

ภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมจากท่อล้างไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยวิธีทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องถาวรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ (พ.บ.) ภาคภูมิ บำรุงราชภักดี (พ.บ.) สมชาย ยงศิริ (พ.บ.) สันติชัย ดินชูไท (พ.บ.) และตระการ ไชยวานิช (พ.บ.)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

บทคัดย่อ

ความเป็นมา ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกไตในประเทศไทยนั้นประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการล้างไตทางหน้าท้องซึ่งต้องอาศัยการผ่าตัดใส่ท่อล้างไตทางหน้าท้องถาวร ซึ่งการฟอกไตวิธีนี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง ท่อล้างไตทำงานผิดปกติ และโรคไตเสื่อมเป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยการผ่าตัดแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางคลินิก และปัจจัยที่มีผลในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่ต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อล้างไตทางหน้าท้องถาวรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

วัสดุและวิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อล้างไตทางหน้าท้องถาวรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 เก็บข้อมูล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูงโรคประจำตัว การใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด เทคนิคและตำแหน่งการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ท่อล้างไตช่องท้องถาวรหลังผ่าตัด ปริมาณน้ำที่ใส่ในช่องท้องระหว่างการล้างไตทางหน้าท้อง และภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่พบ มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม

ผลการศึกษา มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 156 ราย อายุเฉลี่ย 59.5 ปี (19-89 ปี) ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.3 อยู่ในช่วงอายุ 40 ถึง 60 ปี ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 64.7) มีการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดพบร้อยละ 12.8 มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 12.8 เทคนิคการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องได้สะดวก (ร้อยละ 79.5) ใช้เวลาการผ่าตัดส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 95.5 การใช้ล้างไตผ่านทางช่องท้องครั้งแรกส่วนใหญ่ใช้หลังจากครบ 7 วันขึ้นไปหลังผ่าตัด (ร้อยละ 97.4) และปริมาณของน้ำยาล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่อยู่ที่ 1.5 ลิตร ร้อยละ 58.9 พบภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมทั้งสิ้น 78 ราย (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ (ร้อยละ 29.5) (1 ครั้งต่อ 28.8 เดือนของผู้ป่วย) การทำงานผิดปกติของท่อล้างไตร้อยละ 14.1 โรคไตเสื่อมร้อยละ 4.5 พบตัวแปรที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อคือโรคเบาหวาน odds ratio = 2.78 (95% CI 1.068 - 7.224), $p = 0.036$ ตัวแปรที่สัมพันธ์กับโรคไตเสื่อมคือโรคเบาหวาน odds ratio = 11.08 (95% CI 2.273 - 54.040), $p = 0.003$ เพศหญิง odds ratio = 10.42 (95% CI 0.584-185.913), $p = 0.111$ ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ถึง 40 กก./ม.² odds ratio = 11.75 (95% CI 1.786 - 77.297), $p = 0.010$ ดัชนีมวลกายมากกว่า 40 กก./ม.² odds ratio = 17.63 (95% CI 1.312 - 236.844), $p = 0.030$ และการเริ่มใช้ท่อล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 7 วันหลังผ่าตัด odds ratio = 29.40 (95% CI 3.414 - 253.191), $p = 0.002$

สรุป ภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตผ่านทางช่องท้อง พบภาวะติดเชื้อ การทำงานของท่อล้างไตผิดปกติและโรคไส้เลื่อนเป็น 3 อันดับแรก que พบ โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ต้องการการผ่าตัดเอาท่อล้างไตทางหน้าท้องออกในการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไส้เลื่อนที่ต้องการการผ่าตัดซ่อมแซมผนังหน้าท้อง เพศหญิง ดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 29.9 กก./ม.² และการเริ่มใช้ท่อล้างไตทางหน้าท้องที่น้อยกว่า 7 วันหลังผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไส้เลื่อนที่ต้องการการผ่าตัดซ่อมแซมผนังหน้าท้อง

คำสำคัญ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ล้างไตทางช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้อง

นิพนธ์ที่รับผิดชอบ ปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ
สาขาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย
E-mail: pupat054@gmail.com

วันที่รับบทความ : 9 ตุลาคม 2561

วันที่ตอบรับบทความ : 2 กุมภาพันธ์ 2562

Surgical complications with Tenckhoff catheters used in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) for patients with End Stage Renal Disease (ESRD) at Burapha University Hospital in Chonburi, Thailand

Pongtrip Unprasert (M.D.), Pakpume Bumrungrachpukdee (M.D.), Somchai Yongsiri (M.D.), Suntichai Dinchuthai (M.D.) and Trakarn Chaivanit (M.D.)

Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

Background Half of all end stage renal disease patients in Thailand undergo continuous ambulatory peritoneal dialysis. They need surgical intervention for the placement of a permanent catheter. This type of renal replacement therapy carries with it many surgical complications, including peritonitis, catheter malfunction and hernia – all of which require surgical treatment.

Objective To analyze the clinical characteristics and factors associated with the above mentioned surgical complications, as a result of the needed peritoneal catheter placement in patients with end stage renal disease, and who have undergone continuous ambulatory peritoneal dialysis at Burapha University Hospital.

Materials and Methods Data from the medical records of patients with end stage renal disease who underwent peritoneal catheter placement at Burapha University Hospital (between August 1st, 2010, to July 31, 2016), was analysed to find the factor or factors that influenced the surgical complication. This data included sex, age, body weight, height, underlying disease, use of anticoagulants or antiplatelet drugs, surgical technique, operating time, onset of first peritoneal dialysis after catheter placement, volume of dialysate as well as the surgical complication itself.

Results One hundred and fifty six patients were recruited, with a mean age of 59.5 years (19-89 years), of which 58.3% fell between 40 to 60 years old. The majority of the patients presented a normal body mass index (64.7%). 12.8% were using anticoagulants or antiplatelets. Additionally, 12.8% of the patients had diabetes mellitus. For the catheter placement, 79.5% were below the umbilical incision, and most had an operating time under 1 hour (95.5%). The first peritoneal dialysis was given mostly more than 7 days after surgery (97.4%), with a dialysate volume mostly 1.5 litres (58.9%). Of the 156 patients, 50% presented surgical complications (78 patients), with the highest incidence being infection (29.5%) (28.8 patient-month), while catheter malfunctions were at 14.1%, and hernias at 4.5%. Factors associated with infection included diabetes mellitus: odds ratio = 2.78 (95% CI 1.068 - 7.224), $p = 0.036$. Factors associated with hernia also included diabetes mellitus: odds ratio = 11.08 (95% CI 2.273 - 54.040), $p = 0.003$,

female: odds ratio = 10.42 (95% CI 0.584 - 185.913), $p = 0.111$, body mass index 30 to 40 kg/m²: odds ratio = 11.75 (95% CI 1.786 - 77.297), $p = 0.010$, body mass index more than 40 kg/m²: odds ratio = 17.63 (95% CI 1.312 - 236.844), $p = 0.030$, with the first peritoneal dialysis administered less than 7 days after surgery: odds ratio = 29.40 (95% CI 3.414 - 253.191), $p = 0.0021$.

Conclusion The three main surgical complications of patients with end stage renal disease, who were also using continuous ambulatory peritoneal dialysis, were infection, catheter malfunction and hernia. Patients with diabetes mellitus were at an increased risk of infection, given the need for surgical removal of the catheter and an increased risk of hernia requiring surgical repair. The female sex, body mass index 29.9 kg/m² and above and administering the first peritoneal dialysis earlier than 7 days after surgery increased this risk of hernia in peritoneal dialysis patient.

Keywords End stage renal disease, ESRD, Peritoneal dialysis, Peritoneal dialysis complication

Corresponding author Pongtrip Unprasert
Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Burapha University, Chonburi, Thailand
E-mail: pupat054@gmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหากได้รับการรักษาโดยวิธีทดแทนไตจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาจะมีแนวทางการรักษาทดแทนไตมี 2 ทางเลือกหลักคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีข้อจำกัดในเรื่องวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้และมีค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดแต่ละครั้งที่สูง ผู้ป่วยบางส่วนจึงเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องถาวร ซึ่งวิธีนี้ต้องทำการฝังท่อล้างไตถาวรเข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วย วิธีการล้างไตวิธีนี้สามารถทำได้ที่บ้านหรือที่ทำงานและทำได้ทุกวัน มีการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต 4-5 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยสามารถเลือกเวลาทำเองได้โดยผู้ป่วยเองหรือมีผู้ช่วยในการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในประเทศไทยจากข้อมูลในปีพ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ 27,000 ราย พบว่าใช้การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเกือบ 14,000 ราย¹ แต่การล้างไตทางช่องท้องนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น ติดเชื้อในช่องท้องหรือที่ท่อล้างไตช่องท้องถาวร ภาวะไส้เลื่อนเป็นต้น หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้ไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ก็อาจทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วย เช่น ต้องแทงสายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราวหรือมีการติดเชื้อรุนแรงในช่องท้องหรือในกระแสเลือดได้ อาจต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนท่อล้างไตช่องท้องถาวรได้ หากการติดเชื้อรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งในปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่เคยมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตผ่านทางท่อล้างไตช่องท้องถาวร

