

รายงานผู้ป่วย

Case Report

เนื้อเยื่อแกรนูเลชันบริเวณเหงือกฟันหน้าบนที่เลียนแบบไฟโอจีนิกแกรนูโลมา:

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Granulation tissue of the anterior maxillary gingiva mimicking pyogenic granuloma: a case report

กุลนารี บริสุทธิ์, ท.บ. วุฒิปดฺรผู้เชี่ยวชาญ สาขาทันตกรรมทั่วไป*

Koonnaree Borisuth, D.D.S., Diploma of the Thai Board of General Dentistry*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20230

*Department of Dental, Laem Chabang Hospital, Chon Buri Province, Thailand, 20230

Corresponding author, E-mail address: koon_p@hotmail.com

Received: 11 May 2026. Revised: 09 Jun 2026. Accepted: 24 Jul 2026.

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล :

เนื้อเยื่อแกรนูเลชันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อปลายรากฟันเรื้อรังอาจปรากฏเป็นก้อนเนื้อที่เหงือกและมีลักษณะคล้ายไฟโอจีนิกแกรนูโลมา ซึ่งเป็นรอยโรคที่เกิดจากการตอบสนองของเนื้อเยื่อต่อสิ่งกระตุ้นทำให้หลอดเลือดเจริญมากผิดปกติ เช่น จากการระคายเคืองหรือการบาดเจ็บเฉพาะที่ของคราบจุลินทรีย์ หินปูน การเกิดการกระแทก ยาบางชนิด หรือการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน พบได้บ่อยในช่องปากโดยเฉพาะบริเวณเหงือก การวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องจำเป็นต้องอาศัยการประเมินร่วมกันของอาการทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และผลการตรวจทางพยาธิวิทยา รายงานผู้ป่วยนี้ นำเสนอกรณีก้อนเนื้อสีแดงคล้ำบริเวณเหงือกด้านริมฝีปากระหว่างฟันซี่ 11 และ 12 ลักษณะเป็นก้อนนูน นุ่ม ผิวเรียบ และมีเลือดออกง่ายเมื่อสัมผัส ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด เบื้องต้นสงสัยรอยโรคชนิดไฟโอจีนิกแกรนูโลมา อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็นเนื้อเยื่อแกรนูเลชันจากการอักเสบที่สัมพันธ์กับทางเปิดระบายหนองของการติดเชื้อปลายรากฟันซี่ 12 ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษารากฟันและติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ตรวจไม่พบก้อนเนื้อหรือรอยโรคซ้ำ เนื้อเยื่อเหงือกมีลักษณะปกติ ภาพถ่ายรังสีพบมีการหายของรอยโรคบริเวณปลายรากฟัน

คำสำคัญ : เนื้อเยื่อแกรนูเลชัน ไซนัสแทรกต์ ไฟโอจีนิกแกรนูโลมา

ABSTRACT

Background : Granulation tissue associated with chronic periapical infection may present as a gingival mass and clinically mimic pyogenic granuloma, a reactive lesion characterized by an exaggerated vascular response to various stimuli such as local irritation, trauma from dental plaque or calculus, mechanical injury, certain medications, or hormonal changes. Pyogenic granuloma commonly occurs in the oral cavity, particularly on the gingiva. Accurate differential diagnosis requires a comprehensive evaluation integrating clinical findings, radiographic examination, and histopathological analysis. This case report presents a dark reddish gingival mass located on the labial gingiva between teeth #11 and #12. The lesion appeared as a soft, exophytic mass with a smooth to lobulated surface and bled easily upon manipulation. The patient was

asymptomatic. Pyogenic granuloma was initially suspected based on clinical presentation; however, histopathological examination confirmed granulation tissue with inflammatory changes associated with a sinus tract opening secondary to dental trauma of tooth #12. The patient was treated with root canal therapy and followed up for 6 months. During the follow-up period, no recurrence of the gingival lesion was observed. The gingival tissue returned to normal appearance, and radiographic findings demonstrated healing of the periapical lesion.

Key words : Granulation tissue, sinus tract, pyogenic granuloma.

