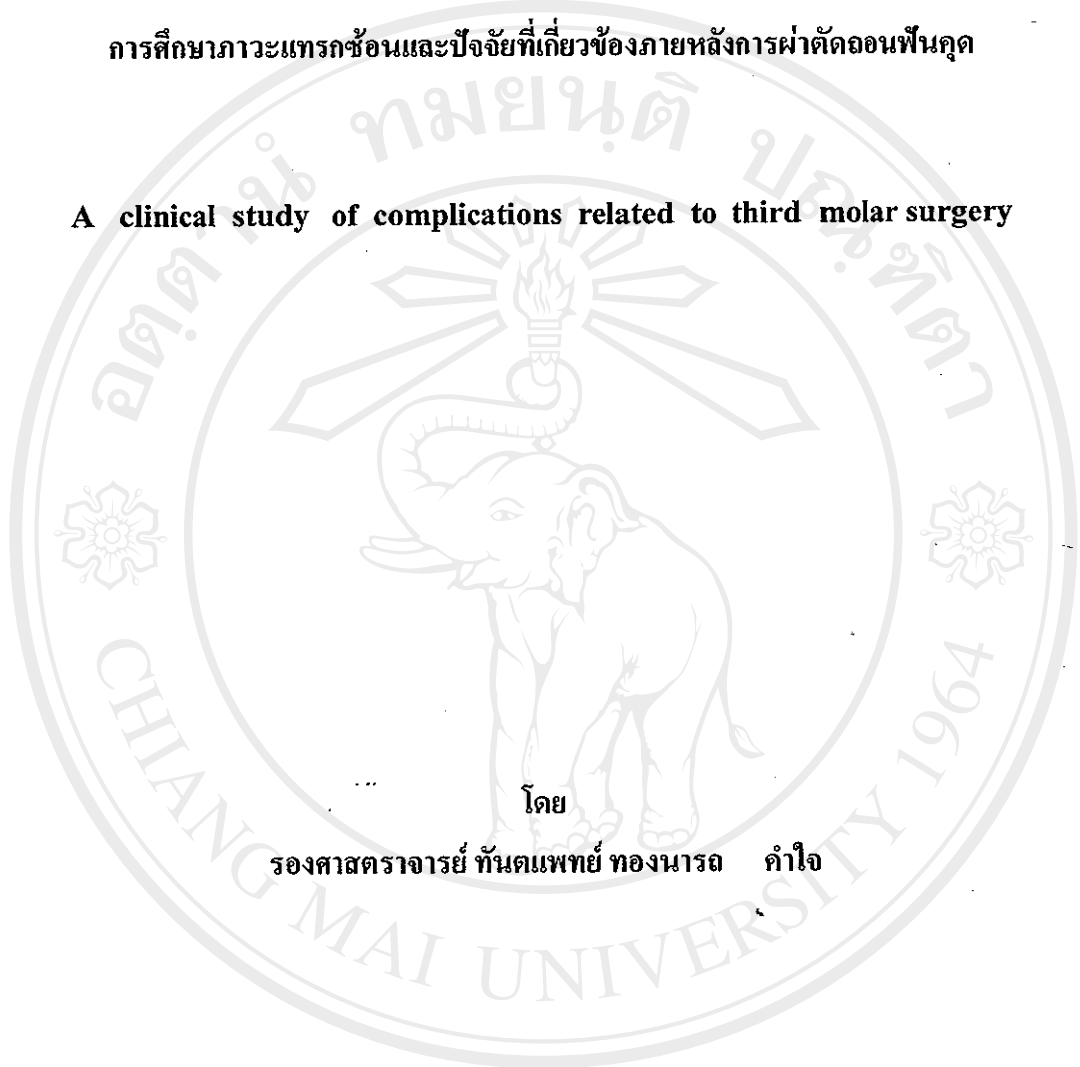


รายงานการวิจัย
เรื่อง

การศึกษาภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังการผ่าตัดถอนฟันคุด

A clinical study of complications related to third molar surgery



โดย

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ทองนารด คำใจ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

อุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้งบประมาณ 2548

All rights reserved คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	1
บทนำและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	3
วัสดุและอุปกรณ์ และวิธีการ	6
ผลการศึกษา	9
วิจารณ์ผล	17
สรุปผล	24
บรรณานุกรม	25

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทคัดย่อ

การศึกษาภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายหลังการผ่าตัดถอนฟันคุด

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ทองนารถ คำใจ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การผ่าตัดถอนฟันคุดเป็นการผ่าตัดเล็กในช่องปากที่พบได้บ่อย หลังการผ่าตัดถอนฟันคุดสามารถพบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้เช่น ภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ การติดเชื้อ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท การมีเลือดออกผิดปกติ และการบาดเจ็บต่อฟันข้างเคียง เป็นต้น ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อวิเคราะห์ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการผ่าตัดถอนฟันคุดของภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2548 ถึงเดือนธันวาคม 2550 การรักษาทำโดยนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง แผนกวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทั้งสิ้น 11 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูล จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 340 คน เป็นชาย 118 คน หญิง 222 คน อายุเฉลี่ย 25.1 ปี ผลการศึกษาพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดถอนฟันคุด 8.84% โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท 2.43% การเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ 1.77% และการเกิดการติดเชื้อ 1.33% ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พบได้น้อยกว่า 1% เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดถอนฟันคุดเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่มากขึ้น และฟันคุดที่มีลักษณะกระดูกหุ้มทั้งหมด นอกจากนั้นพบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาสูงในฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบกลับหัว แบบใกล้กลางและแนวอนตามลำดับ จากการศึกษาพบว่ามีโอกาสเกิดอาการชาของริมฝีปากภายหลังการรักษาได้ถึง 50% หากพบเส้นประสาทอินฟีเรียออลวีโอลาร์ระหว่างการผ่าตัดถอนฟันคุด

Abstract**A clinical study of complications related to third molar surgery**

Assoc. Prof. Dr. Thongnard Kumchai

Department of oral surgery Faculty of Dentistry Chiangmai University

After surgical removal of the third molars, many postoperative complications have been reported such as alveolar osteitis, infection, nerve injury, bleeding, injury to adjacent tooth etc. These complications relate to various factors. The purpose of this study was to analyze postoperative complications and to identify the risk factors associated to those complications after surgical removal of the third molars in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University. The procedure was performed by eleven higher postgraduated students. The data were collected from May 2005 to December 2007. There were 340 patients, 118 males and 222 females, with a mean age of 25.1 years. The study showed the incidence of postoperative complications 8.84%. The most complications were nerve injury (2.43%), alveolar osteitis (1.77%), infections (1.33%), respectively. Other complications were found less than 1%. Postoperative complications were high in older patients and complete bony third molars. Moreover, there was high incidence of postoperative complications in inverted, mesioangular and horizontal-angular third molars, respectively. There was 50% paresthesia of the lower lip if the inferior alveolar nerve was exposed during surgery.

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาเรื่องฟันคุดยังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม เหตุผลที่ผู้ป่วยมาขอรับการรักษาอาจพบได้ทั้งกรณีที่มีปัญหาโดยตรงจากฟันคุด เช่น มีอาการปวดฟันหรือสภาวะผาเหลงอักเสบ เป็นต้น กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่มีปัญหาใดๆ แต่ตรวจพบได้จาก การตรวจสุขภาพฟันและภาพรังสี ชี้อบ่งชี้ในการผ่าตัดฟันคุดซึ่งยังไม่มีอาการแสดงใดๆ ทางคลินิกโดยหวังผลเพื่อการป้องกันยังเป็นข้อโต้แย้งและมีความเห็นที่แตกต่างกันในทันตแพทย์แต่ละคน โดยส่วนใหญ่แล้วทันตแพทย์จะมีเหตุผลในการตัดสินใจผ่าฟันคุดเมื่อพบตั้งแต่ในช่วงอายุน้อยๆ ทั้งที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการทางคลินิก หรือคาดคะเนว่าฟันซี่ดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วยในอนาคต โดยการผ่าตัดนำฟันคุดออกไปนั้นจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยเนื่องจากการผ่าตัดในขณะที่ยังไม่มีอาการสามารถผ่าตัดได้ง่ายกว่า รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า ดังที่ Osborn และคณะได้รายงานว่าอุบัติการณ์การเกิดการอักเสบของกระดูกเบ้าฟันพบได้สูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสภาวะการอักเสบของเหงือกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีกรอักเสบของเหงือกถึง 2 เท่า และแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น¹ นอกจากนี้บางการศึกษาแนะนำว่าการผ่าฟันคุดออกเพื่อเป็นการป้องกันในผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 25-30 ปี จะช่วยรักษาระดับกระดูกไว้ได้ และมีการสูญเสียกระดูกเพียงเล็กน้อยหลังผ่าตัด^{2,3}

