

การทำศัลยกรรมผ่าตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่ที่เพดานปาก เพื่อการใส่ฟันปลอม

จุฬามาศ คงปาน ท.บ.ป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

Surgical Removal of large torus palatinus to put dentures

Abstract

The elderly often have the problem of occlusion. Chewing is not easy ,due to the loss of some teeth or losing teeth to the mouth. So there is need for dentures to replace natural teeth are removed. In order to enhance occlusion. Prior to the dentist will make dentures. An intraoral examination must be thoroughly. For diagnosis and treatment planning. In the case of patients with the irregular bone in the oral cavity. Which can be divided into three types according to the common areas are: 1. Palatine called torus palatinus 2. inside of the lower jaw, called a torus mandibularis 3. Outside of the jaw bone is called a buccal exostosis,found near the gum ridge cheeks. In Thailand was reported,patients with torus have 31.9% and is commonly found in adults. The irregular bone is caused by a thickening of the bone surface. The growth of abnormal bone surface slowly without pain. In terms of treatment, If the bones are small and do not cause problems. It is not necessary to be treated. But if you want to wear removable dentures. Then the position of the denture base to be placed over the button, these bones. This can cause ulceration from pressure of dentures. You should consider surgery to remove the bone out. The dentist must be an assessor. Considering the pros and cons of various co-factors. Involving patients with diseases such as medications that patients receive.Collaborative treatment will make dentures successful

Chutamat Kongpan, D.D.S.
Department of Dentistry,
Ronphiboon hospital
Nakhon si thammarat Province
80130

Keyword : Torus palatinus

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการบดเคี้ยว เคี้ยวอาหารได้ไม่สะดวก เนื่องจากสูญเสียฟันไปบางส่วนหรือสูญเสียฟันไปทั้งปาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องใส่ฟันปลอมเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่ถูกถอน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว โดยก่อนที่ทันตแพทย์จะทำฟันปลอม ต้องตรวจในช่องปากอย่างละเอียด เพื่อวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปุ่มกระดูกในช่องปาก ซึ่งสามารถแยกได้เป็น 3 แบบ ตามบริเวณที่พบ ได้แก่ 1. บริเวณเพดานปาก เรียกว่า torus palatinus 2. บริเวณด้านในของขากรรไกรล่าง เรียกว่า torus mandibularis 3. บริเวณด้านนอกของขากรรไกร เรียกว่า buccal exostosis เป็นปุ่มกระดูกที่พบบริเวณสันเหงือกด้านใกล้แก้ม ในประเทศไทย มีการรายงานว่า พบผู้ป่วยที่มี torus ร้อยละ 31.9 และมักจะพบในวัยผู้ใหญ่ ปุ่มกระดูกนี้เกิดจากการหนาตัวของผิวกระดูก การเจริญที่ผิดปกติของผิวกระดูกอย่างช้าๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด ในด้านการรักษานั้น ถ้าปุ่มกระดูกเหล่านี้มีขนาดเล็กและไม่ก่อให้เกิดปัญหา ก็ไม่จำเป็นต้องทำการรักษา แต่กรณีที่ต้องการใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ แล้วตำแหน่งของโครงสร้างฐานฟันปลอมจะต้องวางพาดผ่านปุ่มกระดูกเหล่านี้ ซึ่งอาจทำให้เป็นแผลจากแรงกดทับของฟันปลอม ก็ควรพิจารณาผ่าตัดตกแต่งเอาปุ่มกระดูกนี้ออก โดยทันตแพทย์จะต้องเป็นผู้ประเมิน โดยพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย ร่วมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ยาที่ผู้ป่วยได้รับ การให้ความร่วมมือในการรักษา จึงจะทำให้การทำฟันปลอมประสบผลสำเร็จ

คำรหัส : Torus palatinus

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

(ศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลรอนพิบูลย์

บทนำ

ปุ่มกระดูกที่พบในปาก เรียกว่า torus หรือ tori (ถ้ามีหลายอัน) ส่วนใหญ่มีลักษณะโค้งนูน อาจพบเป็นก้อนเดี่ยว ๆ หรือหลายก้อนติดกันเป็นพู่ ๆ พบได้ในวัยหนุ่มสาวขึ้นไป และปุ่มกระดูกจะโตขึ้นตามอายุ ปุ่มกระดูกนี้เกิดจากการหนาตัวของผิวกระดูก การเจริญที่ผิดปกติของผิวกระดูกอย่างช้า ๆ และโตมากที่สุดเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการเจ็บปวดใด ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัว แม้ผ่าตัดออกไปแล้ว ก็จะมีออกมาใหม่ได้ ถ้าฟันบริเวณนั้นยังใช้งานหนักอยู่เช่นเดิมแต่ไม่มีอันตรายร้ายแรง

