

SIALOCELE : NEW SURGICAL TREATMENT (ALTERNATIVE METHOD)

ประวิทย์พงษ์ เกียรติกังวาล

รพ. สมุทรสาคร

ABSTRACT :

Kiatkungwankai P. Sialoceles : New Surgical Treatment (Alternative Method). (Region 7 Medical Journal 1995 ; 3 : 285-292.)

Department of Surgery, Samuthsakorn Hospital, Samuthsakorn, Thailand.

Sialoceles is a rare complication of parotid injury. There is controversy between conservative and surgical treatment. A labour patient, 40 years of age, with past history of severe cut wound of left cheek, was admitted because of having a lump on left cheek during meal. The investigation, rationale review and a new alternative method of surgical treatment by creating intraoral controlled fistula for internal drainage by using marsupialization technique was reported.

บทคัดย่อ :**ประวิทย์พงษ์ เกียรติกิจวาฬกุล. Sialoceles : New Surgical Treatment (Alternative Method)**

(วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 3 : 285-292.)

กลุ่มงานศัลยกรรม, รพ. สมุทรสาคร

Sialoceles คือภาวะที่มีน้ำลายขังอยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง เป็นภาวะที่พบบ่อย เป็นภาวะแทรกซ้อนตามหลังภัยอันตรายต่อ parotid gland ปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียงระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ศึกษาได้รายงานผู้ป่วยที่มีภาวะ sialocel ภายหลังการได้รับบาดเจ็บด้วยของมีคมบริเวณแก้มซ้าย ได้อธิบายถึงหลักการและเหตุผล รวบรวมการรักษาในอดีต และเสนอวิธีการผ่าตัดแบบใหม่ โดยการทำให้เกิดรูระบายถาวรจากโพรง sialocel เข้าสู่ช่องปาก โดยการผ่าตัดในช่องปาก อาศัยเทคนิค marsupialization เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษา

บทนำ

Sialocele (subcutaneous collection of saliva) เป็นภาวะแทรกซ้อนตามหลัง Parotid gland หรือ Parotid duct injury ที่พบได้น้อย ภัยอันตรายที่พบได้บ่อยเป็นชนิด Penetrating injury ในปัจจุบันแผนการรักษาภาวะ Sialocele มีทั้งวิธีผ่าตัดและวิธีไม่ผ่าตัด ซึ่งทั้งสองวิธีนี้มีหลักการ (rationale) วิธีการเลือกผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาที่ต่างกันอย่างชัดเจน ผู้ศึกษาได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย และวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดแบบใหม่

รายงานผู้ป่วย

ประวัติผู้ป่วย ผู้ชายไทยอายุ 40 ปี อาชีพ กรรมกร ก่อสร้าง

อาการสำคัญ มีก้อนบวมเกิดขึ้นบริเวณแก้มซ้าย ขณะรับประทานอาหาร

ประวัติปัจจุบัน 2 เดือนก่อน ถูกทำร้ายร่างกาย โดนมีดฟันบริเวณแก้มซ้าย แผลฉีกขาด ขอบเรียบขนาด 10 ซม. แผลเกือบทะลุเข้าช่องปาก ได้รับการรักษาโดยการล้างแผลและเย็บปิดแผล บาดแผลหายดี ได้รับการตัดไหมอีก 7 วันต่อมา

1 เดือนก่อนเริ่มสังเกตพบก้อนที่แก้มซ้าย ได้บริเวณแผลที่เย็บไว้ ก้อนจะค่อย ๆ บวม และใหญ่ขึ้น ขณะรับประทานอาหาร ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออักเสบบริเวณก้อนนี้ ก้อนค่อย ๆ มีขนาดใหญ่ขึ้นในช่วง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ก้อนนี้สามารถยุบได้โดยผู้ป่วยใช้ฝ่ามือวนวดหรือนอนทับแก้มซ้าย ผู้ป่วยมีประสบการณ์เช่นนี้ทุกครั้งเวลารับประทานอาหาร ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพราะก้อนเนื้อนี้มีแนวโน้มโตขึ้นเรื่อย ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

