

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อรอบฟันกรามล่างซี่ที่สามคุด

ศิโรวรรณ ส่งวัฒนา* สรสิทธิ์ รัชสิยานนท์** กิตต์วัตร กิตต์เรืองพัชร***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดและการเกิดพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อรอบตัวฟันซี่ดังกล่าว ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่พบการอักเสบอย่างเดียวและกลุ่มที่พบการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น ลักษณะคลินิกแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการทางคลินิก กลุ่มที่มีการอักเสบเล็กน้อยและกลุ่มที่มีฝาเหืองรอบฟันคุดอักเสบ ผลการศึกษาพบว่าจากชิ้นเนื้อทั้งหมดที่นำมาศึกษาจำนวน 74 ชิ้น เป็นกลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการทางคลินิก ทั้งหมด 41 (55%) ชิ้น พบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นแบบมีการอักเสบอย่างเดียว จำนวน 11 (26.83%) ชิ้น และเป็นแบบที่มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น จำนวน 30 (73.17%) ชิ้น ส่วนกลุ่มที่มีการอักเสบทางคลินิกเล็กน้อย มีทั้งหมด 30 (41%) ชิ้น พบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นแบบมีการอักเสบอย่างเดียว จำนวน 6 (20%) ชิ้น และเป็นแบบที่มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น จำนวน 24 (80%) ชิ้น ในกลุ่มที่มีฝาเหืองรอบฟันคุดอักเสบ มีทั้งหมด 3(4%) ชิ้น พบลักษณะเป็นแบบที่มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่นทุกชิ้น (100%) สรุปผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีเหงือกที่มีการอักเสบเล็กน้อยรวมกับอาการฝาเหืองรอบฟันคุดอักเสบจะพบมีความสัมพันธ์อย่างสูงต่อการเกิดความผิดปกติทางจุลพยาธิวิทยา

คำสำคัญ : ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา อาการทางคลินิก ฟันกรามล่างซี่ที่สามคุด

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ **รองศาสตราจารย์ ***อาจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

Correlation between clinical manifestations and histopathology of surrounding tissue of the impacted third molar.

Siriwan Songwattana* Sorasun Rungsiyanont** Kitwat Kitrueangphatchara***

Abstract

The objective of this study was to evaluate the correlation between clinical manifestations related to the impacted third molars and histopathological changes of the soft tissue surrounding these teeth which were classified into inflammatory changes and inflammatory changes with other pathologies. The clinical manifestations were classified into asymptomatic, slightly inflammation of surrounding gingiva and pericoronitis. From all 74 samples, 41 cases (55%) of asymptomatic manifestation showed 11 (26.83%) cases of inflammatory histopathological changes and 30 (73.17%) cases were inflammatory changes with other pathologies. In the group of slightly inflammation of surrounding gingiva which were 30 (41%) cases. They showed 6 (20%) cases with inflammatory changes and 24 (80%) cases were inflammatory changes with other pathologies. From the group of pericoronitis which were 3(4%) cases, totally (100%) of cases showed inflammatory changes with other pathologies. In conclusion we found that in patients with history of pain and swelling caused from these molar impactions, slightly inflammation of surrounding gingival and pericoronitis are of high possibility that correlated to histological abnormalities.

Key words : Histopathological changes, Clinical manifestations, Impacted third molars

*Assistant Professor, **Associate Professor, ***Lecturer, Department of Oral Surgery & Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Srinakarinwirot University, Sukhumvit 23, Wattana, Bangkok, 10110 Thailand

บทนำ

มีรายงานว่าตำแหน่งที่เกิดฟันคุดได้มากที่สุดคือฟันกรามล่างซี่ที่สามและมีความสัมพันธ์กับความเสียหายที่จะเกิดความผิดปกติที่แตกต่างกันออกไป ซ้ำบ่งชี้ในการผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดออก ส่วนใหญ่เนื่องจากฟันกรามเหล่านี้ขึ้นได้เพียงบางส่วนหรือไม่สามารถขึ้นในช่องปากในผู้ป่วย และบางครั้งก็มีความผิดปกติทางคลินิกของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยมากๆ เช่น โรคผาเหืองรอบฟันคุดอักเสบที่เกิดซ้ำ (recurrent pericoronitis) การพัฒนาเกิดเป็นถุงน้ำ (cyst development) มีฟันผุที่ไม่สามารถอุดซ่อมได้ หรือเกิดร่องปริทันต์ทางด้านไกลกลางของฟันกรามแท้ซี่ที่สอง [1, 2] นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าความผิดปกติที่พบได้บ่อยนี้มักเกี่ยวข้องกับการเกิดถุงน้ำชนิดเด็นติเจอร์ส (Dentigerous or follicular cyst) โดยเป็นถุงน้ำที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 (25.1%) รองจากถุงน้ำปลายรากฟัน (apical periodontal cyst=64.3%) ในกลุ่มของถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวข้องกับการเกิดฟัน (Odontogenic cysts) [3] และยังมีการพบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาอื่นอีก เช่น ถุงน้ำเคอราโตโอดอนโตเจนิค (odontogenic keratocyst) ถุงน้ำแคลซิไฟอิงโอดอนโตเจนิค (calcifying epithelial odontogenic cyst or Gorlin cyst) การเกิดลักษณะคล้ายอะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma-like proliferation) เนื้องอกโอดอนโตเจนิคมีกโซมา (odontogenic myxoma) และ เนื้องอกโอดอนโตเจนิค ไฟโบมา (odontogenic fibroma)[4] เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดพยาธิสภาพชั้นของเนื้อเยื่อรอบตัวฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดเช่นการเกิดถุงน้ำ หรือเนื้องอกชนิดต่างๆ กับลักษณะทางคลินิกที่พบเกี่ยวข้องกับการมีฟันคุด

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษาในครั้งนี้ มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น จำนวน 74 คน โดยผู้ป่วยทุกคนมีฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดทั้งที่เคยมีอาการหรือไม่มีอาการปวดของฟันกรามล่างซี่ที่สามคุด เก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกคน

โดยการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย จำแนกรายละเอียดเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล, เพศ, อายุ, เชื้อชาติ, สัญชาติ, สถานภาพ, โรคประจำตัว, แพทย์/แพ้อาหาร และข้อมูลและอาการทางคลินิก ได้แก่ ซี่ฟัน (38, 48) สภาพเหงือกโดยรอบฟันซี่ที่คุด โดยแบ่งเป็นกลุ่มไม่ปรากฏอาการ กลุ่มที่มีการอักเสบเล็กน้อย และกลุ่มที่มีผาเหืองรอบฟันคุดอักเสบ ประวัติของอาการปวดและบวม แบ่งออกเป็น เคยมีหรือมีอาการปวดและไม่มีอาการปวด ส่วนการบวมแบ่งออกเป็นเคยมีหรือมีการบวมและ ไม่มีการบวม รวมทั้งยาที่รับประทานหากเคยมีการปวดหรือบวมมาก่อน ภายหลังขั้นตอนการผ่าตัดฟันคุดได้เก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อรอบตัวฟันคุดไว้เพื่อนำไปศึกษาด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาโดยใช้ตัวหนีบยึด (clamp) นำเนื้อเยื่อที่ได้ แช่ใน10%ฟอร์มอลิน จากนั้นนำเนื้อเยื่อไปผ่านขั้นตอนทางห้องปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนดังนี้ การเตรียมเนื้อเยื่อ (process) การฝังเนื้อเยื่อในพาราฟิน (embedding) การตัดเนื้อเยื่อให้เป็นแผ่นบาง (sectioning) ที่ความหนา 5 ไมครอน การย้อมสีด้วยสีฮีมาทอกซิลิน (Hematoxylin) และอีโอซิน (Eosin) และการปิดกระจกสไลด์ (mounting) เป็นขั้นตอนสุดท้าย ขั้นตอนการศึกษาชิ้นเนื้อด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาจะใช้ผู้อ่านผลที่เป็นทันตแพทย์สาขา ทันตพยาธิวิทยาจำนวน 3 คน โดยใช้กล้องจุลทรรศน์ชนิดใช้แสง โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกลักษณะทาง จุลพยาธิวิทยาที่พบออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ คือ กลุ่มที่พบการอักเสบในเนื้อเยื่อแต่ไม่มีมีการเกิดพยาธิสภาพชั้นที่ผิดปกติ กลุ่มที่พบการอักเสบเนื้อเยื่อและมีการเกิดพยาธิสภาพชั้นที่ผิดปกติ เช่นถุงน้ำ หรือ เนื้องอกที่มีต้นกำเนิดเกี่ยวข้องกับฟัน นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์แนวโน้มของความสัมพันธ์โดยการทดสอบสมมุติฐานแบบไม่มีพารามิเตอร์ (Non-Parametric) ด้วยคำสั่งการแจกแจงไคสแควร์ (Chi-Square) มีค่านัยสถิติ (Statistical significance) ที่ .05

ผลการทดลอง

ตัวอย่างชิ้นเนื้อรอบตัวฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดที่เก็บจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 74 คนแบ่งเป็นผู้ป่วยชาย 23 คน และหญิง 51 คน อายุผู้ป่วยอยู่ในช่วง 16-60 ปี (อายุเฉลี่ย 23 ± 6.5 ปี) จากตัวอย่างชิ้นเนื้อทั้งหมด 74 ตัวอย่าง พบมีการเกิดพยาธิสภาพ จำนวน 57 ชิ้น คิดเป็น 77.03% เมื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อรอบตัวฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดกับลักษณะทางคลินิกที่พบในขณะที่เข้ารับการรักษา พบว่า ในกลุ่มชิ้นเนื้อที่ไม่ปรากฏอาการทางคลินิกทั้งหมดมี 41 ชิ้น คิดเป็น 55% ของชิ้นเนื้อทั้งหมด พบว่าเป็นกลุ่มที่มีการอักเสบอย่างเดียวนับจำนวน 11 ชิ้น คิดเป็น 26.83% และพบเป็นแบบกลุ่มที่พบการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น จำนวน 30 ชิ้น คิดเป็น 73.17% โดยมีนัยทางสถิติ $\chi^2 = 8.805, P < .05$ ส่วนกลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกของเหงือกที่มีการอักเสบเล็กน้อย

มีทั้งหมด 30 ชิ้น คิดเป็น 41% ของชิ้นเนื้อทั้งหมด พบลักษณะเป็นกลุ่มที่มีการอักเสบอย่างเดียวนับจำนวน 6 ชิ้น คิดเป็น 20% และเป็นแบบกลุ่มที่พบการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น จำนวน 24 ชิ้น คิดเป็น 80% และในกลุ่มที่มีฝ้าเหงือกรอบฟันคุดอักเสบ มีทั้งหมด 3 ชิ้น คิดเป็น 4% ของชิ้นเนื้อทั้งหมด พบเป็นแบบกลุ่มที่พบการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น ทั้งหมด 3 ชิ้น คิดเป็น 100% (ตารางที่ 1) ซึ่งเมื่อนำกลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกของเหงือกที่มีการอักเสบเล็กน้อยรวมกับกลุ่มที่มีฝ้าเหงือกรอบฟันคุดอักเสบ พบว่าเป็นแบบกลุ่มที่พบการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น โดยมีนัยทางสถิติ $\chi^2 = 13.364, P < .05$ และถ้านำลักษณะทางคลินิกทั้ง 3 กลุ่มรวมกันมาหาความสัมพันธ์กับการพบการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่นแล้วพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2 = 21.622, P < .05$

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างพบการเกิดพยาธิสภาพในทางจุลพยาธิวิทยา กับลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิก	ไม่ปรากฏอาการ	มีการอักเสบเล็กน้อย	มีฝ้าเหงือกรอบฟันคุดอักเสบ
ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นแบบ			
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (ชิ้น)	11	6	0
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (%)	26.83	20	0
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(ชิ้น)	30	24	3
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(%)	73.17	80	100
มีนัยทางสถิติ $\chi^2 = 8.805, P < .05$		มีนัยทางสถิติ $\chi^2 = 13.364, P < .05$	
	มีนัยทางสถิติ $\chi^2 = 21.622, P < .05$		

จากลักษณะอาการและปัญหาทางคลินิกเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาฝ้าฟันคุดพบว่าชิ้นเนื้อของผู้ป่วยทั้งหมด 74 คน มีการเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่ผิดปกติ รวมทั้งสิ้น 57 ชิ้น คิดเป็น 77.03% โดยเป็นกลุ่มที่มี

