

การศึกษาผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มารับการรักษา (ผ่าตัด) ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า (ประสบการณ์ 4 ปี)

กชกร หะวรารักษ์ พ.บ

The Study of Nasolacrimal duct Obstruction Patients Treated at Takuapa Hospital, 4 years' experience

Abstract

To determine the age, symptoms, duration of symptoms, site of eye, day of hospital stay, and success rate in nasolacrimal duct obstruction at Takuapa Hospital. This is a retrospective descriptive study. The author reviewed medical records of all nasolacrimal duct obstruction patients treated at Takuapa Hospital from December 2012 to December 2016. During the study period, 47 nasolacrimal duct obstruction patients were treated with endoscopic dacryocystorhinostomy at Takuapa Hospital. All patients were male 11 patients female 36 patients. The common age group was 70-80 years old (13 patients, 27.66%). Most patients came with epiphora. Duration of symptom was more than 1 week (38 patients, 80.85%). The site of eye was found almost equally in both sides with post sac obstruction. Duration of hospital stay about 3 days. Success rate was 91.49% with 4 patients failure surgery. Risk factor of surgical outcome was duration of symptom and technique of surgery (mucosal flap, microdebrider and stent instrument)

Kodchakorn Hararuk, MD.
Otolaryngologist
Takuapa hospital,
Phangnga province

วารสารวิชาการแพทย์ ; 31
เขต 11 2560
Reg Med J 2017 : 317 - 323

Keywords : Nasolacrimal duct obstruction, Endoscopic dacryocystorhinotomy, Success rate, Failure treatment

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มารับการรักษาผ่าตัดผ่านกล้อง ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า โดยศึกษาเรื่องอายุอาการแสดงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งมาพบแพทย์ ตำแหน่งที่เป็นโรค เทคนิควิธีการผ่าตัด วันนอนโรงพยาบาล และความสำเร็จในการผ่าตัดเป็น การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยทบทวนเวชระเบียน และประวัติผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่เข้ามารับการรักษา ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2559 เป็นเวลาทั้งหมด 4 ปี มีจำนวนผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มารับการรักษาทั้งสิ้น 47 ราย เพศชาย 11 ราย เพศหญิง 36 ราย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 71 ถึง 80 ปี มีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 27.66) ผู้ป่วยส่วนมากมาพบแพทย์เนื่องจากน้ำตาไหลมากกว่าปกติโดยพบบริเวณตาข้างซ้ายและข้างขวาในจำนวนที่เกือบเท่ากัน และเป็นท่อน้ำตาอุดตันส่วนปลายระยะเวลาในการมาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะมากกว่าหนึ่งอาทิตย์ หรือเป็นเรื้อรัง 38 ราย (ร้อยละ 80.85) จำนวนวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 3

วันโดยผลการรักษาสำเร็จร้อยละ 91.49 มีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 8.51) ที่ผ่าตัดแล้วไม่ประสบความสำเร็จ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัด คือ ระยะเวลาของโรคที่เป็นและมาพบแพทย์ซึ่งพบว่าถ้ามาเร็วผลการผ่าตัดสำเร็จสูง และเทคนิคในการผ่าตัดซึ่งใช้ในการรักษาแต่ละรายแตกต่างกันขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ผ่าตัด

คำรหัส : ท่อน้ำตาอุดตัน การผ่าตัดท่อน้ำตาผ่านกล้อง ผลสำเร็จ การผ่าตัดไม่สำเร็จ

*โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

Original Articles

นิพนธ์ฉบับ

บทนำ

ผู้ป่วยหลายท่านส่งต่อมาจากจักษุแพทย์ด้วยปัญหาน้ำตาไหลจากขอบตาอยู่ตลอดเวลา แม้ว่าอาการจะไม่ได้ร้ายแรงทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต แต่ก็สร้างความรำคาญให้คนไข้อย่างมาก ในบางรายเกิดปัญหาติดเชื้อซ้ำซ้อนเกิดเป็นก้อนหนองอักเสบที่หัวตาทำให้เกิดความทรมานในการใช้ชีวิตและการอยู่ในสังคม เนื่องจากเป็นจุดที่ใกล้ชิดตาที่คนเราต้องมองเห็นกันอยู่ทุกวัน ปัญหาแบบนี้ทางการแพทย์เรียกว่า “อาการน้ำตาไหลริน” (epiphora) สาเหตุมีได้หลายประการ แตกต่างกันไปตามตำแหน่ง และอายุ

