

เรื่อง การทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้าบนเพื่อความสวยงาม

นางสาวอรพรรณ วิจารณ์พงศ์
โรงพยาบาลสกลนคร

บทคัดย่อ

สภาวะยิ้มเห็นเหงือก มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายนอกช่องปาก ได้แก่ โครงสร้างใบหน้า ริมฝีปาก และปัจจัยภายในช่องปากได้แก่ เหงือกและฟัน ซึ่งมีผลต่อความสวยงามทางใบหน้าและรอยยิ้มของผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการตรวจประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมก่อนที่จะให้การรักษา เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการรักษา รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้กล่าวถึงผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 28 ปี มาพบทันตแพทย์ ด้วยอาการสำคัญ คือการยิ้มเห็นเหงือกมากกว่าปกติ และรู้สึกวิตกกังวลในเรื่องความสวยงามขณะยิ้ม ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสมบัติยิ้มเห็นเหงือกมากกว่าปกติ จากการซักประวัติ ตรวจและประเมินโครงสร้างใบหน้า ริมฝีปาก ฟัน และรูปร่างเหงือก แล้วพบว่าผู้ป่วยมีสภาวะยิ้มเห็นเหงือกจากการเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้น แต่ไม่ได้มีความผิดปกติที่โครงสร้างใบหน้า จึงวางแผนการรักษาโดยการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันร่วมกับศัลยกรรมตัดแต่งกระดูกในฟันหน้าบน และเพื่อความสวยงาม ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ พร้อมทั้งแสดงผลการรักษาและติดตามอาการที่ระยะเวลา 2 เดือน

ที่มาของปัญหา : สภาวะยิ้มเห็นเหงือกมากกว่าปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจขณะยิ้ม เนื่องจากมีความกังวลในเรื่องของความสวยงาม ซึ่งสภาวะยิ้มเห็นเหงือกของผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากการเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้น แต่ไม่ได้มีความผิดปกติที่โครงสร้างใบหน้า จึงวางแผนการรักษาโดยการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันร่วมกับศัลยกรรมตัดแต่งกระดูกในฟันหน้าบน

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายกระบวนการการการทำให้ศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันร่วมกับศัลยกรรมตัดแต่งกระดูกในฟันหน้าบน โดยอธิบายถึงข้อบ่งชี้ การเลือกผู้ป่วยที่ให้การรักษา ปัจจัยต่อความสำเร็จ

รูปแบบการศึกษา : กรณีศึกษา

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยสภาวะยิ้มเห็นเหงือก การทำศัลยกรรมปริทันต์เพิ่มความยาวตัวฟันเพื่อความสวยงามหลังการทำให้ศัลยกรรมปริทันต์ไปผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ พบลักษณะทางคลินิกของเหงือกมีสภาพปกติ

คำสำคัญ : สภาวะยิ้มเห็นเหงือก การเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้น ปริมาณเหงือกแสดงมากกว่าปกติ ศัลยกรรมเพิ่มความสูงของฟันเพื่อความสวยงาม

บทนำ

ภาวะยิ้มเห็นเหงือก (gummy smile) เกิดจากความผิดปกติของกระดูก ได้แก่ ขากรรไกรบนยื่นมากเกินไป (Vertical maxillary excess) ริมฝีปากบนสั้น (Short upper lip) ความยาวของตัวฟันทางคลินิกไม่เพียงพอ หรือเกิดจากหลายสาเหตุดังกล่าวข้างต้นร่วมกัน⁽¹⁾ เป็นภาวะที่ส่งผลต่อความสวยงามในการยิ้ม

ที่ผู้ป่วยและทันตแพทย์ให้ความตระหนัก โดยการยืมเห็นเหงือกไม่ใช่พยาธิสภาพของโรค แต่เมื่อยืมแล้วเห็นเหงือกสูง 3-4 มิลลิเมตร จะส่งผลต่อความสวยงาม ซึ่งนำไปสู่การรักษาเพื่อแก้ไข⁽¹⁾

