

การผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

จรูญจิต ไกรวัฒนพงศ์¹

Abstract:

Adenotonsillectomy at Songklanagarind Hospital

Kraiwattanapong J.

Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2006;24(2):85-91

We analyzed medical records of 425 patients who had undergone adenoidectomies, tonsillectomies and adenotonsillectomies at Songklanagarind Hospital during the years 1999-2003. Age, sex, diagnosis, types of surgery and other factors were evaluated. Correlations of such factors and types of surgery were analyzed.

Key words: adenoidectomy, tonsillectomy, adenotonsillectomy

บทคัดย่อ:

ผู้วิจัยได้ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 425 รายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์ ต่อมทอนซิล หรือการผ่าตัดทั้งต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิล ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2546 โดยวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด และปัจจัยอื่นๆ และได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิล

คำสำคัญ: การผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์, การผ่าตัดต่อมทอนซิล, การผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิล

¹พบ., วว. (โสต ศอ นาสิกวิทยา) ประกาศนียบัตรผู้รับการอบรมสาขา sleep medicine, อาจารย์, ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 27 เมษายน 2548 รับลงตีพิมพ์วันที่ 17 มีนาคม 2549

บทนำ

การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลเป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ มีการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดดังกล่าวทั้งสองชนิด กล่าวคือ ภาวะต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลโต (hypertrophy of adenoid and tonsils) เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (obstructive sleep apnea syndrome) ผู้ป่วยเด็กที่มีความล่าช้าผิดปกติของการเจริญเติบโต (failure to thrive) ผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติของโครงกระดูกใบหน้า (craniofacial anomaly) เนื้องอกต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล (tumor of adenoid and tonsils) การอักเสบเรื้อรังของต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล (chronic adenotonsillitis) ภาวะมีกลิ่นปาก (halitosis) ข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์เพียงอย่างเดียว ได้แก่ ไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic sinusitis) โรคหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังหรือเกิดซ้ำ (chronic or recurrent otitis media) และข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดต่อมทอนซิลอย่างเดียว ได้แก่ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (chronic tonsillitis) ฝีรอบต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess) และภาวะพาหะเชื้อแบคทีเรียชนิดสเตรปโตคอคคัส (Streptococcal carrier) เป็นต้น¹⁻⁵ จากข้อบ่งชี้ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงอุบัติการณ์การผ่าตัด ข้อบ่งชี้การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ฯลฯ กับชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด

ต่อมอดีนอยด์ ต่อมทอนซิล หรือผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2542 ถึง 31 ธันวาคม 2546 รวมทั้งสิ้น 5 ปี โดยรวบรวมข้อมูลต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ โรคประจำตัว ฯลฯ เพื่อใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับชนิดการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลโดยใช้ Nonparametric statistical test

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล จำนวน 425 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 48.7 และเพศหญิงร้อยละ 51.3 อายุเฉลี่ยที่ได้รับการผ่าตัดคือ 17.6 ปี (1-65 ปี) ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดโดยรวมประกอบด้วย กลุ่มภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น ได้แก่ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (obstructive sleep apnea syndrome; OSAS) คิดเป็นร้อยละ 22.1 (94/425), ต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลโต (hypertrophy of adenoid and tonsils) ร้อยละ 70.8 (301/425) และภาวะน้ำในหูชั้นกลาง (otitis media with effusion; OME) ร้อยละ 5.9 (25/425) กลุ่มภาวะการติดเชื้อเรื้อรัง ได้แก่ ต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (tonsillolith, chronic adenoiditis and tonsillitis) ร้อยละ 20 (85/425), โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic sinusitis) ร้อยละ 3.1 (13/425) กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ภาวะกระดูก styloid ยาว (elongation of styloid process), ฝีรอบต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess) และสิ่งแปลกปลอมในต่อมทอนซิล (foreign body impaction) คิดเป็นร้อยละ 3.8 (16/425) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้อมูล	จำนวน (N=425)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
เพศ			
ชาย	207	48.7	-
หญิง	218	51.3	
อายุ (ปี)			
<4	65	15.3	17.6 (1-65)
4-10	155	36.5	
>10	205	48.2	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (N=425)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
ภูมิลำเนา			
สงขลา	235	55.3	
นครศรีธรรมราช	68	16.0	
พัทลุง	40	9.4	
สตูล	18	4.2	
ปัตตานี	13	3.1	
อื่นๆ	51	12.0	
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล	-	-	3.0 (1-11)
การวินิจฉัยโรค*			
OSAS	91	21.4	-
Hypertrophy of adenoid and tonsils	228	53.6	
Tonsilloolith, Chronic adenoiditis and tonsillitis	49	11.5	
OME	21	4.9	
Chronic sinusitis	10	2.4	
Others	26	6.1	
ประวัติส่วนตัว			
แพ้อาหาร	5	1.2	-
แพ้ยา	28	6.6	
ภูมิแพ้หรือหอบหืด	49	11.5	
อาการแพ้ในครอบครัว	11	2.6	

