

การผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานก่อนการใส่ฟันเทียม

นางสาวปิยนุช วงศ์เครือศรี
โรงพยาบาลสกลนคร

บทคัดย่อ

ปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก (torus palatinus) มีลักษณะนูนลงมาเป็นก้อนหรือเป็นปุ่ม และปกคลุมด้วยเหงือกสีชมพูที่มีลักษณะเช่นเดียวกับเหงือกบริเวณอื่นๆในช่องปาก มีขนาดและรูปร่างแตกต่างกันในแต่ละคน โดยมีสาเหตุการเกิดที่ไม่ชัดเจน อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยทั่วไปปุ่มกระดูกดังกล่าวไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหากมีขนาดที่ไม่ใหญ่มาก จะพิจารณาผ่าตัดออกหากมีขนาดใหญ่จนส่งผลให้มีปัญหาในเรื่องการกินอาหาร การพูด การกลืน การกระแทกจนทำให้เกิดแผล หรือขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม เป็นต้น

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้กล่าวถึงผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี ปฏิเสธโรคทางระบบ ถูกส่งตัวมาผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก เพื่อเตรียมช่องปากก่อนการใส่ฟันเทียม จากการตรวจภายในช่องปากพบปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก ขนาด 2.5x3 ซม. จึงให้การรักษาโดยผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากและใส่แผ่นปิดเพดานปาก หลังจากการผ่าตัด ซึ่งหลังจากทำหัตถการดังกล่าวพบว่าบริเวณแผลเกิดเยื่อเมือกเพดานตาย (necrotic tissue of palatal mucosa) และหลังจกติดตามผลการรักษา 1 เดือนพบว่าแผลหายเป็นปกติ เพดานปากมีสภาพปกติ เหมาะสมกับการรองรับฐานฟันเทียม

ที่มาของปัญหา : ปุ่มกระดูกกลางเพดานปากนั้นปกติไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่หากส่งผลให้เกิดปัญหาในเรื่องการกินอาหาร การพูด การกลืน หรือขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม จะพิจารณาผ่าตัดออกเพื่อให้ได้สันเหงือกที่มีรูปร่างเหมาะสม ในกรณีศึกษาผู้ป่วยมีปุ่มกระดูกกลางเพดานปากที่ขัดขวางต่อการยึดอยู่และเสถียรภาพที่ดีของฟันเทียม จึงต้องทำการเตรียมช่องปากโดยการผ่าตัดปุ่มกระดูกก่อนการใส่ฟันเทียม

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายลักษณะทางคลินิก อุบัติการณ์การเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา การวางแผนการรักษา และขั้นตอนการผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปาก

รูปแบบการศึกษา : กรณีศึกษา

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายนี้ถูกส่งตัวมาผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานออก เพื่อเตรียมช่องปากก่อนการทำฟันเทียม หลังจกติดตามผลการรักษา 1 เดือนพบว่า ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ แผลหายเป็นปกติ และผู้ป่วยมีสันเหงือกที่เหมาะสมกับการทำฟันเทียม

คำสำคัญ : ปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก (Torus palatinus)

บทนำ

ปุ่มกระดูกในช่องปากนั้นเป็นกระดูกที่งอกยื่นออกมาจากกระดูกขากรรไกร จะถูกตั้งชื่อตามบริเวณที่ถูพบ เช่น ปุ่มกระดูกที่อยู่บริเวณกลางเพดานปาก จะถูกเรียกว่าปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก (torus palatinus) ปุ่มกระดูกที่อยู่บริเวณด้านในของขากรรไกรล่างด้านลิ้น จะถูกเรียกว่าปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง (torus mandibularis) และปุ่มกระดูกที่อยู่บริเวณด้านนอกของขากรรไกร จะถูกเรียกว่าปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกร (buccal exostosis)⁽¹⁾

ซึ่งสาเหตุการเกิดของปุ่มกระดูกนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย เช่น กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะของแรงกดเคี้ยวที่มากกว่าปกติ แต่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าสาเหตุเกิดจากกรรมพันธุ์⁽²⁾ โดยส่วนประกอบของปุ่มกระดูกอาจประกอบด้วยกระดูกทึบ (cortical bone) ทั้งหมด หรืออาจมีกระดูกพรุน (cancellous bone) อยู่ใต้กระดูกทึบที่ปกคลุมด้วย⁽³⁾

โดยตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปาก และปุ่มกระดูกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้น^(4,5) ส่วนปุ่มกระดูกด้านนอกของขากรรไกรพบได้น้อยกว่า⁽⁴⁾ ซึ่งในปุ่มกระดูกกลางเพดานปากนั้นมักจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยพบอัตราการเกิดปุ่มกระดูกกลางเพดานและกระดูกขากรรไกรล่างด้านลิ้นสูงกว่าชาติอื่นๆ และช่วงอายุที่พบได้บ่อยคือช่วงวัยผู้ใหญ่หรือช่วงวัยกลางคน⁽⁶⁾

ลักษณะทางคลินิกของปุ่มกระดูกเพดานปากมีได้หลายแบบซึ่งทั้งขนาด รูปร่าง และอุบัติการณ์ของการเกิดปุ่มกระดูกเพดานปากนั้นไม่สัมพันธ์กับแรงกดสบฟัน⁽⁷⁾ อาจมีลักษณะเป็นปุ่มกระดูกฐานกว้าง (sessile) หรือปุ่มกระดูกหลายปุ่มติดกัน (multiloculated) หรืออาจเป็นก้าน (pedunculated) แบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ แบน (flat), เป็นปุ่ม (nodular), รูปกระสวย (spindle) และ เป็นกลีบย่อย (lobular)⁽⁸⁾ ซึ่งโดยส่วนมากมักพบเป็นปุ่มกระดูกขนาดเล็กและขนาดกลาง^(9,10) รูปร่างคล้ายกระสวย (spindle-shaped) มักอยู่ในตำแหน่งฟันกรามน้อยถึงฟันกราม⁽¹⁰⁾ และถ้าเป็นแบบปุ่มหรือกลีบย่อยจะมีร่องตรงแนวกลางไปตามรอยประสานกึ่งกลางเพดานด้วย⁽¹¹⁾ โดยในกรณีศึกษาที่มีลักษณะทางคลินิกเป็นปุ่มกระดูกกลางเพดานปากขนาดใหญ่และมีรูปร่างเป็นกลีบย่อย

การวินิจฉัยปุ่มกระดูกหรือกระดูกงอก (exostosis) ขึ้นกับลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี โดยลักษณะทางภาพถ่ายรังสีของปุ่มกระดูกหรือกระดูกงอกจะพบว่าเป็นเงาขาวมีขอบโค้งเรียบชัดเจน⁽³⁾

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดาน⁽¹¹⁾ โดยทั่วไปแล้วปุ่มกระดูกดังกล่าวไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหากมีขนาดที่ไม่ใหญ่มาก จะพิจารณาผ่าตัดออกหากมีข้อบ่งชี้คือ มีขนาดใหญ่จนส่งผลให้มีปัญหาในเรื่องการกินอาหาร และการพูด ทำศัลยกรรมเพื่อเตรียมสันเหงือกให้เหมาะสมก่อนใส่ฟันเทียม (preprosthetic surgery) เป็นผลจากการบดเคี้ยวเนื่องจากเนื้อเยื่อที่ปกคลุมปุ่มกระดูกค่อนข้างบาง ทำให้เยื่อที่ปกคลุมปุ่มกระดูกเป็นแผลง่ายและแผลหายยาก ในกรณีศึกษาข้อบ่งชี้ถึงการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากคือทำการศัลยกรรมเพื่อเตรียมสันเหงือกให้เหมาะสมก่อนใส่ฟันเทียม

การผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากจะทำได้ที่งายภายใต้ยาชาเฉพาะที่ หรือภายใต้การดมยาสลบในกรณีที่ผู้ป่วยมีความกังวล กลัวการผ่าตัดมาก อาเจียนง่าย หรืออ้าปากได้ไม่นาน⁽¹²⁾ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วสามารถทำการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁽¹³⁾ ได้แก่

1. ภาวะตกเลือด (Hemorrhage) ในขณะที่ลงรอยกรีดควรหลีกเลี่ยงเส้นเลือดเกรทเทอร์พาลาติน (greater palatine vessel) และเส้นเลือดนาโซพาลาติน (nasopalatine vessel) แต่หากมีเลือดออกมาก

ที่บริเวณด้านหลังของปุ่มกระดูก ให้ใช้วิธีฉีดยาชาที่มียาบิปปิโพรลิดีนช่วย และใช้ผ้าก๊อชกดแผลไว้ประมาณ 10 นาที เพื่อช่วยห้ามเลือด