แข็งแรงดีมาตลอด ต้มสุราบ้าง สูบบุหรี่ ปฏิเสธโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรคปอด

การตรวจร่างกาย

- ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน แข็งแรง
- รอยแผลเป็นบริเวณแก้มซ้าย (รูปที่ 1) ขนาดยาวประมาณ 12 ซม. ไม่พบลักษณะของการอักเสบบริเวณแผล
- ก้อนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 10 ซม. cystic consistency อยู่ใต้รอยแผลเป็น (รูปที่ 2)
- ก้อนนี้จะมีขนาดใหญ่ขึ้นและตึง (tense cystic consistency) ขณะรับประทานอาหาร (รูปที่ 3) ไม่เจ็บปวดเวลากดบริเวณก้อน
- ผู้ป่วยได้แสดงการนวดก้อน และนอนกดทับก้อนให้ผู้รายงานดู ปรากฏว่าก้อนมีขนาดเล็กลงได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hct 45%, WBC 6,000 cell/mm³ E 13%, L 50%, Platelet adequate

U/A : Sp. gr. 1.020, sugar neg, albumin neg, RBC 5-10/HD, WBC 0-2/HD

X-ray : ทำ direct puncture บริเวณก้อนแล้วฉีด contrast media เข้าไปในถุง sialocele เพื่อแสดงขนาด ลักษณะขอบเขตและตำแหน่งของ sialocele (รูปที่ 4)

ได้พยายามทำ sialocele โดยการสวน catheter ขนาดเล็ก ๆ เข้าทางรูเปิด parotid duct จากช่องปากแต่ไม่สำเร็จ

ผลการวินิจฉัย

จากประวัติได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เป็นแผลบริเวณแก้มซ้าย ผู้ป่วยไม่ได้รับการสำรวจบาดแผล เชื่อได้ว่าส่วนของ parotid duct ได้รับอันตราย (ในผู้ป่วยรายนี้ จากตำแหน่งบาดแผล เชื่อได้ว่าส่วน glandular part ไม่ได้รับอันตราย) ประกอบกับประวัติที่ก้อนนี้มีขนาดโตขึ้นขณะรับประทานอาหาร จึงสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็น sialocele lt. cheek parotid duct injury.

การรักษา

ได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัด internal drainage น้ำลายจาก sialoceles เข้าสู่ปาก โดยการทำให้ controlled fistula อาศัยเทคนิค marsupialization การทำผ่าตัดภายใต้ช่องปาก ตัดเย็บช่องปากบริเวณตำแหน่ง sialoceles ขนาด 1 นิ้ว โดยใช้มีดเบอร์ 11 เจาะทะลุเข้าไปในโพรงและเย็บขอบแผลแบบ all layer ด้วย vicryl 2/0 continuous stitch (รูปที่ 5)



รูปที่ 1 แสดงรอยแผลเป็นจากการถูกมีดฟัน บริเวณแก้มซ้าย



รูปที่ 3 แสดงก้อนที่แก้มซ้ายมีขนาดใหญ่ขึ้น ขณะรับประทานอาหาร

หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวประมาณ 7 วัน แนะนำให้บ้วนปากบ่อย ๆ ให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน (Amoxycillin 250 mg 2 x 3 pc) เพื่อป้องกันภาวะแผลติดเชื้อ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

ผลการรักษา

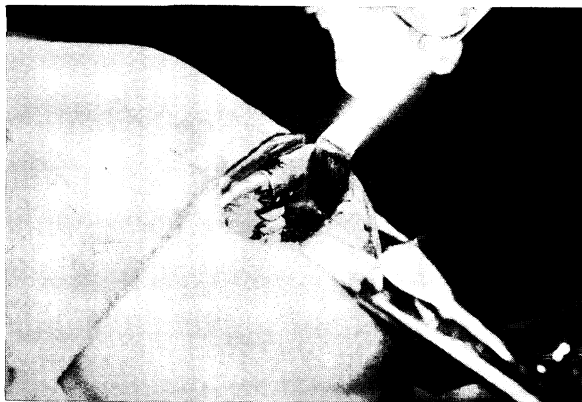
ในระหว่างการรักษา เมื่อผ่าตัดทะลุเข้าสู่ sialo-



