

Case Report

รายงานผู้ป่วย

# ก้อนนิ่วในท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง รายงานผู้ป่วย 1 ราย

เฉลิมชัย บุญประสิทธิ์

โรงพยาบาลพืชมั่งสาหาร อุบลราชธานี

**บทคัดย่อ**

นิ่วน้ำลาย เกิดจากการตกตะกอนของเกลือแคลเซียม ที่จับกันเป็นก้อนหินปูน พบได้ทั้งในท่อน้ำลาย และต่อมน้ำลาย หากมีขนาดเล็กจะไม่มีการอุดตัน เนื่องจากท่อน้ำลายมีเส้นผ่าศูนย์กลางค่อนข้างใหญ่ มีความยืดหยุ่นสูง แต่หากก้อนนี้มีขนาดใหญ่จะทำให้เกิดการอุดตันได้ ทำให้น้ำลายไหลไม่สะดวก เกิดการอักเสบ และอาจติดเชื้อเฉียบพลันและมีหนองร่วมด้วย ทำให้เกิดการบวมและเจ็บปวดได้ ก้อนนี้มีลักษณะที่บรัสสี พบได้ในทุกกลุ่มอายุ พบมากในวัยกลางคน รายงานผู้ป่วย 1 ราย เป็นหญิงไทยวัย 42 ปี พบก้อนนิ่วในท่อน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่างด้านซ้าย (left Wharton's duct) ขนาด  $1.9 \times 0.7$  ซม. เมื่อผ่าตัดเอาก้อนนิ่วออก ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ ภายหลังการผ่าตัด 2 เดือน ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

**คำสำคัญ:**

ก้อนนิ่ว, นิ่วน้ำลาย, ท่อน้ำลาย, ท่อน้ำลายวารตัน, ก้อนหินปูน

## บทนำ

การเกิดนิ่วน้ำลาย sialolithiasis หมายถึง การที่หินปูนจับรวมตัวกันเป็นก้อนแข็งในต่อมหรือท่อน้ำลาย โดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นการตกตะกอนของเกลือแคลเซียม ได้แก่ แคลเซียมคาร์บอเนต ร้อยละ 75 และแคลเซียมฟอสเฟต ร้อยละ  $10^{(1)}$  Wakely<sup>(2)</sup> พบว่าโดยทั่วไปองค์ประกอบของนิ่วน้ำลาย เป็นผลึกอะพาไทท์ (apatite) มีแคลเซียมฟอสเฟตร้อยละ 74.3 แคลเซียมคาร์บอเนต ร้อยละ 11.1 เกลือที่ละลายได้ (soluble salt) ร้อยละ 6.2 สารอินทรีย์ (organic matter) ร้อยละ 6.2

และน้ำร้อยละ 2.2 ในปี 1988 Tanda, Echigo และ Teshima<sup>(3)</sup> รายงานว่าพบซิลิเฟอโรในนิ่วน้ำลายด้วย องค์ประกอบที่มีส่วนช่วยในการเกิด ก้อนนิ่วน้ำลาย ได้แก่

1. การติดเชื้อหรืออักเสบของต่อมหรือท่อน้ำลาย
2. ความยาวและความคดเคี้ยวของท่อน้ำลาย โดยเฉพาะท่อน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่าง
3. ความเข้มข้นของน้ำลายที่ผลิตจากต่อมน้ำลาย

การเกิดนูนน้ำลายเกิดได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ แต่ที่พบมากจะเป็นผู้ที่มียุโรปประมาณ 30-50 ปี พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เกิดในท่อน้ำลายและต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular duct and gland) ประมาณร้อยละ 80<sup>(4)</sup> รองลงมาได้แก่ ท่อและต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (sublingual duct and gland) รวร้อยละ 1 การพบในต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างมากอาจเนื่องจากความเหนียวของน้ำลายที่ผลิตออกมา ทำให้เกาะกับ สิ่งแปลกปลอมได้ดีและมีท่อน้ำลายวาร์ตัน (Wharton's duct) ที่ยาวและคดเคี้ยว ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บปวดก่อน ระหว่าง และหลังกินอาหาร เนื่องจากน้ำลายไหลไม่สะดวก อาการนี้อาจเกิดนาน 2-3 ชั่วโมง แล้วค่อย ๆ ยุบไป ถ้าหากปล่อยทิ้งไว้ โดยไม่รักษาอาจมีการติดเชื้อ *Streptococcus viridans* และอาจมีการกระจายการ ติดเชื้อออกไปทำให้เกิด cellulitis ได้ บางครั้งอาจพบว่าไม่มีอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมาเลย นอกจากพบก้อนแข็ง ซึ่งคลำได้บริเวณท่อหรือต่อมน้ำลายเท่านั้น

