

3-1-1982

เยื่อขุจุมกอักเสขจากโรคมุมิแพ้ในเด็ก

เสาวนีย์ จำเดิมเพด็จศึก

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

จำเดิมเพด็จศึก, เสาวนีย์ (1982) "เยื่อขุจุมกอักเสขจากโรคมุมิแพ้ในเด็ก," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 26: Iss. 2, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol26/iss2/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

บทบรรณาธิการ

เยื่อจมูกอักเสบจากโรคมูกุมิแพ้ในเด็ก

เสาวนีย์ จำเดิมแผด็จศึก*

Chumdermpadetsuk S. Allergic rhinitis in children. Chula Med J
Mar ; 26 (2) : 99-112

Allergic rhinitis in children is a common disease, but only a few seek medical attention. The symptoms among Thai children are usually all year round and may aggravate during February to April and October to December due to abundance of atmospheric aeroallergens, mainly molds and grass pollens. The diagnosis can be made with typical history of sneezing, rhinorrhea, blockade and itching in the nose. Other manifestations of allergic diathesis should be searched for to support the diagnosis. Although some may spontaneously recover, the ones with moderate severity should be treated properly to prevent permanent complications such as hearing loss, orofacial disfiguration. Treatment includes environmental control, immunotherapy, antihistamines with or without decongestants, and intranasal steroid spray if indicated.

* ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เยื่อจมูกอักเสบจากโรคภูมิแพ้เป็นภาวะที่พบบ่อย ส่วนมากมักไม่ทำให้เกิดโรครุนแรง มีผู้ป่วยจำนวนน้อยเท่านั้นที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อรักษา คือในรายที่มีอาการมากหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นเนื่องจากโรคนี้ค่อนข้างเรื้อรังและมีสาเหตุทำให้เกิดอาการได้หลายอย่าง แพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องเข้าใจกลไกการเกิดโรค มีความละเอียดลออ ในการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งรวมทั้งด้านเศรษฐฐานะ เพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุด จึงสมควรที่จะทบทวนถึงโรคนี้ในแง่ของ

1. คำนิยาม
2. อุบัติการณ์เกิด
3. การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา
4. อาการและการแสดง
5. การวินิจฉัย
6. ภาวะแทรกซ้อน
7. การวิเคราะห์แยกโรค
8. การรักษาและการป้องกัน
9. การพยากรณ์โรค

1. คำนิยาม เยื่อจมูกอักเสบจากโรคภูมิแพ้คือการมี congestion ของเยื่อจมูกจากปฏิกิริยาภูมิไวเกินระหว่างแอนติเจนกับแอนติบอดีชนิด IgE ทำให้มีการหลั่งสารเคมี (mediators) ต่าง ๆ จาก mast cell และทำให้เกิดอาการขึ้น⁽³⁾

2. อุบัติการณ์เกิด ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาถึงอุบัติการณ์เกิดโรคนี้ในประชากรเด็กและประชากรทั่วไป จากการศึกษาของ Broder และพวกในเมืองมิชิแกน⁽⁴⁾ สหรัฐอเมริกาพบว่า มีอุบัติการณ์เกิดประมาณร้อยละ 10 ในประชากรทั่วไป ในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง 2 : 1 แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะเป็นในเด็กหญิงมากกว่าชายเช่นเดียวกับโรคหอบหืด⁽⁵⁾ ในต่างประเทศมักเป็นเฉพาะฤดูกาลมากกว่าซึ่งต่างจากในประเทศไทยที่เป็นตลอดปี เนื่องจากสารก่อภูมิแพ้มีในสิ่งแวดล้อมตลอดปี เช่น ฝุ่นบ้าน ไรฝุ่น ละอองเกสร และรังแคสัตว์^(6,7,8) เด็กซึ่งมีกรรมพันธุ์แพ้ ถ้ามีสัตว์เลี้ยงในบ้าน พบว่ามีโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้มากกว่าเด็กซึ่งไม่มีได้ถึง 10 เท่า⁽⁵⁾

3. หน้าที่ของจมูกและการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรสภาพ^(1,3) นอกจากดมกลิ่น การพูด เป็นที่รองรับน้ำตาจากนัยน์ตาและน้ำมูกจากไซนัสแล้ว จมูกยังมีหน้าที่ทำความสะอาดอากาศที่จะเข้าสู่ปอด กำจัดเชื้อจุลชีพโดย lysozyme ปรับอุณหภูมิอากาศให้เท่ากับอุณหภูมิร่างกาย ให้ความชุ่มชื้น ควบคุมอัตราการความเร็วของลมที่จะเข้าสู่ปอด ตลอดเวลาทั้งคืนและหลับ จึงเป็นอวัยวะที่ทำงานหนัก อวัยวะหนึ่ง การแสดงของโรคจึงมักเป็นจากการผันแปรของหน้าที่ดังกล่าว เช่นอาการที่

น้ำมูกไหลเกิดจากการที่จมูกพยายามกลั่นความชื้นเพิ่มขึ้น อากาโรคัดจมูกเกิดจากการบวมของช่องระหว่างเซลล์ การจามเป็นความพยายามที่จะกำจัดสิ่งแปลกปลอมให้ออกไปโดยเร็ว ส่วนอาการคันนั้นเข้าใจว่าเกิดจากฮีสตามีนซึ่งหลั่งออกเมื่อมีปฏิกริยาระหว่างแอนติเจนและแอนติบอดี

จมูกของผู้มีโรคมึแพ้ นอกจากจะสนองตอบต่อ mediators ที่เป็นผลของปฏิกริยาภูมิไวเกินแล้วยังมีความไวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ภาวะเช่นนี้เรียกว่า priming effect สิ่งที่สามารถทำให้เกิดหรือเพิ่มอาการได้แก่

