วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ม.ค.–มี.ค. 2537

Journal of Health Science
Vol. 3 No.1 Jan.-Mar. 1994

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การติดเชื้อบริเวณช่องปากและใบหน้า (Masticator Spaces) ที่มีสาเหตุมาจากฟัน

The Infection of Masticator Space Caused by Pericoronitis of Lower Third Molar

อนงค์ หิรัญรัศ ท.บ.
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

Anong Hiranrus DDS
Pharanungkhlao Hospital

บทคัดย่อ

รายงานคนไข้ที่มีภาวะการติดเชื้อโดยเริ่มที่ช่องแมสติเกเตอร์ (Masticator - Spaces)และลุกลามไปยังบริเวณอื่นของช่องปากและใบหน้า ต้นเหตุจากฟันกรามล่างซี่สุดท้ายซึ่งมีการอักเสบของเหงือกรอบๆตัวฟัน (Pericoronitis)คนไข้ถูกรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยให้การรักษาโดยฟื้นฟูสภาพร่างกายทั่วไป ให้ยาปฏิชีวนะขนาดสูงและทำการเจาะระบายหนอง ตามหลักการรักษาภาวะการติดเชื้อ พร้อมทั้งถอนฟันที่ต้นเหตุออก

ABSTRACT

The treatment of infection of the masticator spaces was reported and discussed with severe swelling and trismus. Pericoronitis of the gingival flap of partially erupted lower third molar is usually found as the cause of masticator spaces infection. The treatment consisted of hydration, high dosed antibiotics and surgical decompression.

บทนำ

การติดเชื้อในช่องปากและบริเวณใบหน้าพบได้จากหลายสาเหตุ ที่พบบ่อยส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อของฟันและเหงือก[1,2] ฟันที่พบเป็นต้นเหตุของการติดเชื้อของเหงือกรอบๆตัวฟัน (pericoronitis) คือฟันกรามล่างซี่สุดท้ายซึ่งขึ้นไม่ได้เต็มที่ในปาก เนื่องจากไม่มีช่องว่างของกระดูกรองรับฟัน (alveolar bone) มากพอให้ฟันขึ้นได้เต็มที่ เมื่อมีการอักเสบของเหงือกจากฟันซี่สุดท้ายเกิดการติดเชื้อกระจายเข้าสู่ช่องว่างระหว่างพังผืด (fascial space) ของใบหน้าและคอได้ ถ้าการติดเชื้อนั้นเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและลุกลามรวดเร็ว จะทำให้เกิดภาวะ ludwig's angina

Scanned by CamScanner

ซึ่งเป็นภาวะรีบด่วนที่จะต้องรีบให้การรักษาเพราะสามารถลุกลามไปยัง mediastinum โดยผ่านทาง fascial planes ของลำคอ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาโดยเร็วและถูกต้อง เนื่องจากอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความตายจากการหายใจไม่ออกเพราะทางเดินหายใจอุดตัน (ดังภาพที่ 1)

จากช่องว่างระหว่างพังผืดของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการบดเคี้ยวทั้งหมด ช่องแมสติเกเตอร์ (masticator spaces) เป็นช่องว่างอันหนึ่งที่จะพบการลุกลามของการติดเชื้อจากฟันกรามล่างซี่สุดท้ายได้บ่อยที่สุด[3] และจากช่องว่างนี้ซึ่งเป็นที่อยู่ของหลอดเลือดแดงอินเทอร์นัลแมกซิลลาร์ ประสาทแมนดิบูล่าร์ ทั้งยังเป็นทางติดต่อสำคัญไปยังช่องระหว่างพังผืดที่สำคัญต่าง ๆโดยเฉพาะช่องด้านข้างของหลอดอาหาร (Lateral pharyngeal space) ซึ่งถ้าหากการติดเชื้อลุกลามมาถึงส่วนนี้ ก็จะลามเข้าไปในช่องทรวงอกได้ (Mediastinum)

ช่องแมสติเกเตอร์ (Masticator spaces) มีลักษณะทางกายวิภาคดังนี้

ด้านหน้า เป็น deep cervicle fascia ที่มาประกอบเป็นส่วนของขากรรไกรล่าง (mandible)

ด้านหลัง เชื่อมต่อกับ parotid space ทางด้านข้างและทางด้านใกล้กลางเป็นช่องด้านข้างของหลอดอาหาร (Lateral pharyngeal space)

