

ผู้บรรยายการวิทยุฟันทอล์ค  
ออกอากาศ วันจันทร์ที่ 15 กรกฎาคม 2562  
เรื่อง รู้จักกับวัณโรคในช่องปาก โรคที่ทุกคนมีโอกาสเป็น  
ผู้ดำเนินรายการ นางเจนตา บัวเทศ  
ผู้เขียนบทความ ทันตแพทย์ธิดิ โชติรังสรรค์

ดำเนินรายการ : สวัสดีค่ะ ขอต้อนรับคุณผู้ฟังเข้าสู่รายการฟันทอล์ค ทางสถานีวิทยุกระจายเสียงมหาวิทยาลัยนเรศวร คลื่นความถี่ FM 107.25 MHz. พบกับดิฉันเจนตา บัวเทศ รับหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการในวันนี้ค่ะ พบกันเป็นประจำ ทุกวันจันทร์เวลา 18.30-19.00 น. โดยประมาณ เพื่อนำความรู้ทางทันตสุขภาพที่เป็นประโยชน์มาพูดคุยกัน ให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีความรู้เบื้องต้นที่จะดูแลช่องปากของตัวเองได้นะคะ สำหรับวันนี้รายการฟันทอล์ค ของเรามีแขกรับเชิญมาร่วมพูดคุยกันในรายการของเราด้วย ขอต้อนรับทนต์แพทย์ธิดิ โชติรังสรรค์ อย่างเป็นทางการค่ะ

อาจารย์ : เรื่องที่นำมาพูดคุยกันเป็นเรื่อง

ผู้ดำเนินรายการ : ก่อนที่จะมารับฟังเนื้อหาที่อาจารย์ได้เตรียมมาฝาก ฟังเพลงเพราะๆจากทางรายการของเราก่อนค่ะ

### รู้จักกับวัณโรคในช่องปาก....โรคที่ทุกคนมีโอกาสเป็น

สวัสดีครับ ผม ทพ.จิตติ โชติรังสรรค์ จากสาขาพยาธิวิทยา ภาควิชาทันตกรรมวินิจฉัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันนี้หัวข้อที่เราจะมาพูดถึงกันคือ รู้จักกับวัณโรคในช่องปาก โรคที่ทุกคนมีโอกาสเป็น ครับ

คือในช่วงนี้ทุก ๆ ท่านอาจจะได้ยินข่าวเกี่ยวกับวัณโรคหลังโพรงจมูกกัน ซึ่งมีความรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ วันนี้ผมจึงอยากนำประเด็นเกี่ยวกับโรคนี้แต่เกิดขึ้นในช่องปากมาให้ความรู้กับทุก ๆ ท่านนะครับ  
ก่อนอื่นเรามารู้จักกับวัณโรคแบบกว้างๆ กันก่อนนะครับ

#### ● **วัณโรคและวัณโรคในช่องปากนั้นคืออะไร ?**

วัณโรค หรือภาษาอังกฤษเรียกว่า Tuberculosis หรือ TB จัดเป็นโรคติดเชื้อโรคอย่างหนึ่ง

โดยเชื่อกันว่าเป็นแบคทีเรียที่มีชื่อว่า *Mycobacterium tuberculosis*

*Mycobacterium tuberculosis* เป็นแบคทีเรียชนิดบาซิลลัสที่ฟุ้งออกซิเจน ไม่สร้างสปอร์ และไม่เคลื่อนไหว (aerobic, non- spore-forming, nonmotile bacilli) มีสารเคลือบซึ่งไม่เกิดปฏิกิริยากับสีย้อมแกรม (Gram stain) แต่จะย้อมติดสีแดงเมื่อย้อมด้วยสีย้อมทนกรด (acid-fast stain) ซึ่งมีสองชนิด ได้แก่ สีย้อมซีลห์-นีลเซน (Ziehl-Neelsen's stain) และ สีย้อมไฟต์ (Fite's stain) จึงอาจเรียกแบคทีเรียกลุ่มนี้ว่า บาซิลลัสติดสีทนกรด (acid-fast bacilli) ได้

