

4-1-1991

Microscopic nasal polypectomy

V. Sastarasadhi

S. Supanakorn

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Sastarasadhi, V. and Supanakorn, S. (1991) "Microscopic nasal polypectomy," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 35: Iss. 4, Article 2.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.35.4.2

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol35/iss4/2>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

บทความพิเศษ

การผ่าตัดริดสีดวงจมูกโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ช่วย

วีรพงษ์ ศาสตราษิต*

ศิริพรชัย ศุภนกร*

Sastarasadhit V, Suphanakorn S. Microscopic nasal polypectomy. Chula Med J Apr; 35(4) : 181-186

Conventional polypectomy has high recurrent rate. Operating microscope helps surgeon in both illumination and magnification during removal of the polyp, which results in lowering recurrence rate. However, the surgeon who performs this procedure has to understand more about surgical anatomy of the paranasal sinuses especially ethmoidal and sphenoidal sinuses. The surgeon also needs further training before performing this procedure.

Reprint request : Sastarasadhit V, Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. January 29, 1991.

* Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Nasal polyposis เป็นโรคของจมูกที่พบได้บ่อย มีผู้อธิบายถึงสาเหตุของโรคนี้เรื่อยมาตั้งแต่สมัย Hippocrates⁽¹⁾ บางท่านจัดตั้งเนื้องอก เป็นเนื้องอกแท้ บางท่านก็จัดเป็นเนื้องอกเทียม แต่กระนั้นก็ตามจนถึงปัจจุบันสาเหตุของตึงเนื้องอกก็ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่ามาจากอะไรนั้นมีปัจจัยเดียว (single etiologic factor) หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (multiple etiologic factors)⁽²⁾ รวมทั้ง pathogenesis ของตึงเนื้องอก ก็ยังไม่ทราบแน่ชัด เพียงสันนิษฐานกันว่าจะมี 3 ปัจจัยร่วมกันคือ⁽³⁾

1. การอักเสบเรื้อรังของเยื่อภายในจมูก
2. การตอบสนองทาง vasomotor ที่ผิดปกติ
3. การเพิ่มความดันของ interstitial tissue และ

การบวม

จากทั้ง 3 ปัจจัยทำให้มีการบวมและคั่ง (congestion) ของ interstitial tissue เป็นแห่ง ๆ ผลก็คือเกิด polypoid hyperplasia ซึ่งก็คือ ตึงเนื้องอกในโพรงจมูกนั่นเอง ตึงเนื้องอกในเด็กต้องนึกถึง cystic fibrosis ไว้ด้วย

จะเห็นว่าสาเหตุของตึงเนื้องอก ยังไม่ทราบแน่ชัด การดำเนินของโรคก็เป็นเพียงข้อสันนิษฐาน ดังนั้นวิธีการรักษาจึงมีหลายวิธี ได้แก่^(1,3,4)

1. การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัดได้แก่การควบคุมอาหาร ยาต้านฮิสตามีน ยาปฏิชีวนะ ยาลดการบวมภายในจมูก คอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่และชนิดรับประทาน และการล้างจมูก
2. การตัดเอาก้อนเนื้อตึง ออกเพียงอย่างเดียว
3. Nasal polypectomy ร่วมกับ ethmoidectomy ด้วยตาเปล่าหรือใช้กล้องจุลทรรศน์ช่วย
4. การตัดเอาก้อนเนื้อตึงออกร่วมกับ sphenoidoethmoidectomy โดยเปิดแผลภายนอก
5. Nasal polypectomy ethmoidectomy และการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น Caldwell-Luc operation และ nasantroostomy เป็นต้น

แต่ละวิธีมีข้อดี ข้อเสีย และผลที่ได้แตกต่างกันออกไป และก็ยังไม่มีเป็นที่ตกลงกันว่า วิธีไหนดีที่สุดในการรักษาตึงเนื้องอก

