

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง: เพศชายมีผลต่ออัตราความล้มเหลวและภาวะแทรกซ้อนหรือไม่

สรรัชย์ กาญจนลาภ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ความเป็นมา : การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องได้รับความนิยมมากในปัจจุบัน แต่อัตราการล้มเหลวและภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิดขณะผ่าตัด และส่วนใหญ่พบในเพศชาย **วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการผ่าตัดดังกล่าวในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าว่ามีอัตราความล้มเหลว และภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันหรือไม่ **วิธีการศึกษา :** รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์คนเดียวที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี **ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยชายหญิงทั้งหมด 244 ราย เป็นชาย 84 ราย และหญิง 160 ราย ผ่าตัดล้มเหลวรวม 12 ราย เป็นชาย 8 ราย เป็นหญิง 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 9.25 : 2.5) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) มีภาวะแทรกซ้อนรวม 14 ราย เป็นหญิง 11 ราย และชาย 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 6.87 : 3.57) ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($P = 0.391$) ทั้งหมดได้รับการแก้ไขจนเป็นปกติ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด **สรุป :** การศึกษานี้ พบว่าเพศชายมีอัตราความล้มเหลวการผ่าตัดมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องมาจากเพศชายเก็บอาการเจ็บป่วยไว้นานและตัดสินใจมาผ่าตัดช้ากว่าเพศหญิง ส่วนภาวะแทรกซ้อนเพศหญิงพบได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีการผ่าตัดช่องท้องมาก่อนการผ่าตัดครั้งนี้มากกว่าเพศชาย มีผลต่อพังผืดที่มาติดผนังหน้าท้อง และการอักเสบในช่องท้องติดแน่นน้อยกว่าเพศชายทำให้การผ่าตัดดำเนินการไปได้ จนสำเร็จหรือเกิดปัญหาแทรกซ้อนขึ้น

Key Words: ● การผ่าตัดถุงน้ำดี ● การส่องกล้องผ่าตัด

เวชสารแพทย์ทหารบก 2555;65:3-10.

บทนำ

การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องเป็นหัตถการที่ศัลยแพทย์นิยมทำกันมากในปัจจุบัน และมีศัลยแพทย์อีกจำนวนมากกำลังศึกษาและเข้าอบรมเพื่อที่จะเรียนรู้การทำหัตถการดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องมาจากความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งทราบว่าการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องทำได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีบาดแผลที่เป็นรูเล็กๆ ความเจ็บปวดของบาดแผลลดลง อยู่โรงพยาบาลสั้นลง และกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น แต่หัตถการชนิดนี้แตกต่างกับการผ่าตัดโดยวิธีเปิดหน้าท้องทั่วไป คือ ขาดการสัมผัสด้วยมือ การผ่าตัดต้องใช้ความสัมพันธ์ระหว่างตา มือ และเท้า การเลียมิตติความลึก ฯลฯ ศัลยแพทย์ผู้ต้องการทำหัตถการนี้ ควรมีความรู้ความชำนาญในการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีเปิดหน้าท้องมาก่อน และควรได้รับการฝึกฝนการทำหัตถการชนิดนี้กับผู้เชี่ยวชาญซึ่งช่วยผ่าตัดและผ่าตัดด้วยตนเอง

ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เพราะถ้าเกิดปัญหาในระหว่างผ่าตัดเนื่องจากกายวิภาคที่ผิดปกติ หรือเกิดปัญหาแทรกซ้อนขณะผ่าตัด จะได้วินิจฉัยและตัดสินใจได้ถูกต้องและจะเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยถึงแม้จะทำผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องไม่สำเร็จ การเกิดปัญหาแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการบาดเจ็บต่อท่อน้ำดี ทำให้เกิดความบาดเจ็บและทรมาณแก่ผู้ป่วยถึงขั้นเรื้อรังหรือตายได้ ถ้าหากการวินิจฉัยและแก้ไขไม่ได้หรือแก้ไขช้าเกินไป ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหานั้นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาและหลายขั้นตอน รวมทั้งต้องเสียเวลาอยู่โรงพยาบาลที่ยาวนานพร้อมค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น มักสร้างความไม่พอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตามปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ จากหัตถการชนิดนี้สามารถลดลงได้จากการตัดสินใจผ่าตัดเปลี่ยนเป็นเปิดหน้าท้องก่อนที่จะก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และย่อมได้ผลดีกว่าการรักษาก่อนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ศัลยแพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้เริ่มทำการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2534 จนถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบในประเศระหว่างผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการผ่าตัดชนิดนี้ ว่ามีอัตราความล้มเหลวและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันหรือไม่

