

หูชั้นกลางอักเสบ หรือหูน้ำหนวก ชนิดเรื้อรัง (Chronic Otitis Media)



รศ.นพ.ปารยะ อาศนะเสน

ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

หูชั้นกลางอักเสบ หรือหูน้ำหนวกชนิดเรื้อรัง (chronic otitis media: COM) หมายถึงภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง และ/หรือโพรงกระดูกมาสตอยด์นานเกินกว่า 3 เดือน และมีเยื่อแก้วหูทะลุ ผู้ป่วยบางรายมีของเหลว หรือหนองไหล จากหูชั้นกลาง (otorrhea) (รูปที่ 1) อาจไหลตลอดเวลา หรือเป็น ๆ หาย ๆ ก็ได้ เมื่อมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางของผู้ป่วยที่มี COM เชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อย คือเชื้อชนิดแกรมลบ เช่น *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus species*, *Klebsiella pneumoniae* และเชื้อชนิดแกรมบวก เช่น *Staphylococcus aureus* และอาจพบเชื้อ anaerobes เช่น *Bacteroides*, *Peptostrep-*



(รูปที่ 1)

tococcus, *Peptococcus* ได้

สาเหตุ

สาเหตุส่วนใหญ่ของ COM มักเกิดจาก

- หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (acute otitis media) ที่ไม่ได้รับการรักษาทันเวลาที่ ทำให้หนองในหูชั้นกลางดันเยื่อแก้วหูทะลุออกมา และหลังจากนั้นไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ทำให้เยื่อแก้วหูที่ทะลุนั้นไม่สามารถปิดตัวเอง
- เยื่อแก้วหูทะลุจากการบาดเจ็บ (traumatic tympanic membrane perforation) เช่น ไข่ม้วนฟันสาลิปั่นช่องหู แล้วมีอุบัติเหตุกระแทก ทำให้ไข่ม้วนฟันสาลินั้น กระแทกเยื่อแก้วหูจนทะลุเป็นรู

และรูนั้นไม่สามารถปิดได้เอง หรือเกิดจากการผ่าตัดกรีดเยื่อแก้วหู (myringotomy) เพื่อระบายหนองออกจากหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยที่มีหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายของเหลวหรือหนองในหูชั้นกลาง (ventilation tubes) และคาไว้ที่เยื่อแก้วหู แล้วท่อหลุดออกไป แต่รูที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นไม่สามารถปิดได้เอง

สาเหตุที่ทำให้เยื่อแก้วหูที่ทะลุนั้นไม่สามารถปิดได้เอง ได้แก่

- มีการไหลของของเหลว เช่น มูกหรือหนองผ่านรูทะลุตลอดเวลา เนื่องจากยังมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางอยู่
- เยื่อผิวหนังของหูชั้นนอก (squamous epithelium) เข้ามาคลุมที่ขอบของรูทะลุ

เมื่อเยื่อแก้วหูทะลุ ทำให้กลไกในการป้องกันติดเชื้อของหูชั้นกลางเสียไป หูชั้นกลางมีการอักเสบได้ง่าย ถ้า

- มีน้ำเข้าหู เมื่อน้ำเข้าหูก็จะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหูชั้นกลาง ทำให้มีของเหลวหรือหนองไหลออกจากหูชั้นกลางได้
- มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น จมูกอักเสบหรือหวัด, ไซนัสอักเสบ,

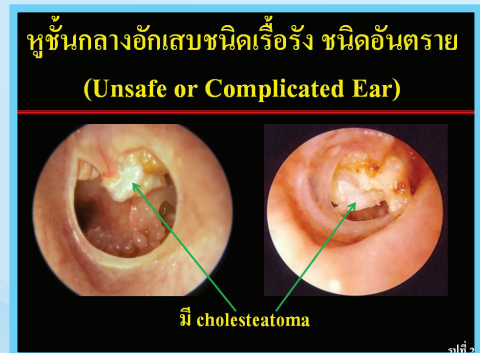
ต่อมอดินอยด์อักเสบ ทำให้เชื้อไวรัส หรือแบคทีเรีย ผ่านท่อยูสเตเชียน ซึ่งเชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลาง และโพรงหลังจมูก ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหูชั้นกลางได้