อาการปวดในขณะที่เข้ารับการรักษา 19 ตัวอย่าง คิดเป็น 25.68% ของจำนวนชิ้นเนื้อทั้งหมดหรือคิดเป็น 33.33% ของตัวอย่างในกลุ่มที่มีการเกิดพยาธิสภาพ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีอาการปวดมาก่อน (1-3 ครั้ง) หรือปวด ๆ

หาย ๆ มากกว่า 3 ครั้ง พบว่ามีทั้งสิ้น 26 ตัวอย่าง คิดเป็น 35.14% ของจำนวนชิ้นเนื้อทั้งหมดหรือเป็น 45.61% ของตัวอย่างในกลุ่มที่มีการเกิดพยาธิสภาพ โดยมีนัยทางสถิติของอาการปวดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพ $\chi^2 = 15.895, P < .05$ เช่นเดียวกับประวัติอาการบวมพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการบวมในขณะที่เข้ารับการรักษาจำนวน 11 ตัวอย่าง คิดเป็น 14.86% ของจำนวนชิ้นเนื้อทั้งหมดหรือเป็น 19.30% ของตัวอย่างที่มีการเกิดพยาธิสภาพ และผู้ป่วยที่เคยมีอาการบวมมาก่อนทั้งที่เคยมีประวัติการบวม 1-3 ครั้ง หรือบวมและไม่บวมสลับกันมากกว่า 3 ครั้ง พบว่ามีทั้งสิ้น 14 ตัวอย่าง คิดเป็น 18.92% ของจำนวนชิ้นเนื้อทั้งหมดหรือเป็น 24.56% ของตัวอย่างที่มีการเกิดพยาธิสภาพ โดยมีนัยทางสถิติของอาการบวมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพ $\chi^2 26.259, P < .05$ (ตารางที่ 2) หากแยกตามลักษณะทางคลินิกของเหงือกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการผ่าฟันคุด โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการทางคลินิก กลุ่มที่มีเหงือกมีการอักเสบเล็กน้อย และกลุ่มที่ฝ้าเหงือกรอบฟันคุดมีการอักเสบบวมแดง พบว่ามีแนวโน้มความผิดปกติที่สูงขึ้นในกลุ่มที่พบการอักเสบ

ร่วมกับพยาธิสภาพอื่น ในทั้งสามกลุ่มรวมทั้งสิ้น 57 ราย สำหรับในตัวอย่างชิ้นเนื้อ ซึ่งผู้ป่วยเคยมีอาการปวด 26 ราย = (52%) หรือบวม 14 ราย = (28%) มาก่อน (ตารางที่ 2) โดยพบว่าในกลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการทางคลินิกที่เป็นกลุ่มที่พบการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่นจำนวน 30 ชิ้นจะพบมีอาการปวดขณะเข้ารับการรักษา 5 ตัวอย่างคิดเป็น 16.67% เคยแสดงอาการปวด 8 ตัวอย่างคิดเป็น 26.67% และมีอาการบวมขณะเข้ารับการรักษา 1 ตัวอย่างคิดเป็น 3.33% และเคยมีอาการบวมมาก่อน 2 ตัวอย่างคิดเป็น 6.67% (ตารางที่ 3) ส่วนในกลุ่มที่เหงือกมีการอักเสบเล็กน้อย จำนวน 24 ชิ้นมีอาการปวดขณะเข้ารับการรักษา 11 ตัวอย่างคิดเป็น 45.83% เคยแสดงอาการปวด 15 ตัวอย่างคิดเป็น 62.50% และมีอาการบวมขณะเข้ารับการรักษา 7 ตัวอย่างคิดเป็น 29.17% และเคยมีอาการบวมมาก่อน 9 ตัวอย่างคิดเป็น 37.50% (ตารางที่ 4) ที่น่าสนใจกว่านั้นคือในกลุ่มที่ฝ้าเหงือกรอบฟันคุดมีการอักเสบทั้งหมดจำนวน 3 ชิ้น ผู้ป่วยให้ประวัติเคยมีอาการทั้งปวดและบวมมาก่อนทั้งหมด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างมีการเกิดพยาธิสภาพชิ้น กับลักษณะอาการแสดงทางคลินิกปวดและหรือบวม ทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษา

อาการแสดงทางคลินิก พบมีการเกิดพยาธิสภาพ	อาการปวด		อาการบวม	
	มีอาการปวด ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการปวด	มีอาการบวม ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการบวม
พบในผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิก(ชิ้น)	19	26	11	14
คิดเป็นร้อยละผู้ป่วยทั้งหมด74ราย(%)	25.68	35.14	14.86	18.92
คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่ชิ้นเนื้อ พบมีการเกิดพยาธิสภาพ57ราย (%)	33.33	45.61	19.30	24.56
	$\chi^2=15.895, P < .05$		$\chi^2= 26.259, P < .05$	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการพบการเกิดพยาธิสภาพในทางจุลพยาธิวิทยา ในกลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการ กับ ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกปวดและหรือบวมทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษา

ลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นแบบ	อาการปวด		อาการบวม	
	มีอาการปวด ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการปวด	มีอาการบวม ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการบวม
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (ชิ้น)	2	1	0	0
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (%)	18.18	9.09	0.00	0.00
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(ชิ้น)	5	8	1	2
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(%)	16.67	26.67	3.33	6.67

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของการพบการเกิดพยาธิสภาพในทางจุลพยาธิวิทยา ในกลุ่มที่มีการอักเสบเล็กน้อย กับลักษณะอาการแสดงทางคลินิกปวดและหรือบวมทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษา

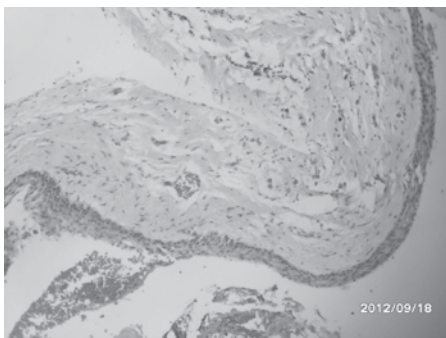
ลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นแบบ	อาการปวด		อาการบวม	
	มีอาการปวด ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการปวด	มีอาการบวม ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการบวม
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (ชิ้น)	0	3	0	0
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (%)	0	50	0	0
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(ชิ้น)	11	15	7	9
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(%)	45.83	62.50	29.17	37.50

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของการพบการเกิดพยาธิสภาพในทางจุลพยาธิวิทยา ในกลุ่มที่มีฝ้าเหลืองรอบพินคุด อักเสบ กับลักษณะอาการแสดงทางคลินิกปวดและหรือบวมทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษา

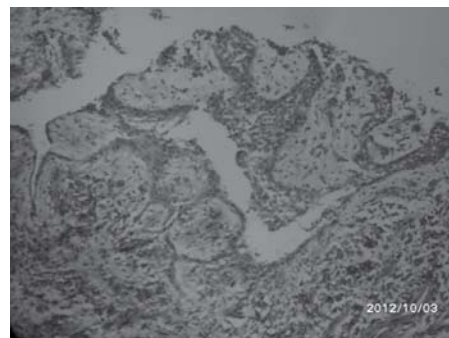
ลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็นแบบ	อาการปวด		อาการบวม	
	มีอาการปวด ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการปวด	มีอาการบวม ขณะรับการรักษา	เคยแสดง อาการบวม
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (ชิ้น)	0	0	0	0
มีการอักเสบอย่างเดี่ยว (%)	0	0	0	0
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(ชิ้น)	3	3	3	3
มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น(%)	100	100	100	100

ส่วนพยาธิสภาพที่พบในเนื้อเยื่อของกลุ่มลักษณะจุลพยาธิวิทยาเป็นแบบที่มีการอักเสบร่วมกับพยาธิสภาพอื่น ส่วนใหญ่พบเป็นผนังถุงน้ำบุด้วยเยื่อบุผิวซึ่งพบได้มีหลายชนิด กล่าวคือพบเป็นเยื่อบุผิวชนิดสความัสเรียงตัวอยู่หลายชั้น (squamous epithelial cells) (รูปที่ 1) จำนวน 37 ตัวอย่างคิดเป็น 50% ของชิ้นเนื้อทั้งหมด (74 ชิ้น) พบเป็นเยื่อบุผิวที่มีการเพิ่มจำนวนชั้น (hyperplastic rete ridges) และมีลักษณะเป็นขอบเขตของกลุ่มเยื่อบุผิว (arcaded pattern) (รูปที่ 2) จำนวน 42 ตัวอย่างคิดเป็น 56.76% และพบเยื่อบุผิวที่หลงเหลืออยู่ (epithelial rests) (รูปที่ 3) โดยเป็นชนิดที่พบมากที่สุด จำนวน 63 ตัวอย่างคิดเป็น 85.14% ในส่วนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันพบมีการขยายตัวและเพิ่มจำนวนหลอดเลือดมากขึ้น จำนวน

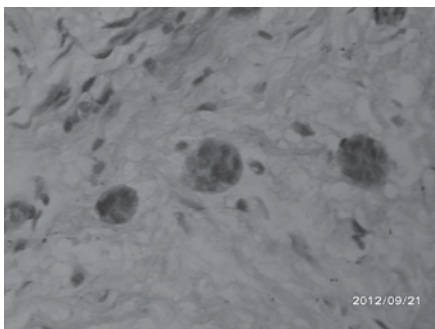
62 ตัวอย่าง คิดเป็น 83.78% และมีการตกเลือดค้างในเนื้อเยื่อ จำนวน 60 ตัวอย่าง คิดเป็น 81.08% (รูปที่ 4) นอกจากนี้ยังพบบริเวณที่มีการรวมตัวกันของเซลล์แมคโครฟาจที่มีไขมันอยู่ภายในเซลล์ (foamy macrophages หรือ lipid-laden macrophages) และคลอเลสเทอรอลเคลฟ (Cholesterol clefts) ได้จำนวน 53 และ 8 ตัวอย่างตามลำดับ คิดเป็น 71.62% และ 10.81% (รูปที่ 5) ซึ่งจากการศึกษาด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยานี้ยังพบกลุ่มเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบ โดยส่วนใหญ่ ที่พบจะเป็นเซลล์ชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocytes) (รูปที่ 6) ซึ่งจากลักษณะทั้งหมดรวมกันจะแสดงให้เห็นถึงลักษณะจำเพาะของถุงน้ำที่มีการอักเสบแบบรื้อรัง (ตารางที่ 6)



รูปที่ 1 เยื่อบุผิวถุงน้ำชนิดสความัสเรียงตัวหลายชั้น (Squamous epithelial lining of cysts) x 100



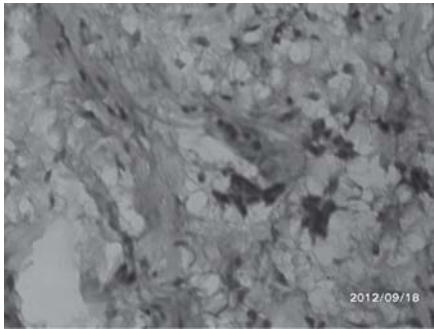
รูปที่ 2 เยื่อบุผิวถุงน้ำชนิดมีขอบเขตเป็นกลุ่มหรือห้อง (Arcaded pattern epithelial lining of cysts) x 40



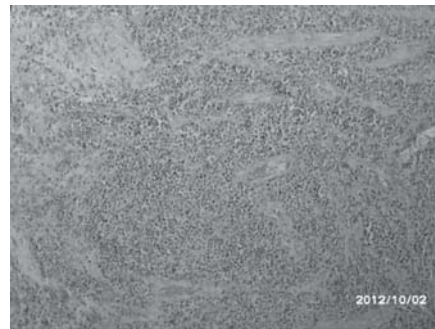
รูปที่ 3 เยื่อบุผิวที่หลงเหลืออยู่ (Epithelial rests or Epithelial cell islands in connective tissue) x 400



รูปที่ 4 มีหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และการตกเลือดในเนื้อเยื่อ เกี่ยวพัน (Proliferation of Blood vessel and Hemorrhagic in connective tissue) x 100



รูปที่ 5 เซลล์แมคโคแพคที่มีไขมันอยู่ภายในเซลล์
(Foamy macrophages or lipid-laden
macrophages) x400



รูปที่ 6 เซลล์อักเสบจำนวนมากซึ่งส่วนใหญ่เป็น
เซลล์ลิมโฟไซต์
(Massive of inflammatory cells mostly
lymphocytes) x 100

