้างเล็บ (electrocautery matrixectomy)



รูปที่ 4 แสดงการเย็บผิวนางด้านข้างเล็บ (nail folds)



รูปที่ 5 แสดงสภาพเล็บและนิ้วหัวแม่เท้าขวาหลังทำผ่าตัด partial nail avulsion with electrocautery matrixectomy and suture nail folds

การรักษาหลังผ่าตัดด้วยยาปฏิชีวนะ (ciprofloxacin [250 mg.] 2 tab bid pc 1 สัปดาห์), paracetamol [500 mg.] 1.5 tab prn และการล้างแผล ให้คำแนะนำการดูแลบาดแผล และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดเล็บขบอีก นัดตรวจติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบแผลแห้ง การสมานแผลดี ความเจ็บปวดอยู่ระดับปานกลาง พิจารณาหยุดยา

ciprofloxacin ให้ล้างแผลต่อ นัดครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ พบว่าแผลแห้ง ไม่มีความเจ็บปวด จึงพิจารณาตัดไหม และนัดติดตามผลการรักษาอีก 1 เดือน และ 3 เดือน ต่อมา แต่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ จึงสอบถามอาการทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จนกระทั่ง 5 เดือนต่อมาผู้ป่วยมาพบแพทย์เอง พบว่าแผลหายเป็นปกติ ไม่มีการงอกของเล็บขึ้นมาใหม่



รูปที่ 6 แสดงสภาพเล็บและนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา ภายหลังจากผ่าตัด partial nail avulsion with electrocautery matrixectomy and suture nail folds ได้ 5 เดือน

วิจารณ์

จากรายงานผู้ป่วย พบว่ามีประวัติเคยเป็นเล็บขบ และเคยทำผ่าตัดถอดเล็บ (nail avulsion) มาแล้ว ในครั้งนี้เกิดเป็นซ้ำบริเวณเดิมภายในระยะเวลา 7 เดือน เนื่องจากการทำผ่าตัดถอดเล็บ (nail avulsion) ไม่ได้ทำลายตัวสร้างเล็บ (nail matrix) ในบริเวณที่เกิดเล็บขบ จึงมีการงอกของเล็บขึ้นมาใหม่โดยมีการงอกเข้าไปที่ผิวหนังข้างเล็บบริเวณเดิม ซึ่งมักมีโอกาสดำรงอยู่ถึงร้อยละ 42-83^{12,13} โดยระยะเวลาการเกิดเป็นซ้ำขึ้นอยู่กับวิธีการได้รับปัจจัยกระตุ้นต่างๆ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ด้วยอาการ อักเสบบริเวณนิ้วหัวแม่มือเท้าขวา บวม แดง ปวด มีหนอง บริเวณข้างเล็บ เดินลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจาก มีความเจ็บปวด และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ประจำวัน สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้พิจารณาทำผ่าตัด โดยมี ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ดังนี้ อาการของเล็บขบเข้าสู่ stage II และ stage III มีการอักเสบเรื้อรัง การติดเชื้อ และกลับ เป็นซ้ำ วิธีการผ่าตัดใช้การถอดเล็บบางส่วน (partial nail avulsion) ร่วมกับการทำลายตัวสร้างเล็บ ซึ่งประกอบด้วย melanocytes, basal cells และ keratinocytes⁸ ด้วยการใช้ไฟฟ้า (electrocautery matrixectomy) โดยการผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 0-21^{4, 14} ไม่แตกต่างกับการทำลายตัวสร้างเล็บ (matrixectomy) ด้วยวิธี phenol matrixectomy, CO₂ laser หรือ partial matrixectomy with curettage^{4, 15} ส่วนระยะเวลาในเกิดอาการอักเสบแผล และระดับ ความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงไม่แตกต่างกับ phenol matrixectomy, CO₂ laser และน้อยกว่า partial matrixectomy with curettage¹⁶ ดังนั้นจึงเป็น วิธีรักษาเล็บขบที่ใช้กันมากในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากร จำกัด เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมักจะมีเครื่องใช้ไฟฟ้า ในห้องผ่าตัด แต่การผ่าตัดนั้น จะสามารถลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการเกิดเป็นซ้ำ ขึ้นอยู่