การประชุมเชิงปฏิบัติการนานาชาติทางปริทันตวิทยาในปี ค.ศ. 2017⁽⁴⁾ ได้จัดจำแนกภาวะยืมเห็นเหงือกอยู่ใน กลุ่มเหงือกเกิน (Gingival excess) เรียกว่าปริมาณเหงือกแสดงมากกว่าปกติ (Excessive gingival display)⁽²⁾

สาเหตุหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยคือการเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้น^(5, 6) เกิดความผิดปกติกับกระบวนการเคลื่อนตัวของขอบเหงือกไม่ถอยร่นไปยังระดับของรอยต่อเคลือบฟัน กับเคลือบรากฟัน (Cemento-enamel junction; CEJ) แม้ว่าฟันจะขึ้นในตำแหน่งสมดุลของการสบฟันแล้วก็ตาม ทำให้พบปริมาณเหงือกแสดงมากกว่าปกติ ได้^(3, 4, 5)

Coslet และคณะ⁽⁶⁾ ได้จำแนกการเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้นออกเป็น 4 ประเภทย่อย โดยพิจารณาจากความกว้างของเหงือกที่มีเคอราติน (Width of keratinized gingiva) และตำแหน่งสันกระดูกเข้าฟันกับระดับรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน

การแก้ไขปัญห ปริมาณเหงือกแสดงมากกว่าปกติ อันเนื่องมาจากการเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้น จำเป็นต้องอาศัยการทำศัลยกรรมเพิ่มความสูงตัวฟันเพื่อความสวยงาม การวางแผนการรักษาจะพิจารณาตามการจำแนกการเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้น (Coslet's classification)⁽⁶⁾ ซึ่งมีทางเลือกประกอบด้วย⁽³⁾

1. การตัดเหงือก (Gingivectomy)
2. การทำศัลยกรรมตัดแต่งกระดูก (Resective osseous surgery)
3. การผ่าตัดร่นแผ่นเหงือก (apically positioned flap)

อาจพิจารณาเลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน (ตารางที่ 1) ขึ้นอยู่กับลักษณะทางคลินิกและ ข้อจำกัดในผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 1 ทางเลือกของการทำศัลยกรรมเพิ่มความสูงตัวฟันเพื่อความสวยงามและปัจจัยที่ใช้พิจารณา

Altered passive eruption		Suggested treatment(s)
Type 1 : Excessive keratinized gingiva		
A	Normal crest-to-CEJ relationship	Gingivectomy
B	Osseous crest at CEJ	Resective osseous surgery ± Apically positioned flap
Type 2 : Normal amount of keratinized gingiva		
A	Normal crest-to-CEJ relationship	Apically positioned flap
B	Osseous crest at CEJ	Resective osseous surgery + Apically positioned flap

การประเมินก่อนทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน และความสวยงามจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ ดังนี้

การประเมินนอกช่องปาก

1. ความยาวของริมฝีปาก (lip length) วัดจากจุดต่ำสุดของจมูกถึงขอบล่างของริมฝีปากบน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มตามอายุ⁽⁷⁾ ซึ่งโดยทั่วไปความยาวของริมฝีปากบนเฉลี่ย 16 ถึง 24 มิลลิเมตร⁽⁸⁾ โดยพบว่าใน

เพศหญิงวัยรุ่นมีความยาวของริมฝีปากบน 20 ถึง 22 มิลลิเมตร และในเพศชายวัยรุ่นมีความยาวของริมฝีปากบน 22 ถึง 24 มิลลิเมตร⁽⁷⁾

ในกรณีที่ริมฝีปากบนสั้น (น้อยกว่า 15 มิลลิเมตร) จะมองเห็นส่วนของเหงือกและฟันทั้งหมด ส่วนกรณีที่ริมฝีปากบนยาว (มากกว่าหรือเท่ากับ 24 มิลลิเมตร) จะมองเห็นขนาดฟันที่สั้นลง⁽⁸⁾

