

นิพนธ์ต้นฉบับ

การติดเชื้อบริเวณโพรงหลังคอดอย

เพ็ญพรรณ บุญประสาธสุข พ.บ.*

Abstract **Retropharyngeal space infection**
Penpun Boonprasatsook M.D.**Department of Otolaryngology, Maharat Nakhonratchasima Hospital
J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:20-26.

Retropharyngeal space abscesses is uncommon but potentially lethal infection, now a rare entity since the widespread use of modern antibiotics. In children the classically secondary to upper respiratory infection, while in adults they are usually secondary to trauma, foreign bodies or extension from adjacent space. The authors reviewed 15 patients with retropharyngeal space infection between July 2004 to June 2007. Age, sex, duration of symptoms, hospitalization time, Clinical presentation were analyzed. Widening of the prevertebral soft tissue as seen on a plain film of the lateral neck was the most important diagnostic tool.

Sore throat and Odynophasia were the most common symptoms (93.33 percent) and showed a high prevalence in adult populations (93.33 percent). Four cases were caused by ingestion of a foreign body. Nine cases underwent surgical drainage which was positive in six cases (66.66 percent). Gram negative bacteria (*K. pneumoniae* and *P.aeruginosa*) was predominant pathogens. Early diagnosis and appropriate use of antibiotic less morbidity, Only two case has portoperative complications and both recovered. There were no deaths and only one recurrence requiring repeat surgical drainage.

บทนำ

ปัจจุบันการติดเชื้อบริเวณโพรงหลังคอดอย (Retropharyngeal infection) พบได้น้อยลงเนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะกันอย่างแพร่หลาย ร่วมกับการเพิ่มประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อบริเวณโพรงหลังคอดอย (Retropharyngeal

space infection) ยังมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอันตรายสูงและสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ในเด็กมักพบโรคนี้ตามหลังภาวะการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น เนื่องจากการกระจายเชื้อตามระบบน้ำเหลืองไปยังต่อมน้ำเหลืองกลุ่มหลังคอดอย (Retropharyngeal node)¹ แต่ในผู้ใหญ่มักพบตามหลังผู้

* ภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ป่วยที่มีประวัติกลืนสิ่งแปลกปลอม, การใส่ท่อช่วยหายใจ^{2,3} ตามหลังการทำหัตถการส่องกล้อง (endoscopic procedure)⁴ การบาดเจ็บบริเวณคอด้านนอก (external neck trauma)^{5,6} ยิ่งในเด็กเล็กไม่สามารถบอกอาการได้ ทำให้การวินิจฉัยมีความยากลำบากยิ่งขึ้น⁷ ดังนั้นการส่งตรวจเอกซเรย์ท่า lateral neck จึงมีความจำเป็นในการช่วยวินิจฉัยโรคอย่างยั้ง^{8,9} โดยจะพบเนื้อเยื่อบริเวณด้านหน้าของกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical vertebrae) หนาตัวขึ้นกว่าปกติซึ่ง Wholey และคณะ¹⁰ ได้กำหนดความหนาปกติของบริเวณ Retropharyngeal space ในระดับ C₂ อยู่ระหว่าง 4-7 มิลลิเมตร ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ และระดับ C₆ น้อยกว่า 14 มิลลิเมตร (สำหรับเด็ก) 22 มิลลิเมตร (สำหรับผู้ใหญ่)

จุดประสงค์ของการวิจัยฉบับนี้เพื่อนำเสนอลักษณะการดำเนินโรค เชื้อแบคทีเรียต้นเหตุ แนวทางการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อบริเวณโพรงหลังคอกอ (Retrophary - ngeal

space infection) ที่ได้รับการรักษาที่ แผนก หู คอ จมูก รพ.มหาราชนครราชสีมา

ผู้ป่วยและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นการติดเชื้อบริเวณโพรงหลังคอกอ (Retropharyngeal space infection) ทั้งหมด 15 ราย ที่มารับการรักษาที่กลุ่มงานโสตศอนาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และได้รับไว้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาพบแพทย์ระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการแสดง สาเหตุของการติดเชื้อโรคประจำตัว (underlying disease) ผลการเพาะเชื้อจุลินทรีย์ชนิด aerobic bacteriaแนวทางการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่พบ

