

## การรักษาถุงน้ำเมือกพื่นปาก (Ranula) โดยวิธีมาร์ซูเพียไลเซชัน (Marsupialization)

นางสาวรณานุช พงศ์พิศ  
โรงพยาบาลสกลนคร

### บทคัดย่อ

โรคถุงน้ำเมือกพื่นปาก (Ranula) เป็นโรคที่พบได้ไม่มากนัก โดยมีลักษณะบวมบูน มีน้ำเมือกอยู่ภายใน เกิดในตำแหน่งพื่นปาก โดยมีสาเหตุจากการที่ท่อต่อมน้ำลายใต้ลิ้นได้รับบาดเจ็บแล้วมีน้ำเมือกรั่วจากท่อต่อมน้ำลาย หรือเกิดจากการอุดตันในท่อต่อมน้ำลายใต้ลิ้น การรักษาให้ได้หลากหลายวิธีด้วยกัน ซึ่งมีความสำเร็จในการรักษา การพยากรณ์โรค รวมถึงความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน วิธีมาร์ซูเพียไลเซชัน (Marsupialization) เป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดการถุงน้ำเมือกพื่นปากที่ได้ผลดี สามารถรักษาภายใต้การให้ยาชาเฉพาะที่ได้ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้สามารถพบการเกิดซ้ำของโรคได้ ดังนั้นจึงควรติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการรักษาสูงสุด

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 27 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการบวมบริเวณพื่นปากใต้ลิ้นด้านขวา จากการตรวจทางคลินิก บริเวณพื่นปากใต้ลิ้นด้านขวา พบอาการบวมบูนในลักษณะซึ่งมีของเหลวอยู่ภายใน สีโทนน้ำเงิน ให้การวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นถุงน้ำเมือกพื่นปาก และให้การรักษาโดยวิธีมาร์ซูเพียไลเซชันภายใต้ยาชาเฉพาะที่ จากการติดตามผลการรักษา ภายหลังจากการรักษา 7 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการเกิดซ้ำของโรค จึงพิจารณาทำมาร์ซูเพียไลเซชันภายใต้ยาชาเฉพาะที่อีกครั้ง จากการติดตามผลการรักษา เป็นเวลา 7 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีการเกิดซ้ำของโรคอีก

**วัตถุประสงค์ :** เพื่ออธิบายลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยแยกโรค อุบัติการณ์การเกิดโรค การวางแผนการรักษา ขั้นตอนการรักษารอยโรคถุงน้ำเมือกพื่นปากโดยวิธีมาร์ซูเพียไลเซชัน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ภายหลังจากการรักษา

**รูปแบบการศึกษา :** กรณีศึกษา

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นถุงน้ำเมือกพื่นปาก และให้การรักษาโดยวิธีมาร์ซูเพียไลเซชันภายใต้ยาชาเฉพาะที่ เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ง่าย มีความเสี่ยงในการทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่สำคัญรอบข้างน้อย แต่มีข้อเสียคือสามารถพบการเกิดซ้ำของโรคได้ จากการติดตามผลการรักษา ภายหลังจากการรักษา 7 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการเกิดซ้ำของโรค ซึ่งเกิดจากการที่ไหมเย็บหลุดออก ทำให้ปากแผลที่ทำการมาร์ซูเพียไลเซชันไว้แผลปิดเร็วเกินไปทำให้เกิดถุงน้ำขึ้นใหม่ จึงพิจารณาทำมาร์ซูเพียไลเซชันภายใต้ยาชาเฉพาะที่อีกครั้ง และเน้นย้ำเรื่องการดูแลแผล และการฉีดยาหลังผ่าตัด รวมถึงติดตามอาการและ

ผลการรักษาอย่างใกล้ชิดมากขึ้น จากการติดตามผลการรักษา เป็นเวลา 7 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีการเกิดซ้ำของโรคอีก

