

การผ่าตัดฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามที่วางตัวในแนวราบ

Surgical Removal of Horizontally Impacted Mandibular Third Molar

นายชิต พระสุนิน

โรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

Thanaichit Phasunin

Lue-amnat Hospital, Amnatcharoen

E-mail : Thanaichit@hotmail.com

บทคัดย่อ

ฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามถือเป็นฟันคุดที่พบบ่อยที่สุด แต่การเกิดฟันคุดลักษณะวางตัวในแนวราบมีโอกาสดังขึ้นน้อยเมื่อเทียบกับการเกิดฟันคุดในลักษณะอื่นๆ แม้ว่าการผ่าตัดฟันคุดจะเป็นการผ่าตัดเล็ก แต่ก็สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังจากการผ่าตัดได้ ดังนั้นการผ่าตัดฟันคุดต้องได้รับการประเมินทางคลินิกและการถ่ายภาพรังสีถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการเลือกเทคนิคที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี รายงานนี้กล่าวถึงผู้ป่วยที่ฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สามที่วางตัวในแนวราบซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนำฟันคุดออกเพื่อรักษาอาการปวดที่มีสาเหตุ โดยตรงมาจากฟันคุดซี่นี้และผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

คำสำคัญ: ฟันคุด; ฟันคุดวางในแนวราบ; ฟันกรามล่างคุดซี่ที่สาม; ฟันกรามล่างซี่ที่สาม

Abstracts

Mandibular third molars are one of the most commonly impacted teeth. However, the occurrence of horizontal angulation is less likely compared to other types of However, the occurrence of horizontally positioned wisdom teeth is less likely compared to other types of wisdom teeth. Although the surgery of mandibular third molar is a minor surgery, But complications can occur during and after surgery. Therefore, Mandibular third molar surgery requires clinical evaluation and radiography is an important part of choosing the appropriate technique to achieve good results. This report describes about an impacted tooth surgery. A patient with pain cause from horizontal angulation mandibular third molar impacted tooth, and a treatment is satisfactory result.

Keywords: Impacted tooth; Horizontal impacted tooth; Mandibular third molar impacted tooth; Mandibular third molars

บทนำ

ฟันคุด (Impacted tooth) คือฟันที่ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้เต็มที่ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถใช้งานได้ปกติ เช่น ไม่สามารถใช้เพื่อการบดเคี้ยวได้ (Archer, 1975 : 1045-1087 ; Lytle, 1979 : 333-334) อันเนื่องมาจากการขัดขวางการขึ้นจากกระดูกขากรรไกร ฟันข้างเคียง หรือเนื้อเยื่ออ่อน (Kruger, 1984 : 6 ; Hupp, Tucker, & Ellis, 2013 : 3 ; Brakus et al., 2010 : 229-233)

ฟันกรามซี่ที่สาม เป็นฟันซี่สุดท้ายที่เกิดขึ้นในช่องปาก การเกิดฟันคุดของฟันกรามซี่ที่สามเกิดได้จากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ช่องว่างไม่เพียงพอ การขวางของโครงสร้างหรือฟันที่อยู่ติดกัน และตำแหน่งฟันที่ผิดปกติระหว่างการพัฒนาของฟัน (Mettes et al., 2012 : 6)

อุบัติการณ์การเกิดฟันคุด

ฟันคุดที่มักพบได้บ่อย ได้แก่ ฟันกรามล่างซี่ที่สาม ฟันกรามบนซี่ที่สาม ฟันเขี้ยวบน ฟันกรามน้อยบน และฟันกรามน้อยล่าง ตามลำดับ (Baccetti, 2000 : 609 ; Grover, & Lorton, 1985 : 421-423) โดยพบว่าเพศไม่มีผลต่อการเกิดฟันกรามคุดซี่ที่สาม (Carter, & Worthington, 2016 : 271-274)

สาเหตุของการเกิดฟันคุด

สาเหตุหลักสองประการสำหรับการเกิดฟันคุด ได้แก่ 1. สาเหตุเฉพาะตำแหน่ง (Local causes) เช่น ความผิดปกติของตำแหน่งหรือฟันข้างเคียงกดทับ ฟันที่ไม่เพียงพอเนื่องจากขากรรไกรเจริญเติบโตน้อย เป็นต้น 2. สาเหตุโรคทางระบบ (Systemic causes) เช่น การถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคโลหิตจาง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เป็นต้น (Varghese, 2021 : 300)

ฟันกรามล่างซี่ที่สาม (Lower third molar)

ฟันกรามล่างซี่ที่สามจะขึ้นในระหว่างอายุ 18 ถึง 24 ปี (Rantanen, 1967 : 48 ; Nelson, & Ash, 2014 : 206) โดยมักจะมีรูปร่างแปรผัน ไม่มีรูปแบบมาตรฐาน รากส่วนใหญ่จะมีสองราก รากรวบ โค้ง ไม่เป็นระเบียบ และรากมักสั้นกว่าฟันกรามล่างซี่ที่สอง ฟันกรามล่างซี่ที่สามอาจพบว่ามีไม่ขึ้นหรือขึ้นได้เพียงบางส่วน อย่างไรก็ตามในบางรายอาจไม่พบฟันกรามล่างซี่ที่สาม หรืออาจพบได้เพียงข้างเดียว (Fehrenbach, & Popowics, 2015 : 259-261)

