



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ๐-๗๗๒๗-๒๗๘๔

ที่ สฎ ๐๐๓๓.๐๐๑ / ๘๐

วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตนำข้อมูลเผยแพร่บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตามที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เพื่อพิจารณาเผยแพร่ผลงานวิชาการบนเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยพิจารณาผลงานวิชาการ เรื่อง Toretomy torus mandibularis เป็นผลงานของ นางสาวจรรพพร สุริยาชัย ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความประสงค์นำผลงานที่ผ่านการพิจารณาเผยแพร่บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังรายละเอียดแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายญาณวุธ สิงห์ทอง)

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

(นายสำเนียง แสงสว่าง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัน/เดือน/ปี : ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕

หัวข้อ : การเผยแพร่ผลงานวิชาการบนเว็บไซต์ (Research)

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) :

เอกสารจำนวน ๑๑ หน้า

เรื่อง Torectomy torus mandibularis

Link ภายนอก: (ถ้ามี): [๒๐๑๙๐๔๒๕๖๕](#)

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง



(นางสาวพริษา เพชรชัย)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๙ เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

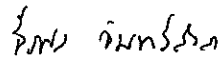


(นายสุทธา สุทธิรักษ์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๑๙ เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายสุทธา สุทธิรักษ์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ ๑๙ เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

Torectomy torus mandibularis

นางสาวจรรยา สุริยาชัย
โรงพยาบาลบ้านนาสาร สุราษฎร์ธานี
Jaruporn Suriyachai
Bannasan hospital, Suratthani

บทคัดย่อ

ที่มา: ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างเป็นปุ่มกระดูกที่งอกออกมาจากบริเวณด้านลิ้นของขากรรไกรล่าง มักพบบริเวณตำแหน่งฟันเขี้ยวถึงฟันกรามน้อย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ลักษณะทางคลินิกส่วนใหญ่ มีลักษณะเป็นปุ่ม อาจมีข้างเดียวหรือมีทั้งสองข้าง โดยทั่วไปไม่ต้องทำการผ่าตัดออก ข้อบ่งชี้ของการตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง ที่พบได้บ่อยคือ ปุ่มกระดูกขัดขวางการวางฐานฟันปลอม ในกรณีที่ปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อมีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร อาจพบภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ทั้งขณะผ่าตัด คือ แผ่นเหงือกถลอกหรือกรอโคนแผ่นเหงือก และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่สำคัญคือ การบวมและการคั่งของลิ่มเลือดใต้แผ่นเหงือกที่เย็บปิด

วัตถุประสงค์: เพื่อแสดงขั้นตอนการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างทั้งชายและขวา รวมถึงข้อควรระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร

ระเบียบวิธีวิจัย: ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง เพื่อหาผู้ยินยอมตนที่มารับบริการทันตกรรม ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือก จากนั้นรวบรวมข้อมูลในระบบ HosXp ติดตามอาการหลังการรักษาเป็นระยะ อย่างน้อย 3 เดือนแล้วนำข้อมูลที่บ้านที่กไว้มาเขียนในรูปแบบรายงานผู้ป่วย

ผลการวิจัย: ในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดปุ่มกระดูกล่างทั้งด้านซ้ายและขวา โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ติดตามผลการรักษา แผลผ่าตัดของผู้ป่วยหายเป็นปกติ

สรุปผล: การผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างที่มีขนาดใหญ่ สามารถผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ได้ โดยการใส่แผ่นปิดเหงือกเพื่อห้ามเลือด ให้ผลการผ่าตัดเป็นที่น่าพอใจ

คำสำคัญ: ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างขนาดใหญ่ ผ่าตัดภายในช่องปาก โรงพยาบาลบ้านนาสาร

Abstract

Background: Torus mandibularis is a bony growth in the mandible along the lingual surface. Torus mandibularis are usually present near the canine and premolar area. Torus mandibularis are more common in Asian and Inuit populations, and slightly more common in males. Clinical appearance usually be found as nodular, may be unilateral or bilateral. The most common indication for torectomy torus mandibularis is interfere removable denture. In the case of a large torus mandibularis, especially when the size is more than 2 cm, there may be more complications. The most common intraoperative complication is tear flap and the most common postoperative complications are swelling and congestion of blood clots under flap.

Objectives: To report the technique of torectomy large torus mandibularis under local anesthesia and technique for prevent the complication after surgery.

Methods: Patient who treated by torectomy torus mandibularis at Bannasan hospital was recruited. All data was recorded by using HosXP program with a recall period of at least three months and was described as case report.

Results: Large torus mandibularis were removed under local anesthesia. No intra-operative and post-operative complications.

