

การผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการบดเคี้ยว: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Surgical Removal of Bilateral Torus Mandibularis for Preventing Soft Tissues Injuries form Masticatory Trauma: a Case Report

กมุสิทธิ์ ธารณามัย, ทพ.

Kumsit Taranamai, D.D.S.

Abstract

A 40-year-old female patient with no underlying disease presented with the problem of pain on chewing and difficulty in cleaning her teeth. Intraoral examination revealed bilateral torus mandibularis. They were lobulated with the size about 1.5 cm. x 2 cm x 1.5 cm. The ulcerated mucosa was also found on the right torus mandibularis. The torectomy was planned to performed one side at a time in order that the complications such as excessive bleeding, infection could be reduced. The patient underwent torectomy on the right torus torectomy after 1 month of torectomy on the left one has been operated. Two months post-operative follow-up, there were no complications. The patient was able to chew and clean her teeth well.

Keywords: Torus Mandibularis

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาการบดเคี้ยวอาหารและการทำความสะอาดช่องปาก เนื่องจากเจ็บบริเวณปุ่มกระดูกบริเวณขากรรไกรล่าง จากการตรวจใน

ช่องปากพบปุ่มกระดูกทางด้านใกล้ลิ้นของขากรรไกรล่างด้านซ้ายและด้านขวา แต่ละด้านขนาดประมาณ 1.5 เซนติเมตร x 2 เซนติเมตร x 1.5 เซนติเมตร และพบรอยแผลถลอกที่ปุ่มกระดูกด้านขวา ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกด้านใกล้ลิ้นของขากรรไกรล่างออกทีละด้าน ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ เพื่อลดความเสี่ยงของการมีภาวะเลือดออกมาก โดยที่ปุ่มกระดูกด้านซ้ายได้ถูกผ่าตัดออกหลังจากทำการผ่าตัดปุ่มกระดูกด้านขวาได้ 1 เดือน จากการติดตามผลการรักษา 2 เดือน การหายของแผลเป็นปกติ สามารถบดเคี้ยวได้ดีและทำความสะอาดในช่องปากได้สะดวกขึ้น

คำสำคัญ: ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง

บทนำ

ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างเป็นปุ่มกระดูกงอกออกมาจากบริเวณด้านลิ้นของขากรรไกรล่าง พบบ่อยที่บริเวณตำแหน่งฟันซี่ถึงฟันกรามน้อยทั้งสองข้าง^{1,2} พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สำหรับสาเหตุการเกิดยังไม่แน่ชัด อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันระหว่างปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม^{1, 3} ส่วนประกอบของปุ่มกระดูกมักเป็นกระดูกเนื้อแน่น หรือกระดูกที่เป็นเนื้อเยื่อกระดูก (Osseous tissue) ประเภทหนึ่งเกิดจากชั้นของกระดูกเรียงตัวเป็นชั้นๆอัดแน่น ปกคลุมด้วย Mucoperiosteum ที่ค่อนข้างบางเนื่องจากเกิดการยึดตัวออกเมื่อมีการขยายของกระดูก มีเลือดมาเลี้ยงน้อย ปุ่มกระดูกจะค่อยๆโตขึ้นช้าๆ เมื่อโตถึงขนาดหนึ่งจะหยุดโตและคงอยู่เช่นนั้น อาจพบเป็นก้อนเดี่ยวหรือหลายก้อนติดกัน เริ่มพบได้ในวัยหนุ่มสาวขึ้นไป มักสัมพันธ์กับการใช้แรงบดเคี้ยวมาก ปุ่มกระดูกงอกเหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง หากแต่ก่อความรำคาญ หรือเมื่อเกิดการกระทบกับอาหารแข็งหรือจากแปรงสีฟัน ทำให้เกิดแผลสร้างความเจ็บปวดได้ ในกรณีที่มีหลายก้อนติดกัน ทำให้เกิดช่องให้เศษอาหารตกค้างได้เกิดการบูดเน่า เป็นสาเหตุของการมีกลิ่นปากอย่างหนึ่งหรือทำให้

วันที่รับ (received) 7 กรกฎาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 พฤศจิกายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 25 พฤศจิกายน 2568

