

บทความพิเศษ

การดูแลปัญหาเลือดกำเดาไหลขั้นพื้นฐานและในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

อภิชาติ โพธิ์¹ และ จารุพรรณ บุญศิริ²

¹กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า/วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ²กองโสต คอ นสิก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

บทนำ

ปัญหาเลือดกำเดาไหล เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งในผู้ป่วยบางรายเลือดกำเดาไหล มากกว่าปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดและเกิดอันตรายตามมาได้ การซักประวัติ และการตรวจเพื่อแยกว่าเลือดกำเดาที่ไหลนั้น ออกมาจากส่วนใดในโพรงจมูกนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้แพทย์ สามารถวางแผนการรักษาเพื่อหยุดเลือดกำเดาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม บทความพิเศษนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้ เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติสามารถให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมใน สถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติเกิดความปลอดภัย เมื่อต้องตรวจผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการติดเชื้อ และป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

อุบัติการณ์

ความชุกของปัญหาเลือดกำเดาไหลนั้นพบได้มากถึงร้อยละ 60 ของปัญหาสุขภาพที่สำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ โดยร้อยละ 6 ต้องมาพบแพทย์ และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.16 เท่านั้นที่ต้องการ การรักษา นอกจากนั้นปัญหาเลือดกำเดาไหลยังพบได้บ่อยในสอง ช่วงอายุ คือช่วงวัยเด็ก อายุต่ำกว่า 10 ปี และวัยผู้ใหญ่ อายุ 70-79 ปี^{3,4} การศึกษาในผู้ป่วยเด็กพบว่า 3 ใน 4 ของเด็กในวัย เรียน เคยมีเลือดกำเดาไหลอย่างน้อย 1 ครั้ง ช่วงอายุที่เกิดเลือด กำเดาไหลได้บ่อยที่สุดคือ 7.5 ปี โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กเพียงร้อยละ 6.9 เท่านั้นที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและร้อยละ 93.5 เป็น เลือดกำเดาไหลชนิด anterior epistaxis⁵ ตรงกันข้ามกับผู้ป่วย สูงอายุ ที่พบมากถึงร้อยละ 45 ที่ตรวจพบว่ามี systemic illness ร่วมด้วย โดยร้อยละ 15 ของผู้ป่วย ได้รับยาต้านการแข็งตัวของ เลือดอย่างต่อเนื่อง (long-term anticoagulant) ร้อยละ 33 พบ ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง และร้อยละ 0.9 มีโรคความผิดปกติ

ของการแข็งตัวของเลือดร่วมด้วย ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความผิดปกติของ von Willebrand โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และ hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT) ตามลำดับ⁶ โดยในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาของ Chaiyasate⁷ และคณะ พบว่า เลือดกำเดาไหลพบได้บ่อยในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง โดยพบ อายุตั้งแต่ 12 ปี ถึง 87 ปี โดยพบได้บ่อยในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน เพราะในช่วงฤดูหนาวต่อฤดูร้อน เป็นช่วงที่อากาศ ในประเทศไทย มีความชื้นสัมพัทธ์ที่ต่ำ ทำให้อากาศแห้ง จึงเกิด เลือดกำเดาไหลได้บ่อยกว่าช่วงเดือนอื่น ซึ่งตรงกับการศึกษาใน ต่างประเทศของ Pollice⁸ และคณะ เช่นเดียวกัน

ลักษณะกายวิภาคของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงโพรงจมูก

หลอดเลือดที่มาเลี้ยงโพรงจมูกได้มาจากทั้งจากหลอดเลือด external และ internal carotid ในระบบหลอดเลือดแดง ซึ่ง สามารถจำแนกได้ดังนี้

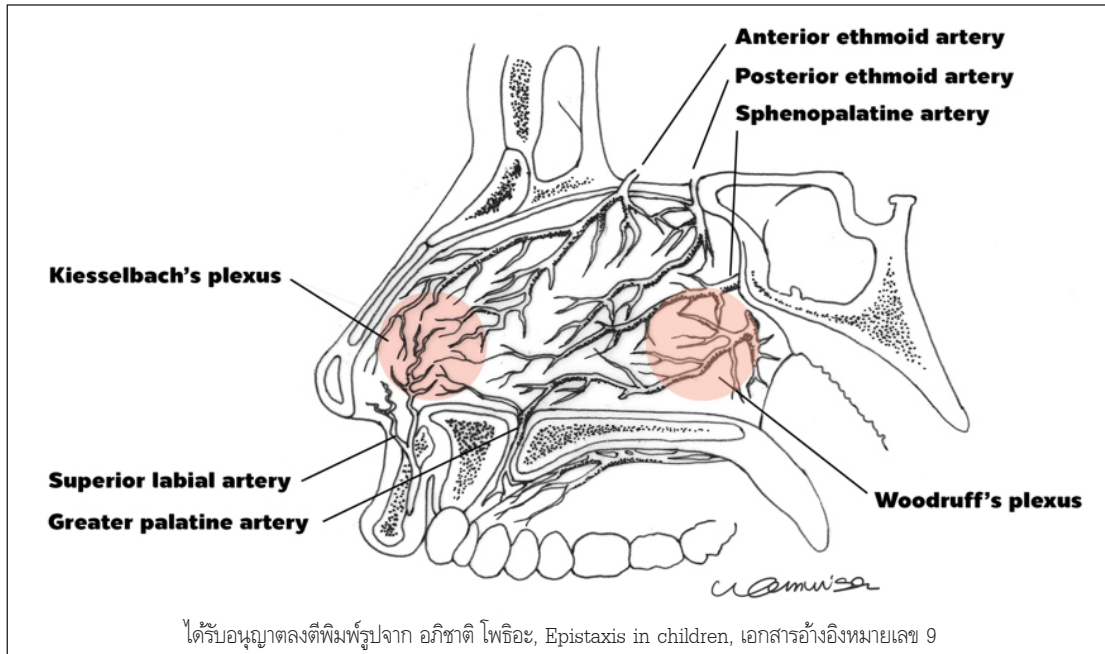
หลอดเลือด internal carotid โดยผ่านทาง ophthalmic artery ซึ่งให้แขนงเป็น anterior และ posterior ethmoidal artery เลี้ยงส่วนหน้าด้านบนและส่วนหลังด้านบนของผนังข้างจมูก และ ส่วนของผนังกันช่องจมูก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่เลือดกำเดาจะออก จากส่วนนี้ได้บ่อย นอกจากนั้นยังให้แขนงเป็น supraorbital และ supratrochlear artery เลี้ยงส่วนของ frontal sinus อีกด้วย

หลอดเลือด external carotid โดยผ่านทาง Internal maxillary artery ซึ่งจะให้แขนงที่สำคัญคือ sphenopalatine artery ซึ่งออกมาจาก sphenopalatine foramen เลี้ยงด้านหลังของจมูก ทั้งส่วนของผนังกันช่องจมูก และผนังด้านข้างของจมูกเกือบทั้งหมด ซึ่งเป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับการ ผ่าตัดในโพรงจมูก และในรายที่เลือดกำเดาไหลจากทางด้านหลัง (posterior epistaxis) มักออกจากแขนงของหลอดเลือดนี้ ที่จะ

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 26 มิถุนายน 2563 แก้ไขบทความ 14 ตุลาคม 2563 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 12 ธันวาคม 2563

ผู้พิมพ์หลัก: พ.ต. อภิชาติ โพธิ์ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า/ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Email: Apichat.photia@gmail.com