Conclusion: Toretomy large torus mandibularis can surgery under local anesthesia. The surgical stent was placed to stop bleeding and decreased dead space, result in decreased post-operative bleeding and swelling

Keywords: Toretomy, Minor oral surgery, Bannasan hospital

บทนำ

ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างเป็นปุ่มกระดูกที่งอกออกมาจากบริเวณด้านลิ้นของขากรรไกรล่าง พบบ่อยที่บริเวณตำแหน่งฟันเขี้ยวถึงฟันกรามน้อย^{1,2} พบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง สำหรับสาเหตุการเกิดยังไม่แน่ชัด อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ระหว่างปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม^{1,3} ส่วนประกอบของปุ่มกระดูกมักเป็นกระดูกแข็งภายนอกและมีลักษณะของกระดูกพรุนภายใน ปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อเยื่อในช่องปาก (oral mucosa) ที่มีลักษณะบาง เนื่องจากเกิดการยืดตัวออกเมื่อมีการขยายของกระดูก มีเลือดมาเลี้ยงน้อย ปุ่มกระดูกจะค่อยๆ โตขึ้นช้าๆ และโตมากที่สุดในช่วงวัยกลางคน⁴ ลักษณะทางคลินิกส่วนใหญ่เป็นปุ่ม (nodular) อาจมีข้างเดียว (unilateral) หรือมีทั้งสองข้าง (bilateral) และอาจเป็นปุ่มเดี่ยวๆ (single) หรือมีหลายปุ่ม (multiple)^{5,6}

Apinhasmit⁷ ในปี ค.ศ. 2002 ได้ทำการศึกษาเรื่องปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปาก (torus palatinus) และปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างในประชากรไทย พบว่า มีปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.9 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กและไม่มีความแตกต่างของขนาดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างส่วนใหญ่มีลักษณะหลายปุ่มแบบทั้งสองข้าง (bilateral multiple) พบร้อยละ 59.5 รองลงมาคือมีลักษณะปุ่มเดี่ยวๆแบบทั้งสองข้าง (bilateral single) ร้อยละ 26.6 ลักษณะปุ่มเดี่ยวๆแบบข้างเดียว (unilateral single) ร้อยละ 11 และลักษณะหลายปุ่มแบบข้างเดียว (unilateral multiple) ที่ร้อยละ 2.9 นอกจากนี้ พบว่าปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างแบบที่มีทั้งสองข้าง มักมีลักษณะสมมาตร (symmetrical pattern)

การผ่าตัดปุ่มกระดูกที่มีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อมีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร อาจจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ทั้งขณะผ่าตัด คือ แผ่นเหงือกอักเสบหรือกรอโดนแผ่นเหงือก และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่สำคัญคือ การบวมและการคั่งของลิมโฟไซต์ได้แผ่นเหงือกที่เย็บปิด

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น จึงขอเสนอเทคนิคการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างที่มีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแสดงถึงความสำเร็จในการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง โดยใช้ยาเฉพาะที่
2. เพื่ออธิบายขั้นตอนการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างที่มีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร

ประโยชน์

1. ทราบถึงขั้นตอนการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างโดยใช้ยาเฉพาะที่
2. ทราบถึงเทคนิคในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย ประเภทวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากร ผู้ยินยอมตนที่มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร คัดเลือกแบบเจาะจง

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการผ่าตัดในช่องปาก
2. มีปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดออก

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ไม่ยินดีร่วมมือในการรักษา หรือไม่สามารถมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง
2. ไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง

เครื่องมือ เนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบ retrospective study ในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยน้อย จากการเก็บข้อมูลพบว่า ในโรงพยาบาลบ้านนาสารมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก 1 ราย โดยมารับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี ตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposing sampling) จากนั้นเก็บข้อมูลจากระบบ HosXp ในแต่ละครั้งซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ ความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ
2. ข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย อาการนำสำคัญ ประวัติการรักษา และการรักษาที่ได้รับ
3. ข้อมูลภาพถ่ายในช่องปาก และ แบบจำลองฟันเพื่อประเมินขนาดของปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง โดยการบันทึกข้อมูลและการให้การรักษาสองครั้ง ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมด

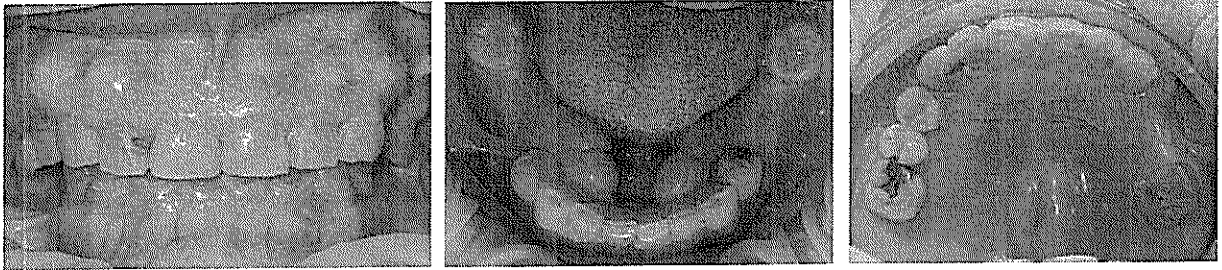
การเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความอนุเคราะห์เห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสุราษฎร์ธานี จากนั้นการเขียนรายงานผู้ป่วยจะเก็บข้อมูลผู้ยินยอมคนที่มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลบ้านนาสารที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือก และเก็บข้อมูลโดยระบบคอมพิวเตอร์ในระบบ HosXp ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการรักษา ร่วมกับการพิมพ์แบบจำลองฟัน

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่บันทึกไว้มาเขียนในรูปแบบรายงานผู้ป่วย

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี มาด้วยมีการตรวจพบว่ามีปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างขนาดใหญ่ ขัดขวางการทำฟันปลอมถอดได้ จำเป็นต้องได้รับการตัดก่อนการใส่ฟันปลอม โดยผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ปฏิเสธการแพ้ยา ระดับน้ำตาลที่วัดครั้งล่าสุดเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2564 มีค่า 184 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ Simvastatin 20 mg, Losartan potassium 100 mg, Glycerly Guaiacolate 100 mg และ Metformin 500 mg

การตรวจภายนอกช่องปาก ใบหน้าสมมาตร ไม่พบความผิดปกติใดๆ การตรวจภายในช่องปาก มีสันเหงือกกว้างบางส่วน (partial edentulous area) ที่บริเวณซี่ฟัน 17 24 25 27 35 36 46 47 เนื้อเยื่อด้านแก้มเกาะสูง (high buccal frenum) บริเวณสันเหงือกกว้างของตำแหน่งฟันซี่ 46 ฟันซี่ 12 ผุทะลุโพรงประสาทฟัน มีปุ่มกระดูกเพดานปาก ขนาด 2เซนติเมตร x 1.2เซนติเมตร x 0.2เซนติเมตร ดังรูปที่ 1

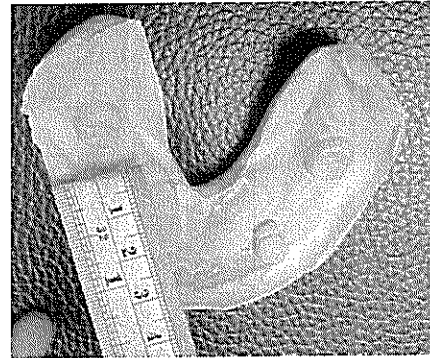
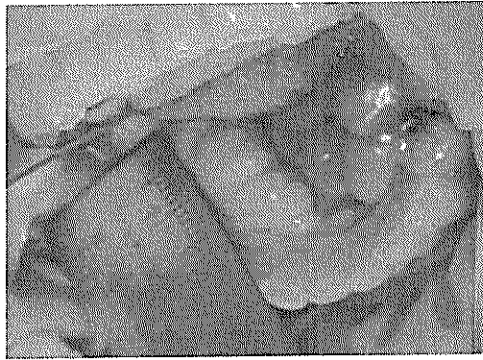


รูปที่ 1 แสดงภาพในช่องปากก่อนการรักษา

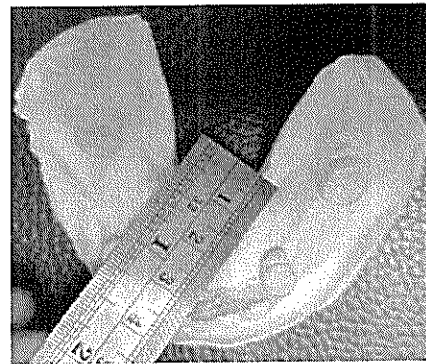
ตำแหน่งที่เป็นอาการสำคัญ คือ

ปุ่มกระดูกด้านลิ้นข้างขวา ขนาด 2.2เซนติเมตร x 1เซนติเมตร x 1เซนติเมตร (รูปที่ 2)

ปุ่มกระดูกด้านลิ้นข้างซ้าย ขนาด 2.5เซนติเมตร x 1.2เซนติเมตร x 1เซนติเมตร (รูปที่ 3)