Published online ahead of print 28 พฤศจิกายน 2568

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไพศาล จังหวัดนครสวรรค์
Dental Department, Phisalee Hospital, Nakhonsawan

Corresponding Author: กมุสิทธิ์ ธารณามัย

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไพศาล จังหวัดนครสวรรค์

Email: prinsisto.zoro@gmail.com

doi:

เหงือกอักเสบได้ จากการศึกษาของ Apinhasmit⁴ ได้ทำการศึกษา เรื่องปุ่มกระดูกบริเวณกลางเพดานปาก (Torus palatinus) และปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างในประชากรไทย พบว่า มีปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.9 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเพศชาย 1.66 เพศหญิง 1⁸ ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กและไม่มีความแตกต่างของขนาดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างส่วนใหญ่มักมีลักษณะหลายปุ่มแบบทั้งสองข้าง (Bilateral multiple) ร้อยละ 26.6 ลักษณะปุ่มเดี่ยว แบบข้างเดียว (Unilateral single) ร้อยละ 11 และลักษณะหลายปุ่มแบบข้างเดียว (Unilateral multiple) ที่ร้อยละ 2.9 นอกจากนี้พบว่าปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างแบบที่มีสองข้าง มักมีลักษณะสมมาตร (Symmetrical pattern) อย่างไรก็ตามสามารถวินิจฉัยปุ่มกระดูกในช่องปากเหล่านี้ได้จากประวัติ และลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียว ปุ่มกระดูกในช่องปากไม่มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง

การรักษาปุ่มกระดูกเหล่านี้ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับ

การรักษา การพิจารณารักษาผ่าตัดเอาออกมักเกิดจากปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่ มากกว่า 2 เซนติเมตร มีปัญหาต่อการรับประทานอาหารและการพูด เป็นแผลง่ายและแผลหายช้า ขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม สามารถทำผ่าตัดได้หลายวิธี⁷ คือ

1. Conventional Surgical Removal (Chisel & mallet technique) การผ่าตัดต้องใช้สิ่ว (Chisel) เคาะด้วยค้อน (Mallet) เพื่อตัดและแยกกระดูกออกเป็นชิ้น
2. Rotary Instrument Technique การผ่าตัดที่ใช้หัวกรอฟัน เป็นวิธีมาตรฐาน
3. Piezo surgery (Ultrasonic bone surgery) การผ่าตัดที่ใช้เครื่องมือตัดกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สามารถช่วยลดความแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การเสียเลือดและลดระยะเวลาในการผ่าตัด
4. Laser-assisted Removal เป็นการผ่าตัดด้วยการใช้เลเซอร์ ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติได้ในเทคนิคที่ 1 และ 2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างที่สำคัญของการผ่าตัดแบบใช้สิ่ว ค้อน และหัวกรอ

ลักษณะ	Chisel & Mallet Technique (สิ่วและค้อน)	Rotary Instrument Technique (เครื่องมือกรอฟัน)
เครื่องมือหลัก	-Straight chisel, Half-round chisel, Bone mallet	-Straight handpiece, Surgical bur (round, fissure, carbide, diamond)
หลักการทำงาน	-ใช้วิธีการตอกหรือกะเทาะ เพื่อตัดหรือแยกชิ้นกระดูก โดยใช้แรงกระแทกจากค้อน	-ใช้วิธีการเจียรระโนหรือกรอไปบนเนื้อกระดูกโดยตรงด้วยหัวกรอ (bur) หมุนความเร็วสูงหรือปานกลาง ตัดและกรอกระดูกอย่างต่อเนื่อง
การควบคุม	-การควบคุมอาจทำได้ยากกว่า และต้องอาศัยทักษะและความแม่นยำสูง เพื่อป้องกันการเสียหายของเนื้อเยื่อข้างเคียง	-สามารถควบคุมความลึกและขอบเขตได้อย่างละเอียดและแม่นยำกว่า เนื่องจากผู้ผ่าตัดสามารถนำหัวกรอไปตามส่วนที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
การบาดเจ็บของกระดูก	-อาจทำให้เกิดการแตกร้าวของกระดูกเป็นบริเวณกว้าง หรือการควบคุมทิศทางการแตกไม่ได้แบบแม่นยำ	-ทำให้เกิดการบาดเจ็บเฉพาะจุดและจำกัดบริเวณมากกว่า แต่ความร้อนจากการกรออาจทำให้เนื้อกระดูกตาย (Osteonecrosis) ได้ หากไม่ใช้น้ำหล่อเย็นที่เพียงพอ
แรงกระแทกต่อเนื้อเยื่อ	-มีแรงสั่นสะเทือนมาก อาจเกิดบวม ฟกช้ำ หรือ Hematoma ได้	-แรงกระแทกน้อย ผู้ป่วยเจ็บและบวมน้อยกว่า
ความร้อน (Heat Generation)	-แทบไม่มี เพราะไม่ได้ใช้แรงเสียดทาน	-เกิดความร้อนจาก bur ต้องใช้น้ำหล่อเย็นเพื่อลดการไหม้ของกระดูก
ความรู้สึกของผู้ป่วย	-อาจเกิดแรงสั่นและเสียงดัง ซึ่งอาจสร้างความกังวลและความไม่สบายใจให้กับผู้ป่วยได้	-การสั่นและเสียงจะน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในระหว่างการผ่าตัด
ผลหลังการผ่าตัด	-อาจมีโอกาสดังกล่าวการบวมและปวดได้บ้าง	-อาจมีอาการปวดและบวมหลังผ่าตัดน้อยกว่า

