

การศึกษาเปรียบเทียบเทคนิคการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดด้วยตาข่ายสังเคราะห์
แบบตรึงเฉพาะจุด เปรียบเทียบกับผ่าตัดแบบดั้งเดิม

A comparative study of open inguinal hernioplasty techniques between
key-location fixing and standard Lichtenstein repair

ณัฐพงษ์ ยูงศิริกาญจน์ พ.บ., วว. ศัลยกรรมทั่วไป^{1*}

Nattapong Yoongsirikan, M.D., Dip. Thai Board of general surgery^{1*}

¹กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

¹Department of Surgery, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): darksurgs@gmail.com

Received: 10 September 2025 Revised: 29 December 2025 Accepted: 29 December 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดเป็นซ้ำของไส้เลื่อนขาหนีบ และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดเย็บตาข่ายเฉพาะจุดสำคัญ (key point fixation) กับการเย็บตาข่ายสังเคราะห์แบบมาตรฐาน (Lichtenstein)

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาตามรุ่นแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบเปิดและใช้ตาข่ายสังเคราะห์ (mesh) ที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาตั้งแต่ 1 มกราคม 2566-31 ธันวาคม 2567 จำนวน 264 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยเวชระเบียน และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยทั้งหมด 264 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี key point fixation (กลุ่ม A) 46 ราย และแบบ Lichtenstein (กลุ่ม B) 218 ราย โดยมีผู้ป่วยที่สามารถติดตามดูอาการหลังผ่าตัดได้ครบ 6 เดือน 112 ราย (กลุ่ม A=30 ราย, B=82 ราย) พบการเป็นซ้ำกลุ่มละ 1 ราย (อัตราการเป็นซ้ำร้อยละ 3.3 และ 1.2; $p=0.456$) ทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดเรื้อรังกลุ่มละ 1 ราย (ร้อยละ 2.1 และ 0.4; $p=0.319$) โดยระดับความปวดไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่ากลุ่ม A มีอาการบวมรอบแผลมากกว่ากลุ่ม B (ร้อยละ 52.2 และ 11.0; $p<0.001$) ส่วนอาการเลือดคั่ง และอาการชาหลังผ่าตัดไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: เทคนิคการเย็บเฉพาะจุดสามารถทำได้โดยให้ผลลัพธ์การกลับเป็นซ้ำไม่แตกต่างจากการเย็บแบบ Lichtenstein แต่มีอาการบวมบริเวณแผลหลังผ่าตัดมากกว่า เบื้องต้นควรเลือกใช้ในกลุ่มผ่าตัดไส้เลื่อนขนาดเล็กและมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องดีพอเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ, การผ่าตัดเย็บตาข่ายเฉพาะจุดสำคัญ, การผ่าตัดแบบลิคเทินสไตน์

Abstract

Objective: To compare the recurrence rates and postoperative complications of inguinal hernia repair between the key point mesh fixation technique and the standard Lichtenstein repair.

Methods: This retrospective cohort study included 264 patients who underwent open inguinal hernia repair with synthetic mesh at Phaholpolpayuhasena Hospital from January 1, 2023, to December 31, 2024. Data were collected via medical record reviews and telephone interviews.

Results: Of the 264 patients, 46 underwent key point fixation (Group A) and 218 underwent Lichtenstein repair (Group B). Among the 112 patients who completed a 6-month follow-up (Group A = 30; Group B = 82), one case of recurrence was observed in each group (recurrence rates: 3.3% vs. 1.2%, respectively; $p=0.456$). Chronic pain occurred in one patient per group (2.1% vs. 0.4%; $p=0.319$), with pain levels not affecting work performance. Group A had a significantly higher incidence of postoperative swelling than Group B (52.2% vs. 11.0%; $p<0.001$). There were no significant differences in postoperative hematoma and numbness between the two groups.

Conclusion: Key point fixation is a feasible technique with recurrence rates comparable to the standard Lichtenstein repair, though it is associated with a higher incidence of postoperative site swelling. This technique is initially recommended for patients with small hernias and adequate abdominal wall strength to prevent postoperative recurrence.

