

ผลของการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม ขณะที่มีอาการเหงือกอักเสบเฉียบพลัน กับการ ให้ยาปฏิชีวนะ 5 วันก่อนผ่าตัด

สิริพร ไชยภักดิ์

รพ. สมุทรสาคร

ABSTRACT :

Chaiyapak S. The Comparison between Immediate Surgical Extraction of Impacted Mandibular Third Molar with Acute Pericoronitis and Appointed Cases after Five Days of Antibiotic. (Region 4 Medical Journal 1999 ; 1 : 17-26).

Department of Dentistry, Samutsakhon Hospital, Samutsakhon, Thailand.

One hundred and twenty four patients with acute pericoronitis of impacted mandibular third molar were consecutively divided into two groups. The first group recieved pre-operative antibiotic before immediate removal of impacted teeth. The second group received antibiotic for five days before surgical extractions. The comparison in relation to postoperative pain, facial swelling and trismus were studied on thirty eight patients of the first group and eighteen patients of the second group who succeeded to keep their twenty four hours postoperative appointment. There were no significant difference on the degree of pain, facial swelling and trismus between the two groups ($P > 0.05$), which firmly supported the idea of immediate removal of impacted mandibular third molar with acute pericoronitis. The early operation can be done safely, at least as safe as extraction of impacted tooth without acute pericoronitis.

บทคัดย่อ :

สิริพร ไชยภักดิ์. ผลของการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สามขณะที่มีอาการเหงือกอักเสบเฉียบพลัน กับการให้ยาปฏิชีวนะ ๕ วัน ก่อนผ่าตัด. (วารสารแพทย์เขต ๔ ๒๕๔๒ ; ๑ : ๑๗-๒๖).

กลุ่มงานทันตกรรม, รพ. สมุทรสาคร.

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม ขณะที่มีอาการเหงือกอักเสบเฉียบพลัน ทั้งหมด ๑๒๔ ราย แบ่งการรักษาเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งได้รับการผ่าตัดทันที โดยให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดครึ่งชั่วโมง จำนวน ๖๒ ราย กลุ่มที่สองได้รับยาปฏิชีวนะ ๕ วัน ก่อนผ่าตัด จำนวน ๖๒ ราย ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลงานทางคลินิกเกี่ยวกับอาการปวด, การบวมของใบหน้า และการอักเสบได้จำกัด ของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม เฉพาะผู้ป่วยที่มาตรวจหลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมง เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่หนึ่ง ๓๔ ราย และเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่สอง ๑๔ ราย ผลการศึกษาปรากฏว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มมีอาการปวด การบวมของใบหน้าและการอักเสบได้จำกัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ซึ่งสนับสนุนว่า การผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม ในขณะที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลัน เป็นวิธีที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย โดยมีอาการแทรกซ้อนไม่แตกต่างกับการผ่าตัดขณะที่ไม่มีการอักเสบ

บทนำ

ฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม เป็นฟันคุดที่พบได้เสมอในคนทั่วไป ในอัตรา 18.8-26%¹⁻³ ฟันคุดทำให้เกิดการอักเสบของเหงือกที่ปกคลุมฟันอยู่⁴⁻⁶ เนื่องจากมีเศษอาหารเข้าไปติดที่ซอกเหงือก และผู้ป่วยไม่สามารถแปรงฟันทำความสะอาดเหงือกและฟันได้ดีเท่าที่ควร เกิดการหมักหมมของเศษอาหาร ซึ่งเมื่อรวมกับเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก จะทำให้เหงือกอักเสบและปวดได้ การอักเสบนี้สามารถจะแพร่กระจายไปตามช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อ (deep fascial space) และทรวงอก (mediastinum) จนมีอันตรายถึงชีวิตได้