ดังนั้นผู้เขียนจึงทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมของท่อล้างไตช่องท้องถาวรของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการทดแทนไตด้วยวิธีฝังท่อล้างไตช่องท้องถาวร เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีฝังท่อล้างไตช่องท้องถาวรต่อไป โดยวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้เพื่อทราบภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมจากการใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวรในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดฝังท่อล้างไตช่องท้องถาวรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ระยะเวลา 6 ปี โดยเก็บข้อมูล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูงโรคประจำตัว การใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด เทคนิคและตำแหน่งการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาที่เริ่มใช้ท่อล้างไตช่องท้องถาวรหลังผ่าตัด ปริมาณน้ำที่ใส่ในช่องท้องระหว่างการล้างไตทางหน้าท้อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบระหว่างใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวร และระยะเวลาที่สามารถใช้ท่อล้างไตช่องท้องถาวรนับตั้งแต่ผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมจากการใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวรของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่พบได้คือการติดเชื้อของท่อล้างไตช่องท้องถาวร มีภาวะไส้เลื่อนท่อล้างไตช่องท้องถาวรไม่ทำงาน มีการอุดตัน หรือ

มีการรั่วซึมและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ การติดเชื้อที่ต้องได้รับการผ่าตัดเอาท่อล้างไตทางหน้าท้องออกจะต้องได้รับการการวินิจฉัยภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตผ่านทางหน้าท้องจะต้องมีลักษณะทางคลินิก 2 ใน 3 ข้อดังนี้ 1. มีอาการและอาการแสดงของการอักเสบของเยื่อช่องท้อง 2. น้ำยาล้างไตซุ่นโดยมีเซลล์เม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 เซลล์ต่อไมโครลิตร (หลังจากใส่น้ำยาล้างไตในช่องท้องทิ้งไว้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง) และเป็น polymorphonuclear neutrophils (PMN) กว่าร้อยละ 50 และ 3. ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียจากการเพาะเชื้อ^{2,3}

โรคไส้เลื่อนจะวินิจฉัยโดยอาการของคนไข้มาด้วยมีก้อนยื่นหรือโป่งพองที่บริเวณแผลผ่าตัดใส่ท่อล้างไตทางช่องท้องถาวร หรือที่หน้าท้องตำแหน่งอื่น โดยสามารถคลำอวัยวะในช่องท้อง (ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ หรือเยื่ออเมนตัม) ที่ยื่นออกมาจากหน้าท้องอาจดันกลับเข้าไปในช่องท้องได้หรือไม่ก็ได้ อาจใช้การอัลตราซาวด์ในการช่วยวินิจฉัยโรคไส้เลื่อนได้ โดยโรคไส้เลื่อนถ้ามีการขาดเลือดหรือมีการยื่นออกมาจนกดทับทางเดินอาหารก็อาจทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันหรือลำไส้ขาดเลือดได้ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต เมื่อพบโรคไส้เลื่อนหลังจากการใส่ท่อล้างไตทางช่องท้องถาวร ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมภาวะนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นได้

การทำงานผิดปกติของท่อล้างไตทางช่องท้องถาวร วินิจฉัยได้โดยมีความผิดปกติในการใช้ท่อล้างไตทางหน้าท้อง เช่น ไม่สามารถใส่น้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง หรือไม่สามารถระบายน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องออกมาจากในช่องท้องได้ หรือขณะทำการล้างไตทางหน้าท้องมีการรั่วซึมของน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง บริเวณหรือรอบ ๆ ท่อล้างไตทางหน้าท้อง ภาวะเหล่านี้มักจะต้องอาศัยการผ่าตัดในการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่การ

