

บทที่ 6
การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับ
ตา หู คอ จมูก

Tropic

> ๓

Hearing loss

Tympanic membrane perforation

Otitis media

Meniere' s disease (vertigo)

Tropic

› คอ และจมูก

Nasal bleeding

Nasal polyps

Sinusitis

Tonsillitis

CA Nasopharynx

CA Larynx

π

Hearing loss

ภาวะหูอื้อ หรือหูตึง (hearing loss) หมายถึง ภาวะที่ความสามารถในการรับเสียงแย่งลง มีการแบ่งระดับความรุนแรงของการเสียการได้ยิน ดังตารางที่ 1.

ตารางที่ 1. ระดับความรุนแรงของการเสียการได้ยิน.

ระดับการได้ยิน	ระดับความพิการ	ความสามารถในการเข้าใจคำพูด
0-25 dB	ปกติ	ไม่ลำบากในการรับฟังคำพูด
26-40 dB	หูตึงน้อย	ไม่ได้ยินเสียงกระซิบ
41-55 dB	หูตึงปานกลาง	ไม่ได้ยินเสียงพูดปกติ
56-70 dB	หูตึงมาก	ไม่ได้ยินเสียงพูดที่ดังมาก
71-90 dB	หูตึงรุนแรง	ได้ยินไม่ชัด แม้ต้องตะโกน
>90 dB	หูหนวก	ตะโกน หรือใช้เครื่องขยายเสียงก็ไม่ได้ยิน

ประเภท การสูญเสียการได้ยิน



หูตึง หูหนวก หูดับ หรือ การสูญเสียการได้ยิน (Hearing loss, Hearing impairment, Deaf หรือ Deafness) หมายถึง ภาวะที่ความสามารถในการได้ยิน/รับเสียงลดลง ซึ่งอาจเป็นเพียงเล็กน้อย หรือไม่ได้ยินเลย (หูหนวก) สามารถแบ่งประเภทการสูญเสียการได้ยิน ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสูญเสียการได้ยินชนิด การนำเสียงบกพร่อง (Conductive hearing loss) มี สาเหตุมาจากความผิดปกติของหูชั้นนอก หรือ/และหูชั้นกลาง แต่ประสาทหูยังดีอยู่ สามารถแก้ไขได้ ด้วยการใส่ยาหรือการผ่าตัด โดยสาเหตุมักเกิดจาก

- เยื่อแก้วหูทะลุ ผู้ป่วยมักจะมีอาการผิดปกติทางการได้ยินหลังการได้รับบาดเจ็บ
- ขี้หูอุดตัน
- หูชั้นกลางอักเสบ หรือหูน้ำหนวก
- ภาวะมีน้ำขังอยู่ในหูชั้นกลาง
- ท่อยูสเดเซียนทำงานผิดปกติ ท่อที่เชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลางและโพรงหลังจมูก
- โรคหินปูนในหูชั้นกลาง ส่งผลให้เกิดอาการหูตึง โรคนี้สามารถถ่ายถอดทางกรรมพันธุ์ได้ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย การรักษาต้องทำการผ่าตัดหรือใส่เครื่องช่วยฟัง
- กระดูกหูชั้นกลางหักหรือหลุดจากอุบัติเหตุ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหูอื้อ หูตึงทันทีหลังเกิดอุบัติเหตุ การรักษาต้องอาศัยการผ่าตัด
- สาเหตุอื่นๆ เช่น หูพิการแต่กำเนิด สิ่งแปลกปลอมเข้าหู แก้วหูอักเสบ เยื่อแก้วหูหนา มีเลือดออกในหูชั้นกลาง ฯลฯ

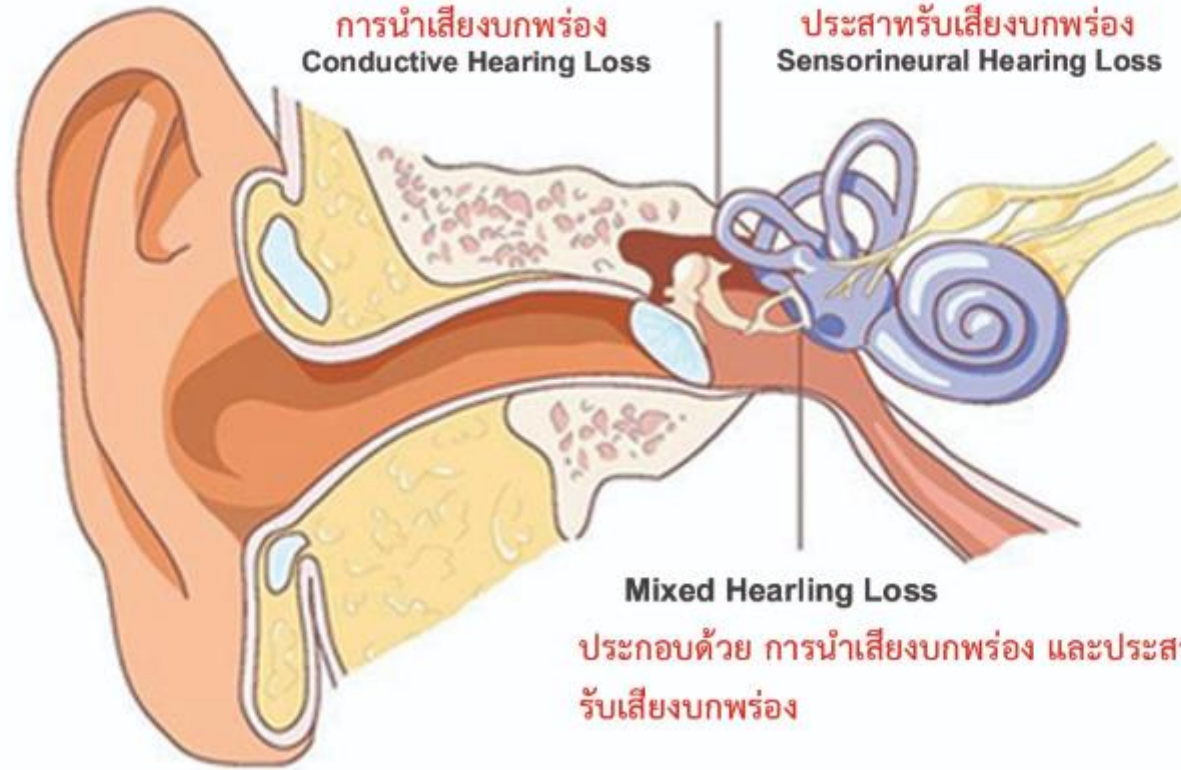
หูชั้นนอก

หูชั้นกลาง

หูชั้นใน

การนำเสียงบกพร่อง
Conductive Hearing Loss

ประสาทรับเสียงบกพร่อง
Sensorineural Hearing Loss



Mixed Hearing Loss

ประกอบด้วย การนำเสียงบกพร่อง และประสาทรับเสียงบกพร่อง

2. การสูญเสียการได้ยินชนิด ประสาทรับเสียงบกพร่อง (Sensorineural hearing loss) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของส่วนหูชั้นใน ประสาทรับเสียง ไปจนถึงสมอง ความผิดปกติบริเวณนี้จะทำให้ได้ยินเสียงแต่ฟังไม่รู้เรื่อง ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดภาวะหูตึง หูหนวกถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยสาเหตุมักเกิดจาก

- ประสาทหูเสื่อมตามวัย/หูตึงในผู้สูงอายุ (80% มักเกิดจากสาเหตุนี้) มีสาเหตุมาจากเซลล์ขนในหูชั้นในและเส้นประสาทหูค่อยๆ เสื่อมไปตามอายุ โดยเฉพาะเซลล์ขนส่วนฐานของคอเคลียจะเสื่อมไปก่อน ทำให้สูญเสียการได้ยินช่วงเสียงแหลมเมื่ออายุมากขึ้น การเสื่อมจะลามไปถึงช่วงความถี่กลางสำหรับฟังเสียงพูด ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มหูตึง ฟังไม่ชัดเจน และมักบ่นว่าได้ยินเสียงแต่ฟังไม่รู้เรื่อง โดยมากผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการเมื่ออายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป ในผู้ชายจะมีโอกาสเป็นมากกว่าและมีความรุนแรงกว่าผู้หญิง การใส่เครื่องช่วยฟังจะช่วยให้ได้ยินได้
- ประสาทหูเสื่อมจากเสียงที่ดังมากๆ เป็นการเสื่อมของเส้นประสาทหูที่เกิดจากการได้ยินเสียงที่ดังมากในระยะเวลายาวนาน ๆ หรือได้ยินเพียงครั้งเดียว เช่น การได้ยินเสียงฟ้าผ่า เสียงระเบิด เสียงปืน เสียงพลุ หรือเสียงประทัด เป็นต้น

- ประสาทหูเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป จากการได้ยินเสียงดังระดับปานกลางหรือดังกเกิน 85 เดซิเบล ขึ้นไป เป็นเวลานานๆ เช่น ผู้ที่ทำงานในโรงงาน, ทหาร/ตำรวจที่ต้องฝึกซ้อมการยิงปืนเป็นประจำ, เสียงดังจากเครื่องจักรหรือยานพาหนะต่างๆ, เสียงเพลงหรือเสียงดนตรี เสียงในงานคอนเสิร์ต ที่ดังมากๆ เป็นต้น เนื่องจากเซลล์ประสาทหูถูกคลื่นเสียงทำลายไป ค่อยๆ เสื่อม และมักเป็นแบบถาวร และไม่มีทางแก้ไขให้กลับคืนมาได้เหมือนเดิม ถ้ายังอยู่ในที่ที่มีเสียงดังเช่นเดิม อาการหูตึงจะค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ อาจรุนแรงจนถึงขั้นหูหนวกได้
- ประสาทหูเสื่อมแต่กำเนิด
- สาเหตุทางกรรมพันธุ์
- สาเหตุจากโรคทางกาย เช่น โรคเมเนียส/น้ำในหูไม่เท่ากัน โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน เป็นต้น
- สาเหตุที่เกิดในสมอง
- หูชั้นในอักเสบ
- การได้รับอุบัติเหตุของหูชั้นใน
- การมีรูรั่วติดต่อบริเวณหูชั้นกลางและหูชั้นใน
- การใช้ยาที่มีพิษต่อประสาทหู

3. การสูญเสียการได้ยินชนิด การรับฟังเสียงบกพร่องแบบผสม (Mixed hearing loss)

เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติในการนำเสียงบกพร่องร่วมกับประสาทรับเสียงบกพร่อง ซึ่งพบในโรคที่มีความผิดปกติของหูชั้นนอก หูชั้นกลาง ร่วมกับความผิดปกติของหูชั้นใน โรคที่พบ เช่น

- โรคหน้าทวนกระดูกที่ลุกลามเข้าไปในหูชั้นใน
- โรคในหูชั้นกลางของผู้สูงอายุที่มีปัญหาประสาทรับเสียงเสื่อมด้วย
- โรคหินปูนเกาะกระดูกโกลนและมีพยาธิสภาพในหูชั้นในร่วมด้วย

π

การรักษา

3. ถ้ามีปัญหาการได้ยินมาก ไม่ค่อยได้ยินเสียง โดยเฉพาะถ้าเป็น 2 ข้าง และรบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันมาก คือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และเกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว ควรฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินของผู้สูงอายุ ด้วยการใส่เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) (ภาพที่ 3) ซึ่งจะช่วยบรรเทาปัญหาได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งต้องร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การแยกแยะเสียงได้ชัดเจนขึ้น เช่น ลดเสียงรบกวน และให้คู่สนทนาอยู่ตรงหน้า ไม่พูดเร็ว หรือไม่พูดประโยคยาวเกินไป เพื่อผู้สูงอายุจะได้จับใจความได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง และของครอบครัวผู้ป่วยดีขึ้น.

การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง



ภาพที่ 3

4. ถ้าปัญหาการได้ยิน เกิดจากประสาทรับเสียงเสื่อม ควรป้องกันไม่ให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมากขึ้น โดย

- หลีกเลี่ยงเสียงดัง.
- ถ้าเป็นโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, โรคไต, โรคกรดยूरิกในเลือดสูง, โรคซีด, โรคเลือด ควรคุมโรคให้ดี เพราะโรคเหล่านี้ทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทหูน้อยลง ทำให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมาก หรือเร็วขึ้น กว่าที่ควรจะเป็น.
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อประสาทหู.
- หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ หรือการกระทบกระเทือนบริเวณหู.
- หลีกเลี่ยงการติดเชื้อของหู หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน.

- ลดอาหารเค็ม หรือเครื่องดื่มบางประเภทที่มีสารกระตุ้นประสาท เช่น กาแฟ, ชา, เครื่องดื่มน้ำอัดลม (มีสารกาเฟอีน), งดการสูบบุหรี่ (มีสารนิโคติน) สารกาเฟอีน และนิโคติน ทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทหุน้อยลง ทำให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมาก หรือเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น.

- พยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดความเครียด วิตกกังวล.

- นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ.

π

Tympanic membrane perforation

หรือ

Perforated Eardrum



แก้วหูปกติ



แก้วหูทะลุ





ເຢື່ອແກ້ວຫຼະລຸ (Ruptured eardrum)

IMAGE SOURCE : www.webmd.com, www.dreamresearchgroup.com



ເຢື່ອແກ້ວຫຼະລຸ (Ruptured eardrum)

หูชั้นกลางอักเสบ หรือหูน้ำหนวกชนิดเรื้อรัง (chronic otitis media) หมายถึง ภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง และ/หรือโพรงกระดูกมาสตอยด์นานเกินกว่า 3 เดือน และมีเยื่อแก้วหูทะลุ ผู้ป่วยบางรายมีของเหลว หรือหนองไหลจากหูชั้นกลาง (รูปที่ 1) อาจไหลตลอดเวลา หรือเป็นๆหายๆก็ได้ เมื่อมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางของผู้ป่วยที่มีหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง เชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อย คือ เชื้อชนิดแกรมลบ เช่น *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus species*, *Klebsiella pneumoniae* และเชื้อชนิดแกรมบวก เช่น *Staphylococcus aureus* และอาจพบเชื้อที่ไม่พึ่งออกซิเจน (anaerobes) เช่น *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* ได้

สาเหตุส่วนใหญ่ของหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง มักเกิดจาก

- หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (acute otitis media) ที่ไม่ได้รับการรักษาทันเวลาที่ ทำให้หนองในหูชั้นกลางดันเยื่อแก้วหูทะลุออกมา และหลังจากนั้นไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ทำให้เยื่อแก้วหูที่ทะลุ นั้นไม่สามารถปิดได้เอง

- เยื่อแก้วหูทะลุจากการบาดเจ็บ (traumatic tympanic membrane perforation) เช่น ใช้ไม้พิน ส้อมปั่นช่องหู แล้วมีอุบัติเหตุกระแทก ทำให้ไม้พินสำลีสั้น กระแทกเยื่อแก้วหูจนทะลุเป็นรู และรูนั้นไม่สามารถปิดได้เอง หรือเกิดจากการผ่าตัดกรีดเยื่อแก้วหู (myringotomy) เพื่อระบายหนองออกจากหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยที่มีหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายของเหลวหรือหนองในหูชั้นกลาง (ventilation tubes) และคาไว้ที่เยื่อแก้วหู แล้วท่อหลุดออกไป แต่รูที่เกิดจากการผ่าตัด นั้นไม่สามารถปิดได้เอง

สาเหตุที่ทำให้เยื่อแก้วหูที่ทะลุนั้นไม่สามารถปิดตัวเองได้แก่

- มีการไหลของของเหลว เช่น มูกหรือหนองผ่านรูทะลุตลอดเวลา เนื่องจากยังมีการติดเชื้อในหูชั้น

