

การรักษาภาวะเหงือกกร่นประเภทที่ 3 ตามเกณฑ์ของ Miller โดยการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อในผู้ป่วยที่มีฟันหน้าสบคร่อม: รายงานผู้ป่วย

ชุตีพร เกิดทิพย์ ก.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลปัตตานี ตำบลสะบารัง อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Gingival Recessions in Miller Class III in Patient with Anterior Crossbite: A Case Report

Chutiporn Kerdtip, D.D.S.

Dental Department, Pattani Hospital, Sabarang, Mueang, Pattani, 94000, Thailand

Corresponding Author: Chutiporn Kerdtip (E-mail: koydent@yahoo.com)

(Received: 3 March, 2024; Revised: 24 April, 2024; Accepted: 1 November, 2024)

Abstract

This case report showed the treatment of gingival recessions on 41, 42 and 32 in Thai female 34 years old with anterior crossbite. The recessions with the loss of bone and soft tissue in the interdental area were classified in Miller class III gingival recession, result in aesthetic problem and hypersensitivity, especially on 41 which presented the recession depth at 6 mm. and 1 mm. of keratinized gingiva. Root coverage procedure by subepithelial connective tissue graft technique was indicated. The results demonstrated partial root coverage on 41; root coverage on 1 month: 83.3%, 5 months: 66.7%, 1 year: 58.4%, 3 years to 5 years: 50%. The width of keratinized gingiva was 1 mm. before treatment, 1 month after: 7 mm., 5 months: 6 mm., 1 year: 5 mm., 3 years to 5 years: 4 mm. The percentage of root coverage and the width of keratinized gingiva on 41 seemed to decrease exponentially with a longer follow-up time, although seemed to slightly reduced in 3 years after treatment and then stable. Long-term stability was not predictable, longer follow-ups were needed. In the patients with anterior crossbite, orthodontic treatment with surgery may reduced the occurrence of gingival recession, thus, it should be considered.

Keywords: Gingival recession, Root coverage, Subepithelial connective tissue graft, Miller class III gingival recession

บทคัดย่อ

รายงานการรักษาเหงือกกร่นในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 34 ปี มีฟันหน้าสบคร่อม ในตำแหน่งฟันหน้าล่างซี่ 41, 42 และ 32 ร่วมกับการสูญเสียกระดูกและเนื้อเยื่อปริทันต์บริเวณระหว่างฟันจึงจัดอยู่ในลักษณะที่ 3 ตามเกณฑ์ของ Miller ภาวะเหงือกกร่นที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเสียวฟันและมีปัญหาเรื่องความสวยงาม โดยเฉพาะฟันซี่ 41 ซึ่งมีเหงือกกร่นลึก 6 มิลลิเมตรและมีเหงือกยึด 1 มิลลิเมตรจึงทำการรักษาโดยการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อปิดผิวรากฟันด้วยวิธีการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ ติดตามการรักษา 5 ปีได้ผลการรักษาโดยคิดเป็นร้อยละของการปิดผิวรากฟันที่ซี่ 41 ดังนี้ หลังการรักษา 1 เดือน:ร้อยละ 83.3, ที่ 5 เดือน:ร้อยละ 66.7 ที่ 1 ปี:ร้อยละ 58.4, และไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ในปีที่ 3 ถึงปีที่ 5 ร้อยละ 50 จากการติดตามผลการรักษาพบว่า การรักษาเหงือกกร่นโดยการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อในผู้ป่วยรายนี้ สามารถปิดผิวรากฟันได้เพียงบางส่วน มีร้อยละของการปิดผิวรากฟันลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 ปีหลังการรักษาและมีระดับคงที่ในปีที่ 3 ถึงปีที่ 5 หลังการรักษา เช่นเดียวกับความกว้างของเหงือกยึด หลังการรักษา 1 เดือนความกว้างของเหงือกยึดเพิ่มจาก 1 มิลลิเมตรเป็น 7 มิลลิเมตร, ที่ 5 เดือน 6 มิลลิเมตร, ที่ 1 ปี 5 มิลลิเมตรและมีระดับคงที่ 4 มิลลิเมตรในปีที่ 3 ถึงปีที่ 5 หลังการรักษา ดังนั้นการติดตามผลการรักษาในระยะยาวจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในผู้ป่วยที่มีฟันหน้าสบคร่อมพบว่าการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขการสบฟันสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเหงือกกร่นได้จึงควรพิจารณาการรักษาร่วมกับทันตแพทย์จัดฟัน

