

Original Article

ลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่าย โรงพยาบาลนครพนม

พรรณนิภา วิรัตน์จันทร์, ณชนก พงษ์ช้าง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: ภาวะทอนซิลโตจากการอักเสบเรื้อรังหรือมะเร็ง ทำให้ทางเดินหายใจแคบลงและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ผู้ป่วยอาจมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) โดยเฉพาะในเด็ก การผ่าตัดทอนซิลออกมีผลข้างเคียงที่พบได้ คือการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่พบ 5-10 วันหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่ายรูปแบบศึกษาสถานที่ และผู้ป่วย: เป็นการศึกษาเชิงสมมุติฐาน รูปแบบ retrospective cohort ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทอนซิล ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างปี 2556-2559 จำนวน 153 คน

การวัดผล และวิธีการ: สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่าตัดทอนซิลจากเวชระเบียน จำแนกเป็นกลุ่มที่มีเลือดออก (24 ราย) และไม่มีเลือดออก (129 ราย) ตัดผู้ป่วยที่ขาดการติดตามผลการรักษาออกจากการวิเคราะห์ (41 ราย) บันทึกลักษณะทั่วไป วิธีการผ่าตัด ลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง และลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร การไอ การขากเสมหะ เปรียบกลุ่มศึกษาด้วย t-test, chi-squared test และวิเคราะห์ลักษณะเสี่ยงด้วย multivariable logistic regression

ผล: พบว่าลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิล พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 10.88 เท่า (95%CI=1.44-82.07, $p=0.021$) การไม่รับประทานอาหารเหลวเย็นหลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ 183.16 เท่า (95%CI=7.49-4479.18, $p=0.001$) และพฤติกรรมการไอและขากเสมหะแรงๆ ทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัด 98.44 เท่า (95%CI=9.39-1031.6, $p<0.001$)

ข้อยุติ และการนำไปใช้: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทอนซิลทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเหลวเย็นให้ครบ 1 สัปดาห์ ระงับการไอหรือขากเสมหะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย เนื่องจากเป็นลักษณะเสี่ยง

คำสำคัญ : Tonsillectomy, Hemorrhage, Post-operation, Food Consumption, Cough, Male Gender

Characters increase risk of post tonsillectomy hemorrhage after discharge from Nakhonphanom hospital.

Phannipha Wiratchan and Nachanok Pongchang

Registered nurse, professional level

Department of Ophthalmotolaryngology, Nakhonphanom hospital

Abstract

Background: Enlarged tonsils from chronic tonsillitis or cancer cause narrowing of airway, upper airway obstruction and obstructive sleep apnea, especially in children. Post tonsillectomy hemorrhage is the most common complication that can be found 5-10 days after surgery.

Objective: To study the characters increase risk of post tonsillectomy hemorrhage after discharge.

Materials and methods: This study was hypothesis, retrospective cohort study. Data was collected from medical records of patients who underwent tonsillectomy between 2013-2016 in department of Ophthalmotolaryngology, Nakhonphanom hospital. Parameters were analyzed, including demographic data, type of surgery, cough and sputum splitting. The exact probability test, t-test and chi-squared test were used to compare between 2 groups. The risks were analyzed by multivariable logistic regression.

Results: Post tonsillectomy hemorrhage increased in male, heavy cough or sputum splitting and non-cold liquid dietary.

Conclusion: Every patient who undergo tonsillectomy should be suggested about cold liquid drinking and heavy cough or sputum splitting avoidance for 1 week after surgery, especially in male, those increased risk of post tonsillectomy hemorrhage.

Keywords : Tonsillectomy, Hemorrhage, Post-operation, Food consumption, Cough, Male gender

ความสำคัญ

ต่อมทอนซิลเป็นต่อมน้ำเหลือง ทำหน้าที่ดักจับและทำลายเชื้อโรคที่จะเข้าสู่ร่างกายทางทางเดินอาหาร ในภาวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือติดเชื้อทำให้ทอนซิลอักเสบและโตขึ้น หากทอนซิลมีการอักเสบรุนแรงและเคยมีภาวะหนองที่ข้างทอนซิล (peritonsillar abscess) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการอักเสบเรื้อรัง (chronic tonsillitis) หรือสงสัยเป็นมะเร็งจนขนาดทอนซิลโตขึ้นทำให้ทางเดินหายใจแคบลงและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ผู้ป่วยมักจะกรนเสียงดัง (snoring) หรือสะดุ้งตื่นบ่อยๆ โดยเฉพาะในเด็กหรือมีภาวะหยุดหายใจในขณะหลับ (obstructive sleep apnea) แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดทอนซิลออก^(1,2)

ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดทอนซิลที่พบได้คือ การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 2-4 อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดทอนซิลพบได้ประมาณ 1 ใน 25,000 ราย โดยสาเหตุการเสียชีวิต คือ เลือดออกจากแผลไม่หยุด ภาวะหายใจล้มเหลวและจากแผลติดเชื้อ³ การมีเลือดออกจากแผลหลังผ่าตัดทอนซิลเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ แบ่งออกเป็นสองประเภท คือ ที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดและเกิดขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่พบ 5-10 วันหลังผ่าตัดทอนซิล 3-5% ต้อง readmit ในโรงพยาบาล⁴ การมีเลือดออกในระยะแรกจะเกี่ยวข้องกับเทคนิคการผ่าตัด ในขณะที่ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการหายของแผลผ่าตัดที่ oropharyngeal เป็นสาเหตุของการมีเลือดออกในระยะหลังผ่าตัด^{5,6}

แผลผ่าตัดต่อมทอนซิล จะมีลักษณะเป็นสีขาวเหมือนแผลร้อนใน การแปรงฟันและรักษาความสะอาดของช่องปาก ไม่ใช่เสียงโดยไม่จำเป็น งดการขากเสมหะ งดกระแอมหรือไอ เพราะจะทำให้แผลผ่าตัดได้รับความเสียหาย แผลฉีกขาดมีเลือดออก หรือแผลหายช้าได้⁽¹⁾ การรับประทานอาหารหลังผ่าตัด ควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะเหลว เย็น และไม่รสจัด อาทิเช่น ไอศกรีม น้ำหวาน (ไม่ควรเติมน้ำอัดลมที่มีรสซ่าหรือเปรี้ยว) เมื่อดีขึ้นจึงเปลี่ยนเป็น อาหารอ่อน ได้แก่ ซุป โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว น้ำ ข้าวต้ม สำหรับ 1-2 สัปดาห์⁷

จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทอนซิลที่ตึกตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนมตั้งแต่ปี 2557-2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทอนซิลจำนวน 194 ราย มีผู้ป่วยที่กลับมาด้วยมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่ายจำนวน 24 ราย

readmit จำนวน 9 รายและมีผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการเสียเลือด จำนวน 4 ราย ที่ ต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดและให้เลือดทดแทน ทำให้ต้อง รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่าย เพื่อนำมาเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดทอนซิล

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา Etiognostic research แบบ Retrospective cohort

สถานที่ศึกษา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม

ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา โดยการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่าตัดทอนซิลระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2559 จากเวชระเบียน จำแนกเป็นกลุ่มที่มีเลือดออก (24 ราย) และไม่มีเลือดออก (129 ราย) คัดผู้ป่วยที่ขาดการติดตามผลการรักษาจากการวิเคราะห์ (41 ราย)

การวัดผลและวิธีการ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ขนาดของก้อนทอนซิล ผ่าตัดกี่ข้าง ระยะเวลาผ่าตัด เทคนิคการ ผ่าตัด blood loss โรคร่วม ผลHct platelet การอักเสบของต่อมทอนซิลใน 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด การได้รับยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัด อาหารที่รับประทานเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พฤติกรรมการไอและการขากเสมหะ

ตัวแปรผล ได้แก่ มีเลือดออก และ ไม่มีเลือดออก

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบกลุ่มศึกษาด้วย Exact probability test, t-test, chi-squared test และวิเคราะห์ลักษณะเสี่ยงด้วย multivariable logistic regression

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนมแล้ว

ผลการศึกษา

จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทอนซิลจำนวน 194

ราย คัดผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดที่โรงพยาบาลออก 41 ราย เหลือผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 153 ราย ลักษณะทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีเลือดออก 24 ราย กลุ่มที่ไม่มีเลือดออก 129 ราย โดยพบว่ามีความแตกต่างกัน