กลางอยู่

- เยื่อบุผิวหนังของหูชั้นนอก (squamous epithelium) เข้ามาคลุมที่ขอบของรูทะลุเมื่อเยื่อแก้วหูทะลุ ทำให้กลไกในการป้องกันการติดเชื้อของหูชั้นกลางเสียไป หูชั้นกลางมีการอักเสบได้ง่าย ถ้า
- มีน้ำเข้าหู เมื่อน้ำเข้าหูก็จะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหูชั้นกลาง ทำให้มีของเหลวหรือหนองไหลออกจากหูชั้นกลางได้
- มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น จมูกอักเสบหรือหวัด, ไซนัสอักเสบ, ต่อมอดิโนยด์อักเสบ ทำให้เชื้อไวรัส หรือแบคทีเรียผ่านท่อยูสเตเชียน ซึ่งเชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลางและโพรงหลังจมูก ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหูชั้นกลางได้

- มีการอุดตันของรูเปิดของท่อยูสเตเชียน จากพยาธิสภาพในโพรงหลังจมูก เช่น มะเร็งโพรงหลังจมูก, ต่อมอดีนอยด์โต, การอักเสบของโพรงจมูก ไม่ว่าจะจากการติดเชื้อ หรือ ไม่ใช่การติดเชื้อ, การอักเสบของโพรงหลังจมูก ซึ่งเกิดจากกรดไหลย้อนที่ขึ้นมาที่โพรงหลังจมูก หรือเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิดของท่อยูสเตเชียนทางกายวิภาค และสรีรวิทยา เช่น เพดานโหว่ (cleft palate), โรคดาวน์ (Down syndrome) พยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้มีการคั่งของของเหลวที่ผลิตจากหูชั้นกลาง และเกิดการอักเสบของเยื่อหูชั้นกลาง และทำให้ของเหลวดังกล่าวไหลออกจากหูชั้นกลางได้

ประเภท หูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. **ชนิดไม่อันตราย (safe or uncomplicated ear)** (รูปที่ 1) รูทะลุของเยื่อแก้วหู มักจะอยู่ตรงกลาง (central perforation) โอกาสที่เยื่อหูชั้นนอก (stratified squamous epithelium) หรือซีไคล (cholesteatoma) จะเข้าไปในหูชั้นกลางและโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย หูน้ำหนวกชนิดนี้ คือ ชนิดที่ไม่มีซีไคลนั่นเอง

2. **ชนิดอันตราย (unsafe or complicated ear)** (รูปที่ 2) มักจะมีรูทะลุของเยื่อแก้วหู อยู่ที่ขอบแก้วหู (marginal perforation) ทำให้โอกาสที่เยื่อหูชั้นนอก หรือซีไคลจะเข้าไปในหูชั้นกลางและโพรงกระดูกมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง หูน้ำหนวกชนิดนี้ คือ ชนิดที่มีซีไคลนั่นเอง

หูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ชนิดไม่ อันตราย (Safe or Uncomplicated Ear)

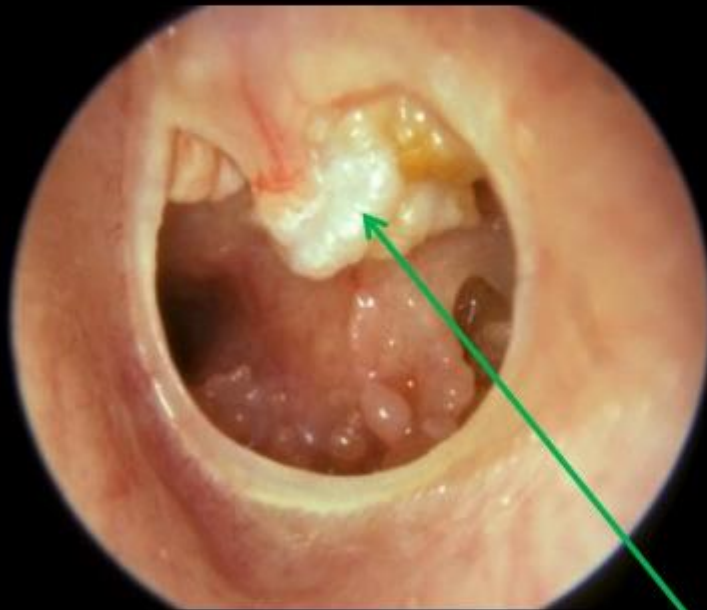


ไม่มีหนองในหูชั้นกลาง



มีหนองในหูชั้นกลาง

หูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ชนิดอันตราย (Unsafe or Complicated Ear)



มีขี้ไคล หรือ cholesteatoma

ซีไคล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. ซีไคลที่เกิดจากท่อเยื่อหุ้มสมองมีการอุดตันอย่างเรื้อรัง ทำให้ความดันเป็นลบในหูชั้นกลาง แล้วดึงรั้งเยื่อแก้วหูด้านบน (attic region) เกิดเป็นถุงที่บุด้วยซีไคล ซึ่งอาจมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ

2. ซีไคลที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของเยื่อหูชั้นนอก จากหูชั้นนอกผ่านเยื่อแก้วหูที่ทะลุผ่านเข้าไปในหูชั้นกลาง

เนื่องจากซีไคล เกิดจากเยื่อหูชั้นนอกเหมือนกับเซลล์ผิวหนัง จึงมีลักษณะลอกหลุดออก และมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงมีลักษณะเป็นก้อนสีขาว หรือเหลือง ยุ่ยง่าย ซึ่งสามารถทำลายอวัยวะต่างๆในหูชั้นกลาง (ถ้าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางร่วมด้วย ซีไคลดังกล่าวจะทำให้เชื้อโรคผ่านเข้าไปสู่อวัยวะต่างๆได้ง่ายและเร็วขึ้น), หูชั้นใน และโพรงอากาศมาสตอยด์ได้ จากแรงดัน และเอนไซม์ เช่น

- ทำลายกระดูกหูทั้ง 3 ชั้น [กระดูกค้อน, ทั่ง, โกลน] ทำให้หูตึงจากการนำเสียงผิดปกติ (conductive hearing loss) หรือทำลายอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินในหูชั้นใน ทำให้หูตึงจากเส้นประสาทหูทำงานผิดปกติ (sensorineural hearing loss)
- ทำลายอวัยวะที่ควบคุมการทรงตัวในหูชั้นใน (labyrinthitis) ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
- ทำลายกระดูกที่หุ้มเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่อยู่ในหูชั้นกลาง และโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดอัมพาตของเส้นประสาทดังกล่าว (facial nerve palsy) เกิดหน้าเบี้ยว ตาหลับไม่สนิท

- ทำลายกระดูกที่กั้นอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองและโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis), ฝีในสมอง (brain abscess), การติดเชื้อของหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (sigmoid sinus thrombophlebitis)

- ทำให้เกิดการอักเสบของกระดูกมาสตอยด์ (mastoiditis) เนื่องจากมีหนองขังอยู่ในส่วนของกระดูก มาสตอยด์ แล้วไม่สามารถระบายออกไปได้ ทำให้มีการทำลายของกระดูกส่วนที่เป็นโพรงอากาศมาสตอยด์ผู้ป่วยมีอาการปวดหูมากขึ้นเรื่อยๆ มีหนองไหลออกจากหูมากขึ้นและมีกลิ่นเหม็น

- ทำให้เกิดฝีหนองหลังหู (subperiosteal abscess) เกิดจากการติดเชื้อในโพรงอากาศมาสตอยด์กระจายผ่านกระดูกมาสตอยด์ ออกมาอยู่ใต้เยื่อหุ้มกระดูก

อาการ

- หูอื้อ หรือหูตึง ซึ่งอาจเกิดจากการนำเสียงเสีย จากการทำลายกระดูกหู (ค้อน, ทัง, โกลน) เยื่อแก้วหูทะลุ หรือประสาทหูเสีย จากการอักเสบที่ลามเข้าไปในหูชั้นใน ทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8
- มีหนองหรือของเหลวไหลออกจากช่องหู เป็นๆหายๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการเป็นหวัดหรือน้ำเข้าหู ถ้ามีซีไค่ร่วมด้วย หนองที่ไหลออกมามักจะมีกลิ่นเหม็นรุนแรงมาก หรือหนองยังคงไหลออกมาเรื่อยๆ แม้ให้ยารักษาเต็มที่แล้ว
- อาจมีอาการเนื่องจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ, ไข้หลังหู, อัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, ปวดศีรษะ และซีมีลง จากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือฝีในสมอง

อาการแสดง

- ตรวจพบว่าเยื่อแก้วหูมีรูทะลุขนาดต่างๆ ถ้ามีซีไคลร่วมด้วยจะเห็นเป็นสารสีขาวคล้ายไข่มุก (white keratin debris) และอาจพบเนื้อเยื่อสีแดงที่เกิดจากการอักเสบ (polyp หรือ granulation tissue) ร่วมด้วย ซึ่งแสดงถึงการอักเสบเรื้อรังของเยื่อหูชั้นกลาง
- อาจพบของเหลว ซึ่งอาจเป็นน้ำใสๆ, มูก หรือหนองในหูชั้นกลาง
- บนเยื่อแก้วหู อาจเห็นแผ่นแคลเซียมขาวๆ ซึ่งเรียกว่า myringosclerosis
- อาจพบถุงที่มีซีไคลบริเวณเยื่อแก้วหูด้านบน (attic region)
- เยื่อหูของหูชั้นกลาง (ซึ่งมองเห็นได้จากรูทะลุ) อาจบวม แดง หรือบวมเป็นก้อน

การส่งการสืบค้นเพิ่มเติม ได้แก่

1. การถ่ายภาพรังสีกระดูกมาสตอยด์ (plan film of mastoid) มักพบว่าโพรงกระดูกมาสตอยด์ทึบ และบางส่วนของกระดูกมาสตอยด์อาจถูกทำลายไป
2. การตรวจการได้ยิน เพื่อตรวจระดับของการได้ยินที่เสียไป ถ้าการอักเสบของหูชั้นกลาง หรือ ซีไคไลต์ทำลายกระดูกหู จะทำให้มีการสูญเสียการได้ยินมาก (conductive hearing loss) หรืออาจมีการสูญเสียของประสาทหู (sensorineural hearing loss) ได้ ถ้ามีการทำลายหูชั้นใน
3. การเป่าลมเข้าไปในช่องหู เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะมากขึ้น หรือมีลูกตากะตุก (nystagmus) หรือไม่ (fistula test) ถ้าซีไคไลต์ได้ทำลายกระดูกที่หุ้มอวัยวะควบคุมการทรงตัว จนเกิดทางเชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลาง และอวัยวะควบคุมการทรงตัว การเป่าลมดังกล่าวจะกระตุ้นอวัยวะควบคุมการทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะหรือลูกตากะตุกได้ ควรทำการทดสอบดังกล่าวในผู้ป่วยทุกรายที่มีซีไคไลต์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะ

4.เอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ของกระดูกเทมโพรอล (temporal bone) พิจารณาทำในรายที่ใช้ยารักษาเต็มที่แล้วไม่ดีขึ้น (สงสัยซีไคล, เนื้องอก, สิ่งแปลกปลอม) หรือสงสัยว่าจะมีภาวะแทรกซ้อน (เช่น ฝีหนองหลังหู, มีการทำลายกระดูกหู หรือกระดูกที่หุ้มเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 เนื่องจากซีไคล)

5.การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ของกระดูกเทมโพรอล พิจารณาทำในรายที่สงสัยว่าจะมีภาวะแทรกซ้อน (เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ฝีในสมอง, การติดเชื้อของหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ, หูชั้นในอักเสบ)

การรักษา

สำหรับผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่ไม่มีซีไคล มีจุดมุ่งหมายในการรักษา คือ

1. เพื่อกำจัดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลาง (ถ้ามี)
2. ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลางอีก
3. รักษาการได้ยินให้อยู่ในสภาพดี

สำหรับผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ที่มีซีไอเคิล นอกจากจุดหมายในการรักษาดังกล่าว 3 ข้อแล้ว ควรทำให้ซีไอเคิลมีทางออก เพื่อป้องกันไม่ให้ซีไอเคิล มีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนไปทำลายอวัยวะที่สำคัญต่างๆ

1. **การรักษาทางยา** โดยอาจให้ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานและชนิดหยอดหู ในผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และให้ยาต้านจุลชีพชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด ในผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ที่มีภาวะแทรกซ้อน และทำความสะอาดหู โดยนำหนอง.ของเหลว และเนื้อตายในหูชั้นกลางออกให้หมด (aural toilet) อาจใช้สำลีพันปลายเครื่องมือ หรือไม้ขีดออก หรือใช้เครื่องดูดออก เพื่อให้ยาหยอดหูสามารถผ่านเข้าไปออกฤทธิ์ต่อเนื้อเยื่อที่เกิดการอักเสบได้ การทำความสะอาดดังกล่าว ยิ่งทำบ่อย ยิ่งดี เช่น ควรทำ 2-3 ครั้ง/วัน โดยเฉพาะถ้าทำก่อนหยอดยาหยอดหูได้ยิ่งดี

ยาต้านจุลชีพชนิดหยอด ควรครอบคลุมเชื้อแกรมลบ (gram-negative organisms) เช่น Pseudomonas และแกรมบวก (gram-positive organisms) เช่น S. aureus ซึ่งได้แก่ aminoglycoside และ fluoroquinolones หรืออาจใช้ polymyxin B + neomycin หรืออาจใช้ยาต้านจุลชีพดังกล่าวผสมกับสเตียรอยด์เช่น dexamethasone ซึ่งยาหยอดหูที่มีสเตียรอยด์เป็นส่วนประกอบ มักจะช่วยลดขนาดของเนื้อเยื่อสีแดง ที่เกิดจากการอักเสบ (granulation tissue) ได้ดี ผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน อาจแนะนำให้ใส่เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) ผู้ป่วยที่ไม่มีซีไคล เก็บกักไว้ในส่วนของแก้วหูที่เป็นแอง (retraction packet) และแพทย์สามารถมองเห็นส่วนในสุดของแองนั้นได้ชัดเจน ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัด

2. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด

สำหรับผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่ไม่มีซีไคล: อาจทำการผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู

(myringoplasty) โดยใช้เยื่อหุ้มที่หรือเยื่อหุ้มอื่นก็ได้ โดยมีจุดประสงค์หลัก คือ ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลางซ้ำๆ

Fo๓ การผ่าตัดซ่อมเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)

โรค เยื่อแก้วหูทะลุ, หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง (Rupture eardrum, Chronic otitis media)

เยื่อแก้วหูที่มีรูหรือรอยฉีกขาด โดยปกติเยื่อแก้วหูจะรักษาตัวเองภายใน ๒-๓ สัปดาห์ แต่บางครั้งอาจจำเป็นต้องผ่าตัด เกิดได้จากหลายสาเหตุ คือ จากการกระทบกระแทก (Traumatic tympanic membrane perforations) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด เช่น การบ่นหูลึกเกินไปจนโดนเยื่อแก้วหู, เสียงประทัดที่ดังเกินไป, การมีความดันภายนอกสูงเกินไป หรือเกิดตามหลังการติดเชื้อในหูชั้นกลาง

หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง (Chronic otitis media) ผู้ป่วยจะมีอาการหนอง/ของเหลวไหลออกจากหูมากกว่า ๓ เดือน เยื่อแก้วหูทะลุ หูอื้อ มักไม่ค่อยมีอาการปวดหู

การวินิจฉัย

ภาวะเยื่อแก้วหูทะลุ สามารถวินิจฉัยได้ง่าย จากการตรวจร่างกายด้วยที่ตรวจหู (Otoscope)

จุดประสงค์ของการผ่าตัดซ่อมเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)

๑. กำจัดการติดเชื้อ (cure of chronic infection)
๒. แก้ไขรูทะลุของเยื่อแก้วหู (closure of tympanic membrane perforation)
๓. แก้ไขปัญหาการได้ยิน (improvement of hearing) .

