

สถานการณ์การรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยการ ผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนพศกภูมิพิสัย

ธีรพล ชลเดช

โรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย มหาสารคาม

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันการรักษานิ่วในท่อน้ำดีมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้นคือการส่องกล้องทางลำไส้เล็ก แล้วตัดท่อน้ำดีคล้องนิ่วออกหรือสลายนิ่วออกซึ่งต้องอาศัยความชำนาญของศัลยแพทย์และเครื่องมือที่มีราคาแพง ได้แก่ ชุดส่องกล้องลำไส้เล็ก ชุดตัดท่อน้ำดีและดึงนิ่ว (Endoscopic sphincterotomy and stone basket) เครื่องเอ็กซเรย์ชนิด Fluoroscope ซึ่งมักจะมีในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมากจะเข้าถึงบริการและอีกทั้งผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อน้ำดีส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยภาวะฉุกเฉินทางช่องท้อง คือมีอาการปวดท้องกระตันทันหรือมีอาการติดเชื้อในท่อน้ำดี ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการการรักษาที่รวดเร็วแม้จะเป็นวิธีผ่าตัดก็ตาม โรงพยาบาลพศกภูมิพิสัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มีความพร้อมด้านทีมงานและเครื่องมือพื้นฐานที่สามารถผ่าตัดรักษานิ่วในท่อน้ำดีได้และได้ผ่าตัดผู้ป่วยตั้งแต่ มกราคม 2544- ธันวาคม 2547 จำนวน 47 ราย หลังการผ่าตัดเปิดสำรวจท่อน้ำดีแล้วได้ผ่าตัดระบายทางเดินน้ำดีเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในท่อน้ำดีด้วยเทคนิคต่าง ๆ (Choledochoduodenostomy, Choledochojejunostomy, Transduodenal sphincterotomy) จำนวน 32 ราย ใส่เพียงท่อระบายน้ำดี (T-tube) 15 ราย และได้รายงานประสิทธิผลและความปลอดภัยของการผ่าตัดและอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ตลอดจนการติดตามภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษาเป็นระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยหายดีไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ไม่มีอัตราการตาย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการผ่าตัดในระยะเริ่มแรก มีเพียงภาวะแทรกซ้อนทั่วไปจากการผ่าตัดมีภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดีหลังผ่าตัดเท่ากับ 1 ราย (2.1%) ในรายที่ทำหัตถการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในท่อน้ำดี (Choledochoduodenostomy)

คำสำคัญ: นิ่วในท่อน้ำดี ภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี การตัดท่อน้ำดีและคล้องนิ่วออก การผ่าตัดสำรวจท่อน้ำดี การผ่าตัดระบายทางเดินน้ำดีด้วยเทคนิคต่าง ๆ

บทนำ

โดยปรกตินิ่วในท่อน้ำดีจะพบได้ประมาณร้อยละ 10-18 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยเรื่องของนิ่วถุงน้ำดีทั้งหมด^(1,2) ในสมัยก่อน การทำผ่าตัดสำรวจท่อน้ำดี (Common bile duct exploration) และใส่ T-tube ร่วม

กับการทำผ่าตัดถุงน้ำดี ถือว่าเป็นการรักษามาตรฐาน จนกระทั่งมีการทำ Endoscopic sphincterotomy และดึงนิ่ว ในปี 1975^(3,4) และต่อมาการทำผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic cholecystectomy)⁽⁵⁾ ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการรักษานิ่วในท่อน้ำดีเปลี่ยนแปลง

