

แนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (พ.ศ. 2567)

โดย

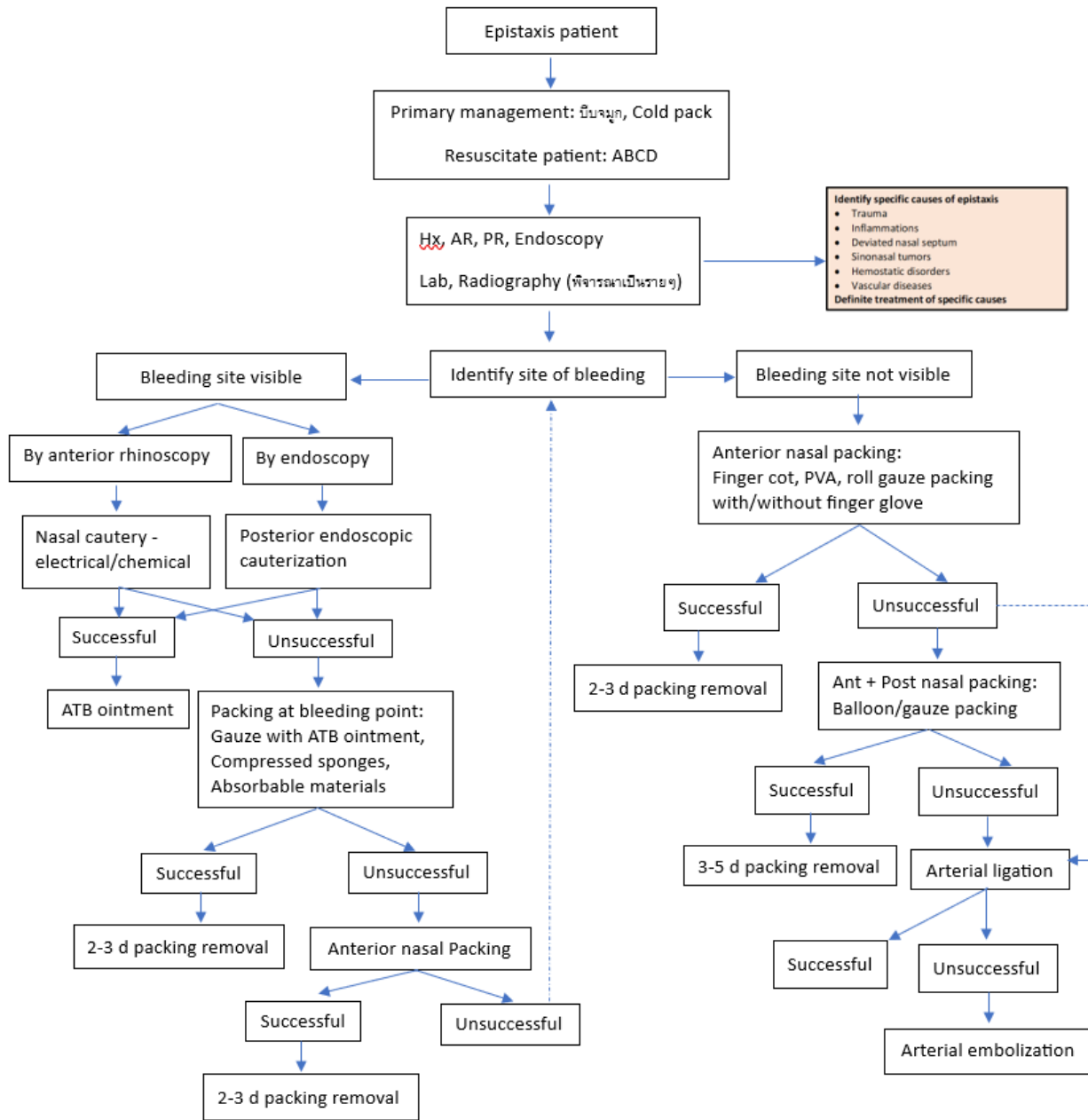
สมาคมแพทย์โรคจมูก (ไทย) และราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกวิทยาแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| 1. รศ.นพ.ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | ประธาน |
| 2. รศ.ดร.นพ.พงศกร ตันติลีปกร | ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | รองประธาน |
| 3. รศ.นพ.เจษฎา กาญจนอัมพร | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | ผู้จัดทำ |
| 4. รศ.นพ.จักรพันธ์ พรหมโสภา | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | ผู้จัดทำ |
| 5. ผศ.นพ.ไตรภูมิ สุวรรณเวช | ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | ผู้จัดทำ |
| 6. ผศ.พญ.กังสดาล ตันจรัรักษ์ | รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | ผู้จัดทำ |
| 7. อ.พญ.ภัคจิรา นาคเสน | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า | ผู้จัดทำ |
| 8. อ.พญ.ฉันทธร ธีรนรเศรษฐ์ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | ผู้จัดทำ |
| 9. พญ.สมจินต์ จินดาวิจักษณ์ | ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ | ผู้จัดทำ |
| 10. นพ.เดชาศักดิ์ สุขนวล | ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ | ผู้จัดทำ |
| 11. รศ.นพ.พรเทพ เกษมศิริ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | ผู้จัดทำและเลขานุการ |

