

เดือนก.ค.2568 ได้มี CPG sinusitis ฉบับใหม่ออกมา ครึ่งนี้เป็นทาง AAO หรือ American Academy of Otolaryngology โดย Prof. Spencer Payne กับทีมงานเป็นผู้เขียน CPG นี้หลักๆ คือเป็นการปรับคำแนะนำตามหลักฐานที่มากขึ้นจาก CPG เก่าเมื่อปี 2015 โดยจะแบ่งหัวข้อคำแนะนำที่เรียกว่า **Key Action Statement (KAS)** ทั้งหมด 14 หัวข้อ ในแต่ละหัวข้อก็จะมีสรุปคำแนะนำและน้ำหนักไว้ให้ แต่ก่อนไปถึงตัว KAS อยากพูดถึงระดับของคำแนะนำใน CPG ว่าเค้าจะเขียนคำแนะนำอยู่สามแบบ คือ

- Strong Recommendation = ต้องทำเว้นแต่มีเหตุผลชัดเจนหนักแน่นที่จะเลือกทางอื่น เพราะประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงชัดเจน มีหลักฐานที่มีน้ำหนักสนับสนุน เช่น meta-analyses, RCT
- Recommendation = ควรทำ เนื่องจากประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง แต่หลักฐานอาจจะไม่แข็งแรงมากเท่าอันบน ในทางกลับกันมันก็อาจจะมี (Strong) recommendation against ได้ นั่นคือหมายความว่า ไม่ควรทำ หรือห้ามทำเป็นต้น
- Option = ทำหรือไม่ทำก็ได้ เพราะประโยชน์กับความเสี่ยงใกล้เคียงกัน หรือหลักฐานสนับสนุนยังมีระดับอ่อน หรือหลักฐานที่มีคุณภาพสูงบอกว่าไม่ต่าง คำแนะนำระดับนี้แพทย์สามารถปรับตามสถานการณ์คนไข้แต่ละคนได้

เริ่มต้น guideline จะพูดถึง definitions of rhinosinusitis อันนี้ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง คือ Acute rhinosinusitis (ARS) 4 weeks, Chronic rhinosinusitis (CRS) 12 weeks. ARS แบ่งเป็น viral rhinosinusitis (VRS), bacterial (ABRS), และ recurrent acute rhinosinusitis (RARS) ที่เอา 4 ABRS episodes per year ขึ้นไป

*Disclaimer ว่าต่อไปจะมีความเห็นส่วนตัวปนอยู่ในนี้ด้วยครับ

KAS 1a - Diagnosis of ABRS (**STRONG RECOMMENDATION**; แยก ABRS ออกจาก VRS)

ที่เราเรียนกันมาคือส่วนใหญ่ (>90%) แล้ว ARS นั้นเป็น VRS ซึ่งไม่จำเป็นต้องรับ antibiotics ดังนั้น AAO สนับสนุนให้แยกการวินิจฉัย ABRS ออกจาก VRS โดยจะสงสัย ABRS ก็ต่อเมื่อมีอาการของ ARS (หนอง + คัดจมูก/ปวด) ต่อเนื่อง ≥ 10 วัน หรือมี double worsening ภายใน 10 วัน ซึ่งเค้าคิดว่ามันช่วยลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นใน VRS และลดต้นทุนจากการตรวจที่ไม่จำเป็น ทั้งนี้ nasal obstruction หรือ facial pain เดี่ยว ๆ โดยไม่มีหนอง ไม่สอดคล้องกับ ARS และควรมองหาวินิจฉัยแยกอื่น (เช่น migraine) ตรงนี้มีจุดต่างเล็กน้อยจาก EPOS2020 คือ epos จะแยก ABRS โดยใช้ 3/5 คือ ไข้ มีอาการข้างเดียว (unilaterality) double sickening ESR/CRP สูงขึ้น และมีน้ำมูกขึ้น โดยอาจจะไม่ได้สนใจตรง 10 วันเท่าไร คือให้น้ำหนักกับ ไข้ LAB และ unilaterality มาเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ ในขณะที่ AAO อธิบายว่าไม่ได้ได้ specific (sens/spec 50%) กับ bacteria จึงไม่ถือว่าเป็น cardinal symptom ของ ABRS สำหรับ CRP, AAO บอกว่ายังไม่แน่ชัดว่าการเจาะตรวจเป็น routine ได้ประโยชน์หรือคุ้มค่าจริงหรือไม่ (ตรงนี้ผมก็เห็นด้วย) อย่างไรก็ตามคนที่เห็น ABRS ใน CPG นี้ก็มักจะเป็น ABRS ในอีก CPG ด้วยเนื่องจาก criteria ส่วนใหญ่นั้น overlap กันครับ