รูปที่ 1 แสดงกายวิภาคและหลอดเลือดสำคัญในโพรงจมูก

มารวมกันเป็นร่างแหที่ส่วนด้านหลังของ inferior และ middle meatus เรียกว่า nasopharyngeal plexus หรือ Woodruff's plexus

นอกจากนี้ หลอดเลือด external carotid ยังให้แขนงที่สำคัญอีกแขนงหนึ่งคือ superior labial artery มาเลี้ยงส่วนด้านหน้าของผนังช่องจมูก โดยในบริเวณส่วนหน้าของผนังช่องจมูกเป็นพื้นที่ที่มีหลอดเลือดแดงมาประสานกันเป็นร่างแห โดยมีแขนงทั้งจาก anterior ethmoidal, superior ethmoidal, sphenopalatine และ greater palatine artery เรียกว่า Kiesselbach's plexus หรือ Little's area ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เลือดกำเดาไหลทางด้านหน้า (anterior epistaxis) ได้บ่อยที่สุด⁹ ดังแสดงในรูปที่ 1

ตำแหน่งที่พบเลือดกำเดาไหล สามารถแบ่งออกได้เป็น

1. เลือดกำเดาไหลจากด้านหน้าของโพรงจมูก (anterior epistaxis) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของเลือดกำเดาไหลทั้งหมด โดยมักพบบ่อยในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีประวัติแคะจมูก หรือมีประวัติเย็บจมูกอักเสบ ส่วนมากเลือดมักออกจากบริเวณผนังช่องจมูกด้านหน้าหรือ nasal septum¹⁰ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีหลอดเลือดมารวมกันเป็นร่างแหเรียกว่า Kiesselbach's plexus หรือ Little's area¹¹ ตำแหน่งดังกล่าวสามารถมองเห็นได้ง่ายจากการตรวจโพรงจมูกจากทางด้านหน้า ดังแสดงในรูปที่ 2

2. เลือดกำเดาไหลจากด้านหลังของโพรงจมูก (posterior epistaxis) พบได้น้อยกว่า และมักพบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว

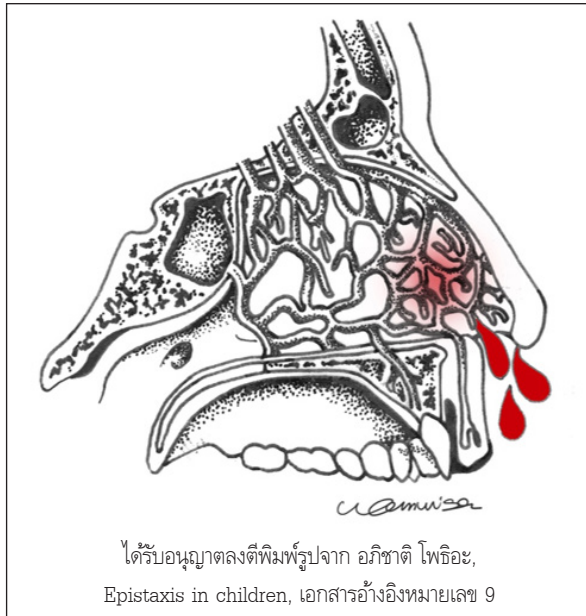
เช่น ความดันโลหิตสูง หรือมีเนื้องอกในโพรงหลังจมูก โดยเลือดกำเดาที่ไหลมักออกจากด้านหลังของโพรงจมูกในบริเวณที่หลอดเลือดมารวมกันเป็นร่างแห เรียกว่า nasopharyngeal plexus หรือ Woodruff's plexus¹¹ ซึ่งตำแหน่งดังกล่าวตรวจพบได้ยากกว่า และจำเป็นต้องอาศัยการส่องกล้องตรวจในโพรงจมูกโดย สโตนัลิกแพทย์ อย่างละเอียดอีกด้วย⁹ ดังแสดงในรูปที่ 3

สาเหตุของเลือดกำเดาไหล

เราสามารถจำแนกสาเหตุของเลือดกำเดาไหลออกได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ได้แก่

1. สาเหตุเฉพาะที่ได้แก่

1.1 การระคายเคือง หรือบาดเจ็บบริเวณจมูก เช่น การแคะจมูกที่ทำบ่อยจนติดเป็นนิสัย ผู้ที่มีนิสัยชอบแคะจมูกมักจะมีน้ำมูกแห้งกรัง เมื่อแคะออกจะเกิดแผลถลอก และอาจเป็นแผลเรื้อรังโดยเฉพาะส่วนด้านหน้าของผนังช่องจมูก การได้รับแรงกระแทกที่จมูก (ซึ่งอาจมีกระดูกของจมูกแตกหักร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้) การผ่าตัดในโพรงจมูก เช่น การผ่าตัดเย็บจมูก การผ่าตัดผนังช่องจมูก การผ่าตัดโพรงไซนัส การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางจมูก การใช้ยาสเตียรอยด์พ่นจมูก (topical nasal steroid) หรือสูดดมโคเคนเป็นระยะเวลานาน การสั่งน้ำมูกแรงๆ หรือมีการเปลี่ยนแปลงความกดอากาศอย่างรวดเร็ว เช่นระหว่างขึ้นเครื่องบินหรือดำน้ำ เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวนี้ จะทำให้เลือดออกจากจมูก

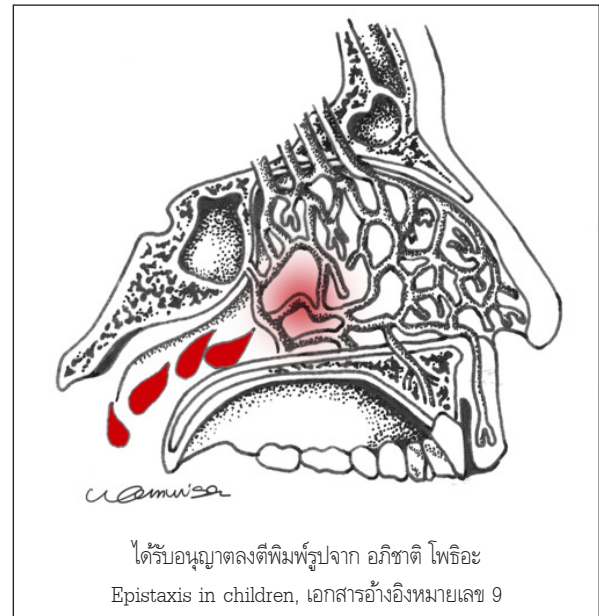


รูปที่ 2 แสดงภาวะเลือดกำเดาออกจากด้านหน้าของโพรงจมูก (anterior epistaxis)

เนื่องจากการฝึกหัดของเยื่อโพรงจมูก เลือดที่ออกมักมีปริมาณไม่มาก เป็นระยะเวลาลั้นๆ และ อาจมีเลือดออกซ้ำในช่วงระยะที่กำลังหายได้ การบาดเจ็บบริเวณศีรษะและใบหน้าอย่างรุนแรง (ซึ่งอาจโดนที่จมูกโดยตรงหรือโพรงไซนัส) จะทำให้เลือดออกจากจมูกเป็นปริมาณมากในระยะแรกได้ แต่ถ้ามีเลือดออกจากจมูกหลังจากการบาดเจ็บในระยะเวลายาวนานนั้น ควรนึกถึงหลอดเลือดโป่งพองที่เกิดจากอุบัติเหตุด้วย ส่วนภาวะอากาศหนาว ความชื้นต่ำ จะทำให้เยื่อจมูกแห้ง และมีแนวโน้มที่จะทำให้มีการระคายเคือง และเลือดออกได้ง่าย