แนวปฏิบัติดังกล่าวนี้เป็นเพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้ช่วยพิจารณาในการตรวจรักษาผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล แต่ไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือบังคับให้แพทย์ปฏิบัติตามได้ การรักษาจริงให้ขึ้นอยู่กับวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งในแต่ละสถานพยาบาลมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากร ด้านบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และยา ที่แตกต่างกัน คณะผู้จัดทำจึงขอสงวนสิทธิ์ในการนำไปใช้อ้างอิงทางกฎหมาย และเนื่องจากความรู้ทางการแพทย์ มีการพัฒนาไปตลอดเวลา ดังนั้นเนื้อหาที่บรรจุไว้ในแนวปฏิบัติฉบับนี้ต่อไปอาจจะไม่ทันสมัย และต้องมีการปรับปรุงอีกในอนาคต

แนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล



AR: anterior rhinoscopy; PR: posterior rhinoscopy; PVA: polyvinyl acetal; ATB: antibiotics

Nasal packing

ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาจุดเลือดออกได้ชัดเจน โดยการ packing มี 2 วิธี

Anterior nasal packing

วัสดุที่ใช้ในการ packing แบ่งออกเป็น

- **Absorbable material** เช่น oxidized cellulose (eg. Surgicel®), gelatin foam (eg. Gelfoam®) ซึ่งวัสดุเหล่านี้จะช่วยให้เกล็ดเลือดแข็งตัว ลดการบาดเจ็บของเยื่อจมูกและช่วยในการหายของบาดแผล มักใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ blood dyscrasia เพราะหลังจาก packing แล้วไม่จำเป็นต้องเอาวัสดุออก ลดการเสี่ยงต่อเลือดกำเดาออกอีก แต่ในกรณีที่เลือดกำเดาออกรุนแรง วัสดุเหล่านี้มักจะห้ามเลือดได้ไม่ดี
- **Non-absorbable material** เช่น classic rolled gauze, gauze with finger glove, nasal tampon, finger cot วัสดุในกลุ่มนี้จะมีแรงกดห้ามเลือดมากกว่ากลุ่ม absorbable materials แต่หลังจาก packing แล้วจำเป็นต้องเอาวัสดุออก

ข้อบ่งชี้

- กรณีเลือดออกมามากทางด้านหน้า และไม่สามารถทำให้เลือดหยุดได้โดยการกดหรือการจี้ห้ามเลือด
- ใช้ในการป้องกันเลือดออกในโพรงจมูก หรือเลือดคั่งในผนังชั้นช่องจมูก หลังจากผ่าตัดเกี่ยวกับโพรงจมูกและไซนัส

การเตรียมอุปกรณ์

Headlight, bayonet forceps, nasal speculum, ไม้กดลิ้น, ยา decongestants, lidocaine spray, rolled gauze, ATB ointment, lidocaine jelly or K-Y jelly

การเตรียมผู้ป่วย

ก่อนทำ packing ควรให้ยาชาเฉพาะที่ และ topical decongestants ก่อน อาจจะใช้ 4% cocaine (ใช้ได้ไม่เกิน 4 มิลลิลิตร) หรือ 2% lidocaine ผสม adrenaline 1:1,000 (รวมกันประมาณ 10 มิลลิลิตร, สัดส่วน 9 มิลลิลิตร: 1 มิลลิลิตร) ชุบสำลีที่คีลออกแล้วใส่ในโพรงจมูก คาวไว้ 5 – 10 นาที หรือในกรณีที่ไม่มีสะดวก หรือมีเลือดออกมากตลอด อาจใช้ topical decongestants (เช่น 0.05% oxymetazoline nasal spray หรือ 0.1% xylometazoline nasal spray) พ่นในจมูก รอสักครู่ แล้วตามด้วย 10% lidocaine spray (ยาชา) พ่นในจมูกก็ได้ เพื่อให้เยื่อโพรงจมูกชา ลดบวม และเลือดหยุดไหลชั่วคราวได้ และใช้ suction ดูดน้ำมูกและเลือดที่คั่งรวมถึงก้อนเลือดที่คั่งในโพรงจมูกออกก่อน