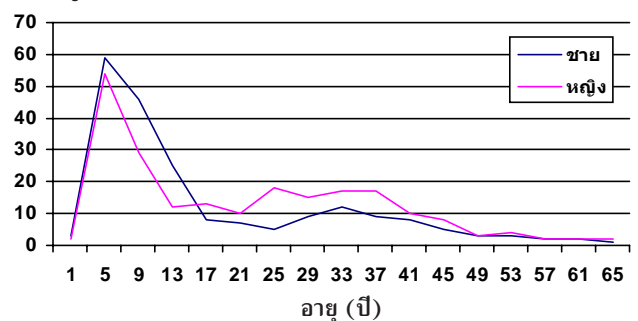
*OSAS = ภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (obstructive sleep apnea syndrome),
OME = ภาวะน้ำในหูชั้นกลาง (otitis media with effusion)

จากการศึกษาอุบัติการณ์การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง พบว่าในช่วงอายุน้อยกว่า 4 ปีมีอุบัติการณ์การผ่าตัดใกล้เคียงกัน ในขณะที่ผู้ป่วยเพศชายในกลุ่มอายุ 4-10 ปีมีอุบัติการณ์การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง และหลังอายุ 10 ปีเพศหญิงมีอุบัติการณ์การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลสูงขึ้นจนใกล้เคียงกันทั้งสองเพศภายหลังอายุ 50 ปีเป็นต้นไป (รูปที่ 1)

ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลในแต่ละปีในช่วงปี พ.ศ. 2542-2546 พบว่าอุบัติการณ์การผ่าตัดโดยภาพรวมลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มขึ้นภายหลัง โดยในปี พ.ศ. 2545-2546 อุบัติการณ์การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และ/หรือต่อมทอนซิลในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (รูปที่ 2A) อุบัติการณ์การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์เพียงอย่างเดียวในเพศชายลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2542-2544 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่การผ่าตัด

ชนิดเดียวกันในผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 2B) อุบัติการณ์การผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียวในทั้งสองเพศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราใกล้เคียงกัน โดยจำนวนผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย (รูปที่ 2C) ในขณะที่การผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลทั้งในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน (รูปที่ 2D)

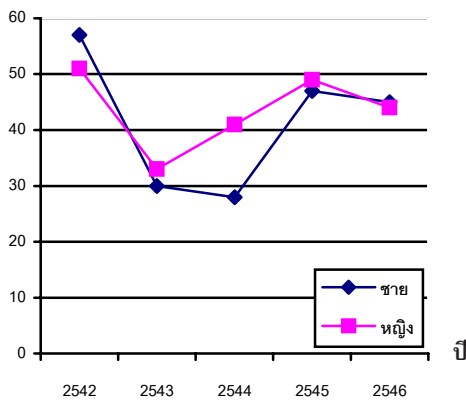
จำนวนผู้ป่วย (ราย)



