

การศัลยกรรมปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดานปากในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด : รายงานผู้ป่วย

สุจิตรา เคารพพันธุ์ ท.บ,ป.บัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

(สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล)

กลุ่มงานบริการทันตกรรมตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

Corresponding author, Email: sujira7207@gmail.com

(วันรับบทความ : 13 กุมภาพันธ์ 2569, วันแก้ไขบทความ : 12 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ : 9 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

ปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก (Torus Palatinus) คือ ก้อนกระดูกที่เกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ อยู่บริเวณกลางเพดานแข็ง โดยทั่วไปไม่ต้องผ่าตัดออก แต่หากมีข้อบ่งชี้ เช่น ปุ่มกระดูกขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม หรือเกิดแผลบริเวณปุ่มกระดูกอยู่บ่อยครั้ง ก็จำเป็นต้องได้รับการรักษา บทความนี้ได้นำเสนอการรักษาผู้ป่วย 1 ราย ตรวจพบปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดานปาก โดยผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ และรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ แผนการรักษาคือผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยไม่ได้หยุดยาต้านเกล็ดเลือด ร่วมกับการทำแผ่นปิดเพดานปากภายหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยห้ามเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ติดตามผลการรักษา 3 เดือน พบว่าแผลผ่าตัดหายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงทั้งขณะรักษา รวมถึงหลังการรักษา

คำสำคัญ : ปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก ยาต้านเกล็ดเลือด

Torectomy of large torus palatinus in a Patient on Antiplatelet Medication: A Case Report

Sujira Khaoropphan, D.D.S.

Department of dentistry, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Abstract

Torus palatinus is a bony protuberance that develops naturally along the midline of the hard palate. In most cases, surgical removal is not required. However, if the torus palatinus interferes prosthodontic treatment. This case report presents a patient with hypertension and a history of ischemic stroke receiving antiplatelet therapy. In this case, present large torus. The patient required complete removable dentures. Surgical removal was performed under local anesthesia. The procedure was performed without interrupting antiplatelet therapy, followed by placement of a palatal stent to control bleeding and prevent complication. At the three-month follow-up, complete wound healing was observed with no severe complications during or after treatment.

Keywords: Torus palatinus, Antiplatelet

บทนำ

ปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก (Torus palatinus) เป็นความผิดปกติของการเจริญเติบโตของกระดูกที่หนาตัวขึ้นโดยเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติมักพบบริเวณแนวกลางของเพดานปาก ส่วนใหญ่มีลักษณะการเจริญเติบโตที่ช้าและไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด มักถูกตรวจพบโดยบังเอิญระหว่างการตรวจช่องปาก⁽¹⁾ สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบชัด เกิดได้หลายปัจจัย เช่น กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ แรงกดเคี้ยวที่มากกว่าปกติ⁽²⁾ ในทางทันตกรรมปุ่มกระดูก ถือเป็นลักษณะทางกายภาพที่แปรผัน มีความชุกแตกต่างกันไปตามเชื้อชาติและเพศ ปุ่มกระดูกเพดานปากที่พบในคนไทย มีความชุกของโรค ร้อยละ 58.1 พบขนาดเล็ก และขนาดกลางได้บ่อยกว่าขนาดใหญ่⁽³⁾ โดยมักพบในเพศหญิง (ร้อยละ 67.3) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 48.8)^(3,4) โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือผ่าตัดออก หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลเรื้อรังจากการระคายเคือง หรือการรบกวนการทำหน้าที่ของช่องปาก ในผู้ป่วยที่สูญเสียฟันและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูด้วย ฟันเทียมชนิดถอดได้ (Removable Denture) ปุ่มกระดูกกลางเพดานปากเป็นอุปสรรคสำคัญเนื่องจากตำแหน่งที่เกิด ลักษณะความนูน อาจขัดขวางการวางฐานฟันเทียม ทำให้ความมั่นคง (Stability) และการยึดอยู่ (Retention) ของฟันเทียมลดลง รวมถึงความบางของเยื่อเมือกที่ปกคลุมปุ่มกระดูกยังเสี่ยงต่อการเกิดแผลอีกด้วย^(4, 5) การผ่าตัดรักษาสภาพสามารถทำได้ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ หรือการดมยาสลบ⁽⁶⁾

ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน (aspirin) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง กลไกการ

ออกฤทธิ์ คือ การยับยั้งการรวมตัวของเกล็ดเลือดซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน⁽¹⁰⁾ หากมีความจำเป็นต้องรับการผ่าตัดทางทันตกรรมทันตแพทย์ต้องประเมินระหว่างความเสี่ยงของเลือดออกระหว่างการหยุดหรือไม่หยุดยาต้านเกล็ดเลือด กับความเสี่ยงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หากหยุดยา การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกที่ต้องใช้วิธีห้ามเลือดมากกว่ามาตรการเฉพาะที่พบได้น้อยมาก หลังผ่าตัดทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ในทางตรงกันข้ามความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลังหยุดยาต้านเกล็ดเลือดเพื่อทำหัตถการทางทันตกรรม แม้จะพบไม่บ่อย แต่ถือว่ามีความสำคัญต่อชีวิต การผ่าตัดทางทันตกรรมแตกต่างจากการผ่าตัดชนิดอื่นเนื่องจากไม่ค่อยพบหลอดเลือดขนาดใหญ่ และสามารถควบคุมเลือดออกได้ด้วยวิธีเฉพาะที่ เช่น การกดด้วยผ้าก๊อช วัสดุห้ามเลือด และการเย็บแผล^(10,11,12) สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา⁽¹³⁾ และการศึกษาของ Deysi และคณะ⁽¹⁴⁾ เสนอแนะว่าไม่ควรปรับเปลี่ยนหรือหยุดการใช้อยาต้านเกล็ดเลือดชนิดเดี่ยวหรือชนิดคู่ที่ประกอบด้วยยาแอสไพรินและยาโคลพิโดเกรล สำหรับการทำการหัตถการทางทันตกรรมที่ใช้การห้ามเลือดแบบเฉพาะที่ได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอการผ่าตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดานปากภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด โดยไม่ได้หยุดยาก่อนผ่าตัด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี ถูกส่งตัวจากทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนก่อนทำฟันเทียมเพื่อมารับผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง , หลอดเลือด

ในสมองตีบ รับประทานยา 1) Aspirin 81 มก.
2) Atorvastatin 40 มก. 3) Omeprazole 20 มก.
4) Losartan 50 มก. 5) Lercanidipine 20 มก.
6) Gabapentin 100 มก. และ 300 มก. ตรวจ
ภายนอกช่องปากไม่พบความผิดปกติของ

โครงสร้างใบหน้าและ กระดูกขากรรไกร ผู้ป่วยอ้า
ปากได้ปกติ ตรวจภายในช่องปาก (รูปที่ 1) ผู้ป่วย
ไม่มีฟันเหลือแล้ว มีปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก
ลักษณะเป็นรูปกระสวยขนาดใหญ่ (กว้าง 2 ซม.
ยาว 3 ซม. หนา 1 ซม.)



รูปที่ 1 ปุ่มกระดูกเพดานปาก ขนาด กว้าง 2 ซม. ยาว 3 ซม. หนา 1 ซม.

จากลักษณะทางคลินิกให้การวินิจฉัยคือ
ปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดานปาก (large
torus palatinus) ร่วมกับโรคประจำตัวที่ต้อง
รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด จึงต้องผ่าตัดเอาปุ่ม
กระดูกกลางเพดานปากออกก่อนใส่ฟันเทียม ได้
อธิบายแผนการรักษา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจาก
การผ่าตัดและการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดแก่ ผู้ป่วย
และญาติก่อนรักษา ผู้ป่วยและญาติยินยอมรับการ
รักษาตามแผนที่วางไว้