**คำสำคัญ :** ถุงน้ำเมือกพื้นปาก (Ranula) , มาร์ซูเพียไลเซชัน (Marsupialization)

## บทนำ

ถุงน้ำเมือกพื้นปาก (ranula) คือ ถุงน้ำเมือกที่เกิดในตำแหน่งพื้นปาก มีลักษณะบวมมนูสีโทมน้ำเงินโปร่งแสง ภายในถุงน้ำเมือกพื้นปาก มีของเหลวลักษณะเป็นมูกใสและหนืดเหนียว คำว่า ranula มาจากคำภาษาละตินว่า “rana” มีความหมายถึงสัตว์จำพวกกบ เนื่องจากลักษณะทางคลินิกที่นูนออกมา มีลักษณะคล้ายส่วนที่พองโตของท้องกบ<sup>(1)</sup> ในอดีต Hippocrates ได้อธิบาย ranula ว่าเกิดจากการอักเสบเรื้อรัง ในขณะที่ Pare<sup>(2)</sup> ได้เสนอแนวความคิดว่าเกิดจากการเคลื่อนตัวต่ำลงมาของเนื้อสมองและต่อมพิทูอิตาลี และ W. Boyd ได้อธิบายเกี่ยวกับ ranula ว่าเกิดจากการขยายตัวของท่อของต่อมน้ำลายใต้กระดูกขากรรไกรล่าง<sup>(2)</sup>

ปัจจุบันมีการอธิบายถึงสาเหตุการเกิดถุงน้ำเมือกที่เป็นไปได้ อยู่ 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีแรกได้เสนอว่าเกิดจากการที่ท่อของต่อมน้ำลายใต้ลิ้นได้รับบาดเจ็บแล้วมีน้ำเมือกรั่วซึมออกจากท่อต่อมน้ำลาย (mucus extravasation) หรืออีกทฤษฎีกล่าวว่าเกิดจากการอุดตันในท่อต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (mucus retention)<sup>(3)</sup>

ถุงน้ำเมือกที่เกิดจากท่อต่อมน้ำลายฉีกขาด มักเป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บเชิงกล ได้แก่ การกัดกระแทกจากฟันที่แหลมคม รวมไปถึงพฤติกรรมกรัดริมฝีปาก ทำให้น้ำเมือกเกิดการรั่วออกมาค้างอยู่ในเนื้อเยื่อยึดต่อ(connective tissue) ข้างเคียง ผนังของถุงน้ำชนิดนี้ไม่มีเยื่อบุผิว (epithelial lining) ทำให้เกิดเป็นถุงน้ำเทียม (pseudocyst) ถุงน้ำเมือกลักษณะนี้มักพบที่บริเวณริมฝีปาก<sup>(4)</sup> ในขณะที่ถุงน้ำเมือกที่เกิดจากการค้าง (mucous retention cyst) เกิดจากการอุดตันในท่อน้ำลายทำให้น้ำลายไม่สามารถไหลออกมาได้ จึงมีการขยายตัวของท่อต่อมน้ำลาย ถุงน้ำชนิดนี้มีเยื่อบุผิว ถุงน้ำเมือกชนิดนี้มักพบบริเวณพื้นช่องปาก เพดานแข็ง และริมฝีปากบน<sup>(5)</sup>

องค์การอนามัยโลกได้ทำการจัดจำแนกประเภทของเนื้องอกบริเวณศีรษะและลำคอในปี ค.ศ.2017 โดยถุงน้ำเมือกพื้นปากถูกจัดจำแนกอยู่ในกลุ่มรอยโรคคล้ายเนื้องอกบริเวณลำคอและต่อมน้ำเหลือง (tumor and tumor-like lesions of the neck and lymph nodes) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มย่อยของ ถุงน้ำ และรอยโรคคล้ายถุงน้ำ (cysts and cyst-like lesions)<sup>(6)</sup>

ถุงน้ำเมือกพื้นปาก สามารถทำการวินิจฉัยได้จากลักษณะทางคลินิกเป็นสำคัญ<sup>(7)</sup> โดยจะพบวาร์รอยโรคมี่ลักษณะบวมมนู มีของเหลวอยู่ภายใน สีโทมน้ำเงินโปร่งแสง หรืออาจมีสีเหมือนกับเยื่อเมือกช่องปาก โดยปกติแล้วจะพบเพียงด้านใดด้านหนึ่งที่พื้นปาก อย่างไรก็ตาม มีรายงานพบวาร์รอยโรคขยายข้ามแนวกลางมาอีกด้านได้ ถุงน้ำเมือกพื้นปากมักมีขนาดใหญ่กว่าถุงน้ำเมือกที่ตำแหน่งอื่นในช่องปาก ผนังบาง ไม่มีอาการปวด โดยรอยโรคอาจแตกออกและระบายมิวซิน (mucin) ออกมาแล้วกลับเป็นซ้ำได้<sup>(8)</sup> รอยโรคมี่ขนาดใหญ่ขึ้นอย่างช้าๆ โดยหากมีขนาดใหญ่มากจะดันให้ลิ้นยกขึ้นและรบกวนการพูด การเคี้ยว และการกลืนได้