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 4 ธันวาคม 2554 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 18 ธันวาคม 2554

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ พล.ต. ศ.คลินิก สรรัชย์ กาญจนลาภ ภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อให้ไม่ให้เกิดปัญหาในการเปรียบเทียบในการทำผ่าตัด จึงใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์คนเดียวที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้ว 150 ราย ช่วยผ่าตัดอีก 166 รายตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2534 ถึงตุลาคม 2540 และใช้ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2540 ถึงเดือนตุลาคม 2554 ซึ่งเก็บข้อมูลไปข้างหน้าโดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลมาตั้งแต่เริ่มผ่าตัดจนถึงปัจจุบันโดยจะแยกกลุ่มเป็นชายและหญิงที่มารับการรักษาตามลำดับปกติ ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกเก็บตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและขณะอยู่ในโรงพยาบาลจนได้รับอนุญาตให้กลับบ้านและการกลับมาตรวจแผลหลังผ่าตัด 7-10 วันพร้อมผลพยาธิสภาพของถุงน้ำดีที่ถูกตัดออก ส่วนก้อนเนื้อจะได้รับการบันทึกแล้วให้ผู้ป่วยไปเก็บไว้เอง **เทคนิคการผ่าตัด** ในการศึกษาประกอบด้วยการวางยาสลบผู้ป่วย ให้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม cephalosporins ทางเส้นเลือด ทำความสะอาดหน้าท้อง ปูผ้าที่ปราศจากเชื้อบนผู้ป่วย เปิดผิวหนังบริเวณใต้หรือเหนือสะดือกว้างประมาณ 1 ซม. จนผ่านผนังหน้าท้องแล้วใช้ Hassan's trocar ขนาด 12 มม. ใส่เข้าไปในช่องท้อง ใช้ไหมละลายเย็บผูกยึดกับปีกของ trocar เป่าลม (CO₂) เข้าในช่องท้องประมาณ 3 ลิตร โดยตั้งความดันไว้ประมาณ 12-15 มม.ปรอท เมื่อผนังหน้าท้องโป่งขึ้นชัดเจน นำกล้อง laparoscope ซึ่งได้ปรับโฟกัสและ white balance แล้ว ตรวจดูอวัยวะภายในช่องท้องด้านล่าง แล้วหันกล้องขึ้นด้านบนบริเวณตับและถุงน้ำดี ปรับเตียงผ่าตัดเอาหัวขึ้น 15°-30° กับแนว

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เพศ	อายุเฉลี่ย (ปี)	น้ำหนักเฉลี่ย (กก.)	โรคที่พบร่วมด้วย (%)	ประวัติผ่าตัดช่องท้องมาก่อน (%)
ชาย	59.39±13.69	68.97±12.76	50/84 (59.5)	15/84 (17.86)
หญิง	57.00±12.42	60.51±10.95	71/160 (44.4)	88/160 (55.0)

ตารางที่ 2 แสดงโรคที่พบร่วมด้วยในผู้ป่วยแยกตามเพศ

โรคที่พบร่วม*	เพศชาย (N = 84) (%)	เพศหญิง (N = 160) (%)
Hypertension	32 (38.1)	42 (26.25)
Diabetes mellitus	21 (25.0)	20 (12.5)
Ischemic heart disease	10 (11.9)	5 (3.1)
Pulmonary disease	3 (3.6)	3 (1.8)
Thalassemia	1 (1.2)	5 (3.1)
Hernia	1 (1.2)	2 (1.25)
Cancer	-	4 (2.5)
Myoma uteri	-	5 (3.1)
KUB disease	1 (1.2)	5 (3.1)
Miscellaneous	3 (3.75)	2 (1.25)

*อาจมีหลายโรคในผู้ป่วย 1 คน

ราบ เอียงขาขึ้นประมาณ 15°-30° ควรใส่ NG tube เมื่อบริเวณกระเพาะอาหารมีลมโป่งพอง กรีดผิวหนังและแทง trocar พร้อม sheath ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 มม. อันที่ 2, 3 ที่บริเวณใต้ชายโครงขวาประมาณ 5 ซม. ในแนว anterior axillary line และแนว mid-clavicular line ตามลำดับ โดยดูผ่านโทรทัศน์ตลอดเวลาขณะที่ trocar ทุกตัวเข้ามาในช่องท้อง กรีดผิวหนังและแทง trocar พร้อม sheath ขนาด 5 หรือ 12 มม. อันที่ 4 ที่ใต้ลิ้นปี่ตรงแนวกลางท้อง หลังจากนั้นทำการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยดูจากภาพทางโทรทัศน์ จนกว่าถุงน้ำดีหลุดออกจากตับและดึงออกจากช่องท้อง ตรวจดูความเรียบร้อยอีกครั้งก่อนที่จะค่อยๆ ถอน trocar ออกทีละตัว เย็บปิดผนังช่องท้องบริเวณสะดือ เย็บปิดผิวหนังแต่ละจุดแล้วปิดแผล ข้อมูลในมิติต่างๆ จะถูกรวบรวมเพื่อหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนและค่าเป็นเปอร์เซ็นต์เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยชายและหญิงทางสถิติโดยใช้ student's t test และ chi square test

