

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อเพื่อรักษาภาวะเหงือกกร่น: รายงานผู้ป่วย Treatment of Gingival Recession with Connective Tissue Graft: A Case Report

วรรณฤดี ลิ้มศรีเจริญ*

Wanruedee Limsricharoen*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี

*Dental Department, Chaophraya Yomraj Hospital, Suphanburi

Corresponding author e-mail address: wanrue.dee1976@gmail.com

Received: April 27, 2021

Revised: August 19, 2021

Accepted: August 24, 2021

Abstract

Gingival recession is an apical displacement of gingival margin from cemento-enamel junction leading to an exposure of a root surface. Gingival recession results in an aesthetic problem and it may relate to tooth hypersensitivity. The subepithelial connective tissue graft is a technique to treat gingival recession and to achieve root coverage. The technique provides predictable outcome. However, the success of root coverage surgery depends on several factors. The aim of this study is to represent a case of connective tissue graft on tooth 31 which had loss of periodontal attachment. The result demonstrates partial root coverage on tooth 31. Patient had good periodontal health and satisfied with treatment outcome. Treatment plan, surgical technique selection and outcome discussion in this case provide the guideline for successful treatment.

Keywords: gingival recession, root coverage surgical technique, connective tissue graft*Buddhachinaraj Med J 2021;38(2):256-62.*

บทคัดย่อ

เหงือกกรันเป็นภาวะที่ขอบเหงือกเคลื่อนที่จากรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันมาทางปลายรากฟันทำให้ผิวรากฟันโผล่ ส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่สวยงามและอาจเกิดอาการเสียวฟัน การแก้ไขเหงือกกรันเพื่อปิดผิวรากฟันสามารถทำได้โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อซึ่งเป็นเทคนิคที่คาดหวังผลการรักษาได้ดี อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการผ่าตัดปิดผิวรากฟันขึ้นกับหลายปัจจัย รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อในผู้ป่วย 1 รายเพื่อปิดผิวรากฟันซี่ 31 ซึ่งสูญเสียอวัยวะปริทันต์ ผลการรักษาสามารถปิดผิวรากฟันซี่ 31 ได้บางส่วน ผู้ป่วยมีเหงือกสุขภาพดีและพึงพอใจต่อผลการรักษา ทั้งนี้ การวางแผนการรักษา การเลือกเทคนิคในการผ่าตัด และการวิจารณ์ผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเหงือกกรันให้ประสบความสำเร็จต่อไป

คำสำคัญ: เหงือกกรัน, เทคนิคการผ่าตัดปิดผิวรากฟัน, การปลูกถ่ายด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ

พุทธชินราชเวชสาร 2564;38(2):256-62.

บทนำ

เหงือกกรันเป็นภาวะที่ขอบเหงือกเคลื่อนที่จากรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันมาทางปลายรากฟันทำให้ผิวรากฟันโผล่ส่งผลให้เกิดความไม่สวยงามและอาจก่อให้เกิดอาการเสียวฟัน เหงือกกรันเฉพาะตำแหน่งทำให้ขอบเหงือกไม่สม่ำเสมอและทำความสะอาดเหงือกกรันมีสาเหตุหลักจากโรคปริทันต์¹ สาเหตุเสริมเฉพาะที่ได้แก่ ตำแหน่งฟัน² ความกว้างของเหงือกเคราตินไม่เพียงพอ³ เนื้อเยื่อริมฝีปากเกาะใกล้ขอบเหงือก⁴ การบาดเจ็บจากการแปรงฟัน⁵ การเคลื่อนฟันทางทันตกรรมจัดฟัน⁶ และขอบวัสดุบูรณะฟันไม่ดี⁷