ตำแหน่งที่พบนูนน้ำลาย.....ส่วนใหญ่มักพบในท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (Wharton's duct) และพบมากเป็น 10 เท่าที่พบในท่อน้ำลายของต่อมพาโรติด (Stenson's duct)<sup>(5)</sup> เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเกิดนูนน้ำลายในต่อมและในท่อน้ำลาย พบว่า ร้อยละ 83 พบที่ท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ร้อยละ 10 พบในต่อมพาโรติด และ ร้อยละ 7 เกิดในต่อมน้ำลายใต้ลิ้นและต่อมน้ำลายขนาดเล็ก<sup>(5,6)</sup> มีเพียง 10 ราย<sup>(7)</sup> Bahn และ Tabachnick<sup>(2)</sup> รายงานว่านูนในต่อมน้ำลายขนาดเล็ก (accessory salivary gland) จะพบในต่อมที่อยู่บริเวณกระพุ้งแก้มมากกว่าต่อมบริเวณริมฝีปาก

ตำแหน่งของนูนน้ำลายพบได้ทั้งที่

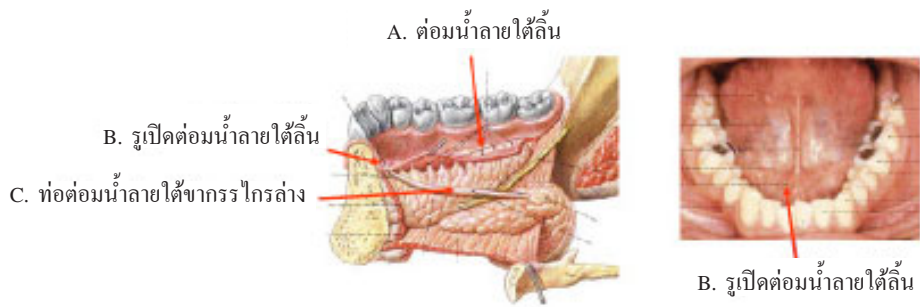
- ไกลบริเวณรูเปิดของท่อน้ำลาย
- บริเวณในท่อน้ำลาย
- ในต่อมน้ำลาย
- ในเนื้อต่อม (acinar)
- ภายในแขนงเล็ก ๆ ของท่อน้ำลาย

ส่วนใหญ่ที่นูนน้ำลายมักพบข้างใดข้างหนึ่ง มีเพียง

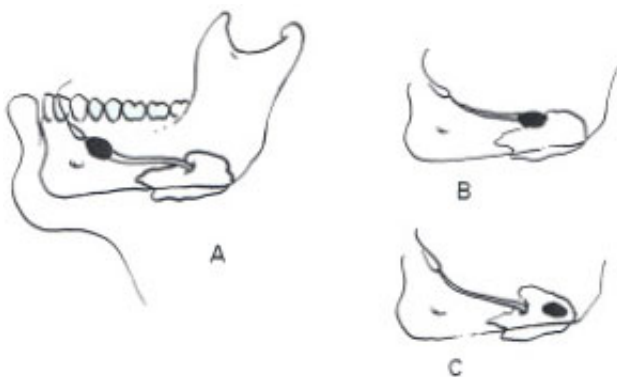
ร้อยละ 3 เท่านั้นที่พบทั้งสองข้าง (bilateral)<sup>(8)</sup> นูนที่อยู่ในท่อน้ำลายจะมีรูปร่างยาว ขนาดเล็ก เป็นรูปทรงกระบอกหรือกระสวย ซึ่งเป็นไปตามรูปร่างของท่อน้ำลาย นูนที่พบในเนื้อต่อมจะมีลักษณะพื้นผิวขรุขระ ขนาดค่อนข้างใหญ่ นูนที่เกิดในท่อน้ำลายส่วนหน้าไม่สามารถผ่านทะลุรูเปิดออกมาได้ เนื่องจากผนังของท่อและเยื่อบุผิวช่องปากที่คลุมอยู่บาง ๆ อาจมีแผลฉีกขาดตรงตำแหน่งของก้อนนูน ซึ่งทำให้ก้อนนูนทะลุออกมาในช่องปาก<sup>(5-7)</sup> ส่วนมากจากภาพรังสีจะพบว่าเป็นก้อนนูนที่บรัสส์ นูนน้ำลายพบได้ ทุกกลุ่มอายุ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่<sup>(2,7)</sup> แต่พบมากในผู้ใหญ่วัยกลางคน เพศชายมากกว่าเพศหญิง

