



การรักษาฟันฝังร่วมกับควักถุงน้ำเดนทิเจอร์ริส ที่สัมพันธ์กับโพรงอากาศจากกรรไกรบน : รายงานผู้ป่วย

เกศกมล ไตวนิชย์

Received: January 6, 2026

Revised: January 20, 2026

Accepted: February 3, 2026

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการวินิจฉัยและรักษาฟันฝังร่วมกับถุงน้ำเดนทิเจอร์ริสที่มีความสัมพันธ์กับโพรงอากาศจากกรรไกรบน ซึ่งเป็นถุงน้ำพัฒนาการที่เกิดจากฟัน มักไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพรังสี โดยทั่วไปมักพบในฟันคุดจากกรรไกรล่างมากกว่า ในรายงานนี้เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 37 ปี มาพบทันตแพทย์จากอาการบวมบริเวณฟันกรามน้อยบนที่ไม่ขึ้นในช่องปาก ไม่มีอาการปวดหรือการขยายตัวของรอยโรค ผลการตรวจทางคลินิก ภาพรังสี และพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็นถุงน้ำเดนทิเจอร์ริสที่ข้องกับฟันฝังและลูกกลมสู่โพรงอากาศจากกรรไกรบน ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้น้อยทางระบาดวิทยา

การรักษาประกอบด้วย การผ่าตัดควักถุงน้ำออกทั้งหมดร่วมกับนำฟันฝังที่เป็นสาเหตุออก เพื่อกำจัดรอยโรคและลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ระหว่างการผ่าตัดพบรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศจากกรรไกรบน จึงทำการปิดรูทะลุโดยใช้เนื้อเยื่อกระดูกเพื่อป้องกันการรั่วไหลของเชื้อโรคหรือของเหลว การผ่าตัดมีความซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลหลังผ่าตัดจากผู้ป่วย การสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนหายเป็นอย่างดี ไม่พบการติดเชื้อ รูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศจากกรรไกรบนปิดสนิท ฟันข้างเคียงไม่มีความผิดปกติ ผลทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นถุงน้ำ ไม่พบเซลล์ที่ผิดปกติ อย่างไรก็ตามพบว่าร่องระหว่างเหงือกและกระดูกมีลักษณะตื้น ซึ่งอาจมีผลต่อการบูรณะฟันในอนาคต การติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือนไม่พบสัญญาณการกลับเป็นซ้ำของถุงน้ำ การรักษานี้สะท้อนความสำคัญของการวินิจฉัยที่ครบถ้วน การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ถุงน้ำเดนทิเจอร์ริส / ฟันฝัง / โพรงอากาศจากกรรไกรบน / การควักถุงน้ำ /
รูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศจากกรรไกรบน

ผู้รับผิดชอบบทความ: เกศกมล ไตวนิชย์ 149/25 ถ.ศรีอุตราภค ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000 E-mail: kedkamofine@gmail.com

ทันตแพทย์ศาสตร์บัณฑิต ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพิชัย 139 หมู่ 1 ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ 53120

Enucleation of Dentigerous Cyst Associated with embedded tooth and maxillary sinus : A case report

Kedkamon Tovanich

Abstract

This case report aims to present the diagnosis and surgical management of a dentigerous cyst associated with an embedded maxillary premolar extending into the maxillary sinus—an uncommon presentation. Dentigerous cysts are developmental odontogenic lesions that are frequently asymptomatic and often detected incidentally on radiographic examination. A 37-year-old female presented with localized swelling in the maxillary premolar region, where the tooth had failed to erupt. She reported no pain or progressive enlargement. Clinical evaluation, radiographic findings, and histopathological examination confirmed a cyst.

Treatment consisted of complete enucleation of the cyst, extraction of the associated embedded tooth, and closure of an intraoperatively detected oroantral communication using a buccal mucosal flap. Comprehensive patient communication and adherence to postoperative instructions were emphasized to reduce complications.

Postoperative healing was uneventful, with bone and soft-tissue recovery and no evidence of infection or sinus complications. The histopathological findings confirmed a cystic lesion without cellular atypia. A shallow buccal vestibule developed, which may affect future prosthetic or implant rehabilitation. At the three-month follow-up, no recurrence was observed. This case highlights the importance of accurate diagnosis, appropriate surgical planning, and long-term follow-up to ensure optimal outcomes in maxillary dentigerous cysts

Keywords: Dentigerous cyst / Embedded tooth / Maxillary sinus / Enucleation /
Oroantral communication

Corresponding Author: Kedkamon Tovanich, 149/25 Sri-Uttaranok road, Tha-it, Muang, Uttaradit, 53000,

E-mail: kedkamonfine@gmail.com

Doctor of Dental Surgery, D.D.S., Dentist, Professional level, Phichai Hospital 139 Moo 1, Muang, Phichai, Uttaradit, 53120

1. บทนำ

ถุงน้ำเดนทิเจอรัส (Dentigerous cyst) จัดเป็นถุงน้ำที่มีพัฒนาการจากเนื้อเยื่อรอบหน่อฟันที่กำลังพัฒนา (Developmental odontogenic cyst) มักสัมพันธ์กับฟันคุดหรือฟันฝังที่ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ พบได้บ่อยเป็นลำดับที่ 2 โดยอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 14-20 ของถุงน้ำขากรรไกร รองจากถุงน้ำปลายรากฟัน (Periapical cyst/Radicular cyst) ถุงน้ำเดนทิเจอรัสพบมากในเพศชายที่ช่วงอายุ 10-30 ปี ส่วนมากมักพบในขากรรไกรล่างถึงร้อยละ 70 ส่วนถุงน้ำที่สัมพันธ์กับฟันกรามน้อยและโพรงอากาศขากรรไกรบนพบเพียงร้อยละ 0.1-2.7 โดยทั่วไปถุงน้ำเดนทิเจอรัสมักไม่ก่อให้เกิดอาการ พบโดยบังเอิญจากภาพรังสีในระหว่างการตรวจรักษาอื่น อย่างไรก็ตามเมื่อถุงน้ำมีการขยายตัวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การปวดและบวม ถ้าเกิดในขากรรไกรบนอาจมีความสัมพันธ์กับโพรงอากาศได้ การรักษาจะซับซ้อนมากขึ้น เพราะต้องปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน (Oroantral communication) ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหา เช่น การติดเชื้อในโพรงอากาศ กระดูกขากรรไกรและฟันโดยรอบ การสลายตัวของกระดูกขากรรไกรจากรอยโรค และอาจทำให้ฟันข้างเคียงผิวดำแทนที่ส่งผลต่อการสบฟันหรือความสวยงาม ดังนั้นการศึกษาลักษณะทางคลินิก อุบัติการณ์ สาเหตุการเกิด และการวินิจฉัย ตลอดจนวิธีการรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจถุงน้ำเดนทิเจอรัส เพื่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1.1 ถุงน้ำเดนทิเจอรัส

ถุงน้ำต้นกำเนิดจากฟันพบมากเป็นลำดับที่ 2 รองลงมาจากถุงน้ำปลายรากฟัน ส่วนมากพบในซุดฟันแท้ที่ไม่ขึ้นในช่องปาก มักมีความสัมพันธ์กับฟันคุดล่าง ฟันเขี้ยวบน ฟันคุดบนและฟันกรามน้อยซึ่งทั้งสองล่างตามลำดับ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับฟันเกินและเนื้องอกโอดอนโทมา (Odontoma) ส่วนมากพบเดี่ยว ๆ สามารถพบหลายถุงน้ำรวมกันได้แต่พบน้อย พบได้ทุกช่วงอายุส่วนมากพบในช่วง 10-30 ปี ในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อยและพบในคนผิวขาวมากกว่าผิวสี (Bonanthaya et al., 2021; Langdon et al., 2017; Malik, 2008)

