

การรักษาภาวะเห็นเหงือกเกินด้วยวิธีผ่าตัดประยุกต์ร่นริมฝีปาก: รายงานผู้ป่วย

สมณีย์ ชัดเจางาม น.บ.

สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

Treatment of Excessive Gingival Display Using a Modified Lip Repositioning Technique: A Case Report

Kudngaongarm R

Institute of Dentistry, Department of Medical Services, Muaeng Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

(E-mail: romaneemasarat@gmail.com)

(Received: 21 August, 2018; Revised: 7 September, 2018; Accepted: 7 June, 2019)

บทนำ

ภาวะเห็นเหงือกเกิน (excessive gingival display : EGD) หรือมักเรียก “การยิ้มเห็นเหงือก (gummy smile)” เป็นปัญหาด้านความสวยงามต่อผู้ป่วย สามารถมีผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมาก มีรายงานความชุกของภาวะเห็นเหงือกเกินถึงร้อยละ 10.5¹ ถึง 29² ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้เมื่อยิ้มจะทำให้เห็นเหงือกจากขอบเหงือก (free gingival margin) ถึงริมฝีปากบนมากกว่า 1.5 – 2 มิลลิเมตร³ ทำให้เกิดความเขินอายขณะยิ้ม พบผลกระทบต่อผู้ชายร้อยละ 7 และร้อยละ 14 ในผู้หญิง ซึ่งมีช่วงอายุ 20 – 30 ปี⁴ ทันตบุคลากรและผู้ป่วยต่างมีความเห็นพ้องกันโดยทั่วไปว่าเป็นภาวะที่ไม่ชวนมองทำให้เกิดความไม่สวยงาม โดยเฉพาะการยิ้มเห็นเหงือกมากกว่า 3 มิลลิเมตร^{4,5} ในสภาพเหงือกปกติขณะยิ้มเต็มที่ (full smile) จะเห็นปลายฟันตัด (incisal edge) ของฟันบนบนานและอยู่ในระดับเสมอและตรงกับเส้นโค้งของริมฝีปากล่าง ส่วนริมฝีปากบนจะเคลื่อนขึ้นไปอยู่ที่ระดับขอบเหงือกที่ชิดกับตัวฟัน (tooth-gingiva interface) ของฟันตัดซี่กลาง (central incisors) และฟันเขี้ยว (canine)³ การยิ้มที่สวยงามต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ริมฝีปาก ฟัน และส่วนประกอบของเหงือก⁶ โดยเฉพาะแนวริมฝีปาก (lipline) เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความสวยงามขณะยิ้ม

ภาวะเห็นเหงือกเกินมักเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายปัจจัย เช่น ภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนา (altered passive eruption : APE) การเคลื่อนยื่นออกของเขี้ยวฟัน (dentoalveolar extrusion) ความสูงเกินของขากรรไกรบน (vertical maxillary excess : VME) ริมฝีปากบนสั้น (short maxillary lip) หรือภาวะการทำงานมากเกินไปของริมฝีปากบน (hyperactive maxillary lip : HAL) หรือมีหลายสาเหตุร่วมกัน^{3,6-8} ดังนั้นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงจึงมีความสำคัญ เพราะสามารถใช้เป็นหลักในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

ภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนามักมีความสัมพันธ์กับภาวะเห็นเหงือกเกิน จะแสดงลักษณะของเหงือกปริมาณมากปกคลุมส่วนของผิวเคลือบฟัน (enamel) ทำให้เห็นตัวฟันสั้นลง มีรายงานความชุกของภาวะนี้ร้อยละ 12.1 โดยสำรวจในผู้ใหญ่ 1,025 คน อายุเฉลี่ย 24.2 ปี⁹ การจำแนกประเภทของภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนาซึ่งเป็นที่ยอมรับมากที่สุด โดย Coslet¹⁰ ได้จำแนกออกเป็น 2 ประเภทขึ้นอยู่กับปริมาณของเหงือกที่มีเคอราติน (keratinized gingiva) ดังนี้ ประเภทที่ 1 (type I) มีเหงือกกว้าง และประเภทที่ 2 (type II) มีเหงือกบาง นอกจากนี้การจำแนกประเภทยัง พิจารณาถึงระยะระหว่างสันกระดูกเขี้ยวฟัน (alveolar crest) ถึงรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน (cemento-enamel junction) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มเอ (subgroup A) จะมีระยะระหว่างสันกระดูกเขี้ยวฟันถึงรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน 1.5 มิลลิเมตร ซึ่งถือว่าเป็นระยะปกติ และกลุ่มบี (subgroup B)

จะพบสันกระดูกเขี้ยวฟันอยู่ที่ระดับรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันพอดี การให้การรักษาสภาพผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนาต้องใช้วิธีศัลยกรรมปริทันต์ (periodontal surgery) เช่น การตัดเหงือก (gingivectomy) หรือการผ่าตัดร่นแผ่นเหงือก (apically repositioned flap) เพียงอย่างเดียวหรือทำร่วมกับศัลยกรรมตัดกระดูก (osseous resection)^{7,11-13}

