

# ริดสีดวงจมูก

## (Nasal Polyps) (ตอนที่ 1)

โรคริดสีดวงจมูก (nasal polyps) เป็นโรคทางจมูกที่พบได้บ่อย และเป็นก้อนเนื้องอกในโพรงจมูกชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ริดสีดวงจมูกสร้างปัญหาให้กับทั้งตัวผู้ป่วยเอง และแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งได้แก่ปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ และการเกิดไซนัสอักเสบร่วมด้วย ทำให้เกิดความเข้าใจทั้งในหมู่ประชาชนทั่วไปและในหมู่แพทย์เองว่ารักษาไม่หาย ผู้ป่วยบางรายได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง แต่ยังคงกลับเป็นซ้ำได้อีก.

### คำจำกัดความ

ริดสีดวงจมูก คือ การที่เยื่อจมูกหรือไซนัสมีการอักเสบและบวม จนยื่นออกมาเป็นก้อนทำให้โพรงจมูกและ/หรือไซนัสแคบ.

### พยาธิกำเนิด

จนถึงปัจจุบัน สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดริดสีดวงจมูก ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามมีปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่อาจมีส่วนในการเกิดริดสีดวงจมูก<sup>1,2</sup> ได้แก่

1. การอักเสบเรื้อรัง และการติดเชื้อของเยื่อจมูก และไซนัส ซึ่งกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ มีผลทำให้เกิดการบวมของเยื่อ.
2. ความผิดปกติของการตอบสนองของระบบประสาทที่ควบคุม vasomotor responses และภาวะความไวเกินของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเยื่อจมูกและไซนัสทำให้เกิดการบวมของเยื่อ.
3. ความผิดปกติของกระแสลมที่ผ่านเข้าไปบริเวณซึ่งเป็นต้นตอของริดสีดวงจมูก ได้แก่ บริเวณ middle meatus, middle turbinate และ superior turbinate และบริเวณรูเปิดของไซนัส.



ปารยะ อาศนะเสน พ.บ.,  
รองศาสตราจารย์  
ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ริดสีดวงจมูกที่เกิดขึ้นบางชนิด มีความสัมพันธ์หรือเกิดร่วมกับโรคอื่นๆ หรืออาจเป็นผลที่เกิดจากการอักเสบ ซึ่งสัมพันธ์กับโรคเหล่านั้น หรือเป็นผลที่เกิดท้ายสุดของโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า ริดสีดวงจมูกอาจเกิดจากสาเหตุหลายๆ ประการ (multifactorial disease) โรคที่พบว่ามีริดสีดวงจมูกเกิดร่วมด้วยได้แก่

1. โรคหืดในผู้ใหญ่ชนิดที่ไม่ได้เกิดจากภูมิแพ้ (non-allergic or intrinsic asthma).
2. โรคหืดในผู้ใหญ่ชนิดที่เกิดจากภูมิแพ้ (allergic or atopic asthma).
3. ภาวะการแพ้ยาแอสไพริน (aspirin intolerance) หรือมี acetylsalicylic acid (ASA) triad (ได้แก่ asthma, aspirin intolerance, rhinitis/sinusitis/nasal polyps).
4. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับโรคจมูกอักเสบชนิดไม่แพ้ (chronic rhinosinusitis with non-allergic rhinitis).
5. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (chronic rhinosinusitis with allergic rhinitis).
6. Allergic fungal rhinosinusitis.
7. Cystic fibrosis.
8. Kartagener's syndrome ซึ่งประกอบด้วย bronchiectasis, ไซนัสอักเสบ, situs inversus และความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำงานของ cilia.
9. Churg-Strauss syndrome ซึ่งประกอบด้วยอาการของโรคหืด, ไข้, มี eosinophils ในเลือดสูง, มีการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) และ granuloma.
10. Young's syndrome ประกอบด้วย sinopulmonary disease และ azoospermia.

### อุบัติการณ์

การศึกษาความชุกของโรคริดสีดวงจมูกใน

ประชากรทั่วไปมีน้อยมาก เท่าที่มีตัวเลขรายงานนั้นแตกต่างกันไป แล้วแต่วิธีการสำรวจ รายงานในประชากรของยุโรปตะวันออก โดยใช้แบบสอบถามพบความชุกของริดสีดวงจมูกร้อยละ 1.3<sup>3</sup> รายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 1-4<sup>4</sup> และในประเทศฟินแลนด์พบร้อยละ 4.3<sup>5</sup> ส่วนความชุกของริดสีดวงจมูกที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ และมาพบแพทย์ในประชากรของยุโรปตะวันออกพบน้อยกว่าร้อยละ 1<sup>6</sup> รายงานล่าสุดจากประเทศสวีเดน โดย Johansson และคณะ<sup>7</sup> พบว่าความชุกของริดสีดวงจมูกในประชากรที่ศึกษาเท่ากับร้อยละ 2.7 และพบได้บ่อยในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (2.2 : 1) ในผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบร้อยละ 5 ส่วนใหญ่พบมากในผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20-40 ปี ในเด็กพบได้น้อยมาก สำหรับในประเทศไทยไม่มีการสำรวจความชุกของโรคริดสีดวงจมูกในหมู่ประชากรทั่วไป ในระหว่างปี พ.ศ. 2540-2542 ที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกร้อยละ 2.6 ของผู้ป่วยหู คอ จมูก ทั้งหมด (จำนวนผู้ป่วยหู คอ จมูก มีประมาณ 60,000-70,000 รายต่อปี) ส่วนอุบัติการณ์ของการพบริดสีดวงจมูกในโรคต่างๆ แสดงไว้ในตารางที่ 1.<sup>2, 8</sup>

การศึกษาใน cadaver โดยวิธีตรวจจมูกทางด้านหน้า (anterior rhinoscopy) พบริดสีดวงจมูกร้อยละ 29 ถ้าทำการศึกษาโดยการผ่าตัดไซนัสด้วยกล้อง (endoscopic sinus surgery) จะพบริดสีดวงจมูกสูงถึงร้อยละ 32-42<sup>10,11</sup> แต่ริดสีดวงจมูกที่พบเหล่านี้มีขนาดเล็ก และไม่ก่อให้เกิดอาการใดๆ การพบริดสีดวงจมูกในอัตราสูงใน cadaver นี้ อาจแสดงถึงอัตราการหายของริดสีดวงจมูก ซึ่งอาจจะมีการหายได้สูง หรือไม่โตขึ้น มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่โตขึ้น และทำให้เกิดอาการทางคลินิก จนทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์.

### การวินิจฉัย

เมื่อริดสีดวงจมูกมีขนาดโตขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคัดแน่นจมูก ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ อาจมี

ตารางที่ 1. อุบัติการณ์ของการพบริดสีดวงจมูกในโรคต่างๆ.<sup>2, 8</sup>

โรค	อุบัติการณ์ของริดสีดวงจมูก (ร้อยละ)
โรคหืดในผู้ใหญ่	7
โรคหืดที่ไม่ได้เกิดจากภูมิแพ้ (intrinsic or non-allergic asthma)	13
โรคหืดที่เกิดจากภูมิแพ้ (allergic or atopic asthma)	5
โรคหืดที่มีการแพ้ยาแอสไพริน	36
โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง	2
โรคไซนัสอักเสบเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากภูมิแพ้	5
โรคไซนัสอักเสบเรื้อรังที่เกิดจากภูมิแพ้	1
Cystic fibrosis	20
Odontogenic sinusitis	16
Kartagener's syndrome	27
Allergic fungal sinusitis	80
Young's syndrome	100

อาการจาม หรือน้ำมูกได้ ซึ่งอาจมีลักษณะใส ชุ่มชื้น เหนียว หรือมีสีเหลืองเขียว ผู้ป่วยอาจได้รับกลิ่นน้อยลงหรือไม่ได้กลิ่น ในรายที่มีไซนัสอักเสบร่วมด้วย อาจมีน้ำมูก เสมหะเหลือง เขียวไหลลงคอ อาจมีอาการปวดตื้อบริเวณแก้ม หรือสันจมูก ปวดหรือมีคันศีรษะ เจ็บคอเรื้อรัง ไอหรือกระแอมบ่อย ระคายคอ แสบคอ และหือ้อได้.