2. เส้นริมฝีปาก (lip line) ประเมินจากความยาวของฟันในแนวตั้งขณะยิ้ม หรือความยาวของริมฝีปากบนที่สัมพันธ์กับฟันตัดซี่กลางบน เส้นของริมฝีปาก แบ่งออกเป็น⁽⁹⁾

2.1 เส้นริมฝีปากสูง (high lip line) เห็นตัวฟันทั้งหมดร่วมกับบางส่วนของเนื้อเยื่อเหงือก

2.2 เส้นริมฝีปากปกติ (normal lip line) ริมฝีปากบนอยู่ที่ขอบเหงือก เห็นความยาวของตัวฟันทั้งหมดของฟันตัดซี่กลางบน และเหงือกด้านประชิด

2.3 เส้นริมฝีปากต่ำ (low lip line) เห็นความยาวของฟันตัดหน้าบนน้อยกว่าร้อยละ 75

3. เส้นรอยยิ้ม (smile line) ควรสังเกตจากสถานการณ์ที่หลากหลายเช่น ขณะพัก พูดคุย และยิ้ม โดยพบว่าในระหว่างที่ยิ้มมากที่สุดริมฝีปากบนจะอยู่ในระดับกึ่งกลางขอบเหงือกด้านแก้มของฟันตัดบน ริมฝีปากล่างจะอยู่ที่ปลายฟันตัดล่าง ปลายฟันตัดบนควรจะขนานไปกับความโค้งของริมฝีปากล่างระหว่างที่ยิ้มและยิ้มมากที่สุด⁽⁶⁾ นอกจากนี้ระดับขอบเหงือกของฟันหน้าบนจะขนานกับเส้นสมมติที่ลากผ่านระหว่างรูม่านตาสองข้าง (interpupillary line)

4. จุดสูงสุดของเหงือกบริเวณคอฟัน (Gingival zenith หรือ Height of Gingival Contour) เป็นจุดสูงสุดของขอบเหงือกในบริเวณคอฟันของฟันหน้าบน เมื่อระบุตำแหน่งจากเส้นกึ่งกลางฟันในแนวตั้งของฟันหน้าบนแต่ละซี่ ได้แก่⁽¹⁰⁾

4.1 ฟันตัดกลางบน อยู่ห่างจากเส้นกึ่งกลางฟันในแนวตั้งไปทางด้านไกลกลาง 1 มิลลิเมตร

4.2 ฟันตัดข้าง อยู่เสมอกับเส้นกึ่งกลางฟันในแนวตั้ง

4.3 ฟันเขี้ยว อยู่ห่างจากเส้นกึ่งกลางฟันในแนวตั้งไปทางด้านไกลกลาง 0.4 มิลลิเมตร

5. เส้นขอบเหงือก (gingival line) เป็นเส้นที่ลากจากคอฟันเขี้ยวขวาไปถึงคอฟันเขี้ยวซ้ายขนานต่อระนาบกัดสบในอุดมคติฟันตัดซี่กลาง และฟันเขี้ยวจะแตะเส้นนี้ ส่วนฟันตัดซี่ข้างจะอยู่ใต้ต่อเส้นนี้ 1 มิลลิเมตร ส่วนฟันกรามน้อย และฟันกรามจะอยู่ตำแหน่งเหนือว่าเส้นนี้ไปทางด้านหลัง⁽⁸⁾

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 28 ปี HN 769536 อาชีพ พนักงานโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล สกลนครเมื่อ 14 กันยายน 2564

อาการสำคัญ

มาพบทันตแพทย์ด้วยการยิ้มเห็นเหงือกมากกว่าปกติ และรู้สึกวิตกกังวลในเรื่องความสวยงามขณะยิ้ม ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าจะยิ้มเห็นเหงือกมากกว่าปกติ

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคทางระบบ ปฏิเสธการแพ้ยา,อาหาร

