

บทคัดย่อ

รอยโรคประเภทถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรที่พบบ่อยที่สุดคือถุงน้ำรอบรากฟัน (radicular cyst) จัดอยู่ในประเภทถุงน้ำเหตุกำเนิดฟันที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (inflammatory odontogenic cyst) มักพบร่วมกับอาการฟันตาย (non-vital tooth) การวินิจฉัยแยกโรคอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจทางคลินิก การตรวจความมีชีวิตของฟัน และการตรวจทางภาพถ่ายรังสี ซึ่งมักพบเป็นเงาดำล้อมรอบปลายรากฟันที่เป็นสาเหตุ ในบางกรณีฟันที่เป็นสาเหตุได้ถูกถอนออกไป แต่ไม่ได้นำรอยโรคปลายรากฟันออกอย่างสมบูรณ์ อาจพัฒนาไปเป็นถุงน้ำที่เรียกว่า ถุงน้ำหลงเหลือ (residual cyst) การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือการรักษาเชื้อในตัวฟันโดยการรักษาคอนโรกฟันหรือถอนฟันที่เป็นสาเหตุออก และการรักษารอยโรครอบรากฟันซึ่งแบ่งเป็น วิธีแบบอนุรักษ์ (conservative management) และวิธีร่วมกับการผ่าตัด (surgical management) ทันตแพทย์ควรมีความรู้และทักษะในการวินิจฉัยแยกโรคถุงน้ำหลงเหลือออกจากถุงน้ำประเภทอื่นที่พบในขากรรไกร เพื่อสามารถเตรียมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและส่งต่อเพื่อรับการรักษายังสถานพยาบาลที่เหมาะสมได้ บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรอยโรคของถุงน้ำ ซึ่งมีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันหน้าบนและได้รับการถอนฟันที่เป็นสาเหตุออกไปแล้วแต่ยังหลงเหลือรอยโรคปลายรากฟันอยู่ โดยใช้วิธีการผ่าตัดนำรอยโรครอบปลายรากฟันออกพร้อมกับส่งตรวจเนื้อเยื่อทางห้องปฏิบัติการ และจากการติดตามผลการรักษาพบอาการหายเป็นปกติไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำที่ระยะเวลา 1 ปี

* ท.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล) ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84120 อีเมล jaruporn.su@gmail.com

Enucleation residual cyst

| *Jaruporn Suriyachai*

Abstract

Radicular cyst is the most common of inflammatory odontogenic cyst of the jaw related with non-vital tooth. The key points to diagnose radicular cyst are history taking, clinical examination, vitality test and radiographic examination. Residual cysts are retained radicular cysts within a jaw after tooth extraction. The recommended treatment of radicular cyst is root canal treatment or extraction with or without surgical removal periapical lesion. In this case report, a patient presented with a painless swelling at the maxillary anterior region with history of traumatic pulp injury over 20 years ago. Treatment planning was total enucleation in one visit and pathological examination. There was the good healing, no sign of recurrence was observed for a period of 1 year post-operatively.

* D.D.S., Higher Grad. Dip. In Clin. Sc. (Oral and Maxillofacial Surgery) Division of Dentistry, Ban Na San Hospital, Ban Na San District, Surat Thani 84120