Keywords: Hernioplasty, Key point fixation, Lichtenstein repair

บทนำ

โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (inguinal hernia) คือภาวะที่ชั้นเนื้อเยื่อผนังช่องท้องบริเวณขาหนีบไม่แข็งแรง หรือมีช่องโหว่ ทำให้อวัยวะภายในเลื่อนออกมาจากช่องท้องบริเวณขาหนีบ ซึ่งอาจเป็นแต่กำเนิดหรือเป็นภายหลัง เกิดเป็นอาการก้อนนูนที่ขาหนีบ โดยก้อนมักนูนออกมาเวลามีแรงดันในช่องท้องสูงขึ้น เช่น เวลาเบ่งถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ไอจาม การยืน เดิน หรือออกแรงทำงานหนัก และมักยุบลงเมื่อนอนราบ เวลามีก้อนออกมาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวด ทำให้ไม่สามารถทำงานที่ใช้แรงงานหรือใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โรคไส้เลื่อนขาหนีบพบอุบัติการณ์ประมาณ 13 ล้านคนต่อปีทั่วโลก⁽¹⁾ คิดเป็นประมาณร้อยละ 1.0-2.0 ของประชากรทุกช่วงอายุ พบมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผนังหน้าท้องอ่อนแอลง กล้ามเนื้อต้องลดลง โดยกลุ่มที่มีภาวะเบ่งหน้าท้องบ่อย ๆ เช่น ไอเรื้อรังจากถุงลมโป่งพอง ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก ใช้แรงงาน ยกของหนัก⁽²⁾ โดยเป็นเพศชายร้อยละ 90.0 และเพศหญิงร้อยละ 10.0⁽³⁾ ในทางศัลยกรรมแบ่งโรคไส้เลื่อน

ขาหนีบเป็น 2 ประเภทหลักคือ direct hernia และ indirect hernia โดยแบ่งจากตำแหน่งกายวิภาคของ inferior epigastric artery โดยในกลุ่มของ indirect hernia บางครั้งเมื่ออวัยวะในช่องท้องออกมาแล้ว กลับเข้าไปไม่ได้ทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อนติดค้าง (obstructed hernia) หากติดค้างอยู่เป็นเวลานานก็อาจเกิด ลำไส้ขาดเลือด (strangulated hernia) เป็นภาวะแทรกซ้อนให้ลำไส้เน่าตายได้⁽⁴⁾

โรคไส้เลื่อนขาหนีบรักษาได้ด้วยการผ่าตัดซ่อมผนังช่องท้อง เพื่อป้องกันไม่ให้อาไส้เลื่อนออกมาอีก เพื่อลดอาการปวดและลดโอกาสเสี่ยงลำไส้อุดตัน เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในปัจจุบัน การผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐบาล โดยส่วนใหญ่ใช้การผ่าตัดแบบเปิดเทคนิคการผ่าตัดที่ทั่วโลกนิยมใช้บ่อยที่สุดเป็นวิธีผ่าตัดด้วยตาข่ายสังเคราะห์เทียมแบบไร้แรงตึง (tension free Lichtenstein technique) ในประเทศไทยใช้เทคนิคนี้ โดยทั่วไปในโรงเรียนแพทย์และในโรงพยาบาลทั่วไปวิธีการผ่าตัดตามแบบ Lichtenstein ที่นิยมในไทยเป็นการเย็บตาข่ายสังเคราะห์ (mesh) กับ inguinal ligament แบบ continuous suture ตลอดแนว และ simple suture กับ conjoint tendon โดยไม่ให้มีแรงตึงของเนื้อเยื่อ และใช้เวลาให้ร่างกายสร้างพังผืดมายึดบริเวณตาข่ายที่วางไว้⁽⁵⁾ ข้อดีของเทคนิคการผ่าตัดนี้คือสามารถครอบคลุมปัญหาของไส้เลื่อนได้ทั้งแบบ direct inguinal hernia, indirect inguinal hernia และ femoral hernia อีกทั้งยังให้ผลอัตราการเป็นซ้ำหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ต่ำที่ร้อยละ 1.0-5.0⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดแบบ Lichtenstein พบภาวะการปวดบริเวณขาหนีบหลังผ่าตัดเรื้อรังได้บ่อยที่ร้อยละ 7.0-62.9⁽⁷⁾ และมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การมีเลือดคั่ง อาการชาบริเวณแผลผ่าตัดจากการบาดเจ็บหรือการรั้งของเส้นประสาท Ilioinguinal หรือ Iliohypogastric nerve ทำให้มีปัญหาอาการปวดตึงขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยจากงานวิจัยพบว่า ในกลุ่ม Lichtenstein มีอาการปวดตึงขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12.5 หลังผ่าตัด 1 ปี⁽⁸⁾ ผู้ป่วยบางคนรู้สึกถึงการมีวัสดุแปลกปลอมในร่างกายหลังการใส่ mesh graft พบว่าร้อยละ 30.4 ของผู้ป่วยที่ใช้ heavy weight mesh มีอาการรู้สึกถึงการมีวัสดุแปลกปลอมในบริเวณขาหนีบหลังการผ่าตัด 120 วัน ในขณะที่กลุ่มที่ใช้ light weight mesh มีอัตรา ร้อยละ 4.2⁽⁹⁾ จึงได้มีการปรับวิธีการผ่าตัด modified technique ต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาเหล่านี้ หลักแนวทางสากลของ Hernia Surge Group และ European Hernia Society (EHS) ซึ่งเน้นย้ำการวางแผนการรักษาแบบเฉพาะบุคคล โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ทรัพยากรที่มีอยู่ และระดับความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์