กายวิภาคศาสตร์ของฟันกรามล่างซี่ที่สาม

โครงสร้างที่สำคัญรอบบริเวณฟันกรามล่างซี่ที่สาม ประกอบไปด้วย (Gupta, Khan, Attarde, & Narula, 2019 : 1-5)

1. เนื้อเยื่อแข็ง (Hard tissue) ได้แก่ กระดูก ฟันซี่ข้างเคียง และรูเปิดเรโทรโมลาร์
2. เนื้อเยื่ออ่อน (Soft tissue) ได้แก่ กล้ามเนื้อแก้ม กล้ามเนื้อไมโลไฮออยด์ เอ็นกล้ามเนื้อเทมโพราลิส กล้ามเนื้อหัดคอหอยมัดบน เส้นประสาทลิ้น เส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ เส้นประสาทบักคอลล เส้นประสาทไมโลไฮออยด์ หลอดเลือดแดงเฟเชียล หลอดเลือดดำเฟเชียล หลอดเลือดแดงอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ หลอดเลือดดำอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ และก้อนไขมันข้างแก้ม

3. ช่องว่างที่เกี่ยวข้องกับฟันกรามล่างซี่ที่สาม (Space involved with lower third molar) ได้แก่ ช่องพังผืดใต้ลิ้น ช่องพังผืดใต้ขากรรไกรล่าง และช่องพังผืดบริเวณรอบคอหอย

การจำแนกฟันคุดซี่ที่สาม

การจำแนกฟันคุดมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความยากในการผ่าตัด โดยส่วนใหญ่จะใช้ภาพถ่ายรังสีทางทันตกรรมหรือออร์โทแพนโทแกรมสำหรับการจำแนกประเภทฟันคุด โดยการจำแนกประเภทฟันคุดที่ใช้บ่อยมากที่สุด ได้แก่

1. การจำแนกตามลักษณะการเอียงของฟันคุด โดยดูจากความสัมพันธ์แกนตามความยาวของฟันคุดกับแกนตามยาวของฟันซี่ข้างเคียง (George Winter Classification) (Winter, 1926 : 41-56)
2. การจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ของฟันคุดกรามล่างซี่ที่สามต่อส่วนหน้าสุดของกระดูกแก๊ส (Pell & Gregory's Classification) (Winter, & Gregory, 1926 : 330-338).
3. การจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ของฟันคุดกรามล่างซี่ที่สามกับฟันกรามล่างซี่ที่สองในแนวดิ่ง (Pell & Gregory's Classification) (Winter, & Gregory, 1926 : 330-338).
4. การจำแนกตามระยะการขึ้นของฟัน (Killey & Kay's Classification) (Killey, & Kay, 1978 : 18-19)

ข้อบ่งชี้ในการถอนหรือผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สาม

ข้อบ่งชี้ในการถอนหรือผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามมีหลายประการ เช่น มีประวัติติดเชื้อจากฝาเหงือกอักเสบ (Pericoronitis) ฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามซี่นั้นก่อให้เกิดการอักเสบเฉียบพลันแพร่กระจาย (Cellulitis), ฝี (Abscess) (National Institutes of Health [NIH], 1980 : 235-236 ; Kelly, 1994) ฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามอยู่ในแนวกระดูกหักหรือขัดขวางต่อการรักษาอาการบาดเจ็บ (Trauma) (Rowe, & Williams, 1994) หรือฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามซี่นั้นขัดขวางการทำศัลยกรรมขากรรไกรล่าง (Weil, Akerson, Alling, & Davis, 1995) เป็นต้น

ข้อห้ามในการถอนหรือผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สาม (Varghese, 2021 : 302-303)

1. ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบที่สามารถควบคุมหรือควบคุมได้ไม่ดี
 2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการแสดงของโรคและมีส่วนของกระดูกปกคลุมฟันซึ่งตรวจไม่พบทางคลินิกแต่อาจตรวจพบได้ในภาพรังสี
 3. ฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามไม่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพและปราศจากอาการใดๆ แต่การถอนหรือผ่าฟันซี่นี้อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อโครงสร้างที่อยู่ติดกัน
 4. ใช้เพื่อเป็นหลักยึดฟันเทียมได้ในบางกรณี
 5. ฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามอยู่ลึกมาก โดยไม่มีอาการและปราศจากพยาธิสภาพ
- ทั้งนี้หากไม่ได้ผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สาม ควรมีการตรวจและถ่ายภาพรังสีทุก 1-2 ปี เพื่อตรวจให้แน่ใจว่าไม่มีพยาธิสภาพตามมาในอนาคต

