

การผ่าตัดทอนซิล:ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และภาวะแทรกซ้อน

นนทยา ผูกพันธ์*

บทคัดย่อ

การศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดทอนซิลด้วยวิธีการใช้จี้ไฟฟ้าและวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล ที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึง วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2558 โดยรวบรวมข้อมูลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจำนวน 300 ราย ที่เข้ามารับการรักษาผ่าตัดทอนซิลจากการที่ทอนซิลมีขนาดใหญ่ทำให้เกิดการนอนกรน มีการอุดกั้นทางเดินหายใจในขณะนอนหลับ และผู้ป่วยที่มีทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิลในผู้ป่วย 162 ราย และเป็นการผ่าตัดด้วยวิธีใช้จี้ไฟฟ้า 138 ราย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยดีขึ้นจากภาวะนอนกรนทุกรายตั้งแต่วันแรก ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังการผ่าตัดที่พบได้แก่ 1) ภาวะเลือดออกจากแผลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (secondary bleeding) 26 ราย (ร้อยละ 8.67) ซึ่งมีผู้ป่วย 4 ราย ที่ต้องเข้าผ่าตัดซ้ำเพื่อห้ามเลือด 2) ลิ้นไก่บวม (uvular edema) 18 ราย (ร้อยละ 6) และ 3) คลื่นไส้อาเจียน (nausea/vomiting) 21 ราย (ร้อยละ 7) ด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับเพียงยาแก้ปวดชนิดรับประทาน มีผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาาระงับปวดชนิดฉีด 96 ราย พบการติดเชื้อหลังผ่าตัด 4 ราย (ร้อยละ 1.33) การผ่าตัดทอนซิลด้วยวิธีการใช้จี้ไฟฟ้าเป็นวิธีที่สามารถใช้ได้ผลเป็นอย่างดีและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล ในการรักษาผู้ป่วยที่มีต่อมทอนซิลขนาดใหญ่ที่ทำให้เกิดการนอนกรนมีการอุดกั้นทางเดินหายใจในขณะนอนหลับและผู้ป่วยที่มีการอักเสบเรื้อรังของต่อมทอนซิล ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ การผ่าตัดทอนซิล การผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล การผ่าตัดด้วยวิธีใช้จี้ไฟฟ้า ทอนซิลอักเสบเรื้อรัง นอนกรน

* โสิต คอ นาสิก แพทย์, กลุ่มงานโสต คอ นาสิก โรงพยาบาลวารินชำราบ จ.อุบลราชธานี.

บทนำ

ต่อมทอนซิลเป็นต่อมน้ำเหลืองของคอหอยวางตัวเป็นวงรอบคอหอยเรียกว่า Waldeyer's ring⁽¹⁾ ซึ่งประกอบด้วย adenoid, palatine tonsil, lingual tonsil และ lateral pharyngeal band โดยมี palatine tonsil เป็นต่อมที่มีขนาดใหญ่ที่สุด ได้รับเลือดมาเลี้ยงจากแขนงของหลอดเลือดแดง external carotid artery ทำหน้าที่เป็นด่านแรกของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสิ่งที่ผ่านเข้าร่างกายทางการหายใจ ช่วยป้องกันโรคและผลิตสารแอนติบอดี หากต่อมทอนซิลมีการติดเชื้อบ่อยครั้งความสามารถในการป้องกันโรคสร้างภูมิคุ้มกันก็จะลดต่ำลงจากปกติ เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียเรื้อรังขึ้นได้ การอักเสบบ่อยยังทำให้ต่อมทอนซิลมีขนาดใหญ่ขึ้นมากผิดปกติก่อให้เกิดปัญหาได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เป็นต้นเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้มีอาการหายใจลำบากนอนกรน หายใจเสียงดัง กลืนลำบาก รวมทั้งมีการออกเสียงผิดปกติ

ต่อมทอนซิลและอดิโนออยด์⁽²⁾ มีขนาดเล็กมากเมื่อแรกเกิดและเริ่มขยายขนาดขึ้นช้าๆ ตั้งแต่วัย 4 ปีแรก เป็นผลมาจากกระบวนการทางภูมิคุ้มกันซึ่งจะทำงานหนักมากในช่วงอายุ 4-10 ปี ดังนั้นในเด็กจึงพบปัญหาของต่อมทอนซิลและต่อมอดิโนออยด์โตและอักเสบได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่ การอักเสบของต่อมทอนซิลเกิดได้จากเชื้อหลายชนิด ตั้งแต่เชื้อไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งมีผลทำให้