เกี่ยวกับปัญหาของการมีฟันคุดมีหลายการศึกษาแสดงถึงผลของฟันคุดต่อความแข็งแรงของกระดูกขากรรไกรล่าง พบว่าในรายที่มีฟันคุดมีโอกาสที่จะเกิดการหักของกระดูกขากรรไกรล่างที่บริเวณมุมของกระดูกขากรรไกร (angle of mandible) ได้มากกว่ารายไม่มีฟันคุด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Halmos และคณะที่ศึกษาถึงการมีฟันคุดและตำแหน่งฟันคุดว่ามีความสัมพันธ์กับการหักของมุมขากรรไกรล่างพบว่า ในผู้ป่วยที่มีฟันคุดมีโอกาสเกิดการหักของกระดูกขากรรไกรล่างที่บริเวณมุมของกระดูกขากรรไกรล่าง (30.7%) มากกว่าในคนที่ไม่มีฟันคุด (13.7%)⁴ และตำแหน่งของฟันคุดยิ่ง โผล่พ้นกระดูกมากก็มีโอกาสเกิดการหักได้มากกว่า เนื่องจากความแข็งแรงของกระดูกขากรรไกรล่างได้มาจากกระดูกทึบ (cortical bone) ไม่ใช่กระดูกโปร่ง (sponge bone)⁵

Blakey และคณะได้รายงานว่าฟันกรามคุดจะทำให้ความลึกของกระเปาะปริทันต์ (periodontal probing depth) เพิ่มขึ้น และจะมีการเปลี่ยนแปลงความลึกบริเวณด้านไกลกลางของฟันกรามที่ติดกัน และบริเวณรอบๆ ฟันคุดได้ตลอดเวลา ซึ่งจะเป็นผลให้สภาวะโรคปริทันต์แย่ลงเรื่อยๆ ถ้ายังคงทิ้งฟันกรามคุดที่ไม่มีอาการไว้อยู่ต่อไป^{6,7}

การศึกษาระบาดวิทยาการเกิดฟันคุดของ Shugars และคณะพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งและสองซี่จะมีฟันกรามซี่ที่สามซี่ด้วย⁸ และการศึกษาต่อมาของ Shugars และคณะพบว่ามากกว่า 40% ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 25 ปีจะเกิดฟันคุดที่ฟันกรามล่างซี่สุดท้ายที่สามารถ

ขึ้นมาได้ในระดับระนาบสบฟันก่อนอายุ 30 ปี โดยที่ฟันกรามล่างมีแนวโน้มที่จะเกิดฟันผุได้มากกว่าฟันกรามบน⁹

การตัดสินใจผ่าตัดฟันกรามคุดออกเพื่อการจัดฟันทำได้ง่ายโดยเฉพาะกรณีที่ฟันคุดนั้นขัดขวางการขึ้นของฟันกรามใหญ่ซึ่งที่สองหรือมีผลกับฟันข้างเคียง แต่หลักฐานที่สนับสนุนว่าฟันคุดมีผลทำให้ฟันหน้าล่างซ้อนเกหลังจัดฟันนั้นยังไม่มีแน่ชัด แต่ในผู้ป่วยจัดฟันที่ต้องผ่าตัดขากรรไกรล่างร่วมด้วยควรต้องผ่าฟันออกไปก่อนอย่างน้อย 6-9 เดือนก่อนผ่าตัดขากรรไกรเพื่อให้มีการหายของกระดูกที่ดีพอเนื่องจากในการยึดกระดูกให้ติดกันด้วย Plate & screw ต้องมีกระดูกที่ดีเพียงพอเพื่อให้สามารถยึด Plate & screw ได้แน่น แต่ในกรณีฟันคุดบนที่ฝังในกระดูกก็อาจพิจารณาผ่าออกพร้อมกับขั้นตอนการทำ Le Fort I osteotomy¹⁰

มีเหตุผลบางประการที่เป็นข้อห้ามในการผ่าตัดฟันกรามคุด เช่น ผู้ป่วยที่อายุมาก มีโรคทางระบบที่ควบคุมไม่ดี ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ระวังปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากสภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่นการเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุด ปัญหาการติดเชื้อ หรือปัญหาของทางเดินหายใจ จำเป็นที่ทันตแพทย์ต้องประเมินสภาวะผู้ป่วยและปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยก่อน ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการให้พิจารณาทำเป็น elective case เสมอ ก่อนการผ่าฟันกรามซี่ที่สามที่ฝังคุดควรมีการถ่ายภาพรังสีเพื่อพิจารณาโอกาสเกิดอันตรายต่อโครงสร้างข้างเคียงคือ เส้นประสาท ฟันข้างเคียงหรือโพรงอากาศข้างจมูก ผู้ป่วยที่อายุมากหากฟันคุดที่ตรวจพบไม่มีอาการร่วมกับการพิจารณาจากภาพถ่ายรังสีพบโอกาสเสี่ยงต่อการทะลุโพรงอากาศข้างจมูกหรือเสี่ยงต่อการทำอันตรายต่อเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ (inferior alveolar nerve) อาจพิจารณาให้เก็บฟันไว้ได้¹¹

เหตุผลของการเข้ารับการผ่าตัดฟันกรามล่างคุดพบว่าปัญหาจากสภาวะผ่าเหงือกอักเสบเป็นเหตุผลของการผ่าตัดฟันกรามคุดมากที่สุด (37.5%) รองลงมาได้แก่ อาการปวดซึ่งไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ (23.2%) การเกิดฟันผุของฟันคุด (9.4%) ผ่าตัดเพื่อการจัดฟัน (3.4%) ฟันคุดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดถุงน้ำ (1.9%) โรคปริทันต์ (0.2%)¹² ในขณะที่ Von Wowern และคณะศึกษาในลักษณะเดียวกันพบว่าเหตุผลในการผ่าฟันคุดคือ การเกิดสภาวะผ่าเหงือกอักเสบหรือการเกิดฟันผุ (30%) การเกิดอาการเล็กน้อย (39%) และการผ่าตัดเพื่อป้องกัน (31%)¹³

การผ่าตัดฟันกรามคุดถือได้ว่าเป็นการผ่าตัดเล็กในช่องปากที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ 4.3-30.9% โดยเกิดขึ้นได้ทั้งในระหว่างรักษาหรือหลังรักษาในด้านความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดฟันคุดนั้นมีได้หลายอย่าง แต่ที่พบได้บ่อยๆ 4 อันดับแรกคือ กระดูกเบ้าฟันอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดจากการไม่มีก้อนเลือดคลุมกระดูก การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด การบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์หรือเส้นประสาทลิ้นกวาง (lingual nerve) และการมีภาวะเลือดออก ซึ่งตามการศึกษาของ Bouloux และคณะ ความเจ็บปวด การบวมและอ้าปากได้น้อยหลังการรักษาเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ชั่วคราว จึงไม่นำมาพิจารณาเป็นภาวะแทรกซ้อน ส่วนปัจจัยที่เชื่อว่ามอิทธิพลต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่

อายุ เพศ โรคประจำตัว การได้รับยาคุมกำเนิด การมีฝ่าเหงือกอักเสบ สุขภาพช่องปากที่ไม่ดี สูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ของฟันกรามคู่กับเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ ระยะเวลาในการผ่าตัด เทคนิคในการผ่าตัด ประสิทธิภาพของทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา การใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างผ่าตัด¹⁴

Benediktsdottir และคณะพบว่าผู้หญิงมีโอกาสเกิดอาการปวดและมีกระดูกเบ้าฟันอักเสบมากกว่าผู้ชาย ฟันกรามคู่แบบฝังในกระดูกทั้งซี่มีโอกาสเกิดการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดมากขึ้นและในการผ่าตัดที่ลึกและใกล้เส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์มีความเสี่ยงที่จะเกิดการปวดและการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดซึ่งไม่ใกล้เส้นประสาท¹⁵ ส่วน Conrad และคณะได้รายงานว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะใช้เวลาในการหายของแผลนานกว่าผู้ชาย เวลาในการผ่าตัดที่มากกว่า 30 นาทีหรือฟันคู่ที่มีระดับต่ำกว่าระนาบสบฟันก็จะใช้ระยะเวลาในหายนานด้วยเช่นกัน¹⁶

Kugelberg และคณะกล่าวว่าการผ่าตัดฟันคู่ต่างอาจเป็นสาเหตุของการสะสมแผ่นคราบจุลินทรีย์และก่อให้เกิดปัญหาเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ทางด้าน โกลกลางของฟันกรามซี่ที่สองที่อยู่ติดกับฟันคู่ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากและในฟันคู่ที่อยู่ลึกๆ มีโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์มากขึ้น โดยปัจจัยอื่นๆซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทมากขึ้น ได้แก่ แนวการเอียงตัวของฟันคู่ ความชำนาญของทันตแพทย์ผู้รักษาและความสัมพันธ์ของรากฟันคู่กับเส้นประสาท¹⁷

Bui และคณะได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดฟันคู่ พบว่าลักษณะการเอียงตัวของฟันคู่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดฟันคู่โดยพบได้สูงที่สุดในฟันคู่ที่เอียงตัวแบบโกลกลาง การมีกระดูกคลุมฟันคู่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นกัน กล่าวคือฟันคู่ที่มีกระดูกคลุมฟันทั้งซี่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงกว่าฟันคู่ที่มีกระดูกคลุมบางส่วนหรือไม่มีกระดูกคลุมเลย¹⁸