หลักการและเหตุผล

เนื้อเยื่อแกรนูเลชันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อปลายรากฟันเรื้อรัง อาจปรากฏเป็นก้อนเนื้อที่เหงือก โดยสัมพันธ์กับทางเปิดของไซนัสแทรกต์ (sinus tract) พบว่าไซนัสแทรกต์ เป็นทางระบายของกระบวนการอักเสบเรื้อรังที่มีต้นกำเนิดจากการติดเชื้อบริเวณปลายรากฟันของฟันที่มีภาวะเนื้อเยื่อโพรงประสาทตาย และมักสัมพันธ์กับการวินิจฉัย necrotic pulp ร่วมกับ chronic apical periodontitis โดย chronic apical periodontitis อาจแสดงลักษณะเป็น dental granuloma หรือ periradicular cyst และมีลักษณะเด่นคือ การเกิดเนื้อเยื่อเกี่ยวพันร่วมกับกระบวนการทำลายและการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อ ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยที่สุดของ acute periradicular abscess คือ การที่ฟันผุทะลุเข้าสู่โพรงประสาทฟัน ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียในเนื้อเยื่อโพรงประสาท⁽¹⁻³⁾ การเกิดไซนัสแทรกต์ช่วยลดแรงดันจากการอักเสบภายในกระดูกขากรรไกร ทำให้ผู้ป่วยมักไม่มีการปวดหรือมีอาการบวมน้อยลง ซึ่งส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้าหรือคลาดเคลื่อนได้ทางคลินิก ไซนัสแทรกต์อาจปรากฏเป็นรูเปิดขนาดเล็กหรือก้อนเนื้อบริเวณเหงือกหรือเยื่อช่องปาก และอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยแยกโรคกับรอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อนชนิด reactive เช่น ไฟโอจีนิกแกรนูโลมาได้⁽⁴⁻⁶⁾ โดยเฉพาะในกรณีที่รอยโรคไม่แสดงอาการทางคลินิกอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม เช่น การผ่าตัดเนื้อเยื่ออ่อนหรือการให้ยาปฏิชีวนะซ้ำ ๆ ก่อนจะได้รับ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง⁽⁷⁻¹⁰⁾ การตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันจากสาเหตุ เช่น การเกิด trauma

กับฟันจากอุบัติเหตุ การเกิดฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อภายในคลองรากฟัน เชื้อจุลินทรีย์และสารพิษจากแบคทีเรียแพร่กระจายผ่านรูเปิดปลายรากฟันสู่เนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันก่อให้เกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันและการอักเสบเรื้อรังบริเวณปลายรากฟัน กระบวนการอักเสบดังกล่าวกระตุ้นการหลั่งสารสื่อกลางการอักเสบ (inflammatory mediators) ส่งผลให้เกิดการสลายตัวของกระดูกบริเวณปลายรากฟัน ผ่านกลไกการกระตุ้นการทำงานของเซลล์สลายกระดูก (osteoclast activation) และเกิดรอยโรคโพรงรังสีรอบปลายรากฟัน เมื่อมีการสะสมสารคัดหลั่งและหนองภายในรอยโรค ความดันในเนื้อเยื่อเพิ่มสูงขึ้นจนเกิดการสร้างทางระบายหนอง (sinus tract) จากบริเวณปลายรากฟันสู่เยื่อช่องปากบริเวณเหงือกส่งผลให้เกิดก้อนเนื้อที่มีลักษณะทางคลินิกคล้ายไฟโอจีนิกแกรนูโลมา (pyogenic granuloma) ในด้านพยาธิวิทยา ไซนัสแทรกต์จากการติดเชื้อปลายรากฟันมักแสดงลักษณะเป็นเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน ร่วมกับการอักเสบทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่จำเพาะและสามารถพบได้ในรอยโรค reactive ของเยื่อช่องปากหลายชนิด การแปลผลผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยไม่พิจารณาความสัมพันธ์กับฟันที่เป็นต้นเหตุอาจทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นการวินิจฉัย เนื้อเยื่อแกรนูเลชันที่สัมพันธ์กับไซนัสแทรกต์ ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อจากฟัน จำเป็นต้องอาศัยการประเมินร่วมกันของข้อมูลทางคลินิก การทดสอบความมีชีวิตของโพรงประสาทฟัน ภาพถ่ายรังสี และการตอบสนองต่อการรักษาลงรากฟัน⁽¹¹⁻¹³⁾ เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและ

หลักเลี่ยงการรักษาที่ไม่จำเป็น รายงานผู้ป่วยฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีเนื้อเยื่อแกรนูเลชันที่สัมพันธ์กับไซนัสแทรกต์ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อปลายรากฟันโดยมีลักษณะเลียนแบบรอยโรคเหงือกชนิด reactive และเน้นย้ำความสำคัญของการวินิจฉัยแบบบูรณาการโดยอาศัยการตรวจทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และการตรวจเพิ่มเติมทางพยาธิวิทยา

วัสดุวิธีการ

รายงานผู้ป่วยแบบพรรณานี้ดำเนินการที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึง มกราคม พ.ศ. 2569 เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัยที่ได้ตรวจพบรอยโรคเป็นเนื้อเยื่อแกรนูเลชันบริเวณเหงือกฟันหน้าบนที่เลียนแบบไฟโอจีนิกแกรนูโลมา ผู้ป่วยให้ความยินยอมรับการรักษายินยอมให้ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ เก็บข้อมูลมาตรฐานประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และการตรวจชิ้นเนื้อ เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัย วางแผนการรักษาและให้คำอธิบายต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษา ประโยชน์และความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่าย หลังจากได้รับความยินยอมโดยรอบด้านจึงดำเนินการรักษาตามแผนและติดตามผลตามระยะเวลาที่เหมาะสม การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 2568-111 ลงวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยมีการปกปิดข้อมูลระบุตัวตนของผู้ป่วยทุกกรณี บทความนี้ใช้ระบบหมายเลข FDI (World Dental Federation notation system) ในการระบุซี่ฟัน โดยฟันหน้ากลางบนด้านขวาหมายถึงฟันซี่ 11

รายงานผู้ป่วย

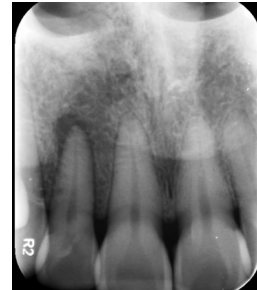
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 45 ปี มาด้วยก้อนที่เหงือกฟันหน้าบน สังเกตพบก้อนเนื้อมาประมาณ 1 เดือน ไม่มีอาการปวด แต่มีเลือดออกง่ายขณะแปรงฟัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยหกล้มฟันซี่ 12 กระแทกฟันมาก่อนประมาณ 1 ปีที่ผ่านมามีอาการปวดเล็กน้อยแล้วหายไป ไม่ได้รับการรักษาใดๆ ไม่มีโรคประจำตัว และปฏิเสธการแพ้ยา ตรวจทางคลินิกพบก้อนเนื้อสีแดงคล้ำบริเวณเหงือกระหว่างฟันซี่ 11 และ 12 มีลักษณะนูน นิ่ม ผิวเรียบ เลือดออกง่ายเมื่อสัมผัส ฟันข้างเคียงไม่โยก สีฟันปกติ ไม่มีอาการกดเจ็บ การตรวจทางปริทันต์พบความลึกของร่องปริทันต์ (probing depth) 2-3 มม. ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคมีความคล้ายคลึงกับไฟโอจีนิกแกรนูโลมา วินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น (differential diagnosis) ได้แก่ Pyogenic granuloma, Peripheral giant cell granuloma, Peripheral ossifying fibroma, Granulation tissue associated with chronic periapical inflammation (รูปที่ 1)

ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน พบว่าบริเวณฟันซี่ 12 มีลักษณะรอยโรคแบบรังสีโปร่ง (radiolucency) บริเวณปลายรากฟัน สอดคล้องกับการทำลายกระดูกจากกระบวนการอักเสบเรื้อรังของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน (chronic apical periodontitis) มีการสูญเสียความต่อเนื่องของ lamina dura และการขยายตัวของ periodontal ligament space บริเวณปลายรากฟันซี่ 12