ปุ่มกระดูกมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกอาจเกิดปุ่มกระดูกงอกขึ้นใหม่อย่างซ้ำๆเช่นเดิมได้ สาเหตุยังไม่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าเกิดจากกรรมพันธุ์² นอกจากนี้ปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการทำหน้าที่มากกว่าปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว^{6,9} หรือเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันของกรรมพันธุ์และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม⁴ ด้านกรรมพันธุ์ : ผู้ที่มีประวัติครอบครัวมีปุ่มกระดูก จะมีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้สูงกว่าและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่

1. ลักษณะการสบฟันหรือ “Occlusion” ที่มีแรงกดหรือแรงบดเคี้ยวมากผิดปกติ มักทำให้ร่างกายตอบสนองด้วยการสร้างกระดูกเพิ่มบริเวณที่รับแรงมาก แยกตามลักษณะของการสบฟันดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะการสบฟันในลักษณะต่างๆที่ส่งผลต่อการเกิดปุ่มกระดูก

ลักษณะการสบฟัน	ผลต่อกระดูก/ความเสี่ยงต่อปุ่มกระดูก
-สบฟันแน่นเกินไป (Deep bite)	-ทำให้แรงบดเคี้ยวส่งผ่านลงขากรรไกรมาก ผลให้กระดูกสร้างตัวเพิ่ม
-สบฟันคร่อม (Crossbite)	-ทำให้แรงเคี้ยวไม่สมดุล เป็นสาเหตุให้กระดูกบางส่วนหนาตัว
-การกัดฟัน (Bruxism) หรือขบฟันแน่น (Clenching)	-เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญมาก ส่งผลให้ปุ่มกระดูกมักโตขึ้นเรื่อยๆ
-สบฟันหน้าหรือหลัง ไม่สมดุล	-ทำให้บางจุดรับแรงมากกว่าปกติ คือบริเวณข้างลิ้นของขากรรไกรล่าง

2. โครงสร้างใบหน้า ที่มีแนวโน้มเกิดปุ่มกระดูก บางลักษณะทางกายวิภาคก็เอื้อต่อการเกิดปุ่มกระดูกเช่น ลักษณะใบหน้าดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะการแยกโรคของ Torus Mandibularis กับโรคต่างๆ จากลักษณะที่สำคัญและ ความแตกต่างของภาพถ่ายทางรังสี

