

การรักษาผู้ป่วยภาวะเหงือกถดถอย (Gingival recession)

Treatment of Patient with Gingival Recession

นพมาศ วิวัชรโกเศศ, ท.บ., ว.ท. (ปริทันต์วิทยา)

Noppamas Wiwatcharagoses, D.D.S., Dip., Thai Board of Periodontology

Abstract

Gingival recession compromises tooth strength, esthetics, causes hypersensitivity or abraded teeth by reducing their resistance to various forces. This condition is often the result of multiple factors, including orthodontic treatment, which can lead to gingival recession. This is a case report of the patient who had gingival recession after undergoing orthodontic treatment. The mandibular right second premolar had moderate to severe gingival recession with tooth hypersensitivity. To correct the gingival recession and gain the esthetic outcome, connective tissue grafting was performed. The treatment was successful in gingival root coverage, tooth desensitizing and esthetic improvement.

Keywords: Gingival recession, Root coverage techniques, Connective tissue graft

บทคัดย่อ

การเกิดเหงือกถดถอยส่งผลให้เหงือกด้านทันตกรรมจากแรงกระทำต่าง ๆ ลดลง รวมถึงมีผลต่อความแข็งแรงของซี่ฟัน ความสวยงาม และมักพบอาการเสียวฟันหรือคอฟันสึกร่วมด้วย สาเหตุของการเกิดเหงือกถดถอยนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ สาเหตุหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยคือภาวะเหงือกถดถอยหลังการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน จากกรณีศึกษาหลังการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรม

วันที่รับ (received) 4 มิถุนายน 2567

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 กรกฎาคม 2567

วันที่ตอบรับ (accepted) 18 กรกฎาคม 2567

Published online ahead of print 1 สิงหาคม 2567

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท
Dental department, Watsing Hospital, Chainat

Corresponding Author: นพมาศ วิวัชรโกเศศ

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท

Email: Dentmas@hotmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2024.11>

จัดฟัน พบว่าฟันกรามน้อยล่างด้านขวามีเหงือกถดถอยค่อนข้างมาก ทำให้มีอาการเสียวฟัน ความสวยงามลดลง ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะเหงือกถดถอยดังกล่าวด้วยการปลูกเหงือกโดยใช้เนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิว หลังการรักษาพบว่าให้ผลการรักษาที่ดีและมีอัตราความสำเร็จในการแก้ไขภาวะเหงือกถดถอยได้ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยไม่มีอาการเสียวฟันและได้ความสวยงามกลับมา

คำสำคัญ: เหงือกถดถอย, เทคนิคการผ่าตัดปิดรากฟัน, การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อ

บทนำ

เหงือกถดถอย (Gingival recession) คือ ภาวะที่ขอบเหงือกมีการเคลื่อนที่จากรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันลงมาทางปลายรากฟัน มีทั้งแบบเฉพาะที่คือเกิดขึ้นเฉพาะซี่ฟัน และแบบทั่วไปคือเกิดขึ้นโดยทั่วไปในช่องปาก¹ ซึ่งโรคปริทันต์อักเสบ การแปรงฟันผิดวิธี ลักษณะทางกายวิภาคของซี่ฟันสามารถเป็นสาเหตุได้ทั้งสองแบบ เป็นผลให้มีการเผยผิวดังของรากฟันจะส่งผลทำให้เกิดอาการเสียวฟัน เกิดความไม่สวยงาม มีการสะสมของคราบจุลินทรีย์ได้ง่าย มีการอักเสบของเหงือก ฟันสึกและรากฟันผุได้ โดยมีการศึกษาลักษณะการเกิดเหงือกถดถอยของกลุ่มประชากรไทย ในปี ค.ศ. 2002 พบว่ามีอัตราการเกิดเหงือกถดถอยเพิ่มขึ้นตามอายุ พบการเกิดเหงือกถดถอยร้อยละ 49.6 ในกลุ่มอายุ 51-59 ปี และเพิ่มขึ้นอีกถึงร้อยละ 72.0 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kassab และ Cohen ในปี ค.ศ. 2003 ที่พบว่าในกลุ่มอายุ 18-64 ปี มีโอกาสการเกิดเหงือกถดถอยร้อยละ 50.0 โดยพบในช่องปากอย่างน้อย 1 ซี่ และพบมากขึ้นเป็นร้อยละ 88.0 ในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป¹

เหงือกถดถอยเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ร้ายแรงที่สุดคือเกิดจากโรคปริทันต์ ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดเหงือกถดถอยแล้วยังนำมาสู่ปัญหาอื่น ๆ จนอาจทำให้สูญเสียฟันได้ ส่วนสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดเหงือกถดถอย ได้แก่ การแปรงฟันผิดวิธี สุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดี อาการบาดเจ็บที่เหงือก พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมผิดๆที่ติดเป็นนิสัย การใส่อุปกรณ์จัดฟันที่ไม่พอดีและลักษณะทางกายวิภาคของซี่ฟัน³

ในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อปริทันต์ได้ในระหว่างที่มีการให้แรงกระทำต่อฟัน โดยการเปลี่ยนแปลงเกิดทั้งในส่วนของเคลือบรากฟัน เอ็นยึดปริทันต์ กระดูกเบ้าฟัน และเหงือก ซึ่งจะขึ้นอยู่กับขนาดของแรงชนิดของการเคลื่อนฟันและทิศทางในการให้แรง รวมทั้งอายุของผู้ป่วย เมื่อมีการเคลื่อนฟันเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อปริทันต์คือ เกิดร่องลึกปริทันต์ มีการสูญเสียระดับยึดของอวัยวะปริทันต์ทางคลินิก มีการสลายของกระดูกเบ้าฟันด้านต่างๆ มีการสลายของรากฟัน เกิดเหงือกบวมโต หรือเกิดลักษณะของเหงือกร่นได้ จากการศึกษาของ Slutzkey และ Levin ในปี ค.ศ. 2008 ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างและประวัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน พบอัตราการเกิดเหงือกร่นในกลุ่มตัวอย่างและให้ผลของความชุก การกระจายและความรุนแรงของเหงือกร่นสัมพันธ์กับการมีประวัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน⁴

นอกจากนี้การศึกษาที่ให้ผลคล้ายกันของ Bollen และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบ พบว่าเกิดภาวะเหงือกร่นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดฟันมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดฟัน⁵ นับว่าการจัดฟันนั้นทำให้ฟันเคลื่อนไปในทิศทางตามแรงที่กระทำ เกิดการเรียงตัวของฟันในตำแหน่งใหม่ เกิดระบบการสบฟันและการบดเคี้ยวได้ดีขึ้น แต่ก็ส่งผลให้เกิดเหงือกร่นตามมาได้ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับขอบเหงือกและความหนาของเหงือก โดยเฉพาะเมื่อมีทิศทางการเคลื่อนฟันไปทางด้านแก้มหรือด้านริมฝีปากที่เป็นด้านกด จะทำให้ความหนาของเหงือกด้านดังกล่าวลดลงร่วมกับเกิดเหงือกร่นได้⁶