โรคนี้สามารถเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่พบมากที่สุดคือที่ปอด (pulmonary TB) โดยพบมากถึงร้อยละ 80 ของวัณโรคทั้งหมด เนื่องจากเชื้อวัณโรคติดต่อผ่านทางลมหายใจจึงทำให้เชื้อเข้าไปฝังตัวที่ปอดเป็นอวัยวะแรก ซึ่งเมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วมีพยาธิสภาพขึ้นที่ปอด ก็มีโอกาสเกิดโรคขึ้นในช่องปากด้วยเช่นกัน ถึงแม้จะมีโอกาสน้อยก็ตาม ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากการการแพร่กระจายของการ ติดเชื้อจากปอดมาสู่โครงสร้างในช่องปาก

โดยอาจจะเกิดรอยโรคในช่องปากให้เห็นได้ โดยมีลักษณะหลากหลายแบบมาก อาจจะมีลักษณะเหมือนการติดเชื้อราบางชนิดก็ได้ หรือไปเหมือนกับลักษณะของในช่องปาก เช่น มะเร็งเซลล์สความัส (squamous cell carcinoma) ได้

#### ● **มีความเป็นมาอย่างไรบ้าง?**

ปัจจุบันประเทศไทยพบว่าผู้ติดเชื้อดังกล่าวประมาณ 8 หมื่นคน จาก 69 หรือ 70 ล้านคน โดยจำนวนนี้เป็นคนที่แสดงอาการระครับ ยังมีคนที่เป้นพาหะที่หลบซ่อนไม่แสดงอาการอีกมากมาย

ซึ่งในอดีตทั้งโลกเค้าพบว่าในแต่ละปี จะมีผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 8 ล้านรายต่อปี มีผู้เสียชีวิตประมาณ 2-3 ล้านรายต่อปีถือว่าเป็นโรคติดเชื้อโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่มากที่สุดในโลก

แต่ปัจจุบันก็พบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความแออัดของประชากรลดลง มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดวัณโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม ก็พบว่าในช่วงทศวรรษที่ 1980 อุบัติการณ์การเกิดวัณโรคได้เพิ่มขึ้นอีกในยุโรปและแอฟริกาโดยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV, human immunodeficiency virus) และเอดส์ (AIDS, acquired immunodeficiency syndrome)(ตรงนี้เสริมนิดนึงนะครับว่า เราจะพูดแยกกันนะครับระหว่าง HIV กับ AIDS คือ HIV ใช้เรียกคนที่มึผลเลือดเป็นบวกซึ่งเค้าอาจจะไม่แสดงอาการออกมาก็ได้ แต่เมื่อไหร่ที่มีอาการแสดงออกมาก็จะเรียกว่า AIDS)

กลับมาที่วัณโรคนะครับ นอกจากนั้นก็พบว่า เชื้อมันก็มีการดื้อยาด้วยนะ เมื่อเวลาผ่านไป การดื้อยาหลายๆชนิด (*multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis*) ทำให้เกิดปัญหาในการจัดการวัณโรคมากขึ้น มีการแพร่เชื้อ และก่อให้เกิดการติดเชื้อไปยังผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นได้

จากรายงานของ WHO พบว่าในปี ค.ศ. 2016 พบผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 6.6 ล้านราย ในจำนวนดังกล่าวมี ประมาณ 6.3 ล้านรายที่มีอาการของโรค ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อใหม่หรือเกิดอาการ โรคกลับ (*relapse*) ซึ่งจำนวนดังกล่าวสูงขึ้นเรื่อย ๆ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013 เป็นต้นมา

ปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่มีการติดเชื้อในเพศชายมากกว่า และยังพบได้ในผู้ป่วยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) ทั้งการติดเชื้อใหม่หรือเกิดอาการโรคกลับ ร้อยละ 6.9 ซึ่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะอินเดียนั้นมีอุบัติการณ์ของโรคที่สูงที่สุด

- **การติดต่อของโรค และการดำเนินไปของโรค**

ตัวเชื้อไมโคแบคทีเรียทูปอร์คูโลซิสสามารถถ่ายทอดจากคนสู่คน โดยผ่านทางหายใจหรือการแพร่กระจายทางละอองอากาศ (*airborne droplet*) ขนาดเล็กจากผู้ป่วยวัณโรค