ปัญหาที่พบบ่อยภายหลังผ่าตัดฟันคุด ได้แก่ การปวด การบวมของใบหน้า และการอักเสบได้จำกัด เนื่องจากมีความตึงบริเวณกล้ามเนื้อขากรรไกร^{7,8} ซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดบริเวณนั้น การบวมจากการบาดเจ็บของแผลผ่าตัด จะมีใน 24-36 ชั่วโมง ภายหลังการผ่าตัด⁹ ถ้าเป็นการบวมจากการติดเชื้อจะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง บาดแผลทุกชนิดหลังผ่าตัดจะมีความเจ็บปวดอยู่ประมาณ 48-72¹¹ ชั่วโมง ความเจ็บปวดจะมีมากที่สุดในระยะ 6 ชั่วโมง ภายหลังการผ่าตัด ในระยะ 8-12 ชั่วโมง ความเจ็บปวดจะเริ่มทุเลาลง ความเจ็บปวดขึ้นปานกลางจะมีอยู่ได้ถึง 2 วัน และบรรเทาหายไป ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด^{9,12} ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่าง ซี่ที่สามจัดอยู่ในความเจ็บปวดปานกลาง สามารถบรรเทาอาการปวดได้โดยการให้ยาแก้ปวดชนิดไม่

เสพติด (non narcotic analgesic drug)¹³ ที่นิยมใช้กัน คือ กลุ่มอนุพันธ์ของพาราอะมิโนฟีนอล (para-amino-phenol derivatives) ได้แก่ paracetamol

การศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบผลทางคลินิก ของการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามซี่ที่สามระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดเลย ขณะที่มีการอักเสบกับกลุ่มที่ให้ยาปฏิชีวนะไปรับประทาน ก่อน 5 วัน จึงนัดมาผ่าตัด โดยวัดจากการปวด การบวมของใบหน้า การอักเสบได้จำกัด

ผู้ป่วยและวิธีการ

ศึกษาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สามจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่เดือนมกราคม - สิงหาคม 2541 ผู้ป่วยทุกรายมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา ฟันคุดทุกซี่ต้องมีการอักเสบของเหงือกที่ปกคลุมอยู่ บางรายมีหนองออกจากบริเวณซอกเหงือก บางรายมีอาการบวมของใบหน้า ผู้ป่วยอักเสบได้อย่างน้อย 2 เซนติเมตร ในการผ่าตัดทำโดยทันตแพทย์คนเดียว ตลอดการผ่าตัดใช้วิธีเปิดแผ่นเหงือกไปทาง distal ของฟันคุดในบางกรณี กรอตัดกระดูก กรอตัดฟัน ไม่ได้เย็บแผล ฟันคุดทุกซี่ได้ X-ray periapical film ดูความยากง่าย เพื่อใช้ในการวางแผนการผ่าตัด และนำมาหาดัชนีระดับความยากของฟันคุด¹⁴ โดยคำนวณจากผลรวมของค่าความลึกของฟัน แนวแกนฟัน และระยะกระดูกหุ้มฟันแล้วให้เป็นคะแนน ดังนี้

ระยะความลึกของฟัน

ระดับตรงกับแนวการสบฟัน (occlusal plane)	= 1
ระดับต่ำกว่าแนวการสบฟัน	= 2
ระดับต่ำกว่าแนวคอฟัน (cervical line)	= 3
ระดับแนวแกนฟัน (long axis of the tooth)	
แนวตั้ง (vertical)	= 1
แนวเฉียงมาใกล้กลาง (medial) ใกล้กลาง (distal) ใกล้ลิ้น (lingual) ใกล้แก้ม (buccal)	= 2

แนวระดับ (horizontal)	= 3
ระยะกระดูกหุ้มฟัน (bone covering of the tooth) คือ วัดระยะระหว่างฟันกรามล่างซี่ที่สองกับเรมีส (ramus)	
มีระยะห่างพอสำหรับฟันขึ้น	= 1
มีระยะห่างไม่เพียงพอสำหรับฟันขึ้น	= 2
ไม่มีระยะสำหรับฟันขึ้นเลย	= 3

ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลำดับที่มารักษา ผู้ที่มาลำดับเป็นเลขคี่จะได้รับยา amoxycillin มีดละ 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เป็นเวลา 5 วัน แล้วจึงนัดมาผ่าตัด ส่วนผู้ที่มาลำดับที่เป็นเลขคู่จะได้รับการผ่าตัดในวันนั้นเลยโดยให้รับประทาน amoxycillin 1 กรัม ก่อนการผ่าตัดครึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วยยาชาที่ประกอบด้วย lidocaine HCL 2% ซึ่งมีส่วนผสมของยาบิปรดหลอดเลือดฝอย 1 : 100,000 โดยการฉีดสกัดเส้นประสาทอินฟีเรียลอัลวีโอล่า (Inferior-alveolar nerve block) ฉีดสกัดเส้นประสาทลิ๊งกวล (Lingual nerve block) และฉีดสกัดเส้นประสาทของบัคคัล (Long buccal nerve block) ในรายเปิดแผ่นเหงือก จะไม่ได้เย็บปิดแผ่นเหงือก ภายหลังผ่าตัดได้ curette เอา dental sac และ granulation tissue ออกให้หมด ตะไบส่วนกระดูกที่แหลมคมออกให้เรียบ ล้างแผลด้วย normal saline 0.9% พยายามไม่ให้ใน socket มี bleeding และบิปปากแผลให้ชิดกัน ไม่ให้แฉะออกตามแนว incision ใช้ผ้า gauze วางจาก lingual ไป buccal เพื่อป้องกันไม่ให้แผลแยก ให้ผู้ป่วยกัดแน่นไว้ 3 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดให้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด หลังผ่าตัดให้ amoxycillin 500 มิลลิกรัม ก่อนอาหาร 3 เวลา ต่ออีก 5 วัน และได้สั่งให้กิน paracetamol ภายหลังหายชาทันที 1 กรัม ทุก 4 ชั่วโมง ในวันแรก และตามด้วย 500 มิลลิกรัม เวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง ในวันต่อมา นัดผู้ป่วยติดตามผล 24 ชั่วโมง และ 7 วัน หลังผ่าตัด เมื่อนัดติดตามผล 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยหายเป็นปกติแล้วจะไม่นัดต่อ แต่ถ้ามีอาการปวดหรือบวมหรืออ้าปากได้จำกัด จะนัดติดตามผล 6 วันต่อมา การ

เปรียบเทียบผลดี ผลเสีย ของการผ่าตัดแต่ละกลุ่มดูได้จาก อาการปวด การบวมของใบหน้าและการอ้าปากได้มากน้อยเพียงใด โดยบันทึกไว้ทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 7 วัน ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดหรือปวดเพียงเล็กน้อย ไม่มีความจำเป็นต้องกินยาแก้ปวด ถือว่าไม่ปวด ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องกินยาแก้ปวด เพื่อระงับอาการ ถือว่าปวด¹⁵ ผู้ป่วยที่ไม่มี asymmetry ของใบหน้าด้านตรง ถือว่าไม่บวม จะถือว่าบวมต่อเมื่อ เห็นว่ามี asymmetry ของใบหน้าด้านตรงอย่างชัดเจนเท่านั้น¹⁵ ผู้ป่วยที่อ้าปากได้มากกว่า 3 ซม. ถือว่าไม่มีอาการอ้าปากได้จำกัด ถ้าอ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. ถือว่ามีอาการอ้าปากได้จำกัด (trismus)¹⁶ เมื่อนัดผู้ป่วยมาติดตามผล 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. จะให้ผู้ป่วยบริหารขากรรไกรร่วมด้วย และเมื่อนัดมาติดตามผล 7 วัน ถ้ายังอ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. ก็จะมีเพิ่มยาเดมิให้อีก 5 วัน ร่วมกับการบริหารขากรรไกร

