

ยาใช้เฉพาะที่สำหรับอาการทางจมูกที่พบบ่อยในร้านยา

Topical Medications for Common Nasal Symptoms in Pharmacy

ผศ. ดร. ภก.กิตติยศ ยศสมบัติ
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์: เมื่อศึกษาบทความนี้จบแล้ว ผู้อ่านสามารถ

- อธิบายพยาธิสรีรวิทยาและแนวทางการดูแลรักษาโรคหวัด
- อธิบายพยาธิสรีรวิทยาและแนวทางการดูแลรักษาโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้
- อธิบายกลไกการทำงาน ประโยชน์ทางคลินิก และวิธีการบริหารยาใช้เฉพาะที่สำหรับอาการทางจมูกที่พบบ่อยในร้านยา

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจส่วนต้นส่วนใหญ่มักมาพบเภสัชกรชุมชนด้วยอาการทางจมูก คือ มีน้ำมูก หรืออาการคัดจมูก ซึ่งอาจเกิดจากโรคหวัดหรือโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ การประเมินผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์อาการร่วมกับข้อมูลต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้วินิจฉัยแยกโรคและวางแผนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ในกรณีโรคหวัดซึ่งการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการโดยใช้ยาบรรเทาอาการหลายกลุ่มยาร่วมกันอาจเพิ่มโอกาสเกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ได้ อีกทั้งไม่ได้ช่วยให้หายจากหวัดได้เร็วขึ้น การใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งที่มีข้อบ่งใช้ครอบคลุมได้หลายอาการ หรือผลิตภัณฑ์พ่นจมูกที่ช่วยลดความรุนแรงและระยะเวลาการเจ็บป่วยได้หากใช้ตั้งแต่มีอาการหวัดในระยะเริ่มต้นจึงมีความนิยมมากขึ้นในปัจจุบัน ในกรณีของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำการใช้ยาต้านฮิสตามีน ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ และน้ำเกลือล้างจมูก โดยแผนการรักษาขึ้นกับความรุนแรงของโรค รวมถึงแนะนำการใช้ยาหดหลอดเลือดชนิดออกฤทธิ์เฉพาะที่สำหรับรักษาอาการคัดจมูก โดยมีผลการศึกษาทางคลินิกที่แสดงประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ร่วมกับยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ ยาใช้เฉพาะที่ดั่งที่ยกตัวอย่างมานี้มีส่วนช่วยให้อาการทางจมูกของผู้ป่วยดีขึ้น และลดโอกาสเกิดอาการข้างเคียงต่อร่างกายเมื่อเทียบกับยาบรรเทาอาการ บทความนี้เรียบเรียงขึ้นเพื่อทบทวนข้อมูลทางวิชาการของโรคหวัด โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ กลไกและประโยชน์ของยาใช้เฉพาะที่สำหรับอาการทางจมูกที่พบบ่อยในร้านยา

คำสำคัญ

โรคหวัด, โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้, การรักษาโรคหวัดระยะเริ่มต้น, ผลิตภัณฑ์พ่นจมูก, ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้ง, คัดจมูก, ยาหดหลอดเลือด

บทนำ

ข้อมูลการสำรวจจากร้านยาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายหวัด (flu-like symptom) ที่มาพบเภสัชกรร้านยาประมาณร้อยละ 90 มีอาการน้ำมูกไหล ประมาณร้อยละ 60.5 มีอาการคัดจมูก และประมาณร้อยละ 58 มีอาการเจ็บคอ¹ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจพบได้ในโรคทางเดินหายใจส่วนต้นหลายโรค แต่สาเหตุหลักที่พบได้บ่อยในร้านยา คือ โรคหวัดและโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (allergic rhinitis)

