



การจัดการปุ่มกระดูกขนาดใหญ่ หลายตำแหน่งในช่องปากก่อนการบูรณะ ด้วยฟันเทียมถอดได้แบบทั้งปาก: รายงานผู้ป่วย

พงษ์สาร กัศนราพันธ์

Received: April 23, 2026

Revised: May 18, 2026

Accepted: May 20, 2026

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการปุ่มกระดูกขนาดใหญ่หลายตำแหน่งในผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่ภาวะไร้ฟันสมบูรณ์เพื่อรับการบูรณะด้วยฟันเทียมทั้งปาก โดยใช้เทคนิคการผ่าตัดแบบแบ่งระยะ ผู้ป่วยที่นำเสนอเป็นชายไทย อายุ 75 ปี ที่มีภาวะสันเหงือกไร้ฟันบางส่วน ตรวจพบปุ่มกระดูกขนาดใหญ่หลายตำแหน่ง ประกอบด้วยปุ่มกระดูกด้านแก้มของขากรรไกรบนทั้งสองข้าง กอดยาวตั้งแต่ตำแหน่งฟันหน้าจนถึงฟันกรามซี่ที่สอง และปุ่มกระดูกด้านสันในขากรรไกรล่างทั้งสองข้างที่มีลักษณะเป็นก้อนมน ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อทิศทางการใส่ฟันเทียม ผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะใส่ฟันเทียมเพื่อฟื้นฟูประสิทธิภาพการบดเคี้ยว

แผนการรักษาประกอบด้วยการผ่าตัดตกแต่งสันเหงือกและกำจัดปุ่มกระดูกในขากรรไกรบนและล่างทั้งสองข้าง ร่วมกับการตัดเนื้อเยื่อยึดเกาะริมฝีปากบน โดยใช้แนวทางการผ่าตัดแบบแบ่งระยะออกเป็น 4 ครั้ง เพื่อลดความรุนแรงของอาการภายหลังการผ่าตัด ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการหายของแผลแบบปฐมภูมิ

การติดตามผลที่ระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่ามีการสมานตัวที่ดี สันเหงือกมีความเรียบมนและมีความกว้างเพียงพอต่อการรองรับฐานฟันเทียม ภายหลังการบูรณะด้วยฟันเทียมทั้งปาก ผลการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปรากฏแนวโน้มที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การวางแผนการรักษอย่างเป็นระบบ และการใช้เทคนิคการผ่าตัดแบบแบ่งระยะสำหรับปุ่มกระดูกขนาดใหญ่หลายตำแหน่ง มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ปุ่มกระดูกในช่องปาก / การผ่าตัดตกแต่งสันเหงือก / การผ่าตัดปุ่มกระดูก / การแบ่งระยะผ่าตัด / ฟันเทียมทั้งปาก

ผู้รับผิดชอบบทความ: พงษ์สาร กัศนราพันธ์ 636 ถนนสำราญรินทร์ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ 53000

E-mail: pskthatsana@gmail.com

กิตติแพทยศาสตรบัณฑิต กิตติแพทยชำนาญการ โรงพยาบาลท่าปลา 139 หมู่ 1 ตำบลท่าปลา อำเภوتاปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 53150

The Management of Multiple Large Oral Tori and Exostoses Prior to Complete Dentures Rehabilitation: A Case Report

Pongsakorn Thatsanarapan

Abstract

This case report aims to present a clinical management approach for multiple large oral tori and exostoses in a patient transitioning to a fully edentulous state for complete denture rehabilitation, employing a staged surgical approach. The case involves a 75-year-old Thai male patient with partial edentulism who exhibited multiple large oral tori and exostoses. The lesions included bilateral maxillary buccal exostoses extending from the anterior region to the second molars, and bilateral lobulated mandibular tori, all of which obstructed the prospective path of insertion for dentures. The patient sought prosthetic rehabilitation to restore masticatory function.

Treatment consisted of alveoloplasty and torrectomy in both the maxilla and mandible, combined with an upper labial frenectomy. A staged surgical approach was performed in four separate phases to minimize the severity of postoperative symptoms, reduce the risk of complications, and promote primary wound healing.

Follow-up examinations at one and three months revealed excellent wound healing. The alveolar ridges were smooth, well-contoured, and sufficiently wide to support the denture bases. Following rehabilitation with complete dentures, the patient's oral health-related quality of life showed a positive trend of improvement. These findings demonstrate that systematic treatment planning and the application of a staged surgical technique for multiple large oral tori and exostoses play a crucial role in the successful masticatory rehabilitation of the patient.

Keywords: Oral tori and exostoses / Alveoloplasty / Torectomy / Staged surgical approach / Complete denture

Corresponding Author: Pongsakorn Thatsanarapan, 636 Samranruen Rd., Tha-It, Muang Uttaradit, Uttaradit, 53000

E-mail: pskthatsana@gmail.com

Doctor of Dental Surgery, D.D.S., Dentist, Professional level, Tha-Pla Hospital 139 Moo 1, Tha-Pla, Uttaradit, 53150

1. บทนำ

การเตรียมช่องปากก่อนใส่ฟันเทียม (Pre-prosthetic surgery) ถือเป็นรากฐานสำคัญในกระบวนการฟื้นฟูสภาพช่องปาก โดยเป็นขั้นตอนทางศัลยกรรมที่ออกแบบมาเพื่อปรับปรุงโครงสร้างของช่องปากให้มีความเหมาะสม อันจะส่งเสริมประสิทธิภาพสูงสุดทั้งด้านการยึดอยู่ (Retention) การใช้งาน และความสวยงามของฟันเทียม (LakshmanaRao, 2025; Shokraei et al., 2024) แม้ทันตแพทย์จะมีความชำนาญในการประดิษฐ์ฟันเทียมมากเพียงใด หากสภาวะพื้นฐานของสันเหงือกไม่เอื้ออำนวย ความสำเร็จในการรักษาย่อมเป็นไปได้ยาก หัตถการเตรียมช่องปากที่มีความสำคัญลำดับต้น ได้แก่ การผ่าตัดตกแต่งกระดูกสันเหงือก (Alveoloplasty) และการผ่าตัดปุ่มกระดูก (Torectomy) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อปรับรูปทรงกระดูกเบ้าฟัน ตกแต่งขอบคมของกระดูก และเตรียมสันเหงือกให้มีเสถียรภาพเหมาะสมต่อการรองรับฐานฟันเทียม (Brower, 2025; Rohilla et al., 2019)