1. สารระคายเคือง เช่น ควันบุหรี่ ควันไอเสียรถยนต์ กลิ่นต่าง ๆ
2. ความผิดปกติทางกายวิภาคของจมูก เช่นมี septum เอียง spur ขนาดใหญ่
3. ทำนอน ทำที่เพิ่มการอุดตันคือทำนอนหงาย ส่วนในทำนั้งหรือยืนภาวะอุดตันจะดีขึ้น เข้าใจว่าเป็นเพราะความถ่วงที่เปลี่ยนไปในทำต่าง ๆ มากกว่าเป็นจากการมีน้ำในช่องระหว่างเซลล์
4. การติดเชื้อ ทำให้มี congestion เพิ่ม น้ำมูกเพิ่ม มีการอุดตันและ tone ของเส้นเลือดเสียในทำนอนมากกว่าทำนั้งถึง 3 เท่า ดังนั้นในเด็กที่เป็นหวัดจึงสบายขึ้นเมื่อยืนหรือนั้ง

5. การเปลี่ยนแปลงของอากาศ เช่น ความชื้น ความกดอากาศ อุณหภูมิ บางคนอาจแพ้แสงแดดทำให้เกิดอาการได้ถ้าตากแดด

6. การออกกำลังกาย จะทำให้อากาโรคัดจมูกหายไปโดยเร็วโดยที่เป็นผลของการกระตุ้นประสาทระบบซิมพาเทติก แต่ผลนั้นชั่วคราวและอาจเกิดอาการเพิ่มขึ้นหลังจากนั้น (rebound phenomenon)

7. ปัญหาทางจิต ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดต่าง ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นได้ การตรวจชั้นเนื้อเยื่อพบว่ามี goblet cell บวม ต่อมเมือกโตขึ้น และ congest มีโอซิโนฟิล mast cell และลิมโฟไซต์เซลล์เพิ่มขึ้น ช่องระหว่างเซลล์และ basement membrane บวม ground substance ของเซลล์และเส้นโลหิตซึ่งมีภาวะเป็น semisolid ตามปกติ กลายเป็นน้ำใสมากขึ้น ทำให้เยื่อจมูกบวมและกดปุ่มได้ง่าย

4. อาการและการแสดง

อาการได้แก่ จาม คัดจมูก น้ำมูกไหล และคันจมูก ซึ่งถ้าเป็นเฉพาะฤดูกาล เช่นในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน และตุลาคม ถึงธันวาคม อาจสันนิษฐานได้ว่าเกิดจากการมีละอองเกสรหญ้าและเชื้อราเพิ่มขึ้นในอากาศ หรือถ้าผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีต้นไม้มิ่คอกออกดอกในบริเวณสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเฉพาะฤดู

กาลใดฤดูกาลหนึ่งก็อาจเกิดจากสาเหตุนี้ได้ แต่ในประเทศไทยอาการมักเป็นตลอดปีดังกล่าวนอกจากอาการเฉพาะที่จมูกแล้วยังอาจมีอาการของโรคภูมิแพ้ระบบอื่นร่วมด้วย เช่น มีโรคภูมิแพ้ของตา ผิวหนัง แพ้อาหาร หอบหืด ในเด็กเล็กซึ่งช่องทางเดินของอากาศในจมูกเล็กตามขนาดตัว เมื่อเป็นโรคตลอดปีจะทำให้มีอาการนอนกรน หายใจทางปาก คอแห้ง สูดน้ำมูกตลอดเวลา กระแอมกระไอ ถ้า eustachian tube ต้นจะมีอาการ serous otitis media หรือหูหนวกถาวร ในเด็กโตอาจมีอาการจมูกไม่ได้กลิ่น ปวดศีรษะบริเวณหน้าผาก ซึม ไม่มีแรง การเรียนไม่ดีเพราะหูหนวก การอดทนนาน ๆ จะทำให้โคนจมูกกว้างแต่หายได้เมื่ออาการดีขึ้น บางครั้งมีประวัติเลือดกำเดาออกบ่อย ๆ จากการจามหรือสูดน้ำมูกแรง ๆ เวลาอยู่ในจมูกจะเห็นตรงปลาย septum ส่วนล่างมีสีแดงเป็นแผล มีน้ำเหลืองแห้ง ๆ ปกคลุมอยู่ เวลาถูกต้องเพียงเล็กน้อยก็เกิดอาการเลือดออกได้

อาการคัดจมูกมักเกิดเวลาเช้า ๆ หรือเข้านอน โดยเป็นตลอดเวลาหรือเป็นบ่อยๆ เด็กประมาณ 1 ใน 3 จะมีอาการหอบหืดร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง การเกิด migraine หรือลมพิษหรือ eczema ร่วมพบน้อยกว่ากรณีหืดด้วย เด็กบางคนอาจมีประวัติโรค

ภูมิแพ้ทางผิวหนัง หอบหืด และตามด้วยเยื่อจมูกอักเสบเมื่อโตขึ้นหรือเข้าสู่วัยรุ่น การติดเชื้อจะทำให้อาการมากขึ้นจนผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ ถ้ามีอาการมากพอสมควรจะมีอาการปฏิกิริยาการแสดงต่างๆ ที่แนะนำให้แพทย์นึกถึงโรคนี้ เช่น เสียงขึ้นจมูก หายใจทางปาก หายใจเสียงดัง เพราะคัดจมูก หรือมีเสียง wheeze ร่วมด้วยเนื่องจากหอบหืด กระแอมกระไอ กลืนเสมหะ สูดน้ำมูกเสียงดัง ขยิบตาขี้ตา ทำลื่นขยุกขยิกในปากเพราะคันในเพดานหรือคางจึงใช้ลิ้นแคะ อาการทางระบบต่างๆ ที่พบคือ(8,9)

