

การผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม ที่มีการวางตัวในแนวราบ

แพรวพรรณ มาสู่, ท.บ.¹

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้นำเสนอกรณีการผ่าตัดฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สามซึ่งวางตัวในแนวราบ ฟันอยู่ในกระดูกทั้งหมด และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอินฟีเรียลวีโอลาร์คาแนล ซึ่งจัดเป็นฟันคุดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ระหว่างการผ่าตัด

ผู้ป่วยเป็นชายไทยอายุ 31 ปี มารับการรักษาด้วยอาการปวดบริเวณฟันกรามล่างด้านขวาเป็น ๆ หาย ๆ โดยไม่พบพยาธิสภาพชัดเจนจากการตรวจในช่องปาก การตรวจทางภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันพบฟันกรามล่างซี่ที่สาม คุด วางตัวในแนวราบ จัดอยู่ใน Class II และ Position C ตามการจำแนกของ Pell และ Gregory โดยรากฟันอยู่ในตำแหน่งใกล้ชิดกับอินฟีเรียลวีโอลาร์คาแนล ซึ่งบ่งชี้ถึงความยากและความเสี่ยงของการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น มีการประเมินทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีก่อนการผ่าตัดอย่างรอบคอบเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา การผ่าตัดดำเนินการภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยใช้เทคนิคการผ่าตัดที่มุ่งลดแรงกระทำต่อโครงสร้างสำคัญ การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด การติดตามผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวนาน 1 ปี พบว่าผลหายดีและไม่พบความผิดปกติที่แสดงถึงการบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์

กรณีศึกษา此案สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินภาพถ่ายรังสีก่อนการผ่าตัดและการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทและนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ปลอดภัยได้ แม้ในกรณีฟันคุดที่มีความเสี่ยงสูง

คำสำคัญ: ฟันคุดในฟันกรามล่างซี่ที่สาม, การผ่าตัดฟันคุด, การวางตัวในแนวราบ, อินฟีเรียลวีโอลาร์คาแนล

¹ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา Email:praw_kokoro_pee@hotmail.com

Surgical Removal of Horizontally Impacted Mandibular Third Molar

Praewpun Masoo, D.D.S.¹

Abstract

This case report presents the surgical management of a horizontally impacted mandibular third molar that was completely embedded in bone and located in proximity to the inferior alveolar canal, posing a high risk of inferior alveolar nerve injury.

A 31-year-old Thai male presented with intermittent pain in the right mandibular molar region without identifiable intraoral pathology. Periapical radiographic examination revealed a fully bony impacted right mandibular third molar in a horizontal position, classified as Class II, Position C according to the Pell and Gregory classification. The tooth roots were closely related to the inferior alveolar canal, indicating increased surgical difficulty and an elevated risk of nerve injury. Comprehensive preoperative clinical and radiographic assessments were performed to support treatment planning. Surgical removal was carried out under local anesthesia using techniques aimed at minimizing stress on adjacent anatomical structures, including conservative bone removal and tooth sectioning prior to extraction. The procedure was completed without intraoperative complications. Postoperative healing was uneventful, and no neurosensory disturbances were observed during short-term follow-up or at the one-year review.

This case highlights the importance of thorough preoperative radiographic assessment and appropriate surgical planning in managing horizontally impacted mandibular third molars in proximity to the inferior alveolar canal. Careful case evaluation and the use of suitable surgical techniques can help reduce the risk of nerve injury and achieve safe clinical outcomes, even in high-risk impactions.

Keywords: Impacted mandibular third molar, Surgical removal, Horizontal impaction, Inferior alveolar canal

¹Dentist, Professional Level, Benchalak Hospital. Email: praew_kokoro_pee@hotmail.com