ผลการศึกษา

ในระยะเวลาดังกล่าว มีผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเฉพาะศัลยแพทย์คนเดียว ทั้งหมดรวม 244 ราย เป็นชาย 84 ราย หญิง 160 ราย อายุเฉลี่ยในชาย 59.39±13.69 ปี (19-89 ปี) ในหญิง 57.00±12.42 ปี (26-81 ปี) น้ำหนักเฉลี่ยในชาย 68.97±12.76 กก. (45-118 กก.) ในหญิง 60.51±10.95 กก. (41-108 กก.) ตามตารางที่ 1 โรคที่พบร่วมด้วย ในชาย 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.5 ในหญิง 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ตามตารางที่ 2 ประวัติผ่าตัด

ตารางที่ 3 แสดงประวัติการผ่าตัดทางช่องท้องในผู้ป่วยแยกตามเพศ

ประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน**	เพศชาย (N = 84) (%)	เพศหญิง (N = 160) (%)
Appendectomy	9	18
Hernia repair	3	-
Exploratory laparotomy	3	-
Cesarean section	-	27
Tubal resection	-	35
Transabdominal hysterectomy or transvaginal hysterectomy	-	23
Oophorectomy	-	5
Nephrectomy	-	3
Tenckhoff implantation	-	1
รวม	15 (17.86)	88 (55.0)

**อาจมีการผ่าตัดหลายหัตถการในผู้ป่วย 1 คน

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการผ่าตัดผู้ป่วยจำแนกตามเพศ

ข้อมูลการผ่าตัด	เพศชาย (N = 76)	เพศหญิง (N = 156)
เวลาในการผ่าตัด* (นาที)	66.11±18.91	62.56±19.32
อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด*(วัน)	2.32±0.98	2.05±0.76
การผ่าตัดล้มเหลว (%)	(8/84) 9.52	(4/160) 2.5
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (%)	(3/80) 3.57	(11/160) 6.87

* เฉพาะรายที่ผ่าตัดสำเร็จ

ตารางที่ 5 แสดงการทำ ERCP ES และ MRCP ก่อนและหลังผ่าตัด

หัตถการ	เพศชาย (N = 84)	เพศหญิง (N = 160)
ERCP±ES ก่อนผ่าตัด	1	2
หลังผ่าตัด	1	2
MRCP ก่อนผ่าตัด	-	3
หลังผ่าตัด	-	2

ช่องท้องมาก่อน ในชาย 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.85 ในหญิง 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.0 ตามตารางที่ 3 เวลาการผ่าตัดเฉลี่ย ในชาย 66.11±18.91 นาที (40-120 นาที) ในหญิง 62.56±19.32 นาที (30-150 นาที) ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่อยู่ในโรงพยาบาล (เฉพาะผู้ที่ผ่าตัดสำเร็จ) มีค่าเฉลี่ยในชาย 2.32±0.98 วัน(1-7 วัน) ในหญิง 2.05±0.76 วัน (1-6 วัน) อัตราการล้มเหลว ชาย 8 ใน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52 หญิง 4 ใน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.5 มีการอักเสบของถุงน้ำดีขณะผ่าตัด ชาย 26 ใน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.92 หญิง 27 ใน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.87 มีประวัติการอักเสบมาก่อน ชาย 19 ใน 84 รายคิดเป็นร้อยละ 22.62 หญิง 15 ใน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.37 ไม่มีประวัติการอักเสบแต่พบการอักเสบขณะผ่าตัด ชาย 7 ใน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 หญิง 12 ใน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ตามตารางที่ 4 และ