เมื่อผู้ที่ยังไม่เคยรับเชื้อมาก่อนสูดหายใจเข้าไปจะเกิดวัณโรคปฐมภูมิ (*primary tuberculosis*) โดยเริ่มแรกเลยเชื้อจะเข้าไปสู่ช่องว่างอากาศในถุงลม (*alveolar airspace*) ในปอด แล้วเซลล์ภูมิคุ้มกันที่มีมาแต่กำเนิดของเราจะทำหน้าที่ออกมาจับกินเชื้อ หรือเกิดกระบวนการที่เรียกว่า *phagocytosis* โดยเซลล์ภูมิคุ้มกันของเราที่มีบทบาทตรงนี้ เรียกว่า แมคโครฟาจ (*macrophage*) ในระยะแรกของการติดเชื้อนี้ คือได้รับเชื้อมาน้อยกว่า 3 สัปดาห์ แมคโครฟาจจะไม่สามารถกำจัดเชื้อได้ เชื้อจึงเกิดการแบ่งตัวอยู่ภายใน ช่องว่างอากาศและภายในแมคโครฟาจ เกิดสภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (*bacteremia*) แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรกนี้ผู้ป่วยอาจไร้อาการ (*asymptomatic*) หรือมีเพียงอาการไม่สบายคล้ายไข้หวัดใหญ่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ภายหลัง 3 สัปดาห์ของการติดเชื้อจะเกิดการระบายนของสารก่อโรคหรือสารก่อภูมิคุ้มกันต้านไมโคแบคทีเรีย (*mycobacterial antigen*) ไปยังต่อมน้ำเหลืองจากที่อยู่แค่นี้ในแมคโครฟาจและในกระแสเลือด ในระยะนี้จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนสภาพ (*differentiation*) ของเซลล์ภูมิคุ้มกันอีกชนิดที่เรียกว่า ทีเฮลเปอร์วัน (*T-helper 1: TH1*) ต่อมาเซลล์ ทีเฮลเปอร์วันที่จะเจริญเต็มที่ทั้งในต่อมน้ำเหลืองและในปอด จะสร้างสารที่เรียกว่าอินเตอร์เฟอรอนแกมมา (*Interferon- $\gamma$ : INF- $\gamma$* ) กระตุ้นให้เกิดการสร้างสารฟาโกไลโซโซม (*phagolysosome*) ในเซลล์แมคโครฟาจที่ติดเชื้อ เหตุการณ์ข้างต้นจะให้เกิดสภาวะแวดล้อมเป็นกรดเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย นอกจากนี้อินเตอร์เฟอรอนแกมมายังสามารถกระตุ้นการแสดงออกของไนตริกออกไซด์ซินเทส (*nitric oxide synthase*) สร้างไนตริกออกไซด์ซึ่งเป็นโมเลกุลที่สามารถทำลายโครงสร้างของไมโคแบคทีเรียได้หลายส่วน ตั้งแต่ผนังเซลล์ (*cell wall*) จนถึงดีเอ็นเอ (*DNA*) นอกเหนือจากการกระตุ้นแมคโครฟาจให้ฆ่าแบคทีเรียแล้ว อินเตอร์เฟอรอนแกมมายังทำให้เกิดการอักเสบชนิดแกรนูโลมา (*granulomatous inflammation*) และการตายของเนื้อเยื่อแบบคล้ายเนื้องอก (*caseous necrosis*) ซึ่งเป็นภาวะการตอบสนองไวเกินชนิดที่ 4 (*type IV hypersensitivity reaction*) โดยกระตุ้นแมคโครฟาจให้เปลี่ยนสภาพเป็นฮิสติโอไซต์คล้ายเยื่อหุ้ม (*epithelioid histiocyte*) และอาจรวมตัวกันเป็นเซลล์ขนาดใหญ่ที่มีหลายนิวเคลียส ซึ่งเรียกว่า เซลล์แลงกฮานส์ (*Langhans cell*)

