

## การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาของการระบายหนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิล ระหว่างการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็มและการผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่

กุลกัญญา จันทรสมบูรณ์ พ.บ.

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตำบลท่าตะเภา อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร 86000

### Comparison of Treatment Outcome between Needle Aspiration and Incision and Drainage in Management of Peritonsillar Abscess

Kunkanya Chansomboon, M.D.

Chumphon Khet Udomsak Hospital, Tha Taphao, Mueang Chumphon, Chumphon, 86000, Thailand

Corresponding Author: Kunkanya Chansomboon (E-mail: kunkanyamo@gmail.com)

(Received: 17 April, 2025; Revised: 1 August, 2025; Accepted: 13 January, 2026)

### Abstract

**Background:** Peritonsillar abscess is a common non-odontogenic deep neck infection and drainage is an effective treatment. **Objective:** To compare treatment outcome between needle aspiration and incision and drainage under local anesthesia. **Method:** Retrospective chart review of patients diagnosed peritonsillar abscess who were admitted to Chumphon Khet Udomsak Hospital between 1<sup>st</sup> January 2020 to 31<sup>st</sup> December 2024. **Result:** 67 patients were recruited, with 25 patients in the aspiration group and 42 patients in the incision group. The average length of stay was 2.52 days (1-5 days) in the aspiration group while 1.55 days (1-4 days) in the incision group ( $p < .001$ ). Overall additional drainage in this study accounted for 7/67 (10.45%), with 4/25 (16%) in aspiration group and 3/42 (7.14%) in the incision group. No significant difference in the additional intervention was found between two groups ( $p = .411$ ) **Conclusion:** Incision and drainage under local anesthesia for peritonsillar abscess provide the better result for decreasing hospital stay.

**Keywords:** Peritonsillar abscess, Needle aspiration, Incision and drainage, Length of stay

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** การติดเชื้อเป็นหนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิล เป็นการติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกที่ไม่ได้มีสาเหตุจากฟันที่พบบ่อย และการระบายหนองเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ **วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการระบายหนอง ระหว่างการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็มและการผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่ **วิธีการ:** การศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อเป็นหนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิล และรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม 2563 ถึง วันที่ 31 เดือนธันวาคม 2567 **ผล:** จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 67 ราย

แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่ 42 ราย จำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มเจาะดูดและกลุ่มผ่าเปิด คือ 2.52 วัน (1-5 วัน) และ 1.55 วัน (1-4 วัน) ตามลำดับ ( $p < .001$ ) อัตราการระบายหนองซ้ำรวมเท่ากับ 7/67 ราย (10.45%) โดยอัตราการระบายหนองซ้ำกลุ่มแรกและกลุ่มหลังเท่ากับ 4/25 ราย (16%) และ 3/42 ราย (7.14%) ตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .411$ ) **สรุป:** การระบายหนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิลด้วยการผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในเรื่องของจำนวนวันนอน

**คำสำคัญ:**หนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิล, การดูแลระบายหนองด้วยเข็ม, การผ่าเปิดระบายหนอง, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล

## Unนำ (Introduction)

การติดเชื้อเป็นหนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess) เป็น non-odontogenic deep neck infection ที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาลชุมชนเขตโรคดมศักดิ์ มีอุบัติการณ์ประมาณ 15 รายต่อปีในช่วงห้าปีล่าสุด ซึ่งหากไม่ได้มีภาวะฝีแตกออกเองตามธรรมชาติ เกือบทุกรายจะได้รับการรักษาด้วยการระบายหนอง ซึ่ง 2 วิธีหลักที่ใช้ ได้แก่ การเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็มหรือการผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ทั้งสองวิธีต่างให้ผลการรักษาที่ดี อ้างอิงจากข้อมูลตัวชี้วัดโรคสำคัญของแผนกโสต ศอ นาสิก ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2567 พบว่า เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือสองวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นและจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ มีเพียง 3 จาก 67 ราย คิดเป็น 4.48% ที่ต้องผ่าตัดระบายหนองซ้ำโดยใช้วิธีการอื่น ซึ่งทั้งสามรายนั้นเป็นผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาด้วยการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็มมาก่อน ทั้งนี้ไม่มีรายงานการทุพพลภาพหรือเสียชีวิต นอกจากนั้นข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าการระบายหนองทั้งสองวิธีมีอัตราการหายของโรคอยู่ในช่วง 82% ถึง 100%<sup>1</sup> โดยในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดอย่างชัดเจน<sup>1</sup> การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า กลุ่มผ่าเปิดระบายหนองมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่เจาะดูดระบายหนอง<sup>2-3</sup> อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในช่วงปี 2008-2012<sup>4</sup> กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบใน ค.ศ. 2016<sup>5</sup> ซึ่งวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 11 เรื่อง มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 674 ราย พบว่า ยังไม่มีหลักฐานคุณภาพสูงเพียงพอที่จะสรุปได้อย่างชัดเจนว่าแนวทางใดดีกว่ากัน และแม้ว่าการผ่าเปิดระบายหนองอาจสัมพันธ์กับโอกาสเกิดซ้ำน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม แต่เป็นหลักฐานที่คุณภาพต่ำมาก ดังนั้นเมื่อข้อมูลในการตัดสินใจว่าวิธีใดคือตัวเลือกที่ดีที่สุดนั้นยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาทั้งสองวิธี

## วัตถุประสงค์และวิธีการ (Materials and Methods)

การศึกษานี้เป็น retrospective chart review เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็มและการผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่สำหรับการระบายหนองในเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิล โดยการเปรียบเทียบจากระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (length of stay; LOS) และอัตราการทำหัตถการระบายหนองซ้ำ ในผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนเขตโรคดมศักดิ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563-31 ธันวาคม 2567 ซึ่งได้รับการวินิจฉัย peritonsillar abscess (ยืนยันวินิจฉัยด้วยหลักฐานการมีหนองบริเวณ peritonsillar space ได้แก่ พบหนองจากการทำหัตถการระบายหนองด้วยวิธีต่าง ๆ, วินิจฉัยจาก CT scan หรือหนองปะทุแตกเองออกจากบริเวณ peritonsillar space) และไม่มีอาการลุกลามของหนองเกิน peritonsillar space ตั้งแต่ initial diagnosis

วิเคราะห์ผลการวิจัยโดยการเปรียบเทียบข้อมูลของทั้งสองกลุ่มด้วย independent t-test หรือ Mann-Whitney U test กรณีที่ข้อมูลเป็น quantitative data ในขณะที่ใช้ chi-square test หรือ Fisher's exact test ในกรณีที่ข้อมูลเป็น categorical data จากนั้นวัดผล primary outcome โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย LOS ของทั้งสองกลุ่ม โดยทดสอบ normality ก่อนด้วย Shapiro-Wilk test เนื่องจากจำนวนข้อมูลมีปริมาณน้อย และวัดผล secondary outcome โดยการเปรียบเทียบอัตราการทำหัตถการเพื่อระบายหนองซ้ำระหว่างทั้งสองกลุ่ม การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมชนเขตโรคดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 035/2568

## ผล (Result)

ผู้ป่วย peritonsillar abscess เข้าเกณฑ์จำนวน 67 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผ่าเปิดระบายหนอง 42 ราย และกลุ่มดูดระบายหนอง 25 ราย อายุรวมเฉลี่ย 33.24 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น 62.69% ด้านขวาเกิดบ่อยกว่าด้านซ้าย คิดเป็น 58.21% ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์วันที่ 3 หลังจากเริ่มมีอาการเจ็บคอ กลุ่มผ่าระบายหนองได้รับการรักษาด้วย

