

## รายงานผู้ป่วย

การจัดการความพิการจากการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ความรุนแรงระดับต่ำระยะที่หนึ่งโดยใช้เพดานเทียม: รายงานผู้ป่วย

The Management of Surgical Defect in A Patient with Stage I Low-Grade Mucoepidermoid Carcinoma Using An Obturator Prosthesis: A Case Report

พนารัตน์ ขอดแก้ว<sup>1</sup>, ไชยวัฒน์ ส่งเสริมปัญญากุล<sup>2</sup>  
Panarat Kodkeaw<sup>1</sup>, Chaiwat Songsermpanyakul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่

<sup>1</sup>Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai

<sup>2</sup>กลุ่มงานโสต ศอ นาสิกวิทยา โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่

<sup>2</sup>Department of Otolaryngology, Nakornping hospital, Chiang Mai

## บทคัดย่อ

รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยหญิงอายุ 64 ปี เป็นมะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ความรุนแรงระดับต่ำระยะที่หนึ่งที่บริเวณรอยต่อของเพดานแข็งและเพดานอ่อนด้านซ้าย การผ่าตัดบริเวณกว้างถูกใช้ในการกำจัดมะเร็งพร้อมกับเนื้อเยื่อปกติโดยรอบอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร เพดานเทียมหลังผ่าตัดถูกใช้เพื่อบูรณะความพิการของเพดานและการทำหน้าที่ของช่องปาก วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อถูกใช้เพื่อบุเพดานเทียมในบริเวณที่ติดกับความพิการ ขั้นตอนนี้ช่วยปรับปรุงความแนบสนิท ควบคุมการรั่วซึมจมูก ส่งเสริมการหายของแผล และลดความรู้สึกเจ็บ ในระหว่างแผลหายเพดานเทียมถูกปรับและวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อถูกเปลี่ยนเป็นระยะตามกำหนดเวลา ในที่สุดรูทะลุช่องจมูกก็ปิดเองภายในเวลา 3 เดือน หลังการผ่าตัด การทำหน้าที่ของช่องปากจึงกลับสู่ภาวะปกติอีกครั้ง

**คำสำคัญ:** การผ่าตัด, เพดานเทียม, มะเร็งช่องปากระยะแรก, รูทะลุช่องจมูก

## Abstract

This report presents a 64 year-old female patient with stage I low-grade mucoepidermoid carcinoma at the junction of the hard and soft palate on the left side. A wide excision was used to completely remove the cancer with a negative margin control of at least five millimeters. The post-operative obturator was used to restore the palatal defect and the oral function. Tissue conditioner was used to line the obturator in the area close to the defect. This procedure helps to improve fit, control the nasal leakage, promote the wound healing, and reduce pain. During healing process, the obturator was adjusted and the tissue conditioner was changed periodically. Finally, the oro-nasal communication was spontaneously closed in three months after surgery. The oral function was returning to normal again.

**Keywords:** Surgery, Obturator, Early stage oral cancer, Oro-nasal communication

**ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:**

พนารัตน์ ขอดแก้ว ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 ประเทศไทย โทรศัพท์: 053944443 E-mail: panarat.k@cmu.ac.th

**Correspondence to :**

Panarat Kodkeaw. Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Suthep, Muang, Chiang Mai 50200 Thailand Tel: 053944443 E-mail: panarat.k@cmu.ac.th

## บทนำ

มะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ (mucoepidermoid carcinoma: MEC) เป็นมะเร็งต่อมน้ำลายที่พบบ่อยที่สุด มะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ที่เกิดขึ้นในช่องปากมีต้นกำเนิดจากต่อมน้ำลายขนาดเล็ก (minor salivary gland) พบได้ทั้งเพดานปาก ท้ายพินกรามล่าง (retromolar area) ฟันปาก เยื่อเมือกด้านแก้ม ริมฝีปาก และ ลิ้น ลักษณะเป็นก้อนโป่งพองที่เกิดขึ้นอย่างผิดปกติ<sup>1-4</sup> เนื่องจากการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ประกอบกับไม่มีอาการเจ็บจึงทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและวินิจฉัยโรคในเวลาที่หลากหลายตั้งแต่ 1 ถึง 180 เดือนนับตั้งแต่รู้สึกว่ามีก้อนเกิดขึ้นในช่องปาก<sup>5</sup>

สำหรับคนไทยมะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ในช่องปากพบได้ในคนทุกช่วงวัย โดยพบมากถึงร้อยละ 43.29 ของมะเร็งต่อมน้ำลายทั้งหมด และบริเวณที่พบบ่อยที่สุดคือเพดานปาก (54.93 %)<sup>6</sup> การพบว่าเป็นโรคตั้งแต่นั้น ๆ มีความสำคัญเพราะขอบเขตของก้อนและการแพร่กระจายจากต้นกำเนิดเป็นปัจจัยในการพยากรณ์โรค<sup>5</sup> การรักษาโรคระยะเริ่มแรกได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าและทันตแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการค้นพบผู้ป่วย<sup>7,8</sup>

ความรุนแรงของมะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์จำแนกตามลักษณะทางพยาธิวิทยาได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (high-grade) ระดับกลาง (intermediate-grade) และ ระดับต่ำ (low-grade) โดยมะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ระดับต่ำและระดับกลางมีผลลัพธ์ของการรักษาที่น่าพอใจมากกว่ามะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ระดับสูง<sup>4,9-11</sup>

การรักษามาตรฐานสำหรับมะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ คือ ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อปกติโดยรอบออก ผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองที่คอออกเมื่อพบว่ามีการลุกลาม และให้รังสีรักษาพร้อมด้วยเมื่อประเมินแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสูงในการกลับเป็นซ้ำ<sup>4,8-11</sup> ในกรณีที่ผลชิ้นเนื้อออกมาว่าพบเซลล์มะเร็งที่บริเวณขอบ (positive margin) หรือพบเซลล์มะเร็งห่างจากขอบน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร

(closed margin) หากสามารถขยายขอบเขตการผ่าตัดจนกระทั่งมีระยะห่างจากขอบก้อนมะเร็งอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร (negative margin) ผู้ป่วยก็ไม่ต้องเข้ารับการฉายรังสีรักษาหลังการผ่าตัด<sup>4,8</sup> ในกรณีที่การผ่าตัดถึงขั้นได้เยื่อหุ้มกระดูกแปลที่หายแบบทุติยภูมิจะมีลักษณะเหมือนเนื้อเยื่อปกติภายในเวลา 1 ปี<sup>7,12</sup> การแทนที่เนื้อเยื่อที่สูญเสียจากการผ่าตัดที่โดยใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก (flap) เป็นวิธีการหนึ่งที่ยอมรับกัน<sup>4,8</sup> แต่เมื่อผลชิ้นเนื้อออกมาว่าขอบโดยรอบไม่ได้เป็นเนื้อเยื่อปกติที่มีความกว้างอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร ผู้ป่วยก็ต้องรับการฉายรังสีรักษาภายหลังการผ่าตัด<sup>8</sup>