ไป โดยมีการทำ Endoscopic sphincterotomy ทิ้งก่อน หลัง และระหว่างผ่าตัดถุงน้ำดี อย่างไรก็ตามการรักษา นิ่วในท่อน้ำดีด้วยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องนับว่ายังมี ความจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดส่วนใหญ่ เนื่องจากเมื่อ แนะนำผู้ป่วยให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่มีเครื่องมือ พร้อมผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับมารับบริการการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน สาเหตุหลัก ๆ คือ ต้องเดินทาง ไกล ต้องไปคอยเพื่อรับบริการเป็นเวลานาน หลายชั้น ตอนในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ต้องไปพบแพทย์หลายครั้ง เพื่อฟังผลการตรวจพิเศษ และต้องรอคิวเพื่อส่งกล้อง บางรายก็ตัดสินใจให้แพทย์ผ่าตัดให้เลยเนื่องจากความ เจ็บปวด บางรายก็เป็นการตัดสินใจโดยการชี้แนะของ แพทย์เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อ ในกระแสเลือด (acute toxic cholangitis) ซึ่งมีอุบัติการ เสียชีวิตค่อนข้างสูง⁽⁶⁾

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีจะมาพบแพทย์ ด้วยอาการปวดท้องบ่อย ๆ มักจะได้รับการวินิจฉัยและ รักษาเบื้องต้นว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร ต่อมาอาการ จะมากขึ้นและแพทย์ได้มีการตรวจเพิ่มเติมด้วยอัลตรา- ซาวด์พบว่านิ่วในท่อน้ำดีในตับขยายตัว หรือมาด้วย ภาวะถุงเงินทางช่องท้องมีอาการปวดท้องรุนแรง หรือ อาการติดเชื้อในท่อน้ำดี (ไข้หนาวสั่น ปวดท้อง ตาเหลือง) ก็อาจจะได้รับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อวินิจฉัยได้ ค่อนข้างแน่ชัดก็จะมีแนวทางรักษาเบื้องต้นคือให้ยา บรรเทาอาการเจ็บปวด ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุมการ ติดเชื้อในทางเดินน้ำดี หากทั้งสองอาการควบคุมได้ ด้วยดีภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากนั้นก็จะแนะนำ ผู้ป่วยเพื่อรักษาและแก้ไขสาเหตุซึ่งมี 2 วิธี หลัก ๆ คือ การส่องกล้องทางลำไส้เล็กเพื่อฉีดสลายนิ่วในท่อน้ำดี และตัดหลอดนิ่วออกจากท่อน้ำดี อีกวิธีคือ การ ผ่าตัดเข้าไปสำรวจท่อน้ำดีเอานิ่วออกและรักษาด้วย เทคนิคทางศัลยกรรมวิธีต่าง ๆ

จากข้อมูลผู้ป่วยในของตึกศัลยกรรมโรงพยาบาล พัยคณภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามในระยะเวลา 4 ปี

(2544-2547) พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินน้ำดีเข้า มารับการรักษาเป็นลำดับที่ 8 และมีผู้ป่วยที่เป็นนิ่วใน ท่อน้ำดีร้อยละ 25.7 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความเสี่ยงสูง และต้องได้รับการดูแลเฉพาะจากบุคลากรที่เชี่ยวชาญ ต้องได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมจึงจะรักษาได้ทัน การและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ดังนั้นจึงศึกษาโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์การรักษานิ่วใน ท่อน้ำดีด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยนอกและในทุกรายย้อนหลังจากการ ทบทวนบันทึกในเวชระเบียนตั้งแต่เดือนมกราคม 2544 ถึงธันวาคม 2547 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อน้ำดีซึ่งมีอาการปวดท้อง จากการตรวจด้วยอัลตรา- ซาวด์พบนิ่วในท่อน้ำดีหรือพบท่อน้ำดีในตับมีการขยาย ตัวและการตรวจหน้าที่ของตับพบว่าค่า Alkaline phosphatase ขึ้นสูง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดโดย ศัลยแพทย์คนเดียวกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในท่อน้ำดีอย่างรุนแรง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และมี ภาวะโรคร่วมที่อันตราย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต จะถูกส่งไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง กว่าและไม่นับรวมในการศึกษานี้

ได้ศึกษาโดยการเก็บข้อมูลประวัติการมารับการ รักษาที่โรงพยาบาล ดังนี้

ลักษณะทั่วไป คือ เพศ อายุ

พยาธิสภาพที่พบระหว่างผ่าตัด

- การอักเสบของถุงน้ำดี

- ขนาดของท่อเชื่อมระหว่างถุงน้ำดีกับท่อน้ำดี

(Cystic duct)

