

ภาวะรูรั่วจากคอหอยสู่ผิวหนังหลังการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมดเปรียบเทียบระหว่างการเริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็วกับการเริ่มช้า

นพรัตน์ ดังฐากร, ทานู อาจสมรรถ, อีรพร รัตนาเอนกชัย, ภัทรภูมิ วัฒนศัพท์
ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Pharyngocutaneous Fistula Following Total Laryngectomy Comparing between the Early and Delayed Oral Feeding

Nopparat Dungthakol, Thumnu Art-smart, Teeraporn Ratanaanekchai, Patravoot Vatanasapt,
Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: การให้เริ่มรับประทานอาหารทางปากเร็วเป็นการป้องกันการเกิดภาวะรูรั่วจากคอหอยสู่ผิวหนังหลังการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมด (pharyngocutaneous fistula - PCF) แต่มีการศึกษาใหม่ๆ พบว่าการให้เริ่มรับประทานอาหารทางปากเร็วไม่ได้เพิ่มการเกิดภาวะ PCF การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะ PCF ในผู้ป่วยผ่าตัดกล่องเสียงออกหมดที่ได้รับประทานอาหารทางปากในระยะเวลาที่เร็วช้าต่างกัน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาข้อมูลวิเคราะห์ย้อนหลังชนิด cohort (retrospective cohort study) โดยศึกษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2544 ถึง 31 ตุลาคม 2554 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็ว (ภายใน 7 วันหลังผ่าตัด) และเริ่มช้า (หลังผ่าตัดมากกว่า 7 วัน) และเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะ PCF

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยทั้งหมด 133 ราย เป็นกลุ่มที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็ว 41 ราย และเริ่มช้า 92 ราย พบภาวะ PCF ทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 15) โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็ว 3 ราย (ร้อยละ 7.3) และในกลุ่มที่เริ่มช้า 17 ราย (ร้อยละ 18.5) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สรุป: อุบัติการณ์การเกิดภาวะ PCF หลังการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมดในกลุ่มที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็วไม่แตกต่างกับกลุ่มที่เริ่มช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Background and Objectives: Delayed oral feeding is a method for prevention of pharyngocutaneous fistula (PCF) after total laryngectomy. But the recent studies showed that early oral feeding doesn't increase PCF. The objective of this study is to compare the incidence of PCF in patients who underwent total laryngectomy with different onsets of oral feeding.

Materials and Methods: This study is a retrospective cohort study collecting patients in Srinagarind Hospital who underwent total laryngectomy since January 1st, 2001 until October 31st, 2011. The patients were divided into early oral feeding group (within 7 days after surgery) and delayed groups (more than 7 days after surgery) and the incidence of PCF was collected.

Results: There were 133 patients, 41 in early oral feeding group and 92 in delayed feeding group. There were 20 patients who had PCF (15%), 3 in early oral feeding group (7.3%) and 17 in delayed oral feeding group (18.5). There was no statistical significant difference between the two groups (p-value = 0.096).

Conclusion: The incidence of PCF after total laryngectomy in the early oral feeding group was not significantly different from the delayed oral feeding group.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31 (2): 159-163. ♦ Srinagarind Med J 2016; 31 (2): 159-163.

*Corresponding author: อีรพร รัตนาเอนกชัย ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail : teerapornratana@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดกล่องเสียงออกหมดเป็นการผ่าตัดเพื่อรักษา มะเร็งกล่องเสียง และมะเร็งคอหอยส่วนล่าง ซึ่งพบได้เป็น อันดับที่ 3 และ 6 ของมะเร็งทางเดินอาหารและทางเดิน หายใจส่วนบน (จากสถิติของหน่วยมะเร็ง โรงพยาบาล ศรินครินทร์)¹ ถึงแม้การผ่าตัดกล่องเสียงออกบางส่วนอาจจะ สามารถทำได้ แต่พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย² ซึ่งต้องการการผ่าตัดรักษาด้วยการ ผ่าตัดกล่องเสียงออกหมด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่าง หนึ่งของการผ่าตัดชนิดนี้ก็คือภาวะรู่วิวจากคอหอยสู่ผิวหนัง (pharyngocutaneous fistula – PCF) ซึ่งพบได้ร้อยละ 7.6-50³ ภาวะ PCF นี้ส่งผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยค่อนข้าง มาก นอกจากระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นแล้ว ทำให้การรักษาด้วยการฉายแสงหลังผ่าตัดไม่สามารถทำได้ ภายในเวลาที่กำหนดส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง เพิ่มขึ้น และยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งบางครั้งอาจส่งผลถึงชีวิตอีกด้วย

