

การดูแลรักษาโรคปริทันต์อักเสบเฉพาะที่ ที่เกิดจากร่องด้านเพดาน และเหงือกในฟันตัดบนซี่ข้าง : รายงานผู้ป่วย

- วราภรณ์ อธิปัตยกุล ท.บ.
กลุ่มงานทันตกรรม, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

Treatment of Localized Periodontal Disease Induced by Palato-Gingival Groove in Maxillary Lateral Incisor: A Case Report

- Atipatyakul W
Dental Department, Sunprasitthiprasong Hospital, Muang Ubon Ratchathani, Ubon Ratchathani, 34000
(E-mail : ninjadudee2506@gmail.com)
(Received : April 21, 2019; Revised: August 22, 2019; Accepted: November 19, 2019)

บทนำ

ร่องด้านเพดานและเหงือก คือลักษณะความผิดปกติของ รากฟัน โดยเป็นร่องทอดจากปุ่มคอฟันถึงรอยต่อเคลือบฟันและ เคลือบรากฟัน (cemento-enamel junction: CEJ) และทอดยาว ลงไปที่ระดับต่างๆ ของรากฟัน พบได้บ่อยในฟันตัดบนซี่ข้าง และ ฟันตัดบนซี่กลาง¹ ร่องด้านเพดานและเหงือกยังมีชื่อเรียกอื่นโดย ขึ้นอยู่กับบริเวณที่พบ เช่น ร่องด้านรากฟันและลิ้น (radicular lingual groove) ร่องด้านไกลกลางและเหงือก (distolingual groove) ร่องด้านรากฟันและเหงือก (radicular gingival groove)¹⁻² เป็นต้น ซึ่งตำแหน่งที่พบได้บ่อยในฟันตัดบนซี่ข้างคือ ด้านเพดานส่วนกลาง (mid-palatal) ด้านไกลกลาง (distal) และ ด้านใกล้กลาง (mesial) ตามลำดับ¹ โดยรายงานความชุกของร่อง ด้านเพดานและเหงือกอยู่ระหว่าง 1.01-18.1%³⁻⁴

การเกิดร่องด้านเพดานและเหงือกได้รับการสันนิษฐานว่า อาจมีสาเหตุมาจากหลายประการ ได้แก่ การม้วนกลับของ อวัยวะสร้างฟัน (enamel organ) และเยื่อผิวหุ้มรากเอิร์ทวิก (Hertwig's epithelial root sheath) คล้ายกับการกระตุ้น การเกิดภาวะฟันในฟัน (mild form of dens invaginatus)⁵ การพยายามสร้างแขนงรากฟันส่วนเกิน (supernumerary root)⁶ หรืออีกแนวความคิดหนึ่งคือเกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกทางพันธุกรรม⁷

ประเภทของร่องด้านเพดานและเหงือกแบ่งตามระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ^{6,8} ดังนี้ 1) ระดับน้อย (mild) คือ มีร่องตื้นที่ เคลือบฟันและสิ้นสุดไปยังรอยต่อเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน ให้การรักษาโดยการขัดหินน้ำลายและเกลารากฟัน (scaling and root planing) หรือการตัดเหงือก (gingivectomy)^{5,9} 2) ระดับ ปานกลาง (moderate) คือ มีร่องยาวผ่านรอยต่อเคลือบฟัน และเคลือบรากฟันไปยังทางปลายรากฟัน ควรให้การรักษาโดย ทันตแพทย์สหสาขา (interdisciplinary treatment) ทั้งการรักษา ทางปริทันต์และทันตกรรมหัตถการ และ 3) ระดับรุนแรงและ ซับซ้อน (severe and complex) คือ มีร่องม้วนลึกยาวตลอด ความยาวราก หรือเกิดการแยกออกจากรากหลักเป็นแขนงรากฟัน เนื่องจากมีการสูญเสียการยึดติดของเนื้อเยื่อปริทันต์และกระดูก

