

การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (open flap debridement)

นางสาวอรพรรณ ภิภารัตนพงศ์
โรงพยาบาลสกลนคร

บทคัดย่อ

การรักษาปริทันต์อักเสบด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ในบางครั้งไม่สามารถประสบความสำเร็จในกรณีที่มีร่องลึกปริทันต์ที่ลึกมากหรือมีความพิการของกระดูก ทำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดได้ยาก จึงต้องมีการวางแผนการรักษาพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วย เพื่อให้ผลการรักษาประสบความสำเร็จ

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วย 1 ราย ในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 27 ปี มาพบทันตแพทย์จัดฟันด้วยปัญหาฟันหน้ายื่น จากการตรวจของทันตแพทย์จัดฟันพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะปริทันต์อักเสบโดยทั่วไป โดยเฉพาะฟันหน้าบนและฟันหน้าล่าง โดยซี่ 21 พบร่องลึกปริทันต์ 10 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 2 จากภาพถ่ายรังสีพบการละลายของกระดูกในแนวนอน ร้อยละ 60 จากการซักประวัติผู้ป่วย ปฏิเสธโรคทางระบบ ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่เคยรับการรักษาทางทันตกรรม จึงได้วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย โดยให้การรักษาคือ ขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน หลังประเมินผลการรักษา พบว่ายังมีร่องลึกปริทันต์ 6 มิลลิเมตร จึงพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด บริเวณฟันซี่ 11-22 จากการติดตามผลการรักษา 1, 2 และ 3 เดือน พบว่าให้ผลเป็นที่น่าพอใจ โดยร่องลึกปริทันต์ลดลง ฟันโยกน้อยลง ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ภายหลังประเมินผลการรักษา 3 เดือน พบว่าสภาวะปริทันต์ไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดได้ดี จึงทำการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาทันตกรรมจัดฟันต่อ เพื่อแก้ไขปัญหาฟันหน้าบนยื่น และหลังจากนั้นนัดเข้าสู่ระยะคงสภาพทุกๆ 3 เดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลการรักษาหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์ในระยะยาว ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลอนามัยช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้งานได้ปกติ

ที่มาของปัญหา : ภาวะโรคปริทันต์ เป็นภาวะที่เกิดจากหินปูน คราบจุลินทรีย์และปัจจัยต่าง ๆ ร่วมด้วย ซึ่งภาวะโรคปริทันต์สามารถนำไปสู่การสูญเสียฟันในอนาคตได้ หากไม่ได้รับการรักษา ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมัก อาจต้องมีการทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาโรค ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ มีร่องลึกปริทันต์หลงเหลือหลังจากการขูดหินปูนเกลารากฟัน 6 มิลลิเมตร จึงจำเป็นต้องให้การรักษา ศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วย

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายกระบวนการรักษาโรคปริทันต์ในรายที่มีความรุนแรงของโรค โดยอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ขั้นตอนวิธี ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ข้อดีของการทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด

รูปแบบการศึกษา : กรณีศึกษา

ผลการศึกษา : ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยมีอาการเสียวฟันลดลง ฟันโยกลดลง สภาวะปริทันต์ดีขึ้น ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากดี แต่ควรทำการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อคงสภาพปกติของการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ตลอดไป และผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อ ดังนั้นใน

การรักษาจะต้องกระตุ้นผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลอวัยวะปริทันต์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

คำสำคัญ : การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด

บทนำ

โรคปริทันต์ (periodontal disease) เป็นภาวะการติดเชื้อ (infectious disease) ที่เกิดจากการเสียสมดุลระหว่างภูมิคุ้มกันของร่างกายและเชื้อแบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์ที่สะสมอยู่บริเวณอวัยวะปริทันต์ภายใต้ระยะเวลาและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้อวัยวะปริทันต์เกิดการอักเสบและสูญเสียการยึดเกาะ โรคปริทันต์มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน (multifactorial disease) โดยมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุก่อโรค (etiologic factors) จากเชื้อจุลินทรีย์ที่รวมตัวกันอยู่ในคราบจุลินทรีย์ (microbial biofilm)

เป้าหมายในการรักษาโรคปริทันต์คือ การหยุดหรือชะลอการลุกลามของโรค หรือทำให้เกิดการงอกใหม่ของอวัยวะปริทันต์ (guided tissue regeneration) เพื่อให้อวัยวะปริทันต์กลับมาใช้งานได้⁽¹⁾