รูปที่ 2 แสดงขนาดของก้อนซึ่งอยู่บริเวณใต้แผลเป็น



รูปที่ 4 แสดงขนาด ลักษณะของก้อน โดยการฉีดสารทึบแสงเข้าไปในก้อน



รูปที่ 5 รูทะลุ Fistula ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยเทคนิค Marsupialization



รูปที่ 6 ก้อนบริเวณแก้มยุบลง หลังผ่าตัดเสร็จ

ตารางที่ 1 New Classification of Parotid Injury (Based on Sialographic Appearance)

Glandular Injury

Type 1 : Injury to the parenchyma or to minor duct (G1)

Type 2 : Injury to a major intraparotid duct (G2)

Ductal Injury

Type 1(a) : Partial transection of parotid duct [D1 (a)]

Type 1(b) : Complete transection of parotid duct [D1 (b)]

Type 2(a) : Partial disruption of parotid gland-duct junction [D2 (a)]

Type 2(b) : Complete disruption of parotid gland-duct junction [D2 (b)]

cele แล้วพบของเหลวข้นไหลออกจากถุงประมาณ 10 ซี.ซี. และก้อนที่บริเวณแก้มยุบลงทันที (รูปที่ 6)

หลังการผ่าตัดไม่พบก้อนที่แก้มซ้ำอีกเลย และไม่พบภาวะก้อนคอต ๗ บวมและใหญ่ขึ้นขณะรับประทานอาหาร ได้ติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ ในช่วง 4 เดือน ต่อมาไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำอีก รู fistula ยังคงอยู่และทำงานได้ดี

วิจารณ์

Sialocele คือ ภาวะที่มีน้ำลายขังอยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง

เป็นผลแทรกซ้อนภายหลังการได้รับบาดเจ็บตรงจากของมีคมต่อ ท่อ และต่อมน้ำลาย และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อตั้งแต่แรก ซึ่งเป็นภาวะที่พบน้อย ได้มีการแบ่งภาวะ parotid injury ซึ่งมีผลต่อการเกิด sialocele และ fistula ในแง่ความสำคัญทางการรักษาตามตารางที่ 1

ในปัจจุบันวิธีการรักษาภาวะ sialocele ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่แบ่งออกได้เป็น 3 วิธี คือ

1. การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด (conservative treatment)

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical treatment)

3. การรักษาโดยการฉายรังสี (radiation therapy)

การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด

อาศัยหลักการลดการทำงานของต่อมน้ำลาย โดยงดอาหารทางปาก เพื่อลดการกระตุ้นต่าง ๆ (meal, mastication and chemical stimuli)² ในการสร้างน้ำลาย โดยให้ TPN (total parenteral nutrition) ทดแทนอาหารทางปากซึ่งวิธีนี้ได้ผลดีในรายที่เป็น glandular injury หรือ partial transection duct injury แต่มีข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายและอัตราเสี่ยงต่อการให้ TPN สูง และยังพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำให้ต่อมน้ำลายซึ่งเป็นสาเหตุของ sialocele หยุดทำงาน (atrophy)

มีข้อแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องระยะเวลาการหาย (healing period) ระหว่างชนิดต่าง ๆ ของ injury โดยการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด^{1,3}

G1 injury ใช้เวลาน้อยที่สุด (6.3 ± 0.07 วัน) เมื่อเทียบกับ G2 injury และ ductal injury

ไม่พบความแตกต่างในเรื่องระยะเวลา การหาย ระหว่าง G2 injury (10.3 ± 1.8 วัน) และ partial duct injury [D1(a), D2(a)] (10.1 ± 1.8 วัน)

