

ถุงน้ำปลายรากติดเชื้อของกระดูกขากรรไกรบน Infected Radicular Cyst of the Maxilla

วัชรชัย ทิวากรกฎ, ท.บ.
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลนวลัย
จังหวัดสมุทรสงคราม

Watcharachai Thivakorakot, D.D.S.
Dental Department
Napalai Hospital,
Samut Songkhram

บทคัดย่อ

ถุงน้ำปลายราก (radicular cyst) เป็นถุงน้ำที่พบได้บ่อยที่สุดในจำพวกถุงน้ำที่เกิดบริเวณขากรรไกร ทางเลือกหนึ่งในการรักษาคือการควักเอาถุงน้ำออกทั้งหมด บทความนี้นำเสนอผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 23 ปี มาพบทันตแพทย์ หลังได้รับการถอนฟันเป็นเวลา 10 วัน ยังคงมีอาการปวดและบวมบริเวณฟันหน้าบนด้านขวา จากการตรวจภายในช่องปากพบว่า มีอาการบวมบริเวณฟันหน้าบนด้านขวาและมีหนองออกมาจากแผลถอนฟันซี่ 11 ในครั้งแรกให้การรักษารักษาการติดเชื้อด้วยการเจาะระบายหนอง พร้อมให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 12 วัน พบว่าอาการไม่ดีขึ้น ทำการควักถุงน้ำออกพร้อมตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำปลายราก หลังการควักถุงน้ำออกเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบวมซ้ำที่ตำแหน่งเดิม จากถุงน้ำที่ทำการควักถุงน้ำออกไม่หมด จึงได้ทำการรักษาโดยการควักออกอีกครั้ง ติดตามผลภายหลังการรักษาเป็นเวลานาน 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำอีก

คำสำคัญ : ถุงน้ำปลายราก การเจาะระบายหนอง การตรวจทางพยาธิวิทยา การควักออกทั้งหมด

วารสารแพทย์ เขต 4-5 2560 ; 36(4) : 317-323.

ABSTRACT

Radicular cysts are the most common cystic lesions in the jaws. Complete enucleation is the treatment of choice. In the presenting case report, the 23-year-old woman visited the dentist with chief complaint of still pain and swelling of gum at upper right anterior tooth after tooth was removed for 10 days. Oral examination showed extraction wound of tooth #11 with pus. First, infection was treated by I & D and antibiotics for 12 days but did not get well. So, complete enucleation and biopsy was done. The definitive diagnosis with histopathology was radicular cyst. Two weeks later, patient came back with small pain and swelling at the same area because of residual cyst wall. Complete enucleation was done again, and the patient did well in six months of follow-up.

Keywords : radicular cyst, I & D, histopathology, enucleation

Reg 4-5 Med J 2017 ; 36(4) : 317-323.

บทนำ

ถุงน้ำปลายราก เป็นถุงน้ำชนิดที่มีเยื่อบุผิว (epithelial cysts) จัดอยู่ในกลุ่มถุงน้ำที่เกิดจากการอักเสบ (inflammatory cyst) พบได้มากที่สุดในช่วงช่องปาก¹ โดยพบในกระดูกขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง² มักพบในบริเวณฟันหน้ามากกว่าฟันหลัง³ พบมากในช่วงอายุ 20-29 ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สาเหตุของการเกิดถุงน้ำปลายรากเกิดจากการอักเสบบริเวณปลายรากฟันที่มีการแพร่กระจายการติดเชื้อจากโพรงประสาทฟัน ซึ่งสาเหตุสำคัญของการอักเสบดังกล่าวเกิดจากการตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟัน (pulp necrosis) อันเนื่องจากโรคฟันผุหรือเนื้อเยื่อประสาทฟัน การได้รับการกระแทกอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดการหลังสารพิษไปสู่บริเวณปลายรากฟัน เป็นเหตุให้เกิดการอักเสบบริเวณรอบๆ ปลายรากฟัน และอาการอักเสบดังกล่าวจะก่อให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่ออักเสบ โดยไปกระตุ้นเยื่อบุผิวตกค้างของมาลาสเซ (epithelial cell rests of Malassez)⁴ ซึ่งเป็นเซลล์ที่พบได้ในเนื้อเยื่อปริทันต์ ทำให้เกิดการสร้างถุงน้ำทั้งแบบมีการติดเชื้อหรือปราศจากการติดเชื้อจากเยื่อบุผิวตกค้างของเซลล์ดังกล่าวจนกลายเป็นถุงน้ำโดยปกติแล้วผู้ที่มิถุงน้ำปลายรากส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดง แต่เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อร่วมด้วย จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดในผู้ป่วยรายนั้นๆ ได้ ลักษณะทางภาพถ่ายรังสีมักจะปรากฏเงาคล้ายลักษณะกลมหรือวงรีขอบเขตชัดเจนอยู่บริเวณปลายรากฟัน ซึ่งมีการตายของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน⁵ เมื่อพิจารณาถึงขนาดและตำแหน่งของถุงน้ำปลายราก ถุงน้ำปลายรากที่มีขนาดใหญ่ สามารถก่อให้เกิดการเคลื่อนที่ของอวัยวะบริเวณข้างเคียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณโพรงอากาศกระดูกโหนกแก้ม (maxillary sinus) คลองขากรรไกรล่าง (mandibular canal) ฟันช่องจมูก และอาจพบการละลายของรากฟันบริเวณใกล้เคียง รวมถึงอาจทำให้เกิดการแตกหักของกระดูกขากรรไกรได้⁶