Microscopic polypectomy เป็นหนึ่งในวิธีการผ่าตัดที่น่าจะนำมาใช้ได้ดี ทั้งนี้โดยมีข้อได้เปรียบวิธีผ่าตัดอื่น ๆ ดังนี้^(6,7)

1. สามารถเห็นรายละเอียดได้ดีกว่าดูด้วยตาเปล่าทั้งในด้านการขยายของภาพและความชัดเจน

2. เครื่องมือที่ใช้มีอยู่แล้วในห้องผ่าตัด

3. ควบคุมเลือดออกได้ดีด้วยเครื่องจี้ไฟฟ้าและการอัดปิดในช่องจมูก

4. ลดอัตราการเกิดซ้ำของตึงเนื้องอก⁽⁸⁾

5. เมื่อมีพยาธิสภาพอื่น ๆ ร่วมกับ nasal polyposis เช่น การคดของผนังแบ่งโพรงจมูก 2 ข้าง ก็สามารถแก้ไขไปพร้อมกันได้เลยในครั้งเดียว

อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ผ่าตัดจะต้องมีความคุ้นเคยในการทำผ่าตัด nasal polypectomy แบบทั่วไป และคุ้นเคยกับการใช้การผ่าตัดด้วยกล้องจุลทรรศน์ มาเป็นอย่างดีแล้ว เพราะผู้ที่ไม่ชำนาญและไม่ทราบกายวิภาคดีพอ อาจเกิดอันตรายต่อตา เยื่อหุ้มสมองและประสาทตาได้

หลักการทำ

Microscopic polypectomy มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เอาก้อนตึงก้อนเนื้องอกทั้งหมด
2. เอาเยื่อที่เป็นก้อนเนื้อตึงออกประมาณ 80% โดยเก็บเยื่อจมูกปกติไว้
3. ทำให้โพรงอากาศข้างจมูกทุกโพรงมีทางระบายที่เพียงพอ
4. ขยายช่องเปิด (ostium) ในกรณีที่มีการติดเชื่อมร่วมด้วย
5. ส่งเสริม re-epithelization ของโพรงที่ผ่าตัดด้วย respiratory epithelium

จากจุดมุ่งหมายข้างบนนี้ ระหว่างผ่าตัดแพทย์จะต้องเอาก้อนเนื้อตึง รวมทั้ง polypogenic membrane ซึ่งจะมีลักษณะหนา ผิวไม่เรียบ มีอาการบวม และเลือดออกได้ง่ายออกทั้งหมด แต่การเอา polypogenic membrane ออกให้หมดเป็นเรื่องยาก เสียเวลาและเลือดออกง่ายมาก ดังนั้นการเอาออกแค่ 80% ของเท่าที่เห็นก็พอแล้ว กระดูกที่กีดขวางการระบายของไซนัส ต้องตัดออกด้วย ต่อไปให้ทำ ethmoidectomy ยกเว้นในกรณีที่ ethmoid sinus ปกติจึงไม่ต้องทำ เมื่อพบหนองหรือน้ำมูกปนหนองไหลออกมาจากรูเปิดของไซนัสจะต้องขูดกระดูกรอบ ๆ รูเปิดของไซนัสนั้นให้รูเปิดกว้างพอสำหรับการถ่ายเทของอากาศและการระบายของไซนัส ซึ่งจะทำให้หายเร็วขึ้น

การผ่าตัด microscopic polypectomy อาจใช้ร่วมกับ การผ่าตัดอื่น ๆ เช่น Caldwell-Luc operation, intranasal ethmoidectomy, sphenoidectomy, nasantroostomy และ middle turbinectomy เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับพยาธิสภาพ⁽⁹⁾

เทคนิคการผ่าตัด

เครื่องมือ ได้แก่ operating microscope มี objective lens ขนาด 300 mm. ร่วมกับเครื่องมือผ่าตัดจมูก และชิ้นส่ว ๆ ไป รวมทั้งอาจใช้ที่ยึด nasal speculum และเครื่องจีไฟฟ้า