แผนการรักษา

ก่อนผ่าตัด ได้พิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยวัสดุพิมพ์
ปากอัลจิเนต (alginate) เพื่อนำไปทำแผ่นปิด
เพดานปาก (รูปที่ 2) โดยเจาะรูบริเวณขอบแผ่น
ปิดเพดานปากเพื่อให้สามารถร้อยไหม ยึดติดกับ
เนื้อเยื่อเพดานปากของผู้ป่วย

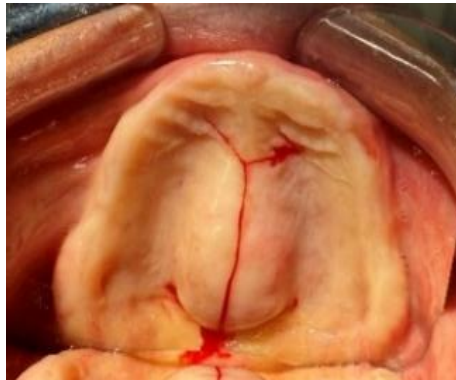


รูปที่ 2 แบบจำลอง (a) และแผ่นปิดเพดานปาก (b)

ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพร่างกาย วัดความดันโลหิต ได้ที่ 114/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที

ขั้นตอนการผ่าตัด ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ชนิดลิโดเคน (lidocaine 2%) ร่วมกับ อีพิเนฟริน (Epinephrine) 1:100000 จำนวน 3.6 มิลลิลิตร

ฉีดยาชาที่ Greater palatine nerve ทั้งซ้ายและขวา และ Nasopalatine nerve และฉีดยาชาเข้าเนื้อเยื่อหุ้มกระดูกบริเวณที่จะเปิดแผ่นเหงือกเพื่อให้เปิดแผ่นเหงือกง่ายขึ้น เปิดแผ่นเหงือกเป็นรูปตัววาย (Y) เลาะแผ่นเหงือกที่หนาแบบเต็มแผ่น (mucoperiosteal flap) (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 กรีดแผ่นเหงือกเป็นรูปตัววาย (Y)

จากนั้นใช้หัวกรอกกลมขนาดเล็ก (Steel round bur) กรอให้ได้ ความลึกถึงฐานของปุ่มกระดูกเป็นแนวทางตามเส้นแบ่งครึ่งกลางเพดานปาก และกรอแนวขวางจากขอบด้านซ้ายไปถึงขอบขวา เพื่อแบ่งกระดูกออกเป็นส่วนๆ จากนั้นใช้หัวกรอตรงขนาดเล็ก (Steel fissure bur) กรอตามแนวลงไป โดยกรอแบ่งลึกถึงฐานของปุ่มกระดูก ใช้คีมขลิบกระดูก (Rongeur forceps)

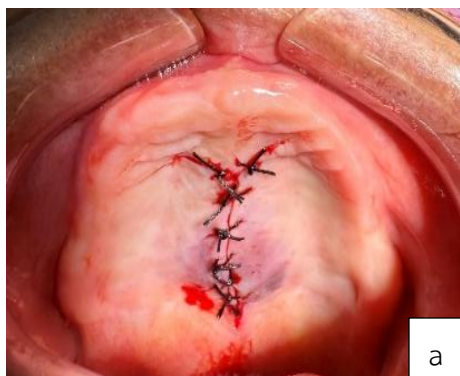
และอีลิเวเตอร์ (dental elevator) ค่อยๆ นำปุ่มกระดูกออกทีละส่วนจนหมด กรอแต่งกระดูกให้เรียบ หัวกรอคาร์ไบด์รูปมะเฟืองและ เครื่องมือตะไบกระดูก (Bone file) ตะไบกระดูกบริเวณฐานของปุ่มกระดูก ให้เรียบ มน ไม่มีแหลมคม หลังจากนั้นล้างด้วยน้ำเกลือให้สะอาด ไม่ให้มีเศษกระดูกหลงเหลือ (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 กรอตัดแบ่งปุ่มกระดูกเป็นส่วนๆ