ลำดับ	โรคหรือภาวะ	ลักษณะสำคัญ	ความแตกต่างทางภาพรังสี
1	Torus mandibularis	-ก้อนกระดูกแข็ง ผิวเรียบ มักอยู่ด้านลิ้นของกระดูกขากรรไกรล่างบริเวณฟันกรามน้อย มักเป็นสองข้าง ไม่มีอาการ	-ไม่มี
2	Buccal exostosis	-ก้อนกระดูกแข็งคล้ายกัน แต่พบที่ด้านแก้มของกระดูกขากรรไกร	-ตำแหน่งต่างกัน (Buccal vs lingual)
3	Osteoma	-ก้อนกระดูกเดี่ยว ๆ โตช้า อาจอยู่ที่กรามหรือกะโหลก	-มัก โตต่อเนื่อง, ไม่สมมาตร, และอาจแยกขอบเขตได้ในภาพรังสี
4	Ossifying fibroma	-รอยโรค fibro-osseous ทำให้กระดูกบวมออก	-มีการขยายกระดูก,ดันฟัน และไม่แข็งแรงเมื่อคลำ -ลักษณะภาพรังสีพบทั้งภาพโปรงรังสี และภาพทีบรังสี

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะใบหน้าและความสัมพันธ์ต่อการเกิดปุ่มกระดูก

ลักษณะใบหน้า	ความสัมพันธ์
-ใบหน้าแคบ/ขากรรไกรสูงชัน (High mandibular plane angle)	-มักมีแรงบดเคี้ยวบ่อย แต่แรงกดกระดูกตัวในบางจุด ทำให้กระดูกสร้างเพิ่มเฉพาะที่
-ใบหน้ากว้าง ขากรรไกรแข็งแรง (Square jaw)	-มักใช้แรงบดเคี้ยวมาก มีแนวโน้มเกิด Torus Mandibularis
-โครงสร้างกระดูกหน้า/มีพันธุกรรมในครอบครัว	-มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับ Torus Palatinus บนเพดานปาก

3. โครงสร้างของช่องปาก และรูปทรงของขากรรไกรที่มีผลต่อการเกิดปุ่มกระดูก คือ รูปทรงที่มีการนูน หรือยื่นออกมาโดยเฉพาะรูปทรงของเพดานปากด้านบน (Torus palatinus) ซึ่งจะนูนลงมาเป็นก้อน หรือเป็นปุ่มๆ คล้ายผิวมะกรูด และกระดูกด้านในของขากรรไกรล่าง (Torus mandibularis) ซึ่งจะมีปุ่มกระดูกยื่นออกมาทางด้านในลิ้นทั้งสองข้าง อาจเป็นก้อนใหญ่ 1-2 ก้อนต่อข้าง หรือเป็นปุ่มคล้ายผิวของมะกรูดก็ได้ โครงสร้างที่เกี่ยวข้อง เพดานแข็ง (Hard palate) และสันเหงือกขากรรไกรล่างใกล้ลิ้น ขากรรไกรแคบ อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดปุ่มกระดูกได้มากกว่า นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับ ความเครียด การใช้แรงบดเคี้ยวที่รุนแรง หรือการนอนกัดฟัน รวมถึงพันธุกรรมด้วย

การวินิจฉัยแยกโรคของ Torus Mandibularis ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะการแยกโรคของ Torus Mandibularis กับโรคต่างๆ จากลักษณะที่สำคัญและ ความแตกต่างของ ภาพถ่ายทางรังสี (ต่อ)

ลำดับ	โรคหรือภาวะ	ลักษณะสำคัญ	ความแตกต่างทางภาพรังสี
5	Chronic sclerosing osteomyelitis	-การอักเสบเรื้อรังของกระดูก การหนาตัวของกระดูกและปวด	-มีอาการปวด, ติดเชื้อ, ลักษณะภาพรังสีไม่สม่ำเสมอ
6	Paget's disease of bone	-โรคกระดูกจากการ Remodeling ผิดปกติ พบบ่อยในผู้สูงอายุ	-มีหลายตำแหน่ง, ค่า Alkaline Phosphatase สูง, ภาพรังสีแบบ "Cotton wool"
7	Gardner's syndrome	-พันธุกรรม, พบ Multiple osteomas, intestinal polyps, Skin cysts	-พบหลาย Osteoma, มีอาการระบบทางเดินอาหาร, ประวัติครอบครัว

รายงานผู้ป่วย

ประวัติทางการแพทย์: สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว และปฏิเสธการแพ้ยา ความดันโลหิต 111/72 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

อาการสำคัญ: อาการเจ็บแปลบบริเวณปุ่มกระดูกด้านขวาจากการเคี้ยวอาหาร และรู้สึกมีกลิ่นปาก