Anesthesia โดยมากจะใช้ยาชาเฉพาะที่ แต่ควรให้ยาก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยด้วย diazepam ชนิดรับประทาน และฉีด Pethidine หรือ morphine หลังจากนั้นควร pack จมูกด้วย 5% cocaine ซึ่งอาจผสม 1:1,000 solution ของ adrenaline ในอัตราส่วน 1:1 เพื่อลดการบวมของเยื่อจมูกภายในจมูกทั้งไว้ 15-20 นาทีแล้วฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วย 1% xylocaine with adrenaline 1:10,000 ด้วยเข็มยาว เช่น spinal needle No.25 ที่ตำแหน่งต่าง ๆ เช่น inferior turbinate, middle turbinate, septum⁽⁸⁾, polyp, รอบ ๆ รูจมูก และบริเวณที่เจ็บระหว่างทำผ่าตัด และอาจทำ sphenopalatine block⁽¹⁰⁾ ผ่านทาง greater palatine canal⁽¹¹⁾ ร่วมกับ ethmoidal nerve block ผ่านทางฝ่าผังก้านในของกระบอกตาาร่วมด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี polyp เป็นจำนวนมาก แต่การใช้ยาชาต้องระวังฤทธิ์ข้างเคียงและพิษจากขนาดของยาที่มากเกินไปด้วย

วิธีทำ

เมื่อมีการกดของ septum ควรแก้ไขให้ตรงเสียก่อน โดยการทำให้ submucosal resection หรือ septoplasty เพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจนขึ้น

การผ่าตัด microscopic polypectomy มีขั้นตอนดังนี้

1. เอาติ่งเนื้องอกและ polypoid mucosa ออกจนหมด

2. หา middle turbinate และผ่าตัด ethmoidectomy ขั้นตอนนี้มีข้อควรระวังคือ⁽¹¹⁾

ก. ผ่าตัด ethmoidectomy เฉพาะเมื่อมีพยาธิสภาพอยู่ภายใน ethmoid air cells เท่านั้น การทำ ethmoidectomy จะเริ่มจากด้านหน้าไปด้านหลัง

ข. ต้องระวังการเกิดอันตรายต่อลูกตาทางด้านข้าง, cribriform plate และ fovea ethmoidalis ทางด้านบน โดยการใช้การขูด แทนการใช้ปากคีบคีบในบริเวณที่อันตราย การผ่าตัดต้องนุ่มนวลและต้องเห็นบริเวณที่ผ่าตัดตลอดเวลา⁽¹²⁾

ค. การผ่าตัด ethmoidectomy บริเวณ posterior ethmoid cells ต้องระวัง optic nerve

ง. การผ่าตัด ethmoidectomy ให้ได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จะต้องตัดเอา uncinat process ออกไปด้วย (uncinectomy)

3. หา maxillary sinus ostium และขยาย natural ostium นั้นให้กว้างขึ้น

4. หา frontal sinus opening (หรือ frontal recess) เอาพยาธิสภาพบริเวณรอบ ๆ ออกจนหมด

5. ถ้ามีพยาธิสภาพใน sphenoidal sinus ให้ทำ sphenoidectomy โดยการหา sphenoid sinus ซึ่งจะอยู่ลึกจาก nasal vestibule ประมาณ 7 cm.⁽¹³⁾

6. หาจุดเลือดออกและห้ามเลือดด้วยวิธี electric cauterization หรือการทำการกดอัดโพรงจมูก ปัจจัยที่จะทำให้เลือดออกมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ⁽¹⁴⁾

6.1 วิธีการดมยาสลบ ถ้าใช้ยาชาเฉพาะที่ จะมีเลือดออกน้อยกว่าการใช้ดมยาสลบ ทั้งนี้เพราะหลอดเลือดดำหดตัวได้ดีในการใช้ยาชาเฉพาะที่

