

การผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม ภายใต้ยาชาเฉพาะที่

รณนา ไวยวาจิ
โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : การผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม ถือเป็นหนึ่งในหัตถการที่ทำบ่อย ในการผ่าตัดกระดูกบริเวณขากรรไกรและใบหน้า ซึ่งหากไม่ทำการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสปวดเนื่องมาจากภาวะผาเืองอักเสบ โรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบของฟันที่อยู่ติดกับฟันคุด นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงทำให้เกิดถุงน้ำหรือเนื้องอกได้ แต่การผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สามเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อายุน้อยและมีฟันคุดอยู่ในตำแหน่งลึก เนื่องจากมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการผ่าตัดฟันคุดในผู้ป่วยอายุน้อยและมีฟันคุดในตำแหน่งที่ไม่ลึก อาจทำให้เกิดข้อร้องเรียนได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติหลังการรักษาและคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย

รูปแบบการศึกษา : ศึกษาแบบพรรณนา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี มีอาการปวดฟันคุดบริเวณฟันกรามล่างขวาซี่ที่สาม (ฟันซี่ 48) จากการตรวจในช่องปาก ไม่พบฟันคุดในช่องปาก ภาพรังสี พบฟันคุดแนวนอน มีกระดูกปกคลุมเกือบทั้งซี่ ฟัน และอยู่ติดกับคลองขากรรไกรล่าง นอกจากนี้ยังพบพยาธิสภาพเป็นเงาดำรอบๆ ส่วนครอบฟันคุด หลังการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวดและบวม อ้าปากได้น้อยลง และมีอาการขาบริเวณเหงือกที่ติดเชื้อ นัดติดตามการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาใดๆ

สรุป : การผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม ทันตแพทย์ควรประเมินข้อมูลของผู้ป่วย ลักษณะและตำแหน่งของฟันคุดอย่างละเอียด ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจภาพถ่ายรังสี เพื่อวางแผนการรักษาและควรให้ข้อมูลสำคัญแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนควรมีการติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ เพื่อลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : ฟันคุด, ฟันกรามล่างซี่ที่สาม, การผ่าฟันคุด

บทนำ

ฟันคุดเป็นฟันที่มีเนื้อเยื่อหรือกระดูกปิดขวางอยู่ ทันตแพทย์จึงไม่สามารถถอนฟันได้ตามปกติ จำเป็นต้องมีการผ่าเปิดเหงือก กรอกระดูกและตัดแบ่งฟันออกเป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อนำฟันคุดออก โดยไม่ส่งผลหรือเป็นอันตรายต่อฟันซี่ข้างเคียง หรือส่วนอื่นๆที่อยู่บริเวณนั้น การผ่าตัดฟันคุดอาจใช้เวลานานกว่าการถอนฟันตามปกติ ขึ้นอยู่กับลักษณะและตำแหน่งของฟันคุด รวมถึงอายุของผู้ป่วย หากฟันคุดไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้มีกลิ่นปาก ฟันผุ เหงือกอักเสบ บวมแดง เป็นหนอง อาจเกิดการติดเชื้อ มีไข้ เจ็บคอ กลืนน้ำลายไม่ได้ อ้าปากได้น้อยลง และในบางรายอาจทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้

จากข้อมูล HDC ของจังหวัดสระแก้ว พบว่า การผ่าตัดฟันคุดในโรงพยาบาลวังน้ำเย็นปี 2561-2566 พบจำนวน 362 ซี่, 305 ซี่, 306 ซี่, 158 ซี่, 247 ซี่ และ 245 ซี่ ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้เกี่ยวกับประเภทของฟันคุด พยาธิสภาพที่เกิดจากฟันคุด ขั้นตอนการผ่าตัดฟันคุดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดฟันคุด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่าง ซี่ที่สาม มีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาและกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สามที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน
2. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา การตรวจนอกช่องปาก การตรวจในช่องปาก และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
4. ปรีกษาทันตแพทย์ที่มีความชำนาญในการด้านศัลยกรรมช่องปาก
5. การให้การรักษามาตรการตามหลักวิชาชีพและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง
6. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

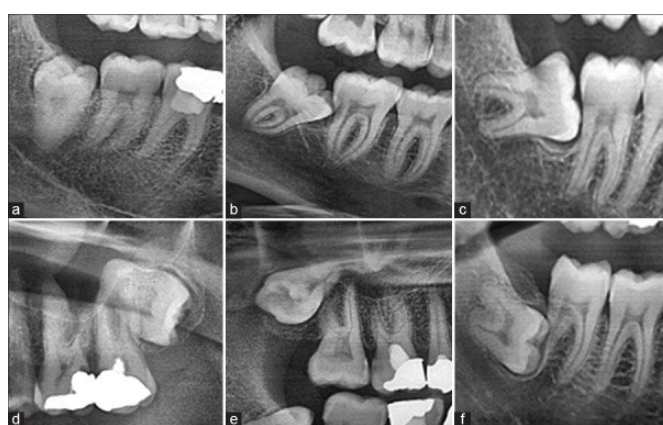
ความชุกและการจำแนกประเภทของฟันคุด

ฟันคุด (Impacted tooth) เป็นพยาธิสภาพหนึ่งในช่องปากที่ฟันไม่ขึ้นหรือขึ้นเพียงบางส่วนในช่องปากเมื่อเทียบกับฟันซี่อื่นๆ ทำให้ฟันไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ โดยพบว่า ความชุกของฟันกรามซี่ที่สามคุดพบมากที่สุด (ร้อยละ 34.71) พบในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง โดยมีสัดส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิง 0.83 : 1 อายุที่พบฟันคุดได้บ่อย คือ มีอายุระหว่าง 17-21 ปี เมื่ออายุที่เพิ่มขึ้นจะมีจำนวนฟันคุดลดลง⁽¹⁾ และความชุกของฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดพบบ่อยกว่าฟันกรามบนซี่ที่สามคุด โดยมีร้อยละ 58.5 และ ร้อยละ 41.5