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับคำแนะนำไม่ให้ใช้น้ำเย็นหรือน้ำร้อนประคบบริเวณที่ผ่าตัด ห้ามเอายาไปใส่ในแผล ห้ามบ้วนปากบ่อย ห้ามรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ให้ ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบผู้ป่วยแพ้ยา amoxycillin และ paracetamol การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต่าง ๆ กระทำโดย Chi-square หรือ Fisher's exact test หรือ Student's t-test ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษา

กลุ่มที่ผ่าตัดให้เลย มีผู้ป่วยทั้งหมด 62 ราย มาติดตามผลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 38 ราย เป็นเพศชาย

20 ราย เพศหญิง 18 ราย มีอายุระหว่าง 17-36 ปี อายุเฉลี่ย 24.5 ปี ใช้เวลาในการผ่าตัด 6-10 นาที เวลาเฉลี่ย 7.24 นาที ดัชนีระดับความยากเท่ากับ 3-7 เฉลี่ยเท่ากับ 4 (ตารางที่ 1) กลุ่มที่นัดมาผ่าตัด มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 62 ราย มาติดตามผลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 18 ราย เป็นเพศชาย 3 ราย เพศหญิง 15 ราย มีอายุระหว่าง 14-45 ปี อายุเฉลี่ย 24.8 ปี ใช้เวลาในการผ่าตัด 6-13 นาที เวลาเฉลี่ย 7.17 นาที ดัชนีระดับความยากเท่ากับ 3-7 เฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (ตารางที่ 1) จำแนกลักษณะของฟันคุดที่พบในการศึกษาครั้งนี้ออกเป็น 6 ชนิด (ตารางที่ 2)

ก่อนการผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดให้เลยผู้ป่วยมี อาการปวด 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.26 อาการบวม 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.32 อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.12 กลุ่มที่นัดมาผ่าตัดผู้ป่วยมี อาการปวด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 อาการบวม 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 (ตารางที่ 3)

เมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่า

กลุ่มที่ผ่าตัดให้เลย ผู้ป่วยมีอาการปวด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 อาการบวม 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.68 อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.79 กลุ่มที่นัดมาผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 อาการบวม 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.78 อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 (ตารางที่ 4)

ได้นัดผู้ป่วยกลุ่มที่ผ่าตัดให้เลยมาติดตามผลหลังผ่าตัด 7 วัน 8 ราย เนื่องจากยังปวด 2 ราย และอ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. 6 ราย ผู้ป่วยมาตามนัด 5 ราย มีเพียงรายเดียวที่อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. ซึ่งหลังจากให้ยาเพิ่มอีก 5 วัน ร่วมกับการบริหารขากรรไกร ก็สามารถอ้าปากได้เป็นปกติ ผู้ป่วยกลุ่มที่นัดมาผ่าตัด ได้นัดมาตรวจหลังผ่าตัด 7 วัน 6 ราย เพราะว่ามีอาการปวด 3 ราย อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. 3 ราย ผู้ป่วยมาตามนัด 3 ราย อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. 1 ราย ซึ่งเมื่อให้ยาไปกินอีก 5 วัน ร่วมกับการบริหารขากรรไกร ก็สามารถอ้าปากได้เป็นปกติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยฟันคุด

ข้อมูล	กลุ่มผ่าตัดฟันคุด วันแรกที่มาตรวจ (38 ราย)	กลุ่มกินยาปฏิชีวนะ 5 วัน ก่อนผ่าตัด (18 ราย)	P
เพศชาย (คน)	20	3	0.0106207
เพศหญิง (คน)	18	15	
อายุเฉลี่ย (ปี)	24.5 ± 5.63 (17-36)	24.8 ± 6.5 (14-45)	0.81866
เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เฉลี่ย (นาที)	7.24 ± 1.32 (6-10)	7.17 ± 1.2 (6-13)	0.88654
ดัชนีระดับความยาก เฉลี่ย	4 ± 1.47 (3-7)	4.39 ± 0.85 (3-7)	0.373396

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนฟันคุดชนิดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมาติดตามผล 24 ชม. ทั้ง 2 กลุ่ม