มีอาการและการแสดงรวมถึงการรักษาที่แตกต่างกันไป ต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง (chronic tonsillar hypertrophy) เกิดจากการทำงานที่ไม่สมดุลกันระหว่างเชื้อที่พบได้ในช่องปาก (normal flora) กับเชื้อก่อโรค (pathologic bacteria) เกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันกระตุ้นให้ lymphoid tissue โตขึ้น ในผู้ป่วยเด็กอาจทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนอนหลับ และอาจส่งผลต่อระบบอื่นๆ ร่างกายตามมา เช่น การเจริญเติบโตของร่างกาย ศีรษะ และใบหน้าผิดปกติ การสับสนผิดปกติ มีปัสสาวะรดที่นอน ภาวะสมาธิสั้น หรือหากอาการรุนแรงอาจส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต มีภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจและปอด หากรักษาด้วยยาไม่ดีขึ้นก็ควรพิจารณาผ่าตัดเอาต่อมทอนซิลออก

มีการบันทึกการผ่าตัดทอนซิล (tonsillectomy) ครั้งแรกในประเทศอินเดียตั้งแต่ 1,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช มีการบัญญัตินิยมของการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพื่อการรักษาโรค คือ การผ่าตัด palatine tonsil ตั้งแต่วังศตวรรษแรก⁽³⁾ และกลายเป็นหัตถการที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในช่วงปี ค.ศ.1800 โดยที่ขณะนั้นเป็นการผ่าตัดต่อมทอนซิลออกเพียงบางส่วน แต่เมื่อพบว่าการที่เนื้อเยื่อต่อมทอนซิลไว้บางส่วนเมื่อมีการอักเสบขึ้นอีกแล้วเนื้อเยื่อทอนซิลมีขนาดโตขึ้นทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจซ้ำขึ้นได้อีก ต่อมาช่วงศตวรรษที่ 20 จึงมีการผ่าตัดต่อมทอนซิลออกทั้งหมด (complete tonsillectomy)⁽⁴⁾ ใน

ช่วงเวลาต่อมาจึงกลายเป็นหัตถการยอดนิยมอย่างหนึ่งที่แพร่หลายทั่วโลก เป็นหัตถการผ่าตัดในเด็กมากที่สุด在美国 ในปี 1959 มีการผ่าตัดทอนซิลถึง 1.4 ล้านครั้ง แม้ว่าในช่วงปี 1985 จะมีการผ่าตัดลดลงเหลือ 340,000 ครั้ง⁽⁵⁾ ซึ่งข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทอนซิลช่วงแรกนั้นเป็นเรื่องของการติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ แต่ต่อมาพบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเป็นเรื่องของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจมากกว่า⁽⁶⁾

การผ่าตัดทอนซิล มีเทคนิคในการผ่าตัดมากมายหลายวิธี ได้แก่ blunt dissection, guillotine excision, cryosurgery, monopolar diathermy dissection, bipolar diathermy dissection, suction diathermy dissection, bipolar diathermy dissection, ultrasonic removal, radiofrequency tissue volume reduction (RFTVR), laser dissection เป็นต้น⁽⁶⁻¹⁶⁾ ซึ่งแต่ละวิธีมีเทคนิคที่แตกต่างกัน มีทั้งข้อดีและข้อเสีย และได้มีการพัฒนาปรับปรุงวิธีการผ่าตัดให้ดีขึ้น เพื่อลดระยะเวลาในการผ่าตัดให้น้อยลง ลดปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด ซึ่งภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดพบได้ทั้งที่เป็นแบบ primary bleeding คือ ภาวะเลือดออกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และภาวะ secondary bleeding คือ ภาวะเลือดออกที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 10 วัน รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด นอกจากนั้นยังเพื่อลดปริมาณการใช้ยาชนิดต่างๆ

ขณะทำการผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การให้ยาระงับปวดชนิดกิน ยากันอาเจียนทางหลอดเลือดดำ การให้ยาแก้ปวดชนิดเสพติดทางหลอดเลือดดำ การให้ยาสเตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำ และการใช้ยาชาเฉพาะที่ฉีดเข้าที่แผลผ่าตัด⁽¹⁷⁾

โรงพยาบาลวชิรพยาบาลให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตอำเภอวารินชำราบและอำเภอข้างเคียง โดยแผนกหู คอ จมูก เริ่มเปิดให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2552 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน และได้มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการผ่าตัดต่อมทอนซิลมากกว่า 300 ราย แต่ยังไม่เคยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการรักษาผู้ป่วย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อมทอนซิลได้เล็กน้อยเพียงใด ซึ่งช่วยในการตัดสินใจผ่าตัดของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งอาจวิเคราะห์หาแนวทางในการปรับปรุงวิธีการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนห้องผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน รวบรวมข้อมูลวิธีการผ่าตัด ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีต่อมทอนซิลขนาดใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจในขณะนอนหลับ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทอนซิลอักเสบเรื้อรัง

การผ่าตัดทอนซิล

นันทยา ผูกพันธ์

ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล (blunt dissection) และวิธีใช้จี้ไฟฟ้า (electrocautery dissection tonsillectomy) ที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลวารินชำราบ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึง 10 มิถุนายน พ.ศ. 2558 จำนวนทั้งหมด 300 ราย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด) การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (10 มีนาคม พ.ศ. 2558) ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการผ่าตัดทอนซิลในโรงพยาบาลวารินชำราบนั้น ได้มีการวางแผนการรักษาตั้งแต่ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การให้ความรู้เรื่องข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด การเจาะเลือดก่อนผ่าตัด การพบวิสัญญีแพทย์เพื่อทำความเข้าใจในการปฏิบัติตัวระหว่างการดมยาสลบ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดทอนซิลเพื่อภาวะลดความเจ็บปวด ลดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดทอนซิล ลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดทอนซิล และการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดทอนซิล โดยมีเอกสารให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวระหว่างนอนในโรงพยาบาลให้อ่านศึกษา ก่อน เมื่อวันมาเข้ารับการผ่าตัดเจ้าหน้าที่พยาบาลจะให้ความรู้และมีการทบทวนวิธีปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีต่อมทอนซิลขนาดใหญ่ทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจในขณะนอนหลับและผู้ป่วยที่มีภาวะทอนซิลอักเสบเรื้อรังได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล (blunt dissection) และวิธีใช้จี้ไฟฟ้า (electrocautery bipolar diathermy dissection tonsillectomy) ที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวนทั้งสิ้น 300 ราย เป็นเพศชาย 135 ราย (ร้อยละ 45) เพศหญิง 165 ราย (ร้อยละ 55) คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง = 1 : 1.2 ช่วงอายุของผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 21 ปี (ระหว่าง 3-64 ปี) โดยกลุ่มอายุที่พบมาก คือ กลุ่มช่วงอายุ 25 ปี ถึง 60 ปี

แบ่งลักษณะของต่อมทอนซิลออกเป็นเกรด 1 ถึง เกรด 4 ตามการแบ่งขนาดของ Brodsky โดยวัดความกว้างของต่อมทอนซิลเทียบกับความกว้างของคอหอย พบว่าเป็นขนาดเกรด 3 มากที่สุด 168 ราย (ร้อยละ 56), เกรด 2 จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 29) เกรด 4 จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 12.66) เกรด 1 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 2.34) ผลพยาธิวิทยาเกือบทั้งหมด (299 ราย, ร้อยละ 99.67) เป็นทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (chronic hypertrophic tonsillitis) และพบว่าเป็นมะเร็งทอนซิลชนิด lymphoma เพียง 1 ราย

เทคนิคการผ่าตัดทั้ง 2 วิธีใช้เวลาในการผ่าตัดตั้งแต่ 15 นาที ถึง 40 นาที โดยเป็นการ

ผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิลในผู้ป่วยทั้งหมด 162 ราย ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยรวม 34 นาที ส่วนวิธีใช้จี้ไฟฟ้าทำการผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งหมด 138 ราย ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่าวิธีแรกโดยใช้เวลาเฉลี่ยรวม 23 นาที วิธีการผ่าตัดทอนซิลจะลดความเจ็บปวดและลดปริมาณเลือดออกโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณแผลผ่าตัดด้วย 1% xylocain with adrenaline หลังผ่าตัดจะให้รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอลไซรัป และใน

กรณีที่ปวดแผลมากจะมีการฉีดยา pethidine หรือ tramadol เพิ่ม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) รับประทานแก้ปวดชนิดรับประทานเพียงอย่างเดียว ขณะที่ผู้ป่วย 96 ราย รับประทานแก้ปวดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะแบบกินหลังผ่าตัดทันทีและให้ต่อบ้านเพื่อลดการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด ข้อมูลการให้ยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดแบบฉีดและกิน และยาปฏิชีวนะแบบกิน หลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

ชนิดของยา	blunt dissection		electrocautery dissection		รวม	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
Pethidine intravenous	20	6.67	46	15.33	66	22
Tramadol intravenous	30	10	0	0	30	10
Paracetamol syrup only	112	37.33	92	30.67	204	68
Amoxicillin+clavulanic syrup	50	16.67	154	51.33	204	68
Amoxycillin syrup	85	28.33	2	0.67	87	29
Erythromycin syrup	7	2.33	2	0.67	9	3

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทอนซิล (ตารางที่ 2) พบว่ามีภาวะเลือดออกทั้งหมด 26 ราย พบว่าเป็นแบบ secondary bleeding ทั้งหมด คือ มีเลือดออกหลังผ่าตัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่ 4 ถึง 14 วัน หลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการผ่าตัดโดยใช้ที่ขูดทอนซิลมีเลือดออกหลังผ่าตัด 20 ราย (ร้อยละ 6.67) ขณะที่วิธี