แนวทางป้องกันการเกิดภาวะ PCF แนวทางหนึ่งที ปฏิบัติกันมานานได้แก่การเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ทางปากหลังจากที่แผลบริเวณคอหอยสมานกันดีเสียก่อน ซึ่งโดยทั่วไปแนะนำให้เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากหลัง ผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามในระยะหลังไม นานมานี้มีหลายการศึกษา พบว่าการให้ผู้ป่วยเริ่มให้ รับประทานอาหารทางปากหลังผ่าตัดเพียง 2 วัน เป็นสิ่งที่ สามารถทำได้อย่างปลอดภัยโดยที่อัตราการเกิดภาวะ PCF ไม่แตกต่างกัน⁴⁻⁷ และยังสามารถลดระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดความทรมานจากการใส่ สายยางทางจมูก และสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจได้ดีขึ้น^{4,6,8,9}

การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบอัตรา การเกิดภาวะ PCF ในผู้ป่วยผ่าตัดกล่องเสียงออกหมดที่ได้ รับประทานอาหารทางปากในระยะเวลาที่เร็วช้าต่างกัน เพื่อ เป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลวิเคราะห์ย้อนหลัง ชนิด cohort (retrospective cohort study) จากเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ศรินครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กล่องเสียงออกหมด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2544 ถึง 31 ตุลาคม 2554 และมีข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาเริ่มให้

รับประทานอาหารทางปาก โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มให้ รับประทานอาหารทางปากเร็ว (ภายใน 7 วันหลังผ่าตัด) และ เริ่มช้า (หลังผ่าตัดมากกว่า 7 วัน) และติดตามข้อมูลการเกิด ภาวะ PCF ทั้งนี้ไม่นับรวมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียง ออกหมดร่วมกับการผ่าตัดซ่อมแซมคอหอยด้วย flap recon- struction ชนิดต่างๆ รวมทั้ง gastric pullup และผู้ป่วยที่ต้อง ชะลอการรับประทานอาหารทางปากเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ เช่น มีภาวะหายใจล้มเหลว เกิดการรั่วของคอหอยภายใน 7 วันหลังผ่าตัดและก่อนที่จะเริ่มให้รับประทานอาหารทางปาก

การวินิจฉัยภาวะ PCF อาศัยข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ มีบันทึกว่าการรั่วอย่างชัดเจนจากการตรวจร่างกาย หรือจากภาพถ่ายรังสีร่วมกับทาบการกลืนแป้งรังสี (barium swal- lowing) มีบันทึกถึงการอักเสบของผิวหนังหรือมีหนองซังใต้ ผิวหนังเหนือคอหอย (tracheostoma) ในรายที่ไม่มีการ บันทึกหลักฐานที่ชัดเจนก็พิจารณาจากหลักฐานใกล้เคียงเช่น พบว่าผู้ป่วยเริ่มให้รับประทานอาหารทางปากช้ากว่าปกติ โดยที่ไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน หรือได้รับการทำแผลแบบ pres- sure dressing นานกว่าปกติโดยไม่มีสาเหตุอื่น

ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยที่ค่าความ เชื่อมั่นร้อยละ 95 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ inde- pendent sample T-test และ proportion test

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 1 มกราคม 2544 ถึง 31 ตุลาคม 2554 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงจำนวน 170 ราย ประวัติ ไม่สมบูรณ์ 11 ราย และไม่เข้าเกณฑ์การศึกษา 26 ราย ซึ่ง ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมคอหอยร่วมด้วย 15 ราย ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงแบบอนุรักษ์ 2 ราย เป็น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ 3 ราย และ เสียชีวิต 6 ราย เหลือผู้ป่วยที่สามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อการ ศึกษา 133 ราย เป็นกลุ่มที่เริ่มให้รับประทานอาหารทาง ปากเร็ว (ภายใน 7 วันหลังผ่าตัด) 41 ราย และเริ่มช้า (หลัง ผ่าตัดมากกว่า 7 วัน) 92 ราย มีรายละเอียดเกี่ยวกับเพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด การได้รับการเจาะคอก่อน ผ่าตัด การได้รับรังสีรักษามาก่อน ตำแหน่งของมะเร็ง ระยะ ของโรค รวมทั้งผลพยาธิวิทยา (ตารางที่ 1) ซึ่งพบว่าทั้งสอง กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในปัจจัยเหล่านี้