KAS 1b — Imaging for ARS (**RECOMMENDATION AGAINST**: การทำ imaging ใน ARS เว้นแต่สงสัยภาวะแทรกซ้อน/วินิจฉัยอื่น)

หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ARS การ Dx ARS ไม่ต้องอาศัย imaging (ในที่นี้หมายถึง CT/MRI รวมไปถึง cone beam CT ด้วย) เว้นแต่สงสัยว่ามี complications เช่น orbital/intracranial หรือสงสัยว่าจะเป็นโรคอื่นเช่น odontogenic sinusitis, malignancy หรือ non-infectious causes of facial pain ทั้งนี้การลด imaging ที่ไม่จำเป็นจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ลด exposure ต่อรังสี ส่วน plain film, AAO อ้างถึง American College of Radiology ที่บอกว่า plain films of the sinuses are inaccurate in a high percentage of patients ซึ่งถ้าจะทำก็ทำ CT ไปเลยดีกว่า ดังนั้นทั้ง plain film/CT/MRI ไม่แนะนำทั้งสามอย่าง และการทำ imaging เป็น routine มักไม่เปลี่ยนแปลงการรักษา แต่ก็ยังเพิ่มโอกาสพบ incidental findings ที่ก่อการตรวจต่อเนื่องโดยไม่จำเป็น

KAS 2 — Symptomatic Relief of VRS (**OPTION**: การให้ analgesics, INCS, saline irrigation)

การรักษา VRS มุ่งเน้นไปที่การลดอาการเป็นหลักเพราะ VRS เป็น self-limited ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ antibiotics สำหรับการให้ intranasal corticosteroid (INCS) ตรงนี้มีความต่างเล็กน้อยจาก EPOS เล็กน้อย คือใน EPOS ให้แยกก่อนว่าเป็น common cold หรือ post-viral แล้วให้ INCS ในกลุ่ม post-viral เป็นต้นไป ส่วน common

cold (acute viral) อาจจะยังไม่ต้องใช้ แต่อาจารย์เคยสอนว่าการแบ่ง acute viral กับ post-viral ของ EPOS ทำให้คนงง ทั้งๆที่มันอาจจะไม่ต้องแยกกันก็ได้ สำหรับ CPG อันนี้ AAO ให้ INCS เป็น option สรุปว่าถ้าจะใช้ INCS ตั้งแต่ VRS เลยก็น่าจะสามารถทำได้ครับ AAO support

การล้างจมูกใน VRS จะมีประโยชน์หากล้างด้วย high volume (อ่านต่อ PMID:34971301, AAO เคย cite meta อันนี้ ซึ่ง meta สรุปว่าการล้างจมูกใน ARS ในภาพรวมลดได้แค่น้ำมูกอย่างเดียว ส่วน composite symptom กับ QoL ไม่ต่าง รวมไปถึง endoscopic score, cure rate, days to resolutions ด้วย)

สำหรับยาแก้คัดจมูกอาจใช้เป็น oxymetazoline 3-5 หรือถ้าจะใช้นานกว่านั้นสามารถใช้ pseudo แทน แต่ควรแนะนำเรื่อง BP HR สูงขึ้น ส่วนตัวชอบ oxymetazoline มากกว่า เห็นผลคือมันช่วยให้การล้างจมูกดีขึ้นมาก ไม่ปวดหู และคนไข้เดี๋ยวนี้ aware เรื่อง rebound แล้ว เมื่อจ่ายยาเภสัชกรก็ inform คนไข้อย่างดี

KAS 3 — Symptomatic Relief of ABRS (OPTION: การให้ analgesics, INCS, saline irrigation)

