

ฝาปิดกล่องเสียงอักเสบเฉียบพลัน (Acute Epiglottitis) เป็นโรคที่มีความรุนแรงและอาจอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนต้นอย่างเฉียบพลันได้ภายในระยะเวลาอันสั้นเพียงไม่กี่ชั่วโมง และสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด โดยทั่วไปแล้วโรคนี้มักเกิดในเด็กเล็กอายุ 2-6 ปี อย่างไรก็ตามสามารถพบโรคนี้ได้ในทุกอายุ ผู้ป่วยจะมีการอักเสบและบวมของฝาปิดกล่องเสียงและอวัยวะโดยรอบ

สาเหตุ

ฝาปิดกล่องเสียงอักเสบเฉียบพลัน เกิดจากการอักเสบติดเชื้อ โดยเชื้อก่อโรคที่สำคัญ และพบบ่อยที่สุดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กคือ *Hemophilus influenzae* type B (HIB) เชื้อ HIB นี้มักมีความรุนแรง ก่อให้เกิดปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจได้บ่อย และมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่สั้น เมื่อเปรียบเทียบกับ



ฝาปิดกล่องเสียงอักเสบเฉียบพลัน (Acute Epiglottitis)

เชื้อชนิดอื่นๆ นอกจากนี้ HIB ยังสามารถกระจายไปตามกระแสเลือด ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมาได้ เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ปอดบวม, ข้ออักเสบ เป็นต้น เชื้อก่อโรคชนิดอื่นๆ ที่พบว่าเป็นสาเหตุของโรคนี้ รองลงมาได้แก่ group-A และ non group-A *beta-hemolytic Streptococcus*, *Streptococcus pneumoniae*, *alpha hemolytic Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas species*, *Candida albicans*, non-typable *Hemophilus influenzae*, *Hemophilus parainfluenzae*, *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Pasteurella multocida*, *Varicella zoster* เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่พบว่า HIB ยังคงเป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญ แต่พบว่ามีเชื้อก่อโรคชนิดอื่นๆ ในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น

อุบัติการณ์

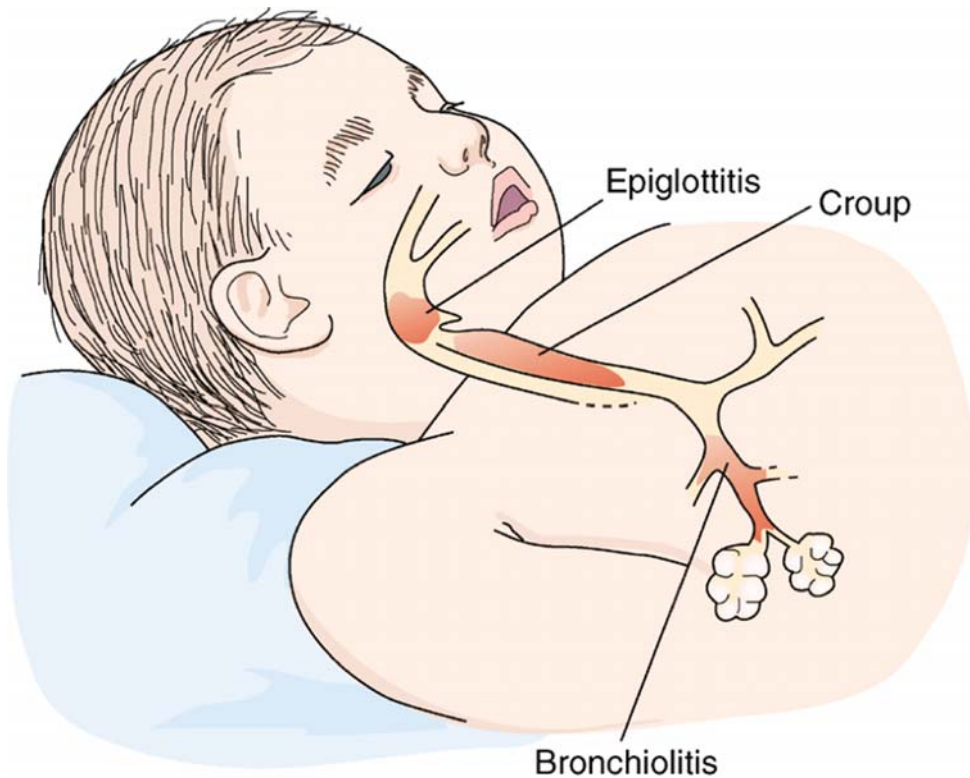
อุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะหลังจากที่มีการเริ่มใช้ HIB vaccine