1. โรคหวัด

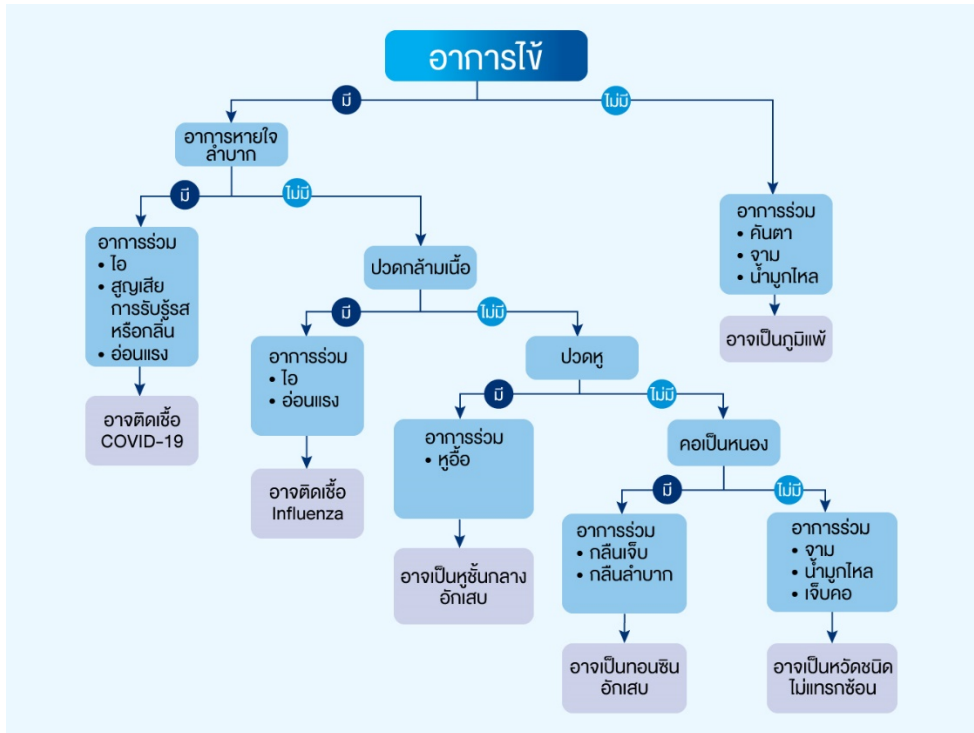
โรคหวัดเป็นโรคทางเดินหายใจส่วนต้นเฉียบพลันซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัส โดยสาเหตุที่พบบ่อยคือ rhinovirus ซึ่งในอดีตพบได้ประมาณร้อยละ 30–50 ของผู้ป่วยโรคหวัดทั้งหมด² แต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคหวัดจากการติดเชื้อ coronavirus มากขึ้นเพราะโรคโควิด 19 มีความรุนแรงลดลงจนส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการแบบโรคหวัดไม่ใช่ปอดอักเสบอย่างตอนเริ่มระบาดช่วงปี ค.ศ. 2019–2020

แม้ว่าโรคหวัดจะมีอาการไม่รุนแรงและหายได้เองในผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ถือว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญ เพราะเชื้อไวรัสก่อโรคหวัดมีหลายชนิดและหลายสายพันธุ์ ทำให้ร่างกายไม่สามารถที่จะพัฒนาภูมิคุ้มกันได้ครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นจึงมีโอกาสเป็นโรคหวัดซ้ำ ๆ ได้บ่อยครั้ง โดยในเด็กพบเฉลี่ย 10 ครั้งต่อปี แต่พบน้อยลงในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 2–3 ครั้งต่อปี และในผู้สูงอายุอาจพบได้ประมาณ 1–2 ครั้งต่อปี แต่อาจพบความรุนแรงที่มากขึ้นเนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง^{3,4} เมื่อนับรวมระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วยจากโรคหวัดตลอดอายุขัยของคนหนึ่งคน ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษา รวมถึงคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายและผลกระทบต่อเชิงเศรษฐกิจแล้วจะพบว่าโรคหวัดเป็นโรคที่มีภาระโรคสูง

1.1 การประเมินแยกโรค

อาการของโรคหวัดที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ ครั่นเนื้อครั่นตัว และมีไข้ ซึ่งผู้ป่วยประมาณร้อยละ 85 มักมีหลายอาการร่วมกัน ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาการคัดจมูก และการไอนั้นมีอาการมากในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้ป่วยต้องตื่นกลางดึกและมีคุณภาพการนอนลดลง

โรคหวัดมีอาการคล้ายกับโรคทางเดินหายใจส่วนต้นประเภทอื่น การประเมินผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์อาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยสามารถใช้เพื่อวินิจฉัยแยกโรค¹ ดังแสดงในรูปที่ 1 เริ่มจากการสัมภาษณ์อาการไข้เพื่อแยกโรคที่ไม่ได้มีการติดเชื้อ เช่น โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ออกได้ก่อน ต่อมาคือการประเมินลักษณะอาการอย่างอื่นที่แสดงความรุนแรงของโรค เช่น หายใจลำบาก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อชัดเจน ปวดหู หากมีอาการเหล่านี้อาจคำนึงถึงโรคโควิด 19, ไข้หวัดใหญ่ หรือโรคหุ้ขึ้นกลางอักเสบเฉียบพลัน โรคหวัดสามารถพบอาการเจ็บคอ คอแดงหรือมีการอักเสบได้แต่ไม่รุนแรง กรณีที่พบอาการเจ็บคอมาก คอเป็นจุดแดงแบบ petechia มีปื้นหนอง หรือว่ากลืนเจ็บกลืนลำบากร่วมกับอาการไข้ค่อนข้างรุนแรงอาจเป็นคอหอยหรือทอนซิลอักเสบ แต่หากไม่มีอาการดังกล่าว พบแต่อาการน้ำมูกไหล เจ็บคออาจกล่าวได้ว่าเป็นหวัดชนิดไม่แทรกซ้อน