ตารางที่ 6 องค์ประกอบของพยาธิสภาพที่พบในเนื้อเยื่อ

องค์ประกอบของพยาธิสภาพที่พบในเนื้อเยื่อ	จำนวนชิ้นเนื้อ	ร้อยละ (%)
เยื่อผิวหนังน้ำชนิดความมันเรียงตัวหลายชั้น (Squamous epithelial lining of cysts)	37	50.00
เยื่อผิวหนังน้ำชนิดมีขอบเขตเป็นกลุ่มหรือห้อง (Arcaded pattern epithelial lining of cysts)	42	56.76
เยื่อผิวที่หลงเหลืออยู่ (Epithelial rests or Epithelial cell islands in connective tissue)	63	85.14
การเพิ่มจำนวนหลอดเลือด(Proliferation of blood vessel)	62	83.78
การตกเลือดในเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน(Hemorrhagic in connective tissue)	60	81.08
คลอเลสเทอรอลเคลฟ(Cholesterol clefts)	8	10.81
เซลล์แมคโคแพคที่มีไขมันอยู่ภายในเซลล์ (Foamy macrophages or lipid-laden macrophages)	53	71.62
การเสื่อมแบบก่อให้เกิดไฮยาลิน(Hyaline degeneration)	6	8.11
เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocytes)	60	81.08
เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดพลาสมา(Plasma cells)	7	9.46
เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลล์(Neutrophils)	5	6.76
ชิ้นกระดูก(Bone trabeculae)	6	8.11

บทวิจารณ์

ในปัจจุบันพบว่าการวางแผนการรักษาผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกมีเหตุผลได้หลากหลายขึ้นกับปัจจัยทั้งส่วนบุคคลและแพทย์ผู้รักษา โดยพบว่าการศึกษาทั้งในอดีตและปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการวางแผนรักษาเพื่อการผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกนั้นยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ แม้ว่าในการรักษาด้วยการผ่าตัดฟันคู่ออกนี้จะเป็นการผ่าตัดที่ทันตแพทย์ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย ตัวอย่างเช่น Brickley และคณะ [5] ที่ได้ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนการผ่าตัดฟันคู่ออกของผู้ป่วยที่มีฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออก ได้แนะนำว่าทันตแพทย์ไม่ควรผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกเพื่อปัจจัยด้านการป้องกันเท่านั้น (prophylactic) ส่วน Bataineh และคณะ [6] ที่ได้ศึกษาการตัดสินใจการผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกในประชาชนชาวเจอร์แดนโดยศึกษาในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่และเป็นตัวแทนของประชากรชาวอาหรับ พบว่าการผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกเพื่อป้องกันนั้นพบได้น้อยกว่าที่รายงานจากประเทศอื่นๆ หรือในกรณีของ Almendros-Marques และคณะ [7] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกโดยหวังผลเพื่อป้องกันนั้น และได้สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ว่าผลสรุปที่ได้รับ โดยเป็นข้อมูลรวบรวมจากความเห็นและลงมติของผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์ช่องปากว่าจะยอมรับการผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกเพื่อป้องกันนั้นให้อยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรับรู้และยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยจะไม่ยอมรับการผ่าตัดฟันคู่ออกซึ่งดังกล่าวออก Saravana และคณะ [8] ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงเป็นถุงน้ำในหน่อฟันกับภาพถ่ายรังสีของฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกที่ปกติ ได้ข้อสรุปว่าการผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกเพื่อป้องกันอาจนำมาพิจารณาเพื่อป้องกันเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเหล่านี้ Guven และคณะ [9] Mesgarzadeh และคณะ [10] และ Adelsperger และคณะ [11] ได้ข้อสรุป

จากการศึกษาตรงกันว่าทันตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญต้องพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับฟันคู่ออกเมื่อต้องกำหนดนโยบายที่เป็นหลักการในการจัดการกับฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกเพื่อให้เกิดประโยชน์ที่ยาวนานที่สุดในการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรม ส่วน Werkmeister [12] ได้แสดงให้เห็นว่าการวางแผนเพื่อป้องกันโดยการผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกสำหรับฟันที่มีตำแหน่งที่ลึกและมีความคมของฟันคู่ออกที่เอียงมาก ๆ มีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดออกเพื่อป้องกัน เนื่องจากมีโอกาสสูงต่อการเกิดเป็นถุงน้ำหรือการแตกหักบริเวณมุมขากรรไกรล่างในกลุ่มประชากรที่พบว่ามีความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ใบหน้า นอกจากนี้ Curran และคณะ [13] ให้ข้อสรุปจากการศึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกนั้นยังคงต้องมีการศึกษากันต่อไปอีกหลายสิบปีเนื่องจากยังไม่สามารถได้ข้อตกลงหรือสรุปที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการเกี่ยวกับการผ่าตัดฟันคู่ออกเพื่อหวังผลในด้านการป้องกันและการผ่าตัดฟันกรามคู่ออกยังคงต้องยอมรับว่าเป็นการวางแผนเพื่อการรักษาไปก่อน ดังนั้นในผู้ป่วยที่ยังคงเลือกที่จะเก็บฟันคู่ออกไว้ ควรได้รับการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิต

จากการศึกษาตัวอย่างชิ้นเนื้อในครั้งนี้อย่างหมด 74 ตัวอย่างพบมีการเกิดพยาธิสภาพขึ้น จำนวน 57 ชิ้น คิดเป็น 77.03% โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งพบมีจำนวนร้อยละที่มากกว่าการศึกษาจากหลายทีมวิจัยซึ่งศึกษาในเรื่องดังกล่าว โดยพบรายงานไว้ตั้งแต่ปี 2000-2008 ดังนี้ (3.10% ในปี 2000 [9], 32.9% ในปี 2002 [13], 46% ในปี 2008 [8], 50% ในปี 2005 [14], และ 53% ในปี 2008 [10]) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีแนวโน้มที่สูงมากขึ้น 77.03% ในปี 2012 หากเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งเมื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อรอบตัวฟันกรามล่างซึ่งที่สามคู่ออกกับลักษณะทางคลินิกที่พบในขณะเข้ารับการรักษาฟันคู่ออกในการศึกษาครั้งนี้