systemic steroid ร่วมด้วย 78.57% ขณะที่กลุ่มดูดระบาย หนองไม่ได้รับ systemic steroid ร่วมด้วยเลย ในเรื่องของ LOS พบว่า 79% ของผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะวันนอนไม่เกิน 2 วัน จำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มดูดระบายหนอง และกลุ่ม ผ่าระบายหนอง คือ 2.52 วัน (1-5 วัน) และ 1.55 วัน (1-4 วัน) ตามลำดับ (p < .001) (ตารางที่ 1) (แผนภูมิที่ 1) อัตราการ ระบายหนองซ้ำรวมสองกลุ่มคิดเป็น 7/67 ราย (10.45%) เกือบทั้งหมดทำซ้ำอีก 1 ครั้ง มีเพียง 1 รายที่ต้องทำซ้ำอีก 2 ครั้ง ทั้งนี้อัตราการระบายหนองซ้ำของกลุ่มดูดระบายหนอง และกลุ่มผ่าระบายหนอง เท่ากับ 4/25 ราย (16%) และ 3/42 ราย (7.14%) ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p = .411) (ตารางที่ 1) ข้อมูลอาการและอาการแสดงพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีอาการเจ็บคอ แต่มีไข้เพียง 72% ไม่พบภาวะ แทรกซ้อนในผู้ป่วยที่คัดเข้างานวิจัยนี้ ทั้งนี้มี 1 รายที่เข้าเกณฑ์

คัดออกไปก่อน เนื่องจากมี parapharyngeal extension ผู้ป่วยทุกรายก่อนกลับบ้าน จะไม่มีไข้ เจ็บคอลดลง กินได้เพียงพอและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

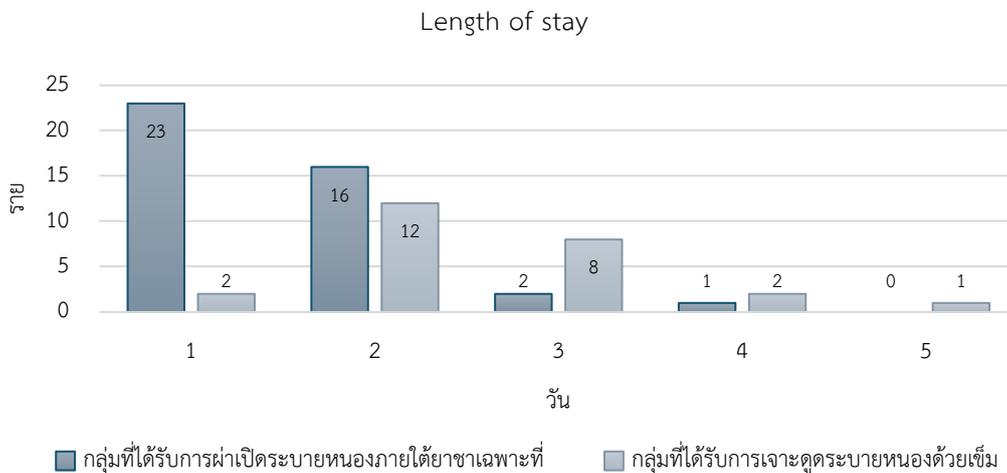
กลุ่มเชื้อก่อโรคที่ได้พบบ่อย ได้แก่ Streptococcal species และ Gram negative organism อื่น ๆ เช่น klebsiella pneumoniae โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน แต่เนื่องจากห้องปฏิบัติการไม่สามารถเพาะเชื้อกลุ่ม anaerobe ได้ จึงหาความชุกของเชื้อก่อโรคกลุ่มนี้ไม่ได้ ยาปฏิชีวนะหลัก คือ Amoxicillin/clavulanate มีการใช้ 49/63 (73.13%) ตัวเลือกอื่น ๆ ได้แก่ Clindamycin, Levofloxacin และ Ceftriaxone ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เบาหวาน มักจะใช้ยาที่ครอบคลุมเชื้อ gram negative ด้วย เช่น Clindamycin ร่วมกับ Ceftazidime หรือ Ceftriaxone