- ขนาดและความหนาของท่อน้ำดี

- ลักษณะของนิ่วในท่อน้ำดีว่าเป็นนิ่วที่เกิดใน

ท่อน้ำดีเอง (Primary common bile duct stone) หรือ

เป็นนิ่วหล่นไปจากถุงน้ำดี (Secondary common bile duct stone)

- หรือลักษณะอื่น ๆ ที่พบและมีความสำคัญ

ระยะเวลาในการผ่าตัด

หัตถการและเทคนิคการผ่าตัด

ในการผ่าตัดได้แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามความเร่งด่วน คือ

ผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency surgery)

ผ่าตัดกึ่งฉุกเฉิน (Urgent surgery)

ผ่าตัดแบบธรรมดา (Elective surgery)

การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ได้ประเมินความแข็งแรงทั่วไป ภาวะโรคร่วมต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านหัวใจและปอด ได้รับการเอ็กซเรย์ปอดทุกราย ตรวจคลื่นหัวใจในรายที่อายุ 45 ปีขึ้นไป นอกนั้นก็เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด หากเป็นการผ่าตัดธรรมดาก็จะให้แบบ Prophylaxis ส่วนในรายถึงฉุกเฉิน หรือฉุกเฉิน ก็จะเป็นแบบ Treatment

ระยะเวลานอนโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น (Immediate postoperative complications) ได้แก่

- เลือดออกหลังผ่าตัด

- ภาวะพิษในกระแสเลือด (Endotoxemia)

ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นอย่างเดียว

- ภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี (Acute cholangitis)

ผู้ป่วยมีอาการไข้ ตาเหลือง

- ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการไข้ ตาเหลือง ซึม ความดันโลหิตต่ำ

ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Early postoperative complications) ได้แก่

- การรั่วของน้ำดี

- แผลผ่าตัดติดเชื้อ

- ตับอ่อนอักเสบ

- ท้องในช่องท้อง

การตกค้างของนิ่วในท่อน้ำดี (จากการตรวจด้วยการฉีดสารทึบแสงแล้วเอ็กซเรย์)

ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (Late postoperative complications) ได้แก่

- ภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง มีไข้ และตาเหลือง

- การกลับเป็นซ้ำของนิ่วในท่อน้ำดี (Retain or recurrent common bile duct stone)

- อาการที่เกิดจากการสะสมตะกอนและเศษอาหารที่บริเวณต่ำกว่ารอยต่อ ของท่อน้ำดีกับลำไส้เล็ก อาจเกิดการอุดตันและการติดเชื้อได้ (Sump syndrome)

- ท่อน้ำดีตีบ

ได้ติดตามประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรคเดิมของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปีจากการมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและประวัติผู้ป่วยในหลังการผ่าตัด

วิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนาและแสดงค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

แบ่งผู้ป่วยที่มาตรวจ เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มาตรวจแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 21 รายได้แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการรักษาทั้ง 2 วิธี คือการผ่าตัดและการส่องกล้อง ผู้ป่วยกลับมาขอรับการผ่าตัด 19 ราย และกลุ่มที่มาตรวจด้วยภาวะฉุกเฉิน 32 ราย ได้ส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องจากญาติและผู้ป่วยต้องการ 4 ราย ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล 28 ราย รวมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลพหุศตวรรษในช่วงระยะเวลา 4 ปี 47 ราย เป็นเพศชาย 20 ราย เพศหญิง 27 ราย (ตารางที่ 1) อายุระหว่าง 42-73 ปี

ในกลุ่มที่มาตรวจแบบผู้ป่วยนอกมีผู้ป่วยขอรับการผ่าตัดเลย 8 ราย ผู้ป่วยกลับไปตัดสินใจแล้วกลับมาผ่าตัด 5 รายผู้ป่วยที่ขอให้ส่งตัวไปเพื่อส่องกล้องแล้วกลับมาขอรับการผ่าตัด 6 ราย

