

# เนื้องอกไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคือง โดย ฟันปลอม : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ป्लीทอง ชาญสำรวจ คุณากรณ์

รพ. สมเด็จพระพุทธเลิศล้า

## ABSTRACT :

**Shansamroud Kunaporn P. Irritation Fibroma : A Case Report.** (Region 7 Medical Journal 1997 ; 4 : 413-417).

Dental Department, Somdet Phraphutthalertla Hospital, Samutsongkram, Thailand.

The most common tumor of oral mucosa is fibroma, which is a benign connective tissue tumor. Most of the oral fibromas are in fact hyperplasias of fibrous tissue caused by irritation, so they may be called irritation fibromas. The fibromas have tendency for recurrence after removing. A case report of 54 years' old Thai woman, the patients had the traumatic ulcer due to lower full denture at the lingual of the gingiva about # 33, # 34, # 35 and # 36. This ulcer changed to the tumor mass. Pathologic finding were disclosed as irritation fibroma. Total excision of the tumor mass was the choice of treatment under local anesthesia. This case report may be useful to the patient. The denture which has long been in use or the denture which is losing should be checked by the dentist.

**บทคัดย่อ :**

**ปฐิทอง ขาญล้ารวจ คุณาภรณั.** เนื้องอกไฟโบริมาที่เกิดจากการระคายเคือง โดย ฟันปลอม : รายงานผู้ป่วย 1 ราย. (วารสารแพทยัเขต 7 2540 ; 4 : 413-417).

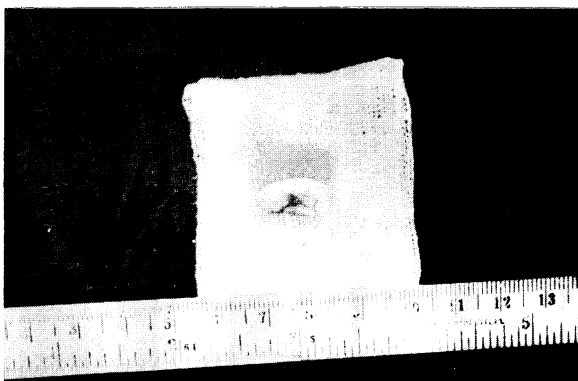
กลุ่มงานทันตกรรม, รพ. สมเด็็จพระพุททเลศหล้า, สมุทรสงคราม.

เนื้องอกไฟโบริมาเป็นเนื้องอกของเนื้เยื่อเก็ยฟันที่ไม่ร้ายแรง พบได้บ่อยบนเยื่อเมือกของช่องปาก ส่วนมากจะเป็นปฏิกิริยาต่อการระคายเคืองมากกว่าจะเป็นเนื้องอกที่แท้จริง คือเป็นการเจริญที่มากเกินไปของเนื้เยื่อเส้นใย (fibrous tissue) จึงเรียกว่า irritation fibroma เนื้องอกไฟโบริมาเมื่อผ่าตัดออกไปแล้ว ก็มีโอกาศกลับเป็นขึ้นมาใหม่ได้อีก รายงานนี้้เป็นผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 54 ปี ถูกฟันปลอมทั้งปากอันล่าง ซึ่งทำและใช้งานมาหลายปีหลวมและกดเหงือกบริเวณ edentulous area ด้าน lingual ของฟันซี่ # 33 # 34 # 35 และ # 36 เป็นผลอยู่นาน แล้วขยายเป็นก้อนเนื้องอก ได้ทำ biopsy ผลปรากฏว่าเป็น irritation fibroma จึงนัดผู้ป่วยมาทำการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกทั้งหมดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ และแนะนำผู้ป่วยให้รับการทำให้ฟันปลอมทั้งปากเสียใหม่ ผู้รายงานหวังว่ารายงานนี้้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ต้องใส่ฟันปลอม ได้เอาใจใส่ต่อสุขภาพในช่องปากและฟันปลอมที่ใส่อยู่ ถ้าฟันปลอมหลวมหรือกดเหงือกเป็นแผล ควรไปรับการตรวจแก้ไขจากทันตแพทยั อย่างถูกวิธี จึงจะปลอดภัยและได้รับประโยชน์จากการใช้ฟันปลอมนั้น ๆ