รูปที่ 1 แผนภูมิการวินิจฉัยเบื้องต้นสำหรับโรคทางเดินหายใจส่วนต้น¹

อาการแสดงของหวัดจะพบในระยะเวลาที่ต่างกัน⁵ โดยส่วนใหญ่จะเริ่มจากมีน้ำมูก คัดจมูก จาม ร่วมกับไข้ เบื่ออาหาร ครั่นเนื้อครั่นตัว จากนั้นมีอาการเจ็บคอตามมาซึ่งจะพบอาการเหล่านี้รุนแรงขึ้นในช่วง 2-3 วันแรก และทุเลาลงในช่วงวันที่ 4-7 แต่อาจจะพบอาการไอต่อเนื่องได้อีกหลายวันถึงหลายสัปดาห์

1.2 ยาที่ใช้เฉพาะที่สำหรับโรคหวัด

1.2.1 **ผลิตภัณฑ์พ่นจมูกสำหรับโรคหวัดในระยะเริ่มต้น (early intervention)** การรักษาโรคหวัดเป็นการรักษาตามอาการ ทั้งในรูปแบบรับประทาน ยาทาชนิดขี้ผึ้ง และยาพ่นจมูก¹ ในปัจจุบันมีหลักการการดูแลรักษาในระยะเริ่มต้นเพื่อลดการดำเนินของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงและช่วยให้หายจากอาการหวัดได้เร็วขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอีกทั้งลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลายขนานเป็นเวลานาน⁶

กลไกของผลิตภัณฑ์พ่นจมูกสำหรับโรคหวัดในระยะเริ่มต้นมี 3 ประการ ได้แก่ 1) **การขัดขวางอนุภาคไวรัสไม่ให้เข้าเซลล์ร่างกาย** โดยส่วนประกอบหลักของตัวรับคือสารกลุ่ม polymer เช่น hydroxypropyl methylcellulose (HPMC) ซึ่งเป็นสารที่มีความปลอดภัยและมีคุณสมบัติเป็น mucoadhesive สามารถเกาะติดกับเยื่อจมูกได้ดีทั้งในสภาวะที่ pH เป็นกลาง และกรดอ่อน เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี HPMC พ่นเข้าจมูก ละอองฝอยของผลิตภัณฑ์ยาจะกระจายตัวครอบคลุมเยื่อผิวในโพรงจมูกกลายเป็นชั้นเจลที่ขัดขวางไม่ให้อนุภาคไวรัสสัมผัสกับตัวรับและเข้าเซลล์ร่างกายได้ 2) **การปรับ pH ภายในโพรงจมูกให้ค่อนข้างไปทางกรดอ่อน** ปรกติโพรงจมูกจะมี pH ที่ค่อนข้างไปทางกรดอ่อน ๆ ประมาณ 5.5-6.5 ซึ่งเป็นสภาวะที่ไม่เหมาะต่อการอยู่รอดของอนุภาคไวรัสจึงถือเป็นหนึ่งในกลไกการป้องกันการติดเชื้อตามธรรมชาติของร่างกาย⁷⁻⁹ ผลิตภัณฑ์พ่นจมูกสร้างสภาวะความเป็นกรดอ่อนชั่วคราวในโพรงจมูก (pH ประมาณ 3.2-3.5) เพื่อทำลายอนุภาคไวรัสแต่ไม่รบกวนการทำงานของขนกวัด (cilia) 3) **การเพิ่ม mucociliary clearance** โดยกำหนดปริมาณของยาที่พ่นเข้าจมูกให้มีปริมาณอย่างน้อย 100 μL ซึ่งจะทำให้ mucociliary clearance ทำงานได้ดีขึ้น¹⁰

จากกลไกทั้งสามประการของผลิตภัณฑ์พ่นจมูกสำหรับโรคหวัดในระยะเริ่มต้นดังกล่าวมาข้างต้นจะส่งเสริมกันในการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อไวรัสที่ได้รับเข้าสู่จมูกได้ หรือหากมีการติดเชื้อแล้วก็ช่วยให้ร่างกายกำจัดเชื้อได้เร็วขึ้น

ผลการทดลองทางคลินิกในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการหวัดระยะเริ่มต้น อายุระหว่าง 18–65 ปี พบว่า การใช้ผลิตภัณฑ์พ่นจมูกที่ประกอบด้วย HPMC ในสภาวะกรดอ่อน พ่นจมูกข้างละ 130 μ L โดยให้เริ่มใช้ทันทีที่เริ่มมีอาการของโรคหวัดวันละ 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละประมาณ 4 ชั่วโมง ต่อเนื่อง 7 วัน ช่วยลดความรุนแรงและลดระยะเวลาเฉลี่ยของอาการหวัดได้ 2.5 วัน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ใช้น้ำเกลือพ่นจมูก ($p < 0.01$)¹¹

