

ฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากเมลิออยโดสิสในเด็ก : รายงานผู้ป่วย 3 ราย ที่พบในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สกุลรัตน์ ศรีโรจน์

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Parotid Abscess Caused by *Burkholderia pseudomallei* in Children : Report of 3 cases from Kalasin Hospital

Sakulrat Srirojana

Department of Pediatrics, Kalasin Hospital, Kalasin.

หลักการและเหตุผล: ฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากเมลิออยโดสิส เป็นโรคที่พบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่สำคัญลงได้

วัตถุประสงค์: เพื่อเผยแพร่ผู้ป่วยตัวอย่าง แก่แพทย์ทั่วไปเพื่อให้ความระมัดระวังในการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยฝีของต่อมน้ำลายพาโรติด

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Retrospective study โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่ 1 มกราคม 2546 ถึง 31 ธันวาคม 2547

สถานที่ศึกษา: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* จำนวน 3 ราย ผู้ป่วย 1 รายมีฟันผุก่อนมีอาการป่วย อีก 2 รายไม่มีโรคใดๆ มาก่อน ผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับยาปฏิชีวนะเบื้องต้นทางเส้นเลือดดำครอบคลุมเชื้อ *Staphylococcus aureus* และ anaerobes ทุกรายได้รับการผ่าตัดระบายหนอง เมื่อผลเพาะเชื้อจากหนองได้เชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ceftazidime ทางหลอดเลือดดำจนอาการดีขึ้น จึงให้กิน trimethoprim-sulfamethoxazole ต่อ นัดติดตามผลพบว่าผู้ป่วยทุกรายตอบสนองดีต่อการรักษา ผู้ป่วย 2 รายอาการดีขึ้นเป็นปกติ อีก 1 รายยังมีอาการของ facial nerve paralysis หลังเหลืออยู่

สรุป: ผู้ป่วยเด็ก 3 ราย ที่ป่วยด้วยโรคฝีของต่อมน้ำลาย

Background: Parotid abscess caused by *Burkholderia pseudomallei* in children was the common disease in northeastern Thailand. Early diagnosis and proper management can decrease severity and prevent important complication of the disease.

Objective: To disseminate and inform the cases for general physicians to be careful of the diagnosis and management of parotid abscess in children.

Design: Retrospective study by review of medical records between January 1, 2003 and December 31, 2004.

Setting: Kalasin Hospital, Kalasin Province.

Result: There were three cases of children with parotid abscess caused by *Burkholderia pseudomallei*.

One case had dental caries before development of parotid abscess. The other two cases had no underlying diseases. All three cases were initially treated with parenteral antibiotics used for treatment of *Staphylococcus aureus* and anaerobes. Surgical drainage was done in all cases. When the diagnosis was made by positive culture of pus from parotid abscess which produced colonies of *Burkholderia pseudomallei*, the antibiotics were changed to parenteral ceftazidime. When the patients were stable, the antibiotics were switched to oral trimethoprim—sulfamethoxazole. They received periodic follow—up and all responded well. Two cases had full recovery but one case had persistent facial nerve paralysis.

Conclusion: Three cases of children with parotid abscess caused by *Burkholderia pseudomallei* had good response to

พาโรติคจาก *Burkholderia pseudomallei* ได้รับยา ปฏิชีวนะ ceftazidime และได้รับการผ่าตัดระบายหนอง จนอาการดีขึ้นทุกราย แพทย์ควรวินิจฉัยแยกโรคฝีของต่อมน้ำลายพาโรติคที่เกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* และแบคทีเรียอื่นๆ โดยการย้อมสีแกรมและเพาะเชื้อ จากหนองบริเวณต่อมน้ำลายพาโรติค

parenteral ceftazidime and surgical drainage. The physician should have differential diagnosis the causes of parotid abscess from *Staphylococcus aureus* and other bacterias by investigation of pus gram stain and culture from parotid gland.

