วารสารแพทย์เขต ๖-๗ ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๔ ต.ค. - ธ.ค. ๒๕๔๗ Reg 6-7 Med J Vol. 23 No. 4 Oct. - Dec. 2004

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

การผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปากในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพดาน : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Palatal Stent After Torus Palatinus Removal in an Edentulous Patient : A Case Report

สิริพร ไชยภักดิ์ ท.บ.
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Siriporn Chaiyapak D.D.S.
Department of dentistry
Samutsakhon Hospital

บทคัดย่อ

การใช้แผ่นปิดเพดานปิดแผลทันทีหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เช่น การเกิดลิ่มเลือดใต้แผ่นเหงือกที่ผ่าตัด การระคายเคืองจากการเสียดสีของอาหาร การเกิดแผลแยก และมีกระดูกเพดานโผล่ในช่องปาก รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่มีฟัน และได้รับการผ่าตัดปุ่มกระดูกพร้อมกับใส่แผ่นปิดเพดานปิดแผลทันทีภายหลังผ่าตัด

ABSTRACT

A stent should be used to support the mucosal flap in contact with the bone immediately after the operation of torus palatinus removal. It eliminated dead space in which blood could accumulate. Direct blood irritation, wound dehiscence with palatal bone exposure could be avoid. This article reported one edentulous patient whose palatal torus was removed, and mucosal wound was supported with a stent.

บทนำ

ปุ่มกระดูกเพดานปาก (Torus Palatinus) เป็นปุ่มกระดูกที่งอกออกมาจากบริเวณกึ่งกลางเพดานแข็ง พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 2 : 1[1] ปุ่มกระดูกนี้โตขึ้นช้า ๆ[2,3] สาเหตุยังไม่แน่ชัด[1-6] ส่วนประกอบอาจประกอบด้วยกระดูก Cortical bone ทั้งหมด หรืออาจมี Cancellous bone อยู่ใต้ Cortex ที่ปกคลุมอยู่[7] ลักษณะทางคลินิกมีได้หลายแบบ อาจเป็นปุ่มกระดูกฐานกว้าง หรือมีลักษณะเป็นปุ่มกระดูกหลายปุ่มติดกัน (Multilocu-lated) หรือเป็นก้าน (Pedunculated) ปุ่มกระดูกเพดานปาก ถ้ามีขนาดเล็กอาจไม่สร้างปัญหาให้กับผู้ป่วย ถ้าปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่อาจทำให้พูดไม่ชัด หรือขัดขวางต่อ

การทำความสะอาดในช่องปาก ถ้าอยู่ในบริเวณที่ต้องวางฐานฟันปลอม อาจเป็นอุปสรรคต่อการใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ โดยทำให้เกิดบาดแผลครูดถลอก เนื่องจากเนื้อเยื่อที่ปกคลุมกระดูกนี้มักบาง และเจ็บจากการกดของฐานฟันปลอมต่อปุ่มกระดูกเพดานปาก นอกจากนี้ยังขัดขวางการพูดการกลืน และการบดเคี้ยว ด้วยเหตุนี้จึงแนะนำให้ผ่าตัดปุ่มกระดูกนี้ออก[8-15]

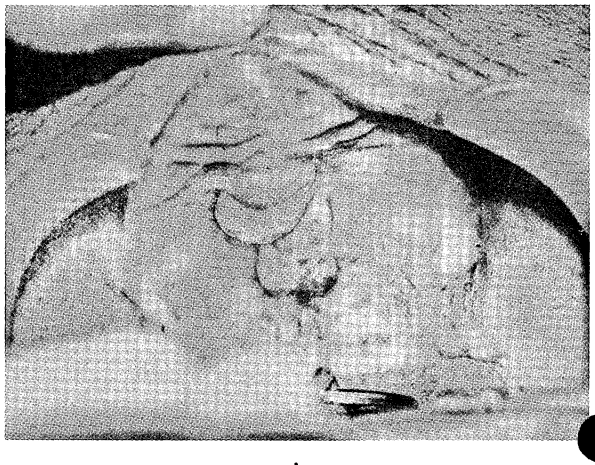
ในการผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปากมักมีปัญหาในการเย็บปิดแผ่นเหงือกให้เข้าที่อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะเหงือกที่คลุมปุ่มกระดูกเพดานปากมักจะบางฉีกขาดง่าย ซึ่งสอดคล้องกับผู้รายงานอื่น[21,26] การแก้ปัญหาเหล่านี้กระทำได้โดยใส่แผ่นปิดเพดาน (Palatal stent)[19-21] ให้แนบสนิทกับเหงือกบริเวณผ่าตัดให้มากที่สุด เพื่อประคองแผ่นเหงือกไม่ให้เกิดลิ่มเลือดมาสะสมระหว่างแผ่นเหงือกและกระดูกเพดานปาก ทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น แผลจะหายเร็วขึ้น