1.2.2 ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งที่ครอบคลุมหลายอาการ ผู้ป่วยโรคหวัดมักมีอาการผิดปกติหลายอาการร่วมกัน จึงจำเป็นต้องได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิดหรือใช้ยาสูตรผสมเพื่อให้ครอบคลุมอาการที่พบทั้งหมดซึ่งเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดอาการข้างเคียงและมีโอกาสที่จะได้รับยาซ้ำซ้อนจากยาสูตรผสมต่าง ๆ ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความสะดวกและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งประกอบด้วยน้ำมันหอมระเหยหลายชนิดที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาครอบคลุมอาการหวัดที่พบบ่อย เช่น

- เมนทอล (menthol) กระตุ้นตัวรับ transient receptor potential cation channel subfamily M member 8 (TRPM8) ทำให้รู้สึกเย็น หดหลอดเลือดในโพรงจมูกและลดการไอ¹²
- การบูร (camphor) ออกฤทธิ์ผ่าน TRPM8 และ transient receptor potential cation channel subfamily V member 1 (TRPV1) ในการลดการไอได้อีกกลไกหนึ่ง¹³
- น้ำมันยูคาลิปตัส (eucalyptus oil) ออกฤทธิ์ผ่าน TRPM8 และ transient receptor potential cation channel subfamily A member 1 (TRPA1) ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อคลายตัว¹⁴

การทดลองทางคลินิกแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งที่มีส่วนประกอบของเมนทอล การบูร และน้ำมันยูคาลิปตัสสามารถบรรเทาอาการคัดจมูกได้ดีและรวดเร็วโดยผู้ป่วยรู้สึกว่ายายาจะสะดวกขึ้นภายใน 5 นาที¹⁵ ในขณะที่บางการศึกษาพบว่ายาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งมีการออกฤทธิ์ที่รวดเร็วกว่านั้นโดยผู้ป่วยรู้สึกว่ายาน่าพอใจขึ้นภายใน 62 วินาที¹⁶ การศึกษาแบบไขว้สลับ (crossover) พบว่าการใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งที่มีส่วนประกอบของน้ำมันหอมระเหยดังกล่าวขนาด 7.5 กรัม ในผู้ป่วยโรคหวัดสามารถลดอาการคัดจมูกอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับยาพื้นชนิดขี้ผึ้งที่ไม่มีตัวยาคัดจมูก ($p < 0.05$)¹⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในเด็กอายุ 2–11 ปี เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งเปรียบเทียบกับยาพื้นชนิดขี้ผึ้งและการไม่ใช้ยารักษา พบว่าการทายาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งลดความรุนแรงและความถี่ในการไออย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการไม่ใช้ยารักษา อีกทั้งช่วยให้ทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการใช้ยาพื้นชนิดขี้ผึ้งและการไม่ใช้ยารักษา¹⁸

จากข้อมูลการศึกษาทางคลินิกดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่ายาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการของโรคหวัดได้หลายอาการ (multi-symptom relieving) คือช่วยลดอาการคัดจมูก อาการไอ อาการครั่นเนื้อครั่นตัว และเพิ่มคุณภาพการนอน ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งสามารถใช้เป็นการรักษาเดี่ยวหรือใช้เสริมกับยารักษาหวัดได้เป็นอย่างดี การสำรวจในผู้ป่วยโรคหวัดหรือโควิด 19 ที่ใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งร่วมกับยารักษาตามอาการ เช่น ยาแก้แพ้ลดน้ำมูก ยาลดไข้ และยาแก้ไอละลายเสมหะ จำนวนมากกว่า 1,500 ราย จากหลายประเทศในยุโรป พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 88 ให้ความเห็นว่ากรการใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งร่วมกับยาอื่นมีประสิทธิภาพในการรักษาที่โดยรวมถึงรู้สึกหายใจดีขึ้น และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 77 เห็นว่าการใช้ช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น¹⁹

วิธีการใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งที่ถูกต้อง คือ ใช้ครั้งละ 7.5 กรัม สำหรับผู้ใหญ่ และ 3.5 กรัม สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ทาที่อก คอและหลัง โดยใช้ซ้ำทุก ๆ 6–8 ชั่วโมง ไม่แนะนำให้ใช้ทาในโพรงจมูกโดยตรงเพราะอาจจะคายเคือง¹⁶

¹⁸ การใช้ยาทาระเหยชนิดขี้ผึ้งโดยสูดดมผ่านไอน้ำอุ่น (steam inhalation) เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคหวัดที่มีประสิทธิภาพเพราะช่วยลดความชื้นเหนียวของสารคัดหลั่ง เพิ่มการทำงานของขนกวัดและการกำจัดเชื้อไวรัสออกจากจมูก