ปัญหาแทรกซ้อนจากการผ่าตัดฟันกรามล่างคู่ซี่ที่สาม (Kasapoglu, Brkic, Koseoglu, & Berberoglu, 2013 ; Bouloux, Steed, & Perciaccante, 2007)

1. ปัญหาแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด เช่น ขณะถอนหรือผ่าฟันกรามล่างคู่ซี่ที่สามอาจทำให้ฟันข้างเคียงที่ผู้มีโอกาสแตกหรือวัสดุแตกได้ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ใกล้เคียง ภาวะเลือดออก ภาวะเลือดคั่ง หรือการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท เป็นต้น

2. ปัญหาแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น การเจ็บปวด การบวมหลังผ่าตัด อาการกลืนน้ำอืดเคี้ยวเกร็ง การติดเชื้อภายหลังผ่าตัด กระดูกขาฟันอักเสบ เลือดออกหรือเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น

รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 23 ปี ที่มาตรวจเพื่อทำการรักษาเนื่องจากปวดบริเวณขากรรไกรล่างซ้ายที่คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลลืออำนาจ ซึ่งรายงานฉบับนี้เขียนเพื่อนำเสนอการตรวจ การวินิจฉัย การรักษาตลอดจนการติดตามผลการรักษาด้วยวิธีการผ่าฟันกรามล่างคู่ซี่ที่สาม

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 23 ปี มาที่คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลลืออำนาจ

อาการสำคัญ เคยปวดบริเวณขากรรไกรล่างข้างซ้าย มีอาการครั้งแรกประมาณ 3 เดือนก่อน (เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565) และมีอาการอีกครั้งเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา (ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565)

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ไม่มีอาการปวด ไม่มีบวม

ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา

ตรวจร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีพยาธิสภาพตามร่างกาย

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 112/72 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที (ตรวจในวันที่ทำการผ่าตัดฟันคู่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2565)

ตรวจนอกช่องปาก

พบว่า ไม่มีการบวมและกด/คลำไม่เจ็บบริเวณคาง ผิวหนังปกติ อ้าปากได้ตามปกติ (ประมาณ 45 มิลลิเมตร)



รูปที่ 1 ภาพแสดงภายนอกช่องปากก่อนการผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายชุดซี่ที่สาม

ตรวจในช่องปาก

สภาพฟัน เหงือกและเยื่อช่องปากโดยรอบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีฟันผุ ในช่องปากตรวจไม่พบฟันกรามบนขวาซี่ที่สาม ฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สาม ฟันกรามล่างขวาซี่ที่สาม ฟันกรามน้อยบนขวาซี่ที่หนึ่ง ฟันกรามน้อยบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง และฟันกรามน้อยล่างขวาซี่ที่สอง ผู้ป่วยใส่เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น ในตำแหน่งขากรรไกรบนตั้งแต่ฟันกรามบนขวาซี่ที่สองถึงฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สอง และในตำแหน่งขากรรไกรล่างตั้งแต่ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สองถึงฟันกรามล่างขวาซี่ที่สอง

บริเวณฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สาม (ซึ่งจะทำหัตถการครั้งนี้) ไม่พบซี่ฟันในช่องปาก ตรวจพบว่าไม่มีอาการบวมหรืออักเสบของเหงือก กัดหรือคลำบริเวณเหงือกไม่มีอาการใด ๆ



รูปที่ 2 ภาพแสดงภายในช่องปากก่อนการผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายชุดซี่ที่สาม

ภาพรังสีปริทัศน์

จากภาพรังสีปริทัศน์พบว่า โพรงอากาศใต้ปีกจมูก (Maxillary sinus) มีสภาพปกติ ในขากรรไกรบน ไม่พบฟันกรามน้อยบนซี่ที่หนึ่งทั้งสองข้าง (ซี่ 14,24) ไม่พบฟันกรามบนซี่ที่สามทั้งสองข้าง (ซี่ 18,28) ในบริเวณขากรรไกรล่างไม่พบฟันกรามล่างขวาซี่ที่สาม (ซี่ 48) แต่พบฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ซี่ 38) (Impacted tooth) และ ฟันฝังคุด 2 ซี่ (Embedded teeth) ที่บริเวณรากฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่ง (ซี่ 46) โดยฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ซี่ 38) วางตัวในแนวราบ (Horizontal impaction) ซี่ฝังอยู่ในส่วนของกระดูกเรมัส (Pell & Gregory's classification III) ส่วนบนสุดของฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สามขึ้นมาสูงกว่าคอฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สองแต่ต่ำกว่าด้านบดเคี้ยวของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง (Position B) โดยฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สามมีการสร้างตัวฟันสมบูรณ์แล้ว ส่วนรากฟันมีการสร้างเกือบสมบูรณ์