การวินิจฉัย

จากประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อน้ำดีทั้ง 47 ราย ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาพบแพทย์เพียง 1 ราย ได้รับการวินิจฉัยเมื่อมาพบแพทย์ครั้งที่ 2 จำนวน 3 ราย ที่เหลือ 43 รายมาพบแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง จึงจะ

ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารก่อนการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

การผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน (ภายในวันที่รับเป็นผู้ป่วยใน) 4 ราย เนื่องจากภาวะปวดอย่างรุนแรง 3 ราย มีไข้สูง > 39 องศาเซลเซียสหลังให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 12 ชั่วโมง 1 ราย

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกึ่งฉุกเฉิน (ภายใน 48 ชั่วโมง) 24 ราย เนื่องจากยังมีไข้ 38-38.5 องศาเซลเซียส และอาการปวดท้องยังคงเดิม 10 ราย อีก 14 ราย อาการดีขึ้น ไข้ลดลงน้อยกว่า 38 องศาเซลเซียสแต่ต้องการผ่าตัดเลย

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบนัดหมาย 19 ราย (ตารางที่ 1) เป็นผู้ป่วยที่มาตรฐานแบบผู้ป่วยนอกตามปกติ 14 ราย และเป็นผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดีแล้วอาการดีขึ้นได้จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วกลับมาขอรับการผ่าตัด 5 ราย

ส่วนใหญ่ของถุงน้ำดีในผู้ป่วย (89%) มีลักษณะผนังหนาและอักเสบเรื้อรังโดยมีขนาดของ cystic duct เล็กกว่า 3 มม. ขนาดของท่อน้ำดีเล็กกว่า 1.5 ซม. (68.1%) และคาดว่าน้ำส่วนใหญ่จะหล่นมาจากถุงน้ำดี (74.5%) (ตารางที่ 2)

ทั้งนี้การผ่าตัดส่วนใหญ่ (53.1%) ใช้วิธี cholecys-

tectomy ร่วมกับ choledochoduodenostomy (ตารางที่ 3) โดยใช้ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 109 นาที (พิสัย 91-260) และนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9 วัน (พิสัย 5-15)

สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้แบ่งออกเป็นภาวะแทรกซ้อนระยะเริ่มแรก (immediate postoperative period) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบอาการพิษในกระแสเลือด 1 ราย (2.1%) ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นแต่ไม่มีไข้ รักษาโดยให้ความอบอุ่นและยาแก้แพ้ (antihistamine) ทางหลอดเลือดดำ ไม่พบภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด ไม่พบภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง อีกช่วงเวลาคือ ภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมง พบมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 1 ราย ซึ่งไม่ใช่รายเดียวกันกับที่เกิดภาวะพิษในกระแสเลือด

ในรายที่ใส่ T-tube (15 ราย) ได้รับการฉีดสารทึบแสงและเอ็กซเรย์พิสูจน์ทางเดินน้ำดี ทุกรายไม่พบการตกค้างของน้ำในท่อน้ำดี

จากการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 2 ปี (Late postoperative period) ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องในลักษณะที่เหมือนก่อนการผ่าตัด เกิดอาการติดเชื้อในท่อน้ำดี 1 ราย (2.1%) หลังผ่าตัดทำ Choledochoduodenostomy เป็นเวลา 1 ปี 2 เดือน ได้รับผู้ป่วยเข้า

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาและผ่าตัด (n=47)

กลุ่มผู้ป่วยและความเร่งด่วนในการผ่าตัด	จำนวน(%)		
	ชาย	หญิง	รวม
กลุ่มที่มาตรฐานแบบผู้ป่วยนอก			
ผ่าตัดแบบธรรมดา (Elective)	8 (29.6)	11 (23.4)	19 (40.4)
กลุ่มที่มาตรฐานด้วยภาวะฉุกเฉิน			
ผ่าตัดแบบกึ่งฉุกเฉิน (Urgent)	10 (21.3)	14 (29.8)	24 (51.1)
ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (Emergency)	2 (4.3)	2 (4.3)	4 (8.5)
รวม	20 (44.7)	27 (57.4)	47 (100)