การตอบสนองดังกล่าวของร่างกายสามารถยับยั้งการลุกลามของการติดเชื้อก่อนที่จะเกิดการทำลายเนื้อเยื่อหรือเกิดความเจ็บป่วยร้ายแรงในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรคปฐมภูมิส่วนใหญ่จะเกิดเพียงแค่มุมเล็กๆเฉพาะที่ เป็น *localized fibrocalcified nodule* ในตำแหน่งที่ได้รับผลกระทบเริ่มต้นเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามอาจมีเชื้อที่ยังมีชีวิต คงอยู่ในปุ่มเล็กนี้ต่อไป แต่ในผู้ป่วย ประมาณร้อยละ 5-10 อาจทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่แข็งแรง เช่นผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งผู้ป่วยที่เคยเป็นวัณโรคปฐมภูมิจะให้ผลบวกในการทดสอบหาโรคที่ผิวหนัง เช่นการทดสอบ

tuberculin skin test หรือการทดสอบ purified protein derivative, PPD ไม่ว่าจะมีการดำเนินโรคอยู่หรือไม่ก็ตาม

ผู้ป่วยวัณโรคปฐมนิยามบางรายอาจเกิดการปลุกฤทธิ์คืน (reactivation) ของเชื้อที่ยังคงมีชีวิตรอดอยู่ในปมเล็กในปอด ทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ เกิดเป็นวัณโรคทุติยภูมิ (secondary tuberculosis) และอาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายผ่านทางระบบทางเดินหายใจ และ ระบบท่อน้ำเหลืองเกิดเป็นวัณโรคลุกลาม (progressive tuberculosis) การแพร่กระจายผ่านทางระบบทางเดินหายใจอาจทำให้ตรวจพบจุดเล็ก ๆ ที่มีการติดเชื้อจำนวนมาก ทั้งลักษณะทางกายวิภาค (gross) และทางรังสีหรือ x-ray จะมีลักษณะคล้าย เมล็ดข้าวฟ่าง (millet seed) จึงอาจเรียกว่า วัณโรคข้าวฟ่าง (miliary tuberculosis) วัณโรคลุกลามมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ขาดการพักผ่อน ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความแออัดของประชากร และปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ เอชไอวี ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทุกระยะมีความเสี่ยงในการเป็นวัณโรคมากขึ้น การรักษาด้วยกลุ่มยาฮาร์ต (HAART, Highly active retroviral therapy) ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคได้ แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ยังคงมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อ และความเสี่ยงของวัณโรคจะสัมพันธ์กับความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณเซลล์ภูมิคุ้มกันที่เรียกว่า เซลล์ทีชนิดซีดีโฟร์ (CD4+ T-cell) น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มักมีอาการของวัณโรคลุกลาม

วัณโรคดื้อยาหลายชนิด (multidrug resistant tuberculosis) เป็นอาการวัณโรคที่ดื้ออย่างน้อย 2 ชนิด ได้แก่ ไอโซไนอาซิด (isoniazid) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) จากรายงานของ WHO ในปี ค.ศ. 2016 พบผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาไรแฟมพิซินร้อยละ 41 (สูงกว่า ร้อยละ 31 ที่รายงานในปี ค.ศ. 2015) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ร้อยละ 33 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาก่อนแล้วร้อยละ 60 โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบได้มากที่สุดของวัณโรคดื้อยาหลายชนิด ได้แก่ การเคยได้รับการรักษาด้วยยามาก่อน ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการปรับขนาดยาไม่เหมาะสมหรือการได้รับยาไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมี ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุสั้น คนต่างด้าว ผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี การสูบบุหรี่ หรือคนที่เป็นผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข และผู้ป่วยเบาหวาน