ตามโครงสร้างของท่อน้ำตา ระบบท่อน้ำตาจะเริ่มจากรูเล็กๆ ที่หัวตาซึ่งมีสองรู (punctum จุดที่ 1) ด้านบนหนึ่งและด้านล่างหนึ่ง หากคนไข้ลองพลิกเปลือกตาล่างดูก็จะเห็นได้ โดยน้ำตาที่ถูกสร้างขึ้นมาท้ายสุดจะถูกระบายออกทางรูนี้ ส่วนใหญ่ประมาณ 75% จะไหลเข้าทางรูด้านล่างที่เหลือจะเข้าไปที่รูบน เมื่อน้ำตาผ่านรูนี้ได้ก็จะผ่านทางท่อน้ำตาเล็กๆ (canaliculus) ซึ่งบนล่างจะไปเจอกันเรียกตำแหน่งนี้ว่า common canaliculus จากนั้นน้ำตาก็จะเทเข้าที่ถุงน้ำตา (lacrimal sac จุดที่ 2) แล้วไหลต่อลงไปตามท่อที่ฝังอยู่ในกระดูกตามแนวโพรงจมูก (nasolacrimal duct จุดที่ 3) สุดท้ายจะผ่านวาล์วปลายทาง (Hasner valve จุดที่ 4) แล้วออกสู่โพรงจมูก ถ้าในคนปกติที่ไม่ได้เป็นโรคเราจะกลืนน้ำตาที่ไหลจากตาเข้าจมูกลงคอโดยที่เราไม่รู้ตัว แต่เมื่อไรที่เราหยอดยาตาบางอย่าง หรือรู้สึกเศร้าแล้วมีน้ำตาเอ่อที่ตา เราจะสามารถรู้สึกได้ถึงปริมาณที่น้ำไหลเข้าจมูกแล้วลงคอ หากเป็นยากี่อาจรับรู้ได้ถึงรสขมๆ เป็นต้น คราวนี้อาการน้ำตาไหลรินที่ว่านี้สามารถเกิดขึ้นได้หากจุดใดจุดหนึ่งในระบบนี้เกิดอุดตันขึ้นมา เราเรียกโรคนี้ว่า “โรคท่อน้ำตาอุดตัน” (Nasolacrimal duct obstruction)



รูปที่ 1 โครงสร้างของท่อน้ำตา

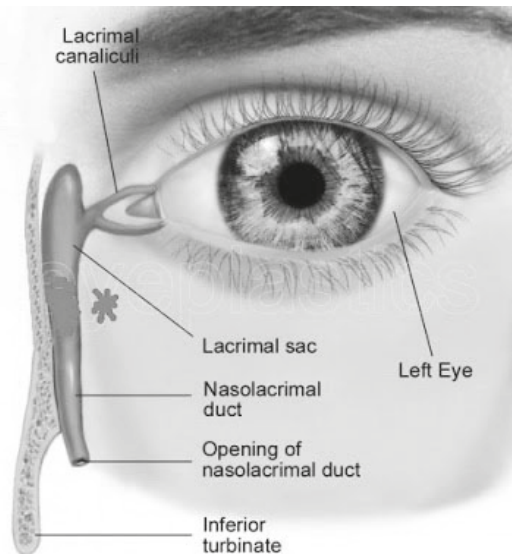
ในคนที่มีภาวะน้ำตาไหลรินนี้ ถ้าเป็นเด็กแรกเกิดปัญหาหลักมักอยู่ที่วาล์วด้านล่างที่ในจมูก (Hasner valve) ไม่ยอมเปิด จักษุแพทย์ก็จะให้νωดถุงน้ำตา และรีดเพื่อให้มีแรงดันไปเปิดวาล์วนี้ได้ หากไม่หายก็จะทำการแยงด้วยอุปกรณ์เล็กๆ (Bowman probe) เพื่อเปิดวาล์วที่วาล์วนี้ แต่หากเป็นคนที่มายุจะแบ่งเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มหลังต่อถุงน้ำตา (Post-sac) ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของคนไข้โรคนี้ โดยปัญหามักเป็นการอุดตันของท่อน้ำตาส่วนที่อยู่ในกระดูก (nasolacrimal duct) ที่ต่อมาจากถุงน้ำตา สาเหตุอาจเป็นเพราะเคยติดเชื้อซ้ำซ้อนทำให้เนื้อเยื่อของท่อน้ำตาเกิดการอักเสบจนตันในที่สุด และนี่เป็นปัญหาที่คนไข้จะถูกส่งต่อมาพบแพทย์หู คอ จมูก อีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นส่วน