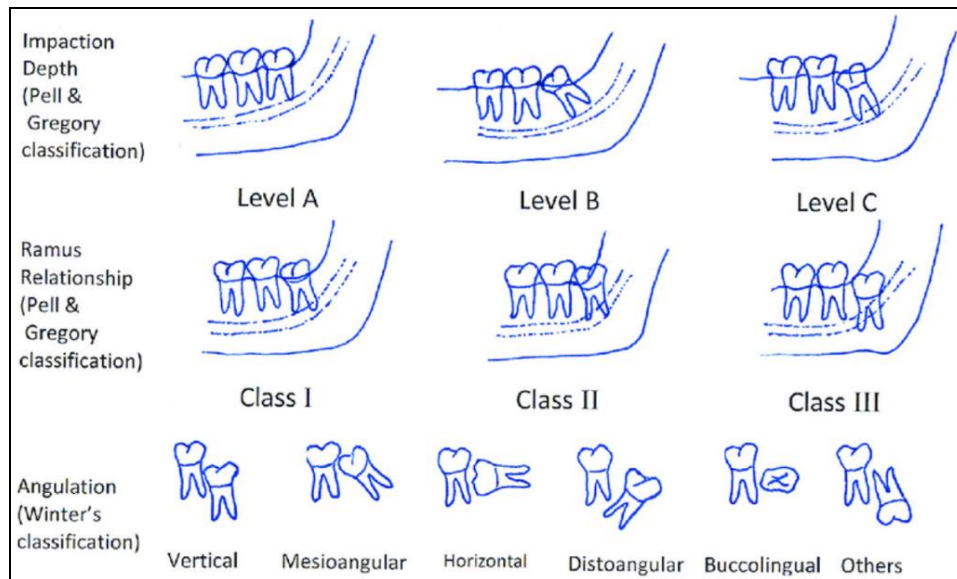
บทนำ

ฟันคุด (impacted tooth) หมายถึงฟันที่ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ตามตำแหน่งและระยะเวลาปกติ อันเนื่องมาจากการถูกขัดขวางโดยกระดูก เหงือก หรือฟันข้างเคียง (Varghese, 2021)

ฟันกรามล่างซี่ที่สามเป็นฟันคุดที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีรายงานความชุกแตกต่างกันตามลักษณะประชากรที่ศึกษา มักพบในช่วงอายุประมาณ 18–25 ปี และเนื่องจากเป็นฟันซี่สุดท้ายในแนวโค้งขากรรไกร จึงมีโอกาสขาดพื้นที่สำหรับการขึ้นตามปกติ ส่งผลให้เกิดการคุดได้บ่อย (เชื้อโชติ, 2536; Pinto et al., 2024) และส่วนใหญ่มักเกิดแบบสองข้างของขากรรไกรล่าง (Quek et al., 2003) ฟันคุดอาจก่อให้เกิดอาการปวด ภาวะผื่นอักเสบเหงือกอักเสบ (Pericoronitis) ฟันผุของฟันข้างเคียง การเกิดโรคปริทันต์ในฟันกรามซี่ที่สองที่ติดกับฟันคุดรวมถึงพยาธิสภาพของกระดูกขากรรไกรล่าง ซึ่งมักเป็นสาเหตุผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ (Peñarrocha-Diago et al., 2021; Steed, 2014)

ลักษณะการคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สามมีความหลากหลาย ทั้งในด้านระดับความลึก ตำแหน่งการวางตัว และความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางกายวิภาคที่สำคัญ โดยทั่วไปฟันกรามล่างคุดซี่ที่สามมักวางตัวในลักษณะเอียงเข้าหาฟันข้างเคียง (mesioangular impaction) ขณะที่การวางตัวในแนวราบ (horizontal impaction) พบได้น้อยกว่าแต่มีความสัมพันธ์กับระดับความยากในการผ่าตัดที่สูงขึ้น โดยเพศไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดฟันกรามคุดซี่ที่สาม (Carter, 2016)

การจำแนกลักษณะของฟันกรามล่างซี่ที่สามคุด เช่น จำแนกตามลักษณะของเนื้อเยื่อที่ปกคลุมฟัน (Peterson, 1998; Santosh, 2015) ระบบของ Winter และ Pell & Gregory ที่จำแนกตามลักษณะทางภาพถ่ายรังสีทางทันตกรรม ถูกนำมาใช้เพื่อช่วยประเมินความยากและความเสี่ยงของการผ่าตัด (Winter, 1926; Pell & Gregory, 1933)



ภาพที่ 1 แสดงการจำแนกลักษณะการคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สาม (Eshghpour et al., 2014)

นอกจากการจำแนกข้างต้นยังมีการพัฒนาดัชนีสำหรับประเมินความยาก เช่น Pederson Difficulty Index ซึ่งรวมปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ มุมเอียงของฟัน ความลึก และความสัมพันธ์กับกระดูกเหงือก Khama Scale ซึ่งเพิ่มเติมปัจจัย เช่น จำนวนรากและรูปร่างรากฟัน และ Gbotolorun Index ที่บรรจุตัวแปรทางคลินิก เช่น อายุและดัชนีมวลกาย เป็นต้น (Bhansali et al. 2021; Latt et al. 2015)

การผ่าตัดคุดฟันกรามล่างซี่ที่สามเป็นหนึ่งในหัตถการที่พบบ่อยในสาขาศัลยศาสตร์ช่องปาก แม้จะจัดเป็นการผ่าตัดขนาดเล็ก แต่ในทางปฏิบัติมีความซับซ้อนจากลักษณะการคุดของฟันกรามล่างซี่ที่สามมีความหลากหลาย รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวด บวม การติดเชื้อ การอักเสบปากจำกัด กระดูกเบ้าฟันอักเสบ (Dry socket) โดยเฉพาะเมื่อฟันคุดมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอินฟีเรียอัลวีโอลารีคานัล

(inferior alveolar canal) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ (inferior alveolar nerve) (Blondeau & Daniel, 2007) ดังนั้น การประเมินทางคลินิกและการตรวจทางภาพถ่ายรังสีก่อนการผ่าตัด การใช้ระบบจำแนกลักษณะการคุด รวมถึงดัชนีประเมินความยากในการผ่าตัด จึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการรักษา ช่วยให้สามารถประเมินระดับความเสี่ยงและเลือกแนวทางการผ่าตัดที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Juodzbaly & Daugela, 2013)