ตามลำดับ สาเหตุของฟันคุดอาจเกิดจากกระดูกขากรรไกรมีการเจริญเติบโตไม่เพียงพอ ความหนาของเยื่อเมือกเหนือฟันที่กำลังเติบโต ฟันมีขนาดใหญ่ (macrodontia) การค้ำของฟันน้ำนม การมีถุงน้ำหรือเนื้องอก ขบวนการขึ้นของฟันหรือการมีโรคทางระบบ เช่น ดาวน์ซินโดรม⁽²⁾

การจำแนกประเภทของฟันคุด

1. การจำแนกฟันคุดของ Winter's categorization⁽³⁾ ตามการเอียงทำมุมของฟันกรามซี่ที่สามคุดกับแกนยาวของฟันกรามซี่ที่สอง ได้แก่ ฟันคุดแนวยืน (Vertical impaction) ฟันคุดเอียงด้านใกล้กลาง (Mesioangular impaction) ฟันคุดแนวนอน (Horizontal impaction) ฟันคุดเอียงด้านไกลกลาง (Distoangular impaction) ฟันคุดเอียงด้านแก้มหรือด้านลิ้น (Bucco/lingual impaction) และฟันคุดเอียงกลับหัวลง (Inverted impaction) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการจำแนกฟันคุดของ Winter's categorization ตามการเอียงทำมุมของฟันกรามซี่ที่สามคุดกับแกนยาวของฟันกรามซี่ที่สอง (a) Vertical, (b) Mesio angular, (c) Horizontal, (d) Distoangular, (e) Bucco/lingual, (f) The inverted

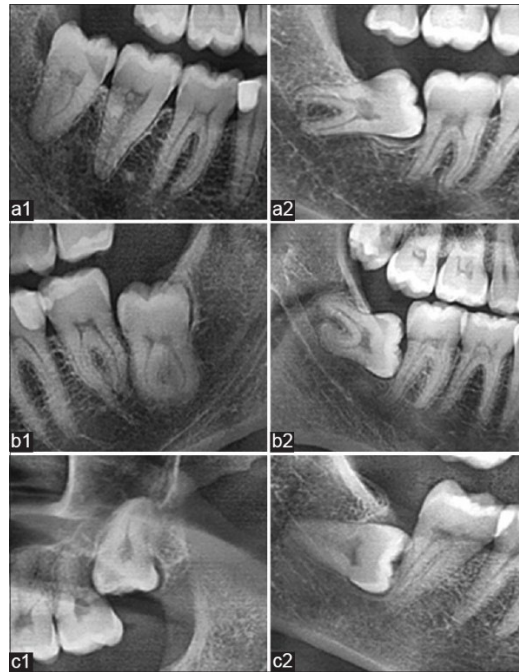
2. การจำแนกฟันคุดของ Pell and Gregory categorization⁽⁴⁾

2.1 แบ่งตามระดับความลึกของฟันคุดเมื่อเทียบกับฟันกรามซี่ที่สอง ได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

Position A : ระนาบด้านบดเคี้ยวหรือสัดส่วนของฟันคุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับเดียวกับระนาบด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่สอง

Position B : ระนาบด้านบดเคี้ยวหรือสัดส่วนของฟันคุดส่วนใหญ่อยู่ระหว่างส่วนคอฟันกับระนาบด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่สอง

Position C : ระนาบด้านบดเคี้ยวหรือสัดส่วนของฟันคุดส่วนใหญ่ อยู่ใต้ของส่วนคอฟันของฟันกรามซี่ที่สอง (ภาพที่ 2)



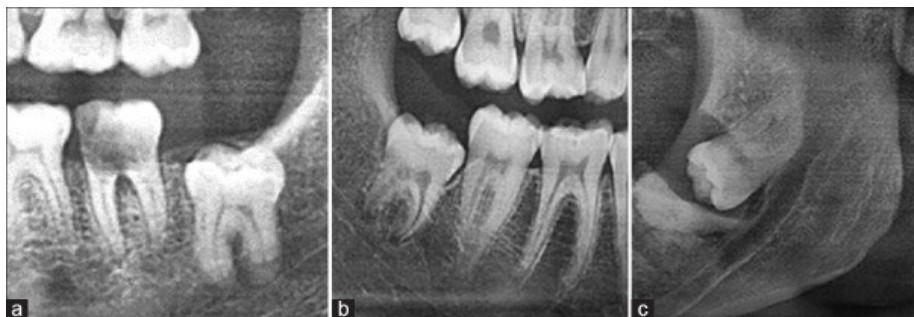
ภาพที่ 2 แสดงการจำแนกฟันคุดของ Pell and Gregory categorization ตามระดับความลึกของฟันคุด ตามฟันกรามล่างซี่ที่สอง (a1และa2) : Position A, (b1 และb2) : Position B, (c1 และc2) : Position C