ผ่าตัดจะสามารถแก้ไขความผิดปกติของการทำงานของท่อล้างไตทางช่องท้องเหล่านี้ได้

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น เลือดออกจากแผลผ่าตัด ถ้าไม่สามารถห้ามเลือดได้อาจต้องเข้าไปผ่าตัดซ้ำเพื่อห้ามเลือด การผ่าตัดอาจกระทบกระเทือนโดยตรงหรืออวัยวะถูกท่อล้างไตที่ม้วนงอขณะใส่ท่อ ทำให้อวัยวะภายในช่องท้องอาจเกิดการบาดเจ็บได้ เช่น ตับแตก ลำไส้ทะลุ หรือมีการฉีกขาดของหลอดเลือดของอวัยวะในช่องท้องก็อาจส่งผลให้ต้องมีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูงโรคประจำตัว การใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ระดับโปรตีนในเลือด เทคนิคการผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาที่เริ่มใช้ท่อล้างไตช่องท้องถาวรหลังผ่าตัด ปริมาณน้ำที่ใส่ในช่องท้องระหว่างการล้างไตทางหน้าท้อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบระหว่างใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวร และระยะเวลาที่ใช้ท่อล้างไตช่องท้องถาวรนับตั้งแต่ผ่าตัด ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวรในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และใช้ Fisher exact test ในกรณีที่ความถี่เท่ากับ 0 ในตารางแจกแจงความถี่ขนาด 2 x 2 โดยกำหนดให้ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม R

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 86/2560

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 156 ราย ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวร เป็นผู้หญิง 95 ราย (ร้อยละ 60.9) ผู้ชาย 61 ราย มีอายุเฉลี่ย 59.5 ปี (ช่วง 19-89 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 ถึง 60 ปี พบ 91 ราย (ร้อยละ 58.3 เป็นผู้หญิง 57 ราย ผู้ชาย 34 ราย) รองลงมาเป็นช่วงอายุมากกว่า 60 ปี พบ 53 ราย (ร้อยละ 34 เป็นผู้หญิง 30 ราย ผู้ชาย 23 ราย) ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปกติ 101 ราย (ร้อยละ 64.7) มีการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด พบ 20 ราย (ร้อยละ 12.8) และมีโรคเบาหวานร่วมด้วย 20 ราย (ร้อยละ 12.8)

เทคนิคการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องได้สะอาด 124 ราย (ร้อยละ 79.5) ใช้เวลาการผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า เท่ากับ 1 ชั่วโมง 149 ราย (ร้อยละ 95.5) การใช้ล้างไตผ่านทางช่องท้องครั้งแรกส่วนใหญ่ใช้หลังจากครบ 7 วันขึ้นไปหลังผ่าตัด 152 ราย (ร้อยละ 97.4) และปริมาณของน้ำยาล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่อยู่ที่ 1.5 ลิตร 92 ราย (ร้อยละ 58.9)

ภาวะแทรกซ้อน

พบภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมจากการผ่าตัดใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวรที่ได้รับการผ่าตัดรักษาภาวะแทรกซ้อนทั้งสิ้น 78 ราย (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อของท่อล้างไตช่องท้อง พบ 46 ราย (ร้อยละ 29.5 เป็นผู้หญิง 30 ราย ผู้ชาย 16 ราย) (ตารางที่ 1) พบว่าอัตราการเกิดช่องท้องอักเสบในการศึกษานี้ 1 ครั้งต่อ 28.8 เดือนของผู้ป่วย รองลงมาเป็นการทำงานผิดปกติของท่อล้างไตช่องท้องคือ มีภาวะตีบตันหรือรั่วซึมพบ 22 ราย (ร้อยละ 14.1 เป็นผู้หญิง 10 ราย ผู้ชาย 12 ราย) (ตารางที่ 2) พบโรคไส้เลื่อน 7 ราย (ร้อยละ 4.5 เป็นผู้หญิงทั้งหมด) (ตารางที่ 3) พบเลือดออกที่แผลผ่าตัดเป็นผู้หญิง 1 ราย มีการบาดเจ็บของลำไส้เล็กจากการผ่าตัดใส่ท่อล้างไตช่องท้องถาวรเป็นผู้ชาย 1 ราย และพบภาวะ encapsulating peritoneal sclerosis เป็นผู้หญิง 1 ราย (ร้อยละ 0.6)

ภาวะติดเชื้อ

จากผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของท่อล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.031) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วมมีการติดเชื้อของท่อล้างไตทางช่องท้อง 10 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 50) เมื่อเทียบกับการติดเชื้อของท่อล้างไตทางช่องท้องในกลุ่มที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมพบ 36 รายจาก 136 ราย (ร้อยละ 26.5) odds ratio = 2.78 (95% CI 1.068 - 7.224), p = 0.036 ตัวแปรอื่นคือ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือต้านเกล็ดเลือด ตำแหน่งการผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดที่มากกว่า 1 ชั่วโมง การเริ่มใช้ท่อล้างไตครั้งแรกหลังผ่าตัดน้อยกว่า 7 วัน ปริมาณน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องที่ใช้ไม่พบว่าสัมพันธ์กับการติดเชื้อของท่อล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) (ตารางที่ 1)