6.2 ความรุนแรงของโรค ถ้าก้อนติ่งเนื้องอกมีขนาดเล็กและไม่มีโรคภายใน ethmoidal sinus จะมีเลือดออกน้อย และควบคุมได้โดย electric cauterization แต่ถ้าก้อนติ่งเนื้องอกมีขนาดใหญ่และมีโรคใน ethmoidal sinus ด้วย เลือดจะออกมากและต้องใช้การกดอัดโพรงจมูก ในการห้ามเลือด

6.3 การติดเชื้อ เยื่อหูที่มีการติดเชื้อจะมีเลือดออกได้มากกว่าปกติ

6.4 การตัด middle turbinate เมื่อตัด middle turbinate จะมีเลือดออกมาก แต่ถ้าใช้เครื่องจีไฟฟ้าช่วย จะมีเลือดออกน้อยลง

ในการห้ามเลือดโดยจีด้วยไฟฟ้ามีบริเวณที่ห้ามใช้เครื่องจีได้แก่เพดานจมูก จมูกบริเวณ cribriform plate, fovea ethmoidalis, nasal septum, posterior ethmoidal และ sphenoidal sinuses

7. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องให้ยาด้านจุลชีพที่เหมาะสมเป็นระยะเวลาประมาณ 10-14 วัน ถ้ามีการกดอัดโพรงจมูกด้วย ให้เอาออกภายในวันที่ 5 ถึงวันที่ 7 หลังการผ่าตัด ต่อจากนั้นจะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อทำความสะอาดภายในช่องจมูก เนื่องจากหลังการผ่าตัดในระยะ 3-4 สัปดาห์แรกจะมีน้ำมูกและก้อนเลือดขังอยู่ภายในจมูกมาก จนกว่าเยื่อจะงอกไปคลุมแผลผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว น้ำมูกจึงลดน้อยลง และการติดตามผู้ป่วยจึงห่างออกไปได้ คือทุก 1-4 เดือน อย่างน้อยเป็นเวลา 2 ปี

การทำ microscopic polypectomy จะมีการเกิดซ้ำประมาณ 17-38%⁽¹⁵⁾ เมื่อมีติ่งเนื้องอกเกิดขึ้นอีกและทำผ่าตัด microscopic polypectomy เป็นครั้งที่ 2 และ 3 ก็ยังมีอัตราการเกิดซ้ำได้ถึง 10%⁽¹⁶⁾ การติดตามดูแลที่ดีจะช่วยลดการผ่าตัดซ้ำได้เป็นอย่างดี กล่าวคือเมื่อมีติ่งเนื้องอกขนาดเล็ก ๆ เกิดขึ้น ก็อาจตัดออกที่แผนกผู้ป่วยนอกได้เลย

โรคแทรกซ้อน

การผ่าตัด microscopic polypectomy มีโรคแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับการผ่าตัด polypectomy และ intranasal ethmoidectomy โดยที่ไม่ใช้กล้องขยาย แต่มีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยกว่า คือประมาณ 2.8-29%⁽⁹⁾ ขึ้นอยู่กับแต่ละรายงานโดยมีโรคแทรกซ้อนใหญ่ประมาณ 1-3% การเกิดโรคแทรกซ้อนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

1. การผ่าตัดมาก่อน ผู้ป่วยเคยผ่าตัดมาก่อน จะมีพังผืดและเยื่อจมูกหนามาก โดยเฉพาะถ้ามีการติดเชื้อมาร่วมด้วย

2. การผ่าตัดมากเกินไป การทำผ่าตัดมากเกินไปโดยหวังว่าจะเอาติ่งเนื้องอกออกจนหมดเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำนั้น ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้มาก ผู้เขียนแนะนำว่าควรเสี่ยงกับการเกิดซ้ำดีกว่าเสี่ยงกับโรคแทรกซ้อน

3. ตำแหน่งของศัลยแพทย์ พบว่าแพทย์ผู้ถนัดขวาและยืนทางขวาผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนทางด้านขวามากกว่าด้านซ้าย ถึง 6-8 เท่าเนื่องจากทางด้านซ้ายทำงานง่ายกว่า เพราะมี exposure ดีกว่า ดังนั้นเมื่อจะทำผ่าตัดด้านขวา แพทย์ควรยืนด้านซ้ายของผู้ป่วย⁽¹⁷⁾