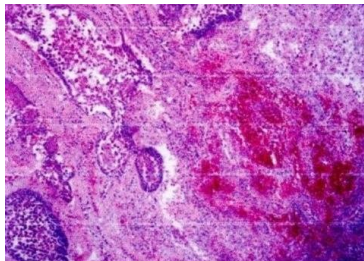
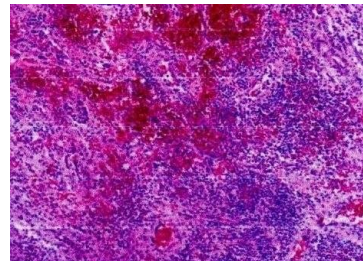
การตรวจทางพยาธิวิทยาพบเนื้อเยื่อแกรนูเลชันในชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันใต้เยื่อบุผิว (subepithelial connective tissue) ประกอบด้วยหลอดเลือดฝอยที่เพิ่มจำนวนขึ้นร่วมกับเม็ดเลือดแดงที่แตกออกมาจากหลอดเลือด พบเซลล์อักเสบทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้แก่ นิวโทรฟิล (neutrophil) ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) และพลาสมาเซลล์ (plasma cell) สอดคล้องกับลักษณะของการอักเสบเรื้อรังที่มีสาเหตุจากฟัน ไม่พบลักษณะ cellular atypia หรือ malignant cells



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายในช่องปากของก้อนเนื้อบริเวณฟันซี่ 11 และ 12



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันลักษณะรอยโรคแบบรังสีโปร่ง บริเวณปลายรากฟันซี่ 12



ภาพที่ 3 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบเนื้อเยื่อแกรนูเลชันในชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันใต้เยื่อบุผิว (subepithelial connective tissue) ร่วมกับเซลล์อักเสบทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง (พบ granulation tissue formation in the subepithelial connective tissue with neutrophils, small lymphocytes and plasma cells)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยา (Clinical-pathologic correlation) แม้ว่ารอยโรคจะมีลักษณะทางคลินิกคล้ายไฟโอจีนิกแกรนูโลมา แต่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบเป็นเพียงเนื้อเยื่อแกรนูเลชันร่วมกับการอักเสบแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่จำเพาะและสามารถพบได้ในรอยโรคของเหงือกหลายชนิด การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายซึ่งอาศัยการประเมินร่วมกันของข้อมูลทางคลินิก การตรวจทางรังสี และการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่ารอยโรคที่เกิดสอดคล้องกับการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันซี่ 12

การวินิจฉัย: ฟันซี่ 12 ฟันตายร่วมกับการอักเสบเรื้อรังที่ปลายราก (pulp necrosis with chronic apical abscess)

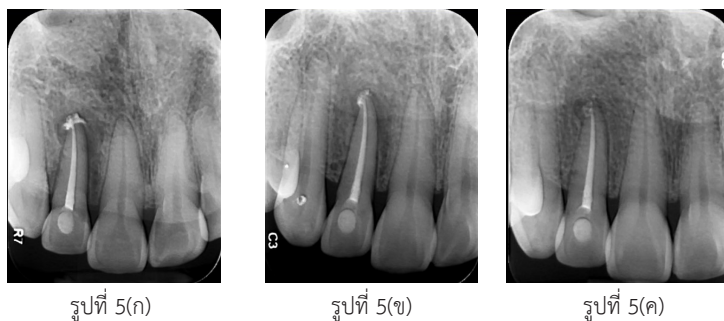
การรักษา: ครั้งที่ 1 ชักประวัติ ตรวจ วินิจฉัย ถ่ายภาพรังสีในช่องปาก ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อช่วยในการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย เปิดรักษาลงรากฟัน ขยายคลองรากฟันร่วมกับล้างด้วยน้ำยาไฮโดรเจน