Keyword: *Burkholderia pseudomallei*, parotid abscess.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2549; 21(1): 51-8

• Srinagarind Med J 2006; 21(1): 51-8

บทนำ

โรคเมลิออยโดสิส เป็นโรคที่เกิดในคนและสัตว์ เกิดจากเชื้อ *B. pseudomallei* แหล่งที่เป็น endemic area ของโรคคือประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคสูงที่สุดคือ เฉลี่ย 4.4 ต่อ 100,000 คน¹ โรคเมลิออยโดสิสในเด็กพบได้ตั้งแต่ในทารกแรกเกิดจนถึงเด็กโต และมีอาการแตกต่างกันได้หลายรูปแบบจากการศึกษาผู้ป่วยเด็กเมลิออยโดสิส จำนวน 55 ราย ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์² พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็น septicemia 20 ราย (ร้อยละ 36.4) มีการติดเชื้อเฉพาะที่ 35 ราย (ร้อยละ 63.6) โดยผู้ป่วยที่เป็น septicemia มักมีโรคเดิมอยู่ก่อน พบการติดเชื้อที่ปอดบ่อยที่สุด (ร้อยละ 75) และมีอัตราการตายสูง (ร้อยละ 60) ส่วนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉพาะที่ เป็นเด็กแข็งแรงดีไม่มีโรคเดิมอยู่ก่อน การติดเชื้อเฉพาะที่พบเป็นที่ต่อมน้ำลายพาโรติคมากที่สุดคือ ร้อยละ 40) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์³ ซึ่งพบถึงร้อยละ 44 ของผู้ป่วยเด็กเมลิออยโดสิสที่ติดเชื้อเฉพาะที่ รองลงมาเป็นการติดเชื้อเป็นหนองที่ผิวหนัง และการอักเสบของต่อมน้ำเหลือง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่พบมีการเสียชีวิต

สาเหตุของการติดเชื้อของต่อมน้ำลายพาโรติค อาจมาจากในช่องปากโดยเชื้อเข้าทางรูเปิด Stensen's duct หรืออาจเข้าทางกระแสเลือดหรือทางน้ำเหลืองก็ได้⁴ รายงานในต่างประเทศส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเกิดตามหลังการผ่าตัดและพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพช่องปากไม่ดีไม่ค่อยได้ดื่มน้ำและรับประทานอาหาร รวมทั้งมีภาวะติดเชื้ออื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งเชื้อที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.* และ gram-negative bacilli⁵⁻⁶ บางรายงานพบเชื้อ *Streptococcus spp.* เป็นส่วนใหญ่⁷ มีรายงานในทารกแรกเกิดและเด็กพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* รองลงมาได้แก่ gram-positive cocci, gram-negative bacilli และ anaerobes⁸⁻¹⁰ ซึ่งต่างจากรายงาน

ผู้ป่วยในประเทศไทยซึ่งเป็น endemic area ของโรคเมลิออยโดสิส เช่น รายงานของ พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ จากโรงพยาบาลบุรีรัมย์¹¹ ที่พบว่าฝีของต่อมน้ำลายพาโรติคในเด็กส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากเชื้อ *B. pseudomallei* (ร้อยละ 61.11) รองลงมา คือ *Streptococcus viridan* (ร้อยละ 16.67) โดยพบได้ในเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 15 ปี และส่วนใหญ่เป็นเด็กที่แข็งแรงดีไม่มีโรคเดิมอยู่ก่อน

รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคฝีของต่อมน้ำลายพาโรติคจากเชื้อ *B. pseudomallei* จำนวน 3 รายที่พบในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และเป็นรายงานครั้งแรกของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยมีอาการนำคล้ายกันคือ มีไข้ ปวดบวมที่แก้มบริเวณหน้าหูและได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการผ่าตัดระบายหนอง รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผู้ป่วยตัวอย่างให้แก่กุมารแพทย์ แพทย์หู คอ จมูก และแพทย์ทั่วไปเพื่อความระมัดระวัง ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการไข้และปวดบวมบริเวณใบหน้า ให้ครอบคลุมสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรคได้ทุกชนิดและให้การรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนและไม่กลับเป็นซ้ำ

ผู้ป่วยรายที่ 1

เด็กหญิงไทย อายุ 4 ปี 6 เดือน ภูมิลำเนา อ.คำม่วง จ.กาฬสินธุ์ ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลคำม่วง ด้วยอาการไข้ปวดบวมบริเวณหูซ้ายมา 6 วัน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำม่วง ได้รับยาปฏิชีวนะ PGS และ gentamicin เป็นเวลา 5 วัน อาการไม่ดีขึ้น 2 สัปดาห์ก่อนผู้ป่วยมีอาการปวดฟันเนื่องจากฟันผุ ไปพบทันตแพทย์ได้ยาแก้ปวด กินประมาณ 1 สัปดาห์อาการดีขึ้น ยังไม่ได้ถอนฟัน ตรวจร่างกายแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีตเล็กน้อย มีไข้ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 12 กก. บริเวณต่อมน้ำลายพาโรติคข้างซ้ายบวมแดง มี fluctuation มีหนองขึ้นสีเหลืองไหลออกจากหู

