

## บทความพื้นวิชา

## REVIEW ARTICLE

## ผาปิดเหงือกอักเสบชนิดเฉียบพลัน

## Acute Pericoronitis

จันทรรัตน์ เอ็งไพบูลย์ ท.บ.  
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

Jantarat Engpaiboon, D.D.S.  
Department of Dentistry, Rajavithi  
Hospital, Bangkok, Thailand.

## บทคัดย่อ

ผาปิดเหงือกอักเสบชนิดเฉียบพลัน (acute pericoronitis) เป็นการติดเชื้อของผาปิดเหงือก (Operculum) พบมากที่สุดกับฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ในช่วงอายุที่ฟันซี่นี้กำลังขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด ไม่สบาย และทุกข์ทรมานเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ไปมากที่สุด การติดเชื้อจากบริเวณนี้ยังสามารถแพร่ลงสู่ช่องว่างระหว่างชั้นของพังผืด (fascial spaces) ของบริเวณช่องปาก ใบหน้าและลำคอ ยังผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (complications) ต่างๆ ซึ่งอาจรุนแรงเป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันที่ ทั้งนี้ การเข้าใจถึงลักษณะอาการ ปัจจัยการเกิดโรคการตรวจพบ การวินิจฉัย ตลอดจนการรักษาที่ถูกต้อง จึงจำเป็นอย่างยิ่ง

## ABSTRACT

Acute pericoronitis is a painful, debilitating infection of the operculum overlying an erupting or semi-impacted tooth that is most commonly found among young adult. The tooth at highest risk for acute pericoronitis is a fully erupted vertical mandibular third molar that is contact with the adjacent second molar, at or above the occlusal plane, and partially encapsulated by soft or hard tissue. Because of the dangers with acute pericorontis, prophylactic extraction of third molars at high risk has been recommended.



## บทนำ

Pericoronitis เป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อที่คลุมฟันอยู่ (operculum) พบได้ตั้งแต่ในวัยทารก<sup>(1)</sup> เด็กและวัยรุ่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การขึ้นของฟัน เมื่อฟันโผล่ขึ้นมาในช่องปากส่วนบนของถุง (follicle) ที่คลุมฟันอยู่แตก จะมีการอักเสบติดเชื้อ เกิดหนองขึ้น สำหรับในผู้ใหญ่วัยกลางคนจะพบน้อย<sup>(2)</sup> ซึ่งจะพบได้ในสันเหงือกที่ไม่มีฟัน (edentulous ridge) ด้วยสาเหตุบางอย่างทำให้ฟันขึ้นไม่ได้ ยังคงเป็นฟันคุดฝังอยู่ในสันเหงือกหรือกระดูก และใส่ฟันปลอมทับลงไปเมื่อใส่ไปนานๆ แรงกุดและการเคลื่อนของฟันปลอม ทำให้กระดูกและสันเหงือกมีการละลายตัวเกิดการอักเสบ และเกิดการติดเชื้อเฉียบพลันขึ้นได้ ช่วงอายุที่พบผาปิดเหงือกอักเสบ (pericoronitis) มากที่สุด คือ วัยรุ่นราว 20 - 25 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ขึ้นในช่องปาก เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องสูญเสียฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ไปมากที่สุดการติดเชื้อภายในช่องปาก หากปล่อยปะละเลย อาจนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานอย่างใหญ่หลวง และอันตรายแก่ชีวิตได้ หากการอักเสบนั้นแพร่กระจายออกสู่เนื้อเยื่ออื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เข้าสู่ช่องว่างระหว่างชั้นของพังผืด (fascial spaces) ของใบหน้า ช่องปาก และลำคอ ฉะนั้น การรักษาอย่างถูกต้อง จึงมีความสำคัญมาก

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค<sup>(2-4)</sup>

1. ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ที่ขึ้นไม่เต็มที่ (partially eruption หรือ semi-eruption) จะมีผาปิดเหงือก (operculum) ปิดอยู่บนด้านบดเคี้ยวบางส่วน ได้ผ่านเหงือกนี้ จะเป็นชอกกักสะสมพวกเศษอาหาร นอกจากนั้น สภาพความชื้น ความอบอุ่น ความมืดยังเหมาะสำหรับการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียอย่างมาก ทำให้แบคทีเรียเติบโตอย่างรวดเร็ว สารพิษที่ปล่อยออกจากแบคทีเรีย จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนี้เกิดการอักเสบ สารที่ซึมออกมาจากการอักเสบ (inflammatory exudate) จะทำให้เหงือกบวม

2. การบาดเจ็บของผาปิดเหงือก (operculum) จากการกดสบของฟันกรามบนซี่ที่ 3 ซึ่งเป็นฟันคู่สบ ฟันคู่สบที่ยื่นยาวกว่าปกติ (super-erupted) หรือผิดแนว (malalignment) จะกดกระแทก operculum ของฟันกรามล่างซี่ที่ 3 อย่างต่อเนื่อง ทำให้ฟันกรามล่างขึ้นช้า และการอักเสบ ติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น การปล่อยฟันกรามบนซี่ที่ 3 ไว้ โดยไม่ถอนออก ยังจะเพิ่มโอกาสเกิดการกำเริบใหม่ของการติดเชื้อ

สาเหตุชวนให้เป็นโรค<sup>(1,5)</sup> (Predisposing factors)

1. อารมณ์ ความเครียด ทำให้การรักษาอนามัยช่องปากไม่ดี การรับประทานอาหารไม่



เป็นเวลา สิบบุหรี่ปัด การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงเหงือกและเนื้อเยื่อต่างๆเปลี่ยนไป ลดการหลั่งของน้ำลาย ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการอักเสบง่ายขึ้น

2. พันชั้นผิวดำหนั่งหรือผิคนว จะเพิ่มโอกาสเกิดโรค เนื่องจากมีปัญหาในการทำความสะอาด สะอาด

3. การคิดเชือของทางเดินหายใจส่วนต้น ความเหนื่อยล้า ทำให้ความต้านทานต่อการติดเชื้อต่ำลง