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

๑. เยื่อแก้วหูทะลุหรือหูอื้อ ที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ อุดตันเหตุ (การบาดเจ็บ) หรือการผ่าตัดก่อนหน้านี้ที่ไม่หายเกิน ๓ เดือน
๒. ภาวะเยื่อแก้วหูทะลุที่มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำหรือทำกิจกรรมทางน้ำได้อย่างปลอดภัย
๓. มีหนองหรือของเหลวไหลออกจากหูเกิน ๖ อาทิตย์ แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแล้ว
๔. มีภาวะการณสูญเสียงการได้ยินร่วมด้วย
๕. มี Cholesteatoma เกิดขึ้นร่วมด้วย
๖. มีภาวะโพรงกระดูกหลังหูอักเสบเรื้อรัง mastoiditis เกิดขึ้น

› การพยาบาล

- › ป้องกันการติดเชื้อ
- › ไม่ให้สิ่งใดๆ เข้าหู รักษาความสะอาด
- › ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด
- › ในผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะ ให้คำแนะนำในการเคลื่อนไหวช้าๆ อาจต้องให้คนอื่นช่วยพยุง และให้นอนพักนิ่งๆ สูดหายใจเข้ายาวๆ ลึกๆ
- › ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

- › ดูแลก่อนผ่าตัดเหมือนการผ่าตัดทั่วไป
- › ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย โคนผมทำความสะอาดใบหูข้างที่จะผ่าตัด

- › หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยนอนราบตะแคงด้านที่ไม่ได้ผ่าตัด
- › หลังจาก 24 ชม.ให้นอนศีรษะสูง
- › สังเกตเลือดที่ออกจากบาดแผล ถ้าไม่มีของเหลวหรือเลือดไหลมากไม่ควรเปลี่ยนเพราะผู้ป่วยจะได้รับ การปิดแผลโดยการใช้แรงกด (pressure dressing) ไว้ประมาณ 1 สัปดาห์
- › แนะนำให้ผู้ป่วยเคี้ยวด้านที่ตรงข้ามกับด้านผ่าตัด ประเมินอาการปากเบี้ยว ตาปิดไม่สนิท ชาที่หน้า (facial paralysis)
- › ห้ามสั่งน้ำมูก 1-2 สัปดาห์เพื่อป้องกันสิ่งที่ซ่อมแซมหลุด เปิดปากเวลาไอ จาม
- › ระวังอย่าให้น้ำเข้าหู
- › หลังผ่าตัดใน 3-5 สัปดาห์อาจมีเสียงซ่าในหู อาจมีเลือดหรือน้ำเหลืองใสออกจากหูได้ แต่ถ้าเป็นหนอง ควรมาพบแพทย์

π

Otitis Media

เป็นภาวะหูชั้นกลางอักเสบของหูชั้นกลางโดยแบ่งออก
เป็น 3 กลุ่ม

1. Acute otitis media
2. Otitis media with effusion
3. Chronic otitis media

การจำแนกกลุ่ม⁴

1. จำแนกตามระยะเวลาการดำเนินโรค แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่
 - **Acute otitis media** ภาวะหูชั้นกลางอักเสบที่เกิดในระยะเวลาสั้น ไม่เกิน 3 สัปดาห์
 - **Subacute otitis media** ภาวะหูชั้นกลางอักเสบที่เกิดในช่วง 3 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน
 - **Chronic otitis media** ภาวะหูชั้นกลางอักเสบที่เกิดซ้ำ หรือคงอยู่นานกว่า 3 เดือน

2. จำแนกตามสาเหตุการเกิดและเชื้อก่อโรค เช่น หูชั้นกลางอักเสบจากเชื้อไวรัส หูชั้นกลางอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หรือหูชั้นกลางอักเสบจากเชื้อจำเพาะอื่นๆ เช่น เชื้อวัณโรค

3. จำแนกตามลักษณะของน้ำในช่องหู ได้แก่ ภาวะที่ตรวจพบน้ำในหูชั้นกลางมีลักษณะใส (serous otitis media), ภาวะที่ตรวจพบน้ำในหูชั้นกลางมีลักษณะขุ่นเหนียวข้น (mucoïd otitis media), ภาวะที่ตรวจพบน้ำในหูชั้นกลางเป็นหนองข้น (purulent otitis media)

Otitis media

การติดเชื้อในหูชั้นกลางเกิดได้จาก 3 ทางคือ

1. เกิดจากการที่เชื้อโรคจากคอ หรือจมูก ผ่านเข้าทาง eustachian tube ไปสู่หูชั้นกลาง
2. เกิดจากเชื้อโรคเข้าทางรูหู ผ่านแก้วหูที่ทะลุอยู่ก่อนแล้ว เข้าไปสู่หูชั้นกลาง และ mastoid air cell
3. ผ่านทางกระแสเลือด

2. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง

- ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- มี craniofacial anomaly เช่น cleft palate

Acute otitis media

เชื่อก่อโรค

เชื้อส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียพบประมาณ 56-75% โดยเป็นเชื้อ Streptococcus pneumoniae 40%, Haemophilus influenza 25-30%, Moraxella catarrhalis 10-20%

อาการและอาการแสดง

ระยะที่ 1 Hyperemia ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดหู หรือความรู้สึกแน่นๆ มีไข้ การได้ยินมักจะผิดปกติ ตรวจดูพบว่า เยื่อแก้วหูจะแดงอักเสบ ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญในการแยกหูชั้นกลางอักเสบ จากภาวะน้ำในหูชั้นกลาง (Otitis media with effusion)

ระยะที่ 2 Exudation ระยะนี้จะเริ่มมีซีรัมออกมาจากหลอดเลือดที่ขยายตัว เข้าไปในหูชั้นกลาง และในโพรงอากาศมาสตอยด์ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากขึ้น และไข้สูง การได้ยินลดลง ตตรวจดูหูจะพบเยื่อแก้วหูบวมแดงและโป่งออก จนไม่สามารถมองเห็นโครงสร้างปกติได้

ระยะที่ 3 Suppuration เป็นระยะที่แรงดันในหูชั้นกลางมากจนเกิดทะลุเล็กๆ ของเยื่อแก้วหู และมีน้ำปนเลือด (hemorrhagic หรือ serosanguinous fluid) ไหลออกมา ต่อมาอาจจะเปลี่ยนเป็นมูกปนหนอง (mucopurulent) ก็ได้ อาการปวดและไข้จะลดลงอย่างมาก ตรวจดูหูจะพบหนองไหลจากรูทะลุ โดยมากการอักเสบในหูชั้นกลางแบบเฉียบพลันนี้จะหยุดในระยะนี้ เยื่อแก้วหูก็จะสามารถซ่อมแซมปิดตัวเอง มีส่วนน้อยที่รูทะลุคงอยู่เกิดเป็นหูน้ำหนวกเรื้อรังต่อไป .

ระยะที่ 4 Coalescence mastoiditis มักพบกรณีที่
เกิดจากเชื้อที่รุนแรงทำให้เกิดการอักเสบเป็นระยะเวลานาน
เกินกว่า 2 สัปดาห์ เกิดจากที่หนองข้างในโพรงกระดูกมาส
ตอยด์ กดเจ็บหลังหูเล็กน้อยและมีหนองไหลตลอด อาจจะ
ตรวจพบ sagging บริเวณผนังกระดูกของรูหูด้านบนหลังได้
film mastoid จะพบบริเวณโพรงอากาศมาสตอยด์ที่บวมทั้งหมด

ระยะที่ 5 Complication เป็นระยะที่เกิดโรคแทรกซ้อน สามารถทำลายกระดูกและโครงสร้างที่อยู่รอบๆ หรือเชื้ออาจจะไปตามหลอดเลือดดำที่อักเสบ (thrombophlebitis) เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น เช่น ฝีหลังหู facial nerve palsy lateral sinus thrombosis เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ฝีในสมอง และ petrositis เป็นต้น

·
ระยะที่ 6 Resolution เป็นระยะที่หายจากการอักเสบ
หนองหยุดไหลจากหู เยื่อแก้วหูเริ่มมีการซ่อมแซมปิดได้เอง
การได้ยินจะกลับสู่สภาพปกติหรือเกือบปกติ ระยะนี้อาจเกิด
ตามหลังระยะที่ 3 หรือ 5 บางรายที่รูทะลุไม่สามารถปิดได้ก็
จะกลายเป็นหูน้ำหนวกเรื้อรังได้

อาการและอาการแสดง

- ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการหูอื้อ การได้ยินลดลง ซึ่งหากพบในเด็กอาจทำให้เกิด delay speech and language ได้
- ตรวจร่างกายพบว่ามี air bubble, air fluid level, ในหูชั้นกลางหรืออาจตรวจพบ dull tympanic membrane
- การตรวจร่างกายที่สำคัญควรใช้ pneumatic otoscope ซึ่งจะพบว่ามี การขยับของเยื่อแก้วหูลดลง

ลักษณะอาการหูชั้นกลางอักเสบรุนแรง (severe otitis media)

อาการปวดหูระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือมีอาการปวดหูนานมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 39°C

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบรุนแรง ได้แก่ อายุน้อย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ หรือมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน

อาการแสดง

การตรวจ otoscopy จะพบสิ่งผิดปกติต่าง ๆ ของแก้วหู หากตรวจพบว่า มีแก้วหูขุ่นและขยับได้ลดลง จะมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคนี้ร้อยละ 95 และ 85 ตามลำดับ การตรวจพบแก้วหูบวมมีความไวและความจำเพาะร้อยละ 51 และ 97 ตามลำดับ นอกจากนี้อาจตรวจพบแก้วหูแดงจัด หรือมีเลือดออก การตรวจที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัย (gold standard) คือการทำ tympanocentesis หรือ myringotomy แล้วพบว่า มีน้ำในหูชั้นกลาง (middle ear effusion, MEE) ซึ่งการทำหัตถการดังกล่าวต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

Investigation

ผู้ป่วยควรจะได้รับ การตรวจ audiogram และ tympanogram ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยมี conductive hearing loss และ tympanogram type B

การวินิจฉัยแยกโรค

OME ภาวะที่มีน้ำในหูชั้นกลางแต่ไม่มีอาการของหูชั้นกลางอักเสบ

Myringitis แก้วหูอักเสบ

Mastoiditis ตรวจพบมีอาการบวมแดงอักเสบบริเวณกกหู

การรักษา

ในผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันที่เยื่อแก้วหูยังไม่ทะลุสามารถหายเองได้ประมาณร้อยละ 70-80 แต่เชื่อว่าการให้ยาปฏิชีวนะ 5-10 วัน ช่วยลดความรุนแรง ระยะเวลาของอาการ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (Acute Otitis Media)



น้ำขังในหูชั้นกลาง (Otitis Media with Effusion)



โพรงกระดูกมาสตอยด์อักเสบ
เฉียบพลัน (Acute Mastoiditis)



ฝีหลังหู
(Subperiosteal Abscess)



Chronic otitis media

ระยะเวลาของการอักเสบเรื้อรังของหูชั้นกลางนั้นยังไม่มี
ระยะเวลาที่แน่ชัดประมาณนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน
ร่วมกับมีเยื่อแก้วหูทะลุซึ่งอาจพบว่ามีหนองหรือไม่ก็ได้ หูชั้น
กลางอักเสบเรื้อรังสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

หูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ชนิดไม่ อันตราย (Safe or Uncomplicated Ear)



ไม่มีหนองในหูชั้นกลาง



มีหนองในหูชั้นกลาง

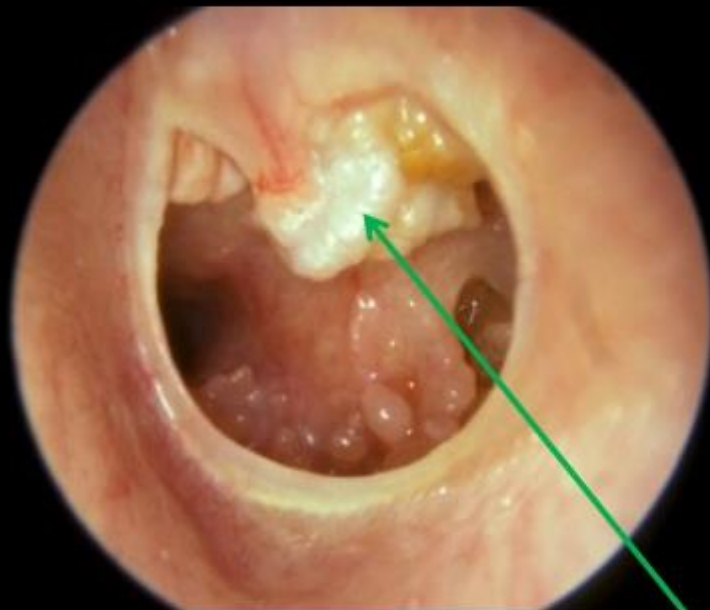
1. หูอักเสบนิดไม่ร้ายแรง (Safe Ear) ได้แก่

- เยื่อแก้วหูทะลุตรงกลาง (central perforation)

จะสังเกตพบว่าขอบของ annulus ยังอยู่ครบวง และไม่พบว่า
มี cholesteatoma

2. หูอักเสบชนิดร้ายแรง (Unsafe ear) ได้แก่
- เยื่อแก้วหูทะลุบริเวณขอบ (marginal perforation) ซึ่งพบว่า annulus ไม่ครบวง
 - เยื่อแก้วหูทะลุบริเวณ attic
 - ตรวจพบว่ามี cholesteatoma ร่วมด้วย

หูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ชนิดอันตราย (Unsafe or Complicated Ear)



มีขี้ไคล หรือ cholesteatoma

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหูชั้นกลางอักเสบ (complication of otitis media)

เกิดจากมีการติดเชื้อกระจายออกไปนอก middle ear cleft ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในโรคหูน้ำหนวกชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง ซึ่งมักเกิดจากโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังมากกว่า โดยเฉพาะถ้ามี cholesteatoma ร่วมด้วย

ภาวะแทรกซ้อนแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ตามตำแหน่งที่เกิดดังนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดนอกกระดูก temporal bone และนอกกะโหลกศีรษะ (extratemporal extracranial complication) ได้แก่

1.1 Subperiosteal abscess

ฝีใต้เยื่อหุ้มกระดูกเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการอักเสบภายในโพรงกระดูกมาสตอยด์ หนองที่เกิดขึ้นภายในจะเจาะแตกออกมาภายใต้เยื่อหุ้มกระดูก โดยรอบเกิดเป็นโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่

- **Postauricular abscess** เป็นภาวะที่หนองแตกออกมาซึ่งอยู่ใต้เยื่อหุ้มกระดูก mastoid หลังหู

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดบวม แดง ร้อนบริเวณหลังหู ไข้ ถ้าหนองมีปริมาณมากจะดันโอบุไปทางด้านหน้าและด้านล่างจนกางออกอย่างชัดเจน

2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายในกระดูก temporal bone (intratemporal complication) ได้แก่

2.1 Mastoiditis

เป็นการอักเสบในโพรงอากาศ mastoid ซึ่งมีการทำลาย bony septa ของ mastoid air cell

อาการและอาการแสดง

Coalescent Mastoiditis มักเกิดตามหลังผู้ป่วยที่เป็นการอักเสบของหูชั้นกลางชนิดเฉียบพลัน ตรวจพบว่ามีปวดบวมแดงร้อน กดเจ็บบริเวณหลังหู บางครั้งจะมีหูกาง ร่วมกับมีไข้ เมื่อส่ง mastoid film จะพบว่า mastoid air cell มี cloudy ในบางรายอาจพบว่ามีหนองขังอยู่ใต้ periostium กลายเป็น subperiosteal abscess ก็ได้

