

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล โรงพยาบาลชัยนาท

กรรองทอง กสิกิจ

กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชัยนาท

**บทคัดย่อ**

การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (prospective descriptive study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลใช้วิธีการดมยาสลบทั้งหมด 54 ราย และรายงานผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ในโรงพยาบาลชัยนาท ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2551 โดยเก็บข้อมูลจากการบันทึกในแบบฟอร์มเอกสารที่มีกำกับไว้ในแต่ละขั้นตอน และใช้สถิติเชิงพรรณนา อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.3 ต่อ 1 อายุตั้งแต่ 2 ปี จนถึง 48 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี พบช่วงอายุ 0-9 ปี มากที่สุดร้อยละ 35.2 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด จากภาวะต่อมทอนซิลเรื้อรังจำนวน 26 ราย (48.2%) ภาวะต่อมทอนซิลโตร่วมกับอาการนอนกรน 21 ราย (38.8%) สำหรับข้อมูลกระบวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ ฝ้ายวิสิญญ์ พยาบาล ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและนัดติดตามการรักษา พบว่ามีการเยี่ยมผู้ป่วยของฝ้ายวิสิญญ์ และพยาบาล ห้องผ่าตัดครอบคลุมร้อยละ 100 และ 82 ตามลำดับ การปฏิบัติของพยาบาลตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลและแนวทางการจำหน่าย การให้ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด, การนัดตรวจเพื่อติดตามการรักษาครบถ้วนบริบูรณ์ (100%)

ในส่วนเทคนิคการผ่าตัดของแพทย์คือการฉีด 1% xylocaine with adrenaline รอบแคปซูลต่อมทอนซิล และรอบต่อมทอนซิล ก่อนและต่อมทอนซิล (dissection) จากขั้วบนลงมาขั้วล่างและตามด้วย snare snare technique เพื่อตัดเอาต่อมทอนซิลออกแล้วห้ามเลือดโดยการใช้จี้ไฟฟ้า ถ้าเป็นหลอดเลือดแดงที่มีขนาดใหญ่มากกว่า 1.5 มิลลิเมตร ใช้ไหมผูกเส้นเลือด (loop ligation) วิสิญญ์แพทย์ให้ fentanyl 1-2 ไมโครกรัม/กิโลกรัม เป็น premedication ในการวางยาสลบ เพื่อลดอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนเรื่องคลื่นไส้อาเจียน

พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งหมด 5 ราย เป็นผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากเสมหะอุดตัน และสภาพทางเดินหายใจแคบจากกายวิภาคช่องคอและมีโรครุมิแพ้ประจำตัวของผู้ป่วยอยู่แล้ว จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะเลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงแรก และภาวะเลือดออกภายใน 5 วันอย่างละ 1 ราย ภาวะเลือดออกภายใน 72 ชั่วโมงแรก 2 ราย การศึกษาข้อมูลเชิงละเอียดพบว่าในผู้ป่วยเลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงแรก และใน 5 วัน มีต่อมทอนซิลขนาดใหญ่และมีพังผืดมากเกาะออกได้ยากและมีเลือดซึมมาก แพทย์ใช้เวลาห้ามเลือดโดยการจี้ไฟฟ้านาน ในรายที่มีเลือดออกภายใน 72 ชั่วโมง 2 ราย พบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการระคายคอและมีอาการไอติด ๆ กันเป็นเวลานานก่อนมีเลือดออกจากปาก ส่วนอภีกรายการกินอาหารไม่เป็นไปตามคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทำให้มีเลือดออกในช่องปากหลังการผ่าตัดตามมา

โดยสรุป ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต่อมทอนซิลอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากเสียเลือดและมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนหลังการผ่าตัด จากปัจจัยหลายอย่างในทุกกระบวนการรักษา ดังนั้นการเฝ้าระวังการประสานระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องโรค การผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, ภาวะแทรกซ้อน, การผ่าตัดต่อมทอนซิล