## บทนำ

เนื้องอกไฟโบรมาเป็นเนื้องอกที่ไม่ร้ายแรงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissues)<sup>1</sup> เจริญเติบโตช้า ๆ โดยเริ่มจากการเป็นตุ่มเล็ก ๆ ก่อน แล้วค่อยขยายใหญ่ขึ้น เป็นแบบมีฐานกว้างหรือเป็นแบบมีขั้ว พบได้บ่อยในช่องปาก พื้นผิวปากคลุมด้วยเยื่อเมือกปกติเป็นมัน สีชมพูถึงสีขาว<sup>2</sup> ไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด มีทั้งลักษณะก้อนที่แข็งและอ่อน ไม่มีเลือดออกง่าย ลักษณะก้อนที่แข็งนั้น connective tissues ที่เป็นโครงสร้างจะมีสีขาวถึงเทาหนารวมกันเป็นมัด ๆ ของเส้นใย collagen (collagen fibers) ส่วนลักษณะที่อ่อน เส้นใย collagen จะอยู่กันอย่างหลวม ๆ เนื้องอกไฟโบรมาเกิดจากเยื่อเมือกชั้นลึก หรือจากเยื่อหุ้มกระดูกของขากรรไกร และนอกจากนี้ยังอาจเกิดจากเยื่อหุ้มฟันก็ได้ ชนิดแข็งและมีฐานอาจพบอยู่รอบ ๆ คอฟัน และบางทีขยายผ่าน interproximal space ไปถึงด้าน lingual labial หรือ buccal surface ของตัวฟันก็มีพบได้บ่อย เนื้องอกไฟโบรมา จะประกอบด้วยเซลล์ fibroblasts ที่เรียงตัวกันเป็นลำหรือขดเป็นวงคล้ายนิ้วมือประสานกัน<sup>3</sup> ลักษณะตัวเซลล์จะยาวเรียว เซลล์อาจเบียดกันหนาแน่นและมีเส้นใย collagen น้อย หรืออาจมีเซลล์น้อยแทรกด้วยกลุ่มเส้นใย collagen จำนวนมากก็ได้ มักไม่พบว่ามีเลือดออก หรือเนื้อตายในก้อน และมักไม่เห็น

การแบ่งตัวของเซลล์ แต่ในก้อนที่มีเซลล์หนาแน่น ซึ่งเรียกว่า cellular fibroma อาจพบการแบ่งตัวของเซลล์ได้บ้าง ซึ่งทำให้แยกได้ยากจาก fibrosarcoma ลักษณะนิวเคลียสมักมีปลายแหลม ไข่ช่วยแยกจาก leiomyoma ซึ่งนิวเคลียสมักมีปลายมน เนื้องอกไฟโบรมาเป็นผลจากปฏิกิริยาของการสร้างเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) อย่างผิดปกติอันเนื่องมาจากการได้รับการระคายเคืองในระดับต่ำ ๆ และเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยื่อเมือกด้านกระพุ้งแก้มและริมฝีปาก ซึ่งเป็นบริเวณที่ถูกขบกัดอยู่เสมอ จึงพบเนื้องอกชนิดนี้ได้บ่อย แต่เนื้องอกไฟโบรมาที่พบในช่องปากเหล่านี้ ส่วนมากจะเป็นปฏิกิริยาต่อการระคายเคืองมากกว่าจะเป็นเนื้องอกจริง ๆ และเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าเนื้องอกไฟโบรมาที่เรียกกันโดยทั่วไปในช่องปากนั้น แท้จริงแล้วส่วนมากเป็นการเจริญที่มากเกินไปของเนื้อเยื่อเส้นใย ซึ่งอาจเรียกว่า irritation fibroma หรือเนื้องอกไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคืองนั่นเอง จากการวิเคราะห์ก้อนเนื้อเยื่อเส้นใย 650 ราย จากส่วนต่าง ๆ ของช่องปาก<sup>4</sup> พบว่ามีเพียง 2 รายเท่านั้นที่เป็นเนื้องอกไฟโบรมาอย่างแท้จริง เนื้องอกไฟโบรมาถึงจะเป็นเนื้องอกที่ไม่ร้ายแรงก็จริง แต่ถ้าผ่าตัดเอาออกไม่หมดก็จะเป็นกลับมาใหม่ได้อีก Rabhan และ Rosai<sup>5</sup> แนะนำว่าควรตัดออกโดยให้ขอบที่ตัดอยู่ห่างจากเนื้องอกให้มากพอควร