ด้านบน เป็น Superficial และ Deep Temporal pouches

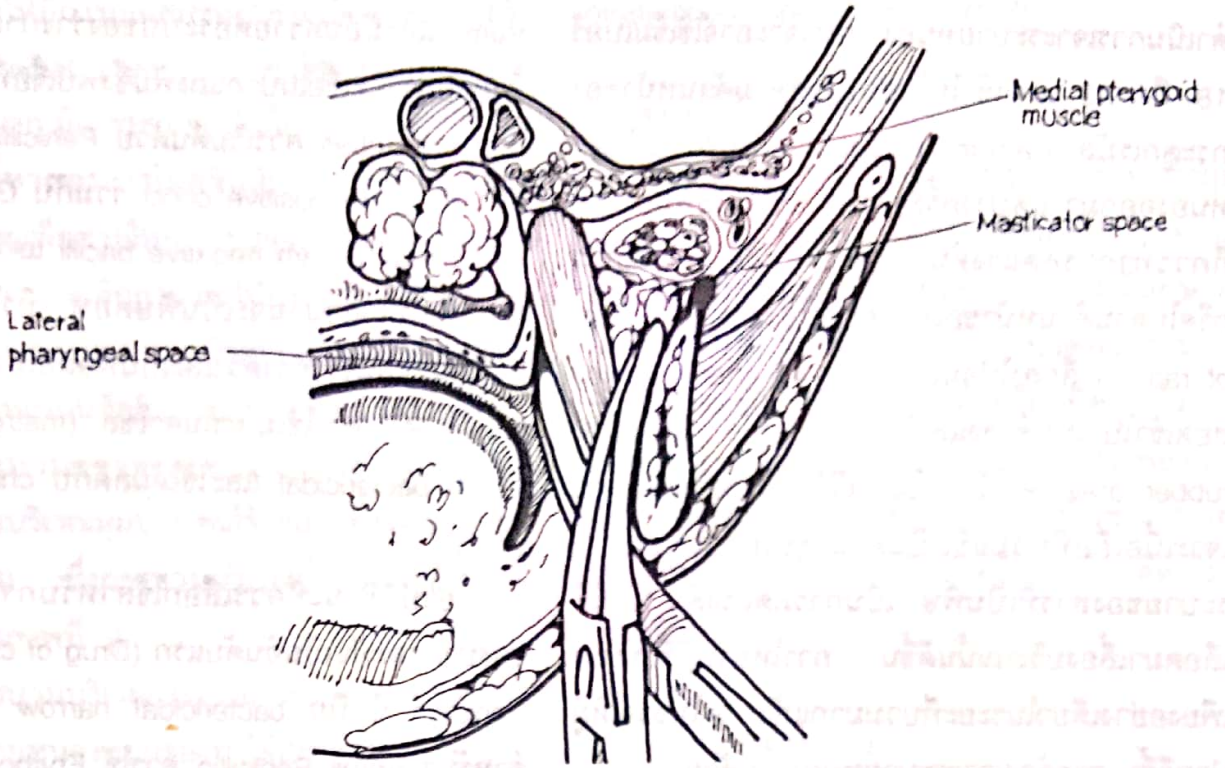
ด้านล่าง เป็นมุมของกระดูกขากรรไกรล่าง

การติดเชื้อบริเวณช่องปากและลำคอ เกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ที่พบบ่อยเกิดจากการติดเชื้อจากโรคของเหงือกและฟัน[1,2] ที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้มีการกระจายของเชื้อโรคจากโพรงประสาท ดังนั้นช่องแมสติเกเตอร์ จะมีกล้ามเนื้อเทอริกอยด์อยู่ด้านในและกล้ามเนื้อแมสเซเตอร์อยู่ด้านนอก ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 ผู้ป่วย Ludwig's angina จากการเจาะระบายหนองและเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

Scanned by CamScanner

รูปที่ 2 แสดงตำแหน่งการเจาะเข้าสู่ masticator spaces เพื่อระบายหนอง



สาเหตุของการติดเชื้อ

การติดเชื้อของช่องแมสติเกเตอร์ (Masticator spaces) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อจากฟัน[3-5] (odontogenic) ฟันที่พบเป็นต้นเหตุมากที่สุดคือฟันกรามล่าง ซึ่งอยู่ต่ำกว่าแนวเกาะของกล้ามเนื้อไมโลไฮออยด์(mylohyoid) รวมทั้งกระดูกขากรรไกรด้านลิ้น บริเวณนี้มีลักษณะค่อนข้างบาง เป็นเหตุให้การติดเชื้อจากปลายรากฟันสามารถแพร่กระจายการติดเชื้อเข้าสู่พื้นช่องปากได้ สาเหตุอื่นที่พบได้คือกระดูกขากรรไกรล่างหักแล้วไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง การฉีกขาดของเนื้อเยื่อจากภยันตรายที่เกิดกับกล้ามเนื้อที่ใช้บดเคี้ยว (muscle of mastication) หรือจากการอักเสบของต่อมทอนซิล (tonsillitis)[3-6] การติดเชื้อที่ลุกลามมาจากช่องระหว่างพังผืด (fascial space)ใกล้เคียง หรือจากสาเหตุการใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาดฉีดสกัดประสาทแมนดิบูล่าร์ (mandibular nerve block)

