

Case Report

รายงานผู้ป่วย

Cervicofacial Necrotizing Fasciitis ในโรงพยาบาลนครพิงค์ : อาการแสดง ทางคลินิกและแนวทางการรักษา

ลดาพรรณ หาญไพโรจน์

กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

บทคัดย่อ

ได้ศึกษาจากรายงานผู้ป่วยจำนวน 8 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น cervicofacial necrotizing fasciitis ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2550 พบว่าผู้ป่วย 4 ราย (50%) มีสาเหตุจากฟันผุและผู้ป่วย 2 ราย (25%) มีสาเหตุจากฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหู ผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาด้านสุขภาพ คือ โรคเบาหวานและภาวะขาดสารอาหารร่วมด้วย อาการแสดงทางคลินิก ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ก้อนที่คอ กดเจ็บ และตรวจพบ soft tissue crepitation ได้ในผู้ป่วย 5 ราย (63%) ผู้ป่วย 4 รายมีอาการแสดงของภาวะ sepsis เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด คือ *Streptococcus* sp. เช่นเดียวกับรายงานอื่น แนวทางการรักษาประกอบด้วยกรให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำหลายชนิดที่ครอบคลุมเชื้อต่างๆ การผ่าตัดเพื่อระบายหนองและตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตาย การเฝ้าระวังและรักษาโรคแทรกซ้อนรวมทั้งการผ่าตัดซ้ำหลายครั้งเพื่อตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายออกมีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยเฉลี่ย 3 ครั้ง มีผู้ป่วย 1 ราย เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ mediastinitis อัตราเสียชีวิตร้อยละ 13

คำสำคัญ:

cervicofacial necrotizing fasciitis, อาการแสดงทางคลินิก, แนวทางการรักษา

บทนำ

Necrotizing Fasciitis (NF) เป็นการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุให้เกิดการอักเสบและเน่าตายของเนื้อเยื่อชั้น fascia และชั้นใต้ผิวหนัง ในระยะถัดไปจะลุกลามไปถึงชั้นกล้ามเนื้อและผิวหนัง สำหรับตำแหน่งของโรคที่พบบ่อยคือบริเวณแขนขา ส่วนการติดเชื้อบริเวณลำคอและใบหน้าเรียกว่า Cervicofacial หรือ Cervical necrotizing fasciitis (CNF) ซึ่งเป็นโรคที่มีความ

รุนแรงโดยเกิดจากการติดเชื้อ polymicrobial ที่ทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อ มักจะมีภาวะที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือต่ำร่วมด้วย ทำให้มีอัตราตายและโรคแทรกซ้อนสูง⁽¹⁻⁵⁾ โดย Wilson ในปี 1952 เป็นบุคคลแรกที่มีการระบุใช้คำ NF และต่อมาจึงเริ่มมีรายงานถึงโรค CNF นี้⁽²⁾

สาเหตุของ CNF ที่พบบ่อยที่สุด คือ สาเหตุจากฟันผุ ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณทอนซิลและ

คอหอย, การบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและลำคอ และฝีอักเสบที่ต่อมน้ำลายหน้าหู⁽³⁾

อาการของ CNF ผู้ป่วยจะมาด้วยไข้สูง ปวดคอ และคอวม ตรวจร่างกายจะพบก้อนที่คอ กดเจ็บและการบวมแดงอักเสบของผิวหนังที่ตำแหน่งของโรค การตรวจพบ Soft tissue crepitation (การคลำได้ลักษณะกรอบแกรบ) ซึ่งเกิดจาก ก๊าซ แทรกอยู่ในเนื้อเยื่อจะช่วยในการวินิจฉัย และอาจตรวจพบตุ่มน้ำใสชั้นที่ผิวหนังได้⁽⁶⁾

การรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ และการผ่าตัดนำเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายออก รวมถึงการเฝ้าระวังการเกิดโรคแทรกซ้อน เหล่านี้จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ เนื่องจากรายงานผู้ป่วยโรค CNF นี้ ยังมีไม่มกรายงานฉบับนี้ได้ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 8 ราย ที่วินิจฉัยว่าเป็น CNF โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงอาการแสดงทางคลินิกและแนวทางการรักษา

ได้ศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลในรายงานผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกโสต คอ นาสิกโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2550 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CNF จำนวนทั้งหมด 8 ราย โดยศึกษา เพศ อายุ โรคที่เกี่ยวข้อง สาเหตุ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคแทรกซ้อน การรักษาและผลการรักษา