แม้เป็น ABRS ก็ยังควร symptomatic rx ด้วย เช่น ยาแก้ปวด, INCS, และ saline irrigation โดย INCS สามารถใช้ได้เดี่ยวหรือใช้ร่วมกับ antibiotics ก็ได้ สำหรับ saline irrigation ขอเสริมว่าที่ราชวิทยาลัยเราเคยทำการศึกษาเรื่องนี้ (PMID:33960674) พบว่าการล้างจมูกใน ABRS ได้ผลไม่ต่างจากการไม่ล้าง คืออาการดีขึ้นไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่เป็นจนหาย (day to resolution) ก็ไม่ต่างกัน แล้ว meta-analysis ที่ออกตามหลังมา (PMID:34971301) ก็ได้ผลสอดคล้องกัน สันนิษฐานว่าน่าจะเป็นเพราะมูกของ ABRS มีความเหนียวข้นมากกว่า ทำให้การล้างน้ำเกลือไม่ได้เพิ่มประโยชน์มากนัก ทั้งนี้ไม่ว่าหากล้างด้วย hypertonic น่าจะดีไหมอันนี้ต้องรอการศึกษาเพิ่มเติม เพราะว่าเกลือที่เข้มข้นกว่าน่าจะทำให้มูกคลายความเหนียวได้ดีขึ้น ใน CPG เองก็เขียนว่า hypertonic saline น่าจะดีกว่าเหมือนกันแล้ว cite meta ของจารุโศภ (PMID: 29774747) แต่ participant ของ meta นั้นไม่ได้เจาะจง ABRS มันรวมๆกันทั้ง ARS CRS AR ดังนั้นถ้าจะให้ล้าง hypertonic saline ในคนไข้ ABRS แนะนำให้แจ้งคนไข้ว่าล้างเบาๆไม่จ้นมันจะปวดหู หรือไม่ก็ให้ลองพ่น decongestant ก่อนเพื่อจะได้ไม่ต้องบีบแรงมาก ส่วน oral steroid, oral decongestant, antihistamine (ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะภูมิแพ้) และยาละลายเสมหะ (guaifenesin) ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน

KAS 4 — Initial Management of ABRS (RECOMMENDATION: แนะนำให้รอ 3-5 วัน ก่อนให้ Antibiotics)

สำหรับผู้ป่วยที่เป็น uncomplicated ABRS CPG ฉบับนี้แนะนำให้รอ โดยใช้คำว่า watchful waiting ถ้าไม่ดีขึ้นค่อยให้ antibiotics โดยคำแนะนำนี้มีเพื่อลด adverse effects และลดการดื้อยา เหตุผลคือผู้ป่วย ABRS ส่วนใหญ่ก็ยังสามารถหายได้เอง และยาปฏิชีวนะให้ประโยชน์เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (NNTB=19) แต่เพิ่มความเสี่ยงของผลข้างเคียง (NNTB=8) CPG ถือว่าแนวทางนี้เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ก็ควรมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วย CPG กำหนดระยะเวลาของ watchful waiting โดยทั่วไป 3-5 วัน ขึ้นกับบริบทและ timing ที่วินิจฉัย (หากวินิจฉัยเร็วอาจต้องเฝ้าดูนานขึ้นเล็กน้อย, ดูที่ Figure 3 page S17)

หากเทียบกับใน CPG ปี 2015 จะพบว่าของเก่าให้อิสระกับแพทย์ในการตัดสินใจว่าจะให้กินยาหรือจะรอก่อนก็ได้ และมีการพูดไปถึงว่าสามารถสั่งจ่าย antibiotics ให้คนไข้ไปก่อนแล้วให้คนไข้ไป watchful waiting ที่บ้าน หากพบว่าอาการไม่ดีขึ้นค่อยเอามากิน

KAS 5 — Choice of Antibiotic for ABRS (RECOMMENDATION: สั่งจ่าย amoxicillin ± clavulanate 5-7 วัน)