ถุงน้ำเมือกบริเวณคอ (plunging ranula, cervical ranula) เป็นรูปแบบหนึ่งของถุงน้ำเมือกที่อยู่ลึกลงไปต่ำกว่ากล้ามเนื้อไฮออยด์ (mylohyoid muscle) และอยู่ตามแนวพังผืดของคอ<sup>(9)</sup>

การวินิจฉัยแยกโรคถุงน้ำเมือกพื้นปากจากโรคอื่นๆ ได้แก่ เนื้องอกหลอดเลือด (lymphangioma) เนื้องอกหลอดเลือด (hemangioma) เนื้องอกไขมัน (lipoma) ถุงน้ำเดอร์มอยด์ (dermoid cyst) ความผิดปกติของหลอดเลือด (vascular malformation) และฝีหนอง (abscess)<sup>(10)</sup>

รายงานอุบัติการณ์การเกิดถุงน้ำเมือกพื้นปากยังมีความไม่ชัดเจน ในบางรายงานพบว่า มีความชุกของการเกิดถุงน้ำเมือกพื้นปาก 0.2 คนต่อประชากร 1,000 คน<sup>(11)</sup> พบอุบัติการณ์การเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 1.4 โดยถุงน้ำเมือกพื้นปากมักพบได้ในช่วงอายุ 1-20 ปี ในส่วนของถุงน้ำเมือกบริเวณคอจะมักพบในช่วงอายุ 21-30 ปี<sup>(12)</sup>

การรักษาถุงน้ำเมือกพื้นปากมีได้หลากหลายวิธี ตั้งแต่การผ่าตัดเอาการ การกรีดระบายถุงน้ำเมือก วิธีมาร์ชซูเพียไลเซชัน การผ่าตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นออก การผ่าตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นร่วมกับการตัดถุงน้ำเมือกออก นอกจากนี้ยังสามารถรักษาด้วยวิธีฉีดสารก่อกระดูก (sclerotherapy) ได้แก่ สาร OK-432 เข้าไปในถุงน้ำ วิธีไมโครมาร์ชซูเพียไลเซชัน (micro-marsupialization) การผ่าตัดด้วยแรงดันน้ำ (Hydrodissection) การผ่าตัดด้วยความเย็น (Cryosurgery) โดยแต่ละวิธีมีขั้นตอน ความยุ่งยากของกระบวนการรักษารวมไปถึงอัตราผลสำเร็จแตกต่างกันไป<sup>(14)</sup>

จากการศึกษาของ Zhao และคณะ พบอัตราการเกิดซ้ำของโรค หลังการรักษารักษาถุงน้ำเมือกพื้นปากด้วยวิธีมาร์ชซูเพียไลเซชัน การผ่าตัดถุงน้ำเมือกออก และการผ่าตัดถุงน้ำเมือกร่วมกับการตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นออกเท่ากับร้อยละ 66.7 , 57.69 และ 1.2 ตามลำดับ<sup>(15)</sup>

การรักษาถุงน้ำเมือกพื้นปากต้องระมัดระวังไม่ให้อันตรายต่อต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular duct) และเส้นประสาทลิ้นกวด (Lingual nerve)<sup>(16)</sup> วิธีการรักษาถุงน้ำเมือกพื้นปากและถุงน้ำเมือกบริเวณคอที่ให้ประสิทธิผลมากที่สุด คือ การตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นที่เป็นสาเหตุออกเพื่อลดโอกาสการเกิดซ้ำของโรค และควรทำภายใต้การให้ยาสลบ โดยถ้าตัดต่อมน้ำลายซึ่งเป็นแหล่งที่มาของการสร้างน้ำเมือกออกแล้ว อาจไม่จำเป็นต้องตัดรอยโรคออก ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อข้างเคียง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การบาดเจ็บของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ลิ้นสูญเสียการรับความรู้สึก และภาวะเลือดออกมากหรือเกิดก้อนเลือดคั่ง (heamatoma) ซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าวิธีมาร์ชซูเพียไลเซชัน<sup>(16)</sup>

วิธีมาร์ชซูเพียไลเซชันเป็นการเปิดส่วนบนของรอยโรคในช่องปาก จึงส่งผลให้ต่อมน้ำลายใต้ลิ้นมีทางติดต่อกับช่องปากโดยตรง ทำให้น้ำลายระบายออกสู่ช่องปาก หลังจากน้ำเมือกภายในถุงน้ำระบายออกหมดแล้ว เย็บขอบของเยื่อเมือกเข้ากับขอบของถุงน้ำโดยรอบ เปิดแผลไว้หรือปิดแผลด้วย iodoform gauze ให้แผลหายแบบทุติยภูมิ<sup>(17)</sup>

## วิธีดำเนินการศึกษา

1. ซักประวัติ ตรวจภายนอกช่องปาก ตรวจภายในช่องปาก ส่งถ่ายภาพถ่ายรังสี เพื่อประกอบการวินิจฉัย
2. ทำการวินิจฉัยรอยโรค โดยในกรณีศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคถุงน้ำเมือกพื้นปาก (Ranula)
3. วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย โดยอธิบายทางเลือกการรักษาให้แก่ผู้ป่วย จากบริบทของโรงพยาบาล สามารถให้การรักษาได้ 2 วิธีด้วยกัน ได้แก่ การทำมาร์ชซูเพียไลเซชัน และการตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นออก จนถึงกระบวนการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาแต่ละวิธี
4. ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีมาร์ชซูเพียไลเซชัน แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังการรักษาโดยละเอียดอีกครั้ง
5. ทำการรักษาโรคถุงน้ำเมือกพื้นปาก ด้วยวิธีมาร์ชซูเพียไลเซชัน หลังการรักษาอธิบายการดูแลแผลหลังผ่าตัด
6. นัดผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษาเป็นระยะ

## พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 27 ปี ภูมิลำเนา อ.เมือง จ.สกลนคร สหิทธิการรักษาสิทธิข้าราชการจ่ายตรง

### อาการสำคัญ

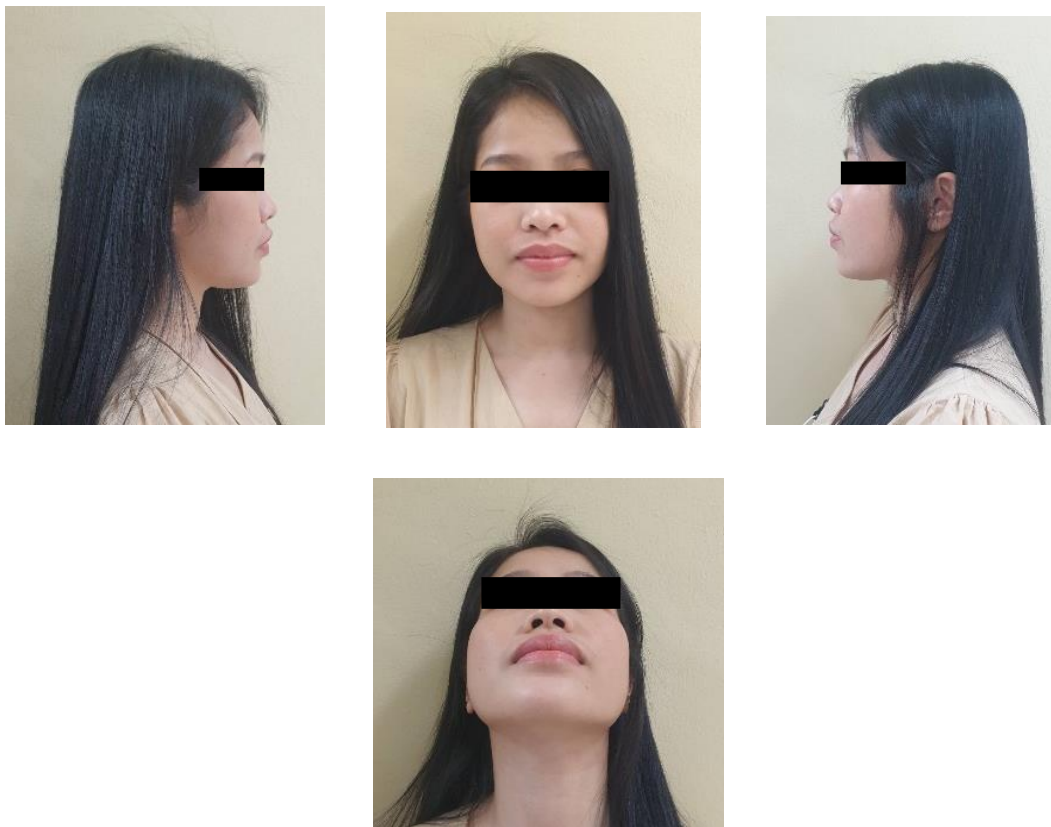
มาพบทันตแพทย์เนื่องจากมีอาการบวมบริเวณพื้นปากใต้ลิ้นด้านขวา มาประมาณ 3 เดือน รู้สึกมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ ให้ประวัติเคยมีอาการนี้มาแล้วครั้งหนึ่งแต่ขนาดไม่ใหญ่เท่านี้ และรอยโรคดังกล่าวแตกและหายไปเอง ไม่มีอาการปวดหรือชา

### ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคทางระบบ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

### ตรวจภายนอกช่องปาก

ไม่พบความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าและกระดูกขากรรไกร มีความสมมาตรของใบหน้าทั้งซ้ายและขวา อ้าปากได้ปกติ คลำไม่พบความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณใบหน้าและลำคอ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปาก

### ตรวจภายในช่องปาก

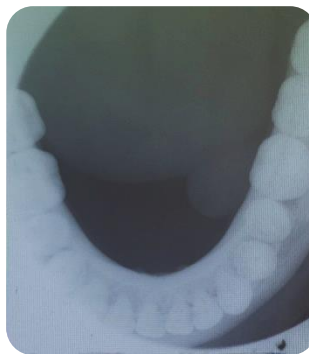
พบมีก้อนบวมขนาดบริเวณพื้นปากด้านขวา ขนาดประมาณ 2x2.5x1.5 เซนติเมตร มีลักษณะก้อนเนื้อออกคล้ายมีของเหลวภายใน สีโทนน้ำเงินม่วง ผิวเรียบ คลำนิ่มไม่พบการเต้นเป็นจังหวะของชีพจร ไม่ปวด ไม่มีอาการชา ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงภาพถ่ายในช่องปาก

### การตรวจภาพถ่ายรังสี (Occlusal film)

ไม่พบความผิดปกติใด ที่มีความสัมพันธ์กับรอยโรค ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสี Occlusal film

### การวินิจฉัยโรค

จากลักษณะอาการทางคลินิก ร่วมกับภาพถ่ายรังสี สามารถสรุปให้การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็น ถุงน้ำเมือกพื้นปาก (Ranula)

### การวางแผนการรักษา

อธิบายสิ่งผิดปกติให้ผู้ป่วยทราบ ว่าเป็นโรคถุงน้ำเมือกพื้นปาก เป็นรอยโรคคล้ายเนื้อเยื่อชนิดไม่ร้ายแรง สามารถรักษาได้ โดยตามบริบททางโรงพยาบาลสามารถให้การรักษาได้ 2 วิธี ได้แก่ วิธีมาร์ซูเพียลไลเซชัน และวิธีการตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นออก โดยอธิบายถึงข้อดี ข้อเสีย ขั้นตอนการรักษา ดังนี้

1. วิธีมาร์ซูเพียลไลเซชัน เป็นการเปิดส่วนบนของรอยโรคในช่องปาก เพื่อเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำ และต้องทำการล้างแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้รอยโรคค่อยๆ เล็กลง และหายไป มีข้อดีคือเป็นวิธีที่ทำให้เกิดแผลเล็กกว่าการผ่าตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นออก ลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายกับอวัยวะสำคัญข้างเคียงจากการผ่าตัด ไม่ต้องสูญเสียต่อมน้ำลายไป ทำให้ปริมาณน้ำลายไม่ลดน้อยลง สามารถทำภายใต้ยาชาเฉพาะที่ได้จึงไม่ต้องดมยาสลบ แต่มีข้อเสียที่พบบ่อยคือ มีอัตราการเกิดซ้ำของโรคมมากกว่าร้อยละ 60
  2. วิธีการตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นที่เป็นสาเหตุออก เป็นวิธีที่มีข้อดีคือ มีอัตราการเกิดซ้ำของโรคหลังการรักษา น้อยมาก แต่มีข้อเสียคือ ต้องทำภายใต้ยาดมสลบ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในการทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อข้างเคียง สูญเสียต่อมน้ำลายบางส่วนไปทำให้ปริมาณน้ำลายลดลง นอกจากนี้ อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด ลิ้น สูญเสียการรับความรู้สึก และเกิดภาวะเลือดออกมากได้จากการผ่าตัด
- โดยในกรณีนี้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยวิธีมาร์ซูเพียลไลเซชัน