ในกรณีที่ถุงน้ำปลายรากมีขนาดเล็ก การรักษาคลองรากฟันเพียงอย่างเดียวสามารถรักษาถุงน้ำปลายรากให้หายได้โดยไม่ต้องมีการทำศัลยกรรมร่วมด้วย แต่หากถุงน้ำปลายรากมีขนาดใหญ่ ต้องทำการรักษาคลองรากฟันร่วมกับการผ่าตัด⁷ ได้แก่ การควักออกทั้งหมด (enucleation) หรืออาจทำการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา (marsupialization) หรือการลดแรงดัน (decompression) ก่อนแล้วจึงทำการควักออกทั้งหมด แต่ในกรณีที่มีการสูญเสียเนื้อฟันซึ่งเป็นสาเหตุมากจนไม่สามารถเก็บรักษาฟันซี่นั้นไว้ได้ ก็อาจต้องถอนฟันซี่ที่เป็นสาเหตุออกด้วย

บทความนี้นำเสนอ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 23 ปี มาพบทันตแพทย์ภายหลังได้รับการถอนฟันแล้วอาการปวดและบวมบริเวณฟันหน้าบนด้านขวาไม่ดีขึ้น ภายในช่องปากตรวจพบแผลถอนฟันบริเวณฟันหน้าบนขวา ซี่แรก (ซี่ 11) มีหนองไหลออกจากแผลถอนฟันดังกล่าว จากภาพถ่ายรังสีพบเงาดำขอบเขตไม่ชัดเจน จึงให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นการติดเชื้อจากการถอนฟันซี่ 11 ในครั้งแรกให้การรักษาโดยการเจาะระบายหนองบริเวณเหงือกเหนือแผลถอนฟันพร้อมให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 12 วัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดและบวมลดลง แต่ยังคงพบมีหนองไหลออกจากแผลที่ทำการเจาะระบายหนอง จึงตัดสินใจทำการตัดชิ้นเนื้อใต้เยื่อหุ้มกระดูกบริเวณรากฟันที่ถูกถอนไปเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พร้อมทั้งควักถุงน้ำออกทั้งหมด ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำปลายราก ภายหลังการควักถุงน้ำออกทั้งหมดนาน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกลับมาเป็นซ้ำที่ตำแหน่งเดิม เนื่องจากผ่นถุงน้ำที่เหลือตกค้างอยู่ จึงให้การรักษาโดยการควักเอาถุงน้ำออกอีกครั้ง ติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคที่ตำแหน่งเดิม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย โสัด อายุ 23 ปี อาชีพรับจ้าง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา มารับการตรวจ

ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนวลาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ด้วยอาการปวด บวมบริเวณเหงือกและริมฝีปากบนด้านขวา มีหนองไหลออกจากแผลถอนฟัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เมื่อประมาณ 6 เดือนก่อนหน้านี้ได้ไปอุดฟันหน้าบนสองซี่จากสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง ผ่านไปประมาณ 4 เดือน เริ่มมีอาการปวดและบวมบริเวณเหงือกและริมฝีปากบนด้านขวา จึงกลับไปขอรับคำปรึกษาและได้รับคำแนะนำให้ถอนฟันหน้าบนขวาซี่แรกออก จึงตัดสินใจถอนฟันออกตามคำแนะนำดังกล่าว อาการปวดและบวมดีขึ้นเล็กน้อย แต่หลังจากถอนฟันไปได้ประมาณ 10 วัน พบว่ามีหนองไหลออกทางแผลถอนฟัน มีอาการปวดและบวมที่ตำแหน่งเดิม ผู้ป่วยจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอาการดังกล่าว

จากการตรวจภายนอกช่องปากพบว่า บริเวณริมฝีปากบนด้านขวาบวม ภายในโพรงจมูกด้านขวาบวม ปีกจมูกด้านขวาถูกยกขึ้น กดนิ้ม เจ็บ ไม่มีอาการชา การตรวจภายในช่องปากพบแผลถอนฟันซี่ 11 เหงือกด้านแก้มบริเวณปลายรากฟันซี่ 11 บวมแดง กดนิ้ม เจ็บ มีหนองไหลออกมาจากบริเวณแผลถอนฟัน และฟันซี่ 21 มีการอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันคอมโพสิตเรซินขนาดใหญ่ จากการวินิจฉัยภาพถ่ายรังสีบริเวณรอบปลายรากฟันซี่ 11 และซี่ 21 พบพยาธิสภาพเงาต่ำขอบเขตไม่ชัดเจน บริเวณตำแหน่งปลายรากฟันซี่ที่ 11 (รูปที่ 1)



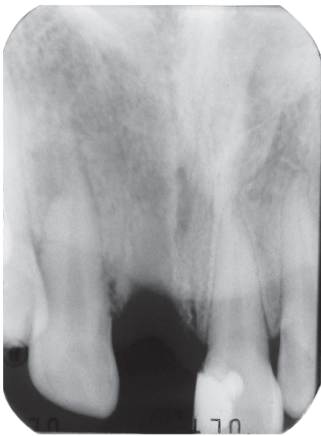
รูปที่ 1 ภาพถ่ายรังสีก่อนทำการรักษา

จากลักษณะทางคลินิกที่มีอาการบวม อักเสบ มีหนอง และภาพถ่ายรังสีที่พบเงาต่ำให้การวินิจฉัยแยกโรคได้ดังนี้ การติดเชื้อจากการถอนฟัน (infection from tooth extraction) ถุงน้ำปลายราก (radicular cyst) ถุงน้ำคลองอินไซซิฟ (incisive canal cyst) และ ถุงน้ำจมูกกับเข้าฟัน (nasolabial cyst)

แผนการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยในครั้งนี้ คือ ล้างทำความสะอาดแผล ให้ยาปฏิชีวนะ และนัดหมายเพื่อทำการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยให้การรักษาดังนี้ ล้างทำความสะอาดแผลถอนฟันด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% และให้ยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลินขนาด 500 มิลลิกรัม ร่วมกับ เมโทรนิดาโซลขนาด 400 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหารสามมื้อเป็นเวลา 5 วัน เพื่อรักษาอาการอักเสบและติดเชื้อ พร้อมทั้งให้ยาแก้ปวด พาราเซตามอลขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานแก้ปวดทุก 4-6 ชั่วโมง พร้อมทั้งทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์

ภายหลังให้การรักษาในครั้งนี้ไปเป็นเวลา 4 วัน ผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการบวมและปวดมากขึ้นที่ตำแหน่งเดิม พร้อมกับมีอาการปวดฟันหน้าบนซ้ายซี่ 21 ร่วมด้วย จากการตรวจด้วยการคลำและการเคาะฟันหน้าบนซ้ายซี่ 21 พบว่ามีอาการปวด โยกเล็กน้อย ส่วนฟันซี่อื่นๆ ในตำแหน่งใกล้เคียงมีลักษณะปกติ จึงพิจารณาเจาะเพื่อระบายหนอง (incision and drain) โดยมีขั้นตอนการรักษาดังนี้ ทำการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณเหงือกปลายรากฟันหน้าบนขวาซี่ 11 ที่ถูกถอนไปด้วยยาชาลิโดเคน 2% ทำการเจาะเพื่อระบายหนองบริเวณเหงือกปลายรากฟันหน้าบนขวาซี่ 11 ด้วยใบมีดผ่าตัดสแตนเลส เบอร์ 15 กรีดแนวขวางบริเวณปลายรากฟันหน้าบนขวาซี่ 11 ได้หนองสีขาวขุ่นออกมาประมาณ 0.5 ซีซี ล้างทำความสะอาดด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% และใส่ท่อระบาย (penrose drain) อีกทั้งได้ทำการถ่ายภาพรังสีบริเวณดังกล่าว เมื่อเจาะระบายหนอง (ดังรูปที่ 2) โดยให้ยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลลิน

ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหารสามมื้อเป็นเวลา 7 วัน เพื่อรักษาอาการอักเสบและติดเชื้อ พร้อมทั้งให้ยาแก้ปวด พาราเซตามอลขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานแก้ปวดทุก 4-6 ชั่วโมง และทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อล้างแผลทุกวัน



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสี เมื่อทำการระบายหนอง

เมื่อทำการล้างแผลทุกวันด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% เป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ อาการบวมและปวดน้อยลง พบว่ามีหนองออกจากแผลที่เจาะระบายหนองอยู่ข้าง จึงได้ทำการล้างแผลทุกวันพร้อมกับนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่สองพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการบวมและปวดบริเวณตำแหน่งเดิม จึงเพิ่มแผนการรักษาจากเดิมโดยการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ ฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วยยาชาลิโดเคน 2% ทำการเปิดเหงือกด้วยใบมีดผ่าตัดสแตนเลสเบอร์ 15 ลงรอยกรีดแนวนอน (horizontal incision) ตามขอบเหงือกบริเวณด้านไกลกลางของฟันซี่ 13 จนถึงด้านไกลกลางของฟันซี่ 22 ยกแผ่นเนื้อเยื่อด้วยการเลาะแบบทื่อ (blunt dissection) แยกเยื่อเมือกหุ้มกระดูก (mucoperiosteum) ออกจากกระดูก จะพบว่าด้านใต้แผ่นเนื้อเยื่อเหงือกด้านริมฝีปากบริเวณตำแหน่งปลายรากฟันซี่ 11 ที่ถูกถอนไปพบเนื้อเยื่อที่มีลักษณะคล้ายผนังของถุงน้ำติดอยู่กับแผ่นเนื้อเยื่อเหงือกด้านริมฝีปาก จึงพิจารณาทำการควักถุงน้ำออกทั้งหมดได้ถุง

น้ำที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร พร้อมกับส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และทำการเย็บเหงือกปิดแบบเย็บทีละปม (interrupted suture) พร้อมทั้งใช้ผ้าก๊อชเดรนเพื่อระบายเลือดและหนองบริเวณแผลที่ทำการเจาะระบายหนองไว้เดิม โดยให้ยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลินขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหารสามมื้อเป็นเวลา 7 วัน เพื่อรักษาอาการอักเสบและการติดเชื้อ พร้อมทั้งให้ยาแก้ปวด พาราเซตามอลขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานแก้ปวดทุก 4-6 ชั่วโมง และทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อล้างแผลทุกวัน

เมื่อทำการล้างแผลด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% เป็นเวลา 5 วัน ภายหลังการควักถุงน้ำออก อาการปวดและบวมน้อยลง ไม่พบหนองไหลออกจากแผลที่เจาะระบายหนอง จึงหยุดการระบายหนองแต่ยังคงนัดหมายผู้ป่วยเพื่อทำการล้างแผลทุกวันอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากการตัดไหมเปลี่ยนการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษาจากทุกวันนี้เป็นทุกสัปดาห์ ในสัปดาห์แรกพบว่า อาการบวมลดลงเกือบทั้งหมด ไม่พบอาการปวดหรือมีหนองออกจากแผลผ่าตัด บริเวณแผลเปิดตำแหน่งระบายหนองเริ่มมีขนาดเล็กลง ในสัปดาห์ที่สอง ผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการปวดและเริ่มมีอาการบวมเล็กน้อยซ้ำที่ตำแหน่งเดิม ลักษณะคล้ายกับอาการปวดและบวมของรอยโรคเดิม จึงทำการล้างแผลบริเวณตำแหน่งระบายหนองเดิมด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% ทุกสัปดาห์ พบว่าในสัปดาห์ที่สามเริ่มพบหนองที่ตำแหน่งเดิมเล็กน้อย หลังจากติดตามผลการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน 2 เดือน ผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการปวดและบวมซ้ำที่บริเวณตำแหน่งรากฟันหน้าบนขวา ได้ปึกจุมูกตำแหน่งเดิม

