วิชาการ

Parapharyngeal abscess at lampang hospital

Bunloet Phiansakunrat, MD.
Lampang Hospital

Abstract

Parapharngeal abscess are uncommon but may have potentially life-threatening complications. The author reviewed the records of 16 patients presented with paraphatyngeal abscess between October 2005 and December 2009. All of them presented with fever and neck swelling at the angle of mandible. Odontogenic infections were the commonest etiology of the diseases. High dose intravenous antibiotics directed toward the suspected causative microorganisms, airway control and early surgical intervention were the mainstay of treatment. All patients underwent open surgical drainage of the parapharyngeal abscess. Bacteriology results showed Streptococcus viridans to be the predominant microorganisms in five patients. One patient required preoperative tracheostomy due to respiratiory obstruction and sever trismus. There were no deaths.

Early open surgical drainage remains the most appropriate method of treating parapharyngeal space abscess; it avoids life threatening complications with rapid recovery.

Key words : Parapharyngeal abscess

ฝีหนองบริเวณโพรงข้างคอหอย ในโรงพยาบาลลำปาง

บุญเลิศ เพียรสกุลรัตน์ พบ.
โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

Parapharyngeal abscess เป็นภาวะที่มีการติดเชื้อเป็นฝีหนองบริเวณโพรงข้างคอหอย พบได้ไม่บ่อย แต่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด 16 ราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ที่มารับการรักษาที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง พบว่าผู้ป่วยทุกรายมาพบแพทย์ด้วยอาการไข้ คอบวมบริเวณมุมกรามล่าง สาเหตุของการติดเชื้อเกิดจากฟันมากที่สุด (ร้อยละ 56.2) สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียพบเชื้อที่เป็นสาเหตุมากที่สุด คือ Streptococcus viridans (ร้อยละ 31.2) มีผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเจาะคอ 1 ราย เนื่องจากทางเดินหายใจอุดตันและไม่สามารถใส่ท่อหายใจทางปากได้และไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิต

การรักษาโดยการผ่าตัดระบายหนองยังคงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการรักษาภาวะติดเชื้อนี้

คำสำคัญ : ฝีหนองบริเวณโพรงข้างคอหอย

บทนำ

Parapharyngeal space เป็น potential space ที่สำคัญในเนื้อเยื่อส่วนลึกบริเวณศีรษะและลำคอ ซึ่งอยู่บริเวณด้านข้างของลำคอมีรูปร่างเป็นลักษณะปิรามิด ที่มีฐานอยู่ที่ base of skull และมียอดอยู่ที่กระดูก hyoid เนื่องจาก parapharyngeal space อยู่ในตำแหน่งที่ติดต่อกับ space ต่าง ๆ มากมาย การอักเสบติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อบริเวณผนังลำคอ, ต่อมทอนซิล, การติดเชื้อจากฟัน (dental infection), mastoiditis (Bezold's abscess) หรือเกิดจากการติดเชื้อที่ลุกลามมาจาก space ข้างเคียง เช่น parotid space, masseteric space และ submandibular space[1] การติดเชื้อของ space นี้ แม้ว่าจะพบได้ไม่บ่อย แต่ก็มีรายงานเกี่ยวกับการเกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อชีวิต เช่น การติดเชื้อกระจายเข้า retropharyngeal space และลุกลามเข้าช่องอก (mediastinitis)[2], jugular thrombophlebitis[3], cavernous sinus thrombosis[4], และ rupture ของ internal carotid atery[5,6] อาการและอาการแสดงของ parapharyngeal abscess ประกอบด้วย ไข้, คอบวมบริเวณมุมขากรรไกร ขอบเขตคลำได้ไม่ชัดเจน, bulging ของ lateral pharyngeal wall, เจ็บคอ (sore throat) กลืนเจ็บ (odynophagia) และอ้าปากไม่สุด (trismus)[7,8] ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) หรือเกิด septic shock[9]

การรักษาที่สำคัญประกอบด้วย การป้องกันภาวะอุดตันทางเดินหายใจ ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำที่เหมาะสมกับเชื้อก่อโรคและการผ่าตัดระบายหนองเพื่อควบคุมการติดเชื้อไม่ให้ลุกลามมากขึ้น[7] จุดประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อนำเสนอลักษณะทางคลินิก แนวทางการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรค parapharyngeal abscess เพื่อนำไปใช้วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น

