

รายงานผู้ป่วย

การจัดการปุ่มกระดูกบริเวณด้านในของขากรรไกรล่างและปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกรบน ก่อนการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

อุมาพร ก่อแก้ว ก.บ., ปส.ด.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย 43110

Abstract: The Management of Torus Mandibularis and Maxillary Buccal Exostosis before Loading Single Complete Denture and Removable Partial Denture

Tawkaew U

Thabo Crown Prince Hospital, Thabo, Nongkhai, 43110

(E-mail: cheeknews@hotmail.com)

(Received: December 6, 2019; Revised: March 25, 2020; Accepted: July 3, 2020)

Generally management of buccal exostosis and torus mandibularis is periodic monitoring. Surgical removal is indicated only when their sizes have negatively impacted periodontium, esthetics, interfered with mastication, speech or prosthesis, induced ulcer and impaired healing. Surgical removal may also be considered in a case where bone graft is required on other sites. 72 year old patient who had recieved a preprosthetic surgical removal of left maxillary buccal exostosis and lower left and right torus mandibularis was reported. Maxillary buccal exostosis was “removed” via wedge-shaped mid alveolar ridge bone removal and compression of cortical plate to achieve desirable alveolar ridge shape. This was done instead of direct torus removal to preserve cortical bone and minimize the risk of further bone resorption. Upper single denture and lower removable partial denture were made after surgery. Patient was comfortably wearing the dentures. One-year follow up showed that there was minimal bone loss, dentures had good retention and functioning well.

Keywords: Torus mandibularis, Buccal exostosis, Denture

บทคัดย่อ

การจัดการปุ่มกระดูกบริเวณด้านในของขากรรไกรล่าง และปุ่มกระดูกบริเวณด้านนอกของขากรรไกร โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพียงเฝ้าระวังด้วยการตรวจประจำปี พิจารณารักษาโดยการผ่าตัดเอาออกเมื่อมีขนาดใหญ่จนมีผลต่อสุขภาพ อวัยวะปริทันต์ มีปัญหาต่อการกินอาหารการพูด เกิดเป็นแผลง่าย และแผลหายช้า ขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม มีผลต่อความสวยงาม หรือต้องการใช้ปุ่มกระดูกเหล่านี้สำหรับการปลูกกระดูกในตำแหน่งอื่นให้ตนเอง รายงานผู้ป่วยอายุ 72 ปี ได้รับการรักษาผ่าตัดเอาปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกรบนด้านซ้ายและปุ่มกระดูกด้านในในขากรรไกรล่างทั้งสองข้างออกเนื่องจากปุ่มกระดูกขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม การผ่าตัดปุ่มกระดูกบริเวณด้านนอกของขากรรไกรบน เลือกรักษาการกรอตัดกระดูกบริเวณตรงกลางสันเหงือกออกในลักษณะรูปลิ้นแล้วกดกระดูกที่ด้านนอกเข้ามาแทนการ

กรอที่กระดูกที่บวมโดยตรง เพื่อเก็บรักษาส่วนของกระดูกที่บวมไว้ให้มากที่สุดเพื่อป้องกันการละลายของกระดูกในภายหลัง หลังการผ่าตัดจึงทำฟันเทียมทั้งปากในฟันบนและฟันเทียมถอดได้ โครงโลหะในขากรรไกรล่าง หลังการใส่ฟันเทียมผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการติดตามผลการรักษา 1 ปี แสดงให้เห็นกระดูกบริเวณที่ผ่าตัดมีการละลายตัวเพียงเล็กน้อย ฟันเทียมยังคงมีการยึดอยู่ที่ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหารได้ดี

คำสำคัญ: ปุ่มกระดูกบริเวณด้านในของขากรรไกรล่าง ปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกร

บทนำ

ปุ่มกระดูกในช่องปาก (torus and exostosis) ถูกตั้งชื่อตามบริเวณที่พบ ปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปาก (torus palatinus) ปุ่มกระดูกบริเวณด้านในของขากรรไกรล่าง (torus mandibularis)

และปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกร (buccal exostosis)¹ เกิดจากการหนาตัวของผิวกระดูกอย่างช้าๆ ลักษณะเป็นก้อนกระดูกแข็งเป็นปุ่มยื่นออกมา เมื่อผู้ใดถูกยัดออกมีลักษณะบางสีปกติ โตขึ้นอย่างช้าๆในแต่ละปีและหยุดการเติบโตเองไม่มีการเจ็บปวด มีแนวโน้มพัฒนาขึ้นช่วงวัยรุ่น^{2,3} ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปากและปุ่มกระดูกบริเวณด้านในของขากรรไกรล่าง⁴⁻⁵ ส่วนปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกรพบได้น้อยกว่า⁴ จากการศึกษาของ Al-bayaty⁶ อายุเฉลี่ยที่พบ torus mandibularis คือ 30.7 ปี พบปุ่มกระดูกตั้งแต่ร้อยละ 12.3-26.9 และมักพบในวัยผู้ใหญ่⁶⁻⁷ สาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดยังไม่ชัดเจนแต่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าเกิดจากสาเหตุกรรมพันธุ์^{2,6-10} นอกจากนี้เกิดจากสาเหตุปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการทำหน้าที่มากกว่าปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว⁹⁻¹¹ หรือเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันของกรรมพันธุ์และปัจจัยสิ่งแวดล้อม^{4,12} เช่นการพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อกล้ามเนื้อบดเคี้ยวที่แข็งแรง^{3,6-8} ผู้ป่วยที่มีฟันสึกที่เกิดจากการบดเคี้ยวการนอนกัดฟัน^{7,10,13} นิสัยการกินอาหารการบริโภคปลาเคี้ยวของแห้ง เนื้อแข็ง การขาดวิตามินหรือการกินแคลเซียม^{6,13-14} การเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกร¹⁵ จากการศึกษาของ Eggen⁸ พบว่าปุ่มกระดูกบริเวณด้านในของขากรรไกรล่างเกิดจากพันธุกรรมร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด และประมาณร้อยละ 70 เกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม ในคนไทยพบความสัมพันธ์ระหว่างการพบปุ่มกระดูกกับการสึกของฟันอย่างมีนัยสำคัญ^{7,9} จากรายงานการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างปุ่มกระดูกบริเวณด้านในของขากรรไกรล่างกับอุปนิสัยการทำงานนอกหน้าที่ (parafunctional habits) โดยไม่พบความสัมพันธ์นี้กับการพบปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปาก¹⁰

