

ฝีหนองใต้คางเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการสบกระแทก ของฟันเขี้ยวล่าง : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วรรณช พร้อมนาวัน

รพ. เจ้าพระยาอภัยมหาราช

ABSTRACT :

Promnavin V. Submental Space Abscess Caused by Traumatic Occlusion of the Lower Canine : A Case Report. (Region 4 Medical Journal 1998 ; 2 : 171-176).

Department of Dentistry, Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi, Thailand.

A woman 34 years of age, married, had a chronic submental space abscess. She had been treated by incision and drain combined with antibiotics for several times for 5 years by general surgeon, but the clinical sign and symptom still appeared because the general surgeon could not find the focal origin. After consulting the dentist at the Dental Department, Chaoprayayommaraj Hospital. The dentist found that she had pulp necrosis at the lower right canine caused by traumatic occlusion. After finding the proper diagnosis, Root canal treatment with antibiotics yielded good result after 5 years follow up.

บทคัดย่อ :

วรรณ ขว้อมนวน. ฟันองใต้คางเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการสบกะแทกของฟันเขี้ยวล่าง : รายงานผู้ป่วย 1 ราย.
(วารสารแพทยเขต 4 2541 ; 2 : 171-176).

กลุ่มงานทันตกรรม, ร.พ. เจ้าพระยายมราช, สุพรรณบุรี

รายงานผู้ป่วย 1 ราย หญิงไทยอายุ 34 ปี สถานภาพสมรส อาชีพลูกจ้างประจำ มีฟันองใต้คาง (submental space abscess) ที่เป็นเรื้อรังมานาน 5 ปี เคยรับการรักษาโดยการเจาะระบายหนอง ร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะมาหลายครั้ง ไม่หายขาด เนื่องจากไม่สามารถหาสาเหตุของการติดเชื้อได้ในเบื้องต้น ภายหลังเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช อ. เมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จึงพบว่าสาเหตุของการติดเชื้อมาจากฟันเขี้ยวล่างขวา ที่มีเนื้อเยื่อประสาทฟันตาย (pulp necrosis) จากการที่มีฟันสบกะแทก (traumatic occlusion) หลังจากรักษาโดยวิธีรักษาคคลองรากฟัน (root canal treatment) ฟันเขี้ยวล่างขวา ร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ฟันองใต้คางจึงยุบตัวและหาย โดยไม่กลับมาเป็นซ้ำอีก ในระยะการติดตามผล 5 ปี

บทนำ

โดยทั่วไปแล้วการติดเชื้อในส่วนลึกของศีรษะและคอ แยกเป็น 3 หมู่ ตามทางเข้าของเชื้อดังนี้ การติดเชื้อจาก ฟันและส่วนอื่นในช่องปาก การติดเชื้อจากบริเวณต่อม ทอนซิล การติดเชื้อบริเวณลำคอ

เนื่องจากการเกิดฝีหนองบนใบหน้า (facial space abscess) อาจมีสาเหตุมาจากอวัยวะต่าง ๆ ของใบหน้า และลำคอ เช่น ช่องหู โพรงจมูก ช่องปาก ลำคอ (oropharynx, naso pharynx, และ laryngopharynx) ฉะนั้น สิ่งสำคัญในการรักษาฝีหนองบนใบหน้า นอกจากการ เจาะระบายหนองและการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ยัง รวมถึงการกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อนั้น ดังนั้นการวินิจฉัย ให้ทราบถึงสาเหตุจึงเป็นสิ่งจำเป็น¹

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 34 ปี สถานภาพสมรส อาชีพ ลูกจ้างประจำ ภูมิลำเนาจังหวัดสุพรรณบุรี มาพบทันต- แพทย์ด้วยอาการมีฝีหนองใต้คาง ซึ่งเป็นเรื้อรังมาเป็นเวลา 5 ปี

ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ เมื่อปี 2534 แพทย์ ศัลยกรรมทั่วไปนัดทำผ่าตัด (incision lobar flap) โดยให้ การวิเคราะห์โรคว่าเป็น chronic abscess at chin with foreign body giant cell และ chronic osteomyelitis of mandible ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะจำพวก Rovamycin ร่วมกับการเจาะระบายหนอง และขูดถุงหนอง (submental curettage) มาประมาณ 6-7 ครั้ง ทุกครั้ง หลังจากการขูดและเจาะระบายหนอง อาการจะหายไป ชั่วคราว หลังจากนั้นประมาณ 1-5 เดือน จะมีฝีหนอง เกิดขึ้นใหม่ที่ตำแหน่งเดิม