2. ภาวะที่มีเลือดออกในเนื้อเยื่อ (Hematoma) เกิดขึ้นจากการเย็บแผลปิดในขณะที่ยังมีเลือดออกมาก และไม่ได้ใส่แผ่นปิดเพดาน (surgical stent) หลังผ่าตัด ซึ่งต้องระวังการติดเชื้อร่วมด้วย วิธีแก้ไขคือให้ดูดหรือระบายเลือดออกเพื่อช่วยลดระยะเวลาการหายของแผล และควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด

3. เยื่อเมือกเพดานตาย (necrotic tissue of palatal mucosa) เกิดขึ้นจากการที่เปิดแผ่นเหงือกอย่างไม่ระมัดระวัง ทำให้มีการฉีกขาดของแผ่นเหงือก เกิดการคั่งของเลือด และอาจเกิดการติดเชื้อตามมา ควรป้องกันโดยใช้แผ่นปิดเพดาน รวมถึงการทำการผ่าตัดที่ปลอดภัยและให้ยาปฏิชีวนะ เมื่อเกิดเนื้อเยื่อตายขึ้น ให้ใช้แผ่นปิดเพดานที่กรอผิวด้านในออกบางส่วน ปิดกระดูกที่ไม่มีเนื้อเยื่อปกคลุมจนกระทั่งมีเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) มาปกคลุม

4. กระดูกเพดานแตก (Fracture of the palate) เกิดขึ้นจากการใช้ส้อมอย่างไม่ระมัดระวัง เพราะฉะนั้นควรแบ่งปุ่มกระดูกด้วยหัวกรอเป็นชิ้นเล็กๆก่อน แล้วใช้ส้อมตัดออกด้วยแรงพอประมาณ แต่เมื่อเกิดการหักของกระดูกเพดานขึ้นแล้ว ให้จัดกระดูกที่หักให้เข้าตำแหน่งเดิม แล้วเย็บไว้ด้วยแผ่นปิดเหงือก

การทำแผ่นปิดเพดาน (surgical stent) ปิดแผลผ่าตัด โดยทำตามวิธีของ Yotnuengnit⁽¹⁴⁾ ให้พิมพ์ปากด้วยวัสดุพิมพ์ปากชนิด Alginate เมื่อได้รอยพิมพ์ให้ใช้เครื่องมือที่แหลมขูดให้รอยพิมพ์บริเวณปุ่มกระดูกเป็นรอยเพื่อให้วัสดุพิมพ์ปากยึดกับส่วนของรอยพิมพ์ เติมวัสดุพิมพ์ปากไปในส่วนที่เป็นปุ่มกระดูกในรอยพิมพ์ ปาดวัสดุพิมพ์ปากให้เรียบ และกลมกลืนกับส่วนโค้งของเพดาน นำไปเทด้วยปูนพลาสติก เพื่อให้ได้แบบที่ไม่มีรอยนูนของกระดูกเพดานปาก ทำให้ได้แบบจำลองรูปร่างใกล้เคียงกับสภาพในช่องปากหลังผ่าตัด ต่อจากนั้นใช้ดินสอวาดโครงร่างของแบบแผ่น ปิดเพดาน โดยให้แนวขอบของแผ่นปิดเพดานอยู่สูงจากส่วนทบเยื่อเมือกด้านแก้ม (mucobuccal fold) ประมาณ 2 มม. ด้านหน้าให้อยู่ที่ส่วนทบเยื่อเมือกด้านแก้ม ส่วนด้านหลังอยู่บริเวณรอยต่อของเพดานแข็งและเพดานอ่อน ส่งแบบจำลองให้ห้องปฏิบัติการทันตกรรมทำแผ่นปิดเพดานด้วยอะคริลิกแข็งชนิดใส

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายลักษณะทางคลินิก อุบัติการณ์การเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การวางแผนการรักษา และขั้นตอนการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก

วิธีดำเนินการศึกษา

- เก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาทางทันตกรรม ข้อมูลการตรวจภายนอกช่องปาก ตรวจภายในช่องปาก ภาพรังสี เพื่อนำมาซึ่งการวินิจฉัยโรค และพิมพ์ปากเพื่อทำแผ่นปิดเพดาน
- วางแผนการรักษา โดยอธิบายวิธีการรักษา ข้อดี/ข้อเสีย ขั้นตอนการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ ก่อนทำการรักษาได้อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและหลังการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ
- ทำการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานภายใต้ยาชาเฉพาะที่
- นัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะ

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี ภูมิลำเนา อ.เมือง จ.สกลนคร สិทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท

อาการสำคัญ

มาพบทันตแพทย์เนื่องจากไม่มีฟันบนต้องการทำฟันเทียม จึงถูกส่งตัวมาผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก เพื่อเตรียมช่องปากก่อนทำฟันเทียม

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคทางระบบ และมีประวัติแพ้ยาคลินดามัยซิน (clindamycin) โดยมีอาการเป็นผื่นแพ้ตามร่างกาย (maculopapular rash)

ตรวจภายนอกช่องปาก

ไม่พบความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าและกระดูกขากรรไกร มีความสมมาตรของใบหน้าทั้งซ้ายและขวา อ้าปากได้ปกติ



รูปที่ 1 แสดงภาพภายนอกช่องปากของผู้ป่วย

ตรวจภายในช่องปาก

ขากรรไกรบนมีลักษณะ U-shape พบรากฟันซี่ 17 เหลือในช่องปาก พบปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก ขนาด 2.5x3x0.7 ซม. ลักษณะเป็นนกลีบย่อย



รูปที่ 2 แสดงปุ่มกระดูกเพดานปาก ก่อนทำการรักษา

การวินิจฉัย : large torus palatinus

การวางแผนการรักษา

ตรวจช่องปาก ให้คำแนะนำ อธิบายแผนการรักษา และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานกลางปาก ตลอดจนปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและภายหลังการผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยและญาติ และเมื่อผู้ป่วยยินยอมรับการรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้ จึงทำการพิมพ์ปากเพื่อนำไปทำแผ่นปิดเพดาน

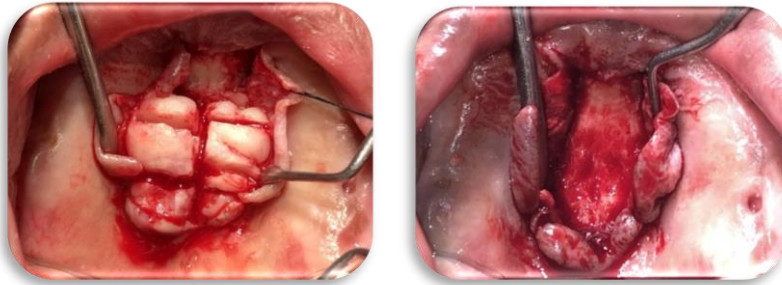
การรักษา

- ทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ ด้วยเทคนิค greater palatine nerve block ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา และ nasopalatine nerve block ด้วยยาชา 2%Mepivacaine with 1:100,000 epinephrine 1.8ml จำนวน 3 หลอด ซึ่งในกรณีนี้เป็นปุ่มกระดูกที่มีขนาดใหญ่และเป็นกลีบย่อย เนื้อเยื่อที่ปกคลุมจะมีลักษณะที่บางและแทรกเข้าไปบริเวณกลีบย่อย ดังนั้นในขั้นตอนนี้จะมีการฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อให้ยาชาแทรกเข้าไปอยู่ระหว่างกระดูกและเยื่อหุ้มกระดูกทำให้สามารถเปิดแผ่นเหงือกได้ง่ายขึ้น
- ใช้ใบมีดผ่าตัดเบอร์ 15 โดยกรีดผ่านกึ่งกลางของปุ่มกระดูก ตามแนวเส้นแบ่งกึ่งกลางเพดานจากขอบหน้าไปจนถึงขอบหลังของปุ่มกระดูก จากนั้นลงมีดบริเวณปลายด้านหน้าของรอยกรีดแรกเป็นรูปตัว “วี” จะได้รอยกรีดเป็นรูปตัว “วาย” ทางด้านหน้า แล้วเลาะเปิดแผ่นเหงือกเป็น mucoperiosteal flap ขณะเลาะต้องระวังการฉีกขาดของแผ่นเหงือก เพราะแผ่นเหงือกมีลักษณะบางอาจขาดได้ง่าย