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้นำเสนอกรณีผู้ป่วยชายไทยอายุ 31 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีฟันกรามล่างขวาซี่ที่สามคุด วางตัวในแนวราบ ฟันอยู่ในกระดูกทั้งหมด และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอินฟีเรียอัลวีโอลาร์คานัล ซึ่งจัดเป็นฟันคุดที่มีความเสี่ยงสูง กรณีนี้สะท้อนถึงความท้าทายในการวางแผนการผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ ด้วยเทคนิคการผ่าตัดมาตรฐานภายใต้ยาชาเฉพาะที่ รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการประเมิน การวางแผนการรักษา และผลลัพธ์ทางคลินิกของการผ่าตัดฟันคุดในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอลาร์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และขั้นตอนการผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดที่วางตัวในแนวราบในผู้ป่วยรายหนึ่ง
2. เพื่อนำเสนอผลลัพธ์ทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน และการหายของแผลจากการติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัด
3. เพื่อให้ข้อพิจารณาทางคลินิกและเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีฟันกรามล่างคุดในลักษณะใกล้เคียงกัน

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

กรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

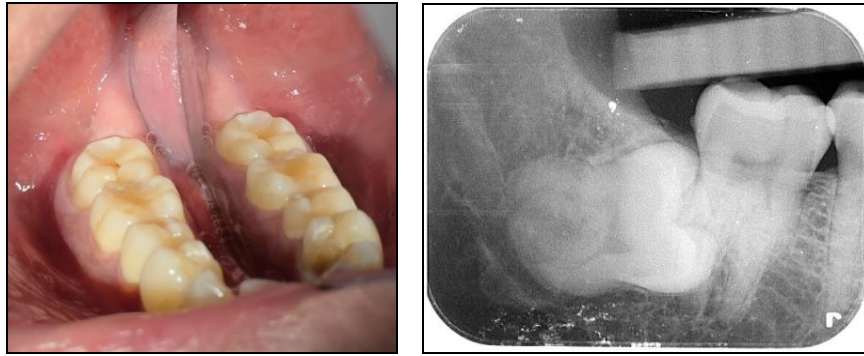
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPh 2025-197 วันที่รับรอง 1 ธันวาคม พ.ศ.2568 หมดยุวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2569 โดยผู้ศึกษาคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเคารพในบุคคล (Respect for person) คือให้เกียรติและเคารพในการตัดสินใจของผู้เป็นกรณีศึกษา ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับการรายงานผลการศึกษานำข้อมูลมาเฉพาะการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี อาชีพรับราชการ เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ด้วยอาการปวดบริเวณฟันกรามล่างด้านขวาเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยา และการใช้ยาประจำ ไม่มีประวัติการผ่าตัดมาก่อน ประวัติทางทันตกรรมเคยได้รับการขูดหินน้ำลายและถอนฟันทั่วไป

การตรวจร่างกายทั่วไปผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจนอกช่องปากพบว่าไบหน้าสมมาตร ไม่มีอาการบวมแดงหรือคุดเจ็บบริเวณไบหน้าและลำคอ ต่อมาน้ำเหลืองไม่โต และอ้าปากได้ตามปกติประมาณ 50 มิลลิเมตร การตรวจภายในช่องปากพบว่าเยื่อช่องปากและเหงือกโดยรอบอยู่ในสภาพปกติ ไม่พบฟันผุหรือการอักเสบของเหงือก ฟันกรามล่างขวาซี่ที่สามไม่ปรากฏในช่องปาก (clinically missing) โดยไม่พบอาการบวม กดเจ็บ หรือสัญญาณการอักเสบเฉพาะที่

การประเมินภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันพบฟันกรามล่างขวาซี่ที่สามฝังในกระดูกทั้งหมด (completely bony impaction) วางตัวในแนวราบตามการจำแนกของ Winter's classification โดยมีความสัมพันธ์กับกระดูกเริมัสเป็น Class II และระดับความลึกเป็น Position C ตามระบบ Pell & Gregory รากฟันมีการสร้างสมบูรณ์และอยู่ในตำแหน่งใกล้ชิดอินฟีเรียอัลวีโอลาร์คานัล ขนาดของตัวฟันที่ค่อนข้างใหญ่และความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับฟันกรามซี่ที่สอง