ตำแหน่งของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular gland) อยู่ในบริเวณสามเหลี่ยมใต้ขากรรไกรล่างกระดูกไฮออยด์ (hyoids) เนื้อต่อมมีกล้ามเนื้อไมโลไฮออยด์ (mylohyoids) และ พื้นปากใต้ต่อมติด กล้ามเนื้อไดแกสทริก (digastric) ต่อมถูกหุ้มไว้ด้วยพังผืดส่วนลึกของคอ (deep cervical fascia) จากกระดูกไฮออยด์ ไปยึดติดกับ ขอบล่างของกระดูกขากรรไกรล่าง ส่วนหน้าของต่อมอาจฝังเข้าไปในบริเวณใต้ลิ้น ท่อของต่อมนี้มีความยาว 5 ซม.<sup>(6)</sup> เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-4 มม. และเปิดตรงตุ่มนูนข้างเนื้อยึด (frenum) ของลิ้น ผนังของท่อบาง แดกหรือฉีกขาดได้ ท่อนี้จะออกจากส่วนบนของต่อมพุ่งขึ้นตรงและหักโค้งตรงด้านหลังของกล้ามเนื้อไมโลไฮออยด์ ไปเปิดใต้ลิ้น<sup>(7,8)</sup> (รูปที่ 1)

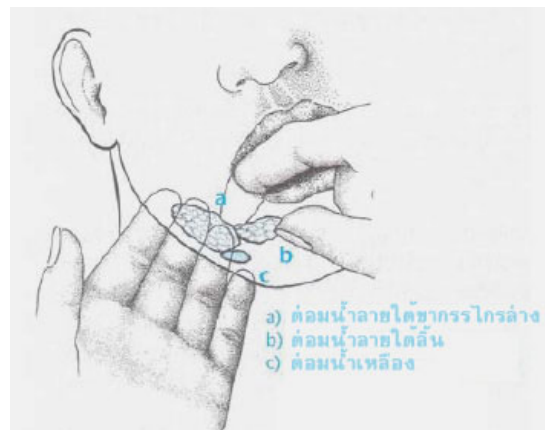
**อาการทางคลินิก** ผู้ป่วยที่มีก้อนนูนในท่อน้ำลายจะรุนแรงมาน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนนูน อาการที่พบบ่อยคือปวดและบวมบริเวณท่อหรือต่อมน้ำลาย ในช่วงระหว่างก่อนและหลังกินอาหาร บางครั้งอาจปวดร้าวไปถึงหูและคอได้ ถ้ามีการอุดตันของท่อเป็นเวลานานอาจเกิดการติดเชื้อรุนแรง ลุกลามถึงเนื้อเยื่อรอบ ๆ ต่อมน้ำลายและท่อ ในคนไข้ที่เป็นภาวะเรื้อรัง และ นูนก้อนโต จะพบว่าพื้นปากจะบวมสามารถคลำได้ โดยเฉพาะนูนที่อยู่ในท่อน้ำลาย



รูปที่ 1 ลักษณะทางกายวิภาคของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง



รูปที่ 2 A. นีวน้ำลายในต่อมน้ำลายส่วนหน้า B. ส่วนหลัง และ C. ส่วนต่อมน้ำลาย



รูปที่ 3 วิธีคลำหาก้อนนิ่ว ในต่อมน้ำลายวารตัน

Wharton's duct ส่วนหน้า<sup>(1,9)</sup>

การวินิจฉัยโรค โดยอาศัย

1. ลักษณะทางคลินิกและประวัติ
2. การตรวจในช่องปากโดยการคลำ
3. ภาพถ่ายรังสีแบบธรรมดาหรือ sialography<sup>(10)</sup>