การเคลื่อนยื่นออกของเขี้ยวฟันเป็นภาวะที่ฟันงอกเลยระนาบฟัน (overeruption) อาจมีสาเหตุจากไม่มีการสบกันกับฟันคู่สบ ส่วนใหญ่มักจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีการสบฟันผิดปกติระดับ 2 (Class II malocclusion) มักให้การรักษาโดยวิธีทันตกรรมจัดฟันเพื่อดันฟันเข้าไปในเขี้ยวฟัน (orthodontic intrusion)

ส่วนภาวะความสูงเกินของขากรรไกรบนจะพบเมื่อสัดส่วนของใบหน้าส่วนล่าง (lower third) (วัดจากเส้นใต้จมูก (subnasale) ถึงเส้นขอบล่างของคาง (menton)) มีความยาวกว่าอีก 2 ส่วนบนที่เหลือของใบหน้าหรืออีกนัยหนึ่งคือ ใบหน้าส่วนล่างยาวกว่าใบหน้าส่วนกลาง (medium third) (วัดจากเส้นใต้คิ้ว (glabella) ถึงเส้นใต้จมูก) ซึ่งในสภาพปกติแล้วใบหน้าส่วนล่างควรมีความยาวเท่ากับใบหน้าส่วนกลาง³ ภาวะความสูงเกินของขากรรไกรบนแบ่งได้ 3 ระดับ ระดับ 1 (degree 1) ขณะยิ้มเห็นเหงือก 2-4 มิลลิเมตร ให้การรักษาโดยทันตกรรมจัดฟันเพื่อดันฟันเข้าไปในเขี้ยวฟันหรือทันตกรรมจัดฟันร่วมกับศัลยกรรมปริทันต์หรือศัลยกรรมปริทันต์ร่วมกับการบูรณะฟัน ระดับ 2 (degree 2) ยิ้มเห็นเหงือก 4-8 มิลลิเมตร การรักษาคือศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร (orthognathic surgery) หรือศัลยกรรมปริทันต์ร่วมกับการบูรณะฟัน และระดับ 3 (degree 3) ยิ้มเห็นเหงือกเท่ากับหรือมากกว่า 8 มิลลิเมตร ต้องให้การรักษาโดยศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร ซึ่งอาจร่วม/หรือไม่ร่วมกับศัลยกรรมปริทันต์และการบูรณะฟัน^{6,7,14-17}

ภาวะเห็นเหงือกเกินอาจพบในผู้ป่วยที่มีริมฝีปากบนสั้น ในวัยหนุ่มสาวเพศหญิงจะมีระยะความยาวริมฝีปากบนเฉลี่ย 20-22 มิลลิเมตร และ 22-24 มิลลิเมตรในเพศชาย โดยวัดจากเส้นใต้จมูกถึงเส้นขอบล่างของริมฝีปากบน¹⁸ หากผู้ป่วยมีระยะของริมฝีปากบนในช่วงปกติและช่วงใบหน้าส่วนล่างได้สัดส่วนแล้ว สามารถวินิจฉัยได้ว่าสาเหตุของภาวะเห็นเหงือกเกินเกิดจากการทำงานมากเกินไปของกล้ามเนื้อลิฟต์เลเวเตอร์ (lip elevator muscle) ของริมฝีปากบน ทางเลือกของการรักษาโดยการฉีดโบทูลินัมที่ออกซินซินดีเอ (botulinum toxin type A (botox)) จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง แต่ก็ยังให้ผลไม่ถาวร¹⁹ นอกจากนี้ยังมีรายงานเสนอวิธีการรักษาอื่น เช่น การเสริมจมูก (rhinoplasty)²⁰ การแยกเอากล้ามเนื้อริมฝีปากออก (detachment of lip muscle)²¹ การตัดกล้ามเนื้อและเลาะออกบางส่วน (myotomy and partial removal)^{22,23} และการผ่าตัดร่นริมฝีปาก (lip repositioning)²⁴⁻²⁶