น้อยคือกลุ่มที่อุดตันก่อนที่จะถึงถุงน้ำตา (Pre-sac) ซึ่งเป็นส่วนตั้งแต่วัดเปิดท่อน้ำตาที่หัวตา (punctum) ต่อกันไปยังท่อเล็กๆ ที่ด้านบน หรือล่าง (superior/inferior canaliculus) กลุ่มนี้เช่นกันคือมาจากการอักเสบของเยื่อบุตา เช่นตาแดง จากเยื่อบุตาอักเสบบ่อยๆ หรือการใช้ยาหยอดตาโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาลดความดันของต้อหิน ซึ่งพบว่ายาหยอดดังกล่าวมีส่วนทำให้เกิดการหนาตัวของเยื่อบุตา และอาจเกิดการอุดตันของท่อได้ในที่สุด^{1,2}

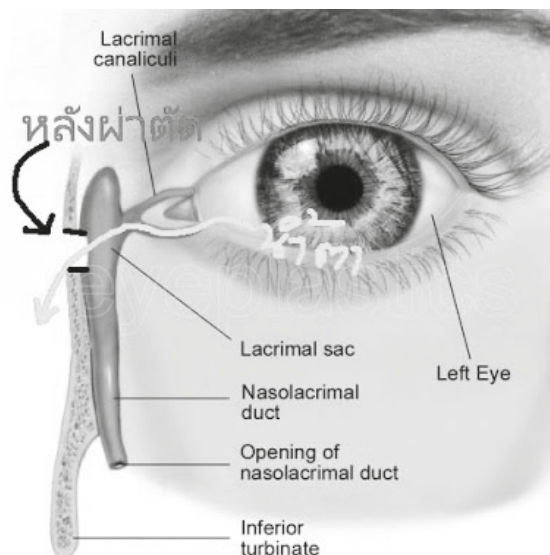
การที่เราจะรู้ว่คนไข้มีการอุดตันอยู่ตรงไหน จำเป็นต้องถามประวัติ และตรวจร่างกาย แต่สิ่งที่พอจะใช้แยกได้คือ หากการอุดตันอยู่ที่ถุงน้ำตาเป็นต้นไป มักพบว่ามีขี้ตาคนไข้จะเยอะเนื่องจากจะสัมพันธ์กับการติดเชื้อ แต่หากการอุดตันอยู่ที่รูเปิดท่อน้ำตา พบว่าจะไม่มีขี้ตา หรือการรีดถุงน้ำตาเพื่อดูว่ามีหนองออกจากรูเปิดท่อน้ำตาที่หัวตา (mucopurulent reflux) บอกให้รู้ว่าเป็นการอุดตันที่อยู่หลังถุงน้ำตา (Post-sac) และการทดสอบคือการเอาอุปกรณ์แยงท่อน้ำตาแยงเข้าทางรูเปิดท่อน้ำตา แล้วดูว่าเกิดการต้านแบบใด (soft stop/hard stop) จากนั้นอาจจะมีการฉีดน้ำล้างเพื่อดูลักษณะและตำแหน่งของน้ำที่ออกมาว่าแบบใด ซึ่งจะช่วยให้วินิจฉัยว่าจุดอุดตันนั้นน่าจะเป็นที่ไหน หากว่าออกที่รูเดียวกันและไม่พบสีแปลว่าเป็นจุดที่ canaliculi ก่อนถึง common canaliculus หากออกที่ punctum ผั่งตรงข้าม และไม่มีสี แปลว่าจุดอุดตันอยู่ที่บริเวณ common canaliculus หากออกผั่งตรงข้ามและมีสีแดง แปลว่าเป็นการอุดตันที่ท่อน้ำตาส่วนที่อยู่ในกระดูก³ ซึ่งทางโรงพยาบาลตะกั่วป่า จักษุแพทย์จะใช้วิธีนี้ในการวินิจฉัยและส่งต่อพบแพทย์หู คอ จมูก