1.1.1 พยาธิกำเนิด กระบวนการเกิดถุงน้ำประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Malik, 2008; Neville et al., 2016; Raksantikul, 2024)

ช่วงที่ 1 การกระตุ้น (Cyst initiation) เซลล์เยื่อบุผิวของฟันที่ตกค้างมีสิ่งกระตุ้นให้เพิ่มจำนวนและพัฒนาเป็นถุงน้ำ สิ่งกระตุ้นยังไม่ทราบแน่ชัดแต่มีข้อสันนิษฐานว่าอาจเกี่ยวกับพันธุกรรม ภูมิคุ้มกันบกพร่องและการอักเสบ ถุงน้ำเดนทิเจอรัสสร้างมาจากเยื่อบุผิวรีดิวซ์อีนาเมล (Reduced enamel epithelium) ที่เหลืออยู่จากการพัฒนาฟัน เป็นถุงน้ำที่มีเยื่อบุผิวล้อมรอบ (True cyst)

ช่วงที่ 2 การสร้างถุงน้ำ (Cyst formation) ใช้ทฤษฎีการก่อเกิดถุงน้ำจากภาวะขาดสารอาหาร (Nutritional deficiency theory) เมื่อเซลล์เยื่อบุผิวเพิ่มจำนวนเป็นมวลขนาดใหญ่ เซลล์กึ่งกลางมวลจะขาดเลือดและสารอาหาร ส่งผลให้เซลล์ตายจากภาวะขาดเลือดเกิดเป็นช่องว่าง ซึ่งล้อมรอบด้วยเซลล์เยื่อบุผิวที่ยังคงเจริญเติบโตต่อไป

ช่วงที่ 3 การขยายขนาดถุงน้ำ (Cyst enlargement) เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ใช้เวลานาน มี 3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการเจริญของผนังถุงน้ำและการแบ่งตัวของเซลล์รอบนอก (Mural growth & Peripheral cell division) เป็นการเพิ่มจำนวนเซลล์ โดยการแบ่งตัวและมีการสะสมของสิ่งต่าง ๆ ภายในถุงน้ำส่งผลให้ถุงน้ำขยายขนาดรอบแนวเส้นรอบวง สองคือทฤษฎีทางชีวกลศาสตร์การขยายตัวด้วยแรงดันไฮโดรสแตติก (Hydrostatic Enlargement Biomechanical Theory) เกิดจากความแตกต่างของความเข้มข้นออสโมติกที่ได้จากการสลายตัวและเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ความดันระหว่างโพรงถุงน้ำกับเนื้อเยื่อรอบข้างต่างกัน เกิดแรงดันดึงของเหลวเข้าสู่ถุงน้ำ สุดท้ายทฤษฎีปัจจัยการสลายกระดูก (Bone resorbing factor) ถุงน้ำสร้างสารที่มีฤทธิ์สลายกระดูกและกระตุ้นการทำงานของเซลล์สลายกระดูก (Osteoclasts) สลายกระดูกโดยรอบทำให้โพรงกระดูกและถุงน้ำมีขนาดใหญ่ขึ้น

1.1.2 อาการทางคลินิกและการวินิจฉัย

เป็นถุงน้ำที่ล้อมรอบตัวฟันทั้งหมดหรือบางส่วนสัมพันธ์กับฟันคุด ฟันฝังหรือฟันเกินที่ไม่ขึ้นในช่องปาก มักไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี แต่สามารถเจริญจนมีขนาดใหญ่และกระดูกขยายตัวโดยไม่มีอาการปวด ถ้ารอยโรคลุกลามกว้างอาจทำให้ใบหน้าไม่สมมาตร มีปัญหาในการใส่ฟันปลอมซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษา อาการปวดและบวมอาจเกิดขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อร่วมด้วย (Bonanthaya et al., 2021; Langdon et al., 2017; Malik, 2008) ในทางคลินิกมักพบฟันไม่ขึ้นตามลำดับการขึ้นปกติ บางครั้งฟันไม่ขึ้น ฟันขึ้นเดียว การขยายตัวของถุงน้ำทำให้เหงือกแข็งและเรียบ แต่เมื่อขยายตัวกระดูกที่ปกคลุมบางลงและเปราะแตกง่ายซึ่งพบได้ในถุงน้ำชนิดอื่นที่มีขนาดใหญ่เช่นกัน ต่อมาถุงน้ำอาจอยู่ชิดกับเยื่อช่องปากจนกดปุ่มได้และพบการเคลื่อนของของเหลวภายใน (Fluctuation) มักไม่พบถุงน้ำเดนทิเจอร์ซิสที่มีขนาดใหญ่ ถ้าพบขนาดใหญ่อาจจะเป็นถุงน้ำโอดอนโทเจนิคเคอราทอซิสต์ (Odontogenic keratocysts: OKC) หรืออะเมลโบลาสโตมา (Ameloblastoma) มากกว่า (Bonanthaya et al., 2021; Langdon et al., 2017; Malik, 2008; Neville et al., 2016)

ลักษณะทางภาพรังสีพบเป็นบริเวณเงาโปร่งรังสีวงเดี่ยวปกคลุมฟันที่ยังไม่ขึ้น ออกมาจากรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน (Cementoenamel junction) โดยมักมีขอบเขตชัดเจน ถุงน้ำขนาดใหญ่อาจให้ภาพคล้ายรอยโรคหลายวงขอบหยัก (Bonanthaya et al., 2021; Malik, 2008; Neville et al., 2016)

ลักษณะทางพยาธิวิทยา ประกอบด้วย เยื่อบุเคลือบฟันที่ถูกลดรูป มีเซลล์ทรงแบน (Squamous cell) หรือทรงลูกบาศก์ (Cuboidal cell) เรียง 2-3 ชั้น และยึดติดกับฟันบริเวณรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน สามารถพบเศษเซลล์ที่เหลือจากการสร้างฟันได้ เยื่อบุนี้โดยปกติไม่สร้างเคอราติน (Keratin) อาจพบไฮยาลินบอดี (Hyaline bodies) ฝักคอเลสเตอรอล (Cholesterol clefts) และ รัศพันบอดี (Rushton bodies) ในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันได้ เยื่อบุถุงน้ำอาจไม่ต่อเนื่องจากการแทรกซึมของเซลล์อักเสบ (McLean & Vargas, 2023; Neville et al., 2016)

1.1.3 แนวทางการรักษา

เป้าหมายของการรักษา คือ กำจัดรอยโรคทางคลินิกและทางพยาธิวิทยาให้หมด ลดโอกาสเกิดรอยโรคซ้ำและมีผลกระทบต่ออวัยวะข้างเคียงน้อยที่สุด ควรส่งตรวจชิ้นเนื้อรอยโรคถุงน้ำเพื่อวางแผนการรักษา รอยโรคขนาดเล็กควรตัดรอยโรคทั้งหมด (Excisional biopsy) แต่สำหรับรอยโรคขนาดใหญ่และรอยโรคเกิดซ้ำควรตัดแค่บางส่วน (Incisional biopsy) สำหรับถุงน้ำเดนทิเจอรัสขนาดขนาด ≤ 5 เซนติเมตร สามารถรักษาโดยการควักออกทั้งหมด แต่ในถุงน้ำที่มีขนาดใหญ่ > 5 เซนติเมตร ควรลดความดันก่อนการผ่าตัดควักออกทั้งหมด (Langdon et al., 2017; Nyimi et al., 2019) การรักษาสามารถทำได้ ดังนี้