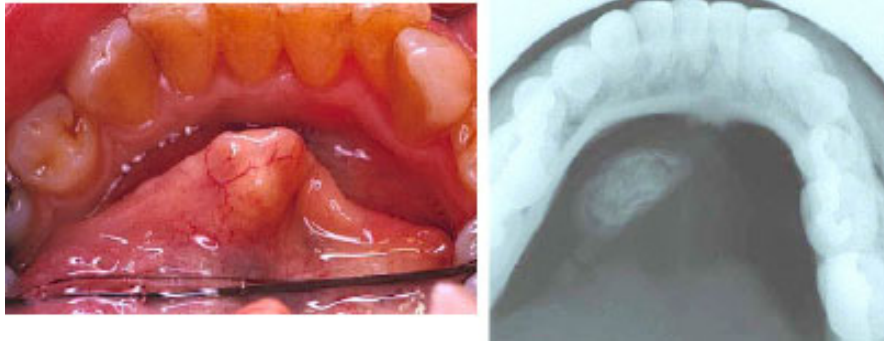
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี อาชีพแม่บ้าน มาพบทันตแพทย์ ที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร เนื่องจากมีอาการบวมบริเวณพื้นปากด้านซ้าย บวมแดงเล็กน้อยเจ็บเล็กน้อย มีหนอง เวลากินอาหารรู้สึกเจ็บและกลืนลำบาก มีอาการมาประมาณ 3 สัปดาห์ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจในช่องปากพบหินน้ำลายปานกลางโดยเฉพาะ ด้านลิ้น

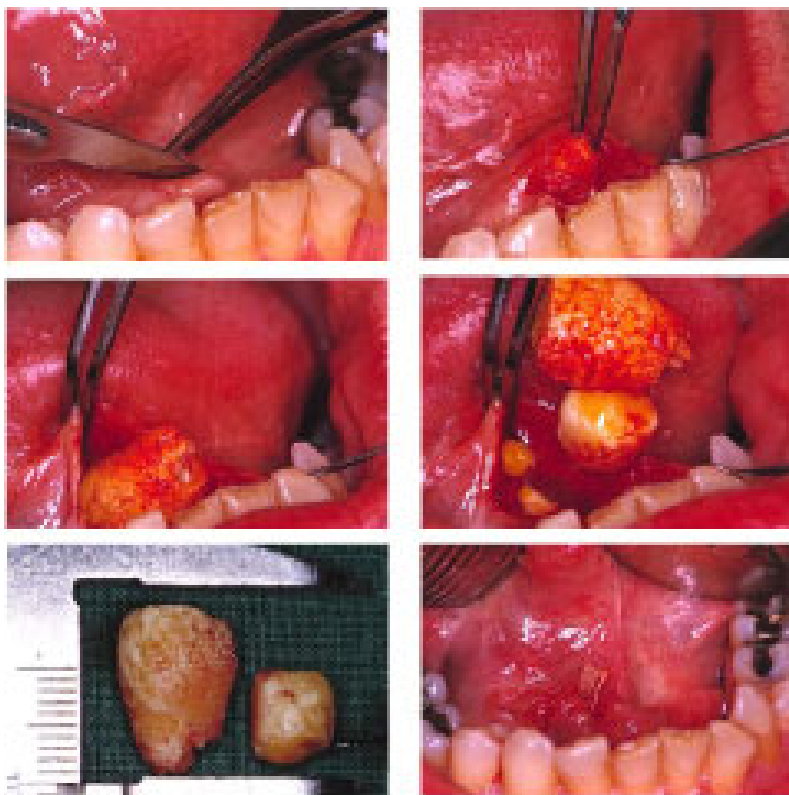
ของพื้นหน้าล่าง 6 ซี่ มีเหงือกอักเสบเล็กน้อย บริเวณพื้นปากที่อักเสบ บวมแดง และมีหนองสีเหลืองจากการติดเชื้อ คลำเจ็บและพบเป็นก้อนชัดเจน เคลื่อนที่ตามทิศทาง การคลำ ไม่ยึดติดกับที่ (รูปที่ 3)

ส่งเอกซเรย์ โดยการกดสบแนวตั้งฉาก (right angle lower occlusal technic) พบก้อนที่รูปทรงไข่ 1 ก้อน อยู่ในพื้นปากใกล้กับด้านใกล้ลิ้นของฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งและฟันกรามน้อยซี่ที่สอง ซึ่งเป็นตำแหน่งของท่อน้ำลายของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างซ้าย (รูปที่ 4)

ผลจากภาพถ่ายรังสี และ ลักษณะอาการทางคลินิก ได้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น นิ่วในต่อมน้ำลาย (sialivary duct calculus หรือ sialolithiasis of mandibular salivary duct) ได้วางแผนการรักษาโดยวิธีการ ศัลยกรรมผ่าเอาก้อนนิ่วน้ำลายออก ตามขั้นตอนดังต่อ



รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสีแสดงก้อนเนื้อ 1 ก้อนอยู่ใกล้รูเปิดของต่อมน้ำลาย



