

รายงานผู้ป่วย

การผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัสเพื่อหยุดเลือดกำเดาไหล

มนต์ชัย กงทวี พ.บ.*

Abstract **Transantral Internal Maxillary Artery Ligation for Intractable Epitaxis**
Monchai Kongtawee M.D.*

* Department of otolaryngology Prapokklao Hospital, Chanthaburi, Thailand
J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:175–178.

Intractable epitaxis continues to remain a difficult management problem for otolaryngologists. It can be life threatening because of anemia, aspiration, hypovolumic shock and associated comorbidities. Conventional management options in the form of anterior and posterior nasal packing, known to cause discomfort, airway compromise or hypoxia, mucosal trauma and infection. Moreover, it is frequently ineffective to stop bleeding. Sometime ligation of external carotid was done, but have been associated with a high failure rate. Transantral internal maxillary artery ligation is more effective than nasal packing and external carotid ligation. Angiography and embolization or endoscopic sphenopalatine artery ligation cannot be done in most general hospital of Thailand due to insufficiency of instrument such as endoscope and experience of surgeons. Also transantral internal maxillary artery ligations is a simplified and not require more instruments. It is necessary and usefull procedure for Thai otolaryngologists. Our descriptive study show six refractory epitaxis patients who were received successful transantral internal maxillary artery ligation and good outcome.

บทนำ

เลือดกำเดาไหลเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยของแพทย์ เป็นภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้จากการเสียเลือดและช็อคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การรักษาเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์มักเริ่มจากการใช้วัสดุอุดในจมูกทั้งด้านหน้าและด้านหลังเพื่อหยุดเลือดแต่มีข้อเสียคือผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายในจมูก หายใจลำบากหรือ

ติดเช็ดได้ การใช้วัสดุอุดในจมูกมีข้อจำกัดที่สามารถใส่ไว้ได้เพียงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น มีการใช้วิธีผูกเส้นเลือดที่หลอดเลือดโพรงจมูกทั้งที่บริเวณคอ (external carotid artery ligation) และผ่านทางโพรงไซนัส (internal maxillary artery ligation), มีการใช้วิธีสวนเส้นเลือดบริเวณขาหนีบและฉีดสารอุดรูเส้นเลือดที่หลอดเลือดโพรงจมูก และมีการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องตรวจภายในโพรงจมูกเพื่อผูกเส้นเลือด

* กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ที่มาเลี้ยงจมูกส่วนปลาย สองวิธีหลังจำเป็นต้องใช้ ประสิทธิภาพการเรียนรู้และความชำนาญของแพทย์ และต้องมีเครื่องมือที่จำเป็น ซึ่งโรงพยาบาลในต่าง จังหวัดของไทยส่วนใหญ่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการทำสองวิธีนี้ การผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัสจึง เป็นวิธีที่โสด ศอ นาสิกแพทย์จำเป็นต้องเรียนรู้ รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 6 ราย และ พบว่าได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาวิธีการและผลของการผ่าตัดผูกเส้น เลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัส (transantral internal maxillary artery ligation) เพื่อหยุดเลือด กำเดาไหล และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ แบบไปข้างหน้า

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาถึงอายุ เพศ สาเหตุการเกิดเลือด กำเดาไหล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิธีการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และผลการรักษา ในผู้ป่วยเลือดกำเดา ไหลที่ได้รับการผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูก ผ่านโพรงไซนัส(transantral internal maxillary artery ligation) ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ใน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 6 ราย

เทคนิคการผ่าตัด

การผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่าน โพรงไซนัส(transantral internal maxillary artery ligation) เริ่มจากการลงแผลผ่าตัดบริเวณด้านบนของ เหนืออก (nasolabial incision) รั้งเนื้อเยื่อให้เห็นด้าน หน้าของกระดูกไซนัส (anterior wall of maxillary sinus)