การศึกษาของ Sawan และคณะ ในปี ค.ศ. 2018 พบว่ามักพบเหงือกร่นในฟันหน้าบนและฟันหน้าล่างภายหลังที่มีการจัดฟันแบบขยายขากรรไกรได้ถึงร้อยละ 87.0 และผู้ป่วยจัดฟันที่ไม่มีการถอนฟันมีแนวโน้มที่จะพบเหงือกร่นได้มากกว่าผู้ป่วยจัดฟันที่มีการถอนฟันร่วมด้วย อีกทั้งฟันหน้าล่างที่มีการเคลื่อนฟันแบบ Retrocline พบมีแนวโน้มที่จะเกิดเหงือกร่นได้มากขึ้น⁷

และการศึกษาของ Vasconcelos และคณะ ในปี ค.ศ. 2012 พบว่าภายหลังการจัดฟันพบมีเหงือกร่นเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ซี่ ในฟันหน้าล่างร้อยละ 10.4 ไม่พบความชุกและความรุนแรงของเหงือกร่นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ฟันหน้าตัดล่างพบมีเหงือกร่นได้บ่อยที่สุดเนื่องจากด้าน Labial มักมีกระดูกที่บางและมีการเคลื่อนของขอบเหงือกไปทางปลายรากฟัน⁸

ทั้งนี้ได้มีการแบ่งชนิดของเหงือกร่นตาม Miller 's Classification ในปี ค.ศ. 1985 พบว่ามีการแบ่งลักษณะของเหงือกร่นออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้⁹ (รูปที่ 1)

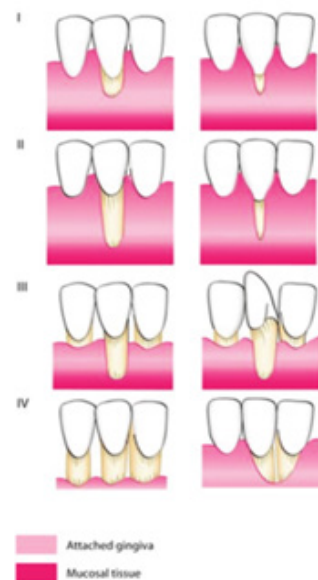
ลักษณะที่ 1 (Miller class I) คือ ลักษณะเหงือกร่นแบบกว้าง-ตื้น และ แคบ-ตื้น ไม่เลยรอยต่อเหงือกกับเยื่อเมือก (Mucogingival

junction; MGJ) ไม่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อหรือกระดูกชอกฟัน การปิดรากฟันจะได้ผลสมบูรณ์

ลักษณะที่ 2 (Miller class II) คือ ลักษณะเหงือกร่นแบบกว้าง-ลึก และ แคบ-ลึก เลยรอยต่อเหงือกกับเยื่อเมือก (Mucogingival junction; MGJ) ไม่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อหรือกระดูกชอกฟัน การปิดรากฟันจะได้ผลสมบูรณ์

ลักษณะที่ 3 (Miller class III) คือ เหงือกร่นแบบ class I และ class II ร่วมกับการสูญเสียกระดูกชอกฟัน เหงือกบริเวณชอกฟันต่ำกว่าคอฟัน แต่ยังคงสูงกว่าเหงือกทางด้านหน้า การปิดรากฟันจะได้ผลไม่สมบูรณ์ สามารถคาดหวังผลการปิดรากฟันได้เพียงบางส่วน

ลักษณะที่ 4 (Miller class IV) คือ มีการสูญเสียกระดูกชอกฟันและเนื้อเยื่ออ่อนในฟันซี่เดียวหรือทั้งสองซี่ที่อยู่ติดกัน จนกระทั่งมีระดับเท่ากับด้านหน้า ในกรณีนี้ไม่สามารถคาดหวังการปิดรากฟันได้



รูปที่ 1 การแบ่งชนิดของเหงือกร่นตาม Miller 's classification

จากการจำแนกลักษณะรอยโรคเหงือกร่นของ Miller สิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ ปริมาณกระดูกชอกฟันและระดับของเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน ซึ่งจะกำหนดระดับที่สามารถปิดรากฟันได้ และจากการศึกษาของ Saletta และคณะ ในปี ค.ศ. 2001 พบว่าระดับของเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์กับการปิดรากฟันสมบูรณ์ (Complete root coverage)¹⁰

การทำศัลยกรรมปริทันต์ (Periodontal plastic surgery) เพื่อแก้ไขรอยโรคเหงือกร่นสามารถ จำแนกออกได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้^{11,12}

1. เทคนิคการผ่าตัดเคลื่อนแผ่นเหงือกชนิดมีฐาน (Pedicle soft tissue graft procedure)

1.1 เทคนิคการเลื่อนแผ่นเหงือกแบบหมุน (Rotational flap procedure) เช่น การเลื่อนแผ่นเหงือกไปทางด้านข้าง (Lateral sliding flap) การเลื่อนแผ่นเหงือกคู่ (Double papilla flap)

1.2 เทคนิคการเลื่อนแผ่นเหงือกแบบขยายฐาน (Advanced flap procedure) เช่น การเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (Coronally positioned flap) การเลื่อนแผ่นเหงือกรูปพระจันทร์เสี้ยวมาทางตัวฟัน (Semilunar coronally positioned flap)

2. เทคนิคการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเหงือก (Soft tissue graft procedure)

2.1 การปลูกถ่ายเหงือกแบบอิสระ (Free gingival graft)

2.2 การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ (Connective tissue graft) ได้แก่ การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิว (Subepithelial connective tissue graft) การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบซองจดหมาย (Envelope technique) การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบอุโมงค์ (Tunnel technique) การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบบรูโน (Bruno 's technique) การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบแลงเกอร์ (Langer technique)

การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบบรูโน (Bruno 's technique) เป็นการปรับเทคนิคมาจากแบบแลงเกอร์แอนด์แลงเกอร์ (Langer and Langer technique) โดยลดการลงรอยกริดในแนวตั้ง (Vertical incision) ทำให้ผลหายได้เร็วขึ้น ลดการเกิดรอยแผลเป็น แต่ยังคงได้ Double Blood Supply ทั้งจากเนื้อเยื่อด้านใต้ในตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่ายและแผ่นเหงือกด้านบน ช่วยให้ Graft Survive ได้ดียิ่งขึ้น ใช้ได้กับทั้งเหงือกรุ่นซี่เดี่ยวและหลายซี่ มีความหนาของเหงือกเพียงพอ¹³

บริเวณเพดานปากที่เป็นตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายนั้น ควรระมัดระวังในการผ่าตัดเลาะชั้นเนื้อเยื่อเพื่อมาปลูกถ่ายเนื่องจากมีลักษณะทางกายวิภาคที่สำคัญได้แก่ ความลึกของเพดานปาก โดยผู้ป่วยที่มีเพดานปากสูง (High palate) จะมีพื้นที่ของชั้นเนื้อเยื่อมากกว่าผู้ป่วยที่มีเพดานปากตื้น (Shallow palate) ในปีค.ศ. 1996 Reiser และคณะ แบ่งประเภทของเพดานปากตามลักษณะทางกายวิภาคได้เป็น 3 ประเภท โดยทำการศึกษาจากศพ วัดระยะระหว่างรอยต่อระหว่างเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน (Cementoenamel junction; CEJ) ด้านเพดานปากของฟันกรามแท้บนซี่ที่ 1 ไปยังหลอดเลือดแดงและเส้นประสาทเกรตเตอร์พาลาติน (Greater palatine) เพื่อใช้ในการประเมินปริมาณเนื้อเยื่อยึดต่อที่สามารถนำมาใช้ในการปลูกถ่าย โดยแบ่งเป็นเพดานปากสูง เพดานปากปกติและเพดานปากตื้น ซึ่งจะมีระยะเฉลี่ยเท่ากับ 17, 12 และ 7 มิลลิเมตร ตามลำดับ¹⁴