วิธีการทำ anterior nasal packing ด้วย non-absorbable material

1. Rolled gauze packing

ข้อดี

- สามารถจัดวางเรียงเป็นรูปร่างเข้ากับโพรงช่องจมูกได้ดี

ข้อเสีย

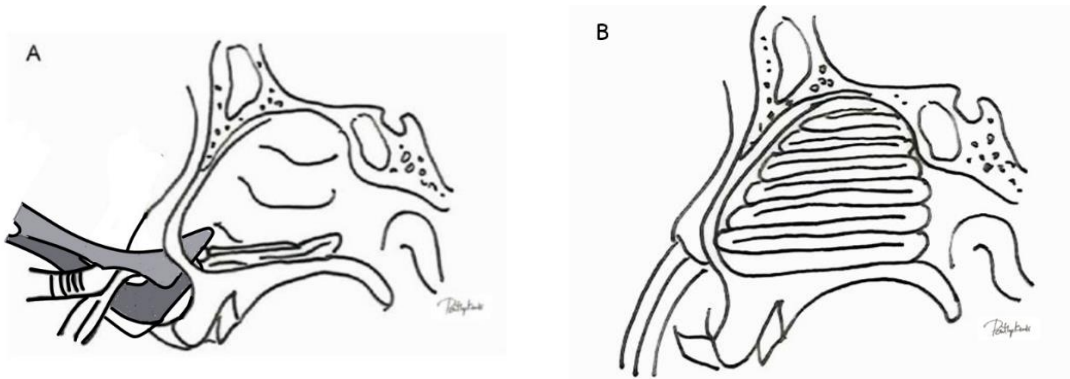
- rolled gauze อาจตกลงไปในลำคอ
- เยื่อโพรงจมูกได้รับบาดเจ็บระหว่างการ packing rolled gauze
- เสี่ยงต่อเลือดกำเดาออกอีกครั้งเนื่องจากต้องนำ rolled gauze ออก
- ขณะทำการ packing หรือการนำเอา rolled gauze ออก ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บถึงแม้จะได้รับยาชาแล้วก็ตาม

วิธีการ

- เตรียม rolled gauze ขนาดกว้างประมาณ $\frac{1}{4}$ นิ้ว ยาวประมาณ 6 ฟุต นำ rolled gauze ชุบ decongestants พอหมาดๆ เช่น 0.05% oxymetazoline, 0.1% xylometazoline, 1% ephedrine หรือ 1:10,000 adrenaline (ใช้ adrenaline 1:1,000 เจือจางด้วย 1 - 2% lidocaine หรือ normal saline ให้เป็น 10 เท่า) จากนั้นนำมาขลิบด้วย antibiotic ointment (เช่น terramycin ointment) หรือพิจารณาใช้ vaseline gauze แทนได้
- วิธีการใส่ ให้ rolled gauze ประจุได้แน่นในโพรงจมูกทั้งโพรงโดยไม่หลุดลงไปในคอ คือต้องเรียงเป็นชั้นๆ จากล่างขึ้นบนจนเต็มโพรงจมูก ให้ทำโดยใช้ nasal speculum ซึ่งมีความยาว blade ขนาดกลาง ถ่างจมูกโดยให้ปลาย speculum อยู่ในแนวบน-ล่าง จากนั้นใช้ bayonet forceps หรือ nasal dressing forceps โดยใช้ forceps จับปลายของ rolled gauze ใส่เข้าไประหว่างปลาย nasal speculum ทั้งสอง ใส่ gauze ชั้นแรกให้ลึกถึง posterior choana (ลึกประมาณ 5 เซนติเมตร) จากนั้นใช้ forceps กด gauze ให้แนบกับ nasal floor หลังจากนั้นให้ขยับปลายด้านล่างของ nasal speculum มากดทับ gauze ไว้ให้ติดกับ nasal floor
- จากนั้นใช้ forceps จับ rolled gauze ชั้นที่ 2 ยาวประมาณ 5 เซนติเมตรจากรูจมูก ใส่เข้าไประหว่างปลาย nasal speculum ทั้งสองโดยปลายล่าง nasal speculum นั้นกด gauze ชั้นแรกไว้ให้ติดกับ nasal floor อยู่ ทำให้ gauze ชั้นแรกไม่ถูกดันลงไปในคอ เพราะปลายล่างของ nasal speculum กด gauze ชั้นแรกติดกับ nasal floor อยู่ ใส่ให้ลึกถึง posterior choana

จากนั้นใช้ forceps กด gauze ชั้นที่ 2 ให้แนบกับ gauze ชั้นแรก แล้วขยับปลาย nasal speculum มากดทับ gauze ชั้น 2 ให้ติดกับ gauze ชั้นแรกและ nasal floor ไว้ pack rolled gauze ในชั้นถัดๆ ไปเรียงกันเป็นชั้นจนเต็มโพรงจมูก (รูปที่ 1)

- เมื่อ pack จนเต็มจมูกแล้ว ให้ผู้ป่วยอ้าปากตรวจว่ายังมีเลือดกำเดาไหลลงคอหรือไม่ หากห้ามเลือดกำเดาได้สำเร็จจึงปิดส่วนปลาย gauze ไว้บริเวณข้างแก้ม หรือตัดให้ยาวพอดีกับรูจมูกแล้วใช้ gauze 4x4 พับปิดรูจมูกข้างนั้น อย่างไรก็ตามหากพบว่ามีเลือดไหลอยู่ อาจพิจารณาทำ posterior nasal packing



