

การผ่าตัดรักษาเนื้องอกในโพรงจมูกและไซนัสผ่านทางรูจมูก ด้วยการส่องกล้องร่วมกับ POWERED MICRODEBRIDER ทำอย่างไร

ตรีรัตน์ รัตนรักษ์

รพ. นครปฐม

ABSTRACT :

Ratanarugsa T. Tele-Endoscopic, Microscopic Endonasal Surgery for Sinunasal Tumor by Powered Microdebrider. How I do it ?. (Region 7 Medical Journal 1997 ; 4 : 425-432).

Department of Otolaryngology, Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom, Thailand.

Tele-endoscopic endonasal surgery for sinunasal tumor is classified as a "key hole" or "minimal invasive" surgery. Patient's post-op condition were rapidly recovered and rendered further adjuvant therapy such as post-op radiation or chemotherapy earlier than the conventional approach surgery. Avoidance of incisional wound complications such as flap necrosis, wound disruption, fistula formation and scar contracture are another advantage.

Somes claimed this procedure causes more recurrent rate due to inadequate removal of the tumor mass. One factor seemed to be the lack of instrumental feasibility to totally remove those tumors transnasal.

Powered microdebrider with tele-endoscopic sinus surgery have been used since 1996 in E.N.T. department, Nakhonpathom hospital and found that it eases and comfort the operations as well as being more effective. it may take parts in successfullness of surgery especially surgical treatment of sinunasal tumor.

บทคัดย่อ :

ศิริรัตน์ รัตนรักษ์. การผ่าตัดรักษาเนื้องอกในโพรงจมูกและไซนัสผ่านทางรูจมูกด้วยการส่องกล้องร่วมกับ Powered Microdebrider, ทำอย่างไร ? . (วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 4 : 425-432).

กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก, รพ. นครปฐม.

การผ่าตัดรักษาเนื้องอกและมะเร็งในโพรงจมูกและไซนัสผ่านรูจมูกด้วยการส่องกล้องจัดเป็น "key hole surgery" หรือ "minimal invasive surgery" อย่างหนึ่ง มีข้อดีคือผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ในกรณีที่จำเป็นสามารถไปรับการบำบัดรักษาต่อเนื่องอื่น ๆ เช่น การฉายรังสีรักษาและการให้เคมีบำบัดได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ ยังไม่มีรอยบาดแผลภายนอกที่อาจเป็นสาเหตุของผลแทรกซ้อน เช่น เกิดเนื้องอกตาย แผลแยก เกิดรูทะลุ หรือเกิดแผลเป็นดิ่งรั้ง

ที่ผ่านมามีวิธีการผ่าตัดดังกล่าว มีบางรายงานที่มีความเห็นคัดค้านว่ามีการตกค้างหรือเกิดซ้ำของเนื้องอกได้บ่อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผล ปัจจุบันหนึ่งน่าเป็นผลมาจากขาดเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการตัดผนังด้านข้างของโพรงจมูกและเนื้องอกที่สอดแทรกเข้าไปในบริเวณดังกล่าวออกได้หมด ทำให้มีรอยโรคตกค้างอยู่

ผู้รายงานได้เริ่มนำเอา powered microdebrider (arthroscopic shaving machine) มาใช้ในการผ่าตัดรักษาโรคของโพรงจมูกและไซนัสผ่านรูจมูกด้วยการส่องกล้องในโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2539 และพบว่าทำการผ่าตัดได้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม ช่วยให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จมากขึ้น โดยเฉพาะกับการผ่าตัดรักษาเนื้องอกและมะเร็ง

บทนำ

powered microdebrider (arthroscopic shaving machine) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเป็นครั้งแรกโดย ศัลยแพทย์กระดูกเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2532 เพื่อใช้ในการผ่าตัดรักษาข้อด้วยการส่องกล้อง (endoscopic arthroscopy)

ส่วนประกอบของ powered microdebrider ประกอบด้วย

1. control panel ที่มีวงจรไฟฟ้าควบคุมรอบความเร็วและทิศทางการหมุนของใบมีดซึ่งเป็นในลักษณะตัดเดินหน้า (forward) ตัดถอยหลัง (backward) และในเครื่องรุ่นใหม่ ๆ จะมีตัดหมุนสลับ (reciprocating)