## บทนำ

ในกลุ่มงานหู คอ จมูก ทุกโรงพยาบาล มีการผ่าตัดต่อมทอนซิลบ่อยครั้ง แต่พบว่ามีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด ภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน การติดเชื้อ รวมทั้งการกลืนอาหารลำบากหลังการผ่าตัดซึ่งเกิดจากอาการปวดและภาวะบวมของแผลผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นอันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ทั้งจากภาวะเสียเลือดและการขาดอากาศหายใจจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น จากการศึกษาการผ่าตัดต่อมทอนซิลและการผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์ ของ Gerard<sup>(1)</sup> และ Browning และคณะ<sup>(2)</sup> พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิลคือภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ซึ่งเกิดได้ตั้งแต่ 4 ชม. แรกจนถึง 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ส่วนอาการเจ็บปวดหลังการผ่าตัดและกลืนอาหารลำบาก และการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน พบรองลงมาตามลำดับ Windfuhr และคณะ<sup>(3)</sup> รายงานว่าภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดสัมพันธ์กับขนาดของต่อมทอนซิลและพังผืดที่เป็นผลมาจากการอักเสบเรื้อรัง ทำให้ผ่าตัดยาก และมีเนื้อเยื่อซ้ำบวมมากกว่าปรกติ และมักมีอาการกลืนลำบากจากการบวมและอาการปวดหลังการผ่าตัดร่วมด้วย ในผู้ป่วยเลือดออกหลังผ่าตัดพบมีผู้ป่วยหมดสติจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) 2 ราย Alfred และคณะ<sup>(4)</sup> พบว่าภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลและต่อมอะดีนอยด์โดยเฉพาะเมื่อมีต่อมทอนซิลขนาดใหญ่ โดยร้อยละ 69 พบในขณะนอนโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องวางมาตรฐานการรักษารักษาของการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพื่อป้องกันและลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน

สำหรับโรงพยาบาลชยันตา ยังมิได้ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดต่อมทอนซิล แต่เคยมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์

วิสัญญีแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วย และห้องตรวจผู้ป่วยนอกโดยจะมีการเยี่ยมผู้ป่วยของวิสัญญีแพทย์ และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวให้กับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยปฏิบัติเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และมีแบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติในทุกกระบวนการ

จึงศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินสถานการณ์การผ่าตัดต่อมทอนซิลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิล ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยเพื่อวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดหรือมีภาวะแทรกซ้อน

## วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective descriptive study) และรายงานผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทำในผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมทอนซิล ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2549 และ 31 ธันวาคม 2551 จำนวน 54 ราย โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้แก่เพศ อายุ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด การตรวจร่างกาย โรคประจำตัว ข้อมูลในใบบันทึกการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด และการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การเตรียมจำหน่ายและนัดติดตามการรักษาโดยเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มการเยี่ยมผู้ป่วยของหน่วยงานวิสัญญี และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด แบบฟอร์มการปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลแบบฟอร์มการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย และข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มผู้ป่วยขณะนอนในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้เก็บข้อมูลช่วงระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยเพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดกับกระบวนการผ่าตัดทั้งหมด โดยระดับความรุนแรงของภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด อ้างอิงตามมาตรฐานการผ่าตัดต่อมทอนซิลของ

ราชวิทยาลัย โสต คอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นมาตรฐานสากล คือ