ในปัจจุบัน การผ่าตัดไส้เลื่อนในประเทศไทยนิยมผ่าตัดแบบใช้ยาชาเฉพาะที่และผ่าตัดวันเดียวกลับมากขึ้น⁽¹⁰⁻¹³⁾ เนื่องจากประหยัดค่าใช้จ่ายและไม่ต้องให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ปลอดภัยจากการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังและการดมยาสลบ ซึ่งการผ่าตัด Lichtenstein แบบเดิมในผู้ป่วยบางคน อาจมีความยากลำบากในการผ่าตัดที่ต้องดึงรั้งทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดขณะผ่าตัดมากขึ้น หากไม่สามารถใช้การฉีดยาชาประสบความสำเร็จ แม้จะมีการให้ยาแก้ปวดทางเส้นเลือด (intravenous sedation) ช่วยแล้วก็ตาม^(12,13) โดยจากข้อมูลจากหน่วยงานในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนประมาณ 180 รายต่อปี

มีงานวิจัยหนึ่งกล่าวถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดแบบ Lichtenstein ให้ง่ายขึ้น โดยใช้การเย็บ mesh เฉพาะบางจุดสำคัญ (key point) แค่ 3 จุด และได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับการผ่าตัดแบบดั้งเดิม โดยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน⁽¹⁴⁾ ผู้นิพนธ์จึงคิดศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ระหว่างการผ่าตัดแบบ Lichtenstein แบบเดิมและการผ่าตัดโดยการเย็บ mesh เพียงบางจุดสำคัญ โดยศึกษา ติดตามให้นานขึ้น โดยคาดหวังผล คือการผ่าตัดได้ง่ายกว่าและใช้เวลาเร็วกว่าลดการปวดขณะผ่าตัด โดยได้ประสิทธิภาพใกล้เคียงมาตรฐานและหวังผลภาวะแทรกซ้อนที่น้อยกว่า

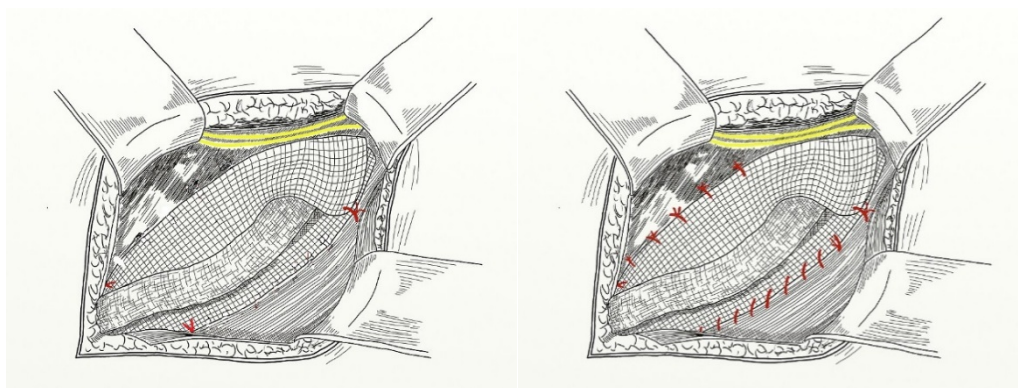
วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการผ่าตัดเย็บตาข่ายเฉพาะจุดสำคัญ (key point fixation) และการเย็บตาข่ายสังเคราะห์แบบมาตรฐาน (Lichtenstein) ในด้านอัตราการเป็นซ้ำหลังผ่าตัด (recurrence rate) และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฝ้าติดตามอาการในระยะเวลา 6 เดือน