บทความนี้รายงานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปากในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันร่วมกับการใส่แผ่นปิดเพดานทันทีหลังผ่าตัดโดยเสริมฐานด้วย Tissue conditioner และเย็บแผ่นปิดเพดานให้ติดกับเนื้อเยื่อช่องปากบริเวณมิวโคบัคคัลโฟลด์ ณ ตำแหน่งฟันกรามน้อยทั้งสองข้าง ข้างละ 2 รู ด้วยไหมเบอร์ 1-0

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 73 ปี ส่งต่อผู้ป่วยมาจาก ร.พ.บ้านแพ้ว ต้องการให้ตัดปุ่มกระดูกเพดานปาก เพื่อใส่ Upper full denture จากการซักประวัติทราบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และประวัติการแพ้ยา

การตรวจในช่องปากพบว่า มีปุ่มกระดูกนูนเพดานปากขนาด 2 x 1.5 x 1 ซม.^{3} 2 ก้อนติดกัน ส่วนท้ายของก้อนหลังอยู่บริเวณ Post dam เนื้อเยื่อที่ปกคลุมมีสภาพปกติ ไม่มีแผล ได้วินิจฉัยว่าเป็นปุ่มกระดูกเพดานปาก (Torus palatinus) ดังรูปที่ 1 และวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเอาปุ่มกระดูกนี้ออกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ และ



รูปที่ 1

ใส่แผ่นปิดเพดาน ปิดแผลทันทีภายหลังการผ่าตัด ส่งผู้ป่วยตรวจเลือด และนัดผู้ป่วยมาผ่าตัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ฮีโมโกลบิน (Hb)	13.2 กรัม%
ฮีโมโตครีต (Hct)	39.3 กรัม%
จำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood cell)	6.46 เซลล์/ลบ.มม.
ปริมาณเกล็ดเลือด (Platele count)	Adequate
ระยะเวลาที่เลือดออก (Bleeding time)	4 นาที
ระยะเวลาที่เลือดแข็งตัว (Coagulation time)	15 นาที

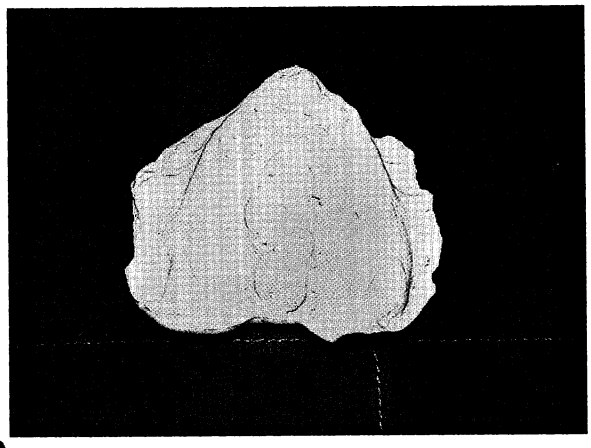
การทำแผ่นปิดเพดานปิดแผลผ่าตัด

พิมพ์ปากด้วยวัสดุพิมพ์ปากชนิด อัลจิเนต (Alginate) 2 รอยพิมพ์ รอยพิมพ์แรก เทปูนด้วย Stone plaster เพื่อศึกษาขนาดกว้าง ยาว สูง ของปุ่มกระดูกเพดานดังรูปที่ 2 รอยพิมพ์หลังผู้รายงานได้ใช้เทคนิคของ Yotnuengnit[21] คือ เมื่อได้รอยพิมพ์ของปุ่มกระดูกเพดานปากแล้ว ให้ใช้เครื่องมือที่แหลมคม เช่น Explorer ทำให้ขรุขระ เพื่อให้เกิดการยึดกับวัสดุพิมพ์ปากที่จะใส่เติมลงไปในส่วนที่เป็นปุ่มกระดูกเพดานปาก ปาดวัสดุพิมพ์ปาก