Castro et al. (1990)¹ ให้คำจำกัดความของปุ่มกระดูก ว่าเกิดจาก congenital bony protuberance with benign characteristics โดย osteoblasts ทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดการสะสมของกระดูกตามแนว fusion ของ palate และ/หรือตามแนวยาวของขากรรไกรล่างเหนือ mylohyoid line ตำแหน่งฟันกรามน้อย (premolar) และตำแหน่งฟันเขี้ยว (canine) จะมีขนาดโตขึ้นอย่างช้าๆ และสามารถหยุดโตได้เอง

ปุ่มกระดูกเพดานปากที่พบในคนไทย มีความชุกของโรค ร้อยละ 58.1 มักพบในผู้ใหญ่มากกว่าในเด็ก และพบในผู้หญิง (ร้อยละ 67.3) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 48.8) พบขนาดเล็กและขนาดกลางได้บ่อยกว่าขนาดใหญ่ ตำแหน่งที่พบได้บ่อย คือ บริเวณฟันกรามน้อยและฟันกรามใหญ่²

จากการศึกษาของ Jainkittivong & Langlais (2000)³ พบอุบัติการณ์การเกิด tori ร้อยละ 26.9 ส่วนการศึกษาของ Al-Bayaty et al. (2001)⁴ พบอุบัติการณ์การเกิด tori ร้อยละ 12.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Bruce et al. (2004)⁵ ซึ่งพบร้อยละ 14.6 สาเหตุการเกิดปุ่มกระดูกยังไม่ทราบแน่ชัด⁶ แต่ปัจจุบันที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าเกิดจากพันธุกรรม⁷ จากการศึกษาของ Eggen (1989)⁸ พบว่า mandibular tori เกิดจากพันธุกรรมร้อยละ 29.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และประมาณร้อยละ 70 เกิดจากปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น occlusal stress, superficial injuries หรือการพัฒนาเพื่อตอบสนองของกล้ามเนื้อจากแรงบดเคี้ยวจาก หรือในผู้ป่วย

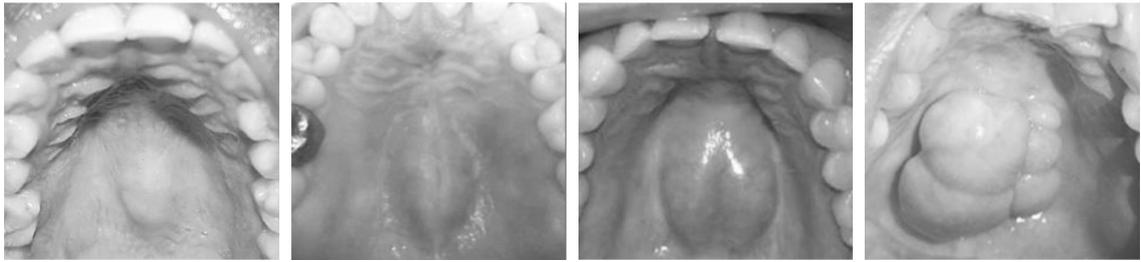
ที่มีฟันสึกที่เกิดจากการบดเคี้ยว⁹

จากการศึกษาของ Reichart et al. (1988)¹⁰ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง torus กับการมีฟันสึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Sirirungrojying & Kerdpon (1999)¹¹ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง torus mandibularis กับการมี parafunctional habits แต่ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับ torus palatinus และพบว่า การมี torus mandibularis สามารถบ่งบอกถึงความเสี่ยงที่จะทำให้อ

เกิด temporomandibular disorders

การศึกษาศาสตร์ส่วนใหญ่พบว่า torus palatinus พบได้บ่อยกว่า torus mandibularis^{3,7} และจากการศึกษาของ Al-Bayaty et al. (2001)⁴ อายุเฉลี่ยที่พบ torus mandibularis คือ 30.7 ปี อายุเฉลี่ยที่พบ torus palatinus คือ 39.2 ปี

การจำแนกรูปร่างของ torus palatinus มี 4 รูปแบบ ได้แก่ (ดังรูปที่ 1)