ตรวจภายนอกช่องปาก

1. ลักษณะโครงสร้างใบหน้าของผู้ป่วยปกติ ไม่พบความผิดปกติใด ๆบนใบหน้า คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต และไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณใบหน้า ขากรรไกร และกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

2. ความยาวของริมฝีปากบน ปกติ

3. ประเมินองค์ประกอบความสวยงามทางรอยยิ้ม (ภาพที่ 1) พบว่า

3.1 ขณะที่ยิ้มพบว่าเส้นริมฝีปากสูง ขณะยิ้มเห็นเหงือกประมาณ 3 มิลลิเมตร

3.2 มีรูปร่างของริมฝีปากล่างที่ขนานไปกับความโค้งของปลายฟันหน้าบน

3.3 ขอบบนของริมฝีปากล่างอยู่ระดับเกือบถึงขอบเหงือกของฟันหน้าล่าง

ตรวจภายในช่องปาก (ภาพที่ 2)

1. ประเมินลักษณะเหงือก พบร่องลึกปริทันต์เข้าไปในร่องเหงือกแล้ววัดร่องเหงือกได้ลึกประมาณ 2-3 มิลลิเมตรและไม่สามารถหาตำแหน่งของรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันในร่องเหงือกได้ มีความกว้างเหงือกยึดโดยเฉลี่ยประมาณ 5-9 มิลลิเมตรและเหงือกมีสีชมพูแบบหนา

2. ประเมินตัวฟัน พบการจัดเรียงตัวของฟันอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม มีแนวสบฟันที่ขนานกับเส้นสมมติที่ลากผ่านรูม่านตา แต่มีความยาวของตัวฟันทางคลินิกในฟันหน้าบนสั้น

ภาพถ่ายรังสี (ภาพที่ 3)

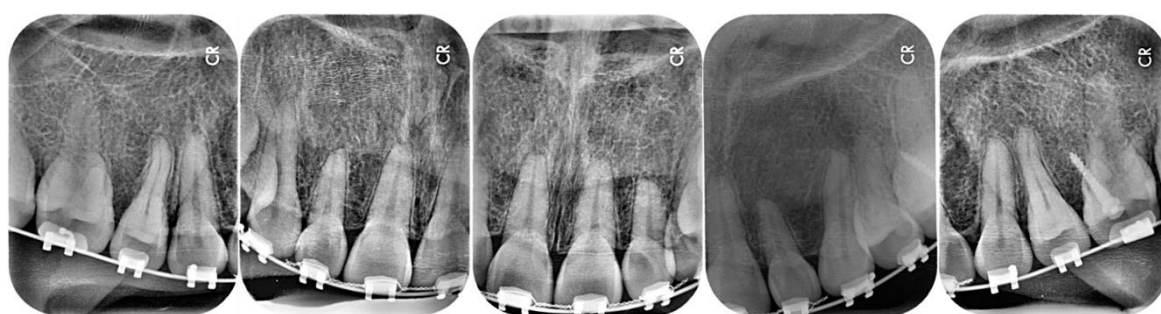
จากการถ่ายภาพรังสีด้วยภาพถ่ายรังสีแบบรอบปลายรากฟัน พบว่าบริเวณ 16/15 ,15/13 ,13/12 ,12/11, 11/21,22/23,23/25 และ 25/26 มีระดับของสันกระดูกเบ้าฟันอยู่ระดับเดียวกับรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน



ภาพที่ 1 แสดงภาพใบหน้าตรงของผู้ป่วยขณะยิ้มในครั้งแรกที่มารับการรักษา



ภาพที่ 2 แสดงภาพช่องปากผู้ป่วยในครั้งแรกที่มารับการรักษ



ภาพที่ 3 แสดงภาพรังสีในครั้งแรกที่มารับการรักษ

การวินิจฉัยโรค

Upper anterior teeth : Delay passive eruption

การวางแผนการรักษา

1. การรักษาขั้นทั่วกาย (Systemic phase) : ไม่มี
2. การรักษาขั้นฉุกเฉิน (Emergency phase) : ไม่มี
3. การรักษาขั้นอนามัยช่องปาก (Hygienic phase) โดยการขูดหินน้ำลายทั้งปาก และแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการสอนแปรงฟันแบบขยับปิด (Modified Bass technique) และใช้ไหมขัดฟัน
4. การรักษาระยะบูรณะฟันฟู (Corrective phase) โดยการรักษาทางศัลยกรรมปริทันต์ (Periodontal surgery) ด้วยการเพิ่มความยาวตัวฟันเพื่อความสวยงาม
5. การรักษาระยะคงสภาพ (Maintenance phase) โดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาเป็นประจำทุก 6 เดือน เพื่อประเมินการทำความสะอาดของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะปริทันต์หลังการรักษา

การรักษา

ตรวจประเมินนอกช่องปากและตรวจสภาพภายในช่องปาก (ตารางที่ 1) พบความยาวตัวฟันทางคลินิกในฟันหน้าบนสั้น มีร่องเหงือกลึกประมาณ 2-4 มิลลิเมตร มีความกว้างเหงือกยึดประมาณ 5-9 มิลลิเมตร

และพบเหงือกโดยทั่วไปอักเสบเล็กน้อย มีคราบจุลินทรีย์สะสมโดยทั่วไปในช่องปาก จึงได้แนะนำทางแนวทางในการรักษาแก่ผู้ป่วยโดยการทำความสะอาดเพิ่มความยาวตัวฟัน ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะทำการรักษาดังกล่าวในการนัดครั้งนี้จึงทำการขูดหินน้ำลายเพื่อลดการอักเสบของเหงือกก่อนทำศัลยกรรมปริทันต์ในครั้งต่อไป

เริ่มให้การรักษาด้วยการเพิ่มความยาวตัวฟันเพื่อความสวยงาม ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ 4% Articaine แบบมีส่วนผสม epinephrine 1: 100,000 จำนวน 4 หลอด (หลอดละ 1.8 มิลลิลิตร) ทำการกำหนดจุดสูงสุดของขอบเหงือกบริเวณฟันหน้าบนแต่ละซี่ โดยต้องมีความสมมาตรกันทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ตัดเหงือกภายในแบบเฉียงโดยห่างจากระดับขอบเหงือกเดิม 2 มิลลิเมตร ในฟันซี่ 15 ถึง 25 ยกเว้นบริเวณ IDP (ภาพที่ 4) แล้วนำชิ้นเหงือกที่ตัดออกไป

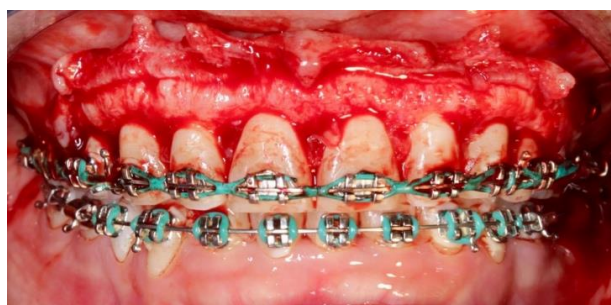
ตารางที่ 1 แสดงการตรวจปริทันต์ในวันที่ทำศัลยกรรมปริทันต์

Keratinized Gingiva	6 5 6	7 7 8	9 6 8	8 8 8	8 8 8	6 8 9	8 8 8	6 5 5
Bone Sounding	3 3 3	3 3 2	3 3 3	4 4 3	3 4 3	3 3 3	4 3 4	4 3 4
Pocket Depth	2 2 3	2 2 3	2 1 2	3 3 3	3 3 3	2 1 3	3 2 3	3 2 3
Tooth	15	13	12	11	21	22	23	25
Pocket Depth	2 2 2	3 2 3	3 2 2	2 2 3	3 2 2	2 2 2	2 2 2	3 2 2