ขั้นตอนการรักษาของโรคนี้ในปัจจุบันเราทำผ่าตัดผ่านกล้องที่เข้าทางรูจมูก (Endoscopic approach) แล้วต่อออกสู่ภายนอกทางจอด้านนอก ขณะที่ผ่าตัดแพทย์ก็ดูทางจอภาพที่เป็นภาพขยาย จึงชัดเจนและปลอดภัย หลักการคือ มันทันที่ท่อน้ำตาล่าง ก็จะผ่าตัดเปิดช่องต่อจากถุงน้ำตา เข้ามาที่โพรงจมูกโดยตรงโดยไม่ต้องให้น้ำตาไหลไปที่วาล์วด้านล่าง วิธีการนี้แพทย์จะเรียกว่า Endoscopic Dacryocystorhinostomy (Endo DCR) ระหว่างผ่าตัดต้องดมยาสลบ และไม่มีแผลเป็นใดๆ เนื่องจากเป็นการผ่าเข้าทางรูจมูกโดยไม่มีการกรีดแผลบนใบหน้าและดวงตา ตรงนี้เป็นจุดสำคัญเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเก่า ที่จำเป็นต้องเปิดแผลที่บริเวณใกล้หัวตา แล้วตอกกระดูกทะลุเข้าไป

ในโพรงจมูก จึงต้องมีแผลเป็นที่ใกล้หัวตาผากไว้เสมอ ในขณะที่การผ่าตัดทั้งสองแบบให้ผลการรักษาที่ดีมากทั้งคู่ คือโอกาสสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ดังนั้นวิธีการผ่าแบบใหม่จึงได้รับการยอมรับทั้งจากจักษุแพทย์เอง และแพทย์หู คอ จมูก ในการใช้เป็นการผ่าตัดหลักในการรักษาครับ (Treatment of choices) สำหรับผลลัพธ์ระยะยาวที่ 5 ปี พบว่าก็ยังคงสำเร็จสูงมากอยู่ครับ คือมากกว่าร้อยละ 90⁴



รูปที่ 2 จุดตีบตันที่ท่อในกระดูกของจมูก ทำให้น้ำตาเอ่อริน (*)



รูปที่ 3 หลังผ่าตัดเรียบร้อย น้ำตาจะไหลบายพาสลงสู่จมูกโดยตรง ไม่ผ่านท่อน้ำตา

โรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา มีผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันมารักษาผ่าตัดปีละประมาณ 10 รายและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มารักษาที่โรงพยาบาลตะกั่วป่าได้รับการรักษาผ่าตัดผ่านกล้อง(Endo DCR)รวมทั้งสิ้น 47 ราย ประสพการณ์ 4 ปีเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า เกี่ยวกับช่วงอายุอาการ ตำแหน่งที่เป็นระยะของโรคที่เป็นวันนอนโรงพยาบาลและผลการผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลรักษาโรคท่อน้ำตาอุดตันของโรงพยาบาลต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ ช่วงอายุ อาการ ตำแหน่งที่เป็น ระยะของโรคที่เป็น ลักษณะการผ่าตัด วันนอนโรงพยาบาล และผลการผ่าตัด
2. ลักษณะตัวโรค และวิธีการผ่าตัด สัมพันธ์กับผลการผ่าตัดหรือไม่ซึ่งนำมาเพื่อการวางแผนการรักษาต่อไป
3. ระยะเวลาของการเป็นโรคจนถึงการกลับเป็นซ้ำ สัมพันธ์กับตัวโรคอย่างไร

วิธีการศึกษา

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง(retrospective descriptive study) โดยทบทวนเวชระเบียนและประวัติผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงาตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2559 เป็นเวลาทั้งหมด 47 รายโดยรายชื่อผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันได้ค้นหาจากคอมพิวเตอร์แล้วจึงมาค้นเวชระเบียน และประวัติผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดท่อน้ำตาผ่านกล้องendoscopic dacryorhinocystostomy (Endo DCR) มาทบทวนเพื่อดูช่วงอายุที่รับการผ่าตัด, อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ตำแหน่งที่เป็น ระยะของโรคที่เป็น วันนอนโรงพยาบาลและผลการผ่าตัด (Functional&Structural outcome)

โดยมีขั้นตอนวิธีการดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ศึกษาขอบเขตงานข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

1.2 เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง และองค์ความรู้

2. ระยะดำเนินการ

2.1 ออกแบบและจัดทำตารางเก็บข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

2.2 ศึกษาและเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาในปี 2555-2559