ใน chronic mastoiditis ผู้ป่วยมักจะมาด้วยมีหนองไหลจากหูเป็นเวลานานไม่หยุด และอาจจะมีไข้ต่ำ ๆ หรือเมื่อหยุดยาปฏิชีวนะอาการอาจจะเป็นขึ้นมามาก บางครั้งตรวจพบปวดบวมแดงร้อนหลังหู

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายในกระโหลกศีรษะ (intracranial complication)

3.1 เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis)

เป็นโรคแทรกซ้อนทางสมองของโรคหุน้ำหนวกที่พบได้บ่อยที่สุด มักเกิดจากการอักเสบของหุ้ชั้นกลางชนิดเฉียบพลัน

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน ถ้ามีอาการชัก หรือมีอาการทางระบบประสาทที่ผิดปกติเฉพาะที่ (focal neurological signs) ต้องพึงระวังว่าอาจมีฝีในสมอง

การรักษา

สำหรับผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่ไม่มีซีไคล มีจุดมุ่งหมายในการรักษา คือ

1. เพื่อกำจัดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลาง (ถ้ามี)
2. ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลางอีก
3. รักษาการได้ยินให้อยู่ในสภาพดี

สำหรับผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ที่มีซีไคล นอกจากจุดมุ่งหมายในการรักษาดังกล่าว 3 ข้อแล้ว ควรทำให้ซีไคลมีทางออก เพื่อป้องกันไม่ให้ซีไคล มีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนไปทำลายอวัยวะที่สำคัญต่างๆ

Meniere' s disease (vertigo)

สาเหตุของอาการเวียนศีรษะ

1. สาเหตุทางหู

หูชั้นนอก

- อุดตัน จาก ขี้หู, เนืองอก, หนอง หรือการอักเสบจากหูชั้นนอก หรือหูชั้นกลางอักเสบ, กระจกช่องหูหักจากอุบัติเหตุ

หูชั้นกลาง

- เลือดคั่งในหูชั้นกลาง (hemotympanum) จากอุบัติเหตุ หรือการเปลี่ยนแปลงของความดันบรรยากาศ
- หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง (หูน้ำหนวก)
- ท่อยูสเตเชียน ซึ่งเป็นท่อที่เชื่อมระหว่างโพรงหลังจมูกและหูชั้นกลาง ทำงานผิดปกติหรือมีการอุดตันจากโรคจมูกอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (โรคแพ้อากาศ หรือจมูกอักเสบภูมิแพ้), ไซนัสอักเสบ, การดำน้ำ, การขึ้น-ลงที่สูง, ก้อนเนืองอกที่โพรงหลังจมูก

หูชั้นใน

- การติดเชื้อของหูชั้นใน (labyrinthitis) โดยเชื้ออาจลุกลามมาจากหูชั้นกลางที่อักเสบเฉียบพลัน หรือเยื่อหุ้มสมองที่อักเสบ หูชั้นกลางที่อักเสบเรื้อรัง (หูน้ำหนวก) และมีภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส, ไวรัส, แบคทีเรีย, ปรสิต
- การอักเสบของหูชั้นในจากสารพิษ (toxic labyrinthitis) ได้แก่ ยาที่มีพิษต่อระบบประสาททรงตัวในหูชั้นใน เช่น ยาด้านจุลชีพ กลุ่ม aminoglycoside, quinine, salicylate, sulfonamide, barbiturate
- การบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะทรงตัวในหูชั้นใน ทำให้มีเลือดออกในหูชั้นใน, ฐานสมอง, ก้านสมอง หรือสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว
- การได้รับแรงกระแทก เกิดการบาดเจ็บจากเสียงดัง เช่นระเบิด, ประทัด, การยิงปืน หรือการผ่าตัดบริเวณหู
- โรคน้ำในหูไม่เท่ากัน หรือโรคมึนเวียน (Meniere's disease)
- โรคก้อนหินปูนเคลื่อนที่ในหูชั้นใน (benign paroxysmal positional vertigo หรือ BPPV)

2. โรคของทางเดินประสาท และสมอง

- เส้นประสาทการทรงตัวอักเสบ (vestibular neuronitis)
- เนื้องอกของประสาททรงตัว (vestibular schwannoma)
- โรคของระบบประสาทกลาง
- ความผิดปกติของกระแสโลหิตที่ไปเลี้ยงระบบประสาทกลาง ทำให้เลือดไปเลี้ยงระบบ

ประสาททรงตัวไม่พอ อาจเกิดจากไขมันในเลือดสูง, โรคความดันโลหิตสูง, การสูบบุหรี่ (สารนิโคติน ทำให้เส้นเลือดตีบตัว), การดื่มกาแฟ ชา เครื่องดื่มน้ำอัดลม (สารคาเฟอีน ทำให้เส้นเลือดตีบตัว), เบาหวาน, เลือดข้นผิดปกติ, ซีด, ภาวะกระดูกอ่อน หรือมีหินปูนบริเวณกระดูกออกไปกุด หลอดเลือดขณะมีการหั่นศีรษะหรือแขน, เครียด หรือวิตกกังวล (ทำให้เส้นเลือดตีบตัวชั่วคราว), โรคหัวใจ (หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจขาดเลือด)

- การเสื่อมของระบบประสาทกลางที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว
- การติดเชื้อของระบบประสาท

3. สาเหตุอื่นๆ

เช่น โรคแพ้ภูมิตัวเอง (autoimmune disease), โรคต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยผิดปกติ (hypothyroidism), โรคเลือด [มะเร็งเม็ดเลือดขาว, เกล็ดเลือดสูงผิดปกติ, ซีด, เลือดออกง่ายผิดปกติ], โรคหลอดเลือดแข็งและตีบจากโรคไขมันในเลือดสูง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคกระดูกต้นคอเสื่อม, โรคไต, ระดับยูริกในเลือดสูง, โรคความดันโลหิตต่ำ, โรคภูมิแพ้

4. ไม่ทราบสาเหตุ

การวินิจฉัยสาเหตุของอาการเวียนศีรษะ อาศัยการซักประวัติ, การตรวจร่างกาย โดยเฉพาะ การตรวจทางหู คอ จมูก, การตรวจตา, การตรวจเส้นประสาทสมอง และ ระบบประสาทกลาง, การวัดความดันโลหิต ท่านอน ท่านั่ง และท่านยืน (เพื่อตรวจหาความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่า) และการตรวจพิเศษ เช่น

- การเจาะเลือด เพื่อหาภาวะซีด, เลือดข้น, มะเร็งเม็ดเลือดขาว, เกล็ดเลือดมากผิดปกติ, เบาหวาน, ระดับไขมันในเลือดที่สูง, ระดับยูริกในเลือดที่สูง, การอักเสบของร่างกาย (ESR) ซึ่งอาจบ่งถึงโรคแพ้ภูมิตัวเอง, โรคไต, การติดเชื้อซิฟิลิส หรือเอดส์, การทำงานของต่อมธัยรอยด์ที่ผิดปกติ, ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำเกินไป
- การตรวจปัสสาวะ เพื่อดูว่ามีโรคไตหรือไม่
- การตรวจการได้ยิน
- การตรวจหาความผิดปกติของหัวใจ (EKG)

- การตรวจคลื่นสมองระดับก้านสมอง (brainstem electrical response audiometry) โดยใช้เสียงกระตุ้นทางเดินประสาทที่ผ่านหู ตั้งแต่หูชั้นใน, ประสาทสมองที่เกี่ยวกับการได้ยิน ไปสู่ก้านสมอง และผ่านไปถึงลิ้นสมอง วิธีนี้จะตรวจความผิดปกติของโรคในสมองส่วนกลางได้รวดเร็วและแม่นยำ
- การตรวจระบบประสาททรงตัวโดยเครื่องวัดการทรงตัว เพื่อแยกความผิดปกติของภาวะข้อเสื่อมจากโรคหูชั้นในและโรคของสมอง
 - การถ่ายภาพรังสีกระดูกคอ
 - การถ่ายภาพรังสี เช่นเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) หรือเอกซเรย์สนามแม่เหล็ก (MRI)
 - การตรวจการไหลเวียนของกระแสโลหิต ผ่านเส้นเลือดใหญ่ไปสู่สมอง โดยใช้อัลตราซาวนด์ ซึ่งจะบอกแรงดันเลือด ความเร็วของการไหล และความไม่สมดุลของการไหลเวียนของกระแสโลหิตได้

การรักษา

1. การรักษาตามอาการ

- ให้อาการที่กีดการรับรู้ของประสาททรงตัว เพื่อให้หายจากอาการเวียนศีรษะ
- ให้อาการสงบ หรือระงับประสาท
- ให้อาการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- ให้อาการขยายหลอดเลือด เพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงระบบประสาททรงตัว ซึ่งการให้อาการดังกล่าว

นี้ เป็นการรักษาปลายเหตุ

- เมื่ออาการเวียนศีรษะน้อยลงแล้ว ควรให้เริ่มการบริหารระบบทรงตัว (head balance exercise) เพื่อให้ร่างกายสามารถปรับสมดุลของระบบประสาททรงตัวได้ การบริหารดังกล่าวเป็นการฝึกฝนการปรับวิสัยการทรงตัวต่อตัวกระตุ้นสมมุติที่สร้างขึ้น จะสร้างนิสัย“เคยชิน”ต่อสภาวะนั้น ๆ ให้เกิดขึ้นในอวัยวะทรงตัว เพื่อให้สามารถใช้งานทรงตัวได้ดีในสภาวะต่างๆ ได้แก่ การฝึกบริหารสายตา ฝึกกล้ามเนื้อ คอ แขนขา ฝึกการเคลื่อนไหวศีรษะและคอ รวมทั้งการเดิน และ ยืน

ถ้าผู้ป่วยหายเวียนศีรษะแล้ว ควรป้องกันไม่ให้มีอาการเวียนศีรษะอีก โดย

- หลีกเลี่ยงเสียงดัง
- ถ้าเป็นโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, ไต, โรคกรดจุกในเลือดสูง, โรคซีด, โรคเลือด ควบคุมโรคให้ดี
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อประสาททรงตัว เช่น aspirin, aminoglycoside, quinine
- หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ หรือการกระทบกระเทือนบริเวณหู
- หลีกเลี่ยงการติดเชื้อของหู หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน
- ลดอาหารเค็ม หรือเครื่องดื่มบางประเภท เช่น กาแฟ, ชา, เครื่องดื่มน้ำตาลลด, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, งดการสูบบุหรี่
- พยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงระบบประสาททรงตัว, ลดความเครียด วิตกกังวล และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

3. การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะเวียนศีรษะ

- ไม่ควรว่ายน้ำ, ดำน้ำ, ปีนป่ายที่สูง, เดินบนสะพานไม้แผ่นเดียว หรือเชือกข้ามคูคลอง, ขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ขณะมีอาการเวียนศีรษะเพราะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
- หลีกเลี่ยงสารคาเฟอีน (ชา น้ำอัดลม กาแฟ) การสูบบุหรี่ ซึ่งจะลดเลือดที่ไปเลี้ยงระบบประสาททรงตัว
- พยายามอย่ารับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำมากเกินไป จะได้มีโอกาสอาเจียนน้อยลง
- พยายามหลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ ในระหว่างเกิดอาการ ได้แก่ การหมุนหันศีรษะไว ๆ, การเปลี่ยนท่าทางอิริยาบถอย่างรวดเร็ว, การก้ม เงยคอ หรือหันอย่างเต็มที่
- พยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิด อาการเวียนศีรษะ เช่น ความเครียด, ความวิตกกังวล, การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ, สารก่อภูมิแพ้ (ถ้าแพ้), การเดินทางโดยทางเรือ, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- รับประทานยาที่แพทย์ให้รับประทาน เวลาเวียนศีรษะ

π

คอ และจุก

Tropic

› คอ และจมูก

Nasal bleeding

Nasal polyps

Sinusitis

Tonsillitis

CA Larynx

Nasal bleeding

- › เลือดกำเดาไหล (epistaxis) หมายถึง การที่มีเลือดออก จากโพรงจมูก ทางด้านหน้า หรือด้านหลังโพรงจมูก อาจ ออกข้างเดียว หรือสองข้างก็ได้

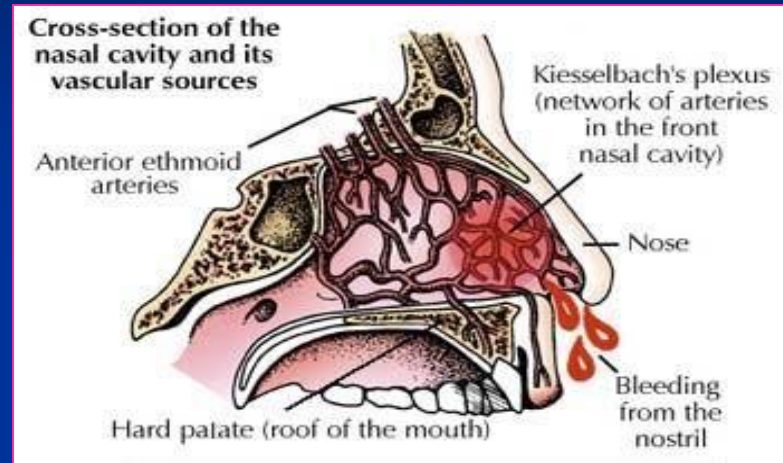
แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 2 กลุ่มคือ

- › 1. กลุ่มที่มีเลือดออกจํานวนน้อยๆ และหยุดได้เอง แต่เป็นมาแล้วหลายครั้ง มักจะเป็นเด็ก, วัยรุ่น หรือผู้ใหญ่อายุน้อย ที่มีเลือดออกมาจากจมูกทางส่วนหน้า (anterior epistaxis)
- › 2. กลุ่มที่มีเลือดออกจากจมูกเพียงครั้งเดียว แต่มีจํานวนเลือดมาก และไม่สามารถหยุดได้เอง มักจะเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เช่นความดันโลหิตสูง และเลือดที่ออกมักจะมาจากโพรงจมูกทางส่วนหลัง (posterior epistaxis)

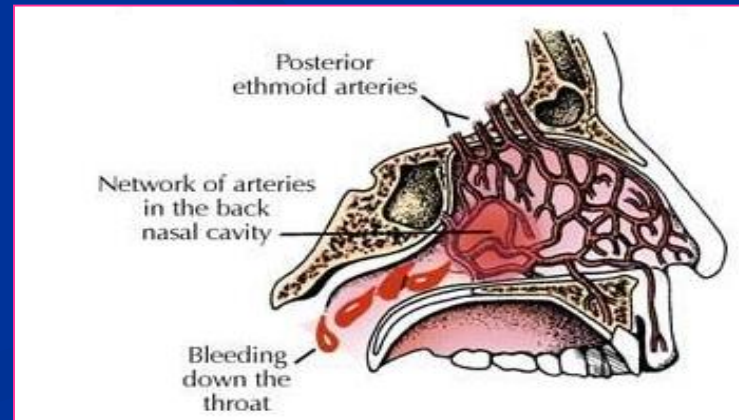
Epistaxis

Epidemiology

- Child and adult : anterior epistaxis
- Elderly : posterior epistaxis
- 90% of epistaxis occur at anterior site
- More common in winter