ผู้ป่วยและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นฝีหนองบริเวณโพรงข้างคอหอย (Parapharyngeal abscess) ทั้งหมด 16 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2552 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละรายเกี่ยวกับเพศ อายุ ลักษณะอาการ และอาการแสดง โรคประจำตัว สาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ผลการเพาะเชื้อจุลินทรีย์ชนิดพึ่งพาออกซิเจน (aerobic bacteria) ระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แนวทางในการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่พบ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 16 ราย เพศชาย 11 ราย (ร้อย 68.8) เพศหญิง 5 ราย (ร้อยละ 31.2) อายุเฉลี่ย 48.4 ปี (อายุตั้งแต่ 22 - 82 ปี) ระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.5 วัน(ตั้งแต่ 5 - 17 วัน) มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด 8 ราย เป็นเบาหวาน 5 ราย โดยวินิจฉัยจากประวัติการรักษาเดิมของผู้ป่วย 2 ราย มี 3 ราย ที่ครั้งนี้เป็นการวินิจฉัยโรคเบาหวานเป็นครั้งแรกของผู้ป่วย โรคอื่น ๆ ที่พบคือโรคไตวายเรื้อรัง 1 ราย โรคพิษสุราเรื้อรัง 1 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ราย ตรวจพบสาเหตุของการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ การติดเชื้อจากฟันผุ 9 ราย (ร้อยละ 56.2) การติดเชื้อที่ผนังช่องคอและต่อมทอนซิล 2 ราย (ร้อยละ 12.5) และไม่ทราบสาเหตุของการติดเชื้อ 5 ราย (ร้อยละ 31.2)

ผู้ป่วยทุกรายมาด้วยอาการไข้ คอบวม (ร้อยละ 100) อาการและอาการแสดงอื่นที่พบ คือ กลืนเจ็บหรือกลืนลำบาก อ้าปากไม่สุด bulging ของ lateral pharyngeal wall และหายใจลำบาก เท่ากับร้อยละ 93.7, 50, 43.7, 6.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

อาการและการแสดง	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
ไข้ (fever)	16 (100)
คอบวม (neck swelling)	16 (100)
กลืนเจ็บหรือกลืนลำบาก (dysphagia or odynophagia)	15 (93.7)
Bulging of lateral pharyngeal wall	7 (43.7)
อ้าปากไม่สุด (trismus)	8 (50)
หายใจลำบาก (respiratory distress)	1 (6.2)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการส่งตรวจทางรังสี วินิจฉัยเอกซเรย์ธรรมดา (plain film of the lateral neck) และส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-neck) เพิ่มเติม 5 ราย

การรักษาผู้ป่วยทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ ตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยพิจารณาให้ยากลุ่ม penicillin (high dose) หรือให้ร่วมกับ metronidazoles หรือ gentamicin แต่ในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรง หรือผู้ป่วยเคยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน หรือผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ พิจารณาให้ยาปฏิชีวินะ amoxycillin + clavulanic acid หรือ clindamycin ร่วมกับยากลุ่ม third generation cephalosporin เช่น ceftriazone

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดระบายหนอง โดยวิธีการผ่าตัดจากภายนอก (external approach) และได้ส่งหนองเพาะเชื้อแบคทีเรียชนิดพึ่งพาออกซิเจน (aerobic bacteria) ผลการเพาะเชื้อจากหนองที่ได้จากการผ่าตัดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียชนิดพึ่งพาออกซิเจนในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด

เชื้อแบคทีเรีย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
Streptococcus viridans	5 (31.2)
Klebsiella pneumoniae	4 (25)
Staphylococcus aureus	1 (6.2)
Staphylococcus coagulase negative	1 (6.2)
No growth	5 (31.2)

เชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุดคือ Streptococcus viridans 5 ราย (ร้อยละ 31.2) รองลงมาคือ เชื้อ Klebsiella pneumoniae พบในผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 25) ซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานร่วมด้วย 3 ราย เชื้อ Staphylococcus aureus 1 ราย (ร้อยละ 6.2) เชื้อ Staphylococcus coagulase negative 1 ราย (ร้อยละ 6.2) และเพาะเชื้อไม่ขึ้น (no growth) 5 ราย (ร้อยละ 31.2)

มีผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 18.7) ที่ต้องผ่าตัดระบายหนองมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นและผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) พบว่ายังมีหนองค้างอยู่

พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย 1 ราย จากภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหา severe trismus ไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจก่อนผ่าตัดจึงพิจารณาเจาะคอ (tracheostomy) แต่ระหว่างการทำผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) จากการขาดอากาศ (hypoxia) และได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ได้สำเร็จ หลังการรักษาผู้ป่วยรายนี้หายเป็นปกติดี และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตในการศึกษานี้

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของโรค Parapharyngeal abscess พบได้น้อยลงตั้งแต่มีการใช้ยาปฏิชีวนะสมัยใหม่ อย่างไรก็ตามการติดเชื้อนี้ก็ยังมีอันตรายสูง เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สำหรับผู้ป่วยทุกรายในการศึกษานี้มีอาการไข้ คอบวมที่บริเวณมุมกรามล่าง (angle of mandible) ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญอย่างอื่น คือ กลืนเจ็บ หรือกลืนลำบาก bulgingของlateral pharyngeal wall อ้าปากไม่สุด (trismus) ซึ่งเป็นผลจากการที่มี irritation ของกล้ามเนื้อ medial pterygoid ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยฉบับอื่น[7,8,10]