ไฮโปคลอไรท์ 2.5% เพื่อฆ่าเชื้อในคลองรากฟัน และใช้ร่วมกับน้ำยาอีทีทีเอ เพื่อกำจัดชั้นสเมียร์ (smear layer) ที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนการขยายคลองรากฟัน ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นยาในคลองรากฟันและอุดปิดด้วยวัสดุอุดชั่วคราว

ครั้งที่ 2 นัด 2 อาทิตย์ ติดตามดูอาการ พบแผลที่ตัดชิ้นเนื้อหายปกติ ล้างคลองรากฟัน เปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์

ครั้งที่ 3 นัดติดตามดูอาการ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ คลองรากฟันแห้ง ทำการอุดคลองรากฟันด้วยกัตาเปอร์ชาด้วยวิธีแลทเทอรัล คอนเดนเซชัน (lateral condensation) และอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

ติดตามการรักษา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ตรวจไม่พบก้อนเนื้อหรือรอยโรคซ้ำ เนื้อเยื่อเหงือกมีลักษณะปกติ ภาพถ่ายรังสีพบมีการหายของรอยโรคบริเวณปลายรากฟัน



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันหลังอุดคลองรากฟันซี่ 12 (ก)

ติดตามผลหลังการรักษารากฟันระยะเวลา 1 เดือน (ข) ติดตามผลหลังการรักษารากฟัน ระยะเวลา 6 เดือน (ค)



ภาพที่ 6 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการรักษาติดตามดูอาการ 6 เดือน

อภิปรายผล

รอยโรคเนื้อเยื่อที่สัมพันธ์กับการเปิดของ ไชนัสแทรกต์จากการติดเชื้อปลายรากฟันเป็นทางระบาย ของการอักเสบเรื้อรังที่มีต้นกำเนิดจากฟันที่มีภาวะ เนื้อเยื่อโพรงประสาทตาย และอาจมีลักษณะทางคลินิก คล้ายรอยโรคเหงือกชนิด reactive เช่น ไฟโอจีนิกแกรนูโลมา ซึ่งเป็นรอยโรคที่พบได้บ่อยในช่องปาก คิดเป็น ประมาณร้อยละ 1.8-7 ของรอยโรคในช่องปากทั้งหมด โดยร้อยละ 75 พบที่เหงือก และพบในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย⁽¹⁴⁾ มีการศึกษาพบว่ารอยโรคชนิดนี้มักมีอาการน้อย หรือไม่แสดงอาการ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนใน การวินิจฉัยหากไม่ได้พิจารณาสาเหตุทางทันตกรรม ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าไชนัสแทรกต์จากการติดเชื้อ ปลายรากฟันอาจแสดงอาการเป็นรอยโรคที่ผิวหนัง ภายนอก ทำให้เกิดการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนได้ ผลการ ตรวจทางพยาธิวิทยาของรอยโรคเนื้อเยื่อที่สัมพันธ์กับ การเปิดของไชนัสแทรกต์จากการติดเชื้อปลายรากฟัน มักพบ granulation tissue ร่วมกับการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่จำเพาะและพบได้ในรอยโรคของ เหงือกหลายชนิด นอกเหนือจากการประเมินทางคลินิก

และภาพถ่ายรังสี การทำ gutta-percha tracing ถือเป็นเครื่องมือเสริมในการวินิจฉัยที่ได้รับการแนะนำ อย่างแพร่หลาย โดยอาศัยการใส่ gutta-percha cone ผ่านรูเปิดของ ไชนัสแทรกต์ และถ่ายภาพรังสีเพื่อติดตาม แนวทางไปยังฟันต้นเหตุ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ วิธีการดังกล่าวมีประโยชน์ โดยเฉพาะในกรณีที่พบรูเปิดของไชนัสแทรกต์อย่าง ชัดเจน และช่วยแยกไชนัสแทรกต์จากรอยโรคเนื้อเยื่ออ่อน ที่ไม่ใช่สาเหตุทางทันตกรรมได้ อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า การทำ gutta-percha tracing อาจไม่สามารถ ทำได้ในทุกกรณี โดยเฉพาะเมื่อรอยโรคมีลักษณะเป็น ก้อนเนื้อยื่นนูนโดยไม่พบรูเปิดของไชนัสแทรกต์อย่าง ชัดเจน ในสถานการณ์ดังกล่าว การทำ biopsy เพื่อช่วย วินิจฉัยแยกโรคขั้นสุดท้ายจึงจำเป็น การวินิจฉัยแยกโรค ต้องมีการประเมินแบบบูรณาการจากข้อมูลการตรวจ ทางคลินิก การยืนยันว่าฟันต้นเหตุไม่มีการตอบสนองของ ความมีชีวิตของโพรงประสาทฟัน ภาพถ่ายรังสี และ การตอบสนองต่อการรักษาคคลองรากฟัน⁽¹⁹⁾ ในขณะที่ ไฟโอจีนิกแกรนูโลมา เป็นรอยโรคชนิด reactive ที่เกิด จากการตอบสนองต่อสิ่งระคายเคือง การบาดเจ็บ หรือ