ศ.ดร.อุทัยราษฎร์ อักษรแสน

ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

อย่างแพร่หลายในช่วงปีค.ศ. 1985-1990 หลายๆ ประเทศทางตะวันตกมีอุบัติการณ์ของโรคนี้ในผู้ป่วยเด็กลดลงอย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยผู้ใหญ่มีอุบัติการณ์ของโรคนี้ในสัดส่วนที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้โดยรวมจะไม่มีมาก แต่สิ่งสำคัญคือควรให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้ตั้งแต่นั่นๆ และให้การรักษาที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน



ต่อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต

ผู้ชายจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้สูงกว่าผู้หญิง และสามารถพบโรคนี้ได้ในทุกช่วงเวลาของปี โดยมีอัตราความชุกของโรคไม่แตกต่างกันมากนักในแต่ละฤดูกาล

ลักษณะทางคลินิก

เมื่อเกิดการอักเสบ ฝาปิดกล่องเสียงจะบวมมากขึ้นเรื่อยๆ (รูปที่ 1) บางครั้งอาจพบตุ่มหนองเล็กๆ เกิดขึ้น ทำให้ฝาปิดกล่องเสียงถูกเบียดและมันตัวไปทางด้านหลังและลงล่าง ทางเดินหายใจส่วนช่องทางเข้าของกล่องเสียงจะถูกปิดกั้นไปที่เล็กน้อย เสมหะและน้ำลายบริเวณนี้จะมีปริมาณมากขึ้น เนื่องจากอาการกลืนเจ็บและกลืนลำบากของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ทางเดินหายใจส่วนบนถูกอุดกั้นได้มากขึ้น

ผู้ป่วยจะมีอาการ ไข้, หายใจลำบาก, เจ็บคอและกลืนลำบาก อาจมีอาการปวดหูได้ การตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมักหายใจเร็ว, หายใจเข้า ออกช่วงสั้นๆ ผู้ป่วยจะพยายามจำกัดกิจกรรมของตัวเอง โดยการนั่งนิ่งๆ นมิตัว

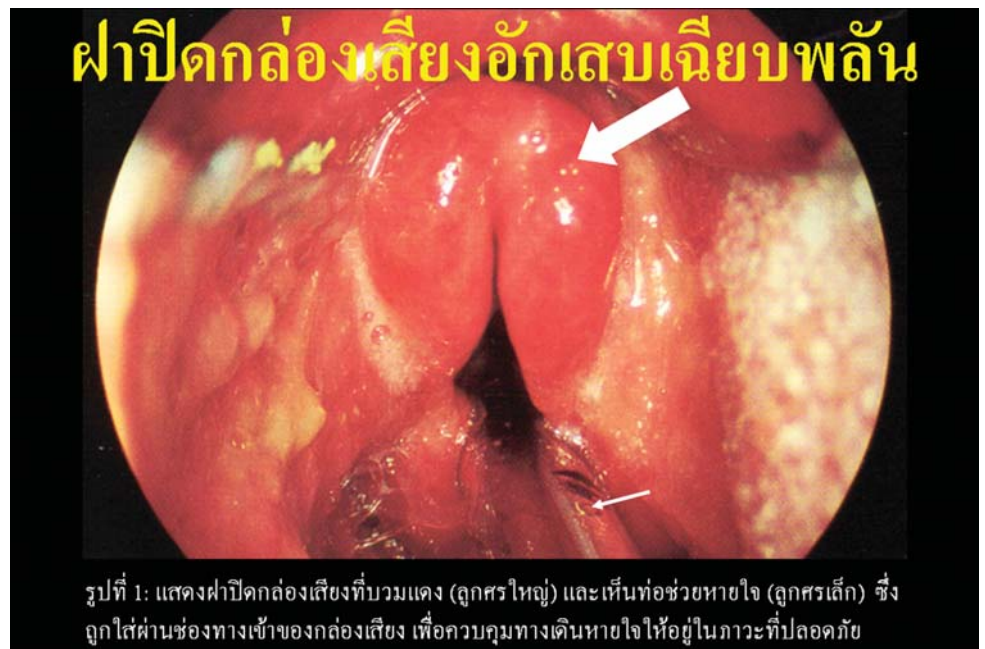
ไปด้านหน้า ใช้มือทั้งสองข้างค้ำยันไว้ เข็ดคอและยื่นคางไปด้านหน้า เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งมากที่สุด พบลักษณะของการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นได้ในระดับความรุนแรงต่างๆ ตั้งแต่น้อยไปจนถึงมากได้แก่ หายใจเร็ว, หายใจลำบาก, หายใจมีเสียงดัง ผู้ป่วยมีน้ำลายไหลย่อยออก