ชนิดของฟันคุด	กลุ่มผ่าตัดเฉย (ราย)	กลุ่มนัดมาผ่าตัด (ราย)
mesioangular impaction	7	2
vertical impaction	17	9
horizontal impaction	4	2
mesioangular embedded	2	-
vertical embedded	6	4
horizontal embedded	2	1

ตารางที่ 3 อาการและการตรวจพบก่อนผ่าตัดฟันคุด

ข้อมูล	กลุ่มผ่าตัดฟันคุด วันแรกที่มาตรวจ (38 คน)	กลุ่มกินยาปฏิชีวนะ 5 วัน ก่อนผ่าตัด (18 คน)	P
ไม่ปวด (คน)	17	17	0.000375
ปวด (คน)	21	1	
ไม่บวม (คน)	28	17	0.0652276
บวม (คน)	10	1	
อ้าปากได้ 3 ซม. ขึ้นไป (คน)	33	17	0.3632955
อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. (คน)	5	1	

ตารางที่ 4 อาการและการตรวจพบหลังผ่าตัดฟันคุด 24 ชั่วโมง

ข้อมูล	กลุ่มผ่าตัดฟันคุด วันแรกที่มาตรวจ (38 คน)	กลุ่มกินยาปฏิชีวนะ 5 วัน ก่อนผ่าตัด (18 คน)	P
ไม่ปวด (คน)	36	15	0.1828612
ปวด (คน)	2	3	
ไม่บวม (คน)	29	13	0.7507955
บวม (คน)	9	5	
อ้าปากได้ 3 ซม. ขึ้นไป (คน)	32	15	0.60742
อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. (คน)	6	3	

ตารางที่ 5 อาการและการตรวจพบหลังผ่าตัดฟันคุด 24 ชั่วโมง เปรียบเทียบกลุ่มติดเชื้อ และกลุ่มไม่ติดเชื้อ

ข้อมูล	กลุ่มไม่ติดเชื้อ (76 คน)	กลุ่มติดเชื้อ (38 คน)	P
ไม่ปวด (คน)	71	36	0.5706759
ปวด (คน)	5	2	
ไม่บวม (คน)	59	29	0.6402688
บวม (คน)	17	9	
อ้าปากได้ 3 ซม. ขึ้นไป (คน)	66	32	0.7029627
อ้าปากได้น้อยกว่า 3 ซม. (คน)	10	6	

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอาการเฉื่อย เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด และดัชนีระดับความยากเฉื่อย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่องเพศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ซึ่งไม่น่าจะมีผลกระทบในการผ่าตัดครั้งนี้ โดยดูได้จากดัชนีระดับความยาก และระยะเวลาในการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน แตกต่างกันในเพศหญิงเอาใจใส่ต่อสุขภาพช่องปากดีกว่าเพศชาย เพราะมาตามกำหนดนัดมากกว่า (ตารางที่ 1)

ก่อนผ่าตัดฟันคุดพบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดเลยจะมีอาการปวดมากกว่ากลุ่มกินยาแล้วนัดมาผ่าตัด ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนอาการบวมและการอักเสบได้จำกัดทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนัดผู้ป่วยมาติดตามผลหลังผ่าตัดฟันคุด 24 ชั่วโมง อาการปวด ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดเลยเหลือมีอาการปวด 2 ราย ทั้ง ๆ ที่ก่อนผ่าตัด มีอาการปวดเกินครึ่งของผู้ป่วยในกลุ่ม ซึ่งปรากฏผลดีต่อผู้ป่วย เพราะลดความเจ็บปวดและความไม่สบายต่าง ๆ ลงได้อย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยประทับใจมาก ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานอีกต่อไป ซึ่งมีรายงานสนับสนุนว่า การผ่าตัดฟันคุดในขณะที่มีอาการเหงือกอักเสบ สามารถลดความเจ็บปวดลงได้^{15,17-20}