ปุ่มกระดูกด้านในของขากรรไกรล่างเป็นปุ่มกระดูกยื่นที่เกิดขึ้นที่ด้านลิ้นของขากรรไกรล่างส่วนลำตัว (body of mandible) และกระดูกขาขึ้นของขากรรไกรล่าง (alveolar process of mandible) เหนือสันไมโลไฮออยด์ (mylohyoid ridge) ตำแหน่งที่พบบริเวณฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อย^{2,4-7,9,13,16} มีข้างเดียวหรือสองข้างและมีปุ่มเดียวหรือหลายปุ่ม^{6,9} พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^{9,12,16} ประกอบด้วยกระดูกทึบ (cortical bone) ทั้งหมดหรืออาจมีกระดูกโปร่ง (cancellous bone) อยู่ใต้กระดูกทึบที่ปกคลุมอยู่แต่ปริมาณไขกระดูก (bone marrow) ไม่มาก ถูกปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อต่างๆ เส้นเลือดมาเลี้ยงน้อยรูปร่างที่พบบ่อยเป็นก้อนกลม (nodular)

ปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกรเป็นปุ่มกระดูกที่พบบริเวณสันเหงือกด้านใกล้แก้ม พบมากที่บริเวณใกล้จุดสูงสุดของส่วนยื่นขาขึ้น (crest of alveolar process) ในตำแหน่งฟันกรามน้อยและฟันกราม มีลักษณะเป็นฐานกว้าง (broad-based) หรือเป็นปุ่ม (nodular) มักพบทั้งสองข้าง^{4,13} พบได้บ่อยในขากรรไกรบนมากกว่าในขากรรไกรล่าง (5.1:1) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (1.66:1)⁷ มักพบร่วมกับการมีปุ่มกระดูกด้านในของขากรรไกร

ล่างและมีปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปาก ร้อยละ 42.6 มีเฉพาะปุ่มกระดูกด้านในของขากรรไกรล่าง ร้อยละ 36.2 มีเฉพาะปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปาก ร้อยละ 20.6 พบมากในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 21.7) พบเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁷

การวินิจฉัยแยกโรค แยกจากกลุ่มอาการการาร์ดเนอร์ (Gardner's syndrome) ซึ่งจะพบปุ่มกระดูกโตหลายตำแหน่งมีติ่งเนื้อในลำไส้ (intestinal polyposis) ถุงน้ำที่ผิวหนัง (cutaneous cysts) โดยปุ่มกระดูกที่พบไม่พบในตำแหน่งปกติของปุ่มกระดูกในช่องปาก ตำแหน่งกลางเพดานปาก ด้านในของขากรรไกรล่าง ด้านนอกของขากรรไกร^{4,7} แยกจากโรคกระดูกอักเสบ (osteomyelitis) โดยไม่มีการของการอักเสบเนื้อเยื่อมีลักษณะปกติ¹⁷ อย่างไรก็ตามสามารถวินิจฉัยปุ่มกระดูกในช่องปากเหล่านี้ได้จากประวัติและลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียว¹⁸ ปุ่มกระดูกในช่องปากนี้ไม่มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนเป็นมะเร็ง¹⁸

การรักษาปุ่มกระดูกเหล่านี้ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา การพิจารณาการรักษาผ่าตัดเอาออกมักเกิดจากปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่จนมีผลต่ออวัยวะปริทันต์ มีปัญหาต่อการกินอาหารและการพูด เป็นแผลง่ายและแผลหายช้า ขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม² ความสวยงามหรือในกรณีใช้ปุ่มกระดูกเหล่านี้สำหรับการปลูกกระดูกในตำแหน่งอื่นให้ตนเอง¹⁹ ในกรณีสาเหตุการผ่าตัดเนื่องจากขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม วิธีการผ่าตัดควรพิจารณาวิธีที่รักษาสวนของกระดูกที่บวมให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการละลายของกระดูกที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในภายหลัง เนื่องจากการละลายของกระดูกโปร่งสามารถเกิดขึ้นได้เร็วกว่ากระดูกทึบ²³