ใช้เวลาในการหายนานมากในราย complete ductal transection (21.5 ± 3.7 วัน) เปรียบเทียบกับ partial ductal transection และ G2 injury (10.2 ± 2.1 วัน) ($p < 0.01$)

การรักษาโดยการผ่าตัด⁴ แบ่งออกเป็น

1. reconstruction of duct injury
 2. surgical internal diversion or internal drainage
 3. parotidectomy
 4. duct ligation
 5. parasympathetic denervation by mean of a transtympanic sectioning of Jacobson's nerve
- Reconstruction เป็นวิธีที่ยุงยาก เพราะ sialocele

ที่เป็นอยู่ยาวนาน จะทำให้ต่อมน้ำลายเกิด fibrosis และกดทำให้เกิดการตีบตัน ซึ่งแทบจะเป็นไปไม่ได้ในแง่ surgical technique และเป็นการเสี่ยงต่อ facial nerve injury ระหว่างการผ่าตัด การทำ reconstruction มีหลายวิธีดังนี้

1. Delayed primary repair of duct.
2. Reconstruction of duct with vein graft.
3. Mucosal flap.
4. Suture of proximal duct to bucal mucosa.

วิธีดังกล่าวทั้งหมดยังมีปัญหาในแง่ patency ของท่อหรือทางระบายที่ทำขึ้น

Surgical internal diversion เป็นการสร้าง controlled internal fistula เข้าสู่ช่องปาก ซึ่งมีหลายวิธี เช่น

1. ใช้ท่อ polyethylene catheter คาไว้ใน Stensen's duct.⁵

2. ใช้ท่อ T-tube หรือ catheter ระบาย น้ำลายจากโพรง sialocele เข้าสู่ช่องปากโดยการผ่าตัด จากภายนอกโดยลงมีดผ่าตัดบริเวณแผลบาดเจ็บเดิมเข้าสู่โพรง แล้วแทงทะลุเข้าสู่ช่องปากโดยคาสาย Catheter หรือ T-tube ไว้ชั่วคราว⁶ ซึ่งนับว่าได้ผลดี สะดวก และง่าย สามารถรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ แต่มีปัญหาน้ำในแง่เสี่ยงต่อการเกิด external fistula และการปิดของรูทะลุที่ทำได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดเป็นซ้ำใหม่ได้

3. การทำ controlled fistula เพื่อให้เกิด internal drainage โดยการสร้างรูทะลุจากโพรง sialocele เข้าสู่ช่องปาก แล้วใช้เทคนิค marsupialization โดยการเย็บขอบเยื่อช่องปากเข้ากับเยื่อโพรง sialocele ซึ่งผู้รายงานได้เสนอวิธีใหม่ในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ โดยใช้ vicryl เบอร์ 2/0 เย็บ continuous stitch โดยการผ่าตัดจากช่องปาก ซึ่งหลีกเลี่ยงการเกิด external fistula ส่วนการใช้เทคนิค marsupialization ทำให้รู fistula ไม่ปิด ซึ่งมีผลทำให้ต่อมน้ำลายยังคงสามารถทำงานได้ตลอดไป

ส่วนวิธีที่ 3, 4 และ 5 นั้น เป็นวิธีที่ยุงยากและเสี่ยงต่อการเกิด facial nerve injury ซึ่งปัจจุบันไม่ถือเป็นการรักษาที่เหมาะสม⁶

การรักษาโดยการฉายรังสี⁴ เคยใช้เป็นวิธีการรักษาภาวะ sialocele ปัจจุบันไม่เหมาะกับ benign disease ในขณะที่ยังมีวิธีอื่นที่ได้ผลเช่นเดียวกันหรือดีกว่า และการใช้รังสีรักษายังเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ (head and neck malignancy) ตามมาในภายหลัง และยังพบว่าการใช้รังสีรักษาแทบไม่ได้ผลเลยในกรณีของ ductal injury