การรักษา

หากสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ก็จะสามารถวางแผนการรักษาได้ทันท่วงทีในการบวมระยะแรก การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมอาจจะหยุดยั้งการบวมและการติดเชื้อได้ พบว่ามีเชื้อหลายชนิดแป็นสาเหตุร่วมกัน[2,4,7-9] (mixed infections) แต่เชื้อที่พบส่วนมากมักร่วมระหว่าง aerobes และ anaerobes ซึ่งพบประมาณร้อยละ 70 ของการติดเชื้อ พบเชื้อ aerobes อย่างเดียวประมาณร้อยละ 25 ประมาณร้อยละ 90 ของเชื้อ aerobes พบเป็น streptococcus ส่วน anaerobes มีเชื้อหลายชนิดที่พบบ่อยคือ Anaerobic Streptococcus, Bacteroids และ Fusobacterium ดังนั้น หากคนไข้บวมมากจน

Scanned by CamScanner

อ้าปากไม่ได้ ทำให้ไม่ได้รับอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรักษาสภาพทั่วไปของคนไข้ให้แข็งแรง แล้วค่อยดำเนินการเจาะระบายหนอง การเจาะอาจใช้เข็มเบอร์ 18 ถึง 23 แทงเข้าไปในช่องปากตามด้านหน้าของกระดูกเรมัส (ramus) จนถึงบริเวณหนอง แล้วดูดหนองออกมา แต่บางครั้งการเจาะอาจไม่ได้หนอง แต่ก็ควรทำการลดแรงดัน (decompress) โดยการกรีดไปตามด้านหน้าของกระดูกเรมัส (anterior border of ramus) ลึกลงไปจนถึงกระดูก ใช้ artery forceps สอดเข้าไป เบนต่ำลงและไปทางด้านหลัง แล้วเสียบ rubber drain คาไว้ ในกรณีที่เป็น cellulitis การเจาะเนื้อเยื่อที่บวมแข็งเป็นดานจะช่วยทำให้เกิดการระบายของสารที่เป็นพิษ เป็นการลดแรงดัน ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นดีขึ้น การให้ยาปฏิชีวนะแต่เพียงอย่างเดียวในระยะที่บวมมากแล้ว จะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ควรต้องเจาะระบายหนองร่วมด้วย

ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจหรือพิการใส่ข้อเทียมควรได้รับยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังทำศัลยกรรมช่องปาก การใช้ยาปฏิชีวนะควรเลือกให้มีผลตรงกับเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่งจะทราบได้จากหนองที่เจาะแล้วนำไปเพาะเชื้อ (culture) ถ้าให้ยาถูกต้องและทำศัลยกรรมร่วมหลัง 24-48 ชั่วโมง คนไข้ควรจะรู้สึกดีขึ้น ดูจากบวมยุบลง ไข้ลดลง อ้าปากได้มากขึ้น

ส่วนใหญ่ในระยะแรกของการติดเชื้อ พบเชื้อ aerobes มาก แต่เมื่อการติดเชื้อเข้าสู่ระยะเรื้อรังเป็นฝีหนอง มักเจาะพบเชื้อ anaerobes เป็นส่วนมาก การให้ยาปฏิชีวนะต้องให้มีระดับของยาอยู่ในเนื้อเยื่อสูงเพื่อฆ่าหรือทำลายแบคทีเรีย อย่างมีประสิทธิภาพ แล้วควรรีบถอนฟันที่เป็นสาเหตุออกทันที หากฟันที่เป็นสาเหตุอยู่ในสภาพที่ถอนออกยากเช่นฟันคุด ก็อาจต้องพิจารณาถอนออกภายใต้การดมยาสลบ

ยาที่ควรเลือกใช้ (Drugs of choice)

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ควรเลือกตัวที่มี narrow spectrum และมีอันตรายต่อระบบของร่างกายน้อยที่สุด สำหรับการติดเชื้อในปากและฟันซึ่งพบเชื้อทั้ง aerobes และ anaerobes ควรเริ่มต้นด้วย Penicillin ซึ่งให้ผลดีต่อเชื้อ gram positive cocci ร่วมกับ Gentamicin ได้ผลดีต่อเชื้อ gram negative bacilli แต่มีข้อเสียคือหากใช้เป็นเวลานานจะเป็นพิษต่อหู ทำให้สูญเสียการได้ยินและการทรงตัว และเป็นพิษต่อไต สำหรับเชื้อ anaerobes ควรใช้เมโทรไนดาโซล (metronidazole) ซึ่งเป็น bactericidal และใช้ได้ผลดีกับ chronic abscess

