

เมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอ

ธวัชชัย ทองประเสริฐ*

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาในผู้ป่วยเมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอ และมีผลการเพาะเชื้อยืนยันจากหนองว่าเป็นการติดเชื้อ *Burkholderia Pseudomallei* ที่เข้ารับการรักษาในแผนก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือน มกราคม 2551 ถึง ธันวาคม 2556 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 39 ราย เป็นชาย 28 ราย หญิง 11 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุไม่เกิน 10 ปี (ร้อยละ 51.28) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม (ร้อยละ 69.23) ผู้ป่วย 2 ราย ในจำนวนนี้มีประวัติอุบัติเหตุทางรถยนต์ และอีก 1 ราย ได้รับการถอนฟันก่อนที่จะมีอาการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.67) ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ตำแหน่งของโรคที่พบมากที่สุด คือ ฝีที่บริเวณต่อมน้ำลายพาโรติด (parotid abscess) รองลงมาคือ ฝีที่บริเวณคอ (cervical abscess) อาการของผู้ป่วยที่มักจะพบมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย ได้แก่ อาการบวมที่บริเวณใบหน้าและลำคอ ใช้สียง และอ้าปากได้น้อย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดระบายหนอง ผลการเพาะเชื้อพบว่าเชื่อมีการดื้อต่อยา ampicillin, gentamicin ขณะที่ตอบสนองต่อยา chloramphenicol, cotrimazole, ciprofloxacin, tetracycline, ceftazidime, amoxicillin-clavulanate, sulperazone, imipenem ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาเป็น ceftazidime ร้อยละ 66.66 รองลงมาคือ clindamycin ร่วมกับ ceftazidime ร้อยละ 20.51 มีผู้ป่วย 12 ราย ได้ทำอัลตราซาวด์บริเวณท้อง ซึ่งพบว่า 2 ราย มีการติดเชื้อที่กระจายไปยังตำแหน่งอื่น คือ ฝีบริเวณม้าม 1 ราย และฝีที่ตับ 1 ราย ไม่ปรากฏว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตในการศึกษารั้งนี้

คำสำคัญ เมลิออยโดสิส ฝีบริเวณศีรษะและลำคอ *Burkholderia pseudomallei*

* โสิต ศอ นาสิก แพทย์. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

บทนำ

เมลิโออยโดสิส (melioidosis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบทรงแท่งชนิดหนึ่งชื่อว่า *Burkholderia pseudomallei* ในอดีตมีการใช้ชื่อต่างๆ กันไป เช่น *Bacillus with more*, *Bacillus pseudomallei*, *Pseudomonas pseudomallei* แต่ในปี ค.ศ.1992 ได้เปลี่ยนมาใช้ชื่อ *Burkholderia pseudomallei* โดยเชื้อในกลุ่ม *Burkholderia* มีมากกว่า 40 ชนิด ซึ่งมี 2 ชนิด ที่พบในดินประเทศไทยและออสเตรเลีย คือ *Burkholderia thailandensis* และ *Burkholderia pseudomallei* แต่เชื้อ *Burkholderia thailandensis* เป็นเชื้อที่ก่อโรคน้อย และถ้าเกิดโรคก็รุนแรงน้อยกว่า *Burkholderia pseudomallei*⁽¹⁾

เชื้อ *Burkholderia pseudomallei* พบมากในดินและน้ำ⁽²⁾ พบทั่วไปในประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบมากที่สุด ในจังหวัดอุบลราชธานี⁽³⁻⁵⁾ ส่วนในต่างประเทศพบมากในประเทศออสเตรเลียทางตอนเหนือ^(6,7)

อุบัติการณ์การเกิดโรคเมลิโออยโดสิสในปี พ.ศ. 2549 พบว่าประเทศไทยมีค่าสูงสุดในโลก คือ 21.3 รายต่อประชากร 100,000 ต่อปี⁽⁵⁾ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายอายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี ขณะที่ร้อยละ 20 เป็นเด็ก การติดเชื้อมักพบมากในฤดูฝน (ร้อยละ 80)⁽⁵⁾ นอกจากนั้นโรคเมลิโออยโดสิสยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของการติดเชื้อในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองจากการติดเชื้อ HIV และ

วัณโรค⁽⁹⁾ ตามลำดับ

โรคเมลิโออยโดสิสสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสโดยตรงกับดิน หรือจากการรับประทานน้ำที่มีเชื้อโรคปนเปื้อน สำหรับการติดเชื้อทางอากาศยังไม่ชัดเจนถึงแม้จะมีรายงานในประเทศเวียดนาม ปัจจุบันสิ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อนี้ได้ง่าย ได้แก่ โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์หนัก chronic pulmonary disease, chronic renal disease ธาราล์ซีเมีย การใช้ glucocorticoid และโรคมะเร็ง^(8,10)

โรคเมลิโออยโดสิสสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อทุกระบบในร่างกาย ที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนอวัยวะที่ติดเชื้อได้บ่อยที่สุด คือ ปอด รองลงมาได้แก่ ฝีที่ม้าม ฝีที่ตับ ฝีที่ต่อมน้ำลายพาโรติด การติดเชื้อที่กระดูกและข้อ การติดเชื้อที่ไต ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งอาการแสดงอาจคล้ายคลึงกับการติดเชื้อโรคอื่นๆ เช่น วัณโรค หรือเนื้องอก จึงได้รับการเรียกว่า “ยอดนักเลียนแบบ” (The mimicker)⁽¹¹⁾ การติดเชื้อในปอดพบได้หลายรูปแบบ ทั้งเป็นแบบ zonal opacities, widespread opacity, cavitation หรือ pleural effusion เป็นต้น การติดเชื้อในตับจะมีลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า honey comb จากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ส่วนการติดเชื้อในม้ามมีลักษณะที่เรียกว่า swiss cheese จากการทำอัลตราซาวด์ ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคเมลิโออยโดสิสจึงค่อนข้างยากหากไม่ได้นึกถึงและไม่มีควมคุ้นเคยกับการวินิจฉัย ซึ่งการ

วินิจฉัยโรคที่ซ้ำจะทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น⁽¹²⁾ การเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจเป็นมาตรฐานหลัก (gold standard)⁽¹³⁾ ในการวินิจฉัยโรคเมลิออยโดสิส แต่อาจได้ผลช้า การตรวจด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) จะได้ผลตรวจที่เร็วกว่า แต่ยังมีควาไว้น้อย^(14,15) โดยเฉพาะจากสิ่งส่งตรวจที่เป็นเลือด ส่วนการตรวจเมลิออยโดสิส (meliod titer) อย่างเดียวอาจไม่ช่วยยืนยันการวินิจฉัย โดยเฉพาะในพื้นที่ถิ่นของเชื้อ (endemic area) เช่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่มักพบค่า meliod titer สูงอยู่แล้ว

สำหรับการรักษาโรคเมลิออยโดสิสจะมีการรักษาที่แตกต่างจากการติดเชื้อแบคทีเรียโดยทั่วไป โดยจะให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง และรักษาตามอาการ ซึ่งการให้ยาปฏิชีวนะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1.Initial intensive therapy โดยจะให้ยา 10-14 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่อาจจะต้องให้ยานานกว่านี้ คือ ผู้ป่วยวิกฤต extensive pulmonary disease, deep seated collection or organ abscess, osteomyelitis, septic arthritis, neurological infection ยาปฏิชีวนะที่ใช้คือ cef-tazidime 2 gm ทางเส้นเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยาอื่นที่ใช้ได้ เช่น meropenam, imipenam, cefoperazone+sulbactam, amoxil-clavulanate แต่ amoxil-clavulanate มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้มากกว่ายาตัวอื่น

2.Maintenance therapy การให้ยา

ระยะนี้เพื่อเป็นการกำจัดเชื้อจำนวนน้อยที่เหลืออยู่ในร่างกายให้หมดไป และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยให้ยา cotrimoxazole และบริหารยาตามน้ำหนักตัว ถ้าน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ให้ 2 เม็ด กินเช้า-เย็น น้ำหนักตัว 40-60 กิโลกรัม ให้ 3 เม็ด กินเช้า-เย็น ถ้ามมากกว่า 60 กิโลกรัม ให้ 4 เม็ด กินเช้า-เย็น โดยให้เป็นระยะเวลา 12-20 สัปดาห์ การศึกษาในปัจจุบันพบว่าไม่จำเป็นต้องให้ doxycycline ร่วมด้วยเช่นที่ผ่านมา⁽¹⁶⁾

สำหรับการดื้อยาของเชื้อเมลิออยโดสิสในรายงานการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จากผู้ป่วย 4,021 ราย ในระยะเวลา 21 ปี พบมีการดื้อยา 24 ราย โดยดื้อยา ceftazidime 18 ราย amoxil-clavulanate 4 ราย และดื้อต่อยาทั้ง 2 ตัว 12 ราย แต่ไม่มีรายงานการดื้อยาในกลุ่ม carbapenam⁽¹⁷⁾

การติดเชื้อซ้ำของผู้ป่วยเมลิออยโดสิสในผู้ป่วยรายเดิม (recurrent meliod) พบได้ร้อยละ 13 ใน 10 ปี และร้อยละ 6 ใน ปีแรก⁽¹⁸⁾ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การกลับเป็นซ้ำ (relapse) และการติดเชื้อใหม่อีกครั้ง (reinfection) ซึ่งแยก 2 กลุ่มนี้จากกันด้วยการตรวจ genotype และพบเป็นกลุ่มของการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 75 มี median time ของการกลับเป็นซ้ำ 228 วัน (ร้อยละ 89 ใน 1 ปี) ส่วนกลุ่ม reinfection พบร้อยละ 25 มี median time ของการ reinfection 823 วัน อย่างไรก็ตาม ไม่มีความแตกต่างของผลลัพธ์ในการรักษาของทั้งสองกลุ่ม ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการ

กลับเป็นซ้ำ มักเกิดจากการกินยาปฏิชีวนะน้อยกว่า 8 สัปดาห์ ในระยะ maintenance ส่วนในกลุ่ม reinfection ไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจน⁽¹⁸⁾

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานยืนยันในการพิจารณาแนวทางแนะนำในการป้องกันโรค แต่ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ธาลัสซีเมีย ได้รับ immuno suppressive therapy และ cystic fibrosis ที่จะเดินทางมาในพื้นที่ถิ่นของเชื้อควรพึงระวังเป็นพิเศษ ทั้งนี้ ยังไม่มีวัคซีนสำหรับการป้องกันเมลิออยโดสิสในขณะนี้

สำหรับการติดเชื้อเมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอพบได้น้อยเมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่นๆ ตำแหน่งที่พบได้บ่อยในบริเวณศีรษะและลำคอ คือ ต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid gland) ซึ่งมักพบมากในเด็ก ส่วนการติดเชื้อตำแหน่งอื่นในบริเวณนี้พบมีรายงานได้น้อยมาก เช่น ไชนส์อักเสบโพรงกระดูกมาสตอยด์อักเสบ deep neck infection เป็นต้น

ผู้วิจัยได้ทำงานในแผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นเมืองหลวงของโรคเมลิออยโดสิส และได้พบผู้ป่วยเมลิออยโดสิสเป็นจำนวนมากพอควร จึงได้ทำการศึกษาและสรุปภาพรวมของโรคเมลิออยโดสิสในบริเวณศีรษะและลำคอ ซึ่งรายงานการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วย 39 ราย นอกจากนี้ยังได้ทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสในด้านต่างๆ รวมถึง

อาการแสดง การวินิจฉัย และการรักษา เพื่อข้อมูลต่างๆ จะได้นำไปเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปและเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง โดยทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอที่เข้ารับการรักษาในแผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคม 2551 ถึง เดือนธันวาคม 2556 รวมระยะเวลา 6 ปี โดยผู้ป่วยทุกรายจะต้องมีผลการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจขึ้นเชื้อ *Burkholderia pseudomallei*

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอที่มีผลเพาะเชื้อยืนยันว่าเป็นการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ทั้งหมด 39 ราย โดยเป็นการเพาะเชื้อจากหนองที่ได้จากการระบายหนอง (incisional and drainage) ทั้งหมด เป็นผู้ป่วยชาย 28 ราย (ร้อยละ 71.79) และหญิง 11 ราย โดยช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 0-10 ปี พบ 20 ราย (ร้อยละ 51.28) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี พบ 5 ราย เท่ากัน (ร้อยละ 12.82) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ช่วงอายุของผู้ป่วยเมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอที่แผนกโสต ศอ นาสิก

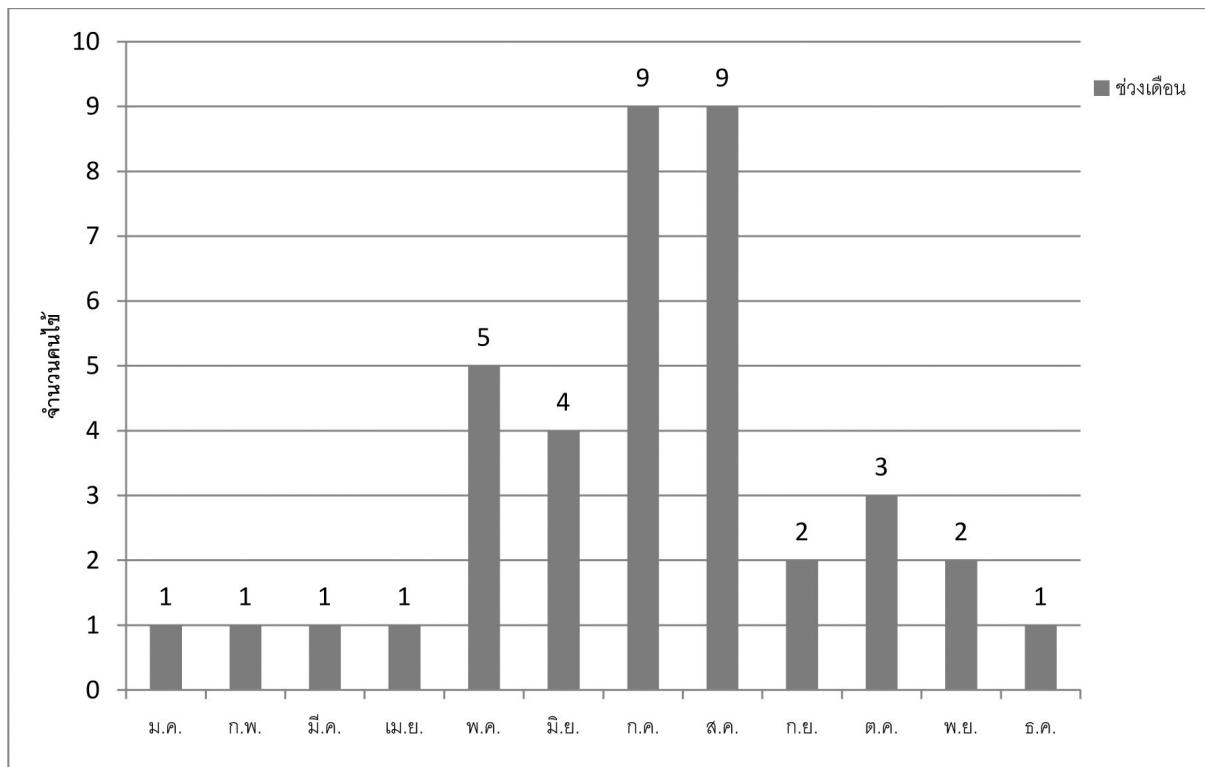
ช่วงอายุ	จำนวนราย	(ร้อยละ)
0-10 ปี	20	(51.28)
11-20 ปี	4	(10.25)
21-30 ปี	-	
31-40 ปี	2	(5.12)
41-50 ปี	5	(12.82)
51-60 ปี	5	(12.82)
61-70 ปี	3	(7.69)