Osborn และคณะศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามในผู้ป่วย 9,574 ราย 16,127 ซี่ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงในฟันคู่ชนิดที่มีกระดูกคลุมทั้งซี่ (complete bony impaction) และในผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 25 – 34 ปี โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือการอักเสบของกระดูกเบ้าฟัน (6.3%) รองลงมาคือ การติดเชื้อ (3.7%) อาการชา (0.6%) และภาวะเลือดออก (0.2%) โดยอุบัติการณ์เกิดการอักเสบของกระดูกเบ้าฟันพบสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสภาวะการอักเสบของเหงือกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการอักเสบของเหงือกถึง 2 เท่า และพบว่าอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดฟันคู่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Blondeau และคณะที่สรุปว่าผู้ป่วยที่อายุมากมีความเสี่ยงมากขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด¹⁹

การศึกษาของ Blondeau และคณะได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดฟันคู่จำนวน 327 ราย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ 6.9% ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังการผ่าตัดคือการอักเสบของกระดูกเบ้าฟัน รองลงมาคือการติดเชื้อ และอาการชาตามลำดับ¹⁹

วัตถุประสงค์

1. หาชนิดและความถี่ของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดฟันกรามคุดโดยนักศึกษาหลังปริญญาของภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. หาปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดฟันกรามคุด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรตัวอย่างที่เข้ามาใช้บริการผ่าตัดถอนฟันคุด โดยนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงแขนงวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลจำนวน 3 ปี เริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2548 ถึงเดือนธันวาคม 2550 โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจากทันตแพทย์ที่มาศึกษาต่อในระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง แขนงวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลทั้งสิ้น 11 คน

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ ซึ่งการผ่าตัดฟันคุดจะทำภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ทุกราย มีการให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีการรื้อกระดูกหรือพบมีการติดเชื้อก่อนทำ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาเสร็จจะได้รับใบนัดเพื่อมารับการตัดไหมหลังผ่าตัดฟันคุดเป็นเวลา 7 วัน ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังทำสามารถมาติดต่อได้ก่อนเวลานัด หรือผู้ป่วยที่คาดว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดฟันคุด เนื่องจากมีปัญหาแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดทันตแพทย์จะนัดมาดูอาการก่อนตัดไหมเป็นระยะ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มารับการตัดไหมที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะถูกคัดออก ไปจากการศึกษานี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลแบบเดียวกันทั้งหมด โดยแบ่งข้อมูลก็บันทึกออกเป็น 5 ส่วน

ข้อมูลส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ อายุ เพศของผู้ป่วย วันที่ให้การรักษา และซี่ฟันคุดที่ทำการรักษา ลักษณะทางคลินิกนอกช่องปาก และลักษณะฟันคุดในช่องปาก เช่นมีฝ้าเหลืองอักเสบ เป็นต้น

ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับฟันคุดซี่ที่รักษาโดยดูจากภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (panoramic) หรือภาพถ่ายรังสีปลายราก (periapical) ซึ่งข้อมูลประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. การแบ่งประเภทลักษณะของฟันคุดตามการแบ่งของ Winter's classification
2. ปริมาณกระดูกที่คลุมตัวฟันคุดแบ่งเป็นฟันคุดที่มีกระดูกคลุมฟันทั้งซี่ (complete bony impaction) ฟันคุดที่มีกระดูกคลุมฟันเพียงบางส่วน (partial bony impaction) และฟันคุดที่ไม่มีกระดูกคลุมตัวฟัน (soft tissue impaction)

3. ฟันล่างพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างฟันคู่กับแนวเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ (inferior alveolar nerve) โดยจะบันทึกหากพบว่ารากฟันบริเวณปลายรากมีรอยดำพาดผ่านบริเวณที่คาดว่าจะเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ (darkening of root) การโค้งบิดเบี้ยวของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ (diversion of canal) ลักษณะการแคบลงของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ (narrowing of canal) รากฟันบริเวณปลายรากมีการเบี่ยงเบนหนีแนวเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ (deflection of root) รากฟันบริเวณปลายรากมีลักษณะตีบแคบลง (narrowing of root) ปลายรากฟันดำขึ้นพร้อมทั้งเห็นเหมือนรากแยกออกเป็นสองแฉกบริเวณปลายราก (dark and bifid apex of root) พบลักษณะการขาดหายไปของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ (interruption of white line of canal) ซึ่งอาจแสดงถึงความใกล้ชิดระหว่างรากฟันคู่และแนวเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์
4. ลักษณะพยาธิสภาพของฟันข้างเคียง เช่น การผุทางด้านไกลกลางเนื่องมาจากฟันคู่ชน การละลายของรากฟันจากแรงดันของฟันคู่ การมีกระดูกทางด้านไกลกลางละลายต่ำกว่าต้นกระดูก
5. พยาธิสภาพของฟันคู่ก่อนการผ่าตัด เช่น มีเงาดำล้อมรอบตัวฟัน ตัวฟันคู่ผุ

ข้อมูลส่วนที่ 3 บันทึกรายละเอียดขั้นตอนการผ่าตัด ข้อมูลประกอบด้วย

1. รายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ใช้และปริมาณของยารวมทั้งวิธีการฉีดยา
2. ความจำเป็นของการกรอกระดูก
3. จำนวนรากของฟันคู่
4. วิธีการผ่าตัด การเปิดและปิดแผ่นเหงือกกว่าปิดแบบปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ และจำนวนรอยเย็บ

ข้อมูลส่วนที่ 4 เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำหัตถการ ประกอบด้วย มีเลือดออกมากผิดปกติระหว่างรักษา กระดูกที่ล้อมรอบฟันคู่แตกหักในที่นี้รวมไปถึงกระดูกปุ่มขากรรไกรบน (tuberosity) ขณะทำรากฟันคู่หักและเปลี่ยนตำแหน่งไปจากเดิม การเผยฝังเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ มีรูทะลุเข้าโพรงอากาศบริเวณขากรรไกรบน มีการบาดเจ็บต่อฟันข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พร้อมทั้งมีการบันทึกยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยภายหลังการรักษา

ข้อมูลส่วนที่ 5 บันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ประกอบด้วย มีเลือดออกมากผิดปกติ ภายหลังการรักษา กระดูกเบ้าฟันอักเสบ อ้าปากได้จำกัด มีการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ การติดเชื้อหลังการรักษา มีโรคของโพรงอาหารเข้ามาเกี่ยวข้องโดยเกิดจากการผ่าตัดฟันคู่ ปัญหาข้อต่อขากรรไกร และอื่นๆ

หลังการผ่าฟันกรามคนัดผู้ป่วยตัดใหม่ที่ภาควิชา 7 วันหลังการผ่าตัด บันทึกอาการผู้ป่วย ลักษณะนอกช่องปากและในช่องปากที่พบ ประเมินการหายของแผลผ่าตัด การรักษาที่ได้ให้ในวันที่ ตัดใหม่ และภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบและแนวทางการรักษาต่อเนื่อง

จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ฟันกรามคุด และความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ ลักษณะฟันคุดในแง่ของการ เอียงตัวและการมีกระดูกปกคลุม พยาธิสภาพทางคลินิกหรือทางภาพถ่ายรังสีก่อนการผ่าตัดและ ภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัด



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 340 ราย เป็นเพศหญิง 65.29% (222ราย) และเป็นเพศชาย 34.71% (118ราย) โดยมีอายุตั้งแต่ 14-63 ปี และมีอายุเฉลี่ย 25.1 ปี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอายุ

GENDER	12 - 24 yrs. (คน)	25 - 34 yrs. (คน)	35 - 81 yrs. (คน)	TOTAL (คน)
Male	64	31	23	118 (34.71%)
Female	154	46	22	222 (65.29%)
TOTAL (คน)	218 (64.12%)	77 (22.65%)	45 (13.24%)	340 (100.00%)

เมื่อแบ่งผู้ป่วยตามช่วงอายุเป็น 3 กลุ่มอายุ พบกลุ่มอายุ 12 - 24 ปีมากที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี และ 35 - 81 ปีตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนซี่ฟันคุดที่พบในแต่ละขากรรไกร

TOOTH	TOTAL (ซี่)
Maxillary third molar	155 (34.29%)
Mandibular third molar	297 (65.71%)

จำแนกตามขากรรไกรเป็นฟันคุดในขากรรไกรล่างมากกว่าฟันคุดบน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนซี่ฟันคุดแบ่งตามลักษณะการเอียงตัวเมื่อดูจากภาพถ่ายรังสี

TOOTH	MAXILLA (ซี่)	MANDIBLE (ซี่)	TOTAL (ซี่)
Mesio-angular	25 (16.13%)	124 (41.75%)	149 (32.96%)
Vertical	97 (62.58%)	55 (18.52%)	152 (33.64%)
Horizontal	3 (1.94%)	98 (32.99%)	101 (22.34%)
Disto-angular	18 (11.61%)	13 (4.38%)	31 (6.85%)
Buccal transverse	10 (6.46%)	1 (0.34%)	11 (2.44%)
Lingual transverse	1 (0.64%)	2 (0.67%)	3 (0.67%)
Inverted	1 (0.64%)	4 (1.35%)	5 (1.10%)
TOTAL (ซี่)	155 (100.00%)	297 (100.00%)	452 (100.00%)

