



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เวชศาสตร์ทันยุค 2568



บทที่ 18

การดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลในปัจจุบัน

กองบรรณาธิการ
คณะกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เวชศาสตร์ทันยุค 2568

กองบรรณาธิการ
คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เวชศาสตร์ทันยุค 2568

บรรณาธิการ คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568
พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2568
ราคา 429 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์
ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568

เวชศาสตร์ทันยุค 2568.-- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568.
514 หน้า.

1. เวชปฏิบัติ. I. ชื่อเรื่อง.

616

ISBN (E-book) 978-616-8201-47-3

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย สำนักพิมพ์ศิริราช งานวิชาการ สำนักงานคนปด
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858
E-mail: sirirajbooks@gmail.com
Website: www.sirirajbooks.com
E-book application:



ออกแบบโดย

บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด

4 ซอยสิรินธร 7 แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2881 9890

สนับสนุนการตีพิมพ์โดย กองทุนโครงการตำราศิริราช ในศิริราชมูลนิธิ

สารบัญรูป

รูปที่ 4.1	แนวทางการคัดกรองและการวินิจฉัย ASD ของสาขาวิชาพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก ภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	77
รูปที่ 5.1	ภาพถ่ายข้อเข้าสองข้างของผู้ป่วย โดยจากการตรวจร่างกายพบข้อเข้าข้างขวาบวมและมีน้ำในข้อ	85
รูปที่ 5.2	ภาพถ่ายมือสองข้างของผู้ป่วย โดยที่ตำแหน่ง proximal interphalangeal joints, distal interphalangeal joints และ 1st metacarpo-phalangeal joints มีการอักเสบทั้งสองข้าง จำนวน 5 ข้อขึ้นไป เข้าได้กับ polyarthritis	86
รูปที่ 5.3	แนวทางการวินิจฉัยโรคข้ออักเสบในเด็กที่มาด้วยอาการปวดข้อ	94
รูปที่ 7.1	ถ่ายภาพในท่ามองตรง มองไปทางขวา และมองไปทางซ้าย	144
รูปที่ 7.2	ภาพที่ถ่ายได้จะถูกส่งให้คอมพิวเตอร์เรียนรู้และวินิจฉัยภาวะตาเหล่ในแนวนอน	145
รูปที่ 8.1	กราฟจากการตรวจโฟลไซโทเมทรีแสดงเซลล์ลิมโฟมา (สีเขียว) ที่มีการแสดงออก (expression) ของแอนติเจนบนผิวเซลล์ชนิด CD19, CD20, CD5 ร่วมกับ lambda light chain restriction แปลผลได้ว่ามีเซลล์ลิมโฟมาชนิด CD5+ CD10- ที่เป็นเซลล์เต็มวัย (mature)	166
รูปที่ 8.2	กราฟจากการตรวจโฟลไซโทเมทรีแสดงเซลล์ลิมโฟมา (สีเขียว) แสดงออกของแอนติเจนบนผิว เซลล์ชนิด CD2, CD16/56/57 ร่วมกับการหายไปของ CD3, CD5, CD7, TRBC1, TCR-Alpha Beta (TCRab) และ TCR-Gamma Delta (TCRgd) เข้าได้กับลิมโฟมาชนิดเซลล์ที/เอ็นเค	167
รูปที่ 8.3	แผนภาพอย่างง่ายแสดงการเรียงตัวใหม่ของจินต์รับแอนติเจน และการตรวจวัดขนาดของจินต์ ด้วยวิธีแคปิลลารีอิเล็กโตรโฟรีซิสผ่านเทคนิคพีซีอาร์ A) ชิ้นส่วนของจินต์รับแอนติเจนมีบริเวณ ที่เรียกว่า V region ในตัวอย่างนี้มีอยู่ 5 บริเวณ (V1 ถึง V5) เซลล์ที่ถูกกำหนดให้เป็นเซลล์ ลิมโฟยด์จะเกิดการเลือก V region นี้แบบสุ่ม หลังจากนั้น จะมีกระบวนการเพิ่มหรือลด นิวคลีโอไทด์ ทำให้ชิ้นส่วนของจินต์ที่เรียงตัวใหม่แล้ว มีขนาดแตกต่างกันไปในเซลล์ลิมโฟยด์ แต่ละโคลน B) ในภาวะปกติ เซลล์ลิมโฟยด์มาจากโคลนที่หลากหลาย เมื่อนำมาตรวจเทียบ ขนาดชิ้นส่วนของจินต์รับแอนติเจน จะพบว่าการกระจายตัวเป็น normal distribution จากโคลนที่หลากหลาย (polyclonal) C) เซลล์ลิมโฟมาถือกำเนิดมาจากเซลล์ลิมโฟยด์ที่กลายเป็น มะเร็ง จึงมีโคลนเดียว ทำให้ขนาดชิ้นส่วนของจินต์รับแอนติเจนมีเพียงขนาดเดียวที่ถูกเพิ่ม จำนวนขึ้นมาจากเทคนิคพีซีอาร์ เมื่อนำมาตรวจจึงพบว่ามียีนที่มีขนาดจำเพาะโดดเด่นขึ้นมาเพียง หนึ่งเดียว บ่งบอกว่ามีโคลนเดียว (monoclonal)	169
รูปที่ 8.4	แผนภาพแสดงการตรวจ Interphase fluorescent in situ hybridization (interphase FISH) ในการตรวจหาการสลับตำแหน่งของจินต์ด้วย Break-apart DNA probe การตรวจจะใช้ DNA probe ที่มีความจำเพาะกับส่วนต้นและส่วนท้ายของจุดแยก (breakpoint) ของจินต์ที่ต้องการ ตรวจ (A) ในภาวะปกติ จินต์ไม่ได้รับการแยกออกจากกัน สัญญาณของ DNA probe ส่วนต้น (5') กับส่วนท้าย (3') จะอยู่ติดกัน (B) ถ้าเซลล์ลิมโฟมาที่ตรวจมีการสลับตำแหน่งของจินต์ DNA probe ส่วน 5' กับส่วน 3' จะถูกแยกออกไปอยู่คนละโครโมโซม ทำให้เห็นสัญญาณของ probe แยกออกจากกัน	172