1) ใส่ท่อระบายลดความดันภายในถุงน้ำ (Decompression) เป็นการสร้างทางระบายโดยอาจใช้ท่อสายสวน ท่อสายอาหารหรือท่อสายดูดน้ำลายเย็บติดกับถุงน้ำ เพื่อระบายแรงดันและให้ผู้ป่วยล้างทำความสะอาดภายในถุงน้ำได้ (Bonanthaya et al., 2021; Langdon et al., 2017; Malik, 2008)

2) สร้างท่อระบายลดความดันถุงน้ำ (Marsupialization/Partsch I) เป็นการเจาะถุงน้ำแล้วสร้างท่อระบายโดยการตัดผนังถุงน้ำบางส่วนออกเพื่อส่งตรวจชิ้นเนื้อ แล้วเย็บผนังถุงน้ำเชื่อมกับเนื้อเยื่อช่องปากที่ปกคลุมเพื่อเป็นที่ระบายออกสู่ช่องปาก (Bonanthaya et al., 2021; Langdon et al., 2017)

3) การใช้ระบบดูดระบายแบบสุญญากาศ (Evocyst) เป็นการลดความดันอวัยวะระบบปิดและทำงานแบบแอคทีฟ (Closed and active drain system) ใช้หลักการแรงดันลบ สามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือด กระตุ้นการสร้างกระดูกได้ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วกว่าวิธีการสร้างท่อหรือใส่ท่อระบายลดความดันถุงน้ำที่เป็นระบบพาสซีฟ (Passive drain) (Nyimi et al., 2019)

4) การผ่าตัดควักถุงน้ำ (Enucleation/Cystectomy/Partsch II) เป็นควักเอาถุงน้ำออกทั้งหมด โดยถ้าผนังถุงน้ำผนังหนาจะสามารถแยกจากชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกระดูกและนำออกทั้งหมดได้ง่าย การรักษานี้สามารถทำเดี่ยว ๆ หรือทำหลังจากลดความดันภายในถุงน้ำก็ได้ เริ่มจากใช้มีดกรีดบริเวณที่เป็นกระดูกปกติแล้วเปิดเหงือกโดยรอบถุงน้ำออก จากนั้นกรอกระดูกที่ปกคลุมออกจนเป็นช่องถึงผนังถุงน้ำแล้วจากควักถุงน้ำออกทั้งหมด (Bonanthaya et al., 2021; Langdon et al., 2017; Malik, 2008; Nyimi et al., 2019)

1.1.4 ผลลัพธ์

ถ้าผ่าตัดควักถุงน้ำเดนทิเจอรัสออกหมดผลลัพธ์การรักษาค่อนข้างดี โอกาสเกิดรอยโรคซ้ำน้อย แต่ถ้ามีผนังถุงน้ำตักค้างจะทำให้เป็นถุงน้ำซ้ำได้และสามารถพัฒนาการเป็นเนื้องอกอะเมโบลาสโทมา อีพิเดอร์มอยด์คาร์ซิโนมา (Epidermoid carcinoma) หรือมิวโคอีพิเดอร์มอยด์คาร์ซิโนมา (Mucoepidermoid carcinoma) ซึ่งต้องให้พยาธิแพทย์ทำการตรวจชิ้นเนื้อร่วมด้วย (Bonanthaya et al., 2021; Neville et al., 2016)

1.2 รูทูลูช่องปาก – โพรงอากาศขากรรไกรบน (Oroantral communication : OAC)

1.2.1 สาเหตุ

รูทูลูช่องปาก – โพรงอากาศขากรรไกรบนมักเกิดจากการถอนฟันบนที่รากฟันอยู่ใกล้กับพื้นโพรงอากาศทำให้ทะลุได้โดยไม่ได้ตั้งใจ นอกจากนี้ยังพบได้จากการติดเชื้อ อุบัติเหตุหรือเนื้องอก ถุงน้ำและรอยโรคในช่องปากอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการสลายกระดูกเกิดเป็นรูทูลูซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อและความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจหรือช่องปากได้ (Dipalma et al., 2025; Konate et al., 2021; Parvini et al., 2019)

1.2.2 อาการทางคลินิกและการวินิจฉัย

ผู้ป่วยจะรู้สึกมีอากาศหรือของเหลวไหลผ่านระหว่างปากและจมูก สังเกตได้ชัดเจนขณะกลืน มีอาการปวดและไม่สบายบริเวณที่เกิดการทะลุและหน้าแก้ม มีอาการคัดจมูก หนองไหลจากจมูก ถ้าเป็นระยะเวลานานกลายเป็นรูทูลูถาวรได้ (Oroantral fistula: OAF) ซึ่งมักมีของเหลวใสหรือหนองไหลออกมา ไม่สามารถปิดได้เอง ถ้ามีการติดเชื้อสามารถเป็นโพรงอากาศอักเสบเรื้อรัง อาจมีอาการปวด ไข้ และอ่อนเพลีย (Dipalma et al., 2025; Konate et al., 2021)

การตรวจถ้ารูทูลูมีขนาดใหญ่จะสามารถมองเห็นได้ชัดเจนหรืออาจตรวจเพิ่มด้วยการทดสอบวอลซอลวา (Valsalva test) เป็นการบีบจมูกแล้วพยายามหายใจออกผ่านจมูก ถ้ามีรูทูลูจะเห็นโพรงอากาศบริเวณนั้น และการเป่าแก้ม (Cheek blowing test) โดยให้เป่าปากขณะเฝ้มปาก เพื่อดูว่ามีอากาศรั่วออกมาทางจมูกหรือไม่ สองวิธีนี้อาจเพิ่มความเสี่ยงจากการแพร่กระจายของเชื้อจากปากเข้าสู่โพรงอากาศและอาจทำให้รูทูลูขยายขนาดใหญ่ขึ้นได้ นอกจากนี้สามารถตรวจด้วยการล้างน้ำ ถ้ามีน้ำจะไหลเข้าสู่จมูก (Dipalma et al., 2025; Konate et al., 2021)

ลักษณะทางภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical film) หรือ ภาพรังสีแพโนรามมา (Panoramic film : OPG) จะพบช่องที่แนวกระดูกพื้นโพรงอากาศ ทั้งนี้แสดงภาพได้เพียงสองมิติและยังมีการซ้อนทับของโครงสร้างทางกายวิภาค การตรวจด้วยภาพรังสีส่วนตัดอักษคอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT หรือ Cone Beam Computed Tomography : CBCT) ถือเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด เนื่องจากแสดงรายละเอียดได้ชัดเจนและแสดงรูทูลู รวมถึงสิ่งแปลกปลอมภายในโพรงอากาศได้ (Dipalma et al., 2025; Konate et al., 2021)