4. การระแวดระวังกล่าวคือต้องป้องกันโดยการตรวจจมูกอย่างละเอียดก่อนผ่าตัด และระหว่างผ่าตัดต้องระลึกรถึงโครงสร้างต่าง ๆ เช่น medial canthus, middle turbinate และตรวจ vision บ่อย ๆ

โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจแบ่งเป็น 2 อย่าง ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรง ได้แก่

- 1) **โรคแทรกซ้อนใหญ่** มีความรุนแรงมาก อาจทำให้การสูญเสียการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ หรือสูญเสียชีวิต ได้แก่

- 1.1 **ภาวะเลือดออก** โดยทั่วไปการผ่าตัด microscopic polypectomy โดยใช้ด้ายยาเฉพาะที่มีเลือดออกน้อยกว่าการผ่าตัดโดยใช้ด้ายยาธรรมดา และถ้าทำผ่าตัด Caldwell-Luc ร่วมด้วยอัตราการมีเลือดออกจะสูงขึ้น เลือดที่ออกขณะทำผ่าตัดสามารถควบคุมได้โดยใช้เครื่องจีไฟฟ้าหรือการกดอัดโพรงจมูก ดังกล่าวแล้ว บางรายถ้าปริมาณเลือด

ที่ออกมากเกินไปก็อาจต้องให้เลือดทดแทนอัตราการเลือดออก ขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งของการทำผ่าตัดการติดเชื้อมและการทำผ่าตัดมากเกินไป⁽¹⁸⁾ การใช้ surgical ในการห้ามเลือดเป็นทางออกที่ดีแต่ต้องระวังเรื่องการขยายตัวของ surgical เข้าไปในลูกตาผ่านรอยทะเลของ lamina papyracea ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้

เลือดออกหลังผ่าตัดเกิดขึ้นได้เมื่อการกดอัดโพรงจมูกหลวมไปและควบคุมในขณะผ่าตัดไม่ดี อาจแก้ไขโดยการกดอัดโพรงจมูกใหม่ให้แน่นยิ่งขึ้น อนึ่งเลือดอาจจะออกอีกเมื่อถึงเวลาที่เอาการกดอัดโพรงจมูกออก ก็สามารถใส่การกดอัดโพรงจมูก ซ้ำอีกได้ และทิ้งไว้อีก 3-5 วัน

- 1.2 CSF rhinorrhea โดยมากจะเกิดจากเยื่อตาข่ายต่อ cribriform plate, fovea ethmoidalis และ posterior ethmoid cells เมื่อพบว่า มี น้ำไขสันหลังรั่ว ในขณะผ่าตัด อาจแก้ไขโดยใช้ free mucosal graft จาก inferior turbinated, fat, fascia หรือกล้ามเนื้ออุดไว้ก่อนตามด้วย gelfoam หรือ surgical และการกดอัดโพรงจมูกซึ่งทิ้งไว้ประมาณ 7-14 วัน^(18,19) หลังผ่าตัดต้องให้ยาปฏิชีวนะนานอย่างน้อย 3 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของเยื่อหุ้มสมองให้ผู้ป่วยนอนยกศีรษะสูง ถ้า CSF rhinorrhea ไม่หยุดให้ทำผ่าตัดโดยใช้ local Mucoperichondrial septal flap ปิดปิด⁽²⁰⁾ และถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษากับศัลยแพทย์ประสาท ทำผ่าตัดปิดรอยรั่วจากภายในกะโหลกศีรษะ