การทำงานผิดปกติของท่อล้างไต

จากผลการศึกษาพบว่าการทำงานผิดปกติของท่อล้างไตทางช่องท้องถาวรกับ ตัวแปร เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือต้านเกล็ดเลือด โรคเบาหวาน ตำแหน่งการผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดที่มากกว่า 1 ชั่วโมง การเริ่มใช้ท่อล้างไตครั้งแรกหลังผ่าตัดน้อยกว่า 7 วัน ปริมาณน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องที่ใช้ ไม่พบว่าสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อ (n = 110) และกลุ่มที่มีการติดเชื้อของท่อล้างไตทางหน้าท้องถาวร (n = 46)

	ผู้ป่วยทั้งหมด n = 156	ไม่มีการติดเชื้อ n = 110(%)	มีการติดเชื้อ n = 46(%)	ค่า p-value
อายุ				0.805
น้อยกว่า 40 ปี	12	8(66.7)	4(33.3)	
40 ถึง 60 ปี	91	66(72.5)	25(27.5)	
มากกว่า 60 ปี	53	36(67.9)	17(33.1)	
เพศ				0.475
ชาย	61	45(73.8)	16(26.2)	
หญิง	95	65(68.4)	30(31.6)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)				0.628
น้อยกว่า 18.5	3	2(66.7)	1(33.3)	
18.5 ถึง 24.9	101	75(74.3)	26(25.7)	
25.0 ถึง 29.9	41	25(61)	16(39)	
30.0 ถึง 40.0	8	6(75)	2(25)	
มากกว่า 40.0	3	2(66.7)	1(33.3)	
ยาต้านเกล็ดเลือด/ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด				0.637
มี	20	15(75)	5(25)	
ไม่มี	136	95(69.9)	41(30.1)	
โรคเบาหวาน				0.031
มี	20	10(50)	10(50)	
ไม่มี	136	100(73.5)	36(26.5)	
แผลผ่าตัด				0.806
เหนือสะดือ	32	22(68.8)	10(31.2)	
ใต้สะดือ	124	88(71)	36(29)	
ระยะเวลาการผ่าตัด				0.367
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	149	104(69.8)	45(30.2)	
ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป	7	6(85.7)	1(14.3)	
การล้างไตครั้งแรก				0.362
น้อยกว่า 7 วัน	4	2(50)	2(50)	
ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	152	108(71.1)	44(28.9)	
ปริมาณน้ำยาล้างไต				0.553
1 ลิตร	4	2(50)	2(50)	
1.5 ลิตร	92	67(72.8)	25(27.2)	
2 ลิตร	60	41(68.3)	19(31.7)	

The chi-square statistic, ค่า p-value มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่การทำงานของท่อลำไ้ไตทางหน้าท้องปกติ (n = 134) และกลุ่มที่มีการอุดตันหรือรั่วซึมของท่อลำไ้ไตทางหน้าท้องถาวร (n = 22)

	ผู้ป่วยทั้งหมด n = 156	การทำงานปกติ n = 134(%)	การทำงานผิดปกติ n = 22(%)	ค่า p-value
อายุ				0.175
น้อยกว่า 40 ปี	12	9(75)	3(25)	
40 ถึง 60 ปี	91	76(83.5)	15(16.5)	
มากกว่า 60 ปี	53	49(92.5)	4(7.5)	
เพศ				0.100
ชาย	61(39.1)	49(36.6)	12(54.5)	
หญิง	95(60.9)	85(63.4)	10(45.5)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)				0.551
น้อยกว่า 18.5	3	2(66.7)	1(33.3)	
18.5 ถึง 24.9	101	89(88.1)	12(11.9)	
25.0 ถึง 29.0	41	35(85.4)	6(14.6)	
30.0 ถึง 40.0	8	6(75)	2(25)	
มากกว่า 40.0	3	2(66.7)	1(33.3)	
ยาต้านเกล็ดเลือด/ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด				0.901
มี	20	17(85)	3(15)	
ไม่มี	136	117(86)	19(14)	
โรคเบาหวาน				0.210
มี	20	19(95)	1(5)	
ไม่มี	136	115(84.6)	21(15.4)	
แผลผ่าตัด				0.770
เหนือสะดือ	32	28(87.5)	4(12.5)	
ใต้สะดือ	124	106(85.5)	18(14.5)	
ระยะเวลาการผ่าตัด				0.260
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	149	129(86.6)	20(13.4)	
ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป	7	5(71.4)	2(28.6)	
การล้างไตครั้งแรก				0.526
น้อยกว่า 7 วัน	4	3(75)	1(25)	
ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	152	131(86.2)	21(13.8)	
ปริมาณน้ำยาล้างไต				0.244
1 ลิตร และ 1.5 ลิตร	96	80(83.3)	16(16.7)	
2 ลิตร	60	54(90)	6(10)	