รูปที่ 2 แสดงภาพขนาดปุ่มกระดูกด้านลิ้นข้างขวา



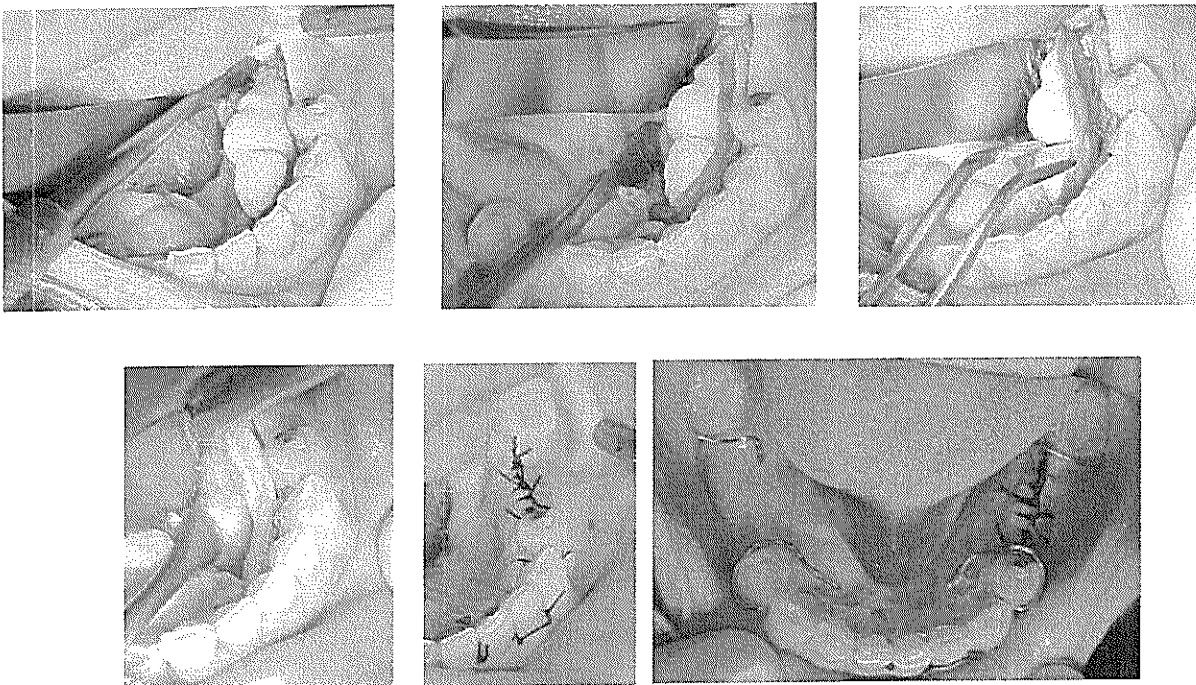
รูปที่ 3 แสดงภาพขนาดปุ่มกระดูกด้านลิ้นข้างซ้าย

การวินิจฉัยคือ Left and right torus mandibularis

การวางแผนการรักษา จากการประเมินสภาวะโรคประจำตัวและตรวจในช่องปากผู้ป่วย สามารถให้การรักษาโดยการตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างโดยใช้ชาเฉพาะที่ได้ โดยแบ่งการรักษเป็น 2 ครั้ง

ขั้นตอนการรักษา ในครั้งแรกได้ทำการพิมพ์ปากเพื่อทำเฝือกปิดแผลห้ามเลือด หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยมาทำการตัดปุ่มกระดูกล่าง โดยเริ่มจากด้านซ้ายก่อน หลังจากวัดความดันโลหิตและประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแล้ว พบว่ามีความพร้อมในการรับการรักษา จากนั้นทำการฉีดยาเฉพาะที่ ลิโดเคน ไฮโดรคลอไรด์ความเข้มข้นร้อยละ 2 ที่มีส่วนผสมอีเพเนพรีน 1:100,000 (Lidocaine hydrochloride 2% with epinephrine 1:100,000)

จำนวน 2 หลอด เพื่อสกัดเส้นประสาทเบ้าฟันล่างด้านซ้าย เส้นประสาทลิ้นด้านซ้าย และติดยาชาปริมาณเล็กน้อยเข้าใต้บริเวณที่จะเปิดแผ่นเหงือกเพื่อให้เปิดแผ่นเหงือกได้ง่ายขึ้น หลังจากรอและทดสอบการชาแล้ว ใช้มีดผ่าตัดเบอร์ 15 กรีดเหงือกทางด้านลิ้นบริเวณคอฟันและซอกฟัน ให้เลเยปุ่มกระดูกไปทางด้านหลัง บริเวณที่ไม่มีฟันกรีดตามยาวกลางสันเหงือกก่อนมาทางด้านลิ้นเล็กน้อย เกลาะแผ่นเหงือกถึงชั้นกระดูกด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันแผ่นเหงือกฉีกขาด ใช้หัวกรอสร้างร่องที่ปุ่มกระดูก แล้วใช้สิ่วจัดแท่งกระดูกออกมาทั้งชั้น แต่งกระดูกด้วยหัวกรอและตะไบกระดูกให้เรียบ เย็บแผลด้วยวิธีธรรมดาชนิดปล้อง (simple interrupted suture) และ วิธีช้อนกลับติดต่อ (continuous lock suture) แล้วใส่เปลือกปิดแผลที่ได้ทำไว้ล่วงหน้า เพื่อช่วยห้ามเลือดและกดแผ่นเหงือกให้แนบกระดูก ลดการคั่งของลิมโฟอิดใต้แผ่นเหงือก ดังรูปที่ 4