2. foot pedal เหยียบเปิดปิดการทำงานของมอเตอร์

3. handpiece ซึ่งภายในประกอบด้วยมอเตอร์ส่งกำลังไปหมุนแกนใบมีดและช่องดูด (suction chamber) ที่มีลิ้น (valve) ควบคุมแรงดูดที่ต่อมาจากเครื่อง suction

4. disposable surgical tip ซึ่งประกอบด้วย

- 4.1 soft tissue shaver จะเป็นใบมีดหมุน (rotating blade) และ guarded bone drill จะเป็นหัวกรอ (burr) สอดอยู่ในปลอกท่อโลหะ (sheath) แกนของใบมีดหรือหัวกรอจะต่อเข้ากับมอเตอร์ใน handpiece นอกจากนี้แกนของใบมีดยังมีลักษณะพิเศษคือเป็นท่อดูด (suction canular) ที่มีรูเปิดเข้าสู่ส่วนของช่องดูด (suction chamber) ใน handpiece อีกด้วย

- 4.2 ตัวปลอกท่อโลหะลักษณะเป็น blunted tip probe ปลายตัดแหลมใบมีดเปิดออกทางด้านข้างระหว่างที่สอด surgical tip นี้เข้าไปทำผ่าตัดในโพรงจมูก เนื้อเยื่อจะถูกดูดเข้าไปผ่านรูเปิดที่ส่วนปลายของปลอกท่อโลหะ และถูกใบมีดที่กำลังหมุนอยู่ภายในตัดจนขาด เนื้อเยื่อที่ถูกตัดแล้วรวมทั้งเลือดและของเหลวอื่น ๆ จะถูกดูดออกไปผ่านแกนที่เป็นท่อดูดของใบมีดเข้าสู่ช่องดูดของ handpiece ออกไปลงขวด โดยเฉพาะการผ่าตัดในบริเวณที่เป็นช่องหลังคาเบรจ ๆ ใบมีดจะสัมผัสเนื้อเยื่อเพียงข้างเดียว

โดยปลอกท่อโลหะ ลักษณะพิเศษนี้จะหน้าที่เป็น guard ป้องกันใบมีดไปตัดถูกบริเวณอื่น ๆ ที่ไม่ต้องการโดยบังเอิญ

ในสหรัฐอเมริกามีการนำ powered microdebrider มาใช้ในการผ่าตัดรักษาโรคของโพรงจมูกและไซนัสมีรายงานเป็นครั้งแรก โดย Setliff และ Parsons¹⁻³ เมื่อปี พ.ศ. 2537 ในการผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง tele-endoscopic endonasal sinus surgery เพื่อรักษาโรคไซนัสอักเสบในเด็ก

วัสดุและวิธีการ

ผู้รายงานได้นำแนวความคิดของ Setliff และ Parsons² ในการใช้ powered microdebrider มาผ่าตัดรักษาโรคไซนัสอักเสบเรื้อรังด้วยการส่องกล้อง classical FESS ในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังนำแนวความคิดของ Rice⁴ รวมทั้งนำเทคนิควิธีการผ่าตัดรักษาเนื้องอกด้วยการส่องกล้อง Transnasal endoscopic medial maxillectomy ตามแบบของ Kamei^{5,6} มาประยุกต์ใช้กับ powered microdebrider และได้เริ่มทำการผ่าตัดรักษาโรคต่าง ๆ ของโพรงจมูกและไซนัสรวมทั้งเนื้องอกในโรงพยาบาลนครปฐมด้วยเทคนิคต่าง ๆ ดังกล่าวตั้งแต่เดือน พ.ศ. 2539

