

รายงานผู้ป่วย

การตัดเหงือกยึดร่วมกับการทำ Double Papilla Laterally Positioned Flap : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สินิทธิ์ โกศลนันท์ ท.บ.*

Abstract **The Frenectomy Combined with Double Papilla Laterally Positioned Flap : A Care Report**

Sinit Koslanun D.D.*

* Department of Dentistry, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2002;19:165-169.

In many cases it is necessary to perform a frenectomy to prevent reopening of a middle diastema following closure by orthodontic therapy. Often the loss of the interdental papilla between the maxillary incisors during the classic frenectomy creates an unacceptable esthetic result. A surgical technique combining a frenectomy with a double papilla positioned flap is presented. The interdental papilla is left surgically undisturbed if it is of physiologic size. If it is enlarged, gingivoplasty is performed to reduced it to an appropriate size. Closure across the midline by double papilla positioning gingival and healing by primary intension results in attached gingival across the midline. This attached gingival may have a bracing effect and thus aid in preventing orthodontic relapse (reopening of the diastema). The esthetic result is superior to that obtained with the classic frenectomy technique.

บทนำ

เนื้อยึด (frenum หรือ frenulum) คือแถบเล็กของเนื้อเยื่อเมือก (mucous membrane) ซึ่งยึดริมฝีปากและแก้มให้ติดกับกระดูกขาบน ซึ่งทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว เนื้อยึดมีทั้งด้านแก้มและด้านลิ้น

การจำแนกชนิดของเนื้อยึดด้านแก้มแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1. mucosal attachment คือ เนื้อยึดที่ยึดเกาะอยู่ในรอยต่อเหงือกเยื่อเมือก

2. gingival attachment คือ เนื้อยึดที่เกาะอยู่ในเหงือกยึด

3. papillary attachment คือ เนื้อยึดที่เกาะอยู่ในเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน

4. papillary penetrating attachment คือ เนื้อยึดที่แทรกผ่านเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันเข้าไปอยู่ในเหงือกยึดด้านเพดาน

Frenum pull syndrome คือเนื้อยึดที่สามารถดึงขอบเหงือกให้อ้าออก ทำให้ดราบจุลินทรีย์และเศษ

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

อาหารเข้าในช่องเหงือกซึ่งจะทำให้เกิดโรคปริทันต์ในที่สุด ถ้าทิ้งไว้ไม่กำจัดเนื้อเยื่อที่ผิดปกติออกจะทำให้เหงือกเริ่มเกิดช่องฟันห่าง เกิดการสะสมของคราบฟันต่าง ๆ ในช่องเหงือก และขัดขวางการแปรงฟันโดยเฉพาะเมื่อเนื้อเยื่อใหญ่หนาและกว้าง ทำให้เกิดการอักเสบได้ รวมถึงการขัดขวางการจัดฟัน¹ การเกิดเหงือกยึดผิดปกติส่วนใหญ่เกิดบริเวณด้านแก้มระหว่างฟันหน้า และบริเวณฟันเขี้ยว ฟันกรามน้อยทั้งบนและล่าง

ข้อบ่งชี้ในการตัดเหงือกยึดคือ

1. เมื่อเนื้อเยื่อขัดขวางการเคลื่อนไหวของริมฝีปากหรือลิ้น
2. เพื่อปิดช่องฟันห่างระหว่างการจัดฟัน
3. เพื่อกำจัดปัญหาความไม่สวยงาม
4. เมื่อเนื้อเยื่อในบริเวณสันเหงือกที่ถูกถอนฟันขัดขวางการใส่ฟัน

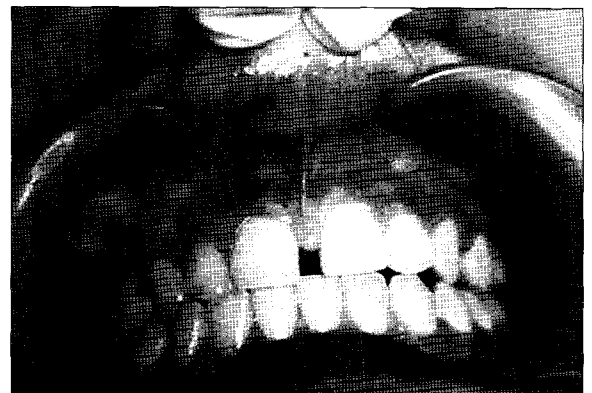
ในระยะก่อนปี พ.ศ. 2483 การตัดเนื้อเยื่อมักทำก่อนการจัดฟัน เพราะในสมัยนั้นมีเหตุผลว่าเนื้อเยื่อเป็นสาเหตุของการมีช่องฟันห่าง หลังจาก Broadbent และ Taylor ได้รายงานขั้นตอนการพัฒนาการขึ้นของฟัน โดยพบว่าเด็กที่อายุ 6 ปี มีช่องฟันห่างถึงร้อยละ 98 แต่เมื่ออายุ 12 ปี เด็กที่มีช่องฟันห่างจะมีเหลือเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น^{2,3} ในปัจจุบันการตัดเนื้อเยื่อจะไม่ทำจนกว่าฟันหน้าบนซึ่งเป็นฟันถาวรจะขึ้นเต็มที่ก่อน⁴ และจะทำหลังการจัดฟันปิดช่องห่างนั้นแล้วโดยที่ยังไม่ต้องเอาเครื่องมือจัดฟันออกเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse)

