

การติดเชื้อจากฟันชนิดลูตวิค แองไจน่า: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

เกียรติศักดิ์ ปั้งวณิช ท.บ., ว.ท.ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
 หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การติดเชื้อจากฟันชนิดลูตวิค แองไจน่า เป็นการติดเชื้อที่มีการลุกลามอย่างรวดเร็วและรุนแรง โดยมีลักษณะบวมแดงบริเวณเนื้อเยื่อในโพรงใต้คางและใต้ลิ้นทั้งสองข้าง หากอาการเป็นรุนแรงมากขึ้น อาการบวมจะทำให้ลิ้นถูกดันไปด้านหลังชิดกับเพดานปากทำให้ปิดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน เกิดอาการหายใจลำบากได้ บทความนี้เป็นการรายงานผู้ป่วย 1 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ 50 ปีที่มีอาการติดเชื้อจากฟันกรามล่างด้านขวาที่ผุและโยก และมีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นลูตวิค แองไจน่า ผู้ป่วยมาด้วยอาการบวมแดงบริเวณเนื้อเยื่อในโพรงใต้คางและใต้ลิ้นทั้งสองข้าง, อ้าปากได้น้อย รวมถึงมีอาการปวด มีไข้ หนาวสั่น ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดเจาะระบายหนองร่วมกับการถอนฟันที่เป็นสาเหตุและให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมทางหลอดเลือดดำจนอาการดีขึ้น อาการบวมลดลงและอ้าปากได้มากขึ้น ดังนั้นการวินิจฉัย, การรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อลูตวิค แองไจน่าได้

คำสำคัญ: การติดเชื้อจากฟันชนิดลูตวิค แองไจน่า

Ludwig's Angina From Infected Tooth: A Case Report

Kieattisak Pangwanit DDS.

Oral and Maxillofacial Surgery Unit

Department of Dentistry, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Ludwig's angina is a form of severe acute diffuse cellulitis that rapidly spreads bilaterally affecting the submandibular, sublingual and submental areas that can have lethal consequences due to upper airway obstruction. This case described a 50-years-old with Ludwig's angina that evolved from a chronic odontogenic infection. He presented with perioral swelling with the involvement of bilateral submandibular, bilateral sublingual and submental areas, difficult in mouth opening accompanied by excruciating pain, chill and fever. He was treated with adequate antibiotic and surgery for infection. He responded well to the treatment and his condition improved. Our early recognition and proper treatment helped to prevent complications from Ludwig's angina.

Key words: Ludwig's angina, Odontogenic infection

บทนำ

การติดเชื้อจากฟันเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในงานทันตกรรม จนบางครั้งผู้ป่วยหลายคนละเลยต่อปัญหานี้ อย่างไรก็ตามการละเลยปัญหาเหล่านี้ อาจนำไปสู่การติดเชื้อบริเวณใบหน้า ขากรรไกร และลำคอที่รุนแรงได้ ลูดวิก แองไจน่า (Ludwig angina) เป็นการติดเชื้อบริเวณใบหน้า ขากรรไกร ชนิดหนึ่งที่มีสาเหตุมาจากฟันทำให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรง สามารถแพร่กระจายไปยังบริเวณคอ ช่องทรวงอก เยื่อหุ้มปอด และเยื่อหุ้มหัวใจได้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องและทันที่⁽¹⁾

ลูดวิก แองไจน่า เป็นการติดเชื้อที่รุนแรงในบริเวณขากรรไกรล่างที่ลุกลามครอบคลุมเนื้อเยื่อใต้ขากรรไกร (Submandibular space), เนื้อเยื่อใต้ฐานของลิ้น (Sublingual space) และเนื้อเยื่อใต้คาง (Submental space) ทั้งสองข้างของขากรรไกรล่าง⁽²⁾ ทำให้เนื้อเยื่อใต้ขากรรไกร และเนื้อเยื่อใต้คางมีลักษณะบวม แข็ง (Browny swelling) มีการบวมของเนื้อเยื่อพื้นช่องปากทำให้ลิ้นถูกดันให้สูงขึ้นทำให้เกิดหายใจลำบาก ส่งผลทำให้เกิดทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน⁽³⁾