ในกลุ่มผ่าตัดเลย และกลุ่มกินยานัดผ่าตัดมีอาการบวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาการบวมของใบหน้าพบมากที่สุด คือบวมจากมุมขากรรไกรล่างมาที่มุมปาก ซึ่งเหมือนรายงานของ ชัยวัฒน์ ปิ่นน้อย และคณะ²¹ หลังการผ่าตัดฟันคุดครั้งนี้ ไม่พบการบวมจากการติดเชื้อเลย ทั้งนี้ เพราะว่า การผ่าตัดฟันคุดเป็นการกำจัดสาเหตุของการเกิดการอักเสบ²²⁻²⁴ และการให้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ทำให้อัตราการติดเชื้อลดลง การบวมในการศึกษานี้จึงเป็นการบวมจากการผ่าตัดโดยทั่วไป ซึ่งกลุ่มที่บวมมีดัชนีระดับความยาก 5-6-7 และ

เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดประมาณ 10-13 นาที

อาการบวมของใบหน้ายังขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ถ้าผ่าตัดในวัยหนุ่มสาว (อายุระหว่าง 16-25 ปี)²⁵ การหายของแผลจะเป็นไปได้เร็วกว่าช่วงอายุมากขึ้น ลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนและสามารถเอาฟันคุดออกได้ง่าย ตำแหน่งความลึกของฟันคุดและเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดก็มีผลต่อการหายของแผล ฟันคุดที่อยู่ในตำแหน่งลึก ความยากในการผ่าตัดก็มีมาก เวลาที่ใช้ก็เพิ่มมากขึ้น เนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดถูกทำให้บาดเจ็บนาน ย่อมเกิดการบวมน้ำได้มากขึ้น^{17,26} ได้มีข้อเสนอแนะวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในการลดบวมตั้งแต่เทคนิคการผ่าตัด การใช้ความร้อนช่วยประคบแผลผ่าตัด หรือการใช้ยาเพื่อลดอาการบวม เช่น indomethacin ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ¹⁴ แต่ยานี้ก็มีผลข้างเคียง คือปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มึนงง Shutee⁹ พบว่าไฮยาลูโรนิเดส (hyaluronidase) สามารถลดอาการบวม และอักเสบได้จำกัดของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดฟันคุดได้ดี สุรัชย์ ชัยวัฒน์ และคณะ²⁷ พบว่า เซอร์ราทิโอเปปติเดส (serratiopeptidase) สามารถลดอาการบวมลงได้ แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยานี้

การลดบวมภายหลังการผ่าตัดไม่สามารถหวังผลจากยาได้อย่างเดียว ต้องมีส่วนประกอบอื่นด้วย เช่น การวางแผนการรักษา เทคนิคการผ่าตัด ห้ามเลือด ความนุ่มนวลในการรักษา การให้คำแนะนำหลังผ่าตัด ตลอดจนสภาพของผู้ป่วยและการดูแลความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด

การอักเสบได้จำกัด ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ Christos Martis และคณะ²⁰ รายงานว่า การอักเสบได้จำกัดเกิดจากการผ่าตัดทำให้เกิดความชอกช้ำต่อเนื้อเยื่อข้างเคียง ส่วน Curran และคณะ¹⁷ แนะนำว่าการอักเสบได้จำกัดและการบวมจะเพิ่มมากขึ้นในฟันคุดที่ผ่าตัดยาก ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่อักเสบได้จำกัด พบในฟันคุดที่มีดัชนีระดับความยาก 6 และ 7 ซึ่งสนับสนุนรายงานของ Christos และคณะ กับ Curran และคณะ

เมื่อนัดผู้ป่วยมาติดตามผลหลังผ่าตัดฟันคุด 7 วัน ปรากฏว่าอาการต่าง ๆ หายเป็นปกติ มีเพียงกลุ่มละ 1 ราย ที่ยังอักเสบได้จำกัด ซึ่งเมื่อเพิ่มยาเดิมให้อีก 5 วัน ร่วมกับบริหารขากรรไกร ปรากฏว่าอาการต่าง ๆ หายเป็นปกติใน 10-12 วัน ซึ่งเหมือนรายงานของ Christos Martis และคณะ²⁰ กับ Badri Azaz และคณะ¹⁵

