

## การอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัด เชียงใหม่

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

กิตติประภากย อัครารัตน พ.บ

Kittiprakai Akkaratham M.D

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province

## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 40 คน ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (1 กรกฎาคม 2549 ถึง 30 มิถุนายน 2550) พนกการอักเสบของหูชั้นกลาง ร้อยละ 10 ทั้งหมดเป็นหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง โดยมีอายุเฉลี่ย 9.5 ปี ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลางได้แก่ ประวัติการเคยเป็นหูชั้นกลางอักเสบมาก่อนและประวัติสัมผัศกัวบุหรี่จากบุคคลรอบข้าง ผลการเพาะเชื้อหานองจากหูพบเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus spp.* ครึ่งหนึ่งของเด็กเหล่านี้ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดของดู และยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ทั้งหมด 9 แห่งดีหลังการรักษาครั้งแรก เมื่อจากการอักเสบของหูชั้นกลางพบได้ในน้อยในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ 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 โดยทั่วไปนักจะมีการติดเชื้อได้บ่อย เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ปอด อักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ไขนัสอักเสบ รวมทั้งการอักเสบของหูชั้นกลาง<sup>1)</sup> Church<sup>2)</sup> รายงานการศึกษาในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี 21 ราย พบว่ามีการอักเสบของหูชั้นกลางชนิดรุนแรง เรื้อรัง และเป็นซ้ำ 8 ราย ในช่วงเวลา 4-34 เดือน ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ เอช ไอ วี มีการตั้งข้อสังเกตว่า ในผู้ป่วยเด็กที่มีความถี่ของโรคสูง ระยะเวลา ความรุนแรงมาก เชื้อที่ทำให้เกิดโรคเป็นเชื้อที่พบไม่บ่อย หรือเป็นเชื้อที่หายใจอุจจาระ อาจเป็นข้อควรระวังว่าอาจมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง<sup>3)</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี มีความเสี่ยงที่จะเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางได้ร้อยละ 18.4-50<sup>4-7)</sup> ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการอักเสบของหูชั้นกลาง ได้แก่ เพศชาย การอุดอุกน้ำหู ประวัติพี่น้องเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบ ประวัติบิดา มารดา เกษมีการอักเสบของหูชั้นกลาง การติดเชื้อไวรัสในบ้าน ประวัติบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่<sup>8-9)</sup>

จากรายงานการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะพบว่าการอักเสบของหูชั้นกลาง เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ในเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยจะมีการอักเสบของหูชั้นกลางเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ และพบภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากการอักเสบของหูชั้นกลางได้บ่อย ได้แก่ การติดเชื้อคือยาในหูชั้นกลาง การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ผู้ป่วยมักต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ในโรงพยาบาล เพื่อรับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ<sup>10)</sup> เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในประเทศไทย เกี่ยวกับความชุก ปัจจัยเสี่ยง การดำเนินของโรค และการรักษา

## วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาความชุกและเชื้อที่เป็นสาเหตุของการอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี
- เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี
- เพื่อศึกษาแนวทางการรักษาและผลการรักษาการอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี

## วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ทุกรายที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วง 1 กรกฎาคม 2549 - 30 มิถุนายน 2550 จะได้รับการซักประวัติเพิ่มเติม เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสำหรับการอักเสบของหูชั้นกลาง และได้รับการตรวจหูทั้งสองข้าง ถ้าพบว่ามีการอักเสบของหูชั้นกลางจะทำการเพาะเชื้อจากหนองคาย ในกรณีที่ต้องทำการรักษา ก็จะให้การรักษาตามแนวทางของ Pediatric otorhinolaryngology manual ปี 1997<sup>11)</sup> และ Charles D. Bluestone<sup>12)</sup> แล้วจะบันทึกผลลงในแบบบันทึกทั้งผลการตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และนัดผู้ป่วยมาติดตาม ผลการรักษาเป็นระยะ ในกรณีผู้ป่วยที่ตรวจครั้งแรกปกติจะแนะนำให้มาตรวจซ้ำเมื่อมีอาการผิดปกติทางหู