นี้พบมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มลักษณะ
 จุลพยาธิวิทยาเป็นแบบที่มีการอักเสบร่วมกับพยาธิ
 สภาพอื่น โดยพบในลักษณะทางคลินิกทั้งสามกลุ่ม คือ
 73.17% ในกลุ่มไม่ปรากฏอาการ และ 80% ในกลุ่มที่
 มีการอักเสบเล็กน้อย และ 100% ในกลุ่มที่มีผาเหงือก
 รอบฟันคุดอักเสบ ซึ่งแสดงว่า การมีลักษณะของเหงือก
 ที่อักเสบมากยังมีแนวโน้มที่จะพบมีการเกิดพยาธิสภาพ
 ขึ้นมากขึ้นได้ ทั้งนี้จากการทบทวนรายงานวิจัยที่ผ่านมา
 พบว่าการเกิดผาเหงือกรอบฟันคุดอักเสบ (pericoronitis)
 เป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดคิดเป็น 1 ใน 3 ของฟันคุด
 ทั้งหมดที่ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ กับฟันคุดที่ขึ้นได้
 บางส่วน ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพขึ้น
 ที่ผิดปกติ [15] และจากการศึกษาของ Werkmeister
 [12] ยังพบว่ากลุ่มที่เกิดการอักเสบเกิดหนองจำนวนมาก
 รอบฟันกรามล่างคุด จะพบเกิดเป็นถุงน้ำได้มากถึง 97.2%
 ของฟันคุดที่ขึ้นได้บางส่วน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า
 ฟันคุดที่มีการอักเสบมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิด
 มีการเกิดพยาธิสภาพขึ้นได้มากกว่า

จากผลการศึกษาอาการแสดงทางคลินิก เช่น
 การพบอาการปวดและบวม ทั้งในขณะเข้ารับการรักษา
 หรือเคยมีอาการปวดหรือบวมมาก่อนเข้ารับการรักษา
 พบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเคยปวดและ/หรือบวม
 มาก่อน จะส่งผลให้พบมีการเกิดพยาธิสภาพมากขึ้น
 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และหากวิเคราะห์
 ในแต่ละกลุ่มของเหงือกที่มีลักษณะทางคลินิกที่ต่างกัน
 จะสามารถพบมีการเกิดพยาธิสภาพมากขึ้นในกลุ่มที่มี
 เหงือกอักเสบมากกว่าอาการแสดงที่เคยมีประวัติ
 การอักเสบหรือผิดปกติมาก่อน จากการทบทวนบทความ
 ส่วนใหญ่ที่ผ่านมามักเน้นไปที่ลักษณะทางรังสีวิทยา
 ที่พบมีเงาดำรอบตัวฟันคุดหรือไม่มีว่าจะมีความสัมพันธ์
 กับการพัฒนาเป็นถุงน้ำหรือไม่และมีโอกาสพบมาก
 น้อยเท่าใด [4, 6, 8, 10-12, 14, 16-18] หรือศึกษาใน
 ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติใดที่เกี่ยวข้องกับฟันคุดมา
 ก่อน อาทิเช่นการศึกษาของ Kotrashetti (4) ได้สรุปว่า
 58.5% ของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงมาก่อนจะพบ
 มีการเกิดพยาธิสภาพขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยเสนอว่าการตรวจ

ผู้ป่วยโดยตรวจทั้งลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีควร
 ปฏิบัติในฟันกรามล่างซึ่งที่สามคุดทุกซี่ และเนื้อเยื่อถุง
 หุ้มฟัน (dental follicular tissue) ควรได้รับการตรวจ
 ประเมินด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา นอกจากนี้
 จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้แนะนำว่าการ
 พัฒนาของความผิดปกติจนเกิดเป็นถุงน้ำในกรณีที่
 เก็บฟันซี่ที่สามคุดที่ไม่มีอาการผิดปกติทางคลินิกยัง
 สามารถพบได้ เช่น Girod [19] ได้รายงานฟันกรามคุด
 ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดออกไว้เป็นระยะเวลายาวนาน พบมี
 การพัฒนาเป็นถุงน้ำได้หากทิ้งระยะในการรักษาไว้เกิน
 ช่วงเวลา 2-12 ปี Curran [13] พบว่า จำนวนของ
 รอยโรคในผาเหงือกรอบฟันคุดที่มีความผิดปกติทาง
 จุลพยาธิวิทยาจะมีมากกว่าจำนวนของรอยโรคที่ไม่มี
 ความผิดปกติทางจุลพยาธิวิทยาในผู้ป่วยที่มีอายุ 60-90 ปี
 ส่วนบทความที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทาง
 คลินิก เช่น การอักเสบของเหงือก อาการปวด และ
 บวม กับการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา
 ยังไม่พบมีการศึกษาที่ในประเด็นนี้ ตัวอย่างการศึกษา
 ที่ผ่านมาและใกล้เคียงกับการศึกษาในประเด็นดังกล่าว
 เช่นการศึกษาของ Punwutikorn [15] ในปี 1999 ที่
 พบว่าอาการปวดและผาเหงือกรอบฟันคุดอักเสบเป็น
 ปัญหาที่พบมากที่สุดของฟันคุดที่ไม่ขึ้นในช่องปากและ
 ฟันคุดที่ขึ้นได้บางส่วนจะมีการแสดงที่ผิดปกติทาง
 คลินิกมากกว่าฟันคุดที่ไม่ขึ้นเลย เช่นเดียวกับ Indresano
 และคณะ [20] ที่ศึกษาในปี 1992 โดยมุ่งไปศึกษาความ
 สัมพันธ์ระหว่างการเกิดการอักเสบเป็นหนองกับฟัน
 กรามล่างคุดและพบว่าเกิดได้บ่อยขึ้นในกรณีฟันคุดที่
 ขึ้นได้บางส่วน และการศึกษาของ Guven [9] ในปี 2000
 ที่พบผู้ป่วยจำนวน 179 รายคิดเป็น 57.74% มีอาการปวด
 และบวมจะพบมีพยาธิสภาพเกิดเป็นถุงน้ำและเนื้องอก
 และผู้ป่วยจำนวน 131 รายคิดเป็น 42.26% ไม่เคยมี
 อาการปวดและบวม แต่มีพยาธิสภาพเป็นถุงน้ำและ
 เนื้องอก โดยข้อมูลนี้มีผลสรุปการศึกษาที่ใกล้เคียงกับ
 การศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งอาการแสดงต่างๆเหล่านี้ไม่ว่า
 จะเป็นอาการปวด บวม และการอักเสบของเหงือกจะ
 พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพขึ้น เช่น

