

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้องของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Comparison of Clinical Outcomes and Complications between Open and Laparoscopic Inguinal Hernia Repair at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya.

(Received: July 18,2026 ; Revised: July 21,2026 ; Accepted: July 23,2026)

กฤษตินา สุรชัยดังตวล¹

Kristina Surachaidangtawin¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระดับความปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรค ระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบสังเกตการณ์ย้อนหลัง (survey research by Retrospective cohort study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ณ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 90 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผ่าตัดแบบเปิด 45 ราย และกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้อง 45 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test, Mann-Whitney U test, Chi-square test และ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีระยะเวลาผ่าตัดนานกว่า แต่มีปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และคะแนนความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ขณะที่อัตราภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและการกลับเป็นซ้ำของโรคต่ำกว่า แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

คำสำคัญ: ไส้เลื่อนขาหนีบ, การผ่าตัดแบบเปิด, การผ่าตัดผ่านกล้อง, ผลลัพธ์ทางคลินิก, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This study aimed to open and laparoscopic inguinal hernia repair. A survey research by retrospective cohort study was conducted using medical records of 90 patients who underwent inguinal hernia repair at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand, between January 2021 and December 2025. Patients were divided into open repair ($n=45$) and laparoscopic repair ($n=45$) groups. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, Mann-Whitney U test, Chi-square test, and Fisher's exact test, with statistical significance set at $p<0.05$.

Results: Baseline characteristics were comparable between the groups ($p>0.05$). The laparoscopic group had a significantly longer operative time but significantly lower blood loss, shorter hospital stay, and lower postoperative pain scores than the open repair group (all $p<0.001$). Although postoperative complications and recurrence were less frequent in the laparoscopic group, the differences were not statistically significant ($p>0.05$).

Keywords: inguinal hernia, open repair, laparoscopic repair, clinical outcomes, postoperative complications

บทนำ

โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) เป็นภาวะทางศัลยกรรมที่มีความสำคัญระดับโลกและพบ

อุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในเวชปฏิบัติศัลยกรรมทั่วไป ภาวะดังกล่าวเกิดจากการเคลื่อนตัวของอวัยวะภายในผ่านจุดอ่อนของผนัง

¹ นายแพทย์ชำนาญการ ประจำกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

หน้าท้องบริเวณช่องขาหนีบ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะไส้เลื่อนติดคาหรือภาวะไส้เลื่อนรัดคอ (Strangulated hernia) ที่ส่งผลให้ลำไส้ขาดเลือดและเน่าตายได้ สถิติทางการแพทย์ระบุว่าทั่วโลกมีการทำหัตถการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบมากกว่า 20 ล้านครั้งต่อปี ทิศทางการดูแลรักษาในปัจจุบันจึงไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่ความสำเร็จในการปิดรอยรั่วทางกายวิภาคเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคและการป้องกันการเกิดอาการปวดเรื้อรังภายหลังการผ่าตัด¹

กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดไส้เลื่อนขาหนีบมีความซับซ้อนและสัมพันธ์โดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) และความเสื่อมสภาพของผนังหน้าท้องตามอายุขัย การศึกษาในระดับชีวโมเลกุลพบว่าความไม่สมดุลของกระบวนการสร้างและสลายคอลลาเจน (Collagen metabolism) มีบทบาทสำคัญที่ทำให้พังผืดขาดความแข็งแรงต้านทานแรงดึง ปัจจัยเหล่านี้จะถูกกระตุ้นด้วยสภาวะที่ก่อให้เกิดแรงดันภายในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น ภาวะต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia) ที่ทำให้ต้องออกแรงเบ่งปัสสาวะ หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่งผลให้มีอาการไอเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทำให้อุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป^{2,3}

มาตรฐานการรักษาหลักในปัจจุบันคือการผ่าตัดเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้องด้วยแผ่นตาข่ายสังเคราะห์ (Mesh repair) ซึ่งแบ่งเทคนิคการทำหัตถการออกเป็นสองกลุ่มหลักคือการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดแบบเปิดโดยใช้เทคนิคไร้แรงดึงยังคงเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมเนื่องจากมีความยืดหยุ่นสูงในกระบวนการระงับความรู้สึกและไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตาม พัฒนาการทางศัลยกรรมแผลเล็กได้นำเสนอทางเลือกการผ่าตัดผ่านกล้อง