ริดสีดวงจมูกมักจะพบหลายๆ ก้อน และมักพบทั้ง 2 ข้างของโพรงจมูก มีลักษณะเฉพาะ คือ ผิวค่อนข้างมัน เรียบ สีขาวเทา หรือขาวเหลือง ในรายที่ริดสีดวงจมูกโตมาก อาจห้อยลงมาทางด้านหน้าของโพรงจมูก เห็นเป็นก้อนจุกอยู่ที่รูจมูกได้ หรือบางรายริดสีดวงจมูก อาจยื่นไปทางด้านหลังของโพรงจมูก ถ้าใหญ่มากอาจเห็นเป็นก้อนยื่นย้อยลงไปในคอได้ การวินิจฉัยอาศัยอาการ และอาการแสดงดังกล่าว โดยเฉพาะการตรวจจมูก และโพรงหลังจมูก ในรายที่สงสัยว่ามีไซนัสอักเสบร่วมด้วย อาจส่งถ่ายภาพรังสีของไซนัสร่วมด้วย ในรายที่ตรวจร่างกายธรรมดาแล้วเห็นไม่ชัด อาจพิจารณาส่องกล้องตรวจภายใน

โพรงจมูก โดยเฉพาะบริเวณ middle meatus หรือ บริเวณ osteomeatal complex อาจเห็นริดสีดวงจมูกในระยะแรก ซึ่งมีขนาดเล็กได้.

### ความสัมพันธ์ระหว่างโรคริดสีดวงจมูกและไซนัสอักเสบ

โรคริดสีดวงจมูกมักพบร่วมกับไซนัสอักเสบชนิดเรื้อรัง ซึ่งบางครั้งไม่สามารถบอกได้ว่าริดสีดวงจมูกเกิดขึ้นก่อน หรือหลังการเกิดไซนัสอักเสบ ถ้ามีการอุดตันรูเปิดของไซนัสจะทำให้การทำงานของ cilia ผิดปกติ เกิดการคั่งของของเหลว หรือสารคัดหลั่งจากเยื่อไซนัส เกิดการอักเสบ หรือติดเชื้องขึ้นในโพรงไซนัส ถ้าการอักเสบนั้นเป็นเรื้อรัง จะเกิดการบวมของเยื่อไซนัสรวมทั้งบริเวณ osteomeatal complex ด้วย เมื่อมีการอักเสบของเยื่อ และมีการบวมอยู่นาน จะเกิดเป็นริดสีดวงจมูกตามมาได้.

สาขาโรคจมูกและโรคภูมิแพ้ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช ทำการศึกษาผลการเพาะเชื้อจาก maxillary sinus แบบย้อนหลัง ใน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคไซนัสอักเสบเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา โดยการผ่าตัดในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2541-2542<sup>12</sup> มีผู้ป่วยทั้งหมด 231 ราย แยกเป็นผู้ป่วยไซนัสอักเสบเรื้อรังที่มีริดสีดวงจมูกร่วมด้วย 123 ราย และผู้ป่วยไซนัสอักเสบเรื้อรังที่ไม่มีริดสีดวงจมูก 108 ราย พบว่ากลุ่มที่มีริดสีดวงจมูกร่วมด้วย พบเชื้อแบคทีเรียร้อยละ 56.9 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีริดสีดวงจมูก พบเชื้อแบคทีเรียร้อยละ 66.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีริดสีดวงจมูกเล็กน้อยโดยเชื้อที่พบบ่อยในกลุ่มที่มีริดสีดวงจมูก ได้แก่ เชื้อ *Staphylococcus species* และ *H. influenzae* ส่วนเชื้อที่พบบ่อยในกลุ่มที่ไม่มีริดสีดวงจมูก ได้แก่ *Staphylococcus species* และ *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งอัตราการพบเชื้อไม่แตกต่างกันระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม.

ในผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น cystic fibrosis และ Kartagener's syndrome มักจะพบว่ามี colonization ของเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งดูเหมือนว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดริดสีดวงจมูก<sup>9</sup> การให้ยาต้านจุลชีพที่สามารถฆ่าเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Staphylococcus aureus* ได้ ร่วมกับการให้ยาละลายเสมหะ จะลดอัตราการเกิดริดสีดวงจมูกในผู้ป่วย cystic fibrosis ลงเหลือเพียงร้อยละ 2-5 เท่านั้น (ปกติพบร้อยละ 20 จากตารางที่ 1).

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในขณะที่มีริดสีดวงจมูก ร่วมกับไซนัสอักเสบนั้น อาจจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจเริ่มต้นจากการมีไซนัสอักเสบ และเกิดเรื้อรังขึ้น โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการบวมเรื้อรัง และมีริดสีดวงจมูกเกิดตามมา หรืออาจจะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้, โรคหืด หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีการทำงานของ cilia ผิดปกติ (ciliary dyskinesia) หรือผู้ป่วยที่แพ้ยาแอสไพริน เป็นต้น โดยที่การอักเสบของไซนัส และการเกิดริดสีดวงจมูก เป็นขบวนการต่อเนื่องของการอักเสบของเยื่อในจมูกและไซนัส ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 แบบนี้ มีพยากรณ์ของโรค (prognosis) ต่างกัน ดัง

นั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจำแนกผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบและริดสีดวงจมูก ที่ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย ออกจากกลุ่มผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบและริดสีดวงจมูกที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เพื่อประโยชน์ในการรักษา และการวางแผนผ่าตัด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม และสามารถบอกพยากรณ์ของโรคได้ด้วย.

Stammler<sup>13</sup> จำแนกผู้ป่วยที่มีริดสีดวงจมูกออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 : ริดสีดวงจมูกชนิดแอนโทรโคเอนัล (antrochoanal polyps) (ภาพที่ 1).

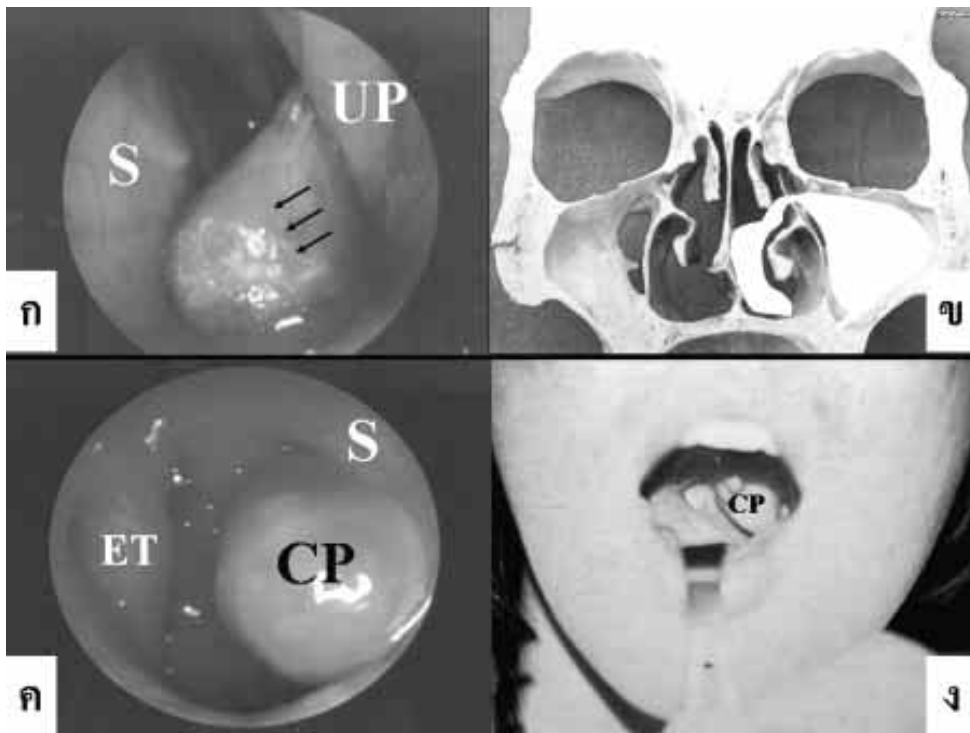
กลุ่มที่ 2 : ริดสีดวงจมูกชนิดเดี่ยว (isolated polyps) (ภาพที่ 2).