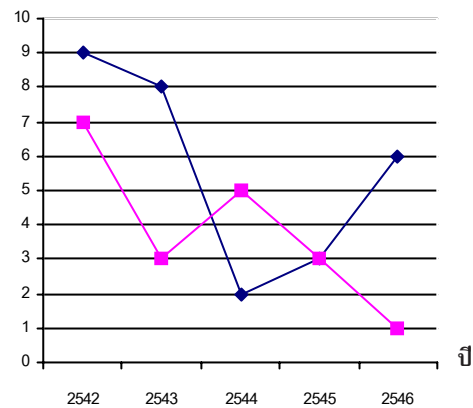
รูปที่ 1 อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

เมื่อศึกษาแยกถึงการผ่าตัดแต่ละชนิด พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์อย่างเดียว ต่อมทอนซิลอย่างเดียว และการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลจำนวน 47 ราย 217 ราย และ 161 ราย ตามลำดับ (ตารางที่ 2) สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดโดยรวมเท่ากับ 1:1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์เพียงอย่างเดียวมีอายุเฉลี่ย 7.5 ปี ในขณะที่อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียวและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลเท่ากับ 29 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ ชนิดการผ่าตัดที่ทำมากที่สุดที่ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 10 ปีคือการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล ในขณะที่ชนิดการผ่าตัดที่ทำมากที่สุดในการผ่าตัดในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป คือการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียว ข้อบ่งชี้การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์เพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะ

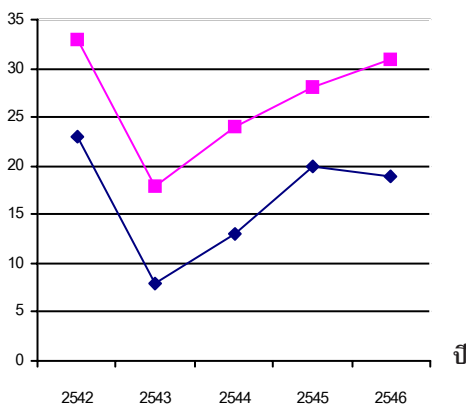
น้ำในหูชั้นกลาง (18/47) ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อปรับแรงดันลมหูชั้นกลาง (eustachian tube) จากต่อมอดีนอยด์โต ในขณะที่ข้อบ่งชี้การผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียวและการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลในผู้ป่วยที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะต่อมทอนซิลโต (121/217) และภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (103/161) ผู้ป่วยที่มีขนาดของต่อมทอนซิลที่พบก่อนการผ่าตัดขนาด 2⁺-3⁺ (ต่อมทอนซิลโต 2/4-3/4 จากระยะที่วัดจากขอบของ anterior tonsillar pillar ถึงกึ่งกลาง uvula) ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลออกมากที่สุด (93/217 และ 90/161) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีต่อมอดีนอยด์โตมาก (ไม่เห็น posterior choana จากการตรวจด้วยกระจกเงาสะท้อนแสงในขณะที่ผ่าตัด)⁶⁻⁷ ได้รับการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีภาวะต่อมทอนซิลโตร่วมด้วย



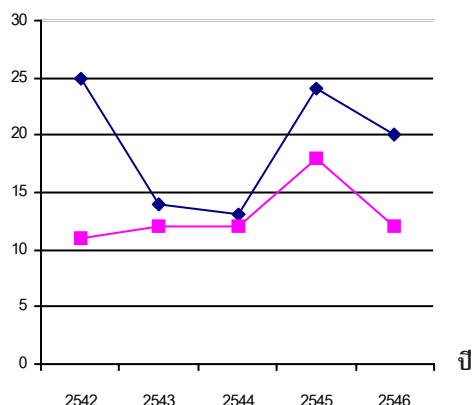
(A) การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และ/หรือต่อมทอนซิล