ในปี 2536 พบว่าแผลอักเสบลามลึกเข้าไปถึง กระดูกขากรรไกรล่าง แพทย์จึงได้ส่งมาปรึกษาทันตกรรม จากการตรวจบริเวณใบหน้าพบว่าฝีหนองใต้คาง มีขนาด เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 25 มิลลิเมตรและมีรอยแผล เป็นอยู่โดยรอบดังแสดงในรูปที่ 3 ต่อมน้ำเหลืองที่คอปกติ

ทั้งสองข้าง ได้ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ทางด้าน หู คอ จมูก เพื่อตรวจหาสาเหตุภายในโพรงจมูก ช่องหู โพรงอากาศ ของใบหน้า และลำคอ ไม่พบสิ่งผิดปกติใด ๆ ผู้ป่วยให้ ประวัติว่าเคยได้รับการตรวจช่องหู โพรงจมูก ลำคอและ ช่องปากมาแล้วหลายครั้งแต่ไม่พบสิ่งผิดปกติ จากการ ชักประวัติและตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีโรค ทางระบบอื่น จากการตรวจในช่องปากไม่พบว่า มีสิ่งผิดปกติ ผู้ป่วยมีอนามัยช่องปากดี ไม่มีหินปูน หรือ เหงือกอักเสบ มีฟันผู้ที่ได้รับการรักษาแล้วและไม่มีอาการ ปวดฟันซี่ใด ๆ ทั้งสิ้น ประวัติถอนฟันกรามไปหลายซี่ สันเหงือกปกติ จากนั้นจึงทำการ smear เชื้อดูจาก หนองโดยใช้วิธี gram's stain พบเชื้อ streptococcus และ straphylococcus และจากผลของการถ่ายภาพรังสี ชนิด orthopantomography ไม่พบว่ามีรอยโรคในกระดูก บริเวณขากรรไกรบนหรือขากรรไกรล่าง และจึงได้นำผู้ป่วย มาตรวจในช่องปากครั้งที่ 2 จึงพบว่าฟันเขี้ยวล่างขวา (#43) สึกต่ำกว่าฟันข้างเคียงและต่ำกว่า ฟันเขี้ยวล่าง ซ้าย (#33) เล็กน้อยและเมื่อเคาะฟันซี่ #43 ผู้ป่วยบอก อาการได้ไม่ชัดเจน จึงได้ทำการถ่ายภาพรังสีชนิด peria- pical ที่ ซี่ 43 และซี่ 33 พบว่าซี่ 43 มีการหนาตัวของ เนื้อเยื่อปริทันต์รอบรากฟัน แต่ไม่เห็นการทำลายของ กระดูกหรือสร้างการดูดที่ชัดเจน เมื่อทำการตรวจฟันโดย ใช้เครื่องมือทดสอบความมีชีวิตของประสาทฟัน ให้ผลเป็นลบ เมื่อเทียบกับฟันข้างเคียงคือไม่ตอบสนองต่อกระแสไฟฟ้าเลย (ที่ + 65) เมื่อตรวจระบบบดเคี้ยวโดยใช้กระดาษสีติดสิน พบว่ามีความไม่สมดุลของระบบบดเคี้ยวมีสับกระแทกที่ ฟันเขี้ยวล่างขวา เมื่อให้กัดด้านข้าง (lateral movement)

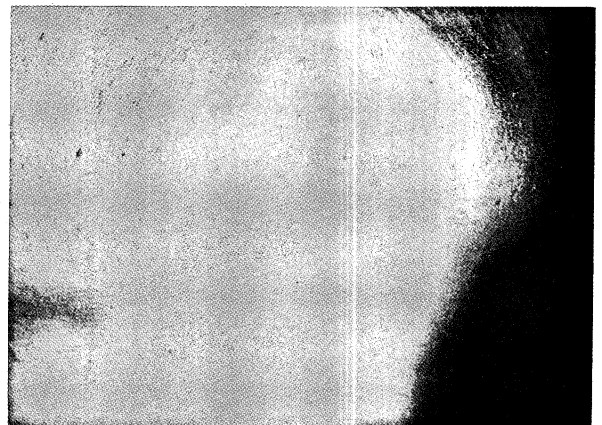
การวินิจฉัยโรค ฟันเขี้ยวล่างขวา ประสาทฟันตาย เกิดจากมีการสับฟันกระแทก ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดฝีหนอง ใต้คาง (รูปที่ 1)