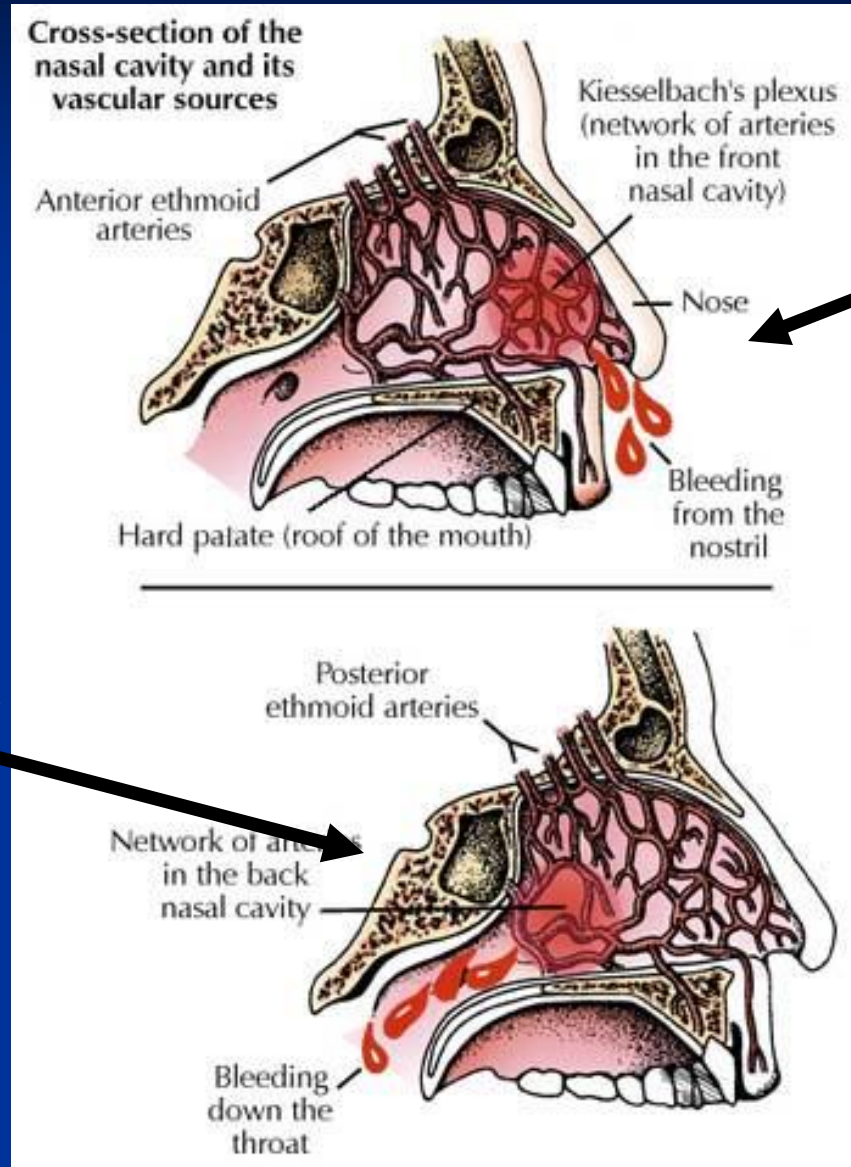


anterior epistaxis



posterior epistaxis

Two types of nosebleeds



Anterior NB
(most common)

Posterior NB
(less common,
more severe)

ตำแหน่งที่พบเลือดกำเดาไหล

- › 1. เลือดออกจากด้านหน้าของโพรงจมูก ซึ่งพบได้ร้อยละ 90 ของเลือดกำเดาไหลทั้งหมด
- › 2. เลือดออกจากด้านหลังของโพรงจมูก มีเลือดไหลลงคอ จะมีอาการรุนแรงกว่า พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งมีภาวะหลอดเลือดแข็งร่วมด้วย หรือพบในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกบริเวณโพรงหลังจมูกที่มีเลือดมาเลี้ยงมาก (nasopharyngeal angiofibroma) ตำแหน่งนี้สามารถมองเห็นได้จากการส่องกล้องตรวจในโพรงจมูก
- › 3. 3. เลือดออกจากด้านบนของโพรงจมูก เลือดออกจากตำแหน่งนี้มักพบได้น้อยกว่า 2 ชนิดแรก โดยอาจเกิดจากการผ่าตัดไซนัส, อุบัติเหตุบริเวณศีรษะ หรือเนื้องอกบางชนิด เป็นต้น

สาเหตุของเลือดกำเดาไหล

› 1. สาเหตุเฉพาะที่ได้แก่

1.1 การระคายเคือง หรือบาดเจ็บบริเวณจมูก

1.2 การอักเสบในโพรงจมูก

1.3 ความผิดปกติทางกายวิภาค

1.4 เนื้องอก

1.5 ความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงจมูก

สาเหตุของเลือดกำเดาไหล

2. สาเหตุจากโรกระบบอื่นๆ

2.1 โรคเลือดชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เช่น ฮีโมฟีเลีย , โรคตับแข็ง, การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด, การขาดวิตามิน K, ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ หรือทำงานบกพร่อง เช่น ได้รับยา aspirin หรือ NSAIDs เป็นต้น

2.2 โรคของหลอดเลือด เช่นโรคทางพันธุกรรมบางชนิดที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดทั่วร่างกาย (hereditary hemorrhagic telangiectasia) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดแข็งตัวซึ่งพบบ่อยในโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2.3 ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุ

Causes of epistaxis

- Trauma
- Infection
- Foreign body
- Neoplasm
- Systemic disease
- Coagulation defect

แนวทางการรักษา

› 1.การประเมินความรุนแรง และแก้ไขภาวะที่เกิดจากการเสียเลือด และการหาสาเหตุ

1.1 ระดับน้อย หมายถึงมีเลือดออกปริมาณน้อย ไม่สามารถวัดปริมาณได้ชัดเจน เช่น เปื้อนผ้าเช็ดหน้า หรือกระดาศชำระ และมักหยุดได้เอง

1.2 ระดับปานกลาง หมายถึงเลือดออกมากขึ้น และระบุปริมาณได้ เช่น มากกว่า 100 มล. หรือเปรียบเทียบกับเป็น 1/2 แก้วน้ำดื่ม เป็นต้น สัญญาณชีพยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.3 ระดับรุนแรง หมายถึงเลือดออกมาก จนมีอาการแสดงของระดับสารน้ำในหลอดเลือดต่ำ หรือภาวะช็อค

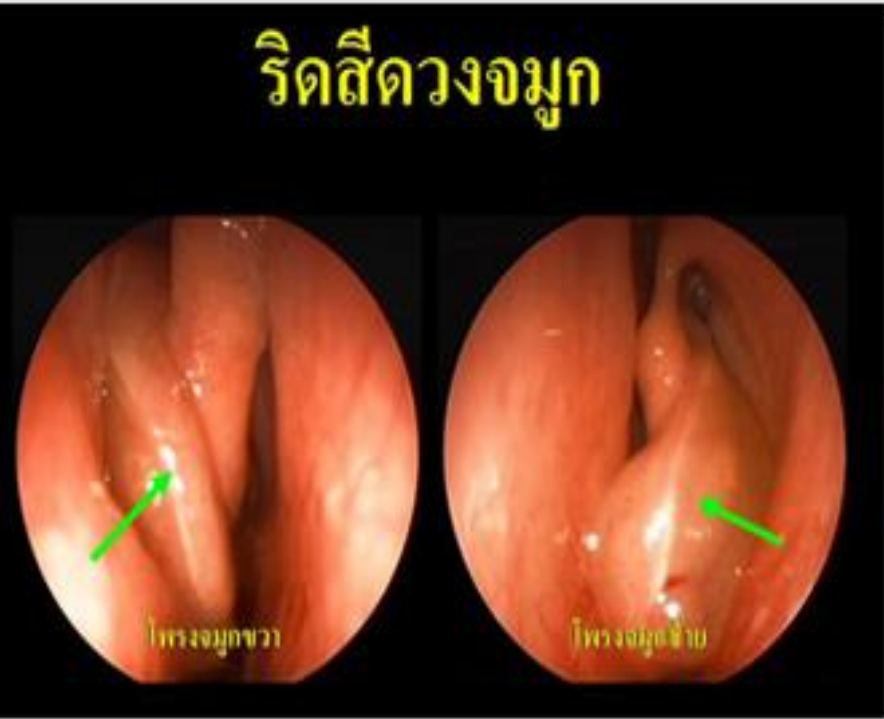
แนวทางการรักษา

› 2. การห้ามเลือด

- 2.1 การกดบีบ ให้ผู้ป่วยนั่งหลังตรงและก้มหน้าเล็กน้อย นั้งบีบปีกจมูกทั้งสองข้างให้แน่นเป็นเวลา 5 – 10 นาที โดยให้หายใจทางปากแทน
- 2.2 กัมการใช้ยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่ (topical decongestants)
- 2.3 หน้าเการจี้จุดเลือดออก (cauterization)
- 2.4 ลึกน้การใช้วัสดุกดห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า (anterior nasal packing)

ริดสีดวงจมูก (Nasal Polyps)

- › ริดสีดวง จมูก คือการที่เยื่อจมูกหรือไซนัสมีการอักเสบและบวม จนยื่นออกมาเป็นก้อน ทำให้โพรงจมูกและ/ หรือไซนัสแคบ



สาเหตุ

เกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน ปัจจัยที่มีส่วนในการเกิดริดสีดวงจมูก ได้แก่ (ณัฐฐิตา เพชรประไพ, 2556)

1. มักพบในเพศชาย : เพศหญิง อัตราส่วน 2:1 และพบในช่วงอายุ 20 - 40 ปี
2. การอักเสบเรื้อรังและการติดเชื้อซึ่งกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ ของเยื่อจมูกและเยื่อไซนัส มีผลทำให้เกิดการบวมของเยื่อโพรงจมูก
3. ความผิดปกติของการตอบสนองของระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของหลอดเลือดและภาวะไวเกินของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเยื่อจมูกและเยื่อไซนัสทำให้เกิดการบวมของเยื่อโพรงจมูก
4. ความผิดปกติของกระแสลมที่ผ่านเข้าไปบริเวณที่เป็นต้นตอของริดสีดวงจมูก เช่น บริเวณโพรงจมูกส่วนกลางและบริเวณรูเปิดของไซนัส

อาการ

- › คัดแน่นจมูก ซึ่งจะเป็นอย่างมากขึ้นเรื่อยๆ
- › อาจมีอาการจามหรือน้ำมูกได้ ซึ่งอาจมีลักษณะใส ชุ่มชื้น เหนียวหรือมีสี เหลืองเขียว เจ็บคอเรื้อรัง ไอหรือกระแอมบ่อย ระคายคอ แสบคอ
- › ได้รับกลิ่นน้อยลงหรือไม่ได้กลิ่น
- › มีอาการปวดต่อบริเวณแก้มหรือสันจมูก
- › ปวดหรือมีน้ำตาไหล และหูอื้อได้

การรักษา

π

› เป้าหมายของการรักษา มีดังนี้

1. กำจัดริดสีดวงจุกหรือทำให้ริดสีดวงจุกมีขนาดเล็กลง
2. ทำให้จุกโล่งขึ้น และหายใจทางจุกได้
3. ไม่มีอาการคัดจุก น้ำจุกไหล คัน จาม หรือ เสมหะไหลลงคอ
4. ดมกลิ่นได้ปกติ
5. รักษาไซนัสอักเสบ (ถ้ามีร่วมด้วย) โดยการให้ยา และ / หรือ การผ่าตัด
6. รักษาโรคที่เกิดร่วมกับริดสีดวงจุก หรือภาวะที่เป็นปัจจัยส่งเสริม หรืออาจเป็นสาเหตุของริดสีดวงจุก เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของริดสีดวงจุก

การรักษา

- › 1. ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นจมูก
- › 2. ยาสเตียรอยด์ชนิดกินหรือฉีด
- › 3. การผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออกแบบธรรมดา (simple polypectomy)
- › 4. การผ่าตัดริดสีดวงจมูกและไซนัสด้วยการใช้กล้อง (endoscopic sinus surgery)

การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

› 1.ผู้ป่วยจะมีแผลในโพรงจมูกและไซนัส และมีวัสดุห้ามเลือดในช่องจมูก

มีอาการเจ็บจมูกจากแผลผ่าตัด

มีน้ำมูก หรือน้ำลายปนเลือดออกมาได้บ้างเล็กน้อย ในช่วงหลังผ่าตัดเสร็จใหม่ ๆ

ในรายที่มีวัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูก ผู้ป่วยต้องหายใจทางปาก

มีอาการเจ็บคอ คอแห้งได้ ควรจิบหรือดื่มน้ำบ่อยๆ และกลั้วคอ ทำความสะอาดบ่อยๆ และแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

ห้ามดึงวัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกออกเอง เพราะอาจทำให้มีเลือดออกมากได้

การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

2. ผู้ป่วยจะมีไข้ หรือมีอาการบวม หรือรู้สึกตื้อๆ ซัดๆ ตึงๆ คล้ายมีสิ่งแปลกปลอม อยู่ในโพรงจมูก หรือมีเสียงเปลี่ยนได้ ซึ่งอาการดังกล่าวมักจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์

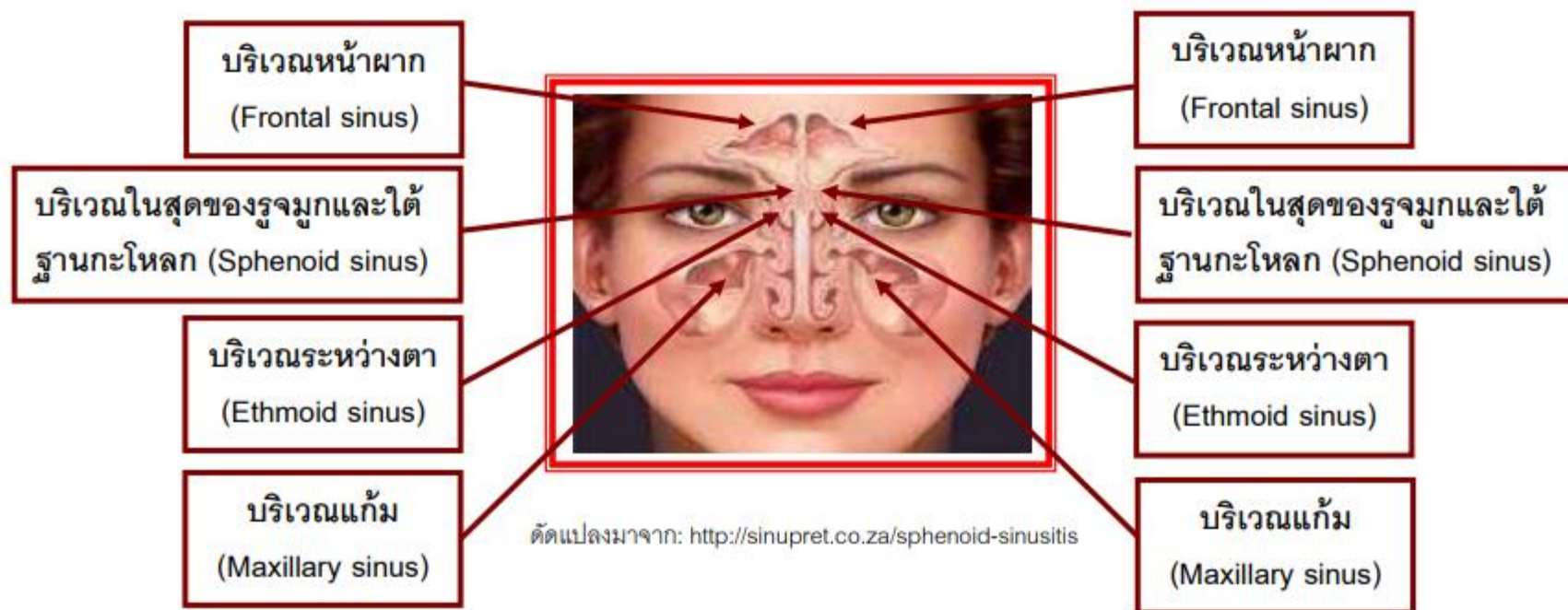
3. หลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก เยื่อจมูกอาจบวมมากขึ้น ทำให้มีอาการคัดจมูกมาก ดังนั้นจึงควรนอนศีรษะสูง โดยใช้หมอนหนุน หรือนอนบนที่นอนที่สามารถปรับความเอียงได้ อมและประคบน้ำแข็งบ่อยๆ บริเวณหน้าผากหรือลำคอ ในช่วงสัปดาห์แรก เพื่อลดอาการบวม และเลือดออกบริเวณที่ทำผ่าตัด