เบ้ารากฟันเป็นจำนวนมาก การรักษาจึงอาจต้องพิจารณาถอนฟัน และใส่ฟันปลอมทดแทน⁹

การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา โดยการกำจัดการบจุลินทรีย์ที่เหมาะสม และความร่วมมือในการ ดูแลทำความสะอาดของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อ ความสำเร็จในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบเฉพาะที่ที่เกิดจากร่อง ด้านเพดานและเหงือก ทันตแพทย์จึงควรให้ความสำคัญในการ ตรวจและวางแผนการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วย แต่ละราย

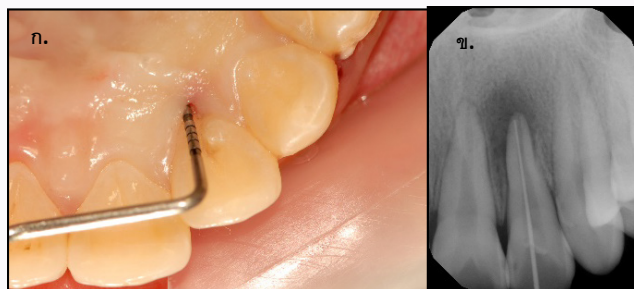
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 16 ปี มาด้วยอาการบวมด้านเพดาน บริเวณปลายรากฟันตัดข้างด้านซ้ายบน (ซี่ 22) มีอาการปวดเล็กน้อย ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและไม่มีประวัติอาการแพ้ยา จากการซักประวัติทางทันตกรรมพบว่าเหงือกบริเวณด้านเพดานฟันซี่ 22 มีอาการบวมโดยไม่ทราบสาเหตุ (รูปที่ 1) จากการตรวจในช่อง ปากพบเหงือกอักเสบ บวมแดงบริเวณปลายรากฟันซี่ 22 ด้าน เพดาน ร่วมกับฟันซี่ 22 พบคราบจุลินทรีย์ เหงือกอักเสบ มีร่อง ด้านเพดานส่วนกลาง (mid-palatal) ทอดผ่านรอยต่อเคลือบ รากฟันและเคลือบฟันไปทางปลายราก วัดร่องลึกปริทันต์ด้าน เพดานได้ 12 มิลลิเมตร (รูปที่ 2) ส่วนด้านใกล้แก้ม ด้านใกล้กลาง และด้านไกลกลางวัดร่องปริทันต์ได้ 2 มิลลิเมตร ฟันเรียงตัวอยู่ใน ตำแหน่งปกติ ระดับการโยกเป็นศูนย์ และไม่มีจุดสบกระแทก ภาพ รังสีพบความวิการของกระดูกในแนวตั้ง (Vertical bone loss) สัมพันธ์กับตำแหน่งร่องด้านเพดานและเหงือก พบช่องเอนยืด ปริทันต์กว้างกว่าปกติ และมีเงาโปร่งรังสีรอบปลายราก (periapical radiolucency) (รูปที่ 2) ทำการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อใน โดยการใช้ไฟฟ้า (Electric pulp tester (EPT), ยี่ห้อ Sybronen-do Vitality Scanner Model 2006) พบว่าฟันมีการตอบสนองต่อ การตรวจความมีชีวิตปกติ ไม่พบรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อ ในและโรคปริทันต์ (endodonticperiodontal lesion) จึงได้ แนะนำและอธิบายขั้นตอนการรักษาด้วยการขัดหินน้ำลายและ

เกลารากฟัน เพื่อการจัดการสะสมคราบจุลินทรีย์ในร่องด้านเพดานและเหงือก ร่วมกับศัลยกรรมเปิดเหงือกเพื่อมุ่งกำจัดร่องด้านเพดานและเหงือกโดยการกรอและอุดปิดด้านเพดาน เพื่อส่งเสริมการยึดติดของเนื้อเยื่อผิวและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน สามารถลดร่องลึกปริทันต์ เพิ่มการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์ของรากฟันซี่ 22 ที่มีร่องด้านเพดานและเหงือก ซึ่งผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา



รูปที่ 1 ภาพทางคลินิกด้านเพดานของฟันตัดบนซี่ข้างด้านซ้าย (ซี่ 22) แสดงร่องด้านเพดานและเหงือก (ลูกศรชี้)