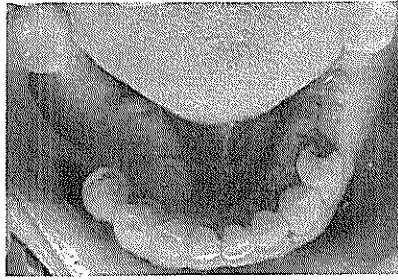


รูปที่ 4 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้าย

ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด นัดตัดไหมหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ จ่ายยาดังนี้

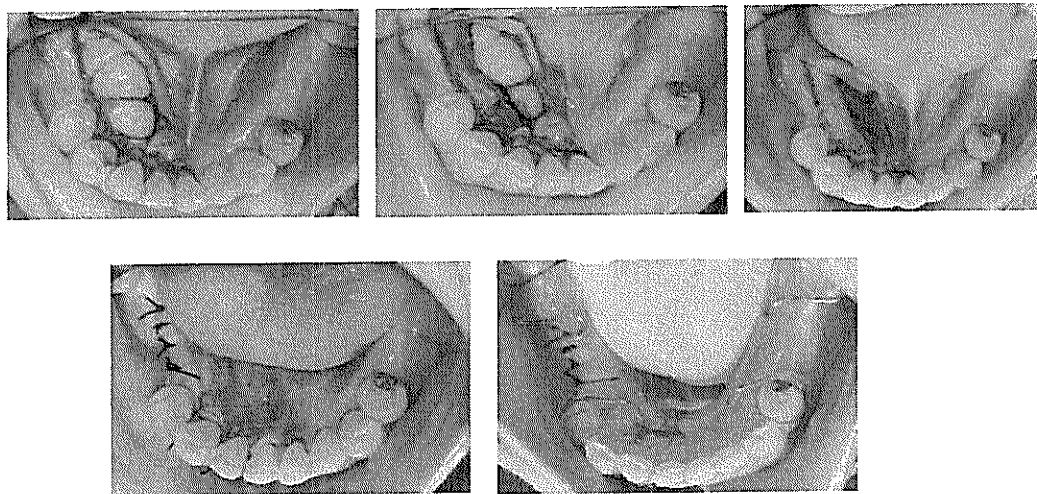
1. Amoxicillin 500 mg. (15 tabs) 1 เม็ด หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง
2. Ibuprofen 400 mg. (20 tabs) 1 เม็ด หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง
3. Paracetamol 500 mg. (10 tabs) 1 เม็ด เวลาปวด/ทุก 6 ชั่วโมง
4. 0.12% CHX MW (1 bottle) อมกั้วปาก หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง

การรักษาครั้งที่ 3 ตรวจดูแผลหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลางในวันแรกหลังการผ่าตัด วันที่มาตัดไหมมีอาการปวดเล็กน้อยระดับความปวด 2/10 จากการตรวจในช่องปากไม่พบลิมโฟอิดคั่งใต้แผ่นเหงือก แผลมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่พบการติดเชื้อ การหายของแผลเป็นที่น่าพอใจ ดังรูปที่ 5



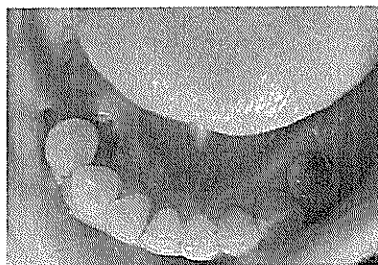
รูปที่ 5 แสดงภาพแผลหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้าย 1 สัปดาห์