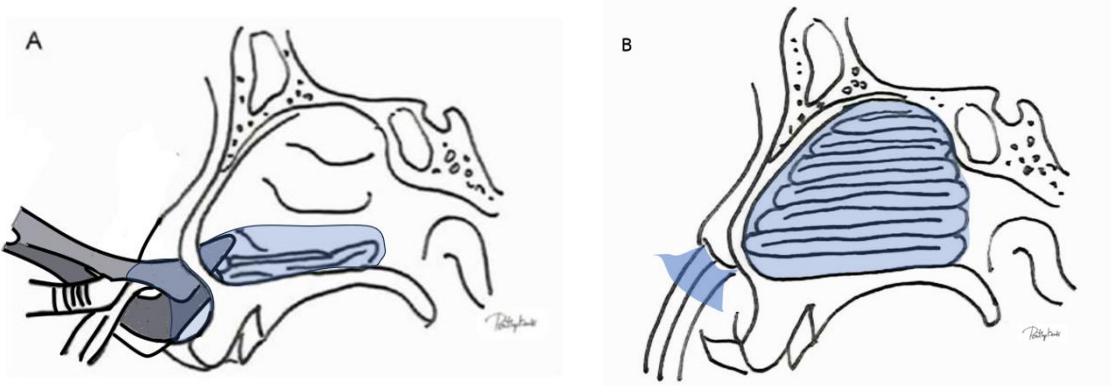
รูปที่ 1 แสดงการทำ anterior nasal packing ด้วย rolled gauze รูป A เป็นการใส่ bayonet forceps จับ rolled gauze เรียงในโพรงจมูกเป็นชั้นๆ ดังรูป B

อย่างไรก็ตามอีกทางเลือกหนึ่งในการทำ anterior rolled gauze packing คือ rolled-gauze packing with finger cot โดยสามารถ pack rolled gauze ในถุงมือเพื่อลดการบาดเจ็บต่อเยื่อโพรงจมูกขณะทำการ packing หรือการนำเอา rolled gauze ออก และช่วยลดความเสี่ยงของ rolled gauze ตกลงไปในลำคอ แต่แรงกดจะไม่มากเท่ากับการ pack ด้วย rolled gauze อย่างเดียว

วิธีการ

- ตัดถุงมือที่โคนของนิ้วชี้ หรือนิ้วกลาง หรือนิ้วนาง จากนั้นชุบด้วย antibiotics ointment หรือ lubricating gel ธรรมดาหรือที่มียาชาผสมอยู่
- สวมถุงนิ้วมือกับ nasal speculum แล้วใช้ forceps หนีบถุงนิ้วมือใส่เข้าไปในโพรงจมูกใช้ clamp หนีบนิ้วมือป้องกันการหลุดของนิ้วมือจากนั้นใส่ rolled gauze เข้าไปดันในนิ้วมือจนเต็มโพรงจมูก (รูปที่ 2)

- เมื่อ pack จนเต็มโพรงจมูกแล้ว ให้ตรวจสอบว่ายังมีเลือดกำเดาไหลหรือไม่ หากไม่มีเลือดกำเดาไหลให้ตัดปลาย rolled gauze พอดีกับรูจมูกจากนั้นใช้ไหมผูกปากถุงมือให้เรียบร้อย



รูปที่ 2 แสดงการทำ anterior nasal packing ด้วย rolled gauze ร่วมกับถุงมือ รูป A โดยใช้ bayonet forceps จับ rolled gauze เรียงเข้าไปในถุงมือที่อยู่ในโพรงจมูก รูป B หลังจาก pack rolled gauze เข้าไปจนเต็มถุงมือ

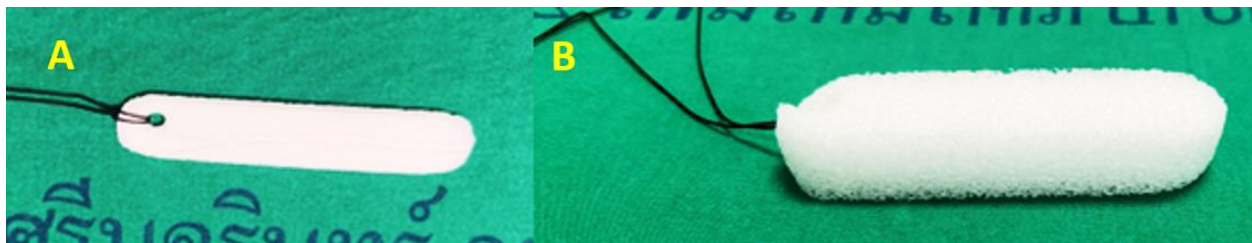
2. Commercial nasal packing: polyvinyl acetal (PVA) material

ข้อดี

- ใส่ได้ง่าย และบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อโพรงจมูกน้อย