กรณีเกิดช่องทางเชื่อมต่อระหว่างช่องปากกับช่องจมูก (oro-nasal communication: ONC) ผู้ป่วยจะประสบปัญหา มีน้ำและอาหารเล็ดลอดเข้าช่องจมูก มีเสียงขึ้นจมูก พูดไม่ชัด มีกลิ่นเหม็น และมีรสชาติไม่ดีในปาก นอกจากนี้ยังอาจเกิดปัญหาทางเดินหายใจและหูติดเชื้อมาได้<sup>3</sup> ภาวะเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากจึงมีความจำเป็นต้องปิดทางเชื่อมต่อที่เกิดขึ้นให้เร็วที่สุด

การปิดทางเชื่อมต่อโดยใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วยมาซ่อมแซม รุทะลุที่เพดานปากเป็นทางเลือกลำดับแรกในการบูรณะเพราะให้ผลลัพธ์ที่ถาวร ก่อนตัดสินใจเลือกใช้วิธีการนี้ต้องทำการประเมินโอกาสประสบความสำเร็จโดยใช้ข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบ อาทิ สาเหตุของปัญหา ขนาดและตำแหน่งของรุทะลุ เนื้อเยื่อที่จะนำมาใช้ปิดรุทะลุ และสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าการบูรณะด้วยวิธีทางศัลยกรรมมีโอกาสประสบความสำเร็จต่ำก็จะเลือกใช้วิธีการบูรณะด้วยเพดานเทียมแทน<sup>13,14</sup>

การใช้เพดานเทียมที่ออกแบบและสร้างอย่างถูกต้องสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลดลงหรือหมดไปได้เกือบทันที<sup>15</sup> การใช้สิ่งประดิษฐ์ปกป้องแผลที่เพดานช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี<sup>16</sup> การใช้วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อผู้รับประดิษฐ์ในบริเวณที่สัมผัสกับ

แผลช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น<sup>17</sup> และการหายของแผลแบบทุติยภูมิทำให้รูทะลุที่เกิดขึ้นมีขนาดเล็กลงอย่างมีนัยสำคัญภายในเวลา 1 ปี<sup>18</sup>

วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อเป็นอีลาสโตเมอร์ชนิดนิ่มที่ใช้สำหรับบดฟันเนื้อเยื่อของสิ่งประดิษฐ์เป็นการชั่วคราวในระยะเวลายาว ๆ เพื่อประโยชน์ในการกระจายแรงให้ลงสู่เนื้อเยื่ออย่างสม่ำเสมอ ลดการกระแทกที่กระทำต่อเนื้อเยื่อ และส่งเสริมการหายของแผล การที่วัสดุมีสมบัติการไหลแบบพลาสติก (plastic flow) ในช่วง 24-36 ชั่วโมงหลังผสม ได้นำมาซึ่งความสามารถในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเนื้อเยื่ออ่อน อย่างไรก็ตามเนื่องจากวัสดุเป็นผลผลิตจากการรวมตัวของพอลิเมอร์พลาสติกไซเซอร์และแอลกอฮอล์ ด้วยกระบวนการละลายโดยปราศจากการเชื่อมยึดกันด้วยพันธะทางเคมี สมบัติข้างต้นจึงเสื่อมลงไปเรื่อย ๆ ตามปริมาณการสะสมของส่วนประกอบที่เป็นตัวทำละลายออกมาจากเนื้อวัสดุ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการใช้จึงมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวัสดุภายในเวลาไม่กี่วันหรือไม่ก็สัปดาห์<sup>19,20</sup> การใช้วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพนอกจากจะทำให้เกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อแล้ววัสดุยังเป็นแหล่งสะสมคราบจุลินทรีย์อีกด้วย<sup>21</sup>

รายงานนี้นำเสนอการพบและส่งเสริมการรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ การใช้เพดานเทียมช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดและช่วยส่งเสริมการหายของแผลจนกระทั่งรูทะลุปิดเองในผู้ป่วย 1 ราย

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี มาที่คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พร้อมแบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อที่ออกโดยคลินิก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีเนื้อความว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่เพดานปาก ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบว่าเป็นมะเร็งมีวโคอีพิเดอมอยด์ความรุนแรงระดับต่ำ แผนการรักษาต่อไป คือ ผ่าตัดเพิ่มเติมเพื่อให้ขอบแผลห่างจากก้อนมะเร็งโดยรอบอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร และขอปรึกษาเพื่อพิจารณาทำเพดานเทียม

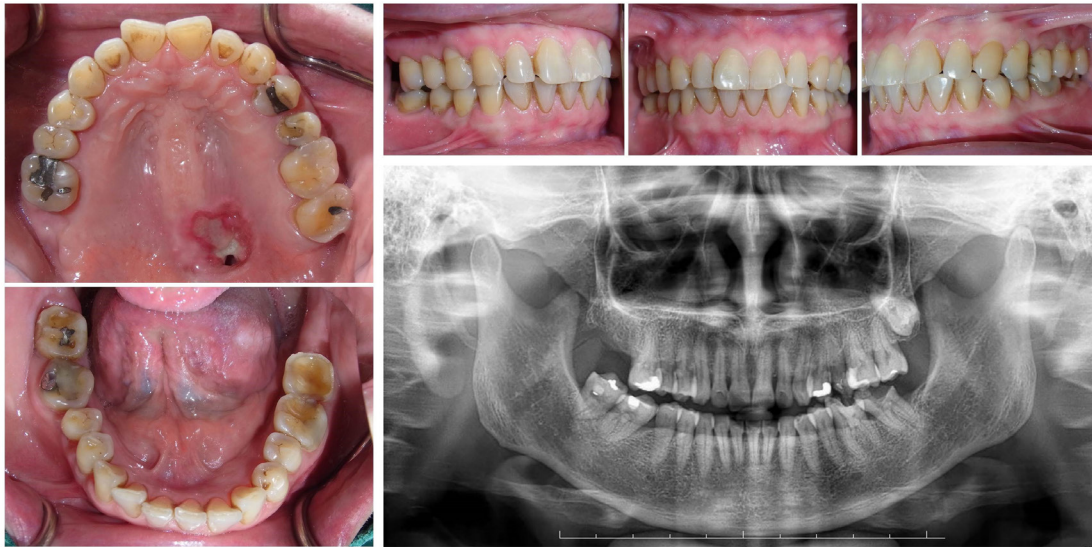
จากการซักประวัติผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ก่อนที่จะทราบว่าเป็นมะเร็งได้ไปพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่แตง (โรงพยาบาลชุมชน) ด้วยปัญหาปวดฟันและต้องการถอนฟัน ในระหว่างการตรวจและให้การรักษาทันตแพทย์ได้มองเห็นความผิดปกติที่เพดานปากจึงสอบถามความเป็นมา ซึ่งผู้ป่วยได้ตอบไปว่าตุ่มนูนที่เพดานปากเกิดขึ้นมาประมาณ 4-5 ปี โดยไม่เคยมีอาการเจ็บปวดใด ๆ จากนั้นทันตแพทย์จึงเขียนใบส่งต่อการรักษามอบให้