เครื่องมือที่ใช้เป็น arthroscopic shaving machine ของ Smith and Nephew (Dyonics รุ่น PS 3500 EP.) โดยไม่ได้รับการดัดแปลงอะไรเป็นพิเศษ soft tissue shaver ส่วนใหญ่จะใช้ straight synovator ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4.5 มิลลิเมตร ที่ความเร็ว 3,000 รอบต่อวินาที นับตั้งแต่การทำ debulky mass (tumor polyps) uncinectomy, anterior ethmoidectomy ตลอดจนจนถึงการทำ posterior ethmoidectomy จะใช้ curved synovator บ้างเวลาทำ nasoantral window (middle meatal antrostomy หรือ medial maxillectomy) และใช้ guarded bone drill เมื่อต้องการกรอส่วนที่เป็นกระดูกหนา กัดองที่ใช้เป็น tele-endoscope ขนาด 4.0 มิลลิเมตร 25 องศา (Richardson-Wolf) และ operating microscope objective lense 250 mm. (Wild-Leica)

สำหรับเนื้องอกเป็นการผ่าตัดผ่านรูจมูกด้วยการส่องกล้อง Tele-endoscopic, Microscopic, endonasal surgery เพียงอย่างเดียว หรือทำร่วมกับ endoscopic maxillary sinuscopy โดยการเปิด small canine fossa antrotomy เป็นช่องเล็ก ๆ พอให้สอดกล้องและเครื่องมือเข้าไปทำผ่าตัดได้ โดยการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสามารถหลีกเลี่ยงการทำ Lateral rhinotomy, Midfacial degloving หรือ Denker's extended canine fossa approach โดยไม่จำเป็นได้

การเลือกผู้ป่วย

ข้อห้าม (contra indication) ในการผ่าตัดเนื้องอกที่เป็น pre malignant และ malignant ของโพรงจมูกและไซนัสด้วยการส่องกล้อง อาศัยผลการตรวจร่างกายบริเวณศีรษะและลำคอ โดยเฉพาะกระบอกตาและประสาทสมองร่วมกับการตรวจด้วย CT scan ทั้ง coronal และ axial plain ตามบทความของ Lawson และคณะ⁷ คือ

1. เนื้องอกยังไม่ลุกลามเข้าตา (periorbita, orbital fat รวมทั้ง lacrimal sac)
2. เนื้องอกยังไม่ลุกลามเข้าระบบประสาทกลาง (dura, brain, cribriform plate)
3. เนื้องอกยังไม่ลุกลามออกมาที่ผนังด้านหน้า ด้านหลัง ด้านข้าง และพื้นของ maxillary sinus (pterygomaxillary fossa, pterygoid plate, infratemporal fossa และ hard palate)
4. เนื้องอกยังไม่ลุกลามไปที่โพรงหลังจมูก (nasopharynx)
5. เนื้องอกยังไม่ลุกลามเข้าไปในบริเวณที่กล้องและเครื่องมือสอดเข้าไปไม่ถึง คือ frontal sinus, supraorbital ethmoid aircell และในบริเวณ posterior ethmoid และ sphenoid sinus ซึ่งกล้องและเครื่องมือสอดเข้าไปถึง แต่วิธีการนี้อาจจะเอาเนื้องอกออกได้ไม่หมด

ขั้นตอนการผ่าตัด

1. **mass debulky** โดยการใช้ **nasal speculum**

ถ่างขยายรูจมูกอาศัยแสงไฟจาก head light หรือ โดยมองผ่าน operating microscope ใช้ microdebrider กรอตัดลดขนาดก้อนเนื้องอกให้มีช่องว่างในโพรงจมูก ขอบเขตของการผ่าตัด

ทางด้าน medial ขอบเขตจรด nasal septum

ทางด้าน lateral ขอบเขตจรด inferior turbinate

ทางด้าน inferior ขอบเขตจรด floor of nose

ทางด้าน superior ขอบเขตสูงไม่เกิน lower border ของ middle turbinate

2. **intra nasal ethmoidectomy** โดยการถ่างขยายรูจมูกด้วย long blade nasal speculum มองผ่าน operating microscope หรือใช้ rhino tele-endoscope 4.0 มิลลิเมตร 25 องศา ใช้ microdebrider กรอตัดก้อนเนื้องอกที่เหลืออยู่ส่วนบนออกพร้อม ethmoid sinus ขอบเขตของการผ่าตัด