นำแผ่นเหงือกกลับเข้าตำแหน่งเดิม กดรีดแผ่นเหงือกด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือเบาๆ เพื่อห้ามเลือด และให้แผ่นเหงือกกลับเข้าที่ แล้วเย็บปิดแผลด้วยเข็มเย็บคู่กับไหมขนาด 3/0 ด้วยวิธีธรรมดาชนิดปล้อง (simple interrupted suture) จำนวน 7 ตะเข็บ หลังจากนั้นปิดแผลด้วยยาแต่งแผลปริทันต์(Coe-Pak™) และปิดทับด้วยแผ่นปิดเพดานปาก โดยร้อยไหมเย็บจากรูที่เตรียมไว้ของแผ่นปิดเพดานปากแล้วเย็บติดกับเนื้อเยื่อในช่องปาก (รูปที่ 5) ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านอักเสบ

ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร ทันทีก่อนเข้าเที่ยง , เย็น และเน้นย้ำให้รับประทานกรณีเมื่อมีอาการปวดรุนแรง ยาระงับปวดพาราเซตามอล (Paracetamol) 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวด หรือมีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง และยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-กลางวัน-เย็น เป็นเวลา 7 วัน



รูปที่ 5 นำแผ่นเหงือกกลับเข้าตำแหน่งเดิม และเย็บปิด (a) ปิดแผลด้วยยาแต่งแผลปริทันต์ (b)

ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษา

3 วันหลังผ่าตัด (รูปที่ 6) ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บริเวณใบหน้าไม่บวม ไม่มีห้อเลือดใดๆ แผ่นปิดเพดานปากยังคงอยู่สภาพเดิม ไม่หลุด ทำความ

สะอาดในช่องปากได้ค่อนข้างดี และเลือดหยุดปกติ ล้างน้ำเกลือในช่องปาก และบริเวณขอบของแผ่นปิดเพดานปาก และนัดตัดไหมเมื่อครบ 7 วัน



รูปที่ 6 หลังจากผ่าตัดไป 3 วัน

เมื่อครบ 7 วัน ได้ถอดแผ่นปิดเพดานปาก ที่ยึดกับเนื้อเยื่อเหงือกออก และตัดไหมบริเวณแผล พบว่า ไม่มีเนื้อเยื่อตาย (necrotic tissue) ไม่พบหนอง หรือลิ่มเลือดที่คั่งใต้แผ่นเหงือก มีแผลแยก



รูปที่ 7 ตัดไหมหลังผ่าตัดไป 7 วัน

เล็กน้อยบริเวณด้านท้ายของปุ่มกระดูก ตรงกับบริเวณที่มีไหมหลุด (รูปที่ 7) หลังจากนั้นมีการติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ , 1 เดือน และ 3 เดือน (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 ติดตามผลหลังผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก 3 เดือน

วิจารณ์

ปุ่มกระดูกกลางเพดานปากมักตรวจพบโดยบังเอิญจากการมาตรวจสุขภาพช่องปาก หรือระหว่างการวางแผนทำฟันเทียม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมถอดได้⁽¹⁾ ผู้ป่วยรายนี้เป็นหญิงไทย มีปุ่มกระดูกกลางเพดาน ลักษณะรูปกระสวย (spindle-shaped) ขนาดใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Apinhasmit และคณะ⁽⁴⁾ ที่รายงานว่าภาวะดังกล่าวพบได้บ่อยในประชากรไทย โดยเฉพาะในเพศหญิง และมักพบเป็นรูปร่างแบบกระสวย

ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองตีบ รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (aspirin 81 mg) อย่างต่อเนื่อง ในส่วนของค่าความดันโลหิต วัดได้ที่ 114/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่หากผู้ป่วยมีความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท จะให้การรักษาเฉพาะทันตกรรมที่ฉุกเฉินเท่านั้น หากการรักษาที่ไม่ฉุกเฉินจะส่งพบแพทย์