2.2 แบ่งตามความสัมพันธ์ของฟันคุดกับกระดูกามัสและฟันกรามซี่ที่สอง จากมากไปน้อย ได้แก่

Class I : มีช่องว่างส่วนด้านหน้าของกระดูกามัสและด้านท้ายของฟันกรามซี่ที่สอง มากกว่าขนาดความกว้างของตัวฟันของฟันกรามซี่ที่สาม

Class II : ขนาดของฟันกรามซี่ที่สามใหญ่กว่าส่วนว่างด้านหน้าของกระดูกามัส และส่วนหลังสุดของฟันกรามซี่ที่สอง

Class III : ส่วนตัวฟันกรามซี่ที่สาม ส่วนใหญ่หรือทั้งหมดอยู่ภายในกระดูกามัส (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงการจำแนกฟันคุดของ Pell and Gregory categorization ตามความสัมพันธ์ของฟันคุด กับกระดูกามัสและฟันกรามซี่ที่สองจากมากไปน้อย (a) : Class I, (b) : Class II, (c) : Class III

3. จำแนกตามสิ่งที่ปกคลุมฟันคุด ซึ่งแบ่งได้เป็นฟันคุดที่มีเนื้อเยื่ออ่อนปกคลุม (Soft tissue impaction) ฟันคุดที่มีกระดูกปกคลุมบางส่วน (Partial bony impaction) และฟันคุดที่มีกระดูกปกคลุมทั้งหมด (Fully bony impaction) ซึ่งฟันคุดแบบ Fully bony impaction การผ่าตัดฟันคุดยากที่สุด⁽⁵⁾

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดจากฟันคุด ฟันคุดเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหรือพยาธิสภาพในช่องปากได้ โดยพบว่า ร้อยละ 63.7 ของฟันคุดทั้งหมด ซึ่งฟันคุดมีความสัมพันธ์กับโรคหรือพยาธิสภาพในช่องปาก ได้แก่

1. ภาวะผาเหืองอักเสบ (Pericoronitis) เป็นการอักเสบของเหงือกที่ปกคลุมฟันที่ยังขึ้นไม่เต็มที่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถแปรงทำความสะอาดเหงือกและฟันได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งพบว่า ปัญหาจากภาวะผาเหืองอักเสบเป็นสาเหตุหลักของคนไข้ที่ต้องการมาผ่าตัดฟันคุดมากที่สุด ร้อยละ 82.41 ฟันคุดแนวยืนมีโอกาสดังกล่าวผาเหืองอักเสบมากกว่าฟันคุดแบบอื่น และฟันคุดที่มี Position A จะมีโอกาสดังกล่าวผาเหืองอักเสบมากกว่าเมื่อเทียบกับฟันคุด Position B ดังนั้น แนะนำให้ถอนฟันคุดที่อยู่ใน Position A เพื่อป้องกันการเกิดภาวะผาเหืองอักเสบ^(6,7)

2. โรคฟันผุด้านไกลกลางของฟันกรามซี่ที่สอง สามารถพบได้ ร้อยละ 18 ทั้งนี้เนื่องจากฟันคุดที่โผล่ฟันเหงือกบางส่วน ทำให้การทำความสะอาด เศษอาหารติดระหว่างซอกฟันที่ขึ้นแล้วกับตัวฟันคุดส่งผลให้เกิดฟันผุได้⁶ การเกิดโรคฟันผุบริเวณด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซี่ที่สอง มักพบในฟันที่อยู่ติดกับฟันคุดเอียงใกล้กลางและอยู่ใน Position B และเป็น Class II impaction พบร้อยละ 47.37, ร้อยละ 45.48 และร้อยละ 74.05 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างของการเกิดโรคฟันผุด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซี่ที่สองระหว่างฟันคุดด้านขวาและด้านซ้าย มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ดังนั้นควรมีการถอนฟันคุดเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในฟันคุดที่ไม่ได้อยู่ในกระดูกทั้งหมด⁽⁸⁾

3. โรคปริทันต์อักเสบบริเวณไกลกลางของฟันกรามซี่ที่สอง สามารถพบได้ ร้อยละ 14.81 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ที่มีอาการปวดฟันคุดนั้นมีความสัมพันธ์กับการมีโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบบริเวณด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซี่ที่สอง นอกจากนี้ยังพบว่า ฟันคุดเอียงใกล้กลางและฟันคุดที่อยู่ใน Position A ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบบริเวณด้านไกลกลางของฟันกรามซี่ที่สองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากฟันคุดที่อยู่ในตำแหน่งสูงจะอยู่ใกล้กับสภาพแวดล้อมในช่องปากมากกว่าฟันที่คุดอยู่ในตำแหน่งลึกและยังเป็นแหล่งสะสมอาหารระหว่างซอกฟัน ทำให้การทำความสะอาดด้วยแปรงหรือไหมขัดฟันเข้าไปทำความสะอาดได้ยาก ทำให้เป็นที่สะสมของแบคทีเรีย⁽⁶⁾