ทางด้าน medial เป็น lateral surface ของ middle turbinate

ทางด้าน lateral เป็น lamina papyracea

ทางด้าน superior เป็น roof of ethmoid sinus

ทางด้าน posterior เป็น basal lamella

ข้อระวังในการผ่าตัดในบริเวณโพรงจมูกส่วนบนนี้ ให้หลีกเลี่ยงเกี่ยวกับการผ่าตัด endonasal ethmoidectomy โดยการใช้ curette คือ ให้งวาดลากเครื่องมือจากบนลงล่าง จากหลังมาหน้าและจากด้านข้างเข้าหาตรงกลาง ระมัดระวังอย่ากวาดขึ้นบน หรือ กวาดออกข้างเพื่อป้องกันไม่ให้ทะลุเข้าช่องกะโหลกศีรษะหรือทะลุเข้ากระบอกตา

3. **nasoantral window** ถ้าต้องการทำเพียง maxillary sinus drainage ทำ middle meatal antrostomy และถ้าในกรณีที่ต้องเอาผนังด้านข้างของโพรงจมูกออก ทำ TEMM (transnasal endoscopic medial maxillectomy) โดยการใช้ rhino tele-endoscope ขนาด 4.0 มิลลิเมตร 25 องศา ส่องมองด้านข้าง ใช้ Eicken's curve antral canular แยกหาช่องเปิด (natural ostium หรือ frontanelle) เข้าสู่ maxillary sinus

แล้วใช้ powered microdebrider กรอตัดขยายออกจากช่องเปิดนี้ กรอตัดเนื้อออกส่วนที่เหลือทางด้านข้างออกไปพร้อมกับผนังด้าน medial ของ maxillary sinus การผ่าตัดในช่วงนี้ พบว่าการใช้ curve synovator จะช่วยให้ทำผ่าตัดได้สะดวกขึ้น แต่ข้อเสียคือถ้าบังเอิญมีเศษกระดูกหรือเศษผ้าไปอุดตัน curve synovator ซึ่งไม่สามารถถอดแกนในออกมาล้างทำความสะอาดได้และราคาค่อนข้างแพงก็จะเสียทั้งไปเลยไม่สามารถนำกลับมาใช้งานได้อีกใหม่ ชอบเขตของการผ่าตัด TEMM ตัดขยายเพิ่มเติมจากวิธีการของ Kamel⁶ คือ

1. ทางด้าน anterior กรอตัดมาจนจรดขอบของ maxillary crest ระมัดระวังไม่ให้ไปถูก nasolacrimal duct

2. ทางด้าน inferior กรอตัด inferior turbinate ออก รวมทั้งใช้ gaured bone drill กรอผนังกระดูกที่หนาลงมาจนจรด floor of maxillary sinus

3. ทางด้าน superior กรอตัดจนจรด floor of orbit

4. ทางด้าน posterior กรอตัดจนจรด posterior wall of maxillary sinus จากนั้นตรวจเช็คจุดเลือดออกห้ามเลือดด้วย suction cautery และ pack ห้ามเลือดด้วย rolled Sofratulle gauze ทิ้งไว้ประมาณ 3-5 วันจึงเอาออก

นับจากเดือน ตุลาคม 2539 ถึงเดือน ตุลาคม 2540 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาโรคของโพรงจมูกและไซนัสโดยการส่องกล้องร่วมกับ powered microdebrider ทั้งสิ้น 35 ราย

nasal polyps	19 ราย
chronic or recurrent maxillary sinusitis	6 ราย
(uncinectomy, bullar ethmoidectomy, middle meatal antrostomy)	
antrochoanal polyp	2 ราย
ethmoid mucocoele	1 ราย

nasal inverted papilloma	1 ราย
CA. maxillary sinus	1 ราย
adenocarcinoma	1 ราย
malignant lymphoma	1 ราย
pterygomaxillary fossa tumor	1 ราย
(juvenile nasopharyngeal angiofibroma)	
septal spur shaving	1 ราย
endoscopic DCR	1 ราย