ปุ่มกระดูกในช่องปาก (Oral tori and exostoses) เป็นลักษณะทางคลินิกที่พบได้บ่อย มีลักษณะเป็นส่วนยื่นของกระดูกที่เจริญผิดปกติออกจากผิวกระดูกขากรรไกร เนื้อแข็ง ผิวเรียบ และปกคลุมด้วยเยื่อเมือกที่มีลักษณะปกติ การจำแนกประเภททางทันตกรรมแบ่งตามตำแหน่งที่พบ ได้แก่ ปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก (Torus palatinus) ปุ่มกระดูกด้านลิ้นของขากรรไกรล่าง (Torus mandibularis) และปุ่มกระดูกด้านแก้ม (Buccal exostoses) ซึ่งมักพบบริเวณกระดูกเบ้าฟันด้านแก้มของขากรรไกรบน (Regezi & Sciubba, 1989) สาเหตุของการเกิดปุ่มกระดูกในช่องปากยังมิได้รับการระบุอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่ามีต้นเหตุจากพหุปัจจัย (Multifactorial etiology) โดยปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการทำงานของระบบบดเคี้ยวที่มากเกินไป (Masticatory hyperfunction) หรือภาวะนอนกัดฟัน (Bruxism) ซึ่งกระตุ้นการตอบสนองทางชีวภาพในการสร้างกระดูกเพิ่มขึ้น (Jainkittivong & Langlais, 2000; Kerdpon & Sirirungrojying, 1999)

สำหรับประชากรไทย ปุ่มกระดูกในช่องปากนับเป็นภาวะที่พบได้ไม่น้อย โดยมีรายงานความชุกในภาพรวมประมาณร้อยละ 31.9 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางทันตกรรม รอยโรคมักเริ่มปรากฏในวัยผู้ใหญ่และมีแนวโน้มเจริญเติบโตช้า ๆ โดยจะขยายขนาดสูงสุดเมื่อเข้าสู่ช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป สาเหตุของการเกิดเชื่อกันว่ามาจากปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นหลัก ร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังที่กล่าวไปข้างต้น (Kongpan, 2018; Tawkaew, 2020)

เมื่อจำแนกตามตำแหน่งทางกายวิภาค ปุ่มกระดูกเพดานปาก จัดเป็นชนิดที่มีอุบัติการณ์สูงที่สุดในประชากรไทย ด้วยความชุกประมาณร้อยละ 58.1 โดยพบในเพศหญิง (ร้อยละ 67.3) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 48.8) ที่ช่วงอายุเฉลี่ย 39.2 ปี ส่วนใหญ่ปรากฏบริเวณตำแหน่งฟันกรามน้อยและฟันกรามรองลงมาคือ ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง ซึ่งมีความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 12.3–26.9 และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ยที่ตรวจพบประมาณ 30.7 ปี (Kongpan, 2018; Tawkaew, 2020) ส่วนปุ่มกระดูกด้านแก้มแม้จะเป็นชนิดที่พบได้น้อยที่สุดในกลุ่มปุ่มกระดูกทั้งสาม แต่มีลักษณะทางคลินิกที่น่าสนใจ กล่าวคือ มักพบบริเวณขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่างในอัตราส่วน 5.1 ต่อ 1 และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 1.66 ต่อ 1 โดยมีแนวโน้มพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี

(คิดเป็นร้อยละ 21.7) และความถี่ของการตรวจพบจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่สำคัญผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสตรวจพบปุ่มกระดูกด้านแก้มเกิดร่วมกับปุ่มกระดูกที่เพดานปากและขากรรไกรล่างในคราวเดียวกันสูงถึงร้อยละ 42.6 (Jainkittivong & Langlais, 2000; Chumworatayee, 2025; Tawkaew, 2020)

ในเชิงโครงสร้าง ปุ่มกระดูกบนขากรรไกรประกอบด้วยกระดูกทึบ (Cortical bone) เป็นองค์ประกอบหลัก ในบางกรณีอาจมีกระดูกโปร่ง (Cancellous bone) อยู่ใต้ชั้นกระดูกทึบ โดยพบไขกระดูก (Bone marrow) แทรกอยู่ภายในเพียงเล็กน้อย ส่วนเยื่อเมือกที่คลุมปุ่มกระดูกมักบางกว่าเยื่อเมือกปกติ (Brower, 2025; Chumworatayee, 2025) ปุ่มกระดูกที่มีขนาดใหญ่ขัดขวางแนวการใส่ฟันเทียม (Path of insertion) ร่วมกับการมีสันกระดูกที่คมหรือขรุขระ (Irregularity) การมีส่วนคอด (Undercut) และเยื่อเมือกที่บาง ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดแผลกดทับจากฐานฟันเทียมได้ง่าย และเมื่อเกิดบาดแผลขึ้น บริเวณดังกล่าวมักใช้ระยะเวลาในการสมานแผลยาวนานกว่าเนื้อเยื่อปกติ (Tawkaew, 2020) นอกจากนี้ สันเหงือกที่เหมาะสมสำหรับการใส่ฟันเทียมควรมีความเรียบมน มีความกว้างและความสูงที่เพียงพอ และมีการยึดติดของเยื่อเมือก (Mucosal adaptation) ที่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น การละลายตัวของกระดูก หรือความเจ็บปวดขณะบดเคี้ยว (Kalyani et al., 2020)

แม้ปุ่มกระดูกขนาดเล็กที่มีผิวเรียบและฐานกว้างอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด โดยสามารถจัดการแก้ไขด้วยการกรอปรับฐานฟันเทียมเพื่อผ่อนปรนแรงกด (Relief) แต่ในกรณีที่ปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่ มีลักษณะเป็นพู (Lobulated) มีส่วนคอด หรือขัดขวางทิศทางการใส่ฟันเทียม การผ่าตัดตกแต่งสันเหงือกหรือผ่าตัดปุ่มกระดูกถือเป็นข้อบ่งชี้ที่จำเป็น เพื่อให้ได้ฐานรองรับฟันเทียมที่มั่นคงและสามารถกระจายแรงบดเคี้ยวได้อย่างสม่ำเสมอ (Ephros et al., 2015; Rohilla et al., 2019) ทั้งนี้การผ่าตัดควรเลือกวิธีที่อนุรักษ์ส่วนของกระดูกทึบไว้ให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการละลายของกระดูกที่จะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติในภายหลัง เนื่องจากกระดูกโปร่งสามารถละลายได้เร็วกว่ากระดูกทึบ (Tawkaew, 2020)

ความสำคัญของการเตรียมช่องปากจึงส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของการรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปาก เนื่องจากความผิดปกติทางกายวิภาค เช่น ปุ่มกระดูกขนาดใหญ่ จะทำหน้าที่เป็นจุดหมุน (Fulcrum) ทำให้ฟันเทียมกระดก ขาดเสถียรภาพ และก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานฟันเทียมเพื่อบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม รายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกในช่องปากก่อนใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่เป็นรายงานในผู้ป่วยที่มีปุ่มกระดูกเพียง 1-2 ตำแหน่ง หรือในผู้ป่วยที่ยังคงมีฟันเหลืออยู่และวางแผนใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ (Kongpan, 2018; Tawkaew, 2020; Chumworatayee, 2025) รายงานผู้ป่วยฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการจัดการปุ่มกระดูกขนาดใหญ่หลายตำแหน่งในผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่ภาวะไร้ฟันสมบูรณ์ (Fully edentulism) เพื่อรับการบูรณะด้วยฟันเทียมทั้งปาก โดยใช้แนวทางการผ่าตัดแบบแบ่งระยะ (Staged surgical approach) ซึ่งยังพบรายงานในวรรณกรรมค่อนข้างจำกัด