ในสมัยก่อนการตัดเนื้อเยื่อ มักกำจัดเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันและ palatine papilla ออกหมดเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถกำจัดเส้นใยกล้ามเนื้อที่ยึดเชื่อมระหว่างกล้ามเนื้อ orbicularis oris และ palatine papilla ออกให้หมด เพื่อไม่ให้เกิดเนื้อเยื่อขึ้นใหม่ซึ่งการทำเช่นนั้นทำให้เกิดความไม่สวยงามขึ้น เพราะไม่มีเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน^{5,6} Henry และคณะ พบว่ามีเส้นใยคอลลาเจนหนาแน่น เนื้อเยื่อยึดต่อหลวม ๆ และมีเส้นใย elastic fiber แต่ไม่พบเส้นใยกล้ามเนื้อในเนื้อเยื่อ⁷ จากการศึกษาดังกล่าวทำให้การตัดเนื้อเยื่อกระทำ

โดยไม่จำเป็นต้องกำจัดเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน ในปัจจุบันการพิจารณาตัดเนื้อเยื่อจะทำหลังการจัดฟัน และจะรอให้ฟันหน้าถาวรขึ้นก่อน Edward ศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาเนื้อเยื่อผิดปกติร่วมกับมีช่องฟันห่างระหว่างฟันหน้า พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างก่อนการจัดฟันและเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ โดยมีแนวโน้มที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 63.4 และการใช้ conservative surgical procedure ลดการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 6.48 Edward และ Miller ได้เสนอการตัดเนื้อเยื่อเพื่อลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำรวมถึงความสวยงามภายหลังการตัดเนื้อเยื่อ^{8,9}

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 15 ปี มาเพื่อต้องการตัดเนื้อเยื่อบริเวณฟันหน้าบน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์จัดฟัน ลักษณะเนื้อเยื่อเป็นแบบ high frenum attachment มีการยึดเกาะแบบ papilla attachment ระหว่างฟันซี่ # 11 และ # 21 โดยพบช่องฟันห่างประมาณ 3 mm. (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 เนื้อเยื่อบริเวณฟันหน้าบน มีการยึดเกาะแบบ papilla attachment

การตรวจร่างกายโดยทั่วไป

ผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา ขณะนี้กำลังเริ่มการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

การตรวจภายในช่องปาก

ผู้ป่วยมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพอนามัยช่องปาก

เป็นอย่างดี พบเหงือกอักเสบเล็กน้อยไม่พบเหงือกกร่น พบการสะสมของคราบจุลินทรีย์บริเวณขอบเหงือกทั่วไป โดยเฉพาะตำแหน่งของเหงือกของฟัน # 11 และ # 21 ที่มีเนื้อเยื่อผิดปกติ พบมีการติ่งรังของริมฝีปากบนจากเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ

การวางแผนการรักษา

การรักษาขั้นต้น

: ทำการซักถามประวัติผู้ป่วย ตรวจเหงือก และเยื่อเมือกในช่องปาก ประเมินการรักษาอนามัยช่องปากของผู้ป่วย จัดบันทึกประวัติผู้ป่วย ถ่ายภาพในช่องปาก และพิมพ์ปากเพื่อทำ study model

: ซักถามการรักษาอนามัยในช่องปาก ทำการสอนการรักษาอนามัยภายในช่องปากประกอบด้วย ชนิดของแปรงสีฟัน ลักษณะของขนแปรง วิธีการแปรงฟัน การทำความสะอาดซอกฟัน อุปกรณ์เสริมการทำความสะอาดซอกฟัน

: การขูดหินน้ำลายและการขัดฟัน

การรักษาขั้นแก้ไข

: ทำการผ่าตัดเนื้อเยื่อที่ผิดปกติโดยวิธี frenectomy with double papilla laterally positioned flap บริเวณฟัน # 11 และ # 21