อวัยวะปริทันต์ ประกอบด้วย เหงือก (gingival) เอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) เคลือบรากฟัน (cementum) และกระดูกขาฟัน (alveolar bone) เมื่อเกิดการสูญเสียอวัยวะปริทันต์ กระดูกขาฟันและเอ็นยึดปริทันต์ ได้มีการพัฒนาวิธีการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ โดยระยะแรกจะมุ่งไปที่การกำจัดสาเหตุและปัจจัยร่วมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรค โดยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ร่วมกับการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์เพื่อลดการอักเสบ

โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายอวัยวะปริทันต์ที่รุนแรงนอกจากมีการอักเสบของเหงือกแล้ว การอักเสบยังลุกลามลงไปในส่วนของอวัยวะปริทันต์ที่อยู่ใต้เหงือกลงไปเกิดการทำลายของกระดูกขาฟัน จึงจำเป็นต้องทำศัลยกรรมปริทันต์เพิ่มเติมเพื่อแก้ไขความพิการของอวัยวะปริทันต์นั้นให้กลับสู่สภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรคใหม่ ฟันซี่นั้นสามารถใช้งานได้ ลักษณะความพิการของกระดูกขาฟันมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา หากกระดูกขาฟันมีการละลายตามแนวตั้งในลักษณะแคบและลึก ผลการรักษาที่ดีกว่าการละลายตัวที่มีลักษณะตื้นและกว้าง⁽²⁾ นอกจากนี้ยังขึ้นกับปริมาณและลักษณะของเหงือกที่เหลืออยู่เพื่อใช้เป็นแผ่นเหงือก (flap) ในการปิดแผลหลังทำศัลยกรรมโดยไม่มีแรงดึงรั้งและปิดได้สนิท เป็นต้น

ในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะต่อการรักษา หรือมีภาวะกลับมาเป็นซ้ำใช้เพียงการขูดหินน้ำลายร่วมกับการเกลารากฟันอาจจะไม่เพียงพอต่อผลสำเร็จในการรักษา ในบางกรณีจะพิจารณาใช้สารต้านจุลินทรีย์ (antimicrobial agent) มาเสริมในการรักษา⁽³⁾ แต่ในรายที่มีการลุกลามของโรคมักจะมีการสูญเสียของอวัยวะปริทันต์ มีความพิการของกระดูกขาฟัน การรักษาด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากกระดูกยังมีความพิการอยู่ก็จะทำให้อยู่หลงเหลือร่องลึกปริทันต์อยู่ผู้ป่วยทำความสะอาดได้ยาก และเกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการลุกลามของโรคได้ ดังนั้นในผู้ป่วยบางรายจึงจำเป็นต้องทำศัลยกรรมปริทันต์ (surgical periodontal therapy) ร่วมด้วย

การทำศัลยกรรมปริทันต์ (periodontal surgery) เพื่อแก้ไขความพิการของอวัยวะปริทันต์ให้กลับสู่สภาพที่ดีนั้นมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (open flap debridement)

การผ่าตัดแบบวิดแมนดัดแปลง (Modified Widman flap procedure) การตัดเหงือก (gingivectomy) การทำศัลยกรรมกระดูก (osseous surgery) การใช้แผ่นเยื่อชักนำให้สร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Guided Tissue Regeneration, GTR)

การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (open flap debridement) เป็นการเปิดแผ่นเหงือกเพื่อเข้าไปกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน และหินน้ำลายที่อยู่ใต้เหงือก ควรทำในรายที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร โดยจะไม่มีกรอแต่งกระดูกร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพปริทันต์ที่ดีและทำความสะอาดได้ง่ายขึ้น โดยทุกครั้งที่มีการเปิดแผ่นเหงือก จะมีภาวะเหงือกกร่นและกระดูกละลายเล็กน้อย⁽⁴⁾

ในการรักษาผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (open flap debridement) การเลือกทำศัลยกรรมปริทันต์ชนิดนี้ก็เพื่อเพิ่มการมองเห็นและการเข้าถึงบริเวณอวัยวะปริทันต์ที่ถูกทำลาย ฝักรากฟัน และกระดูก รวมทั้งสามารถกำจัดผนังของร่องลึกปริทันต์ ในร่องลึกปริทันต์ที่มีความลึกมาก และส่งเสริมให้เกิดการยึดกลับกับฝักรากฟัน โดยจะปิดแผ่นพับปริทันต์กลับที่เดิม