(B) Adenoidectomy



(C) Tonsillectomy



(D) Adenotonsillectomy

รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และ/หรือต่อมทอนซิล (A), ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์เพียงอย่างเดียว (adenoidectomy) (B), ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียว (tonsillectomy) (C) และได้รับการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล (adenotonsillectomy) (D) ในแต่ละปี

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับชนิดการผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ปัจจัย	Adenoidectomy (n=47)	Tonsillectomy (n=217)	Adeno-tonsillectomy (n=161)	P-value
เพศ				
ชาย	28	83	96	<0.001
หญิง	19	134	65	
อายุ				
ค่าเฉลี่ย	7.4	29.0	5.1	<0.001
<4	7	4	54	
4-10	32	22	101	
>10	8	191	6	
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย	2.6	3.0	2.9	0.252
การวินิจฉัยโรค*				
OSAS	7	31	103	<0.001
Hypertrophy of adenoid and tonsils	10	121	48	
Chronic adenoiditis and tonsillitis	2	48	8	
OME	18	0	2	
Chronic sinusitis	10	0	0	
Others	0	17	0	
ขนาดต่อมทอนซิล				
เคยผ่าตัดต่อมทอนซิลมาก่อน	12	0	0	<0.001
1 ⁺	6	48	2	
2 ⁺	8	93	21	
3 ⁺	5	60	90	
4 ⁺	0	16	48	
ขนาดต่อมอะดีนอยด์				
ไม่โต	0	207	2	<0.001
โต	2	7	31	
โตมาก	45	1	126	
ประวัติส่วนตัว				
แพ้อาหาร	0	3	2	0.724
แพ้ยา	5	15	8	0.372
ภูมิแพ้หรือหอบหืด	9	23	17	0.222
อาการแพ้ในครอบครัว	0	4	7	0.157

*OSAS = ภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (obstructive sleep apnea syndrome),

OME = ภาวะน้ำในหูชั้นกลาง (otitis media with effusion)

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 425 รายที่ได้รับการผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งหมด 4 ราย (ร้อยละ 0.94) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบทั้งหมดเป็นภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชม. ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดห้ามเลือด แบ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการผ่าตัดทั้งต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิลจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์เพียงอย่างเดียวจำนวน 1 ราย และได้รับการผ่าตัดทั้งต่อมอะดีนอยด์

และต่อมทอนซิลจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยทั้ง 4 รายมีอายุไม่เกิน 10 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิลโต (hypertrophy of adenoid and tonsils) 3 ราย และภาวะไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic sinusitis) 1 ราย ผู้ป่วยทั้ง 4 รายมีภาวะต่อมอะดีนอยด์โตมาก และ/หรือต่อมทอนซิลโตตั้งแต่ 3⁺ ขึ้นไป ผู้ป่วย 1 รายมีประวัติโรคภูมิแพ้หรือหอบหืด และ 1 รายมีประวัติอาการแพ้ในครอบครัว

วิจารณ์

การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลเป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ข้อบ่งชี้การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไม่แตกต่างจากข้อบ่งชี้การผ่าตัดจากรายงานอื่น¹⁻⁵ อุบัติการณ์การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลที่มีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มขึ้นในปีถัดมาเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้การผ่าตัดเนื่องจากภาวะนอนกรนและภาวะหยุดหายใจ ขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (obstructive sleep apnea syndrome) เพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับชนิดการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ขนาดของต่อมทอนซิลและต่อมอดีนอยด์ โดยพบว่าเพศชายได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์ หรือทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงได้รับการผ่าตัดเฉพาะต่อมทอนซิลมากกว่าเพศชาย ($p < 0.001$) ผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีได้รับการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 10 ปีได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียวมากกว่า ($p < 0.001$) โดยกลุ่มอายุที่ได้รับการผ่าตัดโดยรวมมากที่สุดอยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (>10 ปี และอายุเฉลี่ย 17.6 ปี) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลโต (hypertrophy of adenoid and tonsils) ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียวมากกว่า ในขณะที่การวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (OSAS) ได้รับการผ่าตัดทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล (adenotonsillectomy) มากกว่าผู้ป่วยที่มีขนาดต่อมอดีนอยด์โตมาก ได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์ (adenoidectomy and adenotonsillectomy) มากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีต่อมทอนซิลโต 2⁺-3⁺ ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomy or adenotonsillectomy) มากกว่า ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแต่ละชนิดไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.252$) และผู้ป่วยที่มีภาวะแพ้อาหาร แพ้ยา มีประวัติเป็นโรคภูมิแพ้หรือหอบหืดหรือมีประวัติอาการแพ้ในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับชนิดการผ่าตัด ($p = 0.724, 0.372, 0.222, 0.157$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