รูปที่ 2 ก. วัดร่องลึกปริทันต์ที่ด้านเพดานปากได้ 12 มิลลิเมตร และ ข. ภาพถ่ายรังสีแสดงความยาวของกระดูกในแนวตั้งด้านเพดาน ซึ่งสามารถสอดแท่ง กัดตาเปอร์ซาลงไปในกระเปาะปริทันต์ได้ลึกจนถึงระดับปลายรากฟัน

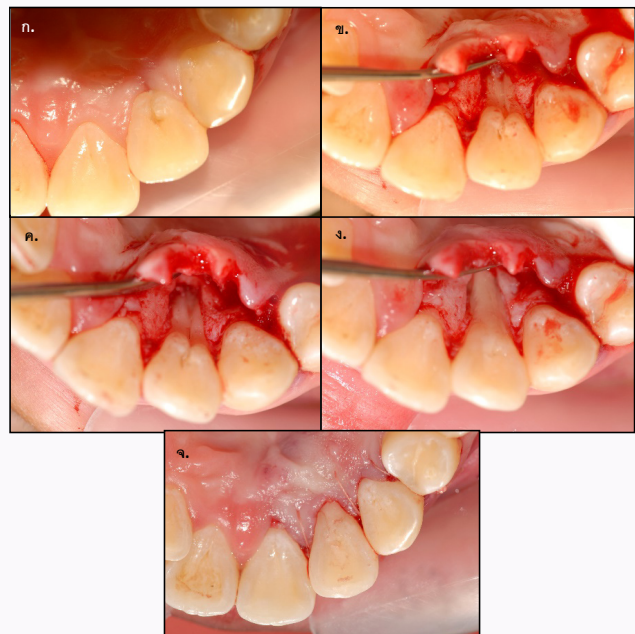
การรักษาฟันตัดบนซี่ข้างด้านซ้าย (ซี่ 22)

ก่อนการรักษา ทันตแพทย์ได้ชี้แจงรายละเอียดการรักษา ทั้งวิธีการ ขั้นตอน จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษา การพยากรณ์โรค และค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยรับทราบ

เนื่องจากฟันซี่ 22 มีลักษณะร่องด้านเพดานและเหงือก ระดับปานกลาง (Moderate palate-gingival groove) ซึ่งเป็นร่องทอดผ่านรอยต่อเคลือบรากฟันไปทางปลายราก และความลึกของร่องที่มากขึ้นสัมพันธ์กับโรคปริทันต์รุนแรงระดับปานกลาง (Moderately advanced periodontal disease) จึงวางแผนการรักษาโดยการทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมกับการจัดการร่องเพดานและเหงือก โดยการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ เริ่มด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ทำศัลยกรรมเปิดเหงือกเพื่อกำจัดร่องด้านเพดานและเหงือก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

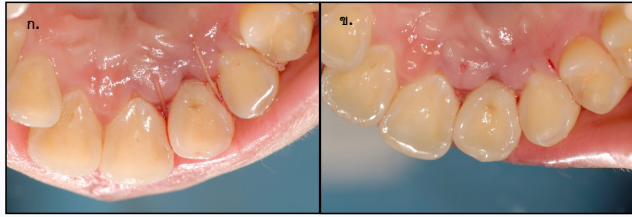
ครั้งแรกของการรักษา วัดร่องลึกปริทันต์ได้ 12 มิลลิเมตร ให้การรักษาโดยการขูดหินปูน เกลารากฟัน แนะนำการทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยสาธิตการใช้แปรงกอดเดียวในการทำทำความสะอาดเหงือกโดยรอบตัวฟันให้แก่ผู้ป่วย และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในช่องปากให้ดี

นัดครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ เหงือกบริเวณเพดานบนน้อยลง ให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาดและกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน ร่วมกับการกำจัดร่องด้านเพดานและเหงือก (รูปที่ 3) เริ่มจากการฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยใช้ยาชาที่มีส่วนผสมของลิโดเคนความเข้มข้นร้อยละ 2 ผสมอปิเนฟริน 1:100,000 ที่ด้านแก้มและด้านเพดาน วัดร่องลึกปริทันต์ได้ 10 มิลลิเมตร ทำการผ่าตัดแผ่นเหงือกด้านเพดานฟันซี่ 22 โดยการเปิดแผ่นเหงือกเต็มที่ (full thickness flap) ตั้งแต่บริเวณฟันตัดกลางบนซ้ายถึงฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งบนซ้าย (ซี่ 21-24) เพื่อขูดทำความสะอาด (Open flap debridement) กำจัดเยื่อผิวร่องลึกปริทันต์ เนื้อเยื่อยึดต่อที่อักเสบ และเกลารากฟันให้เรียบด้วยเครื่องมือควิเรตต์ บริเวณที่มีความยาวการของกระดูกเข้าฟัน ได้ขูดทำความสะอาดกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) ออกให้หมด ล้างด้วยน้ำเกลือให้สะอาด หลังจากนั้นจึงกรอกำจัดร่องด้านเพดานและเหงือกที่ส่วนรากฟันด้วยหัวกรอเร็วกลมชนิดคากเพชร แล้วจึงบูรณะร่องฟันด้วยซีเมนต์กลาสไอโอโนเมอร์ ยี่ห้อ ฟุจิทูแอล ซี (Fuji II LC, GC Corporation) ล้างให้สะอาดด้วยน้ำเกลืออีกครั้ง หลังจากนั้นจึงเย็บปิดแผลด้วยวิธี interrupted ด้วยไหมละลาย (Coated VICRYL) ในกรณีนี้ไม่ได้ปิดแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์ เนื่องจากผู้ป่วยกักตุนไวรัสฯ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะ Amoxicillin ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน¹⁰ และยาแก้ปวด Ibuprofen ขนาด 400 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง หลังอาหาร เมื่อมีอาการใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน 0.12% บ้วนปากเป็นเวลา 2 สัปดาห์ แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดด้วยสาลิซบุน้ำ นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาในอีก 7 วัน



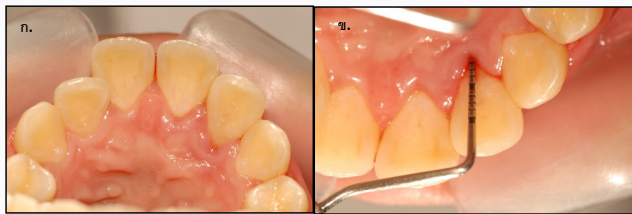
รูปที่ 3 การผ่าตัดแผ่นเหงือกและอุดปิดร่องด้านเพดานและเหงือกบริเวณรากฟันของฟันตัดบนซี่ข้างซ้าย ก. ก่อนการเปิดแผ่นเหงือก ข. หลังการเปิดแผ่นเหงือก ค. หลังกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน ง. อุดร่องที่กรอด้วยซีเมนต์กลาสไอโอโนเมอร์ และ จ. เย็บปิดแผ่นเหงือก

หลังการรักษา 7 วัน ทันตแพทย์นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษา พบว่าแผ่นเหงือกอยู่ในตำแหน่งเดิมและยึดติดกับกระดูกได้ดี มีอาการบวมเล็กน้อย (รูปที่ 4) ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลแต่แจ้งว่ามักมีเศษอาหารติดบริเวณแผล ทันตแพทย์จึงตัดไหมและนัดติดตามผลอีกใน 1 เดือน



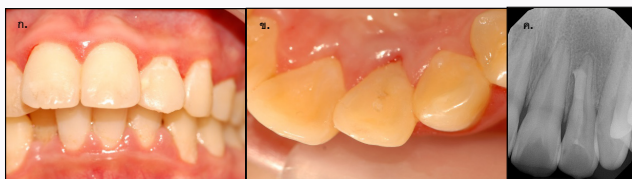
รูปที่ 4 ติดตามผลการรักษา 7 วัน แสดงการหายของแผ่นเหงือกด้านเพดานฟันตัดบนซี่ข้าง (ซี่ 22) ก. ก่อนตัดไหม ข. หลังตัดไหม