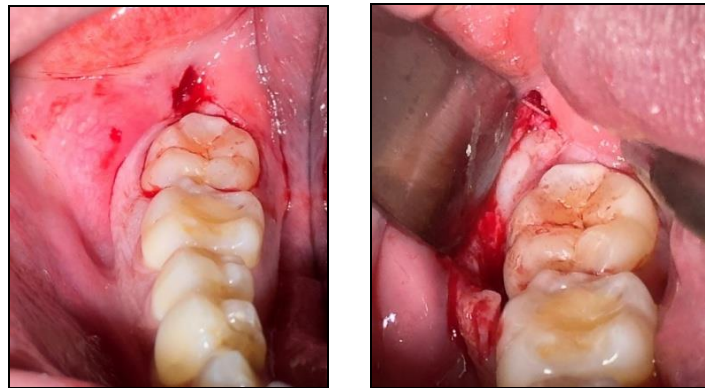


ภาพที่ 2 แสดงภายในช่องปากก่อนผ่าตัด และภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันบริเวณฟันกรามล่างขาซ้ที่สาม แสดงฟันคุดวางตัวในแนวราบ โดยรากฟันอยู่ใกล้กับอินพีเรียอัลวีโอลาร์คาแนล

จากข้อมูลทางคลินิกและการประเมินภาพถ่ายรังสีสรุปการวินิจฉัยได้ว่า ผู้ป่วยรายนี้มีฟันคุดในฟันกรามล่างขาซ้ที่สาม ที่มีการวางตัวในแนวราบ ฝังอยู่ในกระดูกทั้งหมด โดยจัดอยู่ในกลุ่ม Class II และ Position C ตามการจำแนกของ Pell และ Gregory ร่วมกับการที่รากฟันมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอินพีเรียอัลวีโอลาร์คาแนล

ก่อนการรักษาได้อธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัย ทางเลือกในการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทรวมถึงแนวทางการติดตามผล เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และลงนามยินยอมในการรักษาเป็น

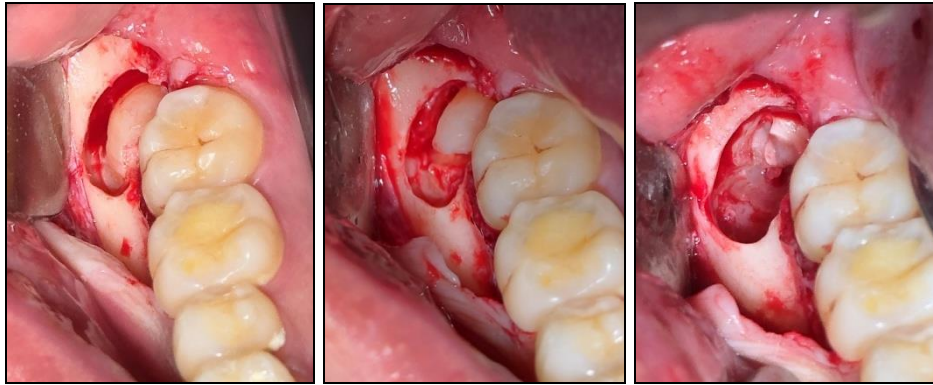
ลายลักษณ์อักษร การรักษาดำเนินการภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ใช้เทคนิคการผ่าตัดที่มุ่งลดแรงกดต่อโครงสร้างสำคัญและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท โดยการระงับความรู้สึกเลือกใช้ยาชา 4% Articaine with Epinephrine 1:100,000 เนื่องจากมีความสามารถในการซึมผ่านกระดูกได้ดีและให้ผลชาที่ลึกและยาวนาน เหมาะสำหรับการผ่าตัดที่ซับซ้อน การเปิดแผ่นเหงือกแบบ Envelope flap (ภาพที่ 3) เพื่อให้สามารถให้มองเห็นบริเวณผ่าตัดได้ชัดเจน รวมถึงเอื้อต่อการเย็บปิดแผลที่แนบสนิท



ภาพที่ 3 แสดงการเปิดแผ่นเหงือกแบบ envelope flap

การกรอตัดกระดูกเฉพาะส่วนที่จำเป็น และการแบ่งฟันออกเป็นชิ้นก่อนนำออก ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้แรงจัดมากเกินไป ลดแรงจัดที่กระทำต่อกระดูก

เบ้าฟันและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 แสดงการตัดกระดูกและแบ่งฟันระหว่างการผ่าตัดฟันกรามล่างขวาซี่ที่สาม

ภายหลังการนำชิ้นส่วนของฟันออกครบถ้วน ตรวจพบการมีเลือดออกมากบริเวณกันกระดูกเข้าฟัน ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการมีความเชื่อมต่อหรือการทะลุเข้าสู่ อินฟีเรียอัลวียโอลาร์คาแนล จึงทำการห้ามเลือดโดยการ กดด้วยผ้าก๊อซอย่างระมัดระวัง พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงการ กระทำเพิ่มเติมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของ โครงสร้างประสาทและหลอดเลือดในบริเวณดังกล่าว จากนั้นทำการเย็บปิดแผล (ภาพที่ 5)