การเปลี่ยนแปลงของฮอริโมนและมีลักษณะเด่นคือ การเพิ่มจำนวนของหลอดเลือดและการเลือดออกง่าย รอยโรคชนิดนี้ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อปลายรากฟัน และไม่หายหลังการรักษาคลองรากฟัน ดังนั้น การประเมิน

ร่วมกันของข้อมูลทางคลินิก การทดสอบความมีชีวิตของ โพรงประสาทและภาพถ่ายรังสี การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) จึงมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม^(20,21)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระหว่าง odontogenic sinus tract และ pyogenic granuloma^(21,22)

ประเด็นเปรียบเทียบ	Odontogenic sinus tract	Pyogenic granuloma
พยาธิกำเนิดความสัมพันธ์กับฟัน	การอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อปลายรากฟัน	การตอบสนองต่อสิ่งระคายเคืองเฉพาะที่ Reactive lesion จากสิ่งระคายเคืองหรือฮอริโมน
ลักษณะทางคลินิก	มีฟันต้นเหตุ (pulp necrosis) รุเป็ดหรือก้อนเล็ก อาจมีหนองไหล	ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของฟัน ก้อนสีแดง/แดงคล้ำ เลือดออกง่าย ผิวเรียบหรือขรุขระ
อาการปวด	มักไม่ปวด	มักไม่ปวด แต่เลือดออกง่าย
ลักษณะทางพยาธิวิทยา	Granulation tissue, chronic inflammation (ไม่จำเพาะ)	Lobular capillary proliferation, Proliferating endothelial cells
ภาพถ่ายรังสี	พบ periapical radiolucency	ปกติ
การทดสอบความมีชีวิตของฟัน	ไม่ตอบสนอง	ตอบสนองปกติ
การตอบสนองต่อการรักษารากฟัน	รอยโรคยุบหายได้	ไม่ยุบหาย
แนวทางการรักษา	กำจัดการติดเชื้อที่ฟันต้นเหตุ	ผ่าตัดเอารอยโรคออกและกำจัดสิ่งกระตุ้น

สรุป

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าไซนัสแทรกต์จากการติดเชื้อปลายรากฟันสามารถเลียนแบบรอยโรคเหงือกชนิด reactive เช่น ไฟโอจีนิกแกรนูโลมา และอาจไม่แสดงอาการทางคลินิกอย่างชัดเจน การวินิจฉัยที่ถูกต้องจำเป็นต้องอาศัยการประเมินแบบบูรณาการจากข้อมูลทางคลินิก การทดสอบความมีชีวิตของ โพรงประสาท ภาพถ่ายรังสี และผลการตรวจทางพยาธิวิทยา การรักษาที่มุ่งกำจัดแหล่งติดเชื้อที่ฟันต้นเหตุด้วยการรักษาลงรากฟันสามารถทำให้รอยโรคยุบหายได้อย่างสมบูรณ์และช่วยหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. St. Louis : Saunders ; 2015.
2. Cohen S, Hargreaves KM. Pathways of the pulp. 11th ed. St. Louis : Elsevier Inc ; 2016.
3. Nair PN. Pathogenesis of apical periodontitis and the causes of endodontic failures. Crit Rev Oral Biol Med 2004;15(6):348-81. doi: 10.1177/154411130401500604.
4. Meshram M, Durge K, Shirbhate U. An Overview of Oral Pyogenic Granuloma and Its Management: A Case Report. Cureus 2023;15(11):e48305. doi: 10.7759/cureus.48305.
5. Mannsingh JC, Balaji VR, Manikandan D. Scalpel's precision: resolving pyogenic granuloma in a young patient. TSTHR 2025;1(1):1-6. Article 2. <https://doi.org/10.14456/tsthr.2025.2>.