สาเหตุของการติดเชื้อลูดวิก แองไจน่า ส่วนใหญ่มาจากฟัน แต่ก็มีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อชนิดนี้ได้เช่นกัน ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บเกิดบาดแผลบริเวณเนื้อเยื่อใต้ลิ้น, กระดูกอักเสบของขากรรไกร (Osteomyelitis of jaw), ภาวะอักเสบของหูชั้นกลาง (Otitis media), ต่อม้ำลายอักเสบ (Sialadenitis), นิ่วในต่อม้ำลาย (Sialolithiasis of submandibular gland) เป็นต้น⁽⁴⁾

ในยุคก่อนการพัฒนายาต้านจุลชีพ อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อลูดวิก แองไจน่าอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 และลดลงเหลือร้อยละ 8 ภายหลังจากที่มีการนำยาต้านจุลชีพมา รักษาอาการติดเชื้อร่วมกับการพัฒนาทางการรักษา^(5,6)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี มาพบทันตแพทย์ที่หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ด้วยอาการบวมแดงบริเวณใต้คาง และได้ขากรรไกรทั้งสองข้างและอ้าปากได้น้อยลงมาประมาณ 3 วัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่าฟันกรามล่างด้านขวามีอาการโยกและผุมาหลายเดือน เคยมีอาการปวด เป็นๆหายๆ ซึ่ย้ายจากร้านขายยามารับประทานอาการแล้วดีขึ้น แต่ครั้งนี้มีอาการบวมหลังจากมีอาการบวมได้ 1 วันผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชนได้ยามารับประทานไม่ทราบชนิดแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ผู้ป่วยให้ประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจุบันรับประทานยา เมทฟอร์มิน (Metformin) 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร, อินาลาพริล (Enalapril) 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, แอมโลดิปีน (Amlodipine) 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, แอสไพริน (Aspirin) 81 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และซิมวาสแตติน (Simvastatin) 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธประวัติดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ปฏิเสธประวัติการใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์

การตรวจร่างกายทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซีด ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ไม่พบลักษณะการอุดตันของการเดินหายใจส่วนบน มีไข้ (38 องศาเซลเซียส) สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที และอุณหภูมิกาย 38.0 องศาเซลเซียส ส่วนสูง 175 เซนติเมตร น้ำหนัก 98 กิโลกรัม การตรวจอวัยวะอื่นๆ พบหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ไม่มีเสียงผิดปกติของการเต้นของหัวใจ เสียงปอดดังเท่ากันดีทั้งสองข้าง ไม่มีตับม้ามโต สภาพภายนอกช่องปากพบมีการบวมบริเวณใต้คางและใต้ขอบขากรรไกรล่างทั้งสองด้าน ผิวมีลักษณะแดงและอุ่น อ้าปากได้ 2.5 เซนติเมตร

รู้สึกกลิ่นน้ำลายเจ็บคอ แต่สามารถหัดคอดีปกติ และสภาพภายในช่องปากพบฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา (Right lower second molar) ผุ และโยกระดับ 3 เหงือกอักเสบระดับปานกลาง

เนื้อเยื่อใต้ฐานของลิ้นทั้งสองด้านบวมเพิ่มมากขึ้น และพื้นช่องปากถูกยกสูงขึ้น ลิ้นถูกยกสูงขึ้น ลิ้นไถ่อยู่ในตำแหน่งปกติ ไม่พบการบวมบริเวณในลำคอ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ลักษณะภายนอกช่องปากพบการบวมบริเวณใต้คาง และใต้ขากรรไกรล่างทั้งสองด้าน ผิวหนังมีลักษณะแดงและอุ่น ภายในช่องปากพบเนื้อเยื่อใต้ฐานลิ้นทั้งสองข้างบวมแดงและพื้นช่องปากถูกยกสูงขึ้น

การตรวจภาพรังสีเนื้อเยื่อบริเวณลำคอ ด้านข้าง (Lateral soft tissue neck) (รูปที่2 ก.) และ ภาพรังสีพาโนรามิก (Orthopantomogram) (รูปที่2 ข.) พบลักษณะเนื้อเยื่อบวมบริเวณใต้คาง

ไม่พบการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณหน้าต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical vertebrae) และพบการละลายของกระดูกรอบเบ้าฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวาร่วมกับมีเงาดำที่ปลายรากฟัน



รูปที่ 2 ก. ภาพรังสีเนื้อเยื่อบริเวณลำคอ ด้านข้าง พบลักษณะเนื้อเยื่อบวมบริเวณใต้คาง