การรักษาครั้งที่ 4 นัดผู้ป่วยมาทำการตัดปุ่มกระดูกด้านขวาต่อ 1 เดือน หลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกด้านซ้าย ทำการซักประวัติ วัดความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ ประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจพบว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด ทำการฉีดยาเฉพาะที่ ลิโดเคน ไฮโดรคลอไรด์ความเข้มข้นร้อยละ 2 ที่มีส่วนผสมอีเฟดริน 1:100,000 (Lidocaine hydrochloride 2% with epinephrine 1:100,000) จำนวน 2 หลอด ทำการสกัดเส้นประสาทเบ้าฟันล่างด้านขวา เส้นประสาทลิ้นด้านขวา และฉีดยาปริมาณเล็กน้อยเข้าใต้บริเวณที่จะเปิดแผ่นเหงือกเพื่อให้เปิดได้ง่าย แล้วใช้มีดผ่าตัดเบอร์ 15 กรีดเหงือกทางด้านลิ้นบริเวณคอฟันและชอกฟัน ให้โดยปุ่มกระดูกไปทางด้านหลัง บริเวณที่ไม่มีฟันกรีดตามยาวกลางสันเหงือกก่อนมาทางด้านลิ้นเล็กน้อย และแผ่นเหงือกถึงกระดูกด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันแผ่นเหงือกฉีกขาด จากนั้นใช้หัวกรอสร้างร่องที่ปุ่มกระดูก ใช้ตัวบังคับแทงกระดูกออกทั้งชิ้น และหีบออกมา แต่งกระดูกให้เรียบด้วยหัวกรอ และตะไบกระดูก เช็บแผลด้วยไหมเบอร์ 3/0 ด้วยวิธีธรรมดาชนิดปล้อง ใส่เยื่อปิดแผลเพื่อช่วยห้ามเลือดและลดการคั่งของลิ่มเลือดได้แผ่นเหงือก ดังรูปที่ 6

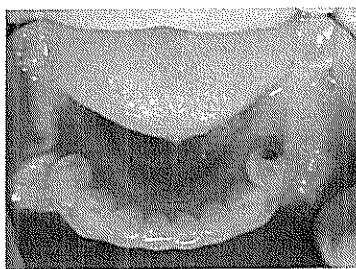


รูปที่ 6 แสดงภาพการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้านขวา

การรักษาครั้งที่ 5 ตรวจสอบแผลหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดปานกลางในวันแรก หลังการผ่าตัด วันที่มาตัดไหมมีอาการปวดเล็กน้อยระดับความปวด 2/10 จากการตรวจในช่องปากไม่พบการคั่งของลิ่มเลือดได้แผ่นเหงือก แผลมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่พบการติดเชื้อ (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 แสดงภาพแผลหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้านขวา 1 สัปดาห์
การรักษาครั้งที่ 6 ตรวจสอบผลหลังการผ่าตัด 4 เดือน (เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ไม่สามารถ
นัดผู้ป่วยมาตรวจได้) พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ การหายของแผลเป็นที่น่าพอใจ (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 แสดงภาพหลังการรักษา 4 เดือน

การติดตามผลการรักษา หลังจากให้การรักษาโดยการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง ติดตามผลการรักษาที่ 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับน้อย ไม่บวม ทานอาหารได้ จากการตรวจในช่องปาก ไม่พบการคั่งของเลือดใต้แผ่นเหงือก แผลมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่พบการติดเชื้อ การหายของแผลเป็นที่น่าพอใจ และติดตามผลการรักษาที่ 4 สัปดาห์ และ 4 เดือน พบว่าแผลผ่าตัดหายเป็นปกติดี จึงส่งตัวผู้ป่วยกลับไปทำฟันปลอมต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างมักตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพช่องปาก⁷ โดยทั่วไปไม่ต้องให้การรักษาหากผู้ป่วยไม่มีอาการ หรือไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องทำการผ่าตัดออก สาเหตุส่วนใหญ่ที่ต้องทำการผ่าตัดออก คือ การขัดขวางการใส่ถอดฟันเทียมถอดได้ ต้องการใช้เป็น กระดูกเพื่อ ไปเสริมข้งบริเวณอื่น^{2,5} ปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่มากจนทำให้เกิดความรำคาญ ทำให้เกิดแผลบ่อจากการกระทบ รวมถึงขัดขวางการพูด การกลืน ในผู้ป่วยรายนี้พบว่า มีแผนการรักษาในการใส่ฟันปลอมถอดได้ แต่มีปุ่มกระดูกค้ำลิ้นขนาดใหญ่ที่ขวางการวางฐานฟันปลอม และจากการซักประวัติเพิ่มเติมพบว่ามักถูกกระทบกระแทกเป็นแผลบ่อ ถือเป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องทำการผ่าตัดออก

ก่อนการผ่าตัดควรมีการประเมินสุขภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยเฉพาะ โรคประจำตัวและการใช้ยาเป็นประจำใน โรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทันตแพทย์ต้องทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของแพทย์เรื่องอะไรและได้รักษาอะไร เมื่อทันตแพทย์ทราบจะได้หลีกเลี่ยงความไม่ปลอดภัยซึ่งอาจเกิดขึ้นได้¹² ในผู้ป่วยรายนี้จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมจึงต้องประเมินทั้งระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและค่าความดันโลหิต

