วารสารแพทย์เขต ๖-๗ ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ เม.ย. - มิ.ย. ๒๕๕๐ Reg 6-7 Med J Vol. 26 No. 2 Apr. - June 2007

นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

การรักษาอาการคัดจมูกจากสันจมูกอันล่างบวมโต โดยคลื่นวิทยุ

Radiofrequency Volumetric Tissue Reduction for Treatment of Inferior Turbinate Hypertrophy

นฤวัต เกสรสุคนธ์ พ.บ.
วว. โสต ศอ นาสิก
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Naruwat Kesornsukhon M.D.
Thai Board of Otorhinolaryngology
Division of Otorhinolaryngology, Samutsakorn Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษา หาประสิทธิภาพระยะสั้นและยาว ผลดี ผลเสีย ของการใช้คลื่นวิทยุในการรักษาอาการคัดจมูกจากสันจมูกอันล่างบวมโต ทำการศึกษาผู้ป่วย 120 รายที่ได้ยาลดอาการคัดจมูกแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือหยุดยาไม่ได้หลังใช้ยาเป็นเวลา 1 เดือน โดยจี้สันจมูกอันล่างทั้ง 2 ข้าง ด้วยคลื่นวิทยุ ติดตามผลการรักษา สัปดาห์ที่ 1, 3, 8, 24, 48 ตามลำดับ ประเมินผลโดยการใช้แบบสอบถาม ตรวจร่างกาย และ visual analog scales

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 100 ราย ที่เวลาประมาณ 8 สัปดาห์ ความรุนแรงและความถี่ของอาการลดลง 62.79%และ 57.27% ผู้ป่วย 10, 15 รายมีอาการกลับเป็นซ้ำหลังผ่าตัด 6 เดือน และ 1 ปี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจผลการรักษา

สรุป การรักษาอาการคัดจมูกจากสันจมูกอันล่างบวมโตโดยคลื่นวิทยุ เป็นวิธีที่ได้ผลดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจผลที่ได้รับ มีผลข้างเคียงน้อย ทำซ้ำได้ง่าย ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล **เหมาะที่จะใช้เป็นการผ่าตัดขั้นต้นในรายที่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล** มีบางรายกลับเป็นซ้ำได้ในระยะยาว

ABSTRACT

Prospective nonrandomized noncontrolled study of efficacy, complication of inferior turbinate hypertrophy treatment with radiofrequency. 120 Patients with nasal obstruction and associated with inferior turbinate hypertrophy refractory to decongestant drug treatment for 1 month were treated at both inferior turbinates with radiofrequency and evaluated at 1, 3, 8, 24, 48 weeks. Patient questionares, clinical examination, visual analog scale were used to assess treatment outcomes.

Result at 8 weeks after treatment, nasal breathing improved in 100 of 120 patients, with 62.79% and 52.27% reduction of severity and frequency of nasal obstruction without severe complication. 10, 15 patients were recurrence at 24 and 48 months after treatment.

Radiofrequency treatment for inferior turbinate hypertrophy achieves subjective improvement in nasal obstruction with minimal adverse effect, repetability and patient preference.

Keyword : inferior turbinate ; radiofrequency ; somnoplasty®

บทนำ

สันจมูกอันล่างบวมโตเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของอาการคัดจมูก ซึ่งมักพบร่วมกับอาการอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุจมูกจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ภูมิแพ้, vasomotor rhinitis หรือผนังกั้นจมูกคด (deviated nasal septum)[2] การรักษาโดยการใช้ยาในปัจจุบันทำได้โดยการให้ยากินหรือพ่นจมูกที่มีฤทธิ์ทำให้เยื่อบุจมูกยุบบวมลง ซึ่งยากลุ่มนี้หลายตัวมีผลข้างเคียง เช่น rhinitis medicamentosa อาการง่วงนอนจากการกินยาลดน้ำมูกและลดบวมในจมูก การกินยา (tachyphylaxis) ทำให้ใช้ยาไม่ได้ผล และพบผลบวกลวงกับผลการตรวจหาสารเสพติดแอมเฟตามีนในปัสสาวะ[2]