2. ผลการศึกษา: รายงานผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 75 ปี

2.2 อาการสำคัญ มาพบทันตแพทย์ด้วยความประสงค์จะใส่ฟันเทียมเพื่อช่วยในการบดเคี้ยว

2.3 ประวัติทางการแพทย์ สุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว และไม่มีประวัติการแพ้ยา

2.4 ประวัติทางทันตกรรม พบว่าเคยได้รับการรักษาด้วยการถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินน้ำลาย

2.5 การตรวจสภาพร่างกาย น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ความดันโลหิต 125/49 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

2.6 การตรวจภายนอกช่องปาก

ผู้ป่วยมีใบหน้าสมมาตร (Symmetrical face) ไม่พบความผิดปกติของรูปทรงใบหน้าหรือการบวมโตใด ๆ ผิวหนังบริเวณใบหน้าและลำคอมีลักษณะและสีตามปกติ ไม่พบรอยโรค รอยแผลเป็น หรือร่องรอยการอักเสบ

การตรวจคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้คางและใต้ขากรรไกรทั้งสองข้าง ไม่พบการบวมโตหรืออาการเจ็บ การตรวจข้อต่อขากรรไกรพบว่าการเคลื่อนไหวที่ราบรื่น สามารถอ้าปากได้กว้างตามปกติ โดยไม่มีเสียงดังหรืออาการเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อบดเคี้ยวทำงานปกติ ไม่พบจุดกดเจ็บริมฝีปากปิดสนิทเมื่ออยู่ในท่าพัก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ลักษณะภายนอกช่องปากของผู้ป่วยก่อนการรักษา

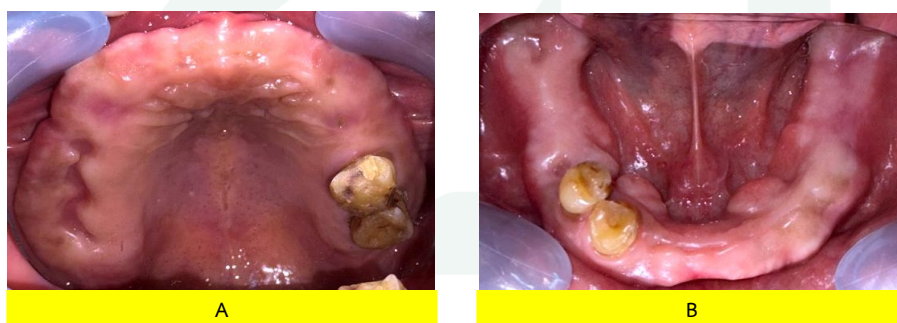
(A) ด้านซ้ายซ้าย; (B) ด้านตรง; (C) ด้านซ้ายขวา

2.7 การตรวจภายในช่องปาก

ในขากรรไกรบน (Maxilla) พบสันเหงือกไร้ฟันเป็นส่วนใหญ่ มีฟันคงเหลือทางด้านซ้าย ได้แก่ ฟันกรามซี่ที่หนึ่ง (26) และฟันกรามซี่ที่สอง (27) บริเวณด้านขวาดั้งแต่ตำแหน่งฟันหน้า (Area 11) จนถึง ฟันกรามซี่ที่สอง (Area 17) ตรวจพบปุ่มกระดูกนูนยื่นออกมาทางด้านแก้ม (Buccal exostoses) ผิวขรุขระ

ตลอดแนว ส่วนด้านซ้ายพบปุ่มกระดูกที่นูนทางด้านแก้มเช่นเดียวกัน ทอดยาวจากบริเวณฟันหน้า (Area 21) ไปจนถึงตำแหน่งฟันกรามซี่ที่สอง (Area 27) นอกจากนี้ยังพบเนื้อเยื่อยึดเกาะริมฝีปากบน (Upper labial frenum) บริเวณฟันหน้าในตำแหน่งที่สูง (High frenum attachment) ร่วมด้วย

ในขากรรไกรล่าง (Mandible) ตรวจพบฟันคงเหลือทางด้านล่างขวา ได้แก่ ฟันเขี้ยว (43) และ ฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่ง (44) ร่วมกับปุ่มกระดูกทางด้านลิ้น ที่มีลักษณะเด่นชัดเป็นก้อนมนสามก้อนเชื่อมต่อกัน ตั้งแต่บริเวณฟันเขี้ยวถึงบริเวณฟันกรามซี่ที่หนึ่ง (Area 46) และพบอีกหนึ่งก้อนบริเวณฟันกรามซี่ที่สาม (Area 48) ทางด้านซ้ายพบปุ่มกระดูกทางด้านลิ้นเป็นก้อนมนสองก้อนติดกัน ทอดยาวจากบริเวณฟันเขี้ยว (Area 33) ไปจนถึงตำแหน่งฟันกรามซี่ที่สาม (Area 38) ปุ่มกระดูกทั้งหมดมีฐานกว้างและมีเนื้อเยื่อปกคลุมที่ลักษณะปกติ นอกจากนี้ยังพบปุ่มกระดูกนูนบริเวณด้านแก้ม ตั้งแต่บริเวณฟันเขี้ยวล่างซ้าย (Area 33) ถึงฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งล่างขวา (Area 44)



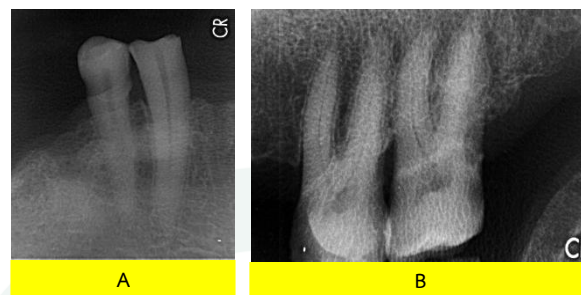
ภาพที่ 2 ลักษณะภายในช่องปาก แสดงปุ่มกระดูกทั่วทั้งปากและฟันที่เหลืออยู่บางส่วน
(A) ขากรรไกรบน; (B) ขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 3 ลักษณะสันเหงือกบน-ล่างด้านหน้า พบปุ่มกระดูกด้านแก้มที่นูนใหญ่อย่างชัดเจน และพบเนื้อเยื่อยึดเกาะริมฝีปากบน ในตำแหน่งที่สูง

2.8 การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

จากการตรวจภาพถ่ายรังสีบริเวณ ตำแหน่งฟันซี่ 26, 27, 43 และ 44 พบการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันบางส่วน โดยปรากฏลักษณะการละลายตัวรอบรากฟัน อัตราส่วนตัวฟันต่อรากฟัน (Crown-to-root ratio) พบว่าตัวฟันยาวกว่ารากฟันที่ยึดอยู่ในกระดูก และระดับระนาบการสบฟันมีความไม่สม่ำเสมอจากการยื่นยาวของตัวฟัน ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (A) ตำแหน่งฟันซี่ 43,44; (B) ตำแหน่งฟันซี่ 26,27