นอกจากนี้ต้องซักประวัติการใช้ยารักษาโรคดังกล่าว ควรทราบชนิดของยา ขนาดยาที่ใช้และความถี่ในการใช้ยาเหล่านี้ เพื่อประเมินถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจมีผลต่อการผ่าตัดปมกระดูก¹³ ในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ยาที่ผู้ป่วยทานไม่มียาละลายลิ่มเลือด สามารถให้การผ่าตัดได้ ในวันที่ทำการผ่าตัดผู้ป่วยรับประทานอาหารและรับประทานยาตามปกติ วัดความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถให้การรักษาได้ โดยทั่วไปหากผู้ป่วยมีความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท จะให้การรักษาเฉพาะทันตกรรมฉุกเฉินเท่านั้น ส่วนการรักษาทางทันตกรรมที่ไม่เร่งด่วน ควรส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ก่อน จากการวัดค่าสูกพบว่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยคือ 184 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถให้การรักษาได้เช่นกัน กรณีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี คือมีระดับน้ำตาลน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรเลื่อนการรักษาทางทันตกรรมที่ไม่ฉุกเฉินไปก่อน¹⁴ เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ติดเชื้อง่าย และแผลหายช้า (delayed wound healing)¹³

การผ่าตัดปมกระดูกขากรรไกรล่างส่วนใหญ่ทำโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ได้ ในกรณีที่มีปมกระดูกมีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อมีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร จะมีเนื้อเยื่อที่คลุมบริเวณปมกระดูกจะยิ่งบางกว่าปมกระดูกขนาดเล็ก จึงมีโอกาสนี้แผ่นเหงือกฉีกขาดได้ง่าย¹⁵ ซึ่งป้องกันได้โดยการฉีกยาชาปริมาณเล็กน้อยเข้าใต้แผ่นเหงือกก่อนการเปิดแผ่นเหงือก เพื่อให้ยาชาไปแช่ชั้นเนื้อหุ้มกระดูกออกจากกระดูก ส่งผลให้เปิดแผ่นเหงือกได้ง่ายขึ้น และช่วยลดเลือดออกขณะเปิดแผ่นเหงือก⁶ จากนั้นลงรอยกริด โดยถ้านั้นสันเหงือกกว้างอาจลงรอยกริดที่สันเหงือกก่อนไปทางด้านสันเล็กน้อย เพื่อให้ไม่ต้องเปิดแผ่นเหงือกกว้างมาก ถ้าเป็นบริเวณที่มีฟันอยู่ ให้ลงรอยกริดตามคอฟัน ไม่ควรทำการตัดเหงือกในแนวตั้ง เนื่องจากแผ่นเหงือกที่ตำแหน่งนี้สามารถขยับตามการทำงานของลิ้นจึงฉีกขาดได้ง่าย¹⁶ นอกจากนี้มีข้อควรระวังที่สำคัญ คือ การเกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง ได้แก่ เส้นเลือดบริเวณใต้ลิ้น รูเปิดของท่อน้ำลายและท่อน้ำลาย เป็นต้น ป้องกันโดยการทำการผ่าตัดอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะการใช้สิ่ว โดยแนวทางการวางสิ่วต้องขนานกับแนวกระดูกเบ้าฟันด้านลิ้นเสมอ⁶ ในผู้ป่วยรายนี้ใช้เทคนิคการบากชั้นกระดูกให้เป็นร่องด้วยหัวกรอนขนาดเล็ก จากนั้นใช้สิ่วเป็นตัวจัดชั้นกระดูกออกมาทั้งชั้น แล้วใช้ตะไบกระดูกแต่งกระดูกที่เหลืออยู่ให้เรียบ ซึ่งมีรายงานการรักษาที่ใช้การผ่าตัดวิธีนี้และประสบความสำเร็จในการรักษา¹⁷ แต่มีข้อควรระวังในกรณีที่ใช้สิ่วร่วมกับค้อนจะมีแรงสั่นสะเทือนมากอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวล ปวดศีรษะ ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ในขณะทำ อีกทั้ง เครื่องมืออาจพลาดไปโดนอวัยวะอื่นเสียหายได้เนื่องจากควบคุมแรงของมือได้ยากผู้ใช้ต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญมีประสบการณ์

สำหรับปัญหาแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดปมกระดูกขากรรไกรล่างที่อาจพบคือ การบวมและการคั่งของลิ่มเลือดใต้แผ่นเหงือกที่เย็บปิด โดยเฉพาะเมื่อปมกระดูกมีขนาดใหญ่ก็อาจจะการบวมได้มากขึ้น ซึ่งต้องระวังการติดเชื้อมาร่วมด้วย ถ้าพบก้อนลิ่มเลือดใหญ่เมื่อผู้ป่วยกลับมาดูแผล ก็ให้ดูดหรือระบายเพื่อช่วยบรรเทาเวลาในการหายของแผล แต่วิธีที่ดีที่สุดคือ ป้องกันมิให้เกิดลิ่มเลือดดังกล่าว โดยการใส่เปลือกปิดแผลเพื่อช่วยกดแผลไว้ทันทีหลังการผ่าตัด ถ้าไม่มีเปลือกชนิดนี้สามารถใช้ผ้าก๊อชก้อนใหญ่กดแผลไว้ประมาณ 5 นาทีหลังการผ่าตัดเพื่อช่วยห้ามเลือด¹⁸ ในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากขนาดของปมกระดูกใหญ่ จึงเลือกวิธีใช้เปลือกปิดแผลช่วยกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูก และแนะนำการดูแลแผล จากการติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ ไม่พบการเกิดคั่งของลิ่มเลือดใต้แผ่นเหงือก แผลมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่พบการติดเชื้อ การหายของแผลเป็นที่น่าพอใจ

โดยทั่วไปภายหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูก ควรรออย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ จึงพิมพ์ปากเพื่อทำฟันปลอมต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้มีกระบวนการหายของแผลผ่านพ้นช่วงแรกของการปรับรูปร่างของกระดูกไปแล้ว เพื่อให้แน่ใจว่ารูปร่างของสันเหงือกจะไม่มีเปลี่ยนแปลงอีกภายหลังการพิมพ์ปาก^๑ ในผู้ป่วยรายนี้ ได้ติดตามผลหลังการผ่าตัดเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 4 เดือนพบว่าเหงือกบริเวณที่ผ่าตัดหายเป็นปกติ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสุราษฎร์ธานี เลขที่รหัสโครงการ STPHO 2021-065

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณคณะอาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนาสาร และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขสุราษฎร์ธานี ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM and Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. New Delhi: Elsevier; 2005.
2. Peterson LJ, Ellis E, Hubb JR ,Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery.4th ed. New Delhi: Elsevier; 2004.
3. Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. Aust Dent J 1995; 40: 318-21.
4. ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันปลอม เอกสารประกอบการสอนวิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก.
5. García-García AS, Martínez-González JM, Gómez-Font R, Soto-Rivadeneira A, Oviedo-Roldán L. Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010; 15:e353-60.
6. Al Quran FA, Al-Dwairi ZN. Torus palatinus and torus mandibularis in edentulous patients. J Contemp Dent Pract 2006; 7: 112-9.
7. Apinhasmit W, Jainkittivong A, Swasdison S. Torus palatinus and torus mandibularis in a Thai population. Science Asia 2002; 28:105-11.
8. ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและกระดูกขากรรไกร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันปลอม เอกสารประกอบการสอนวิชา Minor oral surgery.
9. Morrison MD, Tamimi F. Oral Tori Are Associated With Local Mechanical and Systemic Factors: A Case-Control Study. J Oral Maxillofac Surg 2013;71:14-22.
10. Malik NA. Textbook of oral and maxillofacial surgery. 3rd ed. New Delhi: Jaypee brothers publishers(P); 2012.

11. Besoain FS ,Thomson FM. Oral surgery for undergraduates & general practitioners principles of oral surgery. New Delhi:Scientific international pvt; 2012.

12. มนต์ โรจนวนานการ, สุทัต รักประสิทธิ์กุล, เบญจมาศ อภิพันธุ์, วีระศักดิ์ ไพรัชเวทย์, สุรชัย ชัยวัฒน์. ทันตกรรมในระบบโรงพยาบาล 2 หลักการศัลยศาสตร์ช่องปาก. กรุงเทพฯ: อำนวยการพิมพ์และเครื่องเขียน; 2537.

13. วชิรย์ จังศิริวัฒนธำรง, จิรพันธ์ พันธุ์วุฒิกร, อรสา ไวดกุล. การวางแผนรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2552.

14. กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร :แนวทางเวชปฏิบัติทางทันตกรรม สำหรับคลินิกทันตกรรม สำนักอนามัย.นนทบุรี: ธนพรพาณิชย์; 2554.

15. Castro Reino O, Perez Galera J, Perez Cosio Martin J, Urbon CaballeroJ. Surgery of palatal and mandibular torus. Rev Actual Odontoestomatol Esp 1990;50:47-50, 53-6.

16. กอบสุข สมบัติเปี่ยม. ศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันปลอม. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2547.

17. MacInnis EL, Hardie J, Baig M, Al-Sanea RA. Gigantiform Torus palatinus: review of the literature and report of a case. Int Dent J 1998;48:40-3.

18. เชื้อโชติ หังกระสูต. ตำราศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล. กรุงเทพฯ: เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์; 2536.