9 ผู้ป่วยได้รับการทำ ERCP±ES (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography±endoscopic sphincterotomy) ก่อนผ่าตัด (ตารางที่ 5) เป็นชาย 1 ราย หญิง 2 ราย เนื่องจากมีนิ่วในท่อน้ำดี 1 รายและมีผลเลือดผิดปกติของการทำงานของตับ 2 ราย หญิงอีก 3 รายทำ MRCP (magnetic resonance cholangio-pancreatography) ก่อนผ่าตัด เนื่องจากมีผลเลือดผิดปกติของการทำงานของตับ หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการทำ ERCP±ES 3 ราย เป็นหญิง 2 ราย และชาย 1 ราย เนื่องจากมีผลเลือดผิดปกติของการทำงานของตับ และทำ MRCP ในหญิง 2 ราย เนื่องจากมีท่อน้ำดีขนาดใหญ่ 1 ราย และน้ำดีรั่ว 1 ราย ตารางที่ 6 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย (minor complication) ในหญิง 5 ราย มีปัญหาเรื่องการบวมซ้ำและติดเชื้อของแผลที่บริเวณสะดือ อีก 2 รายมีปัญหาเรื่องปวด

ตารางที่ 6 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

	เพศชาย	เพศหญิง
ภาวะแทรกซ้อนใหญ่		
ท่อน้ำดีขาด	-	1
ท่อน้ำดีรั่ว	-	2
ลำไส้เล็กฉีกขาด	-	1
ภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย		
ท่อน้ำดีอักเสบ	1	-
นิ่วหลุดเข้าท่อน้ำดี	1	-
แผลติดเชื้อ	-	3
แผลบวมซ้ำ	-	2
ปวดหลัง	-	2
ใช้หลังผ่าตัด	1	-

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะนิ่วในถุงน้ำดี ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดสำเร็จ

ลักษณะนิ่วในถุงน้ำดี	เพศชาย (N = 76) (%)	เพศหญิง (N = 156) (%)
เม็ดเดี่ยว	22 (28.9)	41 (26.2)
หลายเม็ด	51 (67.1)	110 (70.5)
ไขมันเกาะผนัง (cholesterosis)	2 (2.6)	2 (1.3)
ติ่งเนื้อ (polyp)	-	1 (0.6)
ไม่มีนิ่ว	1 (1.3)	2 (1.3)

ตารางที่ 8 แสดงการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดสำเร็จ

การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด	เพศชาย (N = 76) (%)	เพศหญิง (N = 156) (%)
ยาฉีดกลุ่มมอร์ฟีน	29 (38.1)	69 (44.2)
ยากินแก้ปวดกลุ่มพาราเซตามอล	20 (26.3)	46 (29.5)
ไม่ใช้ยาแก้ปวด	22 (28.9)	37 (23.7)
ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นๆ	5 (6.6)	4 (2.6)

ตารางที่ 9 แสดงประวัติการอักเสบ การอักเสบขณะผ่าตัดและผ่าตัดสำเร็จในผู้ป่วยชายและหญิง

ประวัติการอักเสบ / การอักเสบขณะผ่าตัด	เพศชาย N = 84	เพศหญิง N = 160	p value
ประวัติการอักเสบและมีการอักเสบของถุงน้ำดี	19	15	0.042
ผ่าตัดสำเร็จ	14	14	
ผ่าตัดไม่สำเร็จ	5	1	NA**
ไม่มีประวัติการอักเสบแต่มีการอักเสบขณะผ่าตัด	7	12	
ผ่าตัดสำเร็จ	5	10	
ผ่าตัดไม่สำเร็จ	2	2	NA**
รวมมีการอักเสบแต่ผ่าตัดสำเร็จ	19	24	
รวมมีการอักเสบจนผ่าตัดไม่สำเร็จ	7	3	0.035
ผ่าตัดไม่สำเร็จจากสาเหตุอื่น*	1	1	
รวมผ่าตัดไม่สำเร็จทั้งหมด	8	4	0.026