ทางมุมปาก กลืนเจ็บ และกลืนลำบาก เสียงพูดจะเปลี่ยนไป มีลักษณะเหมือนอมอะไรอยู่ในลำคอ การตรวจร่างกายบริเวณช่องคอกนั้นควรทำด้วยความนุ่มนวล และไม่ควรมีการตรวจด้วยความรุนแรงหรือใช้ไม้กดลิ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นเนื่องจากอาจทำให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจมากขึ้น

ผู้ป่วยในแต่ละราย อาจมีระดับความรุนแรงอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป สิ่งสำคัญคือ ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคนี้มักมีอาการรุนแรงกว่า และมักมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนต้นได้ง่ายกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคนี้จึงมีโอกาสเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือแม้กระทั่งหยุดหายใจได้ตลอดเวลา ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอและกลืนลำบากเป็นหลัก มักมีการดำเนินของโรคที่ไม่รุนแรง และมีโอกาสเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นได้น้อยกว่า

การสืบค้นเพิ่มเติม

การส่งภาพเอกซเรย์ด้านข้างของคอ เพื่อดูเงาของฝาปิดกล่องเสียง มีส่วนช่วยในการวินิจฉัย



รูปที่ 1: แสดงฝาปิดกล่องเสียงที่บวมแดง (ลูกศรใหญ่) และเห็นท่อช่วยหายใจ (ลูกศรเล็ก) ซึ่งถูกใส่ผ่านช่องทางเข้าของกล่องเสียง เพื่อควบคุมทางเดินหายใจให้อยู่ในภาวะที่ปลอดภัย

โรคนี้ แต่ยังเป็นที่ถกเถียงถึงความจำเป็นและความปลอดภัยในการส่งตรวจ เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนต้นได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อได้รับการกระตุ้นไม่ว่าจะเป็นการตรวจ, การเจาะเลือด, การร้องไห้ของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดทำผู้ป่วยในขณะที่ถ่ายภาพเอกซเรย์ นอกจากนี้ในห้องถ่ายภาพเอกซเรย์ มักไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น การตัดสินใจส่งตรวจภาพเอกซเรย์ด้านข้างของคอ จึงควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป โดยแนะนำให้ส่งตรวจในกรณีที่มีการวินิจฉัยโรคยังไม่ชัดเจน และผู้ป่วยยังไม่มีปัญหาทางเดินหายใจอุดตัน แพทย์ควรเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ขณะผู้ป่วยถูกส่งไปตรวจ และแพทย์ควรเป็นผู้จัดทำผู้ป่วยเองด้วยความนุ่มนวลในขณะที่ส่งผู้ป่วยไปตรวจ แพทย์ควรมีเครื่องมือและอุปกรณ์เตรียมพร้อมในการดูแลทางเดินหายใจ เมื่อเกิดการอุดตันทางเดินหายใจขึ้น

การตรวจภาพเอกซเรย์ด้านข้างของคอในผู้ป่วยฝาปิดกล่องเสียงอักเสบเฉียบพลันจะพบเงาของเนื้อเยื่อบริเวณฝาปิดกล่องเสียงที่บวมหนาขึ้น (รูปที่ 2) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจมี

ผลถ่ายภาพเอกซเรย์ปกติได้ โดยเฉพาะในระยะแรกๆ ของโรค

การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ หรือดูความผิดปกติต่างๆ ควรทำหลังจากที่สามารถควบคุมทางเดินหายใจของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยแล้ว เชื้อส่วนใหญ่จะเป็น HIB หลังจากมีการใช้ HIB vaccine อย่างแพร่หลาย พบว่ามีรายงานของเชื้อชนิดนี้ลดลง โดยมีอุบัติการณ์ของเชื้อในกลุ่ม *Streptococcus* เพิ่มมากขึ้น