รูปที่ 9.1	อินโฟกราฟิกส์แนวทางการแปลผล ANA “คิด-ตรวจ-ไต่เตอร์-คิด”	182
รูปที่ 9.2	แผนภาพรูปแบบการตีฟลูออเรสเซนซ์ของ ANA ตามเหตุผลการสังตรวจ	183
รูปที่ 9.3	แผนภาพหลักการของวิธีการตรวจ ANA ที่ใช้ในปัจจุบัน	186
รูปที่ 9.4	แผนภาพแสดงการเจือจางซีรัมที่ไต่เตอร์ 1:100 ถึง 1:3200	189
รูปที่ 9.5	(ก.) แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของผลบวกปลอมเมื่อใช้ค่าอ้างอิงที่ไต่เตอร์ต่าง ๆ, (ข.) แผนภูมิแสดงร้อยละของผลบวกในผู้ป่วยโรค SARD ณ ไต่เตอร์ต่าง ๆ และ titer-specific LR+ ณ ไต่เตอร์นั้น ๆ	190
รูปที่ 9.6	(ก.) ใบรายงานผลการตรวจ ANA, (ข.) ภาพ HEp-2 IFA ในกรณีศึกษาที่ 1	195
รูปที่ 9.7	(ก.) ใบรายงานผลการตรวจ ANA จากโรงพยาบาล ก., (ข.) ใบรายงานผลการตรวจ ANA จากโรงพยาบาล ข., (ค.) ภาพ HEp-2 IFA ในกรณีศึกษาที่ 2	197
รูปที่ 9.8	(ก.) ใบรายงานผลการตรวจ ANA, (ข.) ภาพ HEp-2 IFA ในกรณีศึกษาที่ 3	198
รูปที่ 9.9	(9ก.) ใบรายงานผลการตรวจ ANA และ LIA, (9ข.) ภาพ HEp-2 IFA ในกรณีศึกษาที่ 4	201
รูปที่ 9.10	(ก.) ใบรายงานผลการตรวจ ANA, (ข.) ภาพ HEp-2 IFA ในกรณีศึกษาที่ 5	202
รูปที่ 12.1	ภาพความผิดปกติของผู้ป่วย BTTAI ก) CXR แสดงลักษณะ widened mediastinum และ ไม่พบ aortic knob หรือ aortopulmonary window ร่วมกับมีเลือดออกในช่องอกข้างขวา และสายระบายทรวงอกข้างซ้ายที่ได้รับการรักษาก่อนหน้า CTA-coronal view แสดงลักษณะ pseudoaneurysm ที่ตำแหน่ง proximal descending thoracic aorta และ mediastinal hematoma สัมพันธ์กับลักษณะที่พบ widened mediastinum จาก CXR ค) ข) CTA-sagittal view แสดงลักษณะ pseudoaneurysm ที่ตำแหน่งเดียวกัน และมีรอยฉีกขาดที่ขั้วของ LSA ร่วมด้วย	238
รูปที่ 12.2	ระดับความรุนแรงของ TAI โดยประเมินจากการฉีกขาดในชั้นของ aortic wall แบ่งเป็น grading 1-4 เพื่อช่วยวางแผนในการรักษา (management-based classification system)	242
รูปที่ 13.1	ข้อบ่งชี้และการบริหารเลือดสำหรับผู้ป่วยที่พิจารณาให้ได้รับ massive transfusion protocol (MTP) ของโรงพยาบาลศิริราช ปรับปรุงล่าสุด พ.ศ. 2563	260
รูปที่ 13.2	การบริหารเลือดสำหรับผู้ป่วยที่พิจารณาให้ได้รับ massive transfusion protocol (MTP) โดยใช้ point-of-care testing ในการประเมิน ของโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2568	261
รูปที่ 14.1	แสดงรูปจากโปรแกรมวิเคราะห์การเคลื่อนไหวด้วยภาพแบบ 3 มิติในท่าทางต่าง ๆ โดยเริ่มจาก A) ทำนั่งย่อด้วยขาเพียงข้างเดียว (single leg squat) และ B) ทำการวิ่งตัดแบบก้าวข้าง (side step cutting)	277
รูปที่ 14.2	เครื่องหมายสะท้อนแสง และเทปขาวสองหน้าสำหรับการติดตามการเคลื่อนไหวของร่างกาย	278
รูปที่ 14.3	ตัวอย่างการติดเครื่องหมายตามตำแหน่งของร่างกาย	278
รูปที่ 14.4	กล้องอินฟราเรดความเร็วสูงระบบบิเล็กทรอนิกส์	279
รูปที่ 14.5	ท่า glute bridge	281
รูปที่ 14.6	ท่า split squat	282
รูปที่ 14.7	ท่า single leg deadlift	282
รูปที่ 14.8	ท่า lunge	283