การผ่าตัดจึงเข้ามามีบทบาทเป็นทางเลือกในรายที่มีปัญหาจากการใช้ยา[2,6-8] ซึ่งในปัจจุบันมีทำอยู่หลายวิธี ทั้งการทำตัดสันจมูกออกทั้งอันหรือบางส่วน (partial or total turbinectomy)[3,4] ตัดสันจมูกส่วนที่เป็นกระดูกใต้เนื้อเยื่อจมูก (submucosal turbinectomy)[3] และมีเครื่องมือหลากหลาย เช่น ความเย็นจี้ (cryosurgery), KTP laser, microdebrider[3-5] ซึ่งมีข้อดีข้อเสียและค่าใช้จ่ายแตกต่างกันไป[9] แต่การรักษาต่าง ๆ เหล่านี้ยังไม่มีวิธีใดที่ได้รับการยอมรับว่าดีพร้อมเนื่องจากจมูกมีการทำงานที่ซับซ้อน การผ่าตัดที่เยื่อบุจมูกมาก ๆ มักก่อให้เกิดพังผืดในจมูกทำให้อาการคัดจมูกได้อีก ส่วนการตัดกระดูกสันจมูกออกมากเกินไปก็อาจส่งผลต่อการทำงานของจมูก[13] และมีผลข้างเคียงของการผ่าตัดมากและอาจต้องให้ยาสลบนอนโรงพยาบาล[4,9]

ทางการแพทย์ประสบความสำเร็จในการใช้คลื่นวิทยุรักษาโรคในหลายสาขา เช่น หัวใจ ระบบประสาท ทางเดินปัสสาวะ มะเร็งวิทยา ผิวหนัง[4,5] จากคุณสมบัติสามารถให้ความร้อนและเกิดการทำลายและหดตัวของเนื้อเยื่อในวงจำกัดที่ควบคุมขอบเขตและทิศทางได้[9] ในสาขาหู คอ จมูก ก็มีการใช้คลื่นวิทยุ หลากหลายในการรักษานอนกรน โรคจมูก เนื้องอกในบางตำแหน่ง[10]

ผู้วิจัยได้นำคลื่นวิทยุมาใช้ในการรักษาอาการคัดจมูก และ นอนกรน ตั้งแต่ปี 2546 โดยคาดหวังให้เกิดผลการรักษาหดเนื้อเยื่อในจมูกและคอที่สามารถควบคุมขอบเขตได้ จำกัดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อโดยรอบที่ไม่จำเป็น ทำผ่าตัดง่ายไม่ต้องฝึกฝนมาก ไม่เจ็บ ผลแทรกซ้อนน้อย เครื่องมือราคาไม่แพง[9,10] โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือหลากหลายแบบ ซึ่งจะได้นำมาเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียในโอกาสต่อไป

กลุ่มวิจัย

ผู้ป่วย 120 รายที่มีอาการคัดจมูกจากสันจมูกอันล่างบวมโต 2 ข้าง โดยได้ยา pseudoephredine (60 mg.) วันละ 3 ครั้ง แล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่ต้องการใช้ยา หรือหยุดยาไม่ได้หลังใช้ยาเป็นเวลา 1 เดือน ทำศึกษาระหว่างปี 2546-2549

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างวิจัย

จำนวน	120
อายุ (ปี)	
Mean ± SD	38 ± 15
Range	15-60
ชาย	75
ดัชนีมวลกาย (BMI)	27 ± 5.1

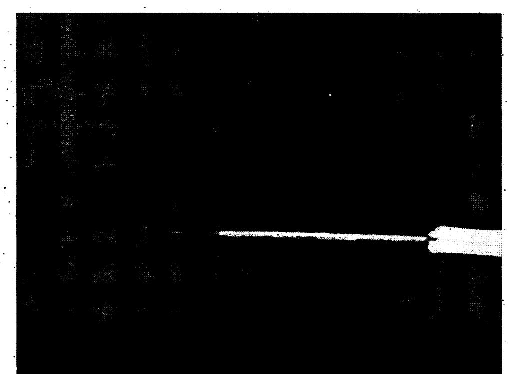
อายุ ระหว่าง 15-60 ปี ชาย 75 ราย หญิง 45 ราย เชื้อชาติไทย 94 ราย พม่า 26 ราย

ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายลักษณะการทำผ่าตัด ข้อดี ข้อเสีย ของการผ่าตัด ก่อนตัดสินใจยินยอมรับการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในงานวิจัยนี้เลือกใช้เครื่องมือ Somnoplasty® (Gyrus ENT., Saint Medical) ซึ่งเป็นเครื่องมือ radiofrequency แบบควบคุมอุณหภูมิ (temperatured controlled) และเข็มคลื่นวิทยุสำหรับผ่าตัดจมูกโดยเฉพาะ มีส่วนที่มีฉนวนหุ้มยาว 4 เซนติเมตร และเป็นส่วนที่ไม่มีฉนวน 1 เซนติเมตร ขนาดความกว้างเท่ากับเข็มฉีดยาเบอร์ 22[11]

รูปที่ 1 เครื่อง Radiofrequency และเข็ม



รูปที่ 2 เข็ม radiofrequency แสดงส่วนปลายที่มีฉนวนและไม่มีฉนวน

การประเมินอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการตรวจร่างกายทางหู คอ จมูก และทำตรวจช่อง จมูก (anterior rhinoscope) โดยใช้เครื่องมือถ่างตรวจช่องจมูก (nasal speculum) โดยไม่ให้ยาพ่นหดหลอดเลือดจมูก แบ่งอาการบวมออกเป็น 4 ระดับ

1) 0-25%
2) 25-50%
3) 50-75%
4) 75-100%

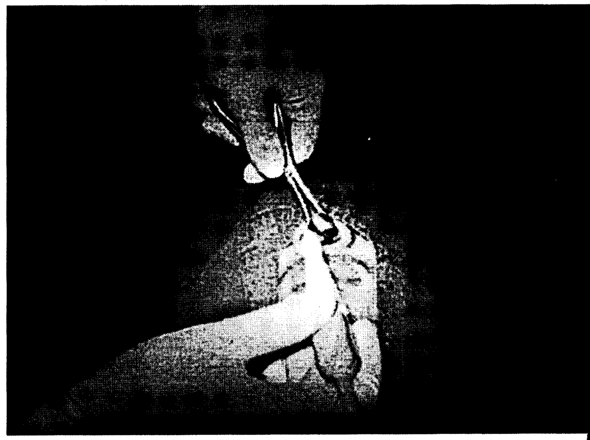
ผู้ป่วยจะได้รับการทำการทดสอบการตอบสนองของเยื่อบุจมูกต่อยาหดหลอดเลือดจมูก (decongestant test) โดยให้ยาพ่นหดหลอดเลือดจมูกอีฟีรีดีน (1% ephredine nasal spray) และตรวจ anterior rhinoscope ซ้ำอีกครั้ง โดยแปลผลบวก (Positive) เมื่อเยื่อบุจมูกยุบบวมตั้งแต่ 2 ระดับ หรือยุบมาอยู่ในระดับ 1 ผู้ป่วยที่เยื่อบุจมูกไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาพ่นหดหลอดเลือดจมูกอีฟีรีดีน (decongestant test negative) จะไม่นำมารวมในกลุ่มวิจัยเนื่องจากอาการบวมของสันจมูก อาจไม่ได้เกิดจากเยื่อบุจมูก[12] และจะทำการตรวจเพิ่มเติม และใช้การรักษาโดยวิธีอื่นต่อไป

ผู้ป่วยทุกรายจะต้องไม่มีความคดงอของผนังกั้นจมูกรุนแรง (severe deviated nasal septum) ไม่มีโรคประจำตัวที่อาจส่งผลต่อการติดเชื้อและภูมิคุ้มกันของจมูก เนื้องอก ความผิดปกติทางกายวิภาคอื่นใดของจมูก

การผ่าตัด

ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดในวันอื่นหลังจากตรวจร่างกายครั้งแรก เนื่องจากต้องทำการทดสอบการยุบบวมของเยื่อบุจมูกด้วยยาหดหลอดเลือดจมูก ขั้นตอนแรกจะให้ยาชาเฉพาะที่โดยการใช้แผ่นสำลีชุบ 2% xylocaine