ข้อเสีย

- แรงกีดห้ามเลือดไม่มากเท่ากับการทำ anterior nasal packing ด้วย rolled gauze

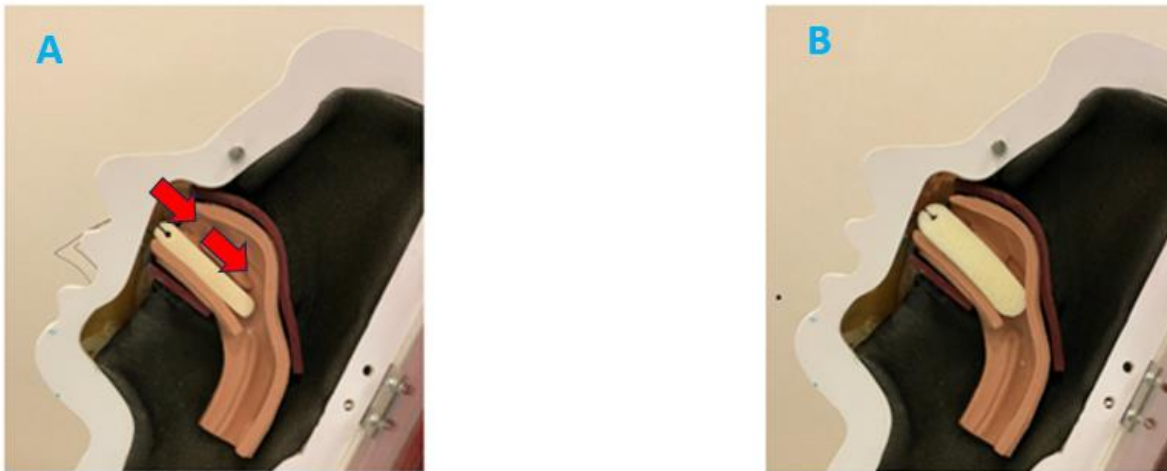


รูปที่ 3 แสดงลักษณะของ PVA ขณะที่ยังไม่สัมผัสของเหลว (รูป A) PVA จะพองตัวเมื่อสัมผัสของเหลว (รูป B)

วิธีการ

- เตรียมผู้ป่วย ตามด้านบน

- เลือกใช้ขนาดวัสดุห้ามเลือด PVA (รูปที่ 3) ให้เหมาะสมซึ่งมีทั้งขนาดความยาว 8 เซนติเมตรและ 10 เซนติเมตร ขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละราย โดยปลายของวัสดุห้ามเลือด PVA ควรยาวถึง posterior choana นอกจากนี้แล้ววัสดุห้ามเลือด PVA ยังมีแบบที่มีท่อกลางตรงกลางเพื่อใช้ในการหายใจ
- การใส่วัสดุห้ามเลือด PVA ในโพรงจมูก ให้ขนานกับ nasal floor และใส่ชิดกับ nasal septum (รูปที่ 4 A) ควรระวังไม่ให้วัสดุห้ามเลือดสัมผัสกับของเหลวก่อนทำการใส่ในโพรงจมูก เนื่องจากจะทำให้วัสดุห้ามเลือด PVA พองตัวและนิ่ม ยากต่อการใส่เข้าโพรงจมูก
- หยอดยา topical decongestants (เช่น 0.05% oxymetazoline หรือ 0.1% xylometazoline) หรือ normal saline ลงบนวัสดุห้ามเลือด PVA หน้าจมูกเพื่อให้เกิดการพองตัวมากขึ้นเพื่อกดหลอดเลือดบริเวณเยื่อโพรงจมูก (รูปที่ 4 B)



รูปที่ 4 แสดงการใส่ PVA (รูป A) PVA พองตัวเมื่อหยอดยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่ หรือ normal saline (รูป B)

3. Finger cot

การทำ finger cot (รูปที่ 5) โดยการใช้ฟองน้ำใส่ในถุงนิ้วมือไว้ก่อนแล้วผูกปิดปากถุงนิ้วมือด้วยไหม และปล่อยปลายไหมที่ผูกให้ยาวเพื่อช่วยในการเอา packing ออก นอกจากนี้อาจพิจารณาเจาะถุงนิ้วมือให้เป็นรู



รูปที่ 5 แสดงลักษณะของ finger cot

จากนั้นนำ finger cot มาชะโลม antibiotics ointment การใส่ finger cot นั้นให้ขนานกับ nasal floor และใส่ชิดกับ nasal septum เช่นเดียวกับการใส่วัสดุห้ามเลือด PVA แต่การใส่ finger cot จำเป็นต้องใช้ nasal speculum ช่วยถ่างปีกจมูก และ bayonet forceps คีบตามแนวยาวของ finger cot ใส่เข้าไปในโพรงจมูก หากหลังใส่แล้วยังพบว่ามึเลือดกำเดาไหลอยู่ พิจารณาใส่ finger cot เพิ่ม หากไม่มีเลือดออกแล้วใช้ gauze 4x4 พับปิดรูจมูกข้างนั้นๆ

ข้อปฏิบัติดูแลหลังจากทำ anterior nasal packing

หลังจาก packing แล้วพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์คลุมเชื้อ *Staphylococcus aureus* เป็นเวลา 7 – 10 วัน ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ toxic shock syndrome² และอาจพิจารณาให้ oxygenation ร่วมด้วยในผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ hypoxia เช่น pulmonary disease, cardiovascular disease โดยทั่วไปจะคงวัสดุ anterior nasal packing ไว้ประมาณ 3 วัน จึงจะพิจารณาเอา packing ออก

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ anterior nasal packing

- อุดตันจมูก และอุดตันรูเปิดของไซนัส หากใส่ไว้นานเสี่ยงต่อการเกิดไซนัสอักเสบ
- น้ำตาไหลจาก nasolacrimal duct obstruction
- ผังพืดติดกันในโพรงจมูก (intranasal synechia) รอยกดทับ และเกิดการตายของกระดูกอ่อนของผนัง กั้นช่องจมูก เกิดผนังกั้นช่องจมูกทะลุ รูจมูกตีบตัน

