

การอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัด เชียงใหม่

(Otitis media among HIV-infected children in Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province)

กิตติประกาย อัครธรรม พ.บ

Kittiprakai Akkaratham M.D

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 40 คนในช่วงระยะเวลา 1 ปี (1 กรกฎาคม 2549 ถึง 30 มิถุนายน 2550) พบการอักเสบของหูชั้นกลาง ร้อยละ 10 ทั้งหมดเป็นหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง โดยมีอายุเฉลี่ย 9.5 ปี ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลางได้แก่ ประวัติการเคยเป็นหูชั้นกลางอักเสบมาก่อนและประวัติสัมผัสควันบุหรี่จากบุคคลรอบข้าง ผลการเพาะเชื้อหนองจากหูพบเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* , *Staphylococcus spp.* ครึ่งหนึ่งของเด็กเหล่านี้ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดหยอดหู และยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ทั้งหมด หูแห้งดีหลังการรักษาครั้งแรก เนื่องจากการอักเสบของหูชั้นกลางพบได้ไม่น้อยในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง การตรวจวินิจฉัย การรักษา โรคหูชั้นกลางอักเสบในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การอักเสบของหูชั้นกลาง ผู้ป่วยเด็ก ติดเชื้อ เอช ไอ วี

Abstract

During the 1st July 2006 to the 30th June 2007, there were 40 HIV-infected children who participated in the study. The prevalence of otitis media among these children was 10%. All of them had a chronic infection. The mean age of these children was 9.5 years. The associated factors for otitis media were a previous history of otitis media and passive smoking. The commonly found organisms were *Pseudomonas aeruginosa* ,and *Staphylococcus spp.* Half of the children have been treated with local ear drop and antibiotics. In conclusion, health care workers should be aware of such conditions among HIV-infected children and provide prompt treatment to help preventing further complications.

Key words: otitis media, children HIV

บทนำ

ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยทั่วไปมักจะมี การติดเชื้อได้บ่อย เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของระบบ ทางเดินหายใจส่วนต้น ไชนัสอักเสบ รวมทั้งการอักเสบ ของหูชั้นกลาง¹⁾ Church²⁾ รายงานการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก ติดเชื้อ เอช ไอ วี 21 ราย พบว่าการอักเสบของหูชั้น กลางชนิดรุนแรง เรื้อรัง และเป็นซ้ำ 8 ราย ในช่วงเวลา 4-34 เดือน ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ เอช ไอ วี มีการตั้งข้อสังเกตว่า ในผู้ป่วยเด็กที่มีความถี่ของโรคสูง ระยะเวลาสั้น ความรุนแรงมาก เชื้อที่ทำให้เกิดโรคเป็น เชื้อที่พบไม่บ่อย หรือเป็นเชื้อฉวยโอกาส อาจเป็นข้อควร ระวังว่าอาจมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง³⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี มีความเสี่ยงที่จะเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางได้ ร้อยละ 18.4-50⁴⁻⁷⁾ ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการอักเสบของหู ชั้นกลาง ได้แก่ เพศชาย การดื่มนมขวด ประวัติพี่น้อง เป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบ ประวัติบิดา มารดา เคยมีการ อักเสบของหูชั้นกลาง การติดเชื้อไวรัสในบ้าน ประวัติ บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่⁸⁻⁹⁾

จากรายงานการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะ พบว่าการอักเสบของหูชั้นกลาง เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ในเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยจะมีการอักเสบของหูชั้น กลางเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ และพบภาวะแทรกซ้อนที่ ตามมาจากการอักเสบของหูชั้นกลางได้บ่อย ได้แก่ การ ติดเชื้อคอตีบในหูชั้นกลาง การติดเชื้อแบคทีเรียใน กระแสเลือด และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ผู้ป่วยมักต้อง ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ในโรงพยาบาลเพื่อรับยา ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ¹⁰⁾ เนื่องจากยังไม่เคยมี การศึกษาโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของหูชั้น กลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในประเทศไทย เกี่ยวกับความชุก ปัจจัยเสี่ยง การดำเนินของโรค และการ รักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกและเชื้อที่เป็นสาเหตุของการอักเสบ ของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี
3. เพื่อศึกษาแนวทางการรักษาและผลการรักษาการอักเสบ ของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ทุกรายที่มา รับ การตรวจที่คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วง 1 กรกฎาคม 2549 - 30 มิถุนายน 2550 จะได้รับการซักประวัติเพิ่มเติม เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการอักเสบของหูชั้นกลาง และได้รับ การตรวจหูทั้งสองข้าง ถ้าพบมีการอักเสบของหูชั้น กลางจะทำการเพาะเชื้อจากหนองด้วย ในกรณีที่ต้องทำ การรักษาก็จะให้การรักษาดตามแนวทางของ Pediatric otorhinology manual ปี1997¹¹⁾ และ Charles D. Bluestone¹²⁾ แล้วจดบันทึกผลลงในแบบบันทึกทั้งผล การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และนัดผู้ป่วยมาติดตาม ผลการรักษาเป็นระยะ ในกรณีผู้ป่วยที่ตรวจครั้งแรกปกติ จะแนะนำให้มาตรวจซ้ำเมื่อมีอาการผิดปกติทางหู

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีเด็กทั้งสิ้น 40 คน เป็น เด็กชาย 23 คน (ร้อยละ 57.5) และเด็กหญิง 17 คน (ร้อยละ 42.5) โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 5-14 ปี เฉลี่ย 10.8 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัว 33 คน (ร้อยละ 82.5) และอาศัย อยู่กับมูลนิธิ องค์กร 7 คน (ร้อยละ 17.5) ผู้ป่วยได้รับยา ด้านไวรัส (Highly Active Antiretroviral Therapy; HAART) 39 คน (ร้อยละ 97.5)

ความทุกข์ของการอักเสบของหูชั้นกลาง

ในจำนวนผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี 40 คน พบผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง 4 คน (ร้อยละ 10) เป็นเด็กชาย 1 คน (ร้อยละ 25) เด็กหญิง 3 คน (ร้อยละ 75) แบ่งเป็นหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง 4 คน (ร้อยละ 100) มีการอักเสบของหูชั้นกลางข้างเดียว 1 คน (ร้อยละ C 25) สองข้าง 3 คน (ร้อยละ 75) โดยมีขนาดทะลุ ตั้งแต่ ร้อยละ 10 ถึง 90

ในกลุ่มที่มีการอักเสบของหูชั้นกลางพบว่า มีประวัติหนองไหลจากหู 2 คน (ร้อยละ 50) โดยมีระยะเวลาที่หนองไหลจากหูก่อนมาพบแพทย์อยู่ในช่วง 7-60 วัน เฉลี่ย 22 วัน

รายงานผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่พบการอักเสบของหูชั้นกลาง จำนวน 4 คน

ผู้ป่วยรายที่ 1

เด็กชายไทยอายุ 11 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ อาศัยอยู่กับยาย รับประทานไวรัส ตั้งแต่ วันที่ 10 กรกฎาคม 2545 ระดับ CD4 T cell ครั้งสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 28

ประวัติอดีต

- ผู้ป่วยไม่เคยกินนมแม่
- มีประวัติเป็นหูน้ำ หนองครั้งแรกอายุประมาณ 1 เดือน เป็นๆ หายๆ ประมาณ 2 เดือนเป็น 1 ครั้ง ได้รับการรักษาโดยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน และหยอดจากคลินิกและโรงพยาบาลมาตลอด

ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหูน้ำ หนอง
 - มีประวัติตา ขยายตม
 - ปฏิเสธประวัติบิดา มารดา เคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง
 - ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน หนองไหลจากหูสองข้างครั้งสุดท้ายประมาณ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลขณะมาตรวจครั้งนี้หูแห้งดี

การตรวจร่างกาย

- หูชั้นนอกสองข้างปกติ
 - แก้วหูซ้ายทะลุประมาณ ร้อยละ 90 ไม่พบหนอง
 - แก้วหูขวาทะลุประมาณ ร้อยละ 30 ไม่พบหนอง
 - เยื่อหูชั้นกลาง บวมแดงหนา ทั้งสองข้าง
- การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังสองข้าง