นอกจากนี้ที่เพดานปากส่วนหน้า (Premaxilla) ตำแหน่งรอยย่นเยื่อเมือก (Rugae) บริเวณเหงือกอิสระ (Free gingiva) และร่องเหงือก (Gingival sulcus) ของฟันบริเวณนั้นก็เป็

บริเวณที่ควรหลีกเลี่ยงในการนำชั้นเนื้อเยื่อมาใช้ปลูกถ่าย โดยแนะนำควรลงรอยกริดห่างจากขอบเหงือกอย่างน้อย 2 มิลลิเมตร และหลีกเลี่ยงบริเวณที่ค่อนข้างไปทางกึ่งกลางเพดานที่มีรูเปิดเกรตเตอร์พาลาติน (Greater palatine foramen) และแนวของเส้นเลือดและเส้นประสาทเกรตเตอร์พาลาติน ซึ่งพบระยะห่างจากขอบเหงือกประมาณ 12-14 มิลลิเมตร รวมถึงควรหลีกเลี่ยงบริเวณเพดานอ่อนด้วย^{14,15}

เมื่อทราบถึงลักษณะทางกายวิภาคที่สำคัญที่ควรคำนึงถึงแล้ว เทคนิคการผ่าตัดเพื่อให้ได้มาของเนื้อเยื่อที่ต้องการนำมาปลูกถ่ายก็มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งมีวิธีการดังนี้¹⁵

Trap Door Technique เป็นการศึกษาของ Edel ในปี ค.ศ. 1974 โดยทำการลงรอยกริดแนวตั้งสองข้าง (Mesial and distal vertical incision) และลงรอยกริดแนวนอน (Horizontal incision) ด้านบนตามขนาดของชั้นเนื้อเยื่อที่ต้องการ และทำการเลาะชั้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวแบบเลาะบางส่วน (Partial thickness flap) แต่การใช้วิธีนี้มักพบว่ามีโอกาสทำให้ชั้นแผ่นเหงือกตายได้

Parallel Incision Technique เสนอโดย Langer และ Calagna ในปี ค.ศ. 1980 เป็นเทคนิคที่คล้าย Trap Door Technique โดยลงรอยกริดแนวตั้งทั้งสองข้าง แต่วิธีนี้จะทำการลงรอยกริดแนวนอน 2 รอยกริด ที่ระยะห่างจากขอบเหงือก 2 มิลลิเมตร และ 4 มิลลิเมตร ซึ่งชั้นเนื้อเยื่อที่ได้จะมีส่วนของแถบเยื่อบุผิว (Epithelium collar) ติดมาด้วย ทำให้ตำแหน่งนี้จะมีการหายของแผลแบบทุติยภูมิ (Secondary intention healing)

Single Incision Technique เริ่มใช้เทคนิคนี้จากการศึกษาของ Hurzeler และ Weng ในปี ค.ศ. 1999 ต่อมา Lorenzana และ Allen ยืนยันและนำเสนอวิธีการนี้ โดยลงรอยกริดแนวนอนเพียงแค่นิ้วเดียวห่างจากขอบเหงือก แล้วทำการเลาะชั้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวออกมาซึ่งมีลักษณะคล้ายกระเปาะ โดยเลาะลงในแนว Apicocoronal ประมาณ 8 มิลลิเมตร วิธีนี้เป็นวิธีที่ส่งเสริมให้เกิดการหายของแผลแบบปฐมภูมิ (Primary intention healing) ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บปวดน้อย แต่การทำงานในการผ่าตัดค่อนข้างยากและมีข้อจำกัดในการมองเห็นต้องอาศัยความชำนาญมาก

Distal Wedge Technique เป็นเทคนิคที่เลือกชั้นเนื้อเยื่อจากตำแหน่งด้านท้ายของฟันกรามซี่ที่ 3 หรือตำแหน่ง Tuberosity ของขากรรไกรบน วิธีนี้มักทำพร้อมกับการถอนฟันหรืออาจทำภายหลังการถอนฟันแล้ว ให้เกิดการหายของแผลแล้วอย่างน้อย 2 เดือน เพื่อให้เกิดการสร้างใหม่ของเนื้อเยื่อยึดต่อด้านในสมบูรณ์มากขึ้น

3. เทคนิคการเหนี่ยวนำให้เกิดเนื้อเยื่อใหม่ (Regenerative procedure) ได้แก่ เทคนิคการชักนำให้เนื้อเยื่อคืนสภาพ (GTR: Guided Tissue Regeneration) การปิดรากฟันร่วมกับการใช้

อีนาเมลเมทริกซ์โปรตีน (Enamel matrix protein) การปิด รากฟันร่วมกับการใช้อะเซลล์ูลาร์เดอมอลเมทริกซ์ (Acellular dermal matrix)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ขนาดของรอยโรค เหงือกกร่น (รอยโรคเหงือกกร่นที่มีขนาดเล็กให้ผลสำเร็จมากกว่า ในรอยโรคเหงือกกร่นที่มีขนาดใหญ่) ความกว้างและความหนา ของเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (เหงือกสามเหลี่ยมระหว่าง ฟันที่กว้างและหนาให้ผลสำเร็จที่มากกว่าเหงือกสามเหลี่ยมระหว่าง ฟันที่แคบและบาง) ความหนาของเนื้อเยื่อปลุกถ่าย (เนื้อเยื่อ ปลุกถ่ายที่หนา Survive ได้ดีกว่าเนื้อเยื่อปลุกถ่ายที่บาง) ความ อุ่มนูนของรากฟัน (รากฟันที่อุ่มนูนมากให้ผลสำเร็จได้น้อยกว่า รากฟันที่ปกติ) การเกาะของเนื้อเยื่อยึดเกาะ (บริเวณที่มีเนื้อเยื่อ ยึดเกาะสูง เกิดการดึงรั้งแผ่นเหงือกทำให้ผลสำเร็จลดลงได้) ความลึกของช่องปากส่วนนอก (ความลึกของช่องปากที่ตื้น ทำให้ แผ่นเหงือกเกิดการดึงรั้ง เลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟันได้น้อย ทำให้ผลสำเร็จลดลง) สุขอนามัยช่องปาก (การดูแลทำความสะอาดที่ไม่ดีพอ ทำให้มีคราบจุลินทรีย์มารบกวนการหายของ แผลและรบกวนการยึดเกาะของเหงือก (Creeping attachment) ทำให้ผลสำเร็จลดลง) ชนิดของฟัน (ฟันราก เดียวให้ผลสำเร็จที่ดีกว่าฟันหลายราก) ปริมาณและความหนา ของเหงือกยึด (เหงือกยึดที่มีปริมาณและความหนาที่มากกว่า ให้ผลสำเร็จที่ดีกว่าเหงือกยึดที่บาง)^{3,16}

ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ มีอาการเลือด ไหลไม่หยุดหลังจากการทำศัลยกรรม มีการหลุดของยาปิดแผล ปริทันต์ เกิดอาการบวมซ้ำ และปวดอย่างรุนแรงในบริเวณที่ได้ รับการผ่าตัดมีใช้ขึ้น และเกิดอาการมีหนองบริเวณที่ได้รับการ ผ่าตัด มีความรู้สึกเสียวฟันง่าย มีอาการแพ้ยา มีความรู้สึก ผิดปกติเกี่ยวกับฟัน เช่น ฟันโยก ฟันห่าง มีช่องว่างระหว่างฟัน มีการตายของเหงือกที่ทำการปลุกถ่าย¹⁷

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 46 ปี อาชีพรับราชการ มีเหงือกกร่น หลังจัดฟันและมีอาการเสียวฟันบางครั้ง สุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธ โรคประจำตัวและการแพ้ยา เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน และจัดฟันเสร็จแล้วมา ประมาณ 6 เดือน สภาพร่างกายทั่วไปปกติ น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร ความดันโลหิต 100/57 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 91 ครั้ง/นาที

การตรวจภายนอกช่องปาก

ใบหน้าสมมาตร ข้อต่อกระดูกขากรรไกรและกล้ามเนื้อ บดเคี้ยวทำงานปกติ ต่อม้ำลายและต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะ และลำคอไม่พบความผิดปกติ เนื้อเยื่ออ่อนบริเวณศีรษะและ ลำคอไม่พบความผิดปกติ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงลักษณะภายนอกช่องปาก

การตรวจภายในช่องปาก

ริมฝีปาก ลิ้น เพดานอ่อนและเพดานแข็งปกติ สภาวะ ปริทันต์โดยทั่วไปมีสุขภาพดี ในบริเวณด้านแก้มของฟันซี่ 45 มีเนื้อเยื่อโดยรอบปกติ เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างซอกฟัน Blunt ไม่เต็มซอกฟันแต่สูงกว่าระดับคอฟัน (รูป 3a) มีความกว้างของ เหงือกที่มีเคราติน (Keratinized gingiva) ประมาณ 2 มิลลิเมตร (รูป 3b) พบเหงือกกร่น 5 มิลลิเมตร (รูป 3c) กว้าง 4 มิลลิเมตร (รูป 3d) ไม่พบฟันโยก รากฟันอุ่มนูน (Root dominant) ไม่มี ภาวะบาดเจ็บจากการสบฟัน (Traumatic occlusion) ผู้ป่วย จัดฟันเสร็จแล้ว ถอดเครื่องมือจัดฟันมาประมาณ 6 เดือน มีอาการเสียวฟันบางครั้งและกังวลเรื่องความสวยงาม

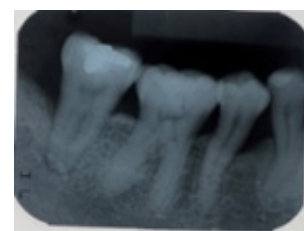


3 a. 3 b. 3 c. 3 d.

รูปที่ 3 (a) แสดงลักษณะทางคลินิกของฟันซี่ 45 , (b) แสดง ความกว้างของเหงือกที่มีเคราติน, (c) แสดงความลึกของเหงือกกร่น, (d) แสดงความกว้างของเหงือกกร่น

การตรวจทางภาพรังสี

ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากของฟันซี่ 45 พบมีการละลาย ของกระดูกในแนวนอน (Horizontal bone loss) ประมาณ Middle 1/3 ไม่มีพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 แสดงภาพรังสีฟันซี่ 45

การวินิจฉัย

45 Class I recession (Miller 's Classification)

วางแผนการรักษา

การรักษาขั้นทั่วกาย (Systemic phase) ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวและประวัติการแพ้ยาใดๆ ทำการวัดความดันโลหิตก่อนให้การรักษาทุกครั้ง

การรักษาขั้นต้น (Hygienic phase) เป็นการกำจัดสาเหตุของโรคและป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ โดยจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปริทันต์ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การควบคุมการกำจัดคราบจุลินทรีย์ ให้คำแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปากด้วยวิธีการแปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่มและการใช้ไหมขัดฟัน รวมถึงให้การรักษาด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน และขัดฟันทั้งปาก

การรักษาขั้นแก้ไข (Corrective phase) ทำการรักษาแก้ไขภาวะเหงือกกรันด้วยวิธีการผ่าตัดแบบการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบบรูโน (Bruno 's technique) ร่วมกับการเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (Coronally positioned flap)

การรักษาขั้นคงสภาพ (Maintenance phase) ติดตามผลการรักษาเป็นระยะ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และติดตามผลในช่วง 2 และ 3 เดือน

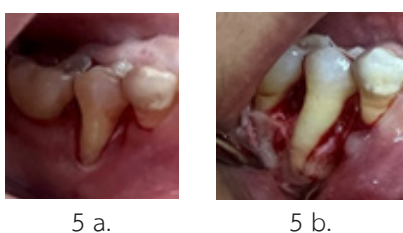
ขั้นตอนการรักษา

การรักษาครั้งที่ 1 ทำการซักประวัติ ตรวจภายนอกและภายในช่องปาก ถ่ายภาพรังสี ให้การรักษาด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน และขัดฟันทั้งปาก วางแผนการรักษา ทำการนัดหมายเพื่อทำการผ่าตัดปลูกเหงือก

การรักษาครั้งที่ 2 ขั้นตอนการปลูกเหงือก 45 Root coverage with connective tissue graft (Bruno 's technique) with coronally positioned flap

การเตรียมตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (Recipient site)

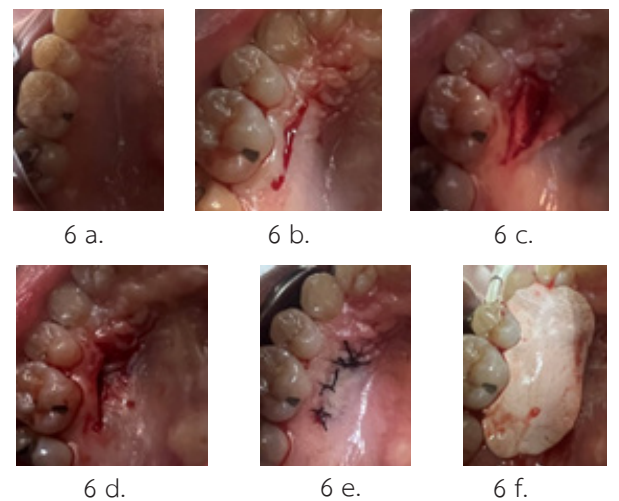
1. ฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วย 2% Lidocaine with epinephrine 1:100,000 จำนวน 1 หลอด ให้ครอบคลุมบริเวณที่ทำในตำแหน่งฟันซี่ 45 และเนื้อเยื่อรอบข้าง
2. ลงรอยกรีด Sulcular incision ตั้งแต่ฟันซี่ 44 ถึง 46 (รูปที่ 5a) ทำการแยกแผ่นเหงือกออกจากกระดูกด้านใต้ กำจัด Granulation tissue และเกลารากฟันซี่ 45 เพื่อเตรียมผิวรากฟัน (รูปที่ 5b)
3. ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือหมาดๆคลุมปิดบริเวณรับสิ่งปลูกถ่ายที่เตรียมไว้ จากนั้นทำการเตรียมตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก



รูปที่ 5 (a) แสดงรอยกรีด Sulcular Incision, (b) แสดงการแยกแผ่นเหงือกออกจากกระดูกด้านใต้บริเวณรับสิ่งปลูกถ่าย (Recipient site)

การเตรียมตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site)

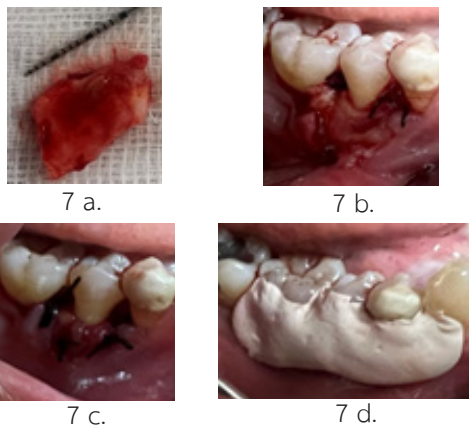
1. ฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วย 2% Lidocaine with epinephrine 1:100,000 จำนวน 1 หลอด ให้ครอบคลุมบริเวณเพดานปากด้านขวา ตั้งแต่ฟันซี่ 13 ถึง 16 โดยเลือกใช้เพดานปากด้านเดียวกับตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (รูปที่ 6a)
2. ลงรอยกรีดแนวนอน (Single incision technique) ห่างจากขอบเหงือกประมาณ 2 มิลลิเมตร ความยาวของรอยกรีดตั้งแต่ฟันซี่ 13 ถึง 16 (รูปที่ 6b) เลาะเปิดแผ่นเหงือกแบบหนาบางส่วน โดยให้แผ่นเหงือกแรกหนาประมาณ 1 มิลลิเมตร และเลาะแผ่นเหงือกที่สองจรดกระดูก โดยเลาะไปจนถึงบริเวณฐานของแผ่นเหงือกแรก และทำการกรีดแนวนอนที่บริเวณฐาน เพื่อนำชิ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวออกมา (ระหว่างทำการฉีกขาดของแผ่นเหงือกแรกทางด้านฟันซี่ 13 ทำให้เกิดรอยกรีดแนวตั้ง (Vertical) (รูปที่ 6c, 6d) จากนั้นนำเนื้อเยื่อที่ได้วางพักบนผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือหมาดๆ และปิดคลุมด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำเกลืออีกชั้นให้ชุ่มชื้นตลอดเวลา
3. ห้ามเลือดบริเวณเพดานปากโดยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือกดเพื่อให้เกิดลิ่มเลือด จากนั้นทำการเย็บปิดแผลแบบธรรมดา (Interrupted suture) ด้วยไหม 4-0 จำนวน 4 เข็ม (รูปที่ 6e)
4. ปิดแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์ (Periodontal dressing) (รูปที่ 6f)



รูปที่ 6 (a) แสดงตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site), (b) แสดงการลงรอยกรีดแนวนอน, (c,d) แสดงการนำชิ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวออกมา, (e) แสดงการเย็บปิดแผล, (f) แสดงการปิดแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์

การวางเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อปริภูมิบนตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย

1. ตักแต่งชิ้นเนื้อเยื่อ กำจัดชั้นไขมันออก ได้ชิ้นเนื้อเยื่อขนาด 15*10 ตารางมิลลิเมตร (รูปที่ 7a) วางชิ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อปริภูมิบนรากฟันซี่ 45 เหนือรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันเล็กน้อย (รูปที่ 7b)
2. เย็บชิ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อปริภูมิตรงเข้ากับบริเวณเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันซี่ 44-45 และ 45-46 ด้วยการเย็บแบบธรรมดา (Interrupted suture) ด้วยไหม 4-0 จำนวน 2 เข็ม จากนั้นทำการเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (Coronally positioned flap) เหลือส่วนของชิ้นเนื้อเยื่อประมาณ 3 มิลลิเมตร ทำการเย็บแบบธรรมดา (Interrupted suture) ด้วยไหม 4-0 จำนวน 3 เข็ม เพื่อตรึงแผ่นเหงือกเข้ากับชิ้นเนื้อป้องกันการขยับของแผ่นเหงือก (รูปที่ 7c)
3. กัดแผลบริเวณฟันซี่ 45 เพื่อให้เกิดการเนบสนิทและสร้างลิ้มเลือดระหว่างชิ้นเนื้อเยื่อ จากนั้นปิดแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์ (Periodontal dressing) (รูปที่ 7d)
4. นัดผู้ป่วยมานำยาปิดแผลปริทันต์ออกและตัดไหมหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์



รูปที่ 7 (a) แสดงชิ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อปริภูมิ, (b) แสดงการวางชิ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อปริภูมิบนรากฟันซี่ 45, (c) แสดงการเย็บชิ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อปริภูมิ, (d) แสดงการปิดแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์

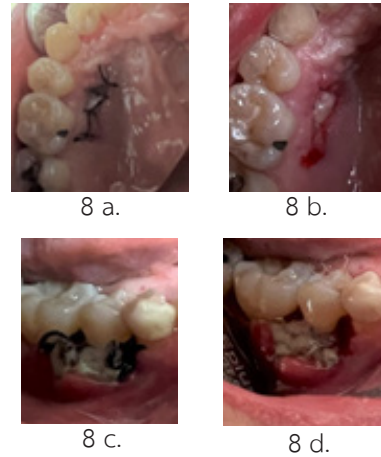
ภายหลังการรักษาทำการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย ได้แก่

1. พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร เมื่อมีอาการปวด หากไม่มีอาการปวดสามารถหยุดยาได้
2. อะม็อกซิซิลลิน 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร รับประทานต่อเนื่องนาน 7 วัน

การรักษาครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดปลูกเหงือก 1 สัปดาห์ ปวดบวมเล็กน้อยใน 1 วันแรก หลังจากนั้นไม่มีอาการใดๆ ทำการเอายาปิดแผลปริทันต์ (Periodontal dressing) ออก

ตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site) เป็นแผลแดงเล็กน้อย ทำการตัดไหม 4 เข็ม ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ (รูปที่ 8a,8b)

ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (Recipient site) บริเวณแผลนูนแดงมี Granulation สีขาวเทาปกคลุมด้านบน แผลอ้าไม่แนบกับ

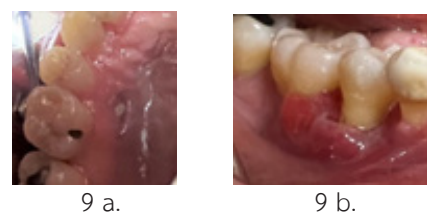


รูปที่ 8 แสดงแผลหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ (a,b) แสดงตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก, (c,d) แสดงตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย

การรักษาครั้งที่ 4 หลังผ่าตัดปลูกเหงือก 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ

ตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site) เป็นแผลรอยหว้าเล็กน้อย ไม่แดง ไม่อักเสบ (รูปที่ 9a)

ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (Recipient site) บริเวณแผลนูนแดง แผลปิดสนิท รูปร่างและสีเริ่มกลืนเข้ากับเนื้อเยื่อเหงือกบริเวณข้างเคียง ระยะของเหงือกเริ่มต้นขึ้น วัดระยะเหงือกเริ่มต้นขึ้น 2 มิลลิเมตร (รูปที่ 9b)

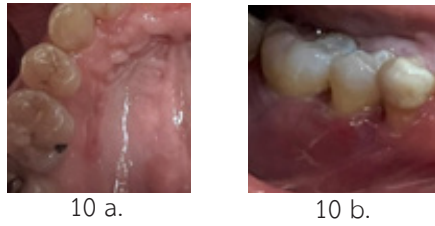


รูปที่ 9 แสดงแผลหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ (a) แสดงตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก, (b) แสดงตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย

การรักษาครั้งที่ 5 หลังผ่าตัดปลูกเหงือก 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ

ตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site) เป็นแผลรอยหว้าตื้นๆเล็กน้อย ไม่แดง ไม่อักเสบ (รูปที่ 10a)

ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (Recipient site) บริเวณแผลนูนแดงเล็กน้อย ลดลงกว่าครั้งก่อน แผลปิดสนิท รูปร่างและสีเริ่มกลืนเข้ากับเนื้อเยื่อเหงือกบริเวณข้างเคียงมากขึ้น ระยะของเหงือกเริ่มต้นขึ้น วัดระยะเหงือกเริ่มต้นขึ้นได้ประมาณ 1 มิลลิเมตร (รูปที่ 10 b)

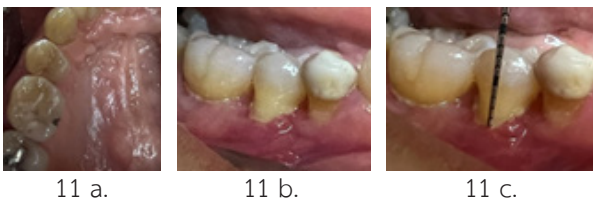


รูปที่ 10 แสดงผลหลังผ่าตัด 1 เดือน (a) แสดงตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก, (b) แสดงตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย

การรักษาครั้งที่ 6 หลังผ่าตัดปลูกเหงือก 2 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ

ตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site) แผลหายเป็นปกติ (รูปที่ 11a)

ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (Recipient site) บริเวณแผลเหลือนูนแดงเล็กน้อยด้านใกล้กลาง (Mesial) ลดลงกว่าครั้งก่อนแผลปิดสนิทดี รูปร่างและสีเริ่มกลมเข้ากับเนื้อเยื่อเหงือกบริเวณข้างเคียงมากขึ้น ระยะของเหงือกร่นตื้นขึ้น วัดระยะเหงือกร่นได้ประมาณ 1 มิลลิเมตร (รูปที่ 11b,11c)



รูปที่ 11 แสดงผลหลังผ่าตัด 2 เดือน (a) แสดงตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก, (b,c) แสดงตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย

การรักษาครั้งที่ 7 หลังผ่าตัดปลูกเหงือก 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ

ตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site) แผลหายเป็นปกติ (รูปที่ 12a)

ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (Recipient site) ขอบเหงือกแดงอักเสบเล็กน้อย ผู้ป่วยให้ประวัติไม่กล้าแปรงฟัน รูปร่างและสีกลมกับเหงือกบริเวณข้างเคียง วัดระยะเหงือกร่นได้ประมาณ 2 มิลลิเมตร กว้าง 4 มิลลิเมตร ความกว้างของเหงือกที่มีเคราติน (Keratinized gingiva) ประมาณ 3 มิลลิเมตร (รูปที่ 12b,12c)



รูปที่ 12 แสดงผลหลังผ่าตัด 3 เดือน (a) แสดงตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก, (b,c) แสดงตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย

ผลการรักษา

ผลการรักษาโดยการปิดเหงือกร่นด้วยวิธีการผ่าตัดแบบการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบบรูโน (Bruno 's technique) ร่วมกับการเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (Coronally positioned flap) ที่บริเวณฟันซี่ 45 พบว่าสามารถแก้ไขเหงือกร่นได้ดี ปิดรากฟันโผล่ได้เกือบสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังเกิดเนื้อเยื่อเหงือกยึดที่มีปริมาณเคราตินเพิ่มขึ้น ความหนาของเหงือกเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไม่มีอาการเสียวฟัน และก่อให้เกิดความสวยงามภายหลังการรักษา



รูปที่ 13 แสดงภาพทางคลินิกและภาพรังสี ก่อนรักษา



รูปที่ 14 แสดงภาพทางคลินิกและภาพรังสี หลังรักษา

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษา นี้ แสดงผลสำเร็จของการแก้ไขเหงือกร่นด้วยวิธีการผ่าตัดแบบการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบบรูโน (Bruno 's technique) ร่วมกับการเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (Coronally positioned flap) ภายหลังการจัดฟัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพอวัยวะปริทันต์ที่ดี แก้ไขอาการเสียวฟัน ส่งเสริมเรื่องความสวยงามได้

วิจารณ์

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยรายนี้เมื่อเปรียบเทียบตามการแบ่งระดับเหงือกร่นของ Miller ในปี ค.ศ. 1985 พบว่าเป็นเหงือกร่นแบบ Class I เป็นลักษณะการร่นของเหงือกที่มีการพยากรณ์ผลสำเร็จของการรักษาที่ดี สามารถแก้ไขการปิดรากฟันได้ค่อนข้างสมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bertl และคณะ ในปี ค.ศ. 2021 ที่พบว่าฟันที่มีเหงือกร่นแบบ Miller Class I/II เมื่อทำการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อร่วมกับการเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟันนั้น หลังการติดตาม

มากกว่า 5 ปี พบมีเหงือกยื่นเหลืออยู่น้อยกว่า 0.5 มิลลิเมตร ให้ผลสำเร็จในการแก้ไขเหงือกยื่นได้มากกว่าร้อยละ 80¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำเร็จของการรักษาในครั้งนี้

ในการวางแผนการรักษานั้นควรให้ความสำคัญในการพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดศัลยกรรมปริทันต์เพื่อแก้ไขเหงือกยื่น ซึ่งกรณีศึกษาที่ใช้วิธีการผ่าตัดแบบการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบบรูโน (Bruno 's technique) ร่วมกับการเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (Coronally positioned flap) เนื่องจากเริ่มต้นผู้ป่วยมีเหงือกยื่นที่ค่อนข้างกว้างและลึก เนื้อเยื่อเหงือกข้างเคียงไม่เพียงพอต่อการแก้ไขภาวะเหงือกยื่นดังกล่าว จึงใช้เนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวจากบริเวณเพดานปาก ร่วมกับผู้ป่วยมีความลึกของช่องปากส่วนนอก (Vestibular depth) ค่อนข้างลึก จึงสามารถเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟัน (Coronally positioned flap) ร่วมด้วยได้ เพื่อให้ได้ Double Blood Supply ทั้งจากเนื้อเยื่อด้านใต้ในตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย และแผ่นเหงือกด้านบน ช่วยให้ Graft Survive ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นการลดรอยกรีดในแนวตั้งทำให้แผลหายได้เร็วขึ้น¹³ แต่ทั้งนี้จากการศึกษาของ Tolga ในปีค.ศ. 2005 แนะนำว่าในการเย็บต้องมีความระมัดระวังเรื่องความตึงของแผ่นเหงือก เพราะอาจเป็นสาเหตุทำให้แผลเปิด รบกวนการหายของแผลในช่วงต้น ทำให้การปิดรากฟันไม่สมบูรณ์ได้¹⁹