วิธีการผ่าตัดปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกรทำได้ภายใต้ยาชาเฉพาะที่²³⁻²⁴ เปิดเหงือกบนสันเหงือกด้านข้างระดับเดียวกับคอฟันใกล้เคียง ตัดแผ่นเหงือกในแนวตั้งเลยไปทางด้านหน้าต่อปุ่มกระดูกเล็กน้อย เปิดแผ่นเหงือกให้เห็นกระดูกที่โป่งนูนด้วยความระมัดระวังไม่ให้เกิดการฉีกขาดใช้คีมตัดกระดูก (rongeur forcep) ขลิบกระดูกที่ยื่นออกมา ใช้หัวกรอหรือใช้สิ่วสกัดออก ลบคมและรอยขรุขระให้เรียบร้อยด้วยหัวกรอหรือตะไบ²³⁻²⁷ ล้างแผลให้สะอาดเย็บปิดแผลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การผ่าตัดที่ทำให้กระดูกมีขนาดเหลือพอต่อการใส่ฟันอาจทำให้สูญเสียกระดูกที่เหลือแต่กระดูกโปร่งที่ปกคลุมด้วยเยื่อทำให้กระดูกละลายเร็วขึ้นในภายหลังได้ ดังนั้นจึงควรพิจารณาตัดกระดูกส่วนเกินออกบางส่วน โดยยังคงเหลือส่วนป้องกันเล็กน้อยแต่ไม่ขัดขวางต่อการใส่ฟันเพื่อรักษารูปร่างกระดูกให้คงสภาพเดิมให้นานที่สุด²³⁻²⁴ ปัญหาแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้คือการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (laceration) มีเลือดออกเลือดคั่ง (hematoma)¹⁹ ป้องกันได้โดยการเปิดแผ่นเหงือกด้วยความระมัดระวัง ในขณะที่กรอใช้ตัวยกกันแผ่นเหงือก (retractor) กันแผ่นเหงือกตลอดเวลา ก่อนเย็บปิดแผลไม่มีเลือดออกมาก กดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูก

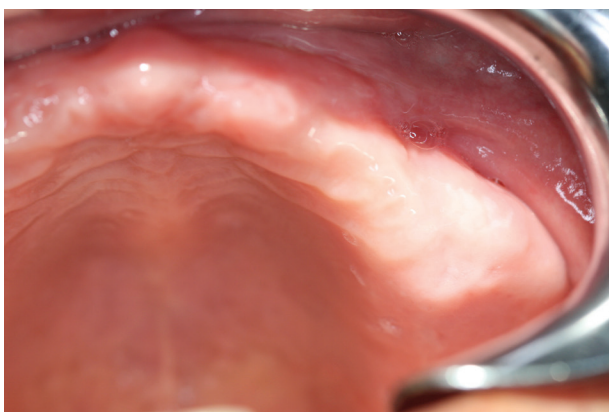
วิธีการผ่าตัดปุ่มกระดูกด้านในของขากรรไกรล่างทำได้ภายใต้ยาชาเฉพาะที่²³⁻²⁴ กรีดเหงือกทางด้านลิ้นบริเวณคอฟันและ

ซอกฟันตั้งแต่กึ่งกลางฟันหน้าถึงฟันกรามหลังให้เลยปุ่มกระดูกไปทางด้านหลังเล็กน้อย กรณีที่สันเหงือกไม่มีฟันให้กรีดตามยาวไปบนสันเหงือกก่อนไปทางด้านลิ้นตำแหน่งเดียวกับแนวคอฟันเพื่อไม่ให้แผ่นเหงือกตึง ไม่ตัดเหงือกในแนวตั้งเนื่องจากแผ่นเหงือกจะขยับตามการเคลื่อนไหวของลิ้นทำให้ฉีกขาดได้ง่าย²³⁻²⁴ การเปิดแผ่นเหงือกควรเปิดกว้างให้เห็นตลอดทั้งก่อนทำให้ใช้ตัวยกกันแผ่นเหงือกได้ดีขณะกรอปุ่มกระดูกออกป้องกันแผ่นเหงือกฉีกขาด ใช้หัวกรอกรอกจากผิวด้านบนของก้อนในแนวหน้าหลังจากด้านหน้าถึงด้านท้าย ในแนวตั้งกรอจนใกล้ถึงฐานปุ่มกระดูกจากนั้นใช้สิ่วสกัดหรือใช้เครื่องมือจัดฟัน (straight elevator) บิดจัดให้ปุ่มกระดูกหลุดออกมา แต่งกระดูกให้เรียบโดยใช้หัวกรอกลมและตะไบ ล้างแผลให้สะอาดเย็บแผ่นเหงือกปิดเข้าที่ ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข้อควรระวังในการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรคือการฉีกขาดของท่อของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular salivary duct) การทำอันตรายต่อหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีเลือดออกมาก (hemorrhage) ถ้ามีเลือดออกมากให้ใช้ยาชาที่มียาบิพโลหอดเลือดช่วยและใช้ผ้าผ้ากอซ กดแผลไว้ประมาณ 10 นาทีเพื่อช่วยห้ามเลือด การมีเลือดออกคั่ง (hematoma) ให้ดูดล้างระบายเลือดออกดูให้เลือดหยุดไหลก่อนเย็บปิดแผล ใช้ผ้ากอซขม้นวางข้างลิ้นทั้งสองข้างช่วยหยุดเลือดและกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดเนื่องจากฟันถูกถอนหลายซี่ ยังไม่เคยใส่ฟันเทียมต้องการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากและฟันเทียมล่างถอดได้บางส่วน การตรวจร่างกายทั่วไปพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงซึ่งควบคุมได้ (136/ 82 มม.ปรอท) แพทย์แผนจีน

ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้รับยาลดความดันโลหิตกลุ่มยาซัดขวางการจับตัวรับแองจิโอเทนซิน ยาลอซาร์แทน (losartan) 50 mg กินวันละครั้งตอนเช้า 1 เม็ด ประวัติการรักษาทางทันตกรรมเคยได้รับการถอนฟันอุดฟัน จากการซักประวัติผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดหรือได้รับบาดเจ็บหรือกระดูกแตกในบริเวณนี้ การตรวจภายในช่องปากพบปุ่มกระดูกบริเวณสันเหงือกด้านใกล้แก้มจากบริเวณฟันกรามน้อยซี่สองถึงฟันกรามซี่สองของขากรรไกรบนซ้าย มีลักษณะเป็นฐานกว้าง เนื้อเยื่อปกคลุมมีลักษณะปกติ จากการคลำได้ลักษณะเป็นกระดูกแข็งไม่มีอาการกดเจ็บ (รูปที่ 1) และพบปุ่มกระดูกด้านลิ้นทั้งสองข้างของขากรรไกรล่างจากบริเวณฟันเขี้ยวถึงฟันกรามน้อย มีลักษณะเป็นปุ่มหลายปุ่ม ทางด้านซ้ายมีขนาด 17x8x4 mm³ ทางด้านขวามีขนาด 20x10x5 mm³ เนื้อเยื่อที่ปกคลุมมีลักษณะบาง จากการคลำได้ลักษณะเป็นกระดูกแข็ง (รูปที่ 2) จากประวัติและลักษณะทางคลินิกให้การวินิจฉัยเป็น buccal exostosis บริเวณขากรรไกรบนด้านซ้ายและ torus mandibularis บริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายและขวา เนื่องจากปุ่มกระดูกอยู่ในขอบเขตของฟันเทียมถอดได้เพื่อให้ได้ฟันเทียมที่ดีมีความแนบกระชับผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี จึงวางแผนการรักษาผ่าตัดเอาออกก่อนโดยแบ่งการผ่าตัดเป็นสองครั้ง ครั้งแรกเป็นการผ่าตัดปุ่มกระดูกในขากรรไกรบน ครั้งที่สองผ่าตัดในขากรรไกรล่างทั้งสองข้างพร้อมกันแล้วทำฟันเทียมทั้งปากในฟันบนและฟันเทียมถอดได้โครงโลหะในขากรรไกรล่าง เมื่อให้คำแนะนำอธิบายแผนการรักษา ระยะเวลาการรักษา ข้อควรระวังจากโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ตลอดจนปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและภายหลังการผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติยินยอมรับการรักษิตตามแผนการรักษาที่วางไว้

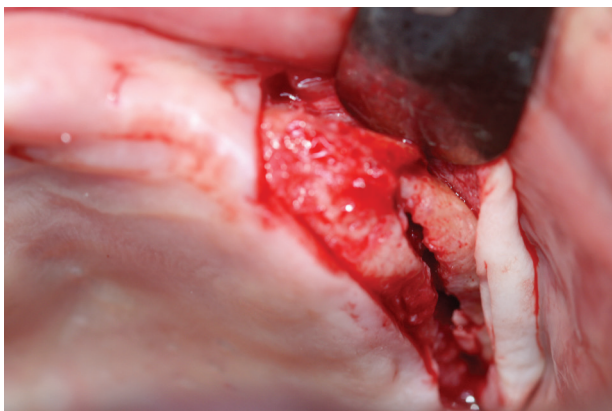


รูปที่ 1 ลักษณะทางคลินิก left buccal exostosis มีปุ่มกระดูกนูนจากบริเวณฟันกรามน้อยซี่สองถึงฟันกรามซี่สองของขากรรไกรบนซ้าย



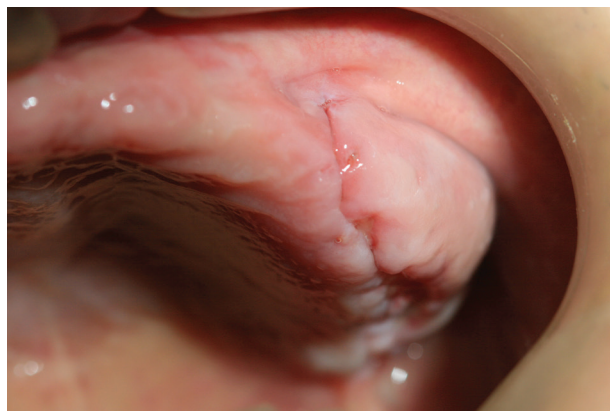
รูปที่ 2 ลักษณะทางคลินิก torus mandibularis มีปุ่มกระดูกด้านลิ้นของกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้ายและด้านขวา จากบริเวณฟันเขี้ยวถึงฟันกรามน้อย

ผู้ป่วยได้รับการนัดผ่าตัดครั้งแรกผ่าตัดปุ่มกระดูกที่พบบริเวณสันเหงือกด้านใกล้แก้ม ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ความดันโลหิต 154/84 มม.ปรอท โดยใช้ยาชา 2% lidocaine 1:100,000 epinephrine ฉีดยาชาแบบอินฟิลเตรตเส้นประสาท middle superior alveolar เส้นประสาท posterior superior alveolar และบริเวณปุ่มกระดูก ฉีดยาชาสกัดเส้นประสาท greater palatine ตำแหน่งละ 0.3-0.5 มล. รวมทั้งสิ้นปริมาณ 1.8 มล. ใช้มีดกรีดผ่านกึ่งกลางของปุ่มกระดูกตามแนวเส้นแบ่งกึ่งกลางสันเหงือกเลยจากขอบหน้าและขอบหลังของปุ่มกระดูกเล็กน้อย จากนั้นลงมีดบริเวณปลายด้านหน้าในแนวตั้ง ทำการเลาะเปิดแผ่นเยื่อขึ้นทั้งความหนาโดยระวังการฉีกขาดของแผ่นเหงือก เพื่อรักษาส่วนของกระดูกที่ป้องกันการกระดูกละลายตัวเร็วในภายหลัง ใช้หัวกรอกรอดัดปุ่มกระดูกตรงกลางสันเหงือกเป็นร่องสองร่องที่แยกห่างออกจากกัน โดยความลึกที่จะตัดดูจากฐานของปุ่มกระดูกโดยตรง จากนั้นใช้เครื่องมือจัดฟันบดจัดเอากระดูกออก (รูปที่ 3) แล้วค่อยๆ กดกระดูกทางด้านนอกให้ไปชิดกับผนังอีกด้านซึ่งจะยังคงมีส่วนคอดเหลืออยู่