ผู้ป่วยนำไปติดต่อเพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลนครพิงค์ (โรงพยาบาลทั่วไป) เมื่อทันตแพทย์โรงพยาบาลนครพิงค์ตรวจช่องปากแล้วก็ทำเอกสารส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสันทราย (โรงพยาบาลชุมชน) ซึ่งทันตแพทย์ได้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาและให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อทราบผลแล้วผู้ป่วยก็ถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่คลินิก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อแพทย์เห็นรอยโรคที่บริเวณรอยต่อระหว่างเพดานแข็งและเพดานอ่อนข้างซ้าย ลักษณะเป็นก้อนนูนแข็งและมีผิวขรุขระขนาด 5 x 5 มิลลิเมตร จึงแนะนำให้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอีกครั้งโดยตัดห่างจากก้อนโดยรอบ 2 มิลลิเมตร แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวและกังวลกับสิ่งที่ต้องเผชิญต่อไปจากนี้แต่ด้วยการสื่อสารของแพทย์ที่ทำด้วยความระมัดระวังการกระทบกระเทือนจิตใจและรับปากว่าจะรักษาให้เพียงแต่ขอให้มาตามนัด ผู้ป่วยจึงตัดสินใจว่าจะทำตามคำแนะนำทุกอย่าง

เมื่อผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งร้าย แพทย์จึงเขียนแบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อมอบให้ผู้ป่วยนำไปพบแพทย์ที่หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) หลังจากที่ได้ตรวจผู้ป่วยและนำข้อมูลมาประชุมร่วมกันก็ได้แนวทางการรักษาว่า เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 1 (TMN stage I) จึงสามารถเลือกวิธีการรักษาได้อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ การผ่าตัด หรือ การฉายรังสีรักษา ซึ่งผู้ป่วยเลือกรักษาด้วยการผ่าตัดโดยขยายขอบเขตการผ่าตัดให้ห่างจากขอบของก้อนมะเร็งอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร จากนั้นจึงติดตามอาการหลังการรักษาและเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งซ้ำ

## การพบกันครั้งแรก

ผู้ป่วยมาติดต่อเพื่อทำเพดานเทียมที่คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก่อนวันนัดผ่าตัด 7 วัน โดยมีอาการสำคัญ คือ มีน้ำและอาหารเล็ดลอดเข้าสู่ช่องจมูก ปัญหานี้เกิดขึ้นหลังจากการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อตรวจในช่องปากก็พบว่าเพดานปากส่วนซ้ายมีแผลขนาด 10 x 8 มิลลิเมตร และมีรูทะลุช่องจมูกขนาด 2 x 2 มิลลิเมตรที่บริเวณรอยต่อระหว่างเพดานแข็งกับเพดานอ่อน ผู้ป่วยมีฟันในช่องปากจำนวน 27 ซี่ ฟันซี่ 47 ไม่มีคู่สบ ฟันซี่ 25 มีร่องรอยการหลุดของวัสดุบูรณะฟัน ฟันซี่ 36 และ 37 มีด้านบดเคี้ยวสึกอย่างรุนแรง และฟันซี่ 28 ไม่ขึ้นสู่ช่องปาก (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภาพถ่ายในช่องปาก และ ภาพถ่ายรังสี เมื่อพบกันครั้งแรก  
Figure 1 Intra-oral photographs and radiograph taken at first visit.

แผนการบูรณะรูทด้วยเพดานเทียม คือ เตรียมเพดานเทียมใส่ให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (delayed surgical obturator) ใช้วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อฐานเพดานเทียมในบริเวณที่สัมผัสกับแผลผ่าตัดโดยนัดเปลี่ยนวัสดุเป็นระยะจนกระทั่งแผลหายจึงเปลี่ยนเป็นวัสดุฐานฟันเทียมชนิดแข็ง เมื่อเนื้อเยื่อเจริญเต็มที่แล้วและรูทลุก่อนข้างคงรูปแล้วจึงพิจารณาทำเพดานเทียมขั้นสุดท้าย (definitive obturator)

ก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลถึงรูปร่างลักษณะและประโยชน์ของเพดานเทียมในการบูรณะรูทที่เพดานซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแล้วจึงทำการพิมพ์ปากด้วยวัสดุไฮโดรคอลลอยแบบผันกลับไม่ได้โดยในขากรรไกรบนก่อนทำการพิมพ์ได้นำสำลิจากผู้พิมพ์ด้วยไหมขัดฟันใส่เข้าไปในรูทลุก่อนข้างเพื่อป้องกันไม่ให้วัสดุไหลเข้าไปในช่องจมูก

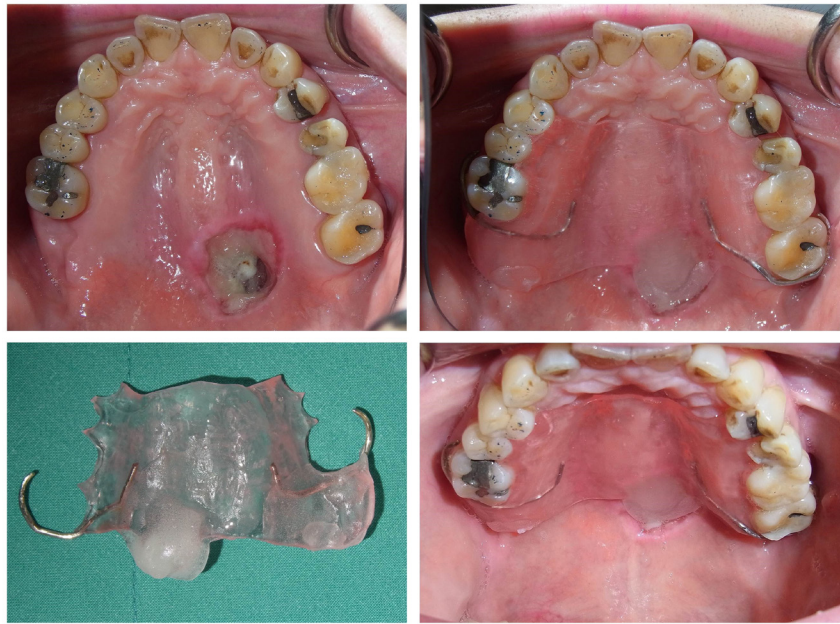
การออกแบบเพดานเทียมเริ่มต้นจากการนำชิ้นหล่อของขากรรไกรบนและล่างมาจับสบกันเพื่อหาตำแหน่งวางตะขอที่ไม่รบกวนการสบฟัน และพบว่าตำแหน่งที่เหมาะสม คือ ฟันซี่ 16 และ 27 สำหรับขอบเขตของเพดานเทียมได้กำหนดให้ด้านขาครอบคลุมจากฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งถึงร่องหน้าส่วนยื่นรูปขอ

