หูชั้นกลางอักเสบ หรือหูน้ำหนวกชนิดเรื้อรัง (Chronic Otitis Media)

รศ. นพ. ปารยะ อาศนะเสน

ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หูชั้นกลางอักเสบ หรือหูน้ำหนวกชนิดเรื้อรัง (chronic otitis media) หมายถึง ภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง และ/หรือโพรงกระดูกมาสตอยด์นานเกินกว่า 3 เดือน และมีเยื่อแก้วหูทะลุ ผู้ป่วยบางรายมีของเหลว หรือหนองไหลจากหูชั้นกลาง (รูปที่ 1) อาจไหลตลอดเวลา หรือเป็นๆหายๆก็ได้ เมื่อมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางของผู้ป่วยที่มีหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง เชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อย คือ เชื้อชนิดแกรมลบ เช่น Pseudomonas aeruginosa, Proteus species, Klebsiella pneumoniae และเชื้อชนิดแกรมบวก เช่น Staphylococcus aureus และอาจพบเชื้อที่ไม่พึ่งออกซิเจน (anaerobes) เช่น Bacteroides, Peptostreptococcus, Peptococcus ได้

สาเหตุ

สาเหตุส่วนใหญ่ของหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง มักเกิดจาก

- หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (acute otitis media) ที่ไม่ได้รับการรักษาทันท่วงที ทำให้หนองในหูชั้นกลางดันเยื่อแก้วหูทะลุออกมา และหลังจากนั้นไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ทำให้เยื่อแก้วหูที่ทะลุนั้นไม่สามารถปิดได้เอง

- เยื่อแก้วหูทะลุจากการบาดเจ็บ (traumatic tympanic membrane perforation) เช่น ใช้ไม้พันสำลีปั่นช่องหู แล้วมีอุบัติเหตุกระแทก ทำให้ไม้พันสำลีนั้น กระแทกเยื่อแก้วหูจนทะลุเป็นรู และรูนั้นไม่สามารถปิดได้เอง หรือเกิดจากการผ่าตัดกรีดเยื่อแก้วหู (myringotomy) เพื่อระบายหนองออกจากหูชั้นกลาง ในผู้ป่วยที่มีหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือผ่าตัดเพื่อใส่ท่อระบายของเหลวหรือหนองในหูชั้นกลาง (ventilation tubes) และคาไว้ที่เยื่อแก้วหู แล้วท่อหลุดออกไป แต่รูที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นไม่สามารถปิดได้เอง

สาเหตุที่ทำให้เยื่อแก้วหูที่ทะลุนั้นไม่สามารถปิดได้เอง ได้แก่

- มีการไหลของของเหลว เช่น มูกหรือหนองผ่านรูทะลุตลอดเวลา เนื่องจากยังมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางอยู่

- เยื่อบุผิวหนังของหูชั้นนอก (squamous epithelium) เข้ามาคลุมที่ขอบของรูทะลุเมื่อเยื่อแก้วหูทะลุ ทำให้กลไกในการป้องกันการติดเชื้อของหูชั้นกลางเสียไป หูชั้นกลางมีการอักเสบได้ง่าย ถ้า

- มีน้ำเข้าหู เมื่อน้ำเข้าหูก็จะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุหูชั้นกลาง ทำให้มีของเหลวหรือหนองไหลออกจากหูชั้นกลางได้

- มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น จมูกอักเสบหรือหวัด, ไซนัสอักสบ, ต่อมอดีนอยด์อักเสบ ทำให้เชื้อไวรัส หรือแบคทีเรียผ่านท่อยูสเตเชียน ซึ่งเชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลางและโพรงหลังจมูก ทำให้เกิดการอักสบของเยื่อบุหูชั้นกลางได้

- มีการอุดตันของรูเปิดของท่อยูสเตเชียน จากพยาธิสภาพในโพรงหลังจมูก เช่น มะเร็งโพรงหลังจมูก, ต่อมอดีนอยด์โต, การอักเสบของโพรงจมูก ไม่ว่าจากการติดเชื้อ หรือ ไม่ใช่การติดเชื้อ, การอักเสบของโพรงหลังจมูก ซึ่งเกิดจากกรดไหลย้อนที่ขึ้นมาที่โพรงหลังจมูก หรือเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิดของท่อยูสเตเชียนทางกายวิภาค และสีรรวิทยา เช่น เพดานโหว่ (cleft palate), โรคดาวน์ (Down syndrome) พยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้มีการคั่งของของเหลวที่ผลิตจากหูชั้นกลาง และเกิดการอักสบของเยื่อบุหูชั้นกลาง และทำให้ของเหลวดังกล่าวไหลออกจากหูชั้นกลางได้