CPG แนะนำให้ amoxicillin ± clavulanate เป็น first-line เป็นระยะเวลา 5-7 วัน สำหรับคนไข้ส่วนใหญ่ (อัปเดตจากคำแนะนำเดิมที่ 5-10 วัน) โดยให้เหตุผลว่าระยะเวลาที่สั้นลง สามารถลด adverse effects และการดื้อยา โดยไม่เสียประสิทธิภาพทางคลินิกในการควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ใน part เชื้อของ ABRS ยังคงพูดถึงเชื้อ 3 ตัวหลัก + 10% Staph. aureus แล้วยก prevalence เรื่อง H.infla ที่สร้าง b-lactamase ที่มีอยู่ 27-43% ใน US. และ ตัว S.pneumo ที่ดื้อยา penicillin ว่ามีความชุกที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ CPG จึงแนะนำให้ดูเชื้อในพื้นที่ของตัวเอง นอกจากนี้ CPG ไม่แนะนำให้ prescribe anti-staph เป็น routine เพราะพบน้อยที่จะเป็น causative pathogen และตัวเชื้อ Staph เองยัง colonize ใน middle meatus ในคนปกติด้วย

ถ้าคนไข้แพ้ penicillin แนะนำให้ test ว่าแพ้จริง และอาจใช้ doxy เป็น 1st line แทน แล้วให้ macrolide เป็น 2nd line แล้วเก็บ quinolone ไว้เป็นทางเลือกสุดท้าย เพราะ Levoflox/Moxiflox นั้นมีอันตรายเรื่องความเสี่ยงของ tendon rupture, tendonitis, aortic rupture, peripheral neuropathy

KAS 6 — Treatment Failure for ABRS (RECOMMENDATION: ไม่ดีขึ้นใน 3-5 วัน: reassess, confirm แล้วเปลี่ยนยา)

หากผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงภายใน 3-5 วัน ทั้งที่ได้ยาปฏิชีวนะแล้ว ให้พบทวนการวินิจฉัย ABRS ตัดภาวะอื่นหรือภาวะแทรกซ้อน ในกรณีที่ยังยืนยันว่าเป็น ABRS จริง ให้เปลี่ยน antibiotics แนวทางนี้ช่วยหลีกเลี่ยงการคงอยู่ของเชื้อที่ดื้อยาหรือการให้ยาผิดเป้าหมาย และป้องกันความล่าช้าในการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้แพทย์ได้ประเมิน adherence, เทคนิคการใช้ยา, ปริมาณที่รับประทานจริง, และการเกิด adverse events ที่เกิดขึ้นได้ด้วย

CPG defines คำสองคำ คือ 'worsening' = อาการแย่ลงหรือมีอาการ/signsอื่นๆเพิ่มขึ้น และ 'failure to improve' = อาการไม่ดีขึ้น คำแนะนำให้โทรหรือนัดคนไข้ 3-5 วัน เพื่อดูว่ายังเหมือน ABRS หรือไม่ และควร r/o โรคไมเกรน tension headache, TMJ ซึ่งคล้ายกับไซนัสอักเสบได้ CPG บอกว่าจุดนี้การ c/s สามารถช่วยได้ โดยแนะนำ MM/SER swab และถึงตรงนี้ก็ยังไม่ได้นแนะนำให้ทำ imaging ครบ ยกเว้นว่าสงสัย complications

KAS 7a — Diagnosis of CRS or RARS (RECOMMENDATION: ให้แยกโรคจาก ABRS/other sinonasal causes)

คำแนะนำนี้พูดถึง CRS และ RARS โดยให้แยก CRS และ RARS ออกจาก isolated ABRS episodes และสภาวะอื่นที่มีอาการใกล้เคียง เช่น non-sinonasal facial pain หรืออาการปวดหัวอื่นๆ สำหรับ CRS นั้น AAO ตั้งเกณฑ์ไม่ต่างจาก EPOS คือ 2/4 อาการ + 1 documents (scope/CT) และยังเน้นว่า CRS คือ inflammatory disease ที่อาจมีการติดเชื้อเป็นครั้งคราวได้ (exacerbation)