- **ลักษณะทางคลินิกของวัณโรค**

อย่างที่กล่าวไปข้างต้นว่า ถ้าผู้ป่วยวัณโรคปฐมนิยามจะไม่มีอาการ หรือถ้าหากมีอาการ ก็มีอาการไม่สบายคล้ายไข้หวัดใหญ่เท่านั้น อาจวินิจฉัยได้จากการทดสอบทางผิวหนังที่เรียกว่าทิวบี หรือ จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกก็จะเห็นรอยโรคขึ้นมา หากเกิดการปลุกฤทธิ์คืนผู้ป่วยจะมีอาการไข้ต่ำ ๆ อ่อนเพลีย เมื่ออาหาร น้ำหนักลด และเหงื่อออกกลางคืน ไอเรื้อรัง หากอาการที่ปอดยังคงลุกลามต่อไปผู้ป่วยจะมีอาการไอเป็นเลือด(hemoptysis) เจ็บหน้าอก และหากเป็นวัณโรค ลุกลามจะมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ ระบบท่อน้ำเหลือง ผิวหนัง ระบบโครงกระดูก ระบบประสาทส่วนกลาง ไต ระบบทางเดินอาหาร หากมีการแพร่กระจายมายังศีรษะและคอ ตำแหน่งที่พบได้มากที่สุดคือต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ(cervical lymphnode) รองลงมาได้แก่ กลัองเสียง และหูดังกลาง ส่วนบริเวณที่พบได้น้อย คือ ไพรองจุก คอหอยหลังโพรงจมูก ช่องปาก ต่อมน้ำลายหน้าหู หลอดอาหาร และไขสันหลัง

พบการเกิดวัณโรคในช่องปากได้น้อยสามารถเกิดได้ทั้งวัณโรคปฐมนิยามและวัณโรคลุกลาม แต่ส่วนใหญ่จะพบเป็นวัณโรคลุกลามที่แพร่กระจายมาจากปอดมากกว่า

โดยมักพบอาการแสดงของวัณโรคลุกลามในช่องปากในผู้ใหญ่หรือวัยกลางคนจากการศึกษาของ Mignogna และคณะในปี ค.ศ. 2000 พบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยวัณโรคลุกลามในช่องปากเท่ากับ 41 ปี พบความชุกได้หลากหลายประมาณร้อยละ 0.5–5.0 สาเหตุการเกิดรอยโรคในช่องปากอาจเกิดจากการแพร่กระจายทางกระแสเลือด (hematogenous spread) การฝังตัวของเชื้อในเนื้อเยื่อช่องปากจากเสมหะที่ติดเชื้อ ซึ่งโดยปกติแล้วเยื่อเยื่อช่องปากจะมีความต้านทานต่อการทะลุผ่านและฝังตัวของเชื้อไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คิวโลซิส เนื่องจากบุด้วยเยื่อ อนุสาวคามัสเป็นชั้น (stratified squamous epithelium) ที่หนา นอกจากนี้มีน้ำลายยังมีบทบาทช่วยในการชะล้าง เชื้อจุลินทรีย์ออกไป รวมถึงเอนไซม์และสารภูมิคุ้มกัน (antibody) ในน้ำลายยังมีฤทธิ์ต้านทานเชื้อจุลินทรีย์ได้เช่นเดียวกัน แต่เมื่อเกิดการอักเสบของเยื่อเยื่อช่องปากซึ่งอาจเกิดจากการบาดเจ็บ การระคายเคืองเรื้อรัง การอักเสบเรื้อรัง การถอนฟัน และการมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดีจะทำให้เชื้อจุลินทรีย์สามารถแทรกซึมเข้าไป ฝังตัวได้

ลักษณะรอยโรคในช่องปากที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ แผลเรื้อรังที่เจ็บ แผลมีลักษณะแข็ง (indurate) หรือ อาการบวม

รองลงมาคือ แผลถลอกพื้นที่ไม่หาย เยื่อเมือก มีสภาพการเป็นตุ่มเล็กๆ ขึ้นมา (granularity) หรือพบบริเวณที่มีการอักเสบแพร่กระจาย

พบรอยโรคในช่องปาก ได้หลายตำแหน่ง เช่น ลิ้น เหงือก ริมฝีปาก เยื่อเมือกแก้ม เยื่อเมือกเพดานแข็ง และเยื่อเมือกเพดานอ่อน นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดรอยโรคในกระดูกขากรรไกรได้เช่นกัน เรียกว่า กระดูกอักเสบเหตุวัณโรค (tuberculous osteomyelitis) โดยมักพบในขากรรไกรล่างมากกว่าขา กรรไกรบน

ส่วนวัณโรคปฐมภูมิในช่องปากมักพบในเด็ก และวัยรุ่น จากการศึกษาของ Mignogna และคณะ ในปี ค.ศ.2000 พบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยวัณโรคปฐมภูมิในช่องปากเท่ากับ 9 ปี