สำหรับช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยเมลิออยโดสิส (แผนภูมิที่ 1) มากที่สุดคือ ช่วงฤดูฝน โดยเฉพาะในเดือนกรกฎาคม และสิงหาคม ซึ่งพบผู้ป่วยเดือนละ 9 ราย (ร้อยละ 23.07) เท่ากัน ผู้ป่วยมักมีอาการก่อนมาพบแพทย์ ประมาณ 6-10 วัน (ร้อยละ 33.33) พบเพียงร้อยละ 5.13 ที่มีอาการมากกว่า 1 เดือน ดังตารางที่ 2

เมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอ

ธวัชชัย ทองประเสริฐ

แผนภูมิที่ 1 ช่วงเวลาที่พบผู้ป่วย



ตารางที่ 2 ระยะเวลาก่อนมารับการรักษา

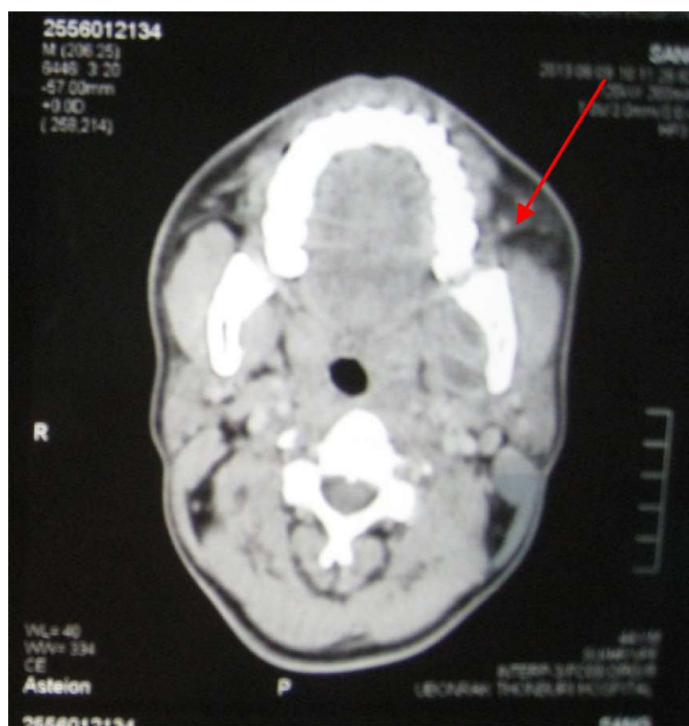
จำนวนวัน	จำนวนราย	(ร้อยละ)
1-5 วัน	7 ราย	(17.95)
6-10 วัน	13 ราย	(33.33)
11-15 วัน	8 ราย	(20.51)
21-25 วัน	3 ราย	(7.69)
26-30 วัน	6 ราย	(15.38)
>1 เดือน	2 ราย	(5.13)

มีผู้ป่วยเมลิออยโดสิสอยู่ 3 ราย ที่พบว่ามีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อนก่อนการติดเชื้อ โดยผู้ป่วย 2 ราย ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และอีก 1 ราย ได้รับการถอนฟันมาก่อนมีอาการ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้หลัง มาด้วยเรื่องอ้าปากได้น้อย แต่ไม่มีไข้และอาการอื่น ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์