กลุ่มที่มีเลือดออกพบผู้ชายมากกว่าร้อยละ 66.6 กลุ่ม อายุเฉลี่ยกลุ่มที่มีเลือดออก 21 ปี เปรียบเทียบลักษณะอื่นๆ เช่น ขนาดของต่อมทอนซิล ระยะเวลาผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและลักษณะเสี่ยงทางคลินิก

ลักษณะที่ศึกษา	มีเลือดออกใน 1 สัปดาห์		ไม่มีเลือดออกใน 1 สัปดาห์		
	n=24		n=129		
	n		n		p-value
เพศ					
ชาย	16	66.6	49	37.9	0.013
หญิง	8	33.3	80	62.0	
อายุ(ปี)					
0-6	5	20.8	32	24.8	0.919
7-18	7	29.1	36	27.9	
19 ขึ้นไป	12	50.0	61	47.3	
mean ±SD	21.1	15.2	19.9	14.7	0.698
อาชีพ					
นักเรียน	9	37.5	43	33.3	0.669
เกษตรกร	4	16.6	20	15.5	
รับจ้าง	4	16.6	27	20.9	
รับราชการ	2	8.3	3	2.3	
ในปกครอง	5	20.8	31	24.0	
ค้าขาย	0	0	5	3.8	
ขนาดทอนซิล (grade) (mean± SD)	3.1	0.1	3.0	0.1	0.713
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) (mean ±SD)	33.2	14.7	29.7	11.4	0.174
เทคนิคการผ่าตัด					
monopolar	10	41.7	71	55.0	0.269
bipolar	14	58.3	58	44.9	
blood loss(ml) (mean ±SD)	22.6	20.6	17.8	16.9	0.221
โรคร่วม (DM,HT)	5	20.8	19	14.7	0.540
Platelet (cell/μL) (mean ±SD)	336,375	121,405.1	339,728.7	92,244.3	0.877
Hct (%) (mean SD)	37.1	4.5	37.1	3.6	0.977
การอักเสบของทอนซิล	7	29.2	29	22.5	0.446

รับประทานอาหารเหลวเย็น					
ไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น	12	50	2	1.6	<0.001
รับประทานอาหารเหลวเย็น	12	50	127	98.5	
การไอและชักเสมหะ					
ไอ	18	75	7	5.4	<0.001
ไม่ไอ	6	25	122	94.6	
Trauma	1	4.2	0	0.00	0.517

เปรียบเทียบกลุ่มศึกษาด้วย univariable logistic regression พบภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิล พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3.37 เท่า (95%CI=1.30-8.19,p=0.012) เกิดจากการไม่รับประทานอาหารเหลวเย็นหลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ 63.50 เท่า(95%CI=12.70-317.59,p=0.001) และพฤติกรรมกรไอและชักเสมหะแรงๆทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัด 52.29 เท่า(95%CI=15.79-173.16,p=0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะเสี่ยงที่ได้จาก univariable logistic regression

ลักษณะที่ศึกษา	OR	95%CI	p-value
ชาย	3.37	1.30-8.19	0.012
ไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น	63.5	12.70-317.59	0.001
ไอและชักเสมหะ	52.29	15.79-173.16	0.001

วิเคราะห์ลักษณะเสี่ยงด้วย multivariable logistic regression พบว่าลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิล พบในเพศชายมากกว่า 10.88 เท่า (95%CI=1.44-82.07,p=0.021) การไม่รับประทานอาหารเหลวเย็นหลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ 183.16 เท่า(95%CI=7.49-4479.18,p=0.001) และพฤติกรรมกรไอและชักเสมหะแรงๆทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัด 98.44 เท่า (95%CI=9.39-1031.6,p<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะเสี่ยงที่ได้จาก multivariable logistic regression

ลักษณะที่ศึกษา	OR	95%CI	p-value
ชาย	10.88	1.44-82.07	0.021
ไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น	183.16	7.49-4479.18	0.001
ไอและชักเสมหะ	98.44	9.39-1031.6	<0.001

อภิปราย

ผลการศึกษาลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลพบว่ามีความแตกต่างกันในกลุ่มศึกษา พบในเพศชายมากกว่าอายุเฉลี่ย 21 ปี^{6,8} เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่แข็งแรงและออกกำลังกายมากกว่า