จากการศึกษาด้านภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดแต่ละชนิด พบว่า อัตราการเกิดปัญหาเลือดออกหลังการผ่าตัดพบร้อยละ 1.25-1.5 และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาดังกล่าว

ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี มีภาวะติดเชื้อชนิด infectious mononucleosis และการมีภาวะติดเชื้อซ้ำ (recurrent infection)⁸⁻¹⁰ ผลการรักษายังของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า อัตราการเกิดปัญหาเลือดออกหลังการผ่าตัดพบร้อยละ 0.94 และปัจจัยต่างๆ ทั้งเพศชายและหญิง อายุที่ได้รับการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ขนาดของต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล ภาวะแพ้อาหาร แพ้ยา ประวัติเป็นโรคภูมิแพ้หรือหอบหืด หรือมีประวัติอาการแพ้ในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

สรุป

การผ่าตัดต่อมอดีนอยด์หรือทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล ทำในผู้ป่วยเพศชายมากกว่า ในขณะที่การผ่าตัดต่อมทอนซิลเพียงอย่างเดียวทำในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 10 ปีได้รับการผ่าตัดต่อมอดีนอยด์หรือทั้งต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิลมากที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 10 ปีได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลมากที่สุด ปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชนิดการผ่าตัด ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ขนาดของต่อมอดีนอยด์และต่อมทอนซิล

เอกสารอ้างอิง

1. Browning GG. An important, randomized controlled trial of adenotonsillectomy. Clin Otolaryngol 2005;30:58-9.
2. van Staaik BK, van den Akker EH, van der Heijden GJ, Schilder AG, Hoes AW. Adenotonsillectomy for upper respiratory infections: evidence based? Arch Dis Child 2005;90:19-25.
3. American Academy of Family Physicians; American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery; American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion. Otitis media with effusion. Pediatrics 2004;113:1412-29.
4. Chan J, Edman JC, Koltai PJ. Obstructive sleep apnea in children. Am Fam Physician 2004;69:1147-54.
5. Cote CJ, Sheldon SH. Obstructive sleep apnea and tonsillectomy: do we have a new indication for extended

- postoperative observation? *Can J Anaesth* 2004;51:6-12.
6. Chien CY, Chen AM, Hwang CF, Su CY. The clinical significance of adenoid-choanae area ratio in children with adenoid hypertrophy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005;69:235-9.
7. Chisholm EJ, Lew-Gor S, Hajioff D, Caulfield H. Adenoid size assessment: a comparison of palpation, nasendoscopy and mirror examination. *Clin Otolaryngol* 2005;30:39-41.
8. Windfuhr JP, Chen YS, Remmert S. Hemorrhage following tonsillectomy and adenoidectomy in 15,218 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:281-6.
9. Kendrick D GK. An audit of the complications of paediatric tonsillectomy, adenoidectomy and adenotonsillectomy. *Clin Otolaryngol* 1993;18:115-7.
10. Mutz I, Simon H. Hemorrhagic complications after tonsillectomy and adenoidectomy. Experiences with 7,743 operations in 14 years. *Wien Klin Wochenschr* 1993;105:520-2.