4. พันคู้สบ พันกรวมบนซี่ที่ 3 จะกัคถูกเหงือกที่ปิดบนด้านบคเคี้ยวของพันกรامل่างซี่ที่ 3 ทำให้เหงือกบาดเจ็บ การถอนพันคู้สบ จะลดความรุนแรงของการติดเชื้อ

5. ฤดูกาล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ และความชื้นมีผลต่อการรักษาความสมดุลของ Oral flora

6. อนามัยในช่องปาก ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อชนิด acute และ subacute จะพบว่ามักมีอนามัยช่องปากไม่ดี

7. สถานะทางสังคมและการศึกษา การศึกษาของ Kay พบว่า ผู้มีการศึกษาคีมีโอกาสเป็นโรค Pericoronitis มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อยกว่า<sup>(1)</sup> เพราะว่าผู้มีการศึกษาน้อย การดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดี มีการสูญเสียฟันซี่ที่ขึ้นมา ก่อน ทำให้โอกาสเกิดฟันคุด พันชั้นผิปกติเสี่ยงต่อการเกิด pericoronitis น้อยกว่า

8. อายุ เป็นมากที่สุด รว 21 - 25 ปี

ซึ่งเป็นช่วงที่พันกรวมซี่ที่ 3 ขึ้น

9. เพศ ไม่มีความแตกต่างระหว่างชายและหญิง

10. Affected side ผู้ป่วยที่มีพัน partial eruption ทั้ง 2 ข้าง จะเกิดเพียงข้างเดียว โอกาสเกิด pericoronitis พร้อมกัน 2 ข้าง พบน้อยมาก

ความสัมพันธ์ของ acute pericoronitis และตำแหน่งของพันกรامل่างซี่ที่ 3<sup>(6,7)</sup>

ระหว่างการเจริญเติบโตตามลำดับของพันกรامل่างซี่ที่ 3 จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความเอียงของฟัน (angular position) ให้สัมพันธ์กับ mandibular plane ของฟันข้างเคียงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพยากรณ์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด acute pericoronitis จะสามารถทำได้ต่อเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น คือ หลังจากอายุ 16 ปีขึ้นไป จะเห็นได้ว่า pericoronitis จะไม่เกิดขึ้นจนกว่าฟันจะโผล่ขึ้นมาในช่องปาก และในช่วงอายุนี้ การเจริญเติบโตของ retromotor area จะน้อยลง ฉะนั้น การพยากรณ์ในช่วงอายุหลัง 16 ปีแล้ว จะเชื่อถือได้มากกว่า

พันกรامل่างซี่ที่ 3 ที่เสี่ยงต่อการเกิด acute pericoronitis สูงที่สุดมีลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี ดังนี้ คือ .-

1. พันชั้นมาเต็มที
2. พันชั้นตรง
3. ระดับเดียวกันหรือเหนือระดับ occlu-



sal plane ของฟันกรามล่างซี่ที่ 2

4. ค้ำบนคเคียวของฟันบางส่วน มีเหงือกหรือกระดูกปิดอยู่

5. Class II width

อาการและอาการแสดง<sup>(1-5)</sup>

- เหงือกที่ปิดฟันอยู่ (operculum) แดงอักเสบ บวม บางที่มีหนอง
- การอักเสบกระจายสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง มีการบวมในปาก และหรือนอกช่องปาก
- ปวดมาก รู้สึกตึงแน่น (tenderness)
- อ้าปากลำบาก
- กลืนลำบาก ถ้าการติดเชื้อลุกลามสู่ floor of mouth หรือ parapharyngeal
- หนาวสั่น มีไข้ ปวดเมื่อย เบื่ออาหาร
- บางทีจะมีอาการท้องผูก เบื่ออาหาร
- ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น จากเหงือกอักเสบเนื้อตายเฉียบพลัน (Acute necrotizing ulcerative gingivitis, ANUG) ซึ่งมักเกิดร่วมกับ pericoronitis
- มีอาการเจ็บคอ (sore throat)
- ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ
- เมื่อการติดเชื้อมากขึ้น ไม่สามารถกำจัดหนองให้อยู่กับที่ จะกลายเป็น cellulitis และลุกลามสู่ช่องว่างระหว่างชั้นของพังผืด (facial spaces) ข้างเคียงซึ่งจะมีความรุนแรงและอันตรายแก่ชีวิตได้

วิทยาแบคทีเรีย<sup>(5, 8-9)</sup>

การนำ exudate จากใต้ operculum ในระยะ acute pericoronitis มาตรวจ นอกจากจะพบ streptococcus viridans, staphylococcus aureus coagulase positive ซึ่งเป็นเชื้อที่พบทั่วไปในช่องปากแล้ว จะพบพวกเชื้อ anaerobic spirochete และ fusobacteria จำนวนมาก

ลักษณะทางคลินิก และเชื้อที่พบในผู้ป่วยฝาปิดเหงือกอักเสบ (Pericoronitis) กระดูกเข้าฟันอักเสบ (dry socket) และเหงือกอักเสบเนื้อตายเฉียบพลัน (ANUG) คล้ายคลึงกันมาก<sup>(8)</sup> คือ มีอาการเจ็บปวด กลืนเหม็น และเกิดในตำแหน่งเดียวกัน พบเชื้อ spirochete จำนวนมากทั้ง 3 โรค ANUG มักเกิดร่วมกับ acute pericoronitis ส่วนกระดูกเข้าฟันอักเสบ มักเกิดหลังจากถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ที่อยู่ในระยะ acute pericoronitis แล้วไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะป้องกัน การให้ยาปฏิชีวนะ เช่น metronidazole<sup>(9)</sup> ในรายที่ถอนฟันที่เป็น pericoronitis อยู่ก่อนแล้ว จะป้องกันการเกิดกระดูกเข้าฟันอักเสบได้

อาการแทรกซ้อน<sup>(1-3, 10-13)</sup>

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก pericoronitis นอกจาก ANUG ซึ่งมักเกิดร่วมกันแล้ว อันตรายอื่นๆ ที่เกิดขึ้น คือ การติดเชื้อแพร่กระจายสู่เนื้อเยื่ออื่นๆ โดยเฉพาะ Fascial spaces ของ