การผ่าตัดร่นริมฝีปากมีจุดมุ่งหมายที่จะลดภาวะเห็นเหงือกเกิน โดยจำกัดการดึงของกล้ามเนื้อโออิเลเตอร์ที่ใช้ในการยิ้ม เป็นการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ไม่รุนแรงโดยจะตัดส่วนของเยื่อเมือก (mucosa) จากบริเวณร่องพับช่องปากด้านแก้มของฟันบน (maxillary buccal vestibule) ออกเป็นแถบ แล้วเย็บเยื่อเมือกริมฝีปาก (lip mucosa) ให้ติดกับเหงือกที่รอยต่อเยื่อเมือก-เหงือก (mucogingival junction) ผลที่ได้จะทำให้ร่องพับช่องปากตื้นขึ้น และลดภาวะการยิ้มเห็นเหงือกเกินได้ ทำให้เกิดความสวยงาม วิธีการนี้ถูกนำเสนอครั้งแรกใน ปี ค.ศ. 1973 โดย Rubinstein & Kostianovsky²⁴ และต่อมาได้มีการประยุกต์วิธีการดั้งเดิมนี้ และนำมาใช้กันต่อมา อย่างไรก็ตามหลักฐานการศึกษาวิธีการผ่าตัดร่นริมฝีปากนี้ยังเป็นการนำเสนอในรูปแบบของรายงานผู้ป่วย^{25,26,28-31} มีเพียง 2 การศึกษาที่ติดตามผลการรักษา (prospective study) 3-6 เดือน โดย Ishida²³ ศึกษาในผู้ป่วยหญิง 14 คน อายุ 15-35 ปี ให้การรักษาภาวะเห็นเหงือกเกินด้วยวิธีการผ่าตัดร่นริมฝีปากร่วมกับการตัดกล้ามเนื้อที่ริมฝีปากออกและทำการตกแต่งเนื้อเยื่อ (frenuloplasty) ด้วย เมื่อติดตามผล 6 เดือน พบว่าการยิ้มเห็นเหงือกลดลงเฉลี่ย 3.3 มิลลิเมตร ส่วน Silva²⁷ ศึกษาในผู้ป่วยหญิงและชาย 13 คน อายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี พบว่าการผ่าตัดร่นริมฝีปากสามารถลดการเห็นเหงือกขณะยิ้มได้เฉลี่ย 4.4 และ 4.5 มิลลิเมตร ในเดือนที่ 3 และ 6 ตามลำดับ ซึ่งผลการรักษาไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าวิธีการผ่าตัดร่นริมฝีปากให้ผลการรักษาดี และผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง และผลการรักษายังคงไม่เปลี่ยนแปลงในระยะ 6 เดือน หลังการผ่าตัด

รายงานผู้ป่วยนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อนำเสนอการผ่าตัดร่นริมฝีปาก โดยประยุกต์วิธีการผ่าตัดของ Rubinstein & Kostianovsky²⁴ และของ Rosenblatt²⁵ ซึ่งให้ผลการรักษาดีหลังการผ่าตัดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 22 ปี มารับการรักษาที่สถาบันทันตกรรมกรรมกรแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยปัญหาของการยิ้มเห็นเหงือกมากเกินบริเวณฟันหน้าบน ทำให้ไม่สวยงามและไม่ค่อยกล้ายิ้ม ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยาและไม่รับประทานยาใดๆ เป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่

การตรวจทางคลินิก และการวินิจฉัย

การประเมินความยาวใบหน้า (face height) และการยิ้ม (smile analysis) : ผู้ป่วยมีใบหน้าสมมาตรระหว่างข้างขวาและซ้าย แต่สัดส่วนของใบหน้าส่วนล่างมีความยาวกว่าใบหน้าส่วนกลาง มีความยาวของริมฝีปากบน 21 มิลลิเมตร ขณะริมฝีปากอยู่ในท่าพัก (repose) ส่วนปลายของฟันตัดซี่กลางโผล่พ้นริมฝีปากยาว 3-4 มิลลิเมตร (รูปที่ 1) เมื่อยิ้ม จะเห็นเหงือกบริเวณเหนือขอบเหงือกถึงริมฝีปากบน 6 มิลลิเมตร (รูปที่ 2) และเห็นเหงือก 8 มิลลิเมตร ขณะยิ้มเต็มที่ (รูปที่ 3) โดยริมฝีปากบน จะเคลื่อนขึ้นไปจากตำแหน่งพักของริมฝีปากบน 13 มิลลิเมตร ซึ่งเป็นการเคลื่อนที่ขึ้นไปประมาณ 2 เท่าของระยะการเคลื่อนที่ปกติของริมฝีปากบน โดยทั่วไปในสภาพเหงือกปกติขณะยิ้มเต็มที่จะมีการเคลื่อนขึ้นไปของริมฝีปากบน จากตำแหน่งพักประมาณ 6-8 มิลลิเมตร วิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีภาวะความสูงเกินของขากรรไกรบน ระดับ 2 (degree 2 VME) และภาวะริมฝีปากบนทำงานมากเกินไป (HAL)