- มีการอุดตันของรูเปิดของท่อยูสเตเชียน จากพยาธิสภาพในโพรงหลังจมูก เช่น มะเร็งโพรงหลังจมูก, ต่อมอดินอยด์โต, การอักเสบของโพรงจมูก ไม่ว่าจะจากการติดเชื้อ หรือไม่จากการติดเชื้อ, การอักเสบของโพรงหลังจมูก ซึ่งเกิดจากการดื้อยาของยาที่ขึ้นไปที่โพรงหลังจมูก หรือเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิดของท่อยูสเตเชียนทางกายวิภาค และสรีรวิทยา เช่น เพดานโหว่ (cleft palate), Down syndrome พยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้มีการค้างของของเหลวที่ผลิตจากหูชั้นกลาง และเกิดการอักเสบของเยื่อหูชั้นกลาง และทำให้ของเหลวดังกล่าวไหลออกจากหูชั้นกลางได้

ประเภท

หูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ชนิดไม่อันตราย (safe or uncomplicated ear) (รูปที่ 1) รูทะลุของเยื่อแก้วหู มักจะอยู่ตรงกลาง (central perforation) โอกาสที่เยื่อหูชั้นนอก (stratified squamous epithelium) หรือ ซีไคล (cholesteatoma) จะเข้าไปในหูชั้นกลาง และโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย หูน้ำหนวกชนิดนี้ คือ ชนิดที่ไม่มี cholesteatoma นั่นเอง



(รูปที่ 2)

2. ชนิดอันตราย (unsafe or complicated ear) (รูปที่ 2) มักจะมีรูทะลุของเยื่อแก้วหู อยู่ที่ยอด

แก้วหู (marginal perforation) ทำให้โอกาสที่เยื่อหูชั้นนอก หรือซีไคลจะเข้าไปในหูชั้นกลางและโพรงกระดูกมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง หูน้ำหนวกชนิดนี้ คือ ชนิดที่มี cholesteatoma นั่นเอง

Cholesteatoma แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. Primary acquired cholesteatoma เกิดจากท่อยูสเตเชียนมีการอุดตันอย่างเรื้อรัง ทำให้ความดันเป็นลบในหูชั้นกลาง แล้วดึงรั้งเยื่อแก้วหูบริเวณ attic เกิดเป็นถุงที่บุด้วย squamous epithelium ซึ่งอาจมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ

2. Secondary acquired cholesteatoma เกิดจากการเคลื่อนที่ของ stratified squamous keratinizing epithelium จากหูชั้นนอกผ่านเยื่อแก้วหูที่ทะลุผ่านเข้าไปในหูชั้นกลาง

เนื่องจาก cholesteatoma เกิดจากเยื่อหูชนิด stratified squamous epithelium ซึ่งเป็นชนิดเดียวกับเซลล์ผิวหนัง จึงมีลักษณะลอกหลุดออก และมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงมีลักษณะเป็นก้อน keratin สีขาว หรือเหลือง ยุ่ยง่าย ซึ่งสามารถทำลายอวัยวะต่างๆ ในหูชั้นกลาง (ถ้าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางร่วมด้วย cholesteatoma จะทำให้เชื้อโรคผ่านเข้าไปสู่อวัยวะต่างๆ ได้ง่ายและเร็วขึ้น), หูชั้นใน และโพรงอากาศมาสตอยด์ได้ จากแรงดัน (pressure effect) และเอนไซม์ เช่น

- ทำลายกระดูกหูทั้ง 3 ชิ้น (กระดูกค้อน (malleus), ทัง (incus), โกลน (stapes)) ทำให้หูตึงจากการนำเสียงผิดปกติ (conductive hearing loss) หรือทำลายอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินในหูชั้นใน ทำให้หูตึงจากเส้นประสาทหูทำงานผิดปกติ (sensorineural hearing loss)

- ทำลายอวัยวะที่ควบคุมการทรงตัวในหูชั้นใน (labyrinthitis) ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

- ทำลายกระดูกที่หุ้มเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่อยู่ภายในหูชั้นกลาง และโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดอัมพาตของเส้นประสาทดังกล่าว (facial nerve palsy) เกิดหน้าเบี้ยว ตาหลับไม่สนิท

- ทำลายกระดูกที่กั้นอยู่ระหว่างเยื่อหุ้ม

สมองและโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis), ฝีในสมอง (brain abscess), การติดเชื้อของหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (sigmoid sinus thrombophlebitis)

- ทำให้เกิดการอักเสบของกระดูกมาสตอยด์ (mastoiditis) เนื่องจากมีหนองขังอยู่ในส่วนของกระดูกมาสตอยด์ แล้วไม่สามารถระบายออกไปได้ ทำให้มีการทำลายของกระดูกส่วนที่เป็นโพรงอากาศมาสตอยด์ ผู้ป่วยมีอาการปวดหูมากขึ้นเรื่อยๆ มีหนองไหลออกจากหูมากขึ้น และมีกลิ่นเหม็น

- ทำให้เกิดฝีหนองหลังหู (subperiosteal abscess) เกิดจากการติดเชื้อในโพรงอากาศมาสตอยด์ กระจายผ่านกระดูกมาสตอยด์ ออกมาอยู่ใต้เยื่อหุ้มกระดูก

อาการ

- หูอื้อ หรือหูตึง ซึ่งอาจเกิดจากการนำเสียงเสีย จากการทำลายกระดูกหู (ค้อน, ทัง, โกลน) เยื่อแก้วหูทะลุ หรือประสาทหูเสีย จากการอักเสบที่ลามเข้าไปในหูชั้นใน ทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8

- มีหนองหรือของเหลวไหลออกจากช่องหู เป็น ๆ หาย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการเป็นหวัดหรือน้ำเข้าหู ถ้ามี cholesteatoma ร่วมด้วย หนองที่ไหลออกมามักจะมีกลิ่นเหม็น รุนแรงมาก หรือหนองยังคงไหลออกมาเรื่อยๆ แม้ให้ยารักษาเต็มที่แล้ว

- อาจมีอาการเนื่องจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ, ฝีหลังหู, อัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, ปวดศีรษะ และซึมลง จากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือฝีในสมอง

- ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการปวดหรือมีไข้ นอกจากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น หรือมีการอักเสบเฉียบพลันเกิดขึ้นใหม่

อาการแสดง

- ตรวจพบว่าเยื่อแก้วหูมีรูทะลุขนาดใหญ่ต่างๆ ถ้ามี cholesteatoma ร่วมด้วยจะเห็นเป็น

สารสีขาวคล้ายไข่มุก (white keratin debris) และอาจพบเนื้อเยื่อสีแดง (polyp หรือ granulation tissue) ร่วมด้วย ซึ่งแสดงถึงการอักเสบเรื้อรังของเยื่อหูชั้นกลาง

- อาจพบของเหลว ซึ่งอาจเป็นน้ำใสๆ, มูก หรือหนองในหูชั้นกลาง

- บนเยื่อแก้วหู อาจเห็นแผ่นแคลเซียมขาวๆ ซึ่งเรียกว่า myringosclerosis

- อาจพบถุงที่มี cholesteatoma บริเวณ attic (กรณี primary acquired cholesteatoma)

- เยื่อหูของหูชั้นกลาง (ซึ่งมองเห็นได้จากรูทะลุ) อาจบวม แดง หรือบวมเป็นก้อน

การส่งการสืบค้นเพิ่มเติม ได้แก่

1. การถ่ายภาพรังสีกระดูกมาสตอยด์ (plan film of mastoid) มักพบว่าโพรงกระดูกมาสตอยด์ที่บวม และบางส่วนของกระดูกมาสตอยด์อาจถูกทำลายไป

2. การตรวจการได้ยิน เพื่อตรวจระดับของการได้ยินที่เสียไป ถ้าการอักเสบของหูชั้นกลาง หรือ cholesteatoma ทำลายกระดูกหู (ossicular destruction) จะทำให้มีการสูญเสียการได้ยินมาก (conductive hearing loss) หรืออาจมีการสูญเสียของประสาทหู (sensorineural hearing loss) ได้ ถ้ามี inner ear involvement

3. การเป่าลมเข้าไปในช่องหู เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะมากขึ้น หรือมีลูกตากะตุก (nystagmus) หรือไม่ (fistula test) ถ้า cholesteatoma ได้ทำลายกระดูกที่หุ้มอวัยวะควบคุมการทรงตัว จนเกิดทางเชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลาง และอวัยวะควบคุมการทรงตัว การเป่าลมดังกล่าวจะกระตุ้นอวัยวะควบคุมการทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะหรือลูกตากะตุกได้ ควรทำการทดสอบดังกล่าวในผู้ป่วยทุกรายที่มี cholesteatoma โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะ

4. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ของกระดูกเทมโพรอล (temporal bone) พิจารณาทำในรายที่ใช้อายรักษาเต็มที่แล้วไม่ดีขึ้น (สงสัย cholesteatoma, เนื้องอก, สิ่งแปลกปลอม) หรือสงสัยว่าจะมีภาวะแทรกซ้อน (ossicular or fallopian canal

erosion จาก cholesteatoma, subperiosteal abscess)

5. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ของกระดูกเทมโพรอล พิจารณาทำในรายที่สงสัยว่าจะมีภาวะแทรกซ้อน (dural inflammation, sigmoid sinus thrombosis, labyrinthitis, extra-cranial and intracranial abscess)

การรักษา

สำหรับผู้ป่วยโรค COM ที่ไม่มี cholesteatoma มีจุดมุ่งหมายในการรักษา คือ

1. เพื่อกำจัดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลาง (ถ้ามี)

2. ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลางอีก

3. รักษาการได้ยินให้อยู่ในสภาพดี

สำหรับผู้ป่วยโรค COM ที่มี cholesteatoma นอกจากจุดมุ่งหมายในการรักษาดังกล่าว 3 ข้อแล้ว ควรทำให้ cholesteatoma มีทางออก เพื่อป้องกันไม่ให้ cholesteatoma มีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนไปทำลายอวัยวะที่สำคัญต่างๆ

1. การรักษาทางยา โดยอาจให้ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานและชนิดหยอดหู ในผู้ป่วย COM ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และให้ยาต้านจุลชีพชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด ในผู้ป่วย COM ที่มีภาวะแทรกซ้อน และทำความสะอาดหู โดยนำหนองของเหลว และเนื้อตายในหูชั้นกลางออกให้หมด (aural toilet) อาจใช้สำลีพันปลายเครื่องมือ หรือไม้ขีดออก หรือใช้เครื่องดูดออก เพื่อให้ยาหยอดหูสามารถผ่านเข้าไปออกฤทธิ์ต่อเนื้อเยื่อที่เกิดการอักเสบได้ การทำความสะอาดดังกล่าว ยิ่งทำบ่อยยิ่งดี เช่น ควรทำ 2-3 ครั้ง/วัน โดยเฉพาะถ้าทำก่อนหยอดยาหยอดหูได้ยิ่งดี

ยาต้านจุลชีพชนิดหยอด ควรครอบคลุมเชื้อ gram-negative organisms เช่น *Pseudomonas* และ gram-positive organisms เช่น *S. aureus* ซึ่งได้แก่ aminoglycoside และ fluoroquinolones หรืออาจใช้ polymyxin B + neomycin หรืออาจใช้ยาต้านจุลชีพดังกล่าวผสมกับ steroids เช่น dexamethasone ซึ่งยาหยอดหูที่มีสเตียรอยด์เป็นส่วน

ประกอบ มักจะช่วยลดขนาดของ granulation tissue ได้ดี ผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน อาจแนะนำให้ใส่เครื่องช่วยฟัง (hearing aids)

ผู้ป่วยที่ไม่มี cholesteatoma เกือบกักไว้ในส่วนของแก้วหูที่เป็นแอ่ง (retraction pocket) และแพทย์สามารถมองเห็นส่วนในสุดของแอ่งนั้นได้ชัดเจน ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัด

2. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด

สำหรับผู้ป่วย COM ที่ไม่มี cholesteatoma: อาจทำการผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (myringoplasty) โดยใส่เยื่อหุ้มที่หรือเยื่อหุ้มที่ได้ โดยมิจุดประสงค์หลัก คือ ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลางซ้ำๆ

สำหรับผู้ป่วย COM ที่มี cholesteatoma: ผู้ป่วยที่มี cholesteatoma เกือบกักไว้ในส่วนของแก้วหูที่เป็นแอ่ง และแพทย์ไม่สามารถมองเห็นและทำความสะอาดเอา cholesteatoma โดยเฉพาะส่วนในสุดของแอ่งได้ ควรทำการผ่าตัด หลักการคือเอา cholesteatoma ออกมาให้หมด โดยทำ tympanomastoid surgery และเปิดช่องให้ cholesteatoma ที่อยู่ภายใน มีทางออกสู่ภายนอก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด cholesteatoma มีการขยายขนาดจนไปทำลายอวัยวะที่สำคัญต่างๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

