

ประสิทธิผลของการส่องกล้องเพื่อการรักษาภาวะนิ่วในท่อน้ำดี และท่อน้ำดีตีบในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Effectiveness of Therapeutic Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography for Bile Duct Stone and Bile Duct Stricture in One Day Surgery Program

ดั่งฝัน เอี่ยมสุวรรณ พ.บ.,
วว. สาขาศัลยศาสตร์
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Dungfun leamsuwan M.D.,
Dip., Thai Board of Surgery
Division of Surgery
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการส่องกล้องทางเดินน้ำดีในภาวะนิ่วในท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีตีบ ระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้อง ระยะเวลาการส่องกล้อง รวมทั้งระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนิ่วในท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีตีบที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยกล้องทางเดินน้ำดีในโรงพยาบาลนครปฐม โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้ป่วยที่มีการส่องกล้องฉุกเฉินหรือได้รับการประเมินจากวิสัญญีแพทย์ ว่าไม่ปลอดภัยในการรักษาแบบวันเดียวกลับจะถูกคัดออกจากการศึกษา ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือน้อยกว่า .05 (p value < .05)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยจำนวน 112 ราย ที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีจำแนกเป็นผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ 58 ราย และผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 54 ราย จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในด้านเพศ อายุ การวินิจฉัย ค่าผลเลือด และความเสี่ยงของการผ่าตัด (p > .05) รวมทั้งอัตราความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 91.4 และร้อยละ 92.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการส่องกล้องของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มยังไม่มีมีความแตกต่างทางสถิติ (26.15 และ 28.53 นาที) อย่างไรก็ตามพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอยู่ที่ 1.2 วัน ซึ่งน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (2.8 วัน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: จากการศึกษา พบว่าการส่องกล้องทางเดินน้ำดีในผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับและแบบนอนโรงพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความสำเร็จของการส่องกล้อง และพบว่ามีความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ประโยชน์ชัดเจนในด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่า ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายควรได้เข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับหากได้รับการประเมินจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ว่ามีความปลอดภัย

คำสำคัญ: การส่องกล้องทางเดินน้ำดี, ERCP, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

วารสารแพทยเขต 4-5 2565 ; 41(1) : 681-688.

Abstract

Objective: In treatment of bile duct stone or bile duct stricture by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP); outcomes of One Day Surgery (ODS) and in-hospital patients were compared in term of success rate of bile duct cannulation; including complications, operative time, and length of hospital stay.

Methods: This retrospective study was designed to determine outcome of ERCP in ODS and in-hospital program. One hundred-twelve patients who underwent elective ERCP from January 2017 to December 2020 in Nakhonpathom Hospital were enrolled in this study. Emergency ERCP patients or patients who unfit ODS program were excluded from study. STATA version 10.5.2 was used for statistical analysis. P-value < .05 was statistically significant.

Results: Total 112 patients who underwent ERCP were separated into two groups: 58 patients in ODS group and 54 patients in in-hospital group. Patients' characteristics of both groups had no statistical significance in term of sex, age, pre-operative diagnosis, laboratories, and ASA classification ($p > .05$). Success rates of bile duct cannulation were 91.4% and 92.6% respectively. The operative time was comparable in both groups (26.15 and 28.53 minutes). However, the study found that length of hospital stay in ODS program was 1.2 days and in-hospital program was 2.8 days, which was statistically significant.

Conclusion: ERCP in ODS program offers the equal outcomes and safety comparable with in-hospital program. The most benefit of ODS patients is length of hospital stay which shorter than in-hospital program. Thus all patients should be attended in ODS program if surgeons and anesthesiologists infer that the patient status is fit.

Keywords: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP, one day surgery

Received: Jul 27, 2021; Revised: Aug 11, 2021; Accepted: Sep 26, 2021

Reg 4-5 Med J 2022 ; 41(1) : 681–688.