3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย

4. เขียนรายงานการวิจัย

5. จัดพิมพ์รายงานเป็นรูปเล่ม เผยแพร่ผลงาน

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. โรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา มีผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันมารักษาผ่าตัดปีละประมาณ 10 รายและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มารักษาที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันต่อไป

2. ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตัน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยทบทวนเวชระเบียน และประวัติผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มารักษาผ่าตัดโรงพยาบาลตะกั่วป่า ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแจกแจงความถี่งานวิจัยโดยใช้ค่าสถิติร้อยละ

3. ผู้ป่วยทุกคนหลังจากผ่าตัดและมีการนัดดูอาการที่ 2 อาทิตย์ และ 1 เดือน โดยทำการศึกษาย้อนหลัง 4 ปี(พ.ศ.2555-2559) มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 47 ราย

4. ผู้ป่วยได้รับเข้านอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนผ่าตัด เพื่อตรวจสุขภาพประเมินความเสี่ยงการดมยาสลบ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเรื่องการดูแลปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะเสี่ยงจากการดมยาสลบ และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด

5. นัดผู้ป่วยทุกรายที่ 2 อาทิตย์ และ 1 เดือนหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันทั้งหมดจำนวน 47 ราย ที่มารับการรักษานโรงพยาบาลตะกั่วป่า ซึ่งเป็นเพศชาย 11 ราย และเพศหญิง 36 ราย การศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า

1. ช่วงอายุ

ช่วงอายุที่พบว่าเป็นโรคท่อน้ำตาอุดตันมากที่สุด คือ 71-80 ปี (ร้อยละ 35.87) ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดที่พบเป็น ท่อน้ำตาอุดตันคือ 25 ปีอายุมากที่สุดคือ 89 ปี

ตารางที่ 1 ช่วงอายุ และ จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคท่อน้ำตาอุดตัน

ช่วงอายุ(ปี)	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
20-30	3	6.38
31-40	6	12.77
41-50	4	8.51
51-60	6	12.27
61-70	10	21.28
71-80	13	27.66
81-90	5	10.63
รวม	47	100

2. อาการที่มาพบแพทย์

อาการหลักคือ น้ำตาไหลเอ่อผิดปกติ (Epiphora) มีจำนวน 10 รายมีอาการร่วมคือเป็นก้อนฝีหนองบริเวณ หัวตา

3. ตำแหน่งของตาที่อุดตัน

ในผู้ป่วย 47 รายพบว่าท่อน้ำตาอุดตันทุกรายเป็น post sac obstruction และเกิดด้านขวามากกว่าด้านซ้ายเล็กน้อยคือ 25 ราย (ร้อยละ 53.19) และ 20 ราย (ร้อยละ 42.55) มีผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 4.26) ที่ท่อน้ำตาอุดตัน ทั้งสองข้าง และรับการผ่าตัดทั้งสองข้าง

4. ระยะเวลาที่มีอาการจนมาพบแพทย์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระยะเวลาที่มีอาการจนมาพบแพทย์และจำนวนผู้ป่วย

ระยะเวลาที่มีอาการ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 อาทิตย์ (Acute)	9	19.15
มากกว่า 1 อาทิตย์ (Chronic)	38	80.85
รวม	47	100

ผลการรักษาโดยการผ่าตัดในกลุ่มระยะเวลาที่มีอาการน้อยกว่า 1 อาทิตย์ โดยผลการผ่าตัดทั้ง 9 ราย ได้ผล สำเร็จร้อยละ 100

5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

เฉลี่ยที่ 3 วัน คือ ก่อนผ่าตัด 1 วัน วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด 1 วัน

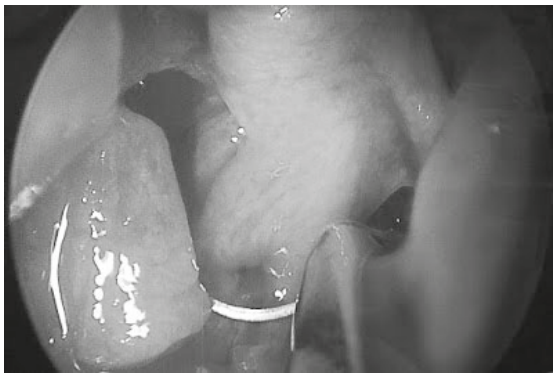
6. ผลการรักษา

ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดท่อน้ำตาที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า 47 ราย มีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 8.51) ที่มาติดตามผลการรักษาที่ 4 อาทิตย์แล้วพบว่าไม่สำเร็จ มีการอุดตันซ้ำ ได้รับการผ่าตัดซ้ำ 3 ราย โดยใช้เครื่องมือกรอกระดูก (Microdebrider/Powered instrument) ซึ่งผลการรักษามีการอุดตันซ้ำอีกครั้งต้องส่งตัวไปโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อผ่าตัดท่อน้ำตาซ้ำ

