ก้อนนิ่วในท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

*เฉลิมชัย บุญประสิทธิ์**

บทคัดย่อ

นิ่วน้ำลาย เกิดจากการตกตะกอนของเกลือแคลเซียม ที่จับกันเป็นก้อนหินปูนพบได้ทั้งในท่อน้ำลายและต่อมน้ำลาย หากมีขนาดเล็กมักจะไม่มีการอุดตัน เนื่องจากท่อน้ำลายมีเส้นผ่าศูนย์กลางค่อนข้างใหญ่ มีความยืดหยุ่นสูง แต่หากก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่จะทำให้เกิดการอุดตันได้ ทำให้น้ำลายไหลไม่สะดวก เกิดการอักเสบ อาจมีการติดเชื้อเฉียบพลันและมีหนอง ทำให้เกิดการบวมและเจ็บปวดได้ ก้อนนิ่วมีลักษณะทึบรังสี พบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่พบมากในวัยกลางคน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานผู้ป่วยจำนวน 1 รายเป็นหญิงไทยวัย 42 ปี พบก้อนนิ่วในท่อน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่างด้านซ้าย (left Wharton's Duct) ขนาด 1.9 X 0.7 เซนติเมตร ทำการผ่าตัดเอาก้อนนิ่วออกร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ ภายหลังการผ่าตัด 2 เดือน ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

คำสำคัญ : นิ่วน้ำลาย ท่อน้ำลาย ท่อน้ำลายวาร์ตัน การผ่าตัดนิ่วท่อน้ำลาย

* ทันตแพทย• กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี

บทนำ

การเกิดนิ่วน้ำลาย (sialolithiasis) หมายถึง การที่หินปูนจับรวมตัวกันเป็นก้อนแข็งในต่อมหรือท่อน้ำลายโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นการตกตะกอนของเกลือ ได้แก่ แคลเซียมคาร์บอเนตร้อยละ75 และ แคลเซียมฟอสเฟตร้อยละ 10[1] Wakely[2] พบว่า โดยทั่วไปองค์ประกอบของนิ่วน้ำลายเป็นผลึกอะพาไทท์ (apatite) มีแคลเซียมฟอสเฟตร้อยละ 74.3 แคลเซียมคาร์บอเนตร้อยละ 11.1 เกลือที่ละลายได้ (soluble salt) ร้อยละ 6.2 สารอินทรีย์ (organic matter) ร้อยละ 6.2 และน้ำร้อยละ 2.2 ในปี 1988 Tanda, Echigo และTeshima[3] รายงานว่าพบซัลเฟอร์ในนิ่วน้ำลายด้วย

นิ่วน้ำลายเกิดได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ แต่ที่พบมากจะเป็นผู้ที่มีอายุประมาณ 30-50 ปี พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 เกิดในท่อน้ำลายและต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular duct and gland)[4] รองลงมาได้แก่ ท่อและต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (sublingual duct and gland) ประมาณร้อยละ1 สาเหตุที่พบในต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างมากอาจเนื่องจากความเหนียวของน้ำลายที่ผลิตออกมา ทำให้เกาะกับสิ่งแปลกปลอมได้ดี และการมีท่อน้ำลายวาร์ตัน (Wharton's duct) ที่ยาวและคดเคี้ยวทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บปวดก่อน ระหว่าง และหลังรับประทานอาหาร เนื่องจากน้ำลายไหลไม่สะดวก อาการเหล่านี้อาจเกิดนาน 2-3 ชั่วโมงแล้วค่อยๆยุบไป ถ้าหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่รักษา อาจมีการติดเชื้อ Streptococcus viridans และอาจมีการกระจายการติดเชื้อออกไปทำให้เกิดการติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อน (cellulites) ได้ แต่บางครั้งอาจพบว่าไม่มีอาการต่างๆ ที่กล่าวมาเลย นอกจากพบก้อนแข็งซึ่งคลำได้บริเวณท่อหรือต่อมน้ำลายเท่านั้น

อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีก้อนนิ่วในท่อน้ำลายจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนนิ่ว อาการที่พบบ่อยคือ ปวดและบวมบริเวณท่อหรือต่อมน้ำลายในช่วงระหว่างก่อนและหลังรับประทานอาหาร บางครั้งอาจปวดร้าวไปถึงหูและคอได้ถ้ามีการอุดตันของท่อเป็นเวลานาน อาจเกิดการติดเชื้อรุนแรงลุกลามถึงเนื้อเยื่อรอบๆ ต่อมและท่อ ในคนไข้ที่เป็นภาวะเรื้อรังและนิ่วก้อนโตจะพบว่าพื้นปากจะบวม สามารถคลำได้ โดยเฉพาะนิ่วที่อยู่ในท่อน้ำลาย Wharton's duct ส่วนหน้า[1,5]

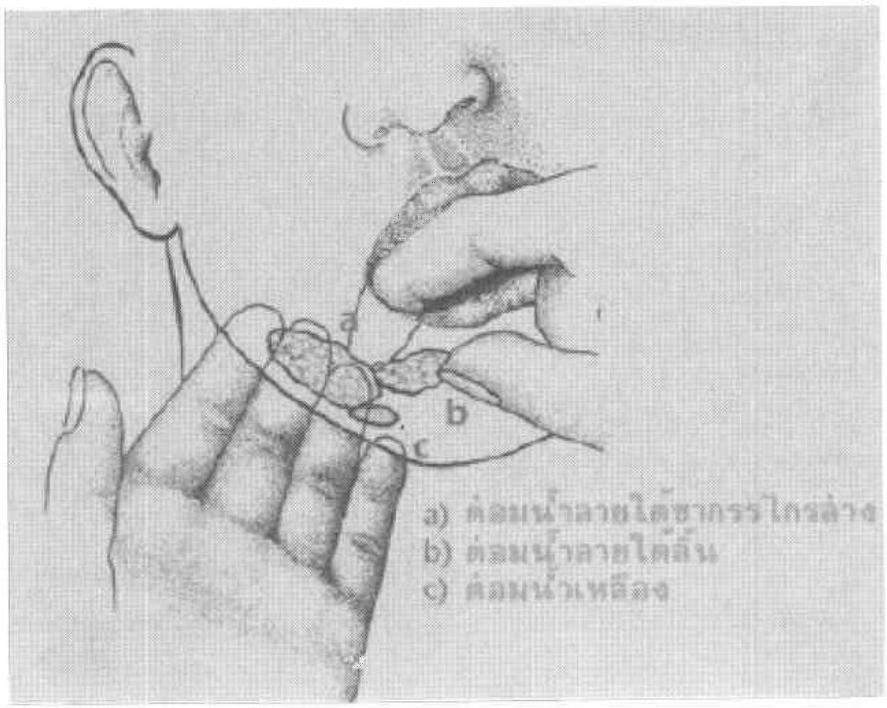
การวินิจฉัยโรคนี้ทำได้โดยอาศัยประวัติและลักษณะทางคลินิก การตรวจในช่องปากโดยการคลำ และภาพถ่ายรังสีแบบธรรมดาหรือ sialography[6]

รายงานผู้ป่วย

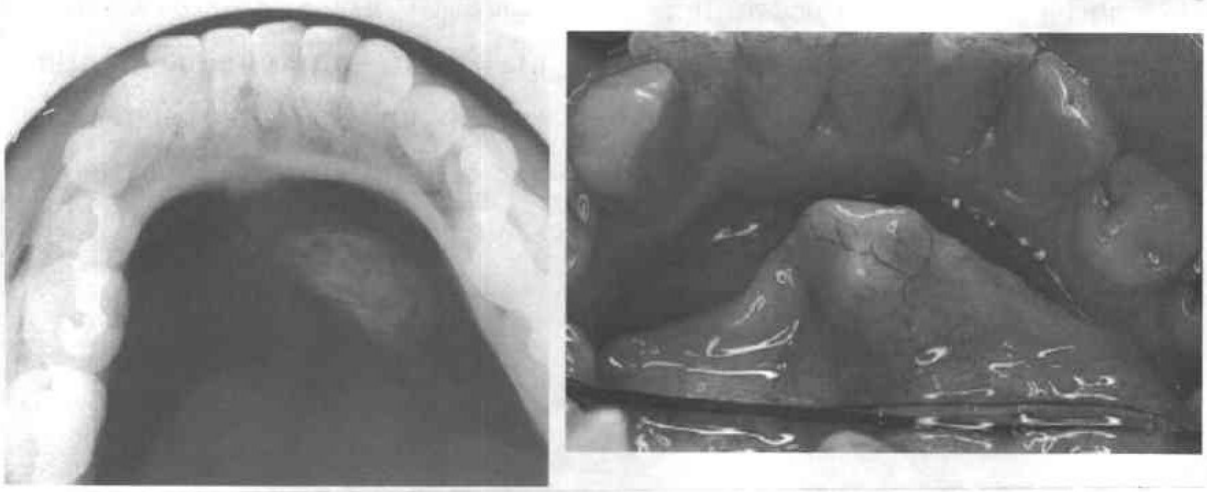
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 42 ปี อาชีพแม่บ้าน มาพบทันตแพทย์ที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร เนื่องจากมีอาการบวม แดงเล็กน้อยบริเวณพื้นปากด้านซ้าย เจ็บไม่มาก เวลารับประทานอาหารเจ็บและกลืนลำบาก มีอาการมาประมาณ 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจในช่องปากพบหินน้ำลายปานกลางโดยเฉพาะด้านลิ้นของฟันหน้า