หู หูตึง หูตึงไม่ได้ยิน รู้สึกแก้วหูลั่นจากการอุดตันของท่อ eustachian mediators จะทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ internal auditory artery และแขนงขยายตัว เกิดการบวมของระบบน้ำเหลืองภายในหู เรียก Meniere syndrome อาการนี้เกิดได้เมื่อรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยแพ้ เช่น นม ซอโคโกแลต ไข่ ข้าวโพด ส้ม

ผิวหนัง eczema ที่หน้า ข้อพับแขนขา หรือข้อมือหลังมือ หัวเข่า ลมพิษ angioedema เกิดเมื่อได้รับแอนติเจน โดยมากทางการสัมผัสหรือรับประทาน อาการจะเป็นๆ หายๆ และมักสัมพันธ์กันกับอาการทางจมูก คือถ้ามีอาการทางจมูกมากอาการทางผิวหนังก็อาจเป็นมากไป

ด้วย เด็กที่มีอาการทางผิวหนังเหล่านี้กว่าร้อยละ 50 จะเกิดโรคหอบหืดเมื่ออายุเกิน 10 ปี

นัยน์ตา บางครั้งบิดามารดาอาจพาเด็กมาหาแพทย์ด้วยความเข้าใจผิดว่าเด็กเป็นโรคประสาทเพราะมีการขยิบตาบ่อย ๆ ขยี้ตา หรือเข้าใจว่าเด็กนอนไม่พอเนื่องจากชอบตาล่างดำ ซึ่งเกิดจากเลือดคั่ง เพราะในจมูกบวมเรียก allergic shiner ในเด็กโตบางครั้งจะเห็นชอบตาล่างบวมคล้ายมีถุงใต้ตาที่เป็นในคนสูงอายุ เนื่องจากมีการเกร็งของ Muller's muscles เยื่อบุตามักมี congestion สเคลอราเปลี่ยนสีเป็นสีเหลืองขุ่น ๆ เรียก muddy eyes บางครั้งอาจวินิจฉัยผิดว่าเป็นตัวเหลือง แต่บริเวณที่มีหนังตาปกคลุม สีมักขาวกว่าบริเวณที่สัมผัสแอนติเจน

allergic pseudoptosis เห็นเป็นรอบ ๆ อยู่บน สเคลอราตรงเหนือตาคำที่บริเวณ 12 นาฬิกา แต่ไม่มีเส้นโลหิตตามเข้าแก้วตาอย่าง ที่พบในโรคiritisดวงตา

eczema อาจพบได้ที่ขอบหนังตาบน เห็นชัดเมื่อเด็กหลับตา นอกจากนี้ยังพบว่า มีขนยาวกว่าปกติด้วย

ปากและช่องปาก เด็กต้องอ้าปากหายใจ เนื่องจากจมูกตัน ทำให้เกิดรูปลักษณะคล้าย adenoid facies ทำให้เข้าใจผิดและตัดต่อมอดีนอยด์ซึ่งจะให้ผลดีชั่วคราวแล้วกลับเป็นมา

ใหม่ เด็กอาจทำปากขยุกขยิก (mouth wriggle) เพื่อลดอาการคัน จมูก เหงือกดูบวมคล้าย hyperplasia จากยา phenytoin ฟันสบกันผิดปกติเนื่องจากอ้าปากหายใจเรื้อรัง ทำให้กระดูกหน้าเจริญเติบโตผิดปกติ แผลในปากเกิดจากการเกี่ยวฟันในขณะที่นอนหลับ และพบว่าฟันสึกกร่อน

ลิ้นแผ่นที่มีลักษณะเป็นวง ๆ ขาว ๆ สลับกับสีแดงกว่าปกติมักพบในเด็กเล็ก และหายไปเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ต้องแยกจาก scrotal tongue หรือ congenital fissured tongue

ในบริเวณ oropharynx จะเห็นเป็นตุ่มแดง ๆ จากต่อมน้ำเหลืองถูกรบกวนเรื้อรังด้วยเสมหะที่ตกลงในคอ ถ้ามีการติดเชื้อเฉียบพลันในไซนัสจะเห็นหนองเคลือบอยู่บริเวณนี้

จมูก เนื่องจากอาการคัดและคัน เด็กจะใช้สันมือดันปลายจมูกให้เสียขึ้น เพื่อทำให้ turbinate ยุบบวม และเปิดทางให้ลมผ่านได้ ช่วยลดอาการคัดจมูกได้ชั่วคราว เรียก allergic salute ซึ่งถ้าเป็นนานเกิน 2 ปี จะทำให้เกิดรอยต่างขาวตรงรอยต่อกระดูกอ่อนกับกระดูกแข็ง เรียก transverse skin crease ถ้าดันปลายจมูกลงเส้นนี้จะหายไป นอกจากนี้โคนจมูกมักบวมใหญ่กว่าปกติ (broad nose)

เมื่อส่องดูภายในจมูกจะเห็นเยื่อบุจมูกบวมซีด มีน้ำมูกใส ๆ ปกคลุม เมื่อมีการติดเชื้อ

จึงจะเปลี่ยนเป็นหนอง และเยื่อจมูกสีแดง
น้ำมูกพบมีอีโอซิโนฟิลมาก polyp มักไม่พบ
ในเด็กเล็กแต่จะเป็นได้ ในเด็กโตที่มีโรคหืดและ
แพ้แอสไพรินด้วย

ผนังกันจมูกเอียงไปข้างใดข้างหนึ่งพบ
ได้ 30 % ของเด็กที่เป็นโรคแผลในจมูกเรื้อรัง
เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของการไหลวนของ
เลือดในจมูกทำให้ผนังกันจมูกผิดปกติไปด้วย