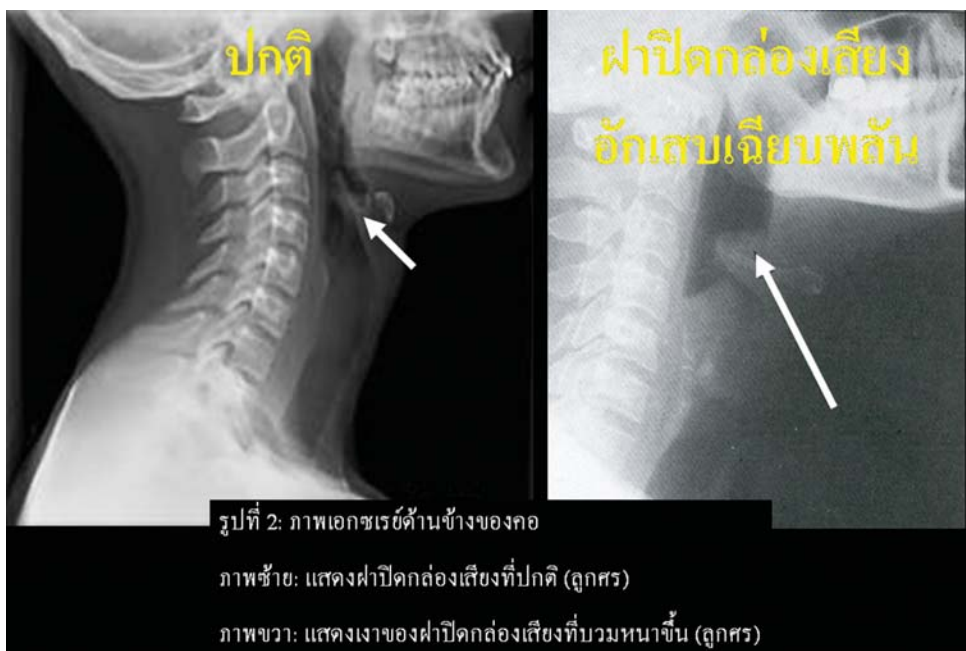
การรักษา

ความร่วมมือกันระหว่าง กุมารแพทย์, โสต ศอ นาสิกแพทย์ และวิสัญญีแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีฝาปิดกล่องเสียงอักเสบเฉียบพลัน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็ว และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ควรหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เช่น การเจาะเลือด, การให้น้ำเกลือ, การพันธนาการเด็กเพื่อการตรวจคอและเอกซเรย์ ควรอนุญาตให้พ่อแม่ หรือผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของเด็ก ซึ่งอาจทำให้ปัญหาการอุดตันทางเดินหายใจแย่ลงได้



1. การควบคุมทางเดินหายใจให้อยู่ในภาวะที่ปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ ในอดีตการเจาะคอ (tracheostomy) เคยเป็นวิธีหนึ่งในการควบคุมทางเดินหายใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จนกระทั่งในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เทคนิคในการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) มีการพัฒนาและมีความปลอดภัยสูงมากขึ้น ปัจจุบันการใส่ท่อช่วยหายใจ ถือเป็นวิธีมาตรฐานในการดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยโรคนี้ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจยังเป็นที่ถกเถียงกันพอสมควร และแนะนำให้พิจารณาอย่างรอบคอบดังนี้

1.1) ในกรณีที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยปัญหาการอุดตันของทางเดินหายใจอย่างรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการควบคุมทางเดินหายใจอย่างเร่งด่วนทันที เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ แพทย์จะพยายามใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นลำดับแรกก่อน



รูปที่ 2: ภาพเอกซเรย์ด้านข้างของคอ
ภาพซ้าย: แสดงฝาปิดกล่องเสียงที่ปกติ (ลูกศร)
ภาพขวา: แสดงเงาของฝาปิดกล่องเสียงที่บวมหนาขึ้น (ลูกศร)

ในกรณีนี้อาจทำได้ด้วยความยากลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยมักมีฝาปิดกล่องเสียงที่บวม เสมหะและน้ำลายปริมาณมากจะทำให้ไม่สามารถเห็นโครงสร้างที่ปกติได้ แพทย์อาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจแบบส้อมไปยังบริเวณที่คาดว่าจะป็นช่องทางเข้าของกล่องเสียง โดยสังเกตจากฟองอากาศ หากไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ในระยะเวลาอันสั้น และผู้ป่วยมีอาการแย่ง แพทย์จะทำการเจาะคอทันที

1.2) ในกรณีที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการที่ไม่รุนแรงเช่น มีอาการกรณินลำบาก หรือเจ็บคอเพียงเล็กน้อย โดยไม่มีปัญหาของการอุดตันทางเดินหายใจ แพทย์อาจแนะนำให้ตรวจยืนยันการวินิจฉัยด้วยการส่องกระจกตรวจกล่องเสียง (ถ้าทำได้) หรือส่องกล้องตรวจ ในสถานที่ที่มีอุปกรณ์และเครื่องมือ พร้อมในการควบคุมทางเดินหายใจ เช่นที่ห้องผ่าตัดหรือ ICU และอาจส่งตรวจภาพเอกซเรย์ด้านข้างของคอร่วมด้วย หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฝาปิดกล่องเสียงอีกเสบเฉียบพลันแล้ว หากพบว่าความบวมของ