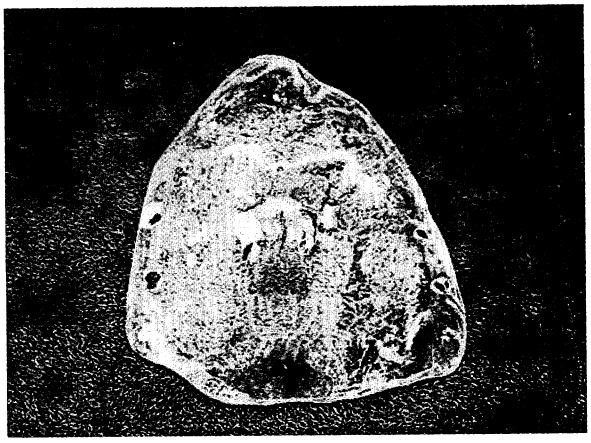
บางส่วนที่เติมลงไปนั้นให้เรียบ และกลมกลืน กับส่วนโค้งของเพดาน นำไปเทปูนด้วย Stone plaster เพื่อให้ได้แบบที่ไม่มีรอยบูน ทำให้ได้แบบจำลองรูปร่างใกล้เคียงกับสภาพในช่องปากหลังผ่าตัด ต่อจากนั้นใช้ดินสอวาดโครงร่างของแบบแผ่นปิดเพดานในแบบปูนพลาสเตอร์ โดยให้แนวขอบของแผ่นปิดเพดานอยู่ห่างจากมิวโคบัคคัลโฟลด์ประมาณ 2 มม. ด้านหน้าให้อยู่ที่มิวโคเลเบียลโฟลด์ ส่วนด้านหลังอยู่บริเวณรอยต่อของเพดานแข็งและเพดานอ่อน ส่งแบบจำลองที่ได้ไปให้ห้องปฏิบัติการทางทันตกรรมทำแผ่นปิดเพดานด้วยอะคริลิคแข็งชนิดใส ต่อจากนั้นเจาะรูตรงบริเวณ First และ Secone premolar ข้างละ 2 รู ซึ่งจะใช้เป็นตำแหน่งในการเย็บให้ติดกับเพดานปาก ดังรูปที่ 2.1

การผ่าตัด

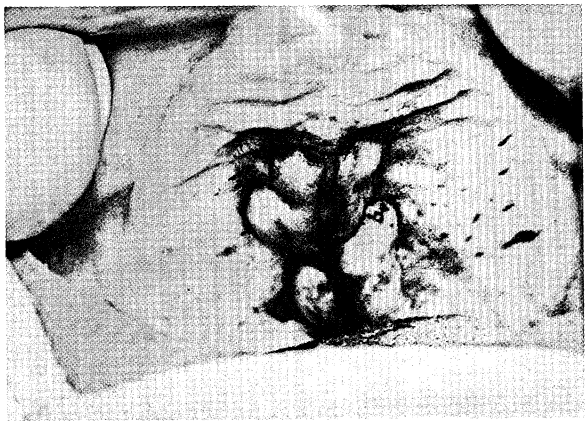
การผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปากได้ใช้วิธีการมาตรฐานที่มีผู้รายงานไว้[3,20,22] โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ฉีดสกัดเส้นประสาทด้านหน้า (Anterior palatine nerve) ข้างซ้ายและขวา และเส้นประสาทนาโซพาลาทีน (Nasopalatine nerve) ตำแหน่งละ 0.3-0.5 มล. ใช้มีด NO 15 กรีดผ่านกึ่งกลางปุ่มกระดูกเพดานจากขอบหน้าไปถึงขอบหลังของปุ่มกระดูกเพดาน จากนั้นกรีดบริเวณปลายด้านหน้าเป็น