ผ่าตัดโดยใช้จี้ไฟฟ้ามีภาวะเลือดออก 6 ราย (ร้อยละ 2) และมี 4 ราย ที่ต้องเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้งเพื่อทำการห้ามเลือดออก โดยในจำนวนนี้เป็นวิธีผ่าตัดโดยใช้ที่ขูดทอนซิล 3 ราย และวิธีผ่าตัดโดยใช้จี้ไฟฟ้าผ่าตัด 1 ราย ส่วน 22 รายที่เหลือเลือดสามารถหยุดได้เองหลังจากเฝ้าสังเกตอาการ โดยมี 4 รายให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและให้

การผ่าตัดทอนซิล

นันทยา ผูกพันธ์

สารน้ำร่วมกับการฉีดยาปฏิชีวนะและใช้ความเย็นช่วยโดยให้อมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ ส่วนผู้ป่วย 18 รายที่มีเลือดออกเพียงเล็กน้อยที่บ้านและต่อมาเลือดหยุดได้เองเมื่อมาถึงโรงพยาบาลจึงรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยนัดดูอาการอย่างใกล้ชิดทุก 1 ถึง 2 วัน ซึ่งจากการประเมินสภาพแผลของผู้ป่วยมักพบว่าลักษณะแผลที่มีเลือดออกหลังผ่าตัดโดยเฉพาะใน 4 ราย ที่ต้องเข้าห้องผ่าตัดห้ามเลือดออกซ้ำมักจะเป็นแผลที่มีลักษณะมีการอักเสบติดเชื้อเนื้อเยื่อโพรงทอนซิลเปื่อยยุ่ย หลังสอบถามเรื่องการกินมักจะเป็นกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหาร เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม และมีการดูแลความสะอาดช่องปากไม่ดี จึงได้มีการปรับปรุงการดูแลรักษาหลังผ่าตัดเรื่องอาหารเป็นการให้รับประทานของเหลวใสเย็นแทน (cold clear liquid diet) เช่น น้ำ นม ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นค่อยเริ่มอาหารอ่อน

(soft diet) เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม รวมถึงการเปลี่ยนวิธีการมาใช้วิธีผ่าตัดแบบใช้จี้ไฟฟ้าผ่าตัดพบว่าภาวะเลือดออกจากแผลหลังผ่าตัดลดลง ไม่พบว่ามีภาวะ primary bleeding คือ เลือดออกหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงเลย ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอื่น ได้แก่ ลิ้นไก่บวม (uvular edema) 18 ราย (ร้อยละ 6) บาดแผลเนื้อเยื่อในช่องปาก 9 ราย (ร้อยละ 3) คลื่นไส้อาเจียน (nausea/vomiting) 21 ราย (ร้อยละ 7) เหลือเนื้อเยื่อต่อมทอนซิล (tonsillar remnants) 3 ราย (ร้อยละ 1) ปวดหู (otalgia) 5 ราย (ร้อยละ 1.67) และไม่พบภาวะน้ำท่วมปอดหลังผ่าตัด (pulmonary edema) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังการผ่าตัดทอนซิลเลย

หลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยทุกรายภาวะออกกันทางเดินหายใจขณะนอนหลับดีขึ้นตั้งแต่คืนแรกหลังผ่าตัด และมีระยะเวลาอนรักษัตัวใน

ตารางที่ 2 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทอนซิล

อาการและอาการแสดง	blunt dissection		electrocautery dissection		รวม	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
primary bleeding (24 ชั่วโมงแรก)	0	0	0	0	0	0
secondary bleeding (4-14 วัน)	20	6.67	6	2	26	8.67
ลิ้นไก่บวม	6	2	12	4	18	6
บาดแผลในปาก	3	1	6	2	9	3
คลื่นไส้อาเจียน	18	6	3	1	21	7
เหลือต่อมทอนซิล	0	0	3	1	3	1
ปวดหู	2	0.67	3	1	5	1.67
รวม	49	16.34	33	11	82	27.34

โรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน (ระยะเวลานอน 2-4วัน)

วิจารณ์

การผ่าตัดทอนซิล เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนอนหลับและผู้ป่วยที่มีภาวะทอนซิลอักเสบเรื้อรัง โดยมีการปรับปรุงวิธีการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องมาตลอดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ลดระยะเวลาผ่าตัด ลดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดให้น้อยที่สุด และให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจากอาการเจ็บป่วยโดยเร็ว มีการคิดเทคนิคการผ่าตัดใหม่ๆ มีการนำยามาใช้ร่วมในการผ่าตัดแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และการให้ยาหลังผ่าตัด การผ่าตัดทอนซิลยังมีอุปกรณ์อีกหลายอย่างที่สามารถมาใช้ในการผ่าตัด เช่น blunt dissection, electrocautery, hamonicscalpe, bipolar radiofrequency cold ablation, microdebrider เป็นต้น วิธีผ่าตัดที่เลือกใช้ในโรงพยาบาลวารินชำราบมี 2 วิธี คือ วิธีผ่าตัดแบบใช้ที่ขูดทอนซิล (blunt dissection หรือ cold knife dissection) เป็นการเลาะต่อมทอนซิลทางข้างบน ไหล่ลงไปทางด้านล่าง และใช้ห่วงลวด (snare) ตัดขั้วล่างของทอนซิลออก แล้วห้ามเลือดด้วยวิธี ligation and /or diathermy ซึ่งถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กันมากในประเทศไทยและสวีเดน(18) และวิธีใช้จี้ไฟฟ้า (electrocautery หรือ electrosurgery hot knife dissection tonsillectomy) ซึ่งประกอบด้วย monopolar diathermy dissec-

tion, bipolar diathermy dissection suction diathermy dissection และ bipolar scissors dissection ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁹⁻²⁰⁾