ยาปฏิชีวนะที่ควรเลือกใช้สำหรับการติดเชื้อในช่องปากและฟันเป็นอันดับแรก (Drug of choice) คือ Penicillin ซึ่งเป็น bactericidal narrow spectrum สำหรับรายที่แพ้ Penicillin ควรใช้ Erythomycin ซึ่งเป็น bacteriostatic แต่ไม่ควรใช้ในขนาดสูง

ในกรณีที่ Penicillin ใช้ไม่ได้ผล ควรเลือกใช้ยาตามลำดับดังนี้

- Clindamycin ได้ผลดีเหมาะกับเชื้อในช่องปาก anaerobes แต่ราคาแพง จึงไม่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

- Cefaclor เป็น board spectrum ทำลายเชื้อ Streptococcus ได้ผลดี แต่ราคาแพง

เมื่อเจาะระบายหนอง นำหนองไปเพาะเชื้อ (culture) พร้อมทั้งตรวจสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ (sensitivity test) ก็จะสามารถเลือกใช้ยาที่มีผลตรงกับเชื้อที่เป็นต้นเหตุ

ภาวะแทรกซ้อน

ในกรณีที่การติดเชื้อในช่องแมสติเกเตอร์ (masticator spaces) รุนแรง อาจลุกลามเข้าไปทาง

Scanned by CamScanner

ด้านหน้า (anterior) หรือด้านหลัง (posterior) ของช่องทางด้านข้างของฟาริงซ์ (Lateral pharyngeal space) ทำให้มีการอักเสบของกล้ามเนื้อ มีเดียลเทอริ-กอยด์ (Medial Pterygoid) คนไข้จะบวมภายในคอ หายใจลำบาก มีการบวมของลิ้นไก่ (uvula) (ภาพที่ 3)

ทั้งนี้หากอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยอาจจะต้องได้รับการเจาะคอเพื่อช่วยให้การหายใจสะดวกขึ้น ควรรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสามารถให้ยาปฏิชีวนะทางกระแสโลหิตอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มด้วยเพนนิซีลลิน หรือพิจารณาให้เพนนิซีลลิน ร่วมกับ metronidazole

การบวมอาจจะลุกลามมาทางด้านหน้าของขากรรไกรบริเวณมุมปาก คนไข้จะบวมที่ buccal space (ภาพที่ 4) ซึ่งการบวมบริเวณนี้ คนไข้จะอ้าปากได้กว้าง (ดังภาพที่ 5)

การบวมบริเวณ buccal space infection การเจาะระบายหนองนอกช่องทำได้สะดวก ดังภาพ 6

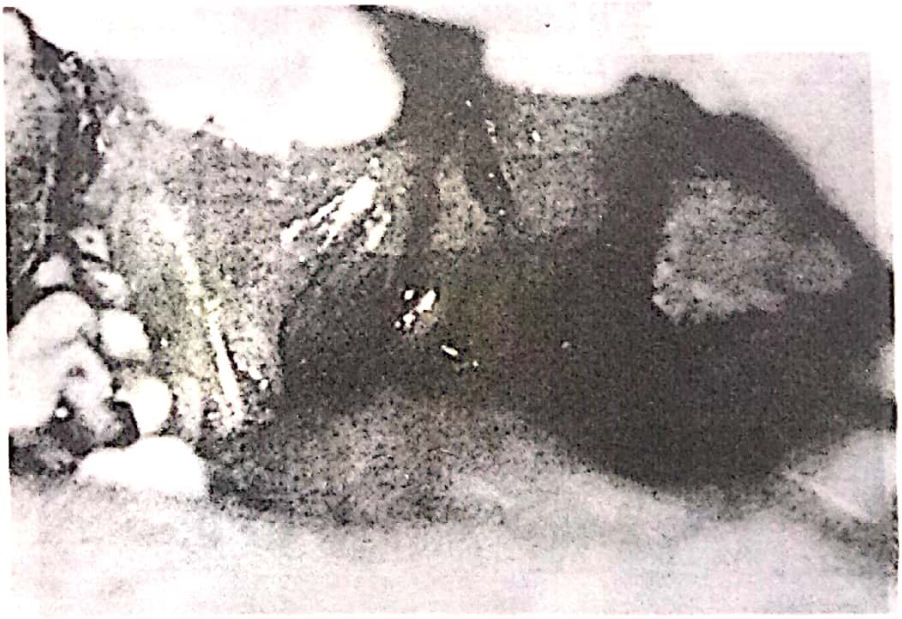
ในบางครั้ง infection อาจลุกลามขึ้นบนไปตาม medial surface ของ ramus ทำให้เกิดบวมที่ infratemporal space (ดังภาพที่ 7)