ระดับ 0 ไม่มีเลือดออกเลย

ระดับ 1 เลือดปนซีรัม ออกจากคอ 2 ครั้ง/

แวน

ระดับ 2 เลือดปนน้ำลายทุกครั้งที่บ้าน

ระดับ 3 เลือดปนลิ่มเลือด

ระดับ 4 เลือดออกมาก

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลชัยนาท

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าร้อยละ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งสิ้นของโรงพยาบาลชัยนาท 54 ราย เป็นเพศชาย 30 ราย (55.5%) เพศหญิง 24 ราย (44.5%) อัตราส่วนชายต่อหญิง 1.3 ต่อ 1 ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุ 2 ปี ถึง 48 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี โดยช่วงอายุที่มีการผ่าตัดมากที่สุดคืออายุ 0-9 ปี จำนวน 19 ราย (35.2%) สำหรับข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดได้แก่ เจ็บคอมากกว่า 4 ครั้ง/ปี ร้อยละ 48.2 ต่อมทอนซิลโตร่วมกับอาการนอนกรนร้อยละ 38.8 มีกลิ่นปากร้อยละ 9.3 มีประวัติฝีรอบต่อมทอนซิลร้อยละ 3.7 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยผ่าตัดมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4 วัน มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจำนวน 5 ราย โดยเกิดจากภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนและต้องใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 1 ราย เลือดออกหลังการผ่าตัด (ระดับ 3) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก 1 ราย เลือดออก (ระดับ 2) ภายใน 72 ชั่วโมง จำนวน 2 ราย เลือดออก (ระดับ 3) ภายใน 5 วัน จำนวน 1 ราย

การรับผู้ป่วยเข้ามาผ่าตัดต่อมทอนซิลจะมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่าง แพทย์ วิทยาลัยแพทย์ พยาบาล

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยรับการผ่าตัดต่อมทอนซิล (n = 54 ราย)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	30 (55.5)
หญิง	24 (44.5)
<b>อายุ (ปี)</b>	
0-9	19 (35.2)
0-19	9 (16.7)
20-29	9 (16.7)
30-39	10 (18.5)
40-49	7 (12.9)
<b>ข้อบ่งชี้การผ่าตัด</b>	
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (chronic tonsillitis)	26 (48.2)
ต่อมทอนซิลโตร่วมกับภาวะนอนกรน (tonsillar hypertrophy with snoring)	21 (38.8)
มีกลิ่นปากจากคราบหินปูนและเศษอาหาร ตกค้างที่ร่องทอนซิล (halitosis from tonsillolith)	5 (9.3)
มีประวัติฝีรอบต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess)	2 (3.7)

ห้องผ่าตัดและที่หอผู้ป่วยตลอดจนพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยได้มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนตั้งแต่ ก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัดจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและนัดมาติดตามการรักษาในผู้ป่วยทั้ง 54 ราย ก่อนการผ่าตัดได้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยของแพทย์ผู้ผ่าตัดร่วมกับฝ่ายวิสัญญีการให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด การวางยาสลบ รวมทั้งดูแลขณะทำผ่าตัดและ หลังการผ่าตัดโดยพยาบาลประจำตึกซึ่งมีการดูแลตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล การตรวจวัดสัญญาณชีพและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 4 ประการคือ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด

ภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน ภาวะติดเชื้อ ภาวะกลืนลำบากจากอาการปวดและบวม โดยเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของหน่วยงานวิสัญญี การปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยและแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล การให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการนัดติดตามผู้ป่วยซึ่งมีแบบฟอร์มเอกสารกำกับในทุกขั้นตอนเพื่อตรวจเช็คความครบถ้วนและสามารถตรวจสอบได้ พบว่าดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนบริบูรณ์ (100%) ยกเว้นการเยี่ยมผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด (82%)

ในการผ่าตัดต่อมทอนซิลทุกรายใช้การดมยาสลบ เนื่องจากไม่มีเตียงสำหรับผ่าตัดโดยวิธีใช้ยาชาเฉพาะที่ โดยวิสัญญีแพทย์จะให้ fentanyl 1-2 ไมโครกรัม/กิโลกรัม เป็น premedication ก่อนสลบ เพื่อลดอาการปวดแผล หลังการผ่าตัดและมีภาวะแทรกซ้อนเรื่องคลื่นไส้อาเจียน น้อยกว่ายาอื่น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกินของเหลวได้ดีขึ้นหลังผ่าตัด รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากการคลื่นไส้และอาเจียนได้