1.2 การอักเสบในโพรงจมูก เช่น จากการติดเชื้อไวรัส โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ไซนัสอักเสบ (rhinosinusitis) สิ่งแปลกปลอมในจมูก การสัมผัสกับสารระคายเคืองต่าง ๆ เช่น การใช้โคเคนสูดทางจมูก รวมทั้งการใช้เครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้า [nasal continuous positive airway pressure (CPAP)] เพื่อรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ หรือการให้ออกซิเจนที่มีความชื้นต่ำ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเหล่านี้ จะทำให้มีเลือดคั่งที่เยื่อจมูก หรือเยื่อไซนัสมากกว่าปกติ ทำให้หลอดเลือดแตกได้ง่าย เลือดที่ออกจากสาเหตุนี้มักจะปนมากับน้ำมูก แต่ถ้าความรุนแรงของการอักเสบเพิ่มขึ้น หรือ ผู้ป่วยสั่งน้ำมูกแรง ๆ ก็อาจจะมีเลือดออกมากได้^{12,13}

1.3 ความผิดปกติทางกายวิภาค เช่น ผนังกั้นช่องจมูกคด หรือมีกระดูกงอก หรือมีรูทะลุ เช่น ผนังกั้นโพรงจมูกผิดปกติ (septal deviation) หรือทะลุ (septal perforation) ทำให้



รูปที่ 3 แสดงภาวะเลือดกำเดาออกจากด้านหลังของโพรงจมูก (posterior epistaxis)

เกิดความไม่สมดุลของอากาศที่ผ่านเข้าออก ผู้ป่วยมักมีเลือดกำเดาไหลข้างที่มีผนังกั้นช่องจมูกคด หรือข้างที่แคบ เนื่องจากข้างที่แคบนั้น มีลมหายใจ หรืออากาศผ่านเข้า-ออกมากและเร็วกว่า ทำให้เยื่อจมูกบริเวณดังกล่าวแห้ง มีสะเก็ด และเปราะบาง ทำให้มีเลือดออกได้ง่าย จุดที่มักจะมีเลือดออกนั้น มักจะเป็นที่ตำแหน่งทางด้านหน้าของบริเวณที่มีการคดงอ หรือ มีกระดูกงอก

1.4 เนื้องอก เช่น มะเร็งในจมูก ไซนัส หรือโพรงหลังจมูก หรือ เนื้องอกชนิดไม่ร้ายที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก หรือเนื้องอกอื่นๆ ได้แก่ เนื้องอกของหลอดเลือด (hemangioma) เนื้องอกในจมูกชนิดแพปิลโลมา (nasal papilloma) มะเร็งกล้ามเนื้อลาย (rhabdomyosarcoma) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (malignant lymphoma) มะเร็งต่อมหมวกไตชนิดที่มีต้นกำเนิดในโพรงจมูก (esthesioneuroblastoma) เป็นต้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกจากจมูกได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกจากจมูกเป็นๆ หายๆ หรือเลือดออกจากจมูกเป็นปริมาณมาก ควรได้รับการส่องกล้องตรวจในโพรงจมูก หรือได้รับการตรวจทางรังสีว่า มีเนื้องอกเป็นสาเหตุหรือไม่

1.5 ความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงจมูก เช่น หลอดเลือดโป่งพองที่เกิดจากอุบัติเหตุ หรือ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำที่มาเชื่อมต่อกันจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. สาเหตุจากโรคระบบอื่นๆ

2.1 โรคของหลอดเลือด เช่น โรคทางพันธุกรรมบางชนิดที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดทั่วร่างกาย (hereditary hemorrhagic telangiectasia; HHT) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งพบบ่อยในโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2.2 โรคเลือดชนิดต่าง ๆ สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

2.2.1 ความผิดปกติของ primary hemostasis ได้แก่ ความผิดปกติของเกล็ดเลือด หลอดเลือด เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ หรือเกล็ดเลือดทำงานบกพร่อง เช่น รับประทานแอสไพริน หรือ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) หรือ การขาด von Willebrand factor (vWF) ที่พบว่ามีอาการแสดงด้วยอาการเลือดกำเดาไหลบ่อยในเด็กได้^{4,15}

2.2.2 ความผิดปกติของ secondary hemostasis ได้แก่ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดต่างๆ เช่น โรคเลือดออกง่ายยี่โมฟีเลีย โรคตับแข็ง การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การขาดวิตามิน K เป็นต้น^{16,17}

จากการศึกษาของ Figueiredo¹⁸ และคณะพบว่าสาเหตุของภาวะเลือดกำเดาไหลในเด็ก ร้อยละ 47.6 มีสาเหตุจากโรคทางโลหิตวิทยา ร้อยละ 39.7 มีสาเหตุจากโรคทางโลหิต คอ นาสิก และร้อยละ 12.7 ไม่พบสาเหตุแน่ชัด โดยสาเหตุจากโรคทางโลหิตวิทยานั้นพบว่า immune thrombocytopenia (ITP) พบได้มากถึงร้อยละ 26.7, Glanzmann's thrombasthenia พบได้ร้อยละ 13.3, Bernard-Soulier syndrome พบได้ร้อยละ 10, โรคไขกระดูกฝ่อ, โรคเลือดออกง่ายยี่โมฟีเลีย และ โรคความผิดปกติของ von Willebrand ชนิดที่ 1 (vWD type 1) พบได้เท่ากับร้อยละ 3.3 ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Sandoval¹⁹ และคณะที่พบว่า vWD type 1 พบได้มากในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดกำเดาไหลซ้ำ ได้มากที่สุด (พบผู้ป่วย 33 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 59 ราย) ตามมาด้วย platelet aggregation defect (พบผู้ป่วย 10 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 59 ราย) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเราจำเป็นต้องคิดถึงโรคทางโลหิตวิทยามากขึ้น ในรายที่มีอาการเลือดกำเดาไหลซ้ำบ่อยหลายครั้ง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ความรุนแรงของภาวะเลือดกำเดาไหลในเด็ก¹⁰

ในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดการให้คะแนนที่บอกถึงความรุนแรงของภาวะเลือดกำเดาไหลในเด็กที่เป็นแนวทางการรักษาใน

ประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามมีการใช้ epistaxis scoring system ที่ได้รับรวมมา โดยสามารถประเมินในเบื้องต้นเพื่อบอกถึงความรุนแรง ที่ใช้เป็นมาตรฐานอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. Epistaxis scoring system (ECS) โดยการให้คะแนนจะใช้ประวัติ 5 หัวข้อ ได้แก่