ความสัมพันธ์ของฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สามต่ออินฟีเรีย อล์วิโอลา คาแนล พบว่ารากฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม อยู่ในระยะใกล้ชิดกัน



รูปที่ 3 ภาพแสดงภาพรังสีปริทัศน์

การวินิจฉัย

38 Horizontal impaction, class III, position B
45 embedded tooth
embedded lower right supernumerary premolar (Parapremolar)

การรักษา

แผนการรักษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ
2. การรักษาโดยการผ่าตัดฟันคุด
3. การนัดติดตามผลการรักษา (1 สัปดาห์และ 1 เดือน)

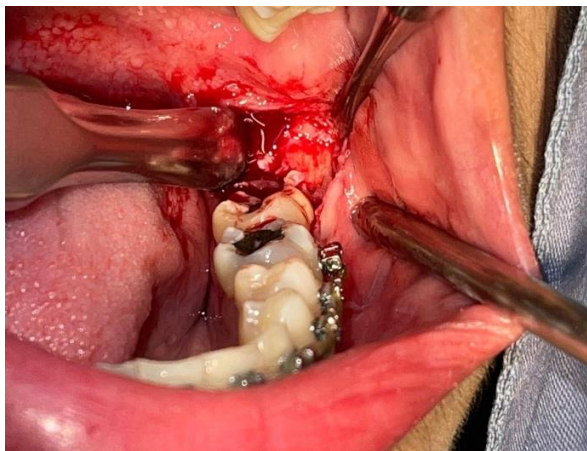
1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ

มีการซักประวัติ ตรวจประเมินร่างกาย ตรวจภายนอกช่องปาก ตรวจภายในช่องปาก เพื่อใช้ในการวางแผนและสื่อสารกับผู้ป่วย อธิบายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการรักษา อธิบายถึงขั้นตอนระยะเวลา ทางเลือกในการรักษา และค่าใช้จ่าย ให้ผู้ป่วยทราบก่อนตัดสินใจรับการรักษา แล้วจึงนัดมาทำการผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม

2. ขั้นตอนรักษาโดยการผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ซี่ 38)

1. ขั้นตอนในการรักษาใช้วิธีการผ่าตัดภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยใช้ 2% Lidocaine HCl with 1:100,000 epinephrine 3.6 ml เพื่อสกัดเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวิโอลาร์ เส้นประสาทลิ้น เส้นประสาทบดคอล

2. เปิดแผ่นเหงือก โดยออกแบบแผ่นเหงือกเป็นแบบ Modified envelope flap ให้อยู่บริเวณที่มีกระดูกรองรับ เริ่มกรีดจากกึ่งกลางต่อสันเฉียงภายนอก (external oblique ridge) เฉียงและทำมุมประมาณ 45 องศา มาตามสันเหงือกที่ปกคลุมฟันคุด จนมาถึงด้านใกล้กลางของปุ่มฟันกระพุ้งแก้มใกล้กลางของฟันกรามล่างซี่ที่สอง จากนั้นกรีดเหงือกตามคอฟัน (gingival sulcus incision) จนถึงด้านใกล้กลางของฟันกรามล่างซี่ที่สอง หลังจากนั้นเปิดแผ่นพับปริทันต์ (mucoperiosteal flap) ให้เห็นกระดูกส่วนที่คลุมฟันคุดอยู่ จากนั้นจึงทำการผ่าตัดศัลยกรรมตัดกระดูก (Osteotomy) ด้วยการใช้หัวกรอ พร้อมการล้างด้วยน้ำเกลือที่ปราศจากเชื้อ แล้วกรอตัดแบ่งฟันที่คอฟันด้วยวิธีตัดตามขวาง ให้แนวที่กรอตัดฟันขนานกับด้านบดเคี้ยวของฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม หลังจากนั้นกรอตัดและแบ่งตัวฟันเป็นสองส่วนตามแกนยาวของตัวฟันคุด ในขั้นตอนนี้ต้องล้างด้วยน้ำเกลือตลอดเวลา ตามด้วยสอด elevator เข้าไปในร่องฟันที่กรอตัดเอาไว้ บิด elevator ตามขวางไปมา



รูปที่ 4 ภาพแสดงการเปิดแผ่นเหงือกบริเวณฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม

3. หลังจากแบ่งและเอาฟันออกจากกระดูกเบ้าฟันได้แล้วก็ทำความสะอาด เบ้ารากฟัน ขูดเอาเนื้อเยื่อผิวมะระออก (granulation tissue) ตรวจดูจุดเลือดออก ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ ใช้ผ้าก๊อชดันกดแผ่นเหงือกให้อยู่ลักษณะเดิม แล้วทำการเย็บแผ่นเหงือกให้ผู้ป่วยโดยใช้ไหมไม่ละลายขนาด 3-0 ใช้วิธีเย็บแบบเรียบง่าย (simple interrupted)



รูปที่ 5 ภาพแสดงภายหลังการผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ก) บริเวณที่ผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ข) สภาพฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สามที่ผ่าตัดออกมาแล้ว