รายงานผู้ป่วย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2550 เป็นเวลา 6 ปี พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CNF จำนวนทั้งหมด 8 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย และเพศหญิง 2 ราย อายุระหว่าง 40-62 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี ผู้ป่วย 4 ราย มีโรคเบาหวานเกี่ยวข้องด้วย โดยเป็นการวินิจฉัยครั้งแรกในผู้ป่วย 3 ราย และผู้ป่วยอีก 1 ราย เป็นโรคเบาหวานมาก่อนแต่ไม่ได้รับการรักษา

สำหรับสาเหตุ พบว่าเกิดจากฟันผุมากที่สุดเป็นจำนวน 4 ราย รองลงไปคือ ฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหู 2 ราย

จากการศึกษาอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 6 ราย มาด้วยอาการปวดและบวมตรงตำแหน่งของโรคและมีผู้ป่วย 2 ราย มาด้วยอาการมีแผลที่บริเวณใบหน้าและลำคอร่วมกับมีหนองไหลและมีกลิ่นเหม็น ผู้ป่วยทุกรายมีไข้สูงร่วมด้วย

ผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วย พบมีลักษณะเป็นก้อนบวม กดเจ็บบริเวณตำแหน่งของโรค และมีการอักเสบบวมแดงของผิวหนังเป็นบริเวณกว้างกว่าตำแหน่งของก้อน ผู้ป่วยรายที่ 5 และ 7 มีแผลที่ผิวหนังและมีเนื้อเยื่อที่เน่าตายให้เห็นอย่างชัดเจนร่วมกับมีหนองซันกลิ่นเหม็นไหลออกมาจากแผล ผู้ป่วย 4 ราย ตรวจพบภาวะ blur conscious และพูดจาสับสน ซึ่งแสดงถึงมีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร่วมด้วย ผู้ป่วย 5 ราย ตรวจพบ soft tissue crepitation (ตารางที่ 1)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อแรกรับผู้ป่วย ได้ทำการเจาะเลือดตรวจ CBC (complete blood count), BUN และ creatinine, LFT (liver function test), FBS (fasting blood sugar) ในผู้ป่วยทุกรายพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง (leukocytosis) ซึ่งแสดงถึงมีการติดเชื้อและมีผู้ป่วย 2 รายที่ตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยรายที่ 3 มีประวัติเป็นโรคเบาหวานอยู่แล้วและตรวจพบ FBS อยู่ในระดับสูงมาก และมีผู้ป่วย 3 รายตรวจพบ FBS อยู่ในระดับที่สูงผิดปกติและได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคเบาหวานดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น นอกจากนี้ผู้ป่วย 4 ราย ยังตรวจพบภาวะโปรตีน และอัลบูมินต่ำ ซึ่งแสดงถึงการขาดสารอาหารร่วมด้วยและมีผู้ป่วย 1 รายที่มีภาวะนี้ร่วมกับโรคเบาหวาน (ตารางที่ 2)

ผลการเพาะเชื้อจากหนอง พบว่า เป็นเชื้อ *Strep-tococcus* sp. ในผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 38) รองลงไปเป็นเชื้อ *E.coli* และผู้ป่วย 2 ราย พบเชื้อมากกว่า 1 ชนิด ผู้ป่วยทุกรายไม่ได้ทำการเพาะเชื้อแบคทีเรียที่ไม่พึงพาออกซิเจน ส่วนผลการเพาะเชื้อจากเลือดไม่พบเชื้อแบคทีเรีย 3 ราย และมี 1 ราย ที่พบเชื้อ *Klebsiella*

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โรคที่เกี่ยวข้อง สาเหตุ ตำแหน่งของโรค และการตรวจพบ soft tissue crepitation

ผู้ป่วย รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	โรคที่เกี่ยวข้อง	สาเหตุ	ตำแหน่งของโรค	Soft tissue crepitation
1	ชาย	40	-	ฟันผุ	Bilateral neck, Ant.chest wall, Ant. abdominal wall	พบ
2	ชาย	43	-	ฟันผุ	Right submandibular	พบ
3	ชาย	61	เบาหวาน ควบคุมไม่ได้	ฟันผุ	Left face and neck	พบ
4	ชาย	59	-	ฟันผุ	Right submandibular Supraclavicular	ไม่พบ
5	ชาย	54	-	ฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหู (Parotid abscess)	Left face and neck	ไม่พบ
6	ชาย	53	เบาหวาน (1st Diagnosis)	ฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหู (Parotid abscess)	Right face and neck	พบ
7	หญิง	54	เบาหวาน (1st Diagnosis)	แผลอักเสบที่ ใบหน้าและคอ	Left face and neck	ไม่พบ
8	หญิง	58	เบาหวาน (1st Diagnosis)	คอหอยอักเสบ	Ant. neck	พบ