ใบหน้า ช่องปาก และลำคอ ซึ่งช่องว่างเหล่านี้จะติดต่อกันได้หมด ดังนั้น การติดเชื้อจากช่องว่างหนึ่งจะแพร่ไปยังช่องว่างอื่นๆ ได้ ความรุนแรงจะขึ้นกับชนิดของเชื้อ และความต้านทานของผู้ป่วย

การติดเชื้อ จาก pericoronitis ของฟันกรามล่างซี่ที่ 3 จะแพร่ลุกลามสู่ตำแหน่งหรือช่องว่างบริเวณช่องปาก และคอ และทำให้เกิดการแทรกซ้อน ต่างๆตามมา ได้แก่

1. Migratory abscess ของ buccal sulcus<sup>(1)</sup> หนองจากเนื้อเยื่อรอบฟันกรามล่างซี่ที่ 3 เคลื่อนมาอยู่ที่ buccal sulcus ของฟันกรามล่างซี่ที่ 1 และ 2 หากไม่ได้ตรวจอย่างละเอียดรอบคอบ อาจวินิจฉัยผิด ทำให้ต้องสูญเสียฟันกรามล่างซี่ที่ 1 และซี่ที่ 2 ไปโดยไม่จำเป็น

2. Recurrent parotitis เกิดใน young adult ช่วงมีการขึ้นของฟันกรามล่างซี่ที่ 3 อาการปวดและไม่สบายในบริเวณนี้ จะชักนำให้มีการเคี้ยวอาหารด้านตรงข้าม พร้อมทั้งดู parotid papilla เข้าไปในข้างที่ปวด เป็นผลให้ท่อน้ำลายส่วนปลายมีการรั่วตัว และมีการอักเสบเกิดขึ้น

3. Peritonsilla infection ซึ่งจะรับเชื้อจาก Pericoronitis ของฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ที่เรียงตัวในแนว Transverse lingual obliquity เชื้อเป็นพวก mixed infection ที่พบมากที่สุด คือ Beta-haemolytic strep-

tococcus

4. Submandibular space abscess การอักเสบติดเชื้อสามารถกระจายไปสู่ spaces อื่นๆ คือ Submental, sublingual, pterygomandibular, parapharyngeal, parotid space

อาการ จะมีอาการบวมบริเวณ angle of mandible ปวดและคอเจ็บเวลากลืนลำบากราก อาการ trismus จะไม่มากเท่ากับการอักเสบที่ submasseteric space ถ้าไม่สามารถกำจัดการกระจายของการติดเชื้อ อาจกลายเป็น Ludwig angina คือมีการติดเชื้อของ 3 spaces คือ bilateral submandibular, submental และ sublingual จะมีอันตรายมาก floor of mouth ถูกยกขึ้น ผู้ป่วยจะหายใจลำบาก ผู้ป่วยอาจตายได้

5. Sublingual space abscess ติดเชื้อจากฟัน หรือรับเชื้อจาก submandibular space abscess

อาการ floor of mouth ถูกยกสูงขึ้น ลิ้นจะยกและเคลื่อนย้ายไปอีกข้าง ทำให้มีอาการปวดและกลืนลำบาก การบวมจะบวมเฉพาะในช่องปากเท่านั้นถ้าการอักเสบไม่ลุกลามถึง submandibular space การติดเชื้อใน space นี้ สามารถแพร่สู่ ลิ้น และ submental space

6. Pterygomandibular space abscess อยู่ด้านในของ ramus of mandible รับเชื้อจาก pericoronitis ของฟันกรามล่าง



ซี่ที่ 3 ชนิด linguoversion และ distoangular impaction การติดเชื้อสามารถแพร่สู่ infratemporal, parapharyngeal และ submandibular space

อาการ มีการบวมภายในปาก ซึ่งจะเห็นการบวมมาด้านหน้าต่อกระดูกขากรรไกร ถึงเพดานอ่อน และด้านหน้าต่อต่อมทอนซิล เมื่อมีการบวม จะเบียด ลิ้นไก่ไปอีกข้างหนึ่ง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บคอ และกลืนอาหารลำบาก

7. Submasseteric space abscess อยู่ด้านนอกของ ramus of mandible รับเชื้อจาก pericoronitis ของ ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ชนิด buccoversion และ distoangular impaction

อาการ space นี้ อยู่ด้านในของ masseter muscle และอยู่ชิดกับ periosteum และกระดูกทำให้มีขอบเขตจำกัดขยายตัวไม่ได้ ดังนั้นเมื่อมีการติดเชื้อ จะมีอาการบวมตามแนว masseter muscle การบวมจะไม่เห็นว่ามีอาการบวมเปล่งออกมา แต่จะมีลักษณะบวมแข็งและกดเจ็บ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดอย่างรุนแรง และ trismus อย่างรวดเร็ว รวมทั้งอาจมีไข้สูง

8. Parapharyngeal space abscess รับเชื้อจาก space อื่น คือ pterygomandibular และ submandibular space การแพร่กระจาย อาจเข้ากระโหลก ทาง foramen ที่ฐานกระโหลก เกิด meningitis abscess และ cavernous sinus thrombosis อาจ

เกิด abscess ที่ carotid sheath เข้าสู่ mediastinum

อาการ คนไข้จะมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก หรือกลืนไม่ได้ อาจมี refer pain ไปยังหู จะเกิด sepsis ทำให้อ้าปากลำบากมากขึ้น ทอนซิล และลิ้นไก่ จะถูกดันไปอีกข้าง การตรวจในช่องปากไม่เห็นชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาล่าช้า เกิดเป็นอันตรายต่อคนไข้ถึงตายได้ การวินิจฉัยต้องแยกการติดเชื้อของ space นี้จาก tonsillar abscess ซึ่งเกิดขึ้นที่ส่วนบนของทอนซิล (upper pole) ส่วนการติดเชื้อจากฟันกรามล่างซี่ที่ 3 เข้าสู่ช่องว่างนี้ จะเกิดที่ส่วนล่างของต่อมทอนซิล (lower pole)