(hamular notch) ด้านซ้ายครอบคลุมจากฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งถึงฟันกรามซี่ที่สอง โดยขยายขอบด้านท้ายให้ยื่นมาคลุมรูทลุก่อนข้างทำจากลวดโลหะไร้สนิมเบอร์ 19 เหลาปลายให้เรียบส่วนเพดานทำจากวัสดุเรซินอะคริลิกใสชนิดบ่มเอง ใช้เทคนิคโรยพอลิเมอร์สลับกับมอนอเมอร์ร่วมกับการบ่มในหม้อความดันเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เป็นเรซินอะคริลิกที่คุณสมบัติดี เมื่อแกะเพดานเทียมออกจากชิ้นหล่อแล้วจึงทำการขัดแต่งให้เรียบร้อยและพร้อมสำหรับใส่ให้ผู้ป่วยต่อไป

## การพบกันครั้งที่ 2

วันที่ 8 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมาตามนัดใส่เพดานเทียมด้วยสภาพพูดเสียงขึ้นจมูกและน้ำหนักตัวลดลง 3-4 กิโลกรัม เพราะปัญหาน้ำและอาหารเล็ดลอดเข้าไปในช่องจมูกขณะกลืนทำให้ต้องรับประทานอาหารที่มีเนื้อสัมผัสอ่อนนุ่มและชื้นโดยใช้ช้อนตักหยอดเข้าปากครั้งละประมาณปลายช้อนชาแล้วกลืนอย่างระมัดระวัง เมื่อตรวจช่องปากผู้ป่วยก็พบว่าแผลมีขนาดใหญ่กว่าเดิมประมาณ 4 เท่า และมีรูทลุก่อนข้างขนาด 6 x 3 มิลลิเมตรที่บริเวณรอยต่อระหว่างเพดานแข็งกับเพดานอ่อน (รูปที่ 2)





รูปที่ 2 ใส่เพดานเทียมในวันที่ 8 หลังการผ่าตัด  
Figure 2 Obturator was inserted at day eight after surgery.

ขั้นตอนการใส่มีดังนี้ 1) ใส่เพดานเทียมให้เข้าที่และปรับตะขอให้เพดานเทียมมีการติดอยู่ที่เพียงพอสำหรับด้านการหลุด 2) ตรวจสอบและแก้ไขจุดสบสูงจนกระทั่งฟันธรรมชาติสบกันสนิท 3) นำเพดานเทียมมาขัดแต่งให้เรียบร้อย 4) ผสมวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อ (SOFT-LINER, GC corporation, Japan) ใส่ลงบนเพดานเทียมในบริเวณที่อยู่เหนือแผล รอยวัสดุเริ่มจับตัวเป็นก้อนจึงนำเพดานเทียมเข้าปากกดให้เข้าที่แล้วใช้นิ้วมือปาดวัสดุส่วนเกินที่ล้นออกมาตามขอบออก 5) ออกคำสั่งให้ผู้ป่วยก้มหน้าและกลืนหลาย ๆ ครั้งสลับกับการอมน้ำแล้วคายทิ้ง ทำไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งวัสดุก่อตัวจึงนำออกจากปาก 6) ใช้กรรไกรตัดแต่งรูปร่างวัสดุให้พอดีกับขอบแผล จากนั้นนำส่วนเหลวของวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อมาแต้มลงบนผิวรอยตัดแล้วใช้นิ้วมือลูบจนกระทั่งลักษณะแหลมคมหายไป 7) นำเพดานเทียมกลับเข้าปากแล้วให้ผู้ป่วยก้มหน้ากลืนประมาณ 3 ครั้ง

วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อเมื่อผ่านกระบวนการปรับแต่งรูปโดยการกลืนแล้วจะมีผิวด้านเนื้อเยื่อที่จำลองลักษณะของแผล มีผิวด้านช่องปากที่เชื่อมต่อกับเรซินอะคริลิกและเพดานปากอย่างเรียบเนียน และมีขอบด้านท้ายที่สัมผัสพอดีกับขอบแผลด้านเพดานอ่อนขณะทำหน้าที่ (รูปที่ 2) เมื่อวัสดุมีลักษณะที่ถูกต้องแล้วจึงทดสอบความแนบสนิทโดยให้ผู้ปวยนับเลข 1 ถึง 10 เสียงที่ชัดเจนและมีพลังเป็นสิ่งบ่งบอกประสิทธิภาพในการกันแยกช่องปากและช่องจมูกได้เป็นอย่างดี จากนั้นจึงทดสอบการกลืนโดยให้ผู้ปวยนั่งตัวตรงจิบน้ำเพียงเล็กน้อย (ประมาณ 1 มิลลิลิตร) อมไว้ก่อนแล้วจึงกลืนในลักษณะคอดังหลังตรง หากกลืนไม่ลงให้ใช้มือ

วางที่ได้วางตรงตำแหน่งกลืนเนื้อโมลไฮออยด์แล้วค่อย ๆ ดันขึ้นพร้อมกับออกแรงกลืน เมื่อทำได้แล้วก็ให้ดื่มน้ำไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งมั่นใจว่าไม่มีน้ำรั่วขึ้นจมูก

ก่อนให้ผู้ปวยกลับต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถใส่และถอดเพดานเทียมได้ สามารถใช้เพดานเทียมได้อย่างเหมาะสมและพักการใส่เพดานเทียมอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง สามารถดูแลทำความสะอาดเพดานเทียมและช่องปากได้อย่างถูกต้อง และสามารถทำตามนัดเพื่อเปลี่ยนวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อได้ภายใน 1-2 สัปดาห์

การทำความสะอาดเพดานเทียมและช่องปากให้ทำทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เมื่อถอดเพดานเทียมออกมาแล้วให้นำไปล้างน้ำเพื่อชะล้างเอาคราบต่าง ๆ ที่เกาะบนผิวออก หากคราบไม่หลุดก็ใช้นิ้วมือช่วยถูออก จากนั้นจึงนำไปเก็บในภาชนะที่มีความชื้นสูง