2.9 สรุปผลการตรวจและการวินิจฉัย

การวินิจฉัย : ภาวะสันเหงือกไร้ฟันบางส่วน (Partial edentulism) ร่วมกับ Bilateral maxillary buccal exostoses และ Bilateral mandibular buccal exostoses with Torus mandibularis และเนื้อเยื่อยึดเกาะริมฝีปากบนอยู่สูง (High labial frenum attachment)

ฟันซี่ 26, 27, 43 และ 44 มีลักษณะของ Localized chronic periodontitis ที่มีพยากรณ์โรคน่าสงสัย (Questionable prognosis)

2.10 การวางแผนการรักษา

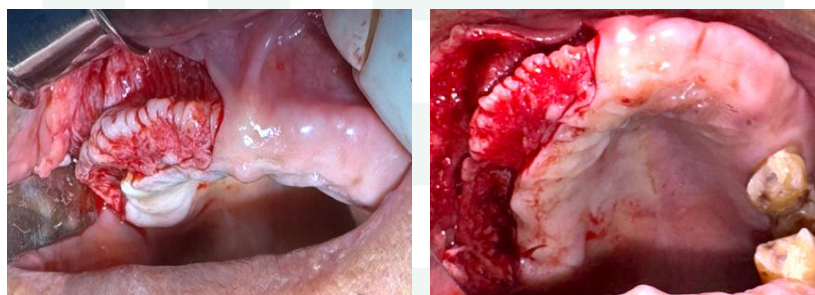
จากการประเมินอัตราส่วนตัวฟันต่อรากฟันของฟันซี่ 26, 27, 43 และ 44 ที่มีพยากรณ์โรคน่าสงสัย การคงฟันเหล่านี้ไว้เพื่อใช้เป็นฟันหลักยึด (Abutment teeth) สำหรับฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้จึงไม่เหมาะสม เนื่องจากอาจนำไปสู่ความล้มเหลวของการรักษาในระยะยาว ผู้รักษาจึงพิจารณาวางแผนถอนฟันที่เหลือทั้งหมด ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่พยากรณ์ได้ดีกว่า ผู้ป่วยเห็นพ้องกับแผนการรักษาและมีเป้าหมายในการใส่ฟันเทียมทั้งปากเช่นเดียวกัน

ปุ่มกระดูกที่ปรากฏในช่องปากมีขนาดใหญ่และตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการวางตัว การรองรับ และเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น การผ่าตัดตกแต่งก่อนการใส่ฟันเทียมจึงเป็นขั้นตอนที่จำเป็น ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาซึ่งจะมีแบ่งการผ่าตัดปุ่มกระดูกเป็นหลายครั้ง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการดูแลหลังการผ่าตัด ก่อนให้ความยินยอมเข้ารับการรักษาดำเนินการตามแผนที่นำเสนอ

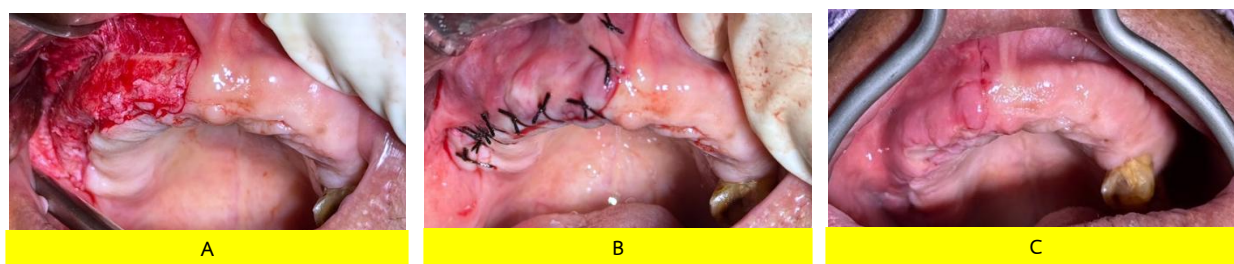
2.11 ลำดับขั้นตอนการรักษา

ภายหลังการตรวจและวางแผนการรักษา ผู้รักษาได้นัดผ่าตัดตกแต่งกระดูกในช่องปาก โดยแบ่งการผ่าตัดออกเป็น 4 ครั้ง เพื่อลดความไม่สบายของผู้ป่วยและส่งเสริมการหายของแผลให้ดีที่สุด รวมถึงการถอนฟันที่เหลืออยู่เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไร้ฟันสมบูรณ์ ก่อนการผ่าตัดในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินเบื้องต้น ได้แก่ การวัดความดันโลหิตและชีพจร ซึ่งพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ครั้งที่ 1 การผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกด้านแก้มของขากรรไกรบนขวา หัตถการดำเนินการภายใต้ยาชาเฉพาะที่ 4% Articaine ผสม Epinephrine ความเข้มข้น 1:100,000 ด้วยเทคนิค Local infiltration เริ่มต้นด้วยการกรีดเปิดแผล (Incision) บริเวณกึ่งกลางสันเหงือก (Crestal incision) ร่วมกับการกรีดในแนวตั้ง (Vertical releasing incision) บริเวณด้านหน้า เปิดแผ่นเหงือกเต็มความหนา (Full thickness mucoperiosteal flap) เพื่อให้เห็นพยาธิสภาพของกระดูกอย่างชัดเจน ดังภาพที่ 5 ใช้หัวกรอคาร์ไบด์ทรงกระบอก (Fissure bur) เบอร์ 016 กรอตัดแบ่งปุ่มกระดูกออกจากฐาน และใช้หัวกรอทรงมะเฟืองเบอร์ 040 ร่วมกับหัวกรอกลม เบอร์ 023 กรอแต่งกระดูกให้เรียบและกำจัดส่วนคอด (Undercut elimination) ภายใต้การชะล้างด้วยน้ำเกลือตลอดเวลา เมื่อกระดูกมีความเรียบเหมาะสมแล้ว จึงทำการล้างแผลและเย็บปิดด้วยไหมเย็บแบบ Simple interrupted suture การติดตามผลแผลผ่าตัดที่ระยะ 1 สัปดาห์ พบว่ามีการหายของแผลที่ดี ดังภาพที่ 6