**ตารางที่ 1** เทียบผลลัพธ์ระหว่างการผ่าตัดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่และการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม

	กลุ่มที่ผ่าตัดระบาย หนองภายใต้ยาชา เฉพาะที่	กลุ่มที่เจาะดูด ระบายหนอง ด้วยเข็ม	p-value	รวม
จำนวนผู้ป่วย (ราย)	42	25		67
อายุ (ปี)				
Mean±SD	32.64±16.33	34.24±12.88	.517 <sup>s</sup>	33.24±15.05
Range	9-76	18-68		9-76
Median (IQR)	31.5 (19.25, 41)	32 (25, 44)		32 (22, 42.5)
เพศ			.082 <sup>†</sup>	
หญิง	19 (45.24%)	6 (24%)		25 (37.31%)
ชาย	23 (54.76%)	19 (76%)		42 (62.69%)
ด้าน			.005 <sup>†*</sup>	
ขวา	19 (48.72%)	20 (82.14%)		41 (58.21%)
ซ้าย	23 (51.28%)	5 (17.86%)		26 (41.79%)
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บคอจนมา				
โรงพยาบาล (วัน)				
Mean±SD	3.67±1.84	4.28±1.86	.174 <sup>s</sup>	3.9±1.86
Range	1-10	2-9		
Median (IQR)	3 (3, 4.75)	4 (3, 5)		3 (3, 5)
เบาหวาน (ราย)	1 (2.38%)	3 (12%)	.143 <sup>†</sup>	4 (5.97%)
ได้รับการรักษาด้วย ยาสเตรอยด์ชนิด				
ออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (ราย)	33 (78.57%)	0	< .001 <sup>†*</sup>	33 (49.25%)

	กลุ่มที่ผ่าตัดระบาย หนองภายใต้ยาชา เฉพาะที่	กลุ่มที่เจาะดูด ระบายหนอง ด้วยเข็ม	p-value	SCM
<b>ระยะเวลาอนโรงพยาบาล(วัน)</b>				
Mean±SD	1.55 ± 0.71	2.52 ± 0.92	< .001 <sup>§*</sup>	1.91 ± 0.92
Range	1-4	1-5		
Median (IQR)	1 (1, 2)	2 (2, 3)		2 (1, 2)
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการซ้ำ (ราย)	3 (7.14%)	4 (16%)	.411 <sup>‡</sup>	7 (10.45%)
<b>ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ เช่น เลือด ออกมาก</b>				
	0	0		

§ Mann-Whitney U test, † Chi-square test, ‡ Fisher's exact test



**แผนภูมิที่ 1** แสดงระยะเวลาอนโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่และกลุ่มที่ได้รับการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม

**ตารางที่ 2** แสดงข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 7 ราย ที่ได้รับการระบายหนองซ้ำ

ผู้ป่วย รายที่	หัตถการเริ่มต้น	จำนวนการระบายหนอง ซ้ำด้วยวิธีผ่าตัดระบาย หนองภายใต้ยาชา เฉพาะที่ (ครั้ง)	จำนวนการระบายหนอง ซ้ำด้วยวิธีเจาะดูด ระบายหนอง ด้วยเข็ม (ครั้ง)	จำนวน การระบายหนอง ทั้งหมด (ครั้ง)
1	ผ่าตัดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่	1	0	2
2	เจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม	0	1	2
3	ผ่าตัดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่	1	0	2
4	เจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม	1	0	2
5	ผ่าตัดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่	1	0	2
6	เจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม	1	1	3
7	เจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม	1	0	2

เนื่องจากทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วย systemic steroid ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหากพิจารณาว่าการให้ systemic steroid อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่แท้จริง ผู้วิจัยจึงทำเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มผ่าตัดระบายหนองที่ไม่ได้รับ systemic steroid กับกลุ่มเจาะดูดระบายหนอง พบว่า

ผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยวันนอนของกลุ่มผ่าตัดระบายหนองยังสั้นกว่ากลุ่มดูดระบายหนองประมาณ 1 วัน ( $p < .004$ ) ในขณะที่การระบายหนองซ้ำของทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน ( $p = .554$ ) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เียบผลลัพธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองภายใต้ยาเฉพาะที่และกลุ่มที่ได้รับการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม

	กลุ่มที่ผ่าตัดระบายหนองภายใต้ยาเฉพาะที่ซึ่งไม่ได้รับยาสเตียรอยด์	กลุ่มที่เจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม	p-value
จำนวนผู้ป่วย (ราย)	9	25	
อายุ (ปี)			
Mean±SD	43.67±18.83	34.24±12.88	.122 <sup>§</sup>
Range	12-76	18-68	
Median (IQR)	41 (33, 53)	32 (25, 44)	
เพศ (ราย)			.395 <sup>‡</sup>
หญิง	5 (56%)	6 (24%)	
ชาย	4 (44%)	19 (76%)	
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บคอจนมาโรงพยาบาล (วัน)			
Mean±SD	3.11±0.93	4.28±1.86	.087 <sup>§</sup>
Range	2-5	2-9	
Median (IQR)	3 (3, 3)	4 (3, 5)	
เบาหวาน (ราย)	1	3	1.00 <sup>‡</sup>
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการซ้ำ (ราย)	0	4 (16%)	.554 <sup>‡</sup>
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)			
Mean±SD	1.56±0.53	2.52±0.92	< .004 <sup>§*</sup>
Range	1-2	1-5	
Median (IQR)	2 (1, 2)	2 (2, 3)	

§ Mann-Whitney U Test, ‡ Fisher's exact test

## วิจารณ์ (Discussion)

Peritonsillar abscess คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นบริเวณ peritonsillar space บริเวณดังกล่าวอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มต่อมทอนซิล (palatine tonsil capsule), tonsillar pillars และ superior pharyngeal constrictor muscle สามารถเกิดได้กับทุกช่วงวัย แต่จะพบมากในกลุ่มประชากรวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>6-9</sup> ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของงานวิจัยนี้ ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บคอข้างใดข้างหนึ่ง

อย่างรุนแรง อาการจะค่อย ๆ รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ 3-6 วัน<sup>7</sup> การศึกษาในประเทศบราซิลเก็บข้อมูลผู้ป่วย 101 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาจากเริ่มมีอาการจนมาพบแพทย์ คือ 8 วัน (2-20 วัน)<sup>6</sup> งานวิจัยนี้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เร็วกว่าค่าเฉลี่ยประมาณ 4 วัน การรักษาหลักประกอบด้วย การระบายหนองและการให้ยาปฏิชีวนะ แม้ว่าเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่จะเป็น Streptococcus species แต่ซึ่งไม่ดื้อต่อ penicillin แต่ด้วยความกังวลถึงโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อ

แบบ polymicrobial ซึ่งมากกว่า 50% จะติดต่อ penicillin ทำให้แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะ first-line จะเป็นยาที่ออกฤทธิ์ broad-spectrum<sup>10</sup> ครอบคลุมไปยังเชื้อกลุ่ม anaerobes ด้วย ตัวอย่างยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่ระบบภูมิคุ้มกันปกติ เช่น Clindamycin 600 mg IV q6h<sup>7,11-13</sup> หรือ Amoxicillin/clavulanate<sup>7, 11</sup> เป็นต้น สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจพิจารณาเป็นการให้ Cefotaxime 2 g IV q6h หรือ Ceftriaxone 1 g IV q12h ร่วมกับ Metronidazole 0.5 g IV q6h และ Vancomycin 1 g IV q12h<sup>12</sup> โดยทั่วไปจะบริหารยาในรูปแบบ parenteral ไปจนกว่าใช้จะลงและอาการดีขึ้นจึงจะเปลี่ยนเป็นแบบกิน โดยมีตัวเลือก คือ amoxicillin-clavulanate (875 mg orally วันละสองเวลา เป็นเวลา 10 วัน) หรือ clindamycin (300 to 450 mg สี่เวลาต่อวัน เป็นเวลา 14 วัน)<sup>13-14</sup> ทั้งนี้การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะของงานวิจัยนี้สอดคล้องไปกับแนวทางข้างต้น โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ระบบภูมิคุ้มกันปกติมักจะเลือก Amoxicillin/clavulanate