รูปที่ 2

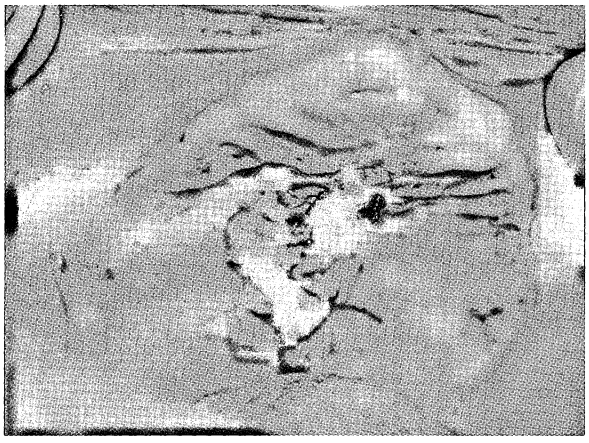


รูปที่ 2.1

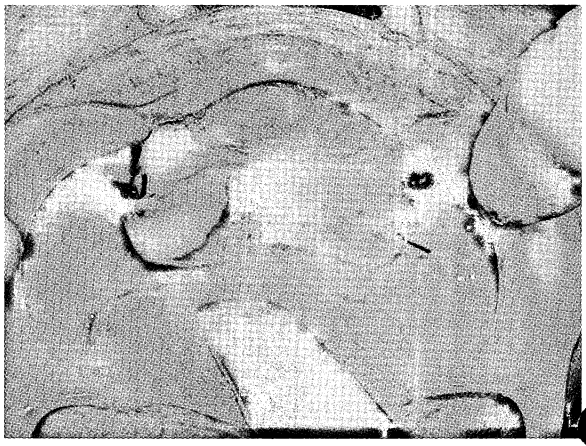


รูปที่ 3

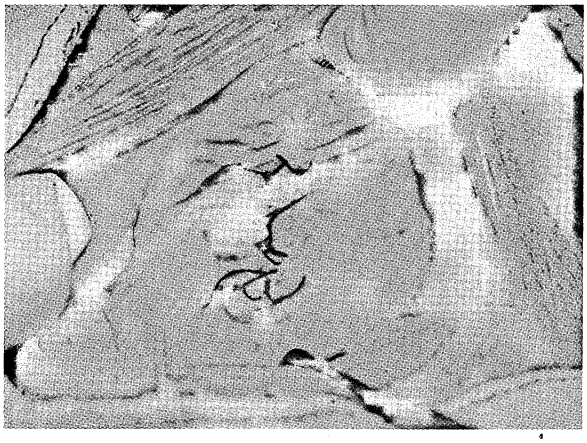
รูปที่ 4



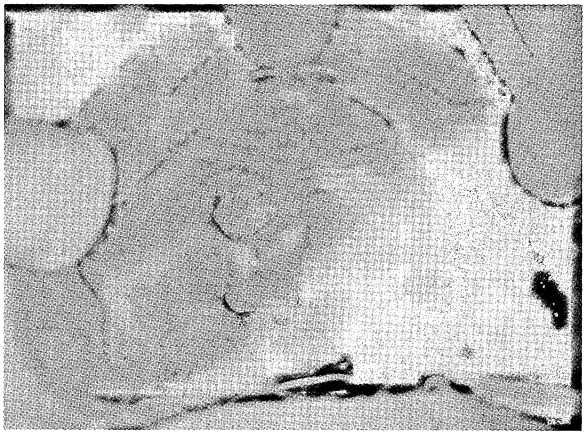
รูปที่ 5



รูปที่ 6



รูปที่ 7



รูปที่ 8

รูปตัววี (V) ซึ่งเมื่อเสร็จแล้ว จะได้รอยกรีดรูปตัววาย (Y) ดังรูปที่ 3

ลอกเนื้อเยื่อที่หุ้มกระดูกออก ใช้ไหมเบอร์ 3-0 เย็บแผ่นเหงือกที่เปิดออกให้ติดกับเยื่อบุช่องปากของเพดาน จากนั้นใช้หัวกรอกลมเล็ก เจาะไปตรงรอยเชื่อมต่อระหว่างก้อนกระดูกทอรัส จากนั้นใช้หัวกรอ (Fissure bur) กรอเชื่อมโยงรูที่เจาะแบ่งกระดูกออกเป็นส่วน ๆ ดังรูปที่ 4

จากนั้นใช้คีมตัดกระดูก (Rongeur forcep) ขลิบก้อนกระดูกออกทีละก้อน เมื่อตัดก้อนกระดูกออกหมดแล้ว ใช้หัวมะเฟือง และตะไบ (Bone file) แต่งกระดูกเพดานให้เรียบเย็บแผ่นเหงือกปิดเข้าที่ด้วยไหมดำเบอร์ 3-0 ดังรูปที่ 5