เนื่องจากผู้ป่วยไม่มาตามนัด 1 เดือน จึงได้โทรติดตามผู้ป่วย ผู้ป่วยมาติดตามผลได้หลังการรักษา 2 เดือน ไม่พบการอักเสบของเหงือก วัสดุอุดอยู่ในสภาพดี ไม่มีรอยร้าว ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ พบคราบจุลินทรีย์ที่บริเวณคอฟันซี่ 22 เล็กน้อย วัดร่องลึกปริทันต์ได้ 6 มิลลิเมตร จึงได้เน้นย้ำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดให้ดียิ่งขึ้น



รูปที่ 5 ติดตามผล 2 เดือนหลังการรักษา ก. แสดงการหายของแผ่นเหงือกด้านเพดานฟันตัดบนซี่ข้าง (ซี่ 22) ข. วัดร่องลึกปริทันต์ได้ 6 มิลลิเมตร

หลังการรักษา 3 เดือน พบคราบจุลินทรีย์โดยทั่วไป มีเหงือกอักเสบปานกลาง พบหินน้ำลายและมีคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยรักษาความสะอาดได้ไม่ดึ้นัก วัดร่องลึกปริทันต์ได้ 6 มิลลิเมตร ฟันไม่โยก จากภาพถ่ายรังสีไม่พบความวิการของกระดูกเบ้าฟันบริเวณปลายรากของฟันซี่ 22 สามารถมองเห็นผิวกระดูกเบ้าฟันได้โดยตลอดรอบปลายรากฟัน ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ตามปกติ



รูปที่ 6 ติดตามผล 3 เดือนหลังการรักษา ก. ภาพทางด้านใบหน้า ข. ภาพทางด้านเพดาน และ ค. ภาพถ่ายรังสี แสดงความหนาแน่นของกระดูกที่เพิ่มขึ้น

วิจารณ์

การเกิดโรคปริทันต์อักเสบเฉพาะที่ เกิดจากการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ลึกลงไปในเนื้อเยื่อปริทันต์¹¹ ซึ่งการมีร่องด้านเพดานและเหงือกไม่จำเป็นจะต้องเกิดการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์เสมอไป แต่ก็ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่ก่อให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบเฉพาะที่¹² และอาจเป็นปัจจัยสนับสนุน (contributing factor) ในกรณีที่ฟันมีรอยโรคระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ ซึ่งในรายงานผู้ป่วยนี้ฟันยังมีชีวิตและไม่พบรอยโรคของเนื้อเยื่อใน แต่อย่างไรก็ตาม ร่องด้านเพดานและเหงือกอาจมีทางเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะปริทันต์กับคลองรากฟันได้¹³ การกรอฟันเพื่อกำจัดหรือปิดผนึกร่องจึงอาจส่งผลต่อเนื้อเยื่อในฟัน ทันตแพทย์จึงควรติดตามผลการรักษาและวัดความมีชีวิตของฟันเป็นระยะ หากตรวจพบเนื้อเยื่อในฟันอักเสบหรือตายจะได้ให้การรักษาลองรากฟันต่อไป

วัสดุที่ใช้ในการฉีกร่องด้านเพดานและเหงือกมีอยู่หลายชนิดด้วยกัน มีรายงานว่าสามารถก้ำจัดร่องเพดานและเหงือกโดยการกรอฟันและบูรณะด้วยซีเมนต์กลาสไอโอโนเมอร์ (glass-ionomer cement: GIC)¹⁴ ซึ่งเป็นวัสดุที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เนื่องจากมีคุณสมบัติยึดติดด้วยพันธะเคมีต่อเนื้อฟัน จึงให้ความแนบสนิทดี ส่งเสริมการยึดติดของเนื้อเยื่อบุผิวและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ในการติดตามผลระยะยาวพบว่าสามารถลดร่องลึกปริทันต์ เพิ่มการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์ของฟันที่มีร่องด้านเพดานและเหงือก นอกจากนี้ยังสามารถต่อต้านเชื้อแบคทีเรียได้อีกด้วย¹⁵ สำหรับวัสดุอื่นๆ ที่มีการนำมาบูรณะฟันเพื่อปิดร่องเพดานและเหงือก ได้แก่ อะมัลกัม (amalgam) ซึ่งไม่นิยมเนื่องจากมีการติดสีและปิดผนึกไม่ดี¹⁶ เรซินคอมโพสิต (composite resin) ก็สามารถนำมาอุดปิดได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ใช้ซีเมนต์แคลเซียมซิลิเกต (calcium silicate-based cement) เช่น ไบโอเดนทีน (Biodentine™) พบว่ามีการปิดผนึกและเข้ากันได้ทางชีวภาพที่ดี^{16,17} จึงเป็นวัสดุทางเลือกหนึ่งในการบูรณะฟันเพื่อปิดผนึกร่องด้านเพดานและเหงือก