เพื่อประเมินก่อนทำหัตถการ โดยต้องระมัดระวังการปรับเก้าอี้ทำฟันให้นิ่มนวล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงกะทันหันเมื่อเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) และใช้ยาชาที่มีอีพีนีเฟรินได้ไม่รับประทาน 2-3 หลอด และนัดให้การรักษาในช่วงเช้า⁽¹⁵⁾ ก่อนผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก ผู้เขียนได้ประเมินจากประวัติทางการแพทย์ ประวัติการใช้ยา และข้อมูลการรักษาเดิม รวมถึงค่าชีพจรในวันผ่าตัด สามารถเข้ารับผ่าตัดได้โดยไม่ต้องหยุดยาด้านเกล็ดเลือด ปัจจุบันยังไม่พบรายงานการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากในผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านเกล็ดเลือดโดยตรง ทั้งนี้ Lillis และคณะ⁽¹²⁾ รายงานว่าการถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านเกล็ดเลือดทั้งแบบเดี่ยวและแบบคู่โดยไม่หยุดยา สามารถทำได้อย่างปลอดภัย หากมีการใช้มาตรการห้ามเลือดเฉพาะที่เหมาะสม ผลการศึกษาจึงสนับสนุนว่าหัตถการทางศัลยกรรมช่องปาก รวมถึงการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก สามารถทำได้โดยไม่ต้องหยุดยาด้านเกล็ดเลือด หากมีการ

วางแผนห้ามเลือดอย่างเหมาะสมเช่นในผู้ป่วยรายนี้

การผ่าตัดปุ่มกระดูกในช่องปากถือว่ามี ความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับหัตถการอื่น ๆ ในช่องปาก^(16,17) อย่างไรก็ตาม การหยุดยาด้านเกล็ดเลือดอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ซึ่งอาจมีผลอันตรายถึงชีวิตได้ แม้ปัจจุบันการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนว่าไม่จำเป็นต้องหยุดยาด้านเกล็ดเลือด ในการทำหัตถการทางทันตกรรมและศัลยกรรมช่องปาก แต่ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องพิจารณาปรับหรือหยุดยาเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านเกล็ดเลือดมากกว่า 1 ชนิด ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือดรวมด้วย ทั้งนี้ควรอยู่ภายใต้การประเมินร่วมกับแพทย์โรคประจำตัว เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน^(12,17)

สำหรับการผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปาก สามารถทำภายใต้ยาชาเฉพาะที่ มีรายงานการศึกษาที่ใช้วิธีการผ่าตัดที่คล้ายคลึงกัน^(6,7,18,19,20) โดยเลือกเทคนิคในการผ่าตัดที่เหมาะสมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการหายของแผล ในผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้รอยกรีดแบบรูปตัววาย (Y) เนื่องจากปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่ และยื่นลึกไปทางด้านหลัง ช่วยให้สามารถเปิดแผ่นเหงือกได้กว้าง และลดแรงดึงของแผลขณะเย็บปิดแผล^(5,6) นอกจากนี้การฉีดยาชาแยกชั้นเยื่อหุ้มกระดูก เพื่อลดการฉีกขาดของแผ่นเหงือก และช่วยควบคุมเลือดออกระหว่างผ่าตัด⁽⁹⁾ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ที่มีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่และฐานกว้าง ผู้เขียนจึงเลือกใช้การกรอแบ่งกระดูกเป็นชิ้น แทนการใช้สิ่วเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแตกหักของกระดูก และการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียง^(5,9) ภายหลังการ

กรอปุ่มกระดูก อาจพบแผ่นเหงือกได้รับประทุษณ์ ไม่สอดคล้องกับรูปร่างกระดูกใหม่ อาจพิจารณาตัดแต่งขอบที่รับประทุษณ์ เพื่อส่งเสริมหายของแผลแบบปฐมภูมิได้ดีขึ้น⁽⁹⁾