เกี่ยวกับการเสนอแนะของ De Paula และคณะ [21] ที่ว่าการอักเสบแบบเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรังและกระตุ้นการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของเซลล์เยื่อบุผิวได้ Edamatsu และคณะ [22] ได้เสนอว่า มีความเป็นไปได้สูงที่จะพบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรุนแรงของการอักเสบกับการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของเยื่อบุผิวที่สามารถพบได้ในบริเวณฟันคุด และพวกเขาได้สร้างทฤษฎีเสนอว่า กระบวนการอักเสบสามารถมีผลต่อการเพิ่มการหมุนเวียนใหม่ของเซลล์ โดยเฉพาะส่วนประกอบของเยื่อบุผิวของถุงหุ้มหน่อฟัน ลักษณะจุลพยาธิวิทยาที่ผิดปกติที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีลักษณะของการเป็นถุงน้ำถึง 77.03% เป็นถุงน้ำที่มีเยื่อบุผิวชนิดสความัสเรียงตัวอยู่หลายชั้น 50% และเยื่อบุผิวชนิดที่มี hyperplastic rete ridges จนเป็นรูปแบบของ arcaded pattern 56.76% ซึ่งแสดงถึงลักษณะของการอักเสบที่เรื้อรัง โดยจะพบเซลล์ในกระบวนการอักเสบมากมายจากในหลายชั้นเนื้อตัวอย่าง และส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นเซลล์ชนิดลิมโฟไซต์ 81.08% ร่วมกับการมีการขยายตัวและเพิ่มจำนวนหลอดเลือดมากมาย 83.78% โดยมีการพบและรายงานไว้เช่นเดียวกับการศึกษาของ Simsek-Kaya [23] รายงานไว้ในปี 2011 และ Villalba [24] ศึกษาในปี 2012

บทความที่กล่าวถึงมีการเกิดพยาธิสภาพขึ้น ทั้งที่เป็นถุงน้ำหรือเนื้องอกนั้นมีรายงานไว้หลายบทความ [4, 8-14, 17, 23] โดยสามารถแยกตัวอย่างที่พบว่ามี การเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่ผิดปกติได้ดังนี้ ถุงน้ำมีฟัน (Dentigerous cysts) [4, 9, 10, 13, 18], การเปลี่ยนแปลงเป็นอะมีโลบลาส (Ameloblastic changes [4, 9, 10, 13, 18]), ไฮเปอร์พลาสติกชนิดไม่สร้างเคอราติน (Hyperplastic non-keratinized) [10] , ถุงน้ำเคอราโต โอดอนโตเจนิค (Odontogenic keratocyst [4, 9, 13, 18]), ถุงน้ำปลายรากฟัน (Radicular cysts [18]), ถุงน้ำระหว่างฟัน (Paradental cyst[18]), ถุงน้ำแคลซิไฟอิง โอดอนโตเจนิค (Calcifying epithelial odontogenic

cyst[4, 13]), เนื้องอกแคลซิไฟอิง โอดอนโตเจนิค (Calcifying epithelial odontogenic tumors [13]), เนื้องอกโอดอนโตเจนิค มิกโซมา (Odontogenic myxoma [4, 9]), เนื้องอกโอดอนโตเจนิค ไฟโบรมา (Odontogenic fibroma [4, 9]), เนื้องอกโอดอนโตมา (Odontomas [9, 13]), เนื้องอกสความัส เซลล์ คาร์ซิโนมา (Squamous cell carcinoma [9, 13, 18]), เนื้องอกไฟโบรซาร์โคมา (Fibrosarcoma[9]), เนื้องอกใจแฉ้นท์เซลล์ แกรนูโลมา เกิดในกระดูกขากรรไกร (Central giant cell granuloma [18]), และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า รอยโรคที่เกิดขึ้นในขากรรไกรล่างเหล่านี้ อาทิเช่น ถุงน้ำมีฟัน (Dentigerous cyst) ถุงน้ำเคอราโต โอดอนโตเจนิค (Odontogenic keratocyst : OKC) เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา (Ameloblastoma) มักพบว่า รอยโรคเหล่านี้จะไม่มีอาการแสดงทางคลินิก นอกจากมีการติดเชื้อในบริเวณดังกล่าวจึงจะแสดงอาการปวดและบวมขึ้นมาได้ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนแสดงถึงการเกิดเป็นถุงน้ำหรือเนื้องอกดังกล่าว แต่สิ่งที่น่าสังเกตอย่างมากในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ามีเศษ หลงเหลือของเยื่อบุผิว (epithelial rests or epithelial cell islands) ในชั้นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่มากถึง 85.14% ของชิ้นเนื้อที่นำมาศึกษาทั้งหมด ดังมีรายงานว่าเศษเยื่อบุผิวที่หลงเหลืออยู่เหล่านี้เป็นเซลล์ต้นกำเนิดของถุงน้ำในขากรรไกร [25] ดังนั้นโอกาสของการเกิดพยาธิสภาพขึ้นทั้งที่ไปเป็นถุงน้ำและเนื้องอกนั้นจึงน่าจะมีโอกาสได้มากขึ้นได้จากการศึกษาค้นคว้านี้พบการเปลี่ยนแปลงไปเป็นถุงน้ำมากกว่าที่ได้คาดการณ์ไว้ไม่ว่าฟันกรามล่างซี่ที่สามคู่คุดนั้นจะมีอาการหรือไม่มีอาการทางคลินิกมาก่อน และ/หรือมีลักษณะของเหงือก ปกติหรืออักเสบ ดังนั้นจากผลการศึกษาที่ได้รับครั้งนี้จึงเสนอว่าถุงหุ้มหน่อฟันที่ผ่าตัดออกจากฟันกรามล่างซี่ที่สามคู่ควรได้รับการตรวจลักษณะทางพยาธิวิทยา ดังที่เคยมีแนะนำไว้ในหลายการศึกษา [4, 8, 17, 24, 26] แม้ว่าฟันกรามคุดนั้นจะไม่มีอาการหรือความผิดปกติใด ๆ มาก่อนก็ตาม