สำหรับ RARS นิยามคือการเป็น ABRS ≥ 4 episodes ใน 1 ปีที่ผ่านมา และต้องหายสนิทในแต่ละครั้ง โดยปัจจัยเสี่ยงอาจจะเป็นควินบูรี่ สิ่งแวดล้อม อากาศ ไร ภูมิแพ้ และปัจจัยด้าน anatomy เช่น concha bullosa, Haller's cell (+DNS อันนี้ความเห็นส่วนตัว อ่านเพิ่มที่ ICAR:sinusitis 2021 page 311-316 PMID: 33236525) สิ่งที่สามารถทำได้คือ allergy testing และการผ่าตัด ESS ในบางราย (ICAR แนะนำ recommendation สำหรับการผ่าตัดในกรณีที่ติดเชื้อบ่อยมากๆ เคยได้ INCS แล้วไม่ดีขึ้นและมีปัญหาเรื่องการทำงาน)

KAS 7b — Objective Confirmation of CRS (STRONG RECOMMENDATION: ต้องมีหลักฐานจาก anterior rhinoscopy/endoscopy/CT)

การวินิจฉัย CRS ต้องมี objective documentation ของการอักเสบ โดยใช้ anterior rhinoscopy/nasal endoscopy/หรือ CT ตรงนี้ AAO อนุญาตให้ใช้ ant.rhino ได้ ในขณะที่ EPOS ให้เฉพาะ endoscopy/CT ครบ อย่างไรก็ตามต้องระมัดระวังหากใช้ nasal speculum ที่จะไม่สามารรถเห็นจุดที่อยู่ด้านในหรือก้อน polyp เล็กๆได้ ส่วน biomarkers ต่างๆ เช่น IL, serum eos ยังไม่ถือว่าเป็นมาตรฐานตอนนี้

KAS 8 — Modifying Factors (RECOMMENDATION: ประเมิน comorbidities)

CPG ไม่แนะนำวิธีการตรวจแบบ "เหวี่ยงแห" ครบ

โรค Asthma ความสัมพันธ์ระหว่าง CRS กับ asthma มี link ที่ชัดเจน ความรุนแรงของโรคหืดก็มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของ CRS และเมื่อ CRS ได้รับการรักษา (ไม่ว่าจะด้วยยาหรือการผ่าตัด) อาการของ asthma ก็จะดีขึ้นและความจำเป็นในการใช้ยา asthma จะลดลง และเนื่องจากความชุกที่สูงของการเกิดร่วมกันนี้ การคัดกรอง asthma ในผู้ป่วย CRSwNP อาจเป็นสิ่งที่สมควรทำ (ในงานวิจัยของราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ปี 2025 เราพบว่าความชุกใน CRSwNP จะประมาณ 30% และ CRSsNP ประมาณ 8% โดยสามารถใช้ tissue eosinophil counts ≥ 40 cell/HPF เป็นเกณฑ์ได้ ซึ่งเราพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีอยู่ของ adult-onset asthma โดยมี risk เป็น 3 เท่าของคนที่มี tissue eosinophil ต่ำกว่านี้ เราอาจใช้ตัวเลขนี้เป็นสะพานเชื่อมไปหาหมอ chest เพื่อให้เค้าช่วยทำ pulmonary function test ได้ อ่านต่อที่ PMID: 39776221) ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมโรคได้ยากควรได้รับการประเมินหา CRS ที่อาจมีอยู่ก็ได้

โรค Cystic Fibrosis (CF) เป็นโรคทาง genetic ที่พบมากใน Caucasians และน้อยใน Asians มีรายงานว่าพบ CRS ร่วมได้ประมาณ 30-67% และ CRS (esp. CRSwNP) หรือ RARS อาจเป็นอาการแสดงแรกของ CF ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคสีดวงจมูกซึ่งมีอาการก่อนอายุ 18 ปี หรือมีโรคจมูกและไซนัสอักเสบที่ต่อการรักษา ควรได้รับการคัดกรองหา CF เพราะจะได้ไปรับยา CFTR modulators ด้วย อย่างไรก็ตาม CF เป็นโรคที่หายากและมักเกิดในเด็ก หากสงสัยควรปรึกษาหมอเด็กเพื่อตรวจเพิ่มเติมครับ