การตรวจพบอาการต่าง ๆ เหล่านี้ ถึง
แม้จะไม่ครบทุกระบบทุกประการ ก็ช่วยในการ
ชี้แนะว่าน่าจะเป็นโรคเยื่อจมูกอักเสบ จากโรค
ภูมิแพ้

5. การวินิจฉัย นอกจากวินิจฉัยโรค
ได้แล้ว ผู้รักษายังต้องถามถึงสิ่งแวดล้อมและ
การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยละเอียด
เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ ซึ่งรวมทั้ง
แอนติเจนต่าง ๆ และสิ่งรบกวนอื่น ๆ ทั้งนี้
จะใช้เป็นแนวทางการรักษาให้มีประสิทธิภาพ
ที่ดีที่สุด การวินิจฉัยโรคอาศัย

1. ประวัติและการตรวจร่างกาย ดังกล่าว
แล้วในหัวข้ออาการและการแสดง
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจนับเม็ดโลหิตขาว
การพบมีอีโอซิโนฟิลมากกว่า 10% หรือ total
eosinophil count มากกว่า 550 (ค่าปกติเด็ก

ไทย 50-550 เซลล์/มม.³)⁽⁹⁾ แต่ถ้าอีโอซิโนฟิล
ไม่สูงก็ไม่แสดงว่าไม่ใช่โรคนี้

2.2 การตรวจน้ำมูกพบอีโอซิโนฟิล
มากกว่า 30 %

2.3 IgE ในซีรัมสูงกว่า 400
หน่วยสากลต่อ มล.^(11, 12)

2.4 การทดสอบทางผิวหนัง ผล
บวกจะมีความสำคัญต่อเมื่อเข้าได้กับประวัติและ
การมีแอนติเจนนั้นในสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย เช่น
ถ้าตรวจพบว่ามีปฏิกิริยาต่อละอองเกสรไม้ดอก
ซึ่งโดยปกติจะไม่กระจายในอากาศมาก เนื่อง
จากมีขนาดโตน้ำหนักมากจึงไม่ปลิวไปไกล ดังนั้น
จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมต้องพบว่า มีต้น
ไม้นั้น ๆ ในบริเวณใกล้เคียง ถ้าประวัติไม่ชัด
เงินผลบวกที่ได้ต่อแอนติเจนนี้อาจไม่มีความ
สำคัญทางคลินิก

2.5 Provocation test ทำโดย
ใช้สารที่สงสัยว่าก่อภูมิแพ้ใส่โดยตรงในจมูก
เปรียบเทียบกับข้างควบคุมที่ใช้น้ำเกลือใส่โดย
การเปลี่ยนแปลงของเยื่อจมูก การจาม คัน
คัด และน้ำมูกไหล
การทดสอบที่แน่นอนไม่ใช่เป็น provocation
โดยตรงของจมูกและมีความไวไม่มากนัก

2.6. การหา specific IgE เป็น
วิธียุ่งยาก ราคาแพง จึงยังไม่เหมาะสมที่จะ
นำมาใช้ทั่วไป

2.7 การทดสอบด้วยการรักษา (Therapeutic clinical trial) การใช้ยาบางอย่าง เช่น คอร์ติโคสเตอรอยด์สเปรย์ในจมูก หรือการงคอาหารบางชนิด การหลีกเลี่ยงหรือกำจัดสัตว์เลี้ยง ถ้าทำให้อาการดีขึ้นมาก และเมื่อเลิกใช้ยาหรือไปรับแอนติเจนเหล่านั้นใหม่ ก็กลับมีอาการขึ้น ทำให้ช่วยการวินิจฉัยโรคได้

6. ภาวะแทรกซ้อน

1. การติดเชือระบบหายใจ นอกจากมีการติดเชือหวัดบ่อยซึ่งแยกจากการมีอาการเพิ่มเพราะได้รับแอนติเจนหรือถูสารระคายเคืองแล้วเมื่อมีการติดเชือมักหายยาก และทำให้เกิด hypertrophic changes ในจมูก และไซนัสด้วย

2. ไซนัสอักเสบ เนื่องจากเยื่อบุไซนัส ก็คือเยื่อบุจมูกที่ยื่นต่อเข้าไปในโพรงกระดูกของกระดูกหน้า ดังนั้นการอักเสบจึงลุกลามจากจมูกเข้าสู่ไซนัสได้ง่าย และร่วมไปกับการอุดตันของรูเปิดไซนัส ทำให้มีการติดเชือแบคทีเรียตามมา

3. Polyp ในจมูกและไซนัส พบไม่มากในเด็ก มีผู้รายงานร่วมกับโรคหอบหืดและการแพ้แอสไพริน เป็นกลุ่มอาการ triad

4. Dental และ orofacial disfiguration เนื่องจากเด็กต้องหายใจทางปากเป็น

เวลานานเพราะจมูกอุดตัน ทำให้หน้าคล้าย adenoid facies เพดานโค้งสูงแคบ ทำให้เหงือกมี hypertrophy และพินมารวมกันอยู่ตรงกลางและมีการสบกันผิดปกติ

5. Serous otitis media เนื่องจากมีการบวมของ eustachian tube ทำให้หูอื้อหูหนวก หูส่วนกลางอักเสบและเกิด Menier's syndrome

7. การวินิจฉัยแยกโรค

1. ใช้หวัดที่เป็นบ่อยๆ เนื่องจากเด็กได้รับเชือบ่อยๆ หรือมีภาวะภูมิคุ้มพร่อง

2. อติไนนอยด์และต่อมทอนซิลโต

3. Vasomotor rhinitis เป็นกลุ่มอาการที่ค่อนข้างแปลก เกิดจากความไวของจมูกต่อการเปลี่ยนแปลงของอากาศ อุณหภูมิ กลิ่น การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะ และสิ่งไม่จำเพาะอื่น ๆ จำเป็นต้องแยกจากโรคที่เกิดจากภูมิแพ้ เพราะการรักษาต่างกัน