การเปิดแผ่นพับปริทันต์ (Periodontal Flap Operation)⁽⁵⁾

แผ่นพับปริทันต์ (periodontal flap) หมายถึง ส่วนของเหงือก และ/หรือ เยื่อหุ้ม (alveolar mucosa) ที่ผ่าตัดแยกออกจากเนื้อเยื่อข้างใต้ ซึ่งอาจเป็นเนื้อเยื่อยึดต่อหรือกระดูกเข้าฟัน ขึ้นอยู่กับชนิดของแผ่นพับ โดยมีส่วนฐานของแผ่นพับยังยึดอยู่กับเนื้อเยื่อเดิมที่แยกออกมา ทำให้สามารถมองเห็น และเครื่องมือเข้าถึงฝักรากฟัน และกระดูกเข้าฟันได้สะดวก

การทำศัลยกรรมเปิดแผ่นพับวิธีต่าง ๆ (flap procedures)

1. Original Widman Flap
2. Neuman Flap
3. Modified Flap Operation
4. Apically Repositioned Flap
5. Modified Widman Flap
6. Open Flap Debridement
7. Distal Wedge Procedures

การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (open flap debridement)⁽⁶⁾

เป็นการเปิดแผ่นเหงือกออกจากฟันและกระดูกเข้าฟัน เพื่อเข้าไปกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน และทำความสะอาดฝักรากฟัน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการทำทำความสะอาดฝักรากฟันมากกว่าการเกลารากฟันเพียงอย่างเดียว โดยช่วยเข้าถึงการกำจัดหินน้ำลายในร่องลึกปริทันต์ที่มากกว่า 4 มิลลิเมตร ซึ่งจะไม่รวมถึงการตกแต่งกระดูกเข้าฟัน ผู้ป่วยสามารถคงสภาพปริทันต์ที่ดีและทำความสะอาดได้ง่ายขึ้น และทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด

1. ร่องลึกปริทันต์ที่มีความลึกระดับน้อยถึงปานกลาง
2. คงความสวยงาม
3. ต้องการเพิ่มการเข้าถึงรากฟันและกระดูกเบ้าฟัน

ข้อห้ามของการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด

1. มีร่องลึกปริทันต์น้อยกว่า 4 มิลลิเมตร
2. คนไข้ที่ไม่สามารถควบคุมการทำความสะอาดคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้
3. ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการกลับมาตรวจซ้ำ

ข้อดีของการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด

1. เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าไปกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน หินน้ำลายบริเวณรากฟัน
2. อนุรักษ์เนื้อเยื่อปริทันต์และกระดูก
3. คงความสวยงามของเหงือก

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายกระบวนการรักษาโรคปริทันต์ในรายที่มีความรุนแรงของโรค โดยอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ขั้นตอนวิธี ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ข้อดีของการทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด

วิธีดำเนินการศึกษา

- เก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตรวจภายนอกช่องปาก ตรวจภายในช่องปาก ข้อมูลภาพถ่ายรังสี เพื่อนำมาซึ่งการวินิจฉัยโรค และการวางแผนการรักษา
- วางแผนการรักษา โดยอธิบายทางเลือกการรักษา ข้อดี/ข้อเสีย ขั้นตอนการรักษา ค่าใช้จ่ายและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตัวเอง
- ทำการขูดหินปูนเกลารากฟัน ประเมินผลการรักษา ให้การรักษาการทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด
- นัดผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษาเป็นระยะ

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 27 ปี HN 1102123 สถานภาพ สมรส อาชีพ ค้าขาย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2564

อาการสำคัญ

มาพบทันตแพทย์จัดฟันด้วยปัญหาฟันหน้ายื่น ทันตแพทย์จัดฟันตรวจพบว่ามีสภาวะปริทันต์อักเสบ จึงส่งรักษาทางปริทันต์

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคทางระบบ ปฏิเสธการแพ้ยา,อาหาร

ตรวจภายนอกช่องปาก

พบว่าผู้ป่วยมีลักษณะโครงสร้างใบหน้าปกติ ไม่พบความผิดปกติใดๆ บนใบหน้า คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต และไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณใบหน้า ขากรรไกร และกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

ตรวจภายในช่องปาก (ภาพที่ 1)

พบคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและใต้เหงือกสะสมปริมาณปานกลางถึงมากและมีหินน้ำลายเหนือเหงือกสะสมปานกลางถึงมากและใต้เหงือกสะสมปานกลางถึงมาก และพบร่องลึกปริทันต์ในบริเวณฟันหน้าบนและหน้าล่างโดยทั่วไปประมาณ 4-10 มิลลิเมตร และมีเหงือกอักเสบบริเวณฟันหน้าบนด้านเพดาน 1-4 มิลลิเมตร