รูปที่ 3 การฉีดยาชา



รูปที่ 4 การแทงเข็ม radiofrequency

without adrenaline ใส่ในรูจมูก 15 นาที และใช้กระบอกฉีดยาและเข็มเบอร์ 27 ฉีด 2% xylocaine without adrenaline 1-2 cc. ต่อข้าง ฉีดเข้าที่ส่วนหน้าของสันจมูกอันล่างก่อนการจี้ โดยจะไม่ใช้ยาชาที่ผสม adrenaline และยาหดเยื่อบุจมูกก่อนการแทงเข็มคลื่นวิทยุ เนื่องจากจะทำให้เยื่อบุจมูกหดตัวแทงเข็มได้ยาก[9] การให้สารละลายเข้าฉีดไปในพื้นที่ที่ทำการผ่าตัดด้วยคลื่นวิทยุจะช่วยให้ได้ผลการผ่าตัดดีขึ้นเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของโมเลกุลน้ำในบริเวณผ่าตัด[10]

จัดท่าผู้ป่วยในท่านั่งหรือนอนแล้วแต่ผู้ป่วยต้องการ ใช้เข็มสำหรับผ่าตัดจมูก แทงเข้าไปที่ส่วนหน้าของสันจมูกอันล่าง 2-3 จุดเรียงในแนวตั้ง แล้วแต่ขนาดของสันจมูก

ให้พลังงาน 300-350 จูล ต่อตำแหน่ง อุณหภูมิ 75 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัดทำการห้ามเลือดโดยใช้แผ่นสำลีชุบ 1% ephedrine ใส่ในรูจมูก สังเกตอาการหน้าห้องผ่าตัด 15-30 นาที จึงนำสำลีแผ่นออกและอนุญาตให้กลับบ้าน ให้ยา 1% ephedrine, paracetamol, ยาปฏิชีวนะ (amoxicillin, roxithromycin หรือยาที่เคยใช้อยู่เดิม) ผู้ป่วยสามารถใช้ยาต้านฮีสตามีน และยาสเตียรอยด์พ่นจมูกตามปกติ

หลังจาก 3 สัปดาห์บางรายที่มีขนาดสันจมูกใหญ่มากและยังยุบบวมได้ไม่ดีจากการตรวจร่างกายจะได้รับการทำเพิ่มเติม

Visual analog scales (VAS)

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินคะแนนตนเองตั้งแต่ 0-10 ตามหัวข้อคือ

ความรุนแรงของอาการคัดจมูก 0 (โล่ง) -10 (หายใจไม่ออกเลย)

ความถี่ของอาการคัดจมูก 0 (ไม่มีอาการ) -10 (เป็นตลอดเวลา)

ความพอใจในผลการผ่าตัด 0 (ไม่พอใจ, อาการไม่เปลี่ยนแปลง) - 10 (พอใจจนแนะนำและบอกต่อ)

ความเจ็บปวด 0 (ไม่เจ็บ) -10 (เจ็บจนทนไม่ได้)

ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นคือมีคะแนนความถี่และความรุนแรงของอาการน้อยลงจาก VAS

การประเมินผล

ผู้ป่วยจะได้รับการนัดตรวจหลังผ่าตัด ที่ 1, 3 สัปดาห์ เพื่อการดูแลผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะแรก

ประเมินผลโดยใช้การเปรียบเทียบผลการทำผ่าตัดโดยใช้ค่า mean, SD. ของค่า VAS ที่ 8 สัปดาห์ และติดตามอาการต่อไปเป็นระยะที่ 6 เดือน, 1 ปี

การประเมินผลโดยใช้ VAS เนื่องจากผู้วิจัยต้อง

การเน้นที่ผลการรักษาเป็นหลัก[6,7,8,14] และพบว่าอาการคัดจมูกบางครั้งไม่สัมพันธ์กับขนาดของสันจมูก และผลการตรวจ acoustic rhinometry[14] เช่น ในกรณีผนังกั้นจมูกคดผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการคัดจมูกในรูจมูกด้านที่กว้างกว่า

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยพบว่าในการทำการผ่าตัดใช้เวลาประมาณ 30-60 วินาทีต่อการผ่าตัด 1 จุด โดยรวมเฉลี่ยประมาณ 5.20 นาที ต่อราย ไม่รวมขั้นตอนการให้ยาชาผ่าตัด เวลาในการผ่าตัดโดยรวมขึ้นกับความร่วมมือของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