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยอายุน้อย ผลหายได้เร็ว ในเวลา 5-12 วัน ไม่มีผลแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเกิดขึ้น เพราะใช้เทคนิคการผ่าตัดที่ถูกต้องตามหลักศัลยกรรม^{16,20} โดยให้ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพสูงเพียงพอครอบคลุม ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ทำให้ไม่มีการแพร่กระจาย และติดเชื้อหลังผ่าตัด การผ่าตัดทำแบบ atraumatic technique คือ ซอกเข้าต่อนเนื้อเยื่อข้างเคียงน้อยที่สุด ให้ยาแก้ปวด dose แรกเป็นสองเท่าของปกติ ไม่ได้เย็บแผลเพื่อเป็นการระบายหนองพร้อมทั้งเน้นการวางผ้า gauze ให้ผู้ป่วยกัด ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ซึ่งในรายงานนี้ไม่พบภาวะเลือดออกไม่หยุดภายหลังผ่าตัดเลย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการผ่าตัดฟันคุดของ ฟันกรามล่างซี่ที่สามที่ไม่ติดเชื่อมร่วมด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 115 คน มาติดตามผล 24 ชั่วโมง 76 คน ซึ่งดัชนีระดับความยากของกลุ่มติดเชื่อมถอนเลย และกลุ่มไม่ติดเชื่อ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) และเมื่อติดตามผลหลังผ่าตัดฟันคุด 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มติดเชื่อมถอนเลยและกลุ่มไม่ติดเชื่อมมีอาการปวด บวม และการอักเสบได้จำกัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นการสนับสนุนอีกเหตุผลหนึ่งว่า การผ่าตัดฟันคุดของ ฟันกรามล่างซี่ที่สามในขณะที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลัน สามารถทำได้ เพราะเป็นการลดความเจ็บปวดและความไม่สบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยลงได้มาก ผู้ป่วยไม่เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยลง

มีรายงานหลายรายงานที่สนับสนุนการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สามขณะที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลัน

ได้^{16-20,22,23}

สรุป

การผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม ในขณะที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลันเป็นวิธีที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย และผลไม่แตกต่างกับการผ่าตัดขณะที่ไม่มีการอักเสบด้วยเหตุผลและรายงานต่าง ๆ ที่สนับสนุนดังกล่าวมาแล้ว ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับทันตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านนี้ มีการ sterile ที่ได้มาตรฐาน ใช้เทคนิคการผ่าตัดที่นุ่มนวล ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัด ตลอดจนต้องติดตามผลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลแทรกซ้อนข้างเคียงที่รุนแรงได้

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแนวทางเลือกอีกทางหนึ่ง ให้กับทันตแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้เลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป และมีความมั่นใจที่จะกำจัดต้นเหตุความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้อย่างทันอกทันใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Mead SV. Oral Surgery. 4th ed. St. Louis : CV Mosby, 1954 : 507-10.
2. Kramer RM, Williams AC. The incidence of impacted teeth. J Oral Surg 1970 ; 29 : 237-41.
3. Dachi SF, Howell FV. Survey of 3,874 routine full mouth radiographs II ; a study of impacted teeth. J Oral Surg 1961 ; 14 : 1165-9.
4. Goldberg MH, Newarich AN, Marco WP. The impacted third molar : referral patterns, patient Compliance, and surgical requirement. J Am Dent Assoc 1983 ; 107 : 439-41.
5. Hinds EC, Frey KF. Hazards of retained third molars in older persons : report of 15 cases. J Am Dent Assoc 1980 ; 101 : 246-8.
6. Laskin DM. Evaluation of the third molar problem. J Am Dent Assoc 1971; 82 : 824-6.
7. Howe GL. Minor oral surgery. 2nd ed. Bristol : John