- 1.3 **ตาบอด** เกิดขึ้นจากมีเยื่อตาข่ายต่อเส้นประสาทตาโดยตรง หรือมีเยื่อตาข่ายต่อลูกตาและมีก้อนเลือดได้กระบอกตาไปกดเส้นประสาทตาอีกทีหนึ่ง การผ่าตัดบริเวณ posterior ethmoidal cells มีโอกาสเกิดอันตรายต่อ optic chiasma ซึ่งวางอยู่ใกล้โพรงของ air cell ได้มาก ส่วนการผ่าตัดบริเวณ anterior ethmoidal cells มีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อ lamina papyracea และตัดเอาไขมันในกระบอกตาออกมาได้เช่นกัน การระวังขณะทำผ่าตัด เช่นการตรวจดูสายตา การเคลื่อนไหวของลูกตา และตรวจดูขึ้นเนื้อที่ตัดออกมาแต่ละครั้ง จะช่วยลดอันตรายดังกล่าวลงได้ เมื่อมีการสูญเสียการเห็น ควรหยุดผ่าตัดทันที และให้การรักษาดังนี้คือ

- 1) รับประทานยาลดน้ำ腫ทันที 2) ให้ Mannitol เข้าหลอดเลือดดำในขนาด 1-2 mg/kg ทันที ในช่วงเวลา 30-60 นาที 3) ทำ orbital massage และ 4) ทำ orbital exploration โดยจักษุแพทย์ผ่าตัดทาง lateral canthotomy หรือทาง Lynch incision⁽²¹⁾

ในกรณีที่เกิดสูญเสียการเห็นหลังการผ่าตัด ให้ปรึกษาจักษุแพทย์ เช่นเดียวกัน ร่วมกับการให้ยา 1) Diamox (acetazolamide) 250 mg. ทางหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชม. 2) corticosteroid ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชม. 3) ยาหยอดตา Timoptic และติดตามตรวจสอบสายตา อยู่เสมอ⁽²¹⁾

การสูญเสียการเห็นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นแบบถาวร ขึ้นกับสาเหตุและความรุนแรงของการบาดเจ็บ

1.4 อัมพาตของลูกตา มีสาเหตุเกิดจากอันตราย ต่อเนื้อเยื่อภายในกระบอกตา โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลูกตา

1.5 Peri-orbital hematoma และ ecchymosis⁽²¹⁾ ต้องระวังดูแลเป็นอย่างดี โดยการตรวจดูสายตา บ่อย ๆ โดยมากจะหายไปเองภายใน 1-2 สัปดาห์

1.6 Carotic cavernous fistula (C-C fistula) เกิดไม่บ่อยนัก เมื่อเกิดขึ้นต้องปรึกษาศัลยแพทย์ประสาท เพื่อปิด fistula

1.7 การเสียชีวิต การเสียชีวิตโดยตรงจากการ ผ่าตัด microscopic ethmoidectomy เกิดจากการบาดเจ็บ ของ anterior cranial fossa ผ่านทางรอยทะลุของ fovea ethmoidalis⁽²⁰⁾

2) โรคแทรกซ้อนเล็ก พบได้หลายอย่าง แต่จะ กล่าวเฉพาะที่พบบ่อยเท่านั้น

2.1 Nasal synechia^(14,21) เกิดจากการติดกัน ระหว่าง middle turbinate และ/หรือ inferior turbinate กับผนังกันโพรงจมูก และ/หรือผนังโพรงจมูกด้านนอก รักษาโดยการตัด synechia ออกแล้ววางแผ่น silastic หรือ แผ่นฟิล์มเอกซเรย์ไปกั้นบริเวณดังกล่าวเพื่อป้องกันการติด กันใหม่

2.2 Subcutaneous orbital emphysema⁽²¹⁾ สาเหตุจากมี natural dehiscence หรืออันตรายที่ lamina papyracea แล้วมีการเพิ่มของความดันภายในจมูก ทำให้ ลมเข้าสู่กระบอกตาแต่ยังไม่พบว่าทำให้เกิดการสูญเสีย การเห็นได้ ลมมักจะถูกดูดซึมไปเองได้ในหนึ่งสัปดาห์ เพื่อ ป้องกันโรคแทรกซ้อนนี้ควรแนะนำผู้ป่วยไม่ให้สูดน้ำมูก 2-3 วันหลังผ่าตัด