สำหรับเทคนิคของการผ่าตัดของแพทย์ของโรงพยาบาลชยันต 2 คนมีแนวทางเดียวกันคือ การฉีดยาชาผสมอะดรีนาลีน (1% xylocaine with adrenaline) เพื่อลดอาการปวดหลังการผ่าตัดและช่วยทำให้หลอดเลือดหดตัวเพื่อลดปัญหาเลือดออกขณะผ่าตัด หลังจากนั้นเลาะต่อมทอนซิล (dissect) จากขั้วบน (upper pole) จนถึงขั้วล่าง (lower pole) ตามด้วยการใช้ snare technique คล้องขั้วล่างของต่อมทอนซิลเพื่อตัดเอาต่อมทอนซิลออก ตามด้วยการห้ามเลือด (stop bleeding) โดยการใช้จี้ไฟฟ้า (monopolar electrical cauterization) ในกรณีที่เห็นเลือดออกมากจากเส้นเลือดแดงที่มีขนาดใหญ่ และไม่สามารถห้ามเลือดโดยการใช้จี้ไฟฟ้าได้ใช้การผูกหลอดเลือด (loop ligation) ด้วยไหมเย็บ (silk)

ล้างคราบเลือดหลังผ่าตัดด้วยน้ำเกลือและดูดเสมหะและคราบเมือกเลือดออกให้หมดการให้น้ำกินหลังการผ่าตัดเพื่อแก้ปวด แก้อักเสบ ฆ่าเชื้อ ภายใน 3-5 วัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม paracetamol, brufen,

amoxycillin

ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลหลังการผ่าตัด โดยให้อาหารเหลวแช่เย็นและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยและนัดติดตามการรักษาต่อไป

### การรายงานผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

**ผู้ป่วยรายที่ 1** มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนและต้องใส่ท่อช่วยหายใจไว้ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยชายอายุ 32 ปี ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคือ เจ็บคอบ่อยจากต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังมีประวัติโรครูมิแพ้ทางจมูก แต่ในช่วงที่มาผ่าตัดไม่มีอาการและไม่ได้กินยาประจำ มีสภาพภายนอกรูปร่างท้วม คอสั้น ในช่องคอตรวจพบว่ามีลิ้นโตมากกว่าปกติ ทำให้ช่องคอหอยส่วนล่างแคบ และผู้ป่วยสูง 172 ซม. 82 กิโลกรัม หลังผ่าตัดมีเสมหะในคอจำนวนมากเหนียว แต่ไม่สามารถเอามาออกได้ หลังผ่าตัด 16 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจไม่ออก ตัวเขียว หดสติและหยุดหายใจ แพทย์จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจและดูดเสมหะในคอและหลอดลมออก หลังจากนั้น 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างนั้นได้มีการให้ยาลดและละลายเสมหะ และทำการดูดเสมหะในช่องคอให้ผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ จนผู้ป่วยสามารถหายใจได้ดีและกินได้ตามปกติ

**ผู้ป่วยรายที่ 2** มีภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชม. (ระดับ 3) ผู้ป่วยชายอายุ 12 ปี ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคือ ต่อมทอนซิลโตและนอนกรนไม่มีโรคประจำตัว จากรายงานการผ่าตัด ต่อมทอนซิลผู้ป่วยมีขนาดใหญ่มาก ขณะผ่าตัดมีพังผืดติดระหว่างต่อมทอนซิลกับผนังกล้ามเนื้อคอจากการที่มีต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง การผ่าตัดใช้เวลาเฉลี่ยนานกว่าปกติหลังจากมีเลือดออก ส่งตัวผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อจี้ห้ามเลือดที่ซึม หลังจากนั้นไม่มีเลือดออกอีก

**ผู้ป่วยรายที่ 3 และ 4** มีภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (ระดับ 2) เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ

29 ปี 1 ราย ผู้ป่วยชายอายุ 24 ปี 1 ราย ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคือ เจ็บคอบ่อยจากต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไม่มีโรคประจำตัว จากการซักถามและตรวจร่างกาย ผู้ป่วยหญิงเลือดออกรายแรก ไม่ได้กินอาหารเหลวอ่อน ในช่วง 1-2 วันแรกหลังผ่าตัดตามที่พยาบาลแนะนำ แต่ได้กินข้าวสวย และขนมปังที่ญาติซื้อมาฝาก เพราะรู้สึกว่าจะไม่คอยเจ็บคอหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยชาย มีอาการคันคอมากไอติดต่อกันหลังจากผ่าตัด ต่อมาจึงมีเลือดออกจากทางช่องปาก ทั้ง 2 รายได้เข้าห้องผ่าตัดเพื่อหาจุดเลือดออกซึ่งเป็นเลือดซึมจากเส้นเลือดเล็ก ๆ ได้ห้ามเลือดโดยการใช้จี้ไฟฟ้าหลังจากนั้นไม่มีเลือดออกอีก

**ผู้ป่วยรายที่ 5** มีภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด 5 วัน (ระดับ 3) ผู้ป่วยชายอายุ 33 ปี ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคือ เจ็บคอบ่อยจากต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไม่มีโรคประจำตัว จากการตรวจช่องคอและดูใบรายงานการผ่าตัดผู้ป่วยมีต่อมทอนซิลขนาดใหญ่ ขณะผ่าตัดแพทย์ใช้เวลาจี้เพื่อห้ามเลือดเป็นเวลานานจนเลือดหยุดไหล ผลการผ่าตัดผู้ป่วยปรกติดีแม้หลังจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่มีอาการ ไอ จาม ผู้ป่วยกินข้าวสวยโดยไม่ได้กินอาหารอ่อนตามคำแนะนำที่ต้องกินอาหารอ่อนประมาณ 5-7 วัน หลังการผ่าตัด 5 วัน ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการเลือดไหลออกจากปากตลอดเวลาหลังส่งผู้ป่วยมาหอผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกายพบว่าผู้ป่วยเสียเลือดจำนวนมากและเกิด hypovolemic shock ได้ให้สารน้ำและเลือดทดแทน 1 ยูนิท ผู้ป่วยรายนี้ถูกนำเข้าห้องผ่าตัดพบมีเลือดพุ่งออกจากเส้นเลือดแดงขนาด 1.5 มิลลิเมตร บริเวณ lower pole ของต่อมทอนซิลข้างขวา แพทย์ได้ห้ามเลือดโดยผูกเส้นเลือด (loop ligation) หลังจากนั้นเลือดหยุดไหลและสามารถกลับบ้านได้หลังจากนั้น 2 วัน

### วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมทอนซิล มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 5 ราย ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด 4 ราย ภาวะ

อุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน 1 ราย เมื่อเทียบผลการรักษาของ Gerard<sup>(1)</sup> และ Browning และคณะ<sup>(2)</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดหลังการผ่าตัดคือภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด ซึ่งเกิดได้ตั้งแต่ 4 ชั่วโมง แรกจนถึง 1 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด ส่วนอาการเจ็บปวดหลังการผ่าตัดและกลืนอาหารลำบาก และการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน พบรองลงมาตามลำดับ Windfuhr และคณะ<sup>(3)</sup> รายงานว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกสัมพันธ์กับขนาดของต่อมทอนซิลและพังผืดรอบต่อมทอนซิลที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Alfred และคณะ<sup>(4)</sup> นอกจากนี้เอกสารวิชาการเรื่องการผ่าตัดต่อมทอนซิลและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด<sup>(5-10)</sup> ยังเน้นการประเมินสภาพช่องคอและตัวต่อมทอนซิลก่อนการผ่าตัด รวมทั้งการดูแลหลังการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดบ่อยและอันตราย และลดอาการเจ็บปวดรวมทั้งลดการเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจได้