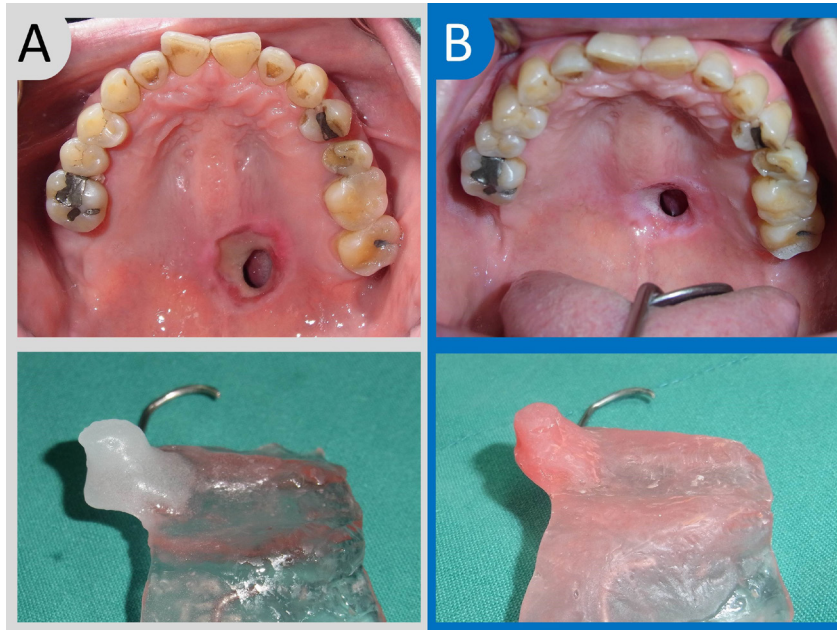
การทำความสะอาดช่องปากให้เริ่มด้วยการอมน้ำแล้วโยกศีรษะไปมาเพื่อให้น้ำชะล้างคราบบางส่วนให้หลุดออกมาแล้วคายน้ำทิ้ง ทำซ้ำเรื่อย ๆ จนน้ำที่คายออกมาใส ขั้นตอนมาให้อมน้ำไว้ในปาก ก้มหน้าแล้วบิ้อดน้ำในปากให้เคลื่อนผ่านรูทูลและไหลออกทางจมูก ทำซ้ำเรื่อย ๆ จนกระทั่งน้ำที่ออกมาใส จากนั้นจึงแปรงฟัน ในช่วงแรกอาจแปรงโดยไม่ใช้ยาสีฟัน

### การพบกันครั้งที่ 3

วันที่ 4 หลังใส่เพดานเทียม (หลังผ่าตัด 12 วัน) ผู้ปวยมาตามนัดเพื่อติดตามผลและเปลี่ยนวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อ จากการพูดคุยพบว่าผู้ป่วยมีเสียงขึ้นจมูกเล็กน้อย ในส่วนการรับ

ประทานอาหารนั้นหากเป็นของเหลวต้องกลืนอย่างระมัดระวัง เพราะมีการเล็ดลอดเข้าสู่ช่องจมูก เมื่อตรวจในช่องปากก็พบว่า แผลมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ปากแผลมีขนาดเล็กลงขณะที่รูทะลุช่องจมูกมีขนาดใหญ่ขึ้นประมาณ 2 เท่า (ขนาด 8 x 6

มิลลิเมตร) เพื่อให้เพดานเทียมกลับมาทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์จึง แกะวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อออกแล้วผสมวัสดุใหม่ใส่เข้าไปแทน จากนั้นจึงทำการแต่งรูปร่างวัสดุด้วยวิธีการเช่นเดียวกับครั้งก่อน (รูปที่ 3A)



รูปที่ 3 รูทะลุที่เพดานปากและเพดานเทียม A) หลังผ่าตัด 12 วัน และ B) หลังผ่าตัด 20 วัน

Figure 3 Palatal defect and obturator A) 12 days after surgery and B) 20 days after surgery.

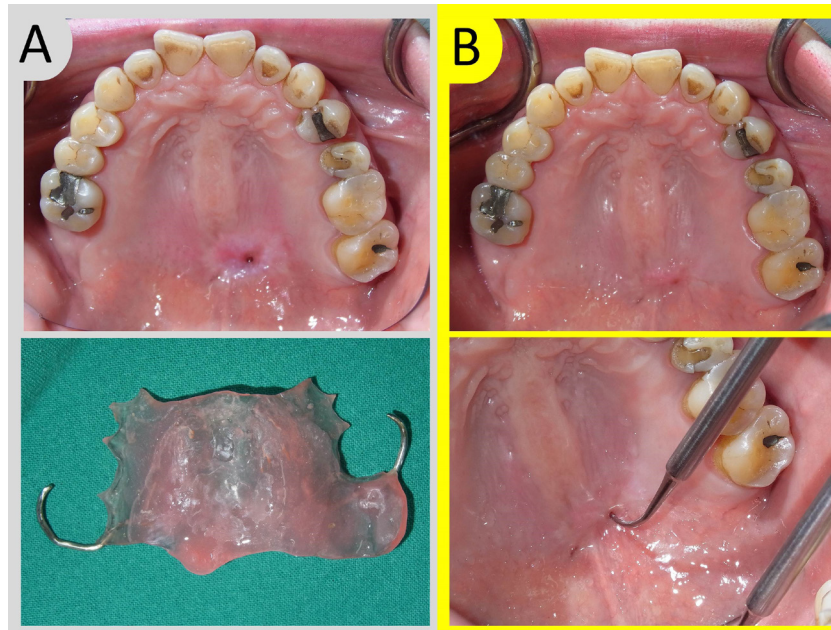
#### การพบกันครั้งที่ 4

วันที่ 8 หลังการติดตามผลและเปลี่ยนวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อครั้งแรก (หลังผ่าตัด 20 วัน) จากการพูดคุยพบว่าผู้ป่วยมีเสียงขึ้นจมูกเล็กน้อย ขณะกลืนมีน้ำเล็ดลอดเข้าไปในช่องจมูกบ้าง เมื่อตรวจในช่องปากก็พบว่าแผลมีขนาดเล็กลงและขอบแผลมีเยื่อเมือกเจริญขึ้นมาคลุมจนเต็มพื้นที่ จากประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงของแผลต่อจากนี้จะน้อยกว่าก่อนหน้านี้มากจึงตัดสินใจ แกะวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อออกแล้วเปลี่ยนเป็นวัสดุฐานฟันเทียมชนิดแข็ง (TOKUYAMA® REBASE II, Tokyo, Japan) ขั้นตอนการทำดังนี้ 1) กรอผิวเพดานเทียมออกเล็กน้อยแล้วทาสารช่วยยึดติด 2) ผสมวัสดุใส่ลงบนเพดานเทียมในขณะที่วัสดุยังไหลแผ่ได้อยู่ 3) จุ่มวัสดุผ่านน้ำร้อนแล้วนำเพดานเทียมเข้าปากกดให้เข้าที่และใช้นิ้วปาดวัสดุส่วนเกินที่ล้นออกมาตามขอบ 4) ให้ผู้ป่วยก้มหน้ากลืนซ้ำ ๆ อย่างตั้งใจ หลาย ๆ ครั้ง 5) นำเพดานเทียมออกจากปากในขณะที่วัสดุเริ่มก่อตัวเป็นรูปร่างแต่ยังไม่แข็ง 6) ใช้กรรไกรตัดแต่งวัสดุส่วนเกินออกแล้วจึงนำเพดานเทียมใส่กลับเข้าไปในปาก ถอดใส่และให้ผู้ป่วยกลืน ทำซ้ำจนกระทั่งมั่นใจว่า