ล่าง 6 ซี่ มีเหงือกอักเสบเล็กน้อย บริเวณพื้นปากที่อักเสบ บวมแดง และมีหนองสีเหลืองจากการติดเชื้อ คลำเจ็บและพบเป็นก้อนชัดเจน เคลื่อนที่ตามทิศทางการคลำไม่ยึดติดกับที่ (รูปที่ 1)

ภาพถ่ายรังสีโดยการกัดสบแนวตั้งฉาก (right angle lower occlusal technic) พบก้อนทึบรูปทรงไข่ 1 ก้อน อยู่ในพื้นปากใกล้กับด้านใกล้ลิ้นของฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งและฟันกรามน้อยซี่ที่สอง ซึ่งเป็นตำแหน่งของท่อน้ำลายของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างซ้าย (รูปที่ 2)



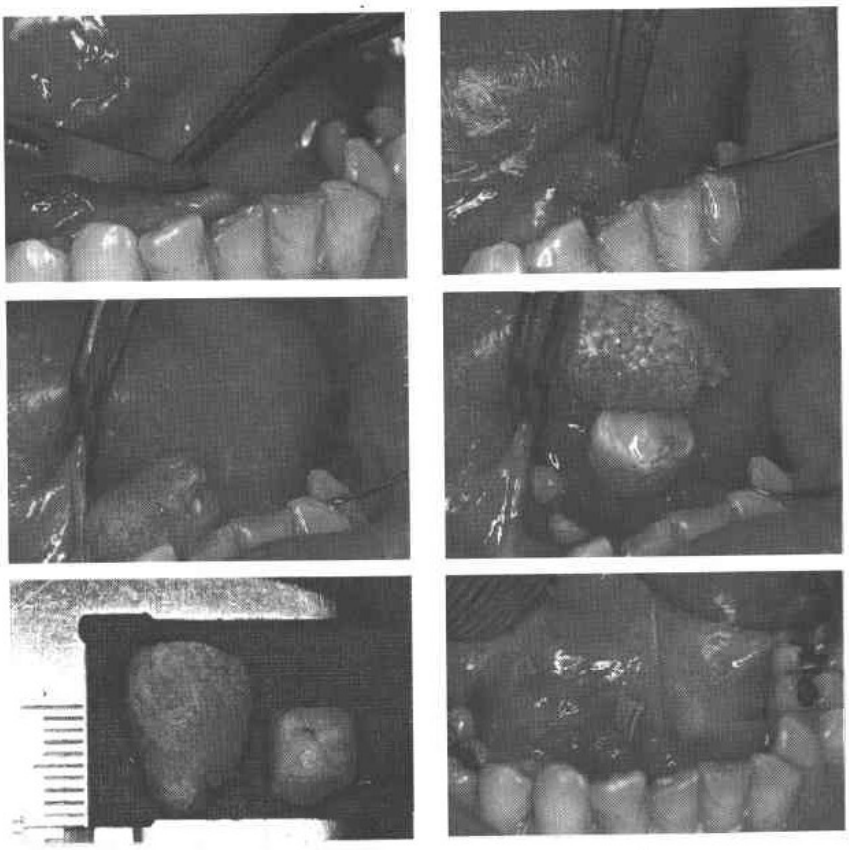
รูปที่ 1 วิธีคลำหาก้อนนิ่วในท่อน้ำลายวาร์ตัน[7]