2.3 Atrophic rhinitis การเกิด atrophic rhinitis ในผู้ป่วยหลังทำ intranasal ethmoidectomy พบได้น้อยมาก การรักษา ก็เหมือนแบบ atrophic rhinitis ธรรมดาและ หายได้ใน 1-2 เดือน

2.4 ลิ้มผ้าก๊อชไว้⁽¹⁸⁾ ต้องระวังในกรณีใช้การ

กดอัดด้วย Sofra-tulle เพราะอาจหลงลืมบางชิ้นได้ ควรใช้ umbilical tape (ชิ้นเดียวยาว ๆ) อัดภายในจมูกจะดีกว่า เวลาเอาออกจะสะดวก

ส่วนโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ปวดฟัน, ชาใต้ ขอบคาง, ไม่ได้กลิ่น, ท่อน้ำตาอุดตัน, กระวนกระวาย, เป็นหิด และมีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น พบได้น้อย และแก้ไขตามสาเหตุที่เกิดขึ้น

การรักษาหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการทำ microscopic polypectomy มีอัตราการเกิดซ้ำประมาณ 17-38%⁽¹⁵⁾ ดังนั้น การป้องกันการเกิดซ้ำจึงเป็นหัวใจในการรักษาเพื่อให้ได้ผลดี และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจึงจำเป็นมาก โดย ในระยะแรก ๆ หลังจากเอา nasal packing ออกแล้วให้ผู้ป่วย มาติดตามการรักษาทุก 2 สัปดาห์ และต่อไปทุกเดือน และ ทุก 2-4 เดือน จนครบ 2 ปี และควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ตัวดังนี้⁽¹⁶⁾

1. ควบคุมโรคภูมิแพ้ของจมูก และหอบหืด
2. ใช้น้ำเกลือปกติล้างภายในจมูกทุกวันจนกว่า ผลในจมูกจะหายสนิท

3. ใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์พ่นจมูกตลอดระยะเวลา 1-2 ปี

4. มาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สำหรับแพทย์ผู้ผ่าตัดเองควรควบคุมการเกิดซ้ำของ polyp ดังนี้

1. ทำความสะอาดภายในจมูกบ่อย ๆ โดยใช้ เครื่องดูดเอาน้ำมูกออกให้หมด
2. ตัดคั้งเนื้องอกเมื่อเห็น
3. ตัดเย็บภายในจมูกส่วนเกิดออกให้พอดี
4. ใช้สารเคมีพวก AgNO₃ ชนิดเกล็ด หรือสาร ละลาย หรือสารละลาย trichloroacetic acid จี้ทำลาย granulation tissue ที่เกิดขึ้น สำหรับในกรณีที่มีเครื่อง CO₂ laser อาจใช้ควบคุมได้ดีกว่า

5. การรักษาทางยา ได้แก่การรักษาโดยใช้ immunotherapy เมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคภูมิแพ้ การใช้ คอร์ติโคสเตียรอยด์พ่นจมูกอย่างเดียว หรือตามหลังการใช้ ยาลดอาการบวมภายในจมูกพ่น ในกรณีที่มีอาการแน่นจมูก มาก การล้างช่องจมูกด้วยน้ำเกลือปกติทุกวัน รวมทั้งการ ให้ยาลดอาการบวมภายในจมูก และ/หรือคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดรับประทานร่วมด้วย⁽¹⁾

ทั้งหมดนี้เป็นวิธีการที่พยายามจะลดการเกิดซ้ำของ

ติ่งเนื้องอกในโพรงจมูกแต่ไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะป้องกันอย่างได้ผลเต็มที่

สรุป

การรักษาติ่งเนื้องอกในโพรงจมูก มีหลายวิธี การรักษาด้วยวิธี microscopic polypectomy เป็นวิธีที่ได้ผลสะดวกและมีปัญหาแทรกซ้อนน้อย ดังนั้นผู้เขียนจึงนำเสนอเพื่อเป็นวิธีเลือกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรคติ่งเนื้องอกในโพรงจมูก