วัสดุไม่ลื้อกับส่วนคอดเว้าของเนื้อเยื่อจึงทิ้งไว้ในปากจนกระทั่งวัสดุก่อตัวอย่างสมบูรณ์ 7) จัดแต่งเพดานเทียมไม่ให้มีส่วนแหลมคมและมีผิวเรียบลื่น เมื่อเพดานเทียมทำหน้าที่ช่วยบรรเทาเสียงพูดและการทำหน้าที่ของช่องปากได้ตามวัตถุประสงค์แล้วจึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (รูปที่ 3B)

#### การพบกันครั้งที่ 5

หนึ่งเดือนหลังจากเปลี่ยนส่วนฐานฟันเทียมเป็นวัสดุชนิดแข็ง (หลังผ่าตัด 1 เดือน 20 วัน) การพบกันครั้งนี้เมื่อพูดคุยพบว่าผู้ป่วยมีเสียงรบกวนขึ้นจมูก ผู้ป่วยแจ้งว่าตั้งแต่นัดครั้งก่อนใส่เพดานเทียมได้เพียง 10 วัน จากนั้นก็ใส่ไม่ได้ แต่ด้วยผู้ป่วยยังพอปรับตัวให้รับประทานอาหารได้จึงรอนถึงวันนัด (อีก 20 วัน) เมื่อตรวจในช่องปากก็พบว่ารูทะลุมีขนาดเล็กลงจนเหลือเพียง 1 x 1 มิลลิเมตร บริเวณขอบที่เป็นเนื้อใหม่มีสีแตกต่างจากเนื้อเยื่อปกติอย่างชัดเจน เมื่อสอดเครื่องมือเข้าไปในรูก็พบว่ามีเลือดออกและยังคงทะลุถึงช่องจมูก เพื่อป้องกันไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปตกค้างในรูจึงปรับเพดานเทียมให้คลุมปากรู (รูปที่ 4A)



รูปที่ 4 รุทะลุที่เพดานปากและเพดานเทียม A) หลังผ่าตัด 1 เดือน 20 วัน และ B) หลังผ่าตัด 3 เดือน 7 วัน

Figure 4 Palatal defect and obturator A) 1 month 20 days after surgery and B) 3 months 7 days after surgery.

#### การพบกันครั้งที่ 6

การพบกันครั้งนี้ ห่างจากครั้งก่อน 1 เดือน 18 วัน (หลังผ่าตัด 3 เดือน 7 วัน) จากการพูดคุยไม่พบว่าผู้ป่วยมีเสียงขึ้นจมูก และผู้ป่วยแจ้งว่าหลังจากปรับเพดานเทียมครั้งก่อนใส่ได้เพียง 1 สัปดาห์ ขณะนี้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปกติมากและไม่รู้สึกถึงการมีลมรั่วเข้าช่องจมูกแล้ว เมื่อตรวจในช่องปากก็พบว่าเนื้อเยื่อที่เจริญขึ้นมาใหม่ดูกลมกลืนไปกับเพดานปากส่วนอื่น ๆ โดยบริเวณตรงกลางมีลักษณะเป็นจุดเล็ก ๆ สีแดง เมื่อใช้ไดแคลแคริเออร์ (dycal carrier) สอดเข้าไปก็พบว่าเป็นรูตันและมีเลือดออกเล็กน้อย (รูปที่ 4B) จึงแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ารุทะลุปิดแล้วและไม่จำเป็นต้องใช้เพดานเทียมอีกต่อไป

#### บทวิจารณ์

ช่องปากเป็นบริเวณที่ง่ายในการตรวจสอบด้วยตาและการสัมผัส ผู้ที่สามารถแยกแยะลักษณะผิดปกติออกจากปกติได้เป็นกลจักรสำคัญในการค้นพบและนำพาผู้ป่วยมาตรวจเพิ่มเติมกับแพทย์เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคและรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป ปัจจุบันแม้มะเร็งจะเป็นโรคที่รักษาให้หายได้แต่ในความรู้สึกของคนโดยทั่วไปมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัวเพราะทำให้ถึงตายได้อีกทั้งการรักษายังมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลานาน เมื่อทราบว่าผู้ป่วยจึงมีเรื่องให้คิดเยอะมากก่อนตัดสินใจเรื่องการรักษา

ทันตแพทย์เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับช่องปากโดยตรง จึงมีโอกาสสูงที่จะพบเห็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติภายในช่องปาก การตรวจหามะเร็งช่องปากในระยะแรกเป็นขั้นตอนที่เชื่อว่า

มีความสำคัญต่อการพยากรณ์โรคและผลการรักษา แม้ว่าการพบเร็วและรักษาเร็วจะช่วยลดอัตราการตายจากโรคได้แต่หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับโรคมะเร็งและความกลัวในการรักษาการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากก็ไม่สามารถบรรลุถึงประสิทธิภาพสูงสุดได้<sup>22</sup>

ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยรายนี้มีองค์ประกอบสำคัญคือ การค้นพบมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรก การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการวินิจฉัยโรคและรักษาที่รวดเร็วอย่างไร้รอยต่อ การแจ้งข่าวร้ายที่ไม่สร้างความตระหนกและให้ความกระจ่างถึงแนวทางการรักษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และกระบวนการดูแลรักษาที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ

จากประสบการณ์ของผู้เขียน การมอบหมายหน้าที่บางอย่างให้ผู้ป่วยรับผิดชอบดูแลทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของตนในการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ของช่องปากที่บกพร่องไปจากการสูญเสียเนื้อเยื่อ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้มอบหมายหน้าที่ในการทำมาสะอาดรูทะลุช่องจมูก ผูกกลืนอย่างตั้งใจ ผูกพูดให้ชัดและเต็มเสียง และสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่องปาก การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้นำมาสู่กำลังใจและความพยายามทำหน้าที่ของตนที่ได้รับมอบหมายให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