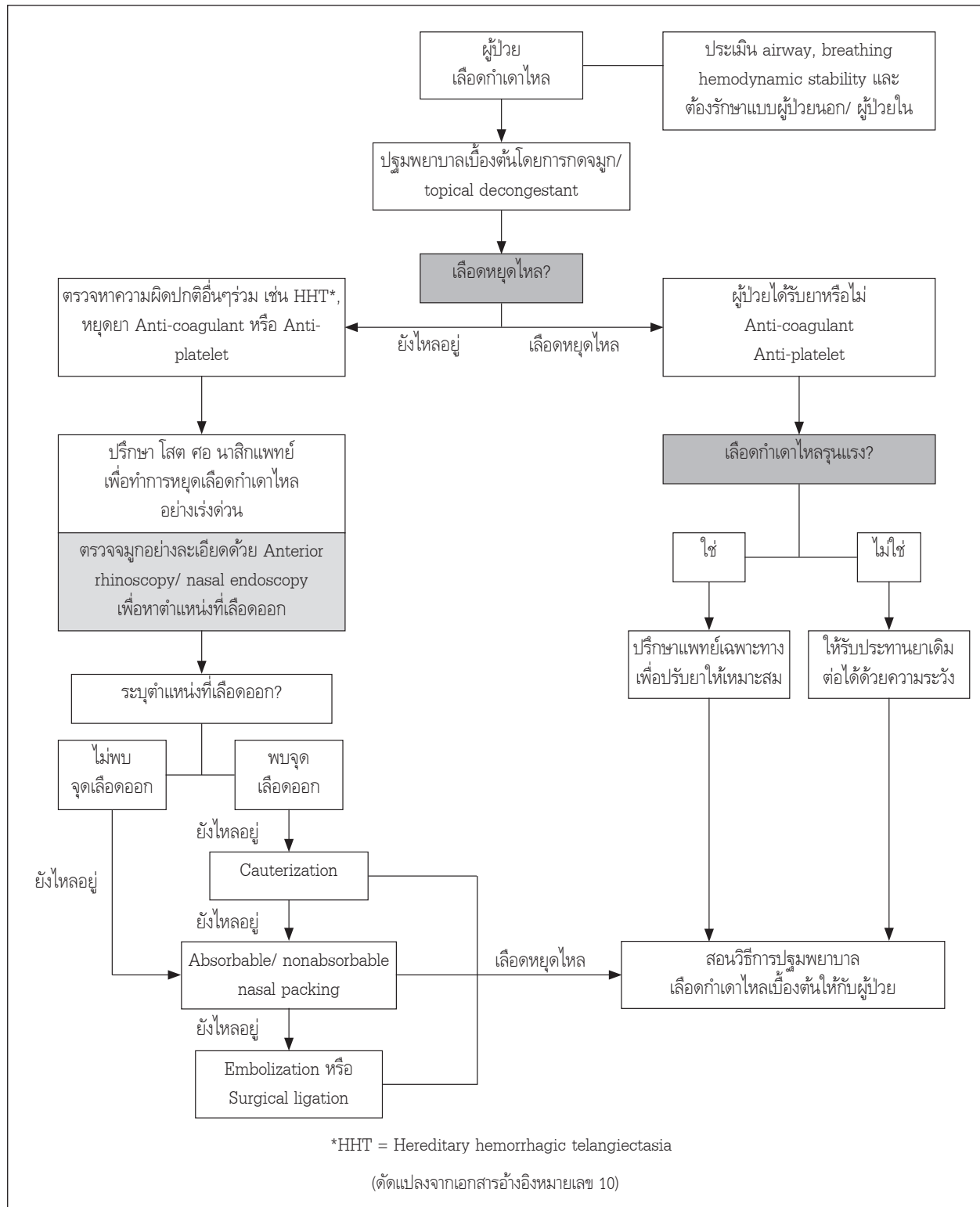
- จำนวนครั้งที่เลือดกำเดาไหล
- ระยะเวลาที่ออกในแต่ละครั้ง
- ปริมาณเลือดกำเดาที่ไหล
- ประวัติจำนวนครั้งของเลือดกำเดาที่ไหลในแต่ละปี
- ประวัติเลือดกำเดาไหลข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง

ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งในแต่ละหัวข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน โดยหากได้คะแนน 0-3 จัดได้ว่ามีความรุนแรงน้อย 4-6 จัดได้ว่ามีความรุนแรงปานกลาง และหากได้คะแนน 7-10 จัดได้ว่ามีความรุนแรงมาก โดยในกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก (7-10 คะแนน) แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาโรคทางโลหิตวิทยาต่อ และอาจต้องได้รับการประเมินโดย โสธ คอ นาสิก แพทย์ร่วมด้วย โดยข้อจำกัดของ epistaxis scoring system แนะนำให้ใช้เฉพาะผู้ป่วยโรค HHT เท่านั้น ไม่สามารถนำมาใช้ประเมินในประชากรผู้ป่วยเด็กปกติได้¹⁰

2. World Health Organization bleeding score เป็นการประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดกำเดาไหลโดยสามารถใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 4 ระดับความรุนแรง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

การที่ผู้ป่วยมีเลือดกำเดาไหลบ่อยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต หรือ quality of life (QOL) โดยเมื่อใช้ the parental stress index short form (PSISF) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเด็ก และร้อยละ 44 ของผู้ปกครองผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเครียดอยู่ในระดับสูง¹⁰ ในการศึกษาเมื่อเทียบ QOL กับความรุนแรงของเลือดกำเดาไหล โดยใช้ epistaxis severity score (ESS) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 27.6 มีอาการไม่รุนแรง (ESS < 4) ร้อยละ 47.2 มีอาการปานกลาง (≥ 4 ESS < 7) และร้อยละ 25.2 มีความรุนแรงมาก (ESS ≥ 7) โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก พบว่ามี QOL ที่แย่ที่สุด^{20,21} ส่วนในผู้ใหญ่เน้นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมีค่อนข้างน้อย จากการรวบรวมการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดกำเดาไหล และ HHT นั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพ



แผนภูมิที่ 1 แสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออก

ตารางที่ 1 แสดงความรุนแรงของเลือดกำเดาออก

อาการ	คะแนน
ความถี่ของเลือดกำเดาออก (ครั้งต่อปี)	5-15
	16-25
	> 25
ระยะเวลาที่เลือดออกในแต่ละครั้ง (นาที)	น้อยกว่า 5 นาที
	5-10 นาที
	มากกว่า 10 นาที
ปริมาณเลือดกำเดาที่ออก (มล.)	น้อยกว่า 15 มล.
	15-30 มล.
	มากกว่า 30 มล.
จำนวนครั้งที่เลือดกำเดาที่ออกตลอดช่วงอายุ*	น้อยกว่าร้อยละ 33
	ร้อยละ 33 ถึง 67
	มากกว่าร้อยละ 67
ตำแหน่งที่เลือดกำเดาออก	ข้างเดียว
	ทั้งสองข้าง

*หากออกมากกว่า 5 ครั้งต่อปี ให้นับปีนั้นเป็นปีที่เลือดกำเดาออก
(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 34)

*แนะนำให้ใช้เฉพาะผู้ป่วย hereditary hemorrhagic telangiectasia

ตารางที่ 2 แสดงความรุนแรงของเลือดกำเดาออก

ระดับความรุนแรง	อาการ	การรักษา
ระดับที่ 1	เลือดกำเดาออกน้อยกว่า 30 นาที ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	สามารถรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเองได้
ระดับที่ 2	เลือดกำเดาออกมากกว่า 30 นาที ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	แนะนำให้ปรึกษาสัตวแพทย์ เพื่อทำการหยุดเลือด และตรวจหาจุดเลือดออกอย่างละเอียด สามารถทำการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้
ระดับที่ 3	เลือดกำเดาออกมากกว่า 30 นาที ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และจำเป็นต้องรักษาด้วยการให้เลือด	แนะนำให้ปรึกษาสัตวแพทย์ ตรวจหาโรคทางโลหิตวิทยาอย่างละเอียด และควรรับรักษาแบบผู้ป่วยใน
ระดับที่ 4	เลือดกำเดาออกมาก และมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง	จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน

(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 10, 30)

ชีวิต จากการศึกษาของ Merlo และคณะ²² ได้ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 604 รายที่เป็น HHT ร่วมด้วยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 27.6 เป็นชนิดความรุนแรงน้อย (ESS < 4) ร้อยละ 47.2 เป็นชนิดความรุนแรงปานกลาง ($4 \leq \text{ESS} < 7$) และร้อยละ 25.2 เป็นชนิดความรุนแรงมาก ($\text{ESS} \geq 7$) โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงมากจะมีคะแนนของ mental and physical component summaries of health-related QOL ที่น้อยกว่าความรุนแรงอื่นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Loaec และคณะ²³ ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 115 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลบ่อยจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง โดยผู้ป่วยให้ความเห็นว่า “รู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น”

แนวทางการดูแลรักษาภาวะเลือดกำเดาไหล

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยการกดจมูกเพื่อหยุดเลือด แล้วยังไม่สามารถหยุดเลือดได้หรือเลือดกำเดากลับมาไหลอีกครั้ง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถตรวจและให้การรักษาในขั้นแรกได้โดยหากพบจุดที่เลือดกำเดาไหลจากด้านหน้าของโพรงจมูก (anterior epistaxis) เพียงตำแหน่งเดียวสามารถใช้การหยุดเลือดโดยการกดบริเวณหนึ่งในสามของจมูกส่วนปลายทั้งสองฝั่งเข้าหากัน (direct nasal compression) โดยการกดนั้นแนะนำให้กดอย่างน้อย 5 นาทีขึ้นไป โดยอาจให้ผู้ป่วยกดเองหรือให้ caregiver ช่วยกดได้ ก้มหัวลงเพื่อป้องกันไม่ให้เลือดที่ออกไหลไปทางด้านหลัง เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดที่ออกไหลลงไปในกระเพาะอาหารทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ร่วมกับการใช้ hemostatic aids เช่น antifibrinolytic agent²⁴ แต่ถ้าหากยังไม่สามารถหยุดเลือดได้ อาจใช้ผ้ากอซหรือสำลีที่ชุบยาหดหลอดเลือดชนิดพ่นจมูก (topical decongestant) เช่น oxymetazoline หรือ phenylephrine ก็จะช่วยทำให้สามารถหยุดเลือดกำเดาไหลได้ดีขึ้น¹⁰

หากยังไม่สามารถหยุดเลือดกำเดาที่ไหลได้ แนะนำให้ปรึกษา โสต ศอ นาสิก แพทย์ สามารถใช้การจี้ที่ตำแหน่งหลอดเลือดที่เป็นต้นเหตุได้ โดยสามารถทำได้โดยใช้สารเคมี (chemical cauterization) โดยการใช้ 20% silver nitrate หรือ 50% trichloroacetic acid จี้ไปตรงตำแหน่งที่เลือดออกประมาณ 30 วินาที หรือหากเป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่แนะนำให้ใช้การจี้โดยใช้กระแสไฟฟ้า (electrocauterization) ซึ่งสามารถหยุดเลือดได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามต้องทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อข้างเคียงได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการจี้ที่ตำแหน่งหลอดเลือด ได้แก่ การติดเชื้อและการเกิด

รูทะลุของผนังช่องจมูก (septal perforation) ดังนั้นหลังจี้ที่ตำแหน่งหลอดเลือดเสร็จจึงแนะนำให้ใช้ไม้พันสำลีชุบยาต้านจุลชีพชนิดป้าย (chloramphenicol ointment) ป้ายบริเวณที่ทำติดต่อกัน 7-10 วัน แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Toner²⁵ และคณะพบว่า การเกิดรูทะลุของผนังช่องจมูก (septal perforation) ไม่ได้แตกต่างกัน ระหว่างวิธีการใช้สารเคมี และวิธีการใช้ไฟฟ้าในการจี้หยุดเลือด การรักษาอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ได้ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์หยุดเลือดที่มีส่วนผสมของสารช่วยให้เลือดแข็งตัว เช่น absorbable gelatin foam (gelfoam) หรือ oxidized cellulose (surgical) ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเลือดออกง่ายหยุดยาก¹⁰

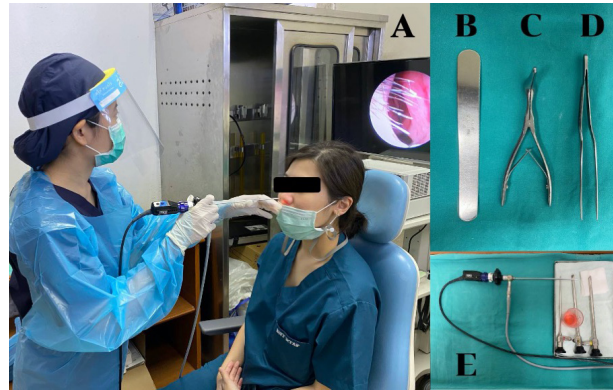
หากการหยุดเลือดเฉพาะตำแหน่งที่กล่าวมาเบื้องต้นยังไม่สามารถหยุดเลือดกำเดาที่ไหลได้ แนะนำให้ทำการหยุดเลือดโดยใช้อุปกรณ์การกดห้ามเลือดในโพรงจมูก (nasal packing) โดยการใช้ผ้ากอซชุบวาสลีนม้วน (vasaline gauze) หรือชุบ polymyxin B สอดเข้าไปในโพรงจมูก เรียงเป็นชั้น ๆ จากล่างขึ้นบนเพื่อให้แน่นเพียงพอที่จะหยุดเลือด โดยอาจต้องระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิด ได้แก่ รูเปิดของไซนัสอุดตัน ไซนัสอักเสบ น้ำตาเอ่อ ล้นจากท่อน้ำตาตัน ผนังกันเยื่อจมูกทะลุ หรือเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ สุรยาที่ใช้ในการหยุดเลือดกำเดาไว้ ดังแสดงในตารางที่ 3 และหลังการทำ nasal packing แนะนำให้ตรวจ anterior rhinoscopy หรือ nasal endoscopy เพื่อหาตำแหน่งเลือดออกในผู้ป่วยทุกราย นอกจากนั้นยังแนะนำให้ตรวจในผู้ป่วยที่มี recurrent nasal bleeding ไม่อาจจะเคยได้รับการรักษาด้วย nasal packing หรือ cautery มาก่อนเพื่อแก้ไขสาเหตุ และป้องกันการเกิดเลือดกำเดาไหลอีกครั้ง¹⁰ ท่าแสดงการตรวจและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจดังแสดงในรูปที่ 4

ส่วนภาวะเลือดกำเดาไหลจากด้านหลังของโพรงจมูกนั้นพบได้น้อยกว่าด้านหน้าของโพรงจมูก และมักรุนแรงจนต้องการความช่วยเหลือจาก โสต ศอ นาสิกแพทย์ การทำนั้นอาจใช้บอลลูนห้ามเลือดหรือผ้ากอซชุบวาสลีนม้วน (vasaline gauze) โดยใส่ยาชาเฉพาะที่พ่นในจมูกหรือการดมยาสลบเพื่อใส่บอลลูนห้ามเลือดเข้าไปในรูจมูกด้านที่มีเลือดออก เมื่อปลายเข้าไปอยู่ในจมูกแล้วแพทย์จะใส่ลมหรือน้ำเข้าไปประมาณ 10 มล. หลังจากนั้นจึงใช้ผ้ากอซชุบวาสลีนม้วนเพื่อห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้าต่อไป โดยหากไม่มีบอลลูนห้ามเลือด อาจประยุกต์โดยสามารถใช้สายสวนบัสสวาระ (Foley catheter) เบอร์ 10-14 french แทนได้โดย