The chi-square statistic, ค่า p-value มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเสื่อม (n=149) และกลุ่มที่มีโรคไตเสื่อม (n=7)

	ผู้ป่วยทั้งหมด n = 156	ไม่มีโรคไตเสื่อม n = 149(%)	มีโรคไตเสื่อม n = 7(%)	p-value
อายุ				0.185
≤ 60 ปี	103	100(97.1)	3(2.9)	
มากกว่า 60 ปี	53	49(92.5)	4(7.5)	
เพศ				0.043
ชาย	61	61(100)	0	
หญิง	95	88(92.6)	7(7.4)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)				0.0006
≤ 29.9	145	141(97.2)	4(2.8)	
30.0 ถึง 40.0	8	6(75)	2(25)	
มากกว่า 40.0	3	2(66.7)	1(33.3)	
ยาต้านเกล็ดเลือด/ยาต้านการแข็งของเลือด				0.202
มี	20	18(90)	2(10)	
ไม่มี	136	131(96.3)	5(3.7)	
โรคเบาหวาน				0.0003
มี	20	16(80)	4(20)	
ไม่มี	136	133(97.8)	3(2.2)	
แผลผ่าตัด				0.589
เหนือสะดือ	32	30(93.8)	2(6.2)	
ใต้สะดือ	124	119(96)	5(4)	
ระยะเวลาการผ่าตัด				0.200
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	149	143(96)	6(4)	
ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป	7	6(85.7)	1(14.3)	
การล้างไตครั้งแรก				< 0.00001
น้อยกว่า 7 วัน	4	2(50)	2(50)	
ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	152	147(96.7)	5(3.3)	
ปริมาณน้ำยาล้างไต				0.127
1 ลิตร	4	3(75)	1(25)	
1.5 ลิตร	92	88(95.7)	4(4.3)	
2 ลิตร	60	58(96.7)	2(3.3)	

The chi-square statistic, ค่า p-value มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

โรคไส้เลื่อน

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 7 รายที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไส้เลื่อนเป็นผู้หญิงทั้งหมด โดยเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับโรคไส้เลื่อนอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.043, Fisher exact test) odds ratio = 10.42 (95% CI 0.584 - 185.913), p = 0.111 (ตารางที่ 3)

ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ m^2 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับโรคไส้เลื่อนอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.0006) โดยผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ถึง 40 กก./ m^2 มีโรคไส้เลื่อน 2 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 8 ราย (ร้อยละ 25) odds ratio = 11.75 (95% CI 1.786 - 77.297), p = 0.010 และดัชนีมวลกายมากกว่า 40 กก./ m^2 มีโรคไส้เลื่อน 1 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 3 ราย (ร้อยละ 33.3) odds ratio = 17.63 (95% CI 1.312 - 236.844), p = 0.030 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดัชนีมวลกายน้อยกว่า หรือเท่ากับ 29.9 กก./ m^2 มีโรคไส้เลื่อน 4 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 145 ราย (ร้อยละ 2.8) (ตารางที่ 3)

ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับโรคไส้เลื่อนอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.0003) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วม มีโรคไส้เลื่อน 4 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 20) เมื่อเทียบกับโรคไส้เลื่อนในกลุ่มที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วม พบ 3 รายจาก 136 ราย (ร้อยละ 2.2) odds ratio = 11.08 (95% CI 2.273 - 54.040), p = 0.003 (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยที่เริ่มใช้ท่อล้างไตครั้งแรกหลังผ่าตัดใส่ท่อล้างไตทางช่องท้องถาวรน้อยกว่า 7 วัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไส้เลื่อนอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.00001) โดยเกิดโรคไส้เลื่อน 2 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 4 ราย (ร้อยละ 50) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเริ่มใช้ท่อล้างไตครั้งแรกหลังผ่าตัดใส่ท่อล้างไตทางช่องท้องถาวรตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป เกิดโรคไส้เลื่อน 5 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 152 ราย (ร้อยละ 3.3) odds ratio = 29.40 (95% CI 3.414 - 253.191), p = 0.002