การรักษา

1. ฟันเขี้ยวล่างขวา รักษาคลองรากฟัน (root canal treatment) ในการรักษาครั้งแรกเมื่อเปิดคลองราก



รูปที่ 1 แสดงสภาพผู้ป่วยซึ่งมีอาการบวมและมีหนองบริเวณ submental space



รูปที่ 2 แสดงสภาพ 5 ปี หลังการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการอีกแต่ยังคงมีแผลเป็นบริเวณใต้คาง

พบว่าภายในคลองรากฟันมีหนอง (pus exudate) เล็กน้อย การรักษาเสร็จสิ้นภายใน 87 วัน ใช้เวลาในการรักษา 6 ครั้ง

2. การให้ยาปฏิชีวนะ amoxycillin 500 mg. 4 ครั้ง/วัน ก่อนอาหารและก่อนนอนเป็นเวลา 5 วัน

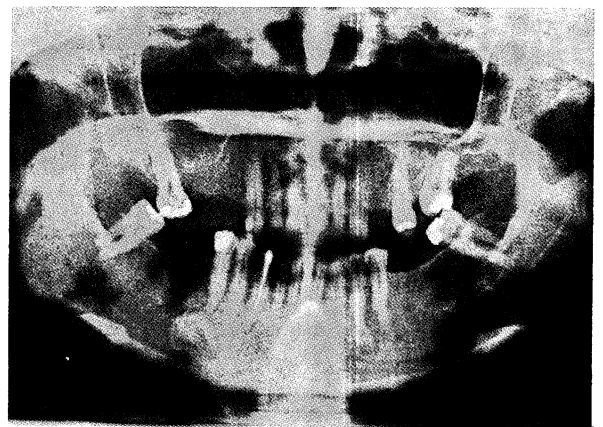
ผลการรักษา

ฝีหนองใต้คาง submental space abscess เริ่มยุบ หลังจากรักษาคคลองรากฟันครั้งแรก ร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

การติดตามผลการรักษา

2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ฝีหนองใต้คางยุบ สนิทแผลหายได้

3 สัปดาห์ 6 เดือน 1 ปีและ 5 ปี หลังการรักษา ไม่มีอาการของ abscess อีก แต่ยังคงมีแผลเป็น บริเวณใต้คาง ดังแสดงในรูปที่ 2 และ 3



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสี orthopantomography 5 ปีหลังการรักษา

mandibular space และพบว่าการติดเชื้อบริเวณโบน้าส่วนล่างมากกว่าส่วนบนประมาณ 1.3 เท่า ในเด็ก และ 4.3 เท่าในผู้ใหญ่ การติดเชื้อเกี่ยวข้องกับฟันผุทะลุโพรงประสาทร้อยละ 68.52 ในเด็กและในผู้ใหญ่ร้อยละ 39.47

ส่วนใหญ่ของฝีหนองใน submental space มาจากการติดเชื้อจากฟันและเหงือก 80% แต่บางครั้งการติดเชื้อมาจากฟันปาก โคนลิ้น ต่อมทอนซิลที่โคนลิ้น นิ้วในท่อน้ำลาย หรือนาน ๆ ครั้งจาก tonsillar rem-

วิจารณ์

การติดเชื้อบริเวณโบน้าที่มีสาเหตุจากฟัน จากรายงานของโรงพยาบาลหาดใหญ่ในระยะ 6 ปี² พบว่าช่องพังพืดในโบน้า ที่พบมีจากการติดเชื้อเสมอคือ sud-

nants และ bezold's space

การติดเชื้อบริเวณฟันส่วนใหญ่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อภายในคลองรากฟัน สาเหตุส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากการถอนฟัน หรือจากการรอยหัก (fracture site) มีพบน้อยที่เกิดจากการกระจายตามกระแสโลหิต เมื่อเชื้อเข้าไปถึงเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน (periapical tissue) เนื้อเยื่อจะมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อ และภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย (host) ซึ่งอาจเป็นชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้³ การติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันปัจจุบันนอกจากจะพบเชื้อ gram-positive cocci ชนิด streptococcus และ staphylococcus ยังพบเชื้อ gram-negative cocci, gram-positive bacilli, gram-negative bacilli และ anaerobic bacteria⁴ ลักษณะทางภาพถ่ายทางรังสีและการทดสอบความมีชีวิตของฟันจะบอกได้ว่าการติดเชื้อนั้นเกี่ยวข้องกับฟันหรือไม่²