4. หลังเย็บแผลเรียบร้อยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือกดแผล 2-3 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อชต่อ 1 ชั่วโมง ให้รับประทานยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 500 mg. และยาบรรเทาปวด Ibuprofen 400 mg. ทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

5. นัดผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดฟันคุด 1 สัปดาห์ เพื่อตัดไหม และติดตามอาการ หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยอีก 1 เดือน เพื่อติดตามอาการอีกที

3. ติดตามผลการรักษา

ครั้งที่ 1 หลังผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล ไม่มีอาการชาบริเวณริมฝีปากล่างและคางข้างซ้าย ตรวจภายนอกช่องปากพบว่ามีอาการบวมเล็กน้อย อ้าปากได้น้อยลง ประมาณ 2 มม. (ประมาณ 43 มม.) และเมื่อตรวจภายในช่องปากพบว่าการหายของแผลดี พบไหมจำนวน 3 เส้น ไม่มีอาการบวมในช่องปาก เมื่อตรวจโดยละเอียดแล้วจึงตัดไหม และแนะนำการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้ป่วย หลังจากให้การรักษา



รูปที่ 6 ภาพแสดงการติดตามผลการรักษาภายหลังผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม 1 สัปดาห์ (ก) ภายนอกช่องปาก (ข) ภายนอกช่องปากขณะอ้าปาก (ค) บริเวณฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ง) ภาพรังสีรอบปลายรากบริเวณฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม 1 เดือน พบว่า แผลในช่องปากหายเป็นปกติ ไม่มีการติดเชื้อ อ้าปากได้เต็มที่ตามปกติ



รูปที่ 7 ภาพแสดงการติดตามผลการรักษาภายหลังผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม 1 เดือน (ก) ภายนอกช่องปากขณะเงยหน้า (ข) บริเวณฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ค) บริเวณฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ง) ภาพรังสีรอบปลายรากบริเวณฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม

บทวิจารณ์

ฟันคุดพบบ่อยที่สุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม สามารถพบได้ถึงร้อยละ 16.7-68.6 (Hassan, 2010 : 109) โดยส่วนใหญ่จะโผล่ขึ้นในช่องปากในช่วงอายุ 18-24 ปี (Rantanen, 1967 : 48 ; Nelson, & Ash, 2014 : 206) โดยเพศไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดฟันกรามคุดซี่ที่สาม (Carter, & Worthington, 2016 : 271-274) จากภาพรังสีปริทัศน์ในรายงานผู้ป่วยนี้พบว่า ในขากรรไกรล่างไม่พบฟันกรามล่างขวาซี่ที่สามแต่พบฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม โดยฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ซี่ 38) วางตัวในแนวราบ (Horizontal impaction) และจากหลักการแบ่งของ Pell & Gregory's พบว่าเป็นฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม Classification III Position B ซึ่งจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ฟันคุดจะเกิดทั้งสองข้างของ