Primary immune def. CPG สนับสนุนการทดสอบทางภูมิคุ้มกันเมื่อมีผู้ป่วยที่ต้องการรักษาหรือเป็นโรคซ้ำ ภาวะ PID ที่พบบ่อยที่สุด คือ CVID, IgA, IgG2 deficiency และ Specific Antibody Deficiency (SAD) พบได้ 10-20% ของ recurrent CRS ดังนั้น CPG แนะนำให้บันทึกความถี่ของ pneumonia, gastroenteritis, bronchitis, OM, ARS, RARS นอกจากนี้อย่าลืมพวก acquired เช่น HIV หรือคนที่ on ยาภูมิคุ้มกันต่างๆ

Ciliary Dyskinesia เป็นโรคที่มักต้องแยกออกจาก Immune def เพราะมีอาการแสดงใกล้เคียงกัน คือติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างบ่อยๆ หรืออาจจะมีการติดเชื้อที่หูชั้นกลาง และอาจจะมีการติดเชื้อตั้งแต่เด็ก โดยประวัติตอนเป็นผู้ใหญ่มักมีเรื่อง infertile ยิ่งชัด การทดสอบภาวะ cilia สามารถทำได้ด้วยการตัดเอาเยื่อบุโพรงจมูกไปส่อง EM คุณลักษณะของ cilia

AERD การวินิจฉัยขึ้นอยู่กับประวัติที่ชัดเจนของอาการต่อ ASA หรือ NSAIDs ที่เป็น COX-1 inhibitor อย่าง voltaren, brufen ดังนั้นควรถามคนไข้เสมอ เวลาคนไข้มี polyp กับ asthma ว่าเค้ายกยาแก้ปวดแล้วหิดกำเริบไหม หรืออาจเป็นการกิน alcohol ก็ได้ การรักษาเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนอาหาร การให้ยาต้าน leukotriene ไปจนถึงการส่งไปทดสอบความไวต่อแอสไพริน (ASA challenge) และพิจารณาทำ aspirin desensitization นอกจากนี้อาจใช้ urine LTE-4 เป็น markers แทนได้

GERD/LPR หลักฐานเกี่ยวกับการรักษา GERD เพื่อช่วย CRS ยังไม่ชัดเจน ถ้าอาการ GERD เยอะให้ Rx ไปเลย แต่หาก subclinical GERD ยังไม่มีคำตอบว่าควรรักษาไปด้วยหรือไม่

KAS 9 — Allergy and Immune Function Test (OPTION: in CRS/RARS)

การตรวจ allergy และ immune function เป็น option ในผู้ป่วย CRS/RARS โดยเฉพาะเวลาส่องไปแล้วคิดถึง CCAD พุดถึง CCAD มีเปเปอร์ใหม่ของ Delgaudio in IFAR PMID: 40844498 เสนอ criteria dx หนึ่งคือ polypoid change in endoscope เป็น strict criteria และ positive allergy testing เป็นเกณฑ์รอง อย่างอื่นเช่น CT findings of Halo sign เป็นตัวเสริม สำหรับกลุ่ม immune deficiency ให้ investigate หากพบโรคร่วมเช่น OM, bronchiectasis, pneumonia เช่น พบก IgA def, CVID, SAD (specific Ab def.)

KAS 10 — CRS with Nasal Polyps (RECOMMENDATION: ยืนยันว่ามีหรือไม่มี polyp)

ยังไง polyp ยังคงสำคัญ ในผู้ป่วย CRS แพทย์ควรยืนยันว่ามีหรือไม่มี nasal polyps เพราะส่งผลต่อ phenotype/endotype การพยากรณ์โรคและทางเลือกการรักษา (เช่น บทบาทของ systemic steroid short-course, biologics) CPG แนะนำให้ตรวจด้วย nasal endoscopy ซึ่งมองเห็นก้อน polyp ที่เล็กๆ ได้ (แม้ว่าจะไม่ห้าม ant.rhinoscope) และแนะนำหากไม่มียกกล้องให้ส่งไปหาคนที่มี และแนะนำให้ทำ CT ถ้าดูแล้วเหมือนมีเนื้อข้างเดียวหรือมันใหญ่จนออกนอก nasal cavity หรือมี atypical presentation อื่นๆ และอาจต้องทำ bx ในก้อนที่มีข้างเดียวนั้นๆเพื่อ r/o โรคอื่นๆ