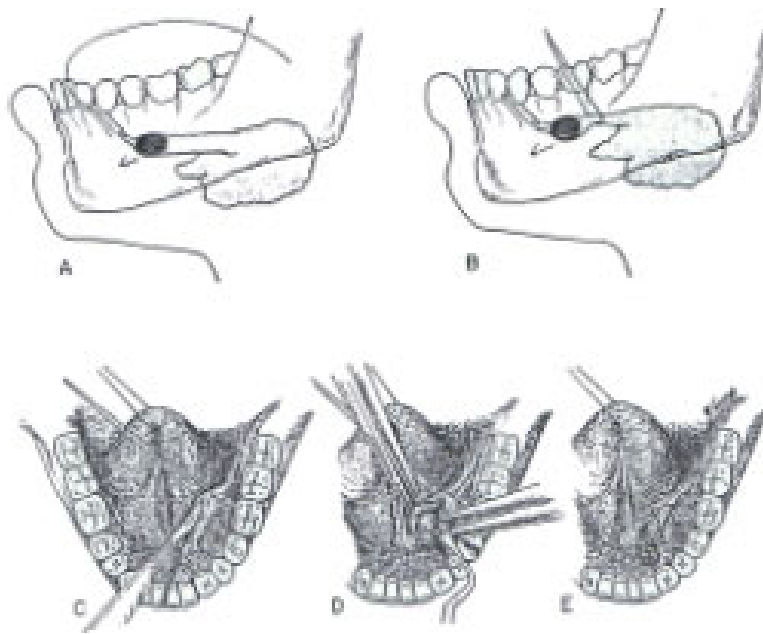
รูปที่ 5 การผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกจากส่วนหน้าในช่องน้ำลายของต่อมวาร์ตัน

#### ไปนี้

1. ฉีดยาชาเฉพาะที่ เส้นประสาทอินฟีเรียแอลวิโอลา (inferior alveolar nerve) และเส้นประสาทลิ๊งกวล (lingual nerve)
2. ฉีดยาชา (infiltration) รอบ ๆ บริเวณก้อนเนื้อ อีกราว 2 มล.
3. ปล่อยให้ซาราว 8-10 นาที เพื่อให้ยาชาออก

#### ฤทธิ์เต็มที

4. ใช้เข็มรูปโค้งตัก ผ่านด้านหลังของก้อนเนื้อ และ ซ้อนใต้ต่อมน้ำลายเพื่อให้ไหมอยู่ด้านหลังของก้อนเนื้อ ป้องกันก้อนเนื้อมันย้อนกลับเข้าไปในต่อมน้ำลาย
5. ใช้คีมห้ามเลือด (hemostat) 2 ตัว วาง บริเวณหน้าและหลังก้อนเนื้อและ ใช้นิ้วดันยกก้อนเนื้อ ขึ้นมา จะเห็นก้อนเนื้อลอยตัวขึ้นมาชัดเจน



รูปที่ 6 ภาพจำลองแสดงการผ่าตัดเอาก้อนนิ่วของท่อน้ำลาย A. ก้อนนิ่วอยู่ส่วนหน้าของท่อน้ำลาย B. ไหมซึ่งอยู่ด้านหลังก้อนนิ่วและใต้ท่อน้ำลายเพื่อป้องกันก้อนนิ่วย้อนกลับเข้าไปในต่อม C. ไหมตัดผ่านลิ้นเพื่อยกลิ้นขึ้นให้เห็นบริเวณที่ผ่าตัดชัดเจน ลงมีดเบอร์ 15 บริเวณก้อนนิ่ว D. ใช้ชันชูดก้อนนิ่วออกพร้อมชูดเนื้อเยื่อที่เสียออก E. เย็บแผลผ่าตัดพร้อมใส่ผ้าก๊อสเพื่อระบายสิ่งคัดหลั่งไว้

6. ใช้ใบมีด No.15 กรีดลงบริเวณก้อนนิ่วตามแนวยาวของท่อ ซึ่งมีหนองไหลออกมาเล็กน้อย

7. ใช้ curette ตักก้อนนิ่วและชูดเนื้อเยื่อที่เสียออกด้วย แล้วล้างแผลตัด ด้วยน้ำเกลือ normal saline จนสะอาด

8. ใส่ก๊อสดูปอไอโอดีน ใส่ในแผลเพื่อช่วยระบายแล้วเย็บแผลด้วยเข็ม No. 5.0

9. ปลดอยคีมห้ามเลือด ไหมที่ลิ้นและไหมด้านท้ายก้อนนิ่วออก ก้อนนิ่วมีลักษณะเป็นก้อนรีสีขาว ชุ่มเหลือองผิวขรุขระ