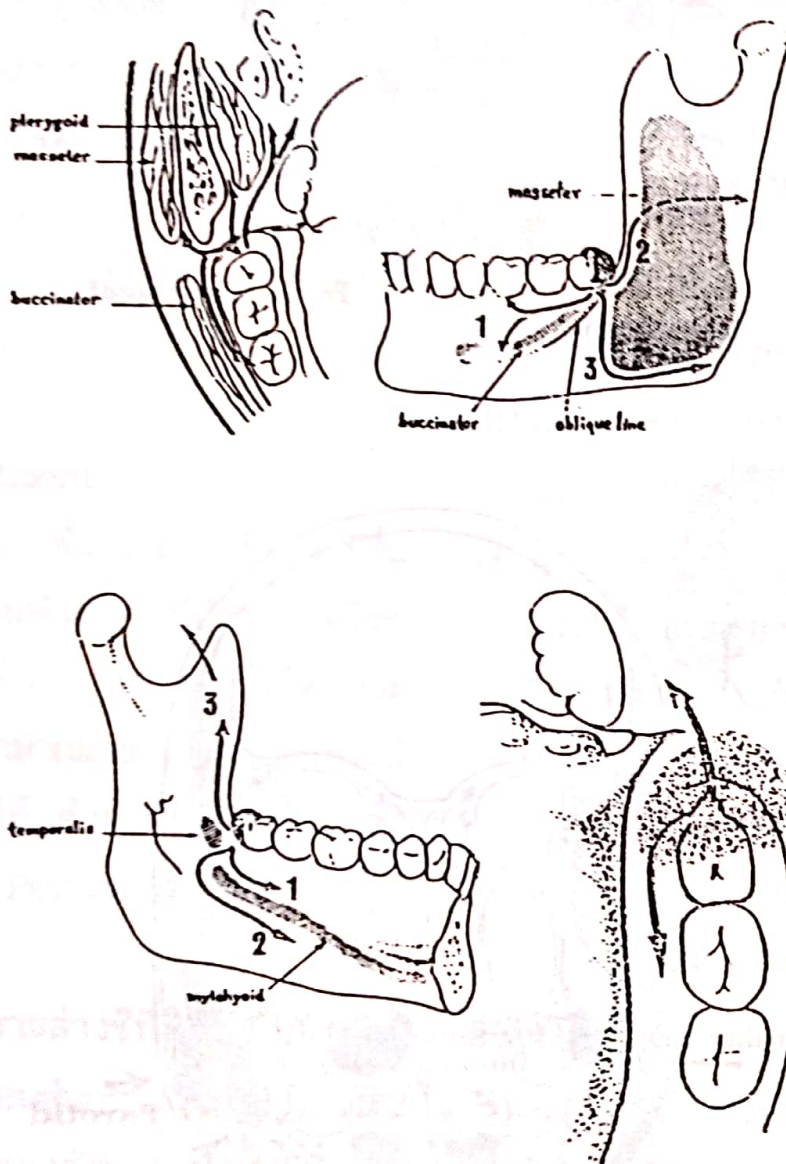
9. Infratemporal space abscess รับเชื้อจาก space อื่นด้วย คือ pterygomaxillary, pterygo mandibular space

อาการ จะมีอาการบวมที่ด้านข้าง pharynx และอาจมีอาการบวมออกมานอกปาก บริเวณหน้าหู รอบ TMJ Zygomatic arch และอาจวมไปถึงแก้ม คนไข้จะมีอาการปวด อ้าปากไม่ขึ้น กลืนอาหารลำบาก และมีการเบี่ยงเบนของขากรรไกร มาข้างที่มีอาการเมื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก

10. Complication จาก pericoronitis ที่อาจพบได้อีก คือ การอักเสบอย่างรุนแรงของเนื้อเยื่ออย่างต่อเนื่อง จะทำให้ exudate จากการอักเสบ ผ่านตาม nutrient canal ไปยังกล้ามเนื้อ และเยื่อหุ้มกระดูก เกิดเลือดคั่ง

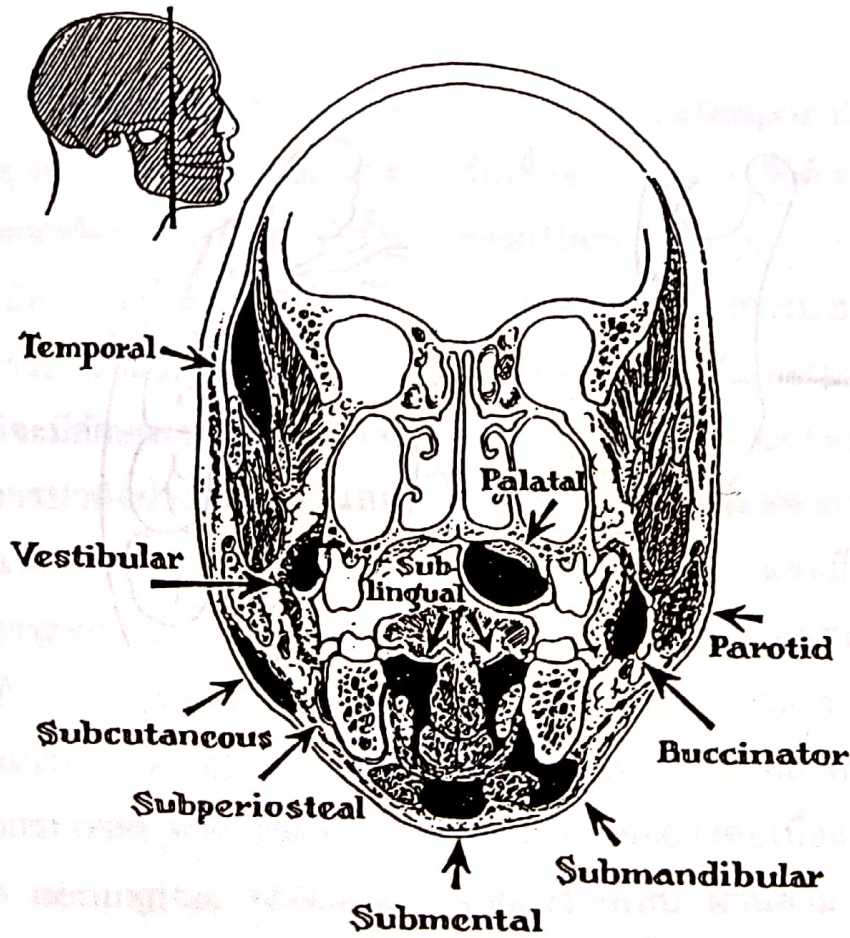
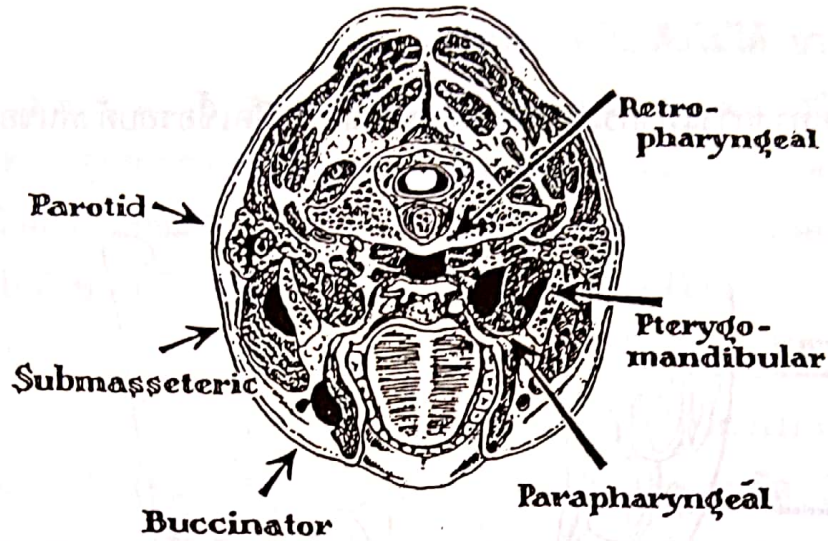
นอกจากนั้นการบวมของใบหน้า และพวกหนองจะ เกิดภาวะขาดเลือด เป็นสาเหตุทำให้เกิดกระดูก  
เพิ่มความดันภายในกระดูก ทำให้เส้นเลือดลึบ อักเสบ (osteomyelitis)