รายงานผู้ป่วย

ผู้หญิงไทย อายุ 28 ปี มารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม ร.พ.พระนั่งเกล้า ด้วยอาการปวดบวมบริเวณขากรรไกรล่างข้างขวา การบวมมีลักษณะบวมแดง แข็ง คนไข้ให้ประวัติว่า ปวดฟันกรามล่างข้างขวาซี่สุดท้าย ซึ่งยังขึ้นไม่ได้ เหงือกที่คลุมฟันบวมแดง อ้าปากไม่ขึ้น เป็นมา 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ต่อมาเริ่มมีอาการบวมที่ขากรรไกรล่าง ข้างขวา (ภาพที่ 8) ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงในอดีต ไม่มีประวัติแพ้ยา

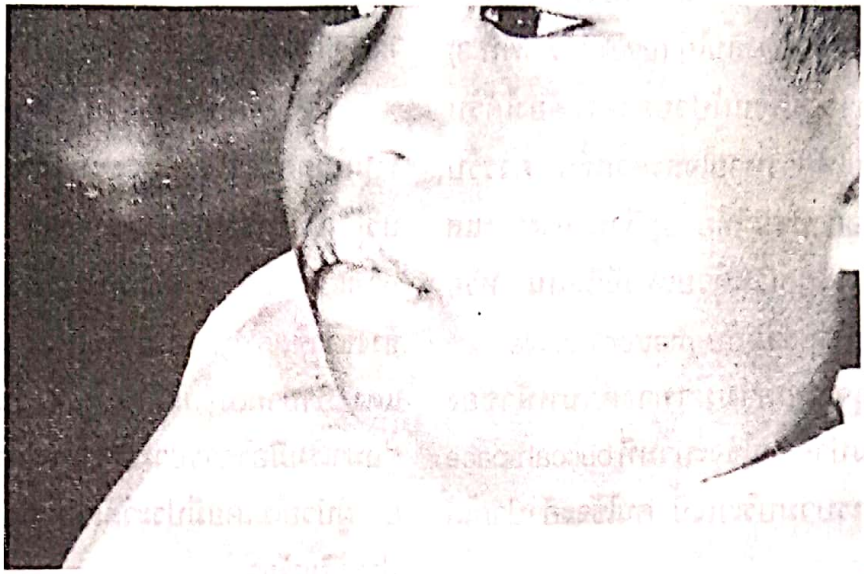
การตรวจร่างกาย

ภาพที่ 3 ลักษณะการบวมของลิ้นไก่จากภาวะ Lateral pharyngeal space infection



Scanned by CamScanner

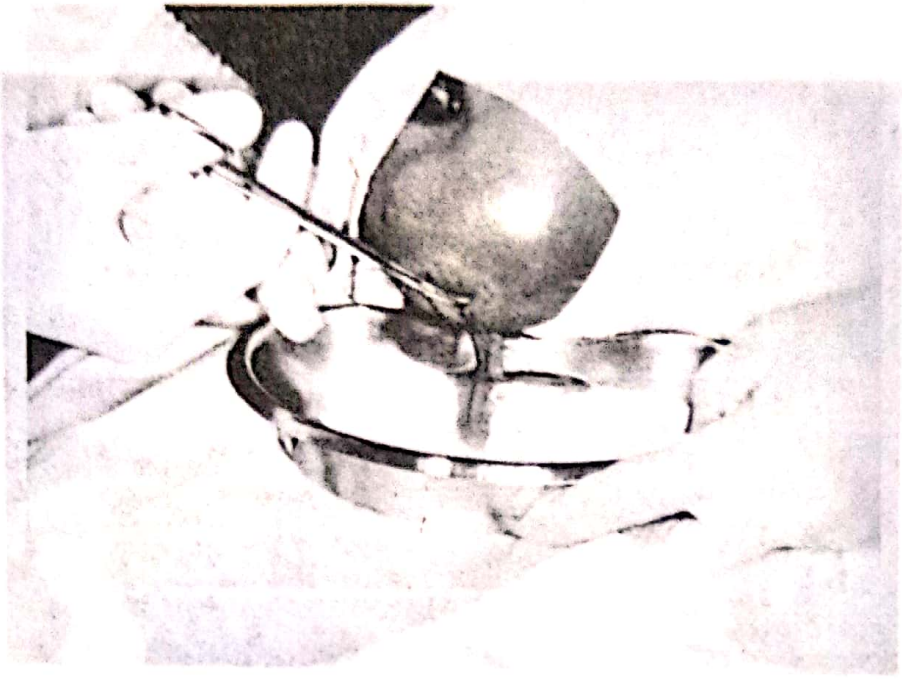
ภาพที่ 4 ลักษณะการบวมของ buccal space infection