คำสำคัญ: เหงือกกร่น, การผ่าตัดปิดผิวรากฟัน, การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ, เหงือกกร่นประเภทที่ 3 ของ Miller

บทนำ

เหงือกกร่น (gingival recession) คือภาวะที่ขอบเหงือกเคลื่อนตัวห่างจากรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน (cemento-enamel junction) ไปทางปลายรากฟันทำให้ผิวรากฟันโผล่ ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการอักเสบของอวัยวะปริทันต์หรือจากแรงที่กระทำต่ออวัยวะปริทันต์ ก่อให้เกิดการสูญเสียเส้นใยเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal connective tissue fiber) และกระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone)¹ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น เหงือกบาง ปริมาณเหงือกยึด (attached gingiva) น้อย มีความผิดปกติของกระดูก ตำแหน่งของฟันผิดปกติ และการยึดเกาะของกล้ามเนื้อริมฝีปากสูง เป็นต้น ภาวะเหงือกกร่นมักก่อให้เกิดปัญหาด้านความสวยงาม รากฟันสึก มีอาการเสียวฟัน และทำความสะอาดยากเสี่ยงต่อการผุของรากฟัน²

การรักษาภาวะเหงือกกร่นมีหลายวิธี²⁻⁵ ได้แก่ การอุดฟัน ใส่เหงือกเทียม การจัดฟัน การผ่าตัดแก้ไขตำแหน่งยึดเกาะของกล้ามเนื้อริมฝีปาก และการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อปิดผิวรากฟัน ทั้งนี้ การเลือกวิธีการรักษาต้องพิจารณาถึงสาเหตุ อาการ ความรุนแรง และความคาดหวังของผู้ป่วย ในกรณีที่มีการร่นของเหงือกมาก มีอาการเสียวฟัน ขอบเหงือกไม่แข็งแรง มีปัญหาในการทำควาสะอาด มีปริมาณเหงือกยึดน้อยกว่า 2 มิลลิเมตรซึ่งอาจมีผลให้เกิดการร่นของขอบเหงือกเพิ่มขึ้น⁵ เป็นข้อบ่งชี้ในการพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์ซึ่งมีหลายวิธีเช่น การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเหงือกจากบริเวณข้างเคียง (The laterally positioned pedicle graft) การปลูกถ่ายเหงือกอิสระ (free gingival graft) การเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (coronally positioned flap) และการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ (subepithelial connective tissue graft) เป็นต้น

การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อเป็นหนึ่งในวิธีการผ่าตัดปิดผิวรากฟันที่นิยมเลือกใช้ในกรณีที่มีเหงือกยึดไม่เพียงพอ มีระดับการร่นของเหงือกมาก รากฟันนูน ข้อดีของการผ่าตัดปิดผิวรากฟันด้วยวิธีนี้คือ มีปริมาณเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายอย่างเพียงพอ ช่วยเพิ่มปริมาณเหงือกยึด คาดเดาผลการรักษาได้ สามารถแก้ไขภาวะเหงือกกร่นได้ครั้งละหลายซี่และให้สีของเหงือกกลมกลืนกับสีเหงือกเดิมจึงเหมาะกับผู้ป่วยที่มีความคาดหวังด้านความสวยงาม^{4-5, 7-10}

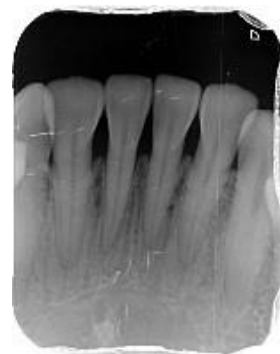
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 34 ปี อาชีพครูโรงเรียนเอกชน ปฏิเสธโรคประจำตัวและไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ มาด้วยอาการ