การจำแนกลักษณะเหงือกกรันพิจารณาจากตำแหน่งขอบเหงือก เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน และกระดูกเบ้าฟัน แบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ **ลักษณะที่ 1** ขอบเหงือกกรันไม่ถึงรอยต่อเหงือกกับเยื่อเมือก **ลักษณะที่ 2** ขอบเหงือกกรันถึงรอยต่อเหงือกกับเยื่อเมือก โดยเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันและกระดูกเบ้าฟันมีสภาพปกติ **ลักษณะที่ 3** ขอบเหงือกกรันต่ำกว่ารอยต่อเหงือกกับเยื่อเมือก โดยเหงือกสามเหลี่ยมและกระดูกเบ้าฟันถูกทำลาย และ **ลักษณะที่ 4** ขอบเหงือกกรันต่ำกว่ารอยต่อเหงือกกับเยื่อเมือก โดยเหงือกสามเหลี่ยมและกระดูกเบ้าฟันถูกทำลายมาก การแก้ไขเพื่อปิดผิวรากฟันจากเหงือกกรันพบว่าลักษณะเหงือกกรันที่ 1 และ 2 สามารถปิดผิวรากฟันได้ทั้งหมด ลักษณะที่ 3 สามารถปิดผิวรากฟันได้บางส่วน ส่วนลักษณะที่ 4

ไม่สามารถปิดผิวรากฟันได้ นอกจากนี้ลักษณะความกว้างและความลึกของเหงือกกรันมีผลต่อผลการปิดผิวรากฟัน ลักษณะเหงือกกรันที่ตื้นและแคบกับเหงือกกรันที่ลึกและแคบสามารถปิดผิวรากฟันดีกว่าเหงือกตื้นและกว้างกับเหงือกลึกและกว้าง²

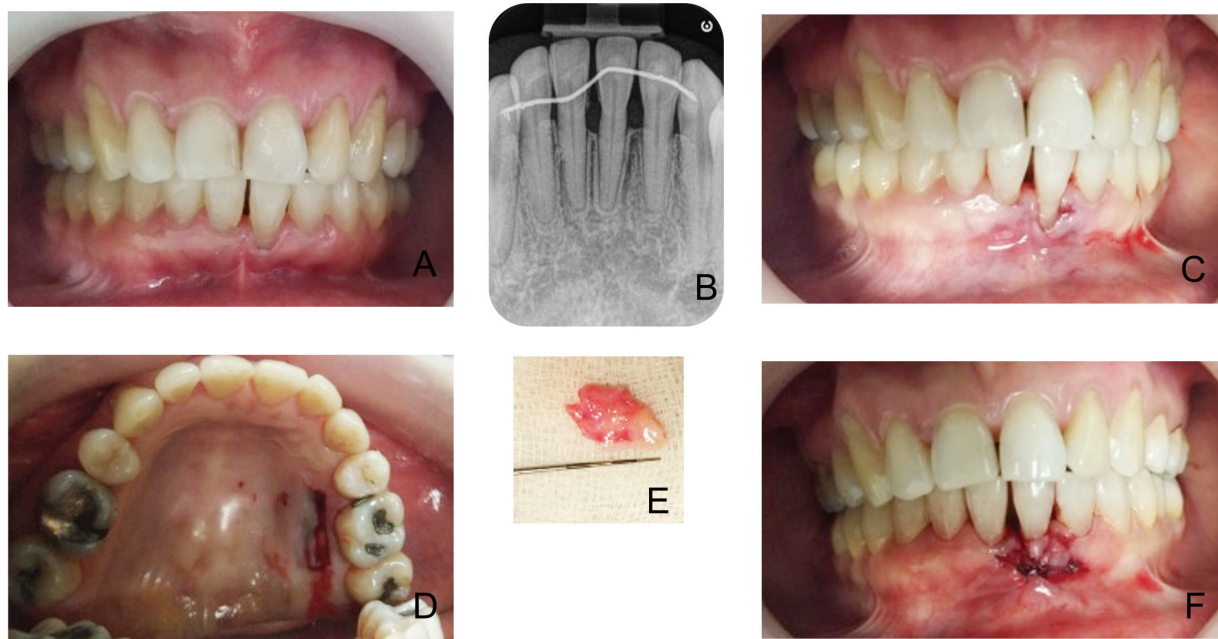
วิธีศัลยกรรมเหงือกกับเยื่อเมือกเพื่อแก้ไขรอยโรคเหงือกกรันและปิดผิวรากฟันสามารถทำได้โดยการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเหงือกจากเหงือกบริเวณข้างเคียงหรือเหงือกบริเวณเพดาน หรือการเหนี่ยวนำให้เกิดเนื้อเยื่อใหม่ เทคนิคในการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเหงือกมีหลายวิธี การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการแก้ไขรอยโรคเหงือกกรันในแต่ละเทคนิค⁹⁻¹¹ เทคนิคการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบซองจดหมายเป็นเทคนิคที่ทำให้ชั้นเนื้อเยื่อได้รับหลอดเลือดมาเลี้ยงสองทางทั้งจากเยื่อหุ้มกระดูกและแผ่นเหงือกปิดทับ ซึ่งเทคนิคนี้การเตรียมตำแหน่งปลูกถ่ายไม่ลงรอยกริดในแนวตั้งจึงลดโอกาสการตายของชั้นเนื้อเยื่อปลูกถ่าย การใช้เนื้อเยื่อยึดต่อทำให้สีของเหงือกกลมกลืนกับเหงือกบริเวณข้างเคียงและบริเวณเนื้อเยื่อปลูกถ่ายยังคงมีแผ่นเหงือกปิดช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย¹² รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการแก้ไขเหงือกกรันและปิดผิวรากฟันโผล่ในฟันที่มีสูญเสียอวัยวะปริทันต์ด้วยเทคนิคการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อแบบซองจดหมายซึ่งเป็นเทคนิคที่ละเอียดอ่อน