นิยามตัวแปร

Key point fixation technique เป็นเทคนิคการผ่าตัดดัดแปลงสำหรับในวิจัยนี้ โดยจะเย็บ mesh 3-4 จุดที่ lacunar ligament ที่ด้านข้างต่อ pubic symphysis, lateral rectus sheath เพื่อให้ครอบคลุม medial wall และ lateral to deep inguinal ring ด้วย crossing mesh leg โดยจะเย็บรวบส่วน muscle และ lacunar ligament กรณีพบว่าผนังท้องส่วน medial หย่อนมากจะมีการเย็บเสริมอีก 1-2 stitches ที่ internal oblique aponeurosis เพื่อเสริมความแข็งแรง ลดโอกาสการเป็น direct hernia ซ้ำ

Lichtenstein technique เป็นเทคนิคการผ่าตัดไส้เลื่อนมาตรฐานในปัจจุบันโดยการเย็บ fix mesh จะเย็บแบบ continuous ที่ internal ligament และ เย็บ interrupt suture ที่ internal oblique muscle/aponeurosis > 4 จุด



Key point fixation technique

Lichtenstein technique

ภาพที่ 1 เทคนิคการผ่าตัดไส้เลื่อน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาตามรุ่น แบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)

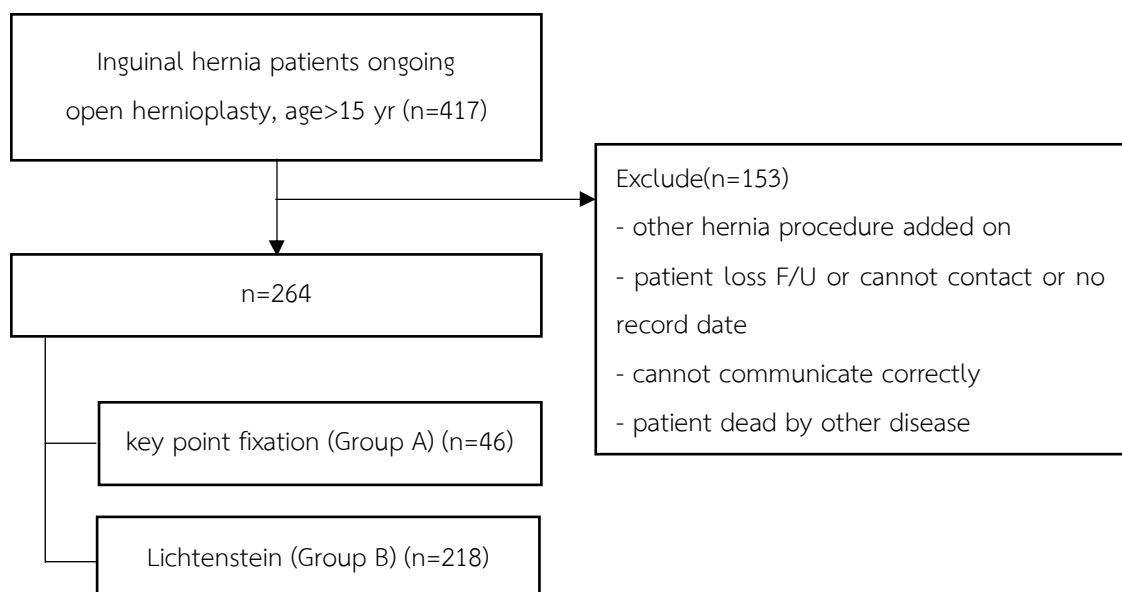
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยหลัก (primary diagnosis) เป็นไส้เลื่อนขาหนีบ (ICD-10 K400-K409) เพื่อทำการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัด hernia repair จากเวชระเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566–ธันวาคม 2567 โดยแยกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ key point fixation 2) กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Lichtenstein