พบว่าโดยรวมฟันคุดมีลักษณะการเอียงตัวส่วนใหญ่เป็นแนวตรง (Vertical) เอียงใกล้กลาง (Mesio-angular) และแนวนอน (Horizontal) ตามลำดับ

แต่เมื่อจำแนกฟันคุดตามลักษณะขากรรไกร พบว่าฟันคุดบนมีการเอียงตัวแบบแนวตรงมากที่สุด ส่วนฟันคุดล่างมีการเอียงตัวแบบใกล้กลางมากที่สุด

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนซี่ฟันคุดแบ่งตามลักษณะการมีกระดูกคลุมฟัน

TOOTH	MAXILLA (ซี่)	MANDIBLE (ซี่)	TOTAL (ซี่)
Complete bony impaction	39 (25.16%)	59 (19.87%)	98 (21.68%)
Partial bony impaction	74 (47.74%)	206 (69.36%)	280 (61.95%)
Soft tissue impaction	42 (27.10%)	32 (10.77%)	74 (16.37%)
TOTAL (ซี่)	155 (100.00%)	297 (100.00%)	452 (100.00%)

ฟันคุดทั้งหมดจำนวน 452 ซี่เป็นฟันคุดที่มีกระดูกคลุมอยู่บางส่วนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ฟันคุดที่มีกระดูกคลุมทั้งหมดและเป็นฟันคุดที่ไม่มีกระดูกคลุม

เมื่อจำแนกฟันคุดตามตำแหน่งในขากรรไกร พบว่าทั้งฟันคุดในขากรรไกรบนและล่างส่วนใหญ่เป็นฟันคุดที่มีกระดูกคลุมบางส่วนเช่นกัน

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนซี่ฟันที่พบพยาธิสภาพก่อนการผ่าตัด

PRE - OPERATIVE PATHOLOGIC FINDING	MAXILLA (n = 155 ซี่)	MANDIBLE (n = 297 ซี่)	TOTAL (n = 452 ซี่)
Radiolucent area around occlusal	1 (0.64%)	6 (2.02%)	7 (1.54%)
Radiopaque area at apical root	-	1 (0.34%)	1 (0.22%)
2 nd molar distal alveolar bone loss	10 (6.45%)	73 (24.58%)	83 (18.36%)
2 nd molar Dental caries	-	5 (1.68%)	5 (1.11%)
Chronic pericoronitis	-	9 (3.03%)	9 (1.99%)
Infraocclusion (adjacent tooth)	-	1 (0.34%)	1 (0.22%)
TOTAL (ซี่)	11 (7.09 %)	95 (31.98%)	106 (23.45%)

จากการตรวจทางภาพรังสีพบพยาธิสภาพก่อนการผ่าตัดถอนฟันคุดทั้งสิ้น 106 ซี่ โดยพบการละลายของกระดูกทางด้านไกลกลางของฟันข้างเคียงมากที่สุดทั้งฟันคุดในขากรรไกรบนและล่าง แต่พบได้ในฟันคุดล่างมากกว่า

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนซี่ฟันคุดที่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS	MAXILLA (n = 155 ซี่)	MANDIBLE (n = 297 ซี่)	TOTAL (n = 452 ซี่)
Fracture of alveolar socket	3 (1.93%)	2 (0.67%)	5 (1.11%)
Bleeding	1 (0.64%)	15 (9.68%)	16 (3.54%)
Root fractured & displacement	-	5 (1.68%)	5 (1.11%)
Exposed of inferior alveolar canal	-	18 (11.61%)	18 (3.98%)
Other*	3 (1.93%)	2 (0.67%)	5 (1.11%)
At least 2 choice**	-	3 (1.01%)	3 (0.66%)
TOTAL (ซี่)	7 (4.52%)	45 (15.15%)	52 (11.50%)

*Other - อันตรายต่อฟันข้างเคียง 1 ซี่ บาดเจ็บของเนื้อเยื่อข้างเคียง 4 ซี่

**At least 2 choice - กระดูกด้านลิ้นแตกและมีการไหม้ของเนื้อเยื่อในช่องปาก 1 ซี่ เลือดออกมากและพบเส้นประสาท 2 ซี่

ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าฟันคุดพบการเผยผิวงของเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์มากที่สุด ในขากรรไกรล่าง และการแตกหักของกระดูกเบ้าฟันมากที่สุด ในขากรรไกรบน

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนซี่ฟันคู่ที่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

POST – OPERATIVE COMPLICATIONS	MAXILLA (n = 155 ซี่)	MANDIBLE (n = 297 ซี่)	TOTAL (n = 452 ซี่)
Alveolar osteitis	1 (0.64%)	7 (2.36%)	8 (1.77%)
Nerve injury	-	11 (3.70%)	11 (2.43%)
Infection	-	6 (2.02%)	6 (1.33%)
TMJ pain	-	1 (0.34%)	1 (0.22%)
Tooth injury	-	1 (0.34%)	1 (0.22%)
Bleeding	-	3 (1.01%)	3 (0.66%)
Limit jaw opening	1 (0.64%)	3 (1.01%)	4 (0.88%)
Other*	-	3 (1.01%)	3 (0.66%)
At least 2 choice**	-	3 (1.01%)	3 (0.66%)
TOTAL (ซี่)	2 (1.29%)	38 (12.79%)	40 (8.84%)

*Other- เกิดแผลในช่องปาก 2 ซี่ ปวด นานมากกว่า 7 วัน 1 ซี่

**At least 2 choice- กระดูกเบ้าฟันอักเสบและพบเส้นประสาท 1 ซี่ อ้าปากได้จำกัดและพบเส้นประสาท 2 ซี่

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดฟันคู่พบทั้งสิ้น 40 ซี่ จาก 452 ซี่ (8.84%) ส่วนใหญ่พบใน
ขากรรไกรล่าง โดยพบการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทมากที่สุด รองลงมาคือภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ
และการติดเชื้อตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดฟันคุดในแต่ละกลุ่มอายุ

POST – OPERATIVE COMPLICATIONS	12 - 24 yrs. (n = 218 คน)	25 - 34 yrs. (n = 77 คน)	35 - 81 yrs. (n = 45คน)	TOTAL (n = 340 คน)
Alveolar osteitis	1 (0.46%)	3 (3.90%)	3 (6.67%)	7 (2.06%)
Nerve injury	4 (1.83%)	2 (2.60%)	4 (8.89%)	10 (2.94%)
Infection	4 (1.83%)	-	2 (4.44%)	6 (1.76%)
TMJ pain	-	-	1 (2.22%)	1 (0.30%)
Tooth injury	1 (0.46%)	-	-	1 (0.30%)
Bleeding	1 (0.46%)	2 (2.60%)	-	3 (0.88%)
Limit jaw opening	3 (1.38%)	-	1 (2.22%)	4 (1.18%)
Other	1 (0.46%)	1 (1.30%)	1 (2.22%)	3 (0.88%)
At least 2 choice	3 (1.38%)	-	-	3 (0.88%)
TOTAL (คน)	18 (8.26%)	8 (10.39%)	12 (26.67%)	38 (11.18%)

POST – OPERATIVE COMPLICATIONS	12 - 24 yrs. (คน)	25 - 34 yrs. (คน)	35 - 81 yrs. (คน)	TOTAL (คน)
เกิด	18	8	12	38
ไม่เกิด	200	69	33	302
รวม	218	77	45	340

จากผู้ป่วยทั้งหมด 340 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดถอนฟันคุดทั้งสิ้น 38 ราย หากคำนวณตามสัดส่วนร้อยละจะพบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มอายุ 35-81 ปีมีสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-34 ปีและ 12-24 ปีตามลำดับ

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดฟันคุดในแต่ละเพศ

POST – OPERATIVE COMPLICATIONS	MALE (n = 118 คน)	FEMALE (n = 222 คน)	TOTAL (n = 340 คน)
Alveolar osteitis	3 (2.54%)	4 (1.80%)	7 (2.06%)
Nerve injury	3 (2.54%)	7 (3.15%)	10 (2.94%)
Infection	2 (1.69%)	4 (1.80%)	6 (1.76%)
TMJ pain	1 (0.85%)	-	1 (0.29%)
Tooth injury	1 (0.85%)	-	1 (0.29%)
Bleeding	2 (1.69%)	1 (0.45%)	3 (0.88%)
Limit jaw opening	1 (0.85%)	3 (1.35%)	4 (1.18%)
Other	2 (1.69%)	1 (0.45%)	3 (0.88%)
At least 2 choice	-	3 (1.35%)	3 (0.88%)
TOTAL (คน)	15 (12.71%)	23 (10.36%)	38 (11.18%)

POST – OPERATIVE COMPLICATIONS	Male (คน)	Female (คน)	TOTAL (คน)
เกิด	15	23	38
ไม่เกิด	103	199	302
รวม	118	222	340

จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละเพศ หากคำนวณตามสัดส่วนร้อยละพบว่าเพศชายเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมากกว่าเพศหญิง