นอกจากนี้การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อยังทำให้เกิดเนื้อเยื่อเหงือกยึดที่มีปริมาณเคราตินเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Wennstrom ในปี ค.ศ. 1981 พบว่าเหงือกที่มีเคราตินนั้นมีความสำคัญต่อสุขภาพของเหงือกและป้องกันการเสียดสีจากแรงต่างๆรวมทั้งลดแรงที่มากกระทำต่อเหงือกซึ่งส่งผลทำให้เกิดการแยกของเหงือกกับกระดูกที่รองรับด้วย²⁰ โดยทั่วไปปริมาณของเนื้อเยื่อเหงือกยึดที่มีปริมาณเคราตินจะแตกต่างกันไปในแต่ละซี่ฟัน สามารถพบความกว้างของปริมาณเคราตินได้ตั้งแต่ 1-6 มิลลิเมตร²¹ จากการศึกษาของ Halder และคณะ ในปีค.ศ. 2021 พบว่าบริเวณฟันกรามน้อยล่างมีปริมาณเคราตินเฉลี่ย 1.8 มิลลิเมตร ซึ่งจากกรณีศึกษานี้ก่อนการผ่าตัดพบปริมาณเคราติน 2 มิลลิเมตร และหลังผ่าตัดพบปริมาณเคราตินเพิ่มขึ้นเป็น 3 มิลลิเมตร²²

การจัดฟันที่มีการเคลื่อนฟันไปทางด้านริมฝีปากหรือด้านแก้มซึ่งเป็นด้านที่ได้รับแรงกด และมีเหงือกบางร่วมกับเกิดการอักเสบจะทำให้มีโอกาสเกิดช่องกระดูกโหว่²³ เกิดเหงือกบางและเหงือกยื่นได้มากขึ้น ดังนั้นก่อนการจัดฟันควรมีการวางแผนพิจารณาทำศัลยกรรมเหงือกเพื่อเพิ่มความหนาของเหงือกในด้านนี้ที่เป็นด้านที่ได้รับแรงกดก่อนที่จะให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน โดยการทำศัลยกรรมเหงือกเพิ่มความหนาของเหงือกจะทำให้เหงือกหนาขึ้น เพิ่มระดับยึดของอวัยวะปริทันต์ทางคลินิก และลดโอกาสการเกิดเหงือกยื่นในระหว่างการรักษาทาง

ทันตกรรมจัดฟัน ส่วนในกรณีผู้ป่วยที่มีเหงือกยื่นแต่ลักษณะเหงือกไม่บาง สามารถทำศัลยกรรมเหงือกเพื่อปิดรากฟันภายหลังการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ แต่หากผู้ป่วยมีอาการเสียวฟัน มีฟันสึกกร่อน หรือค้ำแข็งเรื่องความสวยงาม สามารถพิจารณาทำศัลยกรรมเพื่อปิดรากฟันก่อนหรือระหว่างการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ ในกรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเสร็จแล้ว 6 เดือน ก่อนถูกส่งตัวมาเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดศัลยกรรมปริทันต์เพื่อแก้ไขเหงือกยื่น

กรณีศึกษานี้วางแผนการเตรียมตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก (Donor site) เป็น Single Incision Technique ระหว่างทำการฉีกขาดของแผ่นเหงือกแรกทางด้านฟันซี่ 13 ทำให้เกิดรอยกรีดแนวตั้ง แต่ไม่มีผลต่อการนำขึ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวออกมา สามารถห้ามเลือดและทำการเย็บปิดแผลได้เรียบร้อยดี โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Virginie ในปีค.ศ. 2006 ที่ว่าตำแหน่งที่ปลอดภัยจะอยู่ห่างจาก Greater Palatine Artery 3 มิลลิเมตร และห่างจากขอบเหงือก 2 มิลลิเมตร และอยู่ระหว่างด้าน Distal ของฟันเขี้ยวกับกึ่งกลางของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง²⁴

การศึกษาของ Kristi ในปีค.ศ. 2006 กล่าวถึงขนาดของเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวที่จะวางบนตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่ายว่าควรครอบคลุมฟันข้างเคียง 1 ซี่ของฟันซี่ที่มีภาวะเหงือกยื่น และลึกต่อขอบเหงือกของซี่ฟันที่มีภาวะเหงือกยื่นประมาณ 3 มิลลิเมตร และขึ้นเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวควรหนาอย่างน้อย 1.5-2 มิลลิเมตร²⁵ ซึ่งในกรณีศึกษานี้ขนาดของเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวครอบคลุมฟันข้างเคียงประมาณครึ่งซี่ ด้วยข้อจำกัดของปริมาณเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิวที่ตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่ายบริเวณเพดานปาก แต่ได้ความลึกต่อขอบเหงือกของซี่ฟันที่มีภาวะเหงือกยื่นมากกว่า 3 มิลลิเมตร และมีความหนาที่เพียงพอ

ข้อจำกัดที่มีผลต่อความสำเร็จในการแก้ไขภาวะเหงือกยื่นในกรณีศึกษานี้คือ เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันที่ไม่เต็ม (Blunt IDP) ความอูมูนของรากฟัน (Prominent roots) การเกาะของเนื้อเยื่อยึดเกาะบริเวณฟันข้างเคียง (Frenum attachment) สุขอนามัยช่องปาก (Oral hygiene level) ซึ่งกรณีศึกษานี้จะพบว่ามีความดังกล่าวดังกล่าว ซึ่งอาจส่งผลให้การปิดรากฟันได้ไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้วิธีการผ่าตัดแบบการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบแลงเกอร์แอนด์แลงเกอร์ (Langer and Langer technique) ซึ่งมีการทำรอยกรีดแนวตั้งทั้งสองข้างของแผ่นเหงือก (Vertical incision) อาจช่วยลดแรงดึงจากการเย็บแผล ส่งผลให้การปิดรากฟันสมบูรณ์มากขึ้นได้

กรณีศึกษานี้มีการใช้ยาปิดแผลปริทันต์ (Periodontal dressing) ร่วมด้วยซึ่งข้อดีของการใช้คือ ช่วยปกป้องเนื้อเยื่อหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์ ป้องกันไม่ให้สิ่งต่างๆในช่องปาก เช่น น้ำลาย คราบจุลินทรีย์และอาหารไปรบกวนแผล ทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกสบายไม่เจ็บแผล ป้องกันเลือดออก ลดการติดเชื้อ หลังการทำศัลยกรรมปริทันต์²⁶

การแก้ไขปัญหาเหงือกนั้นสามารถเกิดการยึดเกาะของการยึดเกาะ (Creeping attachment) ได้ภายหลังจากปลูกถ่ายเหงือกไปแล้ว 1 เดือน ถึง 1 ปี โดยการยึดเกาะนี้จะมีการเคลื่อนของเนื้อเยื่อเหงือกไปทางตัวฟัน (Coronal migration) ช่วยให้สามารถปิดเหงือกกร่นหรือรากฟันโผล่ และยังช่วยลดร่องลึกปริทันต์ได้ ปรากฏการณ์นี้สามารถพบได้ในการแก้ไขเหงือกกร่นด้วยวิธีการปลูกถ่ายเหงือกอิสระ และการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิว แต่ปรากฏการณ์นี้ไม่ได้เกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกรายที่ทำการปลูกเหงือก²⁷ มีการศึกษาสนับสนุนของ Harris ในปี ค.ศ. 1997 ได้ทำการศึกษาการเกิดการยึดเกาะการยึดเกาะในผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขเหงือกกร่นและปิดรากฟันโผล่ด้วยวิธีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อบุผิว พบว่ามีการยึดเกาะของเนื้อเยื่อเฉลี่ย 0.8 มิลลิเมตร ภายหลังจากให้การรักษาไป 1 ปี ในผู้ป่วย 18 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 19 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7²⁸ และการศึกษาของ Randall ในปีค.ศ. 1992 พบว่ามีการยึดเกาะของเนื้อเยื่อเฉลี่ย 1.2 มิลลิเมตร ภายหลังจากให้การรักษาไป 1 ปี²⁹ จากกรณีศึกษาที่พบเกิดการยึดเกาะการยึดเกาะหลังติดตามผลหลังผ่าตัด 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับผลหลังผ่าตัดตอน 2 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามการเกิดการยึดเกาะการยึดเกาะนั้นไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน เนื่องจากในผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่แตกต่างกัน โดย Debby ในปีค.ศ. 2006 ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการยึดเกาะของการยึดเกาะ (Creeping attachment) ได้แก่ รอยโรคเหงือกกร่นเริ่มต้นที่แคบ (Narrow initial defects) รอยโรคเหงือกกร่นเดี่ยว (Isolated defects) ตำแหน่งของฟัน (Tooth position) อนามัยช่องปาก (Oral hygiene) ความหนาของเหงือก (Thick gingiva)³⁰

สรุป

จากผลการรักษาและติดตามผลการรักษาการแก้ไขเหงือกกร่นด้วยวิธีนี้ พบว่าสามารถแก้ไขปัญหภาวะเหงือกกร่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่พบอาการเสียวฟันและผู้ป่วยพอใจกับผลการรักษาด้านความสวยงาม

เอกสารอ้างอิง

1. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *Journal of the American Dental Association*. 2003; 134(2): 220-225.
2. Hosanguan C, et al. The extent and correlates of gingival recession in non-institutionalised Thai elderly. *Journal of International Academy of Periodontology*.

- 2002; 4(4): 143-148.
3. Souza JD, Machado G, Falabella MEV. Prevalence of gingival recession in dental students from the Federal University of Juiz de Fora-Brazil. *International Journal of Odontostomatology*. 2019; 13(3): 299-304.
4. Slutzkey S, Levin L. Gingival recession in young adults: occurrence, severity and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2008; 134(5): 652-656.
5. Bollen AM, et al. The effects of orthodontic therapy on periodontal health: a systematic review of controlled evidence. *The Journal of the American Dental Association*. 2008; 139(4): 413-422.
6. วรภรณ์ สุวรรณรงค์. การรักษาทางปริทันต์ร่วมกับทันตกรรมจัดฟัน. *แขนงวิชาปริทันต์วิทยา สาขาวิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2563; พิมพ์ครั้งที่ 1: 13-20, 101-133.
7. Sawan NM, et al. Risk factors contributing to gingival recession among patients undergoing different orthodontic treatment modalities. *Interv Med Appl Sci*. 2018; 10(1): 19-26.
8. Vasconcelos G, et al. Prevalence and severity of vestibular recession in mandibular incisors after orthodontic treatment: A case-control retrospective study. *Angle Orthod*. 2012; 82(1): 42-47.
9. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 1985; 5(2): 8-13.
10. Saletta D, et al. Coronally advanced flap procedure: is the interdental papilla a prognostic factor for root coverage? *Journal of Periodontology*. 2001; 72(6): 760-766.
11. Tavedhikul K, Kungsadalpipob K. Decision making for root coverage surgical techniques. *Journal of the dental association of Thailand*. 2016; 66(4): 268-284.
12. Sedon CL, et al. The subepithelial connective tissue graft: Part 1. Patient selection and surgical techniques. *The journal of contemporary dental practice*. 2005; 6(1): 146-162.
13. Bhusari BM, Baghele ON, Joshi N. Sub-epithelial connective tissue graft-Bruno 's technique-A report of 3 cases. *Journal of the Indian Dental Association*.

- 2011; 5(7): 820-821.
14. Reiser GM, et al. The subepithelial connective tissue graft palatal donor site: anatomic considerations for surgeons. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 1996; 16(2): 130-137.
 15. Windisch P, Molnar B. *Recession coverage using autogenous grafts: A clinical manual*. Springer International Publishing AG. 2018; 19(8): 97-119.
 16. Harris RJ, et al. A comparison of three techniques to obtain root coverage on mandibular incisors. *Journal of Periodontology*. 2005; 76(10): 1758-1767.
 17. ThaiGer Medical. การปลูกถ่ายเหงือก (Gum Tissue Graft) คืออะไร? [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ththaiger.com/th/news/550356/>
 18. Bertl K, et al. Root coverage stability: A systematic overview of controlled clinical trials with at least 5 years of follow-up. *Clin Exp Dent Res*. 2021; 7(5): 692-710.
 19. Tozum TF, et al. Treatment of gingival recession: Comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. *Journal of Periodontology*. 2005; 76(11): 1842-1848.
 20. Wennstrom J, Lindhe J, Nyman S. Role of keratinized gingiva for gingival health. Clinical and histologic study of normal and regenerated gingiva tissue in dogs. *Journal of Clinical Periodontology*. 1981; 8(4): 311-328.
 21. Lang NP, Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *Journal of Periodontology*. 1972; 43(10): 623-627.
 22. Halder S, et al. Normal anatomy and clinical significance of attached gingiva: A review. *International Journal of Dental Science and Innovative Research*. 2021; 4(1): 74-79.
 23. Jati AS, Furquim LZ, Consolaro A. Gingival recession: Its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2016; 21(3): 18-29.
 24. Monnet-Corti V, et al. Connective tissue graft for gingival recession treatment: assessment of the maximum graft dimensions at the palatal vault as a donor site. *Journal of Periodontology*. 2006; 77(5): 899-902.
 25. Soileau KM, Brannon RB. A Histologic evaluation of various stages of palatal healing following subepithelial connective tissue grafting procedures : A comparison of eight cases. *Journal of Periodontology*. 2006; 77(7): 1267-1273.
 26. Soheilifar S, et al. Effect of periodontal dressing on wound healing and patient satisfaction following periodontal flap surgery. *The Journal of Dentistry*. 2015; 12(2): 151-156.
 27. Matter J. Creeping attachment of free gingival grafts. A five-year follow-up study. *Journal of periodontology*. 2005; 51(12): 681-685.
 28. Harris RJ. Creeping attachment associated with the connective tissue with partial-thickness double pedicle graft. *Journal of Periodontology*. 1997; 68(9): 890-899.
 29. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicles graft: A predictable method of obtaining root coverage. *Journal of Periodontology*. 1992; 63(5): 477-486.
 30. Hwang D, Wang HL. Flap thickness as a predictor of root coverage : A systematic review. *Journal of Periodontology*. 2006; 77(10): 1625-1634.