6. Gupta R, Prakash V. Non-Surgical Management of Mandibular Molar with Multiple Intra-oral Sinus Tracts: A Case Report. *J Clin Diagn Res* 2013;7(10):2392-3. doi: 10.7860/JCDR/2013/5953.3535.
7. Johnson BR, Remeikis NA, Van Cura JE. Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tracts of dental origin. *J Am Dent Assoc* 1999;130(6):832-6. doi: 10.14219/jada.archive.1999.0307.
8. Tidwell E, Jenkins JD, Ellis CD, Hutson B, Cederberg RA. Cutaneous odontogenic sinus tract to the chin: a case report. *Int Endod J* 1997;30(5):352-5. doi: 10.1046/j.1365-2591.1997.00084.x.
9. Cohenca N, Karni S, Rotstein I. Extraoral sinus tract misdiagnosed as an endodontic lesion. *J Endod* 2003;29(12):841-3. doi: 10.1097/00004770-200312000-00015.
10. Al-Obaida MI, Al-Madi EM. Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin. A case of chronic misdiagnosis. *Saudi Med J* 2019;40(3):292-7. doi: 10.15537/smj.2019.3.23963.
11. American Association of Endodontists. Endodontic diagnosis: Colleagues for Excellence. Chicago : American Association of Endodontists ; 2013.
12. Soares JA, de Carvalho FB, Pappen FG, Araújo GS, de Pontes Lima RK, Rodrigues VM, et al. Conservative treatment of patients with periapical lesions associated with extraoral sinus tracts. *Aust Endod J* 2007;33(3):131-5. doi: 10.1111/j.1747-4477.2007.00058.x.
13. Fernandes M, de Ataíde I. Nonsurgical management of periapical lesions. *J Conserv Dent* 2010;13(4):240-5. doi: 10.4103/0972-0707.73384.
14. Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci* 2006;48(4):167-75. doi: 10.2334/josnusd.48.167.
15. Cantatore JL, Klein PA, Liebllich LM. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature. *Cutis* 2002;70(5):264-7. PMID: 12469779
16. Sammut S, Malden N, Lopes V. Facial cutaneous sinuses of dental origin a diagnostic challenge. *Br Dent J* 2013;215(11):555-8. doi: 10.1038/sj.bdj.2013.1141.
17. Gupta M, Das D, Kapur R, Sibal N. A clinical predicament diagnosis and differential diagnosis of cutaneous facial sinus tracts of dental origin: a series of case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112(6):e132-6. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.05.037.
18. Sheehan DJ, Potter BJ, Davis LS. Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin: unusual presentation of a challenging diagnosis. *South Med J* 2005;98(2):250-2. doi: 10.1097/01.SMJ.0000129936.08493.E0.
19. Spear KL, Sheridan PJ, Perry HO. Sinus tracts to the chin and jaw of dental origin. *J Am Acad Dermatol* 1983;8(4):486-92. doi: 10.1016/s0190-9622(83)70053-8.
20. Lewin-Epstein J, Taicher S, Azaz B. Cutaneous sinus tracts of dental origin. *Arch Dermatol* 1978;114(8):1158-61. PMID: 677912
21. Sachdeva SK. Extralingival Pyogenic Granuloma: an Unusual Clinical Presentation. *J Dent (Shiraz)* 2015;16(3 Suppl):282-5. PMID: 26535410
22. Kamal R, Dahiya P, Puri A. Oral pyogenic granuloma: Various concepts of etiopathogenesis. *J Oral Maxillofac Pathol* 2012;16(1):79-82. doi: 10.4103/0973-029X.92978.