ข้างซ้าย เยื่อแก้วหูด้านซ้ายปกติ หัวใจและปอดปกติ ตับ ม้ามไม่โต ไม่มีบาดแผลตามร่างกาย ระบบประสาทปกติ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ได้ Hct 27.3 %, MCV 67.7 %, WBC 18,250 cell/mm³, neutrophils 83%, lymphocytes 7%, monocytes 8%, eosinophils 2%, platelet 441,000 cell/mm³, anisocytosis 1 +, microcyte 1 +, UA ปกติ, CXR ปกติ, indirect hemagglutination test for *B. pseudomallei* (IHA) negative.

ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ cloxacillin และ gentamicin ทางหลอดเลือดดำ หลังจาก admit วันที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้สูง ได้ทำ incision & drainage บริเวณต่อมน้ำลายพาโรติดข้างซ้าย (รูปที่ 1) ได้หนองข้นสีเหลืองประมาณ 5 ซีซี ได้ส่งหนองจาก



รูปที่ 1 : ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังได้รับการผ่าตัดระบายหนอง

แผลและหนองจากรูหูซ้ายเพาะเชื้อ พบเชื้อตัวเดียวกัน คือ *B. pseudomallei* ซึ่งไวต่อยาปฏิชีวนะ ceftazidime, cefotaxime, cefuroxime, amikacin, imipenem และดื้อต่อ gentamicin ผล hemoculture negative จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ceftazidime ร่วมกับ cloxacillin และ amikacin ทางหลอดเลือดดำ ไข้สูงหลังจากเปลี่ยนยาได้ 7 วัน ต่อมน้ำลายยุบววมลง แต่ยังมีหนองออกจากรูหูซ้าย จึงได้ให้ยาปฏิชีวนะต่อครบ 2 สัปดาห์และจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อกลับไปทำแผลต่อที่สถานีนอนามัย โดยให้ amoxicillin - clavulanic acid ต่ออีก 4 สัปดาห์ ร่วมกับให้ธาตุเหล็ก นัดติดตามผล อาการดีขึ้นไม่มีหนองจากรูหู (รูปที่ 2) ให้กิน trimethoprim-sulfamethoxazole ต่ออีก 6 สัปดาห์ รวมระยะเวลารับยา 12 สัปดาห์, เจาะ IHA ซ้ำ หลังจากรักษาหายแล้วพบว่า negative ผล CBC ได้ Hct 34 %, MCV 69 %, WBC 9,190 cell/mm³, neutrophils 52 %, lymphocytes 38 %, monocytes 10%, platelet 486,000 cell/mm³ ผล Hb typing เป็น EA

ผู้ป่วยรายที่ 2

เด็กชายไทยอายุ 5 ปี 7 เดือน ภูมิลำเนา อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์ ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลเขาวง ด้วยอาการบวมแดงที่แก้มขวามา 7 วัน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวง ได้ยาปฏิชีวนะ PGS ทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 5 วัน อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยมีไข้สูง 40 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100 / 60 มม.ปรอท น้ำหนัก 15 กิโลกรัม บริเวณต่อมน้ำลายพาโรติดข้างขวาววมแดง ร่วมกับมี fluctuation (รูปที่ 3) ปอดและหัวใจปกติ ตับ ม้ามไม่โต ระบบประสาทปกติ. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ได้ Hct 39 %, WBC 16,380 cell/mm³, neutrophils 80 %, lymphocytes 11 %, monocyte 5%, eosinophils 4%, platelet 306,000 cell/mm³ UA ปกติ, CXR ปกติ, IHA ขึ้น 1: 160 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติด และได้รับยาปฏิชีวนะ cloxacillin และ gentamicin ทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 2 วัน ยังมีไข้สูง จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ceftazidime และทำ incision & drainage บริเวณต่อมน้ำลายพาโรติดข้างขวาได้หนองข้นสีเขียว กลิ่นค่อนข้างเหม็นประมาณ 3 ซีซี ใช้เริ่มลงหลังเปลี่ยนยาได้ 3 วัน แต่ยังมีหนองซึมจากแผลผ่าตัด ผลเพาะเชื้อจากหนองพบเชื้อ *B. pseudomallei* ซึ่งไวต่อยาปฏิชีวนะ ceftazidime, cefotaxime, cefuroxime, piperacillin, amikacin, imipenem และดื้อต่อ gentamicin ผล hemoculture negative จึงได้ให้ ceftazidime ทางหลอดเลือดดำต่ออีก 2 สัปดาห์ อาการบวมที่แก้มดีขึ้นได้จำหน่ายผู้ป่วย โดยให้กิน chloramphenicol ต่อ 3 สัปดาห์ ร่วมกับ trimethoprim-sulfamethoxazole เป็นเวลา 6 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยติดตามผล หลังรักษาไปแล้ว 4 และ 6 สัปดาห์พบว่าอาการเป็นปกติ รวมระยะเวลาการรักษา 8 สัปดาห์