รูปที่ 1 ริมฝีปากขณะอยู่ในท่าพัก



รูปที่ 2 ขณะยิ้มจะเห็นเหงือกจากขอบเหงือกถึงริมฝีปากบน 6 มิลลิเมตร



รูปที่ 3 ขณะยิ้มเต็มที่เห็นเหงือก 8 มิลลิเมตร แสดงภาวะเห็นเหงือกเกิน

การประเมินภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนา : ผู้ป่วยมีตัวฟันทางคลินิกสั้น ฟันตัดซี่กลางยาว 9 มิลลิเมตร ความกว้างของเหงือกที่มีเคอราทินในฟันบน 5-10 มิลลิเมตร ขอบเหงือกอยู่เหนือรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน 2-3 มิลลิเมตร มีระดับขอบเหงือกของฟันหน้าบนข้างขวาและซ้ายไม่สมมาตรกัน โดยระดับของเหงือกของฟันตัดซี่ข้าง (lateral incisors) และฟันเขี้ยวอยู่ในแนวระดับเดียวกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับกัน³² มีความลึกร่องเหงือก 2-3 มิลลิเมตร และระยะระหว่างรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันถึงสันกระดูกเบ้าฟันประมาณ 1.5 – 2 มิลลิเมตร การวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้คือ มีภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนาประเภทที่ 1 กลุ่มเอ (type I-A)

แผนการรักษา

ผู้ป่วยมีภาวะเห็นเหงือกเกินโดยมีสาเหตุร่วมกันของภาวะความสูงเกินของขากรรไกรบนระดับ 2 (degree 2 VME) ภาวะการทำงานมากเกินไปของริมฝีปากบน (HAL) และภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนาประเภท 1 กลุ่มเอ (type I-A) ดังนั้นสามารถเลือกแผนการรักษาได้ 2 ทาง คือ ศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร หรือ ศัลยกรรมปริทันต์ จึงได้วางแผนการรักษา ร่วมกับกับผู้ป่วยโดยเลือกการรักษาวิธีศัลยกรรมปริทันต์ คือ การผ่าตัดร่นริมฝีปากร่วมกับการตัดเหงือก

วิธีการผ่าตัด (surgical technique)

การรักษาครั้งที่ 1 (การตัดเหงือก)

ฉีดยาเฉพาะที่ด้วยยาชาลิโดเคนร้อยละ 2 ที่มีอีพิเนฟริน หนึ่งส่วนในหนึ่งแสนส่วน (lidocaine 2.0% with 1 : 100,000 epinephrine) ตัดเหงือกด้านริมฝีปาก (labial) จากฟันซี่ 13 ถึง ซี่ 24 ด้วยการกรีดตัดเฉียงด้านใน (internal bevel gingivectomy) ห่างจากขอบเหงือกของฟันซี่ 13 = 1 มิลลิเมตร ซี่ 12 = 1.5 มิลลิเมตร ซี่ 11 = 2 มิลลิเมตร ซี่ 21 = 1.5 มิลลิเมตร ซี่ 22 = 1.5 มิลลิเมตร ซี่ 23 = 2 มิลลิเมตร และซี่ 24 = 1 มิลลิเมตร เพื่อให้ระดับขอบเหงือกของฟันหน้าบนกลมกลืนกันตามมาตรฐานโดยสันขอบเหงือก (gingival crest) ของฟันตัดซี่กลางและฟันเขี้ยวทั้งข้างขวาและซ้ายอยู่ในระดับเดียวกัน และสันขอบเหงือก



รูปที่ 4 การตัดเหงือกด้วยการกรีดตัดเฉียงด้านใน

ของฟันตัดซี่ข้างทั้งข้างขวาและซ้าย ควรอยู่ระดับต่ำกว่ามาทางตัวฟัน (coronal) เล็กน้อย (1 มิลลิเมตร) ส่วนทางด้านเพดาน (palate) กรีดตัดเฉียงด้านในจากซี่ 13 ถึง ซี่ 23 ห่างจากขอบเหงือก 1 มิลลิเมตรทุกซี่ (รูปที่ 4) ขจัดเนื้อเยื่อที่ตัดออกให้หมด แล้วตกแต่งแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์ (Coe-Pak®, GC America) ให้ผู้ป่วยรับประทานยาระงับปวด (Tylenol® 500 mg) เมื่อมีอาการปวดครั้งละ 1 เม็ด และอมบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากคลอรีนเฮกซิดีนความเข้มข้นร้อยละ 0.12 (0.12% chlorhexidine mouthwash) เป็นเวลา 2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาล้างแผลอีก 1 สัปดาห์ถัดมา แผลหายปกติดี ระดับขอบเหงือกสมมาตรกันข้างขวาและซ้าย เมื่อผู้ป่วยยิ้มยังเห็นเหงือก 5 มิลลิเมตร (รูปที่ 5) จากนั้นนัดผู้ป่วยให้มารับการรักษาครั้งที่ 2 หลังการตัดเหงือก 1 เดือน



รูปที่ 5 แผลหายหลังการตัดเหงือก 2 สัปดาห์

การรักษาครั้งที่ 2 (การผ่าตัดริมฝีปาก)