ภาพที่ 1 แสดงถึงทิศทางการแพร่กระจายของหนองจากการติดเชื้อรอบตัวฟันของฟันกรามล่างซี่ที่ 3





ภาพที่ 2 Fascial space บทบาทสำคัญต่อการติดเชื้อบริเวณช่องปากและใบหน้า





ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงจากการติดเชื้อจากฟัน ที่อันตรายถึงชีวิต คือ

1. Septicemia
2. Septic shock
3. Bacterial endocarditis
4. Brain abscess
5. Subdural empyema
6. Carvernous sinus thrombosis
7. Ludwig angina
8. Osteomyelitis
9. Necrotizing fasio - myositis
10. Mediastinitis

**Preventive treatment**

เป็นที่ยอมรับกันว่า ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ที่ขึ้นผิดตำแหน่ง หรือเป็นฟันคุดจะมีปัญหาเกิดโรค Pericoronitis ได้ง่าย และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมามากมาย และบางครั้งมีอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงมีการศึกษาหาทางป้องกันไม่ให้เกิด Pericoronitis ขึ้นด้วยวิธีต่างๆ กัน

- การถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 1 ระหว่างอายุ 8-9 ปี<sup>(14)</sup> การถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 2 เพื่อเพิ่มเนื้อที่แก่ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 แต่วิธีนี้ ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 จะเกิดการล้มเอียง ทำให้จุดที่มาสัมผัสกับฟันกรามล่างซี่ถัดมาไม่ดี การรักษา ร่วมกับทันตกรรมจัดฟัน และการถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 2 โดยควรถอนก่อนผู้ป่วยอายุ 14 ปี

- Wallace แนะนำให้ถอนฟันทุกซี่ที่เห็นว่าไม่มีประโยชน์<sup>(15)</sup>

- Lasdkin แนะนำให้การป้องกันโรคด้วยการถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ระหว่างที่มีอายุ 16 - 17 ปี<sup>(16)</sup> ซึ่งเป็นช่วงที่ขากรรไกรโตเต็มที่ การถอนฟันในเวลานี้ ยังไม่มีพยาธิสภาพต่างๆมาเกี่ยวข้องกับฟันนี้

ความยุ่งยากในการรักษาจะง่ายกว่าการผ่าตัดแบบเดียวกันในคนอายุมากขึ้น ทันตแพทย์จัดฟันจะช่วยตัดสินใจเวลาใดที่เหมาะสมในการถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 3

ประโยชน์ของการป้องกันโรค Pericoronitis ด้วยการถอนฟันกรามซี่ที่ 3 (Prophylactic extraction) ในระยะต้นของการเจริญเติบโต คือ<sup>(14)</sup>

1. ป้องกันการซ้อนเกของฟันหน้าล่าง
2. ลดโอกาสเกิดฟันกรามน้อยล่างคุด (lower premolar impaction)
3. กำจัดแหล่ง potential focus ของโรคเหงือกอักเสบเนื้อตามเฉียบพลัน
4. ป้องกันการเกิดกระเป๋าปริทันต์ระหว่างฟันกรามล่างซี่ที่ 2 และซี่ที่ 3
5. สูญเสียกระดูกค้ำจุน หลังต่อฟันกรามล่างซี่ที่ 2 หลังการผ่าตัดน้อยที่สุด
6. วัยรุ่นมีความอดทนต่อการผ่าตัดได้มากกว่า และการผ่าตัดทำได้ง่ายกว่าเพราะโครงสร้างของกระดูก ยังเป็น trabecular bone pattern

7. ป้องกันการเกิดเบ้ากระดูกอักเสบ โดยถอนฟันก่อนที่จะมีการติดเชื้อ<sup>(17)</sup>

8. ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จาก pericoronitis และป้องกันการเกิด Complication ต่างๆ เกี่ยวกับ pericoronitis

การรักษา<sup>(2, 3, 13, 14, )</sup>

แบ่งเป็น 2 ระยะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคคือ

1. การรักษาทั่วไป ควบคุมการติดเชื้อ
2. การรักษาเฉพาะที่ กำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ

การรักษาทั่วไป ควบคุมการติดเชื้อที่กำลังดำเนินอยู่ เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้น สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้ได้ทราบว่าเป็นเชื้อตัวใด โดย