กลุ่มที่ 3 : ริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับเซลล์ชนิดที่ไม่ใช่ eosinophils (nasal polyps with chronic rhinosinusitis associated with non-eosinophilic infiltration) (ภาพที่ 3).

กลุ่มที่ 4 : ริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบเรื้อรัง ร่วมกับเซลล์ชนิด eosinophils (nasal polyps with chronic rhinosinusitis associated with eosinophilic infiltration).

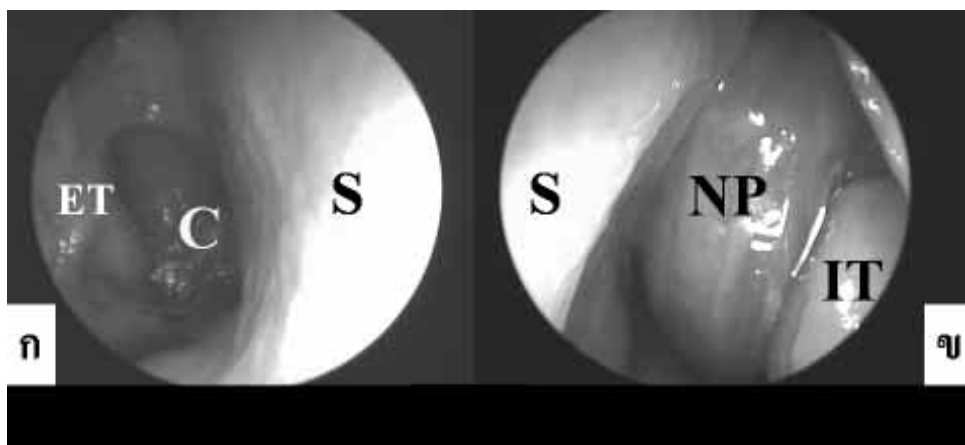
กลุ่มที่ 5 : ริดสีดวงจมูกที่เกิดร่วมกับโรค หรือกลุ่มอาการเฉพาะอื่นๆ (nasal polyps with specific diseases).

พีรพันธ์ เจริญชาติศรีและคณะ<sup>14</sup> ได้ทำการศึกษา ชนิดของริดสีดวงจมูก โดยจำแนกตามการตรวจพบทางคลินิกและทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นริดสีดวงจมูกที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดที่ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2541 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2542 มีผู้ป่วยทั้งหมด 145 ราย เป็นชาย 86 ราย (ร้อยละ 59.3), หญิง 59 ราย (ร้อยละ 40.7) อัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.5 : 1 อายุเฉลี่ย  $36.1 \pm 16.5$  ปี (9-74 ปี) ระยะเวลาที่เป็นเฉลี่ย  $63.6 \pm 75.2$  เดือน ผลการศึกษาพบริดสีดวงจมูกชนิดแอนโทรโคเอนัล 13 ราย (ร้อยละ 8.9), ริดสีดวงจมูกชนิดเดี่ยว 17 ราย (ร้อยละ 11.7),



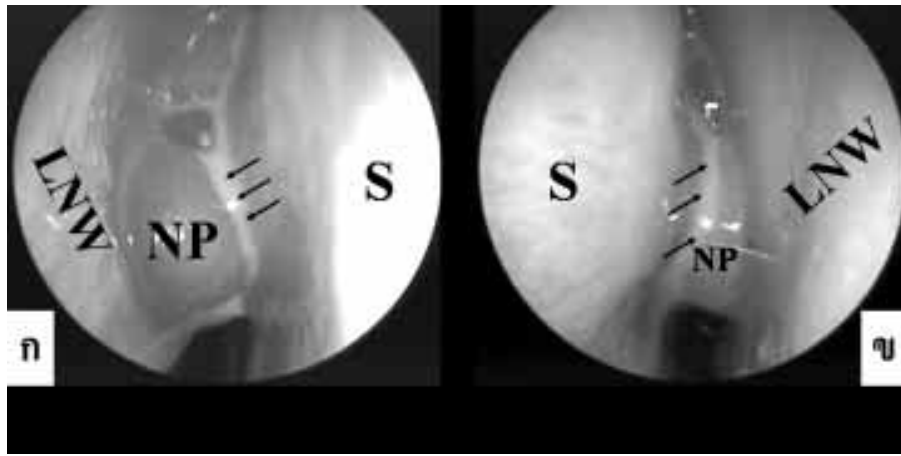
ภาพที่ 1. ริดสีดวงจมูกชนิดแอนโทรโคเอนัล (antrochoanal polyps)

- ก. จมูกข้างซ้ายแสดง antrochoanal polyps (ลูกศร) ยื่นออกมาจากรูเปิดของ maxillary sinus ห้อยลงมาในโพรงจมูก
  - ข. ภาพวาดแสดงต้นกำเนิดของ antrochoanal polyps ซึ่งออกมาจาก maxillary sinus ข้างซ้าย
  - ค. โพรงหลังจมูกข้างขวาแสดง choanal polyps (CP) ข้างซ้ายโผล่ยื่นเข้ามาที่โพรงหลังจมูกข้างขวา
  - ง. ผู้ป่วย choanal polyps (CP) มีก้อนห้อยลงมาหลังเพดานอ่อน
- (S = nasal septum, UP = uncinat process, ET = eustachian tube, CP = choanal polyps)



ภาพที่ 2. ริดสีดวงจมูกชนิดเดี่ยว (isolated polyps)

- ก. จมูกข้างขวาแสดงโพรงจมูกที่ปกติ ไม่มีริดสีดวงจมูก
  - ข. จมูกข้างซ้ายแสดงริดสีดวงจมูกชนิดเดี่ยว (NP) ที่มีต้นกำเนิดจากบริเวณ middle meatus
- (S = nasal septum, C = choana, ET = eustachian tube, IT = inferior turbinate, NP = nasal polyp)



ภาพที่ 3. รีดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบเรื้อรังร่วมกับเซลล์ชนิดที่ไม่ใช่ eosinophils (nasal polyps with chronic rhinosinusitis associated with non-eosinophilic infiltration)

จมูกข้างขวา (ก) และข้างซ้าย (ข) แสดงริดสีดวงจมูก (NP) ที่มีไซนัสอักเสบร่วมด้วย ซึ่งเห็นหนองในโพรงจมูก (ลูกศร) (S = nasal septum, NP = nasal polyp, LNW = lateral nasal wall)

ริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบเรื้อรังร่วมกับเซลล์ชนิดที่ไม่ใช่ eosinophils 105 ราย (ร้อยละ 72.4), รีดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบเรื้อรังร่วมกับเซลล์ชนิด eosinophils และโรคหืด 5 ราย (ร้อยละ 3.5) และริดสีดวงจมูกร่วมกับโรค หรือกลุ่มอาการเฉพาทางอื่นๆ 5 ราย (ร้อยละ 3.5) (ตารางที่ 2) การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกตามการแบ่งของ Stammberger<sup>13</sup> นี้มีประโยชน์ในการวางแผนรักษา ตลอดจนการติดตามผู้ป่วย เพราะลักษณะการดำเนินโรค และการพยากรณ์ โรคของริดสีดวงจมูกกลุ่มต่างๆ นี้ จะแตกต่างกัน.