รูปที่ 14.9	ท่า lateral band walk	283
รูปที่ 15.1	กรอบแนวทางการฟื้นฟูภายหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าถูกแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ประกอบด้วย ระยะก่อนการผ่าตัด, ระยะแรก, ระยะกลาง, ระยะสุดท้าย และระยะกลับไปเล่นกีฬา	292
รูปที่ 15.2	การบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ก) การบริหารเพื่อเพิ่มมุมการเหยียดเข่าแบบ passive และ ข) การบริหารเพื่อเพิ่มมุมการงอเข่าแบบ passive	294
รูปที่ 15.3	การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ร่วมกับการจำกัดการไหลเวียนเลือด	295
รูปที่ 15.4	การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ	295
รูปที่ 15.5	การพัฒนาการฝึกท่า squat จากการลงน้ำหนักด้วยขา 2 ข้าง ไปสู่ขาเพียงข้างเดียว โดยเริ่มจาก ก) การฝึกท่า squat โดยการลงน้ำหนักด้วยขาทั้ง 2 ข้าง ข) การฝึกท่า split squat ค) การฝึกท่า lunge ง) การฝึกท่า step up และ จ) การฝึกท่า squat ด้วยขาเพียงข้างเดียว	298
รูปที่ 15.6	มาตรวัดกำลังกล้ามเนื้อแบบมือถือสำหรับการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบไอโซเมตริก	301
รูปที่ 15.7	เครื่องตรวจวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบไอโซคินติก	302
รูปที่ 15.8	การก้าวเท้าขณะทดสอบการทรงตัวขณะก้าวเท้ารูปดาวแบบประยุกต์ของชาวเขาซึ่งเป็นขาข้างที่ใช้นั้นทรงตัว	302
รูปที่ 16.1	ภาพรังสีกระดูกทิวไหล่หัก AP (ซ้าย) และ Transcapula view (ขวา)	309
รูปที่ 16.2	การจัดท่าภาพถ่ายรังสีในท่า Velpeau ที่หัวไหล่ข้างซ้าย สามารถตรวจได้โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยการแขนออก	309
รูปที่ 16.3	ภาพรังสีของผู้ป่วยที่หัวไหล่ผิดรูป แต่เลือกที่จะรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยม a) วันเกิดเหตุ b) 2 เดือนหลังเกิดเหตุ c) 2 ปีหลังเกิดเหตุ	310
รูปที่ 16.4	แสดงการใช้งานของข้อไหล่ที่ 2 ปี หลังบาดเจ็บ ผู้ป่วยสามารถยกแขนได้ดีเป็นที่น่าพอใจ	311
รูปที่ 16.5	ภาวะกระดูกต้นแขนที่ไม่ดีภายหลังการรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยม ทำให้จำเป็นต้องรักษาด้วยการเปลี่ยนข้อเทียมแบบกลับด้าน (Reverse shoulder prosthesis)	311
รูปที่ 16.6	ผู้ป่วยที่เกิดภาวะกระดูกหักตายและยุบตัวภายหลังผ่าตัดตามกระดูก 2 ปี	312
รูปที่ 16.7	ภาพการเย็บเส้นเอ็นหัวไหล่เพื่อยึดตรงกับแผ่นโลหะตามกระดูก	313
รูปที่ 16.8	ภาพกระดูกจากผู้ป่วยจากกระดูก ilium และภาพรังสีการใช้กระดูกเพื่อเสริมความมั่นคง	314
รูปที่ 16.9	ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการเปลี่ยนข้อเทียมแบบด้านเดียว	315
รูปที่ 16.10	ผู้ป่วยกระดูกหักแบบ 4 ชั้นที่ได้รับการรักษาด้วยการรักษาด้วยการเปลี่ยนข้อเทียมแบบกลับด้าน	316
รูปที่ 18.1	หลอดเลือดบริเวณผนังกันจมูกด้านหน้า (Little's area) ในผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล	336
รูปที่ 18.2	เนื้องอกของหลอดเลือดบริเวณโพรงจมูก ก) Lobular capillary hemangioma ในจมูกข้างขวา ข) Juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) ในจมูกข้างซ้าย	337
รูปที่ 18.3	ก) อุปกรณ์ nasal speculum ขนาดต่าง ๆ ข) เครื่องกำเนิดแสงและที่ครอบศีรษะ (headlight)	338
รูปที่ 18.4	อุปกรณ์ในการส่องกล้องประเมินโพรงจมูก ก) กล้อง telescope ข) ชุดแพร่ภาพ	339
รูปที่ 18.5	ภาพวิธีการบีบจมูกในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	340
รูปที่ 18.6	ก) ตัวอย่างยาหดหลอดเลือด (Ephedrine) ข) สำลี cottonoid ที่ใช้ในการห้ามเลือด	340
รูปที่ 18.7	ตัวอย่างวัสดุห้ามเลือดแบบละลายได้ ก) synthetic polyurethane sponge ข) oxidized regenerated cellulose	341
รูปที่ 18.8	ตัวอย่างวัสดุห้ามเลือดแบบละลายไม่ได้ ก) gauze drain ข) polyvinyl acetate sponge	342

รูปที่ 18.9	ตัวอย่างบอสลูนห้ามเลือด ก) แบบบอสลูนเดี่ยว ข) แบบบอสลูนคู่	342
รูปที่ 18.10	ก) อุปกรณ์ cotton applicator ที่ใช้ซุบน้ำยา trichloroacetic acid (TCA) ข) การจัดจุดเลือดออกด้วย trichloroacetic acid (TCA)	343
รูปที่ 18.11	อุปกรณ์ silver nitrate สำหรับจี้ในโพรงจมูก	344
รูปที่ 18.12	Sphenopalatine artery (SPA) ระหว่างการผ่าตัด endoscopic sphenopalatine artery ligation (ESPAL)	344
รูปที่ 18.13	หลอดเลือดขยายตัวผิดปกติ (telangiectasia) ในโพรงจมูกของผู้ป่วย HHT	346
รูปที่ 19.1	อ้างอิงจาก แนวทางพัฒนาการวินิจฉัยและรักษานอนกรนและโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2568 (ฉบับปรับปรุง)	352
รูปที่ 20.1	แผนภูมิสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรับรส	376
รูปที่ 21.1	ตัวอย่างภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว	382
รูปที่ 21.2	ตัวอย่าง 12-lead ECG ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว	383
รูปที่ 21.3	ตัวอย่าง Holter monitoring ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว	383
รูปที่ 22.1	ตัวอย่างหน้าจอลงทะเบียน และหน้าจอส่งข้อมูลทั่วไป ภายใน web application ของ SiPG	416
รูปที่ 22.2	ตัวอย่างหน้าจอแบบประเมินภายใน web application ของ SiPG	417
รูปที่ 22.3	ตัวอย่างหน้าจอแบบประเมิน MoCA	420
รูปที่ 22.4	ตัวอย่างแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนผ่าตัดในผู้สูงอายุ	421
รูปที่ 23.1	แผนภาพแสดงขั้นตอนการเคลื่อนไ้วาระยะแรกหลังผ่าตัด	427
รูปที่ 23.2	การออกกำลังกายท่ากระดกข้อเท้า	430
รูปที่ 23.3	การออกกำลังกายท่าอเข่าลากเท้าบนเตียง	430
รูปที่ 23.4	การออกกำลังกายท่ากางขา-หุบขา	431
รูปที่ 24.1	วัตถุประสงค์ของแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	441
รูปที่ 24.2	การพันตอขาโดยใช้ผ้าพันแผลแบบบีบอัด โดยใช้เทคนิคการพันแบบไขว้เป็นเลขแปด	443
รูปที่ 24.3	ตัวอย่างกลุ่มยาบรรเทาอาการปวด	443
รูปที่ 24.4	ท่าออกกำลังกายสำหรับฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal muscles)	445
รูปที่ 24.5	ท่าออกกำลังกายสำหรับฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาคู่ข้อเข่า (knee flexors และ extensors)	446
รูปที่ 24.6	ท่าออกกำลังกายสำหรับฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเหยียดข้อสะโพก (hip extensors) ฝึกโดยใช้หมอนรองได้เข้า จากนั้นให้คนไข้เกร็งกล้ามเนื้อ และสะโพกขึ้นจนอยู่ในท่าเหยียดตรง ค้างไว้ 5 วินาที	446
รูปที่ 24.7	ท่าออกกำลังกายสำหรับฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อสะโพก (hip flexors) ฝึกโดยให้คนไข้นอนหงายในท่าขาเหยียดตรง จากนั้นเกร็งกล้ามเนื้อและข้อสะโพกขึ้น ค้างไว้ 5 วินาที แล้วจึงเหยียดกลับไปท่าตั้งต้น	446
รูปที่ 24.8	ท่าออกกำลังกายสำหรับฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกางข้อสะโพก หรือกล้ามเนื้อกางขา (hip abductors) ฝึกโดยให้คนไข้นอนตะแคงโดยข้างที่ถูกตัดอยู่ด้านบน และอยู่ในท่าเหยียดตรง ขาอีกข้างอยู่ในท่าอเข่าเล็กน้อยเพื่อสร้างสมดุล จากนั้นเกร็งกล้ามเนื้อ และกางข้อสะโพกขึ้น ค้างไว้ 5 วินาที แล้วจึงหุบขากลับไปท่าตั้งต้น	447
รูปที่ 24.9	ท่าสำหรับการฝึกการทรงตัวในท่านั่งในผู้ป่วยตัดขา	447