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดสัดส่วนการเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrent rate) กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 0.01 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 0.10 (เนื่องจากเป็นวิธีที่มีงานวิจัยก่อนหน้านี้ และม้งงานวิจัยว่าอัตราการเป็นซ้ำของ open hernia repair อยู่ที่ร้อยละ 1.0-15.0^(15,16) จึงประมาณว่าการกลับเป็นซ้ำของเทคนิคนี้ไม่ควรถึงร้อยละ 10.0 กำหนดระดับนัยสำคัญ (α)=0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power)=0.80 ได้เท่ากับ 97 ราย และเพื่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ร้อยละ 10 ขนาดตัวอย่างจึงเท่ากับ 107 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการรักษาเพื่อการผ่าตัดแบบเปิด ทั้งแบบ elective และ emergency 2) ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 15 ปี

เกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เช่น บันทึกรายละเอียดการผ่าตัดไม่ครบ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่าตัดด้วยวิธีอื่นนอกจาก 2 วิธีข้างต้น 3) ผู้ป่วยขาดการติดตามหรือไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ชาวต่างชาติที่พูดภาษาไทยไม่ได้ 4) ผู้ป่วยเสียชีวิต (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แผนผังการคัดเข้าและคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระหว่างการผ่าตัด (intraoperative data) ได้แก่ ประเภทไส้เลื่อนขาหนีบ ประเภทการผ่าตัด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อท้อง วิธีการผ่าตัด วันที่ผ่าตัด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลหลังการผ่าตัด (post operative data) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน อาการปวดที่ 2 สัปดาห์, 1, 3, 6 เดือน เลือดคั่ง อาการชา ถู้งน้ำ และการเป็นซ้ำของไส้เลื่อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลที่เข้ารับการผ่าตัดตั้งแต่เดือนมกราคม 2566–ธันวาคม 2567 และสอบถามภาวะแทรกซ้อนและการเป็นซ้ำทางโทรศัพท์ กรณีผู้ป่วยไม่มาติดตามอาการที่โรงพยาบาลต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และเปรียบเทียบด้วยการทดสอบแมนน์-วิทนียู (Mann-Whitney U test) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

อัตราการเป็นซ้ำหลังผ่าตัดเปรียบเทียบด้วยการทดสอบของฟิชเชอร์ โดยตัวแปรข้อมูลนี้จะนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติติดตามครบ 6 เดือน

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ วิเคราะห์ด้วย จำนวน ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลขที่ 2024-33 (วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2567)

ผลการศึกษา

ข้อมูลของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบทั้งหมด

ผู้ป่วยรวมทั้งหมด 264 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ key point fixation (กลุ่ม A) จำนวน 46 ราย และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Lichtenstein (กลุ่ม B) จำนวน 218 ราย ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่ม A มีอายุเฉลี่ย 57.2 ปี ส่วนกลุ่ม B อายุเฉลี่ย 60.7 ปี อายุมัธยฐานกลุ่ม A ที่ 62 ปี และกลุ่ม B ที่ 62.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (กลุ่ม A ร้อยละ 96.6 และ กลุ่ม B ร้อยละ 97.6) การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแบบไม่รีบด่วน (elective surgery) (กลุ่ม A ร้อยละ 86.2 และ กลุ่ม B ร้อยละ 86.6) ไส้เลื่อนส่วนใหญ่เป็นชนิด indirect inguinal hernia (กลุ่ม A ร้อยละ 79.3 และ กลุ่ม B ร้อยละ 74.4) (ตารางที่ 1)

ข้อมูลของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่สามารถติดตามอาการได้ครบ 6 เดือน

ผู้ป่วยที่มีการติดตามครบ 6 เดือน จำนวน 112 ราย แบ่งเป็น กลุ่ม A จำนวน 30 ราย และ กลุ่ม B จำนวน 82 ราย อายุมัธยฐานเท่ากับ 60.5 และ 64.0 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแบบไม่รีบด่วน (elective surgery) และไส้เลื่อนส่วนใหญ่เป็นชนิด indirect inguinal hernia โดยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบทั้งหมด (n=264) และผู้ป่วยที่มีการติดตามครบ 6 เดือน (n=112)

Table 1. Characteristics of All Inguinal Hernia Patients (n=264) and Patients with Complete 6-Month Follow-up (n=112)