ภายหลังจากการส่งตรวจชิ้นเนื้อ 3 สัปดาห์ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำปลายราก และจากการติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดและบวมกลับมาเป็นซ้ำในบริเวณตำแหน่งเดิม อาจเนื่องจากการควักถุงน้ำออกไม่หมดในครั้งแรก จึงได้วางแผนให้การรักษาต่อไปโดยการควักออกทั้งหมดอีกครั้ง โดยทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วยยา

ชาลิโดเคน 2% ทำการเปิดเหงือกด้วยใบมีดผ่าตัดสแตนเลสเบอร์ 15 โดยลงรอยกรีดแนวบนตามขอบเหงือกบริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 13 จนถึงด้านใกล้กลางของฟันซี่ 23 พร้อมทั้งลงรอยกรีดแนวดิ่ง (vertical incision) บริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 14 ยกแผ่นเนื้อเยื่อด้วยการเลาะแบบทื่อ แยกเยื่อเมือกหุ้มกระดูกออกจากกระดูก พบลักษณะเนื้อเยื่อคล้ายผนังถุงน้ำ อยู่ติดกับเนื้อเยื่อเหงือกด้านริมฝีปากสูงขึ้นไปบริเวณใต้ปีกจมูก ทำการเลาะเนื้อเยื่อดังกล่าวออกทั้งหมด และเย็บเหงือกปิดแบบเย็บทีละปม ใส่ท่อระบายบริเวณสันเหงือกตรงตำแหน่งฟันซี่ 11 โดยให้ยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลินขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหาร 3 มื้อ เป็นเวลา 5 วัน พร้อมทั้งให้ยาแก้ปวด พาราเซตามอลขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานแก้ปวดทุก 4-6 ชั่วโมง และทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อล้างแผลทุกวัน

เมื่อทำการล้างแผลด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% ทุกวันเป็นเวลา 4 วัน ไม่พบหนองบริเวณแผลที่ทำการระบาย ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด และบวมเพิ่มเติม จึงพิจารณาถอดท่อระบายออก ทำการตัดไหมเมื่อครบ 1 สัปดาห์ และล้างแผลด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% ทุกสัปดาห์ หลังจาก 1 เดือนผ่านไป แผลที่เปิดเพื่อทำการระบายเริ่มปิด ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือบวม ลักษณะเหงือกปกติ และทำการนัดหมายผู้ป่วยติดตามดูอาการภายหลัง 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือบวม เข้าในตำแหน่งเดิมและลักษณะเหงือกปกติ และจากภาพถ่ายรังสีหลังติดตามอาการ 6 เดือน ก็ไม่พบเงาดำในบริเวณดังกล่าว (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีหลังติดตามผล 6 เดือน

วิจารณ์

ในการรักษาถุงน้ำปลายราก การวินิจฉัยโรคเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้การวางแผนที่ถูกต้องและการรักษาที่เหมาะสม การวินิจฉัยโรคถุงน้ำปลายรากควรเริ่มจากการซักประวัติ การตรวจทางคลินิก การใช้ภาพถ่ายรังสีช่วยในการวินิจฉัย และการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ข้อควรระวังสำหรับการถอนฟันในผู้ป่วยทั่วไป ให้ทำการขูดแผล (curettage) ด้วยทุกครั้ง หากพบว่าเป็นโพรงขนาดใหญ่ควรส่งถ่ายภาพรังสี หากพบว่าเป็นถุงน้ำปลายรากผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