บทนำ

รอยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรที่เกี่ยวข้องกับฟัน (Odontogenic cyst of the jaw) คือ ถุงน้ำรอบรากฟัน (Radicular cyst) ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ พบร่วมกับการที่มีฟันตาย (Non-vital tooth) พบในกระดูกขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง¹ บริเวณฟันหน้ามากกว่าฟันหลัง² ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 30 ปี ถึง 40 ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สาเหตุของการเกิดถุงน้ำรอบรากเกิดจากการอักเสบบริเวณปลายรากฟันที่มีการแพร่กระจายการติดเชื้อจากโพรงประสาทฟัน ซึ่งสาเหตุสำคัญของการอักเสบดังกล่าวเกิดจากการตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟัน (Pulp necrosis) อันเนื่องมาจากโรคฟันผุหรือโพรงประสาทฟันหรือเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันได้รับการกระทบอย่างรุนแรง โดยปกติแล้วจะไม่มีอาการใด ๆ แต่เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อร่วมด้วย จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดในผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้ การวินิจฉัยแยกโรคสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจทางคลินิก การตรวจความมีชีวิตของฟัน และการตรวจทางภาพถ่ายรังสีซึ่งจะพบลักษณะเป็นเงาดำ (Radiolucent lesion) ลักษณะกลมหรือรีขอบเขตชัดเจนล้อมรอบปลายรากฟันซึ่งที่มีการตายของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน³

ตำแหน่งของถุงน้ำรอบรากฟัน จะสัมพันธ์กับปลายรากฟันที่เป็นสาเหตุ แต่ทั้งนี้ก็สามารถพบได้บริเวณด้านข้างของรากฟัน ตรงตำแหน่งรูเปิดของ Accessory root canals⁴ ซึ่งเรียกว่า Lateral radicular cyst นอกจากนี้ หากพบตรงบริเวณที่เคยถอนฟันไปแล้ว จะเรียกว่าถุงน้ำหลงเหลือ (Residual cyst)

การรักษาโรคประเภทถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรจำเป็นต้องรักษาทั้งส่วนของรอยโรครอบรากฟันในกระดูกขากรรไกร และกำจัดเชื้อที่อยู่ในโพรงประสาทฟันซึ่งที่เป็นสาเหตุ ซึ่งในกรณีรอยโรคมีขนาดเล็ก การรักษาคลองรากฟันหรือถอนฟันร่วมกับการขูดทำความสะอาดเพียงอย่างเดียวเพียงพอต่อการกำจัดรอยโรครอบรากฟัน ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดนำรอยโรครอบรากฟันออก แต่ในกรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาคลองรากฟันแบบปกติหรือได้รับการถอนฟันซึ่งที่เป็นสาเหตุแล้วแต่ยังมีรอยโรคเหลืออยู่ จำเป็นต้องมีการผ่าตัดร่วม (Surgical management) ซึ่งการผ่าตัดมีทั้งการผ่าระบายโพรงโดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา (Marsupialization) หรือการควักรอย

โรคออกทั้งหมดในครั้งเดียว (Enucleation)⁵ โดยการพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดนั้น ขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรค ความหนาแน่นของกระดูกรอบรอยโรค และตำแหน่งของรอยโรคว่าใกล้กับอวัยวะสำคัญหรือไม่ ซึ่งในรอยโรคที่มีขนาดใหญ่มาก ๆ นั้น การผ่าตัดเอารอยโรคออกทั้งหมดภายในครั้งเดียวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้⁶ ดังนั้นในกรณีเช่นนี้อาจพิจารณาผ่าระบายโพรงโดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา เพื่อให้รอยโรคมีขนาดเล็กลงก่อน⁷ พร้อมกับส่งเสริมให้เกิดการสร้างกระดูกใหม่เข้ามาแทนที่รอยโรค⁸ และเมื่อรอยโรคมีขนาดเล็กลงแล้ว จึงพิจารณาทำการผ่าตัดนำรอยโรคออกทั้งหมด แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัดคือ ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยค่อนข้างมาก ในการปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตามนัดอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง ดังนั้นในกรณีที่รอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนักและไม่สัมพันธ์กับอวัยวะสำคัญ การพิจารณาผ่าตัดนำรอยโรคออกทั้งหมดในครั้งเดียวจึงเป็นการรักษาที่เหมาะสม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรส อาชีพทำสวน ถูกส่งตัวให้มาเข้ารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2559 ด้วย 5 วันก่อนมามีหนองไหลออกจากเหงือกบริเวณฟันหน้าบนซึ่งที่ถอนไปแล้ว จากการซักประวัติพบว่า เมื่อประมาณ 20 ปีก่อนได้รับอุบัติเหตุ ฟันหน้าบนตรงกลางหลุด 2 ซี่ และฟันหน้าบนด้านขวาหัก 1 ซี่ ไม่ได้ไปทำการรักษาใด ๆ จนเมื่อประมาณ 1 เดือนก่อน รู้สึกฟันซี่ที่หักโยกมากขึ้น จึงไปถอนฟันออก หลังจากนั้นพบของเหลวคล้ายหนองไหลจากบริเวณแผลถอนฟันเป็น ๆ หาย ๆ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ เก๊าท์ และไขมันในเลือดสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร ปฏิเสธการแพ้ยา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ประวัติทางทันตกรรมเคยขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน ใส่ฟันเทียมถอดได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นใด