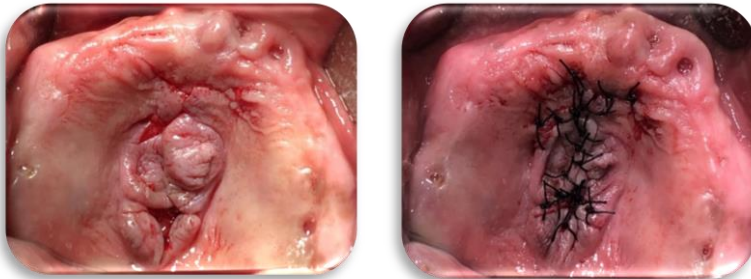
รูปที่ 3 แสดงการกรีดและเปิดแผ่นเหงือก

- จากนั้นใช้หัวกรีดตัดแบ่งปุ่มกระดูกเป็นส่วนเล็กๆ โดยให้ร่องที่กรอแบ่งลึกถึงฐานของปุ่มกระดูก จากนั้นใช้คีมรอนเจอร์ และอีลิเวเตอร์ (dental elevator) ค่อยๆ นำปุ่มกระดูกออกทีละส่วนจนหมด กรอแต่งกระดูกให้เรียบ และล้างแผลด้วยน้ำเกลือ



รูปที่ 4 แสดงการกรอตัดปุ่มกระดูก และแต่งกระดูกให้เรียบ

- เมื่อกรอแต่งกระดูกจนเรียบแล้ว นำแผ่นเหงือกกลับเข้าตำแหน่งเดิม จากนั้นจึงเย็บปิดแผล



รูปที่ 5 แสดงการนำแผ่นเหงือกกลับเข้าตำแหน่งเดิม และเย็บปิด

- ปิดแผลด้วยแผ่นปิดเพดาน แล้วยึดแผ่นปิดเพดานกับเพดานปากด้วยสกรูขนาดเล็กลงบนสันเหงือก 2 ตำแหน่ง และปิดแผลโดยทิ้งไว้นานประมาณ 3 วัน



รูปที่ 6 แสดงการใส่แผ่นปิด
เพดานหลังการผ่าตัด

- ให้ผู้ป่วยรับประทานยาบรรเทาปวดไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) 200 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 2-3 วันแรกหลังหัตถการ ให้ยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 7 วัน
- นัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะ

ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษา

- นัดผู้ป่วยมาเพื่อนำแผ่นปิดเพดานออกภายหลังการผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล แต่เมื่อนำแผ่นปิดเพดานออกและล้างแผลด้วยน้ำเกลือ พบว่ามีไหมเย็บหลุดออกบางส่วน แผลผ่าตัดบวมแดง และพบ necrotic tissue บริเวณกลางเพดานแต่ไม่พบหนอง จึงทำการตัดไหมและล้างทำความสะอาดเอา necrotic tissue บริเวณกลางเพดานออก พบว่ามีกระดูกเผยผึ่ง (bone expose) บริเวณกลางแผลผ่าตัด จึงได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบวิธีการปฏิบัติตนภายหลังการรักษา โดยให้ผู้ป่วยล้างบริเวณแผลด้วยสารละลายน้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.9 ทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร



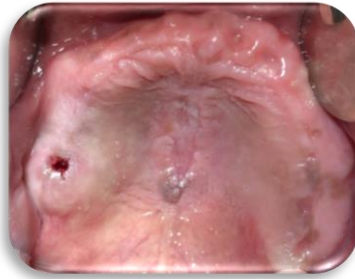
รูปที่ 7 แสดงแผลหลังการผ่าตัด 3 วัน

- นัดผู้ป่วยมาเพื่อตัดไหมหลังจากหลังการผ่าตัด 10 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด แผลบวมแดงเล็กน้อย เริ่มมีการสร้างเนื้อเยื่อเข้ามาบริเวณกลางเพดานแต่ยังคงพบบริเวณที่มีกระดูกเผยผึ่งอยู่ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดแผลโดยใช้สารละลายน้ำเกลือร้อยละ 0.9 ล้างบริเวณแผลหลังจากรับประทานอาหารต่อไป



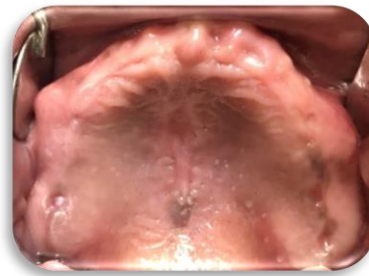
รูปที่ 8 แสดงแผลหลังการผ่าตัด 10 วัน

- นัดผู้ป่วยมาเพื่อติดตามผลการรักษาหลังจากหลังการผ่าตัด 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด แผลหายปกติดี และมีเนื้อเยื่อมากปกคลุมบริเวณกลางเพดาน ไม่พบจุดที่มีกระดูกเผยผึ่ง ทำการถอนรากฟันซี่ 17 ออก