ฟันซี่ 13-22 มีร่องลึกปริทันต์ 4-10 มิลลิเมตร

ฟันซี่ 21 มีร่องลึกปริทันต์ด้านไกลกลาง 10 มิลลิเมตร ด้านใกล้กลาง 7 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 1 ขอบเหงือกบวมแดง มีเลือดออกเมื่อใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ตรวจวัดร่องเหงือก

ภาพถ่ายรังสี (ภาพที่ 2) 11 Horizontal bone loss ร้อยละ 70

21 Horizontal bone loss ร้อยละ 30



ภาพที่ 1 ลักษณะฟันหน้าบนก่อนการรักษา



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายรังสีของฟันซี่ 11 และ 21

การวินิจฉัยโรค

Generalized stage III grade B periodontitis

การวางแผนการรักษา

1. การรักษาขั้นทั่วร่างกาย (Systemic phase): ไม่มี

2. การรักษาขั้นฉุกเฉิน (Emergency phase): ไม่มี

3. การรักษาขั้นอนามัยช่องปาก (Hygienic phase):

- ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยโดยสอนการแปรงฟันแบบเทคนิค Modified Bass และสอนการใช้ไหมขัดฟัน และแปรงซอกฟัน
- ชูดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปาก
- ประเมินผลการรักษา

4. การรักษาระยะบูรณะฟันฟู (Corrective phase)

- พิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์โดยวิธีการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อชูดทำความสะอาด (open flap debridement)
- ส่งปรึกษาทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟัน

5. การรักษาระยะคงสภาพ (Maintenance phase):

ติดตามผลการรักษา 3 เดือนหลังให้การรักษา เพื่อประเมินสภาวะปริทันต์และความสามารถในการควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วย

การรักษา

ครั้งที่ 1 วันที่ 27 พฤษภาคม 2564

ทำการซักประวัติ ตรวจสุขภาพช่องปาก และบันทึกสภาวะปริทันต์ ส่งถ่ายภาพรังสีตำแหน่ง 11 และ 21

(รูปที่ 2)

ครั้งที่ 2 วันที่ 4 มิถุนายน 2564

ให้การรักษาทันตกรรมโดยขูดหินน้ำลายชากรไรรบนและเกลารากฟันบริเวณ 11และ21 ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ให้ทันตสุขศึกษาและสอนวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก อธิบายสาเหตุในการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ การดำเนินโรค และวิธีการรักษา แนะนำการทำความสะอาดฟันและการกำจัดเศษอาหารที่อัดติดซอกฟัน โดยการแปรงฟัน และการใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน นัดทำการรักษาโรคปริทันต์อักเสบต่อ

ครั้งที่ 3 วันที่ 9 มิถุนายน 2564

ให้การรักษาทันตกรรมโดยขูดหินน้ำลายชากรไรรล่าง

ครั้งที่ 4 วันที่ 22 มิถุนายน 2564

ขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันซ้ำ พบว่าฟันซี่ 21 ยังมีร่องลึกปริทันต์ด้านไกลกลางหลงเหลือ 6 มิลลิเมตร

ครั้งที่ 5 วันที่ 16 สิงหาคม 2564

ประเมินสภาวะปริทันต์ภายหลังจากการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ระยะเวลา 2 เดือนครึ่ง พบว่าเหงือกมีสีชมพูอ่อน ขอบเหงือกมีการหดตัว ลักษณะเหงือกแน่นแข็ง ไม่พบการบวม ไม่พบหินน้ำลายทั้งเหนือเหงือก และใต้เหงือก พบเหงือกร่นโดยทั่วไป 1-2 มิลลิเมตร แต่ยังคงมีร่องลึก ปริทันต์บริเวณด้านไกลกลางของฟัน 21 ลึกประมาณ 6 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 1 ไม่มีอาการเสียวฟัน (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงสภาวะปริทันต์หลังการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันระยะเวลา 2 เดือนครึ่ง

ทำการผ่าตัดโดยวิธีเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (open flap debridement) ฉีดยาชาเฉพาะที่ 4% Articaine with 1:100,000 epinephrine จากบริเวณด้านใกล้กลางของฟัน 13 ถึงด้านไกลกลางของฟัน 23 และเปิดแผ่นเหงือกแบบเต็มซี่ (รูปที่ 4) กำจัดเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ และเกลารากฟันให้สะอาด พบว่าฟัน 11 พบลักษณะความวิการของกระดูกด้านเพดานเป็นแบบแนวนอน (horizontal bone loss) ซึ่งกระดูกถูก