4. การละลายของรากฟันของฟันกรามล่างซี่ที่สอง มีการศึกษาพบว่า การเกิดโรคปริทันต์อักเสบบริเวณด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซี่ที่สองที่เกิดจากฟันคุด ส่งผลให้เกิดการละลายของรากฟันกรามล่างซี่ที่สองเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ และในบางการศึกษา พบว่า การเอียงของฟันกรามล่างซี่ที่สามมีความสัมพันธ์กับการละลายของรากฟันของฟันกรามล่างซี่ที่สอง โดยความชันของการละลายของรากฟันกรามล่างซี่ที่สอง ที่อยู่ติดกับฟันกรามล่างซี่ที่สาม พบมากที่สุดใน ฟันคุดตามขวาง ฟันคุดแนวยืนและฟันคุดเอียงใกล้กลาง โดยพบ ร้อยละ 54.5, ร้อยละ 47.5 และร้อยละ 44.5 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾

5. ถุงน้ำหรือเนื้องอกที่มีความสัมพันธ์กับฟันคุด ซึ่งอุบัติการณ์ที่พบว่ามีถุงน้ำหรือเนื้องอกขนาดใหญ่บริเวณฟันคุด พบว่าในแต่ละการศึกษาค่อนข้างต่างกันไปมาก ตั้งแต่ร้อยละ 0.01-11 ในจำนวนรอยโรคทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกแล้ว⁽⁵⁾ โดยถุงน้ำที่มีสาเหตุมาจากฟันคุดที่พบได้บ่อย คือ ถุงน้ำชนิดเด็นติเจอรัส (Dentigerous cyst) ซึ่งสามารถพบมากในผู้ที่มาอายุ 45 ± 13 ปี ซึ่งส่วนใหญ่พบในฟันคุดที่อยู่ในตำแหน่ง Class III พบร้อยละ 64.6 Positon B พบร้อยละ 43.8 และฟันคุดแนวนอน พบร้อยละ 36.3⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังอาจพบถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากฟันชนิดอื่นได้ เช่น ถุงน้ำชนิดเคอราทินเหตุฟัน (Odontogenic keratocyst) หรือ อะเมโลบลาสโตมา (Ameloblastoma) ซึ่งพบได้น้อย⁽⁵⁾

6. พยาธิสภาพอื่นๆ เช่น การอักเสบเฉียบพลันแพร่กระจาย (Cellulitis) และกระดูกอักเสบ (Osteomyelitis) ซึ่งสามารถพบประมาณ ร้อยละ 5 นอกจากนี้ ยังพบปัญหาที่อาจจะเกิดจากฟันคุด เช่น ความผิดปกติของการบดเคี้ยว การกัดกระพุ้งแก้ม และการปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร แต่ก็ยังไม่หลักฐานที่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับฟันคุด⁽⁵⁾

ขั้นตอนในการผ่าฟันคุด

1. ซักประวัติ ตรวจร่างกายและวัดสัญญาณชีพ
2. ถ่ายภาพรังสีเพื่อประเมินความยากง่ายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. อธิบายขั้นตอนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยรับทราบ
4. การฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยให้ชาเฉพาะบริเวณที่เกี่ยวข้องกับบริเวณที่ทำการผ่าตัด คือ เส้นประสาทอินฟีเรีย อัลวิโอลา (Inferior alveolar nerve) ที่มาเลี้ยงบริเวณฟันล่าง เส้นประสาทบริเวณลิ้น (Lingual nerve) และเส้นประสาทที่มาเลี้ยงเหงือกบริเวณข้างแก้ม (Long buccal nerve)
5. การเปิดแผล รอยกรีดต้องอยู่บนกระดูกเสมอ เปิด Envelope flap จากนั้นกรีดมาตามซอกเหงือกถึงมุมฟันด้านแก้ม ไกลกลาง (Mesiobuccal line angle) ของฟันกรามซี่ที่หนึ่งหรือสอง ขึ้นกับความต้องการของการมองเห็น หลังจากนั้นให้ใช้เครื่องมือแยกเยื่อหุ้มกระดูก (Periosteal elevator) สอดเข้าไปใต้เยื่อหุ้มกระดูกเพื่อเปิดแผ่นเหงือกโดยเปิดให้เยื่อหุ้มกระดูกติดไปกับแผ่นเหงือก
6. กรอกระดูกที่ปกคลุมฟันคุดออกด้วย หัวกรอชนิดกลม (Round bur) ให้ฟันส่วนบนสุดของฟันทั้งด้านใกล้แก้ม (Buccal) และด้านไกลกลาง (Distal) เลี่ยงการกรอกระดูกไปทางด้านใกล้ลิ้น (Lingual) เมื่อกรอเสร็จแล้วให้ลองใช้เอเลเวเตอร์ (Elevator) จัดฟันออก แต่ถ้ายังติดส่วนของตัวฟัน ให้ทำการกรอแบ่งฟันต่อไป
7. ใช้หัวกรอฟันคุดชนิดรูปร่างยาว (Fissure bur) ตัดฟัน ออกเป็น 2 ชิ้นส่วน หรือมากกว่า โดยอาจแบ่งตามแนวยาวหรือแนวขวางก่อน ขึ้นกับลักษณะความลึกการเอียงตัวของฟันคุด และความชำนาญของทันตแพทย์ แล้วใช้เอเลเวเตอร์แยกฟันให้หลุดออกจากกันเป็นส่วนๆ แล้วค่อยๆ นำชิ้นส่วนฟันออกจากเบ้าฟัน
8. หลังนำฟันออกเรียบร้อยแล้วต้องกำจัดส่วนของถุงหุ้มฟัน (Dental sac) หรือ เนื้อเยื่อแกรนูเลชัน และตรวจจุดเลือดออก และส่วนแหลมของกระดูกเบ้าฟัน และล้างแผลด้วยน้ำเกลือ และเย็บแผล
9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับดูแลแผลหลังการผ่าตัดฟันคุดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

10.ให้ยาระงับอาการปวดแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะยาในกลุ่ม NSAIDs ที่ช่วยบรรเทาอาการปวดและมีฤทธิ์ลดการอักเสบ อาจพิจารณาจ่ายร่วมกับยาพาราเซตามอล สำหรับการจ่ายยาปฏิชีวนะ ควรพิจารณาสถานะของผู้ป่วย การอักเสบบริเวณที่ผ่าตัด ความยากของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทั้งนี้การจ่ายยาต้องคำนึงถึงโรคทางระบบของผู้ป่วยร่วมด้วย⁽¹²⁾

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดฟันคุด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดฟันคุด ขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ ตำแหน่งฟัน อายุของผู้ป่วย สุขภาวะในช่องปาก ความรู้และประสบการณ์ของทันตแพทย์ผู้ผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นสามารถเกิดได้ระหว่างการรักษา (Intraoperative complication) และหลังการรักษา (Postoperative complication) ซึ่งพบได้ ร้อยละ 3.7 และร้อยละ 8.3 ตามลำดับ สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ รากหัก มีเลือดออก การบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน และความเสียหายของฟันที่อยู่ติดกัน พบได้ ร้อยละ 1.1, ร้อยละ 0.7, ร้อยละ 0.5 และร้อยละ 0.2 ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังการรักษา ได้แก่ การบาดเจ็บของเส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerve injuries) อาการปวด บวมและการอ้าปากไม่ขึ้น (Swelling/pain/trismus) และภาวะเป่าฟันอักเสบ (Dry socket) พบร้อยละ 7.2 ร้อยละ 0.6 และร้อยละ 0.5 ตามลำดับ⁽¹³⁾

การผ่าตัดฟันคุดในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 25 ปี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าในผู้ป่วยที่อายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากความหนาแน่นของกระดูกทำให้การกรอกระดูกต้องใช้เวลานานขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น อีกทั้งการฟื้นตัวจากภาวะแทรกซ้อนก็ใช้เวลานานกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดฟันคุดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ พบว่าการผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซึ่งที่สามยังมีตำแหน่งต่ำมากเท่าใด การผ่าตัดหรือถอนฟันย่อมทำได้ยากมากขึ้นจึงมีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ดังนั้นก่อนทำการผ่าตัด ควรมีการวางแผนการรักษา และการให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องในอนาคต¹⁴⁻¹⁵

อาการชาภายหลังการผ่าตัดฟันคุด สัมพันธ์กับตำแหน่งของฟันคุดที่อยู่ติดกับคลองขากรรไกรล่าง (Mandibular canal) ยิ่งตำแหน่งของฟันคุดอยู่ใกล้กับตำแหน่งของคลองขากรรไกรล่างมากเท่าไร จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อเส้นประสาทมากขึ้น การผ่าตัดฟันคุดที่เอียงในทิศทางต่างๆ มีผลต่อการเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรีย อัลวิโอลาต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากเส้นประสาทรับความรู้สึกดังกล่าว ได้รับแรงบีบอัดทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการกรอกระดูก แคระรากหรือจากการฉีดยาชา ดังนั้นทันตแพทย์ควรสังเกตและติดตามผลอาการชาหลังการผ่าตัด โดยฟันคุดแนวนอนจะพบได้บ่อยสุด (ร้อยละ 4.7) ส่วนฟันคุดแนวขึ้นพบน้อยสุด (ร้อยละ 0.9) และการบาดเจ็บของเส้นประสาทรับความรู้สึกมักเกิดในฟันคุดที่ฝังอยู่ในกระดูกทั้งหมดหรือฟันคุดที่มีส่วนของรากฟันยื่นเข้าไปในตำแหน่งของเส้นเลือดเส้นประสาทอินฟีเรีย อัลวิโอลาและเส้นประสาทด้านล่าง ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการชาหลังการผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซึ่งที่สาม ส่วนใหญ่ร้อยละ 96 สามารถหายกลับคืนเป็นปกติได้ ภายใน 4-8 สัปดาห์ ในขณะที่บางรายอาจใช้เวลานานถึง 2 ปี หากอาการชาไม่หายภายใน 2 เดือนมีแนวโน้มที่จะมีอาการชาแบบถาวรได้ ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 30 ปี อาการชาจะใช้

เวลาในการหายช่วง 1-17 เดือน ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 29 ปี พบว่า อาการจะหายเองภายใน 3-4 เดือน^(5,16,17)

ผลการศึกษา

รายงานผู้ป่วย (Case report)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี (HN.105942) สถานภาพสมรส อาชีพรับราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ด้วยอาการปวดฟันกรามล่างขวา

อาการสำคัญ ปวดฟันกรามล่างขวา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ปวดฟันกรามล่างขวามาประมาณ 3 วัน ปวดมากจนนอนไม่ได้ ทานยาพาราเซตามอลแล้วไม่ดีขึ้น

ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติแพ้ยาไอบูโพรเฟน (มีเกิดอาการผื่นคันตามลำตัว และเกิดอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่ออก) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติด

ประวัติทางทันตกรรม เคยได้รับการอุดฟัน ซุดหินน้ำลาย ยังไม่เคยผ่าตัดฟันคุด ไม่มีประวัติเลือดไม่หยุดไหล

ตรวจสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 122/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 75 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ตรวจภายนอกช่องปาก ผู้ป่วยมีลักษณะโครงหน้าปกติ ใบหน้าสมมาตร ไม่พบความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร อ้าปากได้ปกติ (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 แสดงการตรวจภายนอกช่องปาก

ตรวจภายในช่องปาก ฟันกรามล่างขาขึ้นซี่ที่สาม (ฟันซี่ 48) ยังไม่ขึ้นในช่องปาก เหงือกบริเวณด้านไกลกลางฟันกรามล่างขาขึ้นซี่ที่สอง (ซี่ 47) มีอาการบวมแดง กดเจ็บ (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 แสดงการตรวจภายในช่องปากก่อนการรักษา

การตรวจด้วยเทคนิคอื่นๆ

ภาพถ่ายรังสี จากภาพถ่ายรังสีพบฟันคุดซี่ 48 เป็นฟันคุดแนวนอน ส่วนตัวฟันกรามซี่ที่สาม ส่วนใหญ่อยู่ภายในกระดูกขากรรไกร (Pell and Gregory classification III) ระบายด้านบดเคี้ยวหรือสัดส่วนของฟันคุดส่วนใหญ่อยู่ใต้ของส่วนคอฟันของฟันกรามซี่ที่สอง (Position C) รากฟันสร้างสมบูรณ์และอยู่ติดกับเส้นประสาทอินฟีเรีย อัลวิโอลา และพบเงาดำบริเวณด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซี่ที่สองและล้อมรอบส่วนของครอบฟันคุด (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 แสดงภาพถ่ายรังสีแสดงฟันคุด ซี่ 48

การตรวจความมีชีวิตของฟัน (EPT test) ตรวจความมีชีวิตของฟันกรามล่างขาขึ้นซี่ที่สอง (ฟันซี่ 47) พบว่า ตอบสนอง แสดงฟันยังมีชีวิตอยู่

การวินิจฉัยแยกโรค

1. ฟันซี่ 48 Horizontal class III position C impaction ร่วมกับการเกิดถุงน้ำชนิดเด็นติเจอร์ซิส (Dentigerous cyst)

2. ฟันซี่ 48 Horizontal class III position C impaction ร่วมกับการเกิดถุงน้ำชนิดเคอราทิน
เหตุฟัน (Odontogenic keratocyst)

การวางแผนการรักษา การผ่าตัดนำฟันคุดออก (Surgical removal) และควักถุงน้ำออกทั้งหมด
(Enucleation) ภายใต้ยาชาเฉพาะที่

ขั้นตอนการรักษา

Visit ที่ 1 : ซักประวัติทางการแพทย์และทางทันตกรรม วัดสัญญาณชีพ ตรวจทางคลินิกทั้งภายในและภายนอกช่องปาก และถ่ายภาพรังสี และจ่ายยาพาราเซตามอล (Paracetamol) 500 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด และยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) 500 มิลลิกรัม จำนวน 15 เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เที่ยง เย็น วางแผนการรักษาและนัดรักษา

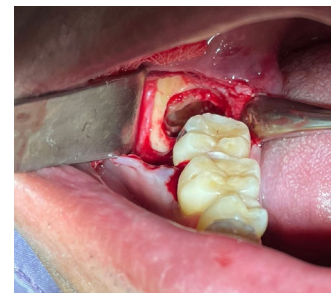
Visit ที่ 2 : ให้แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดฟันคุดแก่ผู้ป่วยและความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัดฟันคุด ทำการฉีดยาสกัดเส้นประสาทรับความรู้สึก (Inferior alveolar nerve, Lingual nerve และ Long buccal nerve) ด้วยยาชา 2% lidocaine with epinephrine เปิดแผลให้เยื่อหุ้มกระดูก ติดไปกับแผ่นเหงือกขึ้นมาตามซอกเหงือกถึงด้านใกล้กลางของฟันกรามใหญ่ซี่ที่หนึ่ง (Envelope flap) (ภาพที่ 7) กรอกระดูกด้านแก้ม (Buccal bone) ที่ปกคลุมส่วนตัวฟัน และกรอแบ่งฟันส่วนตัวฟันและส่วนรากฟัน (ภาพที่ 8) และกรอแบ่งส่วนตัวฟันออกก่อน (ภาพที่ 9) กรอแบ่งส่วนรากฟันและนำส่วนรากฟันคุดออกที่ละส่วนจนหมด (ภาพที่ 10) ขูดกำจัดเนื้อเยื่อข้างแผลด้วยน้ำเกลือ เย็บแผลแบบ Interrupted suture 3 เข็ม (ภาพที่ 11) ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ภาพที่ 12) จ่ายยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลลิน และยาบรรเทาอาการปวด (Amoxicillin, Paracetamol) นัดตัดไหมหลังทำหัตถการ 7 วัน



ภาพที่ 7 แสดงภาพการเปิดแผ่นเหงือก



ภาพที่ 8 แสดงการกรอแบ่งระหว่างตัวและส่วนรากฟัน



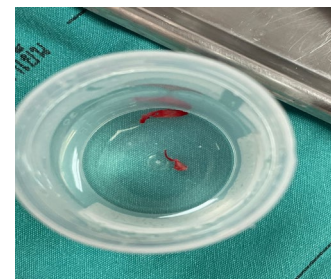
ภาพที่ 9 แสดงชิ้นส่วนของฟันและเนื้อเยื่อที่ติดอยู่ที่ตัวฟัน