A. flat

B. spindle

C. nodular

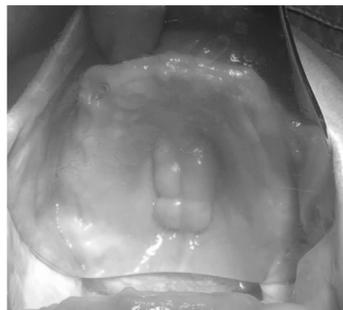
D. lobular

รูปที่ 1 แสดงการจำแนกรูปร่างปุ่มกระดูกเพดานปากตามลักษณะรูปร่าง

ในคนไทยมักพบชนิด spindle มากกว่าชนิดอื่น¹ และถ้าเป็น nodular หรือ lobular จะมี median groove ไปตาม median palatal suture (ดังรูปที่ 1 : C , D)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการ เคี้ยวอาหารได้ไม่ค่อยสะดวก เนื่องจากฟันถูกถอนไปแล้วหลายซี่ ต้องการใส่ฟันปลอม มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงซึ่งควบคุมได้ (controlled HT) รักษาที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ปฏิเสธการแพ้ยา และแพ้สารใดๆ ไม่ได้ทานยาละลายลิ่มเลือดใดๆ ตรวจภายในช่องปากพบว่า ผู้ป่วย มีปุ่มกระดูกที่เพดานปาก ลักษณะ polylobulated shape ขนาด 20 * 22* 7 mm³ และพบ irregular alveolus with sharp bony projections area ที่ซี่ 13 (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ภาพปุ่มกระดูกที่เพดานปากก่อนทำการรักษา

การวินิจฉัย คือ large torus palatinus , 13^B area bony exostosis และผู้ป่วยรายนี้ต้องการทำฟันปลอมเพื่อใช้ในการบดเคี้ยวอาหารจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องการผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปาก^{3,5} และปุ่มกระดูก ยื่นแหลมที่ซี่ 13^B area ก่อนใส่ฟันปลอม เนื่องจากเนื้อเยื่อที่ปกคลุมเหนือปุ่มกระดูกบาง ได้รับการบาดเจ็บ (trauma) เป็นผลง่าย และเมื่อใส่ฟันปลอมไปกดทับปุ่มกระดูกบริเวณนี้ จะเกิดการกระแทก ทำให้เกิดการอักเสบ ทั้งนี้เมื่อให้คำแนะนำ

อธิบายแผนการรักษา ระยะเวลาการรักษา และขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมของช่องปากก่อนใส่ฟันปลอม ตลอดจนปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและภายหลังการผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติยินยอมรับการรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้ โดยนัดผู้ป่วยมาแต่งกระดูกยื่นแหลมที่ 13^B area และพิมพ์ปากเพื่อให้ได้แบบหล่อ (รูปที่ 3) เพื่อทำฝือกปิดแผล (surgical stent) (รูปที่ 4) หลังผ่าตัดปุ่มกระดูกที่เพดานแข็งเรียบร้อยแล้ว



รูปที่ 3 Individual cast



รูปที่ 4 Surgical stent

ผ่าตัดปุ่มกระดูกที่เพดานปากภายใต้ยาชาเฉพาะที่ และเปิดแผ่นเหงือก โดยกรีดผ่านกึ่งกลางของปุ่มกระดูกตามแนวเส้นแบ่งกึ่งกลางเพดานจากขอบหน้าไปจนถึงขอบหลังของปุ่มกระดูก จากนั้นลงมีดบริเวณปลายทั้งสองของรอยกรีดแรกเป็นรูปตัว “V” จะได้รอยกรีดเป็นรูปตัว “V” สองตัวชนกันเลาะเปิดแผ่นเหงือกเป็น mucoperiosteal flap ขณะเลาะต้องระวังการฉีกขาดของแผ่นเหงือก เพราะแผ่นเหงือกมีลักษณะบาง อาจขาดได้ง่าย ทำ traction suture โดยใช้ไหมเย็บผูกแผ่นเหงือก ทั้ง 2 ข้างยึดกับเนื้อเยื่อข้างเคียง (ดังรูปที่ 5) เพื่อให้การผ่าตัดง่ายขึ้นไม่ทำอันตรายต่อแผ่นเหงือก ใช้หัวกรอตัดแบ่งปุ่มกระดูกเป็นส่วนเล็กๆ โดยให้ร่องที่กรอแบ่งลึกถึงฐานของปุ่มกระดูก จากนั้นใช้rongeur forcep (end-cutting) ค่อยๆ นำปุ่มกระดูกออกทีละส่วนจนหมด (ดังรูปที่ 6) กรอแต่งกระดูกให้เรียบ และirrigate ด้วยน้ำเกลือ (ดังรูปที่ 7) ตัดเหงือกส่วนเกินที่เกยกันออกเพื่อให้ขอบเหงือกชนกันพอดี นำแผ่นเหงือกกลับเข้าที่เดิม แล้วเย็บปิดด้วย black silk โดยวิธี simple interrupted suture (ดังรูปที่ 8)