ภาพถ่ายรังสีมีส่วนสำคัญในการช่วยวินิจฉัยโรคในกระดูกขากรรไกรโดยเฉพาะอย่างยิ่งถุงน้ำปลายรากที่ส่วนใหญ่จะมีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นเงาดำขอบเขตชัด ลักษณะกลม หรือวงรี อยู่ในตำแหน่งบริเวณปลายรากฟัน ขนาดที่พบมีได้ตั้งแต่เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 0.5 เซนติเมตร จนถึงหลายเซนติเมตร จากการศึกษาพบว่า ข้อแตกต่างที่สำคัญอีกประการหนึ่งระหว่างเงาดำของถุงน้ำปลายรากกับเงาดำของการอักเสบเรื้อรังบริเวณปลายราก คือ ขนาดของเงาดำของถุงน้ำปลายรากมักมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร⁸ ในผู้ป่วยรายนี้ ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากพบเงาดำขอบเขตไม่ชัดเจน ในตำแหน่งบริเวณปลายรากฟันที่ถูกถอนไป ทั้งนี้อาจพิจารณาการส่งถ่ายภาพถ่ายภาพรังสีในมุมอื่นประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น ภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (panoramic radiograph) เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยทั่วไป ลักษณะปกติ ผิดปกติ การมีอยู่และพยาธิสภาพบริเวณฟันรากฟัน อวัยวะปริทันต์ กระดูกขากรรไกร รวมไปถึงข้อต่อขากรรไกร และโพรงอากาศขากรรไกรบน ภาพถ่ายรังสีกัดสบโทโปกราฟิ (occlusal topographic radiograph) เพื่อดูความผิดปกติหรือพยาธิสภาพ โดยเฉพาะในตำแหน่งบริเวณฟันหน้าหรือกระดูกขากรรไกรส่วนหน้าของขากรรไกรบน จากประวัติและภาพถ่ายรังสีการวินิจฉัยเบื้องต้นของผู้ป่วยรายนี้ อาจจะเป็นถุงน้ำปลายราก อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย ควรที่จะได้จากผลทางพยาธิวิทยาเท่านั้น

การเกิดโรคถุงน้ำปลายรากในขากรรไกรเกิดจากเซลล์ที่ตกค้างและถูกกระตุ้นจากการอักเสบติดเชื้อ

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือคนที่มีสุขภาพช่องปากไม่ดี เช่น มีฟันผุถึงโพรงประสาทและฟันตาย ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีสามารถช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ แม้ว่าจะมีถุงน้ำบางประเภทที่ป้องกันไม่ได้ แต่หากได้มาพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เมื่อตรวจพบเจอในระยะแรก ตั้งแต่ขนาดเล็กๆ จะทำให้การรักษาสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

การรักษาถุงน้ำปลายรากนั้น หากพบว่าถุงน้ำปลายรากมีขนาดเล็ก การรักษาคลองรากฟันอาจจะสามารถรักษาถุงน้ำปลายรากให้หายได้ แต่หากถุงน้ำปลายรากนั้นมีขนาดใหญ่ อาจต้องทำการรักษาร่วมกับการผ่าตัด ได้แก่ การควักออกทั้งหมด หรืออาจทำการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา (marsupialization) หรือการลดแรงดัน (decompression) ก่อน แล้วจึงทำการควักออกทั้งหมด แต่ในกรณีที่มีการสูญเสียเนื้อฟันไปมากจนไม่สามารถบูรณะเก็บฟันชิ้นนั้นไว้ได้ ก็อาจต้องทำการถอนฟันซี่ที่เป็นสาเหตุออกด้วย สำหรับผู้ป่วยรายนี้หลังได้รับการรักษาด้วยการถอนฟันออก พบว่าอาการปวดและบวมไม่ดีขึ้น เชื่อได้ว่าจะเกิดจากการที่ไม่ได้ทำการขุดหรือควักเอาพยาธิสภาพปลายรากออกไปด้วยภายหลังการถอนฟัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการเจาะระบายหนองพร้อมใส่ท่อช่วยระบายนาน 12 วัน พบว่าอาการปวดและบวมดีขึ้นบ้างแต่ยังคงพบการติดเชื้อมีหนอง ในกรณีนี้อธิบายได้ว่าการเจาะระบายหนอง เป็นการทำลายผนังของถุงน้ำ เกิดการลดแรงดันภายใน¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดและบวมน้อยลง เมื่อทำการควักเอาถุงน้ำออกทั้งหมดเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พบผนังของถุงน้ำอยู่ติดกับเยื่อหุ้มกระดูกบริเวณเหงือกด้านริมฝีปากขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 เซนติเมตร เมื่อทำการควักออกทั้งหมด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปวดและบวมน้อยลง แต่ในสัปดาห์ที่สองหลังทำการควักถุงน้ำออก ผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการปวดและบวมซ้ำในตำแหน่งเดิม ความเป็นไปได้ของการกลับมามีอาการซ้ำเป็นผลมาจากการเอาผนังถุงน้ำออกไม่หมด สาเหตุที่ผนังถุงน้ำยังคงหลงเหลืออยู่