รูปที่ 2 : ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังจากรักษาประมาณ 6 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 3

เด็กชายไทยอายุ 8 ปี 5 เดือน ภูมิลำเนา อ.หนองกงศรี จ.กาฬสินธุ์ ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลหนองกงศรี ด้วยอาการไข้ บวมบริเวณแก้มหน้าหูซ้ายมา 5 วัน ไปโรงพยาบาลหนองกงศรีได้ทำ incision & drainage ได้หนองสีกะปิ 50 ซีซี ได้รับยาปฏิชีวนะ cloxacillin, gentamycin และ metronidazole ทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 3 วัน อาการไม่ดีขึ้น เริ่มมีปากเบี้ยวข้างซ้าย ตาซ้ายหลับไม่สนิท ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยมีไข้สูง 40 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 100/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 20 กก. บริเวณต่อมน้ำลายพาโรติดข้างซ้ายบวมแดงและมีแผลจากการผ่าตัดระบายหนอง ขนาด 2 x3 ซม. มีหนองซึมออกจากแผลและรูหูซ้าย ปอดและหัวใจปกติ ตับม้ามไม่โต ระบบประสาท พบมี facial palsy แบบ left lower motor neuron ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ได้ Hct 29 %, WBC 13,550 cell/mm³, neutrophils 77%, lymphocytes 8%, monocyte 12 %, eosinophils 3%, platelet 152,000 cell/mm³, UA มี WBC 3-5 /HPF, RBC negative ,CXR ปกติ, IHA negative ภายหลัง admit ผู้ป่วยได้รับการทำ debridement 2 ครั้ง ได้ necrotic tissue และหนองสีกะปิปริมาณเล็กน้อย ได้รับยาปฏิชีวนะ PGS, gentamicin และ chloramphenicol ทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 1 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ceftazidime ร่วมกับ กิน trimethoprim-sulfamethoxazole ไข้สูงหลังจากเปลี่ยนยาได้ 5 วัน ผลเพาะเชื้อจากหนองที่บริเวณแผลผ่าตัด พบว่าเป็น *B. pseudomallei* ซึ่งไวต่อยาปฏิชีวนะ ceftazidime, cefotaxime, cefuroxime, piperacillin, amikacin, imipenem และ



รูปที่ 3 : ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการปวดบวมบริเวณหน้าหูขวา มา 7 วัน

ดีต่อ gentamicin ผล hemoculture negative , urine culture negative ได้เจาะ IHA หลังการรักษา 1 สัปดาห์ขึ้น 1: 160 ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะครบ 2 สัปดาห์ จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปทำแผลต่อที่โรงพยาบาลหนองกงศรี และให้กิน trimethoprim-sulfamethoxazole เป็นเวลา 2 สัปดาห์ นัดติดตามผลพบว่า แก้มยุบบวมลงไม่มีหนองซึมแต่ยังมี facial palsy อยู่ได้ให้ยาเดิมกินต่ออีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาการรักษา 6 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดอีก เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองกงศรี เพื่อช่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าหลังจากรักษาแล้วเป็นเวลา 3 เดือน แก้มยุบบวมเป็นปกติ แต่ยังมี facial palsyหลงเหลืออยู่

วิจารณ์

ฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากเชื้อ *B. pseudomallei* เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย มีรายงานผู้ป่วยจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเป็นส่วนใหญ่ Pongrithsukda et al¹² รายงานจากโรงพยาบาลมหาสารคามครราชสีมา พบฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดในเด็ก 1 ราย จากผู้ป่วย 18 ราย Dance et al¹³ รายงานจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบผู้ป่วยเด็กที่มีอาการอักเสบเป็นหนองของต่อมน้ำลายพาโรติด และกลายเป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติด จำนวน 9 ราย ลัดดาและคณะ¹¹ รายงานจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบฝีของต่อมน้ำลายพาโรติด ในเด็กจำนวน 10 ราย จากผู้ป่วย 18 ราย สุทธิและคณะ¹⁴ รายงานจากโรงพยาบาลมุกดาหารพบฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดในเด็ก 10 ราย จากผู้ป่วย 11 ราย สมชายและคณะ¹⁵ รายงานจากโรงพยาบาลนครพนม พบผู้ป่วยเด็กที่เป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจำนวน 3 รายจาก 9 ราย และพบมีรายงานจากต่างประเทศเป็นส่วนน้อย เช่น ที่ออสเตรเลียและมาเลเซีย¹⁶⁻¹⁸ รายละเอียดของผู้ป่วยฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดในประเทศไทยแสดงในตารางที่ 1

ฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากเมลิออยโดสิส มีแนวโน้มที่เกิดในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ ในขณะที่โรคเมลิออยโดสิสของอวัยวะอื่นๆ มักพบในผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยทุกรายมาด้วยอาการ ไข้ ปวดบวม บริเวณแก้มหน้าหู ใน 2-3 วันแรก อาจไม่มีลักษณะแดงร้อนที่ตำแหน่งที่บวมทำให้แยกไม่ได้จากโรคคางทูม ก็อนมักจะบวมแดงมากขึ้น ภายใน 1-2 สัปดาห์ บางรายพบมีตุ่มหนองที่ผิวหนังบริเวณที่บวม และพบหนองที่บริเวณรูเปิดของ Stensen's duct¹⁹ เมื่อมีการติดเชื้อลุกลามมากขึ้น จะมีการทำลาย parenchyma ของต่อมน้ำลายและเกิดเป็นฝีเล็กๆ หลายๆ อันและแตกออกรวมกันเป็นฝีขนาดใหญ่ ในต่อมน้ำลายนั้น ถ้าการติดเชื้อยังมีอยู่ต่อไป หนองในฝีจะแตกออกและทะลุเยื่อหุ้มต่อมน้ำลายออกมาสู่เนื้อเยื่อบริเวณ

ตารางที่ 1 : สรุปอาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการรักษา ผู้ป่วยไข้ของต่อมน้ำลายพาโรติติสจาก *B.pseudomallei*

Reference	No. of patients	Age (yrs)	Sex (M:F)	Unilateral	Duration of illness(days)	IHA	Management	Outcome and Complication
Pongrithsukda V ¹²	1	10	1:0	1	-	ND	◦ TM / SM ◦ CR+TM / SM+DX	recovered
Dance DAB ¹³	9	4-11	7:2	9	5-12 (average:13.8)	ND=2 negative=2 1:20 =1 1:40 =1 1:320 =1 1:640 =1 1:1280 =1	2 wk 2 mo 10 wk 2 wk 10 mo 2 wk* 1 mo 5 wk 2 mo 2 wk 9 d* 4 wk 2 wk* 10 d*	◦ spontaneous rupture to auditory canal = 5 ◦ facial n. paralysis = 2 ◦ septicemia = 1 ◦ osteomyelitis = 1 ◦ others : good recovery * lost to follow - up = 4
ลัดดา ¹¹	10	0-15	-	10	-	1:1280 = 1 (pus culture : no growth)	◦ CR+ TM /SM+DX TM / SM+DX ◦ Pen+Amp+Gen AMC ◦ TM / SM 3 wk+CR ◦ CR+ TM / SM+DX	recovered
สุธี ¹⁴	10	3-13	6:4	10	4-45 (average =13.4)	1:160 = 4 1:320 =5 1:640 = 1 negative=1	TM / SM+KN TM / SM = 4 TM/SM+KN TM / SM+TT=2	recovered
สมชาย ¹⁵	3	5-10	3:0	3	7-8	1:320 = 1 1:640 = 1	◦ TM / SM+DX = 1 ◦ CR+AMK = 1 ◦ CR+TM / SM =2	recovered

Note . M: F, male - to-female ratio . ND, not done ; TM / SM, trimethoprim-sulfamethoxazole ; CR, chloramphenicol
DX, doxycycline ; KN, kanamycin; Pen, penicillin ; Amp, ampicillin ; AMC, amoxicillin-avulanic acid
AMK , amikacin ; Gen, gentamycin ; TT, tetracycline