บทนำ

อุบัติการณ์ของนิ่วในท่อน้ำดี (bile duct stone) พบได้ประมาณร้อยละ 6–12 โดยพบว่าอุบัติการณ์มากขึ้นในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 20–25) ซึ่งนับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสาขาศัลยกรรม ในอดีตจะทำการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (open cholecystectomy) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีจึงต้องทำการผ่าตัดเปิดท่อน้ำดี

(open CBD exploration) ไปพร้อมๆ กัน ต่อมาในยุคที่การส่องกล้อง (laparoscopic era) เป็นที่ยอมรับและการผ่าตัดท่อน้ำดีด้วยการส่องกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) นับเป็นมาตรฐานการรักษา แนวโน้มในการเลือกวิธีการรักษานิ่วในท่อน้ำดีจึงได้เปลี่ยนไปเช่นกัน อันได้แก่ วิธีการดึงนิ่วในท่อน้ำดีด้วยการส่องกล้องทางปาก (endoscopic cholangiopancreatography with stone extraction)

หรือการเปิดท่อน้ำดีด้วยการส่องกล้องทางหน้าท้อง (laparoscopic CBD exploration)¹

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเริ่มได้รับความนิยมมากขึ้น จากการศึกษาของ Robert และคณะ² ใน พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในประเทศอังกฤษเพิ่มขึ้นจาก 130,995 ราย เป็น 251,328 ราย ภายในระยะเวลา 5 ปี (คิดเป็นร้อยละ 42 และร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตามลำดับ) ในปัจจุบันพบว่าการรายงานถึงความสำเร็จและความปลอดภัยในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรคต่างๆ มากขึ้น เช่นการผ่าตัดดริสตีดวงทวาร การผ่าตัดไตเนื้องอก การผ่าตัดไส้เลื่อน เป็นต้น³⁻⁶

ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลนครปฐมได้เข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery – ODS) อันเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” เพื่อตอบสนองต่อนโยบายในการแก้ปัญหาในระบบบริการที่มีอยู่ ในปัจจุบัน เช่น ลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการทำให้เกิดเป็นการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ การส่องกล้องทางเดินน้ำดีเพื่อรักษาภาวะนิ่วในท่อน้ำดีหรือภาวะท่อน้ำดีตีบนับเป็นหนึ่งในหัตถการที่ได้รับการอนุมัติเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลนครปฐมเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม ตลอดระยะเวลา 4 ปีที่โรงพยาบาลนครปฐมมีการเข้าโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แม้จะมีการเก็บข้อมูลทั้งในด้านค่าใช้จ่าย ระยะเวลารอคอย ระยะเวลานอนโรงพยาบาล รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์เพื่อให้เห็นผลเป็นรูปธรรม ดังนั้น เพื่อตอบคำถามในประเด็นเหล่านี้ให้ชัดเจน จึงเกิดเป็นการวิจัย “ผลลัพธ์ของการส่องกล้อง

เพื่อการรักษาภาวะนิ่วในท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตีบในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ” ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการส่องกล้องทางเดินน้ำดีในภาวะนิ่วในท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีตีบระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษาถึง ภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้อง ระยะเวลาการส่องกล้อง รวมทั้งระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

วิธีการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนิ่วในท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีตีบ โดยมีอายุระหว่าง 18–80 ปี ที่รักษาในโรงพยาบาลนครปฐม โดยมีหลักเกณฑ์ในการยกเว้นการเก็บข้อมูลคือ ผู้ป่วยที่เข้ารักษาส่องกล้องในภาวะฉุกเฉิน ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบและไม่เข้าเกณฑ์ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยพบว่าการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปเพื่อประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ (ASA physical status) มากกว่า 3⁷

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (เพศ, โรคประจำตัว, การวินิจฉัย, ความสำเร็จในการส่องกล้องโดยสามารถใส่เส้นลวดตัวนำเพื่อเข้าไปทางท่อน้ำดีได้, ภาวะแทรกซ้อน) สรุปในรูปของร้อยละ อัตราหรือสัดส่วน ข้อมูลเชิงปริมาณ (ผลเลือด, ระยะเวลาการส่องกล้อง, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล) สรุปในรูปของค่าเฉลี่ย ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือน้อยกว่า .05 ($p\text{-value} < .05$) โปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ STATA version 10.5.2 ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมเลขที่ 015/2021

โรงพยาบาลนครปฐมได้เริ่มทำการรักษาแบบวันเดียวกลับตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการเข้าร่วมโครงการได้แก่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีตีบ โดยได้รับ