ประวัติทางทันตกรรม: เคยได้รับการถอนฟัน อุดฟัน

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน: ผู้ป่วยสังเกตว่ามีปุ่มกระดูกมานาน 1 เดือน และมีแผลมา 2 อาทิตย์จากการบดเคี้ยว มีกลิ่นปาก มีปัญหาทางด้านขวามากกว่าด้านซ้าย

การตรวจภายนอกช่องปาก: ไม่พบความผิดปกติ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงภายนอกช่องปากของผู้ป่วย

การตรวจภายในช่องปาก: พบปุ่มกระดูกบริเวณเหงือกด้านใกล้ลิ้นจากบริเวณฟันกรามน้อยซี่ที่ 1 จนถึงฟันกรามซี่ที่ 1 โดยมีรูปร่างเป็นก้อนเรียงกัน 3 ก้อน ขนาด 1.5 x 2 x 1.5 เซนติเมตร และมีรอยแผลจากการบดเคี้ยวบริเวณก้อนที่ 3 ทางด้านขวา ลักษณะเป็นแผลถลอกเป็นวงกลมประมาณ 2 x 2 มิลลิเมตรและพบเหงือกอักเสบบริเวณฟันเขี้ยวจนถึงฟันกรามซี่ที่ 1, มีสันเหงือกกว้างบริเวณฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่ 1 ดังรูปที่ 2

การวินิจฉัยโรค: Bilateral Torus Mandibularis



รูปที่ 2 แสดงลักษณะของ Torus mandibularis เป็นปุ่มกระดูกด้านใกล้ลิ้นของกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้ายและด้านขวา รูปร่างเป็นก้อนเรียงกัน 3 ก้อน ขนาด 1.5x2x1.5 เซนติเมตร และมีรอยแผลถลอกจากการบดเคี้ยวก้อนที่ 3 ทางด้านขวา

การรักษาที่ให้: จากประวัติและลักษณะทางคลินิกให้การวินิจฉัยเป็น Bilateral Torus Mandibularis วางแผนการรักษา: ผ่าตัดปุ่มกระดูกออกทีละด้าน โดยพิจารณาทำในด้านขวาก่อน เนื่องจากผู้ป่วยให้ประวัติมีปัญหาเจ็บและเป็นแผลที่ด้านนี้บ่อยกว่า ให้ข้อมูลแผนการรักษา และระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยและญาติยินยอมรับการรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้ 3 ขั้นตอน โดย

ขั้นตอนที่ 1 นัดผู้ป่วยมาทำผ่าตัด ก่อนการผ่าตัดได้ประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจ ความดันโลหิต 124/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ผู้ป่วยได้รับการนัดผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้านขวา ภายใต้อาชาเฉพาะที่ 2% Lidocaine with epinephrine 1:100,000 จำนวน 2.5 หลอด ด้วยการฉีดยาเฉพาะที่เข้าไปสกัดเส้นประสาทขากรรไกรล่าง (Inferior alveolar nerve), เส้นประสาท Lingual nerve และเส้นประสาท Long Buccal nerve เพื่อระงับความรู้สึกบริเวณที่จะผ่าตัด และฉีดยาเฉพาะที่เข้าไปในเนื้อเยื่อ (Infiltration) บริเวณด้านใกล้แก้มและบริเวณบนเยื่อหุ้มปุ่มกระดูกปริมาณเล็กน้อย ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงการฉีดยาเฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มปุ่มกระดูก