ทำลายลึกระมาณ 4 มิลลิเมตรจากรอยต่อเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน (รูปที่ 5) และฟัน 21 พบลักษณะความพิการของกระดูกด้านเพดานเป็นแบบแนวนอน ซึ่งกระดูกถูกทำลายลึกระมาณ 8 มิลลิเมตรจากรอยต่อเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน ไม่ทำการกรอแต่งกระดูกบริเวณดังกล่าว จากนั้นทำการล้างแผลด้วยน้ำเกลือ (normal saline) และปิดแผ่นเหงือกกลับที่เดิม และเย็บแผลด้วย silk 4-0 (รูปที่ 6) จ่ายยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร และยาแก้ปวด Ibuprofen 400 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ น้ำยาบ้วนปากอมบ้วนปากและเช็ดทำความสะอาดบริเวณยาปิดแผลปริทันต์ นัดตัดไหมอีก 2 สัปดาห์



ภาพที่ 4 แสดงการเปิดแผ่นเหงือกแบบเต็มที่บริเวณด้านใกล้กลางของฟัน 12 ถึงด้านใกล้กลางของฟัน 23



ภาพที่ 5 แสดงภาพภายหลังการขูดผิวรากฟัน และกำจัดเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ ฟัน 21 พบลักษณะความพิการของกระดูกแนวนอนกระดูกถูกทำลายลึกระมาณ 8 มิลลิเมตรจากรอยต่อเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน



ภาพที่ 6 แสดงภาพการเย็บแผลหลังการรักษาด้วยเทคนิค Vertical Mattress Suture

ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษา

ครั้งที่ 6 30 สิงหาคม 2564 (หลังทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด 2 สัปดาห์)

นัดผู้ป่วยมาตัดไหม ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ รับประทานอาหารและทำความสะอาดช่องปากได้ เหงือกบริเวณแผลผ่าตัดบวมแดงเล็กน้อย ไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อ ขอบเหงือกฟัน 11 ด้านเพดาน อยู่ได้รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ประมาณ 2 มิลลิเมตร ขอบเหงือกฟัน 21 ด้านเพดาน อยู่ได้รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ประมาณ 4-5 มิลลิเมตร และมีการโยกระดับ 2 (รูปที่ 7) ตัดไหมที่เย็บไว้ นัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์



ภาพที่ 7

ครั้งที่ 7 13 กันยายน 2564 (หลังทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด 4 สัปดาห์)

ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ฟันซี่ 11 โยกระดับ 1 ซี่ 21 โยกระดับ 2 ขอบเหงือกฟัน 11 ด้านเพดาน อยู่ได้รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ประมาณ 2 มิลลิเมตร ขอบเหงือกฟัน 21 ด้านเพดาน อยู่ได้รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ประมาณ 4-5 มิลลิเมตร (รูปที่ 8)



ภาพที่ 8

ครั้งที่ 8 19 ตุลาคม 2564 (หลังทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด 2 เดือน)

ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ สภาวะปริทันต์เหมือนกับครั้งที่แล้วคือ ฟันซี่ 11 โยกระดับ 1 ซี่ 21 โยกระดับ 2 ขอบเหงือกฟัน 11 ด้านเพดาน อยู่ได้รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ประมาณ 2 มิลลิเมตร ขอบเหงือกฟัน 21 ด้านเพดาน อยู่ได้รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ประมาณ 4-5 มิลลิเมตร (รูปที่ 9)



ภาพที่ 9

ครั้งที่ 9 16 พฤศจิกายน 2564 (หลังทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด 2 เดือน 28 วัน)

ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ สภาวะปริทันต์เหมือนกับครั้งที่แล้ว มีคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย (รูปที่ 10)



ภาพที่ 10

ผลการศึกษา

ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยมีอาการเสียวฟันลดลง ฟันโยกลดลง สภาวะปริทันต์ดีขึ้น ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากดี แต่ควรทำการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อคงสภาพปกติของการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ตลอดไป และผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อ ดังนั้นใน

การรักษาจะต้องกระตุ้นผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลอวัยวะปริทันต์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