การส่องกล้องทางเดินน้ำดี (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography – ERCP) เมื่อผู้ป่วยเข้าพบศัลยแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก จะได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยแบบ ODS และเข้ารับการเจาะเลือดเพื่อนำผลเลือดไปพบวิสัญญีแพทย์ เพื่อประเมินความพร้อมในการผ่าตัด หากวิสัญญีแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยแข็งแรงและสามารถเข้ารับการรักษแบบวันเดียวกลับได้ ผู้ป่วยจะได้รับบัตรนัดหมายเพื่อมาส่องกล้องทางเดินน้ำดี โดยผู้ป่วยจะมายื่นเอกสารที่ตึกศัลยกรรม (One Day Surgery Unit) เพื่อเตรียมตัว เปิดน้ำเกลือในเช้าวันส่องกล้องและกลับมาสังเกตอาการหลังส่องกล้องที่ตึกเดียวกัน โดยผู้ป่วยจะได้กลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมง หลังการส่องกล้องหากไม่มีภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเช่นตับอ่อนอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบหลังการส่องกล้อง ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในต่อไป การรักษแบบวันเดียวกลับตลอดระยะเวลา 3 ปี ในการวินิจฉัยนี้ในท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีตีบรวบรวมคนไข้ได้ทั้งสิ้น 73 ราย

ในช่วงก่อน พ.ศ. 2561 ทางโรงพยาบาลยังไม่ได้เข้าร่วมการรักษาแบบวันเดียวกลับ ดังนั้นการรักษาด้วยการส่องกล้องจึงเป็นการรักษาแบบการผ่าตัดในเคสต่างๆ ไป กล่าวคือผู้ป่วยเข้าพบศัลยแพทย์เมื่อได้รับการวินิจฉัยและได้รับการอธิบายการรักษาด้วยการส่องกล้องแล้ว จะได้รับใบเจาะเลือดเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมาเจาะเลือดอีกครั้งก่อนวันส่องกล้องประมาณ 1 สัปดาห์แล้วเข้ามานอนโรงพยาบาลล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันเพื่อวิสัญญีแพทย์จะเข้ามาประเมินความพร้อมในการผ่าตัด โดยเฉลี่ยใน 1 ปี โรงพยาบาลนครปฐมทำการส่องกล้องทางเดินน้ำดีประมาณ 120 ราย

อัตราความสำเร็จของการส่องกล้องคือสามารถใส่เส้นลวดตัวนำเข้าไปที่ท่อน้ำดีได้ หากพบว่าไม่สามารถกำจัดนิ่วออกได้หมดหรือมีโอกาสเกิดภาวะท่อน้ำดีตีบในอนาคต อาจพิจารณาใส่ท่อพลาสติกค้ำยัน (plastic

stent) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พิจารณาตาม Clavien-Dindo classification⁸

ผลการศึกษา

ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2563 โรงพยาบาลนครปฐมมีผู้เข้ารับการรักษในโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับทั้งสิ้น 73 ราย โดยมีคนไข้ที่อายุเกิน 80 ปี และบางส่วนข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบ ทำให้เหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 58 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษใน พ.ศ. 2560 ซึ่งทุกคนจะได้รับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งสิ้น 123 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะอื่นๆ เช่น ท่อน้ำดีโป่งพอง มะเร็งท่อน้ำดี เป็นต้น จำนวน 15 ราย ส่องกล้องฉุกเฉินจำนวน 14 ราย เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ จำนวน 7 ราย และมีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยง โดยไม่อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถเข้าร่วมการส่องกล้องแบบวันเดียวกลับได้ (ASA grade 3–4) ทั้งสิ้น 33 ราย ดังนั้นผู้ป่วยที่นำมาเข้าวิจัยทั้งสิ้น 54 ราย