กับเทคนิคการผ่าตัดของแพทย์ที่เหมาะสมร่วมด้วย โดย เทคนิคการถอดเล็บบางส่วน (partial nail avulsion) ความกว้างของเล็บที่ตัดออก ต้องประเมินเนื้อข้างเล็บ (lateral nail fold) ว่าเพียงพอสำหรับการงอกขึ้นมา เย็บปิดช่องโหว่เล็บหรือไม่ และการใช้ไฟฟ้าใช้เป็นชนิด monopolar ระยะเวลาที่ปลอดภัยสำหรับการทำลาย ตัวสร้างเล็บ ประมาณ 3-10 วินาที¹⁷ โดยตั้งพลังงาน ความร้อนในระดับต่ำ ทั้งนี้เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อถูกทำลาย (tissue damage) ความกว้างในการกำจัดตัวสร้าง เล็บโดยทั่วไป ประมาณ 3.5-6.2 มิลลิเมตร เฉลี่ย 5 มิลลิเมตร ความลึกประมาณ 3 มิลลิเมตร¹⁸ สำหรับ การรักษาหลังผ่าตัดในกรณี bilateral matrixectomy ควรจะใส่ splint¹⁹ เพื่อป้องกันเล็บผิดรูป และลด การเคลื่อนไหวของนิ้ว เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะเลือดออก (haemorrhage) และเกิดภาวะก้อน เลือดซัง (hematoma) ตามมาได้²⁰ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะ ได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotic drug) นาน 1 สัปดาห์ นั้ตรวจติดตามเพื่อประเมินบาดแผล และการเกิดเป็นซ้ำ ในระยะ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังผ่าตัด โดยแผลจะใช้เวลาในการหาย ประมาณ 12.3 วัน ซึ่งจะสามารถตัดใหม่ภายในสัปดาห์ ที่ 2 หลังผ่าตัด และผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บปวดหลังจาก ผ่าตัด 3 เดือน^{4, 17} ส่วนการติดตามการเกิดเป็นซ้ำสามารถ ประเมินได้ในระยะ 3-12 เดือนหลังผ่าตัด โดยที่การงอก ของเล็บมือจนสมบูรณ์ประมาณ 4-5 เดือน (1 มิลลิเมตร ต่อสัปดาห์) ส่วนเล็บเท้าจะงอกช้ากว่าเล็บมือ 2 ถึง 3 เท่า ใช้เวลา ประมาณ 10-12 เดือน²⁰

สรุป

การรักษาเล็บขบด้วยวิธีถอดเล็บและทำลาย ตัวสร้างเล็บ (matrixectomy) เป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุด โดยมียอดความสำเร็จของการรักษา (success rate) สูงเนื่องจากมีอัตราการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดต่ำ ซึ่งอาจพิจารณาเลือกใช้วิธีการทำลาย