ผู้ป่วยรายที่ 2

เด็กหญิงไทยอายุ 9 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อาศัยอยู่กับบิดา รับประทานไวรัส ตั้งแต่ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2547 ระดับ CD4 T cell ครั้งสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 36

ประวัติอดีต

- เคยกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 เดือน
- มีประวัติเป็นหูน้ำ หนองครั้งแรกอายุประมาณ 3 ขวบ เป็นๆ หายๆ ประมาณ 3 ครั้งต่อปี ได้รับการรักษาโดยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน และหยอดจากคลินิกและโรงพยาบาลมาตลอด

ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหูน้ำ หนอง
 - มีประวัติตา ขยายตม
 - ปฏิเสธประวัติบิดา มารดา เคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง
 - ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

หนองไหลจากหูสองข้างครั้งสุดท้ายประมาณ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลขณะมาตรวจครั้งนี้หูแห้งดี

การตรวจร่างกาย

- หูชั้นนอกสองข้างปกติ
 - แก้วหูซ้ายทะลุประมาณ ร้อยละ 40 ไม่พบหนอง
 - แก้วหูขวาปกติ
 - เยื่อหูชั้นกลาง ขยาย บวมแดงหนา
- การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังข้างซ้าย

ผู้ป่วยรายที่ 3

เด็กหญิงไทยอายุ 8 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อาศัยอยู่กับบิดา

ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ระดับ CD4 T cell ครั้งสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 12

ประวัติอดีต

- ผู้ป่วยเคยกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 ขวบ
- มีประวัติเป็นหูด น้ำหนักครั้งแรกอายุประมาณ 4 ขวบ เป็นๆ หายๆ ประมาณ (3 เดือนเป็น 1 ครั้ง) บิดามักจะซื้อยาหยอดหูมาหยอดเอง

ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหูด น้ำหนัก
- มีประวัติบิดาสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติบิดา มารดา เคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง
- ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

หนองไหลจากหูสองข้างครั้งสุดท้ายประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

การตรวจร่างกาย

- พบหนองสีเหลืองข้นบริเวณหูชั้นนอกสองข้าง
- แก้วหูซ้ายทะลุประมาณ ร้อยละ 10
- แก้วหูขวาทะลุประมาณ ร้อยละ 10
- เยื่อหูชั้นกลาง บวมแดงหนา ทั้งสองข้างพบหนองสีเหลืองข้น

ผลการเพาะเชื้อจากหนองในหู สองข้างพบเชื้อ

Pseudomonas aeruginosa

การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังสองข้าง

การรักษา ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน (Amoxicillin) ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดหยอดหู (Ofloxacin otic solution) เมื่อติดตามผลการรักษาใน 1 สัปดาห์ต่อมาพบว่าหูแห้งดีทั้งสองข้าง

ผู้ป่วยรายที่ 4

เด็กหญิงไทยอายุ 10 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อาศัยอยู่กับย่า รับยาต้านไวรัส วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2550

ระดับ CD4 T cell ครั้งสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 27

ประวัติอดีต

- ผู้ป่วยเคยกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 ขวบ
- มีประวัติเป็นหูด น้ำหนักครั้งแรกอายุประมาณ 2 ขวบ เป็นๆ หายๆ ประมาณ เดือนละ 1 ครั้ง ได้รับการรักษาโดยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน และหยอดจากคลินิกและโรงพยาบาลมาตลอด

ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหูด น้ำหนัก
- ปฏิเสธประวัติบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่
- มีประวัติบิดา เคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง
- ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

หนองไหลจากหูข้างขวาประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

การตรวจร่างกาย

- พบหนองสีเหลืองข้นในหูชั้นนอกสองข้าง
- แก้วหูซ้ายทะลุประมาณ ร้อยละ 15 ไม่พบหนอง
- แก้วหูขวาทะลุประมาณ ร้อยละ 70 พบหนอง
- เยื่อหูชั้นกลาง บวมแดงหนา ทั้งสองข้าง

ผลการเพาะเชื้อจากหนองในหู สองข้างพบเชื้อ

Staphylococcus spp.

การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังสองข้าง

การรักษา ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน (Amoxicillin) ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดหยอดหู (Ofloxacin otic solution) เมื่อติดตามผลการรักษาใน 1 สัปดาห์ต่อมาพบว่าหูแห้งดีทั้งสองข้าง

ผลการรักษา

เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่าหลังการรักษาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4 สัปดาห์อาการดีขึ้น หูแห้งดีขึ้นทั้งหมด

อภิปรายผล

ในปี พ.ศ. 2546 มีการประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ใหม่จำนวน 4.8 ล้านคนทั่วโลก และจากรายงานขององค์การสหประชาชาติ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทย สํารวจเมื่อปลายปี 2546 จำนวน 12,000 คน (อยู่ในช่วง 5,700 ถึง 24,000 คน)¹³ ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนใหญ่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดา (การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก) และมักทำให้มีอาการเจ็บป่วย¹⁴ ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับการวินิจฉัยภายในช่วงอายุ 6 เดือนแรก อีกร้อยละ 40 ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุประมาณ 1 ปี ดังนั้นทารกที่คลอดจากมารดาที่มีการติดเชื้อ เอช ไอ วี ควรจะได้รับการวินิจฉัยและป้องกันการติดเชื้อโดยเร็วที่สุด⁵

อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีตั้งแต่ไม่แสดงอาการไปจนถึงการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) และมะเร็ง ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะพบการติดเชื้อได้บ่อยเช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ไชนัสอักเสบ รวมทั้งการอักเสบของหูชั้นกลาง¹ จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะพบว่ามีโรคของหู คอ จมูกร่วมด้วย ร้อยละ 40 ถึง 70 โดยมีระยะแรกเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุ 2 เดือน ถึง 6 ปี ในขณะที่ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีอาการแสดงทาง หู คอ จมูก อย่างน้อย 1 อาการเมื่อเทียบกับเด็กปกติซึ่งพบเพียงร้อยละ 45⁷

จากการศึกษาที่ผ่านมามีรายงานอุบัติการณ์ของการอักเสบของหูชั้นกลางในกลุ่มผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี สูงถึงร้อยละ 50⁴⁻⁷ Chaloryoo และคณะ⁴ รายงานอัตราการเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางของผู้ป่วย

เด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลเด็ก ประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 18.4 Singh และคณะ⁵ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 107 คน ในประเทศอังกฤษพบว่าอุบัติการณ์ของการอักเสบของหูชั้นกลาง ร้อยละ 46 Xu Q และคณะ⁶ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี อายุระหว่าง 3 เดือนถึง 46 ปี ในประเทศแชมเบีย พบการอักเสบของหูชั้นกลาง 17 ใน 68 ราย Gondim และคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 40 คน ในประเทศบราซิลพบว่ามีอุบัติการณ์ของการอักเสบของหูชั้นกลางร้อยละ 50 ในการศึกษาพบว่าความชุกของการอักเสบของหูชั้นกลางในกลุ่มผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอช ไอ วี เท่ากับ ร้อยละ 10 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่(สามในสี่ราย) จะได้รับยาต้านไวรัสคุณภาพสูง (HAART) จนค่าภูมิคุ้มกัน CD4 – T cell อยู่ในเกณฑ์ปกติแล้วก็ตาม (ร้อยละ 26 ขึ้นไปคือ No immunologic suppression)¹

การศึกษานี้พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กที่มีการอักเสบของหูชั้นกลางอยู่ในช่วงอายุ 96 ถึง 132 เดือน (ค่าเฉลี่ย 114 เดือน) ใกล้เคียงกับรายงานของ Shapiro และคณะ โดยที่มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 80.4 เดือน ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติที่จะพบการอักเสบของหูชั้นกลางสูงสุดในช่วงอายุ 2 ขวบแรก¹⁵ แสดงว่าผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีการอักเสบของหูชั้นกลางในช่วงอายุที่มากขึ้น (ช่วงอายุ 10 ปี) ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังโรคทางหูในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปจนถึงอายุอย่างน้อย 10 ปี