ในช่วงระหว่างการศึกษา พ.ศ. 2560–2563 มีการส่องกล้องทางเดินน้ำดีที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 112 ราย โดยลักษณะของผู้เข้าการศึกษาดังแสดงตามตารางที่ 1 การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเมื่อเทียบกับกลุ่มการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ชายเท่าๆ กัน (ร้อยละ 48.2 เทียบกับ ร้อยละ 37.0, $p = .263$) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 54.20 ปี และ 53.59 ปี ($p = .420$) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้ารักษาส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อน้ำดี จำนวน 88 ราย คิดเป็น ร้อยละ 78.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือภาวะท่อน้ำดีตีบและนิ่วในตับ ผลเลือดที่มีการเก็บข้อมูลได้แก่ ค่า total bilirubin (ค่าเฉลี่ย 5.53 เทียบกับ 2.10, $p = .278$); direct bilirubin (ค่าเฉลี่ย 0.73 เทียบกับ 1.18, $p = .891$); และค่าผลเลือดอื่นๆ ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยแบบนอนโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	ผ่าตัดวันเดียวกลับ (58)	ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล (54)	P-value
เพศ, ชาย/หญิง, ราย	28/30	20/34	.263
อายุ, ค่าเฉลี่ย, ปี	54.20	53.59	.420
วินิจฉัย, ราย			.024
นิ่วในท่อน้ำดี	51	37	
นิ่วในตับ	0	2	
ท่อน้ำดีตีบ	7	15	
ผลเลือด, ค่าเฉลี่ย			
Total bilirubin, mg/dL	5.53	2.10	.278
Direct bilirubin, mg/dL	0.73	1.18	.891
Alkaline phosphatase, U/L	192.9	250.1	.822
Platelet, per uL	283,827	323,361	.969
ASA Classification, ราย			.492
Class I	26	27	
Class II	30	23	
Class III	2	4	

* ASA = American Society of Anesthesiologist

อัตราความสำเร็จของการใส่สายลวดตัวนำเข้าที่ท่อน้ำดีในกลุ่มผ่าตัดแบบวันเดียวกลับคิดเป็นร้อยละ 91.4 ในกลุ่มผ่าตัดทั่วไป ร้อยละ 92.6 ($p = .813$) มีการใส่พลาสติกค้ำ 17 ราย และ 15 รายตามลำดับ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการผ่าตัด 26.15 และ 28.53 นาที ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันในคนไข้ทั้งสองกลุ่ม ภาวะแทรกซ้อนพบได้ 3 รายในกลุ่มแรก (ภาวะท่อน้ำดีอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ และลำไส้เล็กส่วนต้นมีรอยทะลุอย่างละ 1 ราย) และตับอ่อนอักเสบ 1 ราย ในกลุ่มคนไข้นอนโรงพยาบาล ซึ่งในผู้ป่วยที่พบว่ามีภาวะทะลุ

ของลำไส้เล็กส่วนต้นได้รับการวินิจฉัยทันทีหลังการส่องกล้อง โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการงดน้ำงดอาหาร ให้ยาฆ่าเชื้อ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 4 วันหลังการส่องกล้องโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และไม่มีอาการกลับมาอนในโรงพยาบาลซ้ำในช่วงระยะเวลา 30 วัน หลังการกลับบ้าน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ 1.2 และ 2.8 วัน ($p < .001$) โดยไม่พบว่ามีภาวะเสียชีวิตในช่วง 90 วัน หลังการรักษา (90-day mortality) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการส่องกล้องทางเดินน้ำดีในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยแบบนอนโรงพยาบาล

ผลลัพธ์การส่องกล้อง	ผ่าตัดวันเดียวกลับ (58)	ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล (54)	P-value
ความสำเร็จในการใส่สายลวดตัวนำในท่อทางเดินน้ำดี, ราย (เปอร์เซ็นต์)	53 (91.4)	50 (92.6)	.813
ใส่ท่อพลาสติก, ราย (เปอร์เซ็นต์)	17 (29.3)	15 (27.8)	.858
ระยะเวลาส่องกล้อง, นาที	26.15	28.53	.814
ภาวะแทรกซ้อน, ราย (เปอร์เซ็นต์)	3 (5.2)	3 (1.8)	.513
ท่อน้ำดีอักเสบ	1 (1.7)	0 (0)	
ตับอ่อนอักเสบ	1 (1.7)	1 (1.8)	
ลำไส้เล็กทะลุ	1 (1.7)	0 (0)	
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล, ค่าเฉลี่ย, วัน	1.2	2.8	< .001
อัตราการตายใน 90 วัน	0 (0)	0 (0)	