- เกิดภาวะ hypoventilation ขาดออกซิเจนจาก nasopulmonary reflex³ คือ เกิดการเปลี่ยนแปลง pulmonary function ที่ถูกกระตุ้นโดย nasal packing และภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia)

Posterior nasal packing

ข้อบ่งชี้ :

- กรณีเลือดกำเดาออกบริเวณทางด้านหลังของโพรงจมูกด้านหลัง
- กรณีเลือดไม่หยุดไหลหลังจากการทำ anterior nasal packing

การเตรียมผู้ป่วย

ให้ยาชาเฉพาะที่เช่นเดียวกับการทำ anterior nasal packing และต้องใช้ 10% lidocaine spray พ่นเข้าไปในบริเวณ nasopharynx, soft palate, base of tongue รวมถึง posterior pharyngeal wall ด้วย ในผู้ป่วยเด็กอาจจะต้องพิจารณาทำขณะดมยาสลบ

วิธีการทำ posterior nasal packing ทำได้ 2 วิธี คือ

1. Classic gauze nasal packing

ข้อดี

- สามารถจัดให้มีรูปร่างเข้ากับโพรงช่องจมูกด้านหลังได้ดี ทำให้มีแรงกดห้ามเลือดมากกว่า balloon packing

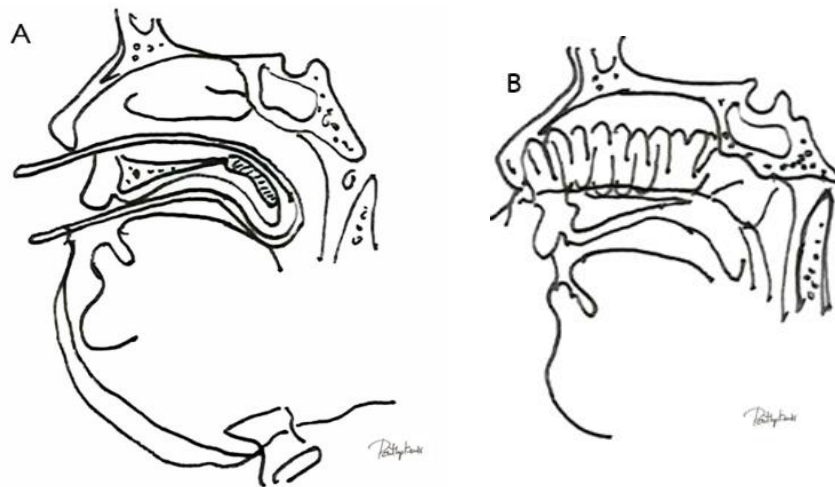
ข้อเสีย

- เยื่อโพรงจมูก nasopharynx รวมทั้ง oropharynx ได้รับบาดเจ็บระหว่างการ packing rolled gauze
- เสี่ยงต่อเลือดกำเดาออกอีกครั้งเนื่องจากต้องนำออก rolled gauze ออก
- ขณะทำการ packing หรือการนำเอา rolled gauze ออกผู้ป่วยรู้สึกเจ็บแม้ให้ยาชาแล้วก็ตาม

วิธีการ

- นำ rolled gauze ขนาด 4 × 4 นิ้ว มาชุบด้วย ATB ointment หรือ solution นำมาพับให้ได้ขนาด 1 × ½ นิ้ว¹ อาจพับครึ่งแล้วม้วนเป็นก้อน และใช้ด้ายขนาดใหญ่ หรือ umbilical tapes ผูกที่กึ่งกลางของผ้าก๊อสนี้ให้ด้านหนึ่งมีด้าย 2 เส้น อีกด้านหนึ่งมีด้ายเส้นเดียว

- ใช้ rubber catheter เล็กๆ ใส่ทางรูจมูกข้างที่เลือดออกมาก พอลงมาที่คอ ให้ใช้ไม้กดลิ้นดูที่ผนังคอด้านหลัง ให้ดึง catheter ออกมาทางปาก นำมาผูกกับปลายด้าย 2 เส้นที่ผูกบน gauze ที่ม้วนไว้ (รูปที่ 6 A)
- ดึง catheter ออกมาทางจมูกโดยใช้นิ้วมือดันผ้าก๊อซให้เข้าไปใน nasopharynx และช่วยจัดให้ rolled gauze ปิดที่ choana ให้พอดี
- เสร็จแล้วจึงทำ anterior nasal packing ขณะที่ทำ anterior nasal packing อาจจะทำให้ผู้ช่วยดึงด้ายทั้งสองเส้นไว้เพื่ออุดบริเวณ choana
- เมื่อทำ anterior nasal packing เสร็จให้ใช้ผ้า gauze พับเล็กๆ ขนาดประมาณ 2 นิ้ว x 2 นิ้ว คล้องด้ายที่ผูกไว้หน้าจมูกเพื่อไม่ให้ posterior nasal packing หลุดลงคอ (รูปที่ 6 B)
- ส่วนด้ายเส้นเดียวที่ปาก ให้ใช้พลาสติกมัดไว้ข้างแก้ม ระวังอย่าดึงแรงเพราะจะบาดเจ็บบริเวณเพดานอ่อนได้ ประโยชน์ของด้ายเส้นเดียวคือเก็บไว้เพื่อใช้ดึงเวลาต้องการเอา posterior nasal packing ออก