10. จ่ายยา penicillin V ขนาด 250 mg กินก่อนอาหารและก่อนนอน วันละ 4 เวลาประมาณ 7 วัน ร่วมกับยาแก้ปวด paracetamol 500 mg เวลาปวดพร้อมน้ำยาอมบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ

11. หลังจากผ่าตัด 1 วัน ถอดก๊อส ที่ใส่แผลออก

12. นัดตัดไหมอีก 7 วัน ตรวจรอยผ่าตัดมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ แผลผ่าตัดปกติ ผู้ป่วยหายจากการ

เจ็บปวด และกินอาหารได้ตามปกติ

### วิจารณ์

ก้อนนิ่วในท่อน้ำลายของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง เป็นกรณีที่มีโอกาสพบได้ไม่ยาก การรักษาก็ไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก ฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การรักษาได้ ความสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยเบื้องต้น ประกอบกับการใช้รังสีวินิจฉัยร่วมด้วย ยิ่งก้อนนิ่วที่มีขนาดไม่ใหญ่มากและอยู่ไม่ลึกก็สามารถรักษาได้โดยเร็ว เพราะผู้ป่วยจะเคี้ยว กลืนอาหารได้อย่างลำบาก หากมีการติดเชื้อร่วมด้วยแล้วยังต้องรีบให้การรักษาอย่างเร่งด่วน เมื่อก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่ขึ้นจะอุดตันท่อน้ำลาย และในระยะยาว อาจเกิดความดันย้อน (back pressure) ให้น้ำลายไหลกลับเข้าต่อมน้ำลายเกิดแรงดันที่ทำให้ต่อมฝ่อลงได้<sup>(6)</sup> ดังนั้น ภายหลังจากการเอาก้อนนิ่วออกแล้วควรติดตามดูการทำงานของต่อมน้ำลาย ควรถ่ายภาพรังสีทางไหลของน้ำลาย (sia-

lography) เพื่อตรวจดูว่าเนื้อต่อมเสียไปมากน้อยเพียงใด ในบางครั้งก้อนนิ่วไม่ได้อยู่ใกล้รูเปิดหรือคลำได้ง่ายแต่ อยู่ในต่อมน้ำลาย การรักษานอกจากจะต้องผ่าตัดเอา ก้อนนิ่วออกแล้วยังจะต้องตัดท่อน้ำลายนั้นออกด้วย<sup>(7,11)</sup> มิใช่ เอาออกเฉพาะก้อนนิ่วเท่านั้น

การวินิจฉัยก้อนนิ่วควรต้องรอบคอบในการซัก ประวัติ การตรวจภายนอกและภายในช่องปาก รวมทั้ง ภาพถ่ายรังสี จึงจำเป็นอย่างมาก จะทำให้ทราบขนาด และตำแหน่งของนิ่ว การวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อน จะทำให้การวางแผนการรักษาผิดพลาด ซึ่งเคยมีรายงาน ผู้ป่วยของ Karlman<sup>(12)</sup> และEichner ในปี 1987 ที่ วินิจฉัยก้อนนิ่วขนาดใหญ่ เป็นการติดเชื่อของฟันใน บริเวณช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular space)

วิธีการการถ่ายภาพรังสีที่เหมาะสม ในการตรวจ หาตำแหน่งของก้อนนิ่วของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร ล่างคือ การใช้วิธีถ่ายภาพรังสี แนวกุดสบชนิดให้รังสี ตั้งฉากกับฟิล์ม (right angle lower occlusal technic) สำหรับต่อมพาโรติดนั้น จะใช้วิธีการถ่ายภาพรังสีนอก ช่องปากแนวหน้า-หลัง แล้วให้คนไข้เป่าแก้ม(cheek blow out Posterior-Anterior view หรือ PA view) ก้อน นิ่วที่จะเห็นได้จากภาพรังสีทั่วไป จะเป็นก้อนนิ่วที่ทึบ แสงเท่านั้น ซึ่งจะพบว่าก้อนนิ่วของต่อมใต้ขากรรไกร ล่างจะทึบรังสีร้อยละ 80 ส่วนก้อนนิ่วของต่อมน้ำลาย พาโรติดนั้นจะทึบแสงเพียงร้อยละ 60 สำหรับก้อนนิ่ว น้ำลายชนิดที่ไม่ทึบรังสีสามารถตรวจพบได้ง่าย หากใช้ สารทึบรังสีชนิดที่ละลายได้ในน้ำ ฉีดเข้าไปในท่อน้ำลาย เพื่อหาตำแหน่งของก้อนนิ่ว สารทึบแสงที่ฉีดเข้าไปใน ท่อหรือต่อมน้ำลายจะมีอยู่สองชนิด คือชนิดที่ละลายน้ำ กับ ชนิดที่ละลายในไขมัน พบว่า การใช้สารทึบรังสี ชนิดละลายน้ำ ให้ภาพรังสีของก้อนนิ่วได้ชัดเจนกว่า การใช้สารทึบรังสีชนิดละลายในไขมัน<sup>(7)</sup>