รูปที่ 3 การผ่าตัดปุ่มกระดูก buccal exostosis ทางด้านซ้าย

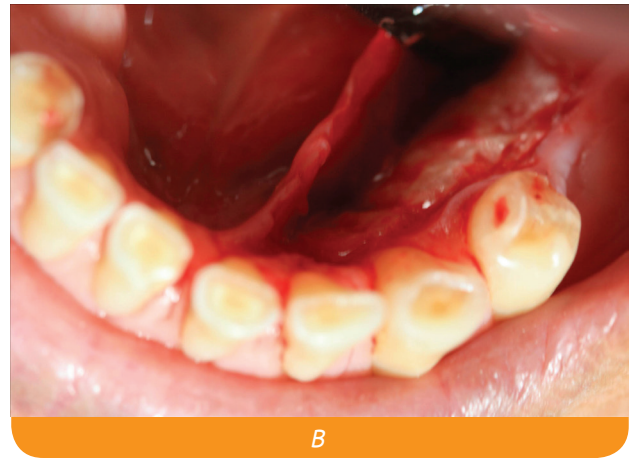
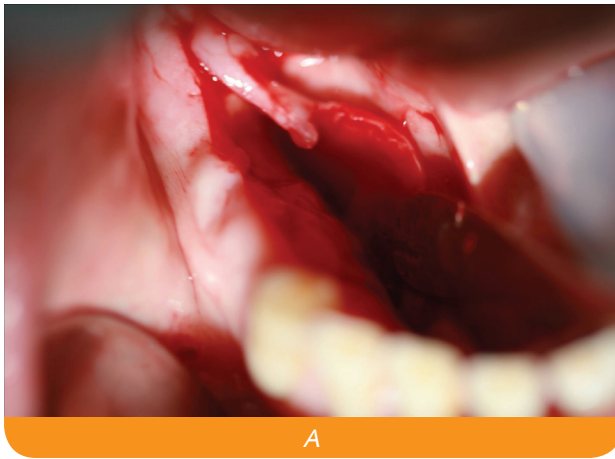
เล็กน้อยเพื่อช่วยในการยึดอยู่ของฟันเทียม ใช้ตัวยกกันแผ่นเหงือกป้องกันแผ่นเหงือกเสื่อมในขณะกรอและกรอภายใต้การฉีดยาล้างด้วยน้ำเกลือ ลบคมด้วยหัวกรอกลมใช้มีดสัมผัสให้มีความเรียบสม่ำเสมอของกระดูก ล้างแผลให้สะอาดนำแผ่นเหงือกกลับเข้าที่เดิมเย็บปิดแผล จ่ายยาแก้ปวดพาราเซตามอล (500 mg) ยาแก้ปวดแก้อักเสบ ibuprofen (200 mg) ครั้งละ 2 เม็ดวันละสามครั้งหลังอาหารทันที เช้ากลางวันเย็นเป็นเวลา 3 วัน และยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยให้ประวัติแพ้ยา penicillin จึงจ่ายยา roxithromycin (150 mg) ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งทุก 12 ชั่วโมงก่อนอาหารเช้าเย็นเป็นเวลา 5 วัน แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ภายหลังการผ่าตัดจะเกิดอาการปวดและบวมได้โดยเฉพาะสามวันแรกลดอาการบวมได้ด้วยการประคบเย็นนอกปากบริเวณที่ทำการรักษา ภายหลังการผ่าตัดเป็นเวลา 24 ชั่วโมง นัดติดตามและตัดไหมหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ คนไข้ไม่มีอาการปวดมีอาการอักเสบเล็กน้อยและไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นใดหลังการผ่าตัด (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 แผลภายหลังการผ่าตัด buccal exostosis 1 อาทิตย์

ผู้ป่วยได้รับการนัดผ่าตัดครั้งที่สองผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้านลิ้นทั้งสองข้าง ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ความดันโลหิต 140/75 มม.ปรอท โดยใช้ยาชา 2% lidocaine 1:100,000 epinephrine ฉีดยาชาสกัดเส้นประสาท inferior alveolar เส้นประสาท lingual และเส้นประสาท mental ฉีดยาชาเฉพาะที่แบบอินฟิลเตรตเส้นประสาท buccal และบริเวณรอบๆ เยื่อหุ้มปุ่มกระดูกตำแหน่งละ 0.3-0.5 มล. ปริมาณ 2.7 มล. โดยเริ่มทำจากด้านซ้ายก่อนเปิดแผ่นเหงือกตามคอฟันด้านลิ้นตั้งแต่กึ่งกลางฟันหน้าถึงบริเวณฟันกรามเลยปุ่มกระดูกเล็กน้อย ทางด้านหลังซึ่งไม่มีฟันเปิดแผ่นเหงือกโดยแฉกค่อนไปทางด้านลิ้นตำแหน่งเดียวกับแนวคอฟันเพื่อไม่ให้แผ่นเหงือกถึง ระวังการฉีกขาดขณะทำการเปิดแผ่นเหงือก ใช้หัวกรอกรอจากผิวด้านบนของก้อนในแนวหน้าหลังจากด้านหน้าถึงด้านท้ายในแนวตั้งกรอจนใกล้ถึงฐานปุ่มกระดูก จากนั้นใช้เครื่องมือจัดฟันบดจัดให้ปุ่มกระดูกหลุดออกมา ใช้หัวกรอกลมเล็กแต่งลบคมบริเวณขอบกระดูกด้านล่างและแต่งซ้ำด้วยตะไบล้างด้วย