เป้าหมายในการรักษาโรคปริทันต์ คือ มีการสร้างอวัยวะปริทันต์ขึ้นมาใหม่ รวมถึงมีการสร้างใหม่ของเคลือบรากฟันและกระดูกเบ้าฟัน และมีการยึดติดของเอ็นยึดปริทันต์ระหว่างผิวรากฟันกับกระดูกเบ้าฟัน ซึ่งการขูดหินน้ำลาย เคลารากฟัน จะได้ผลดีในการรักษาโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบที่มีร่องลึกปริทันต์ไม่เกิน 4 มิลลิเมตร¹⁸ ส่วนในบริเวณที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร โดยเฉพาะบริเวณที่มีความวิการของกระดูกเบ้าฟันร่วมด้วยเป็นบริเวณที่นำเครื่องมือเข้าได้ยาก ทำให้ประสิทธิภาพของการเคลารากฟันลดลง ในบริเวณที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร การรักษาโดยการขูดหินน้ำลายและเคลารากฟันนั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการซ่อมแซมของกระดูกขึ้นมาใหม่ โดยเฉพาะบริเวณที่มีการละลายของกระดูกเบ้าฟันตามแนวตั้ง (vertical bone loss) ไม่พบว่ามีมีการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคภายหลังการขูดหินน้ำลายและเคลารากฟัน¹⁹⁻²⁰ เนื่องจากผู้ป่วยในรายงานการศึกษานี้ มีร่องลึกปริทันต์ 12 มิลลิเมตร และยังพบร่วมกับร่องด้านเพดานและเหงือก จึงควรทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (open flap debridement) ซึ่งจะช่วยให้มีทางเข้าไปยังกระดูกและรากฟันอย่างเพียงพอ สามารถเคลารากฟัน กำจัดเนื้อเยื่อปริทันต์ที่อักเสบ รวมถึงกรอกำจัดร่องด้านเพดานและเหงือกได้ในเวลาเดียวกัน

นอกจากวิธีนี้ ยังมีการรักษาด้วยศัลยกรรมทางปริทันต์อื่นๆ ที่สามารถใช้ร่วมกับการจัดการร่องด้านเพดานและเหงือกได้ เช่น ศัลยกรรมกระดูก (osseous surgery) การชักนำเนื้อเยื่อคืนสภาพหรือจีทีอาร์ (guided tissue regeneration: GTR) และศัลยกรรมเหงือก-เยื่อเมือก (mucogingival surgery)⁸

จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด สามารถลดร่องลึกปริทันต์ได้ 2-3 มิลลิเมตร เมื่อติดตามผลการรักษา 2-6 เดือน^{17,21} และความสามารถในการดูแลทำความสะอาดช่องปากและการควบคุมจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในปัจจัยในความสำเร็จของการรักษา ซึ่งในรายงานผู้ป่วยนี้ พบว่ามีการลดลงของร่องลึกปริทันต์รวมทั้งสิ้น 6 มิลลิเมตร โดยผู้ป่วยยังทำความสะอาดได้ไม่ดีขึ้นเนื่องจากพบคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายในทุกครั้งที่มาติดตามผล หากผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดได้ดี การรักษาจะประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ความสำเร็จของการรักษายังขึ้นอยู่กับความลึกและความยาวของร่องด้านเพดานและเหงือก¹³ ความซับซ้อนของความรู้ความเข้าใจในการทำลายอวัยวะปริทันต์ และสถานะของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันและอวัยวะปริทันต์^{8,22}