ตารางที่ 3 แสดงยาที่ใช้ในการรักษาภาวะเลือดกำเดาออก

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยาในผู้ใหญ่	ขนาดยาในเด็ก	ข้อห้าม	ข้อควรระวัง
กลุ่มยาหดหลอดเลือด	0.025% Oxymetazoline, 0.05% Oxymetazoline	2-3 กัดในแต่ละข้าง ทุก 12 ชั่วโมง	1-2 หยดในแต่ละข้าง ทุก 12 ชั่วโมง	ระวังภาวะ hypersensitivity	ห้ามใช้เกินเกิน 3-5 วันจะทำให้เกิด rhinitis medicamentosa
กลุ่มยาด้านจุลชีพชนิดป้าย	2% Mupirocin ointment	0.5 g ในจมูกแต่ละข้าง วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน	0.5 g ในจมูกแต่ละข้าง วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน	ระวังภาวะ hypersensitivity	หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจเกิดเชื้อดื้อยาได้
กลุ่มยาใช้เพื่อหยุดเลือด	Silver nitrate	ใช้เพื่อหยุดเลือด	ใช้เพื่อหยุดเลือด	ระวังภาวะ hypersensitivity	ใช้ด้วยความระมัดระวัง
วัสดุอุดซับที่ใช้หยุดเลือด	Vaseline gauze oxidized cellulose (surgical)	ใช้เพื่อหยุดเลือด	ใช้เพื่อหยุดเลือด	ไม่มี	ระวังภาวะ hypoventilation
กลุ่มยาด้านการสลายของเกล็ดเลือด	Tranexamic acid	PO: 1-1.5 g แบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง IV: 0.5-1.5 g แบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง	PO: 15-20 mg/kg/dose ให้ทุก 8 ชั่วโมง IV: 10-15 mg/kg/dose ให้ทุก 8 ชั่วโมง	ระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดอุดตัน	ระวังในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้ตรวจระดับ creatinine ก่อนให้ยา

(ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 46)



รูปที่ 4 แสดงวิธีการตรวจ nasal endoscopy (A) และเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ tongue blade (B), nasal speculum (C), bayonette (D) และ sinuscope (E)

ใช้น้ำเกลือ 10 มล. เพื่อทำให้บอลลูนของสายสวนปัสสาวะพองออก²⁹⁻²⁶ หลังการทำการแพทย์จะให้ผู้ป่วยพักในโรงพยาบาล นอนยกศีรษะสูงประมาณ 30-40 องศา ให้ออกซิเจน ยาแก้ปวด และยาต้านจุลชีพ และพิจารณาเอาวัสดุอุดกั้นหลอดเลือดในโพรงจมูกออกภายใน 48-72 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิด ได้แก่ การสำลัก การกลืนอาหารลำบาก ท่อ Eustachian อุดตัน และหากทำด้วยความไม่ระมัดระวังอาจเกิดแผลกดทับบริเวณปีกจมูก บริเวณเพดานอ่อน และบริเวณมุมปากได้^{30,31}

ในผู้ป่วยบางรายที่เลือดกำเดาไหลไม่หยุดหลังจากการทำ nasal packing แล้ว อาจต้องการการส่องกล้อง (endoscope) เพื่อหาจุดเลือดออกเพื่อทำการจี้ห้ามเลือดต่อไป แต่ถ้าเลือดกำเดายังไม่หยุดไหลอาจต้องปรึกษาแพทย์รังสีรักษา²⁶ เพื่อทำการฉีดสารอุดหลอดเลือดแดง (endovascular arterial embolization) โดยนับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงมาก สามารถหยุดเลือดกำเดาได้ถึงร้อยละ 90³² มีประโยชน์ทั้งในแง่ของการวินิจฉัย โดยสามารถหาตำแหน่งของจุดเลือดออกได้ และการรักษาโดยการฉีดสารอุดหลอดเลือด เช่น polyvinyl alcohol หรือ gelfoam ได้อย่างแม่นยำ โดยปกติมักใช้ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดผิดปกติหรือมีก้อนเนื้องอกที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก โดยข้อดีคือสามารถทำในหลอดเลือดที่อยู่ลึกและการผ่าตัดไม่สามารถเข้าถึงได้ และยังสามารถทำซ้ำหากมีเลือดออกอีกครั้งได้ ส่วนข้อเสียคือเป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องอาศัยเครื่องมือราคาแพง รังสีแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ และต้องทำในสถาบันที่มีความพร้อมเท่านั้น^{29-27,33,34} หากยังไม่สามารถหยุดเลือดกำเดาได้ อาจพิจารณาทำ sphenopalatine artery ligation ซึ่งเป็นการผูกเส้นเลือดที่เป็นต้นกำเนิดของเลือดกำเดา ทำให้เลือด

หยุดได้แน่นอน แต่เนื่องจากวิธีนี้ค่อนข้างอันตรายต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจึงอาจพิจารณาทำในกรณีที่ไม่สามารถหยุดเลือดได้เป็นวิธีสุดท้าย^{10,32}

การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดกำเดาไหลผิดปกติในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

ในช่วงปลายปี พุทธศักราช 2562 จนถึงปี 2563 ได้มีการระบาดของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (COVID-19) ที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่กระจายไปยังเมืองต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว³⁵ บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสกับผู้ป่วยสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ แม้จะไม่มีอาการ ในประเทศอิตาลี มีรายงานพบว่ามีร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด เป็นบุคลากรทางการแพทย์³⁶ โดยเฉพาะหัตถการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจซึ่งก่อให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosols) ซึ่งจะเพิ่มโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้มากขึ้นไปอีก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องมีการป้องกัน อย่างเหมาะสมเมื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดกำเดาไหล ตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน³⁷

Personal Protection

เนื่องจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีความสามารถในการแพร่กระจายสูงมากแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการก็ตามดังนั้นในช่วงที่มีการระบาดจึงแนะนำให้รักษาผู้ป่วยทุกรายเสมือนว่าผู้ป่วยติดเชื้ออยู่ บุคลากรทางการแพทย์ควรจะต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแบบใช้ครั้งเดียว และต้องสามารถป้องกัน ละอองฝอยขนาดเล็กได้ในระดับ FFP3 (มาตรฐานยุโรป) หรือ N99 (มาตรฐานสหรัฐอเมริกา) อย่างไรก็ตามในกรณีที่อุปกรณ์ขาดแคลน อุปกรณ์ป้องกันระดับ FFP2 หรือ N95 ยังสามารถใช้ทดแทนได้ แพทย์ผู้ทำการรักษาควรสวมถุงมือ ถุงเท้า อุปกรณ์ป้องกันดวงตา face shield และสวมถุงมือ อย่างน้อยสองชั้น³⁸

Clinical Assessment

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อตรวจวัดไข้ ตรวจหาอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้รสชาติและประสาทรับกลิ่นลดลงเป็นอาการเริ่มแรกที่จะบ่งชี้ถึงการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้สูง³⁹ โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 (ที่มีผลการตรวจเป็นบวก) พบว่ามีอาการสูญเสียการได้กลิ่น (anosmia) ได้มากถึง 2 ใน