การเกิดโรคของการติดเชื้อจากฟัน⁵ (pathogenesis) การติดเชื้อที่ตัวฟันเกิดเป็นโพรงรากฟันอักเสบ (pulpitis) จาก periodontal tissue เกิดเป็นโรคปริทันต์ (periodontitis) หรือเกิดการมีการอักเสบของเนื้อเยื่อที่คลุมฟันเกิดเป็น pericoronitis การอักเสบทั้งหมดนี้ลงไปทำลายรากก็เกิดการอักเสบระยะแรก เรียกว่า periapical osteitis จะมีอาการปวด ฟันจะโยกและสูงขึ้นกว่าระดับปกติเล็กน้อยร่างกายจะพยายามจำกัดการลุกลามเป็น granuloma เกิดเป็นหนองที่ปลายราก (dento alveolar abscess) ถ้าการติดเชื้อไม่สามารถจำกัดได้มันจะผ่านไปยังกระดูก อันแรกคือ lamina dura แล้วจึงเข้าถึง spongy bone ฝู cortical plate ที่บางกว่ามีความต้านทานน้อยเมื่อออกจากกระดูกจะเข้าสู่ periosteum ทำให้เกิด periosteitis ถ้าร่างกายมีความต้านทานดี ก็จะมีการจำกัดให้อยู่กับที่และมีหนอง (suppuration) ที่นั่นทำให้เกิดเป็น subperiosteal abscess แต่ถ้าร่างกายยังไม่สามารถจำกัดการติดเชื้อให้อยู่กับที่ได้การแพร่กระจายของเชื้อโรคก็จะไปยังเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) ข้างเคียง ถ้าในบริเวณนั้นไม่มีกล้ามเนื้อมาเกาะขวางอยู่มันก็จะทะลุออกสู่ oral

vestibule เป็น submucosal abscess หรือเกิดเป็นทางเปิดหนอง (sinus opening) ที่บริเวณใกล้รากฟันที่เกิดการติดเชื้อ

ในส่วนที่อยู่ลึกของโบน้าและคอ จะมีกล้ามเนื้อเกาะเป็นตัวขวางกั้น (second barrier) สกัดกั้นการแพร่กระจายของการติดเชื้อไว้ โดยอาจเกิดการจำกัดการแพร่กระจาย หรือมีการอักเสบที่ fascial sheath ที่หุ้มอยู่รอบ ๆ กล้ามเนื้อนั้น ถ้าการติดเชื้อไม่ถูกจำกัดมันก็จะแพร่กระจายไปตามบริเวณข้างเคียงเกิดเป็น cellulitis จะยังไม่มีการทำลายของเนื้อเยื่อมาก จะมีแต่ inflammatory exudate tissue เนื้อเยื่อจะบวมกดไม่แข็ง และแผ่กระจายไปโดยไม่มีขอบเขตชัดเจน (soft diffuse swelling) ต่อมาเมื่อมีการทำลายเนื้อเยื่อมากขึ้นจะทำให้มีการบวมและปวดมากขึ้นมี brown exudate แทรกอยู่ระหว่างเซลล์ของเนื้อเยื่อ การบวมก็จะขยายขอบเขตออกไป มีลักษณะสีน้ำตาลเข้ม

submental space⁶ ตั้งอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อ mylohyoid และ mylohyoid และ platysma superiorinferior ระหว่าง diverging anterior bellies ของด้านข้างกล้ามเนื้อ digastric space นี้มีทางติดต่อกับ submandibular space ทางด้านหลัง ภายใน submental space จะมี submental lymphnodes อยู่เมื่อเกิดการติดเชื้อจะมีการบวมบริเวณใต้คางบริเวณ middle third ของกระดูกขากรรไกรล่าง สาเหตุการติดเชื้อที่มาจากฟันมักมีการติดเชื้อร่วมกับ space อื่น