ตำแหน่งที่พบบ่อย ได้แก่ เหงือก ส่วนทบเยื่อเมือกด้านแก้มหรือร่องข้างแก้มตรงนั้น (mucobuccal fold) แผลถลอก ริมฝีปากก็พบบ่อย และมักพบร่วมกับต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ คีดปกติ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าพบวัณโรคปฐมภูมิ ได้ที่ต่อมทอนซิลและข้อต่อขากรรไกร ผู้ป่วยวัณโรค ปฐมภูมิในช่องปากส่วนใหญ่มักไม่มีอาการปวด

จากการศึกษาย้อนหลัง จากผู้ป่วยที่คัดขึ้นเนื้อตรวจ ในหน่วยพยาธิวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545–2560 พบผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคในช่องปากและขากรรไกร จำนวน 5 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 3 ราย (อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1:1.5) มีอายุตั้งแต่ 8–90 ปี (เฉลี่ย 38.8 ปี) พบรอยโรคที่บริเวณเหงือกมากที่สุด (3 ราย คิดเป็นร้อยละ 60) รองลงมาคือที่ต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรล่าง (2 ราย คิดเป็นร้อยละ 40) และมีรอยโรคใน กระดูกขากรรไกรล่างลักษณะเป็นรอยโรครอบปลายรากฟัน (1 ราย คิดเป็นร้อยละ 20) โดยมีผู้ป่วย 1 รายที่มีรอยโรค 2 ตำแหน่ง ได้แก่ เหงือกและต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรล่าง



- การวินิจฉัยแยกโรค

วัณโรคในช่องปากไม่สามารถให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายได้จากอาการ อาการแสดง และลักษณะทางคลินิก เนื่องจาก ลักษณะดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับโรคอื่น ๆ เช่น มะเร็งเซลล์สความัส การติดเชื้อราชนิดลึก มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน-ฮอดจกิน (non-Hodgkin's lymphoma) โรคโครห์น (Crohn's disease) แกรนูโลมาโตซิสช่องปากใบหน้า (orofacial granulomatosis) โรคซาร์คอยด์ (sarcoidosis) รวมถึงมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่อาจแพร่กระจายมาสู่ช่องปากได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำการตัดเนื้อเยื่อออกตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อให้ได้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายต่อไป

- ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา เมื่อนำไปส่องกล้องจะเห็น ?

เอามาส่องกล้องก็จะเห็นเซลล์ต่างๆ มีบริเวณที่เนื้อเยื่อตายเป็นวงกลม มีเซลล์อักเสบ และมีเซลล์ภูมิคุ้มกันที่เข้ามาล้อมรอบบริเวณเนื้อเยื่อตายนั่น เกิดการอักเสบแบบที่เรียกว่า **granulomatous inflammation** และการตายตรงกลางโรคนั้นจะเป็นแบบที่เหมือนคล้ายเนยแข็ง มีชื่อเรียกการตายดังกล่าวว่า **caseous necrosis**

การย้อมเชื้อจำเป็นต้องใช้การย้อมพิเศษด้วยสีย้อมทนกรดเข้ามาช่วย เพื่อให้เห็นตัวเชื้อ เช่น สีย้อมซีลล์-นิลเซน ซึ่งจะย้อมติดเชื้อไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิส เห็นเป็นท่อนสีแดง

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีปริมาณเชื้อในเนื้อเยื่อที่เกิดวัณโรคในช่องปากน้อย ทำให้อาจตรวจไม่พบเชื้อจากการย้อมด้วยสีย้อมทนกรด ซึ่งมีรายงานการตรวจพบเชื้อจากการย้อมด้วยสีย้อมทนกรดได้หลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 27-73 และอาจต้องใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เข้ามาช่วยเพิ่มจำนวนของเชื้อในสิ่งส่งตรวจให้มากขึ้นเพียงพอต่อการที่จะตรวจพบเชื้อได้ เช่น การเพาะเชื้อจากเสมหะ หรือการตรวจปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอร์ส (polymerase chain reaction, PCR) ซึ่งเป็นการตรวจหาดีเอ็นเอของเชื้อไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิสต่อไป