บทสรุป

ปัจจัยในการผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดออกนั้นมีหลายเหตุผล โดยส่วนใหญ่เพื่อการป้องกันความเสี่ยงที่จะพัฒนาต่อไปจนมีการเกิดพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อรอบตัวฟันไปเป็นถุงน้ำและเนื้องอก ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า การเกิดพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อรอบตัวฟันคุดจะมีแนวโน้มมากขึ้นเมื่อมีอาการแสดงทางคลินิกร่วมด้วย เช่นการอักเสบของเหงือกที่เล็กน้อยจนถึงเป็นฝีเหงือกรอบฟันคุดอักเสบ มีอาการปวด และหรือบวมมาก่อน โดยการเกิดพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อรอบตัวฟันที่พบส่วนใหญ่เป็นถุงน้ำ เช่นถุงน้ำเดนติเจอร์ส ถุงน้ำปลายรากฟัน เป็นต้น ดังนั้นจากผลการศึกษาี้เสนอให้ผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดออกก่อน แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติทางคลินิก และลักษณะทางภาพรังสีใดๆ และถุงหุ้มหน่อฟันที่ผ่าตัดออกจากฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดนี้ควรได้รับการตรวจด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาด้วยเพื่อประโยชน์ในการรักษาและเฝ้าระวังในผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับเงินทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปี 2554 และได้รับความอนุเคราะห์ในการแปลผลด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา จาก อาจารย์ทันตแพทย์หญิง ดร. อรุณวรรณ หล้าอุบล เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือด้านการเตรียมทางห้องปฏิบัติการชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจาก คุณอุตมาพร บุญทรง ซึ่งทีมผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Anonymous. NIH consensus development conference for removal of third molars. J Oral Surg 1980; 38: 235-236.

2. Jasinevicius TR, Pyle MA, Kohrs KJ, Majors JD, Wanosky LA. Prophylactic third molar extractions: US dental school departments' recommendations from 1998/99 to 2004/05. Quintessence Int 2008; 39: 165-176.

3. Al Sheddi MA. Odontogenic cysts. A clinicopathological study. Saudi Med J; 33: 304-308.

4. Kotrashetti VS, Kale AD, Bhalaerao SS, Hallikeremath SR. Histopathologic changes in soft tissue associated with radiographically normal impacted third molars. Indian J Dent Res; 21: 385-390.

5. Brickley M, Kay E, Shepherd JP, Armstrong RA. Decision analysis for lower-third-molar surgery. Med Decis Making 1995; 15: 143-151.

6. Bataineh AB, Albashaireh ZS, Hazza'a AM. The surgical removal of mandibular third molars: a study in decision making. Quintessence Int 2002; 33: 613-617.

7. Almendros-Marques N, Alaejos-Algarra E, Quinteros-Borgarello M, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Factors influencing the prophylactic removal of asymptomatic impacted lower third molars. Int J Oral Maxillofac Surg 2008; 37: 29-35.

8. Saravana GH, Subhashraj K. Cystic changes in dental follicle associated with radiographically normal impacted mandibular third molar. Br J Oral Maxillofac Surg 2008; 46: 552-553.

9. Guven O, Keskin A, Akal UK. The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000; 29: 131-135.
10. Mesgarzadeh AH, Esmailzadeh H, Abdolrahimi M, Shahamfar M. Pathosis associated with radiographically normal follicular tissues in third molar impactions: a clinicopathological study. *Indian J Dent Res* 2008; 19: 208-212.
11. Adelsperger J, Campbell JH, Coates DB, Summerlin DJ, Tomich CE. Early soft tissue pathosis associated with impacted third molars without pericoronal radiolucency. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 89: 402-406.
12. Werkmeister R, Fillies T, Joos U, Smolka K. Relationship between lower wisdom tooth position and cyst development, deep abscess formation and mandibular angle fracture. *J Craniomaxillofac Surg* 2005; 33: 164-168.
13. Curran AE, Damm DD, Drummond JF. Pathologically significant pericoronal lesions in adults: Histopathologic evaluation. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 613-617; discussion 618.
14. Baykul T, Saglam AA, Aydin U, Basak K. Incidence of cystic changes in radiographically normal impacted lower third molar follicles. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 542-545.
15. Punwutikorn J, Waikakul A, Ochareon P. Symptoms of unerupted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87: 305-310.
16. Van der Linden W, Cleaton-Jones P, Lownie M. Diseases and lesions associated with third molars. Review of 1001 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79: 142-145.
17. Glosser JW, Campbell JH. Pathologic change in soft tissues associated with radiographically 'normal' third molar impactions. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37: 259-260.
18. Al-Khateeb TH, Bataineh AB. Pathology associated with impacted mandibular third molars in a group of Jordanians. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1598-1602.
19. Girod SC, Gerlach KL, Krueger G. Cysts associated with long-standing impacted third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993; 22: 110-112.
20. Indresano AT, Haug RH, Hoffman MJ. The third molar as a cause of deep space infections. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 33-35; discussion 35-36.
21. De Paula AM, Carvalhais JN, Domingues MG, Barreto DC, Mesquita RA. Cell proliferation markers in the odontogenic keratocyst: effect of inflammation. *J Oral Pathol Med* 2000; 29: 477-482.
22. Edamatsu M, Kumamoto H, Ooya K, Echigo S. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 17-23.

23. Simsek-Kaya G, Ozbek E, Kalkan Y, Yapici G, Dayi E, Demirci T. Soft tissue pathosis associated with asymptomatic impacted lower third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*; 16: e929-936.

24. Villalba L, Stolbizer F, Blasco F, Maurino NR, Piloni MJ, Keszler A. Pericoronal follicles of asymptomatic impacted teeth: a radiographic, histomorphologic, and immunohistochemical study. *Int J Dent*; 2012: 935310.

25. รัฐพงษ์ วรวงศ์วสุ. วิชยาเนื้อเยื่อช่องปาก. พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหามงกุฎราชวิทยาลัย; 2553. หน้า 16

26. Yildirim G, Ataoglu H, Mihmanli A, Kiziloglu D, Avunduk MC. Pathologic changes in soft tissues associated with asymptomatic impacted third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106: 14-18.

ติดต่อขอความ:

พศ.ทพญ. ศิริวรรณ ส่องวัฒนา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 ถนนสุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา
กรุงเทพมหานคร 10110

โทรศัพท์ 02-649-5000 (5092, 5093)

โทรสาร 02-664-1882

Correspondence author

Siriwan Songwattana

Department of Oral Surgery & Oral Medicine,
Faculty of Dentistry, Srinakarinwirot University,
Sukhumvit 23, Wattana, Bangkok, 10110

Thailand

Tel. 02-649-5000 (5092, 5093)

Fax. 02-664-1882