การจำแนกชนิดของริดสีดวงจมูกตามการตรวจพบทางพยาธิวิทยา โดยใช้เกณฑ์ของ Hellquist<sup>15</sup> แบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่

ชนิดที่ 1 (Type I)-edematous, eosinophilic, allergic polyps.

ชนิดที่ 2 (Type II)-fibroinflammatory polyps.

ชนิดที่ 3 (Type III)-polyps with hyperplasia of seromucinous glands.

ชนิดที่ 4 (Type IV)-polyps with stromal atypia.

พีรพันธ์ เจริญชาติศรีและคณะ<sup>14</sup> ได้รายงานชนิดของพยาธิวิทยาของริดสีดวงจมูก ที่พบในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดรักษาที่ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึงปี พ.ศ. 2542 พบว่า 17 ราย (ร้อยละ 11.7) เป็นชนิดที่ 1, 118 ราย (ร้อยละ 81.4) เป็นชนิดที่ 2, 9 ราย (ร้อยละ 6.2) เป็นชนิดที่ 3 และ 1 ราย (ร้อยละ 0.7) เป็นชนิดที่ 4 (ตารางที่ 2) จากการศึกษานี้ถ้าพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกร่วมกับไซนัสอักเสบ (ได้แก่ ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 3, 4 และ 5 ในตารางที่ 2) พบว่ามีจำนวน 115 ราย หรือ ร้อยละ 79.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกที่ไม่มีไซนัสอักเสบร่วมด้วย ได้แก่ กลุ่มที่ 1 และ 2 ซึ่งมีจำนวนรวมกัน 30 ราย หรือ ร้อยละ 20.6.

การศึกษาจากภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าผู้ป่วยริดสีดวงจมูกจำนวน 73 ราย มีไซนัสอักเสบร่วมด้วยร้อยละ 67.1 โดยเป็นริดสีดวงจมูกชนิด eosi-

ตารางที่ 2. ผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกจำนวน 145 ราย จำแนกตามการตรวจพบทางคลินิกและทางพยาธิวิทยา<sup>14</sup> (SD = standard deviation).

ชนิดของริดสีดวงจมูก	กลุ่มที่ 1 (ACP)	กลุ่มที่ 2 (IP)	กลุ่มที่ 3 (NPCRS)	กลุ่มที่ 4 (NPA)	กลุ่มที่ 5 (NPSD)	รวมผู้ป่วย ทั้งหมด
จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	13 (8.9)	17 (11.7)	105 (72.4)	5 (3.5)	5 (3.5)	145 (100)
อายุเฉลี่ย $\pm$ ค่า SD (ปี)	35.4 $\pm$ 19.1	40.5 $\pm$ 17.9	35.5 $\pm$ 16.3	41.8 $\pm$ 14.9	30.6 $\pm$ 11.5	36.1 $\pm$ 16.5
ระยะเวลาที่เป็น $\pm$ ค่า SD (เดือน)	44.8 $\pm$ 42.5	69.4 $\pm$ 58.7	60.6 $\pm$ 74.9	147.0 $\pm$ 187.5	81.6 $\pm$ 41.0	63.6 $\pm$ 75.2
<b>ลักษณะทางพยาธิวิทยา (ร้อยละ ในแต่ละชนิดของริดสีดวงจมูก)</b>						
ชนิดที่ 1*	0	4 (23.5)	12 (11.4)	1 (20)	0	17 (11.7)
ชนิดที่ 2	11 (84.6)	13 (76.5)	86 (81.9)	3 (60)	5 (100)	118 (81.4)
ชนิดที่ 3*	1 (7.7)	0	7 (6.7)	1 (20)	0	9 (6.2)
ชนิดที่ 4	1 (7.7)	0	0	0	0	1 (0.7)
รวมแต่ละชนิด (ร้อยละ)	13 (100)	17 (100)	105 (100)	5 (100)	5 (100)	145 (100)

กลุ่มที่ 1 = ACP (Antrochoanal polyps).

กลุ่มที่ 2 = IP (Isolated polyps).

กลุ่มที่ 3 = NPCRS (Nasal polyps with chronic rhinosinusitis associated with non-eosinophilic infiltration).

กลุ่มที่ 4 = NPA (Nasal polyps with chronic rhinosinusitis associated with eosinophilic infiltration)

กลุ่มที่ 5 = NPSD (Nasal polyps with specific diseases)

\* ลักษณะทางพยาธิวิทยาของชนิดที่ 1 และชนิดที่ 3 จะมี eosinophilic infiltration

nophil-dominated ร้อยละ 69.9 (ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกชนิดนี้ มีไซนัสอักเสบร่วมด้วย ร้อยละ 60.8) และเป็นชนิด neutrophil-dominated ร้อยละ 30.1 (ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกชนิดนี้ มีไซนัสอักเสบร่วมด้วยร้อยละ 81.8)<sup>16</sup> ซึ่งผลที่พบดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช.

#### ริดสีดวงจมูกที่ไม่มีไซนัสอักเสบร่วมด้วย

ผู้ป่วยริดสีดวงจมูกกลุ่มแอนโทรโคแอนัล และริดสีดวงจมูกชนิดเดียวกันนั้น มักไม่มีการอักเสบของ

ไซนัสร่วมด้วย เนื่องจากกลไกการเกิดหรือพยาธิกำเนิดแตกต่างจากริดสีดวงจมูกชนิดอื่น ริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ชนิดนี้มักจะเป็นข้างเดียว ริดสีดวงจมูกชนิดแอนโทรโคแอนัล มักจะมีต้นกำเนิดจาก maxillary sinus โดยเริ่มต้นจากเป็นถุงน้ำใน maxillary sinus ก่อน ถุงน้ำอาจมีก้อนเดี่ยว หรือหลายก้อน เมื่อถุงน้ำขยายตัวใหญ่ขึ้นก็จะอยู่เต็มในโพรงไซนัส และไหลออกทางรูเปิดธรรมชาติ (natural ostium) หรือรูเปิดพิเศษ (accessory ostium) และไหลออกมาทาง middle meatus ห้อยลงมาในโพรงจมูก และอาจลงไป



ที่ choana และ nasopharynx.

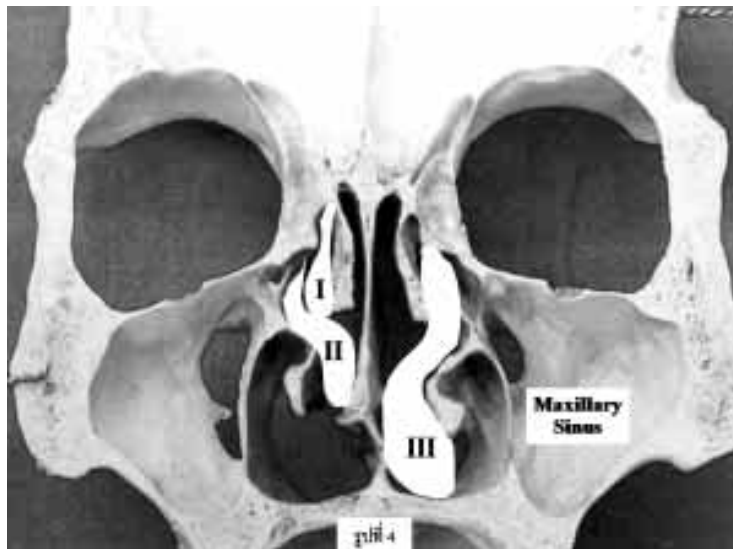
ส่วนริดสีดวงจมูกชนิดเดี่ยวนั้นมักจะมีต้นกำเนิดจากเยื่อส่วนที่สัมผัสกัน (mucosal contact area) ระหว่าง uncinete process และ middle turbinate หรือระหว่าง uncinete process และ ethmoid bulla ในผู้ป่วยบางราย ริดสีดวงจมูกอาจจะมีต้นกำเนิดจาก sphenoidal recess ก็ได้ ริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ชนิดนี้เมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้น อาจลงมาถึงพื้นของจมูก และอาจไปถึง choana ก็ได้ การรักษาริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ชนิดนี้ คือ การผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออกโดยใช้กล้อง (endoscopic removal) โดยดึงริดสีดวงจมูกออก พร้อมทั้งตัดบริเวณหัวของริดสีดวงจมูกที่เกาะอยู่กับเยื่อออกด้วย ถ้าเป็นริดสีดวงจมูกชนิดแอนโทรโค-เอเนล ต้องขยายรูเปิดธรรมชาติของไซนัสด้วย เพื่อเอาถุงน้ำและหัวของริดสีดวงจมูกใน maxillary sinus ออกด้วย ลักษณะทางพยาธิวิทยาของริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ชนิดนี้ มักจะพบเซลล์ที่เป็น neutrophils (neutrophilic infiltration) พบ eosinophils น้อยมาก การให้ยาสเตียรอยด์ไม่มีผลต่อการรักษา ในรายที่ผ่าตัดเอาหัวออกได้หมด มักไม่มีการกลับเป็นซ้ำ ริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ชนิดนี้ ถือเป็นริดสีดวงจมูกชนิดที่ไม่มีไซนัสอักเสบร่วมด้วย และสามารถรักษาให้หายขาดได้.

### ริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบร่วมกับเซลล์ที่ไม่ใช่ eosinophils

การวินิจฉัยริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบร่วมกับเซลล์ที่ไม่ใช่ eosinophils นั้นใช้การซักประวัติว่าไม่เป็นโรคหืด ไม่มีประวัติเป็นโรค หรืออยู่ในกลุ่มอาการอื่นๆ และใช้การตรวจโพรงจมูก และภาพถ่ายรังสี ถ้าพบว่ามีไซนัสอักเสบร่วมด้วย จะจัดผู้ป่วยไว้ในกลุ่มนี้ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือมักจะมีริดสีดวงจมูกในจมูกทั้ง 2 ข้าง การบวมของเยื่อบุจมูก มักจะเริ่มต้นในบริเวณ osteomeatal complex ซึ่งอาจจะโตขึ้นได้จนเป็นริดสีดวงจมูกที่มีขนาดใหญ่และอุดตันรูเปิดของ maxillary sinus และ frontal sinus ได้ มักจะพบความผิดปกติทางกายวิภาคภายในโพรงจมูกที่ทำให้ osteomeatal complex แคบลง หรืออุดตัน ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยเป็นไซนัสอักเสบเรื้อรังอยู่นานหลายเดือน หรือเป็นปีก่อนที่จะมาพบแพทย์.

การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วยการรักษาไซนัสอักเสบด้วยการให้ยา และรักษาริดสีดวงจมูก โดยพิจารณาจากระยะของริดสีดวงจมูก ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ (ภาพที่ 4) <sup>17</sup> คือ

ระยะที่ 1 ริดสีดวงจมูกอยู่เฉพาะใน middle meatus.



ภาพที่ 4. แสดงระยะของริดสีดวงจมูก (grading of nasal polyps).  
[ I = ระยะที่ 1, II = ระยะที่ 2, III = ระยะที่ 3 ]



ระยะที่ 2 ริดสีดวงจมูกโผล่ยื่นจาก middle meatus อยู่ในโพรงจมูกโดยส่วนล่างไม่ลงมาถึงขอบล่างของ inferior turbinate.

ระยะที่ 3 ริดสีดวงจมูกมีขนาดใหญ่ลงมาต่ำกว่าขอบล่างของ inferior turbinate หรือถึงพื้นของโพรงจมูก.

โดยทั่วไป ถ้าริดสีดวงจมูกอยู่ในระยะที่ 1 หรือ 2 ให้เริ่มต้นรักษาด้วยยาก่อน ยาที่ใช้รักษาริดสีดวงจมูกได้แก่ ยาสตีรอยด์ทั้งชนิดฉีด ชนิดรับประทาน และชนิดพ่นจมูก ถ้าริดสีดวงจมูกโตเต็มโพรงจมูก (ระยะที่ 3) ควรรักษาด้วยการผ่าตัดก่อน นอกจากนั้นในรายที่ให้การรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้อผล ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาโดยการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดไซนัสด้วยกล้อง (endoscopic sinus surgery) การผ่าตัดดังกล่าวประกอบด้วย การตัดริดสีดวงจมูกออก (polypectomy), การทำบริเวณ osteomeatal complex ให้โล่ง, การขยายรูเปิดธรรมชาติของ maxillary sinus (middle meatal antrostomy) และการผ่าตัด ethmoidal sinus (ethmoidectomy) แล้วแต่กรณี.

กลุ่มผู้ป่วยริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบร่วมกับเซลล์ชนิดที่ไม่ใช่ eosinophils นี้เป็นริดสีดวงจมูกกลุ่มที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาลศิริราช คือ พบถึงร้อยละ 72.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลทางพยาธิวิทยาของริดสีดวงจมูกกลุ่มนี้พบว่าร้อยละ 81.9 เป็นชนิดที่ 2 คือ fibroinflammatory polyps ส่วนที่เหลือร้อยละ 11.4 เป็นชนิดที่ 1 และร้อยละ 6.7 เป็นชนิดที่ 3 (ตารางที่ 2).<sup>14</sup>

### ริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบร่วมกับเซลล์ชนิด eosinophils

ผู้ป่วยริดสีดวงจมูกที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ริดสีดวงจมูกชนิดที่เป็น diffuse polyposis ในผู้ป่วยที่แพ้ยาแอสไพริน, ผู้ป่วยที่มีโรคหืดร่วมด้วย และผู้ป่วยที่เป็น allergic fungal rhinosinusitis การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยริดสีดวงจมูกอยู่ในกลุ่มนี้หรือไม่ อาศัยการซักประวัติ

ว่ามีการแพ้ยาแอสไพริน และยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สตีรอยด์ (NSAIDs) ชนิดอื่นหรือไม่ เป็นโรคหืดร่วมด้วยหรือไม่ การตรวจโพรงจมูกมักจะพบริดสีดวงจมูกในจมูกทั้ง 2 ข้าง เป็นลักษณะแบบ diffuse polyposis เยื่อของผนังด้านข้างของจมูก (lateral nasal wall) มักมีลักษณะ polypoid ด้วย แต่เยื่อบุบริเวณ inferior meatus และผนังกันช่องจมูกส่วนล่างจะไม่มีลักษณะเป็น polypoid หรือริดสีดวงจมูก ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ของไซนัส มักมีการขุ่นทึบทั้งหมดของไซนัส (total opacification) และ osteomeatal complex ทั้ง 2 ข้าง.

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของริดสีดวงจมูกในกลุ่มนี้ มี eosinophil infiltration มาก และกระจายอยู่ทั่วไปในเยื่อบุ และในตัวริดสีดวงจมูกเอง ถ้าตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนและทำการย้อมพิเศษ จะพบว่ามีสารหลั่ง mediator ของ eosinophils ในเยื่อบุและในเนื้อเยื่อของริดสีดวงจมูก.

จุดประสงค์หลักของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการกำจัดริดสีดวงจมูก โดยการให้ยาสตีรอยด์หรือการผ่าตัด แล้วแต่ระยะของริดสีดวงจมูก การให้ยาสตีรอยด์ทั้งชนิดพ่นจมูก และชนิดกิน จะลดปริมาณของ eosinophils และ mediator ของมันที่จะมีผลทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุจมูกและไซนัส ทำให้ริดสีดวงจมูกยุบลง ในรายที่เป็นไม่มาก ริดสีดวงจมูกอาจจะยุบลงหมดได้ แต่ก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำขึ้นอีก.