ตัวแปรอื่นคือ อายุ การใช้จ่ายละลายลิ่มเลือดหรือต้านเกร็ดเลือด ตำแหน่งการผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดที่มากกว่า 1 ชั่วโมง ปริมาตรน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องที่ใช้ไม่พบว่าสัมพันธ์กับโรคไส้เลื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

อภิปราย

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตผ่านทางหน้าท้อง อายุอยู่ในช่วง 40 ถึง 60 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของประเทศไทย ในปี 2552-2558 พบผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตอยู่ส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 45-64 ปี (ร้อยละ 43.1-45.8)⁴ โดยสามารถพบภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม จากการล้างไตวิธีนี้ได้ถึงร้อยละ 50 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม มีการติดเชื้อในช่องท้องและท่อล้างไตทางหน้าท้อง การรักษาภาวะติดเชื้อนี้จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อเอาท่อล้างไตทางหน้าท้องออก และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำและผู้ป่วยจำเป็นต้องล้างไตผ่านการฟอกเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการใส่สายขนาดใหญ่ ในหลอดเลือดดำในการล้างไตผ่านการฟอกเลือด ซึ่งเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากการศึกษาพบว่า โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อในช่องท้องและท่อล้างไตจนต้องได้รับการผ่าตัดเอาท่อล้างไตทางหน้าท้องออกและต้องล้างไตผ่านการฟอกเลือด โดยพบความเสี่ยงการติดเชื้อมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีเบาหวาน 2.78 เท่า และพบว่าอัตราการเกิดช่องท้องอักเสบในการศึกษานี้ 1 ครั้งต่อ 28.8 เดือนของผู้ป่วย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อของท่อล้างไตทางหน้าท้อง 1 ครั้งต่อ 20.7-25.8 เดือนของผู้ป่วย⁵ ซึ่งอาจอธิบายได้จากภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจทำงานได้ต่ำกว่าปกติทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้องและท่อล้างไตทางหน้าท้องได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวาน

นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวานทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไส้เลื่อนที่หลังจากการผ่าตัดใส่ท่อลำไส้ทางช่องท้องถาวร มากกว่าในกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน 11.08 เท่า (พบโรคไส้เลื่อนที่ต้องได้รับการผ่าตัดร้อยละ 20 ในกลุ่มที่เป็นเบาหวานเทียบกับร้อยละ 2.2 ในกลุ่มที่ไม่มีเบาหวานร่วมด้วย) อธิบายได้จากภาวะความดันในช่องท้องสูงกว่าคนปกติจากการใส่ท่อน้ำเลี้ยงไต ทำให้เกิดการยื่นออกมาของอวัยวะในช่องท้องที่บริเวณผนังหน้าท้องที่อ่อนแอกว่าปกติ และสมานแผลที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงทำให้การสมานของแผลผ่าตัดบริเวณที่ใส่ท่อลำไส้ทางหน้าท้องมีปัญหาทำให้เกิดการแยกของผนังหน้าท้องจึงทำให้เกิดโรคไส้เลื่อนที่แผลผ่าตัดตามมา

พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่เกิดโรคไส้เลื่อนเป็นเพศหญิงโดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบความเสี่ยงมากกว่าในเพศชาย 10.42 เท่า อาจอธิบายได้จากความแข็งแรงของผนังหน้าท้องในเพศหญิงมีความแข็งแรงในการรับความดันในช่องท้องได้น้อยกว่าผู้ชาย อาจต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปริมาตรน้ำเลี้ยงไตที่เหมาะสมในผู้ป่วยเพศหญิงต่อไป

ดัชนีมวลกายที่สูงเป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคไส้เลื่อนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ลำไส้ทางหน้าท้อง 11.75 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ถึง 40 กก./ม.² และ 17.63 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 40 กก./ม.² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าดัชนีมวลกายที่สูงเป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคไส้เลื่อนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ลำไส้ทางหน้าท้อง⁶

การใส่ท่อน้ำเลี้ยงไตทางหน้าท้องก่อนครบ 7 วัน หลังการผ่าตัดใส่ท่อลำไส้ทางหน้าท้องมีความเสี่ยงในการเกิดโรคไส้เลื่อนมากกว่า 29.4 เท่า (พบโรคไส้เลื่อนที่ต้องได้รับการผ่าตัดร้อยละ 50 ในกลุ่มที่เริ่มใช้ก่อน 7 วันเทียบกับร้อยละ 3.3 ในกลุ่มที่เริ่มใช้ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป) ซึ่งอาจอธิบายได้จากการรบกวนกลไกการสมานแผลของผนังหน้าท้องที่บริเวณใส่ท่อลำไส้