ใช้สั้วดอกเพื่อเข้าไปในไซนัส ขยายขนาดรูเปิดให้กว้าง ใช้สั้วดอกผนังด้านหลังของไซนัส (posterior wall of maxillary sinus) ที่ค่อนข้างบาง เมื่อเข้าถึงบริเวณ นี้(pterygomaxillary fossa) จะพบก้อนไขมันปกคลุมอยู่ ใช้ duckbill elevator ที่ปกติใช้ในการผ่าตัดปะแก้วหู มาช่วยในการหาเส้นเลือด (internal maxillary artery) และแขนงที่มักจะมี 3 เส้นหรือมากกว่า ใช้ไหมเบอร์ 2-0 ที่มีเข็มติดปลาย สอดปลายเข็มด้านติดด้ายลอด ผ่านใต้เส้นเลือดเพื่อลดโอกาสที่ปลายเข็มจะทิ่มเส้นเลือด และผูกทุกเส้นทุกแขนง แล้วจึงเอาวัสดุที่อุดในโพรงจมูก (anterior and posterior nasal packing) ออกแล้วจึง ปิดแผล อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ไม่ได้ใช้โลหะคีม เส้นเลือด (metal arterial clips) เพราะทดลองใช้แล้ว พบว่าหลุดง่าย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยอายุ : 37-57 ปี เฉลี่ย 46.5 ปี

สาเหตุ : ความดันสูง 2 ราย (ร้อยละ 33.3) ไม่ทราบสาเหตุ 4 ราย (ร้อยละ 66.7)

ปัจจัยเสริม(predisposing factors) : ดื่มแอลกอฮอล์ 3 ราย (ร้อยละ 50)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : การแข็งตัวของเลือด (PT,PTT) ทุกรายอยู่ในเกณฑ์ปกติ , ความเข้มข้นของเลือดแรกรับน้อยกว่าร้อยละ 30 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 83.3)

วิธีการรักษา : ทั้ง 6 รายได้รับการรักษา โดยการใส่วัสดุอุดในโพรงจมูก (anterior and posterior nasal packing) เมื่อไม่ได้ผลจึงใช้วิธีการผ่าตัดผูกเส้นเลือดที่หลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัส(transantral internal maxillary artery ligation)

ผลการรักษา : สามารถหยุดเลือดกำเดาไหล ได้ทั้ง 6 รายและไม่มีมีการกลับมาเป็นใหม่ซ้ำตลอดการติดตามการรักษาทั้งหมด

ระยะเวลาในการติดตามการรักษา : 4 เดือน- 4 ปี 8 เดือน เฉลี่ย 1.8 ปี

ภาวะแทรกซ้อน : พบผนังกันจมูกทะลุ 1 รายที่

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษา และลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วย รายที่	เพศ	อายุ(ปี)	สาเหตุหรือปัจจัยเสริม	ผลการรักษา	ภาวะแทรกซ้อน	ระยะเวลา ที่ติดตาม
1	ญ	49	ไม่พบ	สำเร็จ	nasal septal perforation	4 ปี 8 เดือน
2	ช	57	HT	สำเร็จ	-	6 เดือน
3	ช	51	alcoholism	สำเร็จ	-	2 ปี 2 เดือน
4	ญ	49	ไม่พบ	สำเร็จ	-	3 ปี 4 เดือน
5	ช	42	HT, alcoholism	สำเร็จ	-	8 เดือน
6	ช	37	alcoholism	สำเร็จ	-	4 เดือน

เกิดจากการใช้วัสดุอุดในโพรงจมูก(anterior and posterior nasal packing) แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัส (transantral internal maxillary artery ligation) เลย

วิจารณ์

เลือดกำเดาไหลถั่วออกบริเวณด้านหน้า (anterior epistaxis) มักออกจากเส้นเลือดขนาดเล็กรบริเวณ (Kesselbach's plexus) สามารถหยุดได้ง่าย อาจหยุดเอง ใช้น้ำกด ใช้ยาที่ทำให้เส้นเลือดหดตัวเช่น adrenaline หรือ ephedrine หยอดจมูก จี้ด้วยไฟฟ้า, silver nitrate หรือ TCA แต่เลือดกำเดาที่ไหลทางด้านหลังโพรงจมูก จากเส้นเลือด sphenopalatine ที่เป็นแขนงของเส้นเลือด internal maxillary มักหยุดยากกว่า การใช้วัสดุอุดในโพรงจมูก (posterior nasal packing) สามารถหยุดเลือดกำเดาได้เป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกรายและไม่สามารถใส่ไว้ได้นาน¹ จึงจำเป็นต้องมีการใช้วิธีอื่น ในปัจจุบันมีการใช้อีก 4 วิธีคือ การผูกเส้นเลือด(external carotid ligation), การผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัส (transantral internal maxillary artery ligation) วิธีสวนเส้นเลือดบริเวณขาหนีบและฉีดสารอุดรูเส้นเลือดที่เลี้ยงจมูก (angiography and embolization) และการกล้องส่องตรวจภายในโพรงจมูกเพื่อผูกเส้นเลือด