นอกจากนี้ผู้เขียนเตรียมแผ่นปิดเพดานปาก เพื่อช่วยห้ามเลือดหลังผ่าตัด โดยพิมพ์ปากด้วยอัลจินเนต (alginate) และเติมวัสดุพิมพ์ปากไปในบริเวณปุ่มกระดูกบนรอยพิมพ์ ก่อนเทแบบด้วยปูนพลาสติก เพื่อให้ได้แบบจำลองที่ไม่มีรอยูน จากนั้นจึงทำแผ่นปิดเพดานปากด้วยอะคริลิก และขัดแต่งขอบให้ไม่คม โดยกำหนดแนวขอบให้อยู่สูงจากเนื้อเยื่อด้านแก้ม ประมาณ 2 มิลลิเมตร^(8,18) แผ่นปิดเพดานปากถูกเจาะรูเพื่อร้อยไหมยึดติดกับเนื้อเยื่อเพดานปาก ช่วยเพิ่มความมั่นคง คงตำแหน่งของแผ่นเหงือก และช่วยกีดห้ามเลือด มีรายงานการศึกษาบางฉบับที่ใช้การยึดแผ่นปิดเพดานปากด้วยสกรูขนาดเล็ก⁽¹⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเลือกใช้วิธีเจาะรูร้อยไหม เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติม นอกจากนี้ยังใช้ยาแต่งแผลปริทันต์ (periodontal dressing) เช่น Coe-Pak™ เพื่อช่วยปกป้องแผล สนับสนุนการหายของแผล และลดแรงกดของแผ่นปิดเพดานปากต่อบริเวณผ่าตัด^(7,21) การใช้แผ่นปิดเพดานปากหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก ยังไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นในผู้ป่วยทุกราย แต่ในบางกรณีอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเพิ่มความสบายของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ มีช่องว่างใต้แผลผ่าตัดมาก (dead space) หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกหลังผ่าตัด แผ่นปิดเพดานปากสามารถช่วยกีดห้ามเลือด ลดการเกิดก้อนเลือดคั่ง ช่วยพยุงแผ่นเหงือกให้แนบกับพื้นกระดูก และลดการระคายเคืองจากอาหารหรือการพูดในช่วงแรกหลัง

ผ่าตัดได้^(9,22) จากเหตุผลดังกล่าวผู้เขียนจึงพิจารณาทำแผ่นปิดเพดานปากร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีปุ่มกระดูกขนาดค่อนข้างใหญ่ อีกทั้งยังรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดด้วย หากปุ่มกระดูกขนาดเล็ก หรือผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด อาจสามารถรักษาได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้แผ่นปิดเพดานปาก โดยอาศัยการเย็บแผลให้แน่นร่วมกับการกดผ้าก๊อชเพื่อห้ามเลือด ทั้งนี้มีรายงานผู้ป่วยที่แผลหายเป็นปกติเมื่อติดตามอาการไป 3 เดือนแม้ไม่ได้ใช้แผ่นปิดเพดานปาก⁽²⁰⁾

ข้อควรระวังเพิ่มเติม คือการใช้ยาไอบูโพรเฟน(ibuprofen)ร่วมกับยาต้านเกล็ดเลือด(aspirin) ผู้เขียนเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไอบูโพรเฟนเฉพาะกรณีที่มีอาการปวดมากเท่านั้น และควรรับประทานหลังรับประทานยาแอสไพรินไปแล้วประมาณ 1 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยรายนี้ได้มีรับประทานไอบูโพรเฟนไป 1 ครั้งในมือเย็นวันที่ผ่าตัด ในทางเภสัชวิทยาไอบูโพรเฟน อาจรบกวนฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือดของแอสไพริน ทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันลิ่มเลือดลดลงและอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร ดังนั้นเพื่อลดการรบกวนฤทธิ์ของยาควรเว้นระยะเวลาในการรับประทานยาให้เหมาะสม โดยแนวทางที่มักแนะนำ คือ รับประทานยาแอสไพรินก่อนยาไอบูโพรเฟน 30 นาที หรือห่างอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนรับประทานยาแอสไพรินมือถัดไป⁽²³⁾ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ ทั้งแผลผ่าตัดในช่องปาก ภาวะความดันโลหิตสูง ตลอดจนภาวะหลอดเลือดสมองตีบ มีปัจจัยหลายอย่างที่น่าสนับสนุนให้ผลการรักษาประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการห้ามเลือด การเตรียมแผ่นปิดเพดานปากใส่หลังผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัดที่เลือกวิธีกรีดเหงือกแบบรูป