รูปที่ 6 แสดงการทำ classic gauze nasal packing โดยใช้ rubber catheter เล็กๆ ใส่ทางรูจมูกข้างที่เลือดออกมาก พอลงมาที่คอให้ใช้ไม้กดลิ้นดูที่ผนังคอด้านหลัง ให้ดึง catheter ออกมาทางปาก นำมาผูกกับปลายด้าย 2 เส้นที่ผูกบน gauze ดังรูป A แล้วจึงทำ anterior nasal packing จากนั้นใช้ผ้า gauze พับเล็กๆ ขนาดประมาณ 2 x 2 นิ้ว คล้องด้ายที่ผูกไว้หน้าจมูกเพื่อไม่ให้ posterior nasal packing หลุดลงคอ ดังรูป B

2. Inflatable balloon packing

ข้อดี

- ทำได้ง่ายและบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อจมูกน้อยกว่า classic gauze packing
- ถ้าหากมีเลือดออกใหม่อีกหลังใส่ balloon ก็สามารถที่จะ inflate balloon ด้วยน้ำเกลือเพิ่มได้ครั้งละประมาณ 1 มิลลิลิตร จนสามารถห้ามเลือดได้

ข้อเสีย

- รอยกดทับที่ปีกจมูก เกิดแผลและเน่ากลายเป็นรอยแผลเป็นได้
- มีการรั่วของ balloon ได้เมื่อใส่ไว้นานๆ ทำให้แรงกดไม่พอที่จะห้ามเลือด ทำให้ต้องเติมน้ำเกลือบ่อยๆ

Inflatable balloon packing มี 2 วิธี คือ

1. Foley catheter

วิธีการ

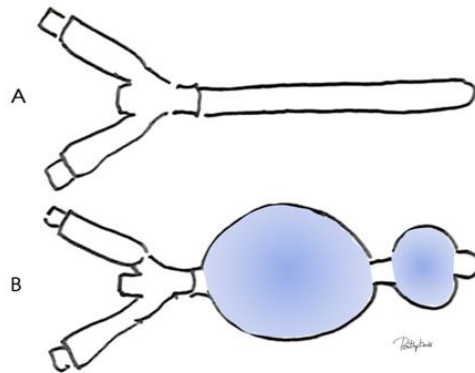
- นำ Foley catheter¹ ขนาดเบอร์ 12 ถึง 14 มาตัดปลายก่อนเพื่อไม่ให้ปลายที่ยาวไปจิ้มโดนหลังโพรงจมูกเพราะจะเกิด gag reflex (รูปที่ 7 A)
- ควรจะทดสอบ balloon ก่อนว่ารั่วหรือไม่ และตัดปลายด้านบนของตัว catheter ให้ยาว 2 - 3 เซนติเมตร เอาไว้เป็นปลอกและเป็นตัวยึดและใช้ปลายด้านล่างของ catheter สอดเข้าไปในปลอกนี้
- ก่อนใส่ catheter ให้หล่อลื่นด้วย K-Y gel หรือ lidocaine gel และเอาลมออกให้หมด
- ใส่ไปตามพื้นของโพรงจมูก พอปลาย catheter เข้าไปใน nasopharynx ให้ใส่น้ำเกลือหรืออากาศไปใน balloon ก่อนประมาณ 5 - 8 มิลลิลิตร
- ดึง catheter ให้ช่วง balloon เข้าไปอัดแน่นใน posterior nasal cavity เสร็จแล้วจึงใส่น้ำหรืออากาศเพิ่มเข้าไปอีก 5 - 8 มิลลิลิตร¹ (รูปที่ 7 B)
- หลังจากนั้นให้ทำ anterior nasal packing ในโพรงจมูกแล้วดึงปลอกสายยางที่ยาว 2 - 3 เซนติเมตร ลงมาชนกับ anterior nasal packing ที่บริเวณปีกจมูกแล้วใช้ clamp จับตัวสาย catheter หรือใช้ silk ผูกไว้กันหลุดลงไปที่ด้านหลัง (รูปที่ 7 C)



รูปที่ 7 แสดงการทำ posterior nasal packing โดยใช้ foley catheter โดยตัดปลาย foley catheter ดังรูป A จากนั้นสอดเข้าไปในจมูกให้เห็นที่ oropharynx ใส่น้ำดึงให้มาด้านหน้ามาติด posterior nasal cavity ดังรูป B จากนั้นทำ anterior nasal packing ดังรูป C