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่าการใช้ powered microdebrider ช่วยในเรื่องความสะดวก ความรวดเร็ว และผลสำเร็จของการผ่าตัดเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ การทำ functional endoscopic sinus surgery ไปจนกระทั่งการผ่าตัดเนื้อออกและมะเร็งของโพรงจมูกและไซนัส จะขอนำเสนอผู้ป่วยที่ยกมาเป็นตัวอย่างต่อไปนี้

รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี H.N.4481-40

มาด้วยอาการมีก้อนเนื้อออกอุดตันในรูจมูกข้างขวา ได้รับการส่องตรวจด้วย rhino tele-endoscope พบเป็นก้อนเนื้ออุดตันรูจมูกส่วนหน้าข้างขวา โดยมีจุดเริ่มต้นของเนื้องอกมาจากผนังด้านข้างของโพรงจมูก เนื่องจากก้อนเนื้องอกมีลักษณะยุ่ยและเลือดออกง่ายจึงไม่สามารถสอดผ่านกล้องเข้าไปตรวจภายในส่วนลึกได้ โพรงจมูกข้างซ้ายปกติ ผนังจมูกกั้นจมูกตรงกลาง (nasal septum) ปกติ โพรงหลังจมูกปกติ

ส่งตรวจ CT. scan พบลักษณะเป็นก้อนเนื้องอกอุดตันโพรงจมูกส่วนหน้าข้างขวา มีเนื้องอกบางส่วนแทรกผ่าน nasal bone ขึ้นมาที่ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง โพรง maxillary sinus และ nasal septum ปกติ ได้วางแผนการรักษาโดยการตัดเนื้อส่องตรวจและตัดลดขนาดของก้อน (mass debulky) เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ในคราวเดียวกัน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ contact sapphire tip laser กับ soft tissue shaver แล้วเห็นว่าในรายเนื้องอกขนาดกลางถึงขนาดใหญ่วิธีหลังทำได้สะดวก

รวดเร็วกว่ามาก

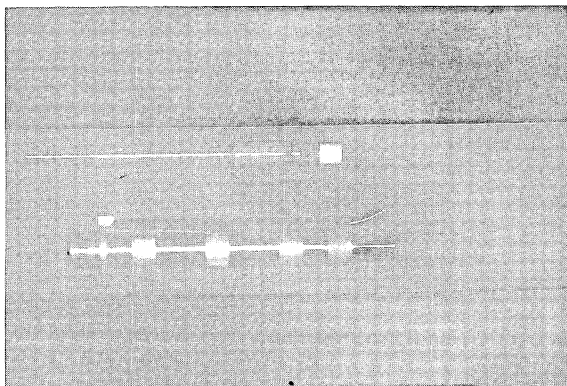
ผู้ป่วยเลือกการระงับความรู้สึกด้วยการวางยาสลบ การผ่าตัดทำโดยมองผ่าน operating microscope ใช้ nasal speculum ถ่างขยายโพรงจมูก แล้วใช้ punch forceps คีบตัดเนื้องอกบางส่วนส่งตรวจ จากนั้นใช้ soft tissue shaver กรอตัดก้อนเนื้องอกในโพรงจมูกออกจนหมด บริเวณที่เป็นจุดเริ่มต้นหรือฐานของเนื้องอกจึงห้ามเลือดด้วย suction cautery ทำ nasal packing

ผู้ป่วยพักค้างคืนในโรงพยาบาลและกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น ชิ้นเนื้อที่ตัดส่งตรวจผลเป็น malignant lymphoma ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อด้วยเคมีบำบัดที่กรุงเทพฯ

หมายเหตุ การผ่าตัดในลักษณะเดียวกันนี้ปัจจุบันสามารถทำได้ในลักษณะผู้ป่วยนอก และระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี H.N.43009-40