รอบข้าง ซึ่งจะกระจายออกไปได้ 3 ทิศทางได้แก่ ด้านล่าง จะทะลุ deep fascial space ของลำคอเกิด deep neck infection^{11,20} ด้านหลังเข้าไปในรูหูชั้นนอก ทำให้มีหนองออกจากรูหูด้านเดียวกัน^{2,13} และด้านหน้าแตกออกสู่มิวหนังของใบหน้า ผู้ป่วยบางรายอาจมีการอักเสบลึกลงไปชั้น fascia เกิด facial nerve injury และมี facial nerve paralysis แบบ lower motor neuron ได้^{2,13, 21}

รายงานผู้ป่วยเด็กที่เป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดที่เกิดจากเชื้อ *B.pseudomallei* จำนวน 33 รายตามตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยทุกรายเป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดข้างเดียว ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กแข็งแรงดีไม่มีโรคอื่นอยู่ก่อน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากอาการ และอาการแสดงร่วมกับผลเพาะเชื้อจากหนองบริเวณต่อมน้ำลายพาโรติดพบเชื้อ *B.pseudomallei* ส่วนผล IHA มีค่าแตกต่างกันมากตั้งแต่ negative ถึง 1:1280 ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค แต่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคได้ในกรณีที่ผลเพาะเชื้อจากหนองไม่ขึ้น เช่น ในผู้ป่วย 1 รายจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งผล IHA สูงถึง 1:1280 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองและได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกัน 2-3 ชนิด ส่วนใหญ่เป็น trimethoprim-sulfamethoxazole ร่วมกับ doxycycline หรือ chloramphenicol มีบางรายได้รับ amoxicillin-clavulanic acid ร่วมด้วย รวมระยะเวลาการรักษาแตกต่างกันตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน ผลการรักษาพบว่าส่วนใหญ่หายดีเป็นปกติ มีผู้ป่วย 2 รายจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มี facial nerve paralysis ผู้ป่วย 1 รายอาการหายได้เป็นปกติใน 2 สัปดาห์ ส่วนอีก 1 รายยังมี facial nerve paralysis หลังจากรักษาไปแล้ว 3 เดือน และพบโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วย จากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้แก่ osteomyelitis และ septicemia อย่างละ 1 ราย

ผู้ป่วยทั้ง 3 รายของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นเด็กแข็งแรงดีมาก่อนและมีอาการนำคล้ายกันคือมีไข้ ปวดบวม บริเวณแก้มหน้าหู เหมือนกับที่มีรายงานไว้^{11,14-15,22-24} และมาโรงพยาบาลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคมซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน เนื่องจากเชื้อ *B.pseudomallei* มักอยู่ในดินและน้ำ ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา เด็กจึงมีโอกาสคลุกคลีอยู่กับดินและน้ำและมีโอกาสได้รับเชื้อเข้าทางผิวหนังที่มีบาดแผลหรือเชื้ออาจเข้ามาก่อโรคได้โดยผ่านทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร มีผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีอาการปวดฟันเนื่องจากฟันผุมาก่อน 2 สัปดาห์ และเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยทำให้เกิดฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดได้ง่าย ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และได้รับยาปฏิชีวนะเบื้องต้น เป็น

cloxacillin ร่วมกับ gentamicin หรือ PGS ร่วมกับ gentamicin ทางเส้นเลือดดำ เนื่องจากแพทย์ผู้รักษาเห็นว่าสาเหตุของฝีของต่อมน้ำลายพาโรติด ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.* และ anaerobes^{5,7-8} หลังจากทราบผลเพาะเชื้อจากหนองว่าเป็น *B. pseudomallei* จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ceftazidime ให้ทางหลอดเลือดดำ ยกเว้นผู้ป่วยรายที่ 2 ได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ ก่อนที่จะทราบผลเพาะเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยไข้สูง และผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อ *B. pseudomallei* โดยวิธี indirect hemagglutination (IHA) ขึ้น 1:160 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 1 และ 3 ผล IHA negative ผู้ป่วยรายที่ 3 ได้เจาะ IHA ซ้ำหลังรักษา 1 สัปดาห์ พบ 1:160 ซึ่งบ่งบอกว่าน่าจะมีการติดเชื้อ *B. pseudomallei* จริงและพบว่าเชื้อ *B. pseudomallei* ไวต่อยาปฏิชีวนะแบบเดียวกันในผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ซึ่งไวต่อ cefotaxime, ceftazidime, cefuroxime, amikacin, imipenem และดื้อต่อ gentamicin ซึ่งคล้ายกับรายงานจากโรงพยาบาลนครพนม 15 หลังจากเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ceftazidime เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยทุกรายอาการดีขึ้น จึงได้ให้ยาช่วง maintenance เป็น trimethoprim-sulfamethoxazole รวมระยะเวลาการรักษา 8-12 สัปดาห์ ซึ่งนานกว่าที่มีรายงานไว้^{13,25} เนื่องจากยังมีหนองซึมจากแผลผ่าตัด ยกเว้นผู้ป่วยรายที่ 3 ซึ่งผู้ป่วยขาดการติดตามจึงได้รับ trimethoprim-sulfamethoxazole เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และยังมี facial nerve paralysis หลังเหลืออยู่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ มีอาการบวมค่อนข้างมาก จึงมีอาการอักเสบลึกลงไปถึงชั้น fascia ได้ ผล hemoculture negative ในผู้ป่วยทั้ง 3 รายจึงให้การวินิจฉัยผู้ป่วยทั้งหมดเป็น localized melioidosis สำหรับ IHA ไม่ค่อยมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคเมลิออยโดสิส ใน endemic area แต่มีประโยชน์สำหรับการศึกษาระบาดวิทยาของโรคเท่านั้น²⁶