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอช ไอ วี ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติหูชั้นกลางอักเสบมาก่อน และประวัติสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลางได้แก่เพศชาย การสูบบุหรี่ ประวัติที่น้องเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบ ประวัติบิดามารดาเคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง การติดเชื้อไวรัสในครอบครัว^{8,9} Teele และคณะ⁸ รายงานว่าผู้ป่วย

ที่มีเพศชาย พี่น้องท้องเดียวกันมีประวัติการอักเสบของหูชั้นกลาง ประวัติเป็นหูชั้นกลางอักเสบเมื่ออายุน้อย จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นหูชั้นกลางอักเสบ และการกลับเป็นซ้ำของหูชั้นกลางอักเสบในอายุขวบปีแรก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดแม่กับการเป็นหูชั้นกลางอักเสบในบุตร นอกจากนี้ยังมีรายงานอื่นๆ ระบุว่า การถูกเลี้ยงดูในสถานรับเลี้ยงเด็ก การมีพี่น้องท้องเดียวกัน การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การคลอดแม่ในช่วงเวลาสั้นๆ (Shorter duration of breastfeeding) การนอนหงายคลอด มีความสัมพันธ์กับการเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางในช่วงระยะ 6 ถึง 7 เดือนแรกในเด็กปกติ¹⁵ บางรายงานระบุว่าภาวะภูมิแพ้ อาจจะพบได้มากในผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยมีหลักฐานสนับสนุนจากการที่พบระดับของ Immunoglobulin E สูงขึ้นในผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี¹⁷

เชื้อที่ทำให้เกิดโรคหูชั้นกลางอักเสบในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในการศึกษานี้ ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus spp.* เนื่องจากในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง สูงกว่าหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน ดังนั้นเชื้อที่พบส่วนมากจึงเป็นเชื้อที่พบได้ บ่อยในหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Staphylococcus spp.*¹² ใกล้เคียงกับรายงานของ Chaloryoo และคณะ⁴ ที่พบว่าเชื้อที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* and *Streptococcus pneumoniae* จากการเพาะเชื้อจากหูในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี 23 รายที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง Marchisio และคณะ¹⁶ ได้ศึกษาเชื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบของหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี พบว่าเชื้อที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus Influenza* และ group A beta-hemolytic streptococcus ซึ่งเป็นเชื้อที่พบบ่อยและทำให้เกิดการอักเสบของหูชั้นกลางในเด็กปกติ ส่วนในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่างรุนแรงจะพบว่า *Staphylococcus*

aureus เป็นต้นเหตุของการอักเสบของหูชั้นกลางเพิ่มขึ้น มีรายงานที่พบ *Staphylococcus*, *Pseudomonas* และ *Candida* สูงขึ้นในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี อาจพบเชื้ออื่นๆ ซึ่งตามปกติจะไม่ใช่สาเหตุของหูชั้นกลางอักเสบเช่น *Mycobacterium tuberculosis*, *Nocardia asteroides*, and *Pneumocystis carinii*¹⁷

การรักษาหูชั้นกลางอักเสบในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยเด็กปกติ ยาปฏิชีวนะชนิดหอยอดหู เช่น Polymycin B, and ciprofloxacin สามารถใช้ได้ผลดีในการรักษาหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง และ Amoxicillin (80 mg/kg/day) ยังเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานตัวแรกที่เลือก ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับยาปฏิชีวนะไม่ตรงกับเชื้อที่ทำให้เกิดโรค จะได้รับการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะตามเชื้อที่ตรวจพบจากการเพาะเชื้อ ในกรณีที่มีการรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะครั้งแรกไม่ได้ผล อาจเกิดจากเชื้อที่ทำให้เกิดโรคสามารถผลิต Beta-lactamase เช่น *Hemophilus influenzae* และ *Moraxella catarrhalis* ซึ่งอาจต้องเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นกลุ่ม Amoxicillin-clavulanic acid ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงควรให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานร่วมกับชนิดหอยอดหู ส่วนยาปฏิชีวนะชนิดฉีดสามารถให้ได้ในกรณีมีการติดเชื้อรุนแรง หรือ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น ปอดอักเสบร่วมด้วย¹¹ ผลการรักษาในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการดีขึ้น หูแห้งดีขึ้น ยาปฏิชีวนะชนิดหอยอดหู รับประทาน ในการศึกษานี้ยังพบการกลับเป็นซ้ำของการอักเสบของหูชั้นกลาง ซึ่งจะต้องมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ถึงการกลับเป็นซ้ำของการอักเสบของหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานขึ้น