(Laparoscopic hernia repair) ที่มีจุดเด่นในการลดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อโดยรอบ บรรเทาอาการเจ็บปวดในระยะฟื้นตัว และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้รวดเร็วยิ่งขึ้น แม้ว่าเทคนิคดังกล่าวอาจต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดยาวนานกว่าและมีความท้าทายในด้านช่วงระยะเวลาแห่งการเรียนรู้ของศัลยแพทย์^{4,5}

โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีบทบาทเป็นสถานพยาบาลระดับทั่วไปที่รับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ที่มีโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.51 ของประชากรทั้งหมด ข้อมูลในพื้นที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมหลายระบบ การบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และการเลือกเทคนิคการผ่าตัดที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรที่มุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินผลลัพธ์การรักษาในสภาพแวดล้อมจริงของโรงพยาบาลระดับจังหวัดจะช่วยให้ทีมศัลยแพทย์สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่คุ้มค่าและปลอดภัยสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่^{6,7}

แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี แต่ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทยที่เน้นประชากรกลุ่มเปราะบางยังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างฐานข้อมูลเฉพาะพื้นที่เกี่ยวกับระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระดับความเจ็บปวด และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจริง องค์ความรู้ที่ได้รับจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines) เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบของโรงพยาบาลเสนาให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพทัดเทียมระดับสากล นำไปสู่การลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

และการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยในระยะยาว
8,4

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ
แบบเปิดกับการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยมีวัตถุประสงค์
เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัด
และระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่ม
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดหลังการ
ผ่าตัดตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออก
จากโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและการกลับมาเป็น
ซ้ำของโรคระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ
สังเกตการณ์ย้อนหลัง (survey research by
Retrospective cohort study) โดยทบทวนข้อมูล
จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มประวัติ
ผู้ป่วยของโรงพยาบาลเสนา จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา เปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการ
ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง
จากข้อมูลย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.
2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้รหัส ICD-
10 และ ICD-9-CM ในการคัดเลือกผู้ป่วย จากนั้น
รวบรวมข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลการผ่าตัด และ
ผลลัพธ์การรักษา เพื่อนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ผลลัพธ์ระหว่างเทคนิคการผ่าตัดทั้งสองวิธีด้วย
วิธีการทางสถิติ.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการวิจัยคือ ผู้ป่วยทุก
รายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ยืนยันว่าเป็นโรคไส้
เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) และได้รับการรักษา
ด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดหรือการผ่าตัดผ่านกล้อง
ณ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัด

พระนครศรีอยุธยา ภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้
ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย
ว่าเป็นโรคไส้เลื่อนขาหนีบและเข้ารับการผ่าตัดรักษา
ที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม
พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับ
การผ่าตัดแบบเปิด (Open repair) และกลุ่มที่ได้รับ
การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic repair)
คัดเลือกจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
และแฟ้มประวัติผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัด
ออกที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณตามสูตรของ
Lemeshow และคณะ (1990) สำหรับการ
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ ได้ขนาด
กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 36 รายต่อกลุ่ม และเพื่อชดเชย
ข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 20 จึง
เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 45 รายต่อกลุ่ม รวม
ทั้งสิ้น 90 ราย แบ่งเป็น กลุ่มผ่าตัดแบบเปิด 45 ราย
และ กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้อง 45 ราย ซึ่งจะนำมา
วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธีอย่าง
เป็นระบบ.

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึก
ข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
จากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์ของ
การศึกษา ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากเวช
ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มประวัติผู้ป่วย
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทาง
คลินิก ข้อมูลการผ่าตัด และข้อมูลผลลัพธ์หลังการ
ผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการ
นอนโรงพยาบาล ระดับความปวด ภาวะแทรกซ้อน
และการกลับเป็นซ้ำของโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียน
อิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มประวัติผู้ป่วยของ
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่าง

เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ใช้รหัสโรค ICD-10 และรหัสหัตถการ ICD-9-CM ที่เกี่ยวข้องกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบ จากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และคะแนนความปวดหลังผ่าตัด และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรค ก่อนตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องของรายการข้อมูลกับวัตถุประสงค์ การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง พร้อมทั้งทดลองบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนจำนวน 10 ราย ที่ไม่รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความชัดเจน ความถูกต้อง และความครบถ้วนของแบบบันทึกข้อมูล ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ หรือความถี่และร้อยละ ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล สำหรับสถิติเชิงอนุมานใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามการแจกแจงของข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม นอกจากนี้ อาจใช้ Multivariable Logistic Regression เพื่อควบคุมปัจจัยกวน เช่น อายุและโรคประจำตัว และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโอกาสของผลลัพธ์การรักษา และการเกิดภาวะแทรกซ้อน.