ขากรรไกร อัตราการเกิดอยู่ที่ร้อยละ 63 (Quek, et al., 2003 : 74) แต่ในผู้ป่วยรายนี้เกิดเพียงฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สาม ซึ่งมีโอกาสเกิดฟันกรามล่างซ้ายคุดซี่ที่สามเพียงซี่เดียวอยู่ที่ร้อยละ 41.2 (Hashemipour, Tahmasbi-Arashlow, & Fahimi-Hanzaee, 2013 : 142-143) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอัตราการเกิดฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามที่ด้านขวาและด้านซ้าย (Deshpande, Guledgud, & Patil, 2013 : 147-148) กรณีผู้ป่วยในรายงานนี้ฟันคุดเกิดลักษณะวางตัวในแนวราบ (Horizontal impaction) ซึ่งมีโอกาสเกิดอยู่ที่ร้อยละ 3 โดยส่วนใหญ่แล้วฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามจะมีลักษณะแบบแนวแกนฟันเอียงมาด้านใกล้กลาง (Mesioangular impaction) (ร้อยละ 43), แนวแกนฟันตั้งตรง (Vertical impaction) (ร้อยละ 38) และแนวแกนฟันเอียงมาด้านไกลกลาง (Distoangular impaction) (ร้อยละ 6) ตามลำดับ (Bishara, & Andreasen, 1983 : 133-135) ส่วนอัตราการเกิดฟันกรามล่างคุดซี่ที่สาม Classification III Position B มีโอกาสเกิดขึ้นน้อย ซึ่งมีอัตราการเกิดอยู่ที่ร้อยละ 4.55 โดยอัตราการเกิดฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามแบบ Classification II Position A มีโอกาสเกิดมากที่สุดที่ร้อยละ 36.26 และรองลงมาคือ Classification II Position B อยู่ที่ร้อยละ 28.55 (Jaron, & Trybek, 2021 : 6-9)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามมักจะยังคงเป็นประเด็นถกเถียง มีหลายบทความที่ไม่เห็นด้วยในการผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามที่ไม่เกี่ยวข้องกับพยาธิวิทยา แต่ไม่มีข้อโต้แย้งในกรณีของการผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามเมื่อมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา¹⁸ ดังที่กล่าวมาตามข้อบ่งชี้การผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามในบทความ ซึ่งในกรณีรายงานผู้ป่วยนี้พบว่าผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการปวดบริเวณขากรรไกรล่างซ้ายมาแล้ว 2 ครั้ง ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามตามการศึกษาของ Punwutikorn, Waikakul, and Ochareon (1999 : 307-309) ซึ่งได้ศึกษาผู้ป่วยอายุระหว่าง 13-69 ปีที่มีฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามพบว่าในผู้ที่มีอาการจะพบอาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 35.3) รองลงมาคือบวม (ร้อยละ 21.7) ความรู้สึกไม่สบายจากการกินอาหาร (ร้อยละ 3.6), และมีหนอง (ร้อยละ 3) ซึ่งความถี่อาการของแต่ละคนเพิ่มขึ้นตามอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Slade, Foy, Shugars, Phillips, and White, (2004 : 1121-1122) ที่พบว่า ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาฟันคุดรายงานว่ามีอาการปวดและบวม ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ในการศึกษานี้พบว่าอาการปวดและบวมดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและมีผลมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามด้วยเหตุผลนี้จะขัดแย้งกับ Edwards, Brickley, Goodey, and Shepherd, (1999 : 381-383) ที่ยืนยันว่าไม่จำเป็นต้องผ่าฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามที่ปราศจากพยาธิสภาพ เว้นแต่มีโอกาที่จะเกิดโรคผาเหืองอักเสบ (Pericoronitis) และส่งผลให้เกิดฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ในการผ่าตัดฟันคุดนั้นการออกแบบแผ่นเหงือกถือว่ามีความสำคัญมาก โดยการเปิดแผ่นเหงือกที่ดีจะช่วยให้มองเห็นการผ่าตัดได้ดีทำให้การตัดกระดูกและฟันมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ อาการปวด บวม กล้ามเนื้อบดเคี้ยวเกร็ง และแผลฉีกขาดได้ โดยในรายงานผู้ป่วยนี้ออกแบบแผ่นเหงือกเป็นแบบ Modified envelope flap ซึ่งจากงานวิจัยผลว่าการออกแบบ

เหงื่อรูปแบบนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปวดและบวม (Arindra, & Indrapradana, 2018 : 90-92) อีกทั้งยังช่วยลดความยากในการเย็บแผลโดยเฉพาะพินกรامل่างคุดซี่ที่สามที่วางตัวในแนวราบ (Chen, Lee, Hum, & Chuang, 2017 : 365-368).

หลังทำหัตถการ 1 สัปดาห์ นั้ผู้ป่วยมาดูแลอาการพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจของแผลดี จนแผลในช่องปาก หายเกือบเป็นปกติ ไม่มีอาการปวด ไม่บวมในช่องปาก แต่อาการบวมเล็กน้อยเมื่อตรวจนอกช่องปาก อ้าปาก ได้น้อยลงประมาณ 2 มม.ไม่มีการขาบริเวณริมฝีปากล่างและคางด้านซ้าย ผู้ป่วยสับสนได้ตามปกติ จากการ สอบถามพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดและบวมมากในช่วงสองวันแรก แต่ทานยาแก้ปวดก็หายปวดตามปกติ ซึ่งถือเป็นอาการปกติภายหลังผ่าตัดฟันคุด เพราะขั้นตอนการผ่าตัดในช่องปากทั้งหมดล้วนส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด และบวมได้ โดยอาการบวมมักจะถึงระดับสูงสุด 1-2 วันหลังจากขั้นตอนการผ่าตัด เริ่มลดลงในวันที่ 3 หรือ 4 จนเกือบหายบวมดีในวันที่ 7 และความเจ็บปวดถึงระดับสูงสุด 6-8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ดำเนินต่อไป 2-3 วัน และค่อย ๆ ลดลง (Peterson, 2003 ; Markovic, & Todorovic, 2006)

อาการบวมที่เกิดขึ้นเล็กน้อยกับอาการอ้าปากได้น้อยลงเล็กน้อยในช่วง 1 สัปดาห์หลังทำหัตถการนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ตามปกติเนื่องจากตำแหน่งของฟันคุดที่ยากต่อการผ่าตัด ใช้เวลาในการทำหัตถการนานมากขึ้น เนื้อเยื่อในการผ่าตัดถูกทำให้บาดเจ็บมากขึ้น ย่อมทำให้เกิดการบวมน้ำได้มากขึ้นและอ้าปากได้น้อยลง (Curran, Kennett, & Young, 1974 : 3-5) และเมื่อนั้ผู้ป่วยมาดูแลอาการครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดพินกรامل่าง ซ้ายคุดซี่ที่สาม 1 เดือน พบว่าคนไข้ไม่มีอาการบวมภายนอกช่องปากและกลับมาอ้าปากได้ตามปกติ