ผลสำเร็จของการปิดผิวรากฟันในผู้ป่วยรายนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย การวิจารณ์ผลสำเร็จที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางในการเลือกผู้ป่วย การวางแผนการรักษา และการเลือกเทคนิคผ่าตัดที่เหมาะสมเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเหงือกร่นประสบความสำเร็จต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 41 ปี อาชีพรับราชการ มีอาการสำคัญคือเหงือกร่นและเจ็บเหงือกบริเวณด้านริมฝีปากของฟันซี่ 31 ประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีประวัติแพ้ยา ผู้ป่วยได้รับการจัดฟันเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ปัจจุบันติดเครื่องมือรีเทนเนอร์แบบติดแน่นด้านหลังของฟันซี่ 33-43 และใส่เครื่องมือรีเทนเนอร์แบบถอดได้ ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันจากการตรวจภายในช่องปากพบฟันซี่ 31 มีเหงือก

อักเสบแบบเรื้อรัง ขอบเหงือกสีแดงหนาตัวและมนกลม เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันทุก บวม น้ำ กดนิ่ม และมีเลือดออกเมื่อหยั้งร่องเหงือก ฟันซี่ 31 มีเหงือกร่นด้านริมฝีปากลึก 4 มิลลิเมตร ร่องเหงือกลึก 2 มิลลิเมตร เหงือกเคราตินกว้าง 1 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 1 ส่วน ฟันซี่ 41 และฟันซี่ 32 มีเหงือกร่นด้านริมฝีปากลึก 2 มิลลิเมตร ร่องเหงือกลึก 2 มิลลิเมตร เหงือกเคราตินกว้าง 4 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 1 โดยพบช่องว่างระหว่างฟันซี่ 31 และซี่ 41 กว้าง 1 มิลลิเมตร (รูปที่ 1A) จากภาพถ่ายรังสีพบการทำลายกระดูกของฟันซี่ 32-41 ในแนวระนาบที่ระดับน้อยกว่า 1 ใน 3 ของความยาวรากฟัน (รูปที่ 1B) ฟันซี่ 31 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเหงือกอักเสบแบบเรื้อรัง เหงือกร่นลักษณะที่ 3 และเหงือกเคราตินไม่เพียงพอ



รูปที่ 1 การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบซองจดหมาย

(1A) ฟันซี่ 31 ก่อนการผ่าตัด (1B) ภาพถ่ายรังสี (1C) ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (1D) ตำแหน่งเนื้อเยื่อปลูกถ่าย

(1E) ชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่าย (1F) ชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายถูกเย็บที่ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย

ผู้ป่วยได้รับการรักษานามัยช่องปากและรักษาทันตแพทย์จัดฟัน โดยรีดเครื่องมือรีเทนเนอร์แบบติดแน่นและใส่เครื่องมือรีเทนเนอร์แบบถอดได้ชุดใหม่ จากนั้นฟันซี่ 31 ได้รับการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อแบบช่องจดหมาย โดยฉีดยาชาที่ ฟันซี่ 31 (ตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย) และเหงือกด้านเพดานฟันซี่ 14 และ 17 (ตำแหน่งเนื้อเยื่อปลูกถ่าย) ลงรอยกรีดตามร่องเหงือกฟันซี่ 31 เลาะเหงือกแบบแผ่นเนื้อเยื่อบางส่วนจนถึงส่วนลึกสุดของช่องปากส่วนนอกโดยไม่เปิดแผ่นเหงือกและขยายฐานแผ่นเหงือกโดยรอบ (รูปที่ 1C) ตรวจพบผิวดรากฟันด้านริมฝีปากของฟันซี่ 31 มีรอยกระดูกเปิดแยก หลังจากนั้นตัดเนื้อเยื่อปลูกถ่ายขนาด 15 x 12 x 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งเนื้อเยื่อปลูกถ่ายประกอบด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อใต้เยื่อ

บุผิวที่มีส่วนของแถบเยื่อบุผิวกว้าง 1 มิลลิเมตร (รูปที่ 1E) สอดชั้นเนื้อเยื่อยึดต่อในตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่ายโดยมีส่วนเยื่อบุผิวและเนื้อเยื่อยึดต่อบางส่วน (รูปที่ 1F) กดเบา ๆ ให้เนื้อเยื่อปลูกถ่ายแนบสนิทกับตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย เย็บและใส่ยาปิดแผลปริทันต์ ตัดไหมหลังทำศัลยกรรม 2 สัปดาห์

ผลการรักษาและติดตามผลพบว่าที่ 2 เดือนผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บเหงือก มีเหงือกอักเสบ เหงือกมีสีแดงเล็กน้อย ขอบเหงือกมนกลม เหงือกแน่นแข็ง ฟันซี่ 31 มีเหงือกกรันลึก 2 มิลลิเมตร ร่องเหงือกลึก 2 มิลลิเมตร เหงือกเคราตินหนาและมีความกว้าง 5 มิลลิเมตร (รูปที่ 2B) ผลการรักษาที่ 1 ปี 3 เดือนเหงือกสุขภาพดี เหงือกมีสีชมพู และสภาพอวัยวะปริทันต์อื่นๆ คงเดิม ผู้ป่วยพึงพอใจต่อระดับขอบเหงือกซี่ 31 (รูปที่ 2C)



รูปที่ 2 ก่อนและหลังการรักษา (2A) ฟันซี่ 31 ก่อนผ่าตัด (2B) หลังติดตามผล 2 เดือน และ (2C) 1 ปี 3 เดือน

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการสำคัญคือเหงือกกรันและเจ็บเหงือกบริเวณด้านริมฝีปากของฟันซี่ 31 ประมาณ 1 ปี จากการตรวจทางคลินิกพบฟันซี่ 31 เป็นโรคเหงือกอักเสบเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ที่เกิดจากการดูแลอนามัยช่องปากที่ไม่เพียงพอ การใส่เครื่องมือรีเทนเนอร์แบบติดแน่นและถอดได้เป็นปัจจัยเฉพาะที่ทำให้คราบจุลินทรีย์สะสมได้ง่ายและยากต่อการทำความสะอาด^{7,12} เมื่อเปรียบเทียบตำแหน่งขอบเหงือกของฟันซี่ 31 และฟันซี่ข้างเคียงพบว่าฟันซี่ 31 มีเหงือกกรันลึกมากกว่าฟันซี่ข้างเคียง ซึ่งอาจมีสาเหตุเฉพาะที่อื่นร่วมด้วยการจัดฟันที่ทำให้ฟันเคลื่อนที่ออกจากกระดูกเบ้าฟันทำให้เกิดรอยโรคกระดูกเปิดแยกและเกิดเหงือกกรัน⁶ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวัดความลึกกระดูกขณะทำศัลยกรรม