รูปที่ 9 แสดงแผลหลังการผ่าตัด 1 เดือน

- นัดผู้ป่วยมาเพื่อติดตามผลการรักษาหลังจากหลังการผ่าตัด 3 เดือน แผลผ่าตัดและแผลถอนฟันหาย เป็นปกติดี ไม่พบจุดที่มีกระดูกเผยมั่ง จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อทำฟันเทียมต่อไป



รูปที่ 10 แสดงการติดตามผลการการผ่าตัด 3 เดือน

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการเคี้ยวอาหารได้ไม่สะดวก เนื่องจากมีการสูญเสียฟันไป จึงมีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมเพื่อให้สามารถเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น การที่จะทำฟันเทียมแล้วใส่สบายไม่เจ็บ นอกจากการออกแบบแล้วก็มีสภาวะในช่องปากของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การมีปุ่มกระดูกในช่องปาก หากมีปุ่มกระดูกในช่องปากขนาดใหญ่มาก ก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดออก สามารถทำฟันปลอมเว้าหลบได้ แต่ต้องไม่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของฟันเทียม แต่หากมีปุ่มกระดูกที่มีขนาดใหญ่ ทันตแพทย์จะพิจารณาผ่าตัดปุ่มกระดูกของผู้ป่วยก่อนทำฟันเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีศึกษา นี้ผู้ป่วยมีปุ่มกระดูกกลางเพดานปากซึ่งเป็นอุปสรรคในการใส่ฟันเทียม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานออกเพื่อให้ฟันเทียมมีการยึดอยู่และมีเสถียรภาพที่ดีขึ้น

ในกรณีศึกษานี้เลือกใช้การผ่าตัดปุ่มกระดูกโดยใช้หัวกรอ กรอแบ่งเป็นก้อนเล็กๆ แล้วจึงใช้ rongeur forcep ขลิบกระดูกออก ร่วมกับการใช้หัวกรอระบะเฟือง และ bone file แต่งกระดูกให้เรียบ⁽¹⁶⁾ ไม่ได้เลือกใช้สิ่ว ในการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเกรงว่าศีรษะจะได้รับความกระทบกระเทือน และต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีความชำนาญและประสบการณ์สูง

การผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปากนั้นมีข้อควรระวังคือ การลงมิตต้องระมัดระวังพยายามหลีกเลี่ยงหลอดเลือดแดงที่ออกมาจาก incisive foramen และ greater palatine foramen เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกมากขณะทำการผ่าตัด⁽¹⁶⁾ และแผ่นเหงือกบริเวณนี้บางมากจึงแนะนำให้ใส่ยาชาเฉพาะที่บริเวณปุ่มกระดูกเพื่อให้ยาชาแทรกเข้าไปอยู่ระหว่างกระดูกและเยื่อหุ้มกระดูกช่วยให้สามารถแกะแผ่นเหงือกได้ง่ายขึ้น⁽¹⁷⁾ โดยมากแล้วจากหลายๆการศึกษาในกรณีที่ตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานขนาดใหญ่มักจะใช้แผ่นปิดเพดานปิดแผลทันทีหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เช่น การเกิดลิ้มเลือดใต้แผ่นเหงือกที่ผ่าตัด การระคายเคืองจากการเสียดสีของอาหาร การเกิดแผลแยกและทำให้มีกระดูกโผล่⁽¹⁸⁾ ซึ่งในการศึกษานี้ก็ได้ใส่ยาชาเฉพาะที่บริเวณปุ่มกระดูกและใช้แผ่นปิดเพดานปิดแผลทันทีหลังผ่าตัดเช่นกัน แต่เนื่องจากในกรณีศึกษานี้ปุ่มกระดูกกลางเพดานปากมีขนาดใหญ่และเป็นกลีบย่อย ทำให้แผ่นเหงือกมีลักษณะที่บางมากและมีแผ่นเหงือกแทรกเข้าไปตามกลีบย่อยของปุ่มกระดูก จึงทำให้การแกะแผ่นเหงือกทำได้ยากมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ทำการแกะแผ่นเหงือกจึงทำให้มีแผ่นเหงือกบางส่วนฉีกขาด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดครั้งนี้ คือเกิด necrotic tissue นอกจากนี้ อาจเกิดจากอีกสาเหตุหนึ่งคือ surgical stent กดแผ่นเหงือกหลังผ่าตัดมากเกินไป จึงได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังการรักษา โดยให้ผู้ป่วยล้างบริเวณแผลด้วยสารละลายน้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.9 ทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร และหลังจกติดตามการรักษา 1 เดือน ก็พบว่าแผลหายเป็นปกติดี เนื่องจากโดยมากแล้วแผลที่เกิดขึ้นในช่องปากสามารถหายได้เองถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องของโรคทางระบบที่มีผลต่อการหายของแผล เพียงแต่ในกรณีนี้เป็นแผลขนาดใหญ่ก็อาจหายช้า ซึ่งสิ่งที่ควรให้ความสำคัญคือการบรรเทาอาการเจ็บปวดและการรักษาความสะอาดภายในช่องปากของผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่มีขั้นตอนในการผ่าตัดค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อน ทันตแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และมีความพร้อมในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมทั้งควรติดตามผลการรักษาจนกว่าแผลจะหายดีก่อนที่จะส่งตัวผู้ป่วยไปทำฟันปลอม ในกรณีนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด คือพบกระดูกเผยผิวงและเกิดเยื่อเมือกเพดานตายบริเวณกลางแผลผ่าตัด แต่หลังจกติดตามผลการรักษาประมาณ 1 เดือน พบว่าแผลผ่าตัดหายเป็นปกติดี และผู้ป่วยมีสันเหงือกที่พร้อมสำหรับการทำฟันเทียม จึงได้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำฟันเทียมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Crysdale WS, Mendelsohn JD, Conley S. Ranulas–mucoceles of the oral cavity: experience in 26 children. *Laryngoscope*. 1988;98(3): P.296–298
2. Golden B, Drake AF, Talavera F et al. Ranulas and plunging ranulas. *Medscape* Last updated March 28, 2014.
3. Verma G. Ranula: A Review of Literature. *Arch Cran Oro Fac Sci*. 2013; 1:P.44-49.
4. Bezerra TM, Monteiro BV, Henriques AC, de Vasconcelos Carvalho M, NonakaCF, daCostaMiguelMC. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016; 82(5): P.536-542.
5. More CB, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocele: A clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014; 18(Suppl 1): P.72-77.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. St. Louis:Elsevier;2009.P.456-457
7. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. *Head Neck*. 1998; 20(1): P.63–68.
8. Sheikhi M, Jalalian F, Rashidipoor R, Mosavat F. Plunging ranula of the submandibular area. *Dent Res J*. 2011;8(Suppl1):P.114–118.
9. Baumash HD. Mucoceles and ranulas. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(3): P.369–378.
10. Yang Y, Hong K. Surgical results of the intraoral approach for plunging ranula. *Acta Otolaryngol (Stockh)*. 2014;134(2): P.201–205.
11. Sharma P, Sharma R, Nagrath S. Plunging ranula treated by combination of intra oral and extra oral approach: a rare case report. *Int J Res Dev Pharm L Sci*. 2015; 4: P.1766-1769.
12. Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: what is the most effective treatment? *Laryngoscope*. 2009; 119(8): P.1501–1509
13. Zhao YF, Jia Y, Chen XM et al. Clinical Review of 580 Ranulas. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004; 98:P.281–287
14. Thomson PJ. Surgical treatment of salivary gland disease. In: Moore UJ, editor. *Principles of oral and maxillofacial surgery*. 6th ed. Oxford:Wiley-Blackwell;2011: P. 299-312.
15. Qassab AHM, Alraad SAH. Micro-marsupialization for treatment of mucocele and ranula, *Ann Trop & Public Health*. 2019; 22(8): P.244.
16. Starshak TJ, Sarders B. *Preprosthetic Oral and Maxillofacial Surgery*. The C.V. Mosby Co ; St. Louis 1980 : 105-13
17. เชื้อโซติ หังสสุต. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล บ. เยียร์บุคพับลิชเชอร์ จำกัด กรุงเทพฯ 2536 หน้า 208-210.

18. จันทรรัตน์ เอ็งไพบูลย์. การผ่าตัดปุ่มกระดูกเพศานขนาดใหญ่ ร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพศาน : รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลราชวิถี ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 สิงหาคม 2540 หน้า 45-51.