น้ำเกลือ เมื่อทำทางด้านซ้ายเสร็จแล้วใส่ยาชาทางด้านขวาปริมาณ 2.7 มล. เปิดแผ่นเหงือกโดยแผ่นเหงือกทางด้านหน้าไม่เชื่อมต่อกันระหว่างด้านซ้ายและด้านขวา แต่งกระดูกเช่นเดียวกันกับด้านซ้าย (รูปที่ 5) เมื่อทำเสร็จปิดแผ่นเหงือกกลับตรวจดูไม่หมีเลือดคั่งเย็บแผล ใช้ผ้ากอสม้วนวางข้างลิ้นทั้งสองข้างเพื่อกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูกและช่วยหยุดเลือด จ่ายยาแก้ปวดพาราเซตามอล (500 mg) ยาแก้ปวดแก้อักเสบ ibuprofen (200 mg) ครั้งละ 2 เม็ดวันละสามครั้งหลังอาหารทันที เช้ากลางวันเย็นเป็นเวลา 3 วัน และยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ roxithromycin (150 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมงก่อนอาหารเช้าเย็นเป็นเวลา 5 วัน หลังการผ่าตัดแนะนำการดูแลแผลสามารถแปร่งฟันได้ด้วยความระมัดระวังไม่ควรกลัวปากแรงๆ รับประทานอาหารอ่อนที่ไม่ร้อนเกินไปในวันแรก นัดติดตามและตัดไหมหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ (รูปที่ 6)



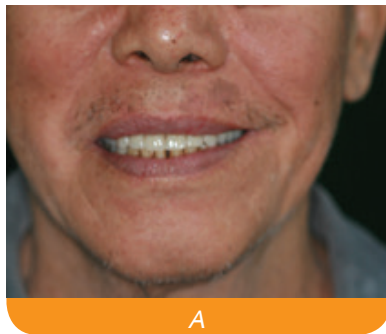
รูปที่ 5 การผ่าตัดปุ่มกระดูก torus mandibularis A ด้านขวา B ด้านซ้าย



รูปที่ 6 ผลภายหลังการผ่าตัด torus mandibularis 1 อาทิตย์

ทันตแพทย์ติดตามผลการรักษา 1 วัน 7 วัน 1 เดือน จากการติดตามผลการรักษามีอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดเล็กน้อย ไม่มีภาวะเลือดคั่งหรือการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ หลังการผ่าตัด 2 เดือน นัดผู้ป่วยมาทำฟันเทียมทั้งปากในฟันบนและฟันเทียมถอดได้โครงโลหะในฟันล่าง โดยทำการพิมพ์ปาก ลงแบบกัดในฟันบน ลงโครงโลหะในฟันล่างตรวจสอบโครงโลหะใส่ลงได้แนบสนิทในช่องปากแล้วบันทึกการสบฟัน ลงฟันที่เรียงมาเรียบร้อยแล้วดูสี ฟันการเรียงตัวการสบฟัน ใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วย (รูปที่ 7) ก่อนใส่ ฟันเทียมตรวจสอบชิ้นงานที่ได้รับมีความถูกต้องเรียบร้อย ในช่องปากตรวจสอบขอบเขตโดยรอบของฟันเทียมกับเนื้อเยื่อรอบปากผู้ป่วย ตรวจสอบจุดกดเจ็บความแน่นของชิ้นงานโดยใช้

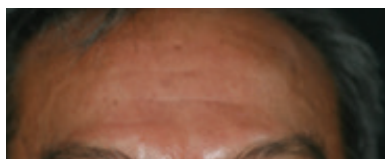
fit checker ทาบบริเวณฐานอะคริลิกเรซิน ตรวจสอบการสบฟันทั้ง ในตำแหน่งสบในศูนย์และนอกศูนย์โดยใช้กระดาษกัดสบทำการ กรอแก้ไขและขัดแต่งให้เรียบร้อย แนะนำวิธีการถอดใส่การใช้งาน และลองให้ผู้ป่วยถอดใส่ฟันเทียมด้วยตนเอง แนะนำการดูแลการ ทำความสะอาดฟันเทียม ภายหลังการใส่ฟันเทียมนัดติดตาม 1 อาทิตย์ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณสันเหงือกและบริเวณปีกฟันเทียมทำการ กรอแก้ไขฟันเทียมจนผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี พูดได้ชัดเจนเคี้ยว เนื้อและผกได้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ จากการติดตามหลังการผ่าตัด ปุ่มกระดูก 1 ปี กระดูกบริเวณที่ผ่าตัดมีการละลายตัวเล็กน้อย (รูปที่ 8) ฟันเทียมมีการยึดอยู่ที่ดีผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมเคี้ยว อาหารได้ดี (รูปที่ 9)



รูปที่ 7 ภายหลังการใส่ฟันเทียม A ใบหน้าด้านตรง B ฟันเทียมทั้งปากในฟันบนและฟันเทียมถอดได้โครงโลหะในฟันล่าง



รูปที่ 8 ภายหลังการผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูก 1 ปี A ขากรรไกรบน B ขากรรไกรล่าง