ภาพที่ 10 แสดงภาพเอาส่วนของตัวฟันคุดออก



ภาพที่ 11 แสดงภาพการเย็บหลังผ่าตัดฟันคุด



ภาพที่ 12 แสดงภาพการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ

Visit ที่ 3 : ติดตามอาการหลังจากผ่าตัดฟันคุด 1 วัน ทางไลน์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดบวม อ้าปากได้น้อยลง มีแผลบริเวณริมฝีปากด้านที่ผ่าตัดฟันคุด และมีอาการชาบริเวณเหงือกที่ฉีดยาชา (ภาพที่ 13) ให้คำแนะนำเรื่องการการประคบเย็นในวันแรกและหลังจากนั้นให้ประคบร้อน และการฝึกอ้าปาก

Visit ที่ 4 : ติดตามอาการหลังจากผ่าตัดฟันคุด 1 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมลดลง อ้าปากได้น้อย (25 มิลลิเมตร) แผลบริเวณมุมปากด้านที่ผ่าตัดฟันคุดเริ่มตกสะเก็ด ยังพบอาการชาบริเวณเหงือกที่ฉีดยาชาแต่อาการชาลดลงจากวันแรกที่ผ่าตัดฟันคุด (ภาพที่ 14) ตรวจในช่องปาก พบว่า แผลยังปิดไม่สนิท ไม่มีหนอง (ภาพที่ 15) ตัดไหม และแจ้งผลการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยว่าไม่พบเซลล์มะเร็ง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการทำความสะอาดในช่องปาก และการฝึกอ้าปาก



ภาพที่ 13 แสดงภาพติดตามอาการหลังรักษา 1 วัน

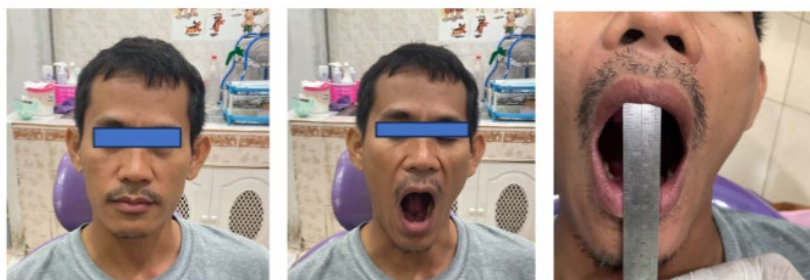


ภาพที่ 14 แสดงภาพนอกช่องปากติดตามหลังรักษา 1 สัปดาห์

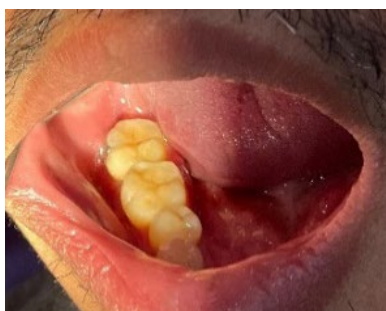


ภาพที่ 15 แสดงภาพในช่องปากติดตามหลังรักษา 1 สัปดาห์

Visit ที่ 5 : ติดตามอาการหลังจากผ่าตัดฟันคุด 4 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด สามารถอ้าปากได้ตามปกติ (45 มิลลิเมตร) และมีอาการชาเล็กน้อยบริเวณเหงือกที่ผ่าตัดฟันคุด อาการเกือบจะหายเป็นปกติ (ภาพที่ 16) การตรวจในช่องปาก พบแผลปิดสนิท (ภาพที่ 17)



ภาพที่ 16 แสดงภาพถ่ายการตรวจภายนอกช่องปาก หลังการรักษา 4 สัปดาห์



ภาพที่ 17 แสดงภาพถ่ายการตรวจภายในช่องปาก หลังการรักษา 4 สัปดาห์

Visit ที่ 6 : ติดตามอาการหลังจากผ่าตัดฟันคุด 6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด สามารถอ้าปากได้ตามปกติ อาการขาบริเวณเหงือกหายเป็นปกติ และได้ชุดหินปูนให้ผู้ป่วย

กระบวนการรักษาการผ่าตัดฟันคุดในผู้ป่วยรายนี้ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ visit ที่ 1 ได้ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และถ่ายภาพรังสีเพื่อวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษา ร่วมกับจ่ายยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะ นัดผู้ป่วยมาผ่าตัดฟันคุดใน visit ที่ 2 ซึ่งก่อนการรักษาได้ให้ความรู้เรื่องข้อปฏิบัติหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดประมาณ 1.5 ชั่วโมง และส่งตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ จ่ายยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะ ติดตามอาการหลังการรักษา 1 วันผ่านทางไลน์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมบริเวณแผลผ่าตัด อ้าปากได้น้อยลง พบแผลบริเวณมุมปากและมีอาการขาบริเวณเหงือกที่ฉีกขาด ให้คำแนะนำเรื่องการประคบเย็น และการฝึกอ้าปาก นัดผู้ป่วยมาตัดไหมหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ตรวจในช่องปากไม่พบการติดเชื้อ อาการปวดบวมลดลง แต่ยังมีอาการอ้าปากได้น้อยลงและมีอาการชาอยู่ นัดติดตามอาการหลังการรักษา 4 สัปดาห์ พบว่า แผลผ่าตัดหายปกติ ไม่พบอาการบวมหรือติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้ปกติ แต่ยังพบอาการชาอยู่บ้างเล็กน้อย นัดติดตามอาการหลังการรักษา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆจากการรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี มีอาการปวดบริเวณฟันกรามล่างขวา จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ร่วมกับการถ่ายภาพรังสี ให้การวินิจฉัยว่า ฟันซี่ 48 Horizontal class III position C impaction ส่วนรากฟันสร้างสมบูรณ์และอยู่ติดกับคลองขากรรไกรล่าง และพบพยาธิสภาพเป็นเงาดำขอบชัดเจน ล้อมรอบส่วน