4. Non-allergic rhinitis มักเป็นตลอดปีและไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากปฏิกิริยาภูมิไวเกิน การให้ immuno therapy ไม่ได้ผลแต่การใช้สเตอรอยด์และแอนติฮีสตามีน อาจช่วยได้บ้าง การแยกสาเหตุของเยื่อบุจมูกอักเสบอาจใช้แนวทางดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบเยื่อบุจมูกอักเสบชนิดต่างๆ

	Allergic rhinitis	Non-allergic rhinitis	Vasomotor rhinitis
อาการและการแสดง			
คัดจมูก	ปานกลาง	มาก	ปานกลาง
จาม	บ่อย	บางครั้ง	ไม่ค่อยมี
คัน	บ่อย	ไม่คัน	ไม่คัน
น้ำมูก	มาก	มาก	มาก
เจ็บคอ	น้อย	ปานกลาง	ปานกลาง
เสมหะตกในคอ	ปานกลาง	มาก	มาก
จมูกไม่ได้กลิ่น	ไม่ค่อยพบ	พบบ่อย	พบน้อย
การบวมของ turbinate	ปานกลางถึงมาก	มาก	ปานกลาง
ลักษณะน้ำมูก polyp	ใส ไม่ค่อยพบ	เหนียว พบบ่อย	ใส ไม่มี
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
การทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง	+	- ve	- ve
น้ำมูก	อีโอซิโนฟิล	อีโอซิโนฟิล	นิวโทรฟิล ไม่มาก
การติดเชื้อ	บางครั้ง	บ่อย	ไม่บ่อย
เอกซเรย์ไซนัส	เยื่อบุบวมเล็กน้อย	เยื่อบุบวมมาก	เยื่อบุบวมเล็กน้อย
การสนองต่อการรักษา			
แอนติฮิสตามีน	ดี	พอใช้	ไม่ค่อยดี
ยาลดน้ำมูก	พอใช้	พอใช้	ไม่ค่อยดี
สเตอรอยด์	ดีมาก	ดีมาก	ไม่ดี
cromolyn	ดี	ไม่ดี	ไม่ดี
immunotherapy	ดี	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล

5. ไซนัสอักเสบชนิดเฉียบพลัน มักมีประวัติไข้ การสัมผัสโรคและไม่มีประวัติเรื้อรังหรือภูมิแพ้ในครอบครัว

6. สิ่งแปลกปลอมในจมูก เป็นข้างเดียวส่วนใหญ่ ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น น้ำมูกเป็นหนองและตรวจพบสิ่งแปลกปลอมในจมูก

7. คีพที่เรียในจมูก มีน้ำมูกมาก เป็นหนอง หรืออาจมี pseudomembrane

8. ผนังจมูกเอียงหรือมี nasal spur

9. choanal atresia หรือ stenosis

10. หนองอกบริเวณ nasopharynx

11. rhinitis medicamentosa เกิดจากใช้ยาหยอดจมูกเรื้อรัง ทำให้เกิด rebound phenomenon เมื่อหยุดยา และใช้ยาลดการบวมในจมูกหรือสเตอรอยด์จะทำให้อาการดีขึ้น

12. ซีฟิลิสแต่กำเนิด พบในเด็กเล็กจะมีประวัติการติดเชื้อในมารดาขณะตั้งครรภ์และเด็กยังมีร่องรอยอื่นๆ ของโรคร่วมด้วย เช่น มีตับม้ามโต มีผื่นแดงที่ฝ่ามือฝ่าเท้า VDRL และ IgM แอนติบอดีต่อซีฟิลิสให้ผลบวก

13. nasal polyp หรือ meningomyelocele

14. mechanical irritation เด็กบางคนมีนิสัยชอบแคะไซ้จมูกเล่น ทำให้เกิดการบวมเรื้อรังต่อเยื่อบุจมูก

15. ฤทธิ์ยาบางอย่าง เช่น reserpine, methanthelin

16. การตั้งครรภ์ ทำให้เลือดคั่งในจมูกและเกิดอาการคัดโดยไม่ทราบกลไกการเกิดเมื่อภายหลังคลอดอาการคัดจะหายไป

8. การรักษาและการป้องกัน

เช่นเดียวกับการรักษาโรคภูมิแพ้อื่น ๆ การรักษาประกอบด้วย

1. การหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งที่แพ้
2. การฉายยา
3. Immunotherapy
4. การรักษาอื่น ๆ

1. การหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งที่แพ้

แอนติเจนที่ทำให้แพ้มักเป็นแอนติเจนที่อยู่ในอากาศซึ่งหลีกเลี่ยงยากเพราะมีตลอดฤดูกาล แต่ถ้าตรวจพบว่าผู้ป่วยแพ้ฝุ่นบ้านก็ไม่ควรให้เด็กกวาดบ้านหรือปัดฝุ่นหรืออยู่ในห้องขณะที่ผู้อื่นกำลังกวาดบ้านอยู่ ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ที่ดูดฝุ่นทำความสะอาดห้องและไม่ให้เด็กเล่นปลั๊กบนที่นอน ห้ามเก็บสะสมหนังสือและของเล่นยัดแน่นไว้ในห้องนอน การเล่นในสนามหญ้าในกอดอกไม้ควรหลีกเลี่ยงให้หมดและถ้าจำเป็นต้องตัดต้นไม้ที่ให้ละอองเกสรที่เป็นสาเหตุของการแพ้ได้ แบ่งฝุ่นผัดหน้าเด็กซึ่งประกอบด้วย zinc stearate, hydrous magnesium silicate, silicates และ calcium

undecylenate ก็สามารถทำให้เกิดอาการได้ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้แป้งฝุ่นเสียสเปรย์น้ำหอม สเปรย์ผมไม่ควรใช้ในขณะเด็กอยู่ในห้อง ยาชุกกันยุงซึ่งทำจาก pyrethrum หรือยาฉีดกันยุง สารเคมีต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำยาฆ่าเชื้อโรค น้ำยาขัดพื้น สามารถทำให้เกิดอาการแพ้ได้