ตารางที่ 2 พยาธิสภาพที่พบ (n=47)

พยาธิสภาพของท่อน้ำดี	จำนวน (%)
ลักษณะถุงน้ำดี	
ผนังหนา อักเสบเรื้อรัง	42 (89.4)
ผนังหนาอักเสบเฉียบพลัน	4 (8.5)
ผนังบาง โป่งตั้ง	1 (2.1)
ขนาดของ cystic duct (ม.ม.)	
< 3	39 (83)
> 3	8 (17)
ขนาดของท่อน้ำดี (ซ.ม.)	
> 1.5	32 (68.1)
< 1.5	15 (31.9)
ลักษณะนิ่ว	
น่าจะมาจากถุงน้ำดี	35 (74.5)
น่าจะเกิดเองในท่อน้ำดี	12 (25.5)

ตารางที่ 3 หัตถการและเทคนิคการผ่าตัดระบายน้ำดี (n=47)

หัตถการและเทคนิคการผ่าตัด	จำนวน (%)
Cholecystectomy+choledochoduodenostomy	25 (53.2)
Cholecystectomy+T-tube choledochostomy	15 (31.9)
Cholecystectomy + transduodenal sphincteroplasty	4 (8.5)
Common bile duct exploration + choledochojejunostomy	3 (6.4)
รวม	47(100)

นอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายใน 1 สัปดาห์ ไม่พบอาการที่เกิดจากการตีบตันของท่อน้ำดี (biliary stricture) ไม่พบอาการที่เกิดจากการสะสมตะกอนและเศษอาหารที่บริเวณต่ำกว่ารอยต่อของท่อน้ำดีกับลำไส้เล็ก อาจเกิดการอุดตันและการติดเชื้อได้

วิจารณ์

โรคนิ่วในท่อน้ำดีเป็นโรคที่ทำนายตั้งแต่ขั้นตอนของการวินิจฉัยโรค จะเห็นว่าการวินิจฉัยมักจะคลาดเคลื่อนหากไม่ได้รับการตรวจจากศัลยแพทย์ ผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่แรกเนื่องจากศัลยแพทย์มาพบโดยบังเอิญที่ห้องฉุกเฉิน อันตรายของนิ่วในท่อน้ำดีที่สำคัญคือการอุดตันท่อน้ำดีและทำให้เกิดความเจ็บปวดรุนแรง และการติดเชื้อในท่อน้ำดีในระดับธรรมดาไปจนถึงการติดเชื้อที่รุนแรงจนถึงขั้นผู้ป่วยเสียชีวิตได้

จากข้อมูลทั้ง 47 รายจะเห็นว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 เข้ามารับบริการด้วยอาการสำคัญคือปวดท้อง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารและไม่ได้รับการวินิจฉัยต่อเนื่อง หลายรายก็ได้รับการวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์มาจากคลินิกเอกชน

อย่างไรก็ตามหากจะกล่าวถึงการรักษาด้วยวิธีที่ได้มาตรฐานและทันสมัยดังกล่าวข้างต้นโรงพยาบาลจะต้องมีความพร้อมทั้งศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญในการส่องกล้อง จะต้องมียุทธศาสตร์ลำไส้เล็ก เครื่องมือตัดหูดท่อน้ำดี เครื่องเอ็กซเรย์ชนิด Fluoroscope และชุดผ่าตัดด้วยกล้องวิดีโอ (Laparoscope) ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนยังไม่สามารถจัดหาได้หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลจังหวัดโดยส่วนใหญ่ก็ยังใช้วิธีการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องในการรักษาผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีทั้งภาวะปรกติและภาวะฉุกเฉิน ในรายที่ส่งตัวไปรับการรักษาแบบเร่งด่วนจากโรงพยาบาลชุมชนก็ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดเปิดช่องท้อง

สิ่งที่เน้นหนักในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่จะละเว้นเสียมิได้คือการให้ข้อมูลทางเลือกของการรักษาเพื่อมิให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเอง ผู้ป่วยทั้ง 47 รายที่ได้รับการผ่าตัดจะได้รับคำแนะนำว่ายังมีอีกวิธีในการรักษา คือการส่องกล้องตัดหูดท่อน้ำดีและดึงนิ่วออก