1.2.3 แนวทางการรักษา

จุดประสงค์ของการรักษาคือ ปิดรูทูลูช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนให้สนิท เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อแบคทีเรียหรือเศษอาหารจากช่องปากเข้าสู่โพรงอากาศ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน ถ้าโพรงอากาศมีการติดเชื้อให้รักษาการติดเชื้อนั้นให้หายก่อนจึงพิจารณาปิดรูทูลูที่เกิดขึ้น โดยถ้ารูทูลูมีขนาดเล็ก ≤ 3 มิลลิเมตร สามารถรอให้หายเองได้ ร่างกายจะสร้างลิ้มเลือดมาปกคลุมได้เอง (Konate et al., 2021) แต่ถ้ากรณีไม่แน่ใจว่ามีรูทูลูช่องปาก-โพรงอากาศหรือไม่ หรือ

กรณีรูทะลุมีขนาด ≤ 5 มิลลิเมตร ให้ใส่สารห้ามเลือดร่วมกับการเย็บแผลที่รูทะลุนั้น ส่วนรูทะลุที่ขนาดใหญ่ขึ้นควรมีการรักษาเพิ่มเติม ดังนี้ (Konate et al., 2021; Oliva et al., 2024; Parvini et al., 2019)

1) การเลื่อนเนื้อเยื่อจากกระพุ้งแก้ม (*Buccal advancement flap/ Rehrmann' flap*) เป็นการกรีดเหงือกรูปสี่เหลี่ยมคางหมู (*Trapezoidal flap*) ให้ฐานกว้างขยายออกทางด้านกระพุ้งแก้มจากขอบของรูทะลุ แล้วเปิดแผ่นเหงือกโดยยึดและดึงรั้งจนเย็บปิดรูทะลุได้ ข้อดีคือฐานแผลกว้างมีเลือดมาเลี้ยงเพียงพอแต่วิธีนี้ทำให้ร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้มตื้นส่งผลต่อการใส่ฟันเทียม

2) การหมุนเนื้อเยื่อจากเพดานปาก (*Palatal Rotational Flap*) แผ่นเหงือกนี้จะมี ความแข็งแรงและทนต่อการติดเชื้อ เนื่องจากหนาและมีเลือดเลี้ยงจากหลอดเลือดเพดาน สามารถหมุนมาปิดรอยแผลได้โดยไม่เกิดแรงดึงรั้งต่อกระพุ้งแก้มทำให้ไม่กระทบต่อร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้ม แต่จะเกิดรอยเปิดของกระดูกเพดานซึ่งทำให้ปวดแต่จะเกิดการสร้างเยื่อใหม่ใน 2-3 เดือน เหมาะสำหรับรูทะลุที่อยู่ใกล้เพดานปาก

3) การใช้เนื้อเยื่อไขมันกระพุ้งแก้ม (*Buccal Fat Pad Flap*) เป็นการกรีดบริเวณกระพุ้งแก้มผ่านกล้ามเนื้อ แล้วแหวกเนื้อเยื่อโดยใช้ของไม่มีคม (*Blunt dissection*) เพื่อให้ไขมันทะลักออกมา นำเนื้อเยื่อไขมันมาปิดที่รูทะลุ จากนั้นปกคลุมเนื้อเยื่อไขมันบางส่วนด้วยเยื่อช่องปาก ส่วนที่ไม่ได้ปกคลุมจะปิดผิวเยื่อได้เองภายใน 4-6 สัปดาห์ ข้อจำกัดคือทำให้อ้าปากลดลงเนื่องจากการดึงรั้งของเนื้อเยื่อ

4) วิธีการปิดสองชั้นหรือสามชั้น (*Double-layer or Triple-layer closure technique*) เป็นการปิดรูทะลุขนาดใหญ่ใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การใช้เนื้อเยื่อไขมันกระพุ้งแก้มหรือเยื่อหุ้มคอลลาเจน ร่วมกับวิธีการเลื่อนเนื้อเยื่อจากกระพุ้งแก้มหรือการหมุนเนื้อเยื่อจากเพดานปาก ในบางกรณีอาจใช้วิธีการปิดสามชั้น โดยวิธีการเลื่อนเนื้อเยื่อกระพุ้งแก้มหรือการหมุนเนื้อเยื่อเพดานปาก การใช้เนื้อเยื่อไขมันและแผ่นเยื่อไฟบรินที่อุดมด้วยเกล็ดเลือด (*Platelet-rich fibrin membrane*) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปิดรูทะลุและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ แต่มีข้อจำกัดในด้านค่าใช้จ่ายและความซับซ้อน

ไม่ว่าจะเลือกการรักษาโดยวิธีใดก็ตามยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป ต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนรวมถึงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา

1.2.4 ผลลัพธ์

อัตราการสำเร็จในการปิดรูทะลุระหว่างช่องปากกับโพรงอากาศอยู่ที่ร้อยละ 90-95 หากได้รับการรักษาภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก หากปล่อยไว้นานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโพรงอากาศอักเสบเรื้อรังถึงร้อยละ 50 ภายใน 3 วัน และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 ภายใน 2 สัปดาห์ สามารถพัฒนาเป็นรูทะลุถาวรได้ซึ่งความสำเร็จในการรักษาจะลดลง โดยอัตราการสำเร็จของการผ่าตัดปิดรูทะลุครั้งที่สองและการปิดรูทะลุถาวรจะเหลือเพียงร้อยละ 67 การรักษาอย่างทันที่ซึ่งโดยวิธีที่เหมาะสมโดยยึดหลักการปิดรูทะลุให้สนิท อาศัยกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่เพียงพอทำให้แผลหายอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลแผลหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ (Konate et al., 2021)

2. ผลการศึกษา: รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี

โรคประจำตัว : ภูมิแพ้อากาศ ไม่มีประวัติการแพ้ยาและอาหาร ปัจจุบันไม่ได้รับประทานยาใด ๆ

อาการสำคัญ : เหนื่อยบวมตำแหน่งด้านขวาบนมา 2 วัน ไม่ยุบหรือไม่ขยายขนาด ไม่มีอาการปวด

ประวัติทางทันตกรรม : เคยถอนฟันน้ำนมตำแหน่งขวามือตั้งแต่เด็กแล้วฟันแท้ไม่ขึ้น ทำฟันล่าสุดเมื่อ 3 ปีที่แล้ว โดยเคยถอนฟัน ผ่าฟันคุด อุดฟัน ขูดหินปูนซึ่งหลังทำฟันแผลหายดี ไม่มีอาการผิดปกติ

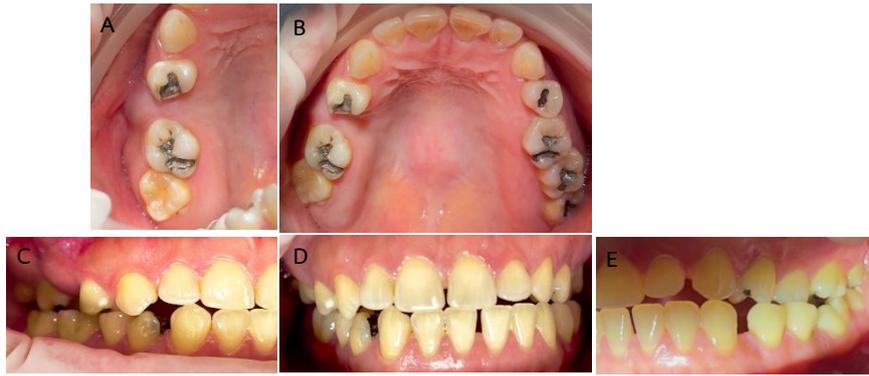
การตรวจร่างกาย : น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ความดันโลหิต 120/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 97 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที

การตรวจภายนอกช่องปาก : ใบบุ๋มน้ำลายปกติ ไม่มีลักษณะบวมแดง ร่องแก้ม (Nasolabial fold) ปกติไม่ตื้น ต่อมเหงือกโต ขากรรไกรคล้ำได้ปกติ กัดไม่เจ็บ อ้าปากได้ปกติ ข้อต่อขากรรไกรปกติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ลักษณะภายนอกช่องปาก (A) ใบบุ๋มน้ำลาย (B) ใบบุ๋มน้ำลาย (C) ใบบุ๋มน้ำลาย

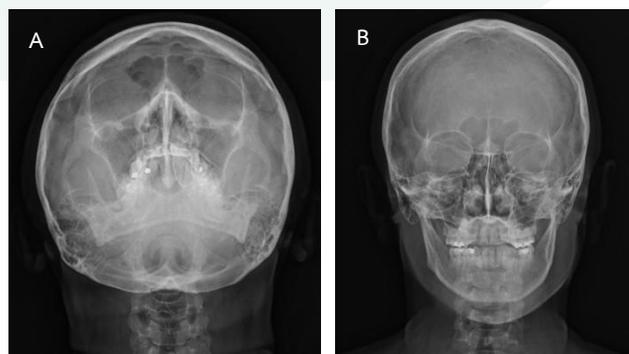
การตรวจภายในช่องปาก : ริมฝีปาก ลิ้น ฟันปาก เพดานปากปกติ ไม่พบภาวะน้ำลายน้อย บริเวณซี่ 15 เนื้อเยื่ออ่อนบริเวณสันเหงือกด้านแก้ม (Buccal) บวมต่อเนื่องไปถึงร่องระหว่างสันเหงือก และกระพุ้งแก้ม (Vestibule) มีสีแดง คล้ำได้ลักษณะเหมือนน้ำอยู่ภายใน (Fluctuated) ขนาด 10×10×7 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่พบหนอง ไม่พบฟันซี่ 15 ในช่องปากและไม่มีประวัติเคยถอนฟันซี่นี้ ฟันซี่อื่น ๆ ผ่านการบูรณะด้วยการอุดฟันและวัสดุอุดอยู่ในสภาพดี ใช้เครื่องมือเช็ชขอบวัสดุไม่สะดุด โดยทั่วไปฟันในช่องปากห่างกระจายตัวกัน ไม่มีอาการปวด ไม่โยก เหงือกปกติไม่อักเสบและไม่มีการปริทันต์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ลักษณะภายในช่องปาก (A) ขากรรไกรบนด้านขวา (B) ขากรรไกรบน
(C) การสบฟันด้านขวา (D) การสบฟันหน้าตรง (E) การสบฟันด้านซ้าย

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี : ภาพถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical view) พบว่ารากฟัน ฟันซี่ 15 อยู่ภายในโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านขวาและพบว่าบริเวณสันเหงือกมีเงาโปร่งรังสีล้อมรอบ ตัวฟัน สอดคล้องกับภาพถ่ายรังสีนอกช่องปากภาพรังสีวอเตอร์ (Water's view) และภาพรังสีกะโหลก ชนิดหลัง-หน้า (Posteroanterior skull view) ที่พบรากฟันอยู่ในโพรงอากาศดังภาพที่ 3 จากนั้นหา ตำแหน่งของฟันฝังโดยถ่ายรังสีทำมุม 15 องศาไปด้านไกลกลาง (Distal shift tube) แปลผลได้ว่าฟันซี่ 15 เคลื่อนที่ไปในทิศทางเดียวกับกระบอกรังสีแสดงว่าฟันอยู่ด้านเพดานปาก (Same lingual opposite buccal: SLOB) ดังภาพที่ 4

การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) 1) ถุงน้ำเดนทิเจอรัล 2) ถุงน้ำโอดอนโทเจนิค เคอราโทซิสต์ 3) เนื้องอกยูนิซีสติกอะเมโลบลาสโตมา และวินิจฉัยโรคของฟันที่เกี่ยวข้องคือ ซี่ 15 ฟันฝัง



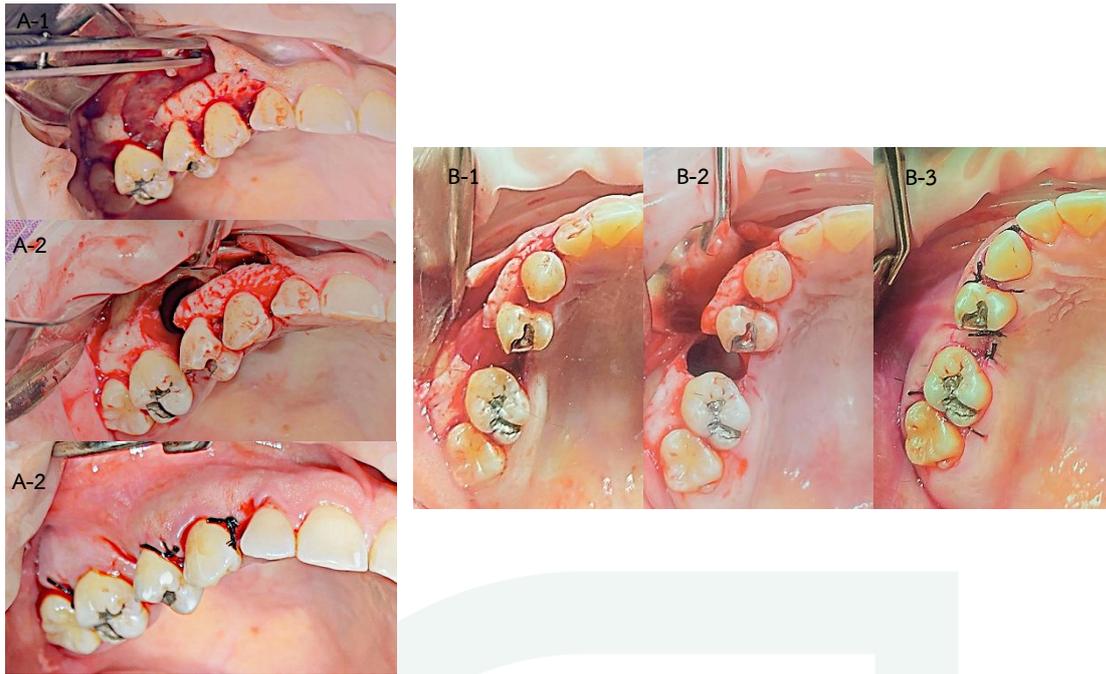
ภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสีนอกช่องปาก (A) ภาพรังสีวอเตอร์
(B) ภาพรังสีกะโหลกชนิดหลัง-หน้า



ภาพที่ 4 ภาพถ่ายรังสีในช่องปาก (A) ถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน
(B) ถ่ายรังสีมุม 15 องศาต้านไกลกลาง

การวางแผนการรักษา ผ่าตัดควักรอยโรคที่ขากรรไกรบนที่มีความสัมพันธ์กับโพรงอากาศขากรรไกรบนเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ร่วมกับผ่าฟันผิงซี่ 15 และปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน

การรักษา ชี้แจงขั้นตอนการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมให้การรักษา จากนั้นเริ่มการฉีดยาชาระงับความรู้สึกแบบการสะกดประสาท (Nerve block) ที่เลี้ยงบริเวณรอยโรค กรีดเหงือก ตามร่องเหงือก (Sulcular incision) บริเวณสันเหงือกกว้างกรีดบนเหงือกที่มีกระดูกรองรับค้ำได้แข็ง ไม่มีรอยโรค เปิดเหงือกแบบเนื้อเยื่อเต็มส่วน (Full thickness mucoperiosteal flap) แยกเหงือกและรอยโรคออกจากกัน ลักษณะรอยโรคเป็นถุงน้ำในกระดูก มีช่องเหลวเหลืองใสภายใน ไม่มีกลิ่น เลาะรอยโรคโดยรอบออกจากกระดูกและควักออกมาทั้งหมด จากนั้นนำฟันผิงออกโดยดันฟันออกมาทางของรอยโรค สามารถนำออกมาได้โดยไม่แบ่งฟันและไม่มีการกรอกระดูกเพิ่ม สำรavrรอยโรคที่อาจหลงเหลืออยู่แล้วนำออกจนหมด พบรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนขนาด ขนาด ≤ 15 มิลลิเมตร นำเนื้อเยื่อจากกระพุ้งแก้มปิดรูทะลุนี้ พบว่าเนื้อเยื่อกระพุ้งแก้มสามารถปิดรูทะลุได้พอดี มีการติ่งรังเล็กน้อย จากนั้นเย็บปิดแผ่นเหงือกแบบปรัมภูมิด้วยไหมดำขนาด 4-0 ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการรักษา (A) ด้านข้างขากรรไกรบนด้านขวา (B) ขากรรไกรบนข้างขวา
(1) การเปิดแผ่นเหงือก (2) ขากรรไกรบนหลังควักถุงน้ำและนำฟันฝังออก
(3) เย็บปิดแผ่นเหงือกแบบปฐมภูมิ

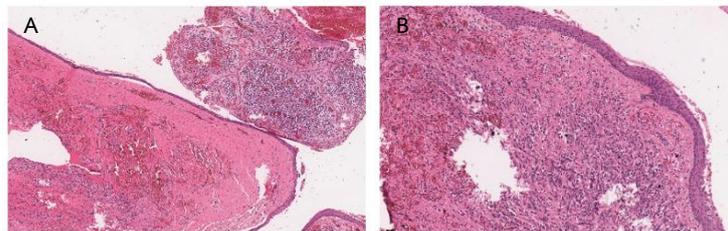
นำฟันฝังพร้อมทั้งรอยโรคที่ได้แช่ในฟอร์มาลินให้ท่วมเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป ซึ่งฟันฝังมีขนาด 10 X 20 ตารางมิลลิเมตร มีขนาดเล็กกว่าฟันกรามน้อยโดยทั่วไป วัดชิ้นเนื้อถุงน้ำได้ขนาด 10X10 ตารางมิลลิเมตร เชื่อมที่รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ผนังของถุงน้ำบางมีสีแดงเข้ม ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ถุงน้ำและฟันฝัง

หลังทำหัตถการจ่ายยาบรรเทาปวด (Paracetamol 500 mg) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดทุก 6 ชั่วโมง ยาแก้แสบไม่ใช้สเตียรอยด์ (Ibuprofen 400 mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นเมื่อมีอาการปวด และยาปฏิชีวนะ (Amoxicillin 500 mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นจนหมด 20 เม็ด และให้คำแนะนำ หลังทำหัตถการรวมถึงให้ผู้ป่วยงดกิจกรรมที่จะเพิ่มความดันภายในโพรงอากาศป้องกันไม่ให้แผลแยก 1 เดือน และหากมีน้ำมูกให้ใช้ยาพ่นหรือยาลดคัดจมูกตามคำแนะนำของแพทย์

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบผนังของรอยโรคมีลักษณะเป็นถุงน้ำมีเยื่อบุผิวทรงแบนเรียงซ้อนทับกันหลายชั้นที่มีหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก ไม่พบเซลล์ที่ผิดปกติดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 ภาพผลการส่งทางพยาธิวิทยาที่ย้อมด้วยสีฮีมาทอกซิลินและอีโอซิน

(A) กำลังขยาย X4 (B) กำลังขยาย X10

3. ผลการศึกษา อภิปรายผลและสรุปผล

3.1 ผลการศึกษาและการติดตามผล

ผู้ป่วยมาตัดไหมวันที่ 6 หลังการผ่าตัดโดยให้ประวัติว่าปวดแผล 1 วัน หลังจากนั้นอาการ ค่อย ๆ ดีขึ้นปัจจุบันไม่ปวดแล้ว ไม่มีอาการบวมและชา ไม่มีน้ำเข้าจมูก ไม่มีน้ำมูก เวลาพูดไม่มีเสียงขึ้นจมูก ภายในช่องปากพบสันเหงือกกว้างบริเวณซี่ 15 มีรูทะลุขนาดเล็ก < 1x1 ตารางมิลลิเมตร เหงือกสีชมพูเข้ม ไม่มีเลือดออกหรือการติดเชื้อ ร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้มบริเวณซี่ 15 ตื้นกว่าบริเวณข้างเคียง จากนั้นติดตามอาการ 1 และ 3 เดือนหลังการผ่าตัด พบว่าไม่มีอาการโพรงอากาศอักเสบหรืออาการ เกี่ยวกับการมีรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน แผลปิดสนิทดี ร่องระหว่างสันเหงือกและ กระพุ้งแก้มบริเวณซี่ 15 ยังคงตื้นกว่าบริเวณข้างเคียง ไม่มีอาการบ่งบอกถึงการกลับมาเป็นซ้ำของถุงน้ำ ตรวจทางภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันพบเงาที่บ่งชี้บริเวณสันเหงือกกว้างตำแหน่งซี่ 15 แสดงว่ามีการ สร้างกระดูกปกคลุมรูทะลุแต่ความหนาแน่นยังไม่เท่ากระดูกบริเวณข้างเคียง



ภาพที่ 8 การติดตามการรักษา (A) ด้านข้างขากรรไกรบนด้านขวา (B) ขากรรไกรบนข้างขวา
(1) 6 วันหลังการผ่าตัด (2) 3 เดือนหลังการผ่าตัด



ภาพที่ 9 ภาพถ่ายรังสีในช่องปากรอบปลายรากฟัน 3 เดือนหลังการผ่าตัด

3.2 อภิปรายผล

ถุงน้ำเดนทิเจอรัลพบได้บ่อยเป็นลำดับที่สองอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 14–20 ของถุงน้ำขากรรไกร รองจากถุงน้ำปลายรากฟันและพบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง รวมถึงพบมากในขากรรไกรล่างบริเวณฟันกรามซี่ที่สามล่าง รองลงมาคือฟันกรามซี่ที่สามบนและฟันเขี้ยวบน (Bonanthaya et al., 2021; Gaurkar et al., 2022; Neville et al., 2016; Raksantikul, 2024) สามารถพบถุงน้ำเดนทิเจอรัลในขากรรไกรบนเพียงร้อยละ 30 (Gaurkar et al., 2022) จากรายงานผู้ป่วยนี้พบถุงน้ำเดนทิเจอรัลในขากรรไกรบนที่ฟันกรามน้อยจัดว่าเป็นภาวะที่พบน้อยมาก มีรายงานอัตราการเกิดอยู่ในช่วงร้อยละ 0.1–2.7 (Jain et al., 2018; Gaurkar et al., 2022) และยิ่งพบน้อยเมื่อมีความสัมพันธ์กับโพรงอากาศขากรรไกรบน โดยทั่วไปพบช่วงอายุ 10–30 ปี ช่วงเวลาสัมพันธ์กับการพัฒนาของฟันแต่ละตำแหน่ง ในรายงานผู้ป่วยนี้จึงถือว่าเป็นกรณีที่พบน้อยในเชิงระบาดวิทยาทั้งในด้านเพศ อายุ ตำแหน่งแต่ก็สามารถเกิดขึ้นได้ ถุงน้ำเดนทิเจอรัลมักไม่มีอาการในระยะแรกสามารถถูกพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาอย่างทัน่วงทีจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการ

ขยายตัวของถุงน้ำในขากรรไกรบนเข้าสู่โพรงอากาศ (Bonanthaya et al., 2021; Gaurkar et al., 2022; Neville et al., 2016; Raksantikul, 2024)

รายงานผู้ป่วยนี้ถึงแม้จะไม่ทราบขอบเขตและขนาดของถุงน้ำที่แน่ชัด เนื่องจากมีข้อจำกัดทางภาพถ่ายรังสีที่ไม่สามารถถ่ายภาพรังสีอาศัยคอมพิวเตอร์ที่เป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด รวมถึงอาจเป็นรอยโรคเพิ่งเกิดผนังถุงน้ำบางเห็นเป็นเงาโปร่งรังสีครอบคลุมตัวฟันไม่ชัดเจนและซ้อนทับกับโพรงอากาศที่เห็นเป็นเงาโปร่งรังสีเช่นเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถแยกขอบเขตและวัดขนาดของรอยโรคได้ แต่วัตถุประสงค์ของการรักษาถุงน้ำคือกำจัดรอยโรคให้หมดเพื่อลดโอกาสเกิดการรอยโรคซ้ำและส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญโดยรอบน้อยที่สุด จึงรักษาโดยการควักถุงน้ำทั้งก้อน เนื่องจากเป็นวิธีที่อัตราเกิดรอยโรคซ้ำน้อยมาก (Bonanthaya et al., 2021; Malik, 2008; Neville et al., 2016; Ruslin et al., 2022; Shear & Speight, 2007) ได้มีการศึกษาติดตามการรักษาถุงน้ำนานถึง 7 ปีไม่พบอุบัติการณ์เกิดถุงน้ำเดนทิเจอร์รัศซ้ำ (Ruslin et al., 2022) รวมถึงขนาดและตำแหน่งพบบริเวณขากรรไกรบนสัมพันธ์กับโพรงอากาศสามารถควักออกทั้งก้อนได้โดยไม่มีผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญข้างเคียง แต่ที่สำคัญต้องปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนให้ได้ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากรายงานผู้ป่วยนี้ติดตามอาการเป็นเวลา 3 เดือนไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังทำการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อในโพรงอากาศ ไม่มีน้ำเข้าจมูก พบการหายของกระดูก รูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนปิดสนิทดีและลักษณะแสดงถึงการเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตามควรติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 1-5 ปี ขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง วิธีการรักษาและชนิดของถุงน้ำ (Du et al., 2024)

หลังจากถุงน้ำเดนทิเจอร์รัศออกทั้งหมดได้มีการปิดรูทะลุโดยใช้เนื้อเยื่อกระพุ้งแก้มพบว่า ร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้มตื้นขึ้นสามารถเห็นได้ตั้งแต่ 7 วันแรก เนื่องจากถุงน้ำได้สลายกระดูกด้านแก้มร่วมกับมีการดึงเนื้อเยื่อกระพุ้งแก้มมาปิด ซึ่งเป็นข้อเสียที่พบบ่อยของการปิดรูทะลุโดยวิธีนี้ มีการรวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าวิธีนี้มักทำให้ร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้มตื้นแต่อาการอาจดีขึ้นและกลับเป็นปกติได้ใน 4-8 สัปดาห์ แต่ก็พบว่ายังมีส่วนที่ร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้มตื้นไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ถึงร้อยละ 40 (Oliva et al., 2024) หากผู้ป่วยต้องบูรณะฟันเพิ่มเติมต้องมีการผ่าตัดครั้งที่สองเพื่อเพิ่มร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้ม นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดแบบวิธีการเลื่อนเนื้อเยื่อจากกระพุ้งแก้มคืออาการแก้มบวมและปวดแผลหลังการผ่าตัดซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ปกติหลังจากการปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศในทุกวิธี (Dipalma et al., 2025; Konate et al., 2021; Oliva et al., 2024) มีการเปรียบเทียบวิธีการปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบน โดยวิธีการเลื่อนเนื้อเยื่อจากกระพุ้งแก้ม วิธีการหมุนเนื้อเยื่อจากเพดานปากและวิธีการใช้เนื้อเยื่อไขมันกระพุ้งแก้ม พบว่าการใช้เนื้อเยื่อไขมันกระพุ้งแก้มปิดรูทะลุขนาด > 5 มิลลิเมตร ให้ผลการรักษาดีที่สุดในอุบัติการณ์เกิดรูทะลุซ้ำน้อยมากที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน สูบบุหรี่และโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาโดยใช้เนื้อเยื่อไขมันไม่ทำให้ร่องระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้มตื้น แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ หลังการผ่าตัดมักจะมีบวม มีซ้ำเลือด (Hematoma) อ้าปากได้น้อย เนื้อเยื่ออักเสบและตาย นอกจากนั้นทันตแพทย์ต้องมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง ผู้ป่วยน้ำหนักน้อยจะมีเนื้อเยื่อ

ไขมันกระพุ้งแก้มน้อยอาจจะรักษาด้วยวิธีนี้ไม่ได้ ส่วนการปิดรูทะลุขนาด <5 มิลลิเมตร เปรียบเทียบวิธีการเลื่อนเนื้อเยื่อจากกระพุ้งแก้มกับวิธีการหมุนเนื้อเยื่อจากเพดานพบว่า การหมุนเนื้อเยื่อเพดานปากให้ผลการรักษาที่ดีกว่า แผลหายได้ดีกว่าการใช้เนื้อเยื่อกระพุ้งแก้ม (Konate et al., 2021) แต่ในบางงานศึกษากล่าวว่าการรักษาด้วยการเลื่อนเนื้อเยื่อจากกระพุ้งแก้มมีประสิทธิภาพในการปิดรูทะลุเท่ากับ การหมุนเนื้อเยื่อจากเพดานปากไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรูทะลุ ถ้าเอียงมาด้านเพดานการใช้วิธีการหมุนเนื้อเยื่อจากเพดานปากจะเหมาะสมกว่า ข้อเสียของการหมุนเนื้อเยื่อเพดานปากคือปวดแผลหลังผ่าตัดมากเนื่องจากมีกระดูกบางส่วนเปิดไม่มีเนื้อเยื่อปกคลุม ซึ่งใช้เวลาหายหลายสัปดาห์ (Dipalma et al., 2025; Oliva et al., 2024)