การติดเชื้อของ parapharyngeal space สามารถลุกลามเข้าสู่ retropharyngeal space ได้ง่าย เนื่องจากทั้งสอง space นี้ อยู่ชิดติดกันโดยมีเพียง alar fascia กั้นเท่านั้น การส่งตรวจเอกซเรย์ plain film ของ lateral neck จึงมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยว่ามี retropharyngal abscess ร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งการศึกษานี้มีการส่งตรวจ plain film ในผู้ป่วย 16 ราย และพบว่ามี prevertebral soft tissue หนาตัวขึ้น 3 ราย การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อวินิจฉัย deep neck abscess เพียงอย่างเดียวมีความไวร้อยละ 91 - 95 ความจำเพาะร้อยละ 53 - 60[11,12] แต่ถ้าใช้การตรวจร่างกายทางคลินิกร่วมกับ CT scan จะให้ความไวและความจำเพาะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 95 และ 80 ตามลำดับ[12] ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษาหรือใช้เพื่อบอกตำแหน่งและกรณีที่การลุกลามของการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง เพื่อลดโอกาสของการผ่าตัดซ้ำในอดีตช่วงเวลาก่อนมีการนำเอายาปฏิชีวนะมาใช้ สาเหตุของการติดเชื้อเกิดจากการติดเชื้อในหนังลำคอและต่อมทอนซิล เชื้อที่พบมากคือ staphylococcus aureus[13] การศึกษาในช่วงหลังพบว่าสาเหตุหลักของการติดเชื้อเป็นการติดเชื้อจากฟัน (dental infection)[14] และไม่พบสาเหตุที่แน่ชัดถึงร้อยละ 22[15] เชื้อแบคทีเรียที่พบส่วนใหญ่คือ hemolytic streptococcus, Staphylococcus aureus และ anaerobic bacteria การศึกษานี้ได้ผลคล้ายคลึงกันคือพบเชื้อก่อโรคเป็น Streptococcus viridans มากที่สุด และเป็นที่น่าสังเกตว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย จะพบเชื้อแบคทีเรียเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อ klebsiella pneumoniae ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Sethi และคณะ[8] แต่เชื้อชนิดไม่พึ่งพาออกซิเจน (anaerobic bacteria) นั้น ไม่มีข้อมูลเนื่องจากไม่สามารถส่งเพาะเชื้อกลุ่มนี้ได้ในโรงพยาบาลลำปาง ผู้ป่วยที่เพาะเชื้อไม่ขึ้นอาจเป็นสาเหตุจากเชื้อชนิดไม่พึ่งพาออกซิเจนหรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะขนาดสูงก่อนผ่าตัดระบายหนอง การรักษาผู้ป่วย parapharyngeal abscess ควรจะต้องทำอย่างเต็มที่และเร่งด่วนคือการให้ยาปฏิชีวนะเข้าทางเส้นเลือดดำในขนาดสูงทันทีและเตรียมพร้อมในการผ่าตัดกำจัดสาเหตุ และระบายหนองภายในเวลา 24 ชั่วโมง[5]

การป้องกันและรักษาภาวะทางเดินหายใจอุดตันเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะก่อนการดมยาสลบ ในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอ้าปากไม่สุดรุนแรง (severe trismus) ทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากยากหรือผู้ป่วยที่มีทางเดินหายใจอุดตันควรจะทำการเจาะคอ (tracheostomy) ก่อนผ่าตัด[7] ซึ่งในกรณีนี้พบในผู้ป่วย 1 ราย ในการศึกษานี้ สำหรับยาปฏิชีวนะที่เลือกใช้ก่อนทราบผลการเพาะเชื้อเริ่มแรกควรคลอบคลุมเชื้อ streptococcus และ anaerobe ได้แก่ penicillin โดยอาจให้เพียงตัวเดียว หรือร่วมกับ

metronidazole ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานควรเลือกใช้ร่วมกับ gentamicin เนื่องจากพบเชื้อแบคทีเรียกรัมลบสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา penicillin แนะนำให้ใช้ clindamycin แทน(16)