* ตับแข็งและเลือดออกมาก ในชาย ลำไส้เล็กฉีกขาด ในหญิง **not available

หลังโดยเฉพาะบริเวณไหล่ขวา ซึ่งอาจเกิดจากการเป่าลมเข้าท้องเร็วเกินไปหรือมีของเหลวค้างคั่งใต้กระบังลมด้านขวา ในชาย 2 รายมีปัญหาเกี่ยวกับท่อน้ำดีที่ไม่ต้องการการผ่าตัดแก้ไข และ 1 รายมีไข้หลังผ่าตัด ต้องนอนโรงพยาบาลถึง 6 วัน ภาวะแทรกซ้อนใหญ่ (major complication) ไม่พบในชาย แต่พบในหญิงทั้งหมด 4 ใน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.5 โดยมีท่อน้ำดีขาด 1 ราย ท่อน้ำดีรั่ว 2 ราย และลำไส้เล็กฉีกขาด 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 4 รายได้รับการรักษาตั้งแต่ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดจนหายเป็นปกติเรียบร้อยดีจนถึงปัจจุบัน ลักษณะนิ่วในถุงน้ำดี (ตารางที่ 7) หลายเม็ด ในชาย 51 ราย ในหญิง 110 ราย เม็ดเดียว ในชาย 2 ราย ในหญิง 41 ราย ไชมันเกาะผนังถุงน้ำดี (cholesterosis) ในชาย 2 ราย ในหญิง 2 ราย ไม่มีนิ่ว ในชาย 1 ราย ในหญิง 2 ราย และติ่งเนื้อในถุงน้ำดี (polyp) ในหญิง 1 ราย ไม่พบในชาย การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (ตารางที่ 8) ใช้ยาฉีดกลุ่มมอร์ฟีน ในชาย 29 ราย ในหญิง 69 ราย กินยาแก้ปวดกลุ่มพาราเซตามอล ในชาย 20 ราย ในหญิง 46 ราย ไม่ใช้ยาแก้ปวด ในชาย 22 ราย ในหญิง 37 ราย ใช้ยากกลุ่มอื่นๆ ในชาย 5 ราย ในหญิง 4 ราย

จากข้อมูลตารางที่ 1-9 พบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.9 : 1 เพศชายมีอายุและน้ำหนักเฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง เพศชายมีโรคที่พบร่วมด้วยมากกว่าเพศหญิง (59.5% : 44.4%) โรคที่พบร่วมด้วยมากที่สุด 2 ลำดับแรกคือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพศหญิงมีการผ่าตัดช่องท้องมาก่อนมากกว่าเพศชาย (55.0% : 17.86%) โดยเฉพาะการผ่าตัดทางสูติรีเวช เพศชายใช้เวลาของการผ่าตัดและการอยู่ในโรงพยาบาลมากกว่าเพศหญิง ลักษณะนิ่วที่พบมากที่สุดทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นนิ่วแบบหลายเม็ด การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดเพศหญิงใช้ยากกลุ่มมอร์ฟีนแก้ปวดมากกว่าเพศชาย และทั้งหมดนี้ไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอัตราความล้มเหลวระหว่างเพศที่มีความแตกต่างทางสถิติ กล่าวคือ เพศชายมีอัตราความล้มเหลวมากกว่าเพศหญิง 9.52% : 2.5%

ซึ่งคำนวณโดยใช้ Student's t test และ chi square test พบว่ามีค่าแตกต่างกัน $P = 0.026$ อย่างมีนัยสำคัญ ถ้าคิดอัตราความล้มเหลวจากการอักเสบ มีค่าแตกต่าง $P = 0.035$ เพศชายมีประวัติการอักเสบของถุงน้ำดีมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2.5 เท่า (19/84 : 15/160) อัตราการผ่าตัดสำเร็จในรายที่มีการอักเสบขณะผ่าตัด หญิงมีมากกว่าชาย (24/27 : 19/26) คิดเป็นร้อยละ 88.8 : 73.0 ส่วนภาวะแทรกซ้อนใหญ่และเล็กน้อย เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย เมื่อนำมาคำนวณทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $P = 0.391$