รูปที่ 24.10	สำหรับการฝึกการทรงตัวในทำยืนในผู้ป่วยตัดขา	448
รูปที่ 24.11	สำหรับการฝึกเดินบนพื้นผิวในผู้ป่วยตัดขา	449
รูปที่ 24.12	การประเมินระดับกิจกรรมของผู้ป่วยขาเทียมได้เข้า	449
รูปที่ 24.13	ขาเทียมที่ต่อโดยตรงกับกระดูก (Osseointegration prosthesis)	452
รูปที่ 24.14	เครื่องพิมพ์สามมิติ (3D Printer)	453
รูปที่ 25.1	แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย	461
รูปที่ 25.2	ตัวอย่างขั้นตอนในการทำเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย	469
รูปที่ 25.3	ตัวอย่างแบบบันทึกผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตทางการแพทย์แผนไทย	475

ตารางที่ 1.1	สาเหตุของภาวะโซเดียมต่ำในเลือด	8
ตารางที่ 2.1	สาเหตุของภาวะโซเดียมสูงในเลือด	25
ตารางที่ 4.1	แนวทางการสังเกตระดับทักษะอารมณ์สังคมที่ปกติและผิดปกติ	72
ตารางที่ 4.2	แนวทางการสังเกตลักษณะพฤติกรรมที่มีผลจากระบบประสาทสำหรับความรู้สึกที่ผิดปกติ	74
ตารางที่ 6.1	แนวทางการเลือกการรักษาที่เป็น first-line สำหรับ alopecia areata ในเด็ก	130
ตารางที่ 8.1	ชนิดของลิ้มโผมาตาม WHO5 และ ICC	154
ตารางที่ 8.2	ลิ้มโผมาชนิดที่มีเซลล์ชุมนุมกันเป็นกลุ่มก้อน (nodular) ได้	159
ตารางที่ 8.3	ลิ้มโผมาชนิดที่มีเซลล์แผ่กระจาย (diffuse)	159
ตารางที่ 8.4	รายชื่อแอนติเจนที่ตรวจหาในอิมมูโนฮิสโตเคมีเพื่อบอกชนิดของเซลล์ลิ้มโผมา	161
ตารางที่ 8.5	ตัวอย่างลิ้มโผมาชนิดเซลล์บีที่ตรวจพบการสลับตำแหน่งโครโมโซมจำเพาะ	171
ตารางที่ 9.1	สาเหตุของผลปลอม (false result) ของการตรวจ ANA	185
ตารางที่ 9.2	รูปแบบการติดฟลูออเรสเซนซ์ที่มีความสำคัญทางคลินิก	193
ตารางที่ 10.1	ประโยชน์และข้อจำกัดของสารบ่งชี้ทางชีวภาพ	208
ตารางที่ 11.1	เภสัชจลนศาสตร์ของยาต้านไวรัสที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์และการปรับขนาดยา	227
ตารางที่ 11.2	แนวทางการดูแลระหว่างเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตามความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อจากการดาสู่ทารก	229
ตารางที่ 12.1	ลักษณะทางกายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยาของ BTTAI	235
ตารางที่ 12.2	ลักษณะผิดปกติใน CXR ที่สงสัยภาวะ BTTAI	237
ตารางที่ 12.3	สรุปประเด็นหลักในการดูแลรักษา BTTAI ตามข้อมูลที่มีในปัจจุบัน	249
ตารางที่ 13.1	แสดง target parameter เพื่อประกอบการวางแผนการรักษาตามแนวทาง DCR	262
ตารางที่ 17.1	ตารางเปรียบเทียบชนิดของเส้นเอ็นที่ใช้ในการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าข้อ	324
ตารางที่ 19.1	(ภาคผนวก) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแนวทางเวชปฏิบัติฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568	361
ตารางที่ 21.1	เป้าหมายของระดับความดันโลหิตจากแนวทางเวชปฏิบัติ	386
ตารางที่ 21.2	ยาที่ใช้ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2567	395
ตารางที่ 21.3	ยาที่ใช้ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2567	397
ตารางที่ 22.1	แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ (eHEALS)	410
ตารางที่ 22.2	ปัจจัยด้านอุปกรณ์ที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุ	411
ตารางที่ 22.3	ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุ	411
ตารางที่ 22.4	การตรวจประเมินแบบประเมินของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	418