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีแสดงก้อนนิ่ว 1 ก้อนอยู่ใกล้รูเปิดของท่อน้ำลาย[7]

ผลจากภาพถ่ายรังสีและลักษณะอาการทางคลินิกได้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่า เป็นนิ่วในท่อน้ำลาย (salivary duct calculus หรือ sialolithiasis of mandibular salivary duct) วางแผนการรักษาโดยวิธีการผ่าเอาก้อนนิ่วน้ำลายออกตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ (รูปที่ 3)

ฉีดยาชาเฉพาะที่ เส้นประสาทอินฟีเรียแอลวิโอลา (inferior alveolar nerve) เส้นประสาทลิงกวล(lingual nerve) ราว 1.7 มล. และฉีดรอบๆ บริเวณก้อนนิ่วอีกราว 0.5 มล. ปล่อยทิ้งไว้ราว 8-10 นาที เพื่อให้ยาชาออกฤทธิ์เต็มที่ จากนั้นใช้เข็มรูปโค้งตักผ่านด้านหลังของก้อนนิ่ว และช้อนใต้ท่อน้ำลายเพื่อให้ไหมอยู่ด้านหลังของก้อนนิ่วและป้องกันก้อนนิ่วย้อนกลับเข้าไปในต่อมน้ำลาย ใช้คีมห้ามเลือด (hemostat) 2 ตัว วางบริเวณหน้าและหลังก้อนนิ่ว หลังจากนั้นใช้นิ้วดันยกก้อนนิ่วขึ้นมา จะทำให้เห็นก้อนนิ่วลอยตัวขึ้นมาชัดเจนแล้วใช้ใบมีดขนาด 15 กรีดลงบริเวณก้อนนิ่วตามแนวยาวของท่อ ซึ่งมีหนองไหลออกมาเล็กน้อย จากนั้นใช้ curette ตักก้อนนิ่วและขูดเนื้อเยื่อที่เสียออกด้วย แล้วล้างแผลผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ normal saline จนสะอาด ใส่ก๊อซชุบไอโอโดฟอร์มในแผลเพื่อช่วยระบายแล้วเย็บแผลด้วยเข็มขนาด 5.0 ปล่อยคีมห้ามเลือด ไหมที่ลิ้นและไหมด้านท้ายก้อนนิ่วออก ก้อนนิ่วมีลักษณะเป็นก้อนรีสีขาว ขุ่นเหลือง ผิวขรุขระ ขนาด 1.9 X 0.7 เซนติเมตร



รูปที่ 3 แสดงการผ่าตัดเอาก้อนนิ่วออกจากส่วนหน้าในท่อน้ำลายของต่อมวาร์ตัน[7]

หลังการผ่าตัดให้ยา pennicilin V ขนาด 250 mg รับประทานก่อนอาหารและก่อนนอน วันละ 4 ครั้งประมาณ 7 วัน ร่วมกับยาแก้ปวด paracetamol 500 mg เมื่อมีอาการปวด และให้น้ำยาอมบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ หลังผ่าตัด 1 วัน ถอดกอซที่ใส่แผลออก จากนั้นนัดผู้ป่วย 7 วันเพื่อตัดไหม ตรวจรอยผ่าตัดหลังตัดไหมพบมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ แผลผ่าตัดปกติ ผู้ป่วยหายจากการเจ็บปวดและสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ นัดตรวจซ้ำอีก 2 เดือน ซึ่งหลังจากตรวจบริเวณปากแผลพบว่า แผลหายเป็นปกติ เมื่อถ่านภาพรังสีซ้ำไม่พบร่องรอยโรค คนไข้ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

วิจารณ์

นิ่วน้ำลายเป็นการตกตะกอนของเกลือแคลเซียม โดยทั่วไปองค์ประกอบเป็นผลึกอะพาไทท์ (apatite) องค์ประกอบที่มีส่วนช่วยในการเกิดก้อนนิ่วน้ำลาย ได้แก่ การติดเชื้อหรืออักเสบของต่อมหรือท่อน้ำลาย ความยาวและความคดเคี้ยวของท่อน้ำลายโดยเฉพาะท่อน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่าง และความเข้มข้นของน้ำลายที่ผลิตจากต่อมน้ำลาย