การระบายหนองในปัจจุบันมีทั้งหมด 3 วิธี ได้แก่ การเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็ม (aspiration), การผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่ (incision and drainage), และการผ่าตัดต่อมทอนซิลระหว่างที่ติดเชื้อ (immediate tonsillectomy)<sup>8</sup> การเลือกจะวิธีการใดนั้นสามารถพิจารณาได้จากข้อดี ข้อเสีย รวมถึงข้อจำกัดของแต่ละวิธี โดยการเจาะดูดระบายหนองด้วยเข็มและการผ่าตัดเปิดระบายหนองโดยการใส่ยาชาเฉพาะที่ต่างเป็นหัตถการไม่ซับซ้อน ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ทำได้เร็ว ค่อนข้างปลอดภัย โดยการดูดระบายหนองจะช่วยทั้งการวินิจฉัยและรักษา<sup>11</sup> ผู้ทำหัตถการอาจเป็นแพทย์แผนกฉุกเฉินได้<sup>8</sup> ทั้งนี้อาจพิจารณาเป็นหัตถการแรกในการระบายหนอง<sup>8</sup> แต่ข้อเสียคือโอกาสเกิดผลลบลงจากการดูดไม่ได้หนอง ทำให้วินิจฉัยผิดเป็น peritonsillar cellulitis<sup>8</sup> ขณะที่การผ่าเปิดระบายหนองโดยการใส่ยาชาเฉพาะที่ ผู้ทำหัตถการควรเป็นแพทย์ที่มีความเข้าใจกายวิภาคบริเวณคอหอยเป็นอย่างดี เนื่องจากบริเวณนั้นประกอบด้วยอวัยวะสำคัญ ได้แก่ cranial nerves และ carotid artery<sup>11</sup>

หากเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียระหว่าง การเจาะดูดระบายหนองและการผ่าเปิดระบายหนอง พบว่าการเจาะดูดระบายหนองมีแนวโน้มที่จะเกิดความเจ็บปวดจากการทำหัตถการน้อยกว่า<sup>5, 8</sup> ขณะที่การผ่าระบายหนองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า<sup>2</sup> และมีแนวโน้มของการ