สำคัญคือมีเหงือกกร่นที่ฟันซี่ 41 (ฟันตัดล่างแท้ซี่กลางด้านขวา) รู้สึกว่าไม่สวยและมีอาการเสียวฟัน จากการตรวจภายในช่องปากพบการสบฟันผิดปกติในลักษณะฟันหน้าสบคร่อม (anterior crossbite) ไม่พบการสบกระแทกในฟันหน้า ฟันหน้าล่างโดยเฉพาะซี่ 41 อยู่ในตำแหน่งยื่นมาทางด้านแก้ม มีกระดูกปกคลุมบางส่วนร่วมกับเหงือกที่บริเวณฟันหน้าล่างมีลักษณะบางซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดเหงือกกร่นในผู้ป่วยรายนี้ พบภาวะเหงือกกร่นที่ฟันหน้าล่างทุกซี่ ซี่ 41 มีเหงือกกร่น 6 มิลลิเมตร ร่องเหงือกลึก 1 มิลลิเมตร ขอบเหงือกบางสีชมพูซีด มีเหงือกยึด 1 มิลลิเมตร ฟันซี่ 42 (ฟันตัดล่างแท้ซี่ข้างด้านขวา) ซี่ 31 (ฟันตัดล่างแท้ซี่กลางด้านซ้าย) และซี่ 32 (ฟันตัดล่างแท้ซี่ข้างด้านซ้าย) มีเหงือกกร่น 3 มิลลิเมตร เหงือกยึด 4 มิลลิเมตร ไม่มีอาการเสียวฟัน เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (interdental papilla) อยู่ต่ำกว่าระดับปกติเล็กน้อยทำให้มีช่องว่างระหว่างฟัน ฟันทุกซี่ไม่โยก (ภาพที่ 1) ภาพถ่ายรังสีพบกระดูกเบ้าฟันถูกทำลายบางส่วน (ภาพที่ 2) ฟันซี่ 41, 42, 31 และ 32 จึงได้รับการวินิจฉัยเป็นฟันซึ่งมีภาวะเหงือกกร่นในลักษณะที่ 3 ตามเกณฑ์ของ Miller⁶ (ลักษณะที่ 3 ขอบเหงือกกร่นถึงหรือต่ำกว่ารอยต่อเหงือกกับเยื่อเมือก มีการสูญเสียกระดูกและเนื้อเยื่อปริทันต์บริเวณระหว่างฟัน ฟันไม่อยู่ในตำแหน่งปกติ การรักษาปิดผิวรากฟันไม่สามารถเกิดขึ้นโดยสมบูรณ์) ผู้ป่วยมีการดูแลอนามัยช่องปากดี พบหินน้ำลายและเหงือกอักเสบเล็กน้อยที่บริเวณฟันหน้าล่างด้านซ้าย ผู้ปฏิเสธการรักษาเพื่อแก้ไขการสบฟันในลักษณะฟันหน้าสบคร่อมโดยการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกร



ภาพที่ 1 ฟันซี่ 32- 42 มีเหงือกกร่นร่วมกับการสูญเสียกระดูกและเนื้อเยื่อปริทันต์บริเวณระหว่างฟัน



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายรังสีพบการทำลายกระดูกเบ้าฟันบางส่วน

ก่อนการทำศัลยกรรมปริทันต์ ผู้ป่วยได้รับการแนะนำและฝึกการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง ได้รับการชุดหินน้ำลายทั้งปาก ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการประเมินผลการรักษา เนื่องจากเหงือกที่ฟันซี่ 41 ซึ่งมีลักษณะบาง มีการร่นของเหงือกลึก 6 มิลลิเมตร มีปริมาณเหงือกยึดเพียง 1 มิลลิเมตรรวมกับการมีเหงือกกร่นที่ฟันซี่ข้างเคียงด้วยซึ่งอาจพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์โดยการปลูกถ่ายเหงือกอิสระเพื่อปิดผิวรากฟันและเพิ่มปริมาณเหงือกยึดได้ แต่ด้วยปัญหาเรื่องความสวยงามของผู้ป่วยจึงเลือกการรักษาโดยการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อจากเพดานข้างขวาบริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 31 เชี่ยวถึงด้านใกล้กลางของฟันซี่แรก จากปริมาณเนื้อเยื่อยึดต่อที่จำกัดร่วมกับปัญหาของผู้ป่วยคือเรื่องความสวยงามของฟัน 41 จึงวางแผนการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อเพียง 3 ซี่คือ 41, 42 และ 31 ที่บริเวณฟันหน้าล่างซึ่งเป็นตำแหน่งที่จะรองรับเนื้อเยื่อยึดต่อจากเพดานทำการผ่าตัดโดยลงรอยกริดในร่องเหงือกและรอยกริดในแนวตั้งที่ด้านใกล้กลางของฟันซี่ 31 และ 42 เปิดเหงือกในลักษณะแผ่นเหงือกที่ไม่มีเยื่อหุ้มกระดูก (partial thickness flap) ลึกถึงเยื่อเมือกช่องปาก (mucosal tissue) ตัดแต่งขึ้นเนื้อเยื่อยึดต่อที่ได้จากเพดานให้มีความหนาประมาณ 2 มิลลิเมตรนำมายาวคลุมพื้นที่ผิวรากฟันที่เหงือกกร่นและกระดูกโดยรอบประมาณ 3 มิลลิเมตร แล้วดึงแผ่นเหงือกขึ้นมาทางตัวฟันให้คลุมบนขึ้นเนื้อเยื่อยึดต่อเย็บเหงือก ให้คำแนะนำการดูแลแผลหลังการผ่าตัด