Characteristic	Key point fixation technique	Lichtenstein technique (n=218)	p-value
All patients	(n=46)	(n=218)	
Age (years), range	16-80	16-96	
Median	62	62.5	0.426
Mean	57.2	60.7	
Male, n (%)	44 (96.6)	213 (97.7)	0.352
Elective case, n (%)	40 (86.9)	189 (86.6)	0.999
Type, n (%)			
Direct	8 (20.7)	38 (25.6)	0.512
Indirect	39 (79.3)	179 (74.4)	
Patients with > 6 months of follow-up	(n=30)	(n=82)	
Age (years), range	16-75	29-96	0.081
Median (years)	60.5	64.0	
Male, n (%)	29 (96.7)	80 (97.6)	0.999
Elective case, n (%)	25 (83.3)	71 (86.6)	0.896
Type, n (%)			
Direct	6 (20.0)	13 (15.9)	0.854
Indirect	24 (80.0)	69 (81.4)	

อัตราการเป็นซ้ำ (recurrent rate)

ในผู้ป่วยที่มีการติดตามครบ 6 เดือน พบการกลับเป็นซ้ำในกลุ่ม A และ B กลุ่มละ 1 ราย คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 3.3 และ 1.2 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.456$) ทั้งสองราย

ที่มีอาการไส้เลื่อนกลับเป็นซ้ำมีลักษณะคล้ายกัน คือ การผ่าตัดด้านซ้าย เป็นแบบ elective case และมี weak floor strength โดยผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนใหม่อีกครั้ง

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

อาการบวม (wound edema) พบว่า กลุ่ม A มีอาการบวมมากกว่ากลุ่ม B อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 52.2 และ 11.0; $p < 0.001$) โดยในกลุ่ม A พบอาการบวมที่แผลหลังผ่าตัด 1-2 สัปดาห์ ซึ่งไม่ได้ส่งผลมากต่อผู้ป่วยและอาการหายไปเองใน 3 เดือน ส่วนกลุ่ม B ข้อมูลในเวชระเบียนส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้เรื่องการบวมของแผลไว้

อาการเลือดคั่งใต้แผล (subcutaneous hematoma) พบว่ากลุ่ม A มีอาการเลือดคั่งหลังผ่าตัดใกล้เคียงกับกลุ่ม B (ร้อยละ 6.5 และ 3.2; $p = 0.555$) โดยทั้ง 2 กลุ่ม มีเลือดคั่งขนาดเล็กผู้ป่วยไม่ได้รับการนอนโรงพยาบาล (admit) หรือผ่าตัดเพิ่ม และ hematoma หายไปเองที่ 3 เดือนหลังผ่าตัด

อาการชา (numbness) พบว่า กลุ่ม A มีอาการชาใกล้เคียงกับกลุ่ม B (ร้อยละ 4.3 และ 0.5; $p = 0.142$) โดยอาการชาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอาการชารอบแผลผ่าตัด โดยมีอาการที่ 1-2 สัปดาห์หลังผ่าตัด และอาการหายไปเองที่ 3 เดือน ไม่ได้ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

กลุ่ม A มีอาการปวดขณะเคลื่อนไหว (pain on activity > 0) ใกล้เคียงกับกลุ่ม B (ร้อยละ 30.4 และ 36.7; $p = 0.499$) โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีอาการเจ็บขณะพัก (pain at rest score = 0) ในผู้ป่วยที่สามารถติดตามอาการหลังผ่าตัด 6 เดือน พบอาการเจ็บขณะเคลื่อนไหวกลุ่ม A และ B กลุ่มละ 1 ราย (ร้อยละ 2.1 และ 0.4; $p = 0.319$) โดยอาการปวดไม่ส่งผลต่อการทำงานสำหรับผู้ป่วยที่มีการปวดหลัง 6 เดือน ได้ติดตามสอบถามอาการทางโทรศัพท์ถึงเวลาหลังผ่าตัด 1 ปี พบว่าอาการปวดเจ็บเล็กน้อยเพียงครั้งคราว ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือการทำงาน

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การกลับเป็นซ้ำ (n=112) และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังผ่าตัด (n=264)

Table 2. Postoperative Recurrence (n=112) and Other Complications (n=264) Outcomes

Outcome	Key fixation technique	Lichtenstein technique	p-value
Recurrent rate, n (%)	(n=30)	(n=82)	0.456
	1 (3.3)	1 (1.2)	
Complications, n (%)	(n=46)	(n=218)	
Wound edema	24 (52.2)	24 (11.0)	< 0.001
Hematoma	3 (6.5)	7 (3.2)	0.555
Numbness	2 (4.3)	1 (0.5)	0.142
Early pain (<1 month)	14 (30.4)	80 (36.7)	0.499
Chronic pain (>6 months)	1 (2.1)	1 (0.4)	0.319