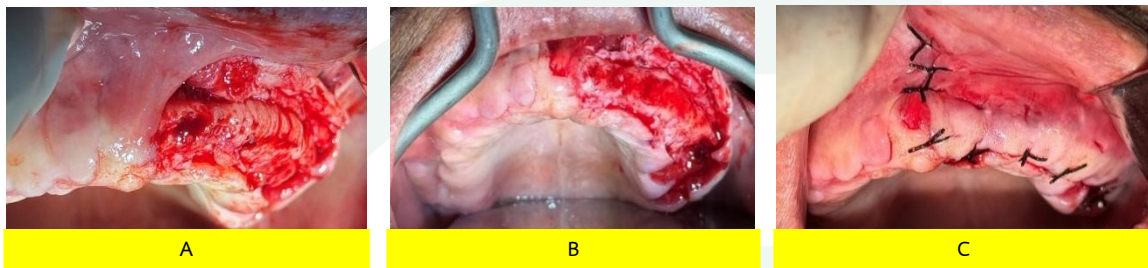


ภาพที่ 5 ภายหลังเปิดแผ่นเหงือกบริเวณปุ่มกระดูกด้านแก้มขากรรไกรบนขวา

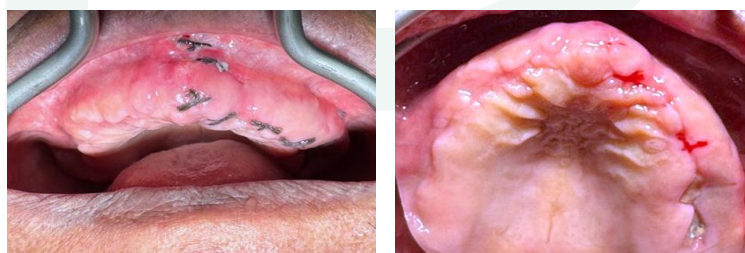


ภาพที่ 6 (A) ภายหลังการกรอแต่งปุ่มกระดูกด้านแก้มขากรรไกรบนขวาให้เรียบ และกำจัดส่วนคอด; (B) เย็บปิดแผล; และ (C) แผลหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 การผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกด้านแก้มในขากรรไกรบนซ้าย ร่วมกับการถอนฟันที่เหลือนอยู่ในขากรรไกรบนด้านซ้าย ภายหลังการนัดยาชาเฉพาะที่ การตกแต่งกระดูกดำเนินการ เช่นเดียวกับครั้งที่ 1 ควบคู่กับการถอนฟันที่เหลือน ได้แก่ ฟันกรามบนซ้ายซี่ที่หนึ่งและสอง (26 และ 27) ภายหลังเสร็จสิ้นการถอนฟันและปรับแต่งกระดูก จึงดำเนินการผ่าตัดตกแต่งเนื้อเยื่อยึดเกาะริมฝีปากบน (Frenectomy) เนื่องจากตรวจพบว่า การยึดเกาะของ เนื้อเยื่อยึดเกาะริมฝีปากบน บริเวณฟันหน้าบนอยู่ในตำแหน่งที่สูง ซึ่งการตัดแต่งดังกล่าวจะช่วยลดแรงดึงรั้งต่อขอบฟันเทียม (Ephros et al., 2015; Rohilla et al., 2019) จากนั้นจึงเย็บปิดแผล ดังภาพที่ 7 การติดตามที่ระยะ 1 สัปดาห์พบว่าแผลผ่าตัดหายเป็นปกติและไม่มีอาการใด ๆ จึงทำการตัดไหม ดังภาพที่ 8



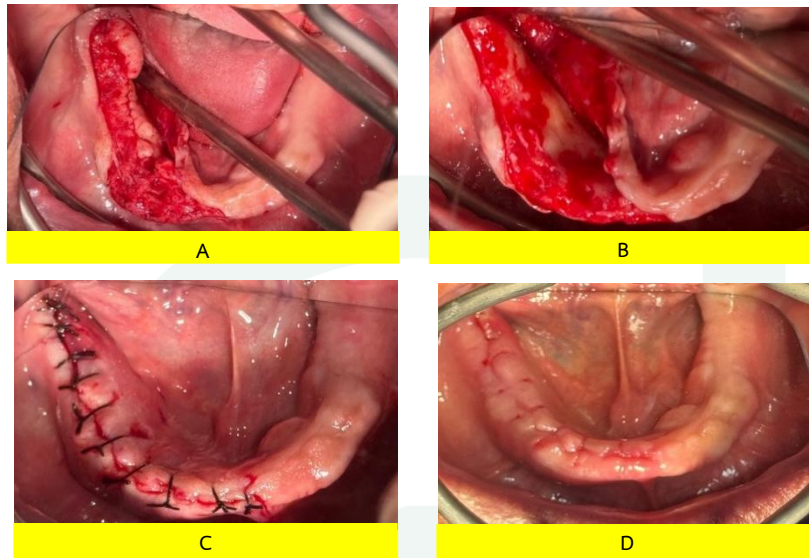
ภาพที่ 7 (A) เปิดแผ่นเหงือก; (B) ตกแต่งกระดูกปุ่มกระดูกด้านแก้มขากรรไกรบนซ้าย ควบคู่กับการถอนฟันซี่ 26 และ 27 และตัด Labial frenum จากนั้น (C) จึงเย็บปิดแผล



ภาพที่ 8 แผลบริเวณขากรรไกรบนซ้ายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

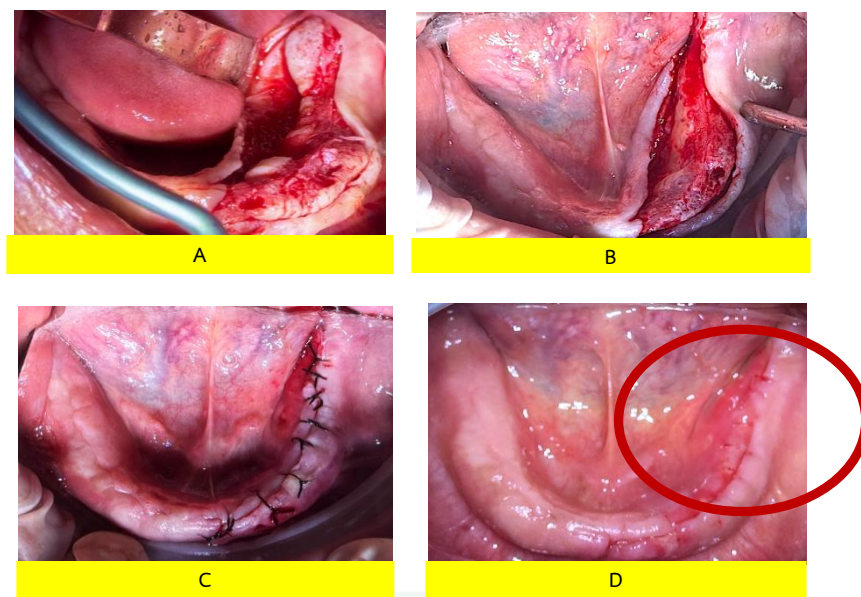
ครั้งที่ 3 การผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกด้านลิ้นและด้านแก้มขากรรไกรล่างขวา หัตถการดำเนินการภายใต้ยาชาเฉพาะที่ เทคนิค Inferior Alveolar Nerve Block ร่วมกับ Local infiltration ในส่วนของฟันซี่ 43 และ 44 ทั้งนี้ ผู้ป่วยได้เข้ารับการถอนฟันก่อนหน้าวันนัดผ่าตัด เนื่องจากการสบฟันกระแทก ลิ้นเหงือกคู้สับ ส่งผลให้เกิดความระคายเคือง ในขั้นตอนการผ่าตัด ผู้รักษาได้กรีดเปิดแผ่นเหงือกด้านลิ้น