หลังการรักษา 1 เดือนพบระดับการร่นของเหงือกที่ซี่ 41, 42 และ 31 เหลือเพียง 1 มิลลิเมตร ที่ฟันซี่ 41 มีความกว้างของเหงือกยึด 7 มิลลิเมตร ผู้ป่วยพอใจในผลการรักษา (ภาพที่ 3) 5 เดือนหลังการรักษาพบระดับการร่นของเหงือกที่ซี่ 41 เพิ่มขึ้น 2 มิลลิเมตร มีเหงือกยึดกว้าง 6 มิลลิเมตร ซี่ 42 และ 32 มีเหงือกกร่น 1 มิลลิเมตร หลังการรักษา 1 ปี ฟันซี่ 41 มีเหงือกกร่น 2.5 มิลลิเมตร มีเหงือกยึดกว้าง 5 มิลลิเมตรและมีความหนาของเหงือกลดลงเล็กน้อย ซี่ 42 และ 32 มีเหงือกกร่น 1.5 มิลลิเมตรเหงือกยึดกว้าง 5 มิลลิเมตร (ภาพที่ 4) ติดตามการรักษานาน 3 ปี พบว่าฟันซี่ 41 มีเหงือกกร่น 3 มิลลิเมตร เหงือกยึดกว้าง 4 มิลลิเมตร ซี่ 42 และ 32 มีเหงือกกร่น 2 มิลลิเมตร เหงือกยึดกว้าง 5 มิลลิเมตร เมื่อติดตามการรักษาในปีที่ 4 และ 5 พบว่ามีระดับขอบเหงือกและความกว้างของเหงือกยึดไม่เปลี่ยนแปลงจากการติดตามในปีที่ 3 หลังการรักษา (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 3 หลังการรักษา 1 เดือน