1. ให้ยาปฏิชีวนะก่อนทราบว่าเป็นเชื้อชนิดใด โดยเชื่อว่า มักพบเชื้อกรัมบวก ปฏิชีวนะที่ใช้ได้ผล คือ Penicillin

2. Bacterologic study ได้แก่ gram stain

3. Sensitivity test จะรู้ผลภายใน 48 ชั่วโมง

4. Blood culture ถ้าจำเป็นต้องทำ ควรทำก่อนให้ยาปฏิชีวนะ เช่น ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีความต้านทานต่ำ

แนะนำผู้ป่วยให้

1. พักผ่อนให้เพียงพอ
2. Medication ยาที่ให้เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ เช่น

2.1 ยาแก้ปวด ในผู้ป่วย acute pericoronitis ควรให้เป็นกึ่งจัตรา

2.2 ยาลดไข้ ในรายที่มีไข้

2.3 ยานอนหลับ หากล่อมประสาท ในผู้ป่วยที่ปวดจนนอนหลับไม่ได้

2.4 ยาปฏิชีวนะ Penicillin ยังคงเป็นยาที่ใช้ได้ผล ในรายที่มีความรุนแรงมาก หรือ mixed infection หรือมีพวก Penicillin resistant anaerobic bacteria ให้ยา metronidazole<sup>(18)</sup> หรือ clindomycin ร่วมด้วย

3. Physical therapy

3.1 ล้างด้วยน้ำเกลืออุ่นบริเวณ retro-molar เพื่อกำจัดเศษอาหารที่อยู่ใน pocket และบริเวณใกล้เคียงออก

3.2 บ้วนปากด้วยน้ำเกลืออุ่น ทำซ้ำทุก 2 ชั่วโมง

3.3 น้ำอุ่นประคบ ความร้อนจะกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและหนองทำให้ยาปฏิชีวนะในเลือดไปยังบริเวณที่ติดเชื้อดีขึ้น

3.4 Exercise ในคนไข้ที่อ้าปากไม่ขึ้น

4. การระบายหนอง (Drainage) หากทำในช่วงเวลาที่เหมาะสม และอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหนทางสำคัญที่จะลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้

ประโยชน์ของการระบายหนอง

4.1 ลดการดูดซึมของสารที่เป็นพิษสู่ร่างกาย



4.2 ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

4.3 เป็นการป้องกันการแพร่กระจายของการอักเสบ

4.4 ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต และให้ยาปฏิชีวนะเข้าไปถึงบริเวณที่มีการติดเชื้อได้

5. พันคู้สบ พันกรามบนซี่ที่ 3 หากปล่อยไว้จะกีดขวาง operculum ของฟันกรามซี่ที่ 3 ทำให้เกิดภาวะบาดเจ็บ ต้องเพิ่มระยะเวลาในการรักษา ดังนั้น ควรถอนฟันคู้สบหากฟันซี่นี้จำเป็นต้องเก็บไว้เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

6. ให้น้ำและเกลือแร่ อาหารบำรุงร่างกาย ตลอดจนวิตามินรวมที่เพียงพอ

7. แนะนำการรักษาอนามัยช่องปาก ในกรณีที่ใช้ผาปิดเหงือกอักเสบเฉียบพลันที่อ้าปากไม่ได้เลย การทำการรักษาภายในช่องปากอาจไม่สามารถทำได้ ต้องให้ยาปฏิชีวนะเข้าหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยอ้าปากได้บ้างแล้ว จึงเริ่มให้การรักษาต่อไป ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรง หรือความต้านทานต่ำ ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล อยู่ในความดูแลของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การรักษาขั้นสุดท้าย (Definitive treatment) การกำจัดสาเหตุการติดเชื้อ โดย

1. ถอนฟัน (Extraction)
2. การผ่าตัดผาปิดเหงือก (operculectomy)

แม้ว่า ยาปฏิชีวนะจะลดความรุนแรงของการติดเชื้อได้ แต่ไม่ใช่การรักษาหากฟันซึ่งเป็นสาเหตุยังปล่อยทิ้งไว้ ไม่ได้ถอนออก การกำเริบใหม่ของการติดเชื้อจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากฟันจำเป็น

จะต้องเก็บไว้เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป เช่น เป็นหลักยึดของฟันปลอม เนื่องจากได้สูญเสียฟันกรามซี่อื่นไป และฟันซี่นี้ขึ้นในลักษณะที่จะทำหน้าที่ได้ ให้ผ่าตัดผาปิดเหงือกที่ปิดคลุมฟันอยู่ (operculectomy)

ระยะเวลาเหมาะสมที่จะให้ definitive treatment ถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ออกนั้น มีความขัดแย้งกันมาเป็นเวลานาน ซึ่งต่างได้ศึกษาทดลองเพื่อสนับสนุนความเห็นของตน

Kay<sup>(14)</sup>, Thomas และคณะ<sup>(19)</sup> แนะนำการรักษา acute pericoronitis ควบคุมการติดเชื้อใน soft tissue และ fascial space ให้ได้ก่อนที่จะถอนฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อรุนแรงหลังผ่าตัด โดยให้บ้วนและล้างด้วยน้ำเกลืออุ่น และให้ยาปฏิชีวนะ

Rud และ Odont<sup>(20)</sup> มีความเห็นต่างไป เพราะการถอนฟันล่าช้าจะต้องให้ Penicillin จำนวนมาก ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพ้ยาและเชื้อดื้อยา ยิ่งกว่านั้น ผู้ป่วยจะทรมานไม่สบายอยู่นานกว่าการได้รับการถอนฟันทันที

Rud และ Odont เห็นว่า ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะทุกรายที่ถอนฟันในระยะติดเชื้อเฉียบพลัน ยกเว้นในรายที่มีอาการทางระบบ (systemic symptom) เช่น การบวมขยายลุ่ space อื่น หรือ การผ่าตัดยาก การเย็บแผลในแผลที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันควรหลีกเลี่ยง การทำการผ่าตัดในบริเวณติดเชื้อเฉียบพลัน จะต้องระวังหลีกเลี่ยงการทำลายต่อเนื้อเยื่อโดยไม่จำเป็น ต้องใช้เทคนิคที่มีประสิทธิภาพและนุ่มนวล