รังแคสัตว์ ซึ่งมีไข่สัตว์เลี้ยงได้แก่ แมวสุนัข และนก อาจมีเป็นจำนวนมากถ้าเลี้ยงในห้องหรือเด็กเล่นคลุกคลีด้วย ส่วนสัตว์ที่อาศัยอยู่ตามบ้านเรือน เช่น แมลงสาบ หนู ควรหาวิธีกำจัดเสีย

เด็กควรได้รับการสอนให้สังเกตว่าทำอะไร รับประทานอาหารอะไร เล่นหรือสัมผัสพืชและสัตว์ชนิดใดแล้วเกิดอาการขึ้น และให้หลีกเลี่ยงการกระทำเหล่านั้นเสีย หรือถ้าไปสัมผัสโดยบังเอิญก็ให้รีบอาบน้ำ สระผมเปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อล้างเอาแอนติเจนให้เหลือน้อยที่สุด เครื่องปรับอากาศจะช่วยกรองละอองเกสรออกให้มาก การใช้เครื่องช่วยกรองฝุ่นละอองอีกที่จะทำให้อากาศสะอาดขึ้นแต่ทั้งนี้ต้องระวังทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศให้ถูกต้อง และอาจช่วยลดจำนวนเชื้อราที่เจริญเติบโตในตู้เบี่ยงขึ้นของเครื่องปรับอากาศได้โดยใช้น้ำยา sodium hypochloride เช็ด

อาหารสามารถทำให้เกิดอาการได้ เช่นนม อาหารทะเล ยีสต์ หรือทั้งค้างคืนในตู้เย็น ทำให้มีการเจริญของเชื้อรา อาการมักไม่ชัดเจนจนผู้ป่วยสังเกตได้ ในเด็กเล็กที่รับประทานแต่นมวัวอย่างเดียวและมีอาการของโรคอื่นนอกจากนี้ถึงแอนติเจนในอากาศแล้ว นมก็อาจเป็นสาเหตุได้ ถ้าวรับประทานนมมารดา อาหารที่มารดารับประทานอาจเป็นสาเหตุ การหยุดอาหารต่างๆ แล้วทำให้อาการดีขึ้น และเมื่อรับประทานใหม่ทำให้เกิดอาการอีกครั้งช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยภาวะแพ้สารอาหาร

2. การใช้ยา

1. แอนติฮิสตามีน ยานี้ทำให้อาการคัดจมูกและน้ำมูกไหลดีขึ้นมากกว่าอาการคัดจมูกและปวดศีรษะ ซึ่งเกิดจาก congestion ในจมูกและไซนัส เด็กบางคนอาจสนองตอบต่อยาตัวหนึ่งดีกว่ายาอีกตัวในกลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่ม ดังนั้นจึงต้องมีการเปลี่ยนยาเพื่อให้ประสิทธิภาพเหมาะสมกับเด็กแต่ละคน โดยที่ราคาไม่แพงเกินไป และมีฤทธิ์ข้างเคียงน้อย ในเด็กนักเรียนถ้ามีอาการกดประสาทท่วงซึมจากยานี้จะทำให้การเรียนตกต่ำ การใช้ยาจึงมีหลักกว่าใช้เมื่อมีอาการมากพอสมควร ไม่จำเป็นต้องรับประทานตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะเป็นแอนติฮิสตามีนเด็กก็มีโอกาสแพ้ยาได้แต่พบไม่บ่อย เพื่อให้จำขนาดง่ายเด็กอายุ 6 ปี มัก

รับประทาน 1 ซ้อนชา และ 3 ปีครึ่งซ้อนชา⁽¹⁵⁾ ส่วนเด็กอายุ 12 ปีที่โดยปกติตำราต่างประเทศ มักแนะนำให้รับประทานเท่าผู้ใหญ่ นั้นจะต้อง คำนึงถึงขนาดเด็กด้วย ถ้าน้ำหนักตัวน้อยให้ คัดขนาดยาของผู้ใหญ่หารด้วยน้ำหนักตัวผู้ใหญ่ (50-60 กก.) แล้วคูณด้วยน้ำหนักเด็กจะทำให้ การให้ยาไม่ผิดขนาดมาก และปรับขนาด อีกทีเมื่อติดตามผลการสนองตอบต่อยา

ในปัจจุบันมียาใหม่ซึ่งเป็นแอนตี้ฮิส ตามีนและ antianaphylaxis⁽¹⁶⁾ ใช้ได้ผลดีใน โรคหอบหืดบางรายซึ่งน่าจะได้ผลดีในโรคนี้ ด้วย แต่ต้องการการประเมินผลทางคลินิกมากกว่ารายงานที่มีในปัจจุบัน