## ผลการศึกษา

### ลักษณะประชากรศึกษา

การศึกษารวบรวมเด็กทั้งสิ้น 40 คน เป็นเด็กชาย 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) และอาศัยอยู่กับมูลนิธิ องค์กร 7 คน (ร้อยละ 17.5) ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส (Highly Active Antiretroviral Therapy; HAART) 39 คน (ร้อยละ 97.5)

### ความนุ่มนวลของการอักเสบของหูชั้นกลาง

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) โดยมีขนาดทะลุตัวตั้งแต่ ร้อยละ 1 ถึง 90

ในกลุ่มที่มีการอักเสบของหูชั้นกลางพบว่ามีประวัติหนองในหลอดหู 2 คน (ร้อยละ 50) โดยมีระยะเวลาที่หนองในหลอดหูก่อนมาพบแพทย์อยู่ในช่วง 7-60 วัน เฉลี่ย 22 วัน

รายงานผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วีที่พัฒนาการอักเสบของหูชั้นกลาง จำนวน 4 คน

#### ผู้ป่วยรายที่ 1

เด็กชายไทยอายุ 11 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ อาศัยอยู่กับพ่อแม่ รับยาต้านไวรัส ตัวตั้งแต่ วันที่ 10 กรกฎาคม 2545 ระดับ CD4 T cell ครั้งสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 28

#### ประวัติเด็ก

- ผู้ป่วยไม่เคยกินนมแม่
- มีประวัติเป็นหนองใน หนองกครั้งแรกอายุประมาณ 1 เดือน เป็นๆ หายๆ ประมาณ 2 เดือนเป็น 1 ครั้ง ได้รับการรักษาโดยบานาปฎิชีวนะชนิดรับประทาน และหยดจากคลินิกและโรงพยาบาลมาตลอด

#### ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหนองใน หนอง
- มีประวัติตา ยายสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติบิดามารดา เคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง
- ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน หนองในหลอดหูสองข้างครั้งสุดท้ายประมาณ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลขณะมาตรวจรังน้ำทุ่งดี

#### การตรวจร่างกาย

- หูชั้นนอกสองข้างปกติ
- แก้วหูชั้นกลางอุ่นประمام ร้อยละ 90 ไม่พบร้อน
- แก้วหูชั้นกลางอุ่นประمام ร้อยละ 30 ไม่พบร้อน
- เอื่องบุหูชั้นกลาง บวมแดงหนา ทึบสองข้าง การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังสองข้าง

#### ผู้ป่วยรายที่ 2

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

#### ประวัติเด็ก

- เคยกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 เดือน
- มีประวัติเป็นหนองใน หนองกครั้งแรกอายุประมาณ 3 ขวบ เป็นๆ หายๆ ประมาณ 3 ครั้งต่อปี ได้รับการรักษาโดยบานาปฎิชีวนะชนิดรับประทาน และหยดจากคลินิกและโรงพยาบาลมาตลอด

#### ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหนองใน หนอง
- มีประวัติตา ยายสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติบิดามารดา เคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง
- ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

หนองในหลอดหูสองข้างครั้งสุดท้ายประมาณ

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลขณะตรวจรังน้ำทุ่งดี

#### การตรวจร่างกาย

- หูชั้นนอกสองข้างปกติ
- แก้วหูชั้นกลางอุ่นประمام ร้อยละ 40 ไม่พบร้อน
- แก้วหูชั้นกลาง
- เอื่องบุหูชั้นกลางช้ำย บวมแดงหนา การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังข้างซ้าย

### ผู้ป่วยรายที่ 3

เด็กหญิงไทยอายุ 8 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อําเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อาศัยอยู่กับบิดา

ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ระดับ CD4 T cell ครั้งสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 12

#### ประวัติอื่น

- ผู้ป่วยเคยกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 ขวบ
- มีประวัติเป็นหูน้ำ หนวกครั้งแรกอายุประมาณ 4 ขวบ เป็นๆ หายๆ ประมาณ (3 เดือนเป็น 1 ครั้ง)บิดานักจะซื้อยาหอยดหูมาหยอดเอง

#### ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหูน้ำ หนวก
- มีประวัติบิดาสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติบิดา มารดา เดพีการอักเสบของหูชั้นกลาง
- ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

#### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

หนองไหหลากหูสองข้างครั้งสุดท้ายประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

#### การตรวจร่างกาย

- พบหนองสีเหลืองข้นบริเวณหูชั้นนอกสองข้าง
- แก้วหูช้ำทะลุประมาณ ร้อยละ 10
- แก้วหูขาวทะลุประมาณ ร้อยละ 10
- เชื่อมหูชั้นกลาง บวมแดงหนา ทึบสองข้างพบหนองสีเหลืองข้น

ผลการเพาะเชื้อจากหนองในหู สองข้างพบเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa*

การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังสองข้าง

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

### ผู้ป่วยรายที่ 4

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

ระดับ CD4 T cell ครั้งสุดท้าย เท่ากับร้อยละ 27

#### ประวัติอื่น

- ผู้ป่วยเคยกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 1 ขวบ
- มีประวัติเป็นหูน้ำ หนวกครั้งแรกอายุประมาณ 2 ขวบ เป็นๆ หายๆ ประมาณ เดือนละ 1 ครั้ง ได้รับการรักษาโดยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน และหยดจากคลินิก และโรงพยายาบาลมาตลอด

#### ประวัติครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติพี่น้องท้องเดียวกันเป็นหูน้ำ หนวก
- ปฏิเสธประวัติบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่
- มีประวัติบิดา เดพีการอักเสบของหูชั้นกลาง
- ปฏิเสธการติดเชื้อไวรัสในบ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

#### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

หนองไหหลากหูสองข้างขาวประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

#### การตรวจร่างกาย

- พบหนองสีเหลืองข้นในหูชั้นนอกสองข้าง
- แก้วหูช้ำทะลุประมาณ ร้อยละ 15 ไม่พบหนอง
- แก้วหูขาวทะลุประมาณ ร้อยละ 70 พบหนอง
- เชื่อมหูชั้นกลาง บวมแดงหนา ทึบสองข้าง

ผลการเพาะเชื้อจากหนองในหู สองข้างพบเชื้อ *Staphylococcus spp.*

การวินิจฉัย หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังสองข้าง

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

### ผลการรักษา

เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่าหลังการรักษาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4 สัปดาห์อาการดีขึ้น ทุ้นแห้งคั่งหนด

### อภิปรายผล

ในปี พ.ศ. 2546 มีการประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในไทยจำนวน 4.8 ล้านคนทั่วโลก และจากรายงานขององค์การสหประชาชาติ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทย สำรวจเมื่อปี 2546 จำนวน 12,000 คน (อยู่ในช่วง 5,700 ถึง 24,000 คน)<sup>13</sup> ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนใหญ่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดา (การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก) และมักทำให้มีอาการเจ็บป่วย<sup>14</sup> ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับการวินิจฉัยภายในช่วงอายุ 6 เดือนแรก อีกร้อยละ 40 ได้รับการวินิจฉัยมีอายุประมาณ 1 ปี ดังนั้นหากที่คลอดจากมารดาที่มีการติดเชื้อ เอช ไอ วี ควรจะได้รับการวินิจฉัยและป้องกันการติดเชื้อ โดยเร็วที่สุด<sup>5</sup>

อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีดังนี้แต่ไม่แสดงอาการไปจนถึงการติดเชื้อจะพบโอกาส (Opportunistic infections) และมะเร็ง ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะพบการติดเชื้อได้บ่อย เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ไซนัสอักเสบ รวมทั้งการอักเสบของหูชั้นกลาง<sup>1</sup> จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะพบว่ามีโรคของหู คอ จมูกร่วมด้วยร้อยละ 40 ถึง 70 โดยมีระยะแรกรีมแสลงของอาการในช่วงอายุ 2 เดือน ถึง 6 ปี ในขณะที่ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีอาการแสดงทางหู คอ จมูก อย่างน้อย 1 อาการ เมื่อเทียบกับเด็กปกติซึ่งพบเพียงร้อยละ 45<sup>7</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาในรายงานอุบัติการณ์ของ การอักเสบของหูชั้นกลางในกลุ่มผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี สูงถึงร้อยละ 50 <sup>4-7</sup> Chaloryoo และคณะ<sup>4</sup>รายงานอัตราการเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางของผู้ป่วย