3⁴⁰ ผู้ป่วยควรสวม surgical mask ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยผ่านการคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แล้วควรมีการคัดกรองความรุนแรงของภาวะเลือดกำเดาไหลซึ่งหากต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วนจึงพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินต่อไป และในโรงพยาบาลควรจัดเตรียมแผนกไม่ฉุกเฉินเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ในเบื้องต้นแนะนำให้ทำการรักษาโดยการกดบริเวณปลายจมูก เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาทีพร้อมกับให้ antifibrinolytic agent เช่น tranexamic acid⁴¹

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเลือดกำเดาไหลอย่างรุนแรงซึ่งต้องการการรักษาในห้องผ่าตัด ในกรณีนี้พื้นที่ในห้องฉุกเฉินที่เป็นสัดส่วนสามารถปรับใช้เป็นห้องผ่าตัดชั่วคราวได้ อย่างไรก็ตามควรเน้นย้ำเรื่องการสวมชุดป้องกันที่เหมาะสม การทำ nasal packing หรือการฉีไฟฟ้า ควรทำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการกดบริเวณปลายจมูก ไม่ได้ผลและควรทำพร้อมกับการใช้ nonresorbable nasal packing เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องมาตรวจติดตามที่โรงพยาบาลหลายครั้ง หัตถการเช่น splenopalatine artery ligation ควรพิจารณาทำหลังจากได้ผลการตรวจ SARS-CoV-2 เป็นผลลบและไม่แนะนำให้ใช้ยาชาชนิดสเปรย์เนื่องจากเพิ่มโอกาสการแพร่กระจายของเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ การใช้เครื่องดูดเสมหะควรทำเป็นระบบปิดพร้อมกับใช้ตัวกรองไวรัสร่วมด้วย^{42,43}

แนวทางการตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จากคำแนะนำของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เมื่อผู้ป่วยมีประวัติ หรือมีอาการเข้าเกณฑ์ตามนิยามผู้ป่วยความเสี่ยง (patient under investigation) สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในประเทศไทยมีอยู่ 2 วิธีได้แก่

Real-time RT PCR

การตรวจสารพันธุกรรมของไวรัส SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real-time RT-PCR ต่อ N-gene และ ORF-1b gene เป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำและประเทศไทยพร้อมใช้อยู่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกแนะนำการตรวจด้วยวิธีนี้มีข้อดีคือ มีความไว มีความจำเพาะสูง สามารถทราบผลภายใน 3-5 ชั่วโมง และสามารถตรวจจับเชื้อไวรัสในปริมาณน้อยได้ หากผลการตรวจเป็นลบ สามารถรายงานผลลบได้ทันที แต่ต้องระวัง ผลลบในผู้ป่วยบางราย อาจเกิดจากตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพ ได้แก่ ตำแหน่งที่เก็บสิ่งส่งตรวจไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคระยะเวลาที่เก็บ

ห่างจากวันเริ่มป่วยมากเกินไป เจ้าหน้าที่จึงควรทบทวนคำแนะนำ การเก็บ และนำส่งสิ่งส่งตรวจ พร้อมกับเก็บตัวอย่างใหม่ แต่หาก ผลการตรวจเป็นบวกด้วยยีนได้ยีนหนึ่งหรือทั้งสองยีน แนะนำให้ ตรวจยืนยันอีกครั้ง^{44,45}

Rapid test

เป็นการหาภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะต้องตรวจเมื่อมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น แล้ว ใช้เวลาตรวจ 15-30 นาที ซึ่งจะตรวจได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยจะมี ภูมิคุ้มกันขึ้น หลังจากการติดเชื้อไปแล้ว 5-7 วัน จึงไม่แนะนำให้ ใช้ rapid test เป็นการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา ในห้องฉุกเฉิน^{44,45}

ข้อแนะนำเมื่อดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดกำเดาไหลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

การทำหัตถการเพื่อหยุดเลือดกำเดาจะกระตุ้นให้เกิดการแพร่กระจายทางละอองฝอยขนาดเล็ก ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา หัตถการเช่นการทำ nasal packing ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บและ กระตุ้น reflex เช่นการไอ จาม เป็นต้น ดังนั้นหัตถการที่เกี่ยวข้อง กับระบบทางเดินหายใจทุกชนิดผู้ป่วยจึงควรได้รับการตรวจเพื่อหา การติดเชื้อก่อนทำทุกครั้ง⁴⁴

คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดกำเดาไหลหลังได้รับการรักษาเมื่อ กลับบ้าน⁴⁶

1. ให้พักอย่างน้อย 12 ถึง 24 ชั่วโมง
2. งดทานน้ำร้อนจัด หรืออาหารร้อนจัด อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
3. งดแคะจมูก หรือสั่งน้ำมูกแรง อย่างน้อย 12 ชั่วโมง
4. งดออกกำลังกายรุนแรง หรือยกของหนัก อย่างน้อย 7 วัน
5. หากมีภาวะท้องผูก ให้ทำการรักษาด้วยยาระบาย ห้ามแบ่ง อุจจาระเป็นเวลานาน
6. หลีกเลี่ยงยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเช่น ยา แอสไพริน หรือ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) หากมีความจำเป็นต้องใช้ ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนใช้ยา
7. ผู้ป่วยบางรายที่โพรงจมูกแห้งแนะนำให้ใช้สารเพิ่มความชุ่มชื้น เช่น วาลิน หรือ น้ำเกลือพ่นจมูก เพื่อไม่ให้โพรง จมูกแห้งเกินไป
8. ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยาต้านเกล็ด เล็ดแนะนำให้หยุดยาหากเลือดกำเดาไม่หยุดไหล และกลับ มาเริ่มยาอีกครั้งเมื่อเลือดกำเดาหยุดดีแล้ว

9. ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเลือดกำเดาไหลควรได้รับ การอบรมเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นตั้งแต่ที่บ้านหาก มีเลือดกำเดาไหลและข้อบ่งชี้ในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

สรุป

การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดกำเดาไหล นั้นจำเป็นต้อง อาศัยความรู้ทางด้านกายวิภาคของโพรงจมูกเพื่อให้ทราบตำแหน่งที่ เลือดออก และทำการหยุดเลือดได้ทันเวลาที่ผู้ป่วยรายที่มีเลือด กำเดาไหลซ้ำ หรือเลือดกำเดาไหลมากผิดปกติควรตรวจหาโรคทาง โลหิตวิทยา หรือโรคทางโลหิต ศอ นาสิก ที่อาจพบตามมาได้ เพื่อจะ ได้ทำการรักษาที่สาเหตุและป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำอีก นอกจาก นั้นการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองที่บ้านก็มีความสำคัญ เป็นอย่างยิ่งเพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ก่อนมาพบแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งแพทย์ผู้ รักษาจะต้องระวังการระบาดจากเข้ารับการรักษา ซึ่งจะต้องทำได้ อย่างถูกต้อง ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Chaaban MR, Zhang D, Resto V, Goodwin JS. Demographic, seasonal, and geographic differences in emergency department visits for epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(1): 81-6.
2. Cooper SE, Ramakrishnan VR. Direct cauterization of the nasal septal artery for epistaxis. *Laryngoscope.* 2012;122(4):738-40.
3. Baugh TP, Chang CWD. Epidemiology and management of pediatric epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;159(4): 712-6.
4. Pallin DJ, Chng Y-M, McKay MP, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. Epidemiology of epistaxis in US emergency departments, 1992 to 2001. *Ann Emerg Med.* 2005;46(1):77-81.
5. Shay S, Shapiro NL, Bhattacharyya N. Epidemiological characteristics of pediatric epistaxis presenting to the emergency department. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017;103(1):121-4.
6. Cohen O, Shoffel-Havakuk H, Warman M, Tzelnick S, Haimovich Y, Kohlberg GD, et al. Early and late recurrent epistaxis admissions: patterns of incidence and risk factors. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;157(3):424-31.
7. Chaiyasate S, Roongrotwattanasiri K, Fooanan S, Sumitsawan Y. Epistaxis in Chiang Mai University Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2005;88(9):1282-6.
8. Pollice PA, Yoder MG. Epistaxis: a retrospective review of hospitalized patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;117(1): 49-53.