การตรวจร่างกายโดยทั่วไป ไม่พบความผิดปกติใด ๆ น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 152/89 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที



ก



ข

ภาพที่ 1 ก.) ภายนอกช่องปากหน้าตรง ข.) ภายนอกช่องปากด้านข้าง

การตรวจภายนอกช่องปาก พบใบหน้าสมมาตร อ้าปากได้ปกติ มีอาการบวมเล็กน้อยบริเวณริมฝีปากบน สีผิวหนังปกติ (ภาพที่ 1)

ลักษณะภายในช่องปากโดยทั่วไป มีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี (Poor oral hygiene) ภาวะปริทันต์ระดับปานกลาง (Moderate chronic periodontitis) มีหินปูนและ

คราบจุลินทรีย์ระดับปานกลาง มีการสูญเสียฟันบริเวณซี่ 12 11 21 23 26 36 และ 46 พบอาการบวมทางด้านริมฝีปาก (Labial) ของฟันหน้าบนตั้งแต่บริเวณซี่ฟัน 12 ถึงบริเวณซี่ฟัน 21 สีผิวปกติ คลำนิ่ม เมื่อกดบริเวณที่บวมมีของเหลว ลักษณะขุ่น สีเหลืองอ่อนไหลออกจากบริเวณรูเปิดถุงหนองที่ซี่ฟัน 12 (ภาพที่ 2)



ก



ข



ค

ภาพที่ 2 ก.) ภายในช่องปากหน้าตรง ข.) ภายในช่องปากด้านบน ค.) ภายในช่องปากด้านล่าง

จากภาพถ่ายรังสีบริเวณฟันหน้าบน พบเงาดำลักษณะกลมขอบเขตชัดเจน ขนาดประมาณ 2.5 เซนติเมตร x 2 เซนติเมตร

บริเวณที่เคยเป็นตำแหน่งของฟันซี่ 11 ถึง 12 ซึ่งถูกถอนออกไปแล้ว ไม่สัมพันธ์กับโพรงจมูก (Nasal cavity) (ภาพที่ 3)



ก



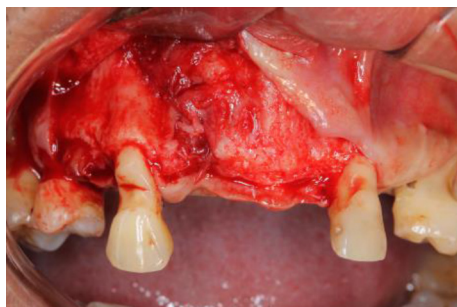
ข

ภาพที่ 3 ก.) ภาพถ่ายรังสีกัดสบ ข.) ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก

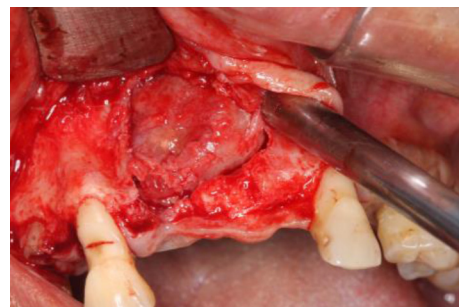
ให้การวินิจฉัยเป็นถุงน้ำรอบรากฟัน พิจารณาโรคประจำตัวผู้ป่วยและยาที่รับประทานเป็นประจำ พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคประจำตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ และยาที่รับประทานไม่มีผลข้างเคียงต่อการรักษาทางทันตกรรม แผนการรักษาคือ ผ่าตัดเลาะถุงน้ำออกทั้งหมดในครั้งเดียว ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ (Excisional biopsy under local anesthesia) เนื่องจากรอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนัก และไม่ได้ลุกลามสัมพันธ์กับอวัยวะสำคัญข้างเคียงใด ๆ และส่งตรวจชิ้นเนื้อที่เลาะออกมาไปตรวจทางพยาธิวิทยา

ก่อนการรักษาได้อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการทำหัตถการและขั้นตอนการรักษาแก่ผู้ป่วย เริ่มต้นหัตถการในช่องปากด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยทำการฉีดยาชาสกัดเส้นประสาทอินฟราออบิทีลด้านขวา (Right

infraorbital nerve block) เกรทเทอร์พาลาทีน (Greater palatine nerve block) นาโซพาลาทีน (Nasopalatine nerve block) และฉีดยาชาเฉพาะที่ตำแหน่งด้านแก้มฟันหน้าบนซ้าย (Buccal infiltration) ตามด้วยเปิดแผ่นเหงือก รูปสามเหลี่ยม (Triangular flap) ชนิดความหนาเต็ม (Full thickness mucoperiosteal flap) โดยลงรอยกรีดแนวตั้ง บริเวณฟันซี่ 15 พบว่ามีกระดูกเข้าฟันด้านริมฝีปากหุ้มบาง ๆ คลำนิ่ม จากนั้นกรอกระดูกที่หุ้มถุงน้ำอยู่โดยรอบจากรอยโรค ประมาณ 2 มิลลิเมตร จนเห็นขอบเขตผนังถุงน้ำชัดเจน (ภาพที่ 4) ค่อย ๆ เลาะถุงน้ำออกจากกระดูกโดยรอบ จนสามารถนำถุงน้ำออกทั้งหมดเป็นชิ้นเดียว ได้ถุงน้ำขนาดประมาณ 2.5 เซนติเมตร x 1.2 เซนติเมตร x 1 เซนติเมตร (ภาพที่ 5)