ภาพที่ 5 คนไข้ยังอ้าปากได้กว้างใน buccal space infection

Scanned by CamScanner

ภาพที่ 6 การเจาะระบายหนองนอกช่องปากของ buccal space infection



ภาพที่ 7 แสดงการบวม infratemporal space ซึ่งการติดเชื้อลุกลามมาจาก masticator spaces

Scanned by CamScanner

ภาพที่ 8 แสดงการบวมบริเวณช่องใต้แมนดิบูล่าร์ (Submandible Space) ซึ่งลามมาจากการเกิดเชื้อของช่องแมสติเกเตอร์

สภาพทั่วไปของผู้ป่วยค่อนข้างอ่อนเพลีย เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ อ้าปากได้น้อย มีไข้ 38.5° ซ. ความดันโลหิต 110/80 มม. ปรอท

ชีพจร	98 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ	22 ครั้ง/นาที
น้ำหนักตัว	48 กิโลกรัม

การตรวจทางคลินิก

พบบวมบริเวณขากรรไกรล่างข้างขวา บวม มีลักษณะแดง แข็ง กดเจ็บ อ้าปากได้ประมาณ 5 ม.ม. ฟันซี่ #48 ขึ้นบางส่วนร่วมกับมี pericoronitis แต่ไม่มีหนองออก พบการบวมแดงบริเวณด้านข้างของคอทางด้านหลังของฟันกรามล่างข้างขวา

การตรวจทางรังสี

ภาพถ่ายรังสี ออร์โตแพน พบว่า ฟันกรามล่างซี่สุดท้ายข้างขวา ขึ้นไม่ได้เต็มที่ (ภาพที่ 9)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

พบว่า

Hct	=	25%
WBC	=	13900 cell/cu mm.
Neutrophil	=	84%
Lymphocyte	=	16%
Na	=	138 mEq
K	=	2.7 mEq
Cl	=	100 mEq
FBS	=	88 mg%

Scanned by CamScanner

ภาพที่ 9 แสดงภาพถ่ายรังสี ออร์โตแพน พบว่า ฟันกรามซี่สุดท้ายด้านขวา ขึ้นไม่เต็มที่

BUN = 10 mg/dl

Creatinine = 0.7 mg/dl

การวินิจฉัย

ให้การวินิจฉัยว่า เป็นการติดเชื้อบริเวณช่องมาสติเกเตอร์ (masticator spaces) โดยเฉพาะบริเวณเทอริโกแมนดิบูล่าร์ (Pterygomandibula) และลุกลามมาเข้าช่องใต้แมนดิบูล่าร์ (Submandibular space)

การรักษา

ได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทันที ให้การรักษาโดยให้สารละลายเกลือแร่ 5% D/Nss/2 1,000 มล. ทางหลอดโลหิตดำ ในอัตรา 150 มล./ชม. พร้อมกับให้ยา เพนนิซิลลิน 2 ล้านยูนิตเข้าเส้นเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ให้เจนตามัยซิน (gentamicin) 80 มก. เข้ากล้ามทุก 8 ชั่วโมง และเมโทรไนดาโซล 500 มก. เข้าเส้นเลือดดำช้าๆ ทุก 8 ชั่วโมง แล้วทำการเจาะระบายหนองโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ กรีดผิวหนังบริเวณที่อยู่ใต้ต่อขอบล่างของกระดูกขากรรไกรล่าง และหน้าต่อรอยเกาะของกล้ามเนื้อแมสเซทเตอร์ (masseter) แล้วใช้เครื่องมือที่ไม่คมเช่น curved artery forceps ที่ไม่ใหญ่นักค่อยดันผ่านชั้นต่าง ๆเข้าไปอยู่ด้านนอกและด้านในต่อกระดูกเรมัส (ramus) และเข้าไปใต้กล้ามเนื้อแมสเซทเตอร์ (masseter muscle) กล้ามเนื้อเทอริกอย (pterygoid muscle) ก็สามารถระบายหนองออกมาได้ (ดังภาพที่ 10) ส่งหนองไปตรวจเพาะเชื้อและตรวจสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ

หลังจากระบายหนองออกได้ 2 วัน การรักษาขั้นต่อไปคือ ถอนฟันที่เป็นต้นเหตุซี่ #48 ออก ในภาวะที่คนไข้อ้าปากได้ไม่เต็มที่ วิธีการฉีดยาชา mandibular nerve block ทำโดยงอเข็มฉีดยา แล้วแทงเข้าทางด้านกระพุ้งแก้ม ซึ่งจะสามารถฉีดยาชาได้ แม้คนไข้จะอ้าปากได้เพียงเล็กน้อย โดยใช้เทคนิคของโกว์เกต (Gowgate's) เมื่ออาการชาเกิดขึ้น อาการ