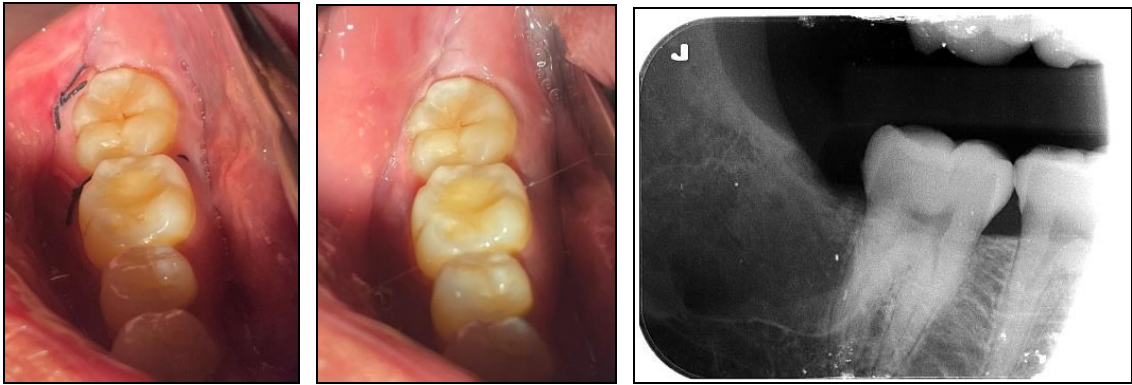
ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังอาการ ผิดปกติโดยเฉพาะอาการชา และได้รับยาปฏิชีวนะ ยาแก้ ปวด และวิตามินบีรวม (Vitamin B 1-6-12) เป็นการรักษา เสริมหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดอาการชา ชั่วคราวซึ่งเป็นความเสี่ยงหลักของเคสนี้ นัดตัดไหมที่ 1 สัปดาห์ พร้อมติดตามประเมินอาการที่ 1 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ



ภาพที่ 5 แสดงภาพเข้าฟันหลังนำฟันออก ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากไม่พบชิ้นส่วนฟันคงค้าง และภาพการเย็บปิดแผล แบบ simple interrupted

ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดและ บวมเล็กน้อยในช่วง 3 วันแรก ซึ่งสามารถควบคุมได้ ด้วยยาแก้ปวดตามปกติ อาการได้ค่อยลงเล็กน้อย ไม่ พบอาการชาบริเวณริมฝีปากล่างหรือคาง ไม่พบการติดเชื้อหรือภาวะกระดูกเข้าฟันอักเสบ การติดตามผลหลัง ผ่าตัด 1 สัปดาห์พบว่าแผลหายดี ไม่มีสัญญาณการ อักเสบ และสามารถตัดไหมได้ตามแผน (ภาพที่ 6)

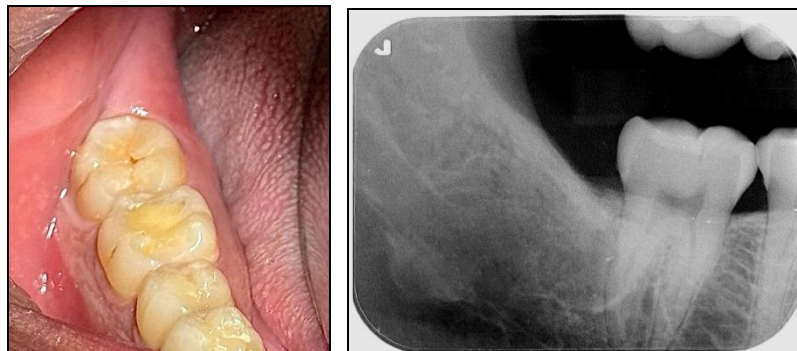
การติดตามผลที่ 1 เดือนพบว่าแผลหายสมบูรณ์ ผู้ป่วย อ้าปากได้ตามปกติ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ (ภาพที่ 7) ในการติดตามผลระยะยาวที่ 1 ปี ผู้ป่วยไม่มี อาการปวดหรือความผิดปกติบริเวณขากรรไกรล่างขวา การตรวจทางคลินิกไม่พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อ อ่อนหรือการทำงานของเส้นประสาท และภาพถ่ายรังสี แสดงการสร้างกระดูกในบริเวณเข้าฟันที่ดี (ภาพที่ 8)



ภาพที่ 6 แสดงภาพภายในช่องปากและภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์



ภาพที่ 7 แสดงภาพในช่องปากและภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากหลังผ่าตัด 1 เดือน



ภาพที่ 8 แสดง ภาพในช่องปาก และภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากหลังผ่าตัด 1 ปี

สรุปผลการรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดฟันกรามล่างขวาซี่ที่สามซึ่งมีลักษณะคุดในแนวราบ ฟันอยู่ในกระดูกทั้งหมด และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอินฟีเรียอัลวีโอลาร์คานัล จัดเป็นฟันคุดที่มีความยากและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาดำเนินการภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ใช้เทคนิคผ่าตัดมาตรฐานที่มุ่งเน้นการลดที่กระทำต่อกระดูกเบ้าฟันและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท ผลการรักษาพบว่าสามารถ