## การรักษา

1. ทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ ด้วยเทคนิค Inferior alveolar nerve block ด้านขวา ด้วยยาชา 2% Mepivacaine with 1:100,000 epinephrine ปริมาณ 1.8 มิลลิลิตร
2. ใช้ใบมีดผ่าตัดเบอร์ 15 ลงรอยกริดที่ส่วนบนของรอยโรคตำแหน่งที่มีผนังบาง โดยกรีดลงในชั้นของเยื่อเมือกช่องปากรวมถึงผนังด้านบนของถุงน้ำ กรีดเปิดเป็นวงกลม เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.5 เซนติเมตร ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4 แสดงขั้นตอนการทำมาร์ซูเพียลไลเซชัน ในขั้นตอนการลงมีดกรีดเปิดรอยโรคและลักษณะรอยโรคหลังกรีดเปิดแล้ว

3. เย็บขอบโดยรอบของรอยกริดนั้นให้ขอบของถุงน้ำติดกับขอบของเยื่อเมือกด้วยไหมเย็บไวคริล (Vicryl) เบอร์ 3-0 ด้วยเทคนิค Continuous locking suture ดังรูปที่ 5



รูปที่ 5 แสดงรอยโรคหลังการเย็บขอบแผลด้วย  
เทคนิค Continuous locking suture

- อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบวิธีการปฏิบัติตน ภายหลังจากการรักษา โดยทำการล้างบริเวณแผลเปิดด้วยสารละลายน้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.9 ด้วยตนเอง ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6 แสดงภาพขั้นตอนการล้างแผลด้วย  
สารละลายน้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.9

5. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอะม็อกซิซิลิน 200 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ดวันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 2-3 วันแรกหลังหัตถการ ให้ยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลินขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 7 วัน
6. นัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะ

#### ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษา

จากการติดตามผลการรักษาพบว่า

1. ภายหลังจากทำมาร์ซูเฟียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 และ 3 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดที่แผลเล็กน้อย จากการตรวจภายนอกช่องปากไม่พบอาการผิดปกติ ตรวจภายในช่องปากพบเยื่อเมือกช่องปากรอบแผลผ่าตัดแดงเล็กน้อย ยังเห็นรูเปิดของแผลขนาดเล็ก วัสดุเย็บมีหลุดบางส่วน กัดเจ็บ ไม่มีหนอง ดังรูปที่ 7-8
2. ภายหลังจากทำมาร์ซูเฟียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด จากการตรวจภายนอกช่องปากไม่พบอาการผิดปกติ ตรวจภายในช่องปากพบเยื่อเมือกช่องปากรอบแผลสีปกติ รูเปิดของแผลเกือบปิดสนิท วัสดุเย็บหลุดเกือบหมด กัดไม่เจ็บ ไม่มีหนอง ดังรูปที่ 9
3. ภายหลังจากทำมาร์ซูเฟียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 5 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด จากการตรวจภายนอกช่องปากไม่พบอาการผิดปกติ ตรวจภายในช่องปากพบเยื่อเมือกช่องปากรอบแผลสีปกติ รูเปิดของแผลปิดสนิท วัสดุเย็บหลุดออกทั้งหมด กัดไม่เจ็บ ไม่มีหนอง ดังรูปที่ 10
4. ภายหลังจากทำมาร์ซูเฟียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดและบวมบริเวณที่พื้นช่องปากด้านขวา จากการตรวจภายนอกช่องปากไม่พบอาการผิดปกติ ตรวจภายในช่องปากพบมีการ

เกิดซ้ำของโรค บริเวณพื้นช่องปากตำแหน่งเดิมที่ผ่าตัดมีอาการบวมแดง ขนาดรอยโรคประมาณ 1.5x1x1 เซนติเมตร กดเจ็บ จึงพิจารณาทำมาร์ชูเพียลไลเซชันอีกครั้ง ดังรูปที่ 11



รูปที่ 7 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำมาร์ชูเพียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์



รูปที่ 8 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำมาร์ชูเพียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3 สัปดาห์