- Wright & Sons, 1971.
8. Shutee TS. Hyaluronidase in relief of postoperative trismus, swelling and pain. *Oral surg Oral med Oral pathol* 1962 ; 15 : 114-20.
 9. เพลินศรี หทัยช. Impacted and embeded teeth Postoperative complication. ใน : ไพศาล กังวลกิจ, สุทัศน์ รักรประสิทธิ์กุล, บรรณานิการ. รายงานประชุมใหญ่ประจำปีชมรมศัลยศาสตร์ช่องปากแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2520 : 135-6.
 10. Nichols RL. Manual of Surgical Therapeutics. In : London RE, Nyhus LM, eds. *Surgical infection*. 4th Asianed. Tokyo : Igaku Shoin, 14, 291-2.
 11. Moyer CA. Nonoperative Surgical Care. In : Rhoads JH, Harkins JG, Mayer CA, eds. *Surgery Principles and Practice*. 4th ed. Toronto : JB Lippincott. 1970 : 307.
 12. Hooley JR. Complications in Oral surgery. In : Hayward CC Jr, ed. *Oral Surgery*. Springfield Illinois : Thomas, 1976 : 92.
 13. Woodbury DM, Fingl E. Analgesic-Antipyretic, Anti-inflammatory agents, and Drugs employed in the therapy of Gout. In : Goodman LS, Gilman A, eds. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 5th ed. New York : Macmillan, 1975 ; 325-8 : 343-7.
 14. Amin MM, Laskin DM. Prophylactic use of indomethacin for prevention of postsurgical complications after removal of impacted third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983 ; 55 : 448-51.
 15. Azaz B, Shteyer A, Piamenta M. Radiograph and clinical manifestation of the impacted mandibular third molar. *Int J Oral Surg* 1976 ; 5 : 153-60.
 16. Rud J. Removal of impacted lower third molar with acute pericoronitis and necrotizing gingivitis. *Br J Oral Surg* 1970 ; 7 : 153-60.
 17. Curran JB, Kennett S, Young AR. An assessment of the use of prophylactic antibiotics in third molar surgery. *Int J Oral Surg* 1974 ; 3 : 1-6.
 18. Martis CS, Karakasis D. Extractions in the presence of acute infections. *J Dent Res* 1975 ; 54 : 59-61.
 19. วัชรวิทย์ เปรมานัน. การถอนฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามขณะที่มีอาการเหงือกอักเสบเฉียบพลัน. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2538 ; 18(3) 151-7.
 20. Martis CS, karabouta I, Lozaridis N. Extractions of impacted mandibular wisdom teeth in the presence of acute infection. *Int J Oral Surg* 1978 ; 7 : 541-8.
 21. ชัยวัฒน์ ปิ่นน้อย, และคณะ. การเปรียบเทียบผลของยาไอบูโพรเฟน กับยาพาราเซตามอล เกี่ยวกับอาการปวด บวม และอักเสบได้จำกัด ภายหลังการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2538 ; 18(1) : 33-42.
 22. Krogh GO. Extractions of teeth in presence of acute infection. *J Oral Maxillofac Surg* 1951 ; 9 : 136-51.
 23. Feldman MH. *Exodontia*. Philadelphia : Lea and Febiger, 1951.
 24. Thoma KH. *Oral Pathology*. St Louis : CV Mosby 1944.
 25. Osborn. TP. Frederickson GJ, Small JA. Torgerson TS. A Prospective Study of Complications related to mandibular third molar surgery. *J Oral maxillofac*. 1985 ; 3 : 767-69.
 26. สุรินทร์ ตั้งสุภูมิ. การศึกษาเปรียบเทียบวิธีการปิดแผลเหงือกหลังผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม. *วารสารทันตแพทยศาสตร์* 2537 ; 44(2) 69-76.
 27. สุชัย ชัยวัฒน์, และคณะ. ผลของเซอร์ราทิโอเปปติเดสในการลดอาการบวมที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดฟันคุดของฟันกรามซี่ที่สาม. *วารสารทันตแพทยศาสตร์มิดิล* 2534 ; 11(2).