การตรวจและวินิจฉัยร่องด้านเพดานและเหงือกให้พบตั้งแต่แรกเริ่มมีความสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคปริทันต์อักเสบเฉพาะที่^{17,23} ทันตแพทย์จึงควรให้ความสำคัญโดยการตรวจทางด้านเพดานของฟันอย่างถี่ถ้วน นอกจากนี้ ฟันที่มีการทำลายของกระดูกในแนวตั้งควรมีการวินิจฉัยแยกโรคจากฟันแตก หรือ รากแตก (cracked crown or a vertical root fracture)²³ เพื่อ

การรักษาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การดูแลรักษาความสะอาดของผู้ป่วยก็มีความสำคัญต่อการหายของแผลจึงควรเน้นย้ำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์ให้ได้ จึงจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการรักษาที่ดีได้

สรุป

ฟันที่มีร่องด้านเพดานและเหงือกนั้นอาจจะมีหรือไม่มีพยาธิสภาพ ในกรณีที่ฟันมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น จากการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งต้องจำแนกอาการและเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมถูกต้อง โดยเฉพาะในฟันซี่ 22 นี้ หากไม่ได้ทดสอบความมีชีวิตของฟันแล้วทำการรักษาตามอาการทางคลินิกโดยการรักษารากร่วมกับเกลารากฟัน จะส่งผลให้สูญเสียการมีชีวิตของฟันโดยไม่จำเป็นและอาจไม่ประสบผลสำเร็จทางการรักษาอีกด้วย จากรายงานผู้ป่วยนี้ สิ่งสำคัญคือการวินิจฉัยและเครื่องมือสำคัญประกอบการวินิจฉัยก็คือเครื่องมือวัดความมีชีวิตของฟันเป็นตัวช่วยกำหนดวิธีการรักษาที่ถูกต้อง นอกจากนี้ความร่วมมือในการควบคุมคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยก็ถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงศิริกาญจน์ สร้างสุข ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านปริทันต์ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้รับปรึกษาในการผ่าตัดแผ่นเหงือก

References

1. Kogon SL. The prevalence, location and conformation of palato-radicular grooves in maxillary incisors. *Journal of periodontology* 1986;57:231-4.
2. Al-Hezaimi K, Naghshbandi J, Simon JH, Rotstein I. Successful treatment of a radicular groove by intentional replantation and Emdogain therapy: four years follow-up. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics* 2009;107:e82-5.
3. Attam K, Tiwary R, Talwar S, Lamba AK. Palatogingival groove: endodontic-periodontal management—case report. *Journal of endodontics* 2010;36:1717-20.
4. Hou GL, Tsai CC. Relationship between palato-radicular grooves and localized periodontitis. *Journal of clinical periodontology* 1993;20:678-82.
5. Lee KW, Lee EC, Poon KY. Palato-gingival grooves in maxillary incisors. A possible predisposing factor to localised periodontal disease. *British dental journal* 1968;124:14-8.
6. Goon WW, Carpenter WM, Brace NM, Ahlfeld RJ. Complex facial radicular groove in a maxillary lateral incisor. *Journal of endodontics* 1991;17:244-8.
7. Ennes JP, Lara VS. Comparative morphological analysis of the root developmental groove with the palato-gingival groove. *Oral diseases* 2004;10:378-82.
8. Meeleesawasdi B, Louwakul P. The Importance and Management of Palato-gingival Groove. *CM Dent J* 2015;36:47-56.
9. Everett FG, Kramer GM. The disto-lingual groove in the maxillary lateral incisor; a periodontal hazard. *Journal of periodontology* 1972;43:352-61.
10. Oswal S, Ravindra S, Sinha A, Manjunath S. Antibiotics in periodontal surgeries: A prospective randomised cross over clinical trial. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2014;