วิจารณ์

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังซึ่งแสดงผลถึงอัตราความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการส่องกล้องทางเดินน้ำดี เพื่อรักษาภาวะนิ่วในท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตีบ จากการค้นคว้า การวิจัยนี้นับเป็นงานวิจัยชิ้นแรกในประเทศไทยที่ศึกษาเปรียบเทียบการส่องกล้องทางเดินน้ำดีระหว่างผู้ป่วยที่ทำการรักษาแบบวันเดียวกลับและการรักษาแบบนอนโรงพยาบาล

การส่องกล้องทางเดินน้ำดีเป็นการรักษาหลักของภาวะนิ่วในท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตีบ การส่องกล้องแบบวันเดียวกลับในปัจจุบันนี้นับเป็นวิธีการรักษาหลักในโรงพยาบาลนครปฐมตั้งแต่ พ.ศ. 2561 และเป็นวิธีการรักษาที่แพร่หลายสำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อตอบสนองต่อนโยบายสาธารณสุข ด้านการลดความแออัด และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญสำหรับการส่องกล้องแบบวันเดียวกลับ คือ อัตราความสำเร็จและความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของอัตราความสำเร็จในการส่องกล้องของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ซึ่งอยู่ที่ ร้อยละ 91 และ ร้อยละ 92 ตามลำดับ ซึ่งอัตราความสำเร็จเทียบเท่ากับ

การวิจัยอื่นๆ⁹⁻¹¹ เช่นของ Mehta และคณะ⁹ ศึกษาในผู้ป่วยทั้งสิ้น 296 รายซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิ พบว่าอัตราความสำเร็จอยู่ที่ ร้อยละ 95.3 ซึ่งอัตราความสำเร็จใกล้เคียงกับการศึกษาของ Keswani และคณะ¹² ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ meta-analysis study

ปัจจัยที่ต้องคำนึงต่อการเลือกวิธีการรักษาในลำดับต่อมาคือภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .513$) โดยผู้ป่วยทั้งหมดสามารถรักษาได้ด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในภาพรวมของภาวะแทรกซ้อน Enochsson และคณะ¹³ พบว่าภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดอยู่ที่ ร้อยละ 2.5 และหลังผ่าตัดที่ ร้อยละ 9.8 โดยภาวะตับอ่อนอักเสบพบได้ ร้อยละ 2.7 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันกับการศึกษาของ Kapra และคณะ¹⁴ โดยพบภาวะตับอ่อนอักเสบร้อยละ 5.1 เลือดออกหลังส่องกล้อง ร้อยละ 3.7 และท่อน้ำดีอักเสบ ร้อยละ 1.9 นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการส่องกล้องของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 26 นาที ในกลุ่มผ่าตัด

แบบวันเดียวกลับ และ 28 นาที่ในกลุ่มนอนโรงพยาบาล ($p = .814$) จากการศึกษาที่ระยะเวลาในการส่องกล้องน้อยกว่าการศึกษาของ Metha และคณะ⁹

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสองกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ 1.2 วัน เมื่อเทียบกับ 2.8 วัน โดยวันนอนโรงพยาบาลที่แตกต่างกันเกิดจากระบบและนโยบายการรักษา ซึ่งการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีการออกแบบระบบให้กระชับ โดยได้รับความร่วมมือจากทั้งทางห้องปฏิบัติการและวิสัญญีแพทย์ นับเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตาม โดยตามนิยามของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ ผู้ป่วยเข้าในกระบวนการผ่าตัด ใช้เวลาไม่เกิน 1 วันหรือ 24 ชั่วโมง ซึ่งหากพิจารณาตามเกณฑ์ของคณะทำงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการร่วมโครงการไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยนับจากเวลาเริ่มลงมือทำการผ่าตัด และนับจุดสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้ผู้ป่วยจะเข้าเกณฑ์ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แต่หากนับเวลาที่ทำการลงทะเบียน จะทำให้มีโอกาสเกิน 24 ชั่วโมงได้ ดังจะเห็นได้จากอัตราเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มคนไข้ที่เข้าร่วมการผ่าตัดวันเดียวกลับ (1.2 วัน) ซึ่งทางผู้จัดทำวิจัยได้นับเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้เวลาในกระบวนการ อย่างไรก็ตาม จากผลลัพธ์ที่ได้ ก็ยังพบว่าผู้ป่วยยังได้ประโยชน์จากการร่วมโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