วิธีการใช้ยาทาระเหยชนิดที่ฝังสุดคมผ่านไออนุ่นปฏิบัติได้ง่าย โดยใช้ภาชนะปากกว้างใส่น้ำอุ่นอุณหภูมิประมาณ 50–70 องศาเซลเซียส วางบนพื้นผิวราบที่มั่นคงและเติมยาทาระเหยชนิดที่ฝังปริมาณตามที่แนะนำลงในน้ำอุ่น โน้มศีรษะให้อยู่เหนือภาชนะบรรจุน้ำ 20–30 เซนติเมตร ใช้ผ้าขนหนูคลุมศีรษะ หลับตา จากนั้นสูดดมไอที่ระเหยขึ้นมาอย่างช้า ๆ ลึก ๆ ประมาณ 15 นาที สำหรับผู้ป่วยเด็กควรอยู่ในความดูแลของผู้ใหญ่^{20,21}

2. ยาใช้เฉพาะที่สำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ คือ ภาวะการอักเสบของเยื่อโพรงจมูกที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เนื่องจากการสัมผัสต่อสารก่อภูมิแพ้ในผู้ที่มีความไวต่อสารก่อภูมิแพ้นั้น ๆ ทำให้เกิดอาการคัน จาม คัดจมูก น้ำมูกไหล²² โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงแต่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และมีแนวโน้มความชุกที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศไทย

2.1 การประเมินแยกโรค

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทยฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565 ระบุว่าควรวินิจฉัยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ทางคลินิก (clinical diagnosis) ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกายที่เข้าได้กับโรคนี้ อาการนำของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้คือ คันจมูก จามติด ๆ กันเป็นพัก ๆ คัดจมูก น้ำมูกใสไหล โดยมีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปทั้ง 2 ข้างของจมูก อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง เป็นมานานอย่างน้อย 1 ปี อาการต่าง ๆ เกิดขึ้นหลังสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ อาจเกิดขึ้น ๆ ตามฤดูกาล ความรุนแรงของอาการในระหว่างวันอาจมีความแตกต่างกัน และอาจมีอาการโรคตาอักเสบภูมิแพ้ โรคหืด อาการภูมิแพ้ทางผิวหนังรวมถึงการแพ้อาหารร่วมด้วย²³

อาการแสดงของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ อาจมีลักษณะคล้ายกับอาการของโรคอื่น ๆ ได้ ในการประเมินโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ควรคำนึงถึงโรคอื่น ๆ ด้วย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) โรคของจมูกและไซนัสที่มีอาการคล้ายหรือเหมือนกับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ เช่น โรคจมูกอักเสบที่ไม่ใช่ภูมิแพ้ ผนังกลางจมูกคด เทอร์บิเนตอันล่างบวมโต และการยุบของวาล์วจมูก และ 2) ภาวะทางจมูกและไซนัสอื่น ๆ ที่มีอาการทางจมูกทับซ้อนกับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ เช่น การติดเชื้อในจมูกและไซนัส การอักเสบของหลอดเลือด เนื่องจากในโพรงจมูกและไซนัส ภาวะน้ำไขสันหลังรั่วในโพรงจมูก²³

ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทยฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565 แบ่งความถี่ของการเกิดอาการกำเริบเป็น intermittent (มีอาการมีอาการติดต่อกันน้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ หรือติดต่อกันน้อยกว่า 4 สัปดาห์) และ persistent (มีอาการติดต่อกันมากกว่า 4 วัน/สัปดาห์ และติดต่อกันมากกว่า 4 สัปดาห์) การแบ่งความรุนแรงของโรคประเมินจากผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (รบกวนการนอน ทำให้ไม่สามารถหลับได้ตามปกติ มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้รู้สึกรำคาญ) หรือประเมินจาก visual analog scale (VAS) โดยเป็นการให้คะแนนตามความรุนแรง คือ 0 หมายถึงไม่มีอาการเลย และ 10 คือมีอาการรุนแรงมากเท่าที่ผู้ป่วยจินตนาการได้ หากคะแนนน้อยกว่า 5 คือมีอาการรุนแรงน้อย (mild) และคะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป คือมีอาการรุนแรงปานกลาง-มาก (moderate-severe)²³ เมื่อใช้ข้อมูลความถี่ และความรุนแรงของโรคมาประกอบกันจะแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 4 กลุ่ม คือ mild/intermittent, mild/persistent, moderate-severe/intermittent และ moderate-severe/persistent

2.2 การรักษาโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

การรักษาโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทยฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ มีแนวทางแตกต่างกัน²³ ดังนี้

- mild/intermittent แนะนำให้ใช้น้ำเกลือล้างจมูกร่วมกับยาต้านฮิสตามีนรุ่นที่ 2 หรือ leukotriene receptor antagonists หากเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีโรคหืดร่วมด้วย การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการใช้ยาตามอาการ