สรุป

ภาวะแผลฉีกขาดด้วยของมีคมบริเวณใบหน้า ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อต่อมน้ำลาย parotid ทั้งส่วนที่เป็น glandular injury หรือ ductal injury การรักษาในระยะเริ่มแรก คือ การสำรวจบาดแผลในรายที่เป็น parotid duct injury การทำ immediate primary duct repair⁷ เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะ sialocele หรือ fistula ในภายหลัง ส่วน glandular injury อาจเป็นเรื่องลำบาก และไม่มีควมจำเป็นในการทำ primary repair แต่ก็สามารถรักษาภาวะ sialocele ที่ตามมาด้วยวิธี conservative treatment หรือวิธี repeated aspiration และ pressure dressing⁸

ส่วนหลักการรักษาภาวะ chronic parotid injury ซึ่งมีภาวะ sialocele ตามมาภายหลังแบ่งการรักษาได้เป็น 2 แบบ ตามชนิดของ injury การรักษาด้วยการไม่ผ่าตัดได้ผลดีในกรณีเป็น glandular injury หรือ partial duct injury โดยการให้ TPN เพื่อลดตัวกระตุ้นทั้งหลายต่อการหลั่ง parotid secretion ซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้เกิด glandular atrophy

การรักษาโดยการผ่าตัด ได้ผลดีในกรณีที่เป็นการ transection of parotid duct ซึ่งวิธีที่ได้ผลดี และง่ายต่อการผ่าตัด คือ การทำ internal drainage เข้าสู่ช่องปาก โดยการทำให้ controlled fistula การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาสั้นประหยัด และหลีกเลี่ยงการให้ TPN ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลาในการรักษานานกว่ามาก และเสี่ยงต่อผลแทรกซ้อนจากการให้ TPN

รายงานนี้ได้นำเสนอผู้ป่วย 1 ราย และวิธีการผ่าตัดแบบใหม่เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยการสร้าง controlled internal fistula โดยอาศัยเทคนิค marsupialization

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ไพศาล กิจพอคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่อนุญาตและสนับสนุนให้ทำการศึกษาครั้งนี้ นายแพทย์วิบูลย์ ภูสงวาท หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม ที่ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา คุณวัชรวิวัฒน์ หมอยา และคุณสุรพงษ์ พูลบัว ที่ช่วยเหลือในการถ่ายภาพ คุณศรีสุดา เกรตจุ ที่ช่วยเหลือในการพิมพ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Parekh D, F.C.S., Glezeron G, et al. Post-traumatic parotid fistulae and sialoceles : a prospective study of conservative management in 51 cases. *Ann Surg* 1989 ; 209(1) : 105-11.
2. Scott J, Cawood JI, Grime JS, et al. Histological evaluation of quantitative scintigraphy of the salivary glands in primate model. *Int. J. Oral Surg* 1984 ; 13 : 45-52
3. Landau R, Stewart M. Conservative management of post traumatic parotid fistulae and sialoceles : a prospective study. *Br J Surg* 1985; 72 : 42-4.
4. Demetriades D. Surgical management of posttraumatic parotid sialoceles and fistulae, *British Journal of Accident Surgery* 1991 ; 22 (3) : 183-4.
5. Epker BN, Burnette JC. Trauma to the parotid gland and duct primary treatment and management of complications. *J Oral Surg* 1970 ; 28 : 657-70.
6. Demetriades D, Rabinowitz B. Management of parotid Sialocele : a simple surgical technique. *Br J Surg*

1987 ; 74 : 309.

Gesichts-Chirurgie 1990 ; 14(2) : 90-1.

7. Lazaridis N, Iordanides S, Mangoudi E, et al. End to end anastomosis of the lacerated parotid duct. [German] Deutsche Zeitschrift fur Mund-, Kiefer-, and

8. Payne James JJ, Fitzgibbon E. Post - traumatic parotid sialoceles. British Journal of Clinical Practice 1989 ; 43 (7) : 265-6.