ตารางที่ 22.5	ข้อมูลสื่อวิดีโอที่จัดส่งให้ผู้ป่วยผ่าน Line OA เป็นระยะเวลา 1 เดือนก่อนการผ่าตัด	419
ตารางที่ 23.1	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวระยะแรกหลังการผ่าตัดที่หลีกเลี่ยงได้แยกตามสาเหตุ	426
ตารางที่ 24.1	ตารางคำนิยามและคำอธิบาย	440
ตารางที่ 24.2	วัสดุที่ใช้และคุณลักษณะเฉพาะสำหรับการผลิตชิ้นงานขาเทียมได้เข้า	451
ตารางที่ 25.1	รายการดำรับยาสมุนไพรที่รักษาโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่พบในคัมภีร์แพทย์แผนไทย	466

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 12.1	การจำแนกประเภทของภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ตามตำแหน่งการบาดเจ็บ การดำเนินโรค และ การรักษา	234
แผนภูมิที่ 12.2	แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Siriraj-Traumatic aortic injury (SI-TAI) protocol	247
แผนภูมิที่ 13.1	สรุปการดูแลรักษาตามแนวทาง Damage control resuscitation (DCR)	255

บทนำ

เลือดกำเดาไหล (epistaxis) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกจากจมูกหรือโพรงหลังจมูก (nasopharynx)⁽¹⁾ ภาวะเลือดกำเดาไหลเป็นภาวะฉุกเฉินทางหู คอ จมูก ที่พบได้บ่อยที่สุดอย่างน้อยร้อยละ 60 ของประชากรทั่วไปเคยมีเลือดกำเดาไหล โดยภาวะเลือดกำเดาไหลที่พบทั่วไปมักมีความรุนแรงน้อย โดยมีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการรุนแรงจนต้องได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ อายุที่มักพบเลือดกำเดาไหลมีการกระจายตัวแบบทวิฐานนิยม (bimodal) คือ พบมากที่อายุน้อยกว่า 10 ปี และมากกว่า 70 ปี⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงและอัตราการนอนโรงพยาบาลจะมากกว่าในกลุ่มสูงอายุ ภาวะเลือดกำเดาไหลพบได้บ่อยในหน้าหนาว ซึ่งเชื่อว่าการเกิดจากอุณหภูมิและความชื้นที่ลดลง ทำให้เยื่อบุผิวในโพรงจมูกแห้งและเกิดเลือดออกได้ง่าย ปัจจัยอื่น ๆ ที่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะเลือดกำเดาไหล เช่น โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ไซนัสอักเสบเรื้อรัง

ภาวะเลือดออกง่าย⁽³⁾ สำหรับความดันโลหิตสูงเป็นความเสี่ยงของภาวะเลือดกำเดาไหลหรือไม่นั้น ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน และการให้ยารักษาความดันโลหิตสูงในระหว่างเลือดกำเดาไหลเฉียบพลันนั้น ก็ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน⁽⁴⁾

ภาวะเลือดกำเดาไหลมีผลต่อความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่อาการรุนแรง⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงในรายที่มีการทำหัตถการร่วมด้วย

กายวิภาคของหลอดเลือด (Vascular Anatomy)

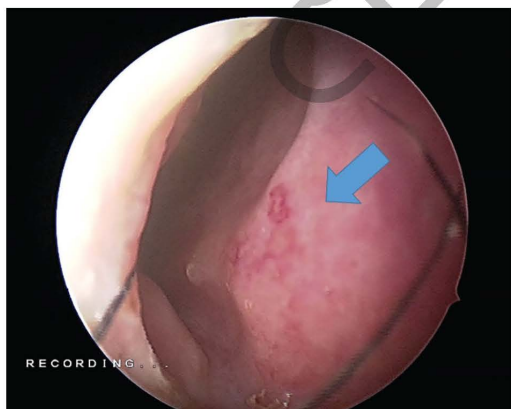
ในโพรงจมูกมีหลอดเลือดจำนวนมากที่เชื่อมต่อกัน ตำแหน่งที่พบเลือดออกได้บ่อยประกอบด้วย

1. ผนังกันจมูกด้านหน้า (anterior nasal septum) มีบริเวณที่เรียกว่า Little's area หรือ Kiesselbach's plexus (รูปที่ 18.1) ซึ่ง

ประกอบด้วย septal branch ของหลอดเลือดแดง sphenopalatine artery (SPA), greater palatine artery ที่ออกมาผ่านทาง incisive canal, superior labial artery และ anterior ethmoidal artery (AEA)

2. โพรงจมูกส่วนหลัง (posterior epistaxis) ส่วนมากมาจากผนังด้านข้างของโพรงจมูก (lateral nasal wall) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านข้าง (lateral) ของปลายด้านหลัง (posterior end) ของกระดูกม้วนขึ้นกลาง (middle turbinate) และกระดูกม้วนขึ้นล่าง (inferior turbinate) รวมถึงผนังด้านข้าง (lateral wall) ของ meatus เหล่านี้ นอกจากนี้ยังอาจมีเลือดออกจากผนังกันจมูก (septum) หรือพื้นของช่องจมูก (nasal floor) ได้ โดยเกิดจากเลือดออกจากแขนงของหลอดเลือดแดง sphenopalatine artery (SPA)

ภาวะเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหน้า (anterior epistaxis) พบได้บ่อยกว่าและความรุนแรงน้อยกว่าเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูก



รูปที่ 18.1 หลอดเลือดบริเวณผนังกันจมูกด้านหน้า (Little's area) ในผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล ภาพโดย กวิตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

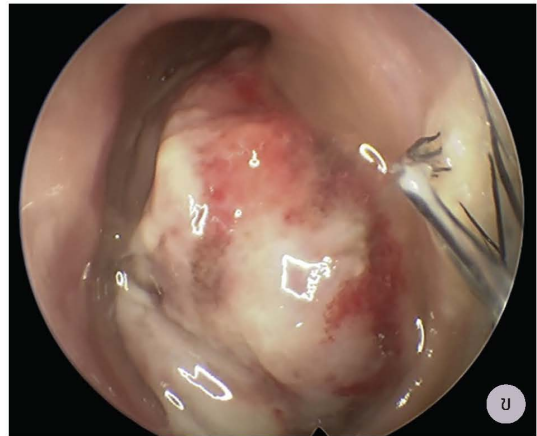
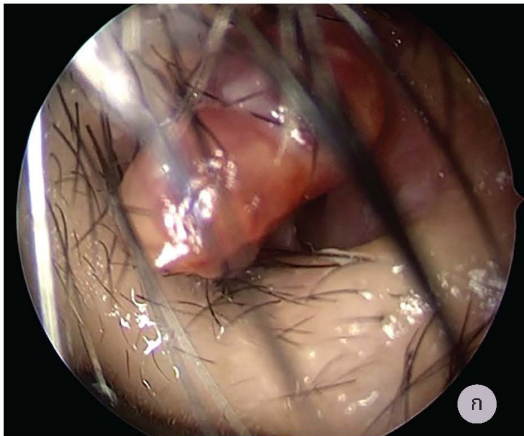
ส่วนหลัง (posterior epistaxis) โดยภาวะเลือดกำเดาไหลในเด็กมักเป็นเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหน้า ในขณะที่ภาวะเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังพบบ่อยในผู้สูงอายุ