การผ่าตัดในระหว่างการติดเชื้อเฉียบพลันจะยากลำบาก เพราะการบวมและอ้าปากลำบาก ถ้าทันตแพทย์รู้สึกว่าจะไม่สามารถถอนฟันออกได้ ควรส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ประโยชน์ของการถอนฟันออกในระยะมีการติดเชื้อเฉียบพลัน จะช่วยบรรเทาอาการปวดและความไม่สบายได้อย่างรวดเร็ว ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้น หากวิธีที่จะถอนฟันที่เป็นสาเหตุออก

การถอนฟันล่าช้าจะชักนำไปให้เกิดเลือดเป็นพิษหรือกระดูกอักเสบ<sup>(20)</sup> เพราะไม่สามารถทำการระบายหนองที่เหมาะสมจากซอกระหว่างฟันกรามล่างซี่ที่ 3 และ ramus เพราะหนองในกระดูกไม่สามารถจะออกมาได้จากการกรีดผ่านทางเนื้อเยื่ออ่อน การถอนฟันติดเชื้อระยะเฉียบพลัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

การผ่าตัดฝาปิดเหงือก(Operculectomy) จะทำในกรณี

1. ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ที่ขึ้นได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากการขัดขวางของแผ่นเหงือกที่ปิดอยู่บนด้านบดเคี้ยวของฟัน
2. ฟันขึ้นตรง และมีเนื้อที่เพียงพอสำหรับการขึ้นของฟัน
3. ไม่ใช่ฟันคุด หรือฟันขึ้นผิดตำแหน่ง
4. ใช้เป็นฟันหลัก สำหรับการยึดของฟันปลอม เพราะมีการสูญเสียฟันกรามซี่อื่นไปล่วงหน้า

การผ่าตัดฝาปิดเหงือก เครื่องมือที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ Radiosurgical loop ซึ่งวิธีการรักษาดังแสดงในภาพที่ 3

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Post - extraction complication)

เข้ากระดูกอักเสบ<sup>(9, 14, 17)</sup>

มักเกิดหลังจากการถอนฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันแล้วไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะป้องกัน Treponema denticala ซึ่งเป็น Spirochete ขนาดกลาง จะสร้างสารขัดขวางการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดเข้ากระดูกอักเสบ การให้ยาปฏิชีวนะ ป้องกันในการถอนฟัน จะลดการเกิดเข้ากระดูกอักเสบ<sup>(21)</sup>

ห้อเลือด Haematoma

เลือดซึมออกจากเส้นเลือด ซึมเข้าเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อที่บังคับการทำงานของขากรรไกรล่างทำให้อ้าปากลำบาก หากมีการติดเชื้อร่วมด้วยควรให้ยาปฏิชีวนะ

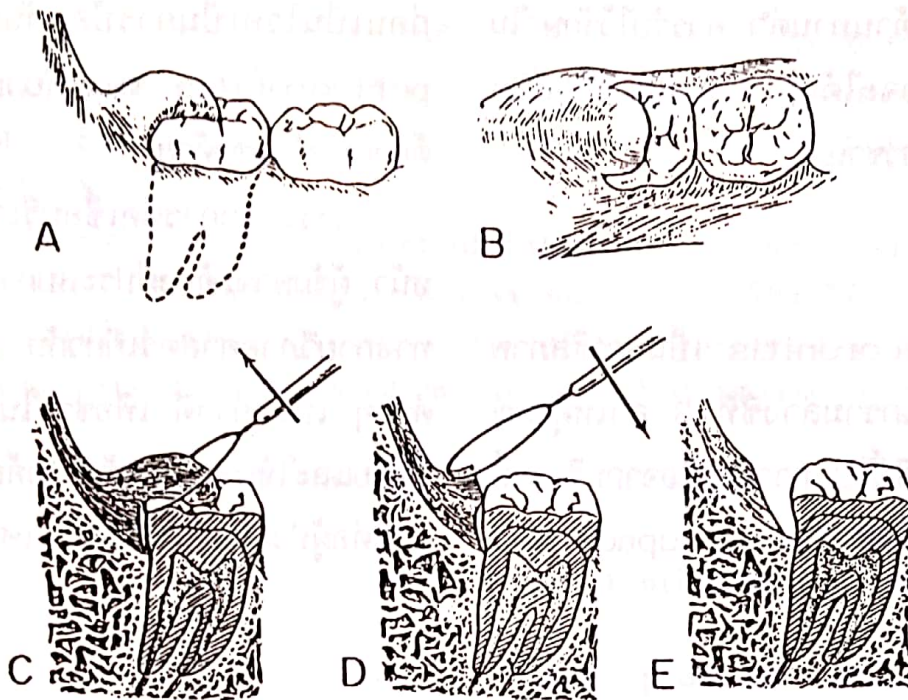
การวินิจฉัยผิดพลาด<sup>(14)</sup>

การวินิจฉัยโรค pericoronitis ทำได้ไม่ยากประวัติผู้ป่วยจะมีประโยชน์มากร่วมกับการตรวจทางคลินิก การวินิจฉัยผิด มักเกิดจากการเข้าใจผิด หรือขาดความรอบคอบ เมื่อพบผู้ป่วยมีฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ขึ้นไม่เต็มที่ และรู้สึกไม่สบายในบริเวณนี้ จะถูกวินิจฉัยโดยอัตโนมัติว่าเป็น pericoronitis ซึ่งอาการไม่สบายอาจมาจากสาเหตุอื่น เช่น

- ฟันผุ
- ถุงน้ำติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับฟันกรามล่างซี่ที่ 3 เช่น infected dentigerous cyst และ lateral periodontal cysts
- ฟันซี่นั้น มีการอักเสบเป็นหนองที่ปลายรากฟัน (periapical abscess)
- ต่อมน้ำลายใต้คางอักเสบ (submandibular sialoadenitis)



ภาพที่ 3 การผ่าตัดฝาปิดเหงือก (Operculectomy)