2. ยากลุ่ม sympathomimetic ทำให้อาการเลือดคั่งลดลง จึงทำให้การคัดจมูก การปวดศีรษะตื้อ ๆ ในจมูกและไซนัสน้อยลง อาจใช้ในเวลากลางวันเพื่อระงับอาการและไม่ ทำให้ง่วงนอนหรืออาจใช้ยาร่วมกับแอนตี้ฮิส ตามีน การคำนวณขนาดยาที่มีตัวยา 2 อย่างนี้ รวมกัน ต้องใช้ขนาดของ sympathomimetic ซึ่งเด็กมักทนได้น้อยกว่าแอนตี้ฮิสตามีน ฤทธิ์ ข้างเคียงคือใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ห้ามใช้ในเมื่อ มีความดันโลหิตสูง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษหรือ ไม่สามารถทนยานี้ได้แม้ในขนาดต่ำกว่าปกติ และยังอาจมีฤทธิ์ร่วมกับยาขยายหลอดลมต่างๆ ทำให้เกิดอาการข้างเคียงขึ้นได้มากกว่าใช้ยาตัว เดียว

3. ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ ยารับ ประทานจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากในขนาด น้อย ๆ แต่โดยปกติจะพยายามหลีกเลี่ยงยากลุ่ม นี้ เนื่องจากผลเสียของยาไม่คุ้มกับผลดี ทำให้ ผู้ป่วยต้องพึงพิงยาเพราะยาช่วยระงับอาการได้ ดีมากทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น ถ้าจำเป็นต้องใช้ ควรใช้ระยะสั้น เพื่อช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยรับ แอนติเจนจำนวนมาก เช่นในรายใช้ละอองฟาง หรือ rhinitis medicamentosa เพื่อช่วยลด อาการชั่วคราว

ยาคอร์ติโคยด์ชนิดพ่นมีรายงานว่าได้ผล ดี และมีฤทธิ์ข้างเคียงน้อย^(17,18) แต่มีข้อเสีย คือราคาแพงซึ่งผู้ป่วยบางคนไม่สามารถใช้ได้ เนื่องจากสถานะทางเศรษฐกิจ ขนาดที่ใช้ทั่วไป คือข้างละ 50 ไมโครกรัม วันละ 4 ครั้ง

4. Chromoglycate ได้ผลดีใน ผู้ป่วยบางราย โดยใช้เครื่องพิเศษสำหรับจมูก โดยตรงต่างจาก spinahaler ที่ใช้สำหรับปอดใน ผู้ป่วยโรคหืด ใช้วันละ 3-4 ครั้ง มีข้อเสีย คือไม่สะดวกในเด็กเพราะเสียเวลาพ่น มีรสขม สำหรับบางคน ความนิยมยังไม่มาก เนื่องจาก ราคาแพงและไม่สะดวกในการใช้เพราะยายังไม่ แพร่หลาย ความชื้นของอากาศในประเทศอาจ ทำให้ยาเกาะตัวกันได้

5. เฮปาริน ออกฤทธิ์ โดยต้านฮิส ตามีนและ serotonin แต่ไม่เหมาะในเด็กเพราะ

ทำให้การแข็งตัวของเลือดช้า ทำให้เลือดออกแล้วหยุดยาก ในเด็กซึ่งโอกาสเกิดบาดแผลและอุบัติเหตุง่ายจึงไม่สมควรใช้

สำหรับการมีเยื่อตาอักเสบจากโรคภูมิแพ้ซึ่งอาจพบร่วมไปด้วยนั้น ใช้ยา adrenergic หรือสเตอรอยด์เฉพาะที่หยอด ยา chromoglycate หยอดตา ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย

3. Immunotherapy

ได้ผลดีประมาณ 70-80% ของผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสร แต่ทั้งนี้ต้องร่วมไปกับการกำจัดและหลีกเลี่ยงแอนติเจนและสารระคายเคืองต่างๆ ด้วย

ส่วนการแพ้ฝุ่นบ้าน ไร้มดคันธนู เชื้อรา และอื่น ๆ นั้น ผลการรักษาด้วยวิธีนี้ไม่คืบหน้า⁽¹⁹⁾

มีการทดลองใช้ desensitization โดยหยดแอนติเจนที่จุ่มยังอยู่ในระหว่างการทดลอง

4. การรักษาอื่น ๆ

เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ก่อความรำคาญและความไม่สบายใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนั้นอาการ tension fatigue syndrome ยังมีอาการที่ทำให้เด็กอ่อนแอเพลียหงุดหงิด ไม่มีความสบาย ดังนั้นผู้รักษาและผู้รับผิดชอบดูแลเด็กจึงต้องเข้าใจและเห็นใจในโรคที่ดูจะไม่รุนแรงนี้ นอกจากนั้นโรคเรื้อรังยังมีผลกระทบต่อสภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว แพทย์ผู้รักษาจึงต้องพยายามใช้วิธีที่ดีที่สุดประหยัดที่สุด

และเหมาะกับเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วย เด็กที่เป็นมากอาจไม่หายขาด แต่แพทย์สามารถทำให้ผู้ป่วยอาการดีและใช้ชีวิตเช่นเด็กปกติได้ แพทย์มักไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยคนใดจะสนองตอบต่อการรักษาดีมากน้อยเท่าใดในระยะเริ่มแรกของการรักษาจึงควรตั้งเป้าหมายไว้กลาง ๆ โดยไม่บอกผู้ป่วยว่าจะหายขาดถ้าทำตามคำสั่งของแพทย์ทุกประการหรือว่าจะไม่หายเลยแม้ว่าจะรักษา อย่างไรก็ตามการสร้างให้เด็กมีเจตนาคติที่ถูกต้องต่อความเจ็บป่วยของตน พร้อมทั้งให้การศึกษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นต่อเด็กและผู้ปกครองโดยแพทย์ผู้ช่วยและเอกสารต่างๆ ควรรวมอยู่ในแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคนี้