Sichel และคณะ[10] รายงานการรักษาผู้ป่วย parapharyngeal infection จำนวน 7 ราย ได้สำเร็จ โดยไม่ผ่าตัดรักษา โดยให้ยา amoxicillin - clavulanic acid ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำเป็นเวลา 9 - 14 วัน ส่งตรวจ CT scan ต้องพบว่าการติดเชื้อจำกัดอยู่ที่ส่วนหลังของ parapharyngeal space และไม่มีรอยโรคที่บริเวณ parapharyngeal fat อย่างไรก็ตาม ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะไม่มีหนอง แต่เป็นเพียง cellulitis หรือต่อมน้ำเหลืองอักเสบ (lymphadinitis) เท่านั้น ส่วน De Marie และคณะ[17] รายงานผู้ป่วยติดเชื้อที่ parapharyngeal space จำนวน 8 ราย ที่รักษาโดยไม่ต้องผ่าตัดเช่นกัน แต่พบว่ามีผู้ป่วยถึง 4 ราย ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น mediastinitis และมีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเฉลี่ยถึง 30 วัน จากการศึกษาและประสบการณ์ของผู้วิจัยเห็นว่า การรักษาโดยวิธีผ่าตัดเพื่อระบายหนองโดยเร็ว เป็นวิธีการรักษาหลักที่เหมาะสมของ parapharyngeal abscess ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วและปลอดภัย

สรุป

Parapharyngeal abscess ยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับแพทย์ หู คอ จมูก ต้องให้การรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม เพื่อรักษาการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ไข้ บวมที่คอบริเวณมุมกรามล่าง กลืนเจ็บ กลืนลำบาก อ้าปากไม่สุด ส่วนอาการหายใจลำบากจะบอกถึงภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและต้องให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที การรักษาประกอบด้วยการให้ยาปฏิชีวนะขนาดสูงทางเส้นเลือดดำ การผ่าตัดแก้ไขสาเหตุและระบายหนองเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. Paonessa DF, Goldstein JC. Anatomy and physiology of head and neck infections (with emphasis on fascia of face and neck). Otolaryngol Clin North Am 1976; 9 : 561-79.
2. Eliacher I, Peleg H, Joachims HZ. Mediastinitis and bilateral pyopneumothorax complicating a parapharyngeal abscess. Head Neck surg 1981; 3 : 438-42.
3. Bach MC, Reediger JH, Rinder HM. Septic anaerobic jugular phlebitis with pulmonary embolism : problems in management. Rev Infect Dis 1988; 10 : 424-7.
4. Harbour RC, Trobe JD, Ballinger WE. Septic cavernous sinus thrombosis associated with gingivitis and paraparyngal abscess. Arch Ophthalmol 1984; 102 : 94-7.
5. Langenbrunner DJ, Dajani S. Pharyngomaxillary space abscess with carotid artery erosion. Arch Otolaryngol 1971; 94 : 447-57.
6. Reisner A, Marshall GS, Bryant K, Postel GC, Eberly SM. Endovascular occlusion of a carotid pseudoaneurysm complicating deep neck space infection in a child. J Neurosurg 1999; 91 : 510-4.
7. Sethi Ds, Stenley RE. arapharyngeal abscss. J Larynol Otol 1991; 105 : 1025-30.
8. Sichel J-Y, Gomori JM, Saah D, Elidon J. Parapharyngeal abscess in children: the Role of CT for diagnosis and treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1996; 35 : 213-22.
9. Chen MK, Wen YS, Chang CC, Huang MT, Hsaio HC. Predisposing factors of life-threatening deep neck infection : logistic regression analysis of 214 cases. J Otolaryngol 1988; 27 : 141-44.
10. Sichel J-Y, Dano I, Hocwold E, Biron A, Eliashar R. Nonsurgical management of parapharyngeal space infection : a prospective studey. Laryngoscope 2002;112:906-10.
11. Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, Casselbrant ML, Gonzalaz-Valdepena H, Bluestone CD, Head and neck space infecions in infants and children. Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 112 : 375-82.
12. Miller WD, Furst IM, Sander GKB, Kella MA. A prospective, blind comparison of clinical examination and computed tomography in deep neck infection. Laryngoscope 199; 109 : 1873-9.
13. Scott A, Stiernberg N, Driscoll. Deep neck spack infections; bailey head&neck surgery - Otolaryngology. 1998, Lippincot - Raven Cap. 58 : 819-35.
14. Peterson L. Odontogenic infections; Cummings Otolaryngology Head&Neck surgery - 1998, st. Louis : mosby vol2. cap. 73 : 1354-71.
15. Tom MB, Rice DH. Presentation and management of neck abscess : a retrospective analysis. Laryngoscope 1988; 98 : 877-80.
16. Bartlett JG, Gorbach SL. Anaerobic infections of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am 1976; 9 : 655-78.
17. De Marie S, Tham RT, Van der Mey AG, Meerdink G, Van Furth R, Van der Meer JW. Clinical infections and non-surgical treatment of parapharyngeal space infections complicating throat infections. Rev Infect Dis 1989; 11 : 975-85.