จากการศึกษาพบมีภาวะ PCF จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 15) โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มให้รับประทานอาหารทาง ปากเร็ว จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.3) และในกลุ่มที่เริ่มช้า จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 18.5) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ทางสถิติ ($p = 0.096$) คิดเป็นค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (rela-

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		
	ผู้ป่วยทั้งหมด	กลุ่มที่เริ่มเร็ว	กลุ่มที่เริ่มช้า
เพศ			
ชาย	123 (92.5)	41 (100)	82 (89.1)
หญิง	10 (7.5)	0 (0)	10 (10.9)
อายุเฉลี่ย (ปี)	61.13	63.63	60.01
โรคประจำตัว*	53 (39.8)	21 (51.2)	32 (34.8)
ภาวะซีด	81 (60.9)	24 (58.5)	57 (62.0)
ฉายแสงก่อนผ่าตัด	15 (11.3)	5 (12.2)	10 (10.9)
เจาะคอก่อนผ่าตัด	74 (55.6)	28 (68.3)	46 (50.0)
ผลพยาธิวิทยา (positive margin)	22 (16.5)	9 (22.0)	13 (14.1)
ตำแหน่งของมะเร็ง			
Supraglottic	17 (12.8)	7 (17.1)	10 (10.9)
Glottis	87 (65.4)	25 (61.0)	62 (67.4)
Subglottis	1 (0.8)	0 (0)	1 (1.1)
Pyriform	25 (18.8)	8 (19.5)	17 (18.5)
Postcricoid	3 (2.3)	1 (2.4)	2 (2.2)
ระยะของโรค			
ระยะที่ 1	3 (2.3)	0 (0)	3 (3.3)
ระยะที่ 2	5 (3.8)	2 (4.9)	3 (3.3)
ระยะที่ 3	50 (37.6)	14 (34.1)	36 (39.1)
ระยะที่ 4	75 (56.4)	25 (61.0)	50 (54.3)

* ได้แก่ วัณโรค ถุงลมโป่งพอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตามลำดับ

tive risk) เท่ากับ 0.384 (95% CI: 0.120-1.229, $p = 0.107$) แต่อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มนี้มีระยะเวลาอนโรพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) โดย พบว่ากลุ่มที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็วมีระยะเวลาอนโรพยาบาลเท่ากับ 9.56 ± 5.301 วัน ในขณะที่กลุ่มที่เริ่มช้าเท่ากับ 18.05 ± 9.922 วัน

ปัจจัยอื่นๆ ที่เชื่อว่าจะมีผลต่อการเกิด PCF ได้แก่ ยาฆ่าเชื้อที่ให้ก่อนผ่าตัด เทคนิคการเย็บซ่อมคอหอย วัสดุที่ใช้เย็บ การทดสอบการรั่วของการเย็บซ่อมคอหอย ก่อนเย็บปิดแผล (leak test) การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง (neck dissection) รวมถึงประสบการณ์ของแพทย์ผ่าตัด พบว่าปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการเกิด PCF ได้แก่ ยาฆ่าเชื้อที่ให้ก่อนผ่าตัด และเทคนิคการเย็บซ่อมคอหอย โดยพบว่าการให้ยา clindamycin 900 มิลลิกรัม ก่อนผ่าตัด เกิดภาวะ PCF น้อยกว่าการให้ยาตัวอื่น (clindamycin 600 มิลลิกรัม, cefazolin 1-2 กรัม cefazolin 1-2 กรัม ร่วมกับ

metronidazole 500 มิลลิกรัม amoxicillin/clavulanate, amikacin หรือ ampicillin/ sulbactam) ($p = 0.015$) และการเย็บซ่อมคอหอยเป็นรูปตัว T หรือตัว Y เกิดภาวะ PCF น้อยกว่าการเย็บซ่อมเป็นเส้นแนวนอน (horizontal) ($p = 0.017$) แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลส่วนนี้มีการบันทึกในเวชระเบียนน้อยกว่าร้อยละ 50