ที่มาเลี้ยงจมูกส่วนปลาย (endoscopic sphenopalatine artery ligation) ซึ่งมีข้อดีข้อเสียต่างกัน การผูกเส้นเลือด (external carotid ligation) แม้ทำได้ง่ายแต่โอกาสล้มเหลวสูง² เพราะผูกห่างจุดเลือดออกมากที่สุด การผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัส (transantral internal maxillary artery ligation) ที่ใช้ในการศึกษานี้พบว่าประสบความสำเร็จในการหยุดเลือดสูง^{1,3,5-7} เพราะผูกใกล้ตำแหน่งเลือดออกสามารถใช้เครื่องมือที่มีอยู่แล้วก็พอเพียง ภาวะแทรกซ้อนน้อย การกลับเป็นซ้ำน้อย โสต ศอ นาสิกแพทย์ประจำโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปก็สามารถทำได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Metson และคณะ² ก็พบอัตราล้มเหลวร้อยละ 5-10 วิธีสวนเส้นเลือดบริเวณขาหนีบและฉีดสารอุดรูเส้นเลือดที่เลี้ยงจมูก (angiography and embolization) แม้ได้ผลดี^{3,5,9} แต่มีข้อจำกัดที่ทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ เช่นในโรงเรียนแพทย์เท่านั้น ส่วนการกล้องส่องตรวจภายในโพรงจมูกเพื่อผูกเส้นเลือดที่มาเลี้ยงจมูกส่วนปลาย (endoscopic sphenopalatine artery ligation) แม้จะได้ผลดี^{4,5,8,10} เพราะผูกเส้นเลือดใกล้จุดเลือดออกมากที่สุดแต่จากการศึกษาของ White และคณะ⁷ พบว่าการผ่าตัดอาจพบความยุ่งยากจากเลือดที่ไหลเข้ารบกวนตำแหน่งผ่าตัด ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่แม้จะมีเครื่องมือผ่าตัด (endoscope) แต่แพทย์ยัง

ขาดประสบการณ์การเรียนรู้และความชำนาญในการผ่าตัดวิธีนี้ ๆ จึงยังไม่ถูกนำมาใช้แพร่หลายมากนัก โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

สรุป

การผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัส(transantral internal maxillary artery) ทำได้ไม่ยาก ไม่ต้องใช้เครื่องมือมูลค่าสูง ไม่ต้องอาศัยความชำนาญหรือการฝึกฝนเป็นพิเศษ สามารถหยุดเลือดได้ดี การกลับเป็นซ้ำต่ำ ดังนั้นการผ่าตัดผูกเส้นเลือดหลอดเลือดโพรงจมูกผ่านโพรงไซนัส(transantral internal maxillary artery) จึงเป็นหัตถการที่ยังมีคุณค่า มีประโยชน์สำหรับโสต สอน นาสสิกแพทย์อยู่

เอกสารอ้างอิง

- Ishii M, Tsuruoka M, Yokoyama H, Tagushi K. Statisttica review of hospitalized patient with severe epistaxis. Clin Otolaryngol 1990;38:82-7.
- Metson R, Lane R. Internal Maxillary artery ligation for epistaxis : an analysis of failure. Laryngoscope 1992;102:1390-4.
- Dellta Faille D, Schmelzer B, Vidts G, kunnen J,Cammaert T. Posterior epistaxis : our experience with transantral ligation and embolization. Acta Otorhinolaryngol Belg 1997;51;167-71.
- El-Guindy A. Endoscopic transseptal sphenopalatine artery ligation for intractable posterior epistaxis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998;107:1003-7.
- Strong EB, Bell A, Johnson LP, Jacobs JM. Intractable epistaxis : transantral ligation vs embolization : efficacy review and cost analysis. Otolaryngol Head Neck Sur 1995;113:674-8.
- Pollice PA, Yoder MG. Epitaxis; a retrospective review of hospitalized patients. Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;117:49-53.
- Cullen MM, Tami TA. Comparison of internal maxillary artery ligation versus embolization for refractory posterior epistaxis. Otolaryngol Head Neck surg 1998;118:636-42.
- White PS. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery. J laryngol Otol 1996;110:27-30
- Shaw CB,Wax MK,Wetmore SJ. Epitaxis : a comparison of treatment. Otolaryngol Head Neck Surg 1993;109:60-5.
- Spafford P, Durham JS. Epitaxis : efficacy of arterial ligation and long term outcom eJ Otolaryngol 1992;21:252-6.