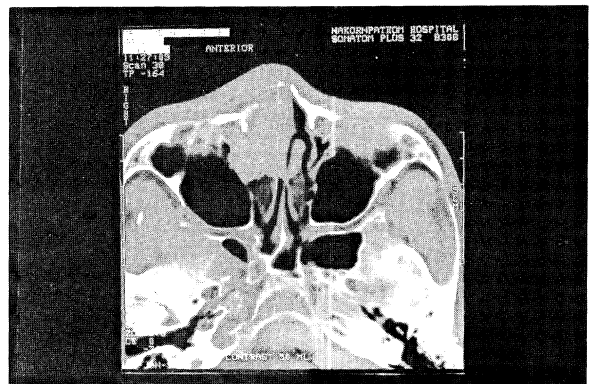
มาด้วยอาการแน่นคัดในจมูกข้างซ้าย จากการตรวจด้วย microrhinoscope ที่แผนกผู้ป่วยนอก และตรวจเพิ่มเติมด้วย rhino tele-endoscope ที่ห้องผ่าตัด พบเนื้องอกลักษณะเป็น polypoid mass ผิวของเนื้องอกบางส่วนมีลักษณะเป็น hyperkeratinized ก้อนเนื้องอกกระจุกรวมอยู่ที่บริเวณ middle meatus สงสัยว่าจะเป็น inverted papilloma ตัดชิ้นส่งตรวจได้ผลยืนยันการวินิจฉัย



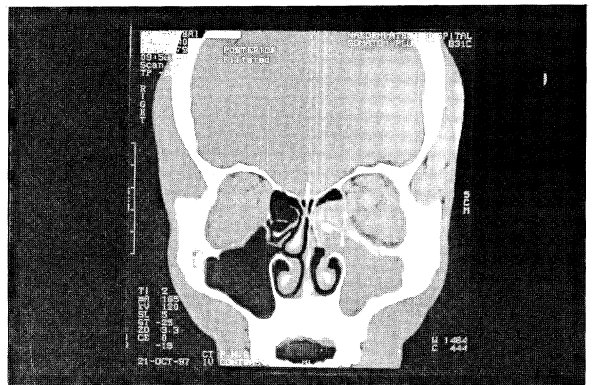
รูปที่ 1 ภาพเครื่อง powered microdebrider

ส่งตรวจ CT. scan พบว่ามีเนื้องอกอยู่ในบริเวณ anterior ethmoid sinus ภายใน orbit และ maxillary sinus ปกติ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยการวางยาสลบ ด้วยเทคนิควิธี Transnasal endoscopic medial maxillectomy ด้วยการใช้กล้อง rhino tele-endoscope ร่วมกับ powered microdebrider ตามขั้นตอนที่ได้บรรยายไปแล้ว ผู้ป่วยพักฟื้นในโรงพยาบาลและกลับบ้านได้ในวันที่สามของการผ่าตัดหลังจากเอา nasal packing ออกและกลับมาติดตามผลการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละครั้งจนแผลหายสนิท



รูปที่ 2 ภาพ CT scan ผู้ป่วยรายที่ 1



รูปที่ 3 ภาพ CT scan ผู้ป่วยรายที่ 2

วิจารณ์

เครื่อง powered microdebrider เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การผ่าตัดโรคของโพรงจมูกและไซนัสผ่านทางรูจมูก (endonasal surgery) ทำได้ง่ายสะดวกรวดเร็วขึ้น นับแต่การผ่าตัดที่ใช้ความละเอียดประณีต เช่นการผ่าตัด functional endoscopic sinus surgery พบว่าโดยการใช้ surgical blade ชนิดที่เรียกว่า synovator เพียงอย่างเดียวสามารถทำได้ตั้งแต่ uncinectomy, bullar ethmoidectomy, middle meatal antrostomy ไปจนจบการผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีรายงานการผ่าตัดรักษาโรคอื่น ๆ ของโพรงจมูกและไซนัสในวารสารต่างประเทศ เช่น การผ่าตัดระยะรอบของ periorbital subperiosteal abscess, การผ่าตัดรักษา fungal mycetoma, การผ่าตัดรักษา choanal atresia และอื่น ๆ