ตำแหน่งที่พบนิ่วน้ำลายส่วนใหญ่มักพบในท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (Wharton's duct) และพบมากเป็น 10 เท่า ของท่อน้ำลายต่อมพาโรติด (Stenson's duct)[8] เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเกิดนิ่วน้ำลายในต่อมและในท่อน้ำลาย พบว่า ร้อยละ 83 พบที่ท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ร้อยละ10 พบในต่อมพาโรติด และร้อยละ 7 เกิดในต่อมน้ำลายใต้ลิ้นและต่อมน้ำลายขนาดเล็ก[8,9] มีเพียง 10 ราย[10] ที่รายงานว่านิ่วในต่อมน้ำลายขนาดเล็ก (accessory salivary gland) จะพบในต่อมที่อยู่บริเวณกระพุ้งแก้มมากกว่าต่อมบริเวณริมฝีปาก

นิ่วน้ำลายพบได้ทุกกลุ่มอายุทั้งเด็กและผู้ใหญ่[2,10] แต่พบมากในผู้ใหญ่วัยกลางคน เพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มักพบข้างใดข้างหนึ่ง มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่พบทั้งสองข้าง[11] นิ่วที่อยู่ในท่อน้ำลายจะมีรูปร่างยาว มีขนาดเล็ก เป็นรูปทรงกระบอกหรือกระสวย ซึ่งเป็นไปตามรูปร่างของท่อน้ำลาย นิ่วที่พบในเนื้อต่อมจะมีลักษณะพื้นผิวขรุขระ ขนาดค่อนข้างใหญ่ นิ่วที่เกิดในท่อน้ำลายส่วนหน้าไม่สามารถผ่านทะลุรูเปิดออกมาได้ เนื่องจากผนังของท่อและเยื่อบุผิวช่องปากที่คลุมอยู่บางๆ อาจมีแผลฉีกขาดตรงตำแหน่งของก้อนนิ่ว ซึ่งทำให้ก้อนนิ่วทะลุออกมาในช่องปาก[8,9,10] ส่วนมากจากภาพรังสีจะพบว่าเป็นก้อนนิ่วทึบรังสี

ตำแหน่งของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular gland) อยู่ในบริเวณสามเหลี่ยมใต้ขากรรไกรล่างกระดูกไฮออยด์ (hyoids) เหนือต่อมมีกล้ามเนื้อไมโลไฮออยด์ (mylohyoids) และพื้นปากใต้ต่อมติดกล้ามเนื้อไดแกสตริค (digastric) ต่อมถูกหุ้มไว้ด้วยพังผืดส่วนลึกของคอ (deep cervical fascia) จากกระดูกไฮออยด์ไปยึดติดกับขอบล่างของกระดูกขากรรไกรล่าง ส่วนหน้าของต่อมอาจฝังเข้าไปในบริเวณใต้ลิ้น ท่อของต่อมนี้มีความยาว 5 ซม.[9] เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-4 มิลลิเมตร และเปิดตรงตุ่มนูนข้างเนื้อยึด (freenum) ของลิ้น ผนังของท่อบาง ทำให้แตกหรือฉีกขาดได้ ท่อนี้จะออกจากส่วนบนของต่อมพุ่งขึ้นตรง และหักโค้งตรงด้านหลังของกล้ามเนื้อไมโลไฮออยด์ไปเปิดใต้ลิ้น[10,12] (รูปที่ 4)



รูปที่4 ลักษณะทางกายวิภาคของท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง[7]