KAS 11 — Topical therapy for CRS (RECOMMENDATION: saline irrigation และ/หรือ INCS)

ใน CRS ให้แนะนำ saline irrigation และ/หรือ INCS เพื่อบรรเทาอาการ โดยให้แยกระหว่าง spray กับ irrigation เพราะ irrigation จะได้ผลมากกว่าในการล้างเอาเมือกออก ให้เน้นเรื่องความสะดวกของขวดและน้ำ พยายามใช้น้ำกลั่น น้ำขวด หรือน้ำต้ม อย่าใช้น้ำบาดาล (ความเห็นส่วนตัว-เพราะมีรายงานเรื่องการติดเชื้ออมีบา Naegleria fowleri) CPG ขยายความของ INCS ให้ครอบคลุม ทั้งแบบ spray, steroid irrigation, eluting stent, และ exhale delivery system (EDS) และพุดถึงประโยชน์ของ steroid irrigation ในคนไข้หลังผ่าตัด แต่ไม่ได้ specific เรื่อง dose – duration

KAS 12 — Antifungal Therapy for CRS (RECOMMENDATION AGAINST: topical/systemic antifungals)

ใน CRS ไม่มีหลักฐานถึงประสิทธิผลที่ชัดเจน แต่ยกเว้น IFRS (ปัจจุบันเราให้กัน), ส่วน AFRS ยังต้องรอหลักฐานเพิ่มเติม

KAS 13a — Biologics for CRSsNP (RECOMMENDATION AGAINST: routine biologics ใน CRSsNP)

ไม่ควรสั่ง biologics ใน CRSsNP เพราะคนไข้ใน RCT ที่มีอยู่เกือบทั้งหมดทำในกลุ่มคนไข้ CRSwNP อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาที่กำลังทำอยู่ในปัจจุบันสำหรับ T2-CRSsNP หลักฐานในการใช้ biologics เช่น dupilumab, omalizumab มีอยู่เฉพาะในผู้ป่วย CRSwNP ที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น ปัจจุบัน biologics ถือเป็นทางเลือกเฉพาะสำหรับผู้ป่วย CRSwNP ที่ต้องการรักษามาตรฐานเพราะราคายังสูงมาก

KAS 13b — Biologics-Patient Education (RECOMMENDATION: ให้ความรู้เรื่อง biologics ใน CRSwNP ที่ failed treatment)

ใน CRSwNP ที่ failed ต่อ medical + surgical therapy หรือไม่เหมาะสมจะผ่าตัด (ด้วยโรคหรือความต้องการของผู้ป่วย) แนะนำให้ educate ผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทของ biologics และ CPG อ้างถึง EUFOREA consensus ที่แนะนำให้ให้ผ่าตัด ESS ก่อนให้ biologics ใน CRSwNP และโดยเฉพาะกลุ่มคนไข้ที่เป็นโรคร่วมอื่นเช่น chronic urticaria, severe asthma, eos esophagitis, atopic dermatitis จะเป็นกลุ่มที่ได้ประโยชน์มากขึ้นจาก Biologics

KAS 14 —Empiric Antibiotics for CRS (RECOMMENDATION AGAINST)

ความเข้าใจปัจจุบันว่า CRS เป็นโรค mainly inflammatory ไม่ใช่ infectious และ first-line คือ saline + INCS ทำให้ antibiotics ถูกลดบทบาทลงไป อย่างไรก็ตามก็ดีคำแนะนำนี้ยกเว้น secondary CRS อย่างเช่น odontogenic sinusitis ซึ่งอาจจะให้ antibiotics ก่อนได้ หรืออย่างในกรณีที่เกิด complications จาก sinusitis เช่น orbital-intracranial extension หรือไม่รวมไปถึง long-term macrolide ที่สามารถให้ในกลุ่ม non-t2 CRS ซึ่งสอดคล้องกับ ICAR-Sinusitis 2021 ที่ยังให้คำแนะนำเป็น option สำหรับ macrolide ทั้ง CRSsNP และ CRSwNP (non-type2)

วิรัช จิตสุทธิภากร