หลังผ่าตัด ไม่พบผลข้างเคียงในระยะแรกที่รุนแรงจนต้องรับเป็นผู้ป่วยใน ในการติดตามผู้ป่วย 3 สัปดาห์แรก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินอาการดีขึ้นตั้งแต่ 3 สัปดาห์แรก แต่ผู้วิจัยไม่ได้สรุปผลการรักษาที่ 1-3 สัปดาห์แรก เนื่องจากมีผลจากการใช้ยาหยอดจมูกและยาลดบวม อาจเป็นผลการรักษาลวง จึงรอให้มีช่วงเว้นยาแล้วจึงประเมินผล

1 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาดูอาการเพื่อดูผลแทรกซ้อนในระยะแรก พบว่าไม่มีรายใดมีผลแทรกซ้อนรุนแรง มีเลือดซึมเล็กน้อยใน 3 วันแรก 21 ราย สะเก็ดแห้งมีน้ำมูกติดที่แผล 63 ราย การติดเชื้อมีน้ำมูกข้นมากขึ้น 12 ราย อาการเจ็บจมูกเล็กน้อยประมาณไม่เกิน 3-5 วัน ไม่มีรายใดเจ็บจมูกเกิน 1 สัปดาห์ มีอาการเจ็บมากจนผู้ป่วยบอกเองมีเพียง 8 ราย

3 สัปดาห์ ไม่พบผลข้างเคียงใด ๆ แผลยังมีรอยแดง 24 ราย ส่วนใหญ่เป็นรอยสีขาวแข็งเล็กน้อย การตรวจร่างกายพบเยื่อบุจมูกยุบลงในผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ผลแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
เลือดออกเล็กน้อย	21	17.5
แผลมีสะเก็ดน้ำมูกติด	63	52.5
เจ็บจมูกมากจนบอกแพทย์	8	6.67
ติดเชื้อมีน้ำมูกข้นขึ้น	12	10

ตารางที่ 3 ผลการรักษาที่ 8 สัปดาห์

	ความรุนแรง		ความถี่	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
Mean	6.19	2.65	6.54	2.78
SD	1.69	2.08	1.89	2.21
Range	2-10	0-8	2-10	0-9
Total score	809	301	845	361
Improvement (%)		62.79		57.27

ตารางที่ 4 การกลับเป็นซ้ำของอาการ

	6 เดือน	12 เดือน
จำนวนที่เหลือมาติดตามการรักษา	83	55
อาการเหมือนก่อนผ่าตัด	10	15
อาการคัดจมูกแย่ลงแต่ดีกว่าก่อนผ่าตัด	14	11
รวมผู้ป่วยที่อาการแย่ลง	24 (28.91%)	26 (47.27%)

81 รายมีอาการดีขึ้นที่ 3 สัปดาห์ แต่ยังไม่ได้ประเมินผลการรักษาเนื่องจากอาจยังไม่ใช่ผลมากที่สุดเพราะยังมีการเกิดพังผืดมากขึ้นอีกได้

8 สัปดาห์ ผลการรักษาผู้ป่วย 100 จาก 120 ราย ประเมินอาการดีขึ้นจาก VAS พบว่า VAS ของความรุนแรงและความถี่ของอาการลดลง 62.79% และ 57.27% ผู้ป่วยอีก 20 รายอาการไม่ดีขึ้นหลังจากทำการผ่าตัด ไม่ได้ทำผ่าตัดเพิ่มเติมใด ๆ ในกลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสังเกตอาการระยะยาวต่อไปก่อน ไม่พบผลแทรกซ้อนใด ๆ ที่รุนแรง โดยมีแผลพังผืดเป็นรอยสีขาวที่สันจมูกอันล่างในบริเวณที่ทำผ่าตัด ไม่พบความผิดปกติของการดมกลิ่น และอาการอื่นใด

6 เดือน มีผู้ป่วยติดตามการรักษา 100 ราย (ทั้งกลุ่มที่ดีขึ้นและไม่ดีขึ้น) ไม่มาติดตามการรักษา 20 ราย กลุ่มที่อาการดีขึ้นจากการผ่าตัดครั้งแรก 83 รายที่ยังมาติดตามการรักษา พบว่าอาการกลับเป็นเหมือนเดิมก่อนผ่าตัด 10 ราย แย่ลงแต่ดีกว่าก่อนผ่าตัด 14 ราย ทั้ง 24 รายได้ทำการผ่าตัดซ้ำอีกครั้งหลังทำซ้ำผู้ป่วยทุกรายบอกว่าได้ผลดีใกล้เคียงหลังผ่าตัดครั้งแรก โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความพอใจ VAS ว่าใกล้เคียงของเดิม แม้บางรายจะให้คะแนนต่างไปบ้างเนื่องจากจำ VAS ของเดิมไม่ได้