(Lingual flap) อย่างระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อเส้นประสาทและท่อน้ำลาย ใช้หัวกรรตัดแบ่งฐานด้านบนของปุ่มกระดูกและใช้คีมตัดกระดูก (Rongeur forceps) คีบกำจัดปุ่มกระดูกด้านลิ้นร่วมกับการตกแต่งปุ่มกระดูกด้านแก้ม จากนั้นกรอแต่งฐานกระดูกให้เรียบสม่ำเสมอ ล้างทำความสะอาดแผลและเย็บปิด โดยเน้นการกดแผ่นเหงือกให้แนบสนิทเพื่อป้องกันภาวะเลือดคั่ง (Hematoma) นัดติดตามอาการและตัดไหม ในระยะ 1 สัปดาห์ ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 (A) เปิดแผ่นเหงือก; (B) ตกแต่งกระดูกปุ่มกระดูกด้านลิ้นและด้านแก้ม
ขากรรไกรล่างขวา; (C) เย็บปิดแผล; และ (D) ติดตามแผลบริเวณ
ขากรรไกรล่างขวาที่ระยะ 1 สัปดาห์ และตัดไหม

ครั้งที่ 4 การผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกด้านลิ้นและด้านแก้มขากรรไกรล่างซ้าย โดยดำเนินการผ่าตัดปุ่มกระดูกด้านลิ้น ร่วมกับการตกแต่งปุ่มกระดูกด้านแก้มด้วยวิธีการเดียวกับครั้งที่ 3 ดังภาพที่ 10 ภายหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์พบภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย คือ มีการหลุดลอกของเนื้อเยื่อเหงือกด้านลิ้น (Sloughing) บางส่วน ดังภาพที่ 10 (D) ซึ่งได้รับการดูแลด้วยการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive care) โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Chlorhexidine ความเข้มข้น 0.12% ร่วมกับการปล่อยให้แผลหายเองแบบทุติยภูมิ (Secondary wound healing) จนกระทั่งแผลหายเป็นปกติ



ภาพที่ 10 (A) เปิดแผ่นเหงือก; (B) ตักแต่งปุ่มกระดูกด้านลิ้นและด้านแก้ม
ขากรรไกรล่างซ้าย; (C) เย็บปิดแผล; และ (D) ติดตามแผลบริเวณ
ขากรรไกรล่างซ้ายที่ระยะ 1 สัปดาห์ และตัดไหม พบการหลุดลอก
ของเนื้อเยื่อเหงือกด้านลิ้นบางส่วน

ภายหลังการผ่าตัดในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอย่างเคร่งครัด พร้อมยาประกอบการรักษา ได้แก่ พาราเซตามอล ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อมีอาการปวด และยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลลิน ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 เวลาหลังอาหาร จนหมดจำนวน 20 แคปซูล

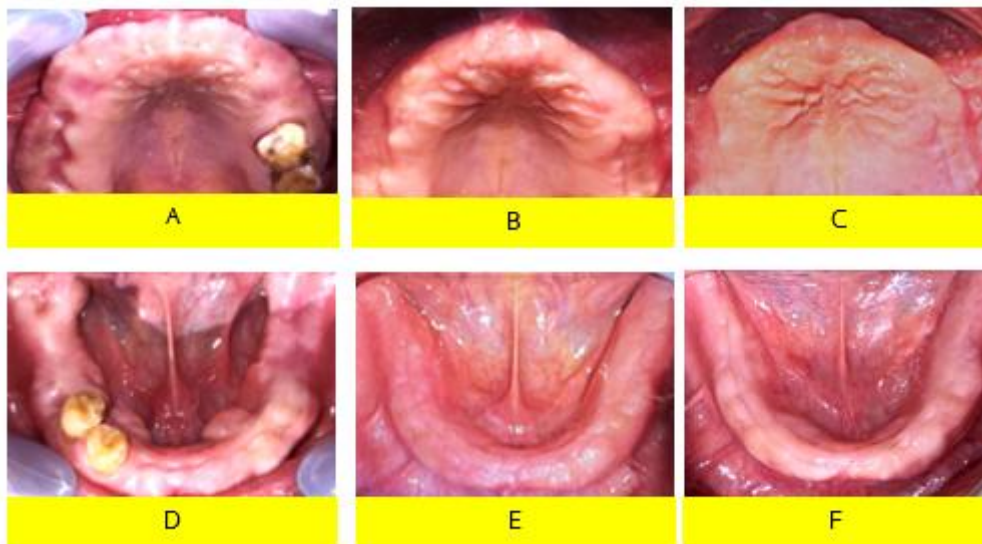
3. ผลการศึกษา และการติดตามผล

ผู้รักษาได้ดำเนินการติดตามผลภาพรวมก่อนและหลังการผ่าตัดในตำแหน่งสุดท้ายที่ระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน ดังภาพที่ 11 ภายหลังการผ่าตัดครบ 1 เดือน พบว่าแผลผ่าตัดหายสนิทและสันเหงือกมีความคงตัวดี จึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการทำฟันเทียมทั้งปาก ประกอบด้วยการพิมพ์ปากขั้นต้น (Preliminary impression) การพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (Final impression) การบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกร (Maxillomandibular relation record) การลองฟัน (Try-in) จนถึงการส่งมอบฟันเทียม (Delivery) ดังภาพที่ 12 (B) และ (C) ภายหลังการส่งมอบ ผู้รักษาได้นัดติดตามผลและปรับแก้ไขฟันเทียม

จากนั้นจึงดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภายหลังการรักษา โดยใช้แนวทางแบบผสมผสาน ประกอบด้วยแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก หรือ Oral Health Impact Profile ฉบับย่อ 14 ข้อ (OHIP-14) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาในผู้สูงอายุไทย (Chatalongkorn, 2017) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured

interview) ซึ่งครอบคลุมทั้ง 7 มิติของ OHIP โดยให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบสถานะก่อนและหลังการรักษาด้วยตนเอง การประเมินดำเนินการในวันนัดติดตามภายหลังการผ่าตัดตำแหน่งสุดท้ายครบ 3 เดือน และมีการใส่ฟันเทียมทั้งปากมาแล้ว 1 เดือน

ผลการประเมิน OHIP-14 พบคะแนนรวมเท่ากับ 7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน โดยมีผู้ที่ผู้ป่วยรายงานผลกระทบ ได้แก่ ความเจ็บปวดทางกาย (มิติที่ 2) ในระดับ "บางครั้ง" ซึ่งสัมพันธ์กับอาการเจ็บบริเวณฟันหน้าล่างเมื่อเคี้ยวอาหารแข็ง ส่วนอีก 6 มิติอยู่ในระดับ "ไม่เคย" หรือ "แทบไม่เคย" ผลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้ป่วยรายงานว่า การพูด การรับประทานอาหาร ความมั่นใจในตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการรักษา ขณะที่ยังคงมีอาการเจ็บปวดเล็กน้อยจากการปรับตัวกับฟันเทียม