ถ้าหนองเกิดใน submandibular space และ submental space ผิวหนังบริเวณนั้นจะบวมแดงและแข็ง มีจุดที่กดเจ็บ และอาจมี fluctuation ถึงแม้จะไม่มี fluctuation แต่ถ้ากดลงไปแล้วบวมและกินเวลานานกว่าจะกลับคืนเป็นปกติ ก็ถือว่ามีหนองแล้ว การติดเชื้อจะไม่มีอาการบวมที่พื้นปากทางด้านหน้า

จากลักษณะของรอยโรคในผู้ป่วยรายนี้ นี้ร่วมกับอาการบวมใต้คางแบบบวม ๆ ยุบ ๆ มาเป็นเวลานานและยุบหลังการให้ยาปฏิชีวนะ ทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรค

ได้ว่าเป็นโรคของการติดเชื้อแบคทีเรีย แต่เนื่องจากการวินิจฉัยเบื้องต้นไม่สามารถหาสาเหตุของการติดเชื้อได้ จึงทำให้แพทย์ให้การรักษาดูตามอาการคือเจาะระบายหนองและให้ยาปฏิชีวนะเท่านั้น ดังนั้นจึงเกิดการเป็นเรื้อรังหลายครั้ง การหาสาเหตุของการติดเชื้อของผู้ป่วยรายนี้ทำได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดใด ๆ มีเพียงสีฟันคล้ำขึ้นเท่านั้นและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระดูกก็มีเพียงการหนาตัวของเนื้อเยื่อปริทันตรอบรากฟันซึ่งโดยทั่วไปเมื่อมีการกระจายของเชื้อรากฟันเข้าสู่กระดูกและจากกระดูกเข้าสู่เนื้อเยื่ออ่อน จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในกระดูกได้ 2 ลักษณะคือมีการทำลายกระดูกหรือมีการสร้างตัวของกระดูก chronic sclerosing osteomyelitis ซึ่งจะเกิดขึ้นในกรณีที่มีการติดเชื้อแบบเรื้อรังและเป็น low grade infection ร่วมกับผู้ป่วยมีความต้านทานสูง

การรักษาฟันที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อนั้น แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ

1. ถ้าต้องการเก็บรักษาฟันไว้ก็จำเป็นต้องทำการรักษาครอบรากฟันโดยเปิดโพรงประสาทฟัน (pulp chamber) เพื่อให้มีการระบายเกิดขึ้น ซึ่งสามารถทำได้ทุกระยะการติดเชื้อ แต่ถ้ามีหนองเกิดขึ้นก็จำเป็นต้องเจาะและระบายหนองร่วมด้วย

2. ถ้าต้องถอนฟันที่เป็นสาเหตุก็มักพบว่าการถอนฟันพวกนี้จะไม่ค่อยยาก และในบางกรณีอาจต้องรักษาตามอาการ จนกระทั่งอาการความรุนแรงของการติดเชื้อลดลงถึงจะถอนฟันได้

นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายนี้สาเหตุของการตายของเนื้อเยื่อประสาทฟันตาย (pulp necrosis) มาจากความไม่

สมดุลของระบบบดเคี้ยว จึงเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ทันตแพทย์ควรคำนึงถึง ในการหาสาเหตุของการตายของเนื้อเยื่อประสาทฟัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีการติดเชื้อลุกลามต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. อำนวย คัจจวารี, และคณะ. ปัญหาเรื้อรังทางหู คอ จมูก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526 : 297-328.
2. พัชร กัมพลานนท์. การติดเชื้อบริเวณใบหน้าที่มีสาเหตุจากฟันของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในระยะ 6 ปี. ว.ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล 2536 ; 7 : 61-7.
3. Farman AE, Nortje CJ, Wood RE. Oral and Maxillo-facial Diagnostic Imaging. ST. Louis : Mosby, 1993 : 181-204.
4. Peterson LT. Odontogenic infections. In : Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, eds. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2nd ed. St. Louis : Mosby, 1993 : 1199-215.
5. Stafne EC. Infection of the jaws. Oral radiographic diagnosis. Philadelphia : W.B. Saunders, 1985 : 78-93.
6. Hohl T, Whitacre R, Hooly J, William B. Diagnosis and treatment of odontogenic infection. Seattle : Atomic press, 1983 : 60-61.
7. Kruger GO. Text book of oral and maxillofacial surgery. St. Louis : C.V. Mosby, 1979.