นำฟันออกได้โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด การติดตามผลไม่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาท การติดเชื้อ หรือการอักเสบของกระดูกเบ้าฟัน แผลผ่าตัดหายดี การทำงานของขากรรไกรเป็นปกติ และภาพถ่ายรังสีระยะยาวแสดงการสร้างกระดูกในบริเวณเบ้าฟันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าการวินิจฉัย การประเมินภาพถ่ายรังสี และการวางแผนการผ่าตัดที่รอบคอบร่วมกับเทคนิคที่เหมาะสม

สามารถให้ผลการรักษาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ
แม้ในกรณีฟันคุดที่มีความเสี่ยงสูง

บทวิจารณ์

ฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดเป็นภาวะที่พบบ่อย
ที่สุดในกลุ่มฟันคุด โดยมีรายงานความชุกแตกต่างกัน
ตามลักษณะประชากรที่ศึกษา กรณีศึกษานี้เป็นฟัน
กรามล่างซี่ที่สามคุดที่วางตัวในแนวราบ และฟันฝังอยู่
ในกระดูกทั้งหมด ร่วมกับ Class II และ Position C
ตามการจำแนกของ Pell และ Gregory ซึ่งมีโอกาส
เกิดขึ้นน้อย อัตราการเกิดอยู่ที่ร้อยละ 5.6 ทั้งนี้อัตรา
การพบขึ้นกับประชากรที่ศึกษา (Jaron A & Trybek,
2021; Pinto et al., 2024) แม้จัดเป็นรูปแบบที่พบได้
น้อย แต่มีรายงานระบุว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความยาก
ในการผ่าตัดที่สูง และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สูงขึ้น
โดยเฉพาะเมื่อฟันฝังตัวลึกและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด
กับอินฟีเรียลลิโวลาร์คาแนล (Leung & Cheung, 2011)

การผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดในผู้ป่วยที่ไม่มี
อาการยังคงเป็นประเด็นถกเถียงในวรรณกรรมอย่างไรก็ตาม
มีความเห็นสอดคล้องกันว่ากรามล่างซี่ที่สามคุดมีความเหมาะสมใน
กรณีที่มีอาการหรือพยาธิสภาพที่ส่งผลต่อผู้ป่วย
(Peñarrocha-Diago et al., 2021; Steed, 2014) และมี
รายงานว่าประมาณร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาฟัน
กรามคุดมีอาการปวดและบวม และอาการดังกล่าว
ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี
อายุมากขึ้น (Slade, 2004) ในรายงานนี้ ผู้ป่วยมี
อาการปวดบริเวณขากรรไกรล่างด้านขวาโดยไม่พบ
สาเหตุอื่นจากการตรวจในช่องปาก และอาการยังคงอยู่
หลังการถอนฟันกรามบน จึงสนับสนุนการตัดสินใจ
ผ่าตัดในฐานะการรักษาเชิงสาเหตุ ไม่ใช้การผ่าตัดเชิง
ป้องกันเพียงอย่างเดียว

การประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด โดยการ
ประเมินทางคลินิก และประเมินภาพรังสี ร่วมกับการใช้
ระบบจำแนก เช่น Winter's classification, Pell &
Gregory classification รวมถึงดัชนีประเมินความยาก
ช่วยให้ทันตแพทย์สามารถคาดการณ์ความยาก วางแผนการ
รักษา และเตรียมการรับมือกับภาวะแทรกซ้อนได้อย่าง
เหมาะสม (Bali et al. 2013; Bhansali et al. 2021;
Khanal et al. 2014) ในผู้ป่วยรายนี้การได้ประเมิน
ด้วยภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากที่ครอบคลุมฟันกราม
ที่สามทั้งซี่ กระดูกโดยรอบ สามารถประเมินตำแหน่ง
ของฟันและความสัมพันธ์กับอินฟีเรียลลิโวลาร์คาแนล
ได้เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่ระบุว่าภาพถ่ายรังสี

สองมิติยังสามารถใช้ได้หลายกรณี (Varghese, 2021)
อย่างไรก็ตาม หลายวรรณกรรมระบุว่าการใช้ CBCT (Cone
Beam Computed Tomography) จะให้ข้อมูลที่
แม่นยำมากขึ้นในเคสที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บ
ของเส้นประสาท (Matzen & Wenzel, 2015; Neves
et al., 2012)

ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่มีความสำคัญทาง
คลินิกจากการผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามคุด คือ การ
บาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียลลิโวลาร์ ซึ่งอาจทำ
ให้เกิดอาการชาบริเวณริมฝีปากล่างและคาง โดยมี
รายงานอุบัติการณ์อยู่ระหว่างร้อยละ 0.3-8.4 ทั้งนี้
ความเสี่ยงดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความลึกของฟันคุด
ลักษณะการวางตัวของฟัน และความใกล้ชิดของรากฟันกับ
อินฟีเรียลลิโวลาร์คาแนล (Sarikov & Juodzbalys,
2014) โดยมีรายงานว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บต่อ
เส้นประสาทดังกล่าวพบสูงที่สุดในฟันกรามล่างซี่ที่สามคุด
ที่วางตัวในแนวราบ คิดเป็นร้อยละ 1.7 (Juodzbalys &
Daugela, 2013) ผู้ป่วยรายนี้สามารถรับการผ่าตัดได้
โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทั้งในระยะสั้นและ
ระยะยาว กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ซึ่งสะท้อนให้
เห็นถึงความสำคัญของการประเมินก่อนผ่าตัด เพื่อการ
วางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะแทรกซ้อน

