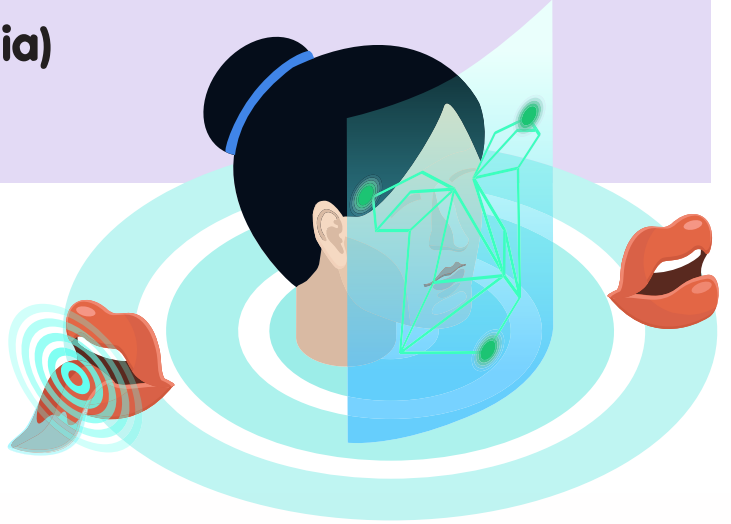


รศ.ทพญ.ดร.รัชดาภรณ์ เค้ามงคลกิจ

ภาควิชาทันตกรรมวินิจฉัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

# ภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยเนื่องจากรังสีรักษา (Radiation-induced xerostomia)



ต่อมน้ำลายเป็นอวัยวะที่มีความไวต่อรังสี (radio-sensitivity) ดังนั้นการรักษามะเร็งของศีรษะและลำคอด้วยรังสีรักษาที่มีต่อมน้ำลายอยู่ในบริเวณที่ได้รับรังสีจะทำให้เกิดภาวะต่อมน้ำลายทำงานน้อยเกิน (salivary gland hypofunction; SGH) และเกิดภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อย (xerostomia)<sup>1-4</sup> มีรายงานว่าปริมาณรังสีมากกว่า 52 เกรย์ (Gy) มีผลให้เกิดภาวะต่อมน้ำลายทำงานน้อยเกินแบบรุนแรง และปริมาณรังสีที่ไม่เกินระดับกระตุ้น (threshold) จะส่งผลต่อการทำงานของต่อมน้ำลายแบบชั่วคราว<sup>5</sup>

อย่างไรก็ตามโดยปกติการรักษามะเร็งของศีรษะและลำคานั้นผู้ป่วยจะได้รับปริมาณรังสีทั้งหมด 50-70 เกรย์ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยแบบเรื้อรังในผู้ป่วยส่วนใหญ่<sup>5</sup> โดยการหลั่งน้ำลายจะลดลงภายในสัปดาห์แรกของการได้รับรังสีรักษา และจะลดลงอย่างมากในช่วง 6 สัปดาห์แรกของการรักษา นอกจากนี้การหลั่งของน้ำลายอาจลดลงต่อไปจนถึง 3 เดือนหลังจากการรักษาเสร็จสมบูรณ์<sup>3,5</sup> ในขณะที่ต่อมน้ำลายที่เหลือจะเกิดการเจริญเกิน (hyperplasia) เพื่อชดเชยให้มีการหลั่งน้ำลาย<sup>1</sup> เนื่องจากต่อมน้ำลายใส (serous gland) มีความไวต่อรังสีมากกว่าต่อมน้ำลายเหนียว (mucous gland)<sup>1</sup> ดังนั้นต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid salivary gland) จะมีความไวต่อรังสีมากกว่าต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular salivary gland)<sup>5</sup> เมื่อมีการฉายรังสีในตำแหน่งต่อมน้ำลายหน้าหูจึงเกิดผลกระทบต่อต่อมน้ำลายอย่างมากและฟื้นกลับไม่ได้ ในทางตรงกันข้ามต่อมน้ำลายเหนียวจะสามารถฟื้นกลับได้บางส่วน<sup>1</sup> ซึ่งส่งผลต่อส่วนประกอบในน้ำลายและการหลั่งของน้ำลาย<sup>5</sup> อย่างไรก็ตามต่อมน้ำลายอาจค่อย ๆ กลับมาทำงานได้ภายใน 1-2 ปี หากได้รับการฉายรังสีรักษาแบบแปรความเข้มรังสี (intensity-modulated radiation therapy; IMRT)<sup>1,3</sup> หรือต่อมน้ำลายได้รับปริมาณรังสีไม่เกินระดับกระตุ้น โดยระดับกระตุ้นของต่อมน้ำลายหน้าหูมีค่าประมาณ 26 เกรย์ และต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างมีค่าประมาณ 39 เกรย์<sup>3</sup> นอกจากนี้การใช้ยาเอมิฟอสทีน (amifostine) ก่อนได้รับรังสีรักษาจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา<sup>1</sup>

ภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและลำคอด้วยรังสีรักษา เมื่อตรวจในช่องปากผู้ป่วยจะพบว่าปริมาณน้ำลายน้อย ไม่มีน้ำลายขังในบริเวณพื้นปาก น้ำลายเป็นฟองเยื่อเมือกของปากแห้ง บางครั้งพบว่ากระจกตรวจช่องปากติดเยื่อเมือกของปาก พบคราบหรือรอยลิปติกและเศษอาหารติดบริเวณพื้น อาจพบเยื่อเมือกช่องปากแดง โดยทั่วไป และด้านบนของลิ้นมีลักษณะแบ่งเป็นกลีบย่อย (lobulated appearance)<sup>1-3,6</sup> ในผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยมักจะเกิดโรคราแคนดิดาในช่องปาก (oral candidiasis) และมุมปากอักเสบ (angular cheilitis)<sup>6</sup> ภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการทำงานของช่องปาก ได้แก่ การพูด การรับรส การเคี้ยวและการกลืน การใส่ฟันเทียมส่งผลกระทบต่อภาวะทางโภชนาการและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม<sup>1-3</sup> นอกจากนี้การเกิดภาวะต่อมน้ำลายทำงานน้อยเกียดยังส่งผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ (xerostomia-related caries) หรือฟันผุเนื่องจากรังสีรักษา (radiation-induced dental caries) โดยมักพบรอยผุที่บริเวณปลายฟันหรือคอฟัน รวมทั้งพบการสึกเหตุขัดเคี้ยว (attrition) การสึกเหตุขัดถู (abrasion) การสึกกร่อน (erosion) ลมหายใจเหม็นหรือปากเหม็น (halitosis) โรคราแคนดิดาในช่องปาก อาการเสบร้อนช่องปาก เพิ่มความไวของเยื่อเมือก (mucosal sensitivity) และความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเยื่อเมือกช่องปาก<sup>2,3,7</sup> รวมทั้งเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดโรคต่อมน้ำลายอักเสบ (sialadenitis) โดยเฉพาะต่อมน้ำลายหน้าหู<sup>6</sup>



การวินิจฉัยแยกโรคควรคำนึงถึงสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะปากแห้งเหตุให้น้ำลายน้อย ได้แก่ กลุ่มอาการโจเกร็น (Sjögren's syndrome) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) โรคซาร์คอยด์ (sarcoidosis) และโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) รวมถึงการรับประทานยาที่ส่งผลให้ต่อมน้ำลายทำงานผิดปกติ (medication-induced salivary gland dysfunction; MISGD)<sup>2,8</sup> ภาวะน้ำลายน้อยเกิน (hyposalivation) เป็นการวินิจฉัยทางคลินิกซึ่งอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจทางคลินิกและการวัดอัตราการไหลของน้ำลาย (salivary flow rate) หรือการตรวจเพื่อวัดปริมาตรของน้ำลายที่หลั่งออกจากต่อมน้ำลาย (sialometry) โดยภาวะน้ำลายน้อยเกิน คืออัตราการหลั่งของน้ำลายที่ถูกกระตุ้น (stimulated salivary flow rate) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5-0.7 มิลลิลิตรต่อนาที และอัตราการหลั่งของน้ำลายที่ไม่ถูกกระตุ้น (unstimulated salivary flow rate) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.1 มิลลิลิตรต่อนาที<sup>1</sup>

ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งเหตุให้น้ำลายน้อยควรได้รับคำแนะนำให้ดื่มน้ำหรือใช้เครื่องผลิตน้ำลายเทียมที่มีผลลดการหลั่งของน้ำลาย หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ แนะนำให้มีการใช้เจลหรือสเปรย์เพิ่มความชุ่มชื้น

ในช่องปาก การเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ปราศจากน้ำตาล การใช้น้ำลายเทียม (artificial saliva) หรือการจิบน้ำตลอดทั้งวัน<sup>1,6</sup> ผู้ป่วยควรได้รับฟลูออไรด์ชนิดเฉพาะที่ (topical fluoride) ทุกวัน เช่น การทาเจลโซเดียมฟลูออไรด์ (sodium fluoride) ความเข้มข้นร้อยละ 0.1 หรือ เจลสแตนนัสฟลูออไรด์ (stannous fluoride) ความเข้มข้นร้อยละ 0.4 หรือน้ำยาบ้วนปากโซเดียมฟลูออไรด์ ความเข้มข้นร้อยละ 0.05 ร่วมกับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคฟันผุ<sup>1,2,6</sup> ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งเหตุให้น้ำลายน้อยแบบเรื้อรังอาจได้รับสารขับน้ำลาย (sialogogue; sialagogue) เช่น ไพโลคาร์พีน (pilocarpine) และเซวิเมลีน (cevimeline)<sup>1,6</sup> อย่างไรก็ตามยากกลุ่มนี้มีข้อห้ามใช้ (contraindication) ในผู้ป่วยโรคหืด (asthma) แผลในทางเดินอาหาร (gastrointestinal ulceration) ต้อหิน (glaucoma) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease; CVD) นอกจากนี้ยังพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adversedrug reaction; ADR) ได้แก่ ภาวะเหงื่อออกมาก เยื่อจมูกอักเสบ ปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาการท้องอืด และความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด (circulatory disorder)<sup>1</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. St. Louis: Elsevier; 2016.
2. Scully C. Oral and maxillofacial medicine. The basis of diagnosis and treatment. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2013.
3. Peterson DE, Jensen SB. Oral complications of nonsurgical cancer therapies: diagnosis and treatment. In: Glick M editor, Burket's oral medicine. 12th ed. Shelton: People's Medical Publishing House; 2015. p. 201-218.
4. Stojan P, Hutcheson KA, Eisbruch A, Beitler JJ, Langendijk JA, Lee AWM, et al. Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer Treatment Review* 2017; 59: 79-92.
5. Pinna R, Campus G, Cumbo E, Mura I, Milia E. Xerostomia induced by radiotherapy: an overview of the physiopathology, clinical evidence, and management of the oral damage. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2015; 11: 171-188.
6. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
7. Bruch JM, Treister NS. Clinical oral medicine and pathology. 2nd ed. Cham: Springer International Publishing AG; 2017.
8. Villa A, Wolff A, Narayana N, Dawes C, Aframian DJ, Lynge Pedersen AM, et al. World Workshop on Oral Medicine VI: a systematic review of medication-induced salivary gland dysfunction. *Oral Diseases* 2016; 22(5): 365-382.
9. Villa A, Connell CL, Abati S. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2014; 11: 45-51.