วิธีการผ่าตัด

ตำแหน่งและรูปแบบการลง Incision

ลงมีดผ่าตัดแบบ Crestal Incision ใช้มีดผ่าตัดเบอร์ 15 กรีดตามแนวสันเหงือกด้านลิ้นตั้งแต่บริเวณฟันหน้าล่างซี่ที่ 1 ไปจนถึงฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 โดยต้องควบคุมปลายมีดให้ดี เพื่อหลีกเลี่ยงการมีแผลฉีกขาดของแผ่นเหงือก และหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้รูเปิดของท่อน้ำลาย และ Lingual Frenum มากเกินไป หลังจากนั้นลอกแผ่นเหงือกแบบ Mucoperiosteal flap โดยใช้ Periosteal Elevator แยกแผ่นเหงือกให้เห็นบริเวณกระดูกชัดเจน, ใช้ Low Speed Straight Handpiece และใช้ Carbide bur ชนิด Round bur กรอปุ่มกระดูกจากด้านหน้าไปด้านหลัง ร่วมกับการฉีดล้างด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อตลอดเวลาเพื่อลดความร้อนจากการกรอและกำจัดเศษกระดูกจากการกรอออกไป จากนั้นใช้หัวกรอ Taper Radius End กรอผิวกระดูกที่เหลือบริเวณด้านล่างออก และใช้ตะไบกระดูกแต่งให้เรียบ, ล้างด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อเพื่อกำจัดเศษกระดูกที่ตกค้างออก, วางแผ่นเหงือกกลับตำแหน่งเดิม เย็บแผลแบบ Simple Interrupted Suture จำนวน 6 เข็ม ดังรูปที่ 4, 5 และ 6



รูปที่ 4 แสดงการเลาะแผ่นเหงือกทางด้านลิ้น



รูปที่ 5 แสดงการเลาะแผ่นเหงือกให้เห็นปุ่มกระดูกทั้งหมด



รูปที่ 6 แสดงการเย็บแผลผ่าตัดปุ่มกระดูก

จ่ายยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด (20 tab), Tramadol 50 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดมาก (10 caps), Ibuprofen 400 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดทุก 6-8 ชั่วโมงหลังอาหาร เมื่อมีอาการปวด (10 caps), Amoxycillin 500 mg รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล ทุก 8 ชั่วโมงหลังอาหารวันละ 3 ครั้ง (20 caps), แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ภายหลังจากการผ่าตัดจะเกิดอาการปวดและบวมได้โดยเฉพาะในสามวันแรก ลดอาการบวมด้วยการประคบเย็นนอกปากบริเวณที่ทำการรักษาภายหลังการผ่าตัดเป็นเวลา 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 นัดติดตามผลการรักษาและตัดไหมหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ได้ตรวจในช่องปากแผลผ่าตัดมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่พบการติดเชื้อไม่มีอาการผิดปกติ สอบถามผู้ป่วยไม่มีอาการปวดในวันแรกหลังผ่าตัด วันที่มาตัดไหมไม่มีอาการปวดทำการตัดไหม การหายของแผลเป็นที่น่าพอใจ ดังรูปที่ 7



รูปที่ 7 แสดงแผลหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์หลังตัดไหม

ขั้นตอนที่ 3 ผลการรักษา 1 เดือนหลังผ่าตัด ตรวจสภาพบริเวณผ่าตัดอีกครั้งพบว่าแผลผ่าตัดหายเป็นปกติดี ไม่พบอาการผิดปกติใดๆ ดังรูปที่ 8



รูปที่ 8 แสดงผลหลังการรักษา 1 เดือน

สำหรับปุ่มกระดูกด้านซ้ายได้นัดมาทำผ่าตัดอีก 1 เดือน ได้ทำการผ่าตัดด้วยวิธี Rotary Instrument Technique และติดตามผลการรักษาเช่นเดียวกับข้างขวา ผลการรักษา 1 เดือน ผลหายเป็นปกติ

ติดตามผลการรักษา: หลังจากให้การรักษาโดยการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง ติดตามผลการรักษาที่ 1 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล ไม่บวม รับประทานอาหารได้จากการตรวจในช่องปาก ไม่พบการคั่งของเลือดใต้แผ่นเหงือกแผลมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่พบการติดเชื้อ การหายของแผลเป็นที่น่าพอใจ และติดตามผลการรักษาที่ 1 เดือน พบว่าแผลผ่าตัดหายเป็นปกติ จึงนัดผู้ป่วยมาทำฟันปลอมต่อไป ดังรูปที่ 9



รูปที่ 9 แสดงลักษณะการตัดปุ่มกระดูกทั้งขวาและซ้ายออก

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปุ่มกระดูกด้านใกล้ลิ้นของขากรรไกรล่างจากการตรวจทางคลินิกที่ชัดเจน นอกจากนี้ผู้ป่วยให้ประวัติคนในครอบครัวมีปุ่มกระดูกในลักษณะนี้เช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมน่าจะมีส่วนในการเกิดปุ่มกระดูกออกนี้ แผนการรักษาคือการผ่าตัดออก เพื่อแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณนี้จากการกระทบกระแทกขณะรับประทานอาหารและการแปรงฟัน