ฝาปิดกล่องเสียงไม่มาก สามารถใช้วิธีเฝ้าระวังสังเกตอาการ ร่วมกับการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักหายจากโรค โดยไม่มีการอุดตันของทางเดินหายใจหรือส่วนน้อย เมื่อเกิดปัญหาขึ้น มักจะมีการดำเนินโรคที่เร็ว และเกิดการอุดตันทางเดินหายใจจนจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 12 ชั่วโมงหลังรับไว้สังเกตอาการ

1.3) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำกึ่งอยู่ระหว่างข้อ 1.1) และ 1.2) กล่าวคือ มีอาการหายใจลำบาก ตรวจพบว่าผู้ป่วยหายใจเร็ว, นิ่งนิ่งๆ โน้มตัวไปด้านหน้า, หายใจลำบาก, หายใจมีเสียงดัง, มีน้ำลายไหลย่อยออกทางมุมปาก และอาจมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาสั้นๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดการอุดตันทางเดินหายใจที่รุนแรงขึ้นได้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าแพทย์จะสามารถใช้วิธีเฝ้าระวัง สังเกตอาการได้ แต่มีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหา และยากที่จะควบคุมทางเดินหายใจได้อย่างปลอดภัยในภายหลัง ดังนั้นการควบคุมทางเดินหายใจด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่แรก จึงเหมาะสมและปลอดภัยกว่า โดยในช่วงแรกแพทย์จะให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยและรีบนำตัวผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัดโดยเร็ว การส่งผู้ป่วยเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ในกรณีนี้ไม่สมควรอย่างยิ่ง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดการอุดตันทางเดินหายใจมากขึ้น เมื่อถึงห้องผ่าตัดแล้ว វិสัญญญ์แพทย์จะให้ผู้ป่วยดมแก๊สให้หลับ จากนั้นเมื่อผู้ป่วยหลับลึกขึ้น จึงทำการเปิดเส้นเลือดดำ เพื่อให้ให้น้ำเกลือและยาที่จำเป็นก่อนใส่ท่อช่วยหายใจอย่างปลอดภัย โสิต ศอนาสิกแพทย์ มีหน้าที่ต้องเครื่องมือต่างๆ ให้พร้อม เช่น เครื่องมือเจาะคอ เพื่อในกรณีฉุกเฉินซึ่ง វิสัญญญ์แพทย์ไม่สามารถควบคุมทางเดินหายใจได้

2. การให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม โดยให้ยาตามอุบัติการณ์ของเชื้อก่อโรค ยาต้านจุลชีพ

ควรครอบคลุมเชื้อ *Hemophilus influenzae* และกลุ่ม *Streptococcus* สมัยก่อน ampicillin และ chloramphenicol เคยใช้ได้ผลดี แต่เนื่องจากอุบัติการณ์ของเชื้อ *Hemophilus influenzae* ที่ดื้อยามีมากขึ้น และ chloramphenicol มีผลแทรกซ้อนต่อการทำงานของไขกระดูก ปัจจุบันจึงไม่แนะนำให้ยาต้านจุลชีพทั้งสองชนิดนี้ ปัจจุบันมียาต้านจุลชีพในกลุ่มที่ครอบคลุมเชื้อก่อโรคได้ดี ได้แก่ cefuroxime, ceftriaxone, cefotaxime, ampicillin/salbutactam โดยในช่วงแรกควรให้ยาต้านจุลชีพทางเส้นเลือดดำก่อน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 48-72 ชั่วโมง จากนั้นจึงเปลี่ยนเป็นยาต้านจุลชีพชนิดรับประทาน และให้ต่อจนครบ 7-10 วัน การให้ยาสเตียรอยด์ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ และไม่มีหลักฐานหรือการศึกษาใดที่สนับสนุนประโยชน์ของการใช้ยาสเตียรอยด์นี้

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การแพร่กระจายของเชื้อไปตามกระแสเลือด ทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ปอดบวม, ข้ออักเสบ, หูชั้นกลางอักเสบ เป็นต้น การอุดตันทางเดินหายใจที่รุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ เกิดอันตรายต่อระบบประสาทส่วนกลางได้ จากการขาดออกซิเจน และอาจเกิดภาวะน้ำท่วมปอด หลังจากควบคุมทางเดินหายใจได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการแก้ไขการอุดตันของทางเดินหายใจอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีรายงานการเกิดหัวใจวาย, เส้นเลือดดำอุดตัน, ฝีที่หลังของคอด้วย

อัตราตายมีรายงานไว้ตั้งแต่ร้อยละ 1.2-2.9 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการอุดตันของทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถป้องกันและลดอัตราตายด้วยการควบคุมทางเดินหายใจอย่างปลอดภัย และถูกต้อง ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