สำหรับการผ่าตัดทอนซิลในคนไข้โรงพยาบาลวารินชำราบเลือกใช้วิธี blunt dissection ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กันมาก และวิธี bipolar diathermy dissection ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถเอาต่อมทอนซิลออกได้เร็วขึ้นและมีประโยชน์ในการห้ามเลือดได้ไปพร้อมกันกับการเอาทอนซิลออก ทั้งนี้เนื่องจากมีความจำกัดในด้านการซื้ออุปกรณ์ผ่าตัดที่ราคาไม่สูงมากมาใช้ในโรงพยาบาล รวมทั้งยังเป็นอุปกรณ์ที่มีในโรงพยาบาลอยู่แล้ว ส่วนผลการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้ง 2 วิธี จากการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยและผู้ปกครอง พบว่าอาการนอนกรนดีขึ้นหลังผ่าตัดคืนแรกทุกราย นอนหลับสบายมากขึ้น และมีหลายรายที่คนในครอบครัวเดียวกันตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดหลังจากเห็นผลการรักษาที่ดีขึ้นของบุคคลในครอบครัว นอกจากนั้นการใช้ยาชาเฉพาะที่ 1% xylocain with adrenaline ฉีดเข้าที่บริเวณจะผ่าตัดนั้นยังช่วยในการลดความเจ็บปวดและภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดได้ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ออกฤทธิ์อย่างยาวนานนัก⁽²¹⁻²²⁾

ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญมาก เคยมีการรวบรวมภาวะแทรกซ้อนนี้ไว้ คือร้อยละ 0.1-0.8 โดยที่พบว่าความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกหลังจากการผ่าตัด 24

ชั่วโมงในผู้ใหญ่สูงถึงร้อยละ 10 และภาวะเลือดออกนี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ 1 ใน 40,000 ราย (ร้อยละ 0.0025)⁽²³⁾ จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทั้งหมด 26 ราย (ร้อยละ 8.67) เป็นแบบ secondary bleeding คือเลือดออกหลังผ่าตัดไปแล้ว 24 ชั่วโมงทั้งหมด โดยการผ่าตัดวิธีโดยใช้ที่ขูดทอนซิลมีจำนวนผู้ป่วยเลือดออกหลังผ่าตัดจำนวนที่มากกว่า (20 : 6 ราย) ทั้งนี้การใช้ที่ขูดทอนซิลอาจทำให้เนื้อเยื่อแผลผ่าตัดมีการบาดเจ็บมากกว่า ส่งผลให้เกิดเลือดออกได้ง่ายกว่า ส่วนวิธีใช้จี้ไฟฟ้าผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกน้อยกว่า เนื่องจากตอนผ่าตัดมีการใช้ bipolar electrocautery ซึ่งมีความร้อนช่วยตัดทอนซิล และใช้จี้ไฟฟ้าห้ามเลือดออกในเนื้อเยื่อไปพร้อมกัน จึงทำให้มีเลือดออกได้น้อยกว่า

ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ ภาวะลื่นไถ่บวม เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล 6 ราย (ร้อยละ 2) และการผ่าตัดด้วยวิธีใช้จี้ไฟฟ้า 12 ราย (ร้อยละ 4) ส่วนบาดแผลเนื้อเยื่อในช่องปาก เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล 3 ราย (ร้อยละ 1) และการผ่าตัดด้วยวิธีใช้จี้ไฟฟ้า 6 ราย (ร้อยละ 2) จะเห็นได้ว่าวิธีผ่าตัดแบบใช้จี้ไฟฟ้าทำให้เกิดลื่นไถ่บวมและบาดแผลเนื้อเยื่อช่องปากมากกว่า อันเนื่องมาจากการผ่าตัดโดยใช้ bipolar electrocautery จี้ผ่าตัดทอนซิลออกจะใช้ความร้อนที่สูงเกิน 100 องศาเซลเซียส เป็นเหตุให้เกิด

การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อข้างเคียงได้ แต่ก็ไม่พบว่า เป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจหลังผ่าตัด สำหรับการรักษาอาการลื่นไถ่บวมหลังผ่าตัดจะให้คนไข้นอนท่า tonsillar position หรือ recovery position คือ นอนตะแคงหัวต่ำเล็กน้อย (semiprone position) อาการดังกล่าวก็จะดีขึ้นเองภายใน 48 ชั่วโมง กรณีที่ลื่นไถ่บวมมากก็จะมีกรฉีด dexamethasone เข้าหลอดเลือดดำ ซึ่งมีรายงานว่าช่วยลด tissue injury, tissue edema และความปวดได้⁽²⁴⁾

ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งประเมินจากบันทึกข้อมูลการฉีดยาแก้อาเจียนหลังผ่าตัด เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล 18 ราย (ร้อยละ 6) และการผ่าตัดด้วยวิธีใช้จี้ไฟฟ้า 3 ราย (ร้อยละ 1) ซึ่งการที่วิธีผ่าตัดแบบใช้จี้ไฟฟ้าพบภาวะนี้ได้้น้อยกว่าการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล อาจเนื่องจากการใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า คือ 23 นาที ในขณะที่การผ่าตัดด้วยวิธีใช้จี้ไฟฟ้าใช้เวลามากกว่าที่ 34 นาที ทำให้ต้องดมยาสลบนานขึ้น และส่งผลเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้มากกว่า แต่อัตราดังกล่าวก็ยังถือว่าน้อยเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่นที่เคยบันทึกไว้สูงถึงร้อยละ 50-80⁽²⁵⁾ สำหรับการเหลือเนื้อเยื่อต่อมทอนซิล (tonsillar remnants) ทั้ง 3 รายนั้น พบว่าที่บริเวณโคนลิ้นมีขั้วทอนซิลโตขึ้นมาประมาณเกรด 1 หลังจากผ่าตัดไปแล้ว 1 ปี โดยมีผู้ป่วย 2 รายขอเข้ารับการผ่าตัดทอนซิลซ้ำในส่วนที่โตขึ้นมาใหม่ ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย ขอผ่าตัดสังเกตอาการต่อ

อาการเจ็บปวดหลังการผ่าตัดทอนซิลเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการผ่าตัดไม่ยอมให้เกิดขึ้น จึงมีการพยายามหาวิธีต่างๆ เพื่อลดความเจ็บปวด การให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญ โดยหลังผ่าตัดจะมีการประเมิน pain score ซึ่งจะมีการวัดระดับความเจ็บเป็น 10 ระดับ (numerical rating scale) และให้ยาบรรเทาปวดตามคู่มือ Clinical guidance for acute pain management(26) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปวดน้อย (pain score 1-3) จะให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล 500 มก. รับประทาน 4-6 ครั้ง/วัน (pain score 4-6) ให้พาราเซตามอล 500 มก. รับประทาน 4-6 ครั้ง/วัน ร่วมกับนอร์มัลโคดีน 10 มก. รับประทาน 4-6 ครั้ง/วัน (pain score 7-10) ให้พาราเซตามอล 500 มก. รับประทาน 4-6 ครั้ง/วัน ร่วมกับนอร์มัลโคดีน 10 มก. รับประทาน 4-6 ครั้ง/วัน สำหรับในเด็กเล็กจะวัดความเจ็บปวดโดยดูจากการแสดงออกทางสีหน้า (The face pain scale, FPS) ซึ่งเป็นแบบประเมินของ International association for study of pain(27) โดยมีคะแนน 0-10 คะแนน

การให้ยาแก้ปวดแบบฉีด ในโรงพยาบาลวารินชำราบจะใช้ยา 2 ตัว คือ pethidine และ tramadol ฉีดเข้าหลอดเลือดดำในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมทอนซิล พบว่าหลังการผ่าตัดทั้ง 2 วิธี ใช้ยาแก้ปวดแบบฉีดเกือบพอๆ กัน แต่การผ่าตัดแบบใช้ไฟฟ้าใช้ยาฉีด pethidine มากกว่า อาจเนื่องมาจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บมากกว่า เพราะใช้ไฟฟ้าที่มีตัวความร้อนสูง ส่วนอีก 112

ราย ไม่ต้องการยาแก้ปวดแบบฉีด โดยได้รับเพียงยาแก้ปวดพาราเซตามอล 500 มก. รับประทาน 4-6 ครั้ง/วัน เพียงพอแล้ว ในอนาคตอาจมีการบันทึกผลรายละเอียดย่อยข้อมูลความเจ็บปวดและรายละเอียดย่อยการให้ยาชนิดต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อนำมาวิเคราะห์การใช้ยาแก้ปวดในคนไข้ให้เหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบตั้งแต่เจ็บในคอ กลืนแล้วเจ็บคอ ปวดร้าวไปที่หู ในเด็กเล็กอาจไม่ยอมพูดเลย ในรายงานนี้พบอาการปวดหู 5 ราย ซึ่งอาจเกิดจากปวดเนื้อเยื่อแผลผ่าตัดร้าวไปที่หู หรือจากการใส่เครื่องมือผ่าตัดถ่างขยายช่องปากทำให้ปวดร้าวไปกระตุ้นข้อต่อขากรรไกรได้ แต่หลังจากที่ได้ให้ยาแก้ปวดชนิดกินอาการก็ดีขึ้นทุกราย