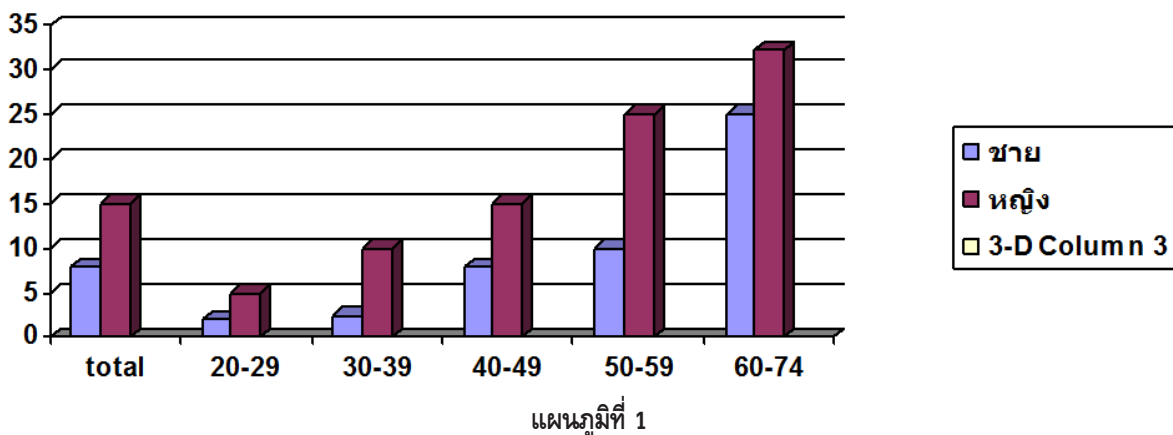
วิจารณ์

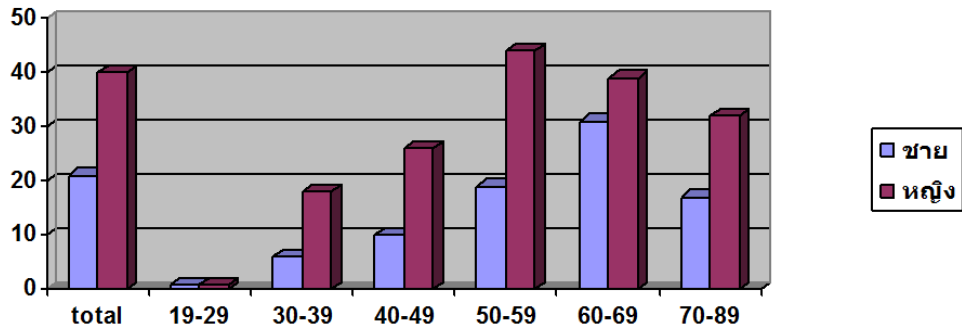
นิ่วในถุงน้ำดีพบมากในสังคมตะวันตกหรือในประเทศอุตสาหกรรม ในวัยเจริญพันธุ์ พบในหญิงมากกว่าชาย 2 : 1 ระยะทางนี้จะแคบลงเมื่ออายุมากขึ้นจนถึงอายุ 70 ปี อัตราส่วนจะลดลงเป็นร้อยละ 30 ในหญิง และร้อยละ 20 ในชาย ดูรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบอายุชายหญิงกับเปอร์เซ็นต์การเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

นิ่วในถุงน้ำดีพบมากกว่าในผู้หญิง โดยเฉพาะหญิงที่มีบุตรหลายคน กินยาคุมกำเนิด น้ำหนักเกิน ลดน้ำหนักเร็วเกินไป และกลุ่มที่มีระดับ triglyceride ในเลือดสูง² ในประเทศไทยอุบัติการณ์การพบนิ่วในถุงน้ำดีมีมากขึ้น เนื่องจากการบริโภคอาหารแบบตะวันตกมากขึ้น และมีการตรวจช่องท้องด้วยเครื่องอัลตราซาวด์มากขึ้น ผลที่ได้จากการศึกษานี้ พบในเพศหญิงมากกว่าชายในอัตราส่วน 1.9 : 1 (160 : 84) ตามแผนภูมิที่ 2

และจากแผนภูมิที่ 2 ของการศึกษานี้ พบว่า ในอายุ 30-39 ปี หญิงมากกว่าชาย 3 : 1 ช่วงอายุ 40-59 ปี หญิงมากกว่าชาย มีอัตราส่วน 2.3-2.6 : 1 ช่วงอายุ 60-69 ปี หญิงมากกว่าชาย 1.2 : 1 และช่วงอายุ 70-89 ปี หญิงมากกว่าชาย 1.8 : 1 ซึ่งมีแผนภูมิใกล้เคียงกับตำราอ้างอิงจากต่างประเทศ

การเปรียบเทียบข้อมูลในมิติต่างๆ ระหว่างชายและหญิงที่ได้รับ





แผนภูมิที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนการมีนิ่วในถุงน้ำดีกับอายุชายและหญิง

การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องยังไม่มีสถิติพิมพ์ในวารสารต่างๆ ในประเทศ แต่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ว่าเพศชายมีอัตราล้มเหลวการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ Zisman A และคณะ³ ได้ศึกษาในผู้ป่วย 329 ราย พบว่าเพศชายมีโอกาสที่จะต้องเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิดเป็น 5 เท่าของเพศหญิง ($P < 0.001$) อันเนื่องมาจากพังผืดที่มีมากและกายวิภาคที่ยากกว่า Alponet A และคณะ⁴ ศึกษาในผู้ป่วย 783 ราย พบว่าอายุ เพศ ความอ้วน โรคที่ร่วมด้วย เคยผ่าตัดหน้าท้องมาก่อน ขนาดและจำนวนนิ่ว ประสิทธิภาพของ คลียแพท และการทำงาน ERCP ก่อนผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกับความล้มเหลวการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ถุงน้ำดีอักเสบร่วมกับมี alkaline phosphatase สูง จะมีอัตราการผ่าตัดล้มเหลวร้อยละ 9.3 ถ้ามีเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 11,000 ร่วมกับ อัตราการผ่าตัดล้มเหลวเพิ่มเป็นร้อยละ 27.5 และถ้ามีผนังถุงน้ำดีหนา มากกว่า 3.5 มม.ร่วมกับ อัตราการผ่าตัดล้มเหลวเพิ่มเป็นร้อยละ 58.7 Kanaan SA และคณะ⁵ ศึกษาในผู้ป่วย 564 ราย พบว่าผู้ป่วยชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปีร่วมกับมีโรคทางหลอดเลือดและหัวใจ มีความเสี่ยงที่จะผ่าตัดล้มเหลวมากกว่า ทั้งในรายที่เฉียบพลันและเรื้อรัง ($P < 0.05$) สาเหตุมาจากกายวิภาคที่ยาก การมาหาแพทย์ช้าเกินไป และปัญหาถุงน้ำดีขาดเลือดจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ Russel JC และคณะ⁶ ได้วิเคราะห์ในผู้ป่วย 30,145 ราย พบว่าเพศชายอายุมากกว่า 65 ปีที่มีโรคร่วมด้วย มีความเสี่ยงที่จะผ่าตัดล้มเหลวมากกว่า และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตหลังผ่าตัดมากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า ถึงแม้ในระยะปีแรกๆ ที่มีการผ่าตัดโดยส่องกล้องเพศชายมีอัตราล้มเหลวมากกว่าเพศหญิงถึง 9 เท่า มาจนปัจจุบันเพศชายก็ยังมีอัตราความล้มเหลวมากกว่าเพศหญิง Morrow DJ และคณะ⁷ รายงานว่าการถุงน้ำดีอักเสบทางคลินิกในเพศชายที่อายุมากกว่า 60 ปี มักจะไม่ชัดเจน กล่าวคือ มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะไม่มีไข้และเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 10,000 มากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยไม่มีอาการกดเจ็บที่หน้าท้องเกือบ 100% ที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และมักจำเป็นต้อง

ผ่าตัดขณะนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยา Margiotta SJ และคณะ⁸ รายงานว่าถุงน้ำดีอักเสบในเพศชายมักรุนแรงมากกว่าในเพศหญิง ทำให้เป็นสาเหตุการตายที่สูงกว่า ซึ่งเกิดจากความไม่สนใจไปพบแพทย์จนกว่าโรคเป็นมากแล้ว ดังนั้นการรักษาในถุงน้ำดีในเพศชาย ควรเฝ้าระวังให้ผ่าตัดก่อนที่จะต้องมาผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เช่นเดียวกับ Sanabria JR และคณะ⁹ ให้ความเห็นว่าคลียแพทมักแปลกใจในความรุนแรงของโรคในถุงน้ำดีในเพศชายขณะผ่าตัดและคาดว่าเพศชายไม่ค่อยทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือไม่คอยติดตามดูแลสุขภาพตัวเองมากเท่าเพศหญิง หรืออาจมีการดำเนินของโรคต่างไปจากเพศหญิง Serdar Yol และคณะ¹⁰ รายงานการตรวจถุงน้ำดีที่ตัดออกในผู้ป่วย 80 ราย พบว่าเพศชายมีจำนวน macrophages มากเป็น 2 เท่าในเพศหญิง มี mast cell เป็น 4 เท่า และ eosinophils เป็น 6 เท่าในเพศหญิง ผนังของถุงน้ำดีและเนื้อเยื่อผนังนอกถุงน้ำดีในเพศชายมีระดับของ Hydroxyproline (HP) และ collagen สูงกว่าในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.015$ และ $P < 0.05$) ผลของการศึกษานี้ พบว่าในโรคในถุงน้ำดีเพศชายมีการอักเสบและมี fibrosis มากกว่าเพศหญิง จึงทำให้ผ่าตัดได้ยากกว่า และมีโอกาสต้องเปลี่ยนการผ่าตัดไปเป็นแบบเปิดมากกว่าเพศหญิง

สรุปการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า เพศชายมีอัตราการผ่าตัดล้มเหลวมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า (อัตราส่วนร้อยละ 9.52 : 2.5) เพศชายมีการอักเสบของถุงน้ำดีขณะผ่าตัดมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (อัตราส่วนร้อยละ 30.9 : 16.9) กรณีที่มีการอักเสบ เพศหญิงมีโอกาสผ่าตัดสำเร็จมากกว่าเพศชาย (อัตราส่วนร้อยละ 88.8 : 73.0) เหตุผลของการล้มเหลวคล้ายกับข้อมูลในวารสารต่างประเทศ คือ เพศชายขาดความสนใจไปพบแพทย์จนกว่าโรคเป็นมากแล้ว เพศชายไม่ค่อยทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือไม่คอยติดตามดูแลสุขภาพตัวเองมากเท่าเพศหญิง ดังนั้นการรักษาในถุงน้ำดีในเพศชาย ต้องให้คำแนะนำที่ดีและติดตามโรคให้ดี รวมทั้งการแนะนำก่อนผ่าตัดว่าเพศชายมีโอกาสผ่าตัดล้มเหลวมากกว่าเพศหญิง ส่วนภาวะแทรกซ้อนในเพศหญิง

มีมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการอักเสบและ fibrosis มีน้อยกว่า
เพศชาย จึงสามารถผ่าตัดไปจนสำเร็จหรือจนเกิดภาวะแทรกซ้อน
และเพศหญิงมีการผ่าตัดช่องท้องด้านล่างมาก่อนมากกว่าเพศชาย
ประมาณ 3 เท่า (อัตราส่วนร้อยละ 55.0 : 17.85) ทำให้มีโอกาส
เกิดการบาดเจ็บต่อลำไส้ที่มาติดกับผนังหน้าท้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พ.อ. รศ. นพ. สหพล อนันต์น้ำเจริญ และ
คณะวิจัย กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ช่วยแนะนำ
และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Nakeeb A, Aherndt SA and Pitt HA. Calculous biliary disease : Greenfield's surgery 4th edition 2006:981.
2. Norton J, Greenberger, Paumgartner G. Diseases of the gallbladder and bile ducts. In : Harrison's Principles of internal medicine 17th edition 2008 P 1995.
3. Zisman A, Gold-Deutch R, Zisman E, Negri M, Halpern Z, Lin G, Halevy A. Is male gender a risk factor for conversion of laparoscopic into open cholecystectomy ? Surg Endosc 1996;10:892-4.
4. Alponat A, Kum CK, Koh BC, Rajnakova A, Goh PMY, Mouiel J. Predictive factors for conversions of laparoscopic Cholecystectomy. World J Surg 1997;21:629-33.
5. Kanaan SA, Murayama KM, Merrium LT, et al. Risk factors for conversion of laparoscopic to open Cholecystectomy. J Surg Res 2002;106:20-4.
6. Russell JC, Walsh SJ, Reed-Fourquet L, Mattie A, Lynch J. Symptomatic cholelithiasis; a different disease in men ? Connecticut laparoscopic Cholecystectomy registry. Ann Surg 1998;227:195-200.
7. Morrow DJ, Thompson J, Wilson JE. Acute Cholecystectomy in the elderly. Arch Surg 1978;113:1149-52.
8. Margiotta SJ, Horwitz JR, Willia IH, Wallack MK. Cholecystectomy in the elderly. Am J Surg 1988;156:509-12.
9. Sanabrai JR, Gallinger S, Croxford R, Strasberg SM. Risk factors in elective laparoscopic Cholecystectomy for conversion to open Cholecystectomy. J Am Coll Surg 1994;179:696-704.
10. Serdar Yol, Adil Kartal, Celaletin Vatansev and et al. Sex as a factor in conversion from laparoscopic Cholecystectomy to open surgery. J Soc Lap Surg 2006;10:359-63.

Comparative Study between Male and Female Gender who Underwent Laparoscopic Cholecystectomy : Does the Male Gender Effect the Conversion Rate and Complications?

Sanchai Kanchanalarp

Clinical Professor, Department of Surgery, Phramongkutklao Hospital and College of Medicine

Background : Laparoscopic Cholecystectomy (LC) is now favorite to treat the patients who have symptomatic gallstone but the unexpected conversion and complications may occur. Whether the male gender is the risk factor for conversion and complication or not ? **Material & Method :** A prospective descriptive study on conversion rate to open surgery and complications in the patients who underwent Laparoscopic Cholecystectomy by single experienced surgeon. **Results :** The data revealed 244 patients (160 females, 84 males) 12 of them were converted, 8 males and 4 females. The conversion rate in male and female were 9.52% and 2.5% respectively ($P < 0.05$). Complications found in 11 females and 3 males were 6.87% and 3.57% respectively ($P = 0.391$) and all complicated cases were corrected successfully without mortality. **Conclusions :** The conversion of LC to open surgery is more prevalent among males and is probably attributable to delay of treatment and surgical decision. Females had more complications than males because of previous abdominal surgery and less tissue inflammation in the difficult cases. Females had more complications than males because of previous abdominal surgery and less tissue inflammation in the difficult cases.

Key Words: ● Cholecystectomy ● Laparoscopic

RTA Med J 2012;65:3-10.