Scanned by CamScanner

ภาพที่ 10 การเจาะระบายหนองภายนอกช่องปาก

ปวดทุเลาลง การเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง คนไข้จะอ้าปากได้กว้างขึ้น จะทำให้สามารถถอนฟันซี่ที่เป็นสาเหตุออกได้ เนื่องจากอยู่ในสภาพเป็นหนอง การกรีดเหงือกส่วนที่คลุมฟัน (operculum) กรามล่างซี่สุดท้ายนั้น ก็จะช่วยให้ฟันขยับออกได้ง่าย และยังช่วยระบายหนองได้ดียิ่งขึ้น แผลที่เจาะระบายหนองต้องได้รับการทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าปิดแผลวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ล้างด้วยไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (H_2O_2) ผสมกับ saline อัตราส่วน 1:3 แล้วตามด้วย saline อย่างเดียวเพื่อไล่ H_2O_2 ส่วนที่เหลือออก วันที่สี่หลังการเจาะหนองผลการเพาะเชื้อ ไม่มีเชื้อขึ้น อาการทั่วไปดี จึงเปลี่ยนยาฉีดเป็นยารับประทานโดยให้เพนนิซิลลิน 500 มก. ทุก 6 ชั่วโมง และเมโทร-ไนดาโซล 400 mg ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้หลังพักรักษาตัวอยู่ ร.พ. 8 วัน การติดตามผลการรักษา (follow up) นัดผู้ป่วยมาตรวจดูอาการที่กลุ่มงานทันตกรรม อีก 2 สัปดาห์และ 3 เดือนต่อมาตรวจทางรังสีไม่พบความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร

วิจารณ์

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อบริเวณช่องแมสติเกเตอร์(masticator spaces)อาศัยลักษณะทางคลินิก การบวมแดง บริเวณขากรรไกรล่างบริเวณใต้คาง โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยอ้าปากไม่ขึ้น (trismus) ผู้ป่วยให้ประวัติปวดฟัน #48 มาก่อนบวม พบฟันซี่นั้นขึ้นได้ไม่เต็มที่ เหงือกที่คลุมฟันมีการอักเสบ ซึ่งเชื่อว่าการติดเชื้อได้แพร่กระจายไปยังบริเวณรากฟัน ลุกลามออกนอกกระดูกขากรรไกรล่าง ทางด้านลิ้น และลุกลามเข้าช่องใต้แมนดิบูล่าร์ (submanibular space) เข้าสู่ช่อง แมสติเกเตอร์ (masticator spaces) จะนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อไปยังช่องใต้ขมับ (Infratemporal space) ช่องข้างแก้ม (Buccal space) ช่องใต้แมนดิ-บูล่าร์ (submandibular space) ช่องพาโรติด (parotid space) โดยเฉพาะที่อันตรายที่สุดคือช่องทางด้านข้างของฟาริงค์ (Lateral pharyngeal space) อันจะนำไปสู่การติดเชื้อของอวัยวะในช่องอก (Mediastinitis) และเป็นอันตรายถึงชีวิตในที่สุด เชื้อจุลินทรีย์ที่ตรวจพบจากหนองที่เจาะ เชื้อที่เป็นต้นเหตุคือ Bacteroids

Scanned by CamScanner

species และ Peptostreptococci หนองมีกลิ่นเหม็น ยาปฏิชีวนะที่ให้แต่แรกจึงจำเป็นต้องให้ครอบคลุมเชื้อ gram positive, gram negative และ anaerobes โดยให้เพนนิซิลิน เจนตามัยซิน (gentamicin) และเมโทรไนดาโซล

การเจาะระบายหนองและการทำความสะอาดแผล (drainage and debridement) ต้องทำทุกวัน วิธีนี้จะช่วยลดจำนวนเชื้อและขจัดเนื้อตายด้วย การหายของแผลเกิดได้เร็วหลังจากถอนฟันที่เป็นสาเหตุออก การให้ยาปฏิชีวนะจำเป็นต้องให้ในกรณีที่มีการลุกลามของการติดเชื้ออยู่ ต้องให้ยาขนาดสูงเพื่อฆ่าเชื้อ และจำเป็นต้องให้มีหลอดเลือดเข้าไปยังบริเวณรอบๆ ของรอยโรค (intact capillaries) ถ้าแอ่งหนองขนาดใหญ่ ประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะจะลดลง จึงต้องทำศัลยกรรมร่วมด้วย เพื่อระบายหนองออก การให้ยาเป็นการช่วยเสริมเท่านั้นขณะที่ร่างกายจะพยายามซ่อมแซมตัวเอง การให้อาหารเสริม น้ำเกลือ และให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ จะช่วยให้การซ่อมแซมและการหายของแผลเป็นไปตามปกติ การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยเร็ว