โดยหลักการแล้วการใส่เพดานเทียมให้ผู้ป่วยทันทีที่นำก้อนมะเร็งออกนอกจากจะมีประโยชน์ในการช่วยพยุงวัสดุปิดแผลและห้ามเลือดแล้วยังช่วยปกป้องแผลจากการสัมผัสกับน้ำและ



อาหาร อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยพ้นจากอาการสลบก็รู้สึกว่าการฟื้นตัวจากการสูญเสียอวัยวะได้รับการบูรณะแล้วเพราะผู้ป่วยสามารถพูดได้กลิ่นได้ซึ่งเป็นผลดีต่อจิตใจและส่งผลให้กลับบ้านได้เร็วขึ้น<sup>15</sup> สำหรับผู้ป่วยรายนี้ด้วยเงื่อนไขแพทย์ผู้ผ่าตัดและทันตแพทย์ผู้ใส่เพดานเทียมไม่ได้อยู่โรงพยาบาลเดียวกัน การเตรียมเพดานเทียมไว้ล่วงหน้าก่อนการผ่าตัดได้ช่วยลดระยะเวลาแห่งความยากลำบากจากการมีรูทูลูที่เพดานปากให้เหลือเพียง 8 วัน ซึ่งในระหว่างรอผู้ป่วยยังคงเต็มไปด้วยความหวังและกำลังใจเพราะรู้ว่าช่องปากจะได้รับการบูรณะให้กลับมาทำหน้าที่ตามปกติในอีกไม่กี่วัน

เมื่อร่างกายมีบาดแผลจะมีกระบวนการต่าง ๆ มากมายเกิดขึ้นมาเพื่อซ่อมแซมอวัยวะส่วนนั้น ๆ ให้กลับมาทำหน้าที่ได้เป็นปกติอย่างรวดเร็ว กระบวนการที่เกิดขึ้นในระหว่างแผลหายประกอบด้วยขั้นตอนที่เกิดขึ้นตามลำดับดังนี้ การอักเสบ การสร้างเนื้อเยื่อ และการปรับปรุงร่าง โดยในช่วงสร้างเนื้อเยื่อแผลจะมีการหดตัวและในช่วงปรับปรุงร่างจะมีแผลเป็นเกิดขึ้น<sup>23,24</sup> โดยทั่วไปแล้วการหายของแผลจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ปี ในกรณีเพดานปากจะไม่มีแผลเป็นเกิดขึ้นหากมีกระตุกรองรับข้างใต้<sup>25</sup>

สำหรับผู้ป่วยรายนี้การใช้เพดานเทียมร่วมกับวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อมีวัตถุประสงค์เพื่อกันแยกช่องปากกับช่องจมูกและส่งเสริมการหายของแผล การบุผิวเพดานเทียมในบริเวณที่สัมผัสกับแผลด้วยวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อตั้งแต่วันที่ 8 ถึงวันที่ 20 หลังผ่าตัด (บุผิวครั้งแรกใช้นาน 4 วัน ครั้งที่สองใช้นาน 8 วัน) จากนั้นจึงเปลี่ยนเป็นวัสดุบุผิวชนิดแข็งเมื่อพบว่าเนื้อเยื่อผิวเจริญมาคลุมปากแผลจนเต็มพื้นที่ถือว่าเป็นการจัดการที่เหมาะสมกับกระบวนการหายของแผลที่เกิดขึ้น

การบุผิวบริเวณเพดานเทียมในบริเวณที่สัมผัสกับแผลผ่าตัดด้วยวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวกับการมีเพดานเทียมอยู่ในปากอย่างรวดเร็วด้วยเหตุผลดังนี้ 1) แผลได้รับการปกป้องจากการสัมผัสกับน้ำและอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและการหายของแผลไม่ถูกรบกวน 2) วัสดุเนื้อสัมผัสที่นุ่มเมื่อประกอบกับมีความแนบสนิทพอดีกับแผลและรูทูลูจึงทำให้ผู้ป่วยกลืนน้ำและอาหารได้สบายขึ้นและสามารถสื่อสารโดยใช้เสียงพูดได้ดี

ตั้งแต่วันที่ 20 หลังการผ่าตัด ด้วยคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของแผลและรูทูลูผิดพลาดจึงทำให้ผู้ป่วยใส่เพดานเทียมได้เพียง 10 วัน แต่ด้วยผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาทักษะการกลืนและการพูดอย่างจริงจังจึงทำให้รูทูลูมีขนาดเล็กลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือเพียง 1 x 1 มิลลิเมตร การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ประกอบขึ้นด้วย การซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่มีความสมบูรณ์ขึ้น

เรื่อย ๆ<sup>24,25</sup> การหดตัวของแผลที่ดึงเพดานอ่อนให้เคลื่อนมาด้านหน้า<sup>15</sup> และการฝึกฝนของผู้ป่วย หากย้อนเวลากลับไปได้จะเปลี่ยนการนัดติดตามผลจาก 1 เดือน เป็น 1-2 สัปดาห์ เมื่อพบว่ารูทูลูยังมีการลดขนาดลงอย่างต่อเนื่องก็จะทำเพดานเทียมให้คลุมเฉพาะรูเปิดของรูทูลู

การเลือกใช้เพดานเทียมในการปิดรูทูลูช่องจมูกหลังการผ่าตัดเป็นการเปิดโอกาสให้สามารถทำการผ่าตัดเพิ่มเติมได้หากผลขึ้นเนื้อมากกว่าขอบของการผ่าตัดไม่ได้ห่างจากขอบของก้อนมะเร็งอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร ซึ่งแตกต่างจากการบูรณะความพิการทันทีด้วยการใช้แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูกที่ทำให้จำเป็นต้องเลือกใช้การฉายรังสีรักษาที่มีภาวะแทรกซ้อนมากทั้งในระหว่างการรักษาและหลังการรักษา<sup>8</sup> เมื่อมั่นใจว่าโรคหายขาดแล้วก็สามารถทำการปิดรูทูลูที่หลงเหลืออยู่ได้ด้วยการใช้เนื้อเยื่อปะปลูก<sup>26</sup> สำหรับผู้ป่วยรายนี้การตัดสินใจใช้เพดานเทียมในการบูรณะความพิการเป็นการเปิดโอกาสให้ร่างกายได้ฟื้นฟูสภาพจนเต็มศักยภาพ เมื่อรูทูลูช่องจมูกปิดเองโดยไม่ต้องใช้การผ่าตัดซ่อมแซมและผู้ป่วยไม่ได้รับการฉายรังสีรักษาที่หมายความว่าในอนาคตหากเกิดเป็นซ้ำก็จะมีทางเลือกในการรักษาเท่ากับครั้งแรก