ครอบฟันคุด ซึ่งจากการวิเคราะห์การผ่าฟันคุดในผู้ป่วยรายนี้ มีความยุ่งยากและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เนื่องจาก ผู้ป่วยมีอายุค่อนข้างมาก เป็นฟันคุดแนวนอนฝังอยู่ในกระดูกเกือบทั้งซี่และรากของฟันคุดอยู่ติดกับคลองขากรรไกรล่าง หลังการรักษา พบผู้ป่วยมีแผลบริเวณมุมปาก มีอาการปวดบวม อ้าปากได้น้อยลง และมีอาการชาบริเวณเหงือกที่ฉีดยา ติดตามการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ดังนั้นก่อนการผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่สาม ทันตแพทย์ควรประเมินข้อมูลของผู้ป่วย ลักษณะและตำแหน่งของฟันคุดอย่างละเอียด ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจภาพถ่ายรังสี เพื่อวางแผนการรักษาและควรให้ข้อมูลสำคัญแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนควรมีการติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ เพื่อลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับผลการตรวจของชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการเป็นการตรวจแบบเซลล์วิทยา (Cytology) ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นถุงน้ำชนิดใด บอกได้แค่ว่าชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจไม่ใช่เซลล์มะเร็ง หากต้องการทราบว่าเป็นถุงน้ำชนิดใดควรส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (Histopathology) และควรส่งชิ้นเนื้อตรวจที่คณะทันตแพทย์ของมหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Shaari RB, Nawi MAA, Khaleel AK, Alrifai AS. Prevalence and pattern of third molars impaction: A retrospective radiographic study. *J Adv Pharm Technol Res.* 2023 Jan-Mar;14(1):46–50.
2. Idris AM, Al-Mashraqi AA, Abidi NH, Vani NV, Elamin EI, Khubrani YH, et al. Third molar impaction in the Jazan Region: Evaluation of the prevalence and clinical presentation. *Saudi Dent J.* 2021;33:194–200.
3. Winter GB. Principles of Exodontias as Applied to the Impacted Third Molar. In: Peterson J, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR, editors. *St. Louis (MO): Mosby;* 1993. p. 225–60.
4. Pell GP, Gregory BT. Impacted mandibular third molars: Classification and modified techniques for removal. *Dent Dig.* 1933;39:330–8.
5. Santosh P. Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Ann Med Health Sci Res.* 2015;5(4):229–34.
6. Zhou-Xi Y, Qian WH, Wu YB, Chi Yang. Pathologies associated with the mandibular third molar impaction. *Sci Prog* 2021 Apr-Jun;104(2).
7. Galvão EL, da Silveira EM, de Oliveira ES, da Cruz TMM, Flecha OD, Falci SGM, et al. Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Oral Biol* 2019;107: 104486.
8. Alsaegh MA, Abushweme DA, Ahmed KO, Ahmed SO. The pattern of mandibular third molar impaction and its relationship with the development of distal caries in adjacent second molars among Emiratis: a retrospective study. *BMC Oral Health.* 2022;22:306.
9. Wang D, He X, Wang Y, Li Z, Zhu Y, Sun C, et al. External root resorption of the second molar associated with mesially and horizontally impacted mandibular third molar: evidence from cone beam computed tomography. *Clin Oral Investig* 2017;21:1335–42.
10. Yuecui Ma, Daogui Mu, Xiangxin Li. Risk factors for root resorption of second molars with impacted third molars: a meta-analysis of CBCT studies. *Acta Odontol Scand* 2023;81(1):18–28.
11. Terauchi M, Akiya S, Kumagai J, Ohyama Y, Yamaguchi SY. An Analysis of Dentigerous Cysts Developed around a Mandibular Third Molar by Panoramic Radiographs. *Dent J (Basel).* 2019;7(1):13.
12. Varghese G. Management of Impacted Third Molars. *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician* 2021 Feb;14:299–328.
13. Sayed N, Bakathir A, Pasha M, Al-Sudairy S. Complications of third molar extraction: A retrospective study from a tertiary healthcare centre in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2019;19(3):e230–e235.
14. Kiencało A, Jamka-Kasprzyk M, Pana M, Wyszyska-Pawełec G. Analysis of complications after the removal of 339 third molars. *Dent Med Probl* 2021;58(1):75–80.
15. Pogel MA. What is the effect of timing of removal on the incidence and severity of complications?. *J Oral Maxillofac Surg* 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S37–40. Epub 2012 Jun 16.
16. Dalewski B, Kamiska A, Trybek G, Fraczak B. Neuropathic pain after a third molar extraction. A case report [in Polish]. *Pomeranian J Life Sci* 2018;64(2):83–6.
17. Sarikov R, Juodzbalys G. Inferior Alveolar Nerve Injury after Mandibular Third Molar Extraction: a Literature Review. *J Oral Maxillofac Res* 2014;5(4):1–15.