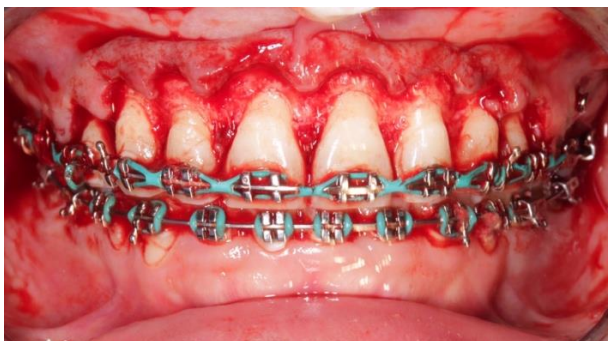


ภาพที่ 4 แสดงการกำหนดจุดสูงสุดของขอบเหงือก

จากนั้นเปิดแผ่นเหงือกแบบเต็มซี่ (full thickness flap) กำจัดเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ และเกลารากฟันให้สะอาด (ภาพที่ 5) แล้วตรวจสอบระดับสันกระดูก กรอดระดับกระดูกกลางจากเดิม 2 มิลลิเมตร (ภาพที่ 6)

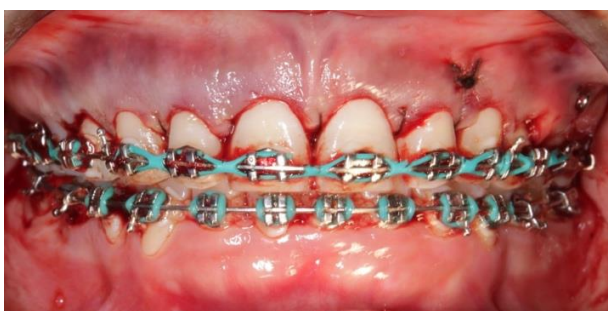


ภาพที่ 5 แสดงภาพภายหลังการกำจัดเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ และเกลารากฟัน



ภาพที่ 6 ภาพแสดงภายหลังการแต่งกระดูก

เย็บปิดแผลเหงือกด้วยวิธี interrupted suture ด้วยไนลอน 4-0 จำนวน 9 stitches (ภาพที่ 7) ระหว่างการเปิดเหงือก มีแผลเหงือกฉีกขาด เนื้อ IDP ระหว่างซี่ 22 และ 23 จึงทำการเย็บ จำนวน 1 stitch



ภาพที่ 7 แสดงภาพการเย็บแผล

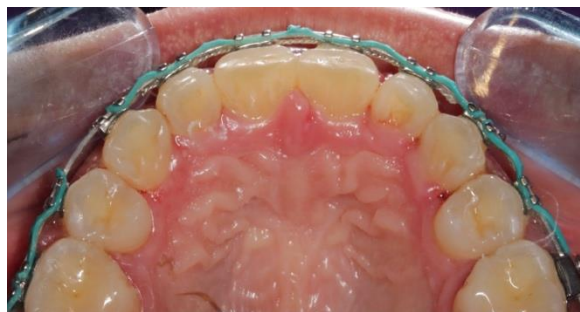
ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ
ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1. Ibuprofen (400 mg/tab) 20 tabs
Sig: 1tab p.o. tid p.c.
2. Amoxicillin (500 mg/cap) 20 caps
Sig: 1 cap p.o. tid p.c.
3. น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน เข้มข้น 0.12%(Chlorhexidine mouthwash 0.12%)2 ขวด

นัดติดตามผลการรักษา 7 วัน

ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษา

จากการติดตามผลหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ (ภาพที่ 8) ในวันที่นัดผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ แต่หลังผ่าตัดแล้วปวดแผลเล็กน้อย 2-3 วันแรก สามารถทานอาหาร ตรวจในช่องพบคราบจุลินทรีย์บริเวณฟันหน้าบนเล็กน้อย พบว่าเหงือกบริเวณแผลผ่าตัดบวมแดงเล็กน้อย ซึ่งเป็นลักษณะปกติของการหายของแผลในสัปดาห์แรก และไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อ จึงตัดไหมที่เย็บไว้ และให้คำแนะนำในการดูแลทำความสะอาดช่องปาก