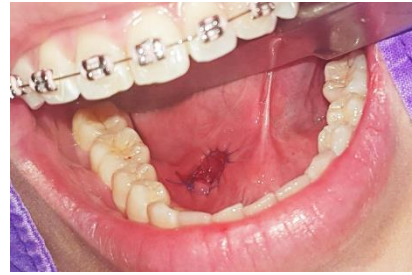


รูปที่ 9 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำมาร์ชูเพียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 4 สัปดาห์



รูปที่ 10 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำมาร์ชูเพียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 5 สัปดาห์





รูปที่ 11 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำมาร์ซูเพียลไลเซชันครั้งที่ 1 เป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบการเกิดซ้ำของโรค (ภาพซ้าย) จึงพิจารณาทำมาร์ซูเพียลไลเซชันครั้งที่ 2 (ภาพขวา)

5. ภายหลังจากการทำมาร์ซูเพียลไลเซชันครั้งที่ 2 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดที่แผล จากการตรวจภายนอกช่องปากไม่พบอาการผิดปกติ ตรวจภายในช่องปากพบเยื่อเมือกช่องปากรอบแผลผ่าตัด แดงเล็กน้อย ยังเห็นรูเปิดของแผลขนาดเล็ก วัสดุเย็บมีหลุดบางส่วน กัดไม่เจ็บ ไม่พบภาวะการติดเชื้อ พิจารณาตัดไหมเย็บที่เหลือออกและล้างแผล ดังรูปที่ 12
6. ภายหลังจากการทำมาร์ซูเพียลไลเซชันครั้งที่ 2 เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด จากการตรวจภายนอกช่องปากไม่พบอาการผิดปกติ ตรวจภายในช่องปากพบเยื่อเมือกช่องปากรอบแผลสีปกติ รูเปิดของแผลปิดสนิท พบรอยแผลเป็นของพื้นช่องปากบริเวณที่ทำการผ่าตัด กัดไม่เจ็บ ไม่พบภาวะการติดเชื้อหรือการอักเสบ ดังรูปที่ 13
7. ภายหลังจากการทำมาร์ซูเพียลไลเซชันครั้งที่ 2 เป็นเวลา 2 เดือน และ 7 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด จากการตรวจภายนอกช่องปากไม่พบอาการผิดปกติ ตรวจภายในช่องปากพบเยื่อเมือกช่องปากรอบแผลสีปกติ พบรอยแผลเป็นของพื้นช่องปากบริเวณที่ทำการผ่าตัดชัดเจน กัดไม่เจ็บ ไม่พบภาวะการติดเชื้อหรือการอักเสบ ดังรูปที่ 14-15
- 8.



รูปที่ 12 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำมาร์ซูเพียลไลเซชันครั้งที่ 2 เป็นเวลา 2 สัปดาห์



รูปที่ 13 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำมาร์ซูเพียลไลเซชันครั้งที่ 2 เป็นเวลา 4 สัปดาห์



รูปที่ 14 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำ  
มาร์ซูเพียลโลเซชันครั้งที่ 2 เป็นเวลา 2 เดือน



รูปที่ 15 แสดงภาพแผลในช่องปากหลังการทำ  
มาร์ซูเพียลโลเซชันครั้งที่ 2 เป็นเวลา 7 เดือน

### ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการวินิจฉัยเป็นถุงน้ำเมือกพื่นปาก โดยใช้ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ลักษณะรอยโรค ประวัติการเกิดโรคของผู้ป่วยเป็นหลักที่ใช้ในการวินิจฉัย อีกทั้งผู้ป่วยรายนี้ยังมีลักษณะเข้ากันกับข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เคยมีรายงานที่ผ่านมา กล่าวคือ พบมากในเพศหญิง และอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี

การรักษาด้วยวิธีมาร์ซูเพียลโลเซชันเป็นทางเลือกในการรักษาถุงน้ำเมือกพื่นปากในกรณีศึกษา นี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดมยาสลบ และการผ่าตัด แต่พบว่าภายหลังการทำมาร์ซูเพียลโลเซชันพบการเกิดซ้ำของรอยโรค ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Zhou และคณะ ที่สามารถพบอัตราการเกิดซ้ำของโรคหลังการรักษาด้วยวิธีมาร์ซูเพียลโลเซชันสูงถึงร้อยละ 66.7