9. Photi-a A. Epistaxis in children. In: Traivaree C, editor. Text-book of benign hematology disorders in children and adolescents. Bangkok: Num Arksorn; 2562. p. 179-90. Thai
10. Tunkel DE, Anne S, Payne SC, Ishman SL, Rosenfeld RM, Abramson PJ, et al. Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis) Executive Summary. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;162(1):8-25.
11. Wong AS, Anat DS. Epistaxis: A guide to assessment and management. *J Fam Pract.* 2018;67(12):E13-E20.
12. Boscardini L, Zanetta S, Ballardini G, Angellotti P, Gramatica P, Scotti A, et al. Epistaxis in children under the age of two: possible marker of abuse/neglect? A retrospective study in North-Eastern Piedmont hospitals. *Minerva Pediatr.* 2013;65(1):71-5.
13. Kamble P, Saxena S, Kumar S. Nasal bacterial colonization in cases of idiopathic epistaxis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79(11):1901-4.
14. Bjelakovic B, Bojanovic M, Lukic S, Saranac L, Vukomanovic V, Prijic S, et al. The therapeutic efficacy of propranolol in children with recurrent primary epistaxis. *Drug Des Devel Ther.* 2013;7:127-9.
15. McGarry GW. Recurrent epistaxis in children. *BMJ Clin Evid.* 2013;2013:0311.
16. El Boussaadni Y, Babakhouya A, Amrani R, Rkain M, Benajiba N. [Leeches: An unusual cause of epistaxis in children]. *Presse Med.* 2017;46(5):545-7. French
17. Send T, Bertlich M, Eichhorn KW, Ganschow R, Schafigh D, Horlbeck F, et al. Etiology, Management, and Outcome of Pediatric Epistaxis. *Pediatr Emerg Care.* 2019. doi: 10.1097/PEC.0000000000001698
18. Figueiredo RR, Azevedo AA, Kos AO, Tomita S. Nasal foreign bodies: description of types and complications in 420 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2006;72(1):18-23.
19. Sandoval C, Dong S, Visintainer P, Ozkaynak MF, Jayabose S. Clinical and laboratory features of 178 children with recurrent epistaxis. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2002;24(1):47-9.
20. Loaëc M, Morinière S, Hitier M, Ferrant O, Plauchu H, Babin E. Psychosocial quality of life in hereditary haemorrhagic telangiectasia patients. *Rhinology.* 2011;49(2):164-7.
21. Merlo CA, Yin LX, Hoag JB, Mitchell SE, Reh DD, editors. The effects of epistaxis on health related quality of life in patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2014;4(11):921-5.
22. Sylvester MJ, Chung SY, Guinand LA, Govindan A, Baredes S, Eloy JA. Arterial ligation versus embolization in epistaxis management: Counterintuitive national trends. *Laryngoscope.* 2017;127(5):1017-20.
23. Toner JG, Walby AP. Comparison of electro and chemical cautery in the treatment of anterior epistaxis. *J Laryngol Otol.* 1990;104(8):617-8.
24. García-Cabo P, Fernández-Vañes L, Pedregal D, Menéndez Del Castro M, Murias E, Vega P, et al. Management of severe and/or refractory epistaxis. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2019;70(4):185-91.
25. Ni JS, Kohn J, Levi JR. Inpatient Pediatric Epistaxis: Management and Resource Utilization. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2018;127(11):829-35.
26. Stokhuijzen E, Segbefia CI, Biss TT, Clark DS, James PD, Riddel J, et al. Severity and Features of Epistaxis in Children with a Mucocutaneous Bleeding Disorder. *J Pediatr.* 2018;193:183-9.e2.
27. Zhou AH, Chung SY, Sylvester MJ, Zaki M, Svider PS, Hsueh WD, et al. To Pack or Not to Pack: Inpatient Management of Epistaxis in the Elderly. *Am J Rhinol Allergy.* 2018;32(6):539-45.
28. Svider P, Arianpour K, Mutchnick S. Management of Epistaxis in Children and Adolescents: Avoiding a Chaotic Approach. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(3):607-21.
29. Uhler L, Knipping S. [Clinical management of epistaxis]. *HNO.* 2019;67(5):366-72.
30. Vosler PS, Kass JI, Wang EW, Snyderman CH. Successful implementation of a clinical care pathway for management of epistaxis at a tertiary care center. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;155(5):879-85.
31. Katsanis E, Luke KH, Hsu E, Li M, Lillicrap D. Prevalence and significance of mild bleeding disorders in children with recurrent epistaxis. *J Pediatr.* 1988;113(1 Pt 1):73-6.
32. Womack JP, Kropa J, Jimenez Stabile M. Epistaxis: Outpatient Management. *Am Fam Physician.* 2018;98(4):240-5.
33. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-33.
34. D'Aguzzo V, Ralli M, Greco A, de Vincentiis M. Clinical Recommendations for Epistaxis Management During the COVID-19 Pandemic. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;163(1):75-7.
35. Offeddu V, Yung CF, Low MSF, Tam CC. Effectiveness of masks and respirators against respiratory infections in health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2017;65(11):1934-42.
36. Cheung JC, Ho LT, Cheng JV, Cham EYK, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. *Lancet Respir Med.* 2020;8(4):e19.

37. Bénézit F, Le Turnier P, Declerck C, Paillé C, Revest M, Dubée V, et al. Utility of hyposmia and hypogeusia for the diagnosis of COVID-19. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(9):1014-5.
38. Wolfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Muller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature.* 2020;581(7809):465-9.
39. Pichi B, Mazzola F, Bonsembiante A, Petruzzi G, Zocchi J, Moretto S, et al. Reply to 'CORONA-steps for tracheotomy in COVID-19 patients: a staff-safe method for airway management' by Ferrelli F, et al. *Oral Oncology.* 2020;105:104743.
40. To KK-W, Tsang OT-Y, Leung W-S, Tam AR, Wu T-C, Lung DC, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):565-74.
41. Van Gerven L, Cox T, Fokkens W. Personal protection and delivery of rhinologic and endoscopic skull base procedures during the COVID-19 outbreak. *Rhinology.* 2020;58(3):289-94.
42. Cevik M, Bamford CGG, Ho A. COVID-19 pandemic-a focused review for clinicians. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26(7):842-7.
43. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA.* 2020;323(20):2052-9.
44. Record S. Practice Guideline: Epistaxis in Children. *J Pediatr Health Care.* 2015;29(5):484-8.