ภาพที่ 4 หลังการรักษา 1 ปี



ก่อนการรักษา



หลังการรักษา 5 ปี

ภาพที่ 5 เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 5 ปี

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีการสบฟันผิดปกติในลักษณะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนซึ่งมีโอกาสพบการเกิดเหงือกกร่นได้ในฟันหน้าล่าง ซึ่งสัมพันธ์กับการมีกระดูกและเหงือกบาง ร่วมกับตำแหน่งฟันหน้าที่ยื่นในขากรรไกรล่าง¹¹⁻¹³ ภาวะเหงือกกร่นที่ฟันซี่ 41, 42 และ 31 พบการสูญเสียกระดูกและเนื้อเยื่อปริทันต์บริเวณระหว่างฟันบางส่วนจึงได้รับการวินิจฉัยเป็นฟันซึ่งมีภาวะเหงือกกร่นในลักษณะที่ 3 ตามเกณฑ์ของ Miller⁶ ผลการรักษาโดยการทำศัลยกรรมปริทันต์โดยการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อไม่สามารถปิดผิวรากฟันได้โดยสมบูรณ์ โดยพบผลหลังการรักษาที่ 1 เดือนสามารถปิดผิวรากฟันที่ซี่ 41 ได้ร้อยละ 83.3 เพิ่มความกว้างของเหงือกยึดจาก 1 มิลลิเมตรเป็น 7 มิลลิเมตร ที่ 5 เดือนหลังการรักษาพบการปิดผิวรากฟันร้อยละ 66.7 มีความกว้างของเหงือกยึด 6 มิลลิเมตร ที่ 1 ปีหลังการรักษาพบการปิดผิวรากฟันร้อยละ 58.4 มีความกว้างของเหงือกยึด 5 มิลลิเมตร เมื่อติดตามการรักษานาน 3 ปี ให้ผลการปิดผิวรากฟันร้อยละ 50 มีความกว้างของเหงือกยึด 4 มิลลิเมตรและได้ผลคงที่เมื่อติดตามการรักษาถึงปีที่ 5 ซึ่งสอดคล้องกับการทำนายผลการรักษาของ Miller⁶ และการศึกษาอื่น ๆ^{5, 14-16} พบว่าในภาวะเหงือกกร่นกลุ่มนี้ไม่สามารถทำการรักษาปิดผิวรากฟันได้โดยสมบูรณ์เนื่องจากข้อจำกัดจากปริมาณเซลล์เนื้อเยื่อปริทันต์ซึ่งทำหน้าที่สร้างเนื้อเยื่อยึดเกาะใหม่³ และไม่สามารถทำนายผลการรักษาในระยะยาวได้ เมื่อติดตามการรักษาเป็นเวลานานพบระดับการปิดผิวรากฟันและความกว้างของเหงือกยึดลดลงตามลำดับ¹⁴ ในกรณีผู้ป่วยรายนี้ซึ่งให้ผลการปิดผิวรากฟันร้อยละ 50 หลังการรักษา 5 ปีอาจมีปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จได้แก่ การดูแลอนามัยช่องปากที่ดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีโรคประจำตัว มีปริมาณเนื้อเยื่อปลูกถ่ายที่เพียงพอ สามารถปิดคลุมได้โดยรอบผิวรากฟัน ทั้งนี้มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการผ่าตัดปิดผิวรากฟันได้แก่^{5, 9, 15, 17-20}

1) ปัจจัยจากผู้ป่วย เช่น การดูแลอนามัยช่องปากที่ถูกต้อง การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว การมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล

2) สภาพของเหงือกและฟัน ได้แก่ สาเหตุของการเกิดเหงือกกร่น ลักษณะและชนิดของเหงือกมีผลต่อความหนาและความแข็งแรงของแผ่นเหงือก (เหงือกที่มีลักษณะบางมีความเสี่ยงที่จะเกิดการตายของแผ่นเหงือกหลังการผ่าตัด) ความกว้างของเหงือกยึดมีผลต่อความแข็งแรงของแผ่นเหงือกและมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา ปริมาณและคุณภาพของเยื่อเมือก ขนาดของเนื้อเยื่อปลูกถ่ายควรมีขนาดกว้างกว่าผิวรากฟันอย่างน้อย 3 มิลลิเมตรโดยรอบและมีความหนา 2 มิลลิเมตร

3) ตำแหน่งของฟันมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา โดยพบว่าฟันบนให้ผลการรักษาที่ดีกว่าฟันล่างเนื่องจากมีขนาด

ของเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันและกระดูกเบ้าฟันมากกว่าซึ่งส่งผลให้มีเลือดมาหล่อเลี้ยงในปริมาณที่มากกว่า นอกจากนั้นในฟันล่างอาจพบการยึดเกาะของกล้ามเนื้อริมฝีปากและความลึกของร่องปากตื้น

4) ความกว้างและลึกของขอบเหงือกกร่น การรักษาได้ผลดีในกรณีที่ขอบเหงือกกร่นมีความกว้างและลึกไม่เกิน 3 มิลลิเมตร

5) ความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่ออ่อนระหว่างฟัน (interproximal soft tissue integrity)

6) ระดับการสูญเสียกระดูกระหว่างฟันที่น้อยกว่า 3 มิลลิเมตร ให้ผลการรักษาดี

7) เทคนิคของการรักษา เช่นการออกแบบแผ่นเหงือกเทคนิคในการผ่าตัดและเย็บเมือก ความหนาของเยื่อเมือก การวางเยื่อเมือกและเย็บปิดแผล

8) ปัจจัยจากทันตแพทย์ เช่น ประสบการณ์ ความรู้ การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม และการประเมินผลการรักษา