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชนได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วย เดินทางไกล

ตารางที่ 4 ผลของการผ่าตัด Explore common bile duct with enterobiliary drainage ในการรักษา Common bile duct stone จากสถาบันต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง	จำนวนผู้ป่วย	อัตราการตาย
10	225	1.8
11	126	4.0
12	190	5.3
13	75	1.3

ค่าใช้จ่ายสูง หรือเมื่อไปโรงพยาบาลใหญ่มาแล้วก็ยังตัดสินใจกลับมาผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชนคือ เดินทางไกล ค่าใช้จ่ายสูง รอรับบริการหลายขั้นตอน นัดหลายครั้ง รอคิวส่องกล้องนาน

จากรายงานของสถาบันต่างเป็นที่ยอมรับแล้วว่า การผ่าตัดเปิดช่องท้องเมื่อเทียบกับวิธีการส่องกล้อง อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและอัตราการตายจากการผ่าตัดจะสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁻⁹⁾ (อัตราการตายจากการผ่าตัด 32%, จากการส่องกล้อง 10%) แต่อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยมีอาการหนัก ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงเป็นการบังคับให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดแบบฉุกเฉินจึงดูเหมือนว่าการผ่าตัดมีอัตราการตายสูง ซึ่งไม่น่าจะนำมาเปรียบเทียบกับรายงานของโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย

สำหรับรายงานอื่นๆผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนัดหมาย และกึ่งฉุกเฉินน่าจะเปรียบเทียบกับกรผ่าตัดที่โรงพยาบาลพศกภูมิพิสัยได้ พบอัตราการตายร้อยละ 1.3-5.3⁽¹⁰⁻¹³⁾

ภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมง ที่เฉพาะเจาะจงกับการผ่าตัดสำรวจท่อน้ำดีร่วมกับเทคนิคต่าง ๆ ทางศัลยกรรมจากรายงานต่าง ๆ พบน้อยกว่าร้อยละ 5⁽¹⁰⁻¹³⁾

สำหรับในโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัยไม่พบการตายน่าจะเป็นผลจากการกำหนดแนวทางการรักษาและรักษาตามแนวทางในระยะเวลาที่รวดเร็ว การเลือก

ผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด และผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมที่อันตราย

พยาธิสภาพของถุงน้ำดีที่พบส่วนใหญ่จะเป็นการอักเสบเรื้อรังมีผนังหนาเนื่องจากการอักเสบและติดเชื้อเป็น ๆ หาย ๆ มี 1 รายที่ผนังบาง ไปตั้งมีการอุดตันท่อน้ำดีเฉียบพลันและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน สำหรับขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ cystic duct ถ้าขนาดใหญ่กว่า 3 มม. จะเป็นข้อสันนิษฐานว่าน่าจะหล่นจากถุงน้ำดีไม่ได้เกิดเองในท่อน้ำดี

ส่วนเทคนิคการทำหัตถการการผ่าตัดก็ยึดหลักทั่วไปทางศัลยกรรมคือ หากลักษณะนี้ว่าจะเกิดในท่อน้ำดีโดยตรงควรจะมีหัตถการเสริมในการระบายน้ำดีลงในลำไส้ หากท่อน้ำดีไม่หนา ไม่ใหญ่ (<1.5 ซม.) ก็ใช้วิธี Transduodenal sphincteroplasty หากท่อน้ำดีหนาขนาดใหญ่ (> 1.5 ซม.) ก็ใช้วิธี Choledochoduodenostomy หากขนาดก้ำกึ่งประมาณ 1.4-1.5 ซม. ผู้ศึกษานิยมใช้วิธี Choledochoduodenostomy เนื่องจากทำง่าย ใช้เวลาไม่มาก และภาวะแทรกซ้อนน้อย หากท่อน้ำดีหรือ Duodenum มีพังพืดก็เปลี่ยนวิธีเป็น Choledochojunostomy จะเห็นว่าระยะเวลาการผ่าตัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัยใช้เวลาไม่มาก เฉลี่ยไม่เกิน 2 ชั่วโมง