ภาพที่ 8 การติดตามผลภายหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน 1 สัปดาห์

การติดตามผลการรักษา:

เมื่อติดตามผลหลังผ่าตัด 1 เดือน (ภาพที่ 9)

ลักษณะเหงือกไม่มีการอักเสบ การบวมของเหงือกลดลง ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ



ภาพที่ 9 การติดตามผลภายหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน 1 เดือน

เมื่อติดตามผลหลังผ่าตัด 2 เดือน (ภาพที่ 10) พบว่าเหงือกบริเวณแผลผ่าตัดมีการหายของแผลที่ดี ไม่มีการอักเสบ มีคราบจุลินทรีย์สะสมเล็กน้อย แนะนำการดูแลทำความสะอาดช่องปาก



ภาพที่ 10 การติดตามผลภายหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน 2 เดือน

ผลการศึกษา

การทำศัลยกรรมปริทันต์เพิ่มความยาวตัวฟันเพื่อความสวยงามหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์ไปผู้ป่วย ไม่มีมีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ พบลักษณะทางคลินิกของเหงือกมีสภาพปกติ

การแก้ไขภาวะยืมเห็นเหงือกจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินองค์ประกอบต่างๆไม่ว่าจะเป็น ริมฝีปาก ฟัน และรูปร่างเหงือกแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าร่วมด้วย เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อความสวยงามที่เกิดขึ้น

แนวทางการแก้ไขภาวะยืมเห็นเหงือกในผู้ป่วยรายนี้ พิจารณาทำการตัดเหงือกภายในแบบเฉียง และการเปิดแผ่นเหงือกร่วมกับการแต่งกระดูกจากการตรวจประเมินพบว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีความผิดปกติของโครงสร้างทางใบหน้าและริมฝีปาก แต่มีปัญหาในเรื่องความสวยงามจากตัวฟันสั้น และยืมเห็นเหงือกเยอะ แนวทางการรักษาในผู้ป่วยรายนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขด้วยการทำศัลยกรรมเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันและการบูรณะฟัน ดังนั้นจึงพิจารณาใช้เทคนิคการตัดเหงือกภายในแบบเฉียง และการเปิดแผ่นเหงือกร่วมกับการแต่งกระดูกในการรักษาผู้ป่วยรายนี้

ผลการรักษาด้วยการทำศัลยกรรมเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันในผู้ป่วยรายนี้ประสบผลสำเร็จดีโดยพบว่าผู้ป่วยมีความยาวของตัวฟันเพิ่มมากขึ้น และภายหลังการรักษายังคงมีสัดส่วนของตัวฟันต่อรากฟันที่เหมาะสม ในขณะที่ทำการรักษาอยู่นั้นได้คำนึงถึงระดับของกระดูกที่รองรับฟัน สัดส่วนของตัวฟันต่อรากฟัน⁽¹³⁾ จึงได้พิจารณาแต่งกระดูกลงไป 2 มิลลิเมตร จากการศึกษาพบว่าเนื้อเยื่อสามารถเกิดการเลื่อนตัวมาทางปลายฟัน อาจเกิดจากความสัมพันธ์ของตำแหน่งที่วางแผ่นเหงือกกับกระดูกบริเวณนั้นในขณะที่ทำการเย็บแผล และการทำศัลยกรรมเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันควรประเมินสัดส่วนความยาวของตัวฟันที่ต้องการให้ดีอย่าประเมินจากการวางแผ่นเหงือกบนสันกระดูกอย่างเดียว⁽¹⁶⁾