ข้อเสนอแนะในการรักษาที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง ก่อนทำหัตถการทันตแพทย์ควรแจ้งรายละเอียดการรักษา รวมถึงการดูแลหลังทำหัตถการให้ผู้ป่วยเข้าใจ จากนั้นตรวจประเมินรอยโรคให้ครบถ้วน การถ่ายภาพรังสีอาศัยคอมพิวเตอร์ถือเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุดและควรตรวจพยาธิวิทยาทุกกรณีที่น่าไปสู่การวินิจฉัยรอยโรคถุงน้ำที่ถูกต้องและส่งผลต่อการวางแผนการรักษา หลังการรักษาพบว่าเกิดร่องตื้นระหว่างสันเหงือกและกระพุ้งแก้มซึ่งมักพบได้ภายหลังการผ่าตัดลักษณะนี้ หากลดภาวะดังกล่าวควรทำการรักษาโดยการปิดรูทะลุโดยเนื้อเยื่อไขมันหรือมีการผ่าตัดครั้งที่สองเพื่อเพิ่มความลึกของร่องสันเหงือกและกระพุ้งแก้ม ทั้งนี้ควรแจ้งผู้ป่วยถึงความเป็นไปได้ของการเกิดถุงน้ำเดนทิเจอร์สซ้าแม้ว่าการรักษาด้วยการควักถุงน้ำออกทั้งหมดจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อย แต่การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอถือเป็นสิ่งจำเป็น แนะนำให้มีการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1-5 ปี (Batra et al., 2024; Ruslin et al., 2022)

3.3 สรุปผล

ถุงน้ำเดนทิเจอร์สเป็นถุงน้ำเหตุกำเนิดจากฟันที่ไม่ขึ้นในช่องปาก มักไม่แสดงอาการและพบน้อยในผู้หญิงอายุมากกว่า 30 ปี และยิ่งพบน้อยมากขึ้นถ้าสาเหตุมาจากฟันกรามน้อยบนที่ล้มพันซ์กับโพรงอากาศขากรรไกรบน รายงานนี้ผู้ป่วยพบว่า เหงือกบวมบริเวณฟันกรามน้อยบนที่ฟันไม่ขึ้นในช่องปากจึงมาทำตรวจวินิจฉัย ถ่ายภาพรังสีพบว่าเป็นถุงน้ำเหตุเกิดจากฟัน ทำการรักษาโดยการควักออกทั้งหมดพร้อมเอาฟันฝังออกรวมถึงปิดรูทะลุช่องปาก-โพรงอากาศขากรรไกรบนที่เกิดขึ้น ดังนั้นการที่ฟันขึ้นไม่ครบในผู้ใหญ่ถึงแม้จะไม่มีอาการแสดงก็ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยทางภาพถ่ายรังสีเพื่อหาสาเหตุเพื่าระวังการเกิดถุงน้ำและรักษาได้อย่างทันท่วงที หลังทำการรักษาพบว่าแผลผ่าตัดบริเวณกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนหายเป็นอย่างดี ฟันซี่ข้างเคียงปกติไม่แสดงอาการติดเชื้อหรือโรคปริทันต์ รูทะลุปิดสนิททั้งหมด ผู้ป่วยไม่มีอาการของการติดเชื้อและโรคทางโพรงอากาศ แต่พบว่าร่องระหว่างเหงือกและกระพุ้งแก้มตื้นซึ่งอาจต้องแก้ไขในอนาคต หลังติดตามผลการรักษานาน 3 เดือนไม่มีลักษณะที่แสดงว่าจะกลับมาเป็นซ้ำ

4. เอกสารอ้างอิง

- Batra, P., Batra, S. G., Ahuja, D., & Batra, R. (2024). Management and Rehabilitation of Dentigerous Cyst With 10-Year Follow-Up: A Case Report. *Cureus*, *16*(8), e67867. <https://doi.org/10.7759/cureus.67867>
- Bonanthaya, K., Rai, A., Kumar, V. V., & Panneerselvam, E. (2021). *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician*. Springer.
- Dipalma, G., Inchingolo, A. M., Trilli, I., Ferrante, L., Noia, A. Di, de Ruvo, E., Inchingolo, F., Mancini, A., Cocis, S., Palermo, A., & Inchingolo, A. D. (2025). Management of Oro-Antral Communication: A Systemic Review of Diagnostic and Therapeutic Strategies. *Diagnostics*, *15*(2), 194. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15020194>
- Du, C., Wang, Z., Lan, D., Zhu, R., Wang, D., Wang, H., Wan, C., Gao, T., Han, R., Liu, L., & Zhang, K. (2024). Clinical analysis of 1,038 cases of odontogenic jawbone cysts. *BMC Oral Health*, *24*, 1387. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-05167-9>
- Gaurkar, S. S., Deshmukh, P. T., Singh, C. V., & Khan, F. Q. (2022). A Rare Presentation of Dentigerous Cyst. *Cureus*, *14*(6), e26098. <https://doi.org/10.7759/cureus.26098>
- Jain, N., Gaur, G., Chaturvedy, V., & Verma, A. (2017). Dentigerous Cyst associated with Impacted Maxillary Premolar: A Rare Site Occurrence and a Rare Coincidence. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, *11*(1), 50–51. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1483>
- Konate, M., Sarfi, D., El Bouhairi, M., & Benyahya, I. (2021). Management of Oroantral Fistulae and Communications: Our Recommendations for Routine Practice. *Case Reports in Dentistry*, *2021*(1), 7592253. <https://doi.org/10.1155/2021/7592253>
- Langdon, D. J., Patel, F. M., Ord, A. R., & Brennan, P. (2017). *Operative Oral and Maxillofacial Surgery* (3rd ed.). Taylor & Francis Group.
- Malik, A. N. (2008). *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery* (2nd ed.). Jaypee Brothers Medical Publishers.
- McLean, A. C., & Vargas, P. A. (2023). Cystic Lesions of the Jaws: The Top 10 Differential Diagnoses to Ponder. *Head and Neck Pathology*, *17*, 85–98. <https://doi.org/10.1007/s12105-023-01525-1>
- Neville, W. B., Allen, M. C., Damm, D. D., & Chi, C. A. (2016). *Oral and Maxillofacial Pathology* (4th ed.). Elsevier.
- Nyimi, B. F., Zhao, Y., & Liu, B. (2019). The Changing landscape in treatment of cystic lesions of the jaws. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, *9*(4), 328–337. https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_180_19

- Oliva, S., Lorusso, F., Scarano, A., D'Amario, M., & Murmura, G. (2024). The Treatment and Management of Oroantral Communications and Fistulas: A Systematic Review and Network Metanalysis. *Dentistry Journal*, 12(5), 147. <https://doi.org/10.3390/dj12050147>
- Parvini, P., Obreja, K., Begic, A., Schwarz, F., Becker, J., Sader, R., & Salti, L. (2019). Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. *International Journal of Implant Dentistry*, 5(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s40729-019-0165-7>
- Raksantikul, P. (2024). Enucleation with Root Resection of Large Periapical Cyst in Maxilla: A Case Report. *Journal of The Department of Medical Services*, 49(2), 126–134. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/264681/183722>
- Ruslin, M., van Trikt, K. N., Yusuf, A. S. H., Tajrin, A., Fauzi, A., Rasul, M. I., Boffano, P., & Forouzanfar, T. (2022). Epidemiology, treatment, and recurrence of odontogenic and non-odontogenic cysts in South Sulawesi, Indonesia: A 6-year retrospective study. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 14(3), 247–253. <https://doi.org/10.4317/jced.59309>
- Shear, M., & Speight, P. (2007). *Cysts of the oral and maxillofacial regions* (4th ed.). Wiley-Blackwell pub.