ปัจจัยที่จะต้องทำหัตถการผ่าตัดระบายน้ำดีลงลำไส้คือนิวที่เกิดจากท่อน้ำดีเองซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะคือนิวกลมรูปไข่ อ่อนยุ่ยง่าย ไม่มีแกนกลาง (Nidus) การกลับเป็นซ้ำของนิวในท่อน้ำดีหรือการเปิดสำรวจท่อน้ำดีแล้วไม่มั่นใจว่าเอานิวออกจากท่อน้ำดีได้ทั้งหมด ซึ่งหัตถการเหล่านี้อาจเกิดผลแทรกซ้อนได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ จากการผ่าตัดทั้ง 47 ราย พบภาวะแทรกซ้อนไม่มาก และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทั่วไปที่ไม่รุนแรง เช่น แผลติดเชื้อหลังผ่าตัด สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เฉพาะเจาะจงคือ ภาวะพิษในกระแสเลือดหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นพบ 1 ราย (2.1%) รักษาโดยการให้ความอบอุ่นและให้ยาแก้แพ้ อีก 1 รายพบภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี หลังทำ choledoch-

duodenostomy 1 ปี 2 เดือน (2.1%) ผู้ป่วยมีอาการใช้
หนาวสั่น ปวดท้อง ตาเหลือง จากรายงานของสถาบัน
ต่าง ๆ พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี หลังทำ
choledochoduodenostomy ประมาณร้อยละ 0.14-
1.3⁽¹⁴⁾ ซึ่งก็ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพหุศตวรรษผู้
ป่วยรายนี้รักษาหายโดยให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 สัปดาห์
สำหรับการตกค้างของนิ่วในท่อน้ำดีจะพิสูจน์ได้
เฉพาะในรายที่ทำผ่าตัดใส่ T-tube ได้ฉีดยาที่บวม
แล้วเอ็กซเรย์ดูนิ่วในวันที่ 10 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้ง 15 ราย
ไม่มีนิ่วตกค้างในท่อน้ำดี จากรายงานต่าง ๆ พบนิ่ว
ตกค้างหลังการผ่าตัดสำรวจท่อน้ำดีได้ประมาณร้อยละ
5.3⁽¹⁵⁾

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง
ร่วมด้วยจะไม่ทำการรักษาที่โรงพยาบาลพหุศตวรรษ
เนื่องจากมีปัจจัยที่จะต้องให้การรักษาอย่างใกล้ชิด(inten-
sive care) เช่น ทีมงานที่ดูแลหลังผ่าตัด เครื่องมือ
ติดตามสัญญาณชีพ เครื่องช่วยหายใจ ยาปฏิชีวนะที่มี
ประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษา
มีอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ

สรุป

การผ่าตัดรักษานิ่วในท่อน้ำดีในโรงพยาบาลพหุศตวรรษ
พหุศตวรรษไม่พบอัตราการตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน
หลังผ่าตัดน้อยทั้งระยะสั้นและระยะยาวและการรักษา
ด้วยการผ่าตัดคงต้องดำเนินต่อไปจนกว่า เครื่องมือที่
สำคัญสำหรับการรักษานิ่วในท่อน้ำดี จะจัดหาได้ในโรง
พยาบาลชุมชนหรืออย่างน้อยก็คือโรงพยาบาลจังหวัด
เพราะหากเทียบความคุ้มค่าแล้วเป็นการยากมากที่ผู้
บริหารสถานพยาบาลจะลงทุนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปริมาณ
ไม่มาก อีกทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดก็ยังคงเป็นการรักษา
ที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย เพราะหากปล่อยให้ภาวะ
แทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะมี
อัตราการตายสูงมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Abboud PA, Malet PF, Berlin JA, Stavoscik R, Cabana MD, Clark JR. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy : a meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy* 1996; 44(4):450-5.
2. Sarli L ID, Roncoroni L. Preoperative endoscopic sphincterotomy and laparoscopic cholecystectomy for management of choledocholithiasis: 10-year experience. *World J Surg* 2003; 27(2):180-6.
3. Classen M, Demling L. Endoscopic sphincterotomy of the papilla of Vater and extraction of stone from choledochal duct. *Dtsch Med Wochenschr* 1974; 99(11):496-7.
4. Kawai K, Akasaka Y, Murakami K, Tada M, Koli Y. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. *Gastrointestinal endoscopy* 1974; (4):148-51.
5. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholecystectomy by celioscopy. *Presse Med* 1989; 18(19):980-2.
6. Welch JP, Donaldson GA. The urgency of diagnosis and surgical treatment of acute suppurative cholangitis. *Am J Surg* 1976; 131:527-32.
7. Lai ECS, Mok FTR, Tan ESV, Lo CM, Fan ST, You KT. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N Engl J Med* 1992; 326:1582-6.
8. Leese T, Neoptolemos JP, Baker AR, Carr-Locke DL. Management of acute cholangitis and the impact of endoscopic sphincterotomy. *Br J Surg* 1986; 73:988-92.
9. Leung JWC, Chung SCS, Sung JJY, Banez VP, Lai AKC. Urgent endoscopic drainage for acute suppurative cholangitis. *Lancet* 1989; 1:1307-9.
10. Parrilla P, Ramirez P, Sanchez-Bueno F. Long term results of choledochoduodenostomy in the treatment of choledocholithiasis: assessment of 225 cases. *Br J Surg* 1991; 78:470.
11. Deutsch AA, Nudelman I, Gutman H. Choledochoduodenostomy: an important surgical tool in the management of common bile duct stones. A review of 126 cases. *Eur J Surg* 1991; 157:531.
12. Baker AR, Neoptolemos JP, Leese T, Carr-locke DL. Choledochoduodenostomy, transduodenal sphincteroplasty and sphincterotomy for calculi of common bile duct. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 164:245.
13. Rizzuti RP, McElwee TB, Carter JW. Choledochoduodenostomy: a safe and efficacious alternative in the treatment of biliary tract diseases. *Surgery* 1987; 164:245.
14. Escudero-Fabre A, Escallon A Jr, Sack J. Choledo-

chodudenostomy: analysis of 71 cases followed for 5 to 15 years. *Ann Surg* 1991; 213:635.

common bile duct explorations without mortality. *Ann Surg* 1990; 211:260-2.

15. Pappas TN, Slimane TB, Brooks DC. 100 consecutive

Abstract **Situation of Operative Treatment of Common Bile Duct Stone in Phayakkhaphum Phisai Community Hospital**

Teerapol Chonladej

Phayakkhaphum Phisai Community Hospital, Maha Sarakham

Journal of Health Science 2008; 17:219-26.

Nowaday, there is a new technique to treat common bile duct stone by using endoscopic sphincterotomy with stone extraction or lithotripsy. This technique requires skillful surgeons and costly instruments such as duodenoscope, sphincterotome, stone basket and fluoroscope. All are available only in advanced medical institutes.

Because of acute abdominal pain and cholangitis the most chief complaints, most patients prefer immediate and short treatment time.

Phayakkhaphum Phisai hospital is a community hospital with good surgical team and basic surgical instruments for common bile duct stone surgery. There were 47 patients treated in the hospital from January, 2001 to December, 2004. After the operative exploration of common bile duct and stones removal, T-tubes were inserted in 15 patients, 32 patients had open and drain bile to small bowel by many enterobiliary drainage procedures such as choledochoduodenostomy, choledochojejunostomy, transduodenal sphincteroplasty.

This study reported the results, recurrent symptoms and also the complications within 2 year follow-up after surgery. The results were reportedly excellent, without mortality, serious immediate complications and recurrent symptoms in the 2 year follow-up after surgery except a case of acute cholangitis fourteen months after choledochoduodenostomy.

Key words: common bile duct stone, endoscopic sphincterotomy with stone extraction, common bile duct exploration, enterobiliary drainage procedure