ฉีดยาเฉพาะที่ด้วยยาชาลิโดเคนร้อยละ 2 ที่มีอีพิเนฟริน หนึ่งส่วนในหนึ่งแสนส่วน ขบวนการผ่าตัดริมฝีปากจะทำที่ละข้าง (ขวาหรือซ้าย) ของแนวกลาง (midline) โดยลงรอยกรีดแนวนอน (horizontal incision) ต่ำกว่ารอยต่อเยื่อเมือก-เหงือกมาทางตัวฟัน 1 มิลลิเมตร เริ่มจากแนวกลางไปถึงบริเวณฟันกรามซี่แรก ลงรอยกรีดแนวตั้ง (vertical incisions) 2 รอย ที่จุดสิ้นสุดของรอยกรีดแนวนอนไปทางส่วนปลายฟัน (apical) ยาวประมาณ 10-12 มิลลิเมตร จากนั้นลงรอยกรีดแนวนอนอีกรอยให้ขนานกับรอยกรีดแนวนอนอันแรก เพื่อเชื่อมต่อกับรอยกรีดแนวตั้งทั้ง 2 รอย

และเอาเยื่อผิว (epithelium) ออกเป็นแถบและต่อมน้ำลายขนาดเล็ก (minor salivary glands) ออกหากจำเป็น ให้เหลือส่วนของเนื้อเยื่อยึดต่อ (connective tissue) ไว้ แล้วทำการผ่าตัดเช่นเดียวกันนี้ในบริเวณอีกข้างของแนวกลางที่เหลือ โดยเก็บเนื้อยึด (frenum) ไว้จะไม่ตัดออก (รูปที่ 6) จากนั้นดึงเยื่อเมือกริมฝีปากลงมาทางตัวฟันแล้วเย็บติดกับเหงือกบริเวณรอยต่อเยื่อเมือก-เหงือก ด้วยวิธีการเย็บคอนทินิวอัสอินเตอร์ล็อกกิง (continuous interlocking sutures) ด้วยไหมเย็บ (Mersilk 4/0, Johnson & Johnson) ทั้งข้างขวาและซ้าย แล้วตกแต่งแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์ (Coe-Pak®, GC America)



รูปที่ 6 ตัดและเย็บผิวหนังข้างขวาและซ้ายของเนื้อยึดออกโดยเหลือส่วนเนื้อเยื่อยึดไว้

เพื่อลดอาการปวดและบวมหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับประทานยาระงับปวด (Tylenol® 500 mg) ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดแต่ไม่เกิน 4 ครั้งต่อวัน และ ibuprofen 400 mg วันละ 2 ครั้งๆ ละ 2 เม็ด เป็นเวลา 3 วัน และให้อมบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากคลอรีนเฮกซิดีน ความเข้มข้นร้อยละ 0.12 วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 วินาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์

การให้คำแนะนำหลังการผ่าตัด

24 ชั่วโมงแรกให้ประคบด้วยผ้าห่อน้ำแข็ง รับประทานอาหารอ่อน ในช่วงสัปดาห์แรก หลีกเลี่ยงการแปรงฟันบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด และจำกัดการเคลื่อนไหวริมฝีปาก (เช่นการยิ้ม หรือการพูด) ในช่วง 2 สัปดาห์แรก

ในสัปดาห์แรกผู้ป่วยมีอาการบวมเล็กน้อยบริเวณใบหน้า พบเลือดออกใต้ผิว (ecchymosis) บริเวณแก้มขวา ตัดไหมในวันที่ 10 หลังการผ่าตัด บริเวณแผลผ่าตัดหายปกติ แต่ยังรู้สึกตึงบริเวณริมฝีปากบนขณะพูดและยิ้ม หลังจาก 2 สัปดาห์อาการบวมและอาการเลือดออกใต้ผิวหายไป และไม่มีอาการตึงบริเวณริมฝีปากบนแล้ว (รูปที่ 7) เมื่อติดตามผลการรักษาในเดือนที่ 2 พบว่าผลการผ่าตัดริมฝีปากสามารถลดการยิ้มเห็นเหงือกลงได้ 4-5 มิลลิเมตร (รูปที่ 8) ขณะผู้ป่วยยิ้มจะเห็นเหงือกราว 2 มิลลิเมตร (รูปที่ 9) ซึ่งสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยในการยิ้มที่เป็นธรรมชาติขึ้น