- A,B ฟันซึ่งมีแผ่นเหงือกปิดอยู่ 50% บนด้านบดเคี้ยวของฟันกรามล่างซี่ที่ 3
- C สอดเครื่องมือเข้าใต้แผ่นเหงือก พยายามสอด wire loop ไปทางด้านหลังให้มากที่สุด ดึงเครื่องมือเฉียงขึ้นไปด้านหลัง
- D วาง loop ท่างตัวฟันออกไปด้านหลัง ประมาณครึ่งเซนติเมตร เคลื่อน loop ลงเข้าหา gingival line เพื่อกำจัดร่องหรือซอกฟัน (distal crypt)
- E สภาพเหงือก และฟันหลังผ่าตัด

**วิจารณ์**

Acute pericoronitis และการติดเชื้อบริเวณช่องปากและใบหน้าเป็นสิ่งที่ทันตแพทย์ควรให้ความสำคัญ เพราะหากวินิจฉัยผิดพลาด หรือให้การรักษาไม่ถูกต้องและทันท่วงที ผู้ป่วยอาจมี

อันตรายถึงชีวิตได้ การรักษาประกอบด้วย การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม การระบายหนองออกอย่างมีประสิทธิภาพ และหลังจากการรักษา การติดเชื้อได้แล้ว ควรกำจัดสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อออก ให้เร็วที่สุดไม่ควรปล่อยทิ้งไว้ เพื่อป้อง

กันลูกกลมและการกำเริบใหม่ของโรค หากรักษานั้นเกินความสามารถของผู้รักษา ควรส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญกว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรงหรือมีความต้านทานต่ำ ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อจะได้อยู่ในความดูแลใกล้ชิดของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

### สรุป

Acute pericoronitis เป็นพยาธิสภาพที่พบมากที่สุดกับฟันกรามล่างซี่ที่ 3 สาเหตุใหญ่ของการสูญเสียฟันซี่นี้ไป การติดเชื้อจากบริเวณนี้อาจแพร่กระจายเข้าสู่ fascial space ของ

ช่องปาก ใบหน้า และลำคอ จะเป็นอันตรายอย่างยิ่ง ฉะนั้น หากพบพื้นที่มีการเสี่ยงต่อการเกิด acute pericoronitis แนะนำให้ถอนฟันออกก่อนเป็นโรคเป็นการป้องกันการเกิด acute pericoronitis ขณะเดียวกัน หากมีฟันคู่สบต้องถอนฟันออกด้วย

การรักษาการติดเชื้อบริเวณช่องปากและใบหน้า ผู้รักษาจะต้องมีประสบการณ์และความรอบรู้ทางกายวิภาคศาสตร์เกี่ยวกับ fascial space ต่างๆ เป็นอย่างดี เพื่อช่วยในการตัดสินใจการวินิจฉัยและให้การรักษาทันทีถูกต้องตามขั้นตอนเป็นผลดีต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและเศรษฐกิจ.

### หนังสืออ้างอิง

1. Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. Br J Oral Surg 1966; 3:188- 205.
2. Kruger GO. Textbook of oral and maxillofacial surgery, 6th edition. St Louis:the CV Mosby Co, 1984:195- 219.
3. Archer WG. Oral and maxillofacial surgery, 5th edition. Philadelphia: WB Saunder Co, 1975:305- 31,195- 219.
4. Bean LR, King DR. Pericoronitis: its nature and etiology. J Am Dent Assoc 83; 1971:1074- 7.
5. Nitzan DW, Tai O, Sela MN, Shteyu A. Pericoronitis: a reappraisal of its clinical and microbiological aspects. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43:510- 6.
6. Leane SA, Edenfield MJ, Cohen ME. Correlation of acute pericoronitis and the position of the mandibular third molar. J Oral Surg Oral Med Oral Path 1986; 62:245- 50.
7. Lee DE, Kim BJ. The relation of pericoronitis to the position of the mandibular third molar. Taehan-Chikkwa - Uisa - Hyophoe - Chi 1989; 27:201- 9.



8. Weinberg A, Nitzan DW, Shteyu A, Sela MN. Inflammatory cell and bacteria in pericoronal exudates from acute pericoronitis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15:606- 15.
9. ตริธา เอี่ยมทัศนาศ, สุเมธา เอนกสัมพันธ์. ภาวะดูเบาฟันอักเสบ (Dry Socket). *วารสารคัลบศาสตร์ช่องปากแม็กซิลโลเฟเชียล* 2530; 1:69-72.
10. สุทัศน์ รักษประสิทธิ์กุล. Odontogenic Infections. เอกสารประกอบการบรรยายในการอบรมคัลบศาสตร์ช่องปากระยะสั้น 3 เดือน รพ.ราชวิถี 2528. (เอกสารอัดสำเนา).
11. Laskin DM. Evaluation of the third molar problem. *J Am Dent Assoc* 1971; 82:824- 8.
12. Richard G, Morton C. Management of infection of the oral and maxillo-facial regions. Philadelphia: WB Saunder Co, 1981:27- 73,158- 84.
13. Reck SF, Fielding AF. Osteomyelitis of the coronoid process secondary to chronic mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49:89- 90.
14. Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. *Br J Oral Surg* 1966; 4:52- 78.
15. Wallace JR. Pericoronitis and military dentistry. *J Oral Surg Oral Med Oral Path* 1966; 42:245- 50.
16. Laskin DM. Evaluation of the third molar problem. *JADA* 1971; 82: 824- 8.
17. Khateed TL, Marsafi AI, Butler NP. The relationship between the indication of alveolar osteitis. *J Oral Maxillofoc - Surg* 1991; 49:141- 5.
18. Heimdahl A. Treatment of orofacial infections of odontogenic origin. *Scand J infect Dis Suppl* 1985; 46:101- 5.
19. Thomas H, Robert J. Diagnosis and treatment of odontogenic infections. Seattle: Stoma Press Inc. 1983.pp 176- 177
20. Rus J. Removal of impacted Lower third molars with acute pericoronitis and necrotising gingivitis. *Br J Oral Surg* 1970; 7:153- 60.
21. MacGregor AJ, Addy A. Value of penicillin in the prevention of pain, swelling and trismus following the removal of ectopic mandibular third molars. *Int J Oral Surg* 1980; 9:166- 72.