การผ่าตัดปิดผิวรากฟันโดยวิธีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อถูกนำเสนอโดย Langer ตั้งแต่ปี ค.ศ.1985²¹ ลักษณะการหายของแผลในตำแหน่งที่ปิดผิวรากฟันทางจุลพยาธิวิทยาพบเป็นชนิดเยื่อเมือกเชื่อมต่อแบบแนวยาว (long junctional epithelium) เป็นส่วนใหญ่ อาจพบการสร้างเคลือบรากฟัน (cementum) และเนื้อเยื่อยึดต่อใหม่ (new connective tissue attachment) ได้บ้างในตำแหน่งผิวรากฟันที่อยู่ลึกทางปลายรากฟัน^{2, 3} บริเวณเพดานที่ถูกเกาะเนื้อเยื่อยึดต่อมีการหายของแผลโดยการสร้างเนื้อเยื่อยึดต่อใหม่ในระยะเวลาประมาณ 7 สัปดาห์และเนื้อเยื่อยึดต่อจะมีความแข็งแรงสมบูรณ์ประมาณ 9 สัปดาห์จึงสามารถนำไปปลูกถ่ายได้อีกครั้ง⁹ การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อเป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ต้องการเพิ่มเหงือกยึด ตำแหน่งที่ต้องคำนึงถึงความสวยงาม แม้จะเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยต้องมีแผลผ่าตัดถึง 2 ตำแหน่ง ใช้เวลาในการผ่าตัดนานและมีเทคนิคการรักษาที่ยุ่งยากก็ตาม^{8-10, 19} ปัจจุบันการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อปิดผิวรากฟันด้วยวิธีนี้ยังให้ผลการรักษาที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ และยังไม่มีการรักษาวิธีใดที่ให้ผลในการปิดผิวรากฟันในภาวะเหงือกกร่นลักษณะที่ 3 ของ Miller ได้สมบูรณ์ นอกจากนั้นยังไม่สามารถคาดเดาผลการรักษาได้ในระยะยาว^{5, 14-16} ข้อมูลที่นำเสนอขึ้นเพื่อแสดงผลการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อปิดผิวรากฟันในกรณีที่มีการร่นของเหงือกในลักษณะที่ 3 ตามเกณฑ์ของ Miller ซึ่งมีการติดตามผลการรักษาในระยะเวลานานถึง 5 ปี พบว่าเมื่อติดตามการรักษานานขึ้นความสำเร็จในการปิดผิวรากฟันและความกว้างของเหงือกยึดค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลาแต่ให้ผลการรักษาคงที่ในปีที่ 3 จึงควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ก่อนให้การรักษาและควรอธิบายผลการรักษาในระยะยาวให้ผู้ป่วยทราบก่อนทำศัลยกรรมปริทันต์ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับทราบผลการรักษาก่อนการผ่าตัดแล้วและพึงพอใจในผลการรักษา เพื่อความ

สำเร็จของการรักษาภาวะเหงือกกร่นในลักษณะที่ 3 ของ Miller ในอนาคตจึงควรทำการศึกษาและติดตามผลในระยะยาวเพื่อหาวิธีการรักษาที่ให้ผลดีและคาดเดาผลการรักษาได้ นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีฟันหน้าสบคร่อมซึ่งมีการศึกษาพบว่าการแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติโดยการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเหงือกกร่นได้¹¹ จึงควรพิจารณาการรักษา ร่วมกับทันตแพทย์ จัดฟันหรือในกรณีผู้ป่วยรายนี้ซึ่งปฏิเสธการรักษาโดยการจัดฟัน เพื่อแก้ไขการสบฟันก่อนการพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์นั้น ทันตแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการตรวจสอบการสบฟันของผู้ป่วยโดยละเอียดทั้งก่อน ระหว่างและหลังการรักษา เนื่องจากแรงกระทำจากจากสบฟันที่ผิดปกติของผู้ป่วยอาจส่งผลถึงการร่นของเหงือกหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์ในช่วง 3 ปีแรกหลังการรักษาซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบการสบกระแทกในฟันหน้าก่อนให้การ รักษาแต่ขาดการประเมินและตรวจสอบการสบฟันโดยละเอียด หลังการรักษา