pneumoniae ซึ่งตรงกับผลการเพาะเชื้อจากหนอง

การรักษาผู้ป่วย CNF เริ่มจากการได้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำหลายชนิดเพื่อให้ครอบคลุมเชื้อได้ทั้ง gram positive และ gram negative รวมทั้ง เชื้อแบคทีเรียชนิดที่ไม่พึ่งพาออกซิเจน (ตารางที่ 2) นำผู้ป่วยเข้าผ่าตัดในห้องผ่าตัดโดยเร็ว ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดเปิดแผลเพื่อระบายหนอง (incision and drainage, I&D) ตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายออก (debridement of necrotic tissue) ไม่ว่าจะเป็เนื้อเยื่อชั้น fascia ชั้น subcutaneous tissue และชั้นผิวหนัง ล้างบริเวณที่ผ่าตัดด้วย normal saline solution น้ำยา povidine และไม่เย็บปิดแผล จากนั้นในวันถัดไปถ้ามีการเน่าตายของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น จะทำการผ่าตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายต่อไปอีกหลายครั้ง จนกระทั่งเนื้อเยื่อหยุดการอักเสบ เห็นเป็นลักษณะสีแดงสดมีเลือดออก จึงพิจารณาเย็บปิดแผลหรือปิดแผลด้วยการปะผิวหนัง (split thickness skin graft, STSG) จาก

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัด I&D และ debridement ตั้งแต่ 1-6 ครั้ง เฉลี่ย 3 ครั้ง โดยหนองที่ออกมามีสีกะปิและมีกลิ่นเหม็นมาก ทำให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาตระหนักถึงการติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียชนิดไม่พึ่งพาออกซิเจน ผู้ป่วยรายที่ 1 และ 4 ได้รับการถอนฟันในห้องผ่าตัดเนื่องจากมีฟันผุที่จำเป็นต้องถอนหลายซี่ ผู้ป่วยรายที่ 3 และ 5 มีเลือดซึมออกจากแผลมากจึงไปห้ามเลือดในห้องผ่าตัดและพบว่าเลือดซึมออกจากบริเวณพื้นผิวที่อักเสบ

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชนิด endotracheal tube ในขณะที่ทำการผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบ เมื่อผ่าตัดระบายหนองและตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายในครั้งแรกแล้ว ผู้ป่วยรายที่ 1-4, 6, และ 8 คงใส่ท่อช่วยหายใจต่อ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ sepsis และตำแหน่งของโรคมีลักษณะรุนแรงค่อนข้างมาก ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยรายที่ 1, 4, 6, และ 8 เป็นเวลา 10, 7, 7, และ 5 วัน ตามลำดับ ผู้ป่วยรายที่

Cervicofacial Necrotizing Fasciitis ในโรงพยาบาลนครพิงค์ : อาการแสดงทางคลินิกและแนวทางการรักษา

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ การเพาะเชื้อ โรคแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและการรักษา

ผู้ป่วย รายที่	การตรวจทางห้อง ปฏิบัติการแรก ที่ผิดปกติ	ผลการเพาะเชื้อ	ยาปฏิชีวนะ	ศัลยกรรมผ่าตัด	โรคแทรกซ้อน	วันนอน รพ.	ผลการ รักษา
1	WBC = 39,300 platelet = 41,100 total protein = 4.2 g% albumin = 1.7 g%	หนอง : Streptococcus sp. (Non gr.A, D) เลือด : ไม่ขึ้น	PGS gentamicin metronidazole	1. I&D, debridement 2. debridement 3. tooth extraction 4. STSG	sepsis HAP	70	หาย
2	WBC = 25,000	หนอง : Streptococcus Group D เลือด : ไม่ขึ้น	-	1. I&D, debridement 2. debridement 3. thoracotomy, ICD, pericardiectomy 4, 5, 6, 7. Debridement 8. thoracoscope 9. suturing	HAP sepsis empyema thoracis pericarditis pericardial effusion	34	หาย
3	WBC = 11,000 platelet = 42,000 albumin = 2.9 g% BUN = 84.3 mg% creatinine = 8.4 mg%	หนอง : E. coli เลือด : ไม่ขึ้น	cloxacillin clindamycin	1. I&D, debridement 2,3 debridement 4. tracheostomy 5, 6. debridement stop bleeding	HAP septic shock ไตวายเฉียบพลัน ตับวาย	31	เสียชีวิต
4	WBC = 12,000	หนอง : Pseudomonas aeruginosa Acinetobacter iwoffii เลือด : ไม่ได้ทำ	cloxacillin ceftazidime metronidazole	1. I&D, debridement 2, 3. debridement 4. multiple tooth extractions 5. debridement + Suturing	HAP	18	หาย
5	WBC = 18,700 total protein = 6.33g% albumin = 2.92 g%	หนอง : E. coli เลือด : ไม่ได้ทำ	cloxacillin clindamycin metronidazole	1. I&D, debridement 2. stop bleeding	-	14	หาย
6	WBC = 16,500 platelet = 25,600 total protein = 4.89g% albumin = 2.57 g%	หนองและเลือด : Klebsiella pneumoniae	cloxacillin ceftazidime clindamycin	1. I&D, debridement 2,3,4. debridement 5. STSG + suturing	sepsis	38	หาย
7	WBC = 19,800	หนอง : Enterobacter cloacae Klebsiella pneumoniae เลือด : ไม่ได้ทำ	cloxacillin gentamicin metronidazole	1. I&D, debridement 2. debridement 3. STSG	-	38	หาย
8	WBC = 11,300	หนอง : Streptococcus sp. (Non gr A, D) เลือด : ไม่ขึ้น	clindamycin ceftriazone	1. I&D, debridement 2. debridement 3. debridement + suturing	-	17	หาย

I&D = Incision & drainage

HAP = Hospital acquired pneumonia

STSG = Split thickness skin graft

2 ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากแฟ้มข้อมูลบาง ส่วนของผู้ป่วยขณะที่นอนสังเกตอาการในหอผู้ป่วยหนักได้สูญหายไป สำหรับผู้ป่วยรายที่ 3 ได้รับการทำ tracheostomy เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมานาน 12 วันแล้ว และเกิดภาวะ septic shock ขึ้น

สำหรับโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วย 4 ราย มีโรคปอดอักเสบเนื่องจากการนอนโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia, HAP) เพราะได้ใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายผู้ป่วยไป สังเกตอาการในหอผู้ป่วยหนัก ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ พบว่าเป็นเชื้อ *pseudomonas aeruginosa* ในผู้ป่วยรายที่ 1 พบเชื้อ *acinetobacter* sp. ในผู้ป่วยรายที่ 2 และพบเชื้อทั้ง 2 ชนิด ในผู้ป่วยรายที่ 3 สำหรับรายที่ 4 พบความผิดปกติของ x-ray ปอด คือมี infiltration ของปอดทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย แต่ไม่สามารถเก็บข้อมูลการเพาะเชื้อจากเสมหะได้ เนื่องจากการสูญหายของแฟ้มข้อมูล เมื่อผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนคือ HAP เกิดขึ้น แพทย์ผู้ดูแลได้ปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อร่วมกันรักษาผู้ป่วยทุกราย มีผู้ป่วย 2 ราย เกิดภาวะ กลัลดเลือดต่ำ ได้เติมเกล็ดเลือดให้กับผู้ป่วยบางส่วนและเฝ้าระวังการที่มีเลือดออกโดยไม่หยุดเอง ต่อมาเมื่อการอักเสบติดเชื้อดีขึ้น เกล็ดเลือดได้กลับสู่ภาวะ ปกติโดยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนเพิ่มเติม สำหรับภาวะ sepsis เกิดขึ้นในผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 50) และในผู้ป่วยรายที่ 3 มีอาการรุนแรงมากจนเกิดภาวะ septic shock และมีการไตวายเฉียบพลัน ได้รับการทำ hemodialysis 3 ครั้ง แต่อาการไม่ดีขึ้น เกิดภาวะการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลวจนทำให้เสียชีวิต นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดโรคแทรกซ้อนจากการอักเสบติดเชื้อลุกลามลงสู่ช่องอก ทำให้เกิด mediastinitis มีหนองในช่องปอด ทั้ง 2 ข้าง (empyema thoracis) ศัลยแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาได้ผ่าตัดเปิดช่องอกเพื่อระบายหนองซึ่งเป็นหนองสีกะปิมีกลิ่นเหม็น และได้ใส่ท่อระบาย (intercostal drainage, ICD) ไว้ จากนั้นได้ส่งผู้ป่วยตรวจ CT-Scan พบมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ จึงได้ผ่าตัดเปิดช่องเยื่อหุ้มหัวใจได้ของเหลวใสสีเหลือง

อ่อนไม่มีกลิ่นเหม็น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงได้ทำ thoracoscope และ debridement เพิ่มเติม ต่อมานำ ICD ออก เมื่อไม่มีหนองหรือของเหลวอื่นไหลออกมา ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการถอนฟันทูที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกทันตกรรมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

เมื่อทำการรักษาผู้ป่วยทุกรายจนตรวจไม่พบเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตาย และไม่มีหนองจากแผลแล้ว จึงเย็บปิดแผล สำหรับผู้ป่วยรายที่ 1, 3, และ 6 มีผิวหนังหายไปจำนวนหนึ่ง ไม่สามารถเย็บปิดแผลแบบธรรมดาได้ (primary closure) จึงได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมตกแต่ง มาทำการปิดแผลด้วยวิธี STSG ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 14-70 วัน เฉลี่ย 29 วัน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย ผู้ป่วยที่รักษาหายได้มาตรวจซ้ำที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก พบว่าแผลหายดี และมีสุขภาพดีทุกราย

วิจารณ์

Cervicofacial หรือ Cervical Necrotizing Fasciitis (CNF) มีรายงานไม่มากนัก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 เป็นต้นมา ในประเทศสหรัฐอเมริกา Maisel RH. และ Karlen R. รายงานผู้ป่วย 9 รายในช่วงเวลา 9 ปี⁽²⁾ Kantu S. และ Har-El G. รายงานผู้ป่วย 8 ราย ในช่วงเวลา 10 ปี⁽⁷⁾ และ Bahu SJ. และคณะ⁽⁵⁾ รายงานผู้ป่วย 10 ราย ในช่วงเวลา 11 ปี ประเทศฝรั่งเศสในปี ค.ศ. 1995 Mathieu D. และคณะรายงานผู้ป่วย 45 รายในช่วงเวลา 10 ปี⁽¹⁾ ประเทศซาอุดีอาระเบีย Ali MH. และ Zayed ME. ได้รายงานผู้ป่วย 3 รายในปี ค.ศ. 1997⁽⁴⁾ สำหรับในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1990 Moss RM. และคณะ รายงานผู้ป่วย 1 ราย⁽⁸⁾ และปี ค.ศ. 2005 ภาวิณี เอี่ยมจันทร์ รายงานผู้ป่วย 9 รายในช่วงเวลา 7 ปี⁽⁹⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจากรายงานส่วนมากรวมทั้งรายงานนี้จะพบผู้ป่วย CNF เฉลี่ยปีละ 1 รายเท่านั้น

โรคนี้พบได้ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 14-84 ปี อายุเฉลี่ย 39-55 ปี^(1-3,5,7,9) ซึ่งรายงานนี้อายุเฉลี่ย 53 ปีอยู่ในช่วงอายุดังกล่าว โรคนี้มีอุบัติการณ์การเกิดในเพศชายมาก

กว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่าตัว ซึ่งรายงานนี้ได้ผลใกล้เคียงกัน

สาเหตุ พบว่า มาจากฟันมากที่สุด^(1,2,5,7,9) ซึ่งรายงานนี้ก็พบสาเหตุจากฟันผุมากที่สุดเช่นเดียวกัน(ร้อยละ 50) สาเหตุอื่นที่พบเช่น คอหอยอักเสบ การบาดเจ็บหรือมีแผลบริเวณใบหน้าและลำคอ ส่วนสาเหตุจากฝีที่ต่อมน้ำลายหน้าหูพบน้อยมากโดย Marioni G. และคณะ รายงานผู้ป่วยสาเหตุนี้เพียง 1 ราย⁽³⁾

ผู้ป่วย CNF มักจะมีโรคที่เกี่ยวข้องที่ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเช่น โรคเบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร ไตวาย เป็นต้น ในรายงานนี้พบโรคเบาหวานในผู้ป่วยร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เคยทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ เนื่องจากไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพใด ๆ และมีผู้ป่วยร้อยละ 50 ตรวจพบภาวะขาดสารอาหารจากการตรวจพบโปรตีน อัลบูมิน ในเลือดต่ำ อาจเนื่องมาจากการเกิดอาการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งภาวะการเหล่านี้ อาจเกี่ยวข้องจนทำให้การอักเสบติดเชื้อลุกลามไปมากขึ้นก็เป็นได้ สอดคล้องกับรายงานอื่นที่พบโรคเหล่านี้ในผู้ป่วยถึงร้อยละ 33-100^(1-5,7,9)

CNF เกิดจากการติดเชื้อในเนื้อเยื่อชั้น subcutaneous และชั้น fascia มีการสร้าง bacterial enzyme และ toxin ทำให้เกิดการอักเสบและเน่าตาย ต่อมาจะมีการอุดตันของเส้นเลือดที่ผ่านชั้น fascia เพื่อไปเลี้ยงผิวหนังและกล้ามเนื้อ ทำให้ผิวหนังและกล้ามเนื้อเน่าตายตามมา^(1,2,5,7) เนื่องจากกายวิภาคของเนื้อเยื่อชั้น fascia บริเวณใบหน้าและลำคอ มีความต่อเนื่องกันและยังต่อเนื่องลงไปถึงในช่องอกรวมทั้งผนังหน้าอกและผนังหน้าท้องด้วยทำให้เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อจนเกิด CNF จะมีตำแหน่งรอยโรคหลายที่ ซึ่งในรายงานนี้ก็พบเหมือนกับรายงานฉบับอื่น^(2,5,7,9) สำหรับการตรวจพบ soft tissue crepitation รวมถึงการตรวจพบ gas แทรกอยู่ในเนื้อเยื่อจากภาพถ่ายทางรังสีหรือ CT-Scan จะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์และช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้อย่างมาก^(2,5-7) ในรายงานนี้ผู้ป่วยส่วนมากตรวจพบ soft

tissue crepitation ซึ่งทำให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาตระหนักและให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค CNF แม้จะไม่ได้ส่งตรวจภาพถ่ายทางรังสีหรือ CT-Scan และการตรวจด้วย CT-Scan จะตรวจเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคแทรกซ้อน Mediastinitis เท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดของทรัพยากรด้านเครื่องมือ ส่วนผู้ป่วยรายที่ตรวจไม่พบ soft tissue crepitation อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีแผลเปิดที่ผิวหนังบางส่วนอยู่แล้ว

เชื้อที่เป็นสาเหตุก่อโรค CNF มักจะเป็นเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดทั้ง gram positive และ gram negative และเป็นเชื้อชนิดฟังกาออกซิเจนกับไม่ฟังกาออกซิเจนปนกัน โดยพบเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่ฟังกาออกซิเจนได้ 22-71% เชื้อชนิดนี้ที่พบมากที่สุดคือ เชื้อ *Prevotella* ซึ่งมีลักษณะเป็น gram-negative rods ส่วนเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ *Fusobacterium Peptostreptococcus* และ *Bacteroides*^(1,2,5,7) เป็นต้น สำหรับรายงานนี้ไม่มีข้อมูลของเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่ฟังกาออกซิเจน เนื่องจากมีข้อจำกัดทางห้องปฏิบัติการจึงไม่ได้ส่งเพาะเชื้อชนิดนี้ เชื้อแบคทีเรียชนิดฟังกาออกซิเจนที่พบมากที่สุด คือ *Streptococcus* sp. ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอื่น แต่ต่างจากรายงานของภาวิณี เอี่ยมจันทร์ ซึ่งรายงานผู้ป่วยในประเทศไทยเช่นเดียวกัน แต่กลับพบเชื้อชนิด *Klebsiella pneumoniae* มากกว่า⁽⁹⁾ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาน้อย ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบให้มีนัยสำคัญทางสถิติได้ ส่วนเชื้ออื่น ๆ ที่พบได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa*, *E.coli* เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะพบเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 1 ชนิด ซึ่งคล้ายกับรายงานอื่น^(1,2,4-5,7) ส่วนผลการเพาะเชื้อจากเลือดรายที่ตรวจไม่พบเชื้อ เนื่องจากไม่ได้ส่งเพาะเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่ฟังกาออกซิเจนและผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำมาก่อนแล้ว

การรักษาผู้ป่วยเริ่มจากการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำหลายชนิด เพื่อให้ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรครดังกล่าวมาแล้ว โดยยาที่แนะนำคือ ceftriaxone 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8

ซัวโม่ ร่วมกับ clindamycin 900 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงหรือ metronidazole 500 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หรือถ้าผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ควรให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำให้ครอบคลุมเชื้อตัวนี้ด้วย⁽⁴⁾ ในรายงานนี้ ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะหลายชนิดเพื่อให้ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุก่อโรค ซึ่งคล้ายกันกับรายงานอื่น^(1,5,7,9)

การผ่าตัดเพื่อระบายหนองและตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายออก ควรจะทำในห้องผ่าตัดโดยเร็ว การลงแผลผ่าตัดมีหลายเทคนิค เช่น การลงแผลตามขวาง (transverse incision) ซึ่งสามารถขยายแผลไปถึงด้านข้างของลำคอทั้ง 2 ข้างได้⁽²⁾ การลงแผลเป็นแนวเฉียงไปตามกล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid⁽¹⁾ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งการลุกลามของโรค การผ่าตัดควรจะทำเปิดแผลให้กว้างเพื่อระบายหนองและตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายออกให้มากที่สุด ล้างด้วยน้ำเกลือ NSS และน้ำยา povidine โดยยังไม่ต้องเย็บปิดแผล และควรมีการผ่าตัดซ้ำอีกเพื่อตัดเนื้อเยื่อที่อักเสบและเน่าตายได้ค่อนข้างดี เพราะไม่ต้องกังวลกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยและสามารถเข้าถึงชั้นเนื้อเยื่อที่อักเสบได้ลึกพอ ในรายงานนี้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 3 ครั้งเท่ากับรายงานอื่น^(2,5) และมีผู้ป่วยรับการผ่าตัดซ้ำมากกว่า 1 ครั้งในหลายรายงาน^(1-5,9)

การเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อนและให้การรักษาโดยเร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต โรคแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อลุกลามเข้าสู่ช่องทรวงอก (mediastinitis), HAP, sepsis เป็นต้น อุบัติการณ์การเกิด mediastinitis ในผู้ป่วย CNF พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 22-50^(1-2,5,7,9)

ซึ่งมากกว่าในรายงานฉบับนี้ที่พบเพียง 1 ราย (ร้อยละ 13) ส่วน HAP คือ ปอดอักเสบที่เกิดภายหลัง 48 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุและพบบ่อย คือ *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli* และ *Acinetobacter* sp. เป็นต้น ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญในการวินิจฉัย HAP คือ x-ray ปอด มี infiltration ใหม่ ร่วมกับอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 อย่างดังต่อไปนี้ คือ ใช้ leukocytosis หรือ leukopenia และเสมหะชุ่มคล้ายหนอง โดยวินิจฉัยเชื้อที่ก่อโรคจากการเพาะเชื้อจากเสมหะ เลือด หรือ plural fluid การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา HAP ขึ้นกับความรุนแรงของโรค ยาปฏิชีวนะที่มีอยู่และการดื้อยา ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากมักจะตอบสนองต่อการรักษาประมาณ 3 วัน^(10,11) สำหรับภาวะ sepsis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ในรายงานนี้พบในผู้ป่วยร้อยละ 50 อาจเนื่องมาจาก CNF เป็นการติดเชื้อที่มีความรุนแรง ซึ่งการรักษาโรคแทรกซ้อนเหล่านี้ควรจะต้องปรึกษาและรักษาพร้อมกันเป็นที่ปรึกษาคัลยแพทย์และอายุรแพทย์รวมทั้งการเฝ้าสังเกตอาการในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีขึ้น

การรักษาเพิ่มเติมด้วยการใช้ Hyperbaric oxygen (HBO) เนื่องจาก HBO จะทำให้มีระดับออกซิเจนในเนื้อเยื่อสูงขึ้น ลดการเติบโตของเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่พึ่งพาออกซิเจน เพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และการกระตุ้นให้มีการสร้างเส้นเลือดขึ้นใหม่^(6,12) โดยมีบางรายงานพบว่า การร่วมรักษาด้วย HBO จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดของผู้ป่วย^(1,2,12) แต่เนื่องจากการขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพิงค์ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ CNF เป็นโรคที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล มีรายงานตั้งแต่ 7-55 วัน^(2,5,9) ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ อายุ >70 ปี เป็นโรคเบาหวาน มีภาวะ septic shock ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากเข้ารับการรักษา ผลตรวจการแข็งตัวของเลือดซ้ำหรือมีการติดเชื้อลุกลามเข้าสู่ช่องทรวงอก⁽¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่

เสียชีวิตในรายงานนี้พบปัจจัยเสี่ยง 2 ใน 5 ข้อ คือเป็นโรคเบาหวาน และเกิด septic shock อัตราการเสียชีวิตพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0-22^(1,5,9) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยไม่มาก ในอนาคตอาจต้องมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในหลายสถาบัน เพื่อทำการศึกษาและให้ได้ข้อมูลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

CNF เป็นโรคที่พบบ่อย อาจพบโดยเฉลี่ยเพียงปีละ 1 ราย สาเหตุที่พบบ่อยมาจากฟันผุ และผู้ป่วยมักจะมีโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือต่ำร่วมด้วย อาการแสดงมักมาด้วยเจ็บคอ มีไข้ คอบวม การตรวจพบ soft tissue crepitation จะช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้ได้อย่างมาก แนวทางการรักษาผู้ป่วยเริ่มจากการวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง การให้ยาปฏิชีวนะหลายชนิดที่ครอบคลุมเชื้อ การรักษาโรคเบาหวานและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญมากคือการผ่าตัดซ้ำหลายครั้งเพื่อตัดเนื้อเยื่ออักเสบและเน่าตายออกรวมทั้งการเฝ้าระวังและรักษาโรคแทรกซ้อน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการป้องกันโรคโดยให้สุขศึกษากับประชาชนในเรื่องของการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากและฟัน การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานและการควบคุม การตรวจระดับ Albumin เหล่านี้น่าจะเป็นปัจจัยที่จะลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี

เอกสารอ้างอิง

1. Mathieu D, Neviere R, Teillon C, Chagnon JL, Lebleu N, Wattel F. Cervical necrotizing fasciitis: clinical

- manifestations and management. Clin Inf Dis 1995; 21:51-5.
2. Maisel RH, Karlen R. Cervical necrotizing fasciitis. Laryngoscope 1994; 104:795-98.
3. Marioni G, Bottin R, Tregnaghi A, Boninsegna M, Staffier A. Craniocervical necrotizing fasciitis secondary to parotid gland abscess. Acta Otolaryngol 2003; 123:737-40.
4. Ali MH, Zayed ME. Necrotizing fasciitis of the head and neck : report of three cases. Ann of Saudi Medicine 1997; 17:641-45.
5. Bahu SI, Shibuya TY, Meleca RJ, Mathog RH, Yoo GH, Stacher RJ, et al. Craniocervical necrotizing fasciitis : and 11-year experience. Otolaryngology Head Neck Surg 2001; 125:245-52.
6. Harrison G, Weed L, Arick Forest. Deep neck infection. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richard MA, Robbins KT, et al. editors. Cummings otolaryngology head & neck surgery 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: p. 2515-24.
7. Kantu S, Har-El G. Cervical necrotizing fasciitis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106:965-9.
8. Moss RM, Kunpittaya S, Sorasuchart A. Cervical necrotizing fasciitis : an uncommon sequela to dental infection. Ann Otol Rhinol Laryngol 1990; 99:643-46.
9. ภาวิณี เอี่ยมจันทร์. ภาวะติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณลำคอ : ปัจจัยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค. พุทธชินราชเวชสาร 2548; 2:184-93.
10. Barclay L, Vega C. American Thoracic Society Update Guidelines on Hospital-Acquired Pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171:388-416.
11. Campbell D, Niederman MS, Broughton WA, Craven DE, Fein AM, Fink MP, et al. Hospital-acquired pneumonia in adults: diagnosis, assessment of severity, initial antimicrobial therapy, and preventative strategies. Am J Respir Crit Care Med 1995; 171:1711-22.
12. Langford FP, Moon RE, Stolp BW, Scher RM. Treatment of cervical necrotizing fasciitis with hyperbaric oxygen therapy. Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 112:274-8.

Abstract Cervicofacial Necrotizing Fasciitis in Nakornping Hospital : Clinical Manifestations and Management

Ladawan Hanphairot

Department of Ear Nose Throat, Nakornping Hospital, Chiang Mai

Journal of Health Science 2008; 17:172-80.

A retrospective study of 8 cervicofacial necrotizing fasciitis patients presented at Nakornping Hospital between 2002 to 2007 was carried out and showed dental origin in 4 cases (50%) and parotid abscess in 2 cases (25%). Associated diseases were diabetes mellitus and hypoalbuminemia. Clinical manifestations were neck mass and inflammation skin. Five patients (63%) of cases were positive for soft tissue crepitation. Four patients had sepsis at first presentation. All of pus cultures were positive and the most common bacteria was *Streptococcus* sp. Treatment included administration of broad spectrums intravenous antibiotics and surgical debridement. Frequent neck debridement was necessary to decrease mortality. One case severe complication with a of mediastinitis was reported. This study show 13% mortality rate.

Key words: cervicofacial necrotizing fasciitis, clinical manifestations clinical, management