การใช้ยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลมี 3 ชนิด คือ amoxycillin syrup, amoxicillin+clavulanic acid syrup และ erythromycin syrup โดยการเลือกใช้ยามักจะเป็นยาชนิดเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนผ่าตัด ส่วน erythromycin syrup จะใช้ในกลุ่มคนไข้ที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่มเพนิซิลินเท่านั้น พบว่ายอดใช้ amoxicillin+clavulanic acid syrup มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่มีภาวะทอนซิลอักเสบเรื้อรังที่ต้องมารับการรักษาบ่อยๆ หรือเป็นกลุ่มที่เคยต้องเข้าการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อฉีดยาปฏิชีวนะ ในการศึกษาพบมีการติดเชื้อที่แผลหลังผ่าตัด 4 ราย (ร้อยละ 1.33) คือ แผลผ่าตัดมีเนื้อเยื่ออักเสบและหนองร่วมกับมีไข้ และบางราย

การผ่าตัดทอนซิล

นันทยา ผูกพันธ์

มีเลือดออกหลังผ่าตัด มักเป็นหลังจากการเริ่มกินอาหารของผู้ป่วยที่มีลักษณะแข็งแล้วทำให้เกิดการระคายเคืองบาดเจ็บของแผล การดูแลความสะอาดช่องปากไม่ดี ทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดตามมา จึงได้แนะนำตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเรื่องอาหารใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด เป็นของเหลวใสเย็น (cold clear liquid diet) เช่น น้ำนม หลังจากนั้นวันที่ 4 ค่อยเริ่มอาหารอ่อน และเน้นเรื่องการทำความสะอาดดูแลช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ อย่างไรก็ตามยังไม่ได้ทำการศึกษาวิจัยอย่างละเอียดด้านการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมควรจะได้มีการศึกษาอย่างจริงจังต่อไปในอนาคต

สรุป

เมื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ไฟฟ้า (electrocautery bipolar diathermy dissection tonsillectomy) กับการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ที่ขูดทอนซิล (blunt dissection tonsillectomy) พบว่าการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ไฟฟ้าใช้เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดน้อยกว่า มีภาวะเลือดออกแบบ secondary bleeding หลังผ่าตัดน้อยกว่า ซึ่งใกล้เคียงกันกับการศึกษาเรื่องการผ่าตัดทอนซิลด้วยไฟฟ้าก่อนหน้านี้ในโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์⁽²⁸⁾ ที่พบมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกหลังผ่าตัดร้อยละ 2.77 รวมทั้งมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนน้อยกว่า จึงถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการผ่าตัด ซึ่งการใช้ระยะเวลาการผ่าตัดน้อยกว่าทำให้ระยะ

เวลาในการดมยาสลบลดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและเริ่มกลับไปใช้ชีวิตประจำวันทำงานได้ปกติเร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม ในด้านความเจ็บปวดแล้วอาจจะมีการปวดแผลผ่าตัดมากกว่า เนื่องจากการใช้ความร้อนของอุปกรณ์เครื่องมือในการผ่าตัด แต่ก็บรรเทาอาการได้ด้วยการให้ยาแก้ปวดชนิดแบบกินและฉีด นอกจากนั้น สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดมักเป็นหลังจากการเริ่มกินอาหารของผู้ป่วยแล้วทำให้เกิดการระคายเคืองบาดเจ็บของแผล การดูแลความสะอาดช่องปากไม่ดี รวมไปถึงการติดเชื้อของแผลผ่าตัด จึงได้แนะนำเรื่องอาหารใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด เป็นของเหลวใสเย็น (cold clear liquid diet) เช่น น้ำนม หลังจากนั้นค่อยเริ่มอาหารอ่อน และเน้นเรื่องการทำความสะอาดดูแลช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. อีพร รัตนานอกชัย. กายวิภาคของหูคอจมูก. ใน ตำราหูคอจมูก. ภาควิชาโสต ศอ นาสิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557. หน้า 17.
2. ภัทรมน จอมจุมพล. โรคทางหูคอจมูกในเด็ก. ใน ตำราหูคอจมูก. ภาควิชาโสต ศอ นาสิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557. หน้า 412-4.
3. McAuliffe CJ. The history of tonsil and