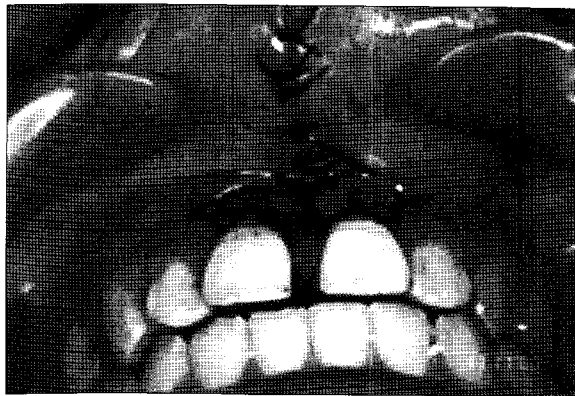
การรักษาขั้นประคับประคอง

: นัดผู้ป่วยทุก 6 เดือน เพื่อประเมินผลการรักษา การดูแลรักษาอนามัยช่องปากของผู้ป่วย ขูดหินน้ำลายและขัดฟัน

การรักษา

รักษาโดยผ่าตัดภายใต้การใส่ยาชา 2% octocaine with 1 : 100,000 epinephrine แบบ local infiltration ทางด้านริมฝีปากและด้านเพดานของฟันหน้าบน (# 23 - # 13) ทำการกรีดเป็นแนวนอนเพื่อแยกเนื้อเยื่อส่วนยอดจากเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันตัดเนื้อเยื่อออกให้เห็นกระดูกเบ้าฟันด้านริมฝีปากบริเวณ midline ทำการผ่าตัดเลื่อนแผ่นเหงือกจากเหงือกสามเหลี่ยมระหว่าง # 13 กับ # 12 และ # 23 กับ # 22

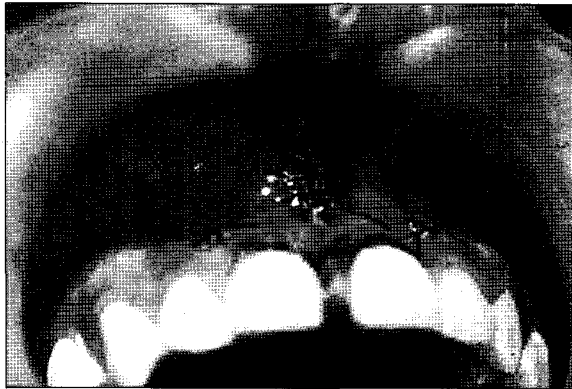
ด้านใกล้กลาง (mesial) มาเพื่อปิดบริเวณ midline ที่มีกระดูกโผล่ ตบแต่งเหงือกส่วนเกินของเหงือกสามเหลี่ยมด้านริมฝีปากและเพดาน เย็บปิดแผล (รูปที่ 2, 3) ปิดด้วย Coe-Pak แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยแปรงฟันหรือเคลื่อนไหวอย่างรุนแรงบริเวณที่ทำการผ่าตัดให้ยาต้านจุลชีพและยาแก้ปวด นัด 1 สัปดาห์หลังทำเพื่อมาตัดไหมและติดตามผลการรักษา (รูปที่ 4 และ 5) เมื่อติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ (รูปที่ 6) และ 3 เดือน พบว่ามีการสมานของแผลดี ไม่พบแผลเป็นและไม่เกิดการกับไปยึดติดซ้ำของเนื้อเยื่อ (รูปที่ 7)



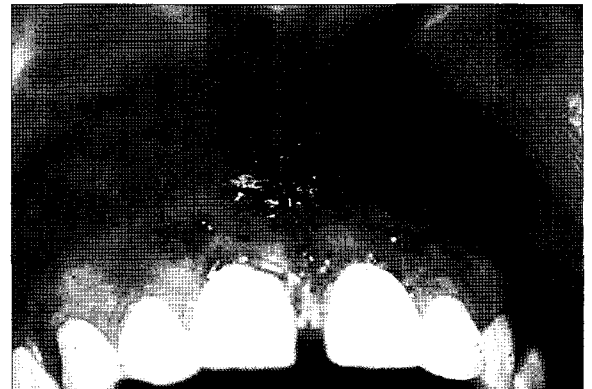
รูปที่ 2 ลักษณะการเย็บภายหลังทำการตัดเนื้อเยื่อ และผ่าตัดเลื่อนแผ่นเหงือกมาปิด