สรุป

หากกล่าวโดยสรุปแล้ว การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับพบว่าทั้งอัตราความสำเร็จในการส่องกล้อง การใส่ท่อพลาสติกค้ำยัน ระยะเวลาในการส่องกล้องและภาวะแทรกซ้อนหลังทำการหัตถการไม่มีความแตกต่างกันทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับเมื่อเทียบกับผู้ป่วย

ที่เข้ารับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่าการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ประโยชน์อย่างชัดเจนในด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มซึ่งเป็นการตอบเจตจำนงของโครงการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กล่าวคือ ลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งนับเป็นประโยชน์ของทั้งคนไข้และระบบบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ด้วยระบบการบริการยังเป็นการลดขั้นตอนและจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยนี้เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ซึ่งอาจทำให้มีข้อมูลบางส่วนขาดหายไป รวมทั้งมีอคติในการเลือกผู้เข้าวิจัยได้อีกด้วย

ในอนาคตสามารถนำข้อมูลนี้ไปต่อยอดเพื่อทำการวิจัยในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) เพื่อให้เห็นถึงความคุ้มค่าที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และอาจนำไปเป็นการเริ่มต้นในการทำการรักษาแบบ One Day Surgery ในประเทศไทย โดยยังคงไว้ซึ่งความสำเร็จของการรักษาภายใต้ความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเองอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Pham TH, Hunter JG. Gallbladder and the extrahepatic biliary system. In: Brunicaardi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al., editors. Schwartz's principle of surgery. 10th ed. New York: McGraw Hill; 2015. p. 1321–2.
2. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. Az egynapos sebészeti ellátás igénybevételi mutatóinak elemzése Magyarországon. Orvosi Hetilap. 2019;160(17):670–8.
3. Dietz UA. Update ambulante Leistenhernienchirurgie. Ther Umsch. 2019;76(10):555–561.

4. Thompson MR, Senapati A, Kitchen P. Simple day-case surgery for pilonidal sinus disease. *Br J Surg*. 2011;98(2):198–209.
5. Gachon B, Nadeau C, Fritel X. Est-il possible d'augmenter la part ambulatoire en chirurgie conservatrice du sein ?. *Bulletin du Cancer*. 2015;102(12):1002–9.
6. Guttadauro A, Maternini M, Bianco GL, et al. 15 years experience in proctological day-surgery. *Ann Ital Chir*. 2018;89:324–9.
7. Haynes SR, Lawler PG. An assessment of the consistency of ASA physical status classification allocation. *Anaesthesia*. 1995;50(3):195–9.
8. Dindo D, Demartines N, Clavien AP. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004;240(2):205–213.
9. Mehta PP, Sanaka MR, Parsi MA, et al. Effect of the time of day on the success and adverse events of ERCP. *Gastrointestinal Endosc*. 2011;74(2):303–8.
10. Liao Z, Li ZS, Leung JW, et al. Success rate and complications of ERCP performed during hands-on training courses: a multicenter study in China. *Gastrointestinal Endosc*. 2009;69(2):230–7.
11. Côté GA, Imler TD, Xu H, et al. Lower provider volume is associated with higher failure rates for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Med Care*. 2013;51(12):1040–7.
12. Keswani RN, Qumseya BJ, O'Dwyer LC, et al. Association Between Endoscopist and Center Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Volume With Procedure Success and Adverse Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(12):1866–1875.e3.
13. Enochsson L, Swahn F, Arnelo U, et al. Nationwide, population-based data from 11,074 ERCP procedures from the Swedish Registry for Gallstone Surgery and ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2010;72(6):1175–84.e3.
14. Kapral C, Duller C, Wewalka F, et al. Case volume and outcome of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: results of a nationwide Austrian benchmarking project. *Endoscopy*. 2008;40(8):625–30.