ในกรณีที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคของจมูกหรือมีภาวะแทรกซ้อน อาจต้องใช้ศัลยกรรมช่วย เช่น รักษาภาวะผนังกันจมูกเยื้อง polyp หรือ empyema ในไซนัส แต่ต้องทำในขณะที่อาการไม่มากและสามารถควบคุมอาการดีเข้าจนดีพอสมควร

การป้องกัน ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ในครอบครัว การลดแอนติเจนในสิ่งแวดล้อมไว้ก่อนที่จะเกิดภาวะภูมิไวเกินน่าจะช่วยให้ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่มีการควบคุมอย่างคิสนับสนุนเหตุผลเช่นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา การเริ่มอาหารเสริมให้ช้าหน่อยเมื่อระบบย่อยของเด็กสมบูรณ์ขึ้นก็น่าจะช่วยป้องกันโรคได้เช่นกัน

9. การพยากรณ์โรค

ในผู้ป่วยที่มีอาการน้อย และได้รับการรักษาที่ถูกต้องมักมีอาการดีขึ้น โดยเฉพาะพวกที่แพ้ละอองเกสรและได้รับ immunotherapy เฉลี่ยประมาณ 70% จะดีขึ้นภายหลัง immunotherapy 2-4 ปี และ 25% ของเด็กชายจะหายเองเมื่อเข้าวัยรุ่น การหลีกเลี่ยง การเปลี่ยน

สิ่งแวดล้อมหรือการใช้ชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง จะช่วยให้ดีขึ้นมาก ในเด็กที่มีอาการเพราะมีการติดเชื้อแบบปฐมภูมิบ่อยๆ เมื่อภูมิคุ้มกันต้านทานดีขึ้นอาการจะลดลง ถ้าอาการยังมีตลอดจนเข้าสู่วัยรุ่นแล้วจะไม่หายหรือมีอาการเพิ่มขึ้นและอาจมีโรคแทรกซ้อน เช่น ไชน์ส้ออักเสบ โรคหอบหืด หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรังด้วย⁽²⁾

อ้างอิง

1. ฉวีวรรณ บุนนาค. จุมอกอักเสบจากโรคมุมิแพ้ ใน : มนตรี ตูจินดา, บุญชอบ พงษ์พานิชย์ บรรณาธิการ. โรคมุมิแพ้. กรุงเทพฯ : อักษรสมัยการพิมพ์, 2520. 149-171
2. ไพบูลย์ พานิชการ. จุมอกอักเสบจากโรคมุมิแพ้ ใน : ม.ร.ว. จันทรวีวัชร์ เกษมสันต์, บุญชอบ พงษ์พานิชย์ บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ 4. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์, 2523. 2083
3. Subohm PM. Allergic and non allergic rhinitis. In : Middleton E, Reed CH, Ellis EF eds. Allergy Principles and Practice. Vol. 2. St. Louis: Mosby, 1978. 869-871
4. Broder I, Barlow PP, Horton RJM. The epidemiology of asthma and hay fever in a total community. Tecumsch, Michigan II. The relationship between asthma and hay fever. J Allerg Clin Immunol 1962 Nov-Dec; 33 (6) : 524-531
5. Tuff L, Mueller HL. Allergy in Children. Philadelphia : Saunders, 1970. 237
6. Tuchinda M, Theptaranon Y. Aeroallergens in Bangkok, Thailand. Ann Allergy 1976 July; 37 (7) : 47-54
7. Wongsathanythong A. Atmospheric pollen survey in Bangkok. J Med Assoc Thai 1971 Dec; 54(12) : 897-908
8. Pnaichyakarn P, Dhanamitr S, Kraikitpunich T, Rungnirundornkul D. Atmospheric pollens and molds survey in Bangkok. J Med Assoc Thai 1974 Jan; 57 (1) : 11-13
9. Marks MB. Clues in Detecting Allergic Children. Sandorama. 1979 II: 25-28
10. Panichyakarn P, Israngkura P, Hathirat P, Krisarin C, Sosakul V, Pulaor C. Peripheral blood eosinophils and nasal secretion eosinophils in allergic Thai children. J Med Assoc Thai. 1977 May; 60 (5) 199-204

11. Panichyakarn P, Petchclai B, Krisarine C, Hiranras S, Jivathanaporn P. Serum IgE levels in Thai asthmatic children. *J Med Assoc Thai*. 1975 Sep; 58(9): 465-468
12. Pongpipat D, Tuchinda M. Serum IgE in Thai children with allergic diseases. *J Med Assoc Thai* 1979 Dec; 62(12) : 667-671
13. Speer F, Denison R, Baptist JE. Aspirin allergy. *Ann Allergy*. 1981 Mar; 46(3): 123-126
14. Scebohm PM. Allergic and non allergic rhinitis. In: Middleton E, Reed C, Ellis EF. eds. *Allergy Principles and Practice*, Vol. 2 St. Louis: Mosby, 1978. 874.
15. Rapp DJ. Management of the child with allergic asthma and rhinitis. *Pediatr Clin North Am* 1976 Feb; 16 (1) : 64
16. Martin U, Romer D. Anti-anaphylaxis properties of ketotifen in animal experiments. *Triangle*. 1978; 17 (3/4) : 141-147
17. Bunnag C, Vipulakom P, Pacharee P, Siriyana C. Intranasal inhalation of beclomethasone dipropionate in the treatment of perennial rhinitis in adults *Ann Allerg* 1980 Feb; 44 (2) : 100-105
18. Ncuman I, Toshner D. Beclomethasone dipropionate in pediatric perennial extrinsic rhinitis. *Ann Allergy* 1980 May, 40(5) : 346-348
19. Choovoravech PZ. Effect of immunotherapy; treatment with mite and other aeroallergens in Thai allergic patients. *J Med Assoc Thai* 1980 Sep; 63 (9) : 506-511