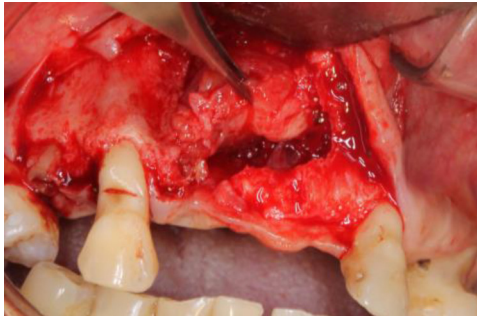


ก



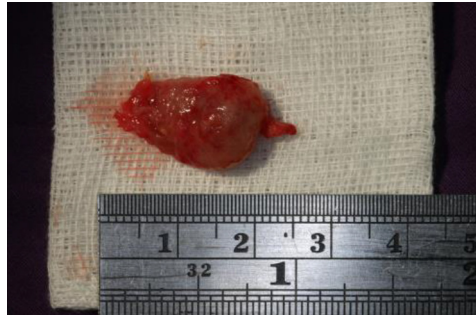
ข

ภาพที่ 4 ก.) การเปิดแผ่นเหงือกรูปสามเหลี่ยม ข.) ผนังถุงน้ำ



ก

ภาพที่ 5 ก.) ถุงน้ำในช่องปาก

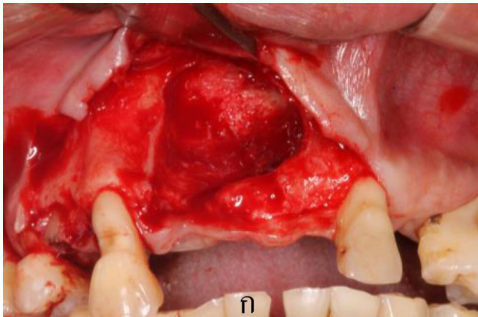


ข

ข.) ก้อนถุงน้ำที่นำออกมา

จากนั้นทำการถอนฟันซี่ 14 ซึ่งผุเหลือแต่ตอฟัน (Retained root) ทำความสะอาดบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ และเย็บปิดแผลแบบรอยเย็บเดี่ยว (Simple interrupted suture)

แล้วใส่ท่อเพื่อช่วยระบายของเหลวจากบริเวณที่ผ่าตัด และเย็บติดด้วยไหมเย็บแผล (Stay Penrose drain with black silk) (ภาพที่ 6)



ก

ภาพที่ 6 ก.) บริเวณที่นำถุงน้ำออกแล้ว

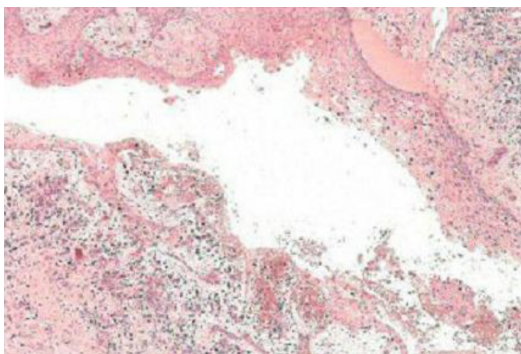


ข

ข.) เย็บปิดแผลและใส่ท่อระบายของเหลว

ให้คำแนะนำหลังการทำหัตถการ ประกอบด้วย การกั๊กผ้าก๊อซเพื่อห้ามเลือด ประคบร้อนฝีปากด้วยความเย็น ง่ายยาแก้ปวด เพื่อลดอาการปวดที่เกิดขึ้น ง่ายยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และทำการแช่ถุงน้ำ

ที่ผ่าตัดออกมาในสารละลายฟอร์มาลินความเข้มข้นร้อยละ 10 เพื่อส่งห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ชิ้นเนื้อ ผลชิ้นเนื้อแสดงความเข้ากันได้กับ Radicular cyst ไม่พบลักษณะของเนื้องอกชนิดร้ายแรง (รูปที่ 7)



ภาพที่ 7 ลักษณะทางพยาธิวิทยา

ติดตามผลการรักษา

ติดตามผลการรักษา 2 วันหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลาง บวมที่ริมฝีปาก และมีจ้ำเลือดขึ้นบริเวณริมฝีปากด้านใน มีน้ำปนเลือดไหลออกมาจากบริเวณท่อช่วยหายใจเล็กน้อย (ภาพที่ 8 ก.) พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจของเหลว แนะนำให้ประคบอุ่น



ก

นัดตัดไหมในวันที่ 7 หลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ไม่มีการบวม แผลผ่าตัดมีการหายปกติ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังผ่าตัด ได้ทำการตัดไหมออกทั้งหมด (ภาพที่ 8 ข.) และนัดติดตามอาการ 1 เดือน



ข

ภาพที่ 8 ติดตามผลการรักษา ก.) 2 วันหลังผ่าตัด ข.) 7 วันหลังผ่าตัด

ติดตามผลการรักษา 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ จากการตรวจพบว่า การหายของแผลเป็นปกติ ไม่มีอาการบวม ไม่พบรูเปิดของหนอง (ภาพที่ 9) ได้ทำการขูดหินน้ำลาย

ทั้งปาก และแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาทางทันตกรรมอื่น ๆ ต่อไป ติดตามผลการรักษาต่อที่ 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ไม่พบลักษณะการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคเดิม



ภาพที่ 9 ติดตามผลการรักษา 1 เดือนหลังการผ่าตัด

บทวิจารณ์

ถุงน้ำรอบรากฟัน จัดอยู่ในประเภทถุงน้ำเหตุกำเนิด ฟันที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบที่บ่อยที่สุด คือพบประมาณร้อยละ 60 ของถุงน้ำที่พบในขากรรไกรทั้งหมด⁹ เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่โพรงประสาทฟัน เช่น มีฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันหรือฟันได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบต่อไป

ยังเนื้อเยื่อ รอบปลายรากฟัน ในระยะแรกอาจจะยังไม่มีอาการใด ๆ จนเมื่อรอยโรคมีขนาดใหญ่มากขึ้นมีการทำลายกระดูกรอบรากฟันมากขึ้น หรือ มีการติดเชื้อร่วม ผู้ป่วยจะกลับมาพบทันตแพทย์ ด้วยอาการสำคัญคือ ปวด บวมมีรูเปิดของหนองหรือ มีหนองไหลในช่องปาก เป็นต้น ทำให้ในบางครั้งพบว่า

กว่าที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษา รอยโรคก็มีขนาดใหญ่มาแล้ว¹⁰

สำหรับถุงน้ำหลงเหลือ คือ ถุงน้ำรอบรกพันชนิดหนึ่งที่พบในบริเวณที่ถอนพันที่เป็นสาเหตุไปแล้ว แต่ไม่ได้รับการรักษารอยโรครอบรกพัน โดยพบได้ร้อยละ 8 ของถุงน้ำในกระดุกขากรรไกร ซึ่งเมื่อถอนพัน ที่เคยเป็นสาเหตุไปแล้ว ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการใด ๆ เป็นเวลาหลายปี และมักจะกลับมาด้วยอาการสำคัญคือ มีหนอง พบได้ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือรูสีกบวม มีอาการไม่ปกติบริเวณที่เป็นรอยโรคพบได้ร้อยละ 40.2¹¹ ลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีจะเหมือนกับถุงน้ำรอบรกพัน โดยพบเป็นเงาดำบริเวณที่เคยเป็นรกพัน พบได้หลายขนาดขึ้นกับขนาดของรอยโรคก่อนที่มีการถอนพันไป¹² ถุงน้ำหลงเหลือสามารถที่จะคงอยู่ในกระดุกขากรรไกรได้นาน 1 ถึง 20 ปี ส่วนการรักษาก็จะพิจารณาเช่นเดียวกับถุงน้ำรอบรกพันเช่นกัน¹³ ซึ่งโดยปกติแล้วไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำหลังการผ่าตัด¹⁴

การวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคถุงน้ำรอบรกพัน หรือรอยโรครอบรกพันชนิดอื่น ๆ ต้องอาศัยการตรวจทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และยืนยันด้วยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา^{15,16}

ในส่วนของการรักษารอยโรคประเภทถุงน้ำรอบรกพันนั้น ควรเลือกวิธีแบบอนุรักษ์ (conservative management) ที่สุดก่อน เช่น การรักษาคลองรกพันเพียงอย่างเดียว¹⁷ การถอนพันซึ่งที่เป็นสาเหตุออกพร้อมกับ การขูดรอยโรครอบรกพันออก โดยไม่ต้องใช้การผ่าตัดร่วมด้วย สำหรับวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น จะเลือกใช้ในกรณีการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดร่วมด้วยแล้ว ยังมีรอยโรคเหลืออยู่ หรือในกรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่ การผ่าตัดเปิดเพื่อนำรอยโรคออกโดยตรง ก็จะใช้เวลาในการรักษาน้อยกว่าและเป็นการกำจัดสาเหตุออกในครั้งเดียว ซึ่งการผ่าตัดนั้น สามารถทำได้โดยผ่าตัดเปิดนำรอยโรคออกทั้งหมดในครั้งเดียว หรือทำการผ่าตัดเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำ เพื่อลดขนาดรอยโรคที่มีขนาดใหญ่มา ๆ ให้เล็กลงก่อนแล้วพิจารณาผ่าตัดออกภายหลัง ทั้งนี้เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด รอยโรคที่มีขนาดใหญ่ออกทั้งหมดในครั้งเดียว เช่น อาการชา มีเลือดออกมาก ทะลุโพรงอากาศบริเวณใบหน้าที่อยู่ข้างเคียงรอยโรค หรือเกิดกระดุกขากรรไกรหักได้ แต่การ

รักษาวินิจฉัยจำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำ จึงต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ในการกลับมาตามนัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหลักการสำคัญ คือการผ่าตัดเปิดเหงือกตรงบริเวณรอยโรค รอบปลายรกพัน และใส่ท่อระบายค้างไว้ เพื่อระบายของเหลวที่คั่งอยู่ภายใน ร่วมกับการฉีดยาเกลือ ล้างทำความสะอาดทุกวัน จนกว่ารอยโรคจะมีขนาดเล็กลง¹⁸

ผู้ป่วยรายนี้ มีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันหน้าบน แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่หลังเกิดอุบัติเหตุ ทำให้จากเดิมที่อาจมีเพียงรอยโรครอบรกพันขนาดเล็ก ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาคลองรกพันหรือการถอนพันเพียงอย่างเดียว แต่เมื่อไม่ได้รับการรักษาในช่วงดังกล่าว รอยโรคก็มีการลุกลามและมีขนาดใหญ่ขึ้นกลายเป็นถุงน้ำ ซึ่งการรักษาจะมีความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น และเมื่อเกิดเป็นถุงน้ำแล้วการรักษาเฉพาะส่วนของเชื้อที่ตัวฟันเพียงอย่างเดียว ก็ไม่เพียงพอในการกำจัดพยาธิสภาพที่ปลายรกพัน ต้องมีการผ่าตัดเลาะถุงน้ำออกพร้อมด้วย

ในส่วนของการรักษาเชื้อที่ตัวฟัน สามารถให้การรักษาได้ 2 ทางเลือก คือ การรักษาคลองรกพัน และการถอนฟัน โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการถอนฟันไปแล้ว ซึ่งการถอนฟันนั้น มีข้อดีคือ ไม่ต้องมาทำการรักษาต่อเนื่องหลายครั้ง และค่าใช้จ่ายในการรักษาถูกกว่าการรักษาคลองรกพัน แต่จะมีข้อเสียคือ จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทดแทนฟันซี่ที่ถูกถอนไป

ภายหลังการถอนฟันซึ่งที่เป็นสาเหตุออกแล้ว พบว่ายังมีหนองไหลจากเหงือกบริเวณที่ถอนฟันอยู่ จากการตรวจเพิ่มเติมพบลักษณะของถุงน้ำล้อมรอบตำแหน่งที่เคยเป็นรกพันที่เป็นสาเหตุ จึงพิจารณาผ่าตัดเพื่อนำรอยโรครอบปลายรกพันออก จากการตรวจทางคลินิกและจากภาพถ่ายรังสี พบว่ารอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนัก ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับอวัยวะสำคัญอื่น ๆ จึงพิจารณานำรอยโรคออกทั้งหมดในคราวเดียว โดยวิธีนี้มีข้อดีคือ สามารถนำรอยโรคออกทั้งหมดได้ในครั้งเดียว ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย ใช้ระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า ไม่ต้องมีการผ่าตัดซ้ำ และไม่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยมากนัก ซึ่งผลการตรวจชิ้นเนื้อก็เข้ากันได้กับลักษณะของถุงน้ำรอบรกพัน ไม่มีลักษณะของเนื้องอกชนิดร้ายแรงอื่น ๆ