การตรวจวินิจฉัยแยกโรคก้อนนิ่วใต้ขากรรไกรล่าง ต้องแยกออกจากโรคที่มีการสะสมแคลเซียมอื่น ๆ ที่ ปรากฏในขากรรไกร เช่น การสะสมเกลือแคลเซียมใน

ต่อมน้ำเหลือง<sup>(13)</sup> นิ่วในหลอดเลือดดำ การหนาตัวของ กระดูก ส่วนของปุ่มกระดูก (torus mandibularis) และ ฟอง อากาศ เป็นต้น<sup>(7,14)</sup>

เหตุผลที่พบนิ่วมากในต่อมและท่อของต่อมใต้ขา กรรไกร เนื่องจาก

1. น้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่างเหนียว และข้น<sup>(1,2,7)</sup>

2. ในน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่างมี ฟอสฟาเทสสูง ซึ่งน้ำย่อย (enzyme) นี้ จะไปย่อย แคลเซียม กลีเซอรินฟอสเฟต (calcium glycerine phosphate) ให้เป็นสารประกอบอินทรีย์ฟอสเฟต (organic phosphate) จึงตกตะกอนได้ง่ายเมื่อมีฤทธิ์เป็นด่าง<sup>(7,10,15)</sup>

3. ลักษณะทางกายวิภาคของท่อที่ทอดตัวสูงขึ้น และรูเปิดของท่อน้ำลายของต่อมใต้ขากรรไกรล่าง มี ขนาดเล็กและยาว ทำให้เกิดการคั่งค้างของเศษเนื้อเยื่อ หรือเซลล์ได้ง่าย แล้วรวมตัวเป็นนิ่ว<sup>(5,7,10,16)</sup>

อย่างไรก็ตาม ยังมีวิธีการอื่นอีกหลายวิธีในการนำ ก้อนนิ่วน้ำลายออกได้ Marchbank และ Buckenham<sup>(17)</sup> รักษาโดยเอาก้อนนิ่วน้ำลายบริเวณด้านในกลางของ ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง โดยการฉีกก้อนนิ่วออกโดยไม่ ต้องผ่าตัดในผู้ป่วย 1 ราย Barak, Katz และ Hintz<sup>(18)</sup> ได้รายงานผู้ป่วย 6 ราย พบมีก้อนนิ่วน้ำลายขนาด 3 มม. หรือเล็กกว่าในท่อน้ำลายซึ่งได้รับการใช้คาร์บอน- ไดออกไซด์เลเซอร์ (carbon dioxide laser) ในการ ผ่าตัดออก Konigsberger และคณะ<sup>(19)</sup> ได้รักษาผู้ป่วย 29 ราย ที่มีก้อนนิ่วน้ำลายในท่อน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง โดยการส่องกล้องเข้าไปในท่อน้ำลายแล้วใช้ shoke wave สลายก้อนนิ่วน้ำลายภายใต้การเฝ้าระวังเฉพาะที่ โดยเรียกการรักษาวิธีนี้ว่า endoscopically controlled electrohydraulic intracoporeal shoke wave litho- tripsy

การศึกษาเกี่ยวกับการเกิดนิ่วน้ำลายมีมากมาย Damford<sup>(20)</sup> ได้รายงานผู้ป่วยที่มีช่องทะลุที่แก้ม เนื่องจาก ก้อนนิ่วน้ำลายในท่อน้ำลายของต่อมพาโรติด Berini และ Gag<sup>(21)</sup> ได้ศึกษาในผู้ป่วย 206 ราย เป็นระยะเวลา 15

ปี จากการผ่าตัดต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างพบว่ามี การเกิดนิ่วน้ำลายร้อยละ 62 ซึ่งผู้ป่วยที่มีการเกิดนิ่ว น้ำลาย จะพบว่ามีก้อนนิ่วในไต (nephrolithiasis) ร่วม ด้วยร้อยละ 5.5 การติดตามผลการรักษาไม่ค่อยพบการ เกิดซ้ำของโรคอีก<sup>(22)</sup>