π

Sinusitis

ไซนัส คืออะไร

ไซนัส (Sinuses) หมายถึง โพรงอากาศที่อยู่รอบๆ โพรงจมูกเราทั้งซ้ายและขวา โดยปกติคนเรามีโพรงไซนัสทั้งหมด 4 แห่ง คือ บริเวณระหว่างตาทั้งสองข้าง บริเวณแก้ม บริเวณหน้าผาก และบริเวณในสุดของรูจมูกและที่ใต้ฐานกะโหลก โพรงอากาศนี้เป็นที่โล่งๆ ในกะโหลกศีรษะ แต่ละโพรงอากาศจะมีรูระบายอากาศตามธรรมชาติ โพรงละ 1 รู ซึ่งจะระบายเข้าสู่โพรงจมูก และเมื่อเยื่อบุโพรงไซนัสมีการอักเสบ เราจึงเรียกว่า **“ไซนัสอักเสบ”** (วิชญ์ บรรณหิรัญ, 2553)

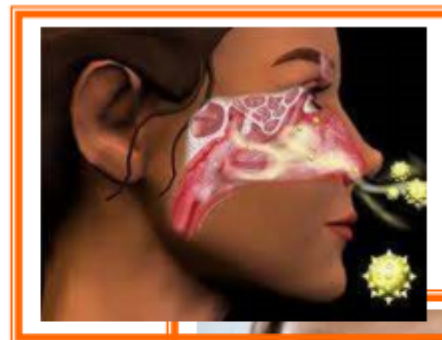


ไซนัสอักเสบ (Sinusitis)

ไซนัสอักเสบ หมายถึง การอักเสบของเยื่อบุโพรงอากาศข้างจมูก มักเกิดขึ้นเมื่อจมูกมีการติดเชื้อ อักเสบ เป็นหวัด ภูมิแพ้ การคัดค้านอุดตันของสิ่งคัดหลั่งในผู้ที่มีภาวะสันจมูกกด ทำให้การระบายอากาศในโพรงอากาศ ลำบากมากขึ้น การมีก้อนเนื้องอกในจมูกก็เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงไซนัส ปัจจุบันเรียกว่า “โรคเยื่อบุจมูกและไซนัสอักเสบ (Rhinosinusitis)” (ศรีสุนทรา เจิมวรพิพัฒน์, 2552; สุปราณี พูนันต์, 2553)

สาเหตุของโรค

1. เชื้อแบคทีเรีย ส่วนใหญ่เป็นชนิด *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, และ *Staphylococcus aureus*
2. เชื้อไวรัส ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *Rhinovirus*
3. เชื้อรา มักพบกลุ่มเชื้อ *Aspergillus*, *Rhizopus*, และ *Candida*
(Benninger et al., 2003)



อาการนำของไซนัสอักเสบ

- คัดจมูก น้ำมูกข้นเขียวหรือเหลือง
- หายใจมีกลิ่นเหม็น
- ปวดศีรษะ ปวดขมับ ปวดแก้ม ปวดท้ายทอย หนักหัว
- เสมหะข้นไหลลงคอ ไอบ่อย
- เลือดออกทางจมูก (พบในบางราย)
- รายที่เป็นรุนแรงอาจมีไข้สูง ตาบวมอักเสบได้ เป็นต้น
(วิชญ์ บรรณหิรัญ, 2553)



ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน (Acute Sinusitis)

- ✚ มักมีจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นมาก่อน เช่น เชื้อไวรัส เป็นหวัด หรือมีภาวะภูมิแพ้
- ✚ เริ่มมีอาการช่องจมูกบวม คัดจมูก น้ำมูกไหล จนเกิดการคั่งของของเหลวในโพรงไซนัส และมีเชื้อแบคทีเรียเข้าไปเจริญเติบโตอยู่
- ✚ สามารถหายเองได้ภายใน 7 วัน

อาการของไซนัสอักเสบเฉียบพลัน

- ◎ อาการทั่วไป จะเหมือนเป็นไข้หวัด มีไข้
- ◎ เมื่อเชื้อลุกลามเข้าสู่ไซนัสจะมีอาการ ได้แก่
 - ◎ ปวดจมูก
 - ◎ ปวดกระบอกตา
 - ◎ แก้มข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง
 - ◎ น้ำมูกและเสมหะจะมีสีเหลืองอมเขียวมากขึ้น
 - ◎ อาจปวดขากรรไกรบนหรือฟันร่วมด้วย



ที่มา: Anand, V. K. (2010). Sinusitis Retrieved 24 July 2012,
from <http://www.sinusitis-solutions.com/diagnosis.html>

✚ การติดเชื้ออาจลุกลามมากขึ้น ควรรักษาอย่างจริงจัง เพื่อลดการเป็นไซนัสอักเสบเรื้อรัง ✚

ไซนัสอักเสบเรื้อรัง (Chronic Sinusitis)

- ✚ มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย
- ✚ มีการอักเสบติดเชื้อมานานกว่า 2 เดือน ในวัยผู้ใหญ่ และนานเกิน 2 สัปดาห์ ในเด็กเล็ก

อาการของไซนัสอักเสบเรื้อรัง

- ◎ มักพบอาการต่างในเวลาตื่นนอนตอนเช้า ได้แก่
 - ◎ คัดแน่นจมูก มีน้ำมูกเป็นสีเหลืองอมเขียว กลิ่นเหม็น ไหลลงคอ
 - ◎ ไอ เจ็บคอ มีอาการหอบ หลอดลมตีบร่วมด้วย
 - ◎ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว
 - ◎ บางรายการรับกลิ่นและรสเสียไป หรือหูอื้อ เนื่องจากมีการอักเสบของหูชั้นกลางร่วมด้วย



ที่มา: Smith, D. J. (2011). Hope for chronic sinusitis sufferers: A patient success story Retrieved 24 July 2012, from <http://www.cornerstoneent.com/hope-chronic-sinusitis-sufferers-patient-success-story/>

✚ ✚ ถ้าไม่รักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายได้ ✚ ✚

การรักษาไซนัสอักเสบ

ประกอบด้วยหลักใหญ่ๆ 3 ประการ ดังนี้

● การให้ยาฆ่าเชื้อโรค (ยาปฏิชีวนะ = ยาแก้อักเสบ)



- ส่วนใหญ่เชื้อโรคที่ทำให้เกิดไซนัสอักเสบ ได้แก่ *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* และ *Branhamella catarrhalis*
- ยาที่ใช้ในการฆ่าเชื้อโรคเหล่านี้ ได้แก่ Amoxicillin, Amoxicillin/clavulanic acid, Cefprozil, Ceftibuten, Cefuroxime axetil, Cefaclor, Clarithromycin, Clindamycin, Erythromycin, Trimethoprim, Sulfamethoxazole
- แพทย์จะเป็นผู้เลือกให้ยาเหล่านี้ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน
- ระยะเวลาการใช้ยาจะนานกว่าการรักษาการติดเชื้อของระบบหายใจตามปกติ
- อาจจะให้นานถึง 3-6 สัปดาห์ ตามที่แพทย์จะแนะนำ ซึ่งจะต้องรักษาจนหนองหมดไปจากโพรงไซนัส

(ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2553)

● การทำโพรงจมูกที่บวมให้ยุบลง



- เพื่อให้หนองในโพรงไซนัสไหลถ่ายเทออกมาให้หมด
 - ทำได้โดยการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ หรือการใช้ยาพ่นจมูก
- การล้างจมูกด้วยน้ำเกลือทำได้ง่าย ๆ ดังนี้**
1. หาซื้อน้ำเกลือ (Normal saline) ที่มีขายตามร้านขายยา หรืออาจผสมขึ้นเองง่ายๆ โดยใช้น้ำสะอาด 750 cc. ผสมกับเกลือสะอาด 1 ช้อนชา
 2. เทน้ำเกลือลงในแก้วสะอาด
 3. ดูดน้ำเกลือจากแก้วสะอาดเข้าในลูกยางหรือหลอดฉีดยา (Syringe)
 4. พ่นน้ำเกลือจากลูกยางหรือหลอดฉีดยาเข้าในจมูกในท่าก้มหน้า กลั้นหายใจในระหว่างฉีดน้ำเกลือเข้าสู่จมูก
 5. ทำซ้ำจนน้ำมูกหมด ปฏิบัติวันละ 2-3 ครั้ง ตามคำแนะนำของแพทย์
 6. แพทย์อาจสั่งยาพ่นจมูก หรือยาล้างจมูกให้ใช้ตามคำแนะนำของแพทย์

(ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2553)

● การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น

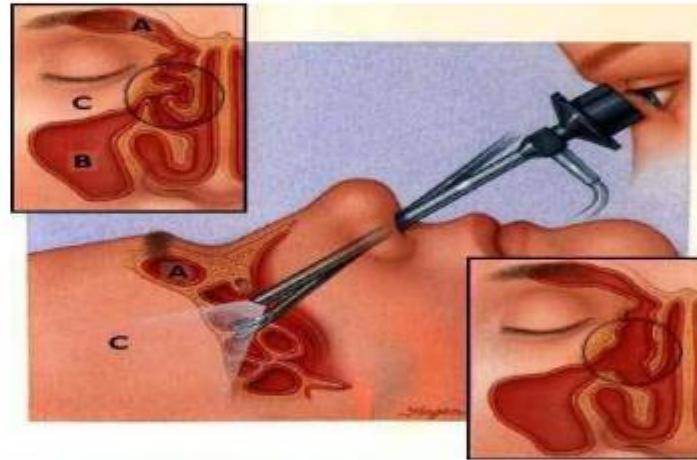
- ผู้ป่วยที่เป็นไซนัสอักเสบจำนวนหนึ่ง (อาจถึงร้อยละ 50) อาจมีอาการของไซนัสอักเสบที่เนื่องมาจากโรคภูมิแพ้ของจมูก ซึ่งจะทำให้จมูกบวมและมีอาการติดเชื้อตามมา ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงสารแพ้จากไรฝุ่นตามคำแนะนำของแพทย์
- ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง ควันบุหรี่ การติดเชื้อจากคนรอบข้าง การอยู่ในที่แออัด การว่ายน้ำในสระที่ไม่ได้มาตรฐาน ฯลฯ
- การติดตามผลการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญมากผู้ป่วยจะต้องมารับการประเมินผลการรักษาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง



หากการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล และมีการอักเสบซ้ำๆ หรือมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งต่อทางตา สมอง และกระดูกบริเวณใกล้เคียง แพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องเอนโดสโคป เช่น การเจาะล้างไซนัส หรือผ่าตัดขยายรูเปิดของไซนัส (ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2553)

การผ่าตัดส่องกล้องโพรงไซนัส (Endoscopic Sinus Surgery)

เป็นการผ่าตัดโพรงไซนัส โดยใช้กล้องจุลทรรศน์ส่องผ่านช่องจมูกเข้าไปสู่โพรงไซนัสตำแหน่งต่างๆ ที่ต้องการ ตรวจดูความผิดปกติได้โดยตรง และตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบ เป็นหนอง หรือสิ่งอุดตันในโพรงจมูกออก ช่วยโพรงไซนัสมีการระบายอากาศได้ดีขึ้น



ที่มา: Karim, M. A. (2011). Endoscopic sinus surgery Retrieved 24 July 2012, from <http://www.entjo.com/web/en/nasal-sinus-surgery/endoscopic-sinus-surgery.html>

คำแนะนำในการดูแลตนเอง

- ✿ ผู้ที่เป็นไซนัสอักเสบ ควรหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหวัด ภูมิแพ้
- ✿ หากรู้ว่าอะไรเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้
- ✿ ควรดื่มน้ำ ดื่มน้ำ ชื่นเครื่องบิน ประมาณ 2 สัปดาห์ ในช่วงที่อาการกำเริบ
- ✿ ไม่ควรรักษาการเองตามพื้นบ้าน เช่น ใช้กรดบางชนิดหยอดเข้าจมูก (ทำให้มีน้ำมูกไหลออกมามาก เพราะอาจเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อจมูก) อาจทำให้เกิดการอักเสบ หรือจมูกพิการได้
- ✿ หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ
- ✿ ดื่มน้ำมากๆ พักผ่อนให้เพียงพอ อยู่ในสถานที่ๆ อากาศถ่ายเท



การป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคไซนัสอักเสบ

- ✿ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง
- ✿ เมื่อเป็นหวัดนานเกิน 1 สัปดาห์ ควรปรึกษาแพทย์
- ✿ พักผ่อนให้เพียงพอ
- ✿ กินอาหารที่มีประโยชน์
- ✿ ออกกำลังกายอยู่เสมอ
- ✿ งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ✿ หลีกเลี่ยงสถานที่ๆ มีคนแออัด หรือบริเวณที่มีฝุ่นควันมากๆ สิ่งมีพิษในอากาศ สารเคมีต่างๆ
- ✿ รักษาสุขภาพช่องปากและฟันให้ดี ไม่ให้ฟันผุ
- ✿ ถ้ามีโรคประจำตัว ควรรับการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