ประเภท หูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. **ชนิดไม่อันตราย (safe or uncomplicated ear)** (รูปที่ 1) รูทะลุของเยื่อแก้วหู มักจะอยู่ตรงกลาง (central perforation) โอกาสที่เยื่อบุหูชั้นนอก (stratified squamous epithelium) หรือขี้ไคล (cholesteatoma) จะเข้าไปในหูชั้นกลางและโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย หูน้ำหนวกชนิดนี้ คือ ชนิดที่ไม่มีขี้ไคลนั่นเอง

2. **ชนิดอันตราย (unsafe or complicated ear)** (รูปที่ 2) มักจะมีรูทะลุของเยื่อแก้วหู อยู่ที่ขอบแก้วหู (marginal perforation) ทำให้โอกาสที่เยื่อบุหูชั้นนอก หรือขี้ไคลจะเข้าไปในหูชั้นกลางและโพรงกระดูกมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง หูน้ำหนวกชนิดนี้ คือ ชนิดที่มีขี้ไคลนั่นเอง

ขี้ไคล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. ขี้ไคลที่เกิดจากท่อยูสเตเชียนมีการอุดตันอย่างเรื้อรัง ทำให้ความดันเป็นลบในหูชั้นกลาง แล้วดึงรั้งเยื่อแก้วหูด้านบน (attic region) เกิดเป็นถุงที่บุด้วยขี้ไคล ซึ่งอาจมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ

2. ขี้ไคลที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของเยื่อบุหูชั้นนอก จากหูชั้นนอกผ่านเยื่อแก้วหูที่ทะลุผ่านเข้าไปในหูชั้นกลาง เนื่องจากขี้ไคล เกิดจากเยื่อบุผิวชนิดเดียวกับเซลล์ผิวหนัง จึงมีลักษณะลอกหลุดออก และมีการ

สร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงมีลักษณะเป็นก้อนสีขาว หรือเหลือง ยุ่ยง่าย ซึ่งสามารถทำลายอวัยวะต่างๆในหูชั้นกลาง (ถ้าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในหูชั้นกลางร่วมด้วย ขี้ไคลดังกล่าวจะทำให้เชื้อโรคผ่านเข้าไปสู่อวัยวะต่างๆได้ง่ายและเร็วขึ้น), หูชั้นใน และโพรงอากาศมาสตอยด์ได้ จากแรงดัน และเอนไซม์ เช่น

- ทำลายกระดูกหูทั้ง 3 ชิ้น [กระดูกค้อน, ทั่ง, โกลน] ทำให้หูตึงจากการนำเสียงผิดปกติ (conductive hearing loss) หรือทำลายอวัยวะที่เกี่ยวกับการได้ยินในหูชั้นใน ทำให้หูตึงจากเส้นประสาทหูทำงานผิดปกติ (sensorineural hearing loss)
- ทำลายอวัยวะที่ควบคุมการทรงตัวในหูชั้นใน (labyrinthitis) ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
- ทำลายกระดูกที่หุ้มเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่อยู่ในหูชั้นกลาง และโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดอัมพาตของเส้นประสาทดังกล่าว (facial nerve palsy) เกิดหน้าเบี้ยว ตาหลับไม่สนิท
- ทำลายกระดูกที่กั้นอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองและโพรงอากาศมาสตอยด์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis), ฝีในสมอง (brain abscess), การติดเชื้อของหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (sigmoid sinus thrombophlebitis)
- ทำให้เกิดการอักเสบของกระดูกมาสตอยด์ (mastoiditis) เนื่องจากมีหนองขังอยู่ในส่วนของกระดูก มาสตอยด์ แล้วไม่สามารถระบายออกไปได้ ทำให้มีการทำลายของกระดูกส่วนที่เป็นโพรงอากาศมาสตอยด์ผู้ป่วยมีอาการปวดหูมากขึ้นเรื่อยๆ มีหนองไหลออกจากหูมากขึ้นและมีกลิ่นเหม็น
- ทำให้เกิดฝีหนองหลังหู (subperiosteal abscess) เกิดจากการติดเชื้อในโพรงอากาศมาสตอยด์กระจายผ่านกระดูกมาสตอยด์ ออกมาอยู่ใต้เยื่อหุ้มกระดูก