นำแผ่นปิดเพดานที่ฆ่าเชื้อโรคแล้วด้วยแอลกอฮอล์ 70% เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที มาปิดที่เพดานปากในบริเวณที่ผ่าตัด เพื่อตรวจดูว่ามีรอยกดแผลผ่าตัดหรือไม่ ถ้ามีการกดแผลให้กรอแผ่นอะคริลิคบางส่วนออกได้ เพื่อให้แนบสนิทกับเหงือกมากขึ้นเสริมฐานด้วย Tissue conditioner[7,21,26,27] เย็บแผ่นปิดเพดานให้ติดกับเนื้อเยื่อในช่องปากบริเวณผิวโคบัลคัลโฟลด์ ณ ตำแหน่งฟันกรามน้อยทั้งสองข้าง ข้างละ 2 รู ด้วยไหมเบอร์ 1-0 ดังรูปที่ 6

ให้ยาปฏิชีวนะ Amoxycillin (500 MG) วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเป็นเวลา 5 วัน ร่วมด้วยยาแก้ปวด Pa-

racetamol จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว หรืออ่อนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดในช่องปาก ห้ามแปรงบนแผ่นปิดเพดาน นัดผู้ป่วยมาดูแผลหลังผ่าตัด 3 วัน ปรากฏว่าแผลหายดี ไม่มีลิ่มเลือด อยู่ใต้แผ่นเหงือก แผลไม่ฉีกขาด แต่มีอักเสบเล็กน้อย ไม่ปวดแผล ได้เอาแผ่นปิดเพดานออก ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ เพื่อให้แผลสะอาด และทำความสะอาดแผ่นปิดเพดานด้วย แล้วจึงปิดแผ่นเพดานไว้เหมือนเดิม นัด 7 วัน หลังผ่าตัดมาตัดไหม สภาพเหงือกมีอักเสบเล็กน้อย เอาแผ่นปิดเพดานออก ดังรูปที่ 7

นัดผู้ป่วย 4 สัปดาห์ มาตรวจแผลปรากฏว่าสภาพเหงือกหายเป็นปกติ ดังรูปที่ 8 จึงให้ผู้ป่วยกลับไปพบทันตแพทย์ที่ ร.พ.บ้านแพ้ว เพื่อใส่ฟันปลอมต่อไป

วิจารณ์

การผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปาก มีข้อควรระวังหลายอย่าง คือ การลง Incision line พยายามหลีกเลี่ยงหลอดเลือดแดงที่ออกมา จาก Incisive foramen และ Greater palatine foramen เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกมากในขณะทำการผ่าตัด[3,20] และเนื่องจากแผ่นเหงือกบริเวณนี้บางมาก เพื่อช่วยให้เลาะแผ่นเหงือกได้ง่ายขึ้น ผู้รายงานได้ฉีดยาชาเฉพาะที่ตรงปุ่มกระดูก เพื่อช่วยให้แผ่นเหงือกแข็ง และง่ายขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับบางรายงาน[9]

ในรายงานนี้ไม่ได้ใช้สิ่วในการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยมีอายุมากเกรงว่าศีรษะจะได้รับความกระทบกระเทือน ทำให้ปวดศีรษะได้ จึงเลือกใช้เบอร์กรอเป็นก้อนเล็ก ๆ ก่อน แล้วใช้ Rongeur forcep ขลิบก้อนกระดูกออกทีละก้อน ร่วมกับการใช้หัวมะเฟือง และ Bone file แต่งกระดูกให้เรียบ[3,24]

ในหลาย ๆ รายงาน[16-20,23,24] ได้ใช้สิ่วผ่าตัดปุ่มกระดูก ซึ่งต้องเป็นผู้มีความชำนาญ และประสบการณ์สูง สำหรับทันตแพทย์ที่ยังไม่มีความชำนาญ การใช้สิ่วมีข้อควรระวังหลายอย่าง[3,20] เช่น การผ่าตัดปุ่มกระดูกด้วยสิ่วควรเป็นสิ่วหน้าเดียวคม และวางด้านหน้าตัดเฉียง (Bevel) แนบกับกระดูกเพดาน ค่อย ๆ ตัดกระดูกออก ถ้าหากเอา Bevel ของสิ่วขึ้น เมื่อต่อยสิ่วอาจทะลุกระดูกเพดาน เข้าไปในโพรงจมูกได้ และไม่ควรใช้สิ่วตัดก้อนกระดูก Torus ขนาดเล็ก โดยไม่ใช้หัวกรอแบ่งก้อนกระดูก Torus เสียก่อน อาจทำให้เกิดการแตกหักของ Palatal process ของกระดูกขากรรไกรบน และพื้นของจมูกได้ (Nasal floor and nasal septum) ในขณะที่ใช้หัวกรอแบ่งก้อนกระดูก Torus อย่าทำร่องลึกเกินไป เพราะอาจทะลุเข้าโพรงจมูกได้