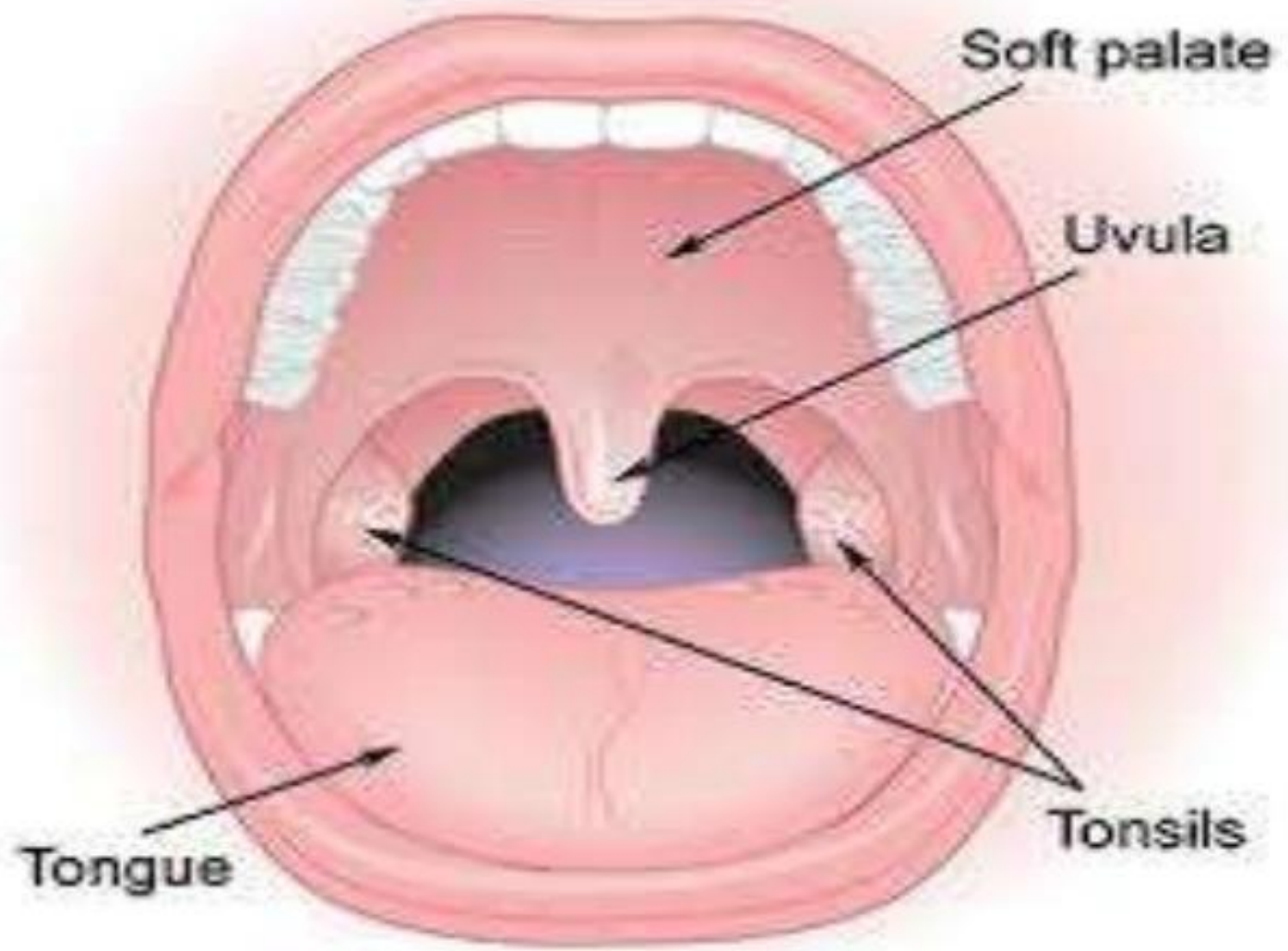


รายการอ้างอิง

- ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2553). มารู้อักเสบในเด็กและวิธีการรักษาที่ถูกต้องกันเถอะ. Retrieved 24 กรกฎาคม 2555, from <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=195>
- วิชญ์ บรรณศิริ. (2553). เมื่อเป็นไซนัสอักเสบ. Retrieved 24 กรกฎาคม 2555, from <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=14>
- ศรีสุนทรา เจริญวิวัฒน์. (2552). การพยาบาลหู คอ จมูก (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ธนาเพรสจำกัด.
- สุปราณี ฟูนันต์. (2553). ไซนัสอักเสบ (sinusitis). ใน พิชิต สิทธิไตรย์, สายสวาท ไชยเศรษฐ และสุวิชา อิศราดิษฐ์กุล (บรรณาธิการ), ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (หน้า. 363-372). เชียงใหม่: Trick Think.
- Anand, V. K. (2010). Sinusitis. Retrieved 24 July 2012, from <http://www.sinusitis-solutions.com/diagnosis.html>
- Benninger, M. S., Ferguson, B. J., Hadley, J. A., Hamilos, D. L., Jacobs, M., Kennedy, D. W., et al. (2003). Adult chronic rhinosinusitis: Definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 129(3, Supplement), S1-S32. doi: 10.1016/s0194-5998(03)01397-4
- Karim, M. A. (2011). Endoscopic sinus surgery. Retrieved 24 July 2012, from <http://www.entjo.com/web/en/nasal-sinus-surgery/endoscopic-sinus-surgery.html>
- Smith, D. J. (2011). Hope for chronic sinusitis sufferers: A patient success story. Retrieved 24 July 2012, from <http://www.cornerstoneent.com/hope-chronic-sinusitis-sufferers-patient-success-story/>

π

Tonsillitis



Soft palate

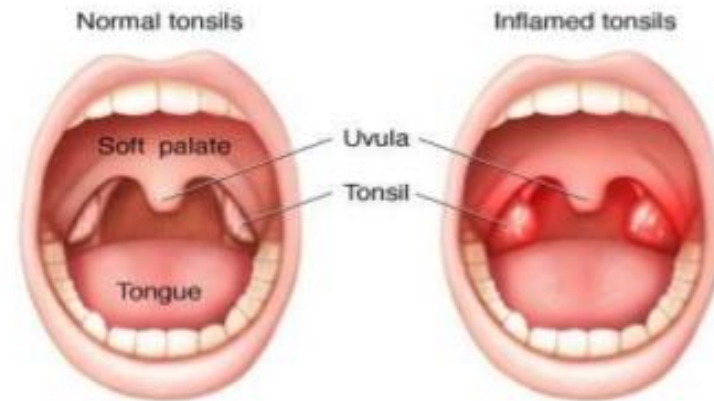
Uvula

Tonsils

Tongue

Tonsillitis

- **Tonsillitis** is inflammation of the tonsils most commonly caused by a viral or bacterial infection. Symptoms may include sore throat and fever.



Etiology

- **Viral infections by** :adenovirus, rhinovirus, influenza, coronavirus
- **Bacterial infections** :streptococcus pneumonia, Mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia, Bordetella pertussis, Fusobacterium sp., Corynebacterium diphtheria, Treponema pallidum

Pathophysiology of tonsillitis

- Entry of pathogens
- Triggering of mast cells

- Release of inflammatory mediators

Inflammation of the tonsils and development of related signs and symptoms

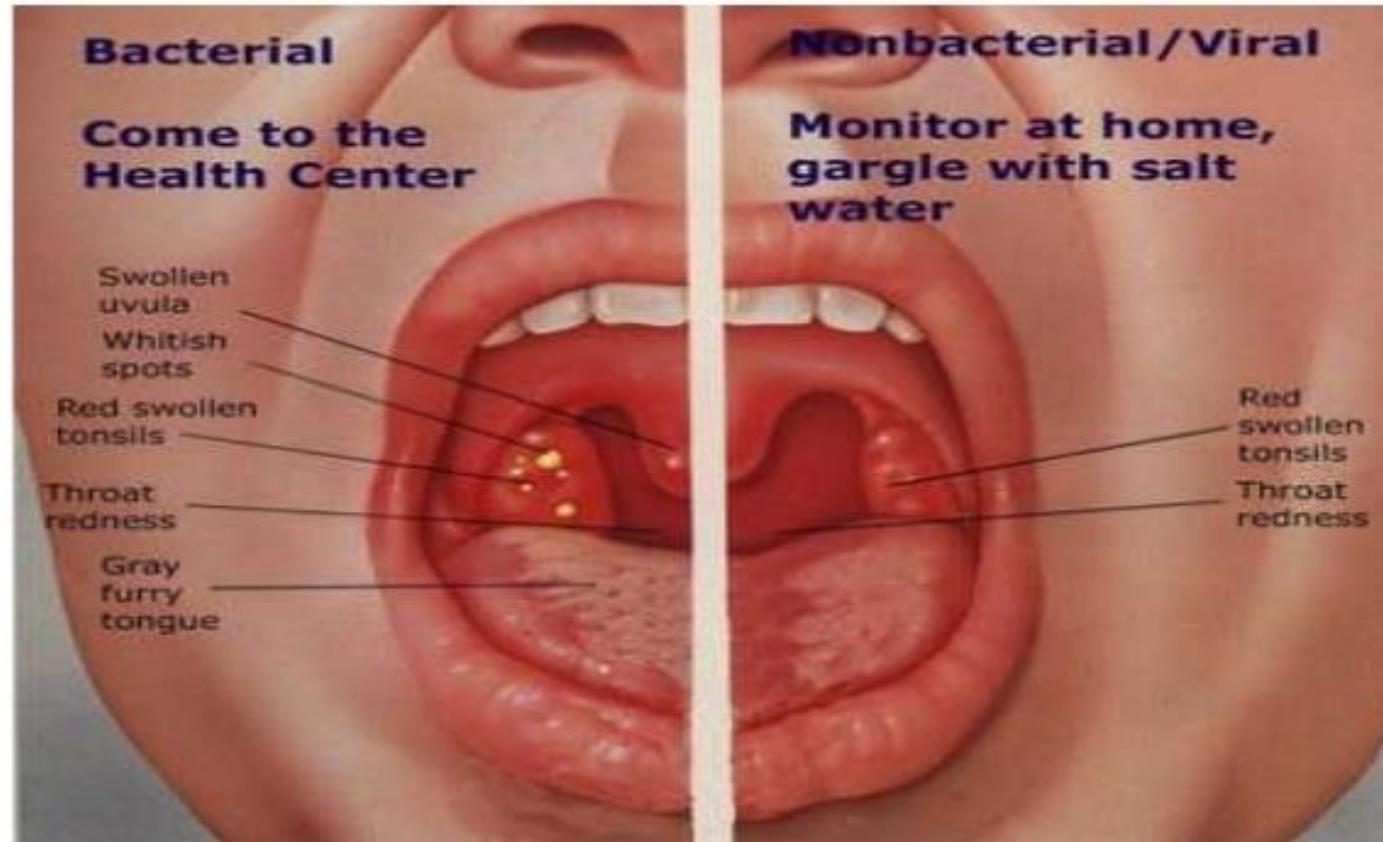
Sign And Symptoms

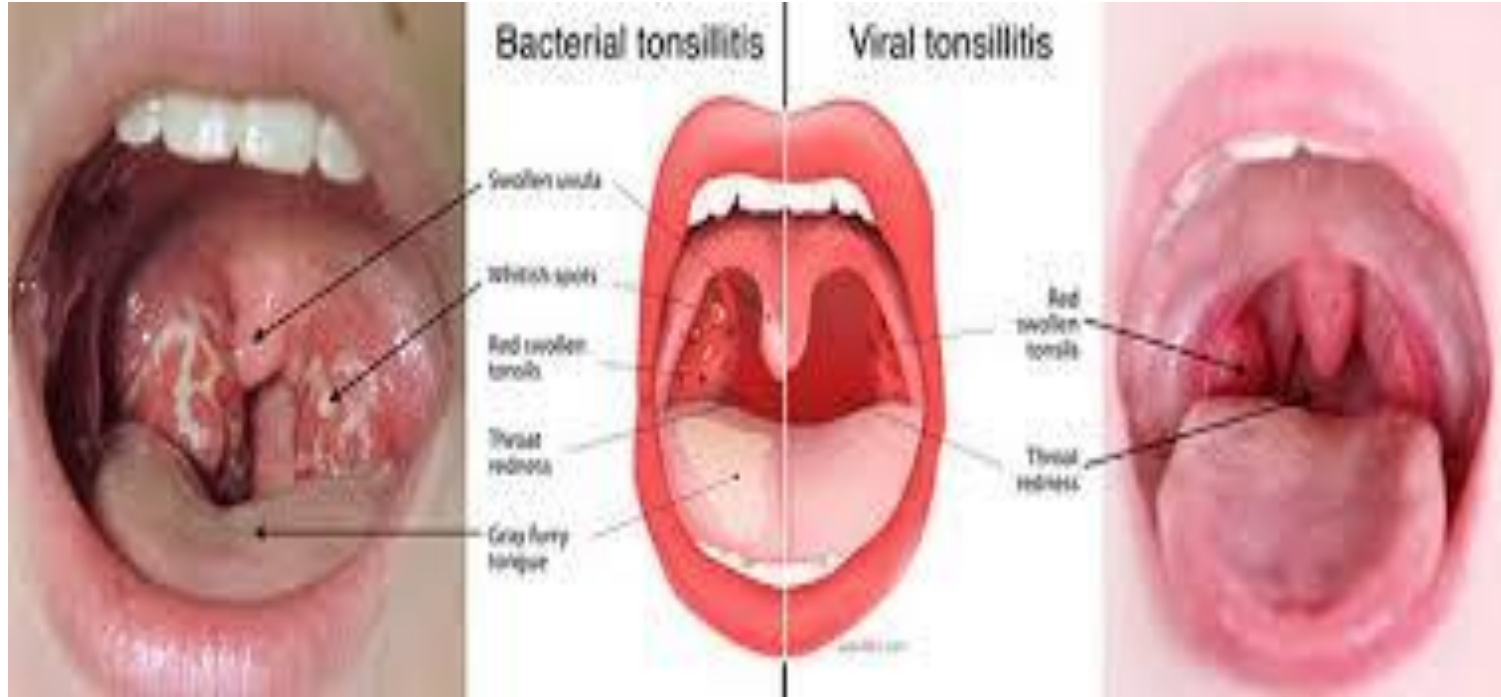
- Sore throat
- Red, swollen tonsils
- Dysphagea
- Fever
- Coughing
- Headache
- Tiredness
- Chills
- Trismus

Conti...

- Malaise
- White pus-filled spots on the tonsils
- Lymphadenopathy
- Otalgia
- Weight loss
- Dysphasia

Difference between viral and bacterial tonsillitis





Complications

- Otitis Media.
- Quinsy (Peritonsillar Abscess).
- Obstructive Sleep Apnea (OSA).
- Scarlet Fever .
- Rheumatic Fever.
- Glomerulonephritis.

Therapeutic Management

- Analgesics
 - Antipyretics
 - Antibiotics
-
- **Surgical Management**
 - Tonsillectomy

การผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomy)

- › ข้อบ่งชี้
 - › 1. ติดเชื้อเรื้อรัง (chronic tonsillitis)
 - › 2. เป็นๆหายๆ (recurrent acute tonsillitis) (ทำให้มีไข้, เจ็บคอ, กลืนเจ็บ หรือกลืนลำบากเรื้อรังหรือเป็นๆหายๆ) จนรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ต้องหยุดเรียนหรือขาดงานบ่อย)
 - › 3. มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้เกิดอาการนอนกรน (snoring) หรือมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea)
 - › 4. สงสัยว่าเป็นมะเร็งของต่อมทอนซิล (carcinoma of tonsils)

› การผ่าตัดต่อมทอนซิลเป็นการผ่าตัดผ่านทางช่องปาก แพทย์จะใส่เครื่องมือทางช่องปากเข้าไปหาต่อมทอนซิล ผู้ป่วยจึงไม่มีบาดแผลใดๆ ที่มองเห็นได้จากภายนอก

การดูแลหลังผ่าตัด

- › 1. ผู้ป่วยจะมีแผลที่ผนังในคอทั้งสองข้าง อาจเห็นเป็นฝ้าสีขาวอยู่ในช่องคอตรงบริเวณของต่อมทอนซิลทั้งสองข้าง ซึ่งจะค่อยๆ หายเองภายใน 7-14 วัน อาจมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารหรือน้ำลายลำบากจากแผลผ่าตัด ทำให้รับประทานอาหารไม่ค่อยสะดวก อาจทำให้น้ำหนักลดได้ อาจมีน้ำลายปนเลือดออกมาได้บ้างเล็กน้อย
- › 2. ผู้ป่วยอาจจะมีไข้ หรือมีอาการบวม หรือรู้สึกติดๆ ขัดๆ ตึงๆ คล้ายมีสิ่งแปลกปลอมบริเวณคอ หรือมีเสียงเปลี่ยนได้ ซึ่งอาการดังกล่าวมักจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์

การดูแลหลังผ่าตัด

- › 3. หลังการผ่าตัด 1-2 วันแรก เพดานอ่อนหรือผนังในคออาจบวมมากขึ้นได้ ทำให้หายใจอึดอัด ไม่สะดวก จึงควรนอนศีรษะสูง อมและประคบน้ำแข็งบ่อยๆ ในช่วงสัปดาห์แรก เพื่อลดอาการบวมบริเวณที่ทำผ่าตัด
- › 4. ควรหลีกเลี่ยงการขากเสมหะแรงๆ การล้วงคอ หรือแปรงฟันเข้าไปในช่องปากลึกเกินไป
- › 5. ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก การเล่นกีฬาที่หักโหม หรือยกของหนักหลังผ่าตัด ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก เพราะอาจทำให้มีเลือดออกจากแผลในช่องปากได้ ถ้ามีเลือดออกจากช่องปากควรนอนพัก ยกศีรษะสูง อมน้ำแข็งในปาก นำน้ำแข็งหรือ cold pack มาประคบบริเวณหน้าผากหรือคอ เพื่อให้เลือดหยุด การประคบหรืออมน้ำแข็งควรประคบ หรืออมประมาณ 10 นาที แล้วจึงเอาออกประมาณ 10 นาที แล้วค่อยประคบหรืออมใหม่เป็นเวลา 10 นาที ทำเช่นนี้สลับกันไปเรื่อยๆ ถ้าเลือดออกไม่หยุดหรือออกมากผิดปกติ ควรรีบไปโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาแพทย์ทันที