ผู้ป่วย 17 รายที่ยังมาติดตามการรักษาและไม่ได้ผลจากการทำผ่าตัดคลื่นวิทยุ หลังจาก 6 เดือน ได้รับการแยกกลุ่มออกเพื่อประเมินอาการใหม่และรักษาโดยทางเลือกอื่นต่อไป ซึ่งจะนำเสนองานวิจัยในภายหลัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ผลมีจำนวนน้อยยังไม่น่าสรุปผลได้แน่ชัด แต่ในเบื้องต้นนี้ พบว่ามีผลทดสอบภูมิแพ้เป็นบวก (Skin prick test positive) 14 ราย สูบบุหรี่ 7 ราย ไซนัสอักเสบเรื้อรัง (Chronic sinusitis) 5 ราย วินิจฉัยจากประวัติเอกซเรย์ และการส่องกล้องจมูก สงสัยจมูกอักเสบจากไม่ใช่จากภูมิแพ้ (Non allergic rhinitis) 4 ราย (จากประวัติทำงานห้องเย็น 3 ราย, แกะกุ้ง 1 ราย) โดยที่บางรายอาจมีอาการมากกว่า 1 อย่าง

12 เดือน มีผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการผ่าตัดครั้งแรกมาติดตามการรักษา 55 ราย กลับเป็นเหมือนเดิม 15 ราย (อาการ+ตรวจร่างกาย) แย่ลง 11 ราย ทั้ง 26 รายเคยได้ผลดีจากการผ่าตัด มี 6 รายที่เคยผ่าตัดครั้งที่สองมาแล้วและมีอาการซ้ำ ได้ทำการจี้ด้วยคลื่นวิทยุซ้ำอีกครั้งหลังรักษาอาการร่วมอื่นแล้ว หลังทำซ้ำพบว่าทุกรายที่เคยได้ผลดียังได้ผลดีเช่นเดิม โดยผู้ป่วยให้คะแนนความพอใจ VAS ว่าใกล้เคียงของเดิมครั้งแรกหรือครั้งที่ 2

ผู้ป่วยที่มีอาการเป็นซ้ำหรือแย่ลง 26 ราย ที่เวลา 12 เดือนได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เอกซเรย์ไซนัสหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในบางราย ส่องกล้องจมูก ทดสอบภูมิแพ้ พบว่ามีผลทดสอบภูมิแพ้เป็นบวก (Skin prick test positive) 16 ราย สูบบุหรี่ 8 ราย ไซนัสอักเสบเรื้อรัง (Chronic sinusitis) 6 ราย วินิจฉัยจากประวัติ เอกซเรย์ และการส่องกล้อง สงสัยจมูกอักเสบที่ไม่ใช่จากภูมิแพ้ (Non allergic rhinitis) 6 ราย (จากประวัติทำงานห้องเย็น 6 ราย, แกะกุ้ง 2 ราย)

มีสันจมูกคดเล็กน้อย 5 ราย สันจมูกส่วนล่างมีเซลล์อากาศในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 3 ราย สูบบุหรี่ 8 ราย (โดยที่บางรายอาจมีอาการมากกว่า 1 อย่าง) ซึ่งสิ่งที่ตรวจพบน่าจะมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของอาการรวมถึงรายที่ไม่ได้ผลในการผ่าตัดครั้งแรกด้วย ต่อต้องทำการศึกษาต่อไป เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยยังน้อยอาจสรุปผลยังไม่ได้แน่นอน