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้การผ่าตัดสำเร็จ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเป็นโรคโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการท่อน้ำตาอุดตันระยะเฉียบพลันน้อยกว่า 1 อาทิตย์ (Acute) โดยมีการปวดบวมแดงท่อน้ำตา น้ำตาไหล และมีหนองออกมาร่วมด้วย เมื่อได้รับการผ่าตัดแล้วผลสำเร็จถึงร้อยละ 100

สำหรับเทคนิคการผ่าตัด ได้ใช้วิธีการผ่าตัดผ่านกล้อง และเปิดเป็น mucosal flap และเย็บ vicryl[®] ทุกราย ดังรูป โดยอาจมีการใช้เครื่องมือกรอกระดูก (Microdebrider/Powered instrument) เป็นบางราย โดยเฉพาะได้รายที่ไม่สามารถใส่ Bowman probe เข้ามาเพื่อผ่านในจมูกได้⁶



รูปที่ 4 การเย็บ flap เพื่อช่วยให้เนื้อมาติดกันได้ตามที่ตั้งใจ ป้องกันการปิดกลับของช่องที่เปิดไว้แล้ว

สำหรับกลุ่มที่พบว่าการผ่าตัดไม่สำเร็จตามเป้าหมาย คือ ยังคงมีน้ำตาเอ่ออยู่หลังผ่าตัด หรือ หายดีในช่วงแรกแต่ต่อมาในระยะเวลาเป็นเดือนๆ หรือปี พบว่าอาการกลับมาเป็นซ้ำนั้น มีหลายสาเหตุด้วยกัน เช่นการใช้

สายซิลิโคน (Stent) ค้ำรูปิดนานเกินไป หรือรัดแน่นเกินไป, การผ่าตัดที่ทำลายเนื้อเยื่อดีเป็นบริเวณที่กว้างเกินไป (mucosal injury) ไม่ว่าจะเป็นการควมร้อนระหว่างการกรอกระดูก (Drilling) หรือการตัดรังไข่ของเนื้อเยื่อที่ไม่ได้ตั้งใจทำให้เกิดเนื้ออักเสบ (Granulation tissue) และเป็นแผลพังผืดเข้ามาปิดรูที่ทำไว้ในภายหลัง ทำให้เกิดเป็นภาวะน้ำตาขังในถุงน้ำตา (Sump syndrome)⁷, การเปิดถุงน้ำตาที่ไม่กว้างพอ (incomplete bony removal medial to sac), การวินิจฉัยผิดพลาดที่พยาธิสภาพเกิดจากการทำงานที่เสียไป (pumping failure) มากกว่าเกิดจากการอุดตัน ซึ่งมีวิธีการป้องกัน หรือลดเหตุต่างๆ เหล่านี้ได้หลายประการ เช่น การใช้สายซิลิโคนค้ำท่อไปเลย, หรือการใช้เครื่องมือกรอท่อที่จำเป็น, การลดการอักเสบโดยใช้ Mytomycin C ซึ่งเป็นสารเคมีที่ลดการสะสมตัวของเซลล์อักเสบ, การเย็บเนื้อเยื่อให้เกิดการติดกันอย่างตั้งใจ (primary flap approximation sutures), การเปิดจนแน่ใจว่าเราเห็นจุดเปิดของรูท่อน้ำตาฝั่งลูกตา (common canaliculus opening in sac) สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ของการผ่าตัดชนิดนี้ เช่น ไซนัสอักเสบ การทะลุเข้าไปในลูกตา การบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อตา เหล่านี้เป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก และหากผู้ป่วยมีความชำนาญก็จะสามารถหลีกเลี่ยงมิให้เกิดขึ้นได้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันได้รับการทดสอบตำแหน่งที่อุดตันทุกรายก่อนผ่าตัด โดยจักษุแพทย์
- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาผ่าตัดตามที่กำหนดไว้
- ผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันระยะเฉียบพลันได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องทุกราย ซึ่งผลการรักษาจะได้ผลดี
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน

สรุป

ผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่มาับการรักษา ณ โรงพยาบาลตะกั่วป่า ส่วนมากมีอายุระหว่าง 71-80 ปี ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยเรื่องน้ำตาไหลมากกว่าปกติโดยด้านขวาและด้านซ้ายมีจำนวนเกือบเท่ากัน ทุกายเป็นท่อน้ำตา

อุดตันส่วนปลาย มาด้วยระยะจับปล้นน้อยกว่า 1 อาทิตย์ ร้อยละ 19.15 ทุก ราย ได้รับการรักษาผ่าตัดผ่านกล้อง (EndoDCR) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3 วัน โดยผลการรักษา สำเร็จร้อยละ 91.49 มีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 8.51) ที่ผ่าตัด แล้วไม่ประสบความสำเร็จ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัด คือ ระยะเวลาของโรคที่เป็นและมาพบแพทย์ และเทคนิค ในการผ่าตัดซึ่งใช้ในการรักษาแต่ละรายแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

- มีการประเมินตำแหน่งท่อน้ำตาทุกรายก่อน ผ่าตัดโดยจักษุแพทย์โดยการล้างท่อน้ำตา ถ้าเป็นท่อน้ำตา อุดตันส่วนปลายจึงให้ส่งมารักษาผ่าตัด

- การผ่าตัดท่อน้ำตาในผู้ป่วยอักเสบเฉียบพลัน ผ่านกล้องในจมูกจะได้ผลดีกว่าเป็นเรื้อรัง แนะนำให้จักษุ แพทย์ปรึกษาเพื่อผ่าตัดแต่เนิ่นๆ

- ทำงานร่วมกับพยาบาลผู้ป่วยนอก และจักษุ แพทย์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำตา อุดตันต่อไป

- ในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำแพทย์ผู้ผ่าตัดต้อง ประเมิน และเทคนิคในการผ่าตัดเป็นรายๆ ไป เช่นการเลือก ใช้ stentหรือเครื่องกรอกระดูก เป็นต้น

ประโยชน์

- ผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัดผ่านกล้องทุกราย

- ผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันที่กลับเป็นซ้ำและเรื้อรัง ได้มีการรักษาผ่าตัดโดยใช้เทคนิคต่างๆ กัน เพื่อให้ได้ ผลลัพธ์ที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ

- นายแพทย์ไพศาล วรสถิตย์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตะกั่วป่า ที่อนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลผู้ป่วยที่มา ผ่าตัดท่อน้ำตาอุดตันโรงพยาบาลตะกั่วป่า เพื่อเป็นผลงาน ทางวิชาการและเป็นประโยชน์ในวงการสาธารณสุข

- พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนของโรงพยาบาล ตะกั่วป่า ที่ช่วยสืบค้นเอกสารการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด เป็น ข้อมูลสำคัญในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. McNab A.A. Lacrimal canalicular obstruction associated with topical ocular medication. Aust. N. Z. J. Ophthalmol. 1998;26: 219–223.
2. Kashkouli M.B., Pakdel F., Hashemi M. Comparing anatomical pattern of topical anti-glaucoma medications associated lacrimal obstruction with a control group. Orbit Amst. Neth. 2010;29, 65–69.
3. Weitzel E.Wormald P. Endoscopic Dacryocystorhinostomy. In Cummings Otolaryngology: Head and Neck SurgeryElsevier/Saunders.2014
4. Erdöl H., Akyol N., Imamoglu H.I. Long-term follow-up of external dacryocystorhinostomy and the factors affecting its success. Orbit Amst. Neth. 2005;24: 99–102.
5. ElinaPenttila, M.D., Ph.D, Grigori Smirnov, M.D.,Ph.D. Endoscopic dacryocystorhinostomy as treatment for lower lacrimal pathway obstructions in adults: Review article. Spring 2015;6(1):12-19.
6. Peter John Wormald, MD, Angelo Tsirbas, Fraco, AAFPS . Powered endoscopic dacryocystorhinostomy with mucosal flaps. Operative Techniques in Otolaryngology 2009; 20:92-95.
7. Jordan D.R. McDonald H. Failed dacryocystorhinostomy: the sump syndrome. Ophthalmic Surg. 1993;24:692–693.