สาเหตุของเลือดกำเดาไหล

สาเหตุของเลือดกำเดาไหลแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. เลือดกำเดาไหลปฐมภูมิ (primary epistaxis) หมายถึง กรณีที่ไม่มีสาเหตุเฉพาะ
2. เลือดกำเดาไหลทุติยภูมิ (secondary epistaxis) พบสาเหตุเฉพาะของเลือดกำเดาไหล โดยพบเป็นร้อยละ 15 ของผู้ป่วย⁽⁶⁾

1. สาเหตุเฉพาะที่ (local cause)
 - การบาดเจ็บ (trauma) สาเหตุที่พบได้บ่อย คือ การแคะจมูก สาเหตุอื่นที่พบได้ เช่น อุบัติเหตุหรือการกระแทก การผ่าตัดในโพรงจมูก สิ่งแปลกปลอมในโพรงจมูก
 - เนื้องอก ทั้งกลุ่มเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign tumors) เช่น Juvenile nasopharyngeal angiofibroma, hemangioma ซึ่งเป็นเนื้องอกของหลอดเลือด (รูปที่ 18.2) และเนื้องอกทั่วไป เช่น inverted papilloma ก็มาด้วยอาการเลือดกำเดาไหลได้เช่นเดียวกัน มะเร็ง (malignant tumors) เช่น squamous cell carcinoma, adenocarcinoma, adenoid cystic carcinoma, malignant melanoma, lymphoma
 - โครงสร้างของโพรงจมูกที่ผิดปกติ เช่น ผนังกันจมูกคด ผนังกันจมูกทะลุ
 - การใช้ยาบางอย่าง เช่น ยาสตีรอยด์ พ่นจมูก โคเคน



รูปที่ 18.2 เนื้อออกของหลอดเลือดบริเวณโพรงจมูก ก) Lobular capillary hemangioma ในจมูกข้างขวา ข) Juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) ในจมูกข้างซ้าย
ภาพโดย กวีตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

- การอักเสบในโพรงจมูก เช่น โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ การติดเชื้อในโพรงจมูก, Wegener granulomatosis, sarcoidosis, วัณโรค (tuberculosis)
- ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่นละออง ควันบุหรี่ สารเคมี

2. สาเหตุจากภาวะโดยรวม (systemic cause)

- โรคเลือด เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia), myelodysplasia, ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia), hemophilia A, B, Von Willebrand disease
- โรคตับ เช่น โรคตับแข็ง
- โรคไต เช่น โรคไตเรื้อรังหรือไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease)
- Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (HHT) หรือ Osler-Weber-Rendu disease

- การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาแก้อักเสบกลุ่ม NSAIDs สมุนไพรและอาหารเสริมบางชนิด เช่น น้ำมันปลา (fish oil)

การซักประวัติ

การซักประวัติจะช่วยค้นหาสาเหตุและประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดกำเดาไหล การซักประวัติเกี่ยวกับภาวะเลือดกำเดาไหลที่สำคัญประกอบด้วยข้างที่เลือดไหล ว่ามีอาการข้างไหนและมีเลือดออกข้างเดียวหรือ 2 ข้างสลับกัน ความถี่ ปริมาณเลือดที่ออก อาการร่วม เช่น อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ประวัติการกระทบกระแทก หรือประวัติสิ่งแปลกปลอมในเด็ก ประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคเลือด โรคตับ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง หรือ granulomatous disease ประวัติการใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อเลือดออก เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด รวมไปถึงประวัติครอบครัว เช่น ในรายที่สงสัยโรค

Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (HHT) นอกจากนี้ยังควรซักประวัติถึงโรคร่วมที่เป็นปัจจัยในการรักษา เช่น โรคหัวใจ โรคปอด ภาวะโลหิตจางเดิมของผู้ป่วย

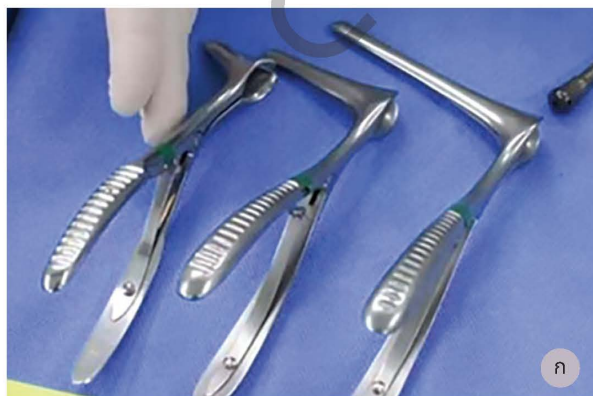
การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจร่างกายเบื้องต้นประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพและความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมินภาวะช็อคและความสามารถในการหายใจ ประเมินตามตัวหรือใบหน้าเบื้องต้นว่ามีจุดเลือดออก (petechiae) รอยช้ำ (ecchymoses) หรือหลอดเลือดขยายตัวผิดปกติ (telangiectasia) ที่อาจบ่งชี้ถึงสาเหตุของเลือดกำเดาไหลได้

การประเมินหาจุดเลือดออกมีความสำคัญมากในการรักษา อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการตรวจคือ nasal speculum และแสงที่เหมาะสม เช่น เครื่องกำเนิดแสงและที่ครอบศีรษะ (headlight) (รูปที่ 18.3) หากมีก้อนเลือดในจมูกหรือเลือด