ข้อดีของเครื่องมือนี้ก็คือ

1. ใบมีดของเครื่องมือดังกล่าวสามารถหมุนตัดเนื้อเยื่อได้อย่างรวดเร็ว (3,000 รอบ/วินาที) พร้อมทั้งดูดเนื้อเยื่อที่ถูกตัดแล้วออกไปจากบริเวณที่กำลังผ่าตัด รวมทั้งดูดซับเลือดให้เห็นบริเวณที่กำลังผ่าตัดอยู่ได้ชัดเจน จึงสามารถทำผ่าตัดแบบ one hand surgery (โดยที่มีมือข้างหนึ่งถือ nasal speculum หรือ rhino tele-endoscope และมืออีกข้างถือเครื่องมือผ่าตัด) ได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่จำเป็นต้องหยุดเปลี่ยนสลับบ่อย ๆ ระหว่าง forceps และ suction cannular เหมือนวิธีการผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยการส่องกล้องแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นการเสียเวลาและในบางครั้งเลือดออกมากจนไม่สามารถมองเห็นบริเวณที่จะทำผ่าตัดได้จำเป็นต้องยุติการผ่าตัดหรือเปลี่ยนเป็นการทำ external approach surgery แทน ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยแม้ในมือของแพทย์ที่มีความชำนาญแล้ว

2. ลักษณะการทำงานของเครื่องเป็นการตัด (cut) ไม่เหมือนการใช้ forceps หรือ snare ซึ่งลักษณะเป็นการดึงทิ้ง (tease) ไม่สามารถควบคุมทิศทางกรงิกกัดของเนื้อเยื่อได้ทำให้เลือดออกมากและบาดแผลบอบช้ำมาก

กว่าการตัด

การนำเอา powered microdebrider มาใช้ในการผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยการส่องกล้อง จึงมีผู้เปรียบเทียบว่าเป็นการเปลี่ยนยุคเหมือนเมื่อครั้งที่แพทย์ หู คอ จมูก รู้จักนำเอาเครื่องกรอฟันและกล้อง microscope มาใช้ในการผ่าตัดโพรงหูชั้นกลาง และกระดูกมาสตอยด์แทนการใช้สิ่วและไข้อน

ประโยชน์ที่เห็นชัดเจนคือ การนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการผ่าตัดรักษาเนื้องอกที่อาจกลายเป็นมะเร็งและมะเร็งของโพรงจมูกและไซนัส ในรายที่ยังไม่มีการลุกลามออกไปนอกขอบเขตผนังด้านข้างของโพรงจมูก ซึ่งที่ผ่านมาก็มีรายงานถึงความพยายามในการผ่าตัดรักษาโรคดังกล่าวด้วยการส่องกล้อง คือ

Waitz และ Wigand⁸ รายงานผลการผ่าตัดรักษา inverted papilloma เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องกับการผ่าตัดแบบเปิดแผล พบว่า การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ 17% และการผ่าตัดแบบเปิดแผลมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ 18%

Myer และ Pretruzzelli⁹ มีความเห็นแย้งว่าจากการศึกษาทบทวนรายงานจากทั่วโลกแล้ว อัตราการเกิดซ้ำของ inverted papilloma จากการผ่าตัดแบบเปิดแผลควรจะเป็น 8% ไม่ใช่ 18% ตามที่ Waitz และ Wigand รายงานและเน้นให้ทำผ่าตัดโดยเปิด lateral rhinotomy

Kamel⁶ รายงานถึงเทคนิคและผลดีในการทำ Transnasal endoscopic medial maxillectomy (TEMM) เพื่อรักษา inverted papilloma และมีความเห็นว่าเป็นที่ Myer จะกล่าวว่า concept ของการผ่าตัดในกรณีนี้คือพยายามตัดเอาเนื้องอกรวมทั้งผนังด้านข้างของโพรงจมูกและเยื่อโพรงไซนัสในข้างเดียวกันออกให้หมดและเน้นให้ทำการผ่าตัดรักษาแบบเปิดแผล แต่เทคโนโลยีในปัจจุบันสามารถผ่าตัดผ่านทางรูจมูกด้วยการส่องกล้องเพื่อเอาบริเวณดังกล่าวทั้งหมดออกได้ ยกเว้น บริเวณทางด้านข้างของ maxillary sinus เท่านั้น