และพบรอยโรคกระดูกเปิดแยกซึ่งอาจเป็นรอยโรคที่เกิดขึ้นขณะหรือหลังจัดฟัน ทำให้ฟันซี่ 31 เกิดเหงือกกรันได้ง่ายกว่าฟันซี่ข้างเคียง นอกจากนี้เหงือกเคราตินซี่ 31 กว้าง 1 มิลลิเมตร ส่วนฟันซี่ 41 มีเหงือกเคราตินกว้าง 4 มิลลิเมตร ปริมาณเคราตินที่จำกัดร่วมกับการดูแลอนามัยช่องปากที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุเสริมในการเกิดเหงือกกรันที่ฟันซี่ 31 การทำศัลยกรรมเพื่อเพิ่มเหงือกเคราตินก่อนหรือภายหลังจัดฟันอาจช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดเหงือกกรันที่ฟันซี่ 31

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อเพื่อปิดผิวดรากฟันโผล่ตำแหน่งฟันหน้าล่างในกลุ่มผู้ป่วยจัดฟัน กลุ่มผู้ป่วยจัดฟันที่ใส่เครื่องมือรีเทนเนอร์แบบติดแน่นด้านล่างสามารถปิดผิวดรากฟัน

โพลีได้น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยจัดฟันที่ไม่ได้ใส่เครื่องมือรีเทนเนอร์แบบติดแน่นด้านลิ้น โดยแรงจากรีเทนเนอร์แบบติดแน่นอาจส่งผลต่อขบวนการหายของแผลและส่งผลต่อผลคาดหวังหลังผ่าตัด¹³ ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการรีดเครื่องมือรีเทนเนอร์แบบติดแน่นด้านลิ้นก่อนการทำศัลยกรรมเหงือกและเยื่อเมือกแล้วได้รับการใส่เครื่องมือรีเทนเนอร์แบบถอดได้

การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาเหงือกถดถอยด้วยศัลยกรรมเหงือกกับเยื่อเมือกเทคนิคต่างๆ พบว่าการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อสามารถแก้ไขเหงือกถดถอยได้ดีที่สุด คาดหวังผลการรักษาได้ดี และเป็นวิธีมาตรฐานในปัจจุบัน^{1,10-11,14} เทคนิคการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนหลายวิธี เทคนิคการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อแบบซองจดหมายมีค่าเฉลี่ยร้อยละการปิดเหงือกถดถอย 83 และมีค่าเฉลี่ยการปิดเหงือกถดถอย 2.4 มิลลิเมตร⁹ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการรักษาของผู้ป่วยรายนี้พบว่าพื้นที่ 31 สามารถปิดเหงือกถดถอยได้ 2 มิลลิเมตรและปิดเหงือกถดถอยได้ร้อยละ 50 นั่นคือความสำเร็จในการปิดเหงือกถดถอยในผู้ป่วยรายนี้น้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้ มีหลายปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการปิดเหงือกถดถอย ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลต่อความสำเร็จในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่ ลักษณะเหงือกถดถอย ขนาดของเนื้อเยื่อปลูกถ่ายและความลึกของช่องปากส่วนนอก

การศึกษาที่ผ่านมาในลักษณะเหงือกถดถอยเป็นลักษณะที่ 1 และ 2° แต่ในผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะเหงือกถดถอยพื้นที่ 31 เป็นลักษณะที่ 3 ซึ่งมีเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันและกระดูกเบ้าฟันถูกทำลาย มีผลต่อความคาดหวังของการปิดผิวรากฟันโดยสามารถปิดได้บางส่วนเนื่องจากผิวรากฟันโพลีเป็นบริเวณที่ไม่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงชั้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายที่วางบนผิวรากฟันจึงเสี่ยงที่จะตาย⁹⁻¹⁰ การสูญเสียอวัยวะปริทันต์ของพื้นที่ 31 และซี่ข้างเคียงทำให้จำกัดหลอดเลือดที่เลี้ยงชั้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายและเนื่องจากกายวิภาคของขอบเหงือกที่ปกปิดจะมีลักษณะสม่ำเสมอ ผลต่อความคาดหวังปิดผิวรากฟันพื้นที่ 31 น่าจะปิดได้ในตำแหน่งระดับเดียวกับขอบเหงือกของซี่ 41 และซี่ 32 ทั้งนี้ หลังการติดตามผลการรักษา 2 เดือนและ 1 ปี 3 เดือนพบว่าพื้นที่ 31