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนซี่ฟันคุดที่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดแบ่งตามการเอียงตัวของฟันคุด

POST - OPERATIVE COMPLICATIONS	MA (n = 149ซี่)	VERT (n = 152 ซี่)	HOZ (n = 101ซี่)	DA (n=31)	INVERTED (n = 5 ซี่)	TOTAL (n = 452 ซี่)
Alveolar osteitis	3 (2.01%)	1 (0.65%)	4 (3.96%)		-	8 (1.77%)
Nerve injury	8 (5.37%)	1(0.65%)	-	1(3.22%)	1 (20%)	11 (2.43%)
Infection	5 (3.35%)	-	-	1(3.22%)	-	6 (1.32%)
TMJ pain	-	-	1 (0.99%)		-	1 (0.22%)
Tooth injury	-	-	1 (0.99%)		-	1(0.22%)
Bleeding	1 (0.67%)	-	2 (1.98%)		-	3 (0.66%)
Limit jaw opening	3 (2.01%)	1(0.65%)	-		-	4 (0.88%)
Other	2 (1.34%)	1(0.65%)	-		-	3 (0.66%)
At least 2 choice	3 (2.01%)	-	-		-	3 (0.66%)
TOTAL (ซี่)	25(16.77%)	4 (2.63%)	8 (7.92%)	2(6.45%)	1 (20%)	40 (8.84%)

POST - OPERATIVE COMPLICATIONS	MA	VERT	HOZ	DA	Buccal TRANS	Lingual TRANS	INVERTED	TOTAL
เกิด	25	4	8	2	0	0	1	40
ไม่เกิด	124	148	93	29	11	3	4	412
รวม	149	152	101	31	11	3	5	452

จำแนกฟันคุดตามลักษณะการเอียงตัวพบว่า ฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบกลับหัว (inverted) มีสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าฟันคุดมากที่สุด รองลงมาคือฟันคุดที่เอียงตัวแบบโก่งกลาง (mesioangular) และอันดับที่สามคือฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบนอน (horizontal)

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนซี่ฟันคุดที่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดแบ่งตามการมีกระดูกคลุมฟัน

POST - OPERATIVE COMPLICATIONS	COMPLETE (n = 98 ซี่)	PARTIAL (n = 280 ซี่)	SOFT TISSUE (n = 74 ซี่)	TOTAL (n = 452 ซี่)
Alveolar osteitis	1 (1.02%)	7 (2.5%)	-	8 (1.77%)
Nerve injury	6 (6.12%)	5 (1.78%)	-	11 (2.43%)
Infection	-	6 (2.14%)	-	6 (1.33%)
TMJ pain	-	1 (0.36%)	-	1 (0.22%)
Tooth injury	-	1(0.36%)	-	1 (0.22%)
Bleeding	1 (1.02%)	2 (0.71%)	-	3 (0.66%)
Limit jaw opening	1 (1.02%)	2 (0.71%)	1 (1.35%)	4 (0.88%)
Other	2 (2.04%)	1(0.36%)	-	3 (0.66%)
At least 2 choice	2 (2.04%)	1(0.36%)	-	3 (0.66%)
TOTAL (ซี่)	13 (13.26%)	26(9.28%)	1 (1.35%)	40 (8.84%)

POST - OPERATIVE COMPLICATIONS	COMPLETE	PARTIAL	SOFT TISSUE	TOTAL
เกิด	13	26	1	40
ไม่เกิด	85	254	73	412
รวม	98	280	74	452

จำแนกการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถอนฟันคุด ตามลักษณะการมีกระดูกคลุมฟันคุด พบว่า ฟันคุดที่มีกระดูกคลุมทั้งซี่มีส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดฟันคุดมากที่สุด รองลงมาได้แก่ฟันคุดที่มีกระดูกคลุมบางส่วน ส่วนอันดับสุดท้ายคือฟันคุดที่ไม่มีกระดูกคลุมตัวฟัน

All rights reserved

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาในผู้ป่วยทั้งหมด 340 คน จำนวนฟันทั้งสิ้น 452 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุ 12-24 ปี ฟันที่รักษาเป็นฟันล่างมากกว่าฟันบนประมาณ 2 เท่า พยาธิสภาพก่อนการผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือ มีกระดูกด้านไกลกลางของฟันกรามใหญ่ซึ่งที่สองละลายต่ำกว่าสันกระดูก โดยพบในฟันคุดล่างมากกว่าฟันคุดบน เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วในฟันคุดล่างจะมีการเอียงตัวแบบใกล้กลาง และ แนวอนขณะที่ในฟันคุดบนมีการเอียงตัวแบบตั้งตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brickley และคณะที่พบว่าการละลายของกระดูกที่ด้าน ไกลกลางของฟันกรามใหญ่ซึ่งที่สองมีความสัมพันธ์กับฟันคุดที่เอียงตัวแบบใกล้กลาง²⁰

ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดพบในฟันคุดล่างมากกว่าฟันคุดบน โดยภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ในฟันคุดล่างคือพบเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ และเกิดภาวะเลือดออกมากในขณะรักษา ส่วนฟันคุดบนพบมีการแตกหักของกระดูกเบ้าฟันมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกระดูกของขากรรไกรบนเป็นกระดูกโปร่ง(sponge bone) กว่าซึ่งต่างจากขากรรไกรล่างที่เป็นกระดูกทึบ (compact bone)

พบความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดฟันคุดที่รักษาโดยนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงแขนงวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 8.84% เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดฟันคุดได้ตั้งแต่ 4.6 ถึง 30.9%⁷ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงตัวแปรอื่น ๆ ของการผ่าตัดฟันคุด เช่น ผู้ผ่าตัดและการเลือกผู้ป่วยเป็นต้น การศึกษาของ Sisk และคณะได้เปรียบเทียบผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดฟันกรามคุดที่รักษาโดยอาจารย์ภาควิชาจำนวน 4 คนกับทันตแพทย์ประจำบ้านจำนวน 10 คน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฟันกรามคุดจากอาจารย์ภาควิชาต่ำกว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากทันตแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญ โดยภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มอาจารย์ภาควิชามีค่า 1.3% ในฟันกรามคุดบนและ 8.5% ในฟันคุดล่าง ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากทันตแพทย์ประจำบ้านในฟันคุดบนและล่างเท่ากับ 6.1% และ 30.9% ตามลำดับ²¹ สำหรับในการศึกษานี้พบภาวะแทรกซ้อนในฟันคุดบนและล่างเท่ากับ 1.29% และ 12.79% ตามลำดับ

การศึกษาของ Osborn และคณะพบว่าอุบัติการณ์การเกิดการอักเสบของกระดูกเบ้าฟันพบได้สูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสภาวะการอักเสบของเหงือกก่อนรักษามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการอักเสบของเหงือกถึง 2 เท่า ซึ่งผลไปในทางเดียวกันกับ Al-Khateeb และคณะที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบพบได้สูงในกรณีที่ทำฟันคุดเพื่อการรักษามากกว่าการผ่าตัดฟันคุดเพื่อป้องกัน^{1,22}

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการศึกษานี้ 3 อันดับแรกได้แก่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาทโดยพบเฉพาะในฟันคุดล่าง กระดูกเบ้าฟันอักเสบ และการติดเชื้อหลังการผ่าตัดฟันกรามคุด ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆสามารถพบได้น้อยกว่า 1% ซึ่งคล้ายๆกับการศึกษาของ Blondeau และคณะที่พบ

ภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ การบาดเจ็บของเส้นประสาท และการติดเชื้อมากที่สุดเช่นกัน โดยภาวะแทรกซ้อนของการศึกษานี้พบในกลุ่มอายุ 35 - 81 ปีมากที่สุดโดยแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น อาจเนื่องจากด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะพิจารณาผ่าฟันคุดออกเมื่อมีอาการหรือข้อบ่งชี้ เมื่ออายุมากกระดูกสูญเสียความยืดหยุ่นทำให้การรักษาทำได้ยากขึ้นใช้ระยะเวลาาน และการหายของแผลช้าลงจึงมีอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมาที่มีการบันทึกเวลาในการผ่าตัดฟันคุดพบว่าคนอายุมากจะใช้เวลาในการรักษานานกว่าเด็กวัยรุ่นถึง 2 เท่าซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวด และการบาดเจ็บของเส้นประสาทสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ^{19, 15}

จากการศึกษานี้จำนวนฟันคุด 106 ซี่ที่มีพยาธิสภาพก่อนการผ่าฟันคุด มีเพียง 4 ซี่ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา 3 ซี่พบเงาค้ำล้อมรอบฟันคุดก่อนการรักษาพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่เกิดอาการชา ติดเชื้อ และมีปัญหาข้อต่อขากรรไกรหลังการรักษาตามลำดับ ส่วนอีก 1 รายมีฟันผู้ที่ตัวฟันคุดทะลุโพรงประสาทฟัน โดยไม่มีอาการทางคลินิกแล้วเกิดการอักเสบของกระดูกเบ้าฟันตามมาภายหลังการรักษา

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าฟันคุดทั้งหมด 52 ราย มี 13 รายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าฟันคุดด้วย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25 โดยพบแนวเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ขณะรักษาทั้งสิ้น 18 รายเกิดอาการชาหลังผ่าตัด 9 ราย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเมื่อพบการเผยแผ่ของเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ขณะผ่าฟันคุด ผู้ป่วยจะมีอัตราการเกิดอาการชาหลังทำได้ร้อยละ 50 นอกจากนี้พบผู้ป่วยมีอาการชาบริเวณริมฝีปากล่างภายหลังการรักษา โดยไม่มีการชาที่ลิ้น 2 ราย โดยผู้ป่วย 1 รายพบกระดูกด้านลิ้น (lingual plate) แตกขณะผ่าตัดและอีก 1 รายเลือดออกมากขณะผ่าตัด อาจเนื่องจากกระดูกส่วนที่แตกทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ หรือการที่เลือดออกมากเนื่องจากขณะผ่าตัดเกิดกษัยนตรายต่อเส้นเลือดอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ซึ่งอยู่ติดกันกับเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์นั้น ในขณะที่มีผู้ป่วย 1 รายเลือดออกมากขณะผ่าตัดแล้วเกิดการติดเชื้อภายหลังรักษา ซึ่งเลือดที่ออกมามากอาจเกิดเป็นก้อนเลือดขนาดใหญ่และช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตของเชื้อ ร้ายสุดท้ายเกิดการเผยแผ่ของเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ ขณะรักษาแล้วเกิดอาการเจ็บปวดมากหลังการรักษา ซึ่งบางการศึกษาพบว่าการเห็นเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ขณะผ่าตัดจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ถึง 3 เท่า และเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังรักษามากกว่ากรณีที่ไม่เห็นเส้นประสาทขณะผ่าตัดถึง 7 เท่า¹⁵

เมื่อพิจารณาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าฟันคุดที่พบบ่อยที่สุดของการศึกษานี้คือการเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท โดยพบอุบัติการณ์การชาของเส้นประสาทสูงในฟันคุดที่มีกระดูกคลุมฟันทั้งซี่ หรือมีการเอียงตัวแบบกลับหัว ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Carmichael และคณะที่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาทสูงหลังการผ่าฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบ Horizontal²³ ความแตกต่างนี้น่าจะเป็นผลจากการวัดเพียงการเอียงตัวของฟันซึ่งควรมีการพิจารณาความลึกของฟันประกอบด้วย

ผลการศึกษาที่พบเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆพบว่า

การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (Nerve injury)

รายงานอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ที่สัมพันธ์กับการผ่าฟันคุดพบได้ 0.4-5% และในเส้นประสาทลิซกวล (lingual nerve) 0.6-22% การศึกษาเกี่ยวกับการเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ และเส้นประสาทลิซกวลในผู้ป่วยที่มาผ่าฟันคุดพบว่าเกิดการขาดของเส้นประสาทลิซกวล 2.6% ซึ่งสัมพันธ์กับการเปิดแผ่นเหงือกด้านลิ้นและเกิดการขาดของเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ 3.9% โดยพบอุบัติการณ์สูงในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเรียงตัวของฟันและปริมาณกระดูกคุดฟันคุดกับการขาดของเส้นประสาททั้งสอง^{23,24} การศึกษาของ Querql-Godoy และคณะพบอุบัติการณ์การบาดเจ็บของเส้นประสาทลิซกวลสัมพันธ์กับการกรอกระดูกและการแบ่งฟัน โดยให้ความเห็นว่าฟันคุดที่ยากต่อการกรอแบ่งฟันอาจต้องการเปิดเหงือกทางด้านลิ้นเพิ่มทำให้มีโอกาสสูงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทลิซกวล หรือการฉีกขาดด้านลิ้นก็มีโอกาสเกิดการขาดของเส้นประสาทลิซกวลได้เนื่องจากประมาณ 15% ของเส้นประสาทลิซกวลนี้อยู่ระดับเดียวกับหรือสูงกว่าสันกระดูกบริเวณฟันกรามคุดล่าง^{25,26,27}

จากการศึกษานี้พบภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ 2.21% และเส้นประสาทลิซกวล 0.22% ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงในเพศหญิง กลุ่มอายุ 35-81 ปี ฟันคุดที่มีการเรียงตัวแบบกลับหัว พบการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ 10 ซี่ เมื่อดูจากภาพรังสีพบความสัมพันธ์ของรากฟันคุดกับแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ 9 ซี่ ดังต่อไปนี้คือพบการขาดหายไปของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ (interrupt white line) 3 ราย บริเวณปลายรากมีรอยดำพาดผ่านบริเวณที่คาดว่าจะเป็แนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ (darkening of root) 5 ราย พบลักษณะการแคบลงของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ (narrowing of canal) 1 ราย โดย 8 รายเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะรักษาคือ พบเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ 5 ราย มีเลือดออกผิดปกติ 2 ราย มีเลือดออกผิดปกติร่วมกับเจอเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ 1 ราย และไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าฟันคุดแต่เกิดอาการชาที่ลิ้นภายหลังการรักษา 1 ราย สาเหตุอาจเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นในการผ่าฟันคุดต้องระมัดระวังในการออกแบบ flap การดึงรั้ง flap การกรอแบ่งฟัน การจัดฟัน การขุดทำความสะอาดแผลถอนฟันเพื่อป้องกันการทำอันตรายต่อเส้นประสาทที่อยู่ใกล้เคียง Kipp และคณะพบว่ากรณีเงาโปร่งรังสีของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ที่ซ้อนทับกับรากฟันคุด และการขาดหายไปของลามินาคูลา (lamina dura) ของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้สึทที่เปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญ²⁸

การศึกษาของ Sedaghatfar และคณะกล่าวว่าภาพพานoramิกเป็นภาพถ่ายรังสีที่มักใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าฟันคุด ซึ่งในการศึกษาของ Sedaghatfar พบว่าการมีเงาโปร่งรังสีของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ที่ซ้อนทับกับรากฟันคุด (darkening of root) การขาดหายไปของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ (interrupt white line) การ

เลขหมู่.....

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โค้งบิดเบี้ยวของแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ (diversion of canal) รากฟันบริเวณปลายรากมีลักษณะตีบแคบลง (narrowing of root) มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเจอเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ขณะผ่าฟันคุด²⁹ จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ของรากฟันคุดกับแนวเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ทางภาพถ่ายรังสีสามารถใช้ทำนายถึงความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทได้ ดังนั้นผู้ให้การรักษาจึงต้องตระหนักและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของผลที่เกิดขึ้น และการพยากรณ์โรคก่อนให้การรักษาทุกครั้ง

กระดูกเบ้าฟันอักเสบ (Alveolar osteitis)

รายงานอุบัติการณ์การเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบภายหลังการผ่าตัดฟันคุดในผู้ป่วยทั้งหมดพบ 5-10% จากการศึกษาที่พบ 1.77% โดยพบในกลุ่มอายุ 35-81 ปีมากที่สุด ในฟันคุดแบบที่มีกระดูกคลุมบางส่วน พบในฟันคุดล่างมากกว่าฟันคุดบน และมีการเอียงตัวแบบ Horizontal มากที่สุด โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง Al-Khateeb และคณะพบการเกิดการอักเสบของกระดูกเบ้าฟันในผู้ป่วยที่ผ่าฟันคุดเพื่อการรักษา (21.9%) มากกว่าเพื่อการป้องกัน (7.1%)²² ผู้ป่วยจะกลับมาด้วยอาการปวดมากขึ้นในวันที่ 3 - 4 หลังผ่าฟันคุด ตรวจในช่องปากพบว่าบริเวณเบ้าฟันมีส่วนของกระดูก โผล่ไม่มีก้อนเลือดปกคลุมและมีกลิ่นแรง ซึ่งสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง หญิงที่ทานยาคุมกำเนิด ผู้ที่สูบบุหรี่ การผ่าตัดที่ยากมีการบาดเจ็บของบริเวณที่ผ่าตัดมาก มีการอักเสบของฝ่าเหงือกก่อนทำการผ่าฟันคุด แนวทางการป้องกันการเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบคือควรถอนฟันขณะที่ยังรักษาภาวะฝ่าเหงือกอักเสบได้ดีแล้วและผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากดี ผ่าตัดให้เกิดการบาดเจ็บน้อยที่สุด หรืออาจใช้ยาปฏิชีวนะใส่ในเบ้าฟันหลังรักษา เช่น เตตราซัยคลิน (tetracycline)¹⁴

Cohen และคณะพบกระดูกเบ้าฟันอักเสบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 3-4 เท่าซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่มีประจำเดือนมีผลต่อการสลายไฟบริน (fibrin) จึงมีโอกาสเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบได้มากขึ้นแนะนำให้เลื่อนการรักษาออกไปในช่วงที่มีประจำเดือน³⁰ Garcia และคณะพบว่าหญิงที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมีโอกาสเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบได้มากกว่าหญิงที่ไม่ทานยาคุมกำเนิดถึง 2-3 เท่า³¹ แต่ผลจากการศึกษานี้พบกระดูกเบ้าฟันอักเสบในเพศชายมากกว่า ซึ่งการศึกษาของ Benediktsdottir และคณะพบว่ากระดูกเบ้าฟันอักเสบไม่สัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด จำนวนรากฟัน ลักษณะของรากฟัน ขนาดของถุงหุ้มฟันคุด ประสบการณ์ทันตแพทย์ที่ทำการผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจอร์แดนซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบกับอายุ เพศ โรคประจำตัว ยาที่ผู้ป่วยทานอยู่ ตำแหน่งและข้อบ่งชี้ของการถอนฟัน ประสบการณ์ของผู้รักษา รวมทั้งปริมาณยาชาที่ใช้ แต่ความชุกของการเกิดการอักเสบของกระดูกเบ้าฟันมีความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ (9.1%) กับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่(3%)^{15, 32} ซึ่งสาเหตุการเกิดกระดูกเบ้าฟันอักเสบยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดในปัจจุบันยังต้องมีการศึกษาต่อไป

การติดเชื้อ (Infection)

รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดฟันคุดโดยทั่วไปพบ 1.5-5.7%¹⁴ จากการศึกษา
นี้พบ 1.33% พบการติดเชื้อในกลุ่มอายุ 35-81 ปีมากที่สุด โดยพบในเพศหญิงใกล้เคียงกับเพศชาย และ
พบเฉพาะในฟันคุดล่างที่มีกระดูกหุ้มบางส่วน การติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันเกิดจากเชื้อหลายชนิด โดย
จะพบเชื้อทั้งฟุ้งออกซิเจน (aerobe) และไม่ฟุ้งออกซิเจน (anaerobe) โดยพบเชื้อสเตรปโตคอคคัส
(streptococcus) มากที่สุด เมื่อมีการติดเชื้อเชื้อสามารถลุกลามไปได้หลายทิศทาง และอาจเข้าไปที่
เนื้อเยื่อหลังคอคอย (retropharyngeal tissue) เข้าสู่ผนังประจันทรวงอก (mediastinum) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วย
เสียชีวิต การรักษาภาวะติดเชื้อคือให้ยาฆ่าเชื้อทางระบบรวมกับการเจาะระบายหนอง⁷

การศึกษาของ Benediktsdottir และคณะ เกี่ยวกับอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดฟันคุด พบว่ามี
ผู้ป่วยติดเชื้อหลังการผ่าตัดฟันคุด 2.8% และพบว่าฟันคุดที่มีกระดูกคลุมทั้งหมดมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการ
ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเมื่อเทียบกับฟันคุดที่มีกระดูกคลุมเพียงบางส่วนของฟัน และพบว่าการเผยผิงของ
เส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ขณะผ่าตัดฟันคุดผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งผลที่ได้
ใกล้เคียงกับการหลายการศึกษาที่พบว่าการมีกระดูกคลุมฟันคุดทั้งซี่มีโอกาสติดเชื้อหลังการผ่าตัดฟันคุด
สูงกว่าการมีกระดูกคลุมเพียงบางส่วนหรือไม่มีการคลุมตัวฟัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้เพราะพบ
การติดเชื้อเฉพาะในฟันคุดล่างที่มีกระดูกหุ้มบางส่วน^{15,21,1}

Figueiredo และคณะศึกษาการติดเชื้อหลังผ่าตัดฟันคุด 1 เดือน พบว่าฟันคุดชนิดที่ไม่โผล่ในช่อง
ปากเลยมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าฟันคุดที่โผล่ในช่องปากบางส่วนหรือฟันคุดที่ขึ้นเต็มซี่
ปริมาณกระดูกที่คลุมฟันก็มีผลต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อคือฟันคุดชนิดที่กระดูกคลุมทั้งซี่มีโอกาส
เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมากกว่าฟันคุดที่มีกระดูกคลุมบางส่วน โดยน่าจะเป็นผลจากฟันคุดที่ฝังอยู่ใน
กระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน โดยไม่โผล่ในช่องปาก ทำให้ต้องมีการกรอกระดูกมากในการผ่าตัดฟันคุดทำให้
เกิดช่องว่างที่มีก้อนเลือด (dead space) มากจึงมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงที่สุด สำหรับปัจจัย
เกี่ยวกับการเอียงตัวของฟันคุดนั้นพบว่าฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบใกล้กลางมีโอกาเสี่ยงสูงที่สุดต่อ
การติดเชื้อ รองลงมาคือฟันคุดที่เอียงตัวแบบแนวนอน แนวดิ่ง และไกลกลางตามลำดับ เนื่องจากฟัน
คุดที่มีลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับฟันข้างเคียงมากเกิดการกักเก็บเศษอาหารบริเวณซอกฟันง่าย
จึงเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย³³

การอ้าปากจำกัด (Trismus)

อุบัติการณ์การเกิดการอ้าปากจำกัดหลังการผ่าตัดพบได้ 0.88% โดยพบมากในฟันคุดที่เอียงตัว
แบบใกล้กลาง ฟันคุดล่างมากกว่าฟันคุดบน ภาวะปกติคนเราสามารถมีระยะการอ้าปากได้ 40 – 60
มิลลิเมตร³⁴ แต่มีหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการอ้าปากได้น้อยลง ได้แก่ การติดเชื้อ การบาดเจ็บ การ
มีปัญหาของระบบข้อต่อขากรรไกร เนื้องอกหรือมะเร็ง ยางขชนิด รวมถึงการรักษาทางทันตกรรมก็
สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อยลงเช่นกัน ที่พบได้บ่อยคือผลหลังการผ่าตัดฟันคุดล่าง ซึ่งอาจเป็นผล

ต่อเนื่องจากการอักเสบและติดเชื้อของแผลบริเวณที่ผ่าตัดฟันคุด ผลโดยตรงต่อข้อต่อขากรรไกร หรือเป็นผลจากการฉีดยาชาสกัดเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์เข้าสู่กล้ามเนื้อ medial pterygoid หรือโคนเส้นเลือดบริเวณนั้นเกิดก้อนเลือด (hematoma) และเกิดพังผืด (fibrosis) ตามมาได้ การรักษาโดยแนะนำให้ผู้ป่วยประคบน้ำอุ่นร่วมกับการฝึกอ้าปาก อาจช่วยให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยในผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ

การศึกษาของ Garcia และคณะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระยะระหว่างปลายฟันหน้า (maximum interincisal distance) ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฟันคุด โดยพิจารณาระยะดังกล่าวในวันแรกและวันที่ 5 หลังการผ่าตัดฟันคุด โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ถอนฟันอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ได้รับการถอนฟันโดยมีการกรอกระดูกร่วมด้วย กลุ่มที่ 3 มีการแบ่งฟันร่วมกับการกรอกระดูก และกลุ่มที่ 4 มีการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่าก่อนการผ่าตัดระยะ MID ของผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังผ่าตัดฟันคุดในวันแรกและวันที่ 5 ค่า MID ของผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 สูงกว่ากลุ่มที่ 2-4 อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) แต่ค่า MID ของผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2-4 ไม่มีความแตกต่างกัน จึงสรุปว่าการผ่าตัดฟันคุด มีผลให้เกิดการจำกัดการอ้าปากหลังการรักษา 1-5 วัน เมื่อเทียบกับการถอนฟันธรรมดา³⁵ Bouloux และคณะได้สรุปว่าความเจ็บปวด บวม และอ้าปากได้จำกัดหลังจากผ่าตัดฟันคุดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ชั่วคราวหลังการรักษาอยู่แล้วจึงไม่น่าจะนำมาพิจารณาเป็นภาวะแทรกซ้อนในการศึกษา¹⁴

ภาวะเลือดออกผิดปกติหลังการผ่าตัด (Postoperative hemorrhage)

รายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติหลังการผ่าตัดพบได้ 0.2-5.8% โดยมักพบได้สูงในฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบไกลกลางฟันคุดที่อยู่ลึกๆ หรือผู้ป่วยที่อายุมาก¹⁴ ซึ่งการศึกษานี้พบภาวะเลือดออกผิดปกติหลังการผ่าตัด 0.66% โดยพบเฉพาะในฟันล่าง และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบมากสุดในกลุ่มอายุ 25-34 ปี ในฟันที่มีการเอียงตัวแบบแนวนอนและฟันคุดที่มีกระดูกคลุมทั้งซี่ โดยสาเหตุอาจเป็นได้ทั้งเฉพาะที่หรือทางระบบ ซึ่งสาเหตุทางระบบผู้ป่วยมักรู้ตัวตั้งแต่อายุยังน้อย เช่น จากโรคฮีโมฟีเลียเอหรือบี ส่วนปัจจัยเฉพาะที่สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและเส้นเลือดขนาดเล็ก ซึ่งมักตอบสนองด้วยแรงกด ถ้าการกดยังไม่สามารถห้ามเลือดได้ จะต้องหาสาเหตุด้วยความระมัดระวัง ถ้าเลือดออกจากเนื้อเยื่อให้หยุดโดยใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า (electrocautery) หากออกจากกระดูกให้ใช้ขี้ผึ้ง (bone wax) หรือสารห้ามเลือดอื่นๆ โดยจะต้องเย็บเพื่อให้สารห้ามเลือดคงอยู่ในเบ้าฟัน ในผู้ป่วยบางรายอาจใช้สารยับยั้งการสลายของลิ่มเลือด เช่น อนุพันธ์ของ tranexamic acid¹⁴ Goldberg และคณะรายงานการเกิดภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดฟันคุดในผู้ป่วย 3 ราย จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 500 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดสามารถหายได้โดยการเย็บแผลใหม่³⁶

การบาดเจ็บของข้อต่อขากรรไกร (TMJ pain)

การศึกษาการบาดเจ็บของข้อต่อขากรรไกรที่เป็นผลจากการผ่าตัดฟันกรามคุดพบได้น้อย อาจเกิดขึ้นได้จากขณะผ่าตัดผู้ป่วยอ้าปากกว้างเป็นเวลานาน และขณะผ่าตัดใช้แรงที่มากเกินไปโดยขาดการตรึงตำแหน่งของขากรรไกรล่างอย่างเพียงพอ¹⁴ การศึกษานี้พบในฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบแนวนอน และมีกระดูกคลุมบางส่วน เนื่องจากการผ่าตัดฟันคุดที่มีลักษณะเช่นนี้มีความยากและใช้เวลาในการผ่าตัดมากอาจทำให้เกิดอาการปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกรได้ แต่จากการศึกษานี้ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจึงไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากปัจจัยทางด้านระยะเวลาหรือไม่

การบาดเจ็บต่อฟันข้างเคียง (Injury to adjacent tooth)

อุบัติการณ์ที่มีอันตรายต่อฟันข้างเคียงพบได้ 0.3-0.4%³⁷ จากการศึกษาพบการบาดเจ็บต่อฟันข้างเคียง 0.22% โดยมีอาการเจ็บของฟันกรามซี่ที่สองล่างภายหลังการผ่าตัดฟันคุดที่มีการเอียงตัวแบบแนวนอนและมีกระดูกคลุมบางส่วน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการจัดฟันที่ไม่ถูกวิธีหรือใช้แรงที่มากเกินไปส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหรือมีการโยกของฟันข้างเคียงได้ ดังนั้นในการผ่าตัดฟันคุดควรมีการกรอกระดูกและการแบ่งฟันที่เพียงพอจึงจะสามารถนำฟันคุดออกมาโดยไม่ทำอันตรายหรือทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อฟันข้างเคียง

สรุปผล

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพินกรรมคุดตามการศึกษานี้พบได้ 8.84% โดยเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทมากที่สุดคือ 2.43% ทันตแพทย์ควรมีการตรวจทางคลินิกร่วมกับภาพถ่ายรังสีประกอบในการตัดสินใจและอธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะพบได้ก่อนการรักษาผ่าตัดพินคุดเสมอ ผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาต่อในอนาคตเพื่อหาแนวทางในการลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การพบภาวะแทรกซ้อนมากในพินที่มีการเอียงตัวแบบกลับหัว แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในพินลักษณะนี้น้อยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจึงทำให้ค่าอุบัติการณ์สูง เมื่อพิจารณาตัวถัดมาคือพบมากในพินคุดที่เอียงตัวแบบโกสั๊กกลางโดยมากกว่าแบบแนวนอนถึงสองเท่า ทั้งนี้ผลจากเทคนิคในการแบ่งพินจำนวนน้อยขึ้นในพินคุดแบบโกสั๊กกลางซึ่งแตกต่างจากแบบแนวนอน อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้อง ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไปเพื่อหาแนวทางในการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดพินคุดไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง โดยเฉพาะแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดพินคุด จึงต้องควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถควบคุมได้ ซึ่งได้แก่ผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์อย่างเคร่งครัด และสิ่งสำคัญคือ ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดพินคุดและการพยากรณ์โรคเพื่อป้องกันข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

บรรณานุกรม

1. Osborn T.P. et al. "A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 767 – 769.
2. Kugelberg CF, Ahlstrom U, Ericson S, Hugoson A, Kvint S. Periodontal healing after impacted lower third molar surgery in adolescents and adults. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991; 20: 18-24.
3. Saglam A, Tuzum M. Clinical and radiologic investigation of the incidence, complications and suitable removal times for fully impacted teeth in the Turkish population. *Quintessence Int* 2003; 34: 53-9.
4. Halmos DR, Ellis E, Dodson TB. Mandibular third molars and angle tracterures. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 1076-1081.
5. Meisami T, Sojat A, Sandor GK, et al. Impacted third molars and risk of angle fracture. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31:140.
6. Blakey G, Marciani RD, Haug RH, et al. Periodontal pathology associated with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 1227-33.
7. Blakey G, Jacks M, Offenbacher S, et al. Progression of periodontal disease in the second/third molar region in subjects with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 189-93.
8. Shugars D, Jacks M, White R, et al. Occlusal caries in patients with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 973-9.
9. Shugars D, Elter J, Javks T, et al. Incidence of occlusal dental caries in asymptomatic third molar. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 341-6.
10. Robert D. Marciani, Third molar removal: An overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007; 19: 1-13.
11. Koerner KR. *Manual of minor oral surgery for the general dentist* 2006; P 49-80, Munksgaard: Blackwell
12. Lopes V, Mumenya R, Feinmann C, Harris M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery post-operative complaints and patient satisfaction. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33: 33-5.

13. Von Worem N, Nielsen HO. The fate of impacted lower third molars after the age of 20. A four-year clinical follow-up. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1989; 18: 277-80.
14. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am* 2007; 19: 117-28.
15. Benediktsdottir I.S. et al. "Mandibular third molar removal : risk indicators for extended operation time , postoperative pain , and complications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97: 438 – 446.
16. Conrad S, Blakey G, Shugars D, et al. Patients' perception of recovery after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 1288-94.
17. Kugelberg CF. Impacted lower third molars and periodontal health. An epidemiological, methodological, retrospective and prospective clinical study. *Swed Dent J Suppl* 1990; 68: 1-52.
18. Bui C.H. , Seldin E.B. and Dodson T.B. "Types , frequencies ,and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 1379 – 1389.
19. Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *J Can Dent Assoc* 2007 May; 73(4): 325.
20. Brickley M, Shepherd J, Mancini G. Comparison of clinical treatment decisions with US National Institutes of Health consensus indications for lower third molar removal. *Br Dent J* 1993; 175: 102-5.
21. Sisk A.L. et al. "Complications following removal of impacted third molars : The role of the experience of the surgeon. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44: 855 – 859.
22. Al-Khateeb T.L. et al. "The relationship between the indications for the surgical removal of impacted third molars and the incidence of alveolar osteitis. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 29: 141 – 145.
23. Carmichael F.A. and McGowan D.A. "Incidence of nerve damage following third molar removal : A West of Scotland Oral Surgery Research Group Study. *Br J of Oral and Maxillofac Surg* 1992; 30: 78 - 82.
24. Bataineh A.B. "Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 1012 – 1017.

25. Queral-Godoy, Figueiredo R, Valmaseda-Castellon E, et al. Frequency and evolution of lingual nerve lesions following lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 402-407
26. Harn SD, Durcham TM. Incidence of lingual nerve trauma and postinjection complications in conventional mandibular block anesthesia. *J Am Dent Assoc* 1990; 121: 519.
27. Pogrel MA, Renaut A, Schmidt B, et al. The relationship of the lingual nerve to the mandibular third molar region: an anatomic study. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:1178.
28. Kipp D.P., Goldstein B.H. and Weiss W.W. "Dyesthesia after mandibular third molar surgery: a retrospective study and analysis of 1,377 surgical procedures. *JADA* 1980; 100: 185 – 192.
29. Sedaghatfar M, August M, Dodson TB. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 3-7.
30. Cohen ME, Simecek JW. Effects of gender-related factors on the incidence of localized alveolar osteitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 79: 416.
31. Garcia AG, Grana PM, Sampedro FG et al. Does oral contraceptive use affect the incidence of complications after extraction of a mandibular third molars? *British Dental Journal* 2003; 194:453.
32. Nusair YM, Younis MH. Prevalence, clinical picture, and risk factors of dry socket in a Jordanian dental teaching center. *J Contemp Dent Pract* 2007 Mar; 8(3): 53-63.
33. Figueiredo R. et al. "Delayed-onset infections after lower third molar extraction: A case – control study. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 97 – 102.
34. Dhanrajani PJ, Jonaidel O, Trismus: Aetiology, differential diagnosis and treatment. *Oral surgery* 2002; 29: 88-94.
35. Garcia AG, Sampedro FG, Rey JG et al. Trismus and pain after removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55:1223.
36. Goldberg et al. "Complications after mandibular third molar surgery: a statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. *JADA* 1985; 111: 277-279.
37. Chaipasco M., Cicco L. and Marrone G. "Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76: 412 – 420.

ประวัติผู้ทำวิจัย

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ทองนารด คำใจ

วท.บ.,ท.บ.(เกียรตินิยม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2527

วุฒิบัตรทันตแพทย์ประจำบ้าน สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2531

อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

ทันตแพทยสภา พ.ศ. 2541

E-mail : thongnart@hotmail.com

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved