

การประเมินผู้ป่วยอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน ที่ทำการเจาะคอฉุกเฉินในโรงพยาบาลปทุมธานี Evaluation of Acute Upper Airway Obstruction and the Role of Emergency Awakening Tracheostomy in Pathumthani Hospital

ญานิตา ราชนิวัต พ.บ.,
วว. โสตศอนาสิก
กลุ่มงานโสตศอนาสิก
โรงพยาบาลปทุมธานี
จังหวัดปทุมธานี

Yanita Rajanivat M.D.,
Dip., Thai Board of Otolaryngology
Division of Otolaryngology
Pathumthani Hospital
Pathum Thani

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนที่ต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤติที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลปทุมธานี การเจาะคอฉุกเฉินเป็นวิธีที่สำคัญในการดูแลทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษาประเมินผู้ป่วยถึงเพศ อายุ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุที่นำมา สามารถลดผลแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนารวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน ระยะเวลาตั้งแต่ ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2565

ผลการศึกษา: จากกลุ่มประชากรในการศึกษาจำนวน 105 ราย พบเป็นประชากรชายมากกว่าหญิง มีช่วงอายุ 41-60 ปี มากที่สุด สาเหตุหลักที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อเจาะคอ คือโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ โดยพบเป็น oropharyngeal cancer มากที่สุด ร้อยละ 29.5 พบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการผ่าตัดเท่ากับ 43 นาที ซึ่งนับรวมหัตถการผ่าตัดเจาะคอ และหัตถการร่วมทั้งหมดที่ทำในครั้งเดียวกัน เช่น การส่องกล้องตรวจกล่องเสียงและหลอดอาหาร และการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 วัน เนื่องจากหลังทำหัตถการเจาะคอ ต้องมีการพักฟื้นปรับสภาพร่างกายผู้ป่วยและมีการสอนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป: ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอฉุกเฉินพบมีจำนวนใกล้เคียงกันทุกปี โดยสาเหตุหลักพบเป็นมะเร็งศีรษะและลำคอมากที่สุด หากเราให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคแก่ประชาชน จะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลและลดการผ่าตัดฉุกเฉินได้

คำสำคัญ: การเจาะคอฉุกเฉิน มะเร็งหูคอจมูก ท่อเจาะคอ

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(1) : 107-118.

Abstract

Objective: Upper airway obstruction is a life-threatening condition in Pathumthani Hospital. A portion of patients with upper airway obstruction need to get the emergency care of tracheostomy. This study aims to study age, sex, risk factors, and causes of patients who came with stridor and received emergency awakening tracheostomy in Pathumthani Hospital.

Methods: Retrospective descriptive study was done in consecutive series of patients underwent emergency tracheostomy from October 2019 to September 2022.

Results: A total of 105 patients were included in this study. Men were founded more than women, age ranged from 41–60 years. Oropharyngeal carcinomas were the most common cause (29.5 percent). All patients of this group had undergone tracheostomy with average operation time of 43 minutes included further operations such as biopsy or esophagoscopy. Average time admitted in the hospital was 7 days due to post operative self-care instructions and patients' self-condition adjustment.

Conclusion: Numbers of patients who received emergency awakening tracheostomy were approximately equal every year. Most common cause of patients who came with stridor and received emergency awakening tracheostomy is head and neck carcinoma. Health promotions to communities are crucial to prevent morbidities.

Keywords: upper airway obstruction, head and neck cancer, tracheostomy

Received: Dec 11, 2023; Revised: Dec 16, 2023; Accepted: Jan 20, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(1) : 107–118.

บทนำ

การอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและผ่าตัดฉุกเฉินจากสถิติรายงานการวินิจฉัยโรคตาม ICD 9 (ระเบียนรหัสหัตถการและการผ่าตัด) ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาของโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่ามีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นทางเดินหายใจอุดกั้นเฉียบพลัน และต้องทำการเจาะคอฉุกเฉินมีจำนวนถึง 105 ราย จากสถิติในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เดือนมกราคม–ธันวาคม 2550 มีผู้ป่วยเจาะคอทุกสาเหตุ 100 ราย เป็นสาเหตุการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน 16 ราย

ในการศึกษาของ Eye & ENT hospital, Fudan university เซี่ยงไฮ้ ประเทศจีนมีผู้ป่วยอุดกั้นทางเดินหายใจสาเหตุจากมะเร็งกล่องเสียงและได้รับการเจาะคอฉุกเฉินในช่วง ค.ศ. 2005–2010 สูงถึง 243 คน¹ ทางเดินหายใจส่วนต้นมีนิยามคือ บริเวณทางเดินหายใจตั้งแต่จมูกลงมาถึงบริเวณใต้กล่องเสียง การเกิดทางเดินหายใจอุดกั้น มีทั้งแบบ บางส่วน (partial obstruction) และแบบทั้งหมด (complete obstruction)² การประเมินผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อให้ได้รับการรักษาและการผ่าตัดฉุกเฉิน มีความสำคัญอย่างยิ่ง สามารถลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ อาการ

สำคัญที่ผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลคือ การมีเสียงหายใจหอบเหนื่อย (stridor) แบบลักษณะเฉพาะ (high pitch voice) และระดับการอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 saturation) ลดลงในบางราย โดยแบ่งย่อยระดับสาเหตุของอวัยวะ ได้แก่ บริเวณเหนือกล่องเสียง (supraglottic) บริเวณกล่องเสียง (glottic) และบริเวณใต้กล่องเสียง (subglottic)³ ซึ่งลักษณะเสียงที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามระดับย่อยสาเหตุนั้นๆ การสังเกตเสียงจากตรวจร่างกายเบื้องต้นทำให้สามารถแยกตำแหน่งของการเกิดโรคได้คร่าวๆ ประวัติที่มักพบได้บ่อย ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งบริเวณหลอดคอและกล่องเสียงมาก่อน บางรายได้รับการบาดเจ็บที่บริเวณคอจากอุบัติเหตุอื่นๆ หรือประวัติได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) มาก่อน สุดท้ายคือการติดเชื้อเนื้อเยื่อหุ้มคอชั้นลึก⁴ เช่น Ludwig's angina หรือการติดเชื้อบริเวณเหนือกล่องเสียง⁵ เป็นต้น

การเจาะคอ เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการดูแลทางเดินหายใจ ในกรณีการใส่ท่อช่วยหายใจทางช่องปากหรือจมูกผ่านกล่องเสียงทำได้ยากหรืออาจไม่สามารถทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ขวางกั้นอยู่⁶ แพทย์จะตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเวลาฉุกเฉินเพื่อการช่วยชีวิตผู้ป่วย⁴ การเจาะคอฉุกเฉินเป็นหัตถการที่ต้องใช้ความชำนาญและทีมงานรวมถึงสถานที่เครื่องมือที่พร้อม เทคนิคการเจาะคอ เริ่มจากวิธีระงับความรู้สึก โดยการฉีดยาชา หรือดมยาสลบ ขึ้นอยู่กับสถานะและความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนการจัดท่าผู้ป่วย คือท่านอนหงายและแอ่นคอไปด้านหลัง (neck extension) ในบางกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นฉุกเฉิน อาจจำเป็นต้องเจาะคอในท่านั่งหรือท่านอนยกศีรษะสูง เป็นต้น หัตถการเจาะคอมีผลแทรกซ้อนได้ร้อยละ 4-40 คือเลือดออกหลังผ่าตัดหรือระหว่างทำการผ่าตัด ตำแหน่งท่อหลุดเลื่อนภายหลังการเจาะคอ⁷ หลังการเจาะคอผู้ป่วยจะมีเสมหะหรือเมือกเหลวออกมาทางท่อ จึงทำให้

ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในการใช้ชีวิต และมีขั้นตอนในการดูแลตนเองที่มากยิ่งขึ้น เช่น การดูแลท่อเจาะคอ การถอดท่อทำความสะอาด การดูแลเสมหะ เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนเช่น เสมหะอุดตันท่อ ติดเชื้อรอบบริเวณแผลรวมถึงเนื้ออักเสบ (granulation tissue) ดังนั้นสหวิชาชีพจึงมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และชุมชนต่อไป การศึกษาดังแต่สาเหตุปัจจัย รวมถึงประเมินผู้ป่วยในขั้นตอนการรักษา จะทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากตัวโรคได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาสาเหตุและประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับการเจาะคอฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์รอง เพื่อติดตามผลการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเจาะคอฉุกเฉินและปัจจัยสัมพันธ์ต่างๆ ระหว่างการรักษา

วิธีการศึกษา

เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนแบบย้อนหลัง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective data collection) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนโรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วยประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ
2. โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง
3. สาเหตุและอาการหลักที่นำมา
4. ผลการรักษาระหว่างและหลังการผ่าตัด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยอาศัยแบบบันทึกข้อมูลที่ทำขึ้นและคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แบบบันทึกการผ่าตัด ช่วงเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดลอกและลงข้อมูลเองทั้งหมด การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่ EC-PTH A005-66 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่มารักษาด้วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ณ โรงพยาบาลปทุมธานี กระหวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์สถิติ สำหรับสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลกลุ่มนำเสนอ จำนวนร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ข้อมูลกลุ่ม

ใช้สถิติ chi-square test ข้อมูลต่อเนื่องข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Mann Whitney test

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมธานี ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนโรงพยาบาลปทุมธานีและได้รับการเจาะคอแบบฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 105 คน เป็นเพศชาย 94 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 อายุต่ำสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี โดยมีค่ามัธยฐานที่ 59 ปี ค่าเฉลี่ย 58.9 ปี และส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี 54 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 แบ่งเป็นปี 2563, ปี 2564, และในปี 2565 จำนวน 30, 39, และ 36 คน ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 93 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 การดื่มสุรา 89 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 105 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	89.5
หญิง	11	10.5
กลุ่มอายุ		
20-40 ปี	6	5.7
41-60 ปี	54	51.4
61-70 ปี	26	24.8
71-80 ปี	18	17.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป
(N = 105 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 80 ปี	1	1
Min = 20, Max = 81, Mean = 58.9		
Median = 59, SD = 11.27		
ปี		
2563	30	28.6
2564	39	37.1
2565	36	34.3

ข้อมูลโรคที่เป็นร่วม

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว 47 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 แบ่งเป็น โรคความดันโลหิตสูง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7, โรคเบาหวาน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4, โรคไขมันในเส้นเลือด 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7,

โรคถุงลมโป่งพอง / หอบหืด 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8, และโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ลมชัก โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โลหิตจาง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลโรคประจำตัว
(N = 105 คน)

ข้อมูลโรคที่เป็นร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว	47	44.8
ไม่มีโรคประจำตัว	58	55.2
เบาหวาน		
มี	13	12.4
ไม่มี	92	87.6
ความดันโลหิตสูง		
มี	27	25.7
ไม่มี	78	74.3
ไขมันในเส้นเลือด		
มี	7	6.7
ไม่มี	98	93.3
ถุงลมโป่งพอง/หอบหืด		
มี	5	4.8
ไม่มี	100	95.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลโรคประจำตัว
(N = 105 คน) (ต่อ)

ข้อมูลโรคที่เป็นร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคอื่นๆ		
มี	23	21.9
ไม่มี	82	78.1

โรคที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยมาเจาะคอฉุกเฉิน

โรคที่เป็นสาเหตุนำพาผู้ป่วยมาเจาะคอฉุกเฉิน เป็นมะเร็ง 94 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 ในส่วนของมะเร็ง ศีรษะและลำคอแยกตามอวัยวะ คือ oral cavity 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5, oropharynx 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 29.5, hypopharynx 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1, supraglottic 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6, glottis 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6, nasopharynx 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8, thyroid 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9, esophagus 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9, oropharynx + hypopharynx 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8, oropharynx + supraglottic 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1, กลุ่มมะเร็ง ที่ไม่ใช่มะเร็งศีรษะและลำคอมีเพียง 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.9 คือ lymphoma

ในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งแบ่งเป็น trachea + subglottic stenosis 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8, laryngeal injury 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8, deep neck infection 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9, และ inflammation of larynx 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลกลุ่ม ช่วงอายุ กับการเกิดมะเร็ง พบว่ามีอุบัติการณ์ของ มะเร็งสูงขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นโดย กลุ่มช่วงอายุ 20-40 ปี เป็นมะเร็ง ร้อยละ 83.3, กลุ่มช่วงอายุ 41-60 ปี เป็นมะเร็ง ร้อยละ 87, และกลุ่มช่วงอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี เป็นมะเร็ง ร้อยละ 93.3 แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสถิติ (p-value .416)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของได้รับการเจาะคอฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลโรคที่เป็น (N = 105 คน)

ข้อมูลโรคที่เป็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มะเร็ง		
มี	94	89.5
ไม่มี	11	10.5
มะเร็งศีรษะและลำคอแยกอวัยวะ		
Oral cavity	10	9.5
Oropharynx	31	29.5
Hypopharynx	18	17.1
Supraglottic	8	7.6
Glottic	11	10.6
Nasopharynx	4	3.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของได้รับการเจาะคอฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลโรคที่เป็น (N = 105 คน) (ต่อ)

ข้อมูลโรคที่เป็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Thyroid	2	1.9
Esophagus	2	1.9
Oropharynx+hypopharynx	4	3.8
Oropharynx+supraglottis	1	1
มะเร็งที่ไม่ใช่ศีรษะและลำคอ		
Lymphoma	3	2.9
โรคที่ไม่ใช่มะเร็ง		
Trachea + subglottic stenosis	4	3.8
Laryngeal injury	3	2.8
Deep neck infection	2	1.9
Laryngeal inflammation	2	1.9

รายละเอียดในการรักษา

เวลาที่ใช้ในการทำการผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 43 นาที มีค่ามัธยฐาน 40 นาที ใช้เวลาน้อยที่สุด 15 นาที และเวลามากที่สุด 110 นาที; ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 7 วัน และมีค่ามัธยฐาน 5 วัน ใช้เวลาน้อยที่สุด 2 วัน และมากที่สุด 39 วัน; การเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 8 ซีซี มีค่ามัธยฐาน 6 ซีซี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.46 ปริมาณน้อยที่สุด 1 ซีซี และมากที่สุด 200 ซีซี โดยแบ่งการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเป็นน้อยกว่า 5 ซีซี จำนวน 53 ราย

คิดเป็นร้อยละ 50.5 และมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ซีซี 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.5 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการเจาะคอฉุกเฉินที่ห้องผ่าตัด โดยมีอัตราการเพิ่มเติมนอกเหนือการเจาะคอ ร้อยละ 52.4 มีอัตราการเจาะคออย่างเดียว ร้อยละ 47.6 ดังตารางที่ 4 ไม่พบผลแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดทันที พบการเสียชีวิตมี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มคอชั้นลึก 1 คน และภาวะหายใจล้มเหลว 3 คน

ตารางที่ 4 ข้อมูลแสดงรายละเอียดการรักษาหลังรับเป็นผู้ป่วยใน (N = 105 คน)

รายละเอียดการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด, นาที		
Min = 15, Max = 110, Mean = 43		
Median = 40, SD = 19.36		
เวลานอน โรงพยาบาล, วัน		
Min = 2, Max = 39, Mean = 7		
Median = 5, SD = 6.73		

ตารางที่ 4 ข้อมูลแสดงรายละเอียดการรักษาล้างรับเป็นผู้ป่วยใน (N = 105 คน) (ต่อ)

รายละเอียดการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Estimated blood loss		
< 5 cc	53	50.5
≥ 5 cc	52	49.5
Other operations		
No	50	47.6
Yes	55	52.4

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในด้านการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดกลุ่มคนไข้ที่มี
ผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคประจำตัวมีระยะเวลา และไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
การนอนโรงพยาบาล ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.5 และ 5 วัน ดังตารางที่ 6
ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 วิเคราะห์โรคประจำตัวกับระยะเวลานอนโรงพยาบาล

โรคประจำตัว	ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล Median (min – max)	p-value
โรคประจำตัว		.194
ไม่มี	4.5 (2–39)	
มี	5 (2–37)	

สถิติที่ใช้ Mann Whitney test

ตารางที่ 6 วิเคราะห์โรคประจำตัวกับการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด

โรคประจำตัว	การสูญเสียเลือด		p-value
	< 5 cc (n = 60)	≥ 5 cc (n = 45)	
โรคประจำตัว			.461
ไม่มี	35 (60.3)	23 (39.7)	
มี	25 (53.2)	22 (46.8)	

สถิติที่ใช้ chi - square test

ผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการเจาะคอเพียงอย่างเดียวมีการเสียเลือดน้อยกว่า 5 ซีซี จำนวน 36 กลุ่มผู้ป่วยที่ทำให้การอื่นร่วมด้วย เสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ซีซี 31 คน มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 วิเคราะห์การทำหัตถการกับการสูญเสียเลือด

การเจาะคอ	การสูญเสียเลือด		p-value
	< 5 cc (n = 60)	≥ 5 cc (n = 45)	
เจาะคออย่างเดียว	36 (72)	14 (28)	.003
เจาะคอและทำการหัตถการอื่นร่วม	24 (43.6)	31 (56.4)	

สถิติที่ใช้ chi - square test

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนพบว่ามีความถี่ของผู้ป่วยใกล้เคียงกันทุกปี และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีช่วงอายุ 41-60 ปี มากที่สุด สอดคล้องกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่มักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุค่อนข้างสูงและมีพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ดื่มสุรา⁸ และการดูแลสุขอนามัยส่วนตัวเบื้องต้นน้อย⁹

โรคสาเหตุหลักที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อเจาะคอ คือโรคมะเร็งศีรษะและลำคอแบ่งแยกตามตำแหน่งอวัยวะคือ oropharynx มากที่สุด⁹ ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาและมีจำนวนผู้ป่วยแนวโน้มสูงขึ้น¹⁰ และตำแหน่งน้อยที่สุดคือพบร่วมสองอวัยวะเชื่อมต่อกัน คือ oropharynx ร่วม supraglottic ซึ่งต่างจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้^{8,11} ซึ่งมักจะพบ oropharynx ร่วม oral cavity สาเหตุรองลงมาคือ กลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งพบมากที่สุดเป็นใน laryngotracheal stenosis ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถใช้หัตถการสอดท่อช่วยหายใจทดแทนในการพวยการหายใจได้ ด้านกลุ่มมะเร็งที่ไม่ใช่ศีรษะและลำคอเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มาเจาะคือน้อยที่สุด ได้แก่ lymphoma (non-Hodgkin) ซึ่งมีการ