ตารางที่ 1 ตารางการแสดงลักษณะผู้ป่วย Retropharyngeal space abscess

ลำดับที่	เพศ	อายุ (ปี)	ระยะเวลาของอาการ (วัน)	โรคประจำตัว (underlying disease)	สาเหตุ (Etiology)	การผ่าตัด (Surgically drainage)	ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic)	ผลการเพาะเชื้อ (Culture)	Sensitivity	ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	ภาวะแทรกซ้อน
1	ชาย	40	7	-	Foreign body	External	Amoxicillin+ Clavulanic acid+ metronidazole	Klebsiclla pncumoniac	Sen.Cefazoline Gentamicin Co-t	18	Upper air way rimoxazole obstruction (UAO) Pleural effussion
2	ชาย	64	5	Diabetic Gout	Upper Recspiratory tractinfection(URI)	-	Amoxicillin+ Clavulanic acid	-	-	3	
3	ชาย	62	5	-	Foreign body	-	Amoxicillin+ Clavulanic acid	-	-	10	UAO

ลำดับ ที่	เพศ (ปี)	อายุ ของอาการ (วัน)	ระยะเวลา โรคประจำตัว (underlying disease)	สาเหตุ (Etiology)	การผ่าตัด (Surgically drainage)	ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic)	ผลการเพาะเชื้อ (Culture)	Sensitivity	ระยะเวลา นอนโรง- พยาบาล (วัน)	ภาวะ แทรกซ้อน	
4	หญิง	63	3	Hypertension	-	-	PGS	-	-	24	UAO
5	หญิง	63	4	-	Parapharynx	Tarsoral	Amoxicillin+ Clavulanic acid+ Amikin+ Metronidazole	(no pus)	-	16	UAO
6	หญิง	62	3	Diabetic+ Hypertension	URI	Transoral	Amoxicillin+ Clavulanic acid	No growth	-	8	
7	ชาย	1	4	-	URI	Transoral	Clindamycin+ Gentamicin	no pus)	-	8	UAO
8	หญิง	27	4	Pregnancy	Foreign boby	External	Amoxicillin+ Clavulanic acid+ Metronidazole	Klebsiella pnevmoniac Gentamicin Co-trimxazole Risis.Ampicillin	Sen.Cefazoline	19	Aspiration Pneumonia
9	หญิง	59	7	Diabetic	URI	-	PGS+Metronidazole	-	-	9	-
10	ชาย	57	5	-	Foreign body	-	Amoxicillin+ Clavulanic acid	-	-	2	Sharp FB in soft tissue At neck (Refer)
11	ชาย	40	5	-	-	-	Amoxicillin+ Clavulanic acid	-	-	5	
12	ชาย	59	4	Hypertension Gout	Parapharynx Peritonsillar	External	Amoxicillin+ Clavulanic acid Metronidazole	No growth	-	12	
13	ชาย	51	30	Alcoholism Cirrosis TB lung	Parapharynx	External	Amoxicillin+ Clavulanic acid Metronidazole	No growth	-	30	Septic shock
14	ชาย	40	3	-	-	Transoral (Auto)	Amoxicillin+ Clavulanic acid	(no pus)	-	3	
15	ชาย	55	7	-	Parapharynx	External*2	Amoxicillin+ Clavulanic acid+ Metronidazole	Psudomonase Aeruginosa	Sen. Gentamicin Ceftazidime Ciprofloxacin	15	

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงเริ่มแรกของผู้ป่วย

อาการและอาการแสดง	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) N= 15	ผู้ป่วยลำดับที่
ไข้ (Fever)	10(66.66)	1,2,3,6,7,8,10,12,13,15
เจ็บคอ (Sore throat)	14(93.33)	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15
กลืนเจ็บ (Odynopagia)	14(93.33)	1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15
คอบวม (Neck swelling)	8(53.33)	4,5,6,8,9,12,13,15
กลืนลำบาก (Dysphagia)	12(80)	1,2,4,6,7,8,9,10,11,12,14,15
หายใจลำบาก (Respiratory distress)	4(26.66)	1,3,4,7
อ้าปากติด (Trismus)	2(13.33)	14,15
บวมขึ้นของเนื้อเยื่อด้านหลังคอ (Bulging of posterior pharyngeal wall)	14(93.33)	1,4,13

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 15 ราย เพศชาย 10 ราย (ร้อยละ 66.66) เพศหญิง 5 ราย (ร้อยละ 33.33) อายุเฉลี่ย 49.5 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 1-64 ปี ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาการติดเชื้อโพรงหลังคอกอหอย (Retropharyngeal space infection) ดังตารางที่ 1 ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาพบแพทย์เฉลี่ย 6.4 วัน (ตั้งแต่ 3-30 วัน) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด 7 ราย เป็นเบาหวาน 3 ราย (ร้อยละ 20)