รูปที่ 9 ภายหลังการใส่ฟันเทียม 10 เดือน

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีปุ่มกระดูกซึ่งเป็นอุปสรรคการใส่ฟันเทียมให้มีการยึดอยู่และเสถียรภาพที่ดี ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันสูงที่ควบคุมได้เข้าใจในแผนการรักษาดีไม่กลัวต่อการผ่าตัด จึงเลือกแผนการรักษาผ่าตัดเอาปุ่มกระดูกออกก่อนทำฟันเทียม ถึงแม้จะมีรายงานการทำฟันเทียมด้วยวัสดุ 3 ชนิด²⁰ การทำฟันเทียมแบบยืดหยุ่น (flexible denture)²¹ เพื่อแก้ปัญหาการกดเจ็บของฟันเทียมในรายที่มีปุ่มกระดูกโดยไม่ผ่าตัด เนื่องจากจะทำให้ขั้นตอนการทำฟันเทียมไม่ยุ่งยากซับซ้อน ขยายขอบเขตของฟันปลอมเพื่อการยึดอยู่และมีเสถียรภาพได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังป้องกันการกดเจ็บจากฟันเทียมได้ดีกว่าง่ายกว่า วิธีการผ่าตัดปุ่มกระดูกบริเวณสันเหงือกด้านใกล้แก้มซึ่งมีลักษณะเป็นฐานกว้าง เลือกใช้วิธีการกรอกระดูกตรงกลางสันเหงือกออกแล้วค่อยกดกระดูกทางด้านนอกให้ไปชิดกับผนังอีกด้านแทนการกรอหรือขลิบกระดูกที่ยื่นออกมาเพื่อลดการสูญเสียกระดูกที่ป้องกันการละลายของกระดูกในภายหลัง²³ จากการติดตามผลหลังการผ่าตัด 1 ปีพบว่ากระดูกบริเวณที่ผ่าตัดมีการละลายตัวเพียงเล็กน้อย ดังนั้นเทคนิคการตัดกระดูกด้วยวิธีนี้สามารถป้องกันการละลายตัวของกระดูกได้ดีวิธีหนึ่ง อย่างไรก็ตามเทคนิคนี้ใช้ได้กับปุ่มกระดูกลักษณะที่เป็นก้อนเดี่ยวฐานกว้างขนาดไม่ใหญ่มาก ข้อควรระวังคือไม่กรอตัดกระดูกใกล้ทางด้านแก้มมากเกินไปจะทำให้กระดูกทางด้านแก้มแตกหักทำให้สูญเสียกระดูกมากกว่าเดิม การเปิดแผ่นเหงือกในการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้านลิ้นทั้งสองข้างพร้อมกัน โดยไม่เปิดแผ่นเหงือกทางด้านหน้าเชื่อมต่อกันวันการเปิดที่จุดกึ่งกลางของขากรรไกรระหว่างฟันกลางหน้าล่าง เพื่อไม่ให้แผ่นเหงือกถูรั้งและเกิดการฉีกขาดของขอบแผลที่คอฟันเนื่องจากแรงดึงจากการทำงานของลิ้น²⁴ จากการติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์เหงือกแนบสนิทกับคอฟันไม่มีการฉีกขาดของขอบแผล เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดโดยส่วนใหญ่จะใช้สว่านกัดปุ่มกระดูกออก²³⁻²⁴ ผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้หัวกรอกรอรวมกับการใช้เครื่องมือจัดฟันเอาปุ่มกระดูกออกโดยไม่ได้ใช้สว่าน เนื่องจากการใช้สว่านและค้อนจะมีแรงสั่นสะเทือนมากอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลปวดศีรษะ ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ในขณะทำ อีกทั้งเครื่องมืออาจพลาดไปโดนอวัยวะอื่นเสียหายได้เนื่องจากควบคุมแรงของมือได้ยากผู้ใช้ต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญมีประสบการณ์การใช้สว่าน

สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ควรได้รับการประเมินสภาวะความดัน และหัตถการที่ทำ ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะ

ความดันสูงที่ควบคุมได้สามารถให้การรักษาทางศัลยกรรมช่องปากได้โดยระมัดระวังปริมาณการให้ยาบิโพลอดเลต ในผู้ป่วยรายนี้เลือกให้ยาชาที่มีส่วนผสมของยาบิโพลอดเลต 2% lidocaine 1:100,000 epinephrine เพื่อช่วยในเรื่องการหยุดไหลของเลือดในบริเวณที่ทำโดยปริมาณอิพิเนพรีนที่สามารถให้ได้อย่างปลอดภัย 3.6-5.4 มล. หรือประมาณ 2-3 หลอด²⁸ ซึ่งในการผ่าตัดทั้งสองครั้งสามารถควบคุมปริมาณยาบิโพลอดเลตที่ใช้ไม่เกิน 5.4 มล. ระมัดระวังในเรื่องความกลัวความเครียด ในวันทันตมารับการผ่าตัดผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการหวาดวิตกกังวลมาก ความดันอยู่ในภาวะควบคุมได้ จึงไม่ได้ให้ยาคลายกังวลหรือยาระงับประสาท ใช้เพียงการพูดจาด้วยความนุ่มนวล อธิบายขั้นตอนการทำ นัดผู้ป่วยรักษาในตอนเช้า แบ่งการผ่าตัดเป็นสองครั้งเพื่อไม่ให้ใช้ระยะเวลาทำนานเกินไปในแต่ละครั้งและเพื่อควบคุมปริมาณยาบิโพลอดเลตที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าเร็วเกินไปเพื่อป้องกันการเกิดอาการหน้ามืดเป็นลมให้ผู้ป่วยค่อยๆลุกขึ้นจากเก้าอี้ การเลือกให้ยาแก้ปวดแก้อักเสบในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ibuprofen ขนาดปกติ 1,200 mg/ วัน มีผลข้างเคียงต่อหลอดเลือดและหัวใจต่อทางเดินอาหารต่ำกว่ายาอื่นในกลุ่ม ในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้จึงพิจารณาจ่าย ibuprofen ในกรณีที่ผู้ป่วยควบคุมความดันไม่ได้หรือมีภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดสมองตีบร่วมด้วยอาจพิจารณาจ่ายยา naproxen 250 mg 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที ซึ่งจะมีความปลอดภัยมากกว่า²⁹⁻³⁰

สรุป

ปุ่มกระดูกในช่องปากมักพบได้บ่อยครั้ง ซึ่งมักจะเป็นอุปสรรคต่อการใส่ฟันเทียม ถ้าทำฟันเทียมโดยไม่ได้รับการผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกออก มักจะทำให้มีปัญหาฟันปลอมกดเจ็บ เคี้ยวอาหารไม่ได้ หรือถ้ามีการกรอหลบปุ่มกระดูกมาก ทำให้การยึดอยู่ไม่ดี การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการผ่าตัด ทางเลือกข้อดีข้อเสีย ความเสี่ยง จะทำให้ได้แผนการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความเข้าใจให้ความร่วมมือที่ดี ในการผ่าตัดปุ่มกระดูกในช่องปากทันตแพทย์ทั่วไปสามารถให้การรักษาผ่าตัดปุ่มกระดูกออกก่อนทำฟันเทียมได้ โดยมีความรู้ความเข้าใจขั้นตอนวิธีการผ่าตัด การใช้เครื่องมือด้วยความระมัดระวัง ความเสี่ยงและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการผ่าตัด การระมัดระวังการให้ยาชาที่มีส่วนผสมยาบิโพลอดเลตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

References

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations, Philadelphia: WB Saunders Co. 1989; 386-7.
2. Castro Reino O, Perez Galera J, Perez Cosio Martin J, Urbon Caballero J. Surgical techniques for the exostosis of torus, both palatal and mandibular. Rev Actual Odontoestomatol Esp 1990; 50:47-50, 53-6.
3. Sonali V Medsinghe, Ramesh Kohad, Harmeeta Budhiraja, Atamijeet Singh, Shradha Gurha, Akash Sharma. Buccal exostosis: a rare entity. Journal of international oral health 2015; 7:62-4.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology, Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1995; 17-20.
5. Antoniadis DZ, Belazi M, Papanayiotou P. Concurrence of torus palatinus with palatal and buccal exostoses: case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 85:552-7.
6. Al-Bayaty HF, Murti PR, Matthews R. An epidemiological study of tori among 667 dental outpatients in Trinidad & Tobago, West Indies. Int Dent J 2001; 51:300-4.
7. Jainkittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 91:48-53.
8. Eggen S. Torus mandibularis: an estimation of the degree of genetic determination. Acta Odontol Scand 1989; 47:409-15.
9. Reichart PA, Neuhaus F, Sookasem M. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in Germans and Thai. Community Dent Oral Epidemiol 1988; 16:61-4.
10. Kerdporn D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. Eur J Oral Sci 1999; 107:9-13.
11. Eggen S, Natvig B. Relationship between torus mandibularis and number of present teeth. Scand J Dent Res 1986; 94: 233-40.
12. Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. Aust Dent J 1995; 40:318-21.
13. Bruce I, Ndanu TA, Addo ME. Epidemiological aspects of oral tori in a Ghanaian community. Int Dent J. 2004; 54:78-82.
14. Loukas M, Hulsberg P, Tubbs RS. The tori of the mouth and ear: a review. Clin Anat 2013; 25:953-60.
15. Horning GM, Cohen ME, Neils TA. Buccal alveolar exostoses: prevalence, characteristics, and evidence for buttressing bone formation. J Periodontol 2000; 71: 1032 -42.
16. Apinhasmit W, Jainkittivong A, Swasdison S. Torus palatinus and torus mandibularis in Thai population. Science Asia 2002; 105-11.
17. Syed AA, Anam M, Rahnuma M, Mohd F. Diagnostic considerations and management of bilateral maxillary buccal exostoses: a case report. Int Edu Sci Res J 2017; 3:67-70
18. Ladizinski B, Lee KC. A nodular protuberance on the hard palate. JAMA 2014; 311:1558-9.
19. Proussaefs P. Clinical and histologic evaluation of the use of mandibular tori as donor site for mandibular block autografts: report of three cases. Int J Periodontics Restorative Dent. 2006; 26:43-51.
20. Stephen A. Complete denture covering mandibular tori using three base materials: a case report. J Canadian Dent Asso 2000; 66:494-6.
21. Shah N, Deshpande R, Maniyar H. Management of a partially edentulous patient with bilateral mandibular tori: a case report. Int J Dent Clinics 2010; 2:48-51.
22. Garcia-Garcia AS, Martinez-Gonzalez JM, Gomez-Font R. Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010; 15:353-60.
23. Hermann FS, Gion FP. Editors. Color atlas of dental medicine Oral Surgery for the General Dentist. 1st ed. Georg Thieme verlag Stuttgart Germany. 1999; 296-30.
24. Sombatpiam K. Preprosthetic Surgery. Amarin Printing & Publishing Public Co., Ltd. 2004; 90-108.
25. Amit KT, Syed AA, Manu R. Surgical removal of palatal bony exostosis: a case report. Annals Dent Specialty 2014; 2:110-1.
26. Blaggana A, Blaggana V. Surgical management of an atypical case of multiple mandibular exostoses: a case report. Internet J bioeng 2010; 5:4-9.
27. Chandna S, Sachdeva S, Kochar D, Kapil H. Surgical management of the bilateral maxillary buccal exostosis. J Indian Soc Periodontol 2015; 19:352-5.
28. Dental Public Health District Office, Health Department. Dental clinical practice guidelines for Dental Clinic. National drug policy Food and drug administration Thanapornpanich store 2011; 75-6.
29. Subcommittee of Development National Essential Medicines and National expert working group for Dental drug selection. Thai National Formulary 2016 drugs used in Dentistry 2016; 85-86.
30. Chongtrakul P. Rational Drug Use in primary care 6thed, Wanida Printing & Publishing Co., Ltd. 2017; 62-81.