ในรายที่มีริดสีดวงจมูกขนาดใหญ่มาก มักจะทำการรักษาโดยการให้ยาสตีรอยด์ ร่วมกับการผ่าตัดริดสีดวงจมูก โดยให้ยาสตีรอยด์ทั้งชนิดกินและพ่นก่อนผ่าตัดเป็นเวลา 2-3 สัปดาห์ เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (preoperative steroid therapy) แล้วจึงทำการผ่าตัดด้วยกล้อง (endoscopic sinus surgery) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การผ่าตัดจะทำค่อนข้างมากกว่าในกลุ่มริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบร่วมกับเซลล์ที่ไม่ใช่ eosinophils โดยจะต้องเปิดไซนัสให้กว้างทุกไซนัส (total sphenoidectomy) เอาริดสีดวงจมูกและมูกเหนียวข้นออกจากไซนัสให้หมด และต้องระวัง

ไม่ให้มีกระดูกที่ไม่มีเยื่อกระดูก เพราะจะทำให้เกิด granulation อาจมีกระดูกอักเสบ (osteitis) และทำให้แผลหายช้าลง หรือเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้น.

หลังการผ่าตัด ต้องติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การให้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูกถือเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือป้องกันไม่ให้เกิดริดสีดวงจมูกโตขึ้น ผู้ป่วยริดสีดวงจมูกกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากที่สุด ถ้าให้การรักษาดี จะทำให้อาการของโรคหืดควบคุมได้ง่ายขึ้นด้วย.

### ริดสีดวงจมูกที่เกิดร่วมกับโรคหรือกลุ่มอาการเฉพาะอื่น ๆ

โรคที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ cystic fibrosis, Kartagener's syndrome และ Young's syndrome โรคดังกล่าวพบน้อยมากในประเทศไทย เนื่องจากโรคในกลุ่มนี้เป็นโรคทางพันธุกรรมซึ่งยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะ หลักการรักษาจึงคล้ายกับการรักษาผู้ป่วยริดสีดวงจมูกในกลุ่มริดสีดวงจมูกที่มีไซนัสอักเสบร่วมกับเซลล์ชนิด eosinophils ดังได้กล่าวมาแล้ว แต่การตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์จะไม่ดี หรือไม่ได้ผล โอกาสในการรักษาริดสีดวงจมูกและไซนัสอักเสบให้หายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีน้อยมาก.

(ตอนจบอ่านต่อฉบับหน้า)



## บริษัท อะวอร์ดอินเตอร์เทรด จำกัด

ท่าเรือ และจำหน่าย อุปกรณ์คุณภาพจากประเทศญี่ปุ่น





- ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ ชั้นแกน แมท
- เครื่องดูดเสมหะ BLUE CROSS
- เตียง รถเข็นผู้ป่วย เจลเบาะรองนั่ง
- ถังและสายให้อาหารผู้ป่วย สายดูดเสมหะ
- เครื่องวัดความดัน เครื่องให้ออกซิเจน
- อุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่กลับมาพักฟื้นที่บ้าน

จัดจำหน่ายโดย บริษัท อะวอร์ดอินเตอร์เทรด จำกัด  
 2098/196 ถนนรามคำแหง หัวหมาก บางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

บริการจัดส่ง : โทรศัพท์ 0-2300-0452-4 โทรสาร 0-2300-0453

เนื้อหาโฆษณา

# ริดสีดวงจมูก

## (Nasal Polyps) (ตอนจบ)

### การรักษาผู้ป่วยที่มีริดสีดวงจมูก

เป้าหมายของการรักษา มีดังนี้

1. กำจัดริดสีดวงจมูก หรือทำให้ริดสีดวงจมูกมีขนาดเล็กลง.
2. ทำให้จมูกโล่งขึ้น และหายใจทางจมูกได้.
3. ไม่มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล คัน จาม หรือเสมหะไหลลงคอ.
4. ตมกลิ่นได้ปกติ.
5. รักษาไซนัสอักเสบ (ถ้ามีส่วนร่วมด้วย) โดยการให้ยา และ/หรือผ่าตัด.
6. ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ ริดสีดวงจมูกและ/หรือไซนัสอักเสบ โดยรักษาโรคที่เกิดร่วมกับริดสีดวงจมูก หรือภาวะที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรืออาจเป็นสาเหตุของริดสีดวงจมูก.

โดยทั่วไปวิธีการรักษาริดสีดวงจมูกแบ่งเป็น 4 วิธี คือ

#### 1. ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูก (intranasal steroids)

ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูกเป็นยาที่ใช้ในการรักษาริดสีดวงจมูกที่มีการศึกษาแล้วว่าได้ผลดี และปลอดภัย การศึกษาการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูกในการรักษาริดสีดวงจมูก โดยมีการใช้ยาหลอกและมีกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าได้ผลดีในการรักษา โดยยาช่วยลดขนาดของริดสีดวงจมูก<sup>18</sup> Lidholdt และคณะ<sup>18</sup> ศึกษาการใช้ยา budesonide พ่นจมูกเปรียบเทียบกับยาหลอกในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูก พบว่ากลุ่มที่ใช้ budesonide มีขนาดของริดสีดวงจมูกลดลง ร้อยละ 52 แต่ในกลุ่มที่ใช้ยาหลอก ขนาดของริดสีดวงจมูกลดลงเพียงร้อยละ 21 Chalton และคณะ<sup>19</sup> พบว่าการใช้ betamethasone ชนิดหยอดใส่จมูก ทำให้ริดสีดวงจมูกหายไป ร้อยละ 60 ดีกว่าในกลุ่มที่ใช้ยาหลอก ซึ่งริดสีดวงจมูกหายไปเพียงร้อยละ 13.



ปารยะ อาศนะเสน พ.บ.,  
รองศาสตราจารย์  
ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางที่ 3. ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูกที่ใช้ในการรักษาโรคจมูกอักเสบและ/หรือไซนัสอักเสบ และจมูกอักเสบภูมิแพ้.

ชนิดของยาสเตียรอยด์ ชนิดพ่นจมูก	ชื่อการค้า	ไมโครกรัม/ puff	ขนาดยาในผู้ใหญ่/วัน (ไมโครกรัม/วัน)	
			โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้	ริดสีดวงจมูก และ/ หรือไซนัสอักเสบ
Beclomethasone dipropionate	Atomase Beconase Beclomet	50, 100 50 50, 100	400 (ข้างละ 2 puff bid) (50 ไมโครกรัม/puff)	400-800
Budesonide	Rhinocort Bunase	64 100	256 (ข้างละ 1 puff bid) 400 (ข้างละ 2 puff bid)	256-800
Triamcinolone acetanide	Nasacort	55	220 (ข้างละ 2 puff OD)	440
Fluticasone propionate	Flixonase	50	200 (ข้างละ 2 puff OD)	200-400
Mometasone furoate	Nasonex	50	200 (ข้างละ 2 puff OD)	400-800
Fluticasone furoate	Avamys	27.5	110 (ข้างละ 2 puff OD)	220

นอกจากนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูกในการรักษาโรคจมูกอักเสบมีผลดีระยะยาว<sup>20,21</sup> คือป้องกันไม่ให้เกิดริดสีดวงจมูกมีขนาดโตขึ้น และลดการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษาได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็น cystic fibrosis และ primary ciliary dyskinesia, ผู้ป่วยที่ยาไม่สามารถกระจายเข้าไปในโพรงจมูกได้เต็มที่ เนื่องจากมีริดสีดวงจมูกอยู่เต็มจมูก, ผู้ป่วยมี neutrophilic infiltration ในริดสีดวงจมูก, ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเช่นไซนัสอักเสบร่วมด้วย อาจมีน้ำมูกเหลืองข้นคาอยู่ในโพรงจมูก ทำให้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูก ไม่สามารถสัมผัสกับเยื่อจมูกได้เต็มที่.