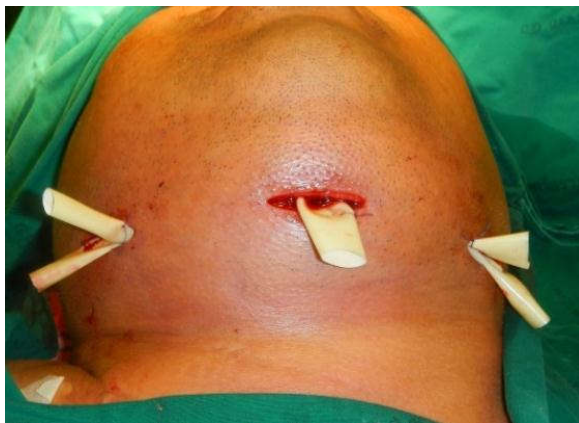
รูปที่ 2 ข. ภาพรังสีพาโนรามิกพบลักษณะการละลายของกระดูกรอบเบ้าฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าฮีโมโกลบิน (Haemoglobin) 12.7 กรัมเปอร์เซ็นต์ ฮีมาโตคริต (Haematocrit) ร้อยละ 39.9 จำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood cell count) 13,100 ตัวต่อ 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ประกอบด้วยนิวโทรฟิล (Neutrophil) ร้อยละ 85, ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ร้อยละ 8, โมโนไซต์ (Monocyte) ร้อยละ 7 และเกล็ดเลือด (Platelet) 229,000 ตัวต่อ 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับยูเรียในกระแสเลือด (Blood urea nitrogen) 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ครีเอตินิน (Creatinine) 1.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, โซเดียม (Sodium) 140 มิลลิโมลต่อลิตร, โพแทสเซียม (Potassium) 3.2 มิลลิโมลต่อลิตร, คลอไรด์ (Chloride) 101 มิลลิโมลต่อลิตร, ไบคาร์บอเนต (Bicarbonate) 25 มิลลิโมลต่อลิตร, ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (Fasting blood sugar) 206 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การวินิจฉัยแรกรับ คือ ลูควิก แองโงน่า ที่มีสาเหตุจากฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา โดยมีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากเป็นการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันที่รุนแรงบริเวณใบหน้า ช่องปากและลำคอร่วมกับจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน แผนการรักษา ได้แก่ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยดื่มน้ำและอาหารก่อนการดมยาสลบ ให้ออกซิเจน, สารน้ำร่วมกับแก้ไขภาวะโพแทสเซียมในกระแสเลือดต่ำ และให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำเป็น เซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone) 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง และคลินดาไมซิน (Clindamycin) 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสี ร่วมกับปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อควบคุมโรค

ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอายุรแพทย์ให้อินซูลิน (Insulin) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงก่อนผ่าตัด ปรึกษาวิสัญญีแพทย์เรื่องภาวะใส่ท่อช่วยหายใจจากการอ้าปากได้จำกัดร่วมกับผู้ป่วยมีลักษณะอ้วน คอสั้น ปรึกษาโสต ศอ นาสิกแพทย์เรื่องการเจาะคอในกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ วางแผนกิริตรบายหนองบริเวณใต้คางและขากรรไกรทั้งสองข้างร่วมกับถอนฟันกรามล่างขวาซี่ที่สองที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ

ในขั้นตอนการผ่าตัด ได้ผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบโดยวิสัญญีแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกด้วยวิธีส่องกล้องขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว (Awake fiberoptic nasotracheal Intubation) ทำการกิริตรบายหนองบริเวณใต้คางและได้ขากรรไกรทั้งสองข้างเพื่อเข้าสู่ช่องฝังฝีที่มีการติดเชื้อ (รูปที่ 3) พบเป็นช่องหลวม (Loose space) ต่อเนื่องกัน หนองสีเหลืองมีกลิ่นเหม็นประมาณ 20 ซีซี และมีฟองอากาศในเนื้อเยื่อ ทำการเก็บหนองเพื่อส่งตรวจย้อมแกรมและเพาะเชื้อทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ ทำการล้างแผลด้วยโพวิดีนและน้ำเกลือ ร่วมกับใส่ท่อระบายหนองในทุกตำแหน่งที่กิริตรบายหนอง จากนั้นถอนฟันกรามล่างแท้ซี่ที่สองด้านขวา (Right lower second molar) ซึ่งเป็นฟันซี่ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อและไม่พบหนองจากแผลถอนฟัน ร่วมกับถอนฟันกรามบนแท้ซี่ที่สองด้านขวา (Right upper second molar) และฟันกรามบนแท้ซี่ที่สองด้านซ้าย (Left upper second molar) ที่โยกมากร่วมด้วย หลังผ่าตัดวิสัญญีแพทย์ประเมินการหายใจของผู้ป่วยพิจารณาค่าท่อช่วยหายใจกลับห่อผู้ป่วยก่อนและไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด



รูปที่ 3 ตำแหน่งของการผ่าตัดและตำแหน่งการวางท่อระบายหนอง บริเวณช่องฝังฝีใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้าง

การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด พิจารณาให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องเป็นเซฟไตรอะซอน 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง และคลินดาไมซิน 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ผลการย้อมแกรมรายงานว่าเป็นเชื้อแกรมบวกรูปกลมและรูปแท่ง (Gram positive cocci and bacilli) และเชื้อแกรมลบรูปแท่ง (Gram negative bacilli) เป็นจำนวนมาก อายุรแพทย์ได้พิจารณาฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยระหว่างนอนโรงพยาบาลและพิจารณาให้ยารักษาความดันโลหิตสูงเดิมที่ผู้ป่วยรับประทานยกเว้นยาแอสไพริน ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดไบน้ำยูปบวมลง ผู้ป่วยสามารถหายใจผ่านท่อช่วยหายใจได้ดี จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจออก หลังจากถอดท่อช่วยหายใจพบผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ไม่มีภาวะหอบเหนื่อย ตำแหน่งของแผลที่กริดระบายหนองพบว่ามีหนองน้อยลงและแผลเริ่มตื้นมากขึ้นและผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อขึ้น ยกเว้นตำแหน่งแผลใต้ขากรรไกรด้านขวายังพบหนองสีเหลืองจำนวนมากและเนื้อเยื่ออักเสบ (Granulation tissue) จึงเก็บตัวอย่างหนองเพื่อส่งย้อมแกรมและเพาะเชื้อทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะอีกครั้ง ผลเป็นอซิเนโตแบคเตอร์ บอมมานิไอ (*Acinetobacter baumannii*) พบ

เชื้อดื้อต่อยาปฏิชีวนะที่ให้เดิมทั้งสองชนิด จึงปรึกษาอายุรแพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ เป็นอะมิคาซิน (Amikacin) 750 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง และโคลิสติน (Colistin) 150 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง โดยให้ต่อเนื่องเป็นเวลาอีก 7 วัน หลังจากนั้นหนองบริเวณใต้ขากรรไกรด้านขวาค่อยๆ น้อยลงและแผลบริเวณใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้างค่อยๆ ตื้นขึ้น ร่วมกับมีการฝึกอ้าปากทุกวันทำให้ผู้ป่วยอ้าปากได้ใกล้เคียงเดิม วันที่ 11 หลังการผ่าตัดอาการโดยรวมผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีหนองออกจากแผลที่กริดระบายหนองในทุกตำแหน่ง ร่วมกับอ้าปากได้ 3.5 เซนติเมตรซึ่งใกล้เคียงค่าปกติ (4 เซนติเมตร) จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัดอาการบวมยุบลง ไม่มีหนองไหลซึม ไม่พบลักษณะการติดเชื้อ เนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัดที่ใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้างตื้นมากขึ้น และอ้าปากได้มากขึ้นเป็น 3.8 เซนติเมตร 1 เดือนภายหลังการผ่าตัด ไบน้ำยูปเป็นปกติ แผลระบายหนองนอกช่องปากหายเป็นปกติ มีแผลเป็นเล็กน้อยเนื้อเยื่อบริเวณใต้ลิ้นยุบเป็นปกติ แผลถอนฟันหายเป็นปกติ (รูปที่ 4) ไม่พบการติดเชื้อซ้ำ ผู้ป่วยสามารถอ้าปากและกัดสบฟันได้ปกติ



รูปที่ 4 ลักษณะการใบหน้าเป็นปกติ ไม่พบการบวมบริเวณเนื้อเยื่อใต้คาง เนื้อเยื่อใต้ฐานลิ้น พื้นช่องปาก และเนื้อเยื่อใต้ขากรรไกรทั้งสองข้าง