อาการ

- หูอื้อ หรือหูตึง ซึ่งอาจเกิดจากการนำเสียงเสีย จากการทำลายกระดูกหู (ค้อน,ทั่ง,โกลน) เยื่อแก้วหูทะลุ หรือประสาทหูเสีย จากการอักเสบที่ลามเข้าไปในหูชั้นใน ทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8
- มีหนองหรือของเหลวไหลออกจากช่องหู เป็นๆหายๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการเป็นหวัดหรือน้ำเข้าหู ถ้ามีขี้ไคลร่วมด้วย หนองที่ไหลออกมามักจะมีกลิ่นเหม็นรุนแรงมาก หรือหนองยังคงไหลออกมาเรื่อยๆ แม้ให้ยารักษาเต็มที่แล้ว
- อาจมีอาการเนื่องจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ, ฝีหลังหู, อัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, ปวดศีรษะ และซึมลง จากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือฝีในสมอง

- ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการปวดหรือมีไข้ นอกจากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น หรือมีการอักเสบเฉียบพลันเกิดขึ้นใหม่

อาการแสดง

- ตรวจพบว่าเยื่อแก้วหูมีรูทะลุขนาดต่างๆ ถ้ามีขี้ไคลร่วมด้วยจะเห็นเป็นสารสีขาวคล้ายไข่มุก (white keratin debris) และอาจพบเนื้อเยื่อสีแดงที่เกิดจากการอักเสบ (polyp หรือ granulation tissue) ร่วมด้วย ซึ่งแสดงถึงการอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุหูชั้นกลาง

- อาจพบของเหลว ซึ่งอาจเป็นน้ำใสๆ, มูก หรือหนองในหูชั้นกลาง

- บนเยื่อแก้วหู อาจเห็นแผ่นแคลเซียมขาวๆ ซึ่งเรียกว่า myringosclerosis

- อาจพบถุงที่มีขี้ไคลบริเวณเยื่อแก้วหูด้านบน (attic region)

- เยื่อบุของหูชั้นกลาง (ซึ่งมองเห็นได้จากรูทะลุ) อาจบวม แดง หรือบวมเป็นก้อน

การส่งการสืบค้นเพิ่มเติม ได้แก่

1. การถ่ายรังสีกระดูกมาสตอยด์ (plan film of mastoid) มักพบว่าโพรงกระดูกมาสตอยด์ทึบ และบางส่วนของกระดูกมาสตอยด์อาจถูกทำลายไป

2. การตรวจการได้ยิน เพื่อตรวจระดับของการได้ยินที่เสียไป ถ้าการอักเสบของหูชั้นกลาง หรือ ขี้ไคลทำลายกระดูกหู จะทำให้มีการสูญเสียการได้ยินมาก (conductive hearing loss) หรืออาจมีการสูญเสียของประสาทหู (sensorineural hearing loss) ได้ ถ้ามีการทำลายหูชั้นใน

3. การเป่าลมเข้าไปในช่องหู เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะมากขึ้น หรือมีลูกตากระตุก (nystagmus) หรือไม่ (fistula test) ถ้าขี้ไคลได้ทำลายกระดูกที่หุ้มอวัยวะควบคุมการทรงตัว จนเกิดทางเชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลาง และอวัยวะควบคุมการทรงตัว การเป่าลมดังกล่าวจะกระตุ้นอวัยวะควบคุมการทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะหรือลูกตากระตุกได้ ควรทำการทดสอบดังกล่าวในผู้ป่วยทุกรายที่มีขี้ไคล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะ

4. เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ของกระดูกเทมโพรอล (temporal bone) พิจารณาทำในรายที่ใช้ยารักษาเต็มที่แล้วไม่ดีขึ้น (สงสัยขี้ไคล, เนื้องอก, สิ่งแปลกปลอม) หรือสงสัยว่าจะมีภาวะแทรกซ้อน (เช่น ฝีหนองหลังหู, มีการทำลายกระดูกหู หรือกระดูกที่หุ้มเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 เนื่องจากขี้ไคล)

5. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ของกระดูกเทมโพรอล พิจารณาทำในรายที่สงสัยว่าจะมี

ภาวะแทรกซ้อน (เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ฝีในสมอง, การติดเชื้อของหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ, หูชั้นในอักเสบ)

การรักษา

สำหรับผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่ไม่มีขี้ไคล มีจุดมุ่งหมายในการรักษา คือ

1. เพื่อกำจัดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลาง (ถ้ามี)
2. ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อภายในหูชั้นกลางอีก
3. รักษาการได้ยินให้อยู่ในสภาพดี

สำหรับผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ที่มีขี้ไคล นอกจากจุดหมายในการรักษาดังกล่าว 3 ข้อแล้ว ควรทำให้ขี้ไคลมีทางออก เพื่อป้องกันไม่ให้ขี้ไคล มีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนไปทำลายอวัยวะที่สำคัญต่างๆ

1. **การรักษาทางยา** โดยอาจให้ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานและชนิดหยอดหู ในผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และให้ยาต้านจุลชีพชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด ในผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรัง ที่มีภาวะแทรกซ้อน และทำความสะอาดหู โดยนำหนอง.ของเหลว และเนื้อตายในหูชั้นกลางออกให้หมด (aural toilet) อาจใช้สำลีพันปลายเครื่องมือ หรือไม้เช็ดออก หรือใช้เครื่องดูดออก เพื่อให้ยาหยอดหูสามารถผ่านเข้าไปออกฤทธิ์ต่อเนื้อเยื่อที่เกิดการอักเสบได้ การทำความสะอาดดังกล่าวยิ่งทำบ่อย ยิ่งดี เช่น ควรทำ 2-3 ครั้ง/วัน โดยเฉพาะถ้าทำก่อนหยอดยาหยอดหูได้ยิ่งดี

ยาต้านจุลชีพชนิดหยอด ควรครอบคลุมเชื้อแกรมลบ (gram-negative organisms) เช่น Pseudomonas และแกรมบวก (gram-positive organisms) เช่น S. aureus ซึ่งได้แก่ aminoglycoside และ fluoroquinolones หรืออาจใช้ polymyxin B + neomycin หรืออาจใช้ยาต้านจุลชีพดังกล่าวผสมกับสเตียรอยด์เช่น dexamethasone ซึ่งยาหยอดหูที่มีสเตียรอยด์เป็นส่วนประกอบ มักจะช่วยลดขนาดของเนื้อเยื่อสีแดง ที่เกิดจากการอักเสบ (granulation tissue) ได้ดี ผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน อาจแนะนำให้ใส่เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) ผู้ป่วยที่ไม่มีขี้ไคล เก็บกักไว้ในส่วนของแก้วหูที่เป็นแอ่ง (retraction packet) และแพทย์สามารถมองเห็นส่วนในสุดของแอ่งนั้นได้ชัดเจน ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัด

2. **การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด**

สำหรับผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่ไม่มีขี้ไคล: อาจทำการผ่าตัดปะเยื่อแก้วหู (myringoplasty) โดยใช้ยาชาเฉพาะที่หรือยาสลบก็ได้ โดยมีจุดประสงค์หลัก คือ ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลางซ้ำๆ

สำหรับผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดเรื้อรังที่มีขี้ไคล: ผู้ป่วยมีขี้ไคลเก็บกักไว้ในส่วนของแก้วหูที่เป็นแอ่ง และแพทย์ไม่สามารถมองเห็นและทำความสะอาด เอาขี้ไคล โดยเฉพาะส่วนในสุดของแอ่งได้ ควรทำการผ่าตัด หลักการคือเอาขี้ไคลออกมาให้หมด โดยทำการผ่าตัดหูชั้นกลาง และโพรงอากาศมาสตอยด์ (tympanomastoid surgery) และเปิดช่องให้ ขี้ไคล ที่อยู่ภายใน มีทางออกสู่ภายนอก เพื่อป้องกันไม่ให้ขี้ไคล มีการขยายขนาดจนไปทำลายอวัยวะที่สำคัญต่างๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้