รูปที่ 7 แผลหายหลังการผ่าตัดร่นริมฝีปาก 2 สัปดาห์



รูปที่ 8 ผู้ป่วยขณะยิ้มหลังการรักษา 2 เดือน



รูปที่ 9 ผู้ป่วยขณะยิ้มเต็มที่หลังการรักษา 2 เดือน เห็นเหงือกราว 2 มิลลิเมตร

วิจารณ์

วิธีการผ่าตัดครั้งนี้ได้ประยุกต์จากวิธีการดั้งเดิมของ Rubinstein และ Kostianovsky²⁴ ซึ่งเริ่มใช้ในศัลยกรรมตกแต่งทางการแพทย์ (medical plastic surgery) และมีผู้นำมาปรับปรุงใช้ในทางทันตกรรม^{25,26,30} แต่การอธิบายถึงวิธีการผ่าตัดนี้ในวรรณกรรมทางทันตกรรมมีน้อยมาก ซึ่งการประยุกต์จะทำได้โดยการเก็บเนื้อเยื่อด้านริมฝีปากของฟันบน (maxillary labial frenum) ไว้คงเดิม แล้วตัดแถบของเยื่อเมือกบริเวณร่องพับช่องปากข้างขวาและซ้ายของเนื้อเยื่อออก ซึ่งจะเป็นการคงสภาพแนวกลางด้านริมฝีปากไว้ได้เหมือนเดิม ลดพยาธิภาวะ (morbidity) หลังการผ่าตัดได้ เช่น อาจมีการเคลื่อนที่ของแนวกลางจากเดิมหลังการผ่าตัดหากตัดเนื้อเยื่อออกด้วยตามวิธีดั้งเดิม

การตัดและแถบเยื่อเมือกออกกว้าง 10-12 มิลลิเมตร อาจไม่ได้ผลของการลดการยิ้มเห็นเหงือกในผู้ป่วยได้เท่าๆ กัน ดังเช่นจากรายงานผู้ป่วยของ Rosenblatt²⁵ และ Humayun³⁰ การผ่าตัดสามารถลดการยิ้มเห็นเหงือกได้ ประมาณ 4 มิลลิเมตร ส่วน Ribeiro-Junior²⁹ ลดการยิ้มเห็นเหงือกได้ 6 และ 4 มิลลิเมตร ในผู้ป่วย 2 ราย เช่นเดียวกับรายงานผู้ป่วยฉบับนี้จากผลการรักษาสามารถลดการยิ้มเห็นเหงือกได้ประมาณ 4 มิลลิเมตร ซึ่งในประเด็นนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความกว้างของแถบเยื่อเมือกที่ตัดและออกกับปริมาณการลดการยิ้มเห็นเหงือก มีรายงานแนะนำให้ตัดและแถบเยื่อเมือกออกในอัตราส่วน 2:1 นั่นคือความสูงของรอยกรีดแนวตั้งควรเป็น 2 เท่าของปริมาณเหงือกที่เห็นขณะยิ้มเต็มที่ แต่อย่างไรก็ตามก็ไม่ได้รายงานถึงปริมาณการลดการยิ้มเห็นเหงือก³³ นอกจากนี้ยังการศึกษาถึงการลดการยิ้มเห็นเหงือกโดยการตัดกล้ามเนื้อส่วนของอิลเวเตอร์เลบิโอซูบเพอริออริส (levator labii superior muscle) ฝ่าถึงเนื้อเยื่อเหงือกชั้นใต้เยื่อหุ้มกระดูก (subperiosteal of the gingiva) และชั้นใต้ผิวหนังของริมฝีปาก (subcutaneous of the lip) และตัดเนื้อเยื่อออกด้วย แล้วติดตามผล 6 เดือน สามารถลดการยิ้มเห็นเหงือกจาก 5.22 ± 1.48 เหลือ 1.91 ± 1.50 มิลลิเมตร²³ แต่วิธีนี้อาจพบผลข้างเคียงหลังผ่าตัดอย่างมาก คือการเกิดพยาธิภาวะ เช่น ภาวะรู้สึกเพี้ยน (paresthesia) อันเนื่องมาจากการผ่าตัดที่รุกรานถึงชั้นกล้ามเนื้อ²²

สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดร่นริมฝีปาก ซึ่งทำให้ลดการเคลื่อนไหวของริมฝีปากบน คือ ความไม่สมมาตรของการยิ้มระหว่างข้างขวาและซ้าย (asymmetric smile) แต่ก็มีวิธีที่สามารถจัดปัญหาดังกล่าวได้ ดังเช่นการเก็บเนื้อเยื่อด้านริมฝีปากไว้โดยไม่ตัดออก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ผ่าตัดสามารถเย็บแผ่นเยื่อเมือกริมฝีปากติดกับเหงือกบริเวณรอยต่อเยื่อเมือก-เหงือก