แสดงของโรคที่หลากหลายกันไป โดยอาการในแผนกหูดังกล่าวนั้นพบในการศึกษาครั้งนี้ คือมาด้วย bilateral palatine tonsil mass¹⁰ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของโรคประจำตัว ต่างๆ อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด โรคปอดถุงลมโป่งพอง หรือโรคอื่นๆ พบว่าระยะการนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีระยะเวลารอดสูงสุด 39 วัน เป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยมาด้วย neck injury โรคประจำตัวไม่ได้มีผลให้ระยะการนอนโรงพยาบาลหลังการทำหัตถการเจาะคอในผู้ป่วยนานขึ้น เช่นเดียวกับการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต่างๆ ไม่มีผลทำให้มีการสูญเสียเลือดที่มากกว่า แต่มีแนวโน้มที่จะสูญเสียเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ซีซี คิดเป็นร้อยละ 46.8 เทียบกับ ร้อยละ 39.6 ในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังนั้นกลุ่มโรคประจำตัวของผู้ป่วยไม่ได้มีผลต่อ ระยะเวลารอดนอนโรงพยาบาลและการเสียเลือดในหัตถการเจาะคอ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะคอทั้งหมด และอาจมีหัตถการเพิ่มเติมที่ทำร่วมด้วยมากกว่าเจาะคออย่างเดียว อาทิเช่น ตัดชิ้นเนื้อ หรือส่องกล้องหลอดอาหาร ในกรณีที่พบก้อนเนื้อผิดปกติ

บริเวณดังกล่าว เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบหลายครั้ง ทั้งนี้หัตถการร่วมดังกล่าว เพิ่มระยะเวลาในการผ่าตัดเพียงเล็กน้อย โดยมีระยะเวลาค่าเฉลี่ยในการผ่าตัดอยู่ที่ประมาณ 43 นาที (หัตถการเจาะคออย่างเดียวใช้เวลาเฉลี่ย 33 นาที) อย่างไรก็ตาม การทำหัตถการร่วมมีผลดีต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น และกรณีที่เป็นมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษามะเร็งได้เร็วขึ้นอีกด้วย

การเสียเลือดระหว่างการทำหัตถการเจาะคอและการทำหัตถการอื่นร่วมมีผลต่อการเสียเลือดมากกว่ากลุ่มที่เจาะคออย่างเดียวอย่างมีนัยสถิติ ดังนั้นการทำหัตถการที่มากขึ้นมีการสูญเสียเลือดที่มากขึ้น แต่เพิ่มเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดเพียงเล็กน้อย ยังคงมีผลดีต่อผู้ป่วยในการทำหัตถการในครั้งเดียว สามารถให้การดูแลหลังผ่าตัดได้พร้อมกัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 7 วัน เนื่องจากหลังทำหัตถการเจาะคอจะต้องมีการพักผ่อนปรับสภาพร่างกายผู้ป่วย และมีการสอนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัวหลังผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโดยสาเหตุจากการผ่าตัดที่พบได้บ่อยแบบทันที (ในห้วงเวลา 1 สัปดาห์หลังเจาะคอ) เช่นท่อหลุดเลื่อน ไม่แตกต่างจากวิจัยก่อนหน้านี้ทั้งจากเทคนิคการเย็บและไม่เย็บท่อติดกับผิวหนัง¹² หรือการเสียเลือดหลังการผ่าตัด มีผู้ป่วยรายเดียวที่เสียชีวิตเกี่ยวข้องกับตัวโรคแผนกหูดอกเองคือโรคติดเชื้อเยื่อหุ้มคอชั้นลึก จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในการติดเชื้อหลายโพรงตำแหน่งในเยื่อหุ้มคอชั้นลึกที่มีความซับซ้อนของตัวโรคเอง (multiple space-deep neck infection) ซึ่งเป็นหลังจากผ่าตัดเจาะคอ และระบายหนองหลายครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ทราบถึงสาเหตุและการประเมินผู้ป่วยอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนด้วยการรักษาด้วยการเจาะคอฉุกเฉินและแบบไม่ฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการรักษาและการดูแลผู้ป่วยหลังการเจาะคอ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพร้อมต่อการรักษาในขั้นตอนต่อไป
2. ให้ความรู้และการปฏิบัติตัวต่อภาวะเสี่ยงและป้องกันตัวเองต่อการเกิดมะเร็งหูดอกหรือเมื่อเป็นโรคแล้วจะป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเพื่อลดการเจาะคอฉุกเฉินที่จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่คนไข้
3. ให้ความรู้แก่หน่วยอนามัยชุมชนที่เป็นสหวิชาชีพ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและท่อเจาะคอหลังการผ่าตัดแล้ว