ภาพที่ 11 การเปรียบเทียบสันเหงือกก่อนและหลังการผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูก ขากรรไกรบน: (A) ก่อนเริ่มผ่าตัด; (B) 1 เดือนหลังผ่าตัด; (C) 3 เดือนหลังผ่าตัด พบสันเหงือกเรียบมน ปราศจากปุ่มกระดูกและส่วนคอด ขากรรไกรล่าง: (D) ก่อนเริ่มผ่าตัด; (E) 1 เดือนหลังผ่าตัด; (F) 3 เดือนหลังผ่าตัด พบสันเหงือกเรียบและมีรูปทรงที่เหมาะสมต่อการรองรับฐานฟันเทียม



ภาพที่ 12 (A) ลักษณะสันเหงือกบน-ล่างภายหลังการผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกร
ครบทุกตำแหน่ง; (B) และ (C) ลักษณะภายหลังการส่งมอบฟันเทียมถอดได้
แบบทั้งปาก

4. อภิปรายผล

ปัจจัยสำคัญในการพิจารณาเลือกแผนการรักษาแบบผ่าตัดตกแต่งปุ่มกระดูกในผู้ป่วยรายนี้มาจากลักษณะทางคลินิกของปุ่มกระดูกที่มีขนาดใหญ่และมีส่วนคอดอย่างชัดเจน ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อการใช้ฟันเทียมในหลายมิติ ทั้งการเป็นอุปสรรคต่อทิศทางการใส่ การเกิดจุดกดเจ็บ และการขาดเสถียรภาพของฟันเทียม ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้จะกลายเป็นอุปสรรคต่อการใช้งานฟันเทียมอย่างยิ่ง Brower (2025) ระบุว่าควรพิจารณาผ่าตัดกำจัดปุ่มกระดูกเมื่อปุ่มกระดูกขัดขวางการแนบสนิทของฐานฟันเทียม หรือขัดขวางทิศทางการใส่ฟันเทียม ในทำนองเดียวกัน LakshmanaRao (2025) เน้นย้ำว่าความสำเร็จของฟันเทียมมักถูกจำกัดด้วยข้อจำกัดทางกายวิภาค หากไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไข ปุ่มกระดูกขนาดใหญ่จะทำหน้าที่เป็นจุดหมุน (Fulcrum) ส่งผลให้ฟันเทียมโยกและเกิดแผลกดทับได้โดยง่าย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Chumworatayee (2025) ที่ระบุว่าปุ่มกระดูกในช่องปากมักก่อให้เกิดปัญหาต่อการรับประทานอาหารและการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

การวางแผนการผ่าตัดเตรียมช่องปากอย่างเป็นระบบถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของการรักษาด้วยฟันเทียม ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเตรียมการทันทีหลังการถอนฟัน (Immediate alveoloplasty) หรือการผ่าตัดแก้ไขในระยะหลัง (Secondary alveoloplasty) เป้าหมายหลักล้วนเป็นไปเพื่อลดอุปสรรคทางกายวิภาคและสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการยึดติด การรองรับ และเสถียรภาพของฟันเทียมในระยะยาว รากฐานของเทคนิคการผ่าตัดบุรณะดังกล่าวมีจุดเริ่มต้นจากงานวิจัยของ MacIntosh และ Obwegeser ในปี ค.ศ. 1967 (อ้างอิงใน Rohilla et al., 2019) เทคนิคการผ่าตัดที่เลือกใช้ในงานฉบับนี้เน้นหลักการอนุรักษ์กระดูก โดยตัดเฉพาะส่วนที่ยื่นนูนและขัดขวางออก เพื่อรักษาความสูงและความกว้างของสันเหงือก รวมถึงชั้นกระดูกทึบ (Cortical bone) ไว้ให้มากที่สุด อันเป็นการเก็บรักษาพื้นที่สำหรับวางฐานฟันเทียม (Denture bearing area) ให้เพียงพอ นอกจากนี้ การผ่าตัด Frenectomy ร่วมด้วยมีความจำเป็น เนื่องจากเนื้อเยื่อยึดเกาะที่สูงเกินไปจะดึงรั้งขอบฟันเทียม ทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของผืน

สุญญากาศบริเวณขอบฟันเทียม (Peripheral seal) อันจะลดโอกาสหลุดของฟันเทียมขณะขบปากพูดหรือเคี้ยวอาหาร (Ephros et al., 2015; Kalyani et al., 2020)

เมื่อเปรียบเทียบแนวทางการผ่าตัดแบบแบ่งระยะ (Staged surgical approach) ที่ใช้ในผู้ป่วยรายนี้กับการผ่าตัดแบบครั้งเดียว (Single-stage surgery) ซึ่งเป็นแนวทางที่นิยมใช้เมื่อปุ่มกระดูกมีขนาดและจำนวนไม่มาก พบว่ามีความแตกต่างที่สำคัญหลายประการ การผ่าตัดครั้งเดียวมีข้อดีในแง่การลดจำนวนครั้งของหัตถการ ลดต้นทุนการเดินทางและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการใส่ฟันเทียมได้เร็วกว่า อย่างไรก็ตาม ในกรณีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่หลายตำแหน่ง การผ่าตัดครั้งเดียวอาจจำเป็นต้องใช้ยาชาในปริมาณมาก ยิ่งไปกว่านั้น แม้การศึกษาส่วนใหญ่จะเน้นเทคนิคการผ่าตัดแต่การปิดบาดแผล (Wound closure) อย่างไรแรงตึง (Tension-free) ก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นเดียวกัน (Ristow et al., 2020) เพื่อให้เกิดการหายของแผลแบบปฐมภูมิ (Primary wound healing) การทำหัตถการขนาดใหญ่พร้อมกันทั้งปากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการแยกของแผล (Dehiscence) การบวมระบม ความเจ็บปวดที่ควบคุมยาก และภาวะเลือดออกไม่หยุด นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจสูญเสียความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารชั่วคราว จึงควรคำนึงถึงความสะดวกสบายของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนั้น การแบ่งระยะการผ่าตัดจึงช่วยให้ทันตแพทย์สามารถจัดการเนื้อเยื่ออ่อนได้อย่างประณีตในแต่ละส่วน และประสิทธิผลได้อย่างเป็นระบบมากกว่าการผ่าตัดพร้อมกันทั้งปากในครั้งเดียว