การดูแลหลังผ่าตัด

- › 6. ควรรับประทานอาหารอ่อน เช่น โจ๊ก หรือข้าวต้ม ไม่ควรรับประทานอาหารที่แข็งหรือร้อน หรือรสเผ็ดหรือจัดเกินไปอย่างน้อย 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด
- › 7. หลังผ่าตัดประมาณ 2-4 สัปดาห์ แผลจะหายเป็นปกติ

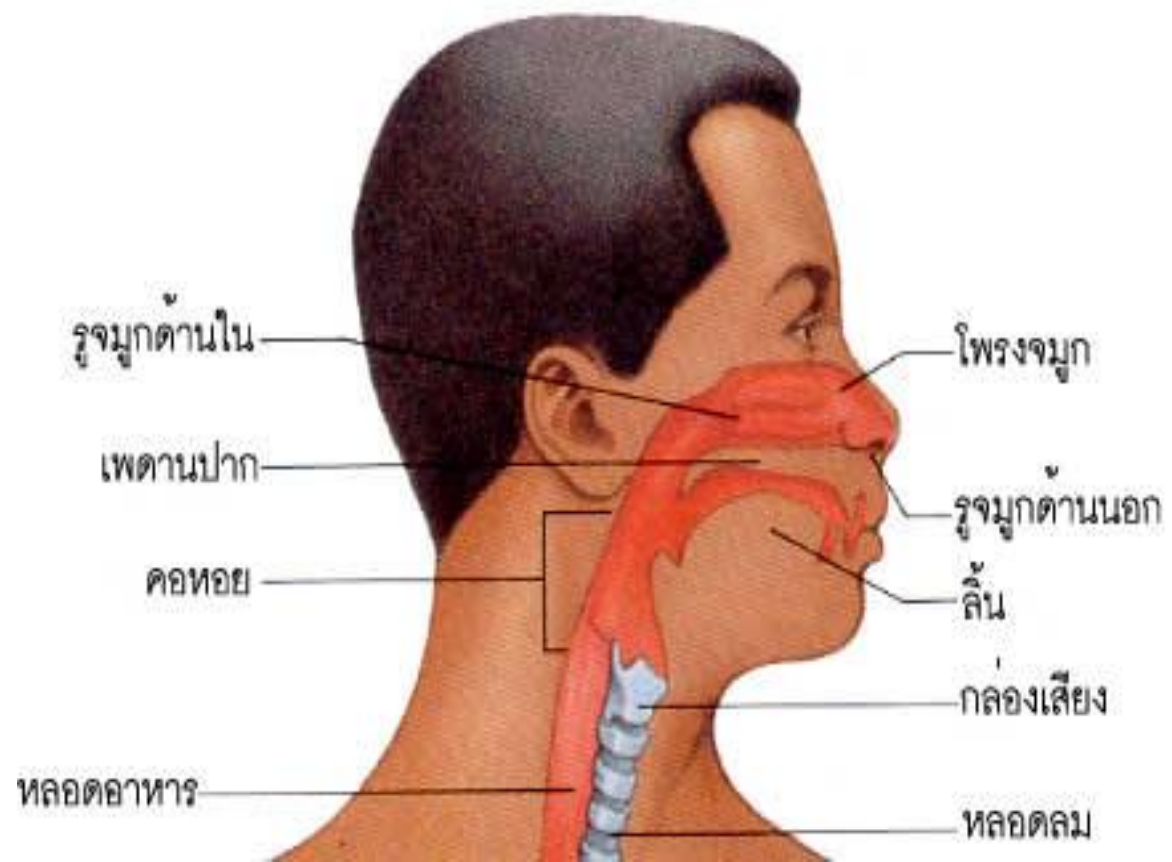
Nursing Diagnosis

- **Ineffective air way clearance** related to pus or mucous formation secondary to inflammation
- **Acute pain** related to the presence of inflammation in tonsil.
- **Imbalanced Nutrition Less Than Body Requirements** related to inadequate intake.
- **Hyperthermia** related to acute infection by microorganisms.
- **Disturbed Sleep Pattern** related to the pain in the tonsil area.

Nursing Interventions

- Abdomen or side lying position to facilitate drainage of secretions.
- Tepid sponging to reduce temperature.
- A soft to liquid diet is preferred.
- Warm salt water gargles
- Administer analgesic and antipyretic as ordered.
- By explaining cause of disease will relief patient anxiety.

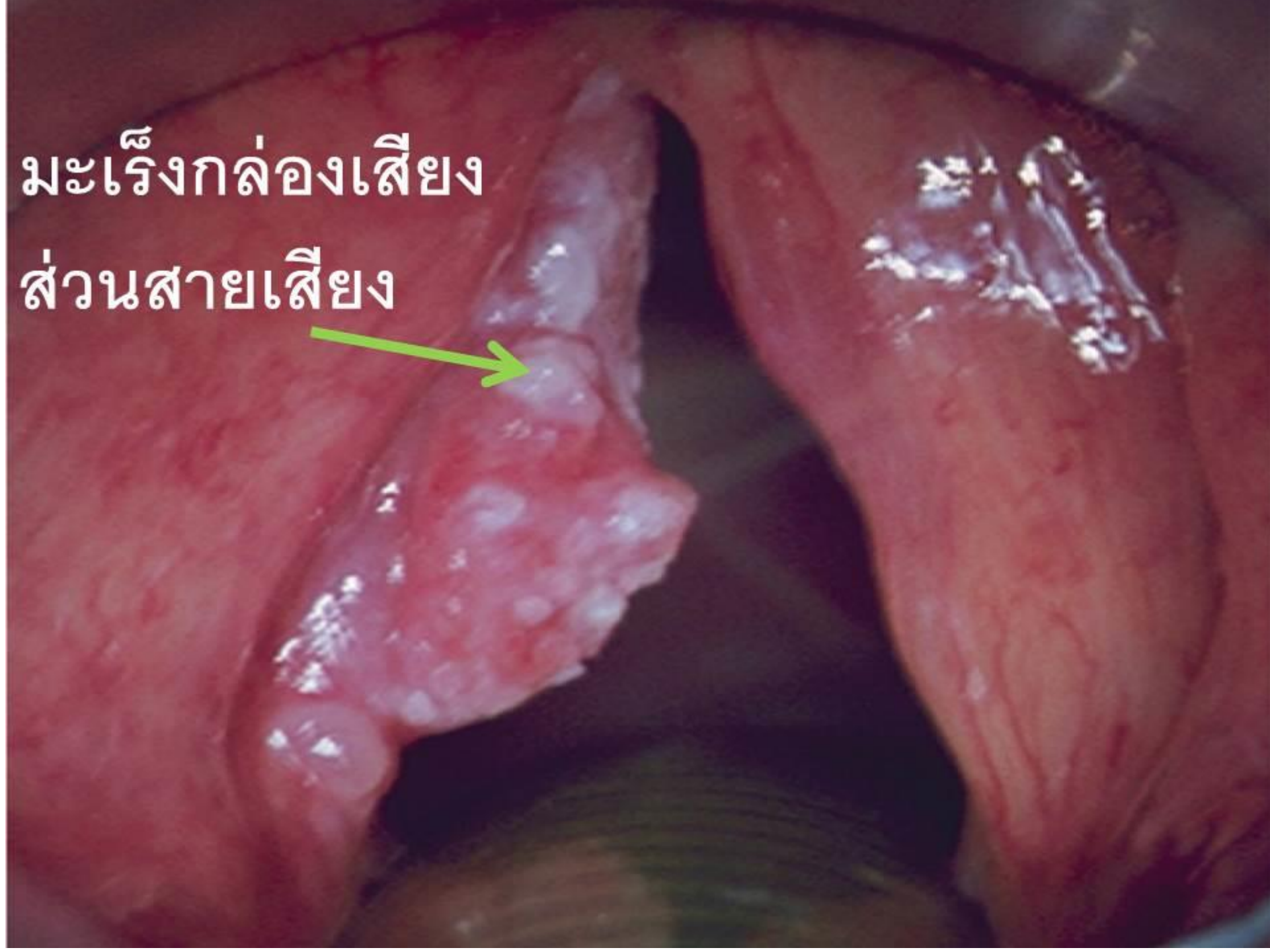
มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal Cancer)





มะเร็งกล่องเสียง

ส่วนสายเสียง



กายวิภาคของกล่องเสียง

- › กล่องเสียงเป็นอวัยวะที่อยู่ ด้านหน้าของ ลำคอ
- › ประกอบด้วยกล้ามเนื้อสองแถบที่ทำหน้าที่เป็นสายเสียง และมีกระดูกอ่อนอยู่ทางด้านหน้า
- › แบ่งออกเป็นสามส่วน คือส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง

- **กล่องเสียง ส่วนที่อยู่เหนือสายเสียง (supraglottis)** ส่วนนี้มีทางเดินน้ำเหลืองมาก เมื่อเกิดมะเร็งของกล่องเสียงส่วนนี้ จึงกระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองได้สูง
- **กล่องเสียง ส่วนสายเสียง (glottis)** ส่วนนี้ไม่ค่อยมีทางเดินน้ำเหลือง เมื่อเกิดมะเร็งของกล่องเสียงส่วนนี้ จึงมักไม่ค่อยกระจายเข้าต่อมน้ำเหลือง
- **กล่องเสียง ส่วนที่อยู่ใต้สายเสียง (subglottis)** ซึ่งเป็นส่วนที่ติดต่อกับหลอดลม และมีทางเดินน้ำเหลืองติดต่อกับส่วนช่องอก ดังนั้น เมื่อเกิดมะเร็งของกล่องเสียงส่วนนี้ จึงกระจายเข้าหลอดลม และต่อมน้ำเหลืองในช่องอกได้สูง

หน้าที่

- › มีหน้าที่ในการออกเสียง
- › ช่วยการหายใจ
- › ช่วยการกลืนอาหาร
- › การเปิด-ปิด ของกล่องเสียง จะสัมพันธ์กับการหายใจ การพูด และการกลืนอาหาร

มะเร็งกล่องเสียง คืออะไร

> เนื้องอกร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อบุผิวของ
กล่องเสียง

สาเหตุ ของมะเร็งกล่องเสียง

- › 1. การสูบบุหรี่
- › 2. ดื่มสุรา
- › 3. การอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุกล่องเสียง
- › 4. มลพิษทางอากาศ
- › 5. การติดเชื้อไวรัส
- › 6. การฉายรังสี
- › 7. ฮอร์โมนเพศ

ลักษณะทางคลินิก

- › 1. อาการเสียงแหบ (Hoarseness) ควรสงสัยในผู้ป่วยที่มีอาการเสียงแหบเรื้อรังมานานกว่า 4 สัปดาห์
- › 2. อาการกลืนอาหารลำบาก (Dysphagia), กลืนเจ็บ (Odynophagia)
- › 3. ก้อนที่คอ (Neck mass) ผู้ป่วยจะมาด้วยเรื่องต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต โดยพบว่ามะเร็งเหนือเส้นเสียงแท้มีอัตราการแพร่กระจายไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองมากกว่ามะเร็งบริเวณเส้นเสียงแท้

ลักษณะทางคลินิก

- › 4. อาการปวดหูจากการปวดร้าว (Referred otalgia)
- › 5. หายใจลำบาก (Dyspnea) จากก้อนเนื้อออกไปขวางกั้นทางเดินหายใจ
- › 6. อาการสำลัก (Aspiration) จากเส้นเสียงอัมพาตเนื่องจากก้อนมะเร็ง
- › 7. อาการไอออกมาเป็นเลือด (Hemoptysis) หรือมีเสมหะปนเลือด



NO.
ME
K AGE
D. BIRTH
09/2004
1:35:42

MMENT

ระยะของ มะเร็งกล่องเสียง

- › **ระยะที่ 1** มะเร็ง ลุกلامอยู่เฉพาะในกล่องเสียงเพียงส่วนเดียว
- › **ระยะที่ 2** มะเร็ง ลุกلامเข้ากล่องเสียงตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไป
- › **ระยะที่ 3** มะเร็ง ลุกلامจนสายเสียงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และ/หรือ มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ซึ่งมีขนาดเล็กไม่เกิน 3 ซม. เพียง 1 ต่อมน
- › **ระยะที่ 4** มะเร็ง ลุกلامเข้าผิวหนัง และ/หรือ ต่อมน้ำทรวงอก และ/หรือ หลอดอาหาร และ/หรือ มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตหลายต่อมน และ/หรือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอมีขนาดโตมากกว่า 6 ซม. และ/หรือ แพร่กระจายเข้ากระแสโลหิตไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ห่างจากต้นกำเนิดของมะเร็ง เช่น ปอด ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้น

› อัตราารอดที่ 5 ปี

› ในระยะที่ 1 ประมาณ ร้อยละ 70-90

› ใน ระยะที่ 2 ประมาณร้อยละ 60-70

› ใน ระยะที่ 3 ประมาณร้อยละ 40-60

› ใน ระยะที่ 4 กลุ่มที่ยังไม่มีการแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิต ประมาณ ร้อยละ 20-40 ถ้ามีการแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิตแล้ว โอกาสที่จะอยู่ ได้ 2 ปี ประมาณร้อยละ 30-50

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียดโดยเฉพาะการตรวจร่างกายทางหู คอ จมูก
2. การตรวจด้วย fiberoptic หรือ rigid endoscope ประกอบด้วย laryngoscopy, bronchoscopy และ esophagoscopy ซึ่งพิจารณาเลือกใช้ตามดุลยพินิจของแพทย์ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการวางแผนการรักษา
3. การตัดชิ้นเนื้อที่เป็นรอยโรคเพื่อให้ได้ผลยืนยันทางพยาธิวิทยา

**การรักษามะเร็งกล่องเสียงและมะเร็งช่องคอส่วนล่าง
(Laryngeal cancer and Hypopharyngeal cancer)**

การรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอให้ได้ผลดีนั้น ต้องเป็นการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี โดยพิจารณาในผู้ป่วยแต่ละราย

การผ่าตัด (Surgery)

- พิจารณาการผ่าตัด บริเวณ primary เป็น Endoscopic resection, open partial laryngectomy หรือ Total laryngectomy ขึ้นอยู่กับ extension of lesion
- เป็นการรักษาหลักในมะเร็ง T4 ที่สามารถผ่าตัดได้ สำหรับการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ ร่วมด้วยในการผ่าตัด Total laryngectomy มีข้อบ่งชี้ชัดเจนเมื่อมีการกระจายของ มะเร็งจากกล่องเสียงมาที่ต่อมธัยรอยด์ทางต่อมน้ำเหลืองหรือโดยตรง
- ในการทำ neck dissection ในกรณีคลำพบ lymph node ที่คอ พิจารณา comprehensive neck dissection และในกรณีที่ตำแหน่งของมะเร็งอยู่ตรงกลางอาจมีความเสี่ยงของการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอได้ทั้งสองข้างสำหรับผู้ป่วยที่คลำ ไม่พบต่อมน้ำเหลือง(N0) แนะนำให้พิจารณาการทำ selective neck dissection level II-IV เฉพาะกรณี ที่มะเร็งกล่องเสียงอยู่ในระยะลุกลาม (T3, T4) หรือมะเร็งที่ ช่องคอส่วนล่าง

มีการผ่าตัดอยู่ทั้งหมด 3 ชนิดที่ใช้ในการรักษา
มะเร็งกล่องเสียง ได้แก่:

- การผ่าตัดแบบ endoscopic resection
- การผ่าตัดกล่องเสียงบางส่วน (partial laryngectomy)
- การผ่าตัดกล่องเสียงทั้งหมด (total laryngectomy)