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้เกิดเป็นองค์ความรู้ดังนี้ 1) ทันตแพทย์สามารถประสานงานตรวจคัดกรองรอยโรคช่องปากกับงานประจำได้เป็นอย่างดี 2) ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคการมีระบบการส่งต่อการรักษาที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ 3) การให้ข้อมูลโรคและแนวทางการรักษาที่ชัดเจนโดยใช้ภาษาพูดและภาษากายที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น 4) รูทูลูขนาด 6 x 3 มิลลิเมตร ที่ขอบท้ายเป็นเพดานอ่อนสามารถปิดเองได้ด้วยกระบวนการหายของแผลโดยมีเพดานเทียมเป็นอุปกรณ์ช่วย 5) ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถได้รับการรักษาตามสิทธินอกโรงพยาบาลต้นสังกัดเมื่อมีเอกสารแบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

## บทสรุป

การสังเกตช่องปากในขณะที่ให้การรักษาโดยทันตแพทย์ได้นำมาสู่การพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะแรก เมื่อประกอบกับการส่งต่อการรักษาระหว่างโรงพยาบาลที่คล่องตัวผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลรักษาและบูรณะรูทูลูที่เพดานด้วยเพดานเทียมที่มีการปรับแต่งให้สอดคล้องไปกับการหายของแผลจนกระทั่งรูทูลูปิดตัวลงและผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่เป็นปกติภายในเวลา 3 เดือน หลังผ่าตัด



## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ทพ.ดร.ปิยวัฒน์ พันธุ์โกศล ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาบูรณะช่องปากและใบหน้า และเป็นแรงบันดาลใจให้มีความเพียรพยายามในการรักษาผู้ป่วยที่มีความพิการบริเวณช่องปากในบริบทที่แตกต่างจากที่เรียนมาจนกระทั่งสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of intra-oral minor salivary gland tumors: a study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world. *J Oral Pathol Med* 2007;36(4):207-14.
2. Jaber MA. Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35(2):150-4.
3. Bradley PJ, Wittekindt C. Malignant salivary gland neoplasm - classification. In: Bradley PJ, Guntinas-Lichius O, editors. Salivary gland disorders and diseases: diagnosis and management. Italy: Thieme; 2011. p. 266.
4. Triantafyllidou K, Dimitrakopoulos J, Iordanidis F, Koufogiannis D. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: a clinical study of 16 cases and review of the literature. *Oral Dis* 2006;12(4):364-70.
5. Lopes MA, Kowalski LP, da Cunha Santos G, Paes de Almeida O. A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumours. *J Oral Pathol Med* 1999;28(6):264-7.
6. Dhanuthai K, Boonadulyarat M, Jaengjongdee T, Jiruede K. A clinico-pathologic study of 311 intra-oral salivary gland tumors in Thais. *J Oral Pathol Med* 2009;38(6):495-500.
7. Thorat S, Nilesh K, Baad R, Patil P. Low-grade mucoepidermoid carcinoma of the hard palate presenting as non-healing ulcer: report and review. *IJCMR* 2016;3(12):3543-5.
8. Hyam DM, Veness MJ, Morgan GJ. Minor salivary gland carcinoma involving the oral cavity or oropharynx. *Aust Dent J* 2004;49(1):16-9.
9. Nance MA, Seethala RR, Wang Y, Chiosea SI, Myers EN, Johnson JT, et al. Treatment and survival outcomes based on histologic grading in patients with head and neck mucoepidermoid carcinoma. *Cancer* 2008;113(8):2082-9.
10. Ozawa H, Tomita T, Sakamoto K, Tagawa T, Fujii R, Kanzaki S, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the head and neck: clinical analysis of 43 patients. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38(6):414-8.
11. Guevara-Canales JO, Morales-Vadillo R, Guzmán-Arias G, Cava-Vergüé CE, Guerra-Miller H, Montes-Gil JE. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. A retrospective study of 51 cases and review of the literature. *Acta Odontol Latinoam* 2016;29(3):230-8.
12. Jarde SJ, Das S, Narayanswamy SA, Chatterjee A, Babu C. Mucoepidermoid carcinoma of the palate: A rare case report. *J Indian Soc Periodontol* 2016;20(2):203-6.
13. Sahoo NK, Desai AP, Roy ID, Kulkarni V. Oro-Nasal Communication. *J Craniofac Surg* 2016;27(6):e529-33.
14. Abuabara A, Cortez AL, Passeri LA, de Moraes M, Moreira RW. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35(2):155-8.
15. Curtis TA, Beumer J. Restoration of acquired hard palate defects. In: Beumer J, Curtis TA, Marunick M, editors. Maxillofacial rehabilitation: Prosthodontic and surgical considerations. St. Louis: Ishiyaku EuroAmerica; 1996. p. 225-84.
16. Werther PL, Alawi F, Lindemeyer RG. Mucoepidermoid carcinoma of the palate in adolescence. *J Dent Child* 2015;82(1):57-61.
17. Eduardo MA, Eduardo JV, Ferreira SL. Use of tissue conditioner in pediatric dentistry: a clinical case report. *Quintessence Int* 2001;32(5):377-80.
18. Baumgardt C, Günther L, Sari-Rieger A, Rustemeyer J. Mucoepidermoid carcinoma of the palate in a 5-year-old girl: case report and literature review. *Oral Maxillofac Surg* 2014;18(4):465-9.
19. McCabe JF, Walls AWG. Applied dental materials 9<sup>th</sup> ed. Singapore: Blackwell Publishing; 2008. p. 126-7.
20. Bonsor SJ, Pearson GJ. Polymers in prosthodontics. A clinical guide to applied dental materials. China: Elsevier; 2013. p. 421-2.
21. Dorocka-Bobkowska B, Medynski D, Prylinski M. Recent advances in tissue conditioners for prosthetic treatment: A review. *Adv Clin Exp Med* 2017;26(4):723-8.
22. Kintarak S. Oral cancer screening. *J Dent Assoc Thai* 2007;57(3):153-60.
23. Von den Hoff JW, Maltha JC, Kuijpers-Jagtman AM. Palatal wound healing: the effects of scarring on growth. In: Berkowitz S, editor. Cleft lip and palate. 2<sup>nd</sup> ed. Germany: Springer; 2006. p. 301-4.
24. Harrison JW. Healing of surgical wounds in oral mucoperiosteal tissue. *J Endod* 1991;17(8):401-8.
25. Politis C, Schoenaers J, Jacobs R, Agbaje JO. Wound Healing Problems in the Mouth. *Front Physiol* 2016;7:507.
26. Dings JP, Mizbah K, Bergé SJ, Meijer GJ, Merckx MA, Borstlap WA. Secondary closure of small- to medium-size palatal defects after ablative surgery: reappraisal of reconstructive techniques. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;72(10):2066-76.