หลังจากทำการรักษาด้วยศัลยกรรมเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน 2 เดือน ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อ จากการศึกษาพบว่าหลังจากการทำศัลยกรรมเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันไปในระยะ 6 เดือนพบว่าเหงือกจะมีการร่นเพิ่มมากในระยะแรก และจะคงที่ใน 6 สัปดาห์ถึง 6 เดือน⁽¹⁷⁾ ร่วมกับมีการศึกษาพบว่า การยึดของเนื้อเยื่อผิว และเนื้อเยื่อยึดต่อจะสมบูรณ์ภายใน 4 สัปดาห์ ทำให้ไม่เกิดอันตรายต่อเหงือก นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างกระดูก (bone remodeling) ภายหลังทำศัลยกรรมกระดูกที่บริเวณซอกฟัน รากฟัน และง่ามรากฟัน ตามลำดับ หลังจากรักษา 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่ามีการสูญเสียกระดูกเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทำศัลยกรรม ซึ่งเป็นการหายของแผลแบบซ่อมแซม (repair) มากกว่าการงอกใหม่ (regeneration)⁽¹⁸⁾

สรุปและข้อเสนอแนะ

การรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยสภาวะยืมเห็นเหงือก จำเป็นจะต้องได้รับการตรวจ และวินิจฉัยสภาวะยืมเห็นเหงือกก่อนเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการสำคัญคือยืมเห็นเหงือกในฟันหน้าบน เมื่อตรวจประเมิน และพิจารณาโครงสร้างใบหน้าริมฝีปาก ฟัน และรูปร่างเหงือกแล้วพบว่าผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องทำการรักษาด้วยการทำศัลยกรรมเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ และมีความพึงพอใจกับการรักษาด้วยการทำศัลยกรรมเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน

เอกสารอ้างอิง

1. Dent Clin North Am. 2020 Apr;64(2):341-349. doi: 10.1016/j.cden.2019.12.003. Epub 2020 Jan 24.
2. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review,
3. Mele M, Felice P, Sharma P, Mazzotti C, Bellone P, Zucchelli G. Esthetic treatment of altered passive eruption. *Periodontol 2000*. 2018;77(1):65-83.
4. Dolt AH, 3rd, Robbins JW. Altered passive eruption: an etiology of short clinical crowns. *Quintessence Int*. 1997;28(6):363-72.
5. Alpiste-Illueca F. Altered passive eruption (APE): A little-known clinical situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(1):100-4.
6. Coslet JG, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan*. 1977;70(3):24-8.
7. Jorgensen MG, Nowzari H. Aesthetic crown lengthening. *Periodontol 2000*. 2001;27:45-58.
8. Cohen ES. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery: PMPH-USA; 2007.
9. Sabri R. The eight components of a balanced smile. *J Clin Orthod*. 2005 Mar;39(3):155-67; quiz ¹⁵4.
10. Chu SJ, Tan JH, Stappert CF, Tarnow DP. Gingival zenith positions and levels of the maxillary anterior dentition. *J Esthet Restor Dent*. 2009;21(2):113-20.
11. Snow SR. Application of the Golden Percentage in Smile Design and Esthetic Treatment Success. *J ContempEsthet*. 2006;10(9):30-37.
12. Khuller N, Sharma N. Biologic width: Evaluation and correction of its violation. *J Oral Health Co mm Dent*. 2009;3:20-5
13. Gupta G, Gupta R, Gupta N, Gupta U. Crown Lengthening Procedures - A Review Article. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*.; 1(14):27-37.
14. Dolt AH 3rd, Robbins JW. Altered passive eruption: an etiology of short clinical crowns. *Quintessence Int*. 1997 Jun;28(6):363-72.
15. Sato N. Periodontal surgery: a clinical atlas: Quintessence Pub Co; 2000.
16. Deas DE, Moritz AJ, McDonnell HT, Powell CA, Mealey BL. Osseous surgery for crown lengthening: a 6-month clinical study. *J Periodontol*. 2004 Sep;75(9):1288-94.
17. Brägger U, Lauchenauer D, Lang NP. Surgical lengthening of the clinical crown. *J Clin Periodontol*. 1992 Jan;19(1):58-63.

18. Moghaddas H, Stahl SS. Alveolar bone remodeling following osseous surgery. A clinical study. *J Periodontol.* 1980 Jul;51(7):376-81.