มีผู้รายงานการใช้แผ่นปิดเพดานที่ทำด้วยวัสดุชนิดต่าง ๆ[16-19] และเย็บให้ติดอยู่กับเพดานปากในตำแหน่งต่าง ๆ กัน แต่ในรายงานนี้ผู้รายงานเลือกใช้วัสดุที่ทำด้วยอะคริลิคชนิดแข็งใส และเสริมฐานด้วย Tissue conditioner เหมือนกับในรายงานอื่น ๆ[7,21,26,27] และประยุกต์ใช้เทคนิคของยงยุทธ[16] (ใช้อะคริลิกชนิดแข็งใส เจาะรู 4 รู ที่บริเวณสันเหงือกด้านหน้าและด้านหลัง ข้างละ 2 รู ใช้เป็นตำแหน่งเย็บติดกับเพดานปาก) และประจวบโชค[19] (ใช้อะคริลิกชนิดอ่อนเย็บติดกับเนื้อเยื่อในช่องปากที่บริเวณมิวโคบัคคัลโฟลด์ ณ ตำแหน่งฟันกรามน้อยทั้งสองข้าง ๆ ละรู) ร่วมด้วยให้เหมาะสมกับสภาพภายในช่องปากของผู้ป่วย และวัสดุที่มีในห้องปฏิบัติการทันตกรรม เย็บด้วยไหม 1-0 ปรากฏว่าไม่มีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้น นัดผู้ป่วยติดตามผล 3 วัน และ 7 วัน หลังผ่าตัด แผ่นปิดเพดานไม่ขยับ การหายของแผลเป็นที่น่าพอใจ

สรุป

การผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปาก ค่อนข้างจะยุ่งยาก ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดนาน และแผลบริเวณผ่าตัดหายช้า อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ แต่ปัญหาเหล่านี้จะลดลงได้ต้องมีการวางแผนบำบัดรักษาที่ดี รู้กายวิภาคศาสตร์บริเวณนี้ รวมทั้งเทคนิคการผ่าตัดที่นุ่มนวลและถูกต้อง