กำเดากำลังออกมาก ควรมีอุปกรณ์ดูดเลือด (suction) เพื่อช่วยในการมองเห็น ตำแหน่งที่มักตรวจพบได้จากการตรวจเบื้องต้นเหล่านี้ คือ บริเวณ Little's area หรือ Kiesselbach's plexus ซึ่งอยู่ที่ผนังกันจมูกด้านหน้า แพทย์จึงควรตรวจหาจุดเลือดออก รอยแผล หรือเส้นเลือดที่ผิดปกติบริเวณนี้เป็นพิเศษ นอกจากผนังกันจมูกแล้วอาจมีเลือดออกจากกระดูกม้วน (turbinate) หรือเยื่อบุจมูกส่วนอื่น ๆ ได้ หากไม่พบจุดเลือดออก มีความเป็นไปได้ที่จะมีเลือดออกมาจากโพรงจมูกส่วนหลัง ซึ่งในกรณีนี้ต้องใช้การตรวจโดยการส่องกล้อง (nasal endoscopy) ต่อไป นอกจากนี้ควรเตรียมไม้กีดกันเพื่อตรวจดูเลือดที่อาจจะไหลลงคอด้วย

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) เพื่อดูความเข้มข้นของเลือดและเกล็ดเลือด ค่าการแข็งตัวของเลือด (coagulogram)



รูปที่ 18.3 ก) อุปกรณ์ nasal speculum ขนาดต่าง ๆ ข) เครื่องกำเนิดแสงและที่ครอบศีรษะ (headlight) ภาพโดย กวิตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

การดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล

การประเมินผู้ป่วย (Initial Assessment)

1. ประเมินว่ากำลังมีเลือดออกอยู่ตลอดเวลาหรือไม่ (active หรือ nonactive bleeding) ประเมินโดยใช้ Airway - Breathing - Circulation (ABC) approach เช่น ถ้าเลือดออกรุนแรง อาจต้องรีบใส่วัสดุห้ามเลือด (nasal packing) เพื่อหยุดเลือดให้สารน้ำหรือให้เลือดตามความเหมาะสม เพื่อรักษาการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด และในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการสำลักเลือดหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาปอดอาจพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) เพื่อป้องกันทางเดินหายใจ รวมไปถึงการให้เลือดหากมีการเสียเลือดมาก โดยทั่วไปแนะนำให้พิจารณาให้เลือดที่ระดับฮีโมโกลบิน 7 กรัม/เดซิลิตรหรือต่ำกว่าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีค่าการไหลเวียนโลหิตอยู่ในเกณฑ์คงที่ (hemodynamically stable) หรือ 8 กรัม/เดซิลิตรหรือต่ำกว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด

อยู่เดิม อย่างไรก็ตามควรพิจารณาร่วมกับอาการและโรคประจำตัวของผู้ป่วยด้วย⁽⁷⁾

2. ตำแหน่ง

พยายามหาตำแหน่งของเลือดที่ออก โดยอาศัยประวัติร่วมกับการตรวจร่างกาย โดยประวัติอาจช่วยในการระบุข้าง ช่วยในการคาดเดาว่าเป็นเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหน้าหรือหลัง (anterior หรือ posterior epistaxis) และจาก ความรุนแรงอาจพอบอกได้ว่าเป็นเลือดออกจากหลอดเลือดแดง (arterial bleeding) หรือไม่ ซึ่งหากเลือดออกทางด้านหน้าอาจเห็นได้โดยการตรวจดูโพรงจมูกทางด้านหน้า (anterior rhinoscopy) แต่หากเป็นเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง (posterior epistaxis) มักต้องใช้การส่องกล้องประเมินโพรงจมูก (nasal endoscopy) (รูปที่ 18.4) ร่วมกับการดูดเลือด (suction) ที่เพียงพอ



รูปที่ 18.4 อุปกรณ์การส่องกล้องประเมินโพรงจมูก ก) กล้อง telescope ข) ชุดแพร่ภาพ ภาพโดย กวีตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

การบีบจมูก (nasal compression) ทำได้โดยใช้นิ้วบีบจมูกบริเวณหนึ่งในสามส่วนล่างของจมูก โดยกดปีกจมูกเข้ากับผนังกันจมูกเป็นเวลา 5 นาทีขึ้นไป (รูปที่ 18.5) ซึ่งหากยังคงมีเลือดออกอย่างต่อเนื่องลงไปคอด้านหลังระหว่างการบีบจมูก อาจบ่งชี้ว่าบริเวณที่มีเลือดออกมาจากทางด้านหลัง ควรแนะนำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าก้มศีรษะไปด้านหน้าเล็กน้อยเพื่อป้องกันเลือดไหลลงคอ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือทางเดินหายใจอุดตันได้⁽⁸⁾

การให้ยาหดหลอดเลือด (vasoconstrictor) เช่น oxymetazoline phenylephrine epinephrine สามารถชะลอหรือหยุดการไหลของเลือดได้ โดยสามารถใช้เป็นรูปแบบสเปรย์หรือชุบในสำลี cottonoid แล้วใส่ในโพรงจมูก (รูปที่ 18.6) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมเลือดกำเดาได้ด้วยยาหดหลอดเลือด⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามผลของยาเหล่านี้ต่อความดันโลหิต



รูปที่ 18.5 ภาพวิธีการบีบจมูกในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
ภาพโดย กวิตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากจากบุคคลในภาพและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

และความเสี่ยงทางหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลยังไม่ได้ได้รับการศึกษาอย่างชัดเจน ดังนั้นควรใช้ยาเหล่านี้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือ



รูปที่ 18.6 ก) ตัวอย่างยาหดหลอดเลือด (Ephedrine) ข) สำลี cottonoid ที่ใช้ในการห้ามเลือด
ภาพโดย กวิตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ควรใช้ยาหดหลอดเลือดอย่างระมัดระวังในเด็กหรืออาจเลือกใช้ยาที่มีความเข้มข้นเจือจางกว่าปกติ⁽¹⁾

การใส่วัสดุห้ามเลือด (Nasal Packing)