วิจารณ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบมีอัตราการเกิดภาวะ PCF อยู่ในช่วงร้อยละ 7.6-50³ ในขณะที่การศึกษานี้พบร้อยละ 15 ซึ่งอยู่อัตราที่ค่อนข้างน้อย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับพบว่ากลุ่มที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็ว (ร้อยละ 7.3) มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ PCF น้อยกว่ากลุ่มที่เริ่มช้า

ที่ผ่านมาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมด จะให้เริ่มรับประทานอาหารทางปากหลังผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์เพื่อรอให้แผลเย็บซ่อมที่คอหอยหายดีเสียก่อน เนื่องจากเชื่อว่ากรกลืนอาหารทำให้เกิดแรงกระทำต่อแผล ซึ่งจะทำให้เกิดการรั่วของแผลและเกิดภาวะ PCF ตามมาได้ หากแผลยังไม่หายดี แต่ในความเป็นจริงพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับประทานแต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีการกลืน โดยเฉพาะการกลืนน้ำลายที่ถูกสร้างขึ้นมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร ต่อวัน เป็นการกระตุ้นให้มีการกลืนอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่าแผลหลังผ่าตัดเพียง 24-48 ชั่วโมงก็มีความแข็งแรงพอที่จะทนต่อการเกิดการรั่วของน้ำจากการทดสอบแรงดันน้ำ (watertight)³ ซึ่งนำมาสู่การศึกษาต่อมาหลายชิ้นพบว่าทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารทางปากเร็วขึ้นไม่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PCF แต่อย่างใด^{3,9}

มีการศึกษาแบบ systematic review ซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2014¹⁰ ทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 8 ฉบับ ศึกษาเกี่ยวกับการเกิด PCF ในกลุ่มที่ได้เริ่มรับประทานอาหารทางปากเร็วและกลุ่มที่เริ่มช้า เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม 4 ฉบับ และ cohort 4 ฉบับ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม เกิด PCF ร้อยละ 6.7 และ 10, 95%CI: -0.11-0.05, $p = 0.42$, $I^2 = 0\%$, การศึกษา cohort เกิด PCF ร้อยละ 12.2 และ 10.1, 95%CI: -0.05-0.08, $p = 0.67$, $I^2 = 0\%$)

จากการศึกษาพบว่าการศึกษาการเกิดภาวะ PCF น่าจะเกิดจากปัจจัยอื่นๆ มากกว่าระยะเวลาที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปาก เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงมาก่อน¹¹⁻¹³ การมีโรคประจำตัว^{11,12} การพบเซลล์มะเร็งที่ขอบชิ้นเนื้อ (positive margin)^{11,13} การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วย^{3,12,13} แต่จากการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการเกิดภาวะ PCF

ปัจจัยที่การศึกษานี้พบว่าอาจจะมีผลต่อการเกิดภาวะ PCF ได้แก่ ชนิดของยาฆ่าเชื้อที่ใช้ก่อนผ่าตัด และเทคนิคการเย็บซ่อมคอหอย ซึ่งการศึกษานี้พบว่าการใช้ clindamycin 900 มิลลิกรัม ก่อนผ่าตัดลดความเสี่ยงต่อการเกิด PCF เมื่อเทียบกับยาชนิดอื่น ซึ่งมีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการใช้ metronidazole สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด PCF ได้มากกว่ายา penicillin¹⁴

สำหรับเทคนิคการเย็บซ่อมคอหอยพบว่าการศึกษาเป็นรูปตัว "T" จะสามารถลดแรงดึงที่แผลได้ดีกว่าการเย็บเป็นแนวตั้ง แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าการศึกษาทั้งสองวิธีไม่มีความแตกต่างกันในการเกิด PCF นอกจากนี้ยังมี

การศึกษาพบว่าการใช้ vicryl ในการเย็บซ่อมคอหอยสามารถลดการเกิด PCF ได้เมื่อเทียบกับการใช้ catgut³

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิด PCF เป็นการศึกษาที่มีจุดอ่อนของวิธีการศึกษาแทบทั้งสิ้น ดังนั้นจึงยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้