รูปที่ 1 ขนาดของก้อนเนื้องอก irritation fibroma ที่ตัดออกมา



รูปที่ 2 บริเวณแผลที่ก้อนเนื้องอก irritation fibroma ถูกตัดออกไปแล้ว

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 54 ปี อาชีพค้าขาย ได้เข้ามาเป็นผู้ป่วยของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ด้วยระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสมุทรสงคราม ด้วยลักษณะก้อนท่อน้ำลายที่พบในช่องปาก มีลักษณะคล้ายกับ malignant tumor ผู้ป่วยให้ประวัติว่าสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัยแรงประจำตัว เมื่อประมาณ 1 ปีมาแล้ว เหนือคอด้าน lingual ของ edentulous area ของบริเวณฟันซี่ # 33, # 34, # 35 และ # 36 ถูกขอบฟันปลอมทั้งปากอันล่าง ซึ่งทำและใช้งานมาหลายปีหลวมแล้วกดเป็นแผล และผู้ป่วยไม่ได้ไปรับการแก้ไขฟันปลอมจากทันตแพทย์แต่อย่างใด แผลเป็นอยู่บ่อย ๆ และขยายเป็นก้อนท่อน้ำลาย ฐานกว้างยาวเกือบถึงโคนลิ้น จนถึงขณะนี้ ก้อนท่อน้ำลายมีขนาดประมาณ 0.8 x 2 x 3 ซม. ผิวขรุขระ เลือดออกง่าย กดเจ็บเล็กน้อย คลำต่อมน้ำเหลืองที่ใต้คางและคอยังปกติ เอกซเรย์กระดูกขากรรไกรล่างด้วย occulusal film พบว่ายังปกติ วัดความดันโลหิต 170/100 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที จึงส่งคนไข้ไปกลุ่มงานอายุรกรรม รับประทานควบคุมความดันโลหิต คือ hydrochlorothiazide ขนาด 50 มิลลิกรัม ครั้งเม็ดทางปาก หลังอาหารเช้า และ propranolol ขนาด 40 มิลลิกรัมครั้งเม็ดทางปาก หลังอาหารเช้า-เย็น และตรวจสภาพร่างกายทั่วไปรวมทั้งการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า ซึ่งพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นความดันโลหิต ต่อมาอีก 1 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาตรวจความดันโลหิตอีกครั้ง วัดได้ 140/90 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 37 องศาเซลเซียส จึงให้ชั่งน้ำหนักตัวได้ 61 กิโลกรัม รวมทั้งส่งตรวจ complete blood count และปัสสาวะ ปรากฏว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ฮีมาโตคริต 39% ฮีโมโกลบิน 14 กรัมต่อเดซิลิตร เม็ดเลือดขาว  $5.8 \times 10^9$  เซลล์ต่อลิตร platelets พอเพียง neutrophils 59% eosinophils 2% basophils 1% lymphocytes 40% monocytes 2% bleeding time 1 นาที clotting time 5 นาที

prothrombin time 11 วินาที partial thromboplastin time 30 วินาที และหมู่เลือดบี เมื่อเตรียมผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ใช้น้ำยาเฉพาะที่ฉีดรอบก้อนท่อน้ำลาย แล้วใช้มีดเบอร์ 15 ตัดก้อนท่อน้ำลายบางส่วนออกมา แช่ในน้ำน้าฟอรมาลิน 10% ส่งไปตรวจที่ศูนย์พยาธิวิทยาของเอกชน ให้น้ำยา special mouth wash อมบ้วนปากหลังอาหาร paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดทางปาก เมื่อปวดหรือมีไข้ amoxicillin ขนาด 250 มิลลิกรัม 2 แคปซูลทางปากทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน ผลการตรวจชิ้นเนื้อปรากฏว่าเป็น irritation fibroma จากนั้นอีกประมาณ 1 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมารับการทำผ่าตัดเอาก้อนท่อน้ำลายออกทั้งหมด โดยก่อนทำการผ่าตัด วัดความดันโลหิตได้ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 37 องศาเซลเซียส พร้อมกับได้สั่งเตรียมเลือดหมู่บีไว้ 1 ยูนิต และ 5% dextrose in normal saline 1,000 มิลลิลิตร 1 ขวด เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในระหว่างการผ่าตัด เมื่อเตรียมผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ใช้น้ำยาเฉพาะที่ฉีดรอบก้อนท่อน้ำลาย ใช้มีดเบอร์ 15 เลาะเอาก้อนท่อน้ำลาย โดยหลีกเลี่ยง Wharton's duct ก้อนท่อน้ำลายที่ตัดออกมาได้มีขนาด 0.5 x 1.2 x 1.8 เซนติเมตร แล้วเย็บด้วยไหมละลาย ซ่อนปมไว้ภายในเพื่อไม่ให้ระคายเคือง ใช้น้ำกลั้วล้าง ดูดด้วย suction จนช่องปากสะอาด