- **การวินิจฉัยวัณโรคในช่องปาก**

ต้องอาศัยการซักประวัติ และตรวจร่างกายอย่างถี่ถ้วน หากพบรอยโรคในช่องปากที่มีลักษณะเป็นแผลเรื้อรัง แผลมีลักษณะแข็ง เยื่อเมือกมีสภาพการเป็นตุ่มเล็ก ๆ ควรทำการตัดเนื้อเยื่อออกตรวจทางจุลพยาธิวิทยาคือเอาไปส่องกล้อง รวมถึงทำการย้อมด้วยสีย้อมทนกรดเพื่อตรวจหาเชื้อไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิสดังที่ได้กล่าวไป ข้างต้น

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) มีความจำเป็นเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรคทางระบบของผู้ป่วยเนื่องจากวัณโรคในช่องปาก มักเป็นวัณโรคลุกลามซึ่งเกิดจากการแพร่กระจายมาจากปอดมากกว่าเป็นวัณโรคปฐมภูมิในช่องปากและ จากการศึกษาของ Eng และคณะในปี ค.ศ. 1996 การตรวจภาพรังสีทรวงอกสามารถตรวจพบวัณโรคที่ปอดได้ถึงร้อยละ 93.3

การทดสอบพีซีทีคิวหนังการทดสอบทูเบอร์คูลินที่ผิวหนังเป็นการทดสอบภูมิคุ้มกัน (antigen) ของเชื้อไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิสในรูปแบบอนุพันธ์ของโปรตีนบริสุทธิ์ (purified protein derivative) เข้าสู่ผิวหนังของผู้ป่วยเพื่อตรวจการเกิดภาวะการตอบสนองไวเกินของระบบภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์ (cell-mediate immune system) ที่ผิวหนังในบริเวณที่ฉีด วิธีการดังกล่าวมีความไวสูง แต่มีความจำเพาะต่ำ เนื่องจากผลบวกสามารถแปลผลได้ว่า ผู้ป่วยเคยได้รับเชื้อมาก่อนเท่านั้น ไม่ได้บ่งบอกว่ากำลังมีการดำเนินของโรคอยู่ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดผลลบ หลอกในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยโรคซาร์คอยด์ ผู้ป่วยโรคหัด ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจกิน ผลลบหลอกอาจพบได้ถึงร้อยละ 60 ในผู้ป่วยเอดส์

การเพาะเชื้อจากเสมหะเป็นการตรวจที่ใช้เวลานานถึง 4-6 สัปดาห์เพื่อระบุเชื้อที่เพาะ แต่อย่างไรก็ตามการตรวจดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นและแพทย์มักพิจารณาเริ่มต้นรักษาด้วยยาไปก่อนในขณะรอผลการตรวจ การเพาะเชื้อนี้สามารถระบุได้ถึงสายพันธุ์พิเศษ หรือเชื้อสาเหตุอาจเป็นเชื้อไมโคแบคทีเรียชนิดอื่นๆ ซึ่งคือยาและจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

นอกจากนี้การตรวจปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอร์ส (PCR) เป็นวิธีการที่ใช้ตรวจหาดีเอ็นเอของเชื้อไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิสที่มีความจำเพาะสูง และให้ผลที่แม่นยำ

- **การรักษา**

การรักษาด้วยยา โดยรอยโรคในช่องปากของผู้ป่วยจะดีขึ้นและหายได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการทางระบบ เชื้อไมโคแบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลซิสสามารถกลายพันธุ์และดื้อยาได้ ทำให้จำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในการรักษา โดยยาอันดับแรก (first-line drug) ได้แก่ ไอโซไนอาไซด์ (isoniazid) ริแฟมพิซิน (rifampicin) ไพราซินามิด (pyrazinamide) อีแทมบูทอล (ethambutol) และสเตรปโตมัยซิน (streptomycin) ระยะเวลาในการรักษาด้วยยามักจะมากกว่า 6 เดือน ผลข้างเคียงของยาที่พบได้แก่ ปวดท้องช่วงบน อาการหน้าแดง วิงเวียน ปัสสาวะบ่อย และพิษต่อระบบประสาท อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีแนวโน้มการเกิดวัณโรคดื้อยา

หลากหลายชนิดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องได้รับยาที่มีราคาแพงมากขึ้น เป็นพิษมากขึ้น ใช้เวลาในการรักษาด้วยยามากขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น โดยในอดีตผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลากหลายชนิดต้องได้รับรักษายาวนานถึง 20 เดือน จนกระทั่งเมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2016 WHO ได้แนะนำให้ใช้ยารักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลากหลายชนิดนาน 9-12 เดือน หากไม่มีการดื้อยาอันดับรอง (second-line drug) ซึ่งได้แก่ อะมิคาซิน(amikacin) แคลปรีโอไมซิน(capreomycin) หรือ คานาไมซิน(kanamycin) ร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานของ WHO ในปี ค.ศ. 2016 พบอัตราความสำเร็จจากการรักษาวัณโรคคือยาหลากหลายชนิดทั่วโลกเพียงร้อยละ 54 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา และหาแนวทางการรักษาใหม่ ๆ ต่อไป

สิ่งที่อยากฝากไว้ในช่วงท้ายนี้ อยากฝากไว้ว่า รอยโรคในช่องปากนั้นมีลักษณะ อาการที่คล้ายคลึงกันอยู่หลายรอยโรค เช่นวันนี้ที่กล่าวไปคือวัณโรค รอยโรคอาจจะไปเหมือนการติดเชื้อรา หรือมะเร็งในช่องปากได้ การได้มาซึ่งการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายที่ถูกต้องแม่นยำนั้น นอกจากการให้ทันตแพทย์ตรวจในช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือนหรือเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว บางครั้งจำเป็นที่จะต้องส่งตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่นการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ในผู้ป่วยบางคนจะกลัวการตัดชิ้นเนื้อ ซึ่งส่งผลให้ทันตแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายได้ ส่งผลไปยังการเลือกวางแผนและเลือกแผนการรักษาอีกด้วย คือถ้าไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร ก็ไม่ทราบว่ารักษาอย่างไรให้ตรงจุดเหมือนกันในบางครั้ง

นอกจากนี้การใช้ยาปฏิชีวนะ อย่าใช้อย่างเกินความจำเป็น เนื่องจากทำให้เชื้อดื้อยา เมื่อถึงคราวจำเป็นจริงๆ ก็จะไม่มียาหรือมียาน้อยชนิดให้เลือกใช้ในการรักษาได้

สุดท้ายเลยวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อชนิดรุนแรงที่อยู่ใกล้ตัวมากกว่าที่คิด มันล่องลอยอยู่ในอากาศ แพร่กระจายทางการหายใจ วันนี้ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค ลักษณะของโรค และวิธีการรักษา ความเข้าใจตรงนี้หวังจะทำให้ทุกท่านรู้จักระมัดระวังตัวให้เพิ่มมากขึ้น รู้จักหลีกเลี่ยงป้องกัน และปฏิบัติตนเมื่ออยู่ใกล้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือแม้กระทั่งเป็นโรคเอง โรคนี้เกิดได้กับทุกคน หนึ่งในนั้นอาจเป็นคนที่อยู่รอบตัวเรา หรือหนึ่งในนั้นอาจเป็นคุณ

## ผู้ดำเนินรายการ

เข้าสู่ช่วงสุดท้ายของรายการแล้วนะคะ มีข่าวฝากประชาสัมพันธ์จากทางโรงพยาบาลทันตกรรม ด้วยหน่วยทันตกรรมพระราชทาน มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดบริการทางทันตกรรมเพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 67 พรรษา 28 กรกฎาคม 2562

ขอเชิญประชาชนที่สนใจและอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง เข้ารับบริการ ตรวจฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน ผ่าฟันคุด โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในวันพุธที่ 31 กรกฎาคม 2562 โดยนำบัตรประชาชนมาขึ้นรับบริการได้ตั้งแต่เวลา 8.00-15.30 น.ค่ะ

ตอนนี้เวลาของทางรายการหมดลงแล้ว ดิฉันเจนตา บัวเทศ ต้องนำรายการจากกันไปก่อน พบกับรายการฟันทอล์คได้อีกครั้ง ในวันจันทร์หน้า เวลาเดียวกันนี้ ด้วยความปรารถนาดีจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรค่ะ