คาดว่าจะเกิดจากผลของการติดเชื้อทำให้ถุงน้ำขยายขนาดอย่างรวดเร็ว ประกอบกับตำแหน่งของฟันหน้าบนส่วนใหญ่มีรากอยู่ค่อนข้างทางด้านริมฝีปาก ทำให้กระดูกที่คลุมปลายรากของฟันทางด้านริมฝีปากบางหรือไม่มีเลย¹¹ ถุงน้ำจึงลุกลามออกมาอยู่ใต้เยื่อหุ้มกระดูกและขยายขนาดได้ง่ายและรวดเร็ว ภาพถ่ายรังสีจึงเห็นเป็นเงาดำของกระดูกที่ถูกทำลายและมีขอบเขตไม่ชัดเจน เนื่องจากการลุกลามของพยาธิสภาพออกมาบริเวณเยื่อหุ้มกระดูก การวางแผนเพื่อควักถุงน้ำออกทั้งหมดในครั้งแรกโดยไม่ทราบขอบเขตที่ชัดเจน จึงอาจทำให้หลงเหลือผนังของถุงน้ำได้ และเมื่อทราบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นถุงน้ำปลายราก จึงทำการควักถุงน้ำปลายรากออกทั้งหมดอีกครั้งในตำแหน่งเดิม โดยในครั้งนี้ทำการเปิดเหงือกเป็นบริเวณกว้างมากกว่าครั้งแรกและพบการหนาตัวของเนื้อเยื่อคล้ายผนังของถุงน้ำอยู่สูงจากรากฟันขึ้นไปอยู่บริเวณใต้ปีกจมูก ภายหลังทำการควักถุงน้ำออกและติดตามผลการรักษา 6 เดือน ไม่พบว่าผู้ป่วยมีการกลับมาเป็นซ้ำ

สรุป

ถุงน้ำปลายราก เป็นรอยโรคที่ทันตแพทย์พบได้บ่อย ความสำเร็จของการรักษาถุงน้ำปลายรากขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยที่ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคควรจะเริ่มจากการซักประวัติ การตรวจทางคลินิก การตรวจทางรังสีวินิจฉัย และการตรวจทางพยาธิวิทยา การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมควรจะเริ่มต้นจากการรักษาลงรากฟันซี่ที่เป็นสาเหตุ ไปจนถึงการทำการศัลยกรรมร่วมด้วย เช่น การควักออกทั้งหมด หากตัวฟันมีการสูญเสียเนื้อฟันไปมากจนไม่สามารถบูรณะเก็บรักษาฟันชิ้นนั้นไว้ได้ ก็อาจต้องพิจารณาทำการถอนฟันซี่ที่เป็นสาเหตุออกด้วย นอกจากนั้นความร่วมมือของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ คือการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสุดท้ายคือการติดตามผลการรักษาของทันตแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence; 2003.
2. Manwar NU, Agrawal A, Chandak MG. Management of infected radicular cyst by surgical approach. Int J Dent Clin 2011;3: 75-6.
3. Shear M, Speight PM. Cysts of the oral and maxillofacial regions. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002.
5. Bhaskar SN. Oral surgery--oral pathology conference No. 17, Walter Reed Army Medical Center. Periapical lesions--types, incidence, and clinical features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1966;21:657-71.
6. Amos M, Dalghous A, Alkhabuli J, et al. Massive maxillary radicular cyst presenting as facial fracture and abscess, a case report. Libyan J Med 2007;2:211-3.
7. Ribeiro PD, Goncalves ES, Neto ES, et al. Surgical approaches of extensive periapical cyst. Considerations about surgical technique. Salusvita 2004;23:317-28.
8. Natkin E, Oswald RJ, Carnes LI. The relationship of lesion size to diagnosis, incidence and treatment of periapical cysts and granulomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984;57:82-94.
9. Lin LM, Ricucci D, Lin J, et al. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. J Endod 2009;35:607-15.
10. Neaverth EJ, Burg HA. Decompression of large periapical cystic lesions. J Endod 1982;8:175-82.
11. Abramowitz PN, Rankow H, Trope M. Multidisciplinary approach to apical surgery in conjunction with the loss of buccal cortical plate. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77:502-6.