ทั้งข้างขวาและซ้ายได้ โดยแผ่นเยื่อเมือกไม่เคลื่อนที่ปิดไปเพราะแนวกลางริมฝีปากยังอยู่ในตำแหน่งเดิม รวมทั้งการตัดและแถบเยื่อเมือกข้างขวาและซ้ายของเนื้อเยื่อออกให้เท่าๆ กัน และควรเลาะเอาแถบเยื่อเมือกออกทั้ง 2 ข้างก่อนแล้วจึงเย็บพร้อมกัน ก็จะเป็นการลดปัญหาความไม่สมมาตรหลังการผ่าตัดได้ นอกจากนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ บ้าง เช่น ความไม่สบาย (discomfort) เลือดออกได้ผิว การลอก ริมฝีปากบวม เกิดถุงน้ำเมือก (mucocele) และการคืนกลับ (relapse) ของภาวะเห็นเหงือกเกิน^{24,26,27,33} มีรายงานผู้ป่วยหลายฉบับที่แสดงถึงผลการผ่าตัดที่ดี แต่เป็นการติดตามผลในระยะสั้น^{6,25,27,30} อย่างไรก็ตามยังต้องการการศึกษาอีกมากที่จะชี้ให้เห็นผลการผ่าตัดเพื่อลดการยิ้มเห็นเหงือกได้ในระยะยาว มีเพียงการศึกษาของ Silva²⁷ ได้ติดตามผลความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2.5 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70 มีความพึงพอใจระดับกลางต่อการลดลงของการยิ้มเห็นเหงือกและร้อยละ 90 ยินดีจะกลับมารับการผ่าตัดซ้ำอีกหากภาวะเห็นเหงือกเกินคืนกลับสภาพ

แม้การผ่าตัดร่นริมฝีปากจะสามารถลดปัญหาของภาวะเห็นเหงือกเกินที่เกิดจากหลายๆ สาเหตุได้ แต่ก็มีข้อห้ามในการทำกรณีที่มีความกว้างของเหงือกที่มีเคอราทินแคบ เพราะจะทำให้ยากต่อการออกแบบแผ่นเนื้อเยื่อ (flap design) การเย็บและการทำให้แผ่นเนื้อเยื่อเสถียร (stabilization) ซึ่งอาจมีผลต่อการคืนกลับสภาพหลังการผ่าตัดได้ นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามในผู้ป่วยที่มีภาวะความสูงเกินของขากรรไกรบนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระดับ 3 (degree 3 VME) ซึ่งมีการยิ้มเห็นเหงือกมากกว่า 8 มิลลิเมตร^{25,26} ในกรณีนี้ต้องการการรักษาหลายสาขาพร้อมกันเช่น ศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร ศัลยกรรมปริทันต์หรือร่วมกับการบูรณะฟัน

สิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการผ่าตัดร่นริมฝีปากรวมทั้งการผ่าตัดวิธีอื่นๆ คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยในรายงานนี้ได้รับการวินิจฉัย มีภาวะความสูงเกินของขากรรไกรบนระดับ 2 (degree 2 VME) ร่วมกับมีภาวะริมฝีปากบนทำงานมากเกินไป (HAL) และภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนาประเภทที่ 1 กลุ่มเอ (type I-A) ซึ่งแผนการรักษาที่มีทางเลือกได้ 2 ทาง เมื่อปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยแล้วได้เลือกวิธีการผ่าตัดร่นริมฝีปากร่วมกับการตัดเหงือก เนื่องจากพิจารณาแล้วว่าเป็นวิธีการผ่าตัดที่ปลอดภัย เกิดพยาธิภาวะน้อย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าวิธีการผ่าตัดเลาะเอากล้ามเนื้อออกและวิธีศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร²⁴ ถึงแม้การผ่าตัดร่นริมฝีปากจะไม่ใช่วิธีที่เป็นทางเลือกแรกในการรักษาภาวะความสูงเกินของขากรรไกรบน

ระดับ 2 แต่ก็ยังเป็นหนึ่งในทางเลือกของการรักษาที่มีความรุนแรงน้อย ไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเสียค่าใช้จ่ายน้อย และยังสามารถแก้ไขสภาพให้กลับคืนเหมือนก่อนการผ่าตัดได้โดยวิธีการผ่าตัดเพิ่มความลึกของร่องพับช่องปาก (vestibular extension) อย่างไรก็ตามยังต้องการการศึกษาวิจัยและติดตามผลในระยะยาวต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยที่มีภาวะเห็นเหงือกเกินซึ่งมีสาเหตุมาจากภาวะทำงานมากเกินของริมฝีปากบนร่วมกับภาวะผิดปกติของเหงือกระหว่างพัฒนาสามารถยิ้มได้อย่างเป็นธรรมชาติและมั่นใจขึ้นจากการรักษาโดยการผ่าตัด รันริมฝีปากร่วมกับการตัดเหงือก จะให้ผลลัพธ์ในการรักษาโดยทำให้ร่องพับช่องปากส่วนนอกตื้นขึ้น ลดการทำงานของกล้ามเนื้อริมฝีปากที่ใช้ในการยิ้ม จึงเป็นวิธีการที่สามารถทำนายผลการรักษาได้ เกิดพยาธิภาวะน้อยหรืออาจไม่เกิดเลยเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร ควรมีการตรวจวิเคราะห์และวินิจฉัยอย่างระมัดระวัง รวมทั้งการเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสมกับวิธีการรักษานั้น จึงนับว่าเป็นทางเลือกที่ดีวิธีหนึ่งในการรักษาภาวะเห็นเหงือกเกิน เนื่องจากเป็นวิธีผ่าตัดแบบอนุรักษ์ และให้ผลด้านความสวยงาม แต่ก็ยังต้องการการประเมินผลในระยะยาวถึงความเสถียร (stability) และประสิทธิภาพของวิธีการผ่าตัดนี้