สรุป

คนไข้ควรได้รับคำแนะนำให้ถอนฟันคุดที่มีอาการ pericornitis บ่อยๆออกเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อและลุกลามขึ้นควรให้ทันตสุขศึกษาแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อนให้การรักษาและหลังการรักษาทุกครั้ง ควรเน้นให้ผู้ป่วยรักษาสุขภาพช่องปากให้ดีเพื่อลดการสะสมของเชื้อทั้งก่อนและหลังการทำศัลยกรรมช่องปาก

ในรายที่มีการติดเชื้อเป็นบริเวณกว้างลุกลามหลายช่อง (spaces) ควรต้องพิจารณาเจาะระบายหนองทั้งในปากและนอกปาก การทำศัลยกรรมในช่องปากควรทำด้วยความประณีต ไม่ให้เกิดความชอกช้ำของเนื้อเยื่อ เพื่อลดการกระจายของเชื้อจากช่องปากไปตามกระแสเลือด

กรณีการติดเชื้อจากช่องแมสติเกเตอร์ (masticator spaces) ลามเข้าไปในด้านข้างของฟาริงค์ (lateral pharyngeal space) คนไข้จะกลืนอาหารลำบาก ภายในคอบวม ทางเดินหายใจจะถูกอุดตัน อาจเกิดการอักเสบของหลอดเลือดที่อยู่ภายในด้านข้างของฟาริงค์ ดังนั้นการรักษาควรอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ที่มีความชำนาญเพียงพอ เพื่อความปลอดภัยของคนไข้ ทันตแพทย์จะต้องสามารถประเมินสภาพร่างกายคนไข้ให้ได้ว่า สภาพร่างกายของคนไข้จะสามารถต่อต้านกับสภาวะการติดเชื้อครั้งนี้ได้ดีเพียงไร และควรจะต้องระมัดระวังอะไรบ้างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ได้อนุญาตให้เสนอรายงานนี้

ขอขอบพระคุณอย่างสูง แด่อาจารย์ ท.พ. น.พ. ประสาน ตั้งจาตุรนต์รัศมี อาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ช่วยแนะนำในการเขียนบทความนี้

Scanned by CamScanner

เอกสารอ้างอิง

1. Dzyak WR, Zide MF. Diagnosis and treatment of lateral pharyngeal space infections. J Oral and Maxillofacial Surgery 1984;42:243-249.
2. Zide MF, Limchayseng LRG. Complications of head and neck infections. J Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America 1991;3:383-392.
3. Topazian RG, Goldberg MH. Management of infections of the oral and maxillofacial regions, 1st Edition. Philadelphia: WB Saunders Company 1981:173-231,312-328.
4. Mombelli A, Buser D, Lang NP, Berthold H. Suspected periodontopathogens in erupting third molar sites of periodontally healthy individuals. Clin-Periodontol 1990;17:48-54.
5. Moenning JE, Nelson CL, Kohler RB. The microbiology and chemotherapy of odontogenic infections. J Oral Maxillofac Surg, 1989;47:976-985.
6. FeinbergSE. Salivary Grand Infections. J. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America 1991;3:311-342.
7. Venta I, Murtomma H, Turtola L, Meuman J, Ylipaavalniemi P. Clinical follow-up study of third molar eruption from age 20 - 26 years. J Oral Mad Oral Path 1991;72:150-153.
8. Flynn TR. Odontogenic infections. J Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. 1991;3:311-330.
9. Goldberg MH,Nemarich AN,Marco WP. Complications after third molar surgery: a statistical analysisof 500 consecutive procedures in private practice. J Am Dent Assoc 1985;111:227.

กำหนดการจัดประชุมสัมมนาและฝึกอบรม โดยศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "การสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัด แบบฉบับของตนเอง" 21 - 25 พฤศจิกายน 2537 5 วัน 30 คน
2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ(นานาชาติ) เรื่อง "ระบาดวิทยาสำหรับทันตแพทย์" (ร่วมกับกองทันตสาธารณสุข 24 - 28 เมษายน 2538 5 วัน 30 คน
3. Symposium เรื่อง Atraumatic Restorative Technique" 15 - 16 มิถุนายน 2538 2 วัน 80 คน หรือมากกว่า
4. การสัมมนาเรื่อง "วิถีชีวิตไทยที่อำนวยต่อการมีทันตสุขภาพที่สมบูรณ์" 16 - 18 สิงหาคม 2538 3 วัน 40 คน

Scanned by CamScanner