ตัววาย (Y) และการกรอแบ่งกระดูกแทนการรัดการเย็บแผลที่แน่น รวมถึงความร่วมมือจากผู้ป่วยทำให้สามารถผ่าตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดานปาก ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด โดยไม่หยุดยาได้ประสบความสำเร็จ แต่หากเกิดภาวะแทรกซ้อน ในเรื่องของเลือดไหลไม่หยุดหลังผ่าตัด ผู้เขียนสรุปแนวทางปฏิบัติไว้ดังนี้ เริ่มจากการทำความสะอาดแผล กดห้ามเลือด และเย็บปิดแผลใหม่เพื่อลดช่องว่างใต้แผล ร่วมกับการใช้วัสดุช่วยห้ามเลือดเฉพาะที่ เช่น เซอจิเซล หรือ เจลโฟม ในกรณีที่ยังพบเลือดออกต่อเนื่องหรือมีจุดเลือดออกชัดเจน แม้ใช้วิธีทั่วไปแล้วไม่สามารถควบคุมเลือดได้ อาจพิจารณาใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า(electrocautery) เพื่อช่วยห้ามเลือดได้ และสามารถให้น้ำยาบ้วนปากที่ใช้ช่วยห้ามเลือดหลังผ่าตัดในช่องปากได้ คือ 5% Tranexamic acid ออกฤทธิ์ช่วยป้องกันการสลายตัวของลิ่มเลือด ทำให้ลิ่มเลือดคงตัวได้นานขึ้น ลดการเกิดเลือดออกได้^(24,25)

ถึงแม้ว่าหลายการศึกษาจะสนับสนุนว่าการผ่าตัดในช่องปากขนาดเล็ก สามารถทำได้โดยไม่ต้องหยุดยาต้านเกล็ดเลือด ผู้เขียนขอเน้นย้ำประเด็นในเรื่องการประเมินผู้ป่วยเรื่องโรคประจำตัว ยาอื่น ๆ ที่ใช้ร่วม ความอียากง่ายของหัตถการที่ทำ ความพร้อมในการรับมือกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วย การอธิบายขั้นตอนการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก่อนการรักษาล้วนเป็นประเด็นสำคัญที่ควรให้ความใส่ใจ

สรุป

การผ่าตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดานปากในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ก่อนใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ถือว่าเป็นการ

รักษาที่ยุ่งยาก สำคัญมากคือการวางแผนการรักษาให้เหมาะสม อธิบายขั้นตอนการรักษา และภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญ ในขั้นตอนการผ่าตัด และสามารถที่จะรักษา ภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่าง และหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยราย

นี้ได้ทำ การผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก และได้ติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 เดือน จนถึง 3 เดือน พบว่าบริเวณเพดานปากที่ผ่าตัดแผลหายเป็นปกติ โดยทั่วไปภายหลังการผ่าตัดแต่งกระดูก ควรรอ 4 ถึง 6 สัปดาห์ จึงจะพิจารณาพิมพ์ปากเพื่อใส่ฟันเทียม⁽²⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

1. AlZarea BK. Prevalence and pattern of torus palatinus and torus mandibularis among edentulous patients of Saudi Arabia. Clin Interv Aging. 2016;11:209-13.
2. Kerdpon D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. Eur J Oral Sci. 1999;107:9-13.
3. Sisigina EP, de Oliveira-Santos C, Castro-Silva II. Prevalence and Characterization of Torus Palatinus and Torus Mandibularis in a Brazilian Population. Int J Morphol. 2022;40(2):418-24.
4. Apinhasmit W, Jainkittivong A, Swasdison S. Torus palatinus and torus mandibularis in Thai population. ScienceAsia;2002;28:105-11.
5. García-García AS, Martínez-González JM, Gómez-Font R, et al. Current status of the torus palatinus. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15(2):e353-60.
6. Bouchet J, Hervé G, Lescaille G, Descroix V, Guyon A. Palatal torus: etiology, clinical aspect, and therapeutic strategy. J Oral Med Oral Surg. 2019;25:18.
7. Kongpan C. Surgical removal of large torus palatinus to put dentures. Region 11 Medical Journal. 2018;32(4):1327-36
8. Thepsithar P. Soft acrylic stent for removal of torus. J Dent Assoc Thai. 1991 May-Jun;41(3):102-8.
9. Hupp JR, Tucker MR, Ellis E. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 7th ed. Philadelphia (PA): Mosby/Elsevier; 2018. p. 372-382.

10. Marano G. Managing dental extractions in patients on antiplatelet therapy: A comprehensive approach. *J Cardiovasc Med Cardio.* 2024;11(4):106–8.
11. Wahl MJ. Dental surgery and antiplatelet agents: Bleed or die. *Am J Med.* 2014;127(4):260–7.
12. Lillis T, Ziakas A, Koskinas K, Tsirlis A, Giannoglou G. Safety of dental extractions during uninterrupted single or dual antiplatelet treatment. *Am J Cardiol.* 2011;108(7):964-7.
13. Grines CL, Bonow RO, Casey DE, et al. Prevention of premature discontinuation of antiplatelet therapy in patients with coronary artery stents: a science advisory from the American Heart Association, American College of Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, American College of Surgeons, and American Dental Association, with representation from the American College of Physicians. *Circulation.* 2007;115:813-8.
14. Dezsi C.A., Dezsi B.B., Dezsi A.D. Management of dental patients receiving antiplatelet therapy or chronic oral anticoagulation: a review of the latest evidence. *Eur J Gen Pract.* 2017;23:197–202
15. กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร:แนวทางเวชปฏิบัติทางทันตกรรม สำหรับคลินิกทันตกรรม สำนักอนามัย. นนทบุรี: ธนพรพาณิชย์; 2554. p 74-77
16. Tsouka P. Dental procedures in patients with atrial fibrillation and new oral anticoagulants. *Arrhythm Electrophysiol Rev.* 2014 Aug 30;3(2):85–9.
17. วรกิจ ตรีชาติ. แนวทางการปฏิบัติทันตกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด. *ข่าวสารทันตแพทย์.* 2564;35(4):1-8.
18. Chaiyapak S. Palatal Stent After Torus Palatinus Removal in an Edentulous Patient: A Case Report. *Reg 6-7 Med J.* 2004 Oct-Dec;23(4):343-9
19. ปิยนุช วงศ์เครือสร. การผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานก่อนการใส่ฟันเทียม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร[online] 2557 [cited 2569 พ.ค. 11];1:1-11. Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20220701163106_346611753.pdf

20. ณัฐกฤตา ชัยประสิทธิ์กุล. การผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากในผู้ป่วยไร้ฟัน. Open Access สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว[online] 2567 [cited 2569 พ.ค. 11];1:1-12. Available from:
https://sko.moph.go.th/research/content/download/?id=60&file=f4aadb20dddd6880fd1795d4a6b57f91.pdf&file_name=การผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากในผู้ป่วยไร้ฟัน.pdf
21. Ade H, Kale B, Deshpande A. Coe-Pak – A Dressing for Periodontal Wounds. J Pharm Res Int. 2021;33(60B):3538-3544.
22. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. St. Louis: Elsevier; 2016: 21-2.
23. Food and Drug Administration. Concomitant use of ibuprofen and aspirin: potential for attenuation of the anti-platelet effect of aspirin. Silver Spring (MD): FDA; 2006.
24. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2014. p. 198-200.
25. McCormick NJ, Moore UJ, Meechan JG. Haemostasis part 1: the management of post-extraction haemorrhage. Dent Update. 2014 May;41(4):294-6.
26. Zarb GA, Bolender CL, Eckert SE, Jacob RF, Fenton AH, Mericske-Stern R. Prosthodontic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses. 12th ed. St. Louis: Mosby; 2004. p. 133-5.