เด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลเด็ก ประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 18.4 Singh และคณะ<sup>5</sup> ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 107 คน ในประเทศไทย ยังกุญแจพบว่ามีอุบัติการณ์ของการอักเสบของหูชั้นกลางร้อยละ 46 Xu Q และคณะ<sup>6</sup> ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี อายุระหว่าง 3 เดือนถึง 46 ปี ในประเทศไทย ขณะนี้พนการอักเสบของหูชั้นกลาง 17 ใน 68 ราย Gondim และคณะ<sup>7</sup> ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 40 คน ในประเทศไทย ระบุพบว่ามีอุบัติการณ์ของการอักเสบของหูชั้นกลางร้อยละ 50 ในการศึกษานี้พบว่าความซุกของ การอักเสบของหูชั้นกลาง ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วีเท่ากับ ร้อยละ 10 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่(สามในสี่ราย) จะได้รับยาต้านไวรัสกุญแจสูง (HAART) จนค่าภูมิคุ้มกัน CD4 – T cell อยู่ในเกณฑ์ปกติแล้วก็ตาม (ร้อยละ 26 ปี ไปถึง No immunologic suppression)<sup>1</sup>

การศึกษานี้พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กที่มีการอักเสบของหูชั้นกลางอยู่ในช่วงอายุ 96 ถึง 132 เดือน (ค่าเฉลี่ย 114 เดือน) ใกล้เคียงกับรายงานของ Shapiro และคณะ โดยที่มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 80.4 เดือน ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติที่จะพบการอักเสบของหูชั้นกลางสูงสุดในช่วงอายุ 2 ขวบแรก<sup>15</sup> และพบว่าผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีการอักเสบของหูชั้นกลางในช่วงอายุที่มากที่สุด (ช่วงอายุ 10 ปี) ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังโรคทางหูในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปจนถึงอายุอย่างน้อย 10 ปี

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติหูชั้นกลางอักเสบมาก่อน และประวัติสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่อาจมีผลต่อการอักเสบของหูชั้นกลางได้แก่ เพศชาย การดูดน้ำ ประวัติพื้นดินเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบ ประวัติบิดามารดาเคยมีการอักเสบของหูชั้นกลาง การติดเชื้อไวรัสในครอบครัว<sup>8-9</sup> Teele และคณะ<sup>8</sup> รายงานว่าผู้ป่วย

ที่มีเพศชาย พี่น้องท้องเดียวกันมีประวัติการอักเสบของหูชั้นกลาง ประวัติเป็นหูชั้นกลางอักเสบเมื่ออายุน้อย จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นหูชั้นกลางอักเสบ และการกลับเป็นซ้ำของหูชั้นกลางอักเสบในอายุขวบปีแรก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการคุณนมแม่กับการเป็นหูชั้นกลางอักเสบในบุตร นอกจากนี้ยังมีรายงานอื่นๆ ระบุว่าการถูกเลี้ยงดูในสถานรับเลี้ยงเด็ก การมีพี่น้องท้องเดียวกัน การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การคุณนมแม่ในช่วงเวลาสั้นๆ (Shorter duration of breastfeeding) การนอนหงายคุณนม มีความสัมพันธ์กับการเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางในช่วงระยะเวลา 6 ถึง 7 เดือนแรกในเด็กปกติ<sup>15</sup> บางรายงานระบุว่าภาวะภูมิแพ้อาจจะพนได้มากในผู้ป่วยติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี โดยมีหลักฐานสนับสนุนจากการที่พัฒนาของ Immunoglobulin E สูงขึ้นในผู้ป่วยติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี<sup>17</sup>