ผ่าตัดระบายหนองน้อยกว่า<sup>2</sup> การเลือกระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเป็น primary outcome เพราะเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ดีที่สุดที่แสดงให้เห็นถึงการหายจากโรคและความสำเร็จของการรักษา<sup>2</sup> การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า กลุ่มผ่าเปิดระบายหนองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่เจาะดูดระบายหนอง โดยงานวิจัย observational retrospective review ที่ประเทศฝรั่งเศส<sup>2</sup> ศึกษาผู้ป่วย 182 ราย อายุตั้งแต่ 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัย peritonsillar abscess พบว่า LOS ของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ระหว่าง 1-7 วัน (ค่าเฉลี่ยคือ 2.7 วัน) โดยกลุ่มที่ดูดระบายหนองมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 3.0 วัน ในขณะที่กลุ่มผ่าระบายหนองมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 2.0 วัน ( $p = .009$ ) สอดคล้องกับการศึกษา<sup>3</sup> ใน ค.ศ. 2010-2012 พบว่า กลุ่มที่ดูดระบายหนองมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 3.43 วัน และกลุ่มผ่าระบายหนองมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 2.29 วัน ( $p = .0013$ ) อย่างไรก็ตามงานวิจัยในช่วง ค.ศ. 2008-2012<sup>4</sup> ศึกษาผู้ป่วย 110 ราย กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของระยะเวลาการนอนรักษาที่โรงพยาบาล โดยกลุ่มที่ดูดระบายหนองมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 4.4 วัน และกลุ่มผ่าเปิดระบายหนองมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 4.6 วัน เบื้องต้นจากการศึกษาก่อนหน้าจะสรุปได้ว่า กลุ่มผ่าระบายหนองมีแนวโน้มที่ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลไม่นานกว่ากลุ่มที่เจาะดูดระบายหนอง สอดคล้องไปกับข้อมูลจากการศึกษานี้ โดยผู้ป่วยกลุ่มผ่าระบายหนองจะสามารถกลับบ้านได้เร็วกว่าอีกกลุ่มประมาณ 1 วัน ทั้งนี้มีจุดที่น่าสนใจคือหากเปรียบเทียบกับสองงานวิจัยที่กล่าวข้างต้น<sup>2-3</sup> เมื่อเลือกการระบายหนองด้วยวิธีเดียวกัน การศึกษานี้มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะได้กลับเร็วขึ้นประมาณ 0.5-1 วัน ทั้งนี้เงื่อนไขของผู้วิจัยก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ คือ ผู้ป่วยไม่มีไข้ อาการเจ็บคอ และกลืนเจ็บน้อย อย่างน้อยสามารถกินอาหารอ่อนและน้ำได้ เสียงพูดเป็นปกติหรือเกือบปกติ (หากเดิมมี muffle voice) อ้าปากได้กว้างปกติหรือเกือบปกติ และ anterior pillar ยุบ บวมลง ไม่บวมตึง ในส่วนของการทำหัตถการระบายหนองเพิ่มเติม (Initial success rate, Proportion of patients needing repeat intervention, recurrence rate) มีการศึกษา evidence-based review<sup>15</sup> ใน ค.ศ. 2003 พบ 3 การศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบ ซึ่งในแต่ละการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ของทั้งสองวิธีไม่ต่างกัน โดย initial success rate ใกล้เคียงกันที่ประมาณ 90% ทั้งนี้ เมื่อนำเอาข้อมูลจากทั้ง 3 การศึกษามารวมเข้าด้วยกันเพื่อทำการวิเคราะห์ที่ใหม่ก็ยังไม่สามารถ

แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้เนื่องจากความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มน้อย และจำนวน sample size ไม่เพียงพอ แต่การศึกษาที่ประเทศฝรั่งเศส<sup>2</sup> กลุ่มที่เจาะดูดูระบายหนองด้วยเข็มมีการทำหัตถการซ้ำถึง 46.3% ในขณะที่กลุ่มผ่าเปิดระบายหนองมีการทำหัตถการซ้ำ 10% ( $p = .0001$ ) เบื้องต้นสรุปได้ว่า กลุ่มผ่าเปิดระบายหนองอาจมีแนวโน้มในการทำหัตถการซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ดูระบายหนอง ซึ่งการวิจัยนี้จะสอดคล้องไปกับ review<sup>15</sup> ใน ค.ศ. 2003 คือ พบว่ากลุ่มผ่าเปิดระบายหนองมีแนวโน้มในการทำหัตถการซ้ำน้อยกว่ากลุ่มเจาะดูระบายหนอง อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้

สำหรับการให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ เนื่องจากยากลุ่มสเตียรอยด์มีคุณสมบัติในการลดวมและบรรเทาการอักเสบ การให้ยา corticosteroid single dose ทางกล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ (Methylprednisolone, 2-3 mg/kg เพิ่มขนาดได้ถึง 250 mg หรือ Dexamethasone 10 mg) จะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น<sup>10</sup> เมื่อพิจารณาจากระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่าและอาการปวดหายเร็วกว่า<sup>10</sup> สามารถรับประทานอาหารเหลวในช่วง 12-24 ชั่วโมงได้ตีมากกว่า แม้ว่าหลังจาก 48 ชั่วโมงทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน<sup>10</sup> ดังนั้น เมื่อพิจารณาว่า systemic steroid อาจส่งผลดีที่แท้จริง ผู้วิจัยจึงทำเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มผ่าระบายหนองที่ไม่ได้รับ systemic steroid กับกลุ่มดูระบายหนอง