ถึงแม้ว่ายาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูก ได้ผลดีในการรักษาโรคจมูกอักเสบ แต่ริดสีดวงจมูกก็ไม่ได้ยุบไปหมด ดังนั้นหลังจากการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูก

ระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังมีริดสีดวงจมูกเหลืออยู่ และอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ควรทำผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออกชนิดและขนาดของยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูกได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.

## 2. ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน หรือฉีด (systemic steroids)

มีการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานหรือฉีดในการรักษาโรคจมูกอักเสบมานาน แต่ไม่มีการศึกษาที่เป็น placebo controlled Lildholdt และคณะ<sup>8, 20</sup> ใช้การฉีดยา betamethasone 14 มิลลิกรัม (ซึ่งเทียบเท่า prednisolone 100 มิลลิกรัม) ครั้งเดียวในการรักษาโรคจมูกอักเสบ พบว่าได้ผลดีเทียบเท่ากับการทำ simple polypectomy หลังจากนั้นให้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูกต่ออีก 1 ปี พบว่ามีผู้ป่วยเพียง

ร้อยละ 15 เท่านั้นที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และต้องใช้การรักษาโดยการผ่าตัด. Lildholdt และคณะจึงให้ข้อสรุปว่า การรักษาริดสีดวงจมูกควรเริ่มต้นด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานหรือฉีด ร่วมกับยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูก ก่อนการตัดสินใจทำการรักษาด้วยการผ่าตัด เพราะยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานหรือฉีดจะลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดได้.

Bonfils และคณะ<sup>22</sup> ศึกษาผู้ป่วยริดสีดวงจมูก 100 ราย ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ prednisolone ระยะสั้นเป็นช่วงๆ ร่วมกับยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูก (beclomethasone) วันละหนึ่งครั้ง แล้วติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าได้ผลร้อยละ 85 มีผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพียงร้อยละ 15 เนื่องจากรักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีอัตราเฉลี่ยของอาการที่ตีขึ้นร้อยละ 58 ถึง 80 (ตามชนิดของอาการ) ขนาดของยาสเตียรอยด์สามารถลดลงได้เรื่อยๆ โดยที่อาการทางจมูกของผู้ป่วยยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี การศึกษาในทำนองเดียวกันอีกการศึกษาหนึ่งพบว่า การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานและพ่นจมูกร่วมกันนี้ทำให้อาการผู้ป่วยตีขึ้นมาก และขนาดของริดสีดวงจมูกเล็กลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบอัตราการหายของริดสีดวงจมูกดังนี้ คือ ริดสีดวงจมูกหายไปหมด (ตรวจไม่พบ) ร้อยละ 12, ริดสีดวงจมูกมีขนาดเล็กลงชัดเจนร้อยละ 76 และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (ริดสีดวงจมูกมีขนาดเท่าเดิม) ร้อยละ 12 ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปว่า ยาสเตียรอยด์ถือเป็นการรักษาหลักสำหรับริดสีดวงจมูก โดยทำให้ริดสีดวงจมูกยุบลง และผู้ป่วยมีอาการตีขึ้น แต่ไม่สามารถทำให้ริดสีดวงจมูกหมดไปได้อย่างเด็ดขาด การผ่าตัดยังมีบทบาทสำคัญในการรักษาริดสีดวงจมูก โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้ผลหลังการรักษาด้วยยา.<sup>23</sup>

สำหรับสเตียรอยด์ชนิดรับประทานนั้น ไม่มีการกำหนดขนาดของยาอย่างเป็นทางการเป็นมาตรฐาน ขนาดยาที่ให้ขึ้นกับแพทย์ผู้ให้ ขนาดของยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานที่มีผู้นิยมใช้กันมากได้แก่ เริ่มต้นด้วยยา prednisolone 60 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4 วัน และ

หลังจากนั้นลดขนาดลงวันละ 5 มิลลิกรัม ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับขนาดของ prednisolone ทั้งหมด 570 มิลลิกรัม<sup>2</sup> Van Camp และ Clement<sup>24</sup> ใช้วิธีการนี้รักษาผู้ป่วยที่เป็น massive nasal polyposis จำนวน 25 ราย พบว่าอาการตีขึ้นทั้งหมด โดยเฉพาะอาการคัดจมูกและการรับกลิ่น ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยตรวจไม่พบริดสีดวงจมูก (โดยวิธีการใช้ nasal speculum) และร้อยละ 52 มีภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ของไซนัสตีขึ้น อาจใช้ prednisolone ในขนาดปานกลาง คือ ประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 7-10 วันได้ ยกเว้นในรายที่จะทำผ่าตัดริดสีดวงจมูก การให้ preoperative steroid therapy อาจใช้ถึง 40 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด จะทำให้ทำผ่าตัดได้ง่ายขึ้น การใช้สเตียรอยด์ชนิดรับประทานนี้จะทำให้ขนาดของริดสีดวงจมูกยุบลงมาก และทำให้การรับกลิ่นตีขึ้นด้วย แต่ถ้าใช้เป็นการรักษาเพียงอย่างเดียว มักจะทำให้ริดสีดวงจมูกกลับเป็นซ้ำได้ภายใน 5 เดือน<sup>24</sup> ข้อเสียของการให้สเตียรอยด์ชนิดรับประทานและฉีด คือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากสเตียรอยด์ แต่การให้ปีละ 2-3 ครั้งถือว่าปลอดภัย.

### 3. การผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออกแบบธรรมดา (simple polypectomy)

การผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออก อาจจะใช้วิธีดั้งเดิมคือ การใช้ลวดคล้องและดึงออกมา (snaring polypectomy) โดยใช้ headlight หรือใช้กล้องเทเลสโคปช่วยในการผ่าตัด (endoscopic polypectomy) เครื่องมือที่ใช้คือคีมดึงและตัดริดสีดวงจมูกออก อาจเป็น polypus forceps, Takahashi forceps, cutting forceps หรืออาจจะใช้ microdebrider (shaver) system หรือ powered instruments สำหรับปั่นดูด และตัดริดสีดวงจมูกก็ได้ การรักษาวิธีนี้เป็น การผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออกเท่านั้น ไม่ได้ผ่าตัดเข้า ethmoidal sinus พบว่าการกลับเป็นซ้ำของริดสีดวงจมูกหลังจากผ่าตัดวิธีนี้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง.

#### 4. การผ่าตัดริดสีดวงจมูกและไซนัสด้วยการใช้กล้อง (endoscopic sinus surgery)

การผ่าตัดริดสีดวงจมูก และไซนัสด้วยกล้อง ประกอบด้วย การตัดเอาริดสีดวงจมูกออกพร้อมกับการผ่าตัดทำให้บริเวณรูเปิดไซนัส (osteomeatal complex) โลง และทำการผ่าตัด ethmoidal sinus (ethmoidectomy) และ/หรือ เปิด sphenoidal sinus (sphenoidotomy) ในรายที่เป็น severe polyposis จะทำการผ่าตัดที่ค่อนข้างมาก (extensive surgery) คือทำ total sphenoidectomy ผลการผ่าตัดริดสีดวงจมูกด้วยการใช้กล้องนี้ ส่วนใหญ่จะได้ผลดี ถึงดีมากโดยได้ผลสำเร็จร้อยละ 80 ขึ้นไป<sup>25,26</sup> ส่วนใหญ่ผู้ป่วยริดสีดวงจมูกที่ได้รับการผ่าตัดชนิดนี้ มีไซนัสอักเสบร่วมด้วย และให้การรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้อผล.