บทสรุป

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการติดเชื้อแบบเรื้อรัง มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ มาหลายปี จากการซักประวัติพบว่าสัมพันธ์กับการได้รับอุบัติเหตุ มีพยาธิสภาพเกิดกับโพรงประสาทฟัน แต่ไม่ได้ไปรับการรักษาต่อเนื่องในช่วงแรก ทำให้เกิดการลุกลามของโรค กลายเป็นถุงน้ำรอบรากฟัน ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยได้รับการถอนฟันซึ่งที่เป็นสาเหตุออกแล้ว แต่ไม่ได้มีการกำจัดรอยโรคที่ปลายรากฟันออกไปด้วย ทำให้ยังคงมีอาการของการติดเชื้อแบบเรื้อรังอยู่ และเนื่องจากรอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนัก ไม่ได้ยึดติดกับอวัยวะสำคัญอื่น ๆ แผนการรักษาสุดท้าย จึงจบที่การผ่าตัดเอาถุงน้ำที่หลงเหลืออยู่ออกทั้งหมดในครั้งเดียวภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยหายจากอาการติดเชื้อเรื้อรัง ไม่เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. Manwar NU, Agrawal A, Chandak MG. Management of infected radicular cyst by surgical approach. *Int J Dent Clin* 2011;3:75-6
2. Joshi Udupi Krishna PSKaSA. Nasopalatine Cyst: A Rare Entity. *International journal of dental clinics* 2010;2(1):34-6.
3. Bhaskar SN. Oral surgery--oral pathology conference No. 17, Walter Reed Army Medical Center. Periapical lesions--types, incidence, and clinical features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966;21:657-71.
4. Bava FA, Umar D, Bahseer B, Baroudi K. Bilateral radicular cyst in mandible: an unusual case report. *Journal of international oral health : JIOH*. 2015;7(2):61-3.
5. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2002;62(1):25-9.
6. Oztan MD. Endodontic treatment of teeth associated with a large periapical lesion. *International endodontic journal*. 2002;35(1):73-8.

7. Tsurumachi T, Saito T. Treatment of large periapical lesions by inserting a drainage tube into the root canal. *Endodontics & dental traumatology*. 1995;11(1):41-6.
8. Jose L. Mejia JED, Bettina Basrani. Active Nonsurgical Decompression of Large Periapical Lesions — 3 Case Reports. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2004;70(November):691-4.
9. Hupp JRE, Edward; Tucker, Myron R. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008. 3p.
10. Kunjamma Thomas PDT, Elsy P Simon. Management of large periapical cystic lesion by aspiration and non surgical endodontic therapy using calcium hydroxide paste. *The Journal of Contemporary Dental practice*.;2012;13(6):5.
11. Pechalova, P., Poriazova, E., and Pavlov, N. 2011. Residual cysts of the jaws. *Curierul Medical*, 323 (5):15-7.
12. Karam N, Karam F, Nasseh I, Noujeim M. Residual cyst with a misleading clinical and radiological appearance. Case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Radiology* 2013;1(1):17-20.
13. Tsvetan TS. RESIDUAL CYST OF UPPER JAW: A CASE REPORT. *International Journal of Information Research and Review*;2017:04:3533-5.
14. Tsvetanov TS. Residual cysts: A brief literature review. . *International journal of Medical and Dental Science* 2016;5(2):1341-6.
15. Motamedi MHK. Periapical ameloblastoma — A case report. *British dental journal*. 2002;193(8):3.
16. Balaji Tandri S. Management of infected radicular cyst by surgical decompression. *Journal of conservative dentistry: JCD*. 2010;13(3):159-61.
17. Lin LM, Ricucci D, Lin J, et al. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. *J Endod* 2009;35:607-15.

18. Joshi NS, Sujan SG, Rachappa MM. An unusual case report of bilateral mandibular radicular cysts. Contemporary clinical dentistry. 2011;2(1): 59-62.