หากไม่สามารถระบุตำแหน่งที่เลือดออกได้ และผู้ป่วยยังคงมีเลือดออกอยู่หลังการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ควรพิจารณาการใส่วัสดุห้ามเลือด (nasal packing) ในโพรงจมูก โดยแบ่งออกเป็น การใส่วัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า (anterior nasal packing) ในกรณีที่เลือดออกทางด้านหน้า และไม่สามารถหยุดได้โดยการกดหรือการจี้เพื่อห้ามเลือด สามารถทำได้โดยแพทย์ทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉิน และการใส่วัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหลัง (posterior nasal packing) ในกรณีที่เลือดออกจากโพรงจมูกด้านหลัง มักทำการรักษาในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลรุนแรงซึ่งไม่หยุดไหลหลังการใส่วัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า (anterior nasal packing)

วัสดุห้ามเลือดแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท

หลัก คือ

1. วัสดุห้ามเลือดแบบละลายได้ (resorbable packing materials)

หมายถึง วัสดุห้ามเลือดที่ไม่จำเป็นต้องนำออก เช่น oxidized regenerated cellulose (Surgicel), synthetic polyurethane sponge (Nasopore), chitosan-based materials (Posisep), purified porcine skin and gelatin USP granules (Gelfoam), hemostatic gelatin thrombin matrices (Floseal, Surgiflo) (รูปที่ 18.7)

2. วัสดุห้ามเลือดแบบละลายไม่ได้ (nonresorbable packing materials)

หมายถึง วัสดุห้ามเลือดที่ต้องนำออกภายหลัง เช่น ผ้าก๊อซ (gauze), polymers, polyvinyl acetate sponge (Merocel), บอลลูน (inflatable balloons) ซึ่งจะแบ่งเป็นแบบบอลลูนเดี่ยว และแบบบอลลูนคู่ที่สามารถแยกเป่าบอลลูนด้านหน้าและด้านหลังได้ (รูปที่ 18.8, 18.9)



ก



ข

รูปที่ 18.7 ตัวอย่างวัสดุห้ามเลือดแบบละลายได้ ก) synthetic polyurethane sponge ข) oxidized regenerated cellulose

ภาพโดย กวีตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว



รูปที่ 18.8 ตัวอย่างวัสดุห้ามเลือดแบบละลายไม่ได้ ก) gauze drain ข) polyvinyl acetate sponge ภาพโดย กวิตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว



รูปที่ 18.9 ตัวอย่างบอลลูนห้ามเลือด ก) แบบบอลลูนเดี่ยว ข) แบบบอลลูนคู่ ภาพโดย กวิตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

การเลือกใช้วัสดุห้ามเลือดขึ้นกับความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ โดยทั่วไปวัสดุห้ามเลือดแบบละลายไม่ได้มีแรงกดห้ามเลือดสูงกว่าแบบละลายได้ แต่เนื่องจากต้องนำออกจึงอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเยื่อโพรงจมูกและอาจเกิดเลือดออกซ้ำได้⁽¹⁰⁾ แพทย์ควรเลือกใช้วัสดุห้ามเลือดแบบละลายได้สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ สำหรับผู้ป่วยที่กำลังใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด หรือ

ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดผิดปกติเช่น Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (HHT)⁽¹¹⁾

การใส่วัสดุห้ามเลือดมีข้อดีคือสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็ว แต่มีข้อเสีย คือ ผู้ป่วยมักรู้สึกอึดอัดและปวด และอาจมีผลข้างเคียง เช่น การบาดเจ็บของเยื่อจมูก (mucosal injury) พังผืด (synechiae) รุทะลุที่ผนังกั้นจมูก (septal perforation) การบาดเจ็บของปีกจมูก (alar injury) น้ำตาไหล (nasolacrimal duct

obstruction) การอุดตันทางเดินหายใจ (airway obstruction) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) รีเฟล็กซ์ระหว่างโพรงจมูกและปอด (nasopulmonary reflex) ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนต่ำ (hypoxia) และคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia) ได้⁽¹⁰⁾

ผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลที่ไม่ซับซ้อนที่ควบคุมได้ด้วยการใส่วัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า (anterior nasal packing) โดยทั่วไปสามารถรักษาเป็นผู้ป่วยนอกได้ แต่สำหรับผู้ที่ต้องได้รับการใส่วัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหลัง (posterior nasal packing) ควรนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ระยะเวลาของการใส่วัสดุห้ามเลือด จะแตกต่างกันไปตามความรุนแรง ตำแหน่งของเลือดออก และโรคร่วม โดยทั่วไประยะเวลาจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 48 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมง หรืออาจถึง 5 วันในกรณีของการใส่วัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหลัง (posterior nasal packing)⁽¹¹⁾

การใช้ยาปฏิชีวนะ (systemic antibiotics) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือ toxic shock syndrome ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่วัสดุห้ามเลือด ยังมีหลักฐานจากงานวิจัยไม่ชัดเจน จากแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (พ.ศ. 2567) แนะนำให้พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ต้าน *Staphylococcus aureus* เป็นเวลา 7 ถึง 10 วัน และแนะนำให้ให้นอนยกศีรษะสูงและให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะออกซิเจนต่ำ (hypoxia)⁽¹⁰⁾

การจี้จุดเลือดออก (Cautery)

หากตรวจร่างกายพบจุดเลือดออกชัดเจน การจี้จุดเลือดออกสามารถทำได้โดยใช้สารเคมี (chemical cautery) เช่น trichloroacetic acid (TCA) (รูปที่ 18.10) silver nitrate (รูปที่ 18.11) chromic acid หรือใช้การจี้ด้วยอุปกรณ์เช่น monopolar cautery หรือ bipolar cautery สำหรับการจี้ด้วย monopolar cautery ควรระวังในกรณีที่ใกล้กับ orbital apex,



รูปที่ 18.10 ก) อุปกรณ์ cotton applicator ที่ใช้ชุบน้ำยา trichloroacetic acid (TCA) ข) การจี้จุดเลือดออกด้วย trichloroacetic acid (TCA)

ภาพโดย กวีตา อธิภาส รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่าง



"ซื้อหนังสือ
ในรูปแบบ e-book ได้แล้ววันนี้"



สำนักพิมพ์ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณบดี

2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทรศัพท์ 0 2419 2858 โทรสาร 0 2411 0593

E-mail: sirirajbooks@gmail.com

Website: www.sirirajbooks.com

ISBN 978-616-8201-47-3



9 786168 201473

ราคา 429 บาท