วิจารณ์

Wilhelm Frederick von Ludwig เป็น ศัลยแพทย์ชาวเยอรมันรายงานการติดเชื้อลูติค แองไจน่าครั้งแรกในปี ค.ศ.1836⁽⁷⁾ และพบว่าการ ติดเชื่อนี้มีความสัมพันธ์กับพื้นที่เป็นหนอง ต่อมา Grodinsky and Holyoke⁽⁸⁾ ได้ให้เกณฑ์ในการ วินิจฉัยโรคนี้ไว้ คือ เป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อ (Cellulitis) เกิดที่เนื้อเยื่อใต้คาง, เนื้อเยื่อใต้ ขากรรไกรและเนื้อเยื่อใต้ลิ้นทั้งสองข้าง มักมีการ ตายของเนื้อเยื่อ (Gangrene) มีน้ำเหลืองปนเลือด (Serosanguinous fluid) โดยพบหนองน้อยมาก หรือไม่พบเลย และลุกลามไปยังโพรงเนื้อเยื่อ ข้างเคียง (Fascial space) ไปสู่อวัยวะอื่นได้

สาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเชื้อลูติค แอง ไจน่า มีสาเหตุจากฟันพบได้ตั้งแต่อายุ 70-90^(6,9) และพื้นที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เป็นฟันกราม หลังล่าง สาเหตุที่ไม่ใช่จากฟันพบว่าการติดเชื้อ บริเวณต่อมทอลซิล คอและหู เช่นเดียวกับ ผู้ป่วยรายนี้ที่มีสาเหตุการติดเชื้อจากฟันกรามหลัง ล่างด้านขวาที่โยก เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุ พบว่ามีหลายชนิดปะปนกัน (Mixed infection) มีการศึกษาถึงเชื้อจุลินทรีย์ที่พบเป็นกลุ่มเชื้อ แบคทีเรียที่อาศัยออกซิเจนแกรมบวก ได้แก่ กลุ่มสเตรปโตคอคคัส (Streptococcus) ร้อยละ 42 ถึง 91, กลุ่มสแตฟิโลคอคคัส (Staphylococcus) ร้อยละ 38 กลุ่มเชื้อแบคทีเรียที่อาศัยออกซิเจน แกรมลบ พบร้อยละ 25 และกลุ่มแบคทีเรียที่ไม่

อาศัยออกซิเจน (Anarobe) ในผู้ป่วยรายนี้สังเกต จากหนองสีเหลืองมีกลิ่นเหม็นและการมี ฟองอากาศเกิดขึ้นในเนื้อเยื่อ แรกผู้ป่วยจึง พิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมทั้งเชื้อ แบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบที่อาศัย ออกซิเจนและไม่อาศัยออกซิเจน โดยให้คลินดามัย ซินและเซฟไตรอะซอน แต่หลังจากกริดระบาย หนองแล้วในวันที่ 4 หลังการผ่าตัดพบผู้ป่วยยังมีไข้ ต่ำและมีหนองไหลจากใต้ขากรรไกรล่างด้านขวา มากเพียงตำแหน่งเดียว จึงพิจารณาเก็บหนองเพื่อ ส่งตรวจย้อมแกรมและเพาะเชื้อทดสอบความไวต่อ ยาปฏิชีวนะอีกครั้ง ผลที่ได้เป็นเชื้อ อซิเนโตแบคเตอร์ บอมมานิไอ ซึ่งต้องยาต้านจุลชีพเดิม จึงปรึกษา อายุรแพทย์และได้เปลี่ยนเป็นยาอะมิคาซินและโคลิ สตินแทน เป็นผลให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจน สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

การรักษาลูติค แองไจน่า มีข้อพิจารณา เช่นเดียวกับการรักษาการติดเชื้อบริเวณใบหน้าและ กระดูกขากรรไกรชนิดอื่นๆ แต่ต้องมีสิ่งพิจารณาเป็น พิเศษและลำดับแรกคือ การป้องกันการอุดตันของ ระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยลูติค แองไจน่าแต่ละ รายจำเป็นต้องดูแลระบบทางเดินหายใจที่แตกต่างกัน ขึ้นกับความรุนแรงของการติดเชื้อ^(10,11) ในผู้ป่วยรายนี้ แรกผู้ป่วยยังสามารถหายใจได้เอง อัตราการหายใจและ ร้อยละความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ ปกติ แต่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะอุดตันของทางเดินหายใจส่วนต้น