การศึกษานี้ครอบคลุมข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การดูแลระหว่างและหลังการผ่าตัด และหลังการจำหน่ายรวมทั้งการนัดตรวจติดตามการรักษา นอกจากการตรวจร่างกายและประเมินโดยแพทย์ผู้ผ่าตัดแล้วได้ศึกษาข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยของหน่วยงานวิสัญญี การปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วย การนัดติดตามการรักษาซึ่งพบว่าครอบคลุมได้สมบูรณ์ แต่เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดได้ร้อยละ 82 เนื่องจากขาดบุคลากร และจากการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ของการผ่าตัดต่อมทอนซิลในโรงพยาบาล ชัยนาททั้ง 5 ราย โดย 4 รายที่มีเลือดออกหลังการผ่าตัดเป็นผลจากกระบวนการผ่าตัดที่ใช้เวลานานและยุ่งยากเนื่องจากขนาดต่อมทอนซิลใหญ่มากและมีพังผืดโดย

รอบทำให้ต้องเลาะลึกกว่าเดิมอีกทั้งใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดและห้ามเลือดโดยเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออก และขณะผ่าตัดมีเลือดซึมมากมีการซ้บวมของแผลผ่าตัดมากกว่าปกติ 2 ราย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลเรื่องการกินอาหารหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้กินอาหารเหลวเย็นแต่กินอาหารตามปกติ ตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัด 2 ราย ตลอดจนมีอาการระคายคอและไอมากติดต่อกันก่อนมีเลือดออก 1 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 1 รายพบว่าผู้ป่วยมีประวัติโรคภูมิแพ้ มีรูปร่างอ้วน คอสั้น ในช่องคอมมีขนาดลิ้นโต หลังผ่าตัดขณะผู้ป่วยหลับมีเสมหะจำนวนมากอุดตันในช่องคอที่มีขนาดแคบอยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขจัดเสมหะในคอออกได้สะดวก เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจและหมดสติ แต่แพทย์ได้ดูดเสมหะและรีบใส่ท่อช่วยหายใจได้เร็วหลังจากนั้น 24 ชั่วโมง สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ จากการศึกษานี้จะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิลที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่นเลือดออกหลังทำการผ่าตัดจนมี hypovolemic shock และภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนยังพบเกิดขึ้นอยู่และพบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับสภาพร่างกายผู้ป่วยและตัวโรคของต่อมทอนซิลเอง รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและพยาธิสภาพของโรคต่อมทอนซิลและการเตรียมผู้ป่วย เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกายและในช่องคอเพื่อประเมินความยาก-ง่ายของการผ่าตัด การดูแลระหว่างและหลังผ่าตัด เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนั้นบทบาทของทีมนิสิตพยาบาลยังสามารถช่วยให้การผ่าตัดของผู้ป่วยทุเลาอาการเจ็บปวดรวมทั้งการลดการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งลดโอกาสในการเกิดเลือดออกหลังผ่าตัดได้ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะนอนในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่มักพบบ่อยและอันตราย รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องการผ่าตัดและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ

ที่ควบคุมภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดให้ลดลง จำเป็นต้องเน้นย้ำการดูแลตนเองหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่องภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด เพราะภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดดังกล่าวสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ถ้ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานรัดกุมและครบวงจร จากการศึกษาวิจัยนี้หน่วยงานหอจุมก โรงพยาบาลชยันนาได้เห็นถึงความสำคัญของอันตรายของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จึงจัดให้มีโครงการประกันคุณภาพผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลไม่มีภาวะแทรกซ้อนขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การทบทวนการเตรียมตัวและประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การดูแลระหว่างผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจนจำหน่ายและนัดติดตามการรักษา โดยจัดอบรมทางวิชาการเรื่องโรคและการผ่าตัดต่อมทอนซิล ทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลครบทุกระยะ จัดให้มีคู่มือผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด และนำมาใช้อย่างเป็นระบบเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