- mild/persistent หรือ moderate-severe/intermittent แนะนำให้ใช้น้ำเกลือล้างจมูกร่วมกับยาต้านฮิสตามีนรุ่นที่ 2 หรือยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ โดยเลือกใช้ยาตัวใดตัวหนึ่ง ทั้งนี้แนะนำให้เลือกใช้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์มากกว่ายารับประทาน หากมีอาการคัดจมูกเป็นอาการเด่น ระยะเวลาการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์และประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง หากอาการรุนแรงลดลงสามารถลดการใช้ยาลงจนไม่มีอาการรบกวนและใช้ต่ออีก 2 สัปดาห์ แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่าอาการยังคงอยู่หรือรุนแรงขึ้น แนะนำให้เพิ่มระดับของยาที่ใช้ เช่น เปลี่ยนเป็นยาพ่นจมูกสเตียรอยด์หากเดิมไม่เคยได้มาก่อน

- moderate-severe/persistent แนะนำให้ใช้น้ำเกลือล้างจมูกร่วมกับยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์และประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง หากอาการรุนแรงลดลงสามารถลดการใช้ยาลงจนไม่มีอาการรบกวนและใช้ต่ออีก 2 สัปดาห์ แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่าอาการยังคงอยู่หรือรุนแรงขึ้น แนะนำให้เพิ่มระดับของยาที่ใช้ เช่น เพิ่มขนาดยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ หรือใช้การรักษาเสริมต่าง ๆ ซึ่งร้านยาควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทาง

2.3 ยาใช้เฉพาะที่สำหรับอาการคัดจมูกในโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

จากการศึกษาทั้งในผู้ใหญ่และเด็กพบว่าอาการคัดจมูกส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและต้องการการรักษามากที่สุดเมื่อเทียบกับอาการอื่น ๆ ที่พบในโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้²⁴ กลไกการเกิดอาการคัดจมูกเกี่ยวข้องกับระบบประสาท sympathetic และ parasympathetic รวมถึงกลไกระบบภูมิคุ้มกันผ่านตัวกลางการแพ้ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดฝอยในเยื่อบุโพรงจมูกทำให้ช่องผ่านของอากาศตีบแคบลงก่อให้เกิดอาการคัดจมูกขึ้น การใช้ยาหดหลอดเลือดทั้งชนิดรับประทานหรือชนิดพ่น จะกระตุ้นตัวรับ alpha-adrenergic receptor ที่หลอดเลือดเยื่อบุโพรงจมูกทำให้รู้สึกคัดแน่นจมูกลดลง แต่การใช้ยาหดหลอดเลือดชนิดรับประทานอาจพบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงได้ เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะคั่ง แรงดันในลูกตาสูงและต้อหินมีความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัติ จึงแนะนำให้ใช้ยาหดหลอดเลือดชนิดพ่นหรือหยอดจมูก เนื่องจากเป็นยาออกฤทธิ์เฉพาะที่ มีระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์เร็วกว่ายาชนิดรับประทาน มีการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและผลข้างเคียงที่น้อยกว่า ทั้งนี้ไม่แนะนำให้ใช้ยาหดหลอดเลือดทั้งชนิดพ่นและชนิดรับประทานร่วมกันเนื่องจากอาจจะทำให้ได้รับยาเกินขนาด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา

23

ยาหดหลอดเลือดชนิดพ่นที่มีใช้ในเวชปฏิบัติมีความแตกต่างกันในด้านเภสัชจลนศาสตร์โดยหากเรียงตามระยะเวลาในการออกฤทธิ์จากออกฤทธิ์ยาวไปออกฤทธิ์สั้น พบว่า oxymetazoline มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นาน 12 ชั่วโมงตามมาด้วย xylometazoline และ naphazoline ซึ่งมีระยะเวลาการออกฤทธิ์นานประมาณ 10 และน้อยกว่า 6 ชั่วโมงตามลำดับ²⁴ ยาที่ออกฤทธิ์นานเช่น oxymetazoline ทำให้เกิด rebound congestion น้อยแม้จะใช้ต่อเนื่องหลายวัน และสะดวกเพราะใช้เพียงวันละ 2 ครั้ง ในขณะที่ยา naphazoline มีการออกฤทธิ์สั้น เหนียวน้ำให้เกิด rebound congestion ได้อย่างรวดเร็วจึงแนะนำให้ใช้ไม่เกิน 3-5 วันต่อเนื่องกัน นอกจากฤทธิ์หลักในการบรรเทาอาการคัดจมูกแล้ว การศึกษาระดับ *in vitro* ยังพบว่ายาหดหลอดเลือด oxymetazoline ชนิดพ่นอาจมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ เช่น ฤทธิ์ลดการหลั่งสารก่อการอักเสบโดยตรง²⁵

การศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทางในผู้ป่วยไทยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เรื้อรัง (chronic allergic rhinitis) จำนวน 50 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้ยาพ่นจมูกสเตียรอยด์ budesonide เพียงอย่างเดียว อีกกลุ่มหนึ่งได้ยาหดหลอดเลือดชนิดพ่น oxymetazoline ร่วมกับพ่นจมูกสเตียรอยด์ ทั้งสองกลุ่มใช้ยาต่อเนื่องทุกวันเป็นระยะเวลานาน 28 วัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาสองชนิดร่วมกันมีอาการคัดจมูกและอาการรับกลิ่นน้อยลงดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้เฉพาะยาพ่นจมูกสเตียรอยด์อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยไม่พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ rebound congestion²⁶ การศึกษาของ Baroody และคณะ ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบ

ปกปิดสองทางในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ตลอดทั้งปี (perennial allergic rhinitis) จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ยาหยอด, oxymetazoline ชนิดพ่นจมูกอย่างเดียว, fluticasone furoate ชนิดพ่นจมูกอย่างเดียว และ oxymetazoline ชนิดพ่นจมูกร่วมกับ fluticasone furoate ชนิดพ่นจมูกเป็นระยะเวลา 28 วัน พบว่าอาการคัดจมูกและ total symptom score ในกลุ่มที่ได้รับ oxymetazoline ชนิดพ่นจมูกร่วมกับ fluticasone furoate ลดลงดีกว่ากลุ่มยาหยอดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ rebound congestion²⁷

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในโรคจมูกอักเสบทั้งที่เกิดจากภูมิแพ้และสาเหตุอื่น ๆ พบว่าการใช้ยาหดหลอดเลือดร่วมกับยาพ่นจมูกเดี่ยวรอดเป็นระยะเวลา 15–28 วัน มีประสิทธิผลในการรักษาที่ดีกว่าการใช้ยาพ่นจมูกเดี่ยวรอดเพียงอย่างเดียวและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ rebound congestion²⁸ จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของการยาหดหลอดเลือดชนิดพ่น oxymetazoline เมื่อใช้ร่วมกับยาพ่นจมูกเดี่ยวรอดในโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้และโรคจมูกอื่น ๆ แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565 แนะนำให้ใช้ยาหดหลอดเลือดชนิดพ่นเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยมีลำดับการใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกัน²³ ดังนี้

- อาการคัดจมูกเด่น ให้พ่นยาหดหลอดเลือดก่อน จากนั้นรอ 10–15 นาที แล้วล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ รออีก 10–15 นาที จากนั้นพ่นยาเดี่ยวรอด
- อาการน้ำมูกใสเด่น ให้ล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ จากนั้นรอ 10–15 นาที แล้วพ่นยาหดหลอดเลือด รออีก 10–15 นาที จากนั้นพ่นยาเดี่ยวรอด

สรุป

อาการทางจมูกที่พบบ่อยในร้านยามักเกิดจากโรคหวัดหรือโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ซึ่งเภสัชกรชุมชนสามารถประเมินและให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้จากการสัมภาษณ์ประวัติและประเมินร่างกายเบื้องต้น การรักษาอาการทางจมูกที่เกิดจากโรคหวัดและโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีทางเลือกที่หลากหลายรวมไปถึงมียาใช้เฉพาะที่ซึ่งออกฤทธิ์ที่เนื้อเยื่อจมูกโดยตรง ทำให้มีประสิทธิภาพดี รวดเร็ว และปลอดภัยกว่ายารับประทาน นอกจากนี้ยังมีข้อดีอื่น ๆ เป็นการเฉพาะ เช่น ยาทากระหายชนิดขี้ผึ้งซึ่งบรรเทาอาการของโรคหวัดได้หลากหลายอาการในคราวเดียว ยาพ่นจมูกสำหรับโรคหวัดระยะเริ่มต้นที่ช่วยลดการดำเนินโรคและเร่งให้หายกลับเป็นปกติได้เร็วขึ้น และยาหดหลอดเลือดชนิดพ่นที่นอกจากจะใช้บรรเทาอาการคัดจมูกได้แล้วยังช่วยประสิทธิผลของยาอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพร ไสลวรากล, ปารยะ อาศนะเสน. การดูแลรักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นชนิดเฉียบพลัน: บทบาทของการรักษาในระยะเริ่มต้น. *วารสารระบบการบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2566;6(2):97-103.
2. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet*. 2003;361(9351):51-59.
3. Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *Lancet Infect Dis*. 2005;5(11):718-725.

4. Hull JD, Barton IP, Torgersen J, McNeil CM. A Survey of the experience and impact of acute upper respiratory tract infections on people in six countries in the 2011/2012 common cold and flu season. *Open J Resp Dis.* 2013;3:175-187.
5. Eccles R, Turner RB, Dicipinigaitis PV. Treatment of acute cough due to the common cold: multi-component, multi-symptom therapy is preferable to single-component, single-symptom therapy-- a pro/con debate. *Lung.* 2016;194(1):15-20.
6. Wang Y, Eccles R, Bell J, et al. Management of acute upper respiratory tract infection: the role of early intervention. *Expert Rev Respir Med.* 2021;15(12):1517-1523.
7. Gern JE, Mosser AG, Swenson CA, et al. Inhibition of rhinovirus replication in vitro and in vivo by acid-buffered saline. *J Infect Dis.* 2007;195(8):1137-1143.
8. Giranda VL, Heinz BA, Oliveira MA, et al. Acid-induced structural changes in human rhinovirus 14: possible role in uncoating. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1992;89(21):10213-10217.
9. Griffin GD. Does Covera-19 know 'when to hold 'em or 'when to fold 'em'? a translational thought experiment. *Transl Med Commun.* 2021;6(1):12.
10. Marx D, Williams G, Birkhoff M. Intranasal drug administration – an attractive delivery route for some drugs. In Vallisuta O and Olimat S. *Drug Discovery and Development - From Molecules to Medicine.* 2015.
11. Hull D, Rennie P, Noronha A, et al. Effects of creating a non-specific, virus-hostile environment in the nasopharynx on symptoms and duration of common cold. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2007;27(2):73-77.
12. Moran MM, McAlexander MA, Bíró T, Szallasi A. Transient receptor potential channels as therapeutic targets. *Nat Rev Drug Discov.* 2011;10(8):601-620.
13. Selescu T, Ciobanu AC, Dobre C, Reid G, Babes A. Camphor activates and sensitizes transient receptor potential melastatin 8 (TRPM8) to cooling and icilin. *Chem Senses.* 2013;38(7):563-575.
14. Caceres AI, Liu B, Jabba SV, Achanta S, Morris JB, Jordt SE. Transient Receptor Potential Cation Channel Subfamily M Member 8 channels mediate the anti-inflammatory effects of eucalyptol. *Br J Pharmacol.* 2017;174(9):867-879.
15. Burrow A, Eccles R, Jones AS. The effects of camphor, eucalyptus and menthol vapour on nasal resistance to airflow and nasal sensation. *Acta Otolaryngol.* 1983;96(1-2):157-161.
16. Eccles R, Jawad M, Ramsey DL, Hull JD. Efficacy of a topical aromatic rub-speed of action of subjective nasal cooling and relief from nasal congestion. *Open J Resp Dis.* 2015;5(1):10-18.
17. Blanchard CL, Borsanyi SJ, Grubb TC. Evaluation of nasal decongestant drugs. *Eye Ear Nose Throat Mon.* 1964;43:76-82.

18. Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics*. 2010; 126:1092-1099.
19. Whiteford D, Rios J, Hengehold D, Aspley S. Multi-symptom relief for cough & cold: benefits of adding Vicks VapoRub to the treatment regimen. *Open J Resp Dis*. 2023;13: 9-27.
20. Vathanophas V, Pattamakajonpong P, Assanasen P, Suwanwech T. The effect of steam inhalation on nasal obstruction in patients with allergic rhinitis. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2021;39(4):304-308.
21. Baartmans M, Kerkhof E, Vloemans J, et al. Steam inhalation therapy: severe scalds as an adverse side effect. *Br J Gen Pract*. 2012;62(600):e473-e477.
22. Quillen DM, Feller DB. Diagnosing rhinitis: allergic vs. non-allergic. *Am Fam Physician*. 2006;73:1583-159.
23. ทรงกวด เตียมจตุรภัทร, ขจร เสรีศิริขจร, กรเกียรติ สนิทวงศ์, และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565). *วารสาร หู คอ จมูก และใบหน้า*. 2022;23(1):96.
24. Sweetman SC. Martindale the complete drug reference. 36 edition. Illinois: the pharmaceutical press; 2010.
25. Tuettenberg A, Koelsch S, Knop J, Jonuleit H. Oxymetazoline modulates proinflammatory cytokines and the T-cell stimulatory capacity of dendritic cells. *Exp Dermatol*. 2007;16: 171-178.
26. Thongngarm T, Assanasen P, Pradubpongsa P, Tantilipikorn P. The effectiveness of oxymetazoline plus intranasal steroid in the treatment of chronic rhinitis: a randomised controlled trial. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2016;34(1):30-37.
27. Baroody FM, Brown D, Gavanescu L, DeTineo M, Naclerio RM. Oxymetazoline adds to the effectiveness of fluticasone furoate in the treatment of perennial allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(4):927-934.
28. Neighbors CL, Salvador CF, Zhu B, Camacho M, Tsai P. Intranasal corticosteroid and oxymetazoline for chronic rhinitis: a systematic review. *J Laryngol Otol*. 2022;136:8-16.