สามารถปิดเหงือกถดถอยได้ 2 มิลลิเมตรและขอบเหงือกซี่ 32-41 สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นไปตามที่ผลคาดหวัง เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการผ่าตัดปิดผิวรากฟันในเหงือกถดถอยลักษณะที่ 3 มีค่าเฉลี่ยร้อยละการปิดเหงือกถดถอย 90.22 ไม่แตกต่างจากการผ่าตัดปิดผิวรากฟันในเหงือกถดถอยลักษณะที่ 2 โดยพื้นที่มีเหงือกถดถอยลักษณะที่ 3 สามารถปิดผิวรากฟันได้ทั้งหมดร้อยละ 42.85 ส่วนพื้นที่มีเหงือกถดถอยลักษณะที่ 2 สามารถปิดผิวรากฟันได้ทั้งหมดร้อยละ 71.42¹⁵ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายนี้ที่สามารถปิดผิวรากฟันได้ร้อยละ 50 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา โดยเทคนิคในการผ่าตัดปิดผิวรากฟันมีผลต่อความสำเร็จในการรักษาซึ่งจะกล่าวต่อไป

ขนาดของเนื้อเยื่อปลูกถ่ายควรมีขนาดกว้างกว่าบริเวณผิวรากฟันที่ต้องการปิด 3-5 มิลลิเมตรโดยรอบและมีความหนา 1 มิลลิเมตร¹² การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเหงือกด้านเพดานของพื้นที่ 13-15 มีความหนามากกว่าบริเวณอื่น โดยมีความหนาเฉลี่ย 3.23 ± 0.47 มิลลิเมตร¹⁶ ในผู้ป่วยรายนี้มีเหงือกด้านเพดานพื้นที่ 13 เป็นลักษณะรูกิ คือ ผิวเป็นคลื่น ผิวไม่เรียบจึงเลือกใช้เหงือกด้านเพดานตั้งแต่พื้นที่ 14 ถึงด้านไกลกลางพื้นที่ 17 (ไม่มีพื้นที่ 15) อย่างไรก็ตามเหงือกด้านเพดานของพื้นที่ 17 มักพบกระดูกงอกได้บ่อยและใกล้รูเปิดของหลอดเลือดพาลาติน การนำชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายบริเวณนี้ค่อนข้างยากและต้องอาศัยความชำนาญ จากข้อจำกัดดังกล่าวขนาดของชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายในผู้ป่วยรายนี้จึงมีขนาดเล็กกว่าที่คาดหวังไว้และมีความหนาไม่สม่ำเสมอกรณีชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายไม่เพียงพออาจพิจารณาใช้เทคนิคการเหนี่ยวนำให้เกิดเนื้อเยื่อใหม่

เทคนิคการใช้เนื้อเยื่อยึดต่อเพื่อปิดผิวรากฟันพบว่าการใช้เทคนิคนี้รวมกับการเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟันได้ผลดีที่สุด^{9-10,17} แต่การเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟันทำได้จำกัดในกรณีช่องปากส่วนนอกต้นแผ่นเหงือกจะมีแรงดึงมากทำให้เกิดการดึงรั้งกลับตำแหน่งเดิมได้ง่าย ส่งผลต่อการอยู่รอดของชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่าย¹⁸⁻¹⁹ นอกจากนี้การเลื่อนแผ่นเหงือกมาทางตัวฟันทำให้ช่องปากส่วนนอกต้นมากขึ้นอาจเกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ได้ง่ายและทำความสะอาดยาก¹⁹

ในผู้ป่วยรายนี้มีช่องปากส่วนนอกที่ตื้นและมีเหงือก
เคราตินกว้าง 1 มิลลิเมตรจึงพิจารณาไม่เลื่อนแผ่นเหงือก
มาทางตัวฟัน

ข้อมูลที่น่าเสนอสรุปได้ว่าฟันที่สูญเสียอวัยวะ
ปริทันต์บางส่วนสามารถปลูกถ่ายเนื้อเยื่อยึดต่อเพื่อ
แก้ไขเหงือกกร่นและปิดผิวรากฟันโผล่ได้โดยคาดหวัง
ผลการปิดผิวรากฟันได้บางส่วนและสามารถเพิ่มความ
กว้างเหงือกเคราติน เทคนิคการผ่าตัดนี้เป็นเทคนิคที่
ละเอียดอ่อน ผลสำเร็จของการรักษาขึ้นกับปัจจัยต่างๆ
เช่น ลักษณะเหงือกกร่น ขนาดของเนื้อเยื่อ ความลึกของ
ช่องปากส่วนนอก รวมถึงประสบการณ์และความชำนาญ
ของผู้ผ่าตัด จึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้การรักษา
ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol* 2000. 2015;68(1): 333-68. doi: 10.1111/prd.12059
2. Zucchelli G, Tavelli L, Ravida A, Stefanini M, Amo FSD, Wang HL. Influence of tooth location on coronally advanced flap procedures for root coverage. *J Periodontol* 2018;89(12):1428-41. doi: 10.1002/JPER.18-0201
3. Dias JJ, Panwar M, Kosala M. Management of inadequate keratinized gingiva and Miller Class III or IV gingival recession using two-stage free gingival graft procedure. *J Indian Soc Periodontol* 2020;24(6):554-9.
4. Stimmelmayer M, Allen EP, Gernet W, Edelhoff D, Beuer F, Schlee M, et al. Treatment of gingival recession in the anterior mandible using the tunnel technique and a combination epithelialized-subepithelial connective tissue graft-a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011;31(2): 165-73.
5. Dorfer CE, Staehle HJ, Wolff D. Three-year randomized study of manual and power toothbrush effects on pre-existing gingival recession. *J Clin Periodontol* 2016;43(6): 512-9.
6. Kalina E, Zadurska M, Gorski B. Postorthodontic lower incisor and canine inclination and labial gingival recession in adult patients. *J Orofac Orthop* 2021;82(4): 246-56.
7. Harris RJ. A comparative study of root coverage obtained with an acellular dermal matrix versus a connective tissue graft: results of 107 recession defects in 50 consecutively treated patients. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20(1): 51-9.
8. Miller PD Jr. Root coverage with the free gingival graft. Factors associated with incomplete coverage. *J Periodontol* 1987;58(10):674-81.
9. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: Root coverage revisited. *Periodontol* 2000. 2001;27(1): 97-120.
10. Chambrone L, Ortega MAS, Sukekava F, Rotundo R, Kalemaj Z, Buti J, et al. Root coverage procedures for treating localised and multiple recession-type defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10(10): CD007161. doi: 10.1002/14651858. CD007161. pub3
11. Tavedhikul K, Kungsadalpipob K. Decision making for root coverage surgical techniques. *J Dent Assoc Thai* 2016;66(4):268-84.
12. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985;56(12):715-20.

13. Beitlitum I, Barzilay V, Rayyan F, Sebaoun A, Sarig R. Post-orthodontic lower incisors recessions: combined periodontic and orthodontic approach. Intern J Environmental Res Public Health 2020;17(21):8060. doi: 10.3390/ijerph1728060
14. Chaysri C, Kungsadalpipop K. Factors affecting the root coverage outcome. Thai J Periodontol 2007;1(1):56-67.
15. Nart J, Valles C, Mareque S, Santos A, Sanz-Moliner J, Pascual A. Subepithelial connective tissue graft in combination with a coronally advanced flap for the treatment of Miller Class II and III gingival recessions in mandibular incisors: a case series. Int J Periodontics Restorative Dent 2012;32(6): 647-54.
16. Said KN, Abu Khalid AS, Farook FF. Anatomic factors influencing dimensions of soft tissue graft from the hard palate. A clinical study. Clin Exp Dent Res 2020; 6(4): 462-9.
17. Tatakis DN, Chambrone L, Allen EP, Langer B, McGuire MK, Richardson CR, et al. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. J Periodontol 2015;86(2 Suppl):S52-5.
18. Butler BL. The subepithelial connective tissue graft with a vestibular releasing incision. J Periodontol 2003;74(6):893-8.
19. Urban IA, Monje A, Nevins M, Nevins ML, Lozada JL, Wang HL. Surgical management of significant maxillary anterior vertical ridge defects. Int J Periodontics Restorative Dent 2016;36(3):329-37.