นิ่วในท่อต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างเป็นกรณีที่มีโอกาสพบได้ไม่ยาก การรักษาไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก งานทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การรักษาได้ แต่ความสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยเบื้องต้นร่วมกับการใช้รังสีวินิจฉัย ยิ่งก้อนนิ่วที่มีขนาดไม่ใหญ่มากและอยู่ไม่ลึกก็สามารถให้การรักษาได้โดยเร็ว เพราะผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความยากลำบากในการเคี้ยวหรือกลืนอาหาร แต่ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยต้องรีบให้การรักษาอย่างเร่งด่วน หากปล่อยให้ก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่ขึ้นจะทำให้เกิดการอุดตันท่อน้ำลายและเมื่ออุดตันเป็นเวลานานจะเกิดความดันน้ำลายไหลย้อน (back pressure) กลับเข้าไปในต่อมน้ำลายทำให้ต่อมฝ่อลงได้[9] ภายหลังจากการเอาก้อนนิ่วออกแล้วจึงควรติดตามดูการทำงานของต่อมน้ำลาย และควรถ่ายภาพรังสีทางไหลของน้ำลาย (sialography) เพื่อตรวจดูว่าเนื้อต่อมเสียไปมากน้อยเพียงใด ในบางครั้งก้อนนิ่วไม่ได้อยู่ใกล้รูเปิดหรือคลำได้ง่ายแต่อยู่ในต่อมน้ำลาย ซึ่งนอกจากจะต้องผ่าตัดเอาก้อนนิ่วออกแล้วยังต้องตัดท่อน้ำลายนั้นออกด้วย[10,11]

การวินิจฉัยก้อนนิ่วควรจะต้องซักประวัติอย่างรอบคอบ การตรวจภายนอกและภายในช่องปากรวมทั้งภาพถ่ายรังสี มีความจำเป็นอย่างมากที่จะทำให้ทราบขนาดและตำแหน่งของนิ่ว การวินิจฉัยที่ผิดพลาดจะทำให้การวางแผนการรักษาผิดพลาด ดังเช่นรายงานผู้ป่วยของ Karlman และ Eichner[13] ที่วินิจฉัยก้อนนิ่วขนาดใหญ่ว่าเป็นการติดเชื้อของฟันในบริเวณช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular space)

วิธีการการถ่ายภาพรังสีที่เหมาะสมในการตรวจหาตำแหน่งของก้อนนิ่วของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง คือ การใช้วิธีถ่ายภาพรังสีแนวกัดสบชนิดให้รังสีตั้งฉากกับฟิล์ม (right angle lower occlusal technic) สำหรับต่อมพาโรติดจะใช้วิธีการถ่ายภาพรังสีนอกช่องปากแนวหน้า-หลัง แล้วให้คนไข้เป่าแก้ม(cheek blow out posterior-anterior view หรือ PA view) ก้อนนิ่วที่เห็นได้จากภาพรังสีทั่วไปจะเป็นก้อนนิ่วที่ทึบแสงเท่านั้น ซึ่งจะพบว่าก้อนนิ่วของต่อมใต้ขากรรไกรล่างจะทึบรังสีร้อยละ 80 ส่วนก้อนนิ่วของต่อมน้ำลายพาโรติดนั้น

จะทึบแสงเพียงร้อยละ 60 สำหรับก้อนนิ่วน้ำลายชนิดที่ไม่ทึบรังสีสามารถตรวจพบได้ง่ายหากใช้สารทึบรังสีชนิดที่ละลายได้ในน้ำฉีดเข้าไปในท่อน้ำลาย เพื่อหาตำแหน่งของก้อนนิ่ว สารทึบแสงที่ฉีดเข้าไปในท่อหรือต่อมน้ำลายจะมีอยู่สองชนิด คือ ชนิดที่ละลายน้ำกับชนิดที่ละลายในไขมัน แต่พบว่าการใช้สารทึบรังสีชนิดละลายน้ำให้ภาพรังสีของก้อนนิ่วได้ชัดเจนกว่าการใช้สารทึบรังสีชนิดละลายในไขมัน[10]

การตรวจวินิจฉัยแยกโรคก้อนนิ่วใต้ขากรรไกรล่าง มีความจำเป็นที่ต้องแยกออกจากโรคที่มีการสะสมแคลเซียมอื่นๆ ที่ปรากฏในขากรรไกร เช่น การสะสมเกลือแคลเซียมในต่อมน้ำเหลือง[16] นิ่วในหลอดเลือดดำ การหนาตัวของกระดูก ส่วนของปุ่มกระดูก (torus mandibularis) และฟองอากาศ เป็นต้น[10,14] สาเหตุที่พบนิ่วมากในต่อมและท่อของต่อมใต้ขากรรไกรเนื่องจากน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่างเหนียวและข้น[1,2,10] และในน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่างมีฟอสฟาเทสสูง ซึ่งน้ำย่อย (enzyme) นี้จะย่อยแคลเซียมกลีเซอรีนฟอสเฟต (calcium glycerine phosphate) ให้เป็นสารประกอบอินทรีย์ฟอสเฟต (organic phosphate) ซึ่งตกตะกอนได้ง่ายเมื่อมีฤทธิ์เป็นด่าง[10,12,15] นอกจากนี้ลักษณะทางกายวิภาคของท่อที่ทอดตัวสูงขึ้นและรูเปิดของท่อน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่างมีขนาดเล็กและยาว ทำให้เกิดการคั่งค้างของเศษเนื้อเยื่อหรือเซลล์ จึงเกิดการรวมตัวเป็นนิ่วได้ง่าย[8,10,12]