(ผู้วิจัยบันทึกว่าหากมีอาการบวมแผลเพียงเล็กน้อยให้ถือว่าเป็นภาวะบวม) ซึ่งในผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รู้สึกถึงการบวมที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันและการบวมนั้นหายไปเอง

ในงานวิจัยของ Kamani et al.⁽²¹⁾ ใช้หลักการลดการ aggressive dissection, use smaller mesh และการใช้ fixed mesh เท่าที่จำเป็น ได้ผลลัพธ์การเป็นซ้ำที่ร้อยละ 1.5 ซึ่งไม่ต่างจากของผู้วิจัยมากนัก โดยมีแนวคิดคล้ายกันคือ การเย็บ mesh ให้น้อยลงแต่ได้ผลลัพธ์เท่าเดิม

ข้อจำกัดงานวิจัย

ในการวิจัยนี้ พบอัตราการปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบ Lichtenstein น้อยกว่างานวิจัยในอดีต อาจเนื่องจากการใช้ light weight mesh หรือการระบุข้อมูลไม่ชัดเจนได้จุดแข็งของการศึกษานี้คือการเก็บข้อมูลย้อนหลังที่ครอบคลุมหลายช่วงเวลา และสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างเทคนิคใหม่และมาตรฐานได้อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่ม A ที่น้อยกว่าความครบถ้วนของข้อมูลและการประเมินอาการเจ็บอาจมีอคติได้ โดยส่วนใหญ่การติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้เลื่อน แพทย์ส่วนใหญ่ตรวจติดตาม 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดแล้วไม่ได้นัดตรวจติดตามผู้ป่วยหรือผู้ป่วยไม่ยอมมาตรวจตามนัดทำให้ข้อมูลหายไป ทางผู้วิจัยใช้วิธีโทรศัพท์ถามติดตามอาการเพื่อให้มีความร่วมมือในการติดตามข้อมูลกลับมาได้บางส่วน ในการติดตามผู้ป่วยไปเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยหายไ้มากกว่าครึ่งหนึ่งซึ่งอาจส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลหากศึกษาไปในระยะยาวได้ และเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังทำให้ในแต่ละการผ่าตัดอาจมีหลายปัจจัยในการเตรียมตัวและจัดการระหว่างผ่าตัดจึงไม่ได้เก็บข้อมูลด้านเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดหรืออาการปวดขณะผ่าตัดมาร่วมประเมินในงานวิจัยนี้ คะแนนความปวดหลายส่วนไม่ได้ลงบันทึกเป็น visual analogue score ชัดเจนจึงไม่สามารถเปรียบเทียบความรุนแรงของการปวดแต่ละวิธีได้