Rice⁴ แนะนำว่าไม่ว่าจะเป็น benign หรือ ma-

lignant tumor การประเมินคัดเลือกผู้ป่วยโดยอาศัยผลการตรวจจาก CT scan และ MRI scan มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้รู้ขอบเขตที่แน่นอนของก้อนเนื้อออกก่อนเลือกที่จะทำการผ่าตัดรักษาด้วยการส่องกล้องหรือไม่ และสำหรับรายที่เป็นมะเร็งแนะนำให้รับรังสีหลังผ่าตัดทุกราย

ปัญหาและอุปสรรคประการหนึ่งที่ประสบด้วยตนเองในการผ่าตัดผ่านรูจมูกด้วยการส่องกล้องก็คือ ในบางครั้งไม่มีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพดีพอที่จะสอดเข้าไปตัดผนังด้านข้างของโพรงจมูกรวมทั้งเนื้ออกที่สอดแทรกเข้าไปในบริเวณนั้นออกได้หมดโดยเฉพาะในขณะที่กำลังเลืดอกออก ผลคือทำให้มีเนื้ออกตกค้างอยู่ ต้องกลับมาทำซ้ำในภายหลังโดยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดแผล

พบว่า โดยอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ คือ powered microdebrider สามารถทำการผ่าตัดผ่านทางรูจมูกร่วมกับการส่องกล้องได้สะดวกขึ้น ดีขึ้น มีโอกาสเกิดผลสำเร็จของการผ่าตัดมากขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องเปิดแผลภายนอก และอาจจะเรียกได้ว่าเป็นศัลยกรรมรูจมูกแจ key hole surgery หรือ minimal invasive surgery ประเภทหนึ่งซึ่งผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของโพรงจมูกและไซนัสสามารถไปรับการบำบัดต่อเนื่องอื่น ๆ เช่น การฉายรังสีรักษาและการให้เคมีบำบัดได้เร็วขึ้น ในขณะที่การผ่าตัดเปิดแผลต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวมากกว่าและยังอาจจะเกิดผลแทรกซ้อนตรงรอยแผลผ่าตัด เช่น เกิดเนื้องอกตาย แผลแยก เกิดรูทะลุ (fistular) หรือแผลเป็นดั่งรังได้

นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงวิธีการผ่าตัดรักษาด้วยเครื่องมือนี้ในลักษณะเป็น palliative treatment เพื่อลดความทนทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการที่เนื้องอกอุดตันโพรงจมูก เลืดอกออก และเน่าเหม็นในรายที่มีมะเร็งเป็นมาก

เกินกว่าจะผ่าตัดให้หายได้ (unresectable) และในรายที่เป็นซ้ำหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ มาแล้ว (recurrent) ลงในวารสารต่างประเทศอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Setliff R, Parsons D. The Hummer : New instrumentation for functional endoscopic sinus surgery. Amer J Rhinol 1994 ; 8 : 275-8.
2. Setliff R. The Hummer : A remedy for apprehension in functional endoscopic sinus surgery. Otolaryngol Clin North Am 1996 ; 29 : 93-104.
3. Parsons D. Rhinologic uses of powered instrumentation in children beyond sinus surgery. Otolaryngol Clin North Am 1996 ; 29 : 105-14.
4. Rice D. Endonasal surgery for nasal wall tumors. Otolaryngol Clin North Am 1995 ; 28 : 1117-125.
5. Kamel R. Conservative endoscopic surgery in inverted papilloma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992 ; 118 : 649-54.
6. Kamel R. Transnasal endoscopic medial maxillectomy in inverted papilloma. Laryngoscope 1995 ; 105 : 847-53.
7. Lawson W, Biller HF, Jacobson A, et al. The role of conservative surgery in the management of inverted papilloma. Laryngoscope 1983 ; 93 : 148-55.
8. Waitz G, Wigand ME. Results of endoscopic sinus surgery for the treatment of inverted papilloma. Laryngoscope 1992 ; 102 : 917-22.
9. Myers EN, Petruzzelli GJ. Endoscopic sinus surgery for inverting papillomas. Laryngoscope 1993 ; 103 : 771.