รายงานการรักษาผู้ป่วยนี้เลือกใช้วิธีการรักษาเหงือกกร่นด้วยการการผ่าตัดปิดผิวรากฟันโดยวิธีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อโดยวิธีดั้งเดิมซึ่งให้ผลดีและยังคงใช้จนปัจจุบัน เป็นการรักษาภาวะเหงือกกร่นในผู้ป่วยที่มีเหงือกบาง มีตำแหน่งของฟันในขากรรไกรที่ยื่นมาด้านแก้ม ระดับการร่นลึกและมีเหงือกยึดเหลือน้อย ผลการรักษาแม้ไม่สามารถเกิดโดยสมบูรณ์ แต่ก็ได้ผลดีสามารถเพิ่มปริมาณเหงือกยึดได้เพียงพอผู้ป่วยมีความพึงพอใจ รายงานนี้มีการติดตามผลการรักษานานถึง 5 ปีทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษาซึ่งให้ผลดีมากในช่วงปีแรกหลังการผ่าตัดซึ่งหากไม่มีการติดตามการรักษาต่อเนื่องในระยะยาวอาจทำให้ทันตแพทย์ ประเมินผลการรักษาผิดได้ รายงานผู้ป่วยนี้จึงเป็นแนวทางในการติดตามการรักษาในระยะเวลานานเพื่อการประเมินผลการรักษาที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. J Periodontol 1992;63(6):489-95.
2. Trombelli L. Periodontal reparation in Gingival recession defects. Periodontol 2000 1999;19: 138-50.
3. Cario F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recession and predict root coverage outcome: an explorative and reliability study. J Clin Periodontol 2021;38(7):661-6.
4. Miller PD Jr. Root coverage grafting for reparation and aesthetics. Periodontol 2000 1993;1:118-27.
5. Mostafa D, Fatima N. Gingival recession and root coverage up to date, a literature review. Dentistry review 2022;2(1):1-10.
6. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodont Restorative Dent 1985;5(2):8-13.
7. Paolantonio M, di Murro C, Cattabriga A, Cattabriga M. Subpedicle connective tissue graft versus free gingival graft in the coverage of exposed root surfaces. A 5-years clinical study. J Clin Periodontol 1997;24(1):51-6.
8. Harris RJ, Miller LH, Harris CR, Miller RJ. A comparison of three techniques to obtain root coverage on mandibular incisors. J Periodontol 2005;76(10):1758-67.
9. Harris RJ. Root coverage with connective tissue grafts: an evaluation of short- and long- term results. J Periodontol 2002;73(9):1054-9.
10. da Silva RC, Joly JC, de Lima AF, Tatakis DN. Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. J Periodontol 2004;75(3):413-9.
11. Warmuz J, Jagielak M, Botzchart U, Seeliger J, Gedraget T, Dominiak M. Influence of morphological parameters on the development of gingival recession in class III malocclusion. Ann Anat 2016;206:64-72.
12. Jing WD, Xu L, Hou JX, Li XT. Association between periodontal biotype and clinical parameters: a cross-sectional study in patients with skeletal class III malocclusion. Clin J dent Res 2019;22(1):9-19.
13. Park JH, Hong JY, Ahn HW, Kim SJ. Correlation between periodontal soft tissue and hard tissue surrounding incisors in skeletal class III patients. Angle Orthod 2018; 88(1):91-9.

เอกสารอ้างอิง (References)

14. Fernández-Jiménez A, García-De-La-Fuente AM, Estefanía-Fresco R, Marichalar-Mendia X, Aguirre-Urizar JM, Aguirre-Zorzano LA. Complete root coverage in the treatment of Miller class III or RT2 gingival recessions: a systemic review and meta-analysis. *BMC Oral Health* 2021(21);145:1-18.
15. Aroca S, Barbieri A, Clementini M, Renouard F, de Sanctis M. Treatment of class III multiple gingival recessions: prognostic factors for achieving a complete root coverage. *J Clin Periodontol* 2018;45(7):861-8.
16. Nart J, Valles C, Mareque S, Santos A, Sanz-Moliner J, Pascual A. Subepithelial connective tissue graft in combination with a coronally advanced flap for the treatment of Miller class II and III gingival recession in mandibular incisors: a case series. *Int J Perio Res Dent* 2012;32(6):647-54.
17. Wennström JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. *J Clin Periodontol* 1996; 23(8):770-7.
18. Al-Zahrani MS, Bissada NF. Predictability of connective tissue grafts for root coverage: clinical perspectives and a review of literature. *Quintessence Int* 2005;36(8):609-16.
19. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetic: root coverage revisited. *Periodontol 2000* 2001;27 97-120.
20. Esteibar JR, Zorzano LA, Cundín EE, Blanco JD, Medina JR. Complete root coverage of Miller class III recessions. *Int J Perio Res Dent* 2011;31(4): e1-7.
21. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985;56(12);715-20.