การให้การรักษาเบื้องต้นในทางปริทันต์ เพื่อทำการกำจัดสาเหตุหลักและสาเหตุเฉพาะที่ได้แก่ การกำจัดคราบจุลินทรีย์ การขูดหินน้ำลายและการเกลารากฟัน และการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย รวมถึงแนะนำการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟันตามสภาพเหงือก เช่น การใช้ไหมขัดฟัน การใช้แปรงซอกฟัน การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากได้ค่อนข้างดี เมื่อทำการตรวจสถานะของอวัยวะปริทันต์ทั้งปาก พบว่าเหงือกมีลักษณะแน่นแข็ง ขอบเหงือกแนบกับผิวฟัน ไม่พบหินน้ำลายทั้งเหนือเหงือกและใต้เหงือก และผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ารู้สึกว่าคุณภาพช่องปากดีขึ้น ร่องลึกปริทันต์ลดลง อยู่ระดับ 2-3 มิลลิเมตร ฟันซี่ 11 ฟันโยกระดับ 1 และเหงือกร่นประมาณ 2 มิลลิเมตร ฟันซี่ 21 ฟันโยกระดับ 2 และเหงือกร่นประมาณ 4-5 มิลลิเมตรไม่มีอาการเสียวฟันเมื่อดื่มน้ำเย็นจัด ไม่มีอาการปวดฟัน

ภายหลังการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ฟันซี่ 21 จากเดิมมีร่องลึกปริทันต์ก่อนการรักษาประมาณ 4-10 มิลลิเมตร พบว่ายังคงมีร่องลึกปริทันต์ด้านใกล้กลางหลงเหลือ 6 มิลลิเมตร มีการศึกษาของ Rabbani และคณะ ในปี ค.ศ.1981⁽⁷⁾ ที่แสดงถึงความสามารถของการกำจัดหินน้ำลายโดยการใช้ hand instrument พบว่าเมื่อร่องลึกปริทันต์มากกว่า 5 มิลลิเมตร การกำจัดหินน้ำลายจะยากมากขึ้น และจากการศึกษาของ Stambaugh และคณะ ในปี ค.ศ.1981⁽⁶⁾ พบว่าค่าความลึกร่องลึกปริทันต์ที่เครื่องมือสามารถสอดลงไปได้มากที่สุดคือ 6.21 มิลลิเมตร แต่ประสิทธิภาพมากที่สุดที่สามารถทำความสะอาดผิวฟันคือ ที่ระดับความลึก 3.73 มิลลิเมตร และไม่เกิน 4 มิลลิเมตรที่เครื่องมือสามารถขูดหินปูนใต้เหงือกออกได้หมด

ยังมีการศึกษาของ Caffesse และคณะ ในปี ค.ศ.1986⁽⁸⁾ ทำการเปรียบเทียบความสามารถในการทำความสะอาดผิวรากฟันด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วยพบว่า ที่ระดับความลึกของร่องลึกปริทันต์ 1-3 มิลลิเมตรสามารถทำความสะอาดได้อย่างสมบูรณ์ร้อยละ 86 ส่วนที่ระดับ 4-6 มิลลิเมตรได้ร้อยละ 43 และที่ระดับมากกว่า 6 มิลลิเมตรได้ร้อยละ 32 ในขณะที่มีการเปิดแผ่นพับปริทันต์เพื่อทำความสะอาดผิวรากฟัน สามารถทำความสะอาดได้ร้อยละ 86, 76 และ 50 ตามลำดับของระดับร่องลึกปริทันต์ดังที่กล่าวมาแล้ว จากการศึกษาในผู้ป่วยรายนี้จึงได้เลือกใช้การเปิดแผ่นพับปริทันต์เพื่อทำความสะอาด เพื่อการมองเห็นและการเข้าถึงบริเวณอวัยวะปริทันต์ที่ถูกทำลายผิวรากฟันและกระดูก รวมทั้งสามารถกำจัดผนังของร่องลึกปริทันต์ในร่องลึกปริทันต์ที่มีความลึกมาก และส่งเสริมให้เกิดการยึดกลับกับผิวรากฟัน โดยจะปิดแผ่นพับปริทันต์กลับที่เดิม จึงเป็นวิธีที่อนุรักษ์มากกว่าวิธีร่นเหงือกลงไปทางรากฟัน