สรุป

เด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี มีโอกาสเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางได้ไม่น้อย และมักจะพบในช่วง

อายุที่มากกว่าเด็กปกติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้แก่ ประวัติการเคยเป็นหูชั้นกลางอักเสบมาก่อน และประวัติ ไข้หวัดหรือของมูกในคอรอบคั่ว ดังนั้นผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ควรจะได้รับการตรวจหูทากรายโดยเร็วที่สุด และมีการตรวจซ้ำเป็นระยะๆ เพื่อให้การวินิจฉัยการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร,และทวีทรัพย์ ศิริประภา.แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์เด็ก และผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2545: 215-6.
2. Church JA . Human immunodeficiency virus (HIV) infection at children hospital of Los Angeles : Recurrent otitis media or chronic sinusitis as the presenting process in pediatric AIDS. Immuno Allergy Pract 1987; 9: 25-32.
3. Dashefsky B, Wald ER. Otitis media and sinusitis in patients with HIV infection. In: Pizzo PA, Wilfert CM, editors. Pediatric AIDS The Challenge of HIV infection in infants, children and adolescents. 2nd ed.,Philadelphia: Williams & Wilkins; 1998. p. 255.
4. Chaloryoo S, Chotpitayasunondh T, Chiengmai PN. AIDS in ENT in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1998; 44:103-7.
5. Singh A, Georgalas C, Patel N, Papesch M. ENT presentations in children with HIV infection. Clin Otolaryngol 2003; 28: 240-3.
6. Xu Q, Dong M, Wu Y. The clinic features of human immunodeficiency (HIV) on ear, nose , throat head and neck[Chinese abstract]. Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi 1999;13:552-3.
7. Gondim LA, Zonta RF, Fortkamp E, Schmeling RO. Otorhinolaryngological manifestations in children with human immunodeficiency virus infection. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 54: 97-102.
8. Teele DW, Klein JO, Rosner BA. The great Boston otitis media during the first seven years of life in children in great Boston: a prospective cohort study. J Infect Dis 1989; 160: 83 -7.
9. Pukander J, Karma P, Sipil M. Occurrence and recurrence of acute otitis media among children . Acta Otolaryngol Stockh 1982; 94: 479 -84.
10. Shapiro NL, Novelli V. Otitis media in children with vertically- acquired HIV infection: The Great Armond Street hospital experience. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1998; 45: 69-75.
11. International Federation of Oto-rhino-laryngological society standing committee for pediatric otorhinolaryngology . Pediatric Otorhinolaryngology manual 1997. Rio de Janeiro : the committee; 1997. p.20-36.
12. Bluestone CD. Studies in otitis media : children's hospital of Pittsburgh-university of Pittsburgh progress report- 2004. Laryngoscope 2004 Suppl; 114: 1-26.
13. UNAIDS .The UNAIDS/WHO Nations Programme on HIV/AIDS 2004. Report on the global AIDS epidemic: 4th global report; 2004.

14. วิกรม จิระชาติ, และพิชิต สิทธิไตรย์. อาการและอาการแสดงทางหู คอ จมูกในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัส เอช ไอ วี [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่(ประเทศไทย)มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
15. Daly KA, Brown JE, Lindgren BR, Meland MH, Le CT, Giebink GS. Epidemiology of otitis media onset by six months of age. *Pediatrics* 1999; 6: 1158-66.
16. Marchisio P, Principi N, Sorella S, Sala E, Tornaghi R. Etiology of acute otitis media in human immunodeficiency virus- infected children. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 58-61.
17. Bluestone CD. Otolaryngologic manifestation of HIV infection in children. In: Bluestone CD, Stool SE, Alper CM, *et al.*, editors. *Pediatric otolaryngology*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.p. 119-20.