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่หนังสือรับรอง อย. 0033.202.2/023 ลงวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเก็บรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลเฉพาะเพื่อการวิจัย และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 90 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด 45 ราย และการผ่าตัดผ่านกล้อง 45 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิก ก่อนการผ่าตัด พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการผ่าตัด

ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิก	ผ่าตัดแบบเปิด (n=45)	ผ่าตัดผ่านกล้อง (n=45)	p-value
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	64.31 $\pm$ 10.42	62.78 $\pm$ 9.86	0.48
เพศ, n (%)			0.69
ชาย	42 (93.33)	41 (91.11)	
หญิง	3 (6.67)	4 (8.89)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²), Mean $\pm$ SD	23.84 $\pm$ 3.12	24.16 $\pm$ 3.28	0.64
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค, n (%)	31 (68.89)	29 (64.44)	0.65
โรคความดันโลหิตสูง	20 (44.44)	18 (40.00)	0.67
โรคเบาหวาน	8 (17.78)	7 (15.56)	0.78
โรคหัวใจและหลอดเลือด	5 (11.11)	4 (8.89)	0.73
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4 (8.89)	3 (6.67)	0.69
ภาวะต่อมลูกหมากโต	12 (26.67)	11 (24.44)	0.81
ระดับความเสี่ยงก่อนผ่าตัด (ASA), n (%)			0.96
ASA I	8 (17.78)	9 (20.00)	
ASA II	28 (62.22)	27 (60.00)	
ASA III	9 (20.00)	9 (20.00)	
ชนิดของไส้เลื่อน, n (%)			0.91
ชนิดตรง (Direct)	18 (40.00)	20 (44.44)	
ชนิดอ้อม (Indirect)	24 (53.33)	22 (48.89)	
ชนิดผสม (Mixed)	3 (6.67)	3 (6.67)	
ขนาดรอยโรค (เซนติเมตร), Mean $\pm$ SD	3.42 $\pm$ 1.10	3.28 $\pm$ 1.06	0.54

หมายเหตุ: ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจมีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค จึงทำให้ผลรวมร้อยละของโรคประจำตัวแต่ละชนิดอาจมากกว่า 100.00 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผ่าตัดแบบเปิดมีอายุเฉลี่ย 64.31 $\pm$ 10.42 ปี และกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีอายุเฉลี่ย 62.78 $\pm$ 9.86 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และมีระดับความเสี่ยงก่อนผ่าตัดอยู่ใน ASA II โดยไส้เลื่อนชนิดอ้อมพบมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p > 0.05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันและสามารถนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม

เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง พบว่า การผ่าตัดผ่านกล้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดแบบเปิด แต่มีปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระดับความปวดหลังการผ่าตัดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ผ่าตัดแบบเปิด (n=45) Mean $\pm$ SD	ผ่าตัดผ่านกล้อง (n=45) Mean $\pm$ SD	p-value
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	58.64 $\pm$ 11.27	72.31 $\pm$ 13.46	<0.001
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (มิลลิลิตร)	28.47 $\pm$ 12.36	12.62 $\pm$ 7.18	<0.001
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	3.18 $\pm$ 0.86	2.04 $\pm$ 0.71	<0.001
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง	5.42 $\pm$ 1.18	3.87 $\pm$ 1.09	<0.001
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	3.71 $\pm$ 1.06	2.44 $\pm$ 0.89	<0.001
คะแนนความปวด ณ วันจำหน่าย	1.82 $\pm$ 0.78	1.09 $\pm$ 0.67	<0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิด (72.31 $\pm$ 13.46 นาที และ 58.64 $\pm$ 11.27 นาที ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ย ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระดับคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดในช่วง 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และวันจำหน่าย ต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ทุกตัวแปร) แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดผ่านกล้องแม้ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่า แต่ให้ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิด

เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เฝือกขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง พบว่า กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดเกือบทุกด้าน อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดและการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

ภาวะแทรกซ้อน	ผ่าตัดแบบเปิด (n=45) n (%)	ผ่าตัดผ่านกล้อง (n=45) n (%)	p-value
แผลติดเชื้อ (Surgical site infection)	4 (8.89)	1 (2.22)	0.17
เลือดคั่ง (Hematoma)	3 (6.67)	1 (2.22)	0.31
น้ำคั่ง (Seroma)	5 (11.11)	2 (4.44)	0.24
ปัสสาวะคั่ง (Urinary retention)	2 (4.44)	1 (2.22)	0.56
ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	2 (4.44)	1 (2.22)	0.56
การกลับเป็นซ้ำภายในระยะติดตาม	2 (4.44)	1 (2.22)	0.56
เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการ	10 (22.22)	4 (8.89)	0.08