แต่เนื่องจากส่วนขอบโดยรอบของแผลที่เกิดจากก้อนท่อน้ำลายถูกตัดออกไป ยังแข็ง ๆ อยู่ จึงใช้น้ำยา triamcinolone ซึ่งเป็น local steroid ขนาด 10 มิลลิกรัม ประมาณ 1 ลบ.ซม. ฉีดรอบ ๆ แผลเพื่อป้องกันการสร้าง fibrous tissue เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดแผลเป็น ให้น้ำไปรับประทานอย่างเดิม แต่ให้เป็นเวลา 5 วัน อีก 1 สัปดาห์ต่อมา ให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจแผลอีกครั้ง ปรากฏว่าขอบแผลอ่อนตัวแล้ว จึงไม่ต้องฉีด triamcinolone ซ้ำอีกและแผลสะอาดดีใกล้จะหายแล้ว จึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกใช้ฟันปลอมทั้งปากอันเดิมที่กดเหงือกจนเป็นแผลดังกล่าวแล้ว ซึ่งได้ทำและใช้งานมาหลายปีและหลวมแล้วนั้นเสีย และเมื่อแผลที่ทำผ่าตัดไว้หายเรียบร้อยแล้ว ให้ไปรับการทำให้ฟันปลอม

ทั้งปากอันใหม่จากทันตแพทย์ จากการติดตามผลอีก 6 เดือน ต่อมา ไม่พบว่ามีการงอกขึ้นใหม่อีก

## วิจารณ์

รายงานผู้ป่วยครั้งนี้ผู้รายงานหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ต้องใส่ฟันปลอมซึ่งเป็นชนิดฟันปลอมทั้งปากหรือบางส่วนก็ตาม ได้ตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดตามมาในการขาดการเอาใจใส่สุขภาพช่องปากของตนและฟันปลอมที่ใส่อยู่ ฟันปลอมที่ติดต้องแนบกับเหงือกและเพดาน ใช้บดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าคับเกินไปจะบิบหรือกดเหงือกและเพดาน เวลาเคี้ยวอาหารจะเสียดสีกับส่วนเหล่านั้น ทำให้เกิดแผลเจ็บปวด ถ้าหลวมเกินไปเมื่อเคี้ยวอาหารจะเลื่อนไถลไปกระแทกเนื้อเยื่อส่วนใดส่วนหนึ่ง ทำให้เกิดการระคายเคืองหรือเกิดแผลได้เช่นกัน และเมื่อนาน ๆ เข้าก็ย่อมจะทำให้เกิดเป็นเนื้องอก irritation fibroma คือเนื้องอกไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคือง หรือเนื้องอกอย่างอื่น ๆ ทั้งที่ไม่ร้ายแรงหรือร้ายแรงได้ แม้ว่าเนื้องอก irritation fibroma จะไม่ใช่เนื้องอกที่ร้ายแรงก็ตาม แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยบดเคี้ยวอาหารไม่สะดวก เมื่อก้อนโตขึ้นจำเป็นต้องตัดเอาออก ทำให้สูญเสียทั้งเวลาและเศรษฐกิจ ฉะนั้นผู้ใส่ฟันปลอมจึงควรเอาใจใส่สุขภาพช่องปากและฟันปลอม ถ้าฟันปลอมหลวมหรือกดเหงือกและเพดานเป็นแผล หรือใส่ฟันปลอมอันนั้นมานาน คือประมาณ 5 ปีไปแล้ว เพราะระยะเวลาที่ผ่านไประยะนี้ รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บบางอย่าง จะทำให้เนื้อเยื่อในช่องปากเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ฟันปลอมหลวมได้ จึงควรไปให้ทันตแพทย์แก้ไขโดยถูกวิธี

หรือทำฟันปลอมใหม่ เพื่อจะได้ปลอดภัยและได้รับประโยชน์จากการใส่ฟันปลอมนั้น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร. เวดิน นพินิตย์ นพ. นิพนธ์ หลงประดิษฐ์ หัวหน้ากลุ่มงานโสตศอนาสิก ทพ. วีระเทพ กระแสร์ลาภ, ทพ. เอกอุดม บรรณประดิษฐ์, ทพญ. จูติพร วิฑูรเวท กลุ่มงานทันตกรรม และ ภก. อำพล บัวแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่ได้ให้การสนับสนุนการรายงานครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Archer WH. Oral and maxillofacial surgery. 5th ed. Philadelphia : WB Saunders, 1975 : 778-81.
2. Richard L. Miller, Alan R. Gould, Mark L. Bernstein, Carol J. Read. General and oral pathology. Missouri : Mosby, 1995 : 224-6.
3. วิญญู มิตรนันท์, บรรณาธิการ. พยาธิกายวิภาค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไอ เอส พรินติ้งเฮาส์ ; 2528 : 721.
4. JJ Pindborg. Atlas of disease of the oral mucosa. 5th ed. Philadelphia : WB Saunders, 1992 : 124-5.
5. เชื้อโชติ หังสสุต. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เอียร์บุ๊คพับลิชเชอร์, 2526 : 338-40.