สรุปผล

การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธี key point fixation มีผลลัพธ์ด้านการกลับเป็นซ้ำของไส้เลื่อนเทียบเท่ากับเทคนิค Lichtenstein และมีภาวะแทรกซ้อนที่ยอมรับได้ ไม่มีผลอาการปวดเรื้อรังในระยะยาวจึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบเปิด โดยควรมีการศึกษาในอนาคตที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้นและติดตามผลในระยะยาวเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หากศัลยแพทย์ที่ต้องการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ และต้องการผ่าตัดให้เร็วขึ้น สามารถเลือกใช้การเย็บแผลที่ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่มีการฉีดยาชาเฉพาะที่แล้วยังมีอาการปวดอยู่บ้างและไม่ต้องการใช้ดมยาสลบ โดยผู้วิจัยแนะนำในกลุ่มที่กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงและความเสี่ยงในการเป็นซ้ำต่ำได้ หรือเลือกการผ่าตัดแบบดั้งเดิม เนื่องจากยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นแบบย้อนหลังทำให้มีข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนบางส่วนที่เปรียบเทียบกันไม่ได้ ไม่ชัด และจำนวนผู้ป่วยที่จำกัด อาจต้องมีการทำวิจัยแบบไปข้างหน้า เก็บข้อมูลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น และการติดตามอาการที่นานขึ้นเพื่อศึกษาผลระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Qiuyue M, Wenzhan J, Xiaoli L, Jue L, Min L, Jie C. The global, regional, and national burden and its trends of inguinal, femoral, and abdominal hernia from 1990 to 2019: findings from the 2019 Global Burden of Disease Study – a cross-sectional study. *International Journal of Surgery*. 2023;109(3):333-42.
2. Kibret AA, Tekle SY, H/Mariam MM, Worede AG, Dessie MA. Prevalence and associated factors of external hernia among adult patients visiting the surgical outpatient department at the University of Gondar Comprehensive Specialised Hospital, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e056488.
3. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, Pedersen C, Rosenberg J. Nationwide prevalence of groin hernia repair. *PLoS One*. 2013;8(1):e54367.
4. Hammoud M, Gerken J. Inguinal Hernia [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513332/>
5. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension-free hernioplasty. *Am J Surg*. 1989 Feb;157(2):188-93.
6. Eklund A, Montgomery A, Rasmussen IC, Sandbue R, Bergkvist L, Rudberg C. Low recurrence rate after laparoscopic (TEP) and open (Lichtenstein) inguinal hernia repair: a randomized, multicenter trial with 5-year follow-up. *Ann Surg*. 2009;249(1):33–8.
7. Brygel M, Bonato LJ, Farah SS. Chronic Pain Review Following Lichtenstein Hernia Repair: A Personal Series. *Surgical Science*. 2012;3(9):430–5.
8. Gutlic A, Rogmark P, Gutlic N, Petersson U, Montgomery A. Pain with sexual activity at 1 and 3 years: Comparing total extra peritoneal with Lichtenstein inguinal hernia repair in a randomized setting (TEPLICH trial). *Surgery*. 2022;172(5):1463–70.
9. Choi YY, Kim JH, Kim YJ. Comparison of partially-absorbable lightweight mesh with heavyweight mesh in open inguinal hernia repair: a prospective randomized study. *Ann Surg Treat Res*. 2017;93(6):322–29.

10. วรากร คำน้อย. การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลพัฒนานิคม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):429-34.
11. พิชัย พงศ์มันัฒ. ประสบการณ์การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ 1,000 รายแรก. วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป ประเทศไทย. 2553;6(12):16-22.
12. ลลิตา ราชวงศ. การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลมุกดาหาร. สรรพสิทธิเวชสาร. 2563;41(3):93-9.
13. เอกชัย ผดุงภักดีวงศ์. ผลลัพธ์ขั้นต้นของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2561;62(4):299–304.
14. Sharma PK, Khandelwal M, Pipal DK, Singh Y, Kothari S, Verma V, et al. A prospective comparative study of 3-stitch mesh hernioplasty with conventional Lichtenstein repair. J West Afr Coll Surg. 2023;13(4):67–72.
15. Lee CS, Kim JH, Choi BJ, Lee JI, Lee SC, Lee YS, Oh ST, Kim HJ. Retrospective study on prevalence of recurrent inguinal hernia: a large-scale multi-institutional study. Ann Surg Treat Res. 2020;98(1):51-5.
16. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons R Jr, Dunlop D, Gibbs J, Reda D, et al. Open Mesh versus Laparoscopic Mesh Repair of Inguinal Hernia. N Eng J Med. 2004;350(18):1819-27.
17. Fortelny RH, Petter-Puchner AH, Glaser KS, Redl H. Use offibrin sealant (Tisseel/Tissucol) in hernia repair: A systematic review. Surg Endosc. 2012;26(7):1803-12.
18. Jaiswal LC, Chaudhry BR, Agrawal MA. Chronic groin pain following Lichtenstein mesh hernioplasty for inguinal hernia. Is it a myth?. Indian J Surg. 2009;71(2):84-8.
19. Langer C, Forster H, Konietschke F, Raab BW, Schaper A, Brunner E, Becker H. Netzschrumpfung in der Hernienchirurgie: Ergebnisse einer klinischen, prospektiv-randomisierten Doppel blind studie [Mesh shrinkage in hernia surgery: data from a prospective randomized double-blinded clinical study]. Chirurg. 2010;81(8):735-42,744-5.
20. Lv Y, Yang B, Hao G, Wang Y. Mesh Fixation Versus Nonfixation in Laparoscopic Inguinal Hernia Repair: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am Surg. 2024;90(1):111-21.
21. Kamani F, Ghorbani H, Mahmoudabadi FD, Chavoshinejad M, Hakiminezhad M, Zareifar N, et al. Modified Lichtenstein hernioplasty with concomitant tissue repair: a retrospective study on postoperative chronic pain. BMC Surg. 2024;24:222.