การใส่แผ่นปิดเพดานด้วยอะคริลิคแข็งใสและเสริม

ฐานด้วย Tissue conditioner เป็นเทคนิคอีกแบบหนึ่งซึ่งทันตแพทย์ทั่วไป สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ผลการรักษาก็ไม่แตกต่างจากการใช้แผ่นปิดเพดานที่ทำด้วยวัสดุอื่น การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาเป็นระยะจนแผลหาย จะช่วยให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โสตทัศนูปกรณ์ และบรรณารักษ์ห้องสมุด ร.พ.สมุทรสาคร ที่ช่วยให้รายงานนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Capuzzi P, Stea S. Palatine Torus, Clinical Picture and Etipathology. Dent Cadmos 1990 ; Jan ; 58(1) : 60-64.
3. Starshak TJ, Sarders B. Preporsthetic Oral and Maxillofacial Surgery. The C.V. Mosby Co ; St. Louis 1980 : 105-13.
4. Eggen S, Natvig B, Gasemyr S. Variation in Torus Palatinus Prevalence in Norway. Scand S Dent Res 1994 ; Feb ; 102(1) ; 54-59.
5. Shad DS, Sanghai SS, Chawda JD, Shad RM. Prevalence of Torus Palatinus and Torus Mandibularis in 1000 Patients. Indian J Dent Res 1992 ; Oct - Dec ; 3(4) : 107-10.
6. Haugen LK. Palatine and Mandibular Tori. A morphologic study in the current Norwegian population. Acta Odontal Scand 1992. Apr ; 50(2) ; 65-77.
7. Fonseca RJ, and Davis W. A textbook of Reconstructive Preposthetic Oral and Maxillofacial Surgery. First edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1986, pp. 61-68.
8. วันดี อภิณหสมิต. ดอลลี่ เมธาธราธิป. สมพร สวัสดิพรรพ์. สุชาติ กาลวสุกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการปรากฏของกระดูกทอรัสที่เพดานปาก และที่ขากรรไกรล่างกับจำนวนฟันในคนไทยกลุ่มหนึ่ง. วารสารทันตแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2545 หน้า 202-208.
9. เชื้อโชติ หังสสูต. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล บ.เยียร์บุ๊คพับลิชเชอร์ จำกัด กรุงเทพฯ 2536 หน้า 208-210.
10. Waite DE. Textbook of Pracitcal Oral and Maxillofacial Surgery, 3rd ed, Lea & Febiger, Philadelphia, 1987 ; 385-8.
11. Guernsry LH. Preprosthetic surgery. In Kruger G.O. ed., Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. 6rd ed., The C.V. Mosby Co., St. Louis. 1984 ; 117-8.
12. Tucker MR. Basic Preprosthetic Surgery In Peterson LJ, ed. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. The C.V. Mosby Co., St. Louis 1988 ; 306-8.
13. Scott RF, and Olson RAJ. Minor preprosthetic procedures. In Fonscea, R.J., and Davis. Reconstructive preprosthettic Oral and Maxillofial Surgery., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1986 ; 67-68.
14. Indresano AT, and Laskin DM. Procedures to improve the Bony Alveolar Ridge, In Laskin DF, ed. Oral and Maxillofacial Surgery Vol I. The C.V. Mosby Co., St. Louis. 1985 ; 546 : 309-11.
15. Archer WH. Oral and Maxillofacial Surgery., Vol I. 5th ed., W.B. Saunders co., Philadelphia, 1975 : 196-7.
16. ยงยุทธ สุทธิศรี. การใช้แผ่นคะครีลิคปิดแผลสำหรับผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปาก : รายงานผู้ป่วย ว.ทันต

ปีที่ 46 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มิ.ย. 2534 หน้า 30-33.

17. สุทัศน์ รักประสิทธิ์กูล. มนัส โรจน์วนาการ. เครื่องมือปิดแผลผ่าตัดปุ่มกระดูกนูน. ว. ทันต ปีที่ 46 ฉบับที่ 3 พ.ค. - มิ.ย. 2534 หน้า 109-114.
18. สุทัศน์ รักประสิทธิ์กูล. วีรศักดิ์ ไพรัชเวทย์. การศึกษาประสิทธิภาพเครื่องมือปิดแผลผ่าตัดปุ่มกระดูกนูนกลางเพดานด้วยพลาสติกบางใส. ว.ทันต ปีที่ 44 ฉบับที่ 5-6 ก.ย. - ธ.ค. 2537 หน้า 229-235.
19. ประจวบโชค เทพสิทธา. แผ่นปิดเพดาน ทำด้วยอะคริลิคชนิดอ่อนในการผ่าตัดกระดูกทอรัส. ว. ทันต.ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 พ.ค. - มิ.ย. 2534 หน้า 102-107.
20. อรรถกร ปรปักษ์ขาม. วิธีการผ่าตัดกระดูกทอรัส พาลาตินัส. วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ม.ค. 2533 หน้า 48-52.
21. Yotnuengnit B. A Modified Technique for the Construction of Acrylic Stent for Removal of Oral Tori. Oral Surgery. 1987 ; 64 : 26-27.
22. Hopkins RA. Color Atlas of Preprosthetic Oral Surgery. Wolfe Medical Publications Limited. London 1987 : 19-65.
23. Benjamin J. Gans : Atlas of oral surgery ; page 116-117.
24. จันทรัตน์ เอ็งไพบูลย์. การผ่าตัดกระดูกเพดานขนาดใหญ่ร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพดาน : รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลราชวิถี ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 สิงหาคม 2540.
25. Colby RA, Kerr DA, Hamilton BG, and Robinson. JB. color Atlas of Oral Pathology. Second edition, Lippincott Company, Philadelphia 1961, pp. 23.
26. Meyer I. Benign Tumors of the oral cavity. In Guralnick. W.C., Oral surgery. Little Brown company. Boston. 1964 ; 454.
27. Killy HC, Seward GR. and Day LW. An outline of Oral surgery. Part I. John Wright and Sons, Bristol. 1971 ; 58.