### สรุป

รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่มีนิ่วน้ำลายในท่อน้ำลาย ของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ซึ่งมีอาการอักเสบบริเวณ ก้อนนิ่ว ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอานิวออก ร่วมกับ การให้ยาปฏิชีวนะในขนาดและเวลาที่เหมาะสม โดย 7 วัน ตัดไหมที่แผล ภายหลังการรักษา 2 เดือนพบว่า เป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

### เอกสารอ้างอิง

1. Archer WH. Affection of the salivary glands, oral surgery. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1975.
2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Physical and chemical injuries of the oral cavity. Oral pathology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1974.
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. Topazian RG, Goldberd MH. Oral and maxillofacial infection. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1989.
6. ศิริพันธ์ วิเศษสินธุ์. นิ่วของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร. วารสาร ศัลยช่องปาก แม็กซิลโลเฟเชียล 2533; 4:13-9.
7. วิจิตร บุญยะโทตระ, สว่าง เชื้อหิรัญ. ก้อนนิ่วของต่อมน้ำลาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร; 2533.
8. Saunders JR, Hirata RM, Jaques DA. Salivary gland.

- In: Luce EA, editor. Head and neck surgery. The Surg. Clinics of North America. Philadelphia: W.B. Saunders; 1986. p. 59.
9. Greenberg MS, Miller MF. Salivary gland disease. In : Burket LW, editor. Burket's oral medicine. Philadelphia: JB Lippincot; 1977. p. 212.
  10. Shafer WG, Hini MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1974.
  11. Mckena JP, Bostock DJ, Mcmenamin PG. Sialolithiasis. Am Fam Physician 1987; 36:199-225.
  12. Kaltman S, Eichner M. Giant sialolithiasis appearing as odontogenic infection. J Am Dent Assoc 1987; 115:425-6.
  13. Makus A. Submandibular salivary calculus an artifact. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 63:749-50.
  14. Worth HM. The salivary gland; principle and practice of oral radiologic interpretation. Chicago: Year book Medical Publishers; 1963.
  15. Blatt IM. Studies in sialolithiasis III pathogenesis, diagnosis and treatment. South Med J 1964; 57:723.
  16. Pilak M, Gwiazde E. Differential diagnosis of salivary duct calculi in children. Pediatr Pol 1988; 63(1): 43-5.
  17. Marchbank ND, Buckenham TM. Removal of a submandibular duct calculus with a vascularsnare. J Dentomaxillofac Radiol 1993; 22:97-8.
  18. Barak S, Katz J, Hintz S. Use of the carbon dioxide laser to locate small sialoliths. J Oral Maxillofac Surg 1993; 51:379-81.
  19. Kongsberger R, Fegh J, Goetz A, Kastenbauer E. Endoscopically controlled electrohydraulic intracoporeal shoke wave litrotripsy(EISL) of saliva stones. J Otolaryngol 1993; 22:12-3.
  20. Damford M. Facial sinus formation secondary to a parotid duct calculus. J Br Dent 1993; 175:73-4.
  21. Berini AL, Gag EC. Morbiditis associated with removal of the submandibular gland. J Craniomaxillofac Surg 1992; 20:216-9.
  22. จรุงศรี โกสินทรเสณีย์. การเกิดนิ่วในต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ซ้าย. Thai J Oral Maxillofac Surg 1995; 9(2):67-71.

**Abstract Sialolithiasis in Wharton's Duct of Mandible : A Case Report**

**Chalermchai Boonprasit**

Phiboonmungsaharn Hospital, Ubon Ratchathani

*Journal of Health Science* 2008; 17:496-503.

Sialolithiasis is the occurrence of calculus concretions in salivary glands or ducts; sialoliths can be identified yet reveal no obvious clinical symptoms, since large and highly elastic salivary duct, rarely becomes completely obstructed. Large sialoliths can cause some obstruction and inflammation of the salivary duct and reduce the saliva flow. Acute infection and abscess formation with excessive pain may follow. The sialoliths can be visible in radiography image. The case of a 42 year-old Thai woman with a shuttle-like concretion in the left Wharton's duct was reported. In her case the sialolith was  $1.9 \times 0.7$  cm in diameter. Successful treatment of the condition was achieved through surgical removal of the sialolith under local anesthesia and medication with antibiotic drugs. Within 2 months, the patient became normal.

**Key words:** sialolithiasis, sialolith, salivatory duct, Wharton's duct, calculus