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าพินกรامل่างซ้ายคุดซี่ที่สาม (ซี่ 38) วางตัวในแนวราบ (Horizontal impaction) โดยตามหลักการแบ่งของ Pell & Gregory's พบว่าเป็นฟันคุดแบบ Classification III Position B โดยผู้ป่วยมีอาการปวดมาจากฟันคุดซี่นี้โดยตรง จึงให้การรักษาด้วยการผ่าตัดพินกรامل่างซ้ายคุด ซี่ที่สาม โดยได้นั้ติดตามภายหลังการทำหัตถการ 1 สัปดาห์และ 1 เดือน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการ ผ่าตัดพินกรامل่างซ้ายคุดซี่ที่สาม

ข้อเสนอแนะ

1. การถ่ายภาพรังสีในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น เช่น การใช้โคน�มคอมพิวเตอร์โทโมกราฟ (Cone Beam Computed Tomograph, CBCT) ข้อดี คือ เป็นภาพสามมิติสามารถให้รายละเอียดขอบเขต รูปร่าง โครงสร้างภายใน และความสัมพันธ์กับโครงสร้างรอบข้างได้ดีกว่าภาพรังสีเทคนิคอื่น ๆ ไม่มีการ ซ้อนทับกันของโครงสร้างต่าง ๆ ในทุกระนาบที่ต้องการ ทำให้เห็นความสัมพันธ์ของรากฟันคุดกับโครงสร้างที่ สำคัญรอบบริเวณฟันคุดได้ในทุกระนาบ ช่วยให้วางแผนการผ่าตัดได้อย่างรอบคอบ แม่นยำ ลดโอกาสเกิด

ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามการใช้โคนบีบคอมพิวเตอร์โทโมกราฟยังมีราคาแพงกว่าและปริมาณรังสีที่ได้รับมากกว่าการถ่ายภาพรังสีภาพรังสีปริทัศน์หรือการถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก

2. การรักษาผ่าตัดฟันคุดถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา จึงควรมีการให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมรับการรักษาทันที โดยถือว่าเป็นการยินยอมให้ทำหัตถการที่ซับซ้อน อีกทั้งยังแสดงถึงความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยว่าด้วยการรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากทันตแพทย์ที่ทำการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและยอมรับการรักษาที่ทันตแพทย์วางแผนการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- Archer, W. H. (1975). *Oral and maxillofacial surgery*. WB Saunders.
- Arindra, P. K., & Indrapradana, A. (2018). Comparison of three flap designs on postoperative complication after third molar surgery. *Intisari Sains Medis*, 9 (2), 89–94. <https://doi.org/10.15562/ism.v9i2.2>
- Baccetti T. (2000). Tooth anomalies associated with failure of eruption of first and second permanent molars. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 118(6), 608–610. <https://doi.org/10.1067/mod.2000.97938>
- Bishara, S. E., & Andreasen, G. (1983). Third molars: a review. *American journal of orthodontics*, 83(2), 131–137. [https://doi.org/10.1016/s0002-9416\(83\)90298-1](https://doi.org/10.1016/s0002-9416(83)90298-1)
- Bouloux, G.F., Steed, M.B., & Perciaccante, V.J. (2007). Complications of Third Molar Surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 19 (1), 117-128. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2006.11.013>
- Brakus, I., Filipovic Zore, I., Boric, R., Siber, S., Svegar, D., & Kuna, T. (2010). Analysis of impacted and retained teeth operated at department of oral surgery, school of dental medicine, Zagreb. *Collegium antropologicum*, 34(1), 229-233.
- Carter, K., & Worthington, S. (2016). Predictors of Third Molar Impaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of dental research*, 95 (3), 267–276. <https://doi.org/10.1177/0022034515615857>
- Chen, Y. W., Lee, C. T., Hum, L., & Chuang, S. K. (2017). Effect of flap design on periodontal healing after impacted third molar extraction: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46 (3), 363-372.
- Curran, J. B., Kennett, S., & Young, A. R. (1974). An assessment of the use of prophylactic antibiotics in third molar surgery. *International journal of oral surgery*, 3 (1), 1–6. [https://doi.org/10.1016/s0300-9785\(74\)80030-x](https://doi.org/10.1016/s0300-9785(74)80030-x)
- Deshpande, P., V Guledgud, M., & Patil, K. (2013). Proximity of impacted mandibular third molars to the inferior alveolar canal and its radiographic predictors: a panoramic radiographic study. *Journal of maxillofacial and oral surgery*, 12 (2), 145–151. <https://doi.org/10.1007/s12663-012-0409-z>