ในผู้ป่วยรายนี้ทำการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด บริเวณฟันซี่ 12-23 เพื่ออนุรักษ์เนื้อเยื่อปริทันต์จึงไม่เปิดแผ่นพับออกกว้าง จะเปิดแค่เห็นขอบกระดูกประมาณ 1-3 มิลลิเมตร และไม่กรอแต่งกระดูก และไม่เลื่อนแผ่นพับไปทางรากฟัน แต่ปิดแผ่นพับกลับที่เดิม วัตถุประสงค์ในการทำวิธีนี้ไม่ได้เน้นการกำจัดร่องลึกปริทันต์โดยตรง แต่ต้องการเปิดแผ่นพับเพื่อให้สามารถทำความสะอาดผิวรากฟันและกำจัดผนังร่องลึกปริทันต์เพื่อให้เกิดการซ่อมแซมร่องลึกปริทันต์โดยการยึดเกาะใหม่และสูญเสียเนื้อเยื่อปริทันต์เพียงเล็กน้อย พบว่าฟัน 11 พบลักษณะความพิการของกระดูกด้านเพดานเป็นแบบแนวนอน (horizontal bone loss) ซึ่งกระดูกถูกทำลายลึกประมาณ 4 มิลลิเมตรจากรอยต่อเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน และฟัน 21

พบลักษณะความพิการของกระดูกด้านเพดานเป็นแบบแนวนอน ซึ่งกระดูกถูกทำลายลึกประมาณ 8 มิลลิเมตร จากรอยต่อเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน จึงทำการขูดผิวรากฟัน กำจัดเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ และปิดแผ่นเหงือกกลับที่เดิม ซึ่งขั้นตอนการรักษามีความยุ่งยากในหลายขั้นตอน ตั้งแต่การเปิดแผ่นเหงือกเป็นแบบเต็มที บริเวณด้านซิดริมฝีปาก จะทำได้ค่อนข้างยากเนื่องจากเหงือกมีลักษณะที่บาง จึงต้องมีความระมัดระวังในการเปิดแผ่นเหงือกไม่ให้ขาด และทำให้แผ่นเหงือกไม่ตึงจนเกินไป และต้องระมัดระวังไม่ให้แผ่นเหงือกเกิดความชอกช้ำ

การศึกษาของ Froum และคณะในปี ค.ศ.1982⁽⁹⁾ ศึกษาถึงการซ่อมแซมของอวัยวะปริทันต์ หลังจากการเปิดแผ่นเหงือกเพื่อทำความสะอาด พบว่าหากมีการควบคุมคราบจุลินทรีย์ทุกๆ 4 สัปดาห์ โดยทันตแพทย์เป็นเวลา 24-48 สัปดาห์ หลังการผ่าตัดพบว่าในฟันที่มีร่องลึกปริทันต์เริ่มต้นเฉลี่ย 7.4 มิลลิเมตร จะมีร่องลึกปริทันต์หลังการรักษาเฉลี่ยลดลงเหลือ 4.1 มิลลิเมตร โดยร่องลึกปริทันต์ที่ลดลงนี้เกิดจากเหงือก ร่นเฉลี่ย 2 มิลลิเมตร และมีการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.4 มิลลิเมตร ซึ่งผลการรักษาของผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น ซึ่งให้ผลเป็นที่น่าพอใจ ร่วมกับผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุในการเกิดโรค ให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เป็นอย่างดี และเข้าใจถึงความสำคัญในการติดตามผลการรักษา โดยมาตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาทุกครั้ง

ในการรักษาขั้นประคับประคอง (maintenance phase) โดยนัดผู้ป่วยทุก 3 เดือน เพื่อคงสภาพปกติของการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ ทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน สอนวิธีการทำความสะอาดช่องปาก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลรักษาสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ

หลังจากรักษาทางศัลยกรรมปริทันต์ในตำแหน่งดังกล่าว นัดผู้ป่วยมาประเมินภายหลังรักษาศัลยกรรมปริทันต์ประมาณ 3 เดือน พบว่าสภาวะปริทันต์ไม่มีการอักเสบผู้ป่วยสามารถดูแลทำความสะอาดได้ดี จึงทำการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อ เพื่อแก้ไขปัญหาฟันหน้าบนยื่น และหลังจากนั้นนัดเข้าสู่ระยะคงสภาพทุกๆ 3 เดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลการรักษาหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์ในระยะยาว และเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การให้การรักษาโรคปริทันต์ สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือความร่วมมือของผู้ป่วย เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา คือความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมคราบจุลินทรีย์ในช่องปากปากของผู้ป่วยได้ในระยะยาว