เทคนิคการผ่าตัดที่ใช้ในกรณีผู้ป่วยรายนี้ ทำโดยการกรีดเปิดถุงน้ำเมือกพื่นปากเป็นวงกลมเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.5 เซนติเมตร ไม่ได้เปิดส่วนบนทั้งหมดของรอยโรค แต่อาศัยการเย็บขอบโดยรอบด้วยเทคนิค continuous locking suture เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้แผลปิดเร็วซึ่งอาจทำให้เกิดการกลับมีอาการของโรคซ้ำ แต่ในกรณีของผู้ป่วยรายนี้พบว่า มีการเกิดซ้ำของโรค ซึ่งอาจเป็นผลมาจากมีไหมเย็บบางส่วนหลุด และการเปิดปากแผลที่กว้างไม่เพียงพอ ทำให้แผลผ่าตัดปิดเร็วเกินไป ดังนั้นการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิดและการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อปฏิบัติตัวหลังการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างแผลที่เปิดไว้อย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา

### สรุปและข้อเสนอแนะ

วิธีมาร์ซูเพียลโลเซชันเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาถุงน้ำเมือกพื่นปาก ซึ่งมีข้อดีเนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้มีแผลเพียงเล็กน้อย สามารถรักษาภายใต้ยาชาเฉพาะที่ได้ การรักษาถุงน้ำเมือกพื่นปากโดยวิธีมาร์ซูเพียลโลเซชันมีอัตราการเกิดซ้ำของโรคสูงกว่าการตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้นออก แต่อย่างไรก็ตาม ศัลยแพทย์บางคนยังคงใช้วิธีนี้เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนในการทำอันตรายเนื้อเยื่อข้างเคียงจากวิธีตัดต่อมน้ำลายใต้ลิ้น และสามารถเก็บรักษาต่อมน้ำลายใต้ลิ้นไว้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการรักษา ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยคือ การเกิดซ้ำของโรค ซึ่งพบได้ตั้งแต่ภายในระยะเวลาหลายสัปดาห์ไปจนถึงหลายปีหลังทำ

การผ่าตัด ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลแผลหลังการผ่าตัด และติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด เพื่อลดอัตราการเกิดซ้ำของรอยโรค

## เอกสารอ้างอิง

1. Crysdale WS, Mendelsohn JD, Conley S. Ranulas–mucoceles of the oral cavity: experience in 26 children. *Laryngoscope*. 1988;98(3): P.296–298
2. Golden B, Drake AF, Talavera F et al. Ranulas and plunging ranulas. *Medscape Last updated March 28, 2014*.
3. Verma G. Ranula: A Review of Literature. *Arch Cran Oro Fac Sci*. 2013; 1:P.44-49.
4. Bezerra TM, Monteiro BV, Henriques AC, de Vasconcelos Carvalho M, NonakaCF, daCostaMiguelMC. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016; 82(5): P.536-542.
5. More CB, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocele: A clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014; 18(Suppl 1): P.72-77.
6. Wright, J.M., Vered, M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head and Neck Pathol* 11. 2017; P.68–77.
7. Huzaifa M, Soni A. Mucocele And Ranula. [Updated 2021 Jul 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St. Louis:Elsevier;2009.P.456-457
9. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. *Head Neck*. 1998; 20(1): P.63–68.
10. Sheikhi M, Jalalian F, Rashidipoor R, Mosavat F. Plunging ranula of the submandibular area. *Dent Res J*. 2011;8(Suppl1):P.114–118.
11. Baumash HD. Mucoceles and ranulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(3): P.369–378.
12. Yang Y, Hong K. Surgical results of the intraoral approach for plunging ranula. *Acta Otolaryngol (Stockh)*. 2014;134(2): P.201–205.
13. Sharma P, Sharma R, Nagrath S. Plunging ranula treated by combination of intra oral and extra oral approach: a rare case report. *Int J Res Dev Pharm L Sci*. 2015; 4: P.1766-1769.
14. Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: what is the most effective treatment? *Laryngoscope*. 2009; 119(8): P.1501–1509
15. Zhao YF, Jia Y, Chen XM et al. Clinical Review of 580 Ranulas. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004; 98:P.281–287

16. Thomson PJ. Surgical treatment of salivary gland disease. In: Moore UJ, editor. Principles of oral and maxillofacial surgery. 6th ed. Oxford:Wiley-Blackwell;2011: P. 299-312.
17. Qassab AHM, Alraad SAH. Micro-marsupialization for treatment of mucocele and ranula, Ann Trop & Public Health. 2019; 22(8): P.244.