วิจารณ์

อาการคัดจมูก โดยหลักการเชื่อว่าเกิดจากการอุดกั้นของบริเวณส่วนหน้าของจมูก (nasal valve) เป็นอาการที่มีปัจจัยเกี่ยวเนื่องมากมาย เช่น ความผิดปกติของโครงสร้างจมูก โรคติดเชื้อ โรคภูมิแพ้ ผลข้างเคียงของการใช้ยา และอื่น ๆ การที่มีปัจจัยเกี่ยวเนื่องมากมาย ทำให้การรักษายังมีข้อโต้แย้ง และยังไม่มีข้อสรุปถึงวิธีที่ดีที่สุด[9] คลื่นวิทยุสามารถทำให้เยื่อบุจมูกหดตัวยุบลงได้เนื่องจากการเกิดแผลพังผืดในชั้นใต้เนื้อเยื่อบุจมูก[6-8] การผ่าตัดที่บริเวณสันจมูกอันล่างส่วนหน้าเป็นการผ่าตัดที่จุดที่เป็นสาเหตุของอาการคัดจมูก โดยการที่เราสามารถทำให้เกิดแผลในชั้นใต้เยื่อบุโดยกระทบกระเทือนเยื่อบุเพียงเล็กน้อยช่วยให้เกิดผลข้างเคียงน้อย[16-19] และยังคงให้ผลการผ่าตัดที่ดี[10] คลื่นวิทยุที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบควบคุมอุณหภูมิที่ปลายเข็มได้[1,11] โดยจะสามารถตั้งอุณหภูมิและพลังงานได้ปริมาณแน่นอน ควบคุมทิศทางและความกว้างของแผลได้ [12,16-19] จากการศึกษาในลิ้นหมู[12] พบว่า 24 ชั่วโมงแรกจะเกิดอาการอักเสบบวมของเซลล์ และเนื้อเยื่อบริเวณที่จี้หลังจาก 1 สัปดาห์จะมีไฟโบรบลาสและคอลลาเจนเข้ามาในแผล และเกิดแผลพังผืดที่เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ แผลจะค่อย ๆ หดตัวลงเรื่อย ๆ อีกประมาณ 3-4 สัปดาห์

การใช้คลื่นวิทยุมีผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่ในระยะ 8-12 สัปดาห์แรก โดยพบว่า VAS ของความรุนแรงและความถี่ของอาการลดลง 62.79% และ 57.27% ผู้ป่วย 100 ใน 120 รายมีอาการดีขึ้น และมีความพอใจผลการรักษา ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดกลับเป็นผลระยะยาวหลังจาก 6 เดือนจนถึง 1 ปี โดยจะพบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ 24 และ 26 จากผู้ป่วย 83 และ 55 รายที่มาติดตามผลการรักษาที่เวลา 6 เดือน และ 1 ปีตามลำดับ เป็นจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเริ่มต้นที่ได้ผลดี 100 จาก 120 ราย ซึ่งไม่รวมถึงผู้ป่วยบางส่วนหายขาดและไม่มาติดตามการรักษา การกลับเป็นซ้ำอาจจะเป็นผลมาจากการดำเนินของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการคัดจมูก ซึ่งยังทำการรักษาไม่หายขาด และการปรับสภาพแผลพังผืดของเยื่อบุจมูกเองซึ่งต้องทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นต่อไป แต่การกลับเป็นซ้ำนั้นกลับทำให้เราพบข้อมูลที่น่าสนใจคือเมื่อทำซ้ำในรายที่เคยได้ผลก็ยังได้ผลดีใกล้เคียงการผ่าตัดครั้งแรก โดยผู้ป่วยให้คะแนนความพอใจ VAS ว่าใกล้เคียงของเดิมครั้งแรก บางรายซึ่งทำซ้ำครั้งที่สองก็ยังมีแนวโน้มว่าจะได้ผลดีเช่นครั้งแรก แต่ยังสรุปผลไม่ได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเช่นเดียวกลับกลุ่มที่ไม่ได้ผล

ผลแทรกซ้อนของการผ่าตัดพบน้อยมาก พบเพียงมีเลือดซึมเล็กน้อยใน 3 วันแรก สะเก็ดแห้งมีน้ำมูกติดที่แผล การติดเชื้อ อาการเจ็บจมูกเล็กน้อยประมาณไม่เกิน 3-5 วัน ไม่พบว่ามีผลข้างเคียงรุนแรงที่ก่อให้เกิดปัญหา ผลการรักษาและผลแทรกซ้อนคุ้มค่ากับเวลาประมาณ 5 นาทีต่อราย รวมสังเกตอาการก็ไม่เกิน 30 นาทีและกลับบ้านได้ทุกราย