- Edwards, M. J., Brickley, M. R., Goodey, R. D., & Shepherd, J. P. (1999). The cost, effectiveness and cost effectiveness of removal and retention of asymptomatic, disease free third molars. *British dental journal*, 187(7), 380–384. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800285>
- Fehrenbach, M. J., & Popowics, T. (2015). Permanent posterior teeth. In W. C. Ellen (Eds.), *Illustrated Dental Embryology, Histology, and Anatomy* (4th ed., pp. 228-261). Maryland Heights: Saunders Elsevier.
- Grover, P. S., & Lorton, L. (1985). The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology*, 59 (4), 420–425. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(85\)90070-2](https://doi.org/10.1016/0030-4220(85)90070-2)
- Gupta, S., Khan, T., Attarde, H., & Narula, J. (2019). Surgical Anatomy of Mandibular Third Molar. *Austin Journal of Surgery*, 6(13), 1-5.
- Hashemipour, M. A., Tahmasbi-Arashlow, M., & Fahimi-Hanzaei, F. (2013). Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars: a radiographic study in a Southeast Iran population. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 18(1), 140–145. <https://doi.org/10.4317/medoral.18028>
- Hassan A. H. (2010). Pattern of third molar impaction in a Saudi population. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 2, 109–113. <https://doi.org/10.2147/CCIDEN.S12394>
- Hupp, J. R., Tucker, M. R., & Ellis, E. (2013). *Contemporary Oral and maxillofacial surgery*. Philadelphia, CV: Mosby.
- Jaron, A., & Trybek, G. (2021). The Pattern of Mandibular Third Molar Impaction and Assessment of Surgery Difficulty: A Retrospective Study of Radiographs in East Baltic Population. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 1-15.
- Kasapoglu, C., Brkic, A., Koseoglu, B. G., & Berberoglu, H. K. (2013). Complications Following Surgery of Impacted Teeth and Their Management. *A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery*, 1-19. <https://doi.org/10.5772/53400>
- Kelly, J. F. (1994). Report of a workshop on the management of patients with third molar teeth. *J Oral Maxillofac Surg*, 52, 1102-1112.
- Killey, H. C., & Kay, L. W. (1978). *The impacted wisdom tooth*. Churchill Livingstone.
- Kruger, G. O. (1984). *Oral and maxillofacial surgery*. St. Louis, MO: Mosby.
- Lytle J. J. (1979). Indications and contraindications for removal of the impacted tooth. *Dental clinics of North America*, 23 (3), 333–346.
- Markovic, A. B., & Todorovic, L. (2006). Postoperative analgesia after lower third molar surgery: contribution of the use of long-acting local anesthetics, low-power laser, and diclofenac. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 102(5), 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2006.02.024>
- Mettes, T. D., Ghaemini, H., Nienhuijs, M. E., Perry, J., van der Sanden, W. J., & Plasschaert, A. (2012). Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5 (5), 1-14.
- Nelson, S. J., & Ash, M. M. (2009). The Permanent Mandibular Molars. In B. S. Loehr (Eds.), *Wheeler's dental anatomy, physiology and occlusion* (9th ed., pp. 189-207). St. Louis: Saunders Elsevier.
- NIH consensus development conference for removal of third molars. (1980). *Journal of oral surgery (American Dental Association : 1965)*, 38(3), 235–236.
- Pell, G. J. (1933). Impacted mandibular third molars: classification and modified techniques for removal. *Dent Digest*, 39, 330-338.

- Peterson, L.J. (2003) Postoperative patient management. In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR (Eds.), *Contemporary oral and maxillofacial surgery* (4th ed., pp. 214-220). St. Louis: CV Mosby.
- Punwutikorn, J., Waikakul, A., & Ochareon, P. (1999). Symptoms of unerupted mandibular third molars. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 87(3), 305–310. [https://doi.org/10.1016/s1079-2104\(99\)70213-1](https://doi.org/10.1016/s1079-2104(99)70213-1)
- Quek, S. L., Tay, C. K., Tay, K. H., Toh, S. L., & Lim, K. C. (2003). Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 32(5), 548–552.
- Rantanen, A. V. (1967). The age of eruption of the third molar teeth. *Acta Odontol Scand*, 25, 64-86.
- Rowe, N. L., & Williams, J. L.(1994). *Fractures of the Facial Skeleton*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Slade, G. D., Foy, S. P., Shugars, D. A., Phillips, C., & White, R. P., Jr (2004). The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 62(9), 1118–1124. <https://doi.org/10.1016 /j.joms. 2003. 11.014>
- Varghese, G. (2021) . Management of Impacted Third Molars. In K. Bonanthaya, E. Panneerselvam, S. Manuel, V. V. Kumar, & A. Rai (Eds.), *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician* (pp. 299-328). Singapore: Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6_14
- Weil, T. M., Akerson, H. A., Alling, C. C., & Davis Jr, W. M. (1995). Parameters of care for oral and maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg*, 53(suppl 5), 31-59.
- Winter, G. B., & Gregory, B. T. (1926). *Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar*. St. Louis, MO: American medical book company.