พบว่า systemic steroid ไม่ได้ส่งผลดีทั้ง primary และ secondary ในงานวิจัยนี้

การวิจัยนี้อาจไม่ได้ให้ข้อสรุปที่แตกต่างไปจากงานวิจัยก่อนหน้า แต่มีข้อมูลที่อาจนำไปต่อยอด เกี่ยวกับปัจจัยที่งานวิจัยนี้มีแนวโน้มที่ LOS สั้นกว่า โดยปัจจัยที่เป็นไปได้ซึ่งอาจส่งผลดังกล่าว อาทิเช่น ความแตกต่างของแต่ละสถาบันเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้, ความแตกต่างของระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บคอจนมาพบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้โรครมีความรุนแรงไม่เท่ากัน หรือการรักษาอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อผลการรักษา เป็นต้น

## ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษานี้เป็น retrospective study จึงไม่มีเกณฑ์ในการเลือกว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะใช้การระบายหนองด้วยวิธีใด โดยทั่วไปจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ที่ทำการรักษา สำหรับผลของการรักษาในด้านอื่น ๆ เช่น การเปรียบเทียบคะแนนความปวดที่เกิดจากการทำหัตถการพบว่าไม่มีข้อมูลบันทึกไว้

## สรุป (Conclusion)

การระบายหนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกข้างต่อมทอนซิลด้วยการผ่าเปิดระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในเรื่องของจำนวนวันนอน

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. Klug TE. Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess. *Dan Med J* 2017;64(3):B5333.
2. Mansour C, De Bonnecaze G, Mouchon E, Gallini A, Vergez S, Serrano E. Comparison of needle aspiration versus incision and drainage under local anaesthesia for the initial treatment of peritonsillar abscess. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2019;276(9):2595–601.
3. Khan MI, Iqbal K, Marwat M. Peritonsillar abscess: comparison of outcome of incision and Drainage versus needle aspiration. *Gomal J Med Sci* 2012;10(2):205–8.
4. Chi TH, Yuan CH, Tsao YH. Comparison of needle aspiration with incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *WIMJ Open* 2014;1:11–3.
5. Chang BA, Thamboo A, Burton MJ, Diamond C, Nunez DA. Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12(12):CD006287.
6. Brito TP, Hazboun IM, Fernandes FL, Bento LR, Zappellini CEM, Chone CT, et al. Deep neck abscesses: study of 101 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2017;83(3):341–8.

## เอกสารอ้างอิง (References)

7. Long B, Gottlieb M. Managing peritonsillar abscess. *Ann Emerg Med* 2023;82(1):101–7.
8. Riviello RJ. Chapter 63 - Otolaryngologic Procedures. In: Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine and Acute Care. 7th ed. Amsterdam: Elsevier; 2018.
9. Klug TE, Rusan M, Fursted K, Ovesen T. Peritonsillar abscess: complication of acute tonsillitis or weber's glands infection? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2016;155(2):199–207.
10. Galoto NJ. Peritonsillar abscess. *Am Fam Physician* 2017;95(8):501-6.
11. Zenga J, Harris MS. Chapter 16: Otolaryngology: Head and Neck Surgery. In: Current Diagnosis & Treatment: Surgery. 15th ed. Columbus: McGraw Hill; 2020.
12. Chow AW. Chapter 76: LifeThreatening Infections of the Head, Neck, and Upper Respiratory. In: Hall, Schmidt and Wood's Principles of Critical Care. 5th ed. Columbus: McGraw Hill; 2023.
13. Black DL, Sears R. Peritonsillar abscess. *JAAPA* 2024;37(1):1–2.
14. Flint PW, Hillel A. Chapter 397: Throat Disorders. In: Goldman-Cecil Medicine. 27th ed. Amsterdam: Elsevier; 2023. p. 2648-53.
15. Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128(3):332-43.