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

1. เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียน อาจทำให้ได้ข้อมูลรายละเอียดที่ไม่ครบถ้วน
2. ช่วงระยะเวลาที่ทำงานศึกษาเป็น ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ประชากรมีข้อจำกัดในการมารับการรักษา จึงอาจจะส่งผลให้จำนวนประชากรไม่มากพอ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาเจาะคอฉุกเฉิน รวมทั้งติดตามอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการ และการดูแลตนเองทั่วไปหลังการเจาะคอ และการดูแลทำความสะอาดท่อเจาะคอ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตและผลแทรกซ้อนจากทั้งตัวโรคและการรักษา รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งหูดอกและโรคที่เกี่ยวข้องในอนาคต

สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเป็นภาวะฉุกเฉิน พบว่ามีจำนวนใกล้เคียงกันทุกปี โดยสาเหตุหลักยังพบเป็นมะเร็งหลอดจมูกมากที่สุด การให้ความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันสาเหตุการเกิดโรคแก่คนไข้ จะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยในการมาโรงพยาบาล และลดอัตราการผ่าตัดฉุกเฉินได้

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผศ.พญ.กวิณฐรัตน์ จิตรอรุณห์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำตรวจทาน ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง จนงานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดีผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Gong H, Wu J, Sun J, et al. Preoperative tracheotomy in the treatment of upper airway obstruction of patients with advanced stage supraglottic carcinoma. American J Otolaryngol 2022;43:3:103381. doi: 10.1016/j.amjoto.2022.103381.
2. Cathain EO, Gaffey MM, Upper airway obstruction [internet]. Florida: StatPearls; 2022 [cited 2022 Jan 07]. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564399/>
3. Kumar S, Salib R. Upper airway obstruction. In: Laurent GJ, Shapiro SD, editors. Encyclopedia of respiratory medicine. Massachusetts: Academic Press; 2006. 375–85.
4. ปารยะ อาศนะเสน. การเจาะคอ (tracheostomy) ตอนที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1078>
5. Tarnow-Mordi WO, Berrill AM, DarbyCW, et al. Precipitation of laryngeal obstruction in acute epiglottitis. Br Med J (Clin Res Ed) 1985;290(6468):629. doi: 10.1136/bmj.290.6468.629.
6. อภิชาติ บุรณะวังศิลา. การบำบัดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนโดยการทำ Tracheostomy. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2553;27(4):256–61.
7. Weissbrod PA, Merati AL. Upper airway stenosis, evaluation and management. In: Rosen CA, Johnson JT, editors. Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2014. 879–92.
8. Ellington TD, Henley SJ, Senkomago V, et al. Trends in incidence of cancers of the oral cavity and pharynx - United States 2007–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:433–8. doi: 10.15585/mmwr.mm6915a1.
9. Gormley M, Creaney G, Schache A, et al. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors. Br dent j 2022;233(9):780–6. doi: 10.1038/s41415-022-5166-x.

10. Paul WF, Sinha P, Harréus U. Malignant neoplasms of the oropharynx. In: Flint PW, Editors. Cummings otolaryngology head and neck surgery. 6th ed. Saunders: Elsevier; 2015. 1432–53.
11. Bhatti NI. Surgical management of difficult airway. In: Flint PW, Editors. Cummings otolaryngology head and neck surgery. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. 122–8.
12. Fine KE, Wi MS, Kovalev V, et al. Comparing the tracheostomy dislodgement and complication rate of non-sutured neck tie to skin sutured neck tie fixation. Am J Otolaryngol 2021;42(1):102791. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102791.