## สรุป

ในกลุ่มงานหอจุมกในทุกสถานพยาบาลใหญ่ มีการผ่าตัดต่อมทอนซิลบ่อยครั้ง การผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายใช้วิธีการดมยาสลบหรือใช้การฉีดยาเฉพาะที่ แต่โรงพยาบาลชยันนาใช้วิธีดมยาทั้งหมดเนื่องจากขาดเตียงผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาชาโดยทำในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและต้องมีสภาวะทางร่างกายที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัดจากการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยมีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ออกก่อนการผ่าตัด การดูแลระหว่างและหลังการผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดตรวจติดตามการรักษาโดยบุคลากรในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตาม

ภาวะที่ฝ้าระวัง จำนวน 5 ราย เกิดจากภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน 1 ราย ภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด 4 ราย เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยและฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้แต่ก็ยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ การนำกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดที่ผ่าตัดมาวิเคราะห์รายละเอียดถึงปัจจัยใด ๆ บ้างที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น จะเป็นประโยชน์ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงสุดต่อไปในอนาคต

#### เอกสารอ้างอิง

1. Gerard O, Antony N, Grndt B. Adenotonsillectomy. *Clinical ENT* 2000; 21:165-9.
2. Browning GG. An important, randomized controlled trial of adenotonsillectomy. *Clin Otolryngol* 2005; 30:58-9.
3. Windfuhr JP, Chen YS, Remnant S. Hemorrhage following tonsillectomy and adenoidectomy in 15,218 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 32:281-6.
4. Alfred K, Alan K. Tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngology Head and Neck* 1991; 25:2149-58.
5. Jeffrey D, Antony M. Sleep apnea. *Essential Otolaryngology Head & Neck Surgery* 1995; 12:825-30.
6. Kovit P, Yodruthai W. Halitosis : a review of causes and management. *Thai Journal of Otolryngology Head & Neck Surgery* 2007; 8:34-8.
7. Willium M. Adenoidectomy and tonsillectomy. *Surgery of the Upper Respiratory System* 2000; 45:484-91.
8. Feller L, Bliignaut E. Halitosis : a review. *SADJ* 2005; 60:17-9.
9. Kevin W, Andrew G. Sleep disorders. *Current Diagnosis & Treatment Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2008; 32:535-47.
10. สุภาวดี ประคุณหังสิต, สมยศ คุณจักร. การกรนและหยุดหายใจขณะหลับจากภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชา โสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550. หน้า 412-27.

**Abstract Factors of Complications in Patients Undergone Tonsillectomy in Chai Nat Hospital  
Grongthong Gasigij**

Department of Otolaryngology, Chai Nat Hospital

*Journal of Health Science* 2009; 18:370-7.

This prospective descriptive study was aimed at defining factors of complications in 54 patients undergone tonsillectomy in Chai Nat Hospital, between 1 December 2006 and 31 December 2008. Their age, sex, indication for tonsillectomy, post operative complications, treatment process (pre-operative, intra-operative and post-operative) were analyzed. It was found that their ages ranged from 2 to 48 years with the mean of 25 years.

Most of them were 0-9 years old (35.2%) showing indication for tonsillectomy of chronic tonsillitis (48.2%), tonsillar hypertrophy with snoring (38.8%), halitosis (9.3%) and having history of peritonsillar abscess (3.7%). All patients were inducted under general anesthesia, tonsil was dissected from upper pole to lower pole of tonsil and tonsil was removed by snare technique, then bleeding control by monopolar electrical cauterization or loop ligation for large size artery. Before dissected, 1% xylocaine with adrenaline was infiltrated into surgery site, fentanyl 1-2 microgram/kg had been used for premedication during anesthesia. The most complications found were oral bleeding (4 patients) and 1 patient had symptom of upper airway obstruction.

Information of patients with complications were analyzed. Many factors might influence complications of tonsillectomy, including patient status, underlying diseases, size and fibrosis of tonsils, duration of surgery and post operative care. The results showed that complications might occur in any step of management. Effective surveillance of cases through surgery and pre - post operative care is strongly recommended to control undue complications.

**Key words:** factors, complications, tonsillectomy