- adenoid surgery. Otolaryngol Chin North Am 1987;20 :415-9.
4. Derkay CS, Darrow DH, Le Febvre SM. Pediatric tonsillectomy and adenoidectomy procedures. Aom J 1995;62:810-906.
5. Nicklaus PJ, Herzon FS, Stienle EW. Short-stay outpatient tonsillectomy. Arch Otolaryngeal Head Neck Sur 1995;121:521-2.
6. Koempt JA, Solars CA, Koltai PJ. The evolution of tonsil surgery and rethinking the surgical approach to obstructive sleep-disordered breathing in children. J Laryngol Otol 2006;120:993-1000.
7. Baily BJ. Tonsils and adenoids. Laryngoscope 1997;107:301-6.
8. MchanGuire NJ. A method of guillotine tonsillectomy with an historical review. J Laryngol Otol 1967;81:187-95.
9. Goycoola MV, Cubillod PM, Martinez GC. Tonsillectomy with a suction coagulator. Laryngoscope 1982;92:818-9.
10. Weingarten C. Ultrasonic tonsillectomy: rationale and technique. Otolaryngol Head Neck Surg 1997;116:193-6.
11. Martinez SA, Akin DP. Laser tonsillectomy and adenoidectomy. Otolaryngol Chin North Am 1987;20:371-6.
12. Mann DG, St George D. Tonsillectomy: some like it hot. Laryngoscope 1984;94:677-9.
13. Pang YT, EL-Hakim H, Rothera MP. Bipolar diathermy tonsillectomy. Chin Otolaryngol 1994;19 :355-7.
14. Saleh HA, Cain AJ, Mountain RE. Bipolar scissor tonsillectomy. Clin Otolaryngol 1999;24:9-12.
15. Andrea M. Microsurgical bipolar cautery tonsillectomy. Laryngoscope 1993;103:1177-8.
16. Nelson LM. Radiofrequency treatment for obstructive tonsillectomy hypertrophy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126:736-40.
17. Carr MM, Williams JG, Carmichael L, et al. Effect of steroids on posttonsillectomy pain in adult. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:1361-4.
18. Gendy S, O'Leary M, Colreavy M, et al. Tonsillectomy-cold dissection vs. hot dissection: a prospective study. Ir Med J 2005;98:243-4.
19. Maddern BR. Electrosurgery for tonsillectomy. Laryngoscope 2002;112:11-3.

-
20. Pinder D, Hilton M. Dissection versus diathermy for tonsillectomy. *Cochrane Data-base Syst Rev*. 2001;(4):CD002211.
21. Hollis LJ, Burton MJ, Millar JM. Perioperative local anaesthesia for reducing pain following tonsillectomy: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134:357-64.
22. Ohlms LA. Injection of local anesthetic in tonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:1276-8.
23. Windfuhr JP, Chen YS. Hemorrhage following pediatric tonsillectomy before puberty. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;58:197-204.
24. Pappas ALS, Sukhani R, Hotaling AJ, et al. The effect of preoperative dexamethasone on the immediate and delayed postoperative morbidity in children undergoing adenotonsillar. *Anesth Analg* 1998;87 :57-61.
25. Furst SR, Rodarart A. Prophylaxis antiemetic treatment with ondansetron in children undergoing tonsillectomy. *Anesthesiology* 1994;81:799-803.
26. สมบูรณ์ เทียนทอง. แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน Clinical Guidance for Acute Pain Management, ฉบับที่ 1. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย . พ.ศ. 2552. หน้า 4-11.
27. Newman CL, Lolekha R, Limkittikul K, et al. A comparison of pain scale in Thai children. *Arch Dis Child* 2005;90(3):269-70.
28. ปิยพัชย์ นลินทัทไธย. การผ่าตัดทอนซิลด้วยไฟฟ้า. *THAI J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;9(3):41-7.

Tonsillectomy: Efficacy, Safety and Complication at Warinchamrab Hospital

Nontaya Phookpan*

Abstract

The retrospective study was performed to evaluate the efficacy, safety and complications of dissection tonsillectomy by electrocautery dissection or blunt dissection technique at ENT department, Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani, by collecting data of treatments and complications in 300 patients who underwent surgical tonsillectomy of large tonsils that had caused snoring, obstructive airway while sleeping and chronic tonsillitis, during 1 December 2009 and 10 June 2015. The results showed that there were blunt dissection technique in 162 patients and the electrocautery dissection technique in 138 patients. After surgical procedures, all the patients improved from snoring from the first day. Complications of surgery were: 1) bleeding after surgery 24 hours (secondary bleeding) in 26 patients (8.67percent) with 4 patients who needed repeat surgery to stop the bleeding, 2) uvula edema in 18 patients (6 percent), and 3) nausea or vomiting in 21 patients (7 percent). For the post-surgical pain, most patients received only oral analgesics. There were 95 patients who required intravenous analgesic injection. Post-surgical infections were found in 4 patients (1.33 %). The electrocautery dissection tonsillectomy was safe and effective to treat symptomatic obstructive tonsillar hypertrophy and chronic tonsillitis. All patients could tolerate the procedure and improved in the snoring resulting in better quality of life. Moreover the procedure had minimal complications.

Keywords: tonsillectomy, electrocautery dissection, blunt dissection, chronic tonsillitis, snoring.

* Otolaryngologist. Department of Otolaryngology, Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani.