

การศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อและมีฝีหนองของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอ  
ในโรงพยาบาลพิจิตร

Deep Neck Abscess : Clinical Review in Phichit Hospital

กรรองทอง กสิกิจ พ.บ.\*

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาและวิเคราะห์  
รายละเอียดของโรคในผู้ป่วย Deep neck abscess

**วิธีการศึกษา :** เป็นการศึกษาแบบพรรณนา  
เก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วย Deep neck abscess โดย  
ศึกษาลักษณะการดำเนินโรค, ตำแหน่งและสาเหตุของ  
การติดเชื้อ, ภาวะแทรกซ้อน, เชื้อโรคต้นเหตุและแนว  
ทางการรักษาโรคในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่  
โรงพยาบาลพิจิตร ระหว่าง 1 ตุลาคม 2543 ถึง 30  
กันยายน 2546

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วย Deep neck abscess  
71 ราย อายุตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 76 ปี พบสาเหตุการ  
ติดเชื้อมาจากฟันมากที่สุด ร้อยละ 35.2 รองลงมาจาก  
ผนังคอและต่อมทอนซิลร้อยละ 22.5 และต่อมน้ำลาย  
อักเสบร้อยละ 19.7 โดยพบว่า ตำแหน่ง submandibular  
space พบมากที่สุดร้อยละ 39.7 รองลงมาเป็น  
peritonsillar space อาการส่วนใหญ่มีอาการปวดและ  
บวมบริเวณใบหน้าและลำคอร้อยละ 83.1 การรักษา  
ประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือด

ร่วมกับการเจาะหรือการผ่าตัดระบายหนอง เชื้อโรคที่  
พบจากการเพาะเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม streptococcus  
(46.7%) และ กลุ่ม staphylococcus (11.3%) พบมี  
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากผลแทรกซ้อน 2 ราย คือจาก upper  
airway obstruction (ทางเดินหายใจอุดตัน) และ  
mediastinitis (ภาวะติดเชื้อในช่องอก)

**สรุป :** สาเหตุของ Deep neck abscess  
ส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อที่ฟัน, การอักเสบของช่องคอ,  
ต่อมทอนซิลและต่อมน้ำลายตามลำดับ เชื้อส่วนใหญ่  
เป็นกลุ่ม streptococcus และ กลุ่ม staphylococcus เป็น  
โรคที่มีอาการดำเนินโรคที่รวดเร็วและมีภาวะแทรกซ้อน  
ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่  
เหมาะสมร่วมกับการผ่าตัดระบายหนองถือว่าให้ผลดี  
ที่สุดปัจจัยสำคัญคือการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการ  
ระบายหนองอย่างทันที่รวมทั้งการเฝ้าระวัง  
ภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาและช่วย  
ลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้

\* นายแพทย์ 7 กลุ่มงาน โสต สอ นาสิก โรงพยาบาลพิจิตร

Abstract

**Objective :** To study Deep neck abscess patients

**Method :** A retrospective descriptive study of 71 patients presented with Deep neck abscess were treated in Phichit Hospital during October 1, 2000 to September 30, 2003. Source of infection, fascial space of infection, symptoms, type of organisms, and management were analyzed.

**Result :** There were 71 patients, aged range from 3 month to 76 years old. The mean age of patients were 38 years. The male and female ratio was 3:2. Odontogenic (dental) infection was the most common cause. The majority of spaces that involvement are submandibular space (35.2%), peritonsillar space (16.7%), and masticator space (15.4%). The most common symptom was neck pain and swelling. All patient were treated by parenteral antibiotic and surgical drainage. The most common organism was Streptococcus group. The complication found 9 patients from upper airway obstruction, aspirated pneumonia, and suppurative mediastinitis and 2 patients died from complication.

**Conclusion :** Infection of deep neck is considered life-threatening. Dental infection was the most common factor and submandibular space was the most common site of infection. Common organisms isolated are Streptococcus group and Staphylococcus.

Treatment should consist of parenteral antibiotic and adequate surgical drainage. The morbidity and mortality rates have decreased by appropriate treatment and prevented complication such as upper airway obstruction and suppurative mediastinitis.

บทนำ

ภาวะ Deep neck abscess เป็นการติดเชื้อที่ทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายถึงชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนจากการแพร่เชื้อเข้าสู่ปอด หัวใจและเส้นเลือด ทั้งยังทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้ ปัจจุบันยังพบมีอัตราการเกิดโรคที่สูงอยู่ ทั้งที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะกันอย่างแพร่หลายรวมทั้งมีการณรงค์พัฒนาเชิงรุกทั้งทางด้านการป้องกันส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการบริการทางทันตกรรมเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่ายังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับแพทย์หู คอ จมูก และแพทย์ทั่วไปในแง่ของการวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งการตัดสินใจผ่าตัดระบายหนอง และการช่วยหายใจในกรณีที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน เพราะเป็นการติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วได้

จากรายงานการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ปัจจุบันพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อจากฟัน รongลงมาเป็นการติดเชื้อจากผนังคอและต่อมทอนซิล โดยเชื้อต้นเหตุที่พบ มีทั้ง aerobic และ anaerobic bacteria แม้ว่าในปัจจุบันมีการพัฒนาและใช้ยาปฏิชีวนะต่างๆเข้ามาอย่างมากมาย แต่ก็ยังพบมีรายงาน

อัตราการตายอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยขึ้นกับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง การตัดสินใจผ่าตัดระบายฝีหนอง และการเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทันทั่วทั้งรวมถึงการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะให้ครอบคลุมเชื้อโรค

จุดประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษารายละเอียดของโรคในผู้ป่วย Deep neck abscess ของโรงพยาบาลพิจิตรในช่วงเวลา 3 ปี โดยศึกษาถึงสาเหตุของการติดเชื้อ, ลักษณะการดำเนินโรค, เชื้อโรคต้นเหตุ รวมทั้งวิธีการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

**วัสดุและวิธีการ**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น Deep neck abscess ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตรระหว่าง 1 ตุลาคม 2543 ถึง 30 กันยายน 2546 โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 7 กลุ่มตามเยื่อหุ้มชั้นลึก (fascial space) ของคอที่เกิดการติดเชื้อดังนี้

1. Retropharyngeal space abscess
2. Submandibular space abscess
3. Parapharyngeal space abscess
4. Peritonsillar or supratonsillar space abscess
5. Masticator space abscess
6. Ludwig's angina
7. Parotid space abscess

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมในผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย เพศ, อายุ, อาชีพ, โรคประจำตัว, ลักษณะอาการของโรค, สาเหตุของการติดเชื้อ, เชื้อโรคต้นเหตุ และวิธีการรักษา รวมทั้งผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยทั้งหมด 71 ราย เป็นผู้ชาย 44 ราย (ร้อยละ 61.9) ผู้หญิง 27 ราย (ร้อยละ 38.1) อายุเฉลี่ย 38 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุ 3 เดือน ถึง 76 ปี ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ (N = 71 ราย)

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย (คน)
0-9	12
10-19	6
20-29	5
30-39	10
40-49	9
50-59	14
60-69	12
70-79	3

ตำแหน่งของ fascial space ที่เกิดการติดเชื้อแสดงไว้ในตารางที่ 2 พบว่า submandibular space พบมีการติดเชื้อมากที่สุดคือร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ peritonsillar space ร้อยละ 16.7, masticator space, Ludwig's angina, parapharyngeal space และ parotid space ตามลำดับโดยพบมีผู้ป่วย 7 รายที่มีการติดเชื้อ

มากกว่า 1 ตำแหน่งของ fascial space ซึ่งเป็นผู้ป่วย กลุ่ม parapharyngeal space abscess

**ตารางที่ 2** ตำแหน่ง fascial space ที่มีการติดเชื้อ

ตำแหน่ง	จำนวนผู้ป่วย (%)
Submandibular space	31 (39.7)
Peritonsillar or supratonsillar space	13 (16.7)
Masticator space	12 (15.4)
Ludwig's angina	9 (11.5)
Parapharyngeal space	7 (8.9)
Parotid space	4 (5.1)
Retropharyngeal space	2 (2.6)

อาการแสดงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์แสดงไว้ใน ตารางที่ 3 พบว่า อาการปวดและบวมบริเวณใบหน้า หรือคอพบมากที่สุดร้อยละ 83.1 โดยพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ส่วนอาการไข้ ( $\text{temp} \geq 37.8^{\circ}\text{C}$ ) พบรองลงมา ร้อยละ 50.7 ส่วนอาการเจ็บคอหรือกลืนเจ็บมีการพบมากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย peritonsillar abscess, parapharyngeal และผู้ป่วยในกลุ่ม retropharyngeal abscess สำหรับอาการขากรรไกรแข็งพบ ร้อยละ 12.7 พบในรายผู้ป่วย masticator space abscess, Ludwig's angina และในกลุ่ม parotid space abscess ส่วนอาการปวดฟันพบ ร้อยละ 19.7 พบในผู้ป่วย masticator space abscess และผู้ป่วย Ludwig's angina และบางรายของ submandibular space abscess อาการหายใจลำบากพบในผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 9.9) ซึ่งเกิดจากทางเดินหายใจ

อุดตัน โดยเป็นผู้ป่วย Ludwig's angina 5 ราย และ parapharyngeal space abscess 2 ราย

**ตารางที่ 3** อาการและอาการแสดงเริ่มแรกของผู้ป่วย

อาการและอาการแสดง	จำนวนผู้ป่วย (%)
ปวดและบวมที่บริเวณคอหรือใบหน้า	59 (83.1)
ไข้	36 (50.7)
เจ็บคอหรือกลืนเจ็บ	16 (22.5)
ปวดฟัน	14 (19.7)
ขากรรไกรแข็ง	9 (12.7)
หายใจลำบาก	7 (9.9)
คอแข็งหรือเคลื่อนไหวลำบาก	5 (7)
เสียงพูดเปลี่ยน	5 (7)

**สาเหตุของการติดเชื้อ**

ตรวจพบสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วย ได้จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 92.9) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4 โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ การติดเชื้อจากฟัน 25 ราย (ร้อยละ 35.2) รองลงมาได้แก่การติดเชื้อจากผนังคอและต่อมทอนซิล (ร้อยละ 22.5) และการอักเสบของต่อมน้ำลาย (ร้อยละ 19.7) นอกจากนี้ยังพบว่า มีสาเหตุจากต่อมน้ำเหลืองอักเสบ และจากอุบัติเหตุการหักกร้ามด้วยและมี 5 ราย (ร้อยละ 7) ที่ไม่สามารถหาสาเหตุการติดเชื้อได้

ตารางที่ 4 สาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ Deep neck abscess ในผู้ป่วย 66 ราย

สาเหตุ	จำนวนผู้ป่วย (คน)
การติดเชื้อจากฟัน (dental infection)	25
การติดเชื้อผนังคอและต่อมทอนซิล (pharyngotonsillitis)	16
การติดเชื้อจากต่อมน้ำลายอักเสบ (sialadenitis)	14
ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ (lymphadenitis)	9
อุบัติเหตุบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและลำคอ (trauma)	2
ไม่ทราบสาเหตุ (unknown)	5

ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรีย

ผลการเพาะเชื้อจากหนองที่ได้จากการเจาะหรือการผ่าระบายหนองในผู้ป่วยที่ส่งเพาะเชื้อทั้งหมด 44 รายจาก 71 ราย(เพาะเชื้อโดยวิธีฟุ้งพลาออกซิเจน) ดังแสดงในตารางที่ 5 โดยเชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่ม streptococcus (ร้อยละ 46.7) รองลงมาเป็นกลุ่ม Staphylococcus aureus (ร้อยละ 11.3) พบแบคทีเรียกรัมลบ (ร้อยละ 11.3) โดยเป็นเชื้อ Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa และ acinetobacter เชื้อ pseudomonas พบในผู้ป่วยที่เป็น suppurative mediastinitis และเชื้อ klebsiella พบในผู้ป่วย Ludwig’s angina และบางรายในผู้ป่วย parapharyngeal abscess ส่วนเชื้อ acinetobacter พบใน

กลุ่มที่มีสาเหตุการติดเชื้อมาจากฟัน และไม่พบเชื้อขึ้นหลังการเพาะเชื้อ จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 31.8)

ตารางที่ 5 เชื้อแบคทีเรียแบบฟุ้งพลาออกซิเจนในผู้ป่วย 44 ราย

เชื้อแบคทีเรีย	จำนวนผู้ป่วย (คน)
Staphylococcus aureus	8
Streptococcus pyogenes	5
Streptococcus group D	4
Streptococcus viridans	4
Acinetobacter	4
Klebsiella pneumoniae	3
Streptococcus non group D	1
Pseudomonas aeruginosa	1
No growth	14

โรคทางระบบร่างกายที่เกี่ยวข้องหรือโรคประจำตัว

พบผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 19.7) ที่มีโรคระบบทางร่างกายซึ่งอาจมีผลเกี่ยวข้องกับหรือมีผลกับสถานะภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ร่างกายมีการติดเชื้อหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น โดยพบเบาหวานมากที่สุดคือ 7 ราย, โรคเก๊าท์ 2 ราย โรคความดันโลหิตสูง 2 ราย, โรคตับแข็ง 1 ราย, Thalassemia 1 ราย และพบผู้ป่วยโรคเอดส์ 1 รายโดยผู้ป่วยที่เสียชีวิต 2 รายเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและโรคตับแข็งที่อยู่ระหว่างการรักษาโรคดังกล่าว

**การรักษา**

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Deep neck abscess ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย การรักษาประกอบด้วยทำให้ยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือด ร่วมกับการระบายหนองทั้งวิธี needle aspiration และ incision & drainage และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมทั้งเชื้อ aerobic และ anaerobic bacteria โดยมีการเลือกยาในกลุ่ม penicillin (ampicillin, cloxacillin) มากที่สุดร้อยละ 47.9 รองลงมาเป็นกลุ่ม penicillin ร่วมกับ metronidazole ร้อยละ 42.3, กลุ่ม cephalosporin ร้อยละ 5.6 และ penicillin, gentamycin ร่วมกับ metronidazole ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ ระยะเวลาการให้ยาเฉลี่ย 5 วัน และเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานต่อไป

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการระบายหนองภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัยโดยวิธีใช้เข็มดูด (needle aspiration) ส่วนใหญ่ในผู้ป่วย peritonsillar space abscess นอกนั้นใช้วิธีการผ่าตัดระบายหนอง ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อมีทั้งวิธีการทำการผ่าตัดจากภายนอก (external approach) และการผ่าตัดผ่านช่องปาก (intraoral approach) หรือร่วมกันทั้งสองวิธี โดยวิธีการผ่าตัดจากภายนอกใช้ในผู้ป่วยกลุ่ม Ludwig's angina, submandibular, parotid และ masticator space abscess ส่วนวิธีการผ่าตัดผ่านช่องปากใช้ในผู้ป่วย retropharyngeal abscess, parapharyngeal abscess และบางรายในผู้ป่วย masticator space abscess สำหรับบางรายของผู้ป่วย parapharyngeal และ parotid space abscess จะใช้การผ่าตัดร่วมกันทั้งสองวิธี และมีผู้ป่วย 16

รายได้รับการผ่าตัดระบายหนองมากกว่า 1 ครั้ง (ร้อยละ 22.5) เนื่องจากอาการปวดและบวมไม่ดีขึ้นหรืออาการไข้ไม่ลดลงและมีผู้ป่วยที่ต้องช่วยหายใจ 7 ราย เนื่องจากทางเดินหายใจอุดตันจากโรคโดยมีการใส่ท่อช่วยหายใจ 4 ราย และทำการเจาะคอ 3 ราย โดยกลุ่มนี้เป็น ผู้ป่วย Ludwig's angina 5 ราย และผู้ป่วยที่เป็น parapharyngeal abscess 2 ราย และได้ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยในรายที่มีการติดเชื้อในช่องอก

ผู้ป่วย 71 ราย พบมีผลแทรกซ้อนจากโรคจำนวน 9 ราย ดังแสดงในตารางที่ 6 มีผู้เสียชีวิต 2 รายจากภาวะอุดตันของทางเดินหายใจและการติดเชื้อของช่องอก

**ตารางที่ 6 ผลแทรกซ้อน**

ผลแทรกซ้อน	จำนวน (คน)
Upper airway obstruction	7
Suppurative mediastinitis	1
Aspirated pneumonia	1

**วิจารณ์**

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่เป็น Deep neck abscess และเข้ารับการรักษาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพื้นรองลงมาคือการติดเชื้อของผนังลำคอและต่อมทอนซิลและต่อมน้ำลายอีกเสบตามลำดับ เมื่อเทียบกับการรายงาน การศึกษาของต่างประเทศ<sup>1,2,4,5</sup> สาเหตุหลักๆ ยังมาจากพื้นและการติดเชื้อที่คอและต่อมทอนซิลเหมือนกันแต่พบว่าสาเหตุที่มาจากต่อมน้ำลายอีกเสบ

ในต่างประเทศ<sup>1,2</sup> มีรายงานน้อยมาก สำหรับการวิจัยนี้ ไม่พบสาเหตุการติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดเลย นอกจากนี้สาเหตุจากต่อมน้ำลายอักเสบยังพบมีความเกี่ยวข้องกับนิ้วของท่อน้ำลายที่ทำให้เกิดการอักเสบในต่อมน้ำลาย submaxillary รวมด้วยถึง 3 ราย ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องกับภาวะโภชนาการและน้ำดื่มของประชาชนในชนบท และอายุที่พบมากจะเป็นช่วงเด็ก (0-9 ปี) กับผู้สูงอายุ (50-59 ปี) และพบในคนอายุช่วง 10-29 ปี น้อยมาก โดยส่วนใหญ่มีเศรษฐฐานะยากจน โดยมีอาชีพเกษตรและรับจ้างถึงร้อยละ 84 สำหรับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อมากที่สุดคือ submandibular space ร้อยละ 39.7 โดยสาเหตุมาจากฟัน, ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ, ต่อมน้ำลายอักเสบและอุบัติเหตุกรามหัก ร่องลงมาเป็น peritonsillar และ masticator space

สำหรับอาการแสดงเริ่มแรกของผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบใกล้เคียงกับการรายงานในต่างประเทศและในประเทศ<sup>5,2,8,7</sup> และขึ้นกับตำแหน่งของการติดเชื้อร่วมด้วย โดยพบอาการปวดและบวมบริเวณใบหน้ามากที่สุด ส่วนไข้และอาการเจ็บคอกลิ้นเจ็บและอาการปวดฟันพบรองลงมา นอกจากนั้นจำนวนผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากฟันอักเสบ 25 ราย โดยพบว่ามีการอักเสบหลังได้รับการถอนฟันแล้วมีจำนวน 7 ราย

จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบร่างกายอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับโรค 14 ราย โดยพบโรคเบาหวาน มากที่สุด คือ 7 ราย โรคเก๊าท์ 2 ราย และโรคเอดส์ 1 ราย โดยในรายนี้พบเชื้อวัณโรคจากหนอง นอกจากนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูง ธาลัสซีเมีย และโรคตับแข็ง โดยสังเกตว่าผู้ป่วยที่มี

โรคเบาหวานอยู่จะมีอาการแสดงของโรคที่รุนแรงและรวดเร็วโดยผู้ป่วยที่เสียชีวิต 2 ราย มีโรคประจำตัวโดยเป็นเบาหวาน 1 ราย และโรคตับแข็ง 1 ราย เชื้อแบคทีเรียที่พบจากการเพาะเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม streptococcus ร้อยละ 46.7 และ staphylococcus ร้อยละ 11.3 ซึ่งคล้ายคลึงกับการรายงานของต่างประเทศ<sup>1,2</sup> และพบแบคทีเรียชนิดกรัมลบ 8 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน 7 ราย โดยผู้เสียชีวิต 2 ราย ผลการเพาะเชื้อเป็น Pseudomonas aeruginosa และ Klebsiella pneumoniae สำหรับผลเพาะเชื้อ anaerobe ไม่มีข้อมูล เนื่องจากไม่มีรายงานผลเพาะเชื้อและทางโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาไม่มีการเพาะเชื้อชนิดนี้ในผู้ป่วยหนัก 9 ราย ได้ส่ง hemoculture และผลไม่พบเชื้อขึ้นทั้งหมด การรักษาผู้ป่วย Deep neck abscess เหล่านี้ประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือด ร่วมกับการระบายหนอง โดยยาปฏิชีวนะที่เลือกใช้มากที่สุดคือกลุ่ม penicillin ตัวเดียว และให้ร่วมระหว่าง penicillin กับ metronidazole ร่องลงมาและในกลุ่มที่อาการรุนแรงมีการใช้ penicillin, metronidazole ร่วมกับ gentamycin และกลุ่ม cephalosporin พบว่าผู้ป่วยตอบสนองในการรักษาดี สำหรับวิธีการผ่าตัดระบายหนองขึ้นกับตำแหน่งของ fascial space ที่มีการติดเชื้อ โดยผู้ป่วยที่เป็น peritonsillar space abscess ใช้วิธีใช้เข็มเจาะดูดระบายหนองได้ผลการรักษาดีทุกราย สำหรับการผ่าตัดระบายหนองส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดระบายจากภายนอก และสำหรับการผ่าตัดระบายหนองผ่านช่องปากทำในกลุ่มผู้ป่วย retropharyngeal abscess และบางรายในผู้ป่วย parapharyngeal และ masticator

space abscess ซึ่งการทำผ่าตัดทั้งวิธีจากภายนอกและการผ่าตัดผ่านทางช่องปาก ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่เป็นอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทสำคัญแต่อย่างใด สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต 2 รายซึ่งเป็น Ludwig's angina พบว่ามีอาการดำเนินของโรคที่รวดเร็วและรุนแรง โดย 1 รายมีการติดเชื้อภายในช่องอกเกิดหลังจากการผ่าตัดระบายหนองและเจาะคอ และผู้ป่วยอีกรายมารับการรักษาในขณะที่อาการรุนแรงมากทั้งจากการติดเชื้อและมีทางเดินหายใจอุดตันซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากทางเดินหายใจอุดตันดังกล่าว

สำหรับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Deep neck abscess ได้มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาและป้องกันออกมาอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานของ Tom และคณะ<sup>4</sup> แนะนำว่าควรเจาะคอช่วยหายใจโดยใช้ยาเฉพาะที่ในรายที่ทางเดินหายใจอุดตันและให้การรักษาทางยาแล้วอาการบวมบริเวณคอไม่ยุบลง ส่วนในรายงานการศึกษาของ Odell<sup>2</sup> เห็นควรให้ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มทางเดินหายใจอุดตันและอยู่ในสภาพเตรียมพร้อมเจาะคอในกรณีที่มีปัญหาในการใส่ท่อช่วยหายใจ และรายงานของ Patterson และคณะ<sup>6</sup> แนะนำให้เจาะคอในผู้ป่วย Ludwig's angina ทุกราย เนื่องจากเสี่ยงต่อการทางเดินหายใจอุดตันร่วมกับการเจาะระบายหนองที่เหมาะสมและรวดเร็ว

สำหรับผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน อย่างเช่น ภาวะอุดตันของทางเดินหายใจโดยใกล้ชิดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย ludwig's angina, retropharyngeal และ parapharyngeal abscess

และอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอย่าง เช่น เบาหวาน เป็นต้น ร่วมกับการเตรียมบุคลากรให้ตระหนักและพร้อมสำหรับการช่วยหายใจ คือทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจและการเจาะคอในรายที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองกับการให้ยาหรือเริ่มมีอาการของทางเดินหายใจอุดตันโดยควรช่วยหายใจด้วยการใส่ท่อถ้าสามารถใส่ได้และต้องอยู่ในสถานที่ที่พร้อมจะเจาะคอได้ ในกรณีที่ไม่สามารถใส่ท่อได้และควรทำการผ่าตัดระบายหนองภายใน 12 ชม.ร่วมด้วยเพื่อไม่ให้โรคลุกลามและเป็นมากจนยากต่อการรักษามากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเพียงร้อยละ 2.8 ซึ่งถือว่าต่ำมากเนื่องจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่รวดเร็วรวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดทำให้พบผลแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตจำนวนน้อย

**สรุป**

ภาวะ Deep neck abscess ยังเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นโรคที่มีการดำเนินโรครุนแรงและรวดเร็ว นอกจากนั้นยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้แก่ ภาวะอุดตันของทางเดินหายใจและการติดเชื้อของปอดและทรวงอกรวมทั้งการติดเชื้อในกระแสเลือด การศึกษานี้พบสาเหตุการติดเชื้อมาจากฟันมากที่สุด และเชื้อแบคทีเรียที่พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม streptococcus การรักษาด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะโดยการเลือกใช้ยาในกลุ่ม penicillin หรือ penicillin กับ metronidazole หรือ gentamycin ร่วมกับการผ่าตัด



ระบายหนองเป็นวิธีที่ได้ผลดี นอกจากนั้นปัจจัยสำคัญที่จะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วและการตัดสินใจผ่าตัดระบายหนองอย่างทันท่วงที รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้

**เอกสารอ้างอิง**

1. Sethi DS, Stanley RE. Deep neck abscess-changing trends. J Laryngol Oto 1994 ; 108 : 138-43.
2. Odell PF. Infection of the fascial spaces of the neck. J Laryngol 1990 ; 19 : 201-5.
3. Mria N. Byrne MD. Essential Oto. 6<sup>th</sup> ed. A simom & Shuster Company, 1995 ; 443-60.
4. Tom MB, Rice DH. Presentation and management of neck abscess: A retrospective analysis. Laryngoscope 1988 ; 98 : 877-80.
5. Shumrick KA, Sheft SA. Deep neck infection. In : Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. Otolaryngology. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1991 ; 2545-63.
6. Patterson HC, Kelly JH, Strome M. Ludwig's angina : an update. Laryngoscope 1982 ; 92 : 370-8.

7. Uganont K, Yellon RF, Weissman JL. Head and neck space infection in infants and children . Otolaryngol Head Neck Surg 1995 ; 112 : 375-82.

8. Klikrung J. Deep neck abscess : Clinical Review in Ramathibodi Hospital. Thai J Otolaryngol Head Neck Surg 2000 ; 1 : 43-7.