ในส่วนของการเลือกใช้เครื่องมือในการสกัดปุ่มกระดูกตำราหลายเล่มแนะนำให้ใช้สิ่ว (Chisel) และค้อน (Mallet)¹¹ ค่อยๆสกัดปุ่มกระดูกออกทีละส่วนจนหมด ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงโดยมิได้ตั้งใจได้ เนื่องจากควบคุมแรงมือได้ยาก มีโอกาสเครื่องมือพลาดไปโดนอวัยวะบาดเจ็บ หรือเลือดออกได้ นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสทือนมากขณะกำลังใช้สิ่วและค้อนตอกเพื่อสกัดปุ่มกระดูก อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลปวดศีรษะ ผู้ใช้ต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญ มีประสบการณ์การใช้สิ่ว^{5,6} สำหรับทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยรายนี้เลือก Rotary Instrument Technique เนื่องจากคุ้นเคยกับการใช้เครื่องมือ Rotary มากกว่าการใช้สิ่ว การพิจารณาจ่ายยาแก้ปวดให้กับผู้ป่วยควรให้เพียงพอเหมาะสมกับความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ทันตแพทย์ประเมินแล้วว่า การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ร่วมกับ Acetaminophen น่าจะเพียงพอสำหรับการควบคุมความเจ็บปวด แต่ข้อพิจารณา

อีกข้อหนึ่งคือการเดินทางของผู้ป่วยที่ไม่สะดวก ทันตแพทย์จึงจ่าย Tramadol ไว้ให้กับผู้ป่วยให้รับประทานหากอาการปวดไม่ทุเลาหลังจากได้ยาแก้ปวดที่กล่าวไปข้างต้นแล้ว

สรุป

ปุ่มกระดูกที่ขากรรไกร ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดออกหากไม่มีข้อบ่งชี้ใดๆ ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนที่ปกคลุมปุ่มกระดูกอยู่บ่อยครั้ง มีเศษอาหารติดบริเวณซอกของปุ่มกระดูก รวมถึงอุปสรรคต่อการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันทางด้านใกล้ลิ้น การผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกบริเวณนี้ออกจึงเป็นแผนการรักษาที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้กับผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทำได้ตั้งแต่การซักประวัติตรวจร่างกาย การให้ข้อมูล การวินิจฉัย แผนการรักษา อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ควรให้อย่างครบถ้วนและชัดเจน การเลือกเครื่องมือและวิธีการผ่าตัด พิจารณาตามความถนัดของทันตแพทย์และความพร้อมของเครื่องมือตามบริบทของโรงพยาบาล การติดตามผลการรักษาภายหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อทันตแพทย์สามารถประเมินการหายของแผลและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยได้ทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. Apinhasmit W, Jainkittivong A, Swasdison S. Torus palatinus and torus mandibularis in a Thai population. *Science Asia*. 2021;28:105-11.
2. Chandna S, Sachdeva S, Kochar D, Kapil H. Surgical management of the bilateral maxillary buccal exostosis. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19(3):352-5.
3. Hermann FS, Gion FP, editors. *Color atlas of dental medicine: Oral Surgery for the General Dentist*. 1st ed. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2019. p. 296-30.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. St. Louis (MO): Saunders/Elsevier; 2009.
5. Hupp JR, Tucker MR, Ellis E. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. 7th ed. Philadelphia (PA): Mosby/Elsevier; 2018.
6. Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. *Aust Dent J*. 1995;40(5):318-21.
7. Sombatpiam K. *Preprosthetic Surgery*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co., Ltd.; 2022. p. 296-300.

8. Jainkittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;91:48-53.
9. Reichart PA, Neuhaus F, Sookasem M. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in Germans and Thai. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1988;16:61-4.
10. Dental Public Health District Office, Health Department. Dental clinical practice guidelines for Dental Clinic. National drug policy Food and drug administration Thanapornpanich store; 2011. p. 75-6.
11. Peterson LJ, Ellis E III, Hupp JR. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery.* 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.; 2003. p. 248-304.