จากตารางที่ 3 Fisher's Exact test หรือ Chi-square test ตามความเหมาะสม กำหนด

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีแนวโน้มเกิด

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดในทุกด้าน โดยเฉพาะภาวะแผลติดเชื้อ เลือดคั่ง และน้ำคั่ง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบ ภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดและการกลับเป็นซ้ำของโรค ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวม พบว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 22.22 ขณะที่กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องพบร้อยละ 8.89 แม้มีแนวโน้มต่ำกว่า แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.08$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบผ่านกล้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดแบบเปิด แต่มีระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Arunnart⁹ และ Haladu และคณะ¹⁰ ที่รายงานว่า การผ่าตัดผ่านกล้องช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้เร็วกว่า แม้ว่าจะใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิด เนื่องจากการผ่าตัดแผลเล็กที่ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและการอักเสบหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีระดับความปวดหลังผ่าตัดในช่วง 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และวันจำหน่ายต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huerta และ Garza¹¹ และ Haladu และคณะ¹⁰ ซึ่งรายงานว่า การผ่าตัดผ่านกล้องช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดและลดโอกาสเกิดอาการปวดเรื้อรังได้ดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิด เนื่องจากการรบกวนเนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณขาหนีบน้อยกว่า

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิด แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Haladu และคณะ¹⁰ และ Worawanthanachai และ Borirukwanit¹² ที่รายงานว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคไม่แตกต่างกันระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดผ่านกล้องมีความปลอดภัยและให้ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ด้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด พร้อมทั้งส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นตัวเร็วและลดอาการปวดหลังผ่าตัด

2. ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการด้านศัลยกรรม การจัดสรรทรัพยากร และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยการออกแบบวิจัยแบบไปข้างหน้า (Prospective study) หรือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized controlled trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและลดอคติจากการศึกษาย้อนหลัง

2. ควรเพิ่มระยะเวลาดิตตามผลและขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว คุณภาพชีวิต และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการรักษาระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนคณะแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกท่านของกลุ่มงานศัลยกรรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการ

รวบรวมข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในทุกขั้นตอนจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเสนา ที่ได้พิจารณาให้ข้อเสนอแนะและอนุมัติการดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำด้านจริยธรรมการวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษาให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ยินยอมให้ใช้ข้อมูลทางการแพทย์เพื่อการ

วิจัย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี จนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบ การพัฒนาคุณภาพบริการด้านศัลยกรรม และเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการศึกษาและการวิจัยในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2569). รายงานข้อมูลอำเภอเสนา: 3 หมอรู้จักคุณ.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2569). โรงพยาบาลเสนา: รายละเอียดหน่วยงานบริการสุขภาพ. รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ.
3. เจตนาพร ศรีทอง. (2568). รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 10(1), 626–633.
4. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
5. โรงพยาบาลเสนา. (2566). รพ.เสนา เพิ่มศักยภาพการผ่าตัดไ้ผ่านกล้อง โดยการเจาะรูส่องกล้องเพียงรูเดียว.
6. โรงพยาบาลเสนา. (2569). แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเสนา พ.ศ. 2566–2570.
7. สิทธิชัย สายสมบูรณ์. (2567). การศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ และการให้ยาตามสลบ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(2), 93–104.
8. อภินักส์ ประจวบ. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลลำปาง. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 21(4), 318–325.
9. Arunnart, M. (2022). Early results of inguinal hernia repair under general anesthesia and a one-day surgery protocol. The Thai Journal of Surgery, 43(4), 155–159.
10. Haladu, N., Alabi, A., Brazzelli, M., Imamura, M., Ahmed, I., Ramsay, G., & Scott, N. W. (2022). Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: An overview of systematic reviews of randomised controlled trials. Surgical Endoscopy, 36, 4685–4700.
11. Huerta, S., & Garza, A. M. (2025). A systematic review of open, laparoscopic, and robotic inguinal hernia repair: Management of inguinal hernias in the 21st century. Journal of Clinical Medicine, 14(3), Article 990.
12. Worawanthanachai, T., & Borirukwanit, K. (2024). Comparison of mesh fixation and non-fixation in totally extraperitoneal hernia repair: A randomized controlled trial. The Thai Journal of Surgery, 45(2), 28–35.