สาเหตุเกิดตามหลังกลืนสิ่งแปลกปลอม 4 ราย (ร้อยละ 26.66) มีประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้นมาก่อน 4 ราย (ร้อยละ 26.66) ลูกกลมจากการติดเชื้อในโพรงหนองข้างเคียงคือ ติดเชื้อจาก Peri - tonsillar abscess และหรือ Para -pharyngeal abscess 4 ราย (ร้อยละ 26.66) ไม่ทราบสาเหตุ 3 ราย (ร้อยละ 20)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ดังตารางที่ 2 พบว่าอาการเจ็บคอ (Sore throat) และกลืนเจ็บ (Odynopagia) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย (ร้อยละ 93.33) ภาพทางรังสีของเนื้อเยื่อบริเวณคอ (Plain film soft tissue technique) ในท่า

ด้านข้าง (lateral) พบการหนาตัวปกติของเนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลังช่องคอทุกราย

การรักษาพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ ร่วมกับการผ่าตัด 9 ราย (ร้อยละ 60) ผู้ป่วย 6 ราย (ร้อยละ 40) ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำโดยไม่ต้องใช้การผ่าตัดร่วมในรายที่ต้องรับการผ่าตัดเพื่อระบายหนอง มีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 44.44) ใช้วิธีการผ่าตัด (Surgical approach) จากภายในช่องปาก (intraoral approach) และผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 55.55) ได้รับการผ่าตัดจากภายนอก (external approach) พบหนองจากการผ่าตัดทั้งหมด 6 ราย (ร้อยละ 66.66) และได้ส่งเพาะเชื้อโดยวิธีฟิงพาออกซิเจน (Aerobic culture)

ผลการเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรีย (klebsiella pneumoniae) 2 ราย Pesudomonae aeruginosa 1 ราย ผู้ป่วย 3 ราย เพาะเชื้อไม่ขึ้นผลความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ สำหรับเชื้อ (klebsiella pneumoniae) ที่พบทั้งหมด คือต่อยากลุ่ม penicillin แต่มีความไวต่อยา cefazolin gentamicin และ co-trimoxazole

ผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง 2

ครั้ง เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังผ่าตัดครั้งแรก ภาพถ่ายทางรังสีของเนื้อเยื่อบริเวณคอในท่าด้านข้าง พบว่ายังคงมีหนองค้างอยู่

จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.13 วัน (ตั้งแต่ 2.30 วัน) และไม่พบจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต

ภาวะแทรกซ้อนพบในผู้ป่วย 8 ราย (ร้อยละ 53.33) แบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการระบบทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตัน (upper airway obstruction : UAO) ตั้งแต่วันมาพบแพทย์ 5 ราย (ร้อยละ 62.50) ซึ่ง 1 รายในผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิด pleural effusion ร่วมด้วยนอกจากนี้พบการช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) 1 ราย (ร้อยละ 12.50) สิ่งแปลกปลอมทะลุหลอดอาหารและฝังตัวอยู่ในเนื้อเยื่อบริเวณคอ 1 ราย (ร้อยละ 12.50) ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังผ่าตัดพบในผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 25.00) ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักหนองที่แตกในคอ ขณะใส่ท่อช่วยหายใจขณะดมยาสลบ 1 ราย และปอดอักเสบ 1 ราย

วิจารณ์

ในอดีตก่อนที่จะมีการใช้ยาปฏิชีวนะกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ภาวะการติดเชื้อบริเวณโพรงหลังคอกอหอยมักจะมีพบในเด็ก แต่ในปัจจุบันการนำเสนอรายงานต่าง ๆ พบในช่วงอายุที่มากขึ้น โดยพบมากในผู้ใหญ่⁸ เพศชายมากกว่าเพศหญิง^{10,11} ในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ขวบมักจะมีประวัติติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้นนำมาก่อน⁹ สำหรับในผู้ใหญ่ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าสาเหตุการเกิดการติดเชื้อบริเวณหลังคอกอหอยมักเกิดตามหลังผู้ป่วยที่มีประวัติกลืนสิ่งแปลกปลอม การใส่ท่อช่วยหายใจ^{2,3} ตามหลังการทำหัตถการส่องกล้อง (endoscopic procedure)⁴ การบาดเจ็บบริเวณคอด้านนอก (external neck trauma)^{5,6} ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของนพ.สมชาย ศรีร่วมโพธิ์ทองและคณะ¹² พบว่าสาเหตุจากการกลืนสิ่งแปลกปลอมร้อยละ 50

ตามหลังการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ร้อยละ 16 ตามหลังการทำหัตถการส่องกล้อง (endoscope) ร้อยละ 8.5 สาเหตุจากฟันและเหงือกร้อยละ 8.5 ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 16 ส่วนการศึกษานับนี้พบความสอดคล้องและแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามีดังนี้ พบว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่มากกว่าเพศเด็ก เพศชายมากกว่าเพศหญิงและพบผู้ป่วยเด็กเพียง 1 ราย (ร้อยละ 6.66) ซึ่งมีประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้นนำมาก่อนเช่นกัน สำหรับในผู้ป่วยผู้ใหญ่สาเหตุจากการกลืนสิ่งแปลกปลอมร้อยละ 26.66 ตามหลักภาวะติดเชื้อระบบหายใจส่วนต้น ร้อยละ 26.66 ลูกกลมจากการติดเชื้อบริเวณโพรงข้างเคียงร้อยละ 26.66 ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 20 อาการและอาการแสดงที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่พบบ่อยในรายงานต่าง ๆ ได้แก่ ไข้ กลืนเจ็บ กลืนลำบาก คอบวม หายใจลำบาก ตรวจพบการบวมของผนังคอด้านหลัง (Bulging of posterior pharyngeal wall) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบอาการเจ็บคอ (ร้อยละ 93.33) และอาการกลืนเจ็บ (ร้อยละ 93.33) เป็นอาการเริ่มแรกที่พบบ่อยสุดการวินิจฉัยเบื้องต้นโดยการถ่ายภาพทางรังสีของเนื้อเยื่อบริเวณคอท่าด้านข้าง ซึ่งจะพบความหนาตัวที่ผิดปกติของเนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลังส่วนคอ (Prevertebral soft tissue)¹⁰ ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัย เช่น พบอากาศในเนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลัง¹¹ (air in prevertebral soft tissue) ไม่พบแนวโค้งของกระดูกสันหลังบริเวณคอ (loss lordotic curvature of spine) หรือพบสิ่งแปลกปลอม สำหรับเด็กเล็กปกติอาจจะพบการหนาตัวของเนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลังบริเวณคอได้ในท่าเด็กหายใจออก (expiratory lateral neck) อาจเกิดการสับสนกับการวินิจฉัยโรคได้ ดังนั้น เพื่อช่วยในการยืนยันการวินิจฉัยจึงควรส่งตรวจในท่าหายใจเข้าร่วมด้วย (Inspiratory lateral neck) แต่อย่างไรก็ตามการถ่ายภาพการหายใจเข้าของเด็กเล็ก ๆ ทำได้ยากมาก ดังนั้น การพบการหนาตัวของเนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลังบริเวณคอ อาจเกิดจากสาเหตุ Cellulitis หรือ edema หรือจากการก้มคอในขณะที่ถ่ายภาพเอกซเรย์ ดังนั้น จึง

เป็นเหตุผลที่จะต้องพิจารณาส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)¹³ นอกจากนี้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ยังช่วยวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง cellulitis และฝีหนอง (abscess) และเป็น การช่วยบอกตำแหน่ง ระดับ ขนาดของฝีหนอง เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

การรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเหล่านี้ประกอบไปด้วยหลักใหญ่ ๆ คือ การใช้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ (intravenous antibiotic) การผ่าตัดกำจัดสาเหตุ และระบายหนอง และการป้องกันรักษาทางเดินหายใจอุดตัน การดูแลรักษาโรคประจำตัวทางกายที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนกระทั่งการป้องกันรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ในอดีตสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลจากการติดเชื้อในผนังลำคอและทอนซิล และเชื้อที่พบบ่อยคือ Staphylococcus aureus¹⁴ หลังจากมีการนำยาปฏิชีวนะมาใช้กันอย่างแพร่หลาย จากการวิจัยหลายฉบับพบเชื้อที่เป็นสาเหตุเป็นเชื้อกลุ่ม Polymicrobial organism ส่วนใหญ่ที่พบคือ Staphylococcus aureus, Streptococcus species และ anaerobic bacteria^{15,16} แต่ในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากและมีโรคทางระบบร่างกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน อาจพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่มแกรมลบอย่างชัดเจน¹² แต่จากการศึกษาครั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ผลการเพาะเชื้อเป็นแบคทีเรียกลุ่มแกรมลบทั้งหมด คือเชื้อ Klebsiella pneumoniae 2 ราย และ Pseudomonas aeruginosa 1 ราย และไม่ใช่ผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ยกเว้น 1 ราย เป็นผู้ป่วยอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาฝีหนอง ประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับการศึกษาฉบับ¹⁷

ยังมีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในการรักษา ก่อนทราบผลการเพาะเชื้อ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เนื่องจากการติดเชื้อโพรงหลังคอหอยเป็นภาวะการติดเชื้อที่รุนแรง ซึ่งอาจจะทำให้เพิ่มอุบัติการณ์เสียชีวิตได้สูง โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีโรคอื่นร่วมด้วยเช่น เบาหวาน ร่วมกับการศึกษาอื่นพบ

ว่า เชื้อมักจะเป็น Polymicrobial organism^{15,16} และจากการศึกษาผลการวิจัยฉบับนี้ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวและอายุไม่มาก ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรพิจารณาเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม penicillin (high dose) ร่วมกับยาในกลุ่ม aminoglycoside หรือพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม amoxicillin + clavulanic acid ร่วมกับยาในกลุ่ม aminoglycoside ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมาบ้างแล้ว หรือ ในพื้นที่ที่มีกพบอุบัติการณ์การดื้อยาของกลุ่ม penicillin ของเชื้อ streptococcus ตั้งแต่แรกเริ่มการรักษา

ภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบ 2 ราย คือหนึ่งรายเกิดปอดอักเสบ จากการสำลักหนองที่แตกในขณะใส่ท่อช่วยหายใจในขณะดมยาสลบ และอีกหนึ่งรายเกิดภาวะปอดอักเสบภายหลัง ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในการศึกษารุ่นนี้ ซึ่งน่าจะเกิดจากการรักษาอย่างเต็มที่และเร่งด่วน ร่วมกับการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีผลต่อการลดภาวะ แทรกซ้อนและอัตราการตาย

สรุป

ปัจจุบันการเกิด Retropharyngeal space infection มักพบในผู้ใหญ่ ซึ่งมีประวัติกลืนสิ่งแปลกปลอม เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยเป็นเชื้อแกรมลบ โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีโรคในระบบอื่นของร่างกายร่วมด้วย เช่น เบาหวาน การวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว ร่วมกับการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม มีผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตาย

References

1. Gaglani MJ, Edwards MS. Clinical indicators of child-hood retropharyngeal abscess. Am J Emerg med 1995;13:333-6.
2. Heat LK, Peirce TH. Retropharyngeal abscess following endotracheal intubation. Chest 1977; 72:776-7.

3. Wong YK, Novotny GM. Retropharyngeal space—a re-view of anatomy, pathology and clinical presentation. *J Otolaryngol* 1978;7: 528–36.
4. Heller AM, Hohl R, Madhavan T, Wong K. Retropharyngeal abscess after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: an uncommon but potentially fatal complication. *South Med J* 1978;71:219–21.
5. Pickle JM. Retropharyngeal abscess complicating a neck wound (a case report). *J Laryngol Otol* 1988;102:552–3.
6. Husaru AD, Nedzelski JM. Retropharyngeal abscess and upper airway obstruction. *J Otolaryngol* 1979;8:443–7.
7. Levitt Gw. Cervical fascia and deep neck infections. *Laryngoscope* 1970;80:409–35.
8. Oldenberh D, Golz A, Joachims HZ. Retropharyngeal abscess: a clinical review. *J Laryngol Otol* 1997;111:546–50.
9. Barratt GE, Koopmann CF Jr, Coulthard SW. Retropharyngeal abscess a ten-year experience. *Laryngoscope* 1984;94:455–63.
10. Wholey MH, Bruwer AJ, Baker HL Jr. The lateral roentgenogram of the neck; with comments on the atlanto-odontoid-basion relationship. *Radiology* 1958;71:350–6.
11. Gianoli GJ, Espinola TE, Guarisco JL, Miller RH. Retropharyngeal space infection: changing trends. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105:92–100.
12. Srirompotong S, Srirompotong S, Saeseow P. Retropharyngeal Space Infection. *J Med Assoc Thai* Vol. 87 No.4 2004:382–5
13. Goldenberg D, Golz A, Joachims Z. Retropharyngeal abscess: a clinical review: the *Journal of Laryngology and Otology*. June 1997 Vol.111 pp.546–50
14. Rabuzzi DD, Johnson JT D. Diagnosis and management of deep neck infection. *American Academy of Otolaryngology Self-Instructional Package*, 1978.
15. Brook I. Microbiology of retropharyngeal abscesses in children. *Am J Dis Child* 1987; 141:202–4.
16. Thompson JW, Cohen SR, Reddix P. Retropharyngeal abscess in children: a retrospective and historical analysis. *Laryngoscope* 1988;98:589–92.
17. Boscolo RP, Marchiori C, Zanetti F, Vaglia A, Da mosto MC. Conservative management of deep neck abscesses in adults: the importance of CECT findings. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135(6):894–9.