สรุป

การรักษาอาการคัดจมูกจากสันจมูกอันล่างบวมโตโดยคลื่นวิทยุ เป็นวิธีที่ได้ผลดีในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการบวมเนื่องจากเยื่อบุจมูกบวมเป็นหลัก ผู้ป่วยจะมีอาการคัดจมูกลดลง มีผลข้างเคียงน้อย ทำซ้ำได้ผลใกล้เคียงการผ่าตัดครั้งแรก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลหลังทำผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจผลที่ได้รับ การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยมากพอที่จะสรุปได้ว่าคลื่นวิทยุ**เหมาะที่จะใช้เป็นการผ่าตัดขั้นต้นในรายที่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล** มีบางราย

กลับเป็นซ้ำได้ในระยะยาว ซึ่งพบว่าในรายที่เป็นซ้ำอาจมีความสัมพันธ์กับการที่มีสันจมูกโตในส่วนที่เป็นกระดูก ไม่ใช่เนื้อเยื่อ ภูมิแพ้ ไซนัสติดเชื้อเรื้อรัง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ทำง่ายจึงมีการตั้งข้อบ่งชี้กว้างขวาง ผู้ป่วยตกลงใจทำผ่าตัดง่าย การพัฒนาข้อบ่งชี้และการเลือกผู้ป่วยให้รัดกุมมากขึ้นน่าจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์. ตำราโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวัชรินทร์การพิมพ์ จำกัด ; 2548 : 31-45, 197-207.
2. Wood RP, Jafek BW, Eberhard R. Nasal obstruction. in Bailey BJ, editor. Head and neck surgery-otolaryngology. Philadephia : JB Lippincott ; 1993 : 303-28.
3. Woodhead CJ, Wickham MH, Smelt GJC, et al. Some observations on submucosal diathermy. J Laryngology Otology 1989 ; 103 : 1047-9.
4. Fanous N. Anterior turbinectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986 ; 112 : 850-2.
5. Selkin SG. Laser turbinectomy as an adjunct to rhinoseptoplasty. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1985 ; 111 : 446-9.
6. Kasey K Li, Nelson B Powell, Robert W Riley, Chriatian Guilleminault. RFVTR for treatment of turbinate hypertrophy. Otorhinolaryngology Head Neck Surgery 1998 ; 119 : 569-73.
7. Powell NB, Riley RW, Troel RJ, et al. Radiofrequency volumetric tissue reduction of treatment of turbinate hypertrophy : A pilot study. Otorhinolaryngology Head Neck Surgery 1999 ; 119 : 569-73.
8. Utley DS, Goode RL. Radiofrequency Energy Tissue ablation for the treatment of nasal obstruction secondary to turbinate hypertrophy. Laryngoscope. 1999 ; 109 : 683-86.
9. Elwany S, Harrison R. Inferior turbinectomy : comparison of four techniques. J Laryngol Otol 1990 ; 104 : 206-9.
10. Timothy L, James M Smith. Radiofrequency electrosurgery. Otorhinolaryngology Head Neck Surgery 2000 ; 11 : 66-70.
11. Smith TL, Correa AJ, Kuo T, et al. Radiofrequency tissue ablation of inferior turbinates using thermocouple feedback electrode. Laryngoscope 1999 ; 109 : 1760-65.
12. Powell NB, Riley RW, Troel RJ, et al. A porcine pilot study for the treatment of OSA. Chest. 1997 ; 111 : 1348-55.
13. Mabry RL. Surgery of the inferior turbinates: How much and when ? Otorhinolaryngology Head Neck Surgery 1984 ; 92 : 571-6.
14. Lai VWS, Cory JP. The objective assessment of nasal patency. Ear nose Throat J 1993 ; 72 : 395-400.
15 Ophir D, Shapira A, Marshak G. Total inferior turbinectomy for nasal airway obstruction, Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1985 ; 111 : 93-95.
16. Nashold BS, Ovelman-Levitt J. Theoretical aspects of radiofrequency : lesion in dorsal root entry zone. Neurosurgery 1984 ; 15 : 945-50.
17. Zervas NT, Kuwayama A. Pathological characteristics of experimental thermal lesions. J Neurosurgery 1972 ; 37 : 418-22.
18. Harrington DP: Electrosurgery fact and fiction. Biomed instrument technology 1994 ; 28 : 331-33.
19. O'Corner JL, Bloom DA, Willium T. Bovie and electrosurgery. Surgery 1996 ; 119 : 390-96.