ทางช่องท้องจากการใส่ท่อน้ำเลี้ยงไตซึ่งเพิ่มความดันในช่องท้องในขณะที่ผนังช่องท้องยังไม่สมานจนแข็งแรงพอที่จะรับความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดการแยกของผนังหน้าท้องจึงทำให้เกิดโรคไส้เลื่อนตามมา

พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่เกิดโรคไส้เลื่อนเป็นผู้หญิง แต่ไม่พบว่าสัมพันธ์กับโรคไส้เลื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจต้องการการศึกษาเพิ่มเติมที่มีผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่พบในเพศชายร่วมด้วย

การทำงานผิดปกติของท่อลำไส้ในการศึกษานี้ พบเป็นอันดับ 2 รองลงมาจาก การติดเชื้อ (ร้อยละ 14.1) แต่ไม่พบตัวแปรที่สัมพันธ์กับการทำงานที่ผิดปกติของท่อลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ต้องการการแก้ไขโดยการผ่าตัดที่พบในการศึกษานี้ คือ มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 0.6) และพบการบาดเจ็บของลำไส้เล็กจากการผ่าตัดใส่ท่อลำไส้ช่องท้อง 1 ราย (ร้อยละ 0.6) เกิดจากการห้ามเลือดที่ไม่เพียงพอระหว่างการผ่าตัดและเทคนิคการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของลำไส้เล็ก ทำให้ต้องเข้ามาผ่าตัดซ้ำเพื่อห้ามเลือดและเย็บซ่อมลำไส้ ในการศึกษานี้พบภาวะ encapsulating peritoneal sclerosis 1 ราย (ร้อยละ 0.6) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อเรื้อรังในช่องท้องของผู้ป่วยแล้วเกิดพังผืดของเยื่อช่องท้องทำให้ไม่สามารถแลกเปลี่ยนของเสียด้วยน้ำเลี้ยงไตได้ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเอาท่อลำไส้ทางช่องท้องออกและเปลี่ยนเป็นลำไส้ด้วยการพอกเลือดแทน

ข้อจำกัดของการศึกษาคือเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ในสถาบันเดียว อาจมีจำนวนผู้ป่วยในการศึกษาไม่มากเมื่อเทียบกับการศึกษาแบบหลายสถาบัน

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลำไส้ผ่านทางช่องท้อง พบภาวะติดเชื้อการทำงานผิดปกติของท่อลำไส้ผิดปกติและโรคไส้เลื่อนเป็น 3 อันดับแรก

ที่พบบ่อย โดยโรคเบาหวานที่พบร่วมเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อในช่องท้องและท่อล้างไตทางหน้าท้องที่ต้องการการผ่าตัดเอาท่อล้างไตทางหน้าท้องออกในการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเสื่อมที่ต้องการการผ่าตัดซ่อมแซมผนังหน้าท้อง นอกจากนี้เพศหญิง ดัชนีมวลกายที่มากกว่า หรือเท่ากับ 29.9 กก./ม.² และระยะเวลาในการเริ่มใช้ท่อล้างไตทางหน้าท้องที่น้อยกว่า 7 วันหลังผ่าตัดเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเสื่อมที่ต้องการการผ่าตัดซ่อมแซมผนังหน้าท้องเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40: 5-18.
2. Korzets Z, Korzets A, Golan E, Zevin D, Bernheim J. CAPD peritonitis--initial presentation as an acute abdomen with a clear peritoneal effluent. Clin Nephrol. 1992; 37: 155-7.
3. Li PK-T, Szeto CC, Piraino B, de Arteaga J, Fan S, Figueiredo AE, et al. ISPD Peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. Perit Dial Int 2016; 36: 481-508.
4. Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2015 Report. Nephrology Society of Thailand [Accessed August 1]. Available from http://www.nephrothai.org/images/Final_TRT_report_2015_%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B9%81%E0%B8%81%E0%B9%84%E0%B8%82.pdf
5. Dhanakijcharoen P, Sirivongs D, Aruyapitipan S, Chuengsaman P, Lumpaopong A. The "PD First" policy in Thailand: three-year experiences (2008-2011). J Med Assoc Thai. 2011; 94(Suppl 4): s153-61.
6. del Peso G, Bajo MA, Costero O, Hevia C, Gil F, Diaz C, et al. Risk factors for abdominal wall complications in peritoneal dialysis patients. Perit Dial Int. 2003; 23: 249-54.