เชื้อที่ทำให้เกิดโรคหูชั้นกลางอักเสบในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี ใน การศึกษานี้ ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus spp.* เนื่องจากในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี ที่มีหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง สูงกว่าหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน ดังนั้นเชื้อที่พบส่วนมากจึงเป็นเชื้อที่พบได้บ่อยในหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Staphylococcus spp.*<sup>12</sup> ใกล้เคียงกับรายงานของ Chaloryoo และคณะ<sup>4</sup> ที่พบว่า เชื้อที่พบบ่อย 3 อันดับแรกได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* และ *Streptococcus pneumoniae* จากการเพาะเชื้อจากหูในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี 23 รายที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง Marchisio และคณะ<sup>16</sup> ได้ศึกษาเชื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบของหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี พบว่าเชื้อที่พบบ่อย 3 อันดับแรกได้แก่ *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus Influenza* และ *group A beta-hemolytic streptococcus* ซึ่งเป็นเชื้อที่พบบ่อย และทำให้เกิดการอักเสบของหูชั้นกลางในเด็กปกติ ส่วนในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี อย่างรุนแรงจะพบว่า *Staphylococcus*

*aureus* เป็นต้นเหตุของการอักเสบของหูชั้นกลาง เพิ่มขึ้น มีรายงานที่พบ *Staphylococcus*, *Pseudomonas* และ *Candida* สูงขึ้นในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี อาจพบเชื้ออื่นๆ เช่นตามปกติจะไม่ใช่สาเหตุของหูชั้นกลางอักเสบเช่น *Mycobacterium tuberculosis*, *Nocardia asteroides*, and *Pneumocystic carinii*<sup>17</sup>

การรักษาหูชั้นกลางอักเสบในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยเด็กปกติ ยาปฏิชีวนะชนิดหยอดหู เช่น Polymycin B, and ciprofloxacin สามารถใช้ได้ผลดีในการรักษาหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง และ Amoxicillin (80 mg/kg/day) ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานตัวแรกที่เลือก ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับยาปฏิชีวนะตามเชื้อที่ตรวจพบจากการเพาะเชื้อ ในกรณีที่การรักษาโดยใช้ยาปฏิชีวนะครั้งแรกไม่ได้ผล อาจเกิดจากเชื้อที่ทำให้เกิดโรคสามารถผลิต Beta-lactamase เช่น *Hemophilus influenzae* และ *Moraxella catarrhalis* ซึ่งอาจต้องเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นกลุ่ม Amoxicillin-clavulanic acid ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงมากให้ใช้ปฏิชีวนะชนิดรับประทานร่วมกับชนิดหยอดหู ส่วนยาปฏิชีวนะชนิดนี้สามารถให้ได้ในกรณีมีการติดเชื้อรุนแรง หรือ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น ปอดอักเสบรุ่นด้วย<sup>11</sup> ผลการรักษาในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการดีขึ้น หูแห้งดีด้วยยาปฏิชีวนะชนิดหยอดหู รับประทาน ในการศึกษานี้ยังพบการกลับเป็นซ้ำของการอักเสบของหูชั้นกลาง ซึ่งจะต้องมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ดึงการกลับเป็นซ้ำของการอักเสบของหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี หรือติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานขึ้น

## สรุป

เด็กติดเชื้อ เชื้อ ไอ วี มีโอกาสเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางได้ไม่น้อย และมักจะพบในช่วง

อายุที่มากกว่าเด็กปกติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้แก่ ประวัติการเคยเป็นหูชั้นกลางอักเสบมาก่อน และประวัติ สูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ดังนั้นผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี ควรจะได้รับการตรวจหูทุกรายโดยเร็วที่สุด และมีการตรวจซ้ำเป็นระยะๆ เพื่อให้การวินิจฉัยการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

#### เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ ใจนันพิทักษ์,และทวีทรัพย์ ศิริประภา.แนวทางการคุ้มครองผู้ติดเชื้อ 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. 2<sup>nd</sup> 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-thino-laryngological society standing committee for pediatric otorhinolaryngology . Pediatric Otorhinolaryngology manual 1997. Rio de Janeiro : the committee; 1997. p20-36.
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: 4<sup>th</sup> global report; 2004.

14. วิกรม จิราชาติ, และพิชิต สิทธิ์ไครย์. อาการและอาการแสดงทางหู คอ จมูกในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัส เชื้อ ไอ ไว [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*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2003.p. 119-20.