มีการศึกษาพบว่าการใช้สายยางให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube) นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกรดไหลย้อน การติดเชื้อบริเวณแผลคอหอยแล้ว⁶ ยังพบว่าอาจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PCF อีกด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกมีอัตราการเกิดภาวะ PCF เพียงร้อยละ 9¹⁵ ซึ่งในการศึกษานี้เองก็พบว่าผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วจำนวน 21 ราย ไม่ได้ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และทั้งหมดไม่มีคนใดเกิดภาวะ PCF เลย

แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไม่เพียงพอที่จะสรุปได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ PCF เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์มากนัก

ถึงแม้อัตราการเกิดภาวะ PCF ในทั้งสองกลุ่มจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยการที่ผู้ป่วยสามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากเร็วขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นเป็นการลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานอาหารทางปากเร็วมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่เริ่มช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.56 วัน เทียบกับ 18.05 วัน) ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายแล้วยังทำให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มการทำการกายภาพบำบัดเสียงได้เร็วขึ้นอีกด้วย⁵

ถึงแม้การศึกษานี้จะมีจุดด้อยตามลักษณะของการศึกษาที่เก็บข้อมูลย้อนหลัง แต่จากผลการศึกษาพบว่ามีความโน้มเอียงเหมือนกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีวิธีวิจัยดีกว่า ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในการที่จะพิจารณาเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากเร็วขึ้นกว่าที่ผ่านมาโดยไม่ต้องกังวลเรื่องการเกิดภาวะ PCF

สรุป

จากการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดภาวะ PCF หลังการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมด ในกลุ่มที่เริ่มให้รับประทานอาหารทางปากเร็วไม่แตกต่างกับกลุ่มที่เริ่มช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. อีรพร รัตนานอกชัย, ภัทธวุฒิ วัฒนศัพท์, ทำนุ อัจฉมรรค. อุบัติการณ์และแนวโน้มของมะเร็งศีรษะและคอ. วารสารหู คอ จมูก และใบหน้าแห่งประเทศไทย 2546; 4: 35-40.
2. อีรพร รัตนานอกชัย, ภัทธวุฒิ วัฒนศัพท์, ทำนุ อัจฉมรรค. มะเร็งกล่องเสียงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2546; 18: 16-20.
3. Soylu L, Kiroglu M, Aydogan B, Cetik F, Kiroglu F, Akali C, Ozluhinoglu C. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. Head Neck 1998; 20: 22-5.
4. Seven H, Calis AB, Turgut S. A randomized controlled trial of early oral feeding in laryngectomized patients. Laryngoscope 2003; 113: 1076-9.
5. Medina JE, Khafif A. Early oral feeding following total laryngectomy. Laryngoscope 2001; 111: 368-72.
6. Prasad KC, Sreedharan S, Dannana NK, Prasad SC, Chandra S. Early oral feeds in laryngectomized patients. Ann Otol Rhinol Laryngol 2006; 115: 433-8.
7. Saydam L, Kalcioğlu T, Kizilay A. Early oral feeding following total laryngectomy. Am J Otolaryngol 2002; 23: 277-81.
8. Eustaquio M, Medina JE, Krempf GA, Hales N. Early oral feeding after salvage laryngectomy. Head Neck 2009; 31: 1341-5.
9. Aswani J, Thandar M, Otiti J, Fagan J. Early oral feeding following total laryngectomy. J Laryngol Otol 2009; 123: 333-8.
10. Aires FT, Dedivitis RA, Petrarolha SM, Bernardo WM, Cernea CR, Brandão LG. Early oral feeding following total laryngectomy: A systematic review. Head Neck. 2014 May 11. doi: 10.1002/hed.23755.
11. Saki N, Nikakhlagh S, Kazemi M. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors, and outcome. Arch Iran Med 2008; 11: 314-7.
12. Paydarfar JA, Birkmeyer NJ. Complications in head and neck surgery: a meta-analysis of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 132: 67-72.
13. Dedivitis RA, Aires FT, Cernea CR, Brandão LG. Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: A systematic review of risk factors. Head Neck, 2014 Jun 23. doi: 10.1002/hed.23804.
14. Johansen LV, Overgaard J, Elbrønd O. Pharyngo-cutaneous fistulae after laryngectomy. Influence of previous radiotherapy and prophylactic metronidazole. Cancer 1988; 61: 673-8.
15. Aprigliano F. Use of the nasogastric tube after total laryngectomy: is it truly necessary? Ann Otol Rhinol Laryngol 1990; 99 (7 Pt 1): 513-4.