เนื่องจากฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยดังนั้น ควรสงสัยว่าผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยอาการไข้ ปวดบวมบริเวณแก้มหน้าหู และอยู่ใน endemic area ของ เมลิออยโดสิสว่า น่าจะเป็นการอักเสบเป็นหนอง หรือฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากเชื้อ *B.pseudomallei*^{7,13} และจากอาการดังกล่าวไม่สามารถแยกโรคฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดที่เกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* และแบคทีเรียอื่นๆ ได้ จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2546-2547 ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่เป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจำนวน 7 รายซึ่งผู้ป่วย 4 รายได้รับการผ่าตัดระบายหนอง ผลเพาะเชื้อจากหนองขึ้นเชื้อ *B.pseudomallei* จำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 42.8 และขึ้นเชื้อ *Staphylococcus aureus* จำนวน 1 ราย อีก 3 รายไม่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองแต่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ *Staphylococcus aureus* และอาการหายดีเป็นปกติ ดังนั้นจึงควรทำ gram stain และ

เพาะเชื้อจากหนองที่ต่อมน้ำลาย เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแน่นอน และได้รับยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องเหมาะสม ในกรณี gram stain พบ bipolar gram-negative bacilli ควรรีบให้ยาปฏิชีวนะรักษาเชื้อ *B.pseudomallei* ทันทีก่อนที่จะได้ผลเพาะเชื้อที่แน่นอนเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน และควรปรึกษาทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ได้แก่ กุมารแพทย์ แพทย์ หู คอ จมูก ทันตแพทย์ และเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติเร็วขึ้น ไม่มีโรคแทรกซ้อนและไม่มีการกลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ร่วมกับการผ่าตัดระบายหนองมักจะมีพยากรณ์โรคที่ดี

สรุปกรณีศึกษา

รายงานผู้ป่วยเด็ก 3 ราย ที่มาด้วยอาการไข้ ปวดบวม บริเวณแก้มหน้าหูและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฝีของต่อมน้ำลายพาโรติติ ผลการเพาะเชื้อจากหนองพบ *B.pseudomallei* ผู้ป่วยทุกรายได้รับ ยาปฏิชีวนะ ceftazidime และได้รับการผ่าตัดระบายหนองจนอาการดีขึ้น จึงเปลี่ยนเป็นยา trimethoprim-sulfamethoxazole การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม และรวดเร็วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคลง ป้องกันโรคแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำได้ ควรวินิจฉัยแยกโรคฝีของต่อมน้ำลายพาโรติติที่เกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* และแบคทีเรียอื่นๆ โดยทำ gram stain และเพาะเชื้อจากหนองบริเวณต่อมน้ำลายเพื่อให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ พญ.ผกากรอง ลุมพิกานนท์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาในการเขียนรายงาน และนพ.สมชัย นิจพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่อนุญาตให้เสนอรายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ผกากรอง ลุมพิกานนท์. ระบาดวิทยาของโรคmelioidosis. ใน : ผกากรอง ลุมพิกานนท์. โรคmelioidosisในเด็ก, ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา 2543 ; 11-24 .
2. Lumbiganon P, Viengnondha S. Clinical manifestation of melioidosis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1995 ; 14 : 136-40
3. พนิดา คณาพันธ์. เมลิออยโดสิสในเด็ก. การศึกษาแบบก้าวหน้าในผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *สรรพสิทธิเวชสาร* 2535 ; 13 : 63-74