อย่างไรก็ตาม ยังมีวิธีการอื่นอีกหลายวิธีในการนำก้อนนิ่วน้ำลายออก เช่น Marchbank และ Buckenham[16] ได้ทำการรักษาก้อนนิ่วน้ำลายบริเวณด้านไกลกลางของต่อมใต้ขากรรไกรล่างโดยการคีบก้อนนิ่วออกโดยไม่ต้องผ่าตัดในผู้ป่วย 1 ราย Barak, Katz และ Hintz[17] ได้รายงานผู้ป่วย 6 ราย ที่มีก้อนนิ่วน้ำลายขนาด 3 มิลลิเมตรหรือเล็กกว่าในท่อน้ำลาย ซึ่งได้ให้การรักษาโดยการใช้คาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์ (carbon dioxide laser) ในการผ่าตัดออก Konigsberger และคณะ[18] ได้ทำการรักษาผู้ป่วย 29 ราย ที่มีก้อนนิ่วน้ำลายในท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง โดยการส่องกล้องเข้าไปในท่อต่อมน้ำลายแล้วใช้ shoke wave สลายก้อนนิ่วน้ำลายภายใต้การใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งเรียกการรักษาวิธีนี้ว่า endoscopically controlled electrohydraulic intracoporeal shoke wave lithotripsy

การศึกษาเกี่ยวกับการเกิดนิ่วน้ำลายมีมากมาย เช่น Damford[19] ได้รายงานผู้ป่วยที่มีช่องทะลุที่แก้มเนื่องจากก้อนนิ่วน้ำลายในท่อน้ำลายของต่อมพาโรติด Berini และ Gos[20] ได้ศึกษาในผู้ป่วย 206 รายเป็นระยะเวลา 15 ปี จากการผ่าตัดต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง พบว่ามีการเกิดนิ่วน้ำลายร้อยละ 62 ซึ่งผู้ป่วยที่มีการเกิดนิ่วน้ำลายจะพบว่ามีก้อนนิ่วในไต (nephrolithiasis) ร่วมด้วยร้อยละ 5.5 ส่วนการติดตามผลการรักษาไม่ค่อยพบการเกิดซ้ำของโรคอีก[21]

สรุป

จากการศึกษาการรายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่มีนิ่วน้ำลายในท่อน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่าง ซึ่งมีอาการอักเสบบริเวณก้อนนิ่ว และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอานิ่วออกร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม โดยสามารถตัดไหมที่แผลได้หลังจากผ่าตัด 7 วัน ภายหลังการรักษา 2 เดือนพบว่าเป็นที่น่าพอใจ คนไข้หายจากอาการที่เป็นและใช้ชีวิตเป็นปกติ นิ่วน้ำลายทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำลาย มีการบวมของต่อมน้ำลาย เกิดการปวดมากขึ้นขณะรับประทาน การวินิจฉัยโรคโดยอาศัยประวัติและการตรวจทางคลินิกร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทั้งแบบปกติและการถ่ายภาพรังสีพิเศษ เพื่อหาตำแหน่งของนิ่วรวมทั้งการประเมินสภาพของต่อมน้ำลาย ต้องอาศัยความชำนาญทั้งด้านการถ่ายภาพรังสีและการแปลภาพรังสี จึงจะสามารถนำก้อนนิ่วออกได้โดยสะดวก การถ่ายภาพรังสีพิเศษอาจต้องได้รับการแนะนำคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางหรือนักรังสีวิทยาเพื่อศึกษาแนวทางการไหลของน้ำลาย และต้องอาศัยความรู้ความสามารถและระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะอาจเกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Archer WH. Affection of the salivary glands, Oral surgery 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1975; 925.
2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Physical and Chemical injuries of the Oral Cavity. Oral pathology 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1974; 512.
3. Taned N, Echigo S, Teshima T. Sialolithiasis of a Blanding's gland duct. Int J Oral Maxillofac Surg 1988; 17: 78-80.
4. Lanskin DM, Strauss. RA. Infections of the head and neck. Oral Maxillofac Surg Clin N Am 1991; 3: 337.
5. Greenberg MS, Miller MF. Salivary gland disease. In: Burket LW, eds. Burket's oral medicine. Philadelphia: JB Lippincoll, 1977: 212.
6. Shafer WG, Hini MK, Levy BM. A textbook of oral Pathology.2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1974: 512-3.
7. Michael Fleischer, Speicheldrusen. Histologie-Seminar, Uni-Leipzig;7.6.2005.
8. Topazian RG, Goldberd MH. Oral and Maxillofacial infection 1st ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1989: 247.