References

1. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent* 1984; 51:24-8.
2. Dong JK, Jin TH, Cho HW, Oh SC. The esthetics of the smile : a review of some recent studies. *Int J Prosthodont* 1999; 12:9-19.
3. Robbins JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1999; 11:265-72, quiz 273.
4. Cracel-Nogueira F, Pinho T. Assessment of the perception of smile esthetics by laypersons, dental students and dental practitioners. *Int Orthod* 2013; 11:432-44.
5. Kokick VO, Kokick VG, Kiyak HA. Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: asymmetric and symmetric situations. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2006; 130:141-51.
6. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile : diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000 1996; 11:18- 28.
7. Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display : etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence Int* 2009; 40:809-18.
8. Levine RA, McGuire M. The diagnosis and treatment of the gummy smile. *Compend Contin Educ Dent* 1997; 18:757-62,764,766.
9. Volchansky A, Cleaton-Jones PE. Delayed passive eruption. A predisposing factor to Vincent's infection? *J Dent Assoc S Afr* 1974; 29:291-4.
10. Coslet JG, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan* 1977;70:24-8.
11. Evian CI, Cutler SA, Rosenberg ES, Shah RK. Altered passive eruption : the undiagnosed entity. *J Am Dent Assoc* 1993; 124:107-10.
12. Dolt AH III, Robbins JW. Altered passive eruption : an etiology of short clinical crowns. *Quintessence Int* 1997; 28:363-72.
13. Weinberg MA, Eskow RN. An overview of delayed passive eruption. *Compend Contin Educ Dent* 2000; 21:511-4.

14. Allen EP. Use of mucogingival surgical procedures to enhance esthetics. *Dent Clin North Am* 1988; 32:307-30.
15. Allen EP. Surgical crown lengthening for function and esthetics. *Dent Clin North Am* 1993; 37:163-79.
16. Kokich VG. Esthetics : the orthodontic – periodontic restorative connection. *Semin Orthod* 1996; 2:21-30.
17. Kim TW, Kim H, Lee SJ. Correction of deep overbite and gummy smile by using a mini-implant with a segmented wire in a growing class II division 2 patient. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2006; 130:676-85.
18. Peck S, Peck L, Kataja M. The gingival smile line. *Angle Orthod* 1992; 62:91-100; discussion 101-2.
19. Nasr MW, Jabbour SF, Sidaoui JA, Haber RN, Kechichian EG. Botulinum toxin for the treatment of excessive gingival display : a systematic review. *Aesthet Surg J* 2016; 36:82-8.
20. Ezquerra F, Berrazueta MJ, Ruiz-Capillas A, Arregui JS. New approach to the gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104:1143-50.
21. Litton C, Fournier P. Simple surgical correction of the gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63:372-3.
22. Miskinyar SA. A new method for connecting a gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72:397-400.
23. Ishida LH, Ishida LC, Ishida J, Grynglas J, Alonso N, Ferreira M. Myotomy of the levator labii superioris muscle and lip repositioning : a combined approach for the correction of gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 2010; 126:1014-9.
24. Rubinstein AM, Kostianovsky AS. Esthetic surgery for the malformation of the laugh : original technique. *Prensa Med Argent* 1973; 60:952.
25. Rosenblatt A, Simon Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display : a clinical report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006; 26:433-7.
26. Simon Z, Rosenblatt A, Dorfmann W. Eliminating a gummy smile with surgical lip repositioning. *J Cosmet Dent* 2007; 23:100-8.
27. Silva CO, Ribeiro-Junior NV, Campos TV, Rodrigues JG, Tatakis DN. Excessive gingival display : treatment by a modified lip repositioning technique. *J Clin Periodontol* 2013; 40:260-5.
28. Jacobs PJ, Jacobs BP. Lip repositioning with reversible trial for the management of excessive gingival display : a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2013; 33:169-75.
29. Ribeiro-Junior NV, Campos TV, Rodrigues JG, Martins TM, Silva CO. Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2013; 33:309-14.
30. Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas J, Bhola M. Mucosal coronally positioned flap for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of the upper lip and vertical maxillary excess : a case report. *J Periodontol* 2010; 81:1858-63.
31. Ashtaputre V, Rathi R. Smile enhancement by lip repositioning surgery : a case report. *Am J Esthet Dent* 2012; 2:162-9.
32. Snow SR. Esthetic smile analysis of maxillary anterior tooth width : the golden percentage. *J Esthet Dent* 1999; 11:177-84.
33. Bhola M, Fairbairn J.M.P, Chu JS, Morris T. LipStaT : the lip stabilization technique-indications and guidelines for case selection and classification of excessive gingival display. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2015; 35:549-59.