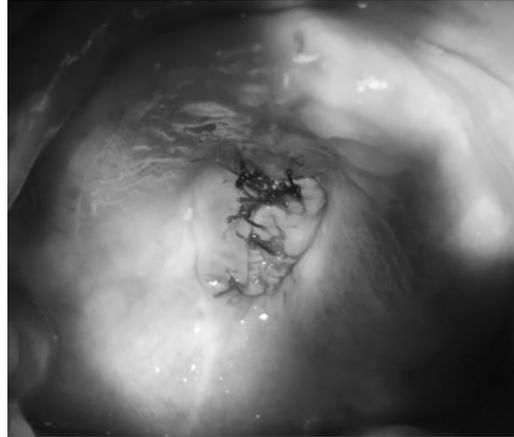


รูปที่ 5 การทำ traction suture

รูปที่ 6 ใช้ rongeur forcep ค่อยๆ นำปุ่มกระดูกออก
หลังกรอแบ่งกระดูกเป็นส่วนเล็กๆ

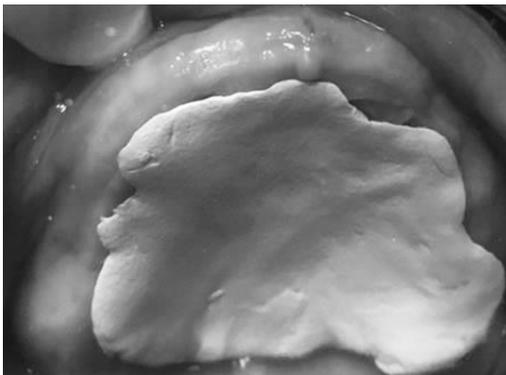


รูปที่ 7 กรอแต่งกระดูกให้เรียบ

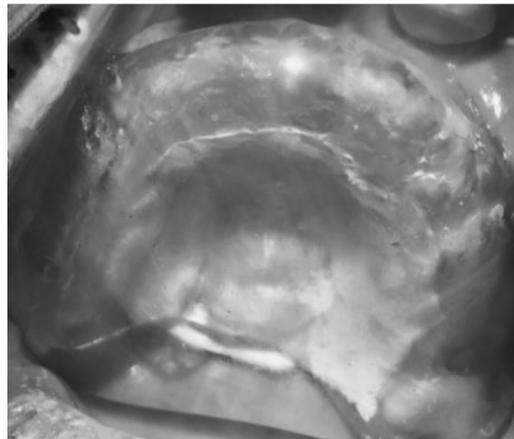


รูปที่ 8 นำแผ่นเหงือกกลับเข้าที่เดิม
แล้วเย็บปิดด้วย black silk

ปิดแผลด้วย Coe-Pack (ดังรูปที่ 9) และปิดอีกชั้นด้วยเยื่อพลาสติก (surgical stent) โดยเย็บติดกับเพดานปาก 2 ตำแหน่ง (ดังรูปที่ 10) ปิดแผลโดยทิ้งไว้เวลานานประมาณ 3 วัน จ่ายยาแก้ปวด (Paracetamol 500 mg/tab 20 tabs Sig. 2 tabs p.o. prn for pain ,q 4-6 h.) และยาต้านจุลชีพ (Amoxicillin 500 mg/cap 15 caps Sig. 1 cap p.o. tid pc)



รูปที่ 9 ปิดแผลด้วย Coe-Pack



รูปที่ 10 ปิดแผลอีกชั้นด้วย surgical stent
โดยเย็บติดกับเพดาน

ผลการติดตาม (Recheck)

นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 3 วัน

นำ Coe-Pack และ surgical stent ออก และล้างแผลด้วยน้ำเกลือ พบว่าแผลผ่าตัดหายปกติดี ไม่ปวดแผล มีอาการบวมเล็กน้อย ไม่มีหนอง ไม่พบการติดเชื้อ คลำเจ็บเล็กน้อย (ดังรูปที่ 11)



รูปที่ 11 แสดงแผลหลังผ่าตัด 3 วัน รูปที่ 12 แสดงแผลหลังผ่าตัด 7 วัน รูปที่ 13 แสดงแผลหลังผ่าตัด 14 วัน

นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 7 วัน

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล มีอาการบวมเพิ่มขึ้น ไม่มีหนอง ไม่พบการติดเชื้อ โหนกหูบางส่วน มีแผลเปิด มี granulation tissue และ bone exposed ที่ตำแหน่ง midline of palate ,คลำ palatal soft tissue พบว่า firm in consistency และมีอาการปวดเล็กน้อย จึงได้ตัดไหมและ observe อาการ 1 สัปดาห์ (ดังรูปที่ 12)

นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 14 วัน

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล มี slough tissue อยู่บางส่วน, bone exposed ยื่นออกมาที่ตำแหน่ง midline of palate และด้านหลังของปุ่มกระดูกเพิ่มขึ้น, คลำ palatal soft tissue พบว่า firm in consistency และคลำมีอาการปวดเล็กน้อย จึงได้อธิบายถึงปัจจัย/สาเหตุที่ทำให้แผลเปิด และแนะนำการผ่าตัดตกแต่ง bone exposed ที่เพดานปากเพิ่มเติมครั้งที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยได้ยินยอมเข้ารับการรักษาดังกล่าว ดังนั้นจึงได้เปิดเหงือกเพื่อกรอตัดแต่งกระดูกที่เพดานปากเพิ่มเติมใน visit นี้ทันที (ดังรูปที่ 13)

นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 1 เดือน

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล คลำไม่เจ็บ แผลยังมีสีชมพูลักษณะเป็นชั้น ๆ บอบบาง (ดังรูปที่ 14)



รูปที่ 14 แสดงแผลหลังผ่าตัด 1 เดือน



รูปที่ 15 แสดงแผลหลังผ่าตัด 2 เดือน

นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 2 เดือน

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล แผลผ่าตัดหายดี (ดังรูปที่ 15)

บทวิจารณ์

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักสูญเสียฟันธรรมชาติ ทำให้มีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกร ส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยวและลักษณะใบหน้า มักมาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาเคี้ยวอาหารได้ไม่สะดวก มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น การทำฟันปลอมทั้งปากให้ผู้ป่วยพึงพอใจขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน เช่น การบดเคี้ยว ใส่ฟันปลอมสบายไม่เจ็บ และมีความสวยงามนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว สถานะภาพทางสังคม ก็มีผลต่อความสำเร็จในการทำฟันปลอมอีกด้วย

รอยโรคในช่องปากบางชนิดไม่จำเป็นต้องให้การรักษาดำเนินการหากรอยโรคนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย^{2,4} เช่น มีปมกระดูกขนาดเล็กในช่องปากที่สามารถทำฟันปลอมเว้าหลบได้ และไม่ส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงของฟันปลอม แต่หากผู้ป่วยมีปมกระดูกขนาดใหญ่ ที่กีดขวางต่อการใส่ฟันปลอม ทันตแพทย์ควรผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วยก่อนทำฟันปลอม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันปลอมได้โดยไม่มีอาการเจ็บสามารถใช้ฟันปลอมในการบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยรายนี้มีปมกระดูกเพดานปากชนิด polylobulated shape ขนาดใหญ่ ซึ่งพบได้น้อย ในคนไทยมักพบชนิด spindle มากกว่าชนิดอื่นๆ¹ การที่ปมกระดูกมีขนาดใหญ่มากจนเต็มพื้นที่แฉกของเพดานปาก ทำให้ขัดขวางต่อการใส่ฟันปลอมเป็นอย่างมาก ทันตแพทย์ไม่สามารถทำฟันปลอมเว้าหลบปมกระดูกขนาดใหญ่ในรายนี้ได้ ผู้ป่วยจึงควรได้รับผ่าตัดการแก้ไขก่อนทำฟันปลอมเพื่อเพิ่มการยึดอยู่และเสถียรภาพให้ฟันปลอม การที่ฟันปลอมหลวมจะทำให้ความสามารถในการบดเคี้ยวลดลงและส่งผลให้ผู้ป่วยเคี้ยวไม่สะดวก ไม่อยากรับประทานอาหาร ทำให้ขาดสารอาหาร ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย

ในขั้นตอนของการผ่าตัด ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มักแนะนำให้หลังรอยกรีดที่กึ่งกลางของปมกระดูกตามแนวเส้นแบ่งกึ่งกลางเพดานจากขอบหน้าไปจนถึงขอบหลังของปมกระดูก เป็นรูปตัว double Y ที่ด้านหน้าและ

ด้านท้ายของปมกระดูก^{12,13} ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาท greater palatine ได้ ส่งผลให้มีเลือดออกมากกว่าปกติได้ง่ายที่บริเวณเพดานอ่อน แต่ในผู้ป่วยรายนี้ ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ลงรอยกรีด เป็นรูปตัว Y ลักษณะสั้นๆ บริเวณด้านท้ายของปมกระดูก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ในส่วนของการเลือกใช้เครื่องมือในการสกัดปมกระดูก ตำราหลายเล่มแนะนำให้ใช้ สิ่ว (chisel) และ ค้อน (hammer)¹²⁻¹⁴ ค่อยๆ สกัดปมกระดูกออกทีละส่วนจนหมด ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงโดยมิได้ตั้งใจได้ (iatrogenic injury) เนื่องจากควบคุมแรงของมือได้ยาก มีโอกาสเครื่องมือพลาดไปโดนอวัยวะอื่นเสียหายได้ เช่น การแตกหักของกระดูกเพดานปาก การทะลุเข้าไปในโพรงจมูก นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสทือนมากขณะกำลังใช้สิ่วและค้อนตอกเพื่อสกัดปมกระดูก ดังนั้นในผู้ป่วยรายนี้ ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาจึงเลือกใช้วิธีการผ่าตัดที่นุ่มนวล และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด โดยการใช้หัวกรรตัดแบ่งปมกระดูกเป็นส่วนเล็กๆ ก่อน และใช้ rongeur forcep ค่อยๆ นำปมกระดูกออกทีละส่วนจนหมด จากนั้นใช้หัวกรรตกรแต่งกระดูกให้เรียบเพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปมกระดูกเพดานปากขนาดใหญ่รายนี้ ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาได้ทำเยือกพลาสติก (stent) ปิดแผล เพื่อป้องกันมิให้มีก้อนเลือดขนาดใหญ่เกิดขึ้น (hematoma) ได้แผ่นเยือกที่เย็บปิด และผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น และนัดมาเอาstentออกภายใน3วัน เพื่อป้องกัน flap necrosis จาก stent ที่กดทับบริเวณผ่าตัดมากไป แม้ว่าจะระหว่างการผ่าตัดจะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี แต่กลับพบปัญหาในระหว่างช่วงการติดตามอาการหลังผ่าตัด ซึ่งปัญหาที่พบได้แก่ ไหมเย็บหลุดบางส่วน ทำให้แผลบางส่วนแยกจากกัน อาจมีผลทำให้แผลหายช้ากว่าปกติ และหลังจากนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการในครั้งถัดไปพบว่ายังพบปมกระดูกได้เนื้อเยื่อที่เพดานยื่นนูน และเป็นสันคมอยู่บางตำแหน่ง โดยเฉพาะตามส่วนขอบและด้านหลังของปมกระดูก ซึ่งเมื่อตรวจคลำดูผู้ป่วยยังมีอาการปวด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการกรรตกระดูกตรงกลางเพดานยังไม่เรียบพอ ทำให้ยัง

พบปุ่มกระดูกนูนอยู่ และตามสันขอบของปุ่มกระดูกซึ่งเป็นบริเวณที่ใกล้แผ่นเหงือก ห้ากรอใหญ่ไม่สามารถกรอเข้าถึงบริเวณแคบๆ ได้ ทำให้ยังหลงเหลือสันกระดูกคมอยู่ ดังนั้นจึงได้อธิบายผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการเข้าไปกรอปุ่มกระดูกเพิ่มเติมครั้งที่ 2 เนื่องจากถ้าทำฟันปลอมทดแทนปุ่มกระดูกที่ยื่นแหลมที่ยังคงเหลืออยู่จะทำให้เกิดการอักเสบ เป็นแผลเรื้อรังจนไม่สามารถใส่ฟันปลอมต่อเนื้อได้ ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว และนัดมาตรวจดูผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการนัดผู้ป่วยมาตรวจพบว่า มี slough tissue จึงทำให้ต้องมีการล้าง ทำความสะอาดแผลต่อเนื่อง หลังจากนั้นแผลก็หายเป็นปกติ