เมื่อพิจารณารายงานผู้ป่วยอื่นที่ใช้วิธีการแบ่งระยะการผ่าตัด เช่น รายงานของ Tawkaew (2020) ที่จัดการ Buccal exostoses ชากรรไกรบนซ้ายร่วมกับ Torus mandibularis ทั้งสองข้าง โดยแบ่งการผ่าตัดเป็นช่วง พบความสอดคล้องกับรายงานฉบับนี้ในด้านหลักการอนุรักษ์กระดูก และการแบ่งระยะเพื่อให้แผลหายสมบูรณ์ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนถัดไป อย่างไรก็ตาม รายงานฉบับนี้มีจุดต่างที่สำคัญ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมีปุ่มกระดูกหลายตำแหน่งครอบคลุมทั้ง 4 ส่วนของชากรรไกร ร่วมกับ มีเนื้อเยื่อยึดเกาะริมฝีปากบนในตำแหน่งที่สูง และ (2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าสู่ภาวะไร้ฟันสมบูรณ์ เพื่อรองรับการบูรณะด้วยฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนของการวางแผนการรักษา

ข้อสังเกตจากการรักษาในผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาเรื่องเนื้อเยื่อหลุดลอก (Sloughing) และแผลตึงบริเวณแผ่นเหงือกด้านลิ้น (Lingual flap) ภายหลังการตัดปุ่มกระดูกขนาดใหญ่ ดังนั้น ในการรักษาผู้ป่วยรายต่อไป จึงควรเน้นการออกแบบแผ่นเหงือกให้กว้างขึ้น (Broader flap design) หรือพิจารณาการกรีดในแนวตั้ง (Vertical releasing incision) ในตำแหน่งที่ปลอดภัย เพื่อลดแรงตึง ป้องกันการแยกของแผล ลดอาการปวดหลังผ่าตัด และส่งเสริมการหายของแผลแบบปฐมภูมิอย่างสมบูรณ์ (Ephros et al., 2015) นอกจากนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการฟันเทียมทั้งปากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอาจมีโรคประจำตัวร่วมด้วย จึงควรมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) เช่น แพทย์และพยาบาล เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนผ่าตัด และประเมินภาวะโภชนาการหลังจากการใส่ฟันเทียม ซึ่งจะช่วยยกระดับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) รวมถึงจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) สำหรับการประเมินลักษณะทางกายวิภาคของสันเหงือกก่อนการทำฟันเทียม

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับทันตแพทย์ในหน่วยงาน ให้มีมาตรฐานการคัดกรองและวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกัน

ในด้านผลลัพธ์ทางคุณภาพชีวิต ผลการประเมินด้วยแนวทางผสมผสานบ่งชี้ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในระดับน้อย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การวางแผนการรักษาเชิงระบบและการแบ่งระยะการผ่าตัดในกรณีที่มีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่หลายตำแหน่ง เป็นแนวทางที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่ควรกล่าวถึง คือ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาในลักษณะการเล่าย้อนหลัง (Retrospective recall) ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากอคติด้านการจดจำ (Recall bias)

5. สรุป

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้แสดงให้เห็นถึงการจัดการผู้ป่วยที่มีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่หลายตำแหน่งภายในช่องปาก ร่วมกับเนื้อเยื่ออ่อนที่ยึดเกาะริมฝีปากบน ด้วยวิธีการแบ่งระยะการผ่าตัด อันสะท้อนถึงความสำคัญของการเตรียมช่องปากอย่างเป็นระบบก่อนการใส่ฟันเทียม การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมส่งผลให้แผลผ่าตัดสมานตัวอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้การบูรณะด้วยฟันเทียมทั้งปากมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการยึดติด ความสวยงาม และสมรรถภาพการบดเคี้ยว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้ การประเมินผลลัพธ์ระยะยาวยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและยินยอมเผยแพร่ข้อมูลทางคลินิกเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ตลอดจนทีมงานกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการรักษาและจัดเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษา

7. เอกสารอ้างอิง

- Brower, T. (2025). Dental Alveoloplasty: Principles, Techniques, and Clinical Significance in Oral Rehabilitation. *Journal of Medical – Clinical Research & Reviews*, 9(11), 1–2.
<https://doi.org/10.33425/2639–944X.1439>
- Chatalongkorn, S. (2017). Psychometric Properties of Thai Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP–14 Thai). *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 34(3), 158–170. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/74510/76914>
- Chumworatayee, A. (2025). Torectomy and Alveoloplasty Before Wearing Removable Partial Denture: A Case Report. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 9(1), 266–279.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/280715/187899>

- Ephros, H., Klein, R., & Sallustio, A. (2015). Preprosthetic surgery. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 27(3), 459–472. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2015.04.002>
- Jainkittivong, A., & Langlais, R. P. (2000). Buccal and palatal exostoses: Prevalence and concurrence with tori. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 90(1), 48–53. <https://doi.org/10.1067/moe.2000.105905>
- Kalyani, P., Jessy, P., Maiti, S., & Kumar, M. P. S. (2020). Alveoloplasty – Prevalence and prerequisites: Prosthetic point of view. *International Journal of Dentistry and Oral Science*, 7(10), 872–877. <https://scispace.com/pdf/alveoloplasty-prevalence-and-prerequisites-prosthetic-point-2cim2eq2q.pdf>
- Kerdpon, D., & Sirirungrojying, S. (1999). A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. *European Journal of Oral Sciences*, 107(1), 9–13. <https://doi.org/10.1046/j.0909-8836.1999.eos107103.x>
- Kongpan, C. (2018). Surgical Removal of large torus palatinus to put dentures. *Region 11 Medical Journal*, 32(4), 1327–1336. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/176449>
- LakshmanaRao, B. (2025). “Pre-Prosthetic Surgery” – A Narrative Review. *International Journal of Advanced Research in Education and Technology*. 12(1), 85–93. https://ijarety.in/admin/img/11_Pre.pdf
- Regezi, J. A., & Sciubba, J. J. (1989). *Oral pathology: Clinical pathologic correlations* (2nd ed.). W.B. Saunders.
- Ristow, O., Rückschloß, T., Moratin, J., Müller, M., Kühle, R., Horn, D., Pilz, M., Shavlokhova, V., Otto, S., Hoffmann, J., & Freudlsperger, C. (2021). Wound closure and alveoplasty after preventive tooth extractions in patients with antiresorptive intake—A randomized pilot trial. *Oral Diseases*, 27, 532–546. <https://doi.org/10.1111/odi.13556>
- Rohilla, P. M., Kumar, M., Majeed, U., & Singh, A. (2019). Preprosthetic surgery: A review of literature. *Chronicles of Dental Research*, 8(1), 28–34.
- Shokraei, G., Agop-Forna, D., & Forna, N. C. (2024). Pre-prosthetic and pre-implant therapeutic management of edentulous patients to improve biomechanical stability of future hybrid prostheses. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 16(3), 348–356. <https://rjor.ro/wp-content/uploads/2024/09/PRE-PROSTHETIC-AND-PRE-IMPLANT-THERAPEUTIC-MANAGEMENT-OF-EDENTULOUS-PATIENTS-TO-IMPROVE-BIOMECHANICAL-STABILITY-OF-FUTURE-HYBRID-PROSTHESES.pdf>

Tawkaew, U. (2020). The Management of Torus Mandibularis and Maxillary Buccal Exostosis before Loading Single Complete Denture and Removable Partial Denture. *Journal of the Department of Medical Services*, 45(3), 123–130. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/248649>