พบว่ามีการอักเสบที่ pterygoid space ดังรูปภาพที่ 1

ส่วนโรคประจำตัวของผู้ป่วยนั้นพบว่าผู้ป่วย 26 ราย ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน (ร้อยละ 66.67) ขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน 8 ราย (ร้อยละ 20.51) ดังตารางที่ 3

รูปภาพที่ 1 ภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ผู้ป่วยเมลิออยโดสิสที่เป็นหนองบริเวณ pterygoid space



เมลิออยโคสิสบริเวณศีรษะและลำคอ

ธวัชชัย ทองประเสริฐ

ตารางที่ 3 โรคประจำตัวของผู้ป่วย

โรคประจำตัว	จำนวน (ราย)
เบาหวาน	8
หอบหืด	2
ความดันโลหิตสูง	1
ธาลัสซีเมีย	1
congenital hypothyroid	1
ไม่มี	26

อาการที่ผู้ป่วยมีก่อนมาพบแพทย์ (ตารางที่ 4) มักจะมีอาการบวมบริเวณต่อมน้ำลายพาโรติดและลำคอ 37 ราย (ร้อยละ 94.87) มีไข้สูง 30 ราย (ร้อยละ 76.92) และอ้าปากได้น้อย (trismus)

22 ราย (ร้อยละ 56.41) ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ (ตารางที่ 5) มากที่สุด คือ ฝีบริเวณต่อมน้ำลายพาโรติด (parotid abscess) ดังรูปภาพที่ 2 โดยพบ 21 ราย รองลงมา คือ ฝีบริเวณคอ (cervical abscess) พบ 12 ราย

ตารางที่ 4 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง	จำนวน (ราย)
บวมที่ต่อมพาโรติดและลำคอ	37
ไข้สูง	30
อ้าปากได้น้อย	22
หนองไหลออกจากก้อน (mass)	1
กลิ่นลำบาก	2

ตารางที่ 5 ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ

Diagnosis	จำนวนราย (ร้อยละ)
parotid abscess	21 (53.85)
cervical abscess	12 (30.77)
retropharyngeal space abscess	1 (2.56)
submandibular space abscess	1 (2.56)
submental space abscess	1 (2.56)
deep masticator space abscess	1 (2.56)
multiple space (parotid & parapharyngeal & masticator space)	1 (2.56)
parapharyngeal space	1 (2.56)

รูปภาพที่ 2 ผู้ป่วยเด็กที่เป็นเมลิออยโดสิสบริเวณต่อมน้ำลายพาโรติด (parotid abscess)



ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาโดยการผ่าระบายหนอง (incisional and drainage) ดังรูปภาพที่ 3 ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ โดยได้รับ

ยา ceftazidime 26 ราย (ร้อยละ 66.67) clindamycin ร่วมกับ ceftazidime 8 ราย (ร้อยละ 20.51) และ amoxil-clavulanate 5 ราย (ร้อยละ 12.82)

รูปภาพที่ 3 ผู้ป่วยเมลิออยโดสิสที่ต่อมน้ำลายพาโรติด (parotid abscess) ที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง



จากผลการเพาะเชื้อทุกรายพบว่า *Burkholderia pseudomallei* มีการดื้อต่อ ampicillin และ gentamicin ส่วนยาที่ได้ผลต่อเชื้อ คือ chloramphenicol, co-trimoxazole, ciprofloxacin, tetracycline, ceftazidime, amoxiclavulanate, sulperazone, และ imipenam ในจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้มี 12 ราย ได้ทำอัลตราซาวด์บริเวณท้องร่วมด้วย ซึ่งมีผลปกติ 10 ราย ขณะที่ 1 ราย พบฝีหนองขนาดเล็กที่ม้าม และอีก 1 ราย พบฝีหนองที่ตับ โดยในรายที่พบฝีหนองที่ตับร่วมด้วยนี้เป็นรายเดียวที่มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจากที่ส่งตัวไปฉีดยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่เนื่องจากผู้ป่วยยังมีไข้สูงอยู่จึงได้ส่งตัวกลับมาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อีกครั้ง และเมื่อมีการตรวจอัลตราซาวด์ก็พบฝีหนองที่ตับดังกล่าว

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยเมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอที่มารักษาอยู่ที่แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2551-2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 39 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ ฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหู cervical abscess และ deep space อื่นๆ ที่พบได้เช่น retropharyngeal space abscess, submandibular space abscess เป็นต้น ซึ่งก็พบว่าตรงกับการศึกษาอื่นที่พบฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหูมากที่สุดเช่นกัน สำหรับตำแหน่งอื่นที่ไม่พบในการศึกษาครั้งนี้ในบริเวณหู คอ จมูก แต่เคยมีรายงานเช่น รายงานผู้ป่วยเมลิออยโดสิสเป็น chronic mastoiditis จากกัมพูชา⁽¹⁹⁾ หรือรายงานผู้ป่วยเป็น sinusitis จากเชื้อเมลิออยโดสิสในประเทศ

ออสเตรเลีย⁽²⁰⁾ นอกจากนั้นการที่พบว่าผู้ป่วยฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหูมากที่สุดก็สัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 10 ขวบ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเด็กจะเป็นเมลิออยโดสิสที่ต่อมน้ำลายหน้าหูมากที่สุด⁽²¹⁻²³⁾ ส่วนในรายที่มีฝีหนองที่ตำแหน่งอื่น เช่น cervical abscess, deep space abscess มักพบในผู้ใหญ่มากกว่า

อาการผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาด้วยอาการปวดบวมแดงร้อนที่บริเวณลำคอและต่อมน้ำลายมีอาการไข้สูง และอ้าปากลำบาก ตามลำดับ ซึ่งก็แยกยากจากฝีที่เกิดจากเชื้อก่อโรคชนิดอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาล 6-10 วัน หลังมีอาการและพบผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน ฉะนั้นผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องการติดเชื้อในลำคอ และคิระชะหรือเป็นฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหู ที่มารับการรักษาในฤดูฝน สำหรับผู้ป่วยในแถบจังหวัดอุบลราชธานี และใกล้เคียง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ควรจะต้องนึกถึงโรคเมลิออยโดสิสไว้ด้วยเสมอ ส่วนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ถ้าหากมาด้วยฝีหนองในฤดูฝน ไม่ว่าจะตำแหน่งใดก็ตาม ก็จำเป็นต้องนึกถึงโรคเมลิออยโดสิสไว้ด้วยเช่นกัน เนื่องจากการรักษาโรคเมลิออยโดสิสจะต่างจากการรักษาโรคทั่วไปอื่นๆ ถ้าวินิจฉัยช้าผู้ป่วยอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น และในการศึกษานี้ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีไข้สูงและปวดมากกว่าปกติ

สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่ไม่

พบสาเหตุชัดเจน มีเพียง 3 ราย เท่านั้น ที่มีประวัติชัดเจน (2 ราย เกิดอุบัติเหตุทางจราจร และอีก 1 ราย มีอาการหลังไปถอนฟัน) การมีแผลและแผลสัมผัสกับดินหรือน้ำที่มีเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ก็ทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นมาได้ง่าย ปัจจัยเสี่ยงและโรคประจำตัวของผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 66.67 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเด็กซึ่งมักไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงอะไร ส่วนผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ เป็นเบาหวาน 8 ราย ความดันโลหิตสูง 1 ราย ธาลัสซีเมีย 1 ราย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีความเสี่ยงและควรต้องระวัง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น steroid ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย โรคตับเรื้อรัง ส่วนในออสเตรเลียพบว่าสัมพันธ์กับการรับประทานพืชชนิดหนึ่งที่เรียกว่า kava

ผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษารั้งนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและระบายหนองออก ผลตรวจตัวอย่างหนองจากห้องปฏิบัติการเพาะเชื้อโรคพบว่าทุกรายเพาะเชื้อขึ้นเป็น *Burkholderia pseudomallei* และจากการทำ sensitivities พบว่าเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ของผู้ป่วยทุกรายดื้อต่อยา ampicillin และ gentamicin แต่ไม่ดื้อต่อยา chloramphenicol, co-trimoxazole, ceftazidime, co-amoxiclav และ imipenem ซึ่งก็ยังเป็นกลุ่มเชื้อที่ยังไม่ดื้อยา กลุ่ม ceftazidime และ carbapenem ยาปฏิชีวนะที่เลือกใช้ตั้งแต่

แรกก็มีความสำคัญต่อการพยากรณ์โรค ดังนั้นในผู้ป่วยที่สงสัยเมลิออยโดสิสโดยที่ยังรอผลเพาะเชื้ออยู่ ถ้านึกถึงมากอาจต้องให้ยากลุ่ม ceftazidime ไปเลย หรืออย่างน้อยที่สุดก็เป็นกลุ่ม co-amoxiclav จนกว่าจะมีรายงานผลเพาะเชื้อออกมา

การรักษาผู้ป่วยเมลิออยโดสิสด้วยยาปฏิชีวนะจะแบ่งเป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรกที่นอนโรงพยาบาล (initial intensive treatment) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยา ceftazidime และมีบางส่วนได้ co-amoxiclav ในช่วงแรกและต่อมาเปลี่ยนเป็น ceftazidime ในภายหลัง เนื่องจากมีรายงานการศึกษาพบว่าการใช้ ceftazidime มีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคน้อยกว่าการให้ co-amoxiclav ผู้ป่วยจะได้รับยาทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 14 วัน หรือจนไข้ลงดี หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับยาในช่วง maintenance therapy ต่อ โดยผู้ป่วยจะได้รับยา doxycycline ร่วมกับ co-trimoxazole ซึ่งปัจจุบันมีการศึกษาถึงผลการรักษาแล้วว่าการให้ co-trimoxazole เพียงอย่างเดียวก็สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคเมลิออยโดสิสได้ดีเช่นกัน อีกทั้งการที่ผู้ป่วยทานยา doxycycline เป็นระยะเวลานานมักมีผลข้างเคียงเรื่องคลื่นไส้อาเจียนค่อนข้างมาก ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของผู้ป่วยลดลง เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหยุดยาก่อนเวลาอันควร และทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำเกิดได้ง่าย⁽¹⁶⁾

สำหรับระยะเวลาเหมาะสมของการให้ยาปฏิชีวนะในช่วง maintenance therapy คือ 20

สัปดาห์ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าการให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลาน้อยกว่า 8 สัปดาห์ มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้สูง ส่วนระยะเวลา 12 สัปดาห์ ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าเพียงพอหรือไม่⁽¹⁸⁾ ดังนั้นแพทย์จำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าต้องทานยาอย่างน้อย 20 สัปดาห์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำ

ในผู้ป่วยทั้งหมดได้ทำอัลตราซาวด์ทั้งหมด 12 ราย และพบความผิดปกติ 2 ราย รายหนึ่งพบว่าเป็นฝีที่ตับอ่อน ส่วนอีกรายพบว่ามีฝีที่ตับ โดยผู้ป่วยรายที่สองนี้ได้กลับมารักษาอีกครั้งเนื่องจากยังมีไข้สูงอยู่หลังจากส่งตัวไปฉีดยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งผู้ป่วยที่มี deep organ abscess เช่น ฝีที่ตับหรือตับอ่อน ต้องได้รับยาฉีดยานานกว่า 14 วัน และอาจต้องระบายหนองหรือเจาะดูดหนอง (aspirated) บริเวณดังกล่าวร่วมด้วย ฉะนั้นในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในบริเวณศีรษะและลำคอ ซึ่งแม้ส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ (localized meliodosis) ก็ควรได้รับการทำอัลตราซาวด์บริเวณช่องท้องร่วมด้วย เนื่องจากมีโอกาสเกิดการกระจายของเชื้อไปยังส่วนอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะตับและม้าม

สรุป

ผู้ป่วยเมลิออยโดสิสบริเวณศีรษะและลำคอส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็ก มาด้วยเรื่องมีการติดเชื้อบริเวณต่อมน้ำลายหน้าหู มักมีไข้สูง มีก้อน ปวดบวมแดงร้อนชัดเจน พบผู้ป่วยได้มากในฤดูฝน

ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ อย่างไรก็ตาม การได้รับการค้นหามีการกระจายของโรคหรือไม่ เช่น การทำอัลตราซาวด์ช่องท้องเพื่อดูตับและม้ามร่วมด้วยยังมีประโยชน์ เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการ ทำให้ผู้รักษาอาจจะให้การรักษาไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยไม่หายจากโรค สำหรับการตอบสนองของเชื้อต่อยา ceftazidime ค่อนข้างดี ไม่พบว่ามีฤทธิ์ยา อีกทั้งยังให้ผลการรักษาที่ดี และไม่มีการเสียชีวิต เพราะฉะนั้น ผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องติดเชื้อบริเวณศีรษะและลำคอ โดยเฉพาะตำแหน่งต่อมน้ำลายที่หน้าหู ในถิ่นที่มีการระบาดของโรคmelioidosisสูง ควรจะต้องคิดถึงโรคนี้เป็นอย่างมาก นอกเหนือจากเชื้อโรคธรรมชาติหรือวัณโรคด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Wiersing WJ, Peacock SJ, Currie BJ, et al. Melioidosis. NengJMed 2012; 367:1035-1044
2. Leelarasme A, Bovomkitti S. Melioidosis: review and update. Rev Infect Dis 1989;11:431-25.
3. Vuddahakul V, Tharavichikul P, Na-ngam N, et al. Epidemiology of Burkholderia pseudomallei in Thailand. Am J Trop Med Hyg 1996;60:458-61.
4. Chaiwarith R, Patiwetwitoon P, Supparatpinyo K, et al. Melioidosis at

Maharaj Nakorn Chaing Mai Hospital, Thailand J Infect Dis Antimicrob Agents 2005;22:45-51.

5. Limmathurotsakul D, Wongratanacheewin S, Teerawattanasook N, et al. Increasing incidence of human melioidosis in Northeast Thailand. Am J Trop Med Hyg 2010;82:1113-7.
6. Inglis TJ, Foster NF, Gal D, et al. Preliminary report on the northern Australian melioidosis environmental surveillance project. Epidemiol Infect 2004;132:813-20.
7. Currie BJ, Jacups SP, Cheng AC, et al. Melioidosis epidemiology and risk factors from a prospective Whole-population study in northern Australia. Trop Med Int Health 2004;1167-74.
8. Cheng AC, Currie BJ. Melioidosis: Epidemiology, Pathophysiology, and management. Clin Microbiol Rev 2005;18:383-416.
9. Howe C, Sampath A, Spotnitz M. The pseudomallei group: a review. J Infect Dis 1971;124:598-606.
10. Supputamongkol Y, Chaowagul W, Chetchotisakd P, et al. Risk factor for Melioidosis and Bacteremic Melioidosis

- sis Clin Infect Dis 1999;29:408–13.
11. Yee KC, Lee MK, Chua CT, et al. Melioidosis: the great Mimicker Report 10 case from Malasia. J Trop Med Hyg 1988;91:249–54.
 12. Chaowagul W, Simpson AJ, Suputtamongkol Y, et al. Empirical Cephalosporin treatment of Melioidosis. Clin Infect Dis 1999;28:1328.
 13. Limmathurotsakul D, Jamsen K, Arayawichanont A, et al. Defining the true sensitivity of culture for the diagnosis of Melioidosis using Bayesian latent Class models. PLoS One 2010;5.
 14. Chantratita N, Wuthiekanun V, Limmathurotsakul D, et al. Prospective Clinical evaluation of the accuracy of 16S rRNA real time PCR assay for the diagnosis of melioidosis. Am J Trop Med Hyg 2007;77:814–7.
 15. Meumann EM, Novak RT, Gal D, et al. Clinical evaluation of a type III secretion system real-time PCR assay for diagnosing melioidosis. J clin Microbiol 2006;44:3028–30.
 16. Chetchotisakd P, Chierakul W, Anunnatsiri S, et al. Trimethoprim-sulfamethoxazole versus trimethoprim-sulfamethoxazole plus doxycycline as oral eradication treatment for melioidosis (MERTH): a multicentre double-blind, non inferiority, randomised controlled trial Published online November 25, 2013 [http:// dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)61951-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)61951-0).
 17. Wathiekanun V, Amornchai P, Saiprom N, et al. Survey of antimicrobial resistance in clinical Burkholderia pseudomallei. Isolates over two decades in Northeast Thailand. Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Nov.2011, P 5388–91.
 18. Limmathurotsakul D, Chaowagul W, Day NP, et al. Patterns of organ involvement in recurrent melioidosis. Am J Trop Med Hyg 2009;81:335–7.
 19. Lim WK, Gurdeep GS, Norain K. Melioidosis of the head and neck. Med J Malaysia 2001;56:471–7.
 20. Sinmei Lim R, Flatman S, C Dahm M. Sinusitis melioidosis in a returned traveler presenting with nasal cellulitis and sinusitis. 2013, 920352, 3 pages available from <http://WWW.hindawai.com/crimlotolargngology>.
 21. Limmathurotsakul D, Peacock SJ Me-

lioidosis: a Clinical overview. British Medical Bulletin 2011;99:125-39.

22. สุธี พิสิฐพยัต. เมลิออยโดสิสของต่อมน้ำลาย
พาโรติด. วารสารหุ คอ จมูกและไพบ้หน้า

2534;6:21-30.

23. ลัดดา ดำริการเลิศ. ฝ้ของต่อมน้ำลายพาโร
ติดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารหุ คอ จมูก
และไพบ้หน้า 2532; 4.

Melioidosis of Head and Neck Regions

Tavatchai Thongprasert*

Abstract

A retrospective descriptive study was performed in patients with melioidosis of head and neck, confirmed by cultures of pus to be infected with *Burkholderia pseudomallei*. Patients were admitted to the ENT department at Sunpasitthiprasong Hospital, during January 2551-December 2556. There were 39 patients (28 men and 11 women), most of them aged less than 10 years (51.28%). Mainly, they were present at the hospital during rainy seasons from May to August (69.23%). Two patients had history of a car accident and one had history of tooth extraction, before they had got symptoms. Most patients had no history of underlying disease (66.67%). For those who had ones, diabetes mellitus was majority. The most common sites of disease found were parotid gland (parotid abscess) and neck (cervical abscess). The symptoms found in more than half of patients were swelling of face and neck, high fever and trismus. All patients were treated by surgical drainage. Culture results showed that the bacteria were resistant to ampicillin, gentamicin, as the response to chloramphenicol, cotrimazole, ciprofloxacin, tetracycline, ceftazidime, amoxil-clavulanate, sulperazone and imipenem. Most patients received medicines as ceftazidime(66.66%), followed by clindamycin in combination with ceftazidime(20.51%). Twelve patients underwent ultrasound of abdomen, which found that two patients had infection that spread to other organs i.e. splenic abscess and liver abscess. In this study, none was dead.

Keywords : melioidosis, head and neck abscess, *Burkholderia pseudomallei*

* Otolaryngologist. Department of Otolaryngology, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.