9. ศิรินันท์ วิเศษสินธุ์. นิ่วของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร. วารสารศัลย์ช่องปากแม็กซิลโลเฟเชียล 2533; 4 : 13-9.
10. วิจิตร บุณยะโหตระและ สว่าง เชื้อหิรัญ. ก้อนทูมของต่อมน้ำลาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชการ, 2533 หน้า 7.
11. Mckena JP, Bostock DJ, Mcmenamin PG. Sialolithiasis. Am Fam Physician 1987; 36: 199-225.
12. Saunders JR, Hirata RM, Jaques DA. Salivary gland. In: Luce EA, editor. Head and neck surgery: The Surgical Clinics of North America. Philadelphia: W.B.Saunders, 1986: 59.
13. Kaltman S, Eichner M. Giant sialolithiasis appearing as odontogenic infection. J Am Dent Assoc 1987; 115: 425-26.
14. Worth HM. The Salivary Gland; Principle and Practice of Oral Radiologic interpretation. Chicago: Year book Medical Publishers, 1963: 717.
15. Blatt IM. Studies in sialolithiasis III: Pathogenesis, diagnosis and treatment. South Med J, 1964; 57: 723.
16. Marchbank ND, Buckenham TM. Removal of a submandibular duct calculus with a vascularsnare. J Dentomaxillofac Radiol 1993; 22: 97-8.
17. Barak S, Katz J, Hintz S. Use of the carbon dioxide laser to locate small sialoliths. J Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 379-81.
18. Kongsberger R, Fegh J, Goetz A, Kastenbauer E. Endoscopically controled electrohydraulic intracoporeal shoke wave litrotripsy (EISL) of saliva stones. J Otolaryngol 1993; 22: 12-3.
19. Damford M. Facial sinus formation secondary to a parotid duct calculus. J Br Dent 1993; 175: 73-4.
20. Berini AL, Gag EC. Morbidity associated with removal of the submandibular gland. J Craniomaxillofac Surg 1992; 20: 216-9.
21. จรุงศรี โกสินทรเสนีย์. การเกิดนิ่วในท่อต่อมใต้ขากรรไกรล่างซ้าย. Thai J Oral Maxillofac Surg 1995; 9(2): 67-71.

Sialolithiasis in Wharton's Duct: A Case Report

Chalermchai Boonprasit[*]

Abstract

Sialolithiasis is the occurrence of calculus concretions in salivary glands or ducts. Sialolith usually causes no obvious clinical symptoms since salivary ducts rarely become completely obstructed, except that sialolith is a large one. The symptoms are the increase and the decrease in swelling of the gland, which can be inflammation, acute infection and abscess formation. This study reported a rare case of the large sialolithesis in a 42 year-old Thai woman with a shuttle-like concretion in the left Wharton's duct. She presented at Phiboonmungsaharn Hospital, Ubon Ratchathani with the swelling beneath her left jaw. In her case the sialolith was 1.9 x 0.7 cm in diameter. The successful treatments of the condition were achieved through surgical removal of the sialolith under local anesthesia and medication with antibiotic drugs. Two months after, the patient was normal.

Keywords : sialolithiasis, sialolith, salivatory duct, Wharton's duct

[*] Dentist. Dental Department, Phiboonmungsaharn Hospital, Ubon Ratchathni.