รูปที่ 3 ลักษณะการเย็บภายหลังทำการตัดเนื้อเยื่อและผ่าตัดเลื่อนแผ่นเหงือกมาปิด



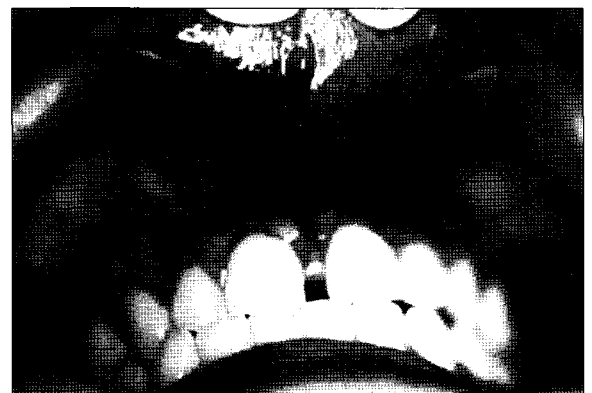
รูปที่ 4 บาดแผลภายหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์



รูปที่ 6 บาดแผลภายหลังการผ่าตัด 2 สัปดาห์



รูปที่ 5 บาดแผลภายหลังการตัดใหม่



รูปที่ 7 ภายหลังการผ่าตัด 3 เดือน

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาของ Miller⁹ ซึ่งได้ทำการผ่าตัดร่วมกับวิธีเคลื่อนแผ่นทางด้านข้าง (frenectomy combined with a laterally positioned graft) เพื่อที่จะรักษาเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันให้คงอยู่และไม่ทำให้เกิดแผลเป็น นอกจากนี้ collagen fibers อาจป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) หลังการจัดฟันโดยไม่ต้องกำจัด transeptal fiber ในผู้ป่วยรายนี้ทำการรักษาเช่นเดียวกับวิธีการของ Miller⁹ แต่ใช้วิธี double papilla laterally positioned flap แทนเนื่องจากเหงือกยึดบริเวณข้างเคียงของตำแหน่งที่ทำการตัดเนื้อยึดมีไม่เพียงพอที่จะทำวิธีเคลื่อนแผ่นทางด้านข้างการทำ double papilla laterally positioned flap มีข้อดีคือ

- 1) ความเสี่ยงต่อการสูญเสียกระดูกเบ้าฟันมี

น้อย เพราะกระดูกระหว่างซอกฟันมีความต้านทานต่อการสูญเสียมากกว่ากระดูกรากฟัน

- 2) เหงือกสามเหลี่ยม ระหว่างฟันมีความกว้างขวางของเหงือกยึดมากกว่าบริเวณรากฟัน

สาเหตุที่ผู้ป่วยรายนี้ทำการตัดเนื้อยึดก่อนที่จะเคลื่อนฟันเข้ามาชิดกันระยะหนึ่งเนื่องจาก

- 1) ผู้ป่วยมีอายุ 15 ปี ฟันเป็นฟันแท้แล้ว ตำแหน่งของฟันค่อนข้างคงที่ ฟันไม่สามารถเคลื่อนเข้ามาชิดเพิ่มขึ้นได้เองตามธรรมชาติ

- 2) การทำ double papilla laterally positioned flap ช่วยลดปัญหาความยากในการเคลื่อนฟันผ่านแผลเป็นได้ เนื่องจากวิธีการนี้ไม่ทำให้เกิดแผลเป็นและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วย³⁾ และเนื่องจากเนื้อยึดมีขนาดใหญ่และหนา Proffit WR¹⁰ แนะนำว่า

ควรทำการตัดเหงือกยึดก่อนหรือทำพร้อมกับการเคลื่อน ฟันเข้ามาชิดกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะจารย์ภาควิชาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. Corn H. Technique for repositioning the frenum in periodontal problems. J Clin North Am 1964;8:79.
2. Broadbent BH. Ontogenic development of occlusion. Ortho 1941;11:223.
3. Taylor JE. Clinical observation relating to the norm-abnormal frenum labii superioris. AM J Orthod Oral Surg 1939;2.
4. แสงโสม ประจักษ์. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง periodontal plastic surgery. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. Archer WH. Oral Surgery, a step-by-step atlas of orthod techniques, 3Ed. Philadelphia : W.B. Saunders Co, 1962:192.
6. Kruger GO. Oral surgery. 2Ed. St. Louis : The C.V. Mosby Co., 1964:146.
7. Henry SW, Levin MP, and Tsaknis PJ. Histologic features of the superior labial frenum. J Periodontol 1976;47:25.
8. Edwards JG. The diastema, the frenum, the frenectomy : a clinical study. AM J Orthod 1977;71:489.
9. Miller PD. The frenectomy combined with a laterally positioned pedicle graft. Functional and esthetic considerations. J Periodontol 1985;56:102-6.
10. Proffit WR, Fields HW. The first stage of comprehensive treatment : alignment and leveling. ST. Louis : The C.V. Mosby Co., 1993:470-94.