การผ่าตัดด้วยกล้อง มีข้อดีคือ ประสิทธิภาพของการรักษาริดสีดวงจมูกสูงกว่า และการกลับเป็นซ้ำของริดสีดวงจมูกน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดโดยวิธีดั้งเดิม (simple polypectomy) นอกจากนี้ การผ่าตัดด้วยกล้องจะช่วยลดการเกิดไซนัสอักเสบทั้งชนิดที่เป็นเรื้อรัง และชนิดที่กลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดด้วยกล้อง จะเอาริดสีดวงจมูกที่อุดตันไซนัสออก พร้อมกับทำรูเปิดของไซนัสให้โล่งขึ้นด้วย หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องมาพบแพทย์เพื่อทำความสะอาดจมูกและไซนัสอย่างต่อเนื่องในช่วง 1-3 เดือนแรก เพื่อให้ได้ผลการผ่าตัดที่ดี.

#### เอกสารอ้างอิง

1. Tos M. The pathogenetic theories on formation of nasal polyps. *Am J Rhinol* 1990; 4:51-6.
2. Tos M, Larsen PL, Larsen K, Caye-Thomasen P. Nasal polyps. In: Stamm AC, Draf W, eds. *Micro-endoscopic surgery of the paranasal sinuses and skull base*. Berlin : Springer Verlag; 2000. p. 103-25.
3. Portenko GM. Prevalence of polypous rhino-

โดยสรุป การผ่าตัดโดยการใช้กล้อง เป็นทางเลือกที่ดีในการผ่าตัดริดสีดวงจมูก แพทย์ควรเลือกใช้การผ่าตัดด้วยกล้อง หลังจากให้การรักษาด้วยยาเต็มที่แล้ว แต่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ดังนั้นควรใช้การรักษาด้วยยาให้เต็มที่ก่อน ในรายที่มีริดสีดวงเต็มโพรงจมูก อาจใช้การผ่าตัดแบบ simple polypectomy ก่อน แล้วจึงให้การรักษาด้วยยาต่อให้เต็มที่ เป็นเวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน ถ้าไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จึงให้การรักษาด้วยการผ่าตัดโดยการใช้กล้อง หลังผ่าตัด ต้องติดตามผู้ป่วย และให้การรักษาด้วยยาต่อเนื่องไป โดยการปรับขนาดของยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานและพ่นจมูกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาริดสีดวงจมูกดังกล่าวแล้ว.

#### ภาวะแทรกซ้อนของริดสีดวงจมูก

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไซนัสอักเสบที่ เกิดร่วมกับริดสีดวงจมูก.
2. โครงสร้างภายนอกของจมูกผิดปกติ เช่น สันจมูกกว้าง (widening of nasal bridge) หรือ ระยะระหว่างหวัดากกว้างขึ้น (telecanthus) พบได้ในผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงจมูกอยู่นาน และมีขนาดใหญ่.
3. Malignant change หรือ transformation มีรายงานที่พบ atypical changes และ carcinoma in situ ในริดสีดวงจมูก<sup>27,28</sup> ดังนั้นจึงต้องส่งเนื้อริดสีดวงจมูก ตรวจทางพยาธิวิทยาทุกราย.

sinusitis among the population. *Vestn Otorhinolaryngol* 1989; 1:52-4.

4. Kirsch JP, White JA. Nasal polyps. *J La State Med Soc* 1990; 142:11-4.
5. Hedman J, Kaprio J, Poussa T, Nieminen MM. Prevalence of asthma, aspirin intolerance, nasal polyposis and chronic obstructive pulmonary disease in a population-based study.



- Int J Epidemiol 1999; 28:717-22.
6. Hosemann W, Gode U, Wagner W. Epidemiology, pathophysiology of nasal polyposis and spectrum of endonasal sinus surgery. *Am J Otolaryngol* 1994; 15:85-98.
  7. Johansson L, Akerlund A, Holmberg K, Melen I, Bende M. Prevalence of nasal polyps in adults : the Skovde population-based study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003; 112:625-9.
  8. Stierna PLE. Nasal polyps : Relationship to infection and inflammation. In : Settupane GA, Lund VJ, Bernstein JM, Tos M, eds. *Nasal polyps : Epidemiology, pathogenesis and treatment*. Providence : Ocean Side; 1997. p. 119-26.
  9. Larsen PL, Tos M. Origin of nasal polyps. *Laryngoscope* 1991; 101:305-12.
  10. Larsen PL, Tos M. Origin of nasal polyps. Endoscopic nasal and paranasal sinus surgery as a screening method for nasal polyps in an autopsy material. *Am J Rhinol* 1996; 10:211-6.
  11. Larsen PL, Tos M. Origin of nasal polyps : An endoscopic autopsy study. *Laryngoscope* 2004; 114:710-9.
  12. สถิติของสาขา นาสิกวิทยาและโรคภูมิแพ้ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2541-2542 (ข้อมูลไม่ได้ลงตีพิมพ์)
  13. Stammberger H. Rhinoscopic surgery. In : Settupane GA, Lund VJ, Bernstein JM, Tos M, eds. *Nasal Polyps : Epidemiology, pathogenesis and treatment*. Providence : Oceanside; 1997. p. 165-76.
  14. Jareoncharsri P, Bunnag C, Tunsuriyawong P, Assanasen P, Muangsomboon S. Clinical and histopathological classification of nasal polyps in Thais. *Siriraj Hosp Gaz* 2002; 54:689-97.
  15. Hellquist HB. Nasal polyps update. *Histopathology*. *Allergy Asthma Proc* 1996; 17:237-42.
  16. Kirtsreesakul V. Nasal polyps : the relationship to allergy, sinonasal infection and histopathological type. *J Med Assoc Thai* 2004; 87:277-82
  17. Johnsen LV, Illum P, Kristensen S, Winther L, Petersen SV, Synnerstad B. The effect of budesonide (Rhinocort) in the treatment of small and medium sized nasal polyps. *Clin Otolaryngol* 1993; 18:524-7.
  18. Lildholdt T, Rundcrantz H, Lindqvist N. Efficacy of topical corticosteroid powder of nasal polyps : a double-blind, placebo-controlled study of budesonide. *Clin Otolaryngol* 1995; 20:26-30.
  19. Chalton R, Mackay I, Wilson R, Cole P. Double-blind, placebo-controlled trial of betamethasone nasal drops for nasal polyposis. *Br Med J* 1985; 291:788.
  20. Lildholdt T, Rundcrantz H, Bende M, Larsen K. Glucocorticoid treatment for nasal polyps. The use of budesonide powder, intramucular  $\beta$ -methasone and surgical treatment. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123:595-600.
  21. Mygind N, Lildholdt T. Treatment : medical management. In : Settupane GA, Lund VJ, Bernstein JM, Tos M, eds. *Nasal polyps : Epidemiology, pathogenesis and treatment*. Providence : Oceanside; 1997. p. 40-56.
  22. Bonfils P, Nores JM, Halimi P, Avan P. Corticosteroid treatment in nasal polyposis with a three-year follow-up period. *Laryngoscope* 2003; 113:683-7.
  23. Tuncer U, Soylu L, Aydogan B, Karakus F, Akcali C. The effectiveness of steroid treatment in nasal polyposis. *Auris Nasus Larynx* 2003; 30:263-8.
  24. Van Camp P, Clement PAR. Results of oral steroid treatment in nasal polyposis. *Rhinology* 1994; 35:5-9
  25. Lawson W. The intranasal ethmoidectomy evolution and an assessment of the procedure. *Laryngoscope* 1994;64 [Suppl]:1-49.
  26. May M, Levine HL, Schaitkin B, Mester SJ. Results of surgery. In : Levine HL, May M, eds. *Endoscopic sinus surgery*. New York : Thieme; 1993. p. 176-92.
  27. Busuttil A. Dysplastic epithelial changes in nasal polyps. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1978; 87:416-20.
  28. Hasegawa M, Nasu M, Ohki M, Sugiuchi Y, Watanabe I. Malignant transformation of nasal polyp. Case report. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114:336-7.