ตัวสร้างเล็บ(nail matrix) วิธีใดวิธีหนึ่ง โดยมีอยู่หลายวิธี อาทิ การขูด (matrixectomy with curettage) การจี้ด้วยไฟฟ้า (electrocautery matrixectomy) การใช้สารเคมี (chemical matrixectomy) หรือ การใช้เลเซอร์ (CO₂ laser matrixectomy) เป็นต้น ตามความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ ที่มผ่าตัด ของแต่ละโรงพยาบาล ความรู้ ทักษะในการผ่าตัดของแพทย์ รวมทั้งความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีความเป้าหมายสำคัญของการรักษา คือลดโอกาสกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่น ติดเชื้อ (infection) เกิดก้อนเลือดบริเวณผ่าตัด (hematoma) เยื่อหุ้มกล้ามเนื้อและกระดูกถูกทำลาย (damage of fascia and periosteum) กรณีใช้พลังงานความร้อนสำหรับการจี้ไฟฟ้าสูงเกินไป เล็บผิดรูป (nail deformity) ภาวะปลายเล็บฝัง (distal nail embedding) เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันต้องคำนึงถึงระดับความเจ็บปวด (pain level) ระยะเวลาของการเกิดอักเสบ (duration of inflammation) การหายของแผล (duration of wound healing) ในระยะหลังผ่าตัดร่วมด้วย โดยต้องนัดตรวจติดตามการหายของแผล ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น และการกลับเป็นซ้ำเป็นระยะๆ จนครบ 1 ปีหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Kdeniz H, Ozer K, Dikmen A, Kocer U. Common surgery, uncommon complication. *Dermatol Pract Concept*.2015; 5(4):1-3.
2. Morrison W. Ingrown Toenails: Why Do They Happen? [internet]. [cited 2018 July] Available from: <https://www.healthline.com/health/ingrown-toenail>
3. Aksoy B, Aksoy HM, Civas E, Oc B,Atakan N. Lateral Foldplasty with or without partial matricectomy for the management of ingrown toenails. *Dermatol Surg* 2009; 35:462–8.
4. Khalil J .Treatment of Recurrent Ingrowing Toe Nails by Electrosurgical Matricectomy. *Iraqi J*. 2011; 24 (3): 253-57.
5. Zhu X, Shi H, Zhang L, Gu Y. Lateral fold and partial nail bed excision for the treatment of recurrent ingrown toenails. *Int J Clin Exp Med* 2012; 5(3): 257-61.
6. Pareek A, Singh N, Kumar S. A Case Study Of Ingrowing Toe - Complete Nail Avulsion Following Apamarg Kshara Application. *International Ayurvedic medical Journal* [internet]. [cited 2018 July] Available from: http://www.iamj.in/posts/images/upload/3263_3266.pdf
7. Singh A, Singh J, Vig V.Comparative Evaluation of Segmental Matricectomy vs Partial Nail Plate Excision in Treatment of Ingrown Toe Nail. *International Journal of Contemporary Medical Research* 2016; 3(7): 1979- 82.
8. Yilmaz A, Çenesizoğlu E. Partial matricectomy with cryotherapy in treatment of ingrown toenails. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2016; 50(3): 262-8.
9. Kayalar M, Bal E, Toros T, Ozaksar K,Gurbuz Y, Ademoglu Y. Results of Partial Matrixectomy for Chronic Ingrown Toenail. *FOOT & ANKLE international* 2011; 32(9): 888-95.

10. Carina LE, Bleeker G. Partial Matrix Excision or Segmental Phenolization for Ingrowing Toenails. *Arch Surg.* 2002; 137(3): 320-25.
11. Khan IA, Shah SF, Waqar SH, Abdullah MT, Malik Z, Treatment of ingrown toe nail- comparison of phenolization after partial nail avulsion and partial nail avulsion alone. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2014;26(4):522-25.
12. Sykes PA, Kerr R, et al. Treatment of ingrowing toenails by surgeons and chiropodists. *Br med J* 1988; 297: 335-6.
13. Lareig JD, Andersons JH, Ireland AJ, Anderson JR, et al. The surgical treatment of ingrowing toenails. *J Bone Joint Surg* .1991; 73:131-3.
14. Küçükta SM, Kutlubay Z, Yardimci G, Khatib R, Tüzün Y. Comparison of effectiveness of electrocautery and cryotherapy in partial matrixectomy after partial nail extraction in the treatment of ingrown nails. *Dermatol Surg* 2013; 39: 274–80.
15. Misiak P, Terlecki A, Misiak BR, Wcislo S, Brocki M. Effectiveness of electrocautery and phenol application in the treatment of ingrown nails. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2014; 86(2): 89–93.
16. Zhang A. Partial Matricectomy and Electrocautery Effective for Ingrown Toenails [internet]. [cited 2018 July] Available from: <https://www.practiceupdate.com/content/partial-matricectomy-and-electrocautery-effective-for-ingrown-toenails/11623>
17. Mayeaux EJ, Murphy TE. Ingrown toenail management. *American Family Physician* 2019; 100(3): 158-64.
18. Suthar HP, Patel NM, Solanki AD, Barot JP. Nail avulsion with adjuvant therapy in nail disorders. *Archives of international surgery* 2014; 4(3):158-61.)
19. Tian J, Li J, Wang F, Chen Z. A new perspective on the nail plate for treatment of ingrown toenail. *Dermatol Pract Concept* 2018; 8(1): 22-27.
20. Liu CW, Huang YC. Efficacy of a new nail brace for the treatment of ingrown toenails. *J Dtsch Dermatol Ges* 2018; 16(4): 417-23.