4. Schwartz AW , Devine KD, Behrs OH. Acute Postoperative parotitis (“surgical mump”) .*Plast Reconstr Surg* 1960 ; 25 : 51-8 .
5. Brook I. Acute bacterial suppurative parotitis : microbiology and management . *J Craniofac Surg* 2003 Jan ; 14 : 37-40
6. Krippaehne WW , Hunt TK , Dunphy JE . Acute Suppurative parotitis : a study of 161 cases . *Ann Surg* 1962 ; 156 :251-7
7. Srirompotong S , Saeng-Sa-Ard S. Acute suppurative parotitis. *J Med Assoc Thai* 2004 Jun ; 87(6) : 694-6
8. Spiegel R , Miron D, Sakran W , Horovitz Y . Acute neonatal suppurative parotitis : case reports and review . *Pediatr Infect Dis J* 2004 Jan ; 23 : 76-8
9. Leake DL , Krakowiak FJ , Leake RC . Suppurative parotitis in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971 ; 31 : 174-9
10. David RB , O’Connell EJ . Suppurative parotitis in children. *Am J Dis Child* 1970 ;119 : 332-5
11. ลัดดา ดำริการเลิศ. ฝีของต่อมน้ำลายพาโรติติในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารหู คอ จมูก และไพบ้หน้า* 2532 ;4 : 167-82
12. Pongrithsukda V, Simakachorn N, Pimda J. Childhood melioidosis in Northeastern Thailand . *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1988 ; 19 : 309-16 .
13. Dance DAB, Davis TM, Wattanagoon Y, Chaowagul W, Saipan P, Looreesuwan s, et al. Acute suppurative parotitis caused by *Pseudomonas pseudomallei* in children. *J Infect Dis* 1989; 159 : 654-60
14. สุทธิ พิสิฐพยัต. เมลิออยโดสิสของต่อมน้ำลายพาโรติ . *วารสารหู คอ จมูก และไพบ้หน้า* 2534 ; 6 : 21-30 .
15. สมชาย เชื้อนันทน์. เมลิออยโดสิสในเด็ก : รายงานผู้ป่วย 9 ราย ที่พบในโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารกรมการแพทย์* 2534 ; 16 ; 405-10
16. Lim WK, Gurdeep GS, Norain K. Melioidosis of the head and neck. *Med J Malaysia* 2001 Dec ; 56 : 471-7.
17. Antony G Faa, Peter J Holt. Melioidosis in the Torres Strait Islands of Far North Queensland. *Commun Dis Intell* 2002 Jun ; 26 : 249-83
18. Cheng AC, Hanna JN, Norton R, Hills SL, Davis J, Krause VL, et al. Melioidosis in northern Australia. *Commun Dis Intell* 2003 ; 27 : 272-7
19. ผกากรอง ลุมพิกานนท์. ลักษณะทางคลินิกของโรคmelioidosisในเด็กและการวินิจฉัย. ใน : ผกากรอง ลุมพิกานนท์. โรคmelioidosisในเด็ก, ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา 2543 ; 69-84

20. Srirompotong S, Reechaipichikul W. Disseminated septicaemic melioidosis : an unusual presentation of masticator space infection. J Laryngol Otol 2003 May ; 117 : 417-8
21. Andrew JC, Abemayor E, Alessi DM, Canalis RF. Parotitis and facial nerve dysfunction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989 Feb ; 115 : 240-2
22. วันเพ็ญ ชัยพิภุสิต, วรรณภา แก้วมณีเยี่ยม, เมลิออยโดสิส. รายงานผู้ป่วย 10 รายจากโรงพยาบาลราชบุรี. รามาธิบดีเวชสาร 2529 ; 9 : 93-6
23. ประวิตร วีระพัฒนา. เมลิออยโดสิส : การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 67 รายที่โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารกรมแพทย์ 2535 ; 17: 227-33
24. ศราวุฒิ สายศิลป์. เมลิออยโดสิสบริเวณใบหน้าและช่องปาก. สรรพสิทธิเวชสาร 2542;20:43-50.
25. Lumbiganon P, Chotechungnirun N, Kosalaraksa P. Clinical experience with treatment of melioidosis in children. Pediatr Dis J 2004 Dec ; 23 : 1165-6
26. ผกากรอง ลุมพิกานนท์, วัลลภ เหล่าไพบูลย์. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา. ใน : ผกากรอง ลุมพิกานนท์. โรคเมลิออยโดสิสในเด็ก, ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา 2543 ; 85-101.