2. Low – pressure double nasal balloon

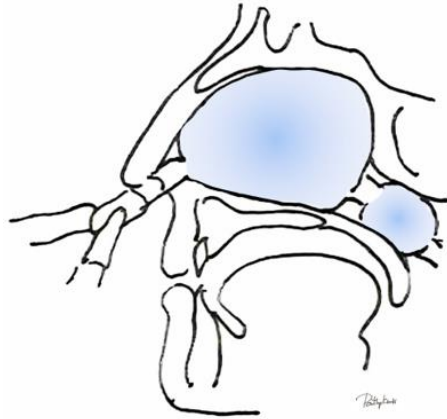
เป็น nasal balloon สำเร็จรูปที่มี 2 balloons (รูปที่ 8) ทำหน้าที่เป็น anterior และ posterior packs สามารถใส่ และเอาออกง่าย ขนาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อโพรงจมูกน้อย ปลายของ balloon จะมีรูไว้สำหรับหายใจได้



รูปที่ 8 แสดงลักษณะของ nasal balloon รูป A หลังจากใส่น้ำเกลือหรือลม balloon จะขยายดังรูป B

วิธีการ¹

- ทดสอบ balloon ทั้งสองอันให้เรียบร้อย
- ใส่น้ำเกลือด้วย lidocaine gel และใส่ nasal balloon ไปตามพื้นของโพรงจมูกจน posterior balloon เข้าไปในหลังโพรงจมูกแล้วเริ่มใส่น้ำเกลือหรือลมที่ posterior balloon ประมาณ 10 – 30 มิลลิลิตร จนเลือดหยุด (รูปที่ 9)



รูปที่ 9 แสดงลักษณะของ nasal balloon ในการห้ามเลือดกำเดาไหล

ข้อปฏิบัติหลังจากทำ posterior packing

Posterior packing นี้จะใส่ไว้ประมาณ 3 – 5 วัน ผู้ป่วยทุกรายต้องนอนโรงพยาบาล นอนยกศีรษะสูง 30 - 40° อย่างน้อย 24 ชั่วโมง และให้ 40% oxygen mask เพื่อป้องกันภาวะ hypoxia⁵ และต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และภาวะ toxic shock syndrome⁶ ยาที่ให้จะเป็นยาปฏิชีวนะ anti-staphylococcus และต้องดูแลเรื่อง hydration และ humidification ให้เพียงพอด้วย

ภาวะแทรกซ้อน

สามารถพบภาวะแทรกซ้อนจากการทำ posterior nasal packing ได้เช่นเดียวกับ anterior nasal packing รวมถึงภาวะ sleep apnea ซึ่งเกิดจากภาวะอุดตันจมูกและหลังโพรงจมูก ภาวะ septicemia สำลัก และกลืนอาหารลำบาก ปวดบวมเพดานอ่อน อุดตัน eustachian tube และเกิด hemotympanum ได้

อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เลือดกำเดาไหลไม่หยุด หรือมีเลือดกำเดาไหลหลังจากนำ packing ออก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีอื่น เช่น

Endoscopic sphenopalatine artery ligation

เป็นการส่องด้วยกล้องเอนโดสโคปเพื่อเข้าไปจี้หรือใช้คลิปหนีบ sphenopalatine artery ซึ่งใช้กับผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลทางด้านหลัง (posterior epistaxis) ที่ไม่สามารถห้ามเลือดด้วยวิธีการปกติได้ อย่างไรก็ตามในรายที่มีโครงสร้างหรือก้อนเนื้อบริเวณผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถระบุตำแหน่งของ sphenopalatine artery ได้ หรือในรายที่มีภาวะที่ไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดดมยาสลบได้ ให้พิจารณาทำ embolization

Embolization

เป็นการฉีดสารอุดหลอดเลือดแดงเพื่อหยุดเลือดกำเดาไหล เหมาะกับผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลออกมากที่ไม่สามารถห้ามเลือดด้วยวิธีการปกติได้ และไม่สามารถห้ามเลือดด้วยวิธี endoscopic sphenopalatine artery ligation ได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะพบได้จากการฉีดสารอุดหลอดเลือดแดง ได้แก่ facial neuralgia, septal perforation, sinusitis, otitis media เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ stroke, ตาบอดจากมีการอุด central artery ของ retina ซึ่งพบประมาณร้อยละ 2⁴

เอกสารอ้างอิง

1. พรเทพ เกษมศิริ. เลือดกำเดา. ใน: อีรพร รัตนาเอนกชัย, สุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง, บรรณาธิการ. ตำรา หู คอ จมูก สำหรับนักศึกษาแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4 ขอนแก่น: ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา; 2557: 215-32
2. Breda SD, Jacobs JB, Lebowitz AS, Tierno PM. Toxic shock syndrome in nasal surgery: a physiochemical and microbiologic evaluation of Merocel and NuGauze nasal packing. Laryngoscope. 1987 Dec;97(12):1388-91.
3. Frazee TA, Hauser MS. Nonsurgical management of epistaxis. J Oral Maxillofac Surg. 2000 Apr;58(4):419-24.
4. Mames RN, Snady-McCoy L, Guy J. Central retinal and posterior ciliary artery occlusion after particle embolization of the external carotid artery system. Ophthalmology. 1991 Apr;98(4):527-31