การเลือกเทคนิคการผ่าตัดที่เหมาะสมมี
ความสำคัญอย่างยิ่งในกรณีที่ฟันคุดมีความสัมพันธ์
ใกล้ชิดกับอินฟีเรียลลิโวลาร์คาแนล การออกแบบแผ่น
เหงือกที่เหมาะสมช่วยให้มองเห็นบริเวณผ่าตัดได้ชัดเจน
ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน และลดอาการไม่พึง
ประสงค์หลังผ่าตัด (DE Marco et al., 2021; Goldsmith
et al., 2012) นอกจากนี้ การกรอตัดกระดูกอย่างเหมาะสม
ร่วมกับการกรอตัดแบ่งฟันก่อนนำออก เป็นเทคนิค
มาตรฐานที่ช่วยลดแรงกด ลดความเสี่ยงต่อการแตกหัก
ของกระดูก และลดโอกาสการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท
โดยมีรายงานว่ากรอแบ่งฟันสามารถลดอุบัติการณ์ของ
ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเมื่อเทียบกับการงัดฟันทั้งซี่
ออกโดยตรง (Bui et al., 2003)

แม้ผู้ป่วยรายนี้จะมีปัจจัยเสี่ยงสูงจากลักษณะ
การคุดและความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอินฟีเรียลลิโวลาร์
คาแนล แต่ผลการรักษาพบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
ที่มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท
ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานใน
วรรณกรรมที่ระบุว่าฟันกรามล่างคุดในแนวราบมีความ

เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทสูงกว่าลักษณะอื่น การติดตามผลระยะยาวเป็นเวลา 1 ปี แสดงให้เห็นการหายของแผลที่สมบูรณ์ การสร้างกระดูกในบริเวณเบ้าฟันที่เหมาะสม และไม่พบอาการผิดปกติทางระบบประสาท ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนว่าการวางแผนการรักษาอย่างรอบคอบและการเลือกเทคนิคการผ่าตัดที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงได้ แม้ในกรณีที่มีระดับความยากสูง

บทสรุป

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้แสดงให้เห็นว่า ฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดซึ่งวางตัวในแนวราบ ฝังอยู่ในกระดูกทั้งหมด และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอินฟีเรียลวีโอลาร์คานัล ซึ่งจัดเป็นฟันคุดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ สามารถได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยได้ด้วยเทคนิคการผ่าตัดมาตรฐานภายใต้ยาชาเฉพาะที่ หากมีการประเมินทาง

คลินิกและภาพถ่ายรังสีก่อนการผ่าตัดอย่างรอบคอบ รวมถึงการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

กรณีศึกษาที่สะท้อนบทเรียนเชิงคลินิกที่สำคัญว่า การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างรากฟันกับอินฟีเรียลวีโอลาร์คานัล และการเลือกเทคนิคที่ลดแรงกระทำต่อโครงสร้างสำคัญ มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียลวีโอลาร์ แม้ในกรณีฟันคุดที่มีระดับความยากสูง

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของรายงานนี้ควรถูกตีความภายใต้ข้อจำกัดของรายงานผู้ป่วยรายเดียว และไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงเชิงทั่วไปได้โดยตรง ทั้งนี้ รายงานฉบับนี้มีคุณค่าในฐานะแนวทางเชิงคลินิกที่ช่วยเสริมการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีฟันกรามล่างซี่ที่สามคุดในตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูง

เอกสารอ้างอิง (References)

- เชื้อโซติ หังสสุต. (2536). ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล. กรุงเทพฯ: เียร์บุ๊คพับลิชเชอร์.
- Bali, A., Bali, D., Sharma, A., & Verma, G. (2013). Is Pederson's index a true predictive difficulty index for Impacted mandibular third molar surgery? A meta-analysis. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 12(3), 359–364. <https://doi.org/10.1007/s12663-012-0435-x>
- Bhansali, S. P., Bhansali, S., & Tiwari, A. (2021). Review of difficulty indices for the removal of impacted Third molars and a new classification of difficulty indices. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 20(2), 167–179. <https://doi.org/10.1007/s12663-020-01452-6>
- Blondeau, F., & Daniel, N. G. (2007). Extraction of impacted mandibular third molars: Postoperative complications and their risk factors. *Journal of the Canadian Dental Association*, 73(4), 325.
- Bui, C. H., Seldin, E. B., & Dodson, T. B. (2003). Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 61(12), 1379–1389. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.04.001>
- Carter, K., & Worthington, S. (2016). Predictors of third molar impaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*, 95(3), 267–276. <https://doi.org/10.1177/0022034515615857>
- DE Marco, G., Lanza, A., Cristache, C. M., Capcha, E. B., Espinoza, K. I., Rullo, R., Vernal, R., Cafferata, E. A., & Di Francesco, F. (2021). The influence of flap design on patient-reported morbidity after third molar surgery: A clinical review. *Clinical Oral Investigations*. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2020-0932>
- Eshghpour, M., Nezadi, A., Moradi, A., Shamsabadi, R. M., Rezaei, N. M., & Nejat, A. (2014). Pattern of Mandibular third molar impaction: A cross-sectional study in northeast of Iran. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 17, 673–677. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.144376>