เฉียบพลัน สำหรับการผ่าตัดจำเป็นต้องพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) หรือเจาะคอ (Tracheostomy)^(12,13) ซึ่งทั้งสองวิธีนี้ต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญเพื่อป้องกันอันตรายและข้อแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้แจ้งวิสัญญีแพทย์ถึงภาวะการฉีใส่ท่อช่วยหายใจยากและแจ้งใส่ท่อ คอ นาสิกแพทย์สำหรับการเตรียมเจาะคอในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ

การผ่าตัดกรีดระบายหนอง เพื่อลดแรงดันในช่องฝังฟันที่มีการติดเชื้อ แม้จะไม่มีหนองหรือมีเพียงเล็กน้อยก็ตาม ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา⁽¹⁴⁾ มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเจาะระบายหนองมีอัตราการหายที่ช้ากว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะระบายหนอง⁽¹⁵⁾ ตำแหน่งและขนาดของแผลที่เจาะระบายหนองมีทั้งชนิดแผลเดี่ยวขนาดใหญ่หรือชนิดแผลเล็ก หลายตำแหน่ง ซึ่งพบว่าแผลขนาดเล็กหลายตำแหน่งสามารถระบายได้อย่าง

เพียงพอ⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการเจาะระบายหนองด้วยแผลขนาดเล็กและมีการระบายหนองที่ตีรวมถึงแผลเป็นที่เกิดก็มีขนาดเล็ก

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดกรีดระบายหนองและการกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อออกไปร่วมกับการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราการตายลงได้⁽¹⁷⁾

สรุป

แม้ว่าจะมีพัฒนางานด้านทันตกรรม, การเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากรวมถึงการพัฒนาทางด้านจุลชีพให้มีประสิทธิภาพอย่างแพร่หลาย แต่การละลายการติดเชื้อในช่องปากสาเหตุจากฟันผุหรือฟันโยก อาจนำมาสู่การติดเชื้อที่รุนแรงได้ การติดเชื้อลุคwick แองไจน่าหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่การเกิดข้อแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Barakate MS, Jensen MJ, Hemli JM, Graham AR. Ludwig's angina: Report of a case and review of management issues. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110: 453-6.
2. Greenberg S, Huang J, Chang RS, Ananda SN. Surgical management of Ludwig's angina. *ANZ J Surg* 2007; 77: 540-3.
3. Bross-Soriano D, Arrieta Gómez JR, Prado- Calleros H, et al. Management of Ludwig's an- gina with small neck incisions: 18 years expe- rience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 712-7.
4. Balasubramanian S, Elavenil P, Shanmugasundaram S, Himarani J, Krishnakumar Raja V. Ludwig's angina: a case report and review of management . *SRM J Res Dent Sci* 2014; 5: 211-4.
5. Bansal A, Miskoff J, Lis RJ. Otolaryngologic critical care. *Crit Care Clin* 2003; 19(1): 55-72.
6. Moreland LW, Corey J, McKenzie R. Ludwig's angina report of a case and review of the literature, *Arch Intern Med* 1988; 148: 461-6.

7. Burke J, Ludovici A. A translation, together with a biography of Wilhelm F. V. Ludwig, Bull. Hist. Med. 7 1939; 1115–26.
8. Grodinsky M. Ludwig's angina: an anatomical and clinical study with review of the literature, Surgery 5 1939; 678–96.
9. Britt JC, Josephson GD, Gross CW. Ludwig's angina in the pediatric population: report of a case and review of the literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 52: 79-87.
- 10 Nagaria A, Malliwal A, Doshi CM, et al. Ludwig's angina: a case report and review of airway management options. Indian J Basic and Applied Med Res 2015; 4: 266-8.
11. Marple BF: Ludwig angina. A review of current airway management. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 125: 596-9.
12. Kulkarni AH, Pai-Swarupa D, Bhattarai B, et al. Ludwig's angina and airway considerations: a case report. Cases Journal 2008; 1: 1-4.
13. Barton ED, Bair AE. Ludwig's angina. Selected topics; difficult airway. J Emer Med 2008; 34: 163-9.
14. Spitalnic SJ, Sucov A. Ludwig's angina: case report and review. J Emerg Med 1995; 13: 499-503.
15. Patterson HC, Kelly JH, Strome M. Ludwig's angina: an update. Laryngoscope 1982; 92: 370-8.
16. Iwu CO. Ludwig's angina: a report of seven cases and review of current concepts in management. Br J Oral Maxillofac Surg 1990; 28: 189-93.
17. Greenberg S, Huang J, Chang RS, Ananda SN. Surgical management of Ludwig's angina. ANZ J Surg 2007; 77: 540–3.