ข้อควรระวังในผู้ป่วยรายนี้คือ ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิต ซึ่งมีผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ทำให้ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) จึงควรระมัดระวังขณะที่ผู้ป่วยจะลุกขึ้นจากเก้าอี้ทำฟัน

ในส่วนของปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยเองที่ส่งผลกระทบต่ออาการหายของแผล ได้แก่ อายุ การหายของแผลจะช้ากว่าคนหนุ่มสาว เนื่องจากมีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย การสร้างหลอดเลือดซ้ำ การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลลดลง หลังการติดตามอาการไป 2 เดือน แผลก็หายเป็นปกติ ผู้ป่วยมารับการรักษาขั้นตอนอื่นๆ และทำฟันปลอมเสริมสมบูรณ์ และแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจช่องปากและฟันปลอมทุก 6 เดือน ฟันปลอมที่ดี ไม่ได้ขึ้นอยู่กับขั้นตอนการทำฟันปลอมเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับลักษณะของสันเหงือกทั้งกระดูกและเนื้อเยื่อที่รองรับด้วย ปุ่มกระดูกเพดานปากก็เป็นรอยโรคที่พบได้บ่อย ทันตแพทย์ควรให้ความสำคัญในการตรวจรอยโรคในช่องปาก เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความรู้ การฝึกปฏิบัติ ประสบการณ์ และความชำนาญในการทำงาน ประกอบกันจึงจะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ

บทสรุป : การคัดลอกกรรมเตรียมความพร้อมของช่องปากก่อนใส่ฟันปลอม เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อฟื้นฟูสภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งมีขั้นตอนในการผ่าตัดค่อนข้างยุ่งยาก และจำเป็นต้องเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่

ก่อนให้การรักษา ทันตแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนการรักษา วิธีการผ่าตัด ควรมีความพร้อมในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมทั้งควรติดตามผลการรักษาจนกว่าแผลจะหายดีก่อนทำฟันปลอมให้ผู้ป่วย และควรใส่ใจในความคาดหวังเกี่ยวกับฟันปลอมของคนไข้ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Castro Reino O, Perez Galera J, Perez Cosio Martin J, Urbon Caballero J. Surgical techniques for the exeresis of torus, both palatal and mandibular. Rev Actual Odontoestomatol Esp; 1990;50:47-50, 53-6.
2. Apinhasmit W, Jainkittivong A, Swasdison S. Torus palatinus and torus mandibularis in Thai population. ScienceAsia; 2002;28:105-11.
3. Jainkittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod; 2000;90:48-53.
4. Al-Bayaty HF, Murti PR, Matthews R, Gupta PC. An epidemiological study of tori among 667 dental outpatients in Trinidad & Tobago, West Indies. Int Dent J; 2001;51:300-4.
5. Bruce I, Ndanu TA, Addo ME. Epidemiological aspects of oral tori in a Ghanaian community. Int Dent J; 2004;54:78-82.
6. Sonnier KE, Horning GM, Cohen ME. Palatal tubercles, palatal tori, and mandibular tori: prevalence and anatomical features in a U.S. population. J Periodontol; 1999;70:329-36.

7. Kerdpon 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.
8. Eggen S. Torus mandibularis: an estimation of the degree of genetic determination. *Acta Odontol Scand*; 1989;47:409-15
9. Martínez-González JM. Tumores benignos de los maxilares [Benign tumors of the maxilla]; 1998 ; 2 : 627-39
10. 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.
11. Sirirungrojying S, Kerdpon D. Relationship between oral tori and temporomandibular disorders. *Int Dent J*; 1999;49:101-4.
12. Peterson L.J., Ellis E.III, Hupp J.R. and Tucker M.R.: *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery* 4th edition, Mosby – Year Book, Inc; 2003, PP.248 – 304
13. McGowan D.A.: *An Atlas of Minor Oral Surgery Principle and Practice* 2nd edition, Martin Duntiz Ltd.; 1999, PP.73 – 84
14. Fragiskos F.D.; *Oral Surgery* 1st edition, Springer Berlin Heidelberg; 2007, PP.243 - 280