ในส่วนของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ส่งเสริมการหายของแผล พบว่าไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น 1 สัปดาห์ และการไอและชักเสมหะโดยการชักเสมหะแรง ๆ ทำให้เกิดการอักเสบของแผล แผลแยกและเลือดออกได้ การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดมักพบใน 5-10 หลังผ่าตัดขณะที่รอยแผลที่

แพทย์จึงได้เริ่มตักสะเก็ด ปังจี้เสี่ยงได้แก่ ภาวะอากาศแห้งๆ การขาดน้ำ การรับประทานอาหารแข็ง และการออกกำลังกาย⁽⁹⁾

สาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในระยะหลังของการผ่าตัดได้แก่ ภาวะขาดน้ำ หายใจอากาศแห้งเย็นโดยเฉพาะในฤดูหนาว การออกกำลังกาย⁽⁹⁾ การติดเชื้อ⁽¹⁰⁾ ไม่พบเนื่องจากไม่มีข้อมูล

ผู้ป่วยที่คัดออก 41 รายที่ไม่ได้มาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลได้มีการติดตามจากหมายเลขโทรศัพท์ที่บ้านที่กไว้ ในเวชระเบียนและข้อมูลจากผู้ป่วยไปตรวจที่คลินิกได้ข้อมูล 19 คนแต่ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากจะเก็บข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะที่บ้านที่กไว้ในระบบ Hos Xp เท่านั้น

การวิจัยนี้เป็นการเลือกใช้แบบ retrospective cohort ได้ข้อมูลการติดตามหลังผ่าตัดที่บ้านที่กไว้ในระบบ Hos Xp ของโรงพยาบาลนครพนมจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มาก่อนนัดและมาตามนัด ส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัดไม่ได้เก็บข้อมูล ได้ข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหลังผ่าตัดของพยาบาล ไม่ได้บันทึกลักษณะของแผลผ่าตัดเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดของแพทย์แต่ละคน ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย

ข้อยุติและการนำไปใช้

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทอนซิลทุกรายควรได้รับคำแนะนำเน้นย้ำเรื่องการรับประทานอาหารเหลวเย็นให้ครบ 1 สัปดาห์ ระวังการไอหรือขับเสมหะโดยการขากแรง ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายต้องงดการออกกำลังกายหรือใช้แรงหนัก ๆ เนื่องจากเป็นลักษณะเสี่ยง นำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำผู้ป่วยในหน่วยงานและเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนงบประมาณและสถานที่ คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพนม ศ.ดร.นพ.ชยันต์ธรร ปทุมานนท์ ภาควิชาโรคบาด วิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. ปารยะ อาศนะเสน. การผ่าตัดต่อมทอนซิล[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=465>
2. เอมอร์ คชเสนี. ทอนซิลอักเสบควรผ่าตัดเมื่อใด[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: ผู้จัดการออนไลน์; 2549 เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.asp?NewsID=9490000080636>
3. ขาญชัย ชรากร. Tonsillectomy [ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: หาหมอ.com; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://haamor.com/th>
4. Ahsan F, Rashid H, Eng C, Bennett DM, Ah-See KW. Is secondary haemorrhage after tonsillectomy in adults an infective condition? Objective measures of infection in a prospective cohort. Clin Otolaryngol 2007; 32(1): 24-7.
5. Wieland A, Belden L, Cunningham M. Preoperative coagulation screening for adenotonsillectomy: a review and comparison of current physician practices. Otolaryngo Head Neck Surg 2009; 140(4): 542-7.
6. Windfuhr JP, Schloendorff G, Baburi D, Kremer B. Life-threatening posttonsillectomy hemorrhage. Laryngoscope 2008; 118(8): 1389-94.
7. Sleepgroup.com. คำแนะนำหลังผ่าตัด [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2559]. เข้าถึง ได้จาก: <http://www.sleepgroup.com/t0104/index.php?pgid=index>
8. Ali RB, Smyth D, Kane R, Donnelly M. Post-tonsillectomy bleeding. Ir J Med Sci 2008; 177(4): 297-301.
9. ENT Blog [online]. Virginia: Christopher Chang; 2015 June 3 [cited 2015 Oct 5]. Available from: <https://fauquierent.blogspot.com/2015/03/bleeding-after-tonsillectomy -pictures.html>
10. Carmody D, Vamadevan T, Cooper SM. Post tonsillectomy haemorrhage. J Laryngol Otol 1982; 96: 635-638