เพื่อให้ได้มาซึ่งแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย การรักษาทางปริทันต์ในบางกรณีนั้นต้องมีการรักษาร่วมกับทางทันตกรรมจัดฟัน ซึ่งงานทั้งสองแขนงนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด โดยหลักการเบื้องต้นของการบำบัดรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน คือ การเคลื่อนฟันไปในบริเวณเนื้อเยื่อปริทันต์ที่ปราศจากโรค ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสภาวะปริทันต์หรือความเสี่ยง โดยให้การรักษาทางปริทันต์ เพื่อเป็นการกำจัดการอักเสบ และแก้ไขความพิการของอวัยวะปริทันต์ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมก่อนที่จะให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ในทำนองเดียวกันได้มีการนำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมารักษาพร้อมกันกับ

การให้การรักษาทางปริทันต์ เพื่อแก้ไขปัญหาความพิการที่เกิดขึ้นกับอวัยวะปริทันต์ เช่น การแก้ไขความพิการ ใต้สันกระดูก การแก้ไขความพิการของช่องรากฟันกราม การแก้ไขปัญหาการเคลื่อนของฟันเนื่องจากการมี พยาธิสภาพของโรค เป็นต้น

ฉะนั้นก่อนการให้การรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม จึงควรที่จะมีการประเมินผู้ป่วยก่อนการวางแผนการ รักษาาร่วมกัน ระหว่างทันตแพทย์ในแต่ละสาขา เพื่อให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดแก่ ผู้ป่วยรวมทั้งลดปัญหาจากอาการแทรกซ้อนภายหลังการรักษา นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่ง คือ ความร่วมมือของผู้ป่วยที่จะดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอย่างเคร่งครัด เข้าใจถึงขั้นตอนของการรักษาและ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมการคงสภาพอันจะส่งผลต่อความสำเร็จระยะยาว

ในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าการชูดหินน้ำลายร่วมกับการเกลารากฟันไม่เพียงพอต่อความสำเร็จในการรักษา เนื่องจากการลุกลามของโรคมามากจนมีการสูญเสียของอวัยวะปริทันต์ จนมีความพิการของกระดูกเบ้าฟัน จึงจำเป็นต้องทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วย ซึ่งภายหลังการรักษาพบว่าประสบผลสำเร็จในการรักษา โดยผู้ป่วยมีสภาวะปริทันต์ที่ดี ร่องลึกปริทันต์ลดลง ฟันโยกลดลง ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีขึ้น โดยเฉพาะบริเวณซอกฟันซึ่งได้ใช้แปรงซอกฟันและไหมขัดฟันเป็นอุปกรณ์เสริมในการทำทำความสะอาด ผู้ป่วยมีความเข้าใจแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา และตระหนักถึงการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงสภาวะปริทันต์ที่ดีตลอดไป และได้รับการวางแผนการรักษาาร่วมกับทันตแพทย์จัดฟันเพื่อให้การรักษาที่ เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Caton JG, Greenstein G. Factors related to periodontal regeneration. *Periodontol* 2000; 1993(1):1:9-15.
2. Becker W, Becker BE, Berg L, Prichard J, Caffesse R, Rosenberg E. New attachment after treatment with root isolation procedures: report for treated class III and class II furcations and vertical osseous defects. *Int J Periodont Restor Dent*. 1988;8:3-24.
3. Walker Clay B., Karpinia Katherine, Baehni Pierre. Chemotherapeutics: antibiotics and other antimicrobials. *Periodontology* 2000; Vol. 36, 2004: 146–165.
4. Kaldahl Wayne B, Kalkwarf Kenneth L, Patil Kashinath D, Molvar Michael P, Dyer John. K.Long-term evaluation of periodontal therapy: I. response to 4 therapeutiv Modalities. *J periodontal*; Volume 67, 1996: 93-102.
5. หาญณรงค์ ลำไย.ศัลยกรรมแผ่นพับปริทันต์. *ศัลยกรรมปริทันต์*. 2532:91-135.
6. Stambaugh R, Dragoo M, Smith D, Carasali L. The limits of subgingival scaling. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1981;1(5):30-41.

7. Rabbani G, Ash M, Caffesse R. The effectiveness of subgingival scaling and root planning in calculus removal. *J Periodontol.* 1981;52:119-123.
8. Caffesse R, Sweeny P, Smith B. Scaling and root planning with and without periodontal flap surgery. *J Clin Periodontol.* 1986;13:205-210.
9. Froum SJ, Coran M, Thaller B, Kushner L, Scopp IW, Stahl SS. Periodontal Healing Following Open Debridement Flap Procedures. *J Periodontol.* 1982;53(1):8-14.