อ้างอิง

1. Marks MB. Nasal polyposis - etiology and treatment. *Ann Allergy* 1982 Oct; 49(4) : 196-9
2. Drake-Lee AB, Lowe D, Swanotom A, Grace A. Clinical profile and recurrence of nasal polyps. *J Laryngol Otol* 1984 Aug; 98(8) : 783-93
3. English GM. Nasal polyposis. In : English GM, ed. *Otolaryngology Vol 2*. Philadelphia ; Harper and Row, 1986.
4. Taylor JS, Crocker PV, Keebler JS. Intranasal ethmoidectomy and concurrent procedures. *Laryngoscope* 1982 Jul ; 92 (7 pt 1) : 739-43
5. Lildholdt T, Fogstrup J, Gammelgaard N, Kortholm B, Ulsoe C. Surgical versus medical treatment of nasal polyps. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1988 Jan-Feb; 105(1-2) : 140-3
6. Dixon HS. The use of the operating microscope in ethmoid surgery. *Otolaryngol Clin North Am* 1985 Feb; 18(1) : 75-86
7. Schaefer SD, Manning S, Close LG. Endoscopic paranasal sinus surgery : indications and considerations. *Laryngoscope* 1989 Jan; 99(1) : 1-5
8. Friedman WH, Katsantonis GP, Rosenblum BN, Cooper MH, Slavin R. Sphenothmoidectomy : the case for ethmoid marsupialization. *Laryngoscope* 1986 May; 96(5) : 473-9
9. Eichel BS. The intranasal ethmoidectomy procedure : historical, technical and clinical consideration. *Laryngoscope* 1972 Oct; 82(10) : 1806-21
10. Davision FW. Intranasal surgery. *Laryngoscope* 1969 Mar; 79(3) : 502-11
11. Friedman WH. Surgery for chronic hyperplastic rhinosinusitis. *Laryngoscope* 1975 Dec; 85 (12 pt 1) : 1997-2009
12. Jafek BW. Intranasal ethmoidectomy. *Otolaryngol Clin North Am* 1985 Feb; 18(1) : 61-74
13. Stankiewicz JA. The endoscopic approach to the sphenoid sinus. *Laryngoscope* 1989 Feb; 99(2) : 218-21
14. Stankiewicz JA. Complications in endoscopic intranasal ethmoidectomy : an update. *Laryngoscope* 1989 Jul; 99(7 pt 1) : 686-90
15. Eichel BS. Revision sphenothmoidectomy. *Laryngoscope* 1985 Mar; 95(3) : 300-4
16. Stevens HE, Blair NJ. Intranasal sphenothmoidectomy 10-year experience and literature review. *J Otolaryngol* 1988 Aug; 17(5) : 254-9
17. Freedman HM, Kern EB. Complications of intranasal ethmoidectomy : a review of 1,000 consecutive operations. *Laryngoscope* 1979 Mar; 89(3) : 421-34
18. Maniglia AJ. Fatal and major complications secondary to nasal and sinus surgery. *Laryngoscope* 1989 Mar; 99(3) : 276-83
19. Eichel BS. The intranasal ethmoidectomy : a 12-year perspective. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982 Sep-Oct; 90(5) : 540-3
20. Maniglia AJ, Chandler JR, Goodwin WJ Jr, Flynn J. Rare complications following ethmoidectomies : a report of eleven cases. *Laryngoscope* 1981 Aug; 91(8) : 1234-44
21. Stankiewicz JA. Complications of endoscopic intranasal ethmoidectomy. *Laryngoscope* 1987 Nov; 97(11) : 1270-3
22. Rosenbaum AL, Astle WF. Superior oblique and inferior rectus muscle injury following frontal and intranasal sinus surgery. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1985 Sep-Oct; 22(5) : 194-202