- Goldsmith, S. M., Hyam, D. M., Newman, L., Tsirbas, A., & Wormald, P. J. (2012). Modified mucoperiosteal flap design for third molar surgery. *Australian Dental Journal*, 57(4), 454–458. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2012.01734.x>
- Jaron, A., & Trybek, G. (2021). The pattern of mandibular third molar impaction and assessment of Surgery difficulty: A retrospective study of radiographs in an East Baltic population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6016. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116016>
- Juodzbalsys, G., & Daugela, P. (2013). Mandibular third molar impaction: Review of literature and a proposal of a classification. *Journal of Oral and Maxillofacial Research*, 4(2), e1. <https://doi.org/10.5037/jomr.2013.4201>
- Khanal, P., Dixit, S., Singh, R., & Dixit, P. (2014). Difficulty index in the extraction of impacted mandibular Third molars and their postoperative complications. *Journal of Kathmandu Medical College*, 3(1), 14–20. <https://doi.org/10.3126/jkmc.v3i1.10918>
- Leung, Y. Y., & Cheung, L. K. (2011). Risk factors of neurosensory deficits in lower third molar surgery: A Literature review of prospective studies. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 40(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2010.09.005>
- Matzen, L. H., & Wenzel, A. (2015). Efficacy of CBCT for assessment of impacted mandibular third Molars: A review based on a hierarchical model. *Dentomaxillofacial Radiology*, 44(1), 20140189. <https://doi.org/10.1259/dmfr.20140189>
- Neves, F. S., Souza, T. C., Almeida, S. M., Haiter-Neto, F., Freitas, D. Q., & Bóscolo, F. N. (2012). Correlation of panoramic radiography and cone beam CT findings in the assessment of the relationship between impacted mandibular third molars and the mandibular canal. *Dentomaxillofacial Radiology*, 41(7), 553–557. <https://doi.org/10.1259/dmfr/22263461>
- Pell, G. J., & Gregory, B. T. (1933). Impacted mandibular third molars: Classification and modified techniques for removal. *Dental Digest*, 39, 330–338.
- Peñarrocha-Diogo, M., Camps-Font, O., Sánchez-Torres, A., Figueiredo, R., Sánchez-Garcés, M. A., & Gay-Escoda, C. (2021). Indications of the extraction of symptomatic impacted third molars: A systematic review. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 13(3), e278–e286. <https://doi.org/10.4317/jced.56887>
- Peterson, L. J. (1998). Principles of management of impacted teeth. In L. J. Peterson, E. Ellis, J. R. Hupp, & M. R. Tucker (Eds.), *Contemporary oral and maxillofacial surgery* (3rd ed.). Mosby.
- Pinto, A. C., Francisco, H., Marques, D., Martins, J. N. R., & Caramês, J. (2024). Worldwide prevalence and demographic predictors of impacted third molars: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(24), 7533. <https://doi.org/10.3390/jcm13247533>
- Quek, S. L., Tay, C. K., Tay, K. H., Toh, S. L., & Lim, K. C. (2003). Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: A retrospective radiographic survey. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 32(5), 548–552. <https://doi.org/10.1054/ijom.2003.0413>
- Santosh, P. (2015). Impacted mandibular third molars: Review of literature and a proposal of a combined clinical and radiological classification. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 5(4), 229–236. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.160177>

- Sarikov, R., & Juodzbalys, G. (2014). Inferior alveolar nerve injury after mandibular third molar Extraction: A literature review. *Journal of Oral and Maxillofacial Research*, 5(4), e1. <https://doi.org/10.5037/jomr.2014.5401>
- Slade, G. D., Foy, S. P., Shugars, D. A., Phillips, C., & White, R. P., Jr. (2004). The impact of the third molar Symptoms, pain, and swelling affect oral health-related quality of life. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 62(9), 1118–1124. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.11.014>
- Steed, M. B. (2014). The indications for third-molar extractions. *Journal of the American Dental Association*, 145(6), 570–573. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.18>
- Varghese, G. (2021). Management of impacted third molars. In K. Bonanthaya, E. Panneerselvam, S. Manuel, V. V. Kumar, & A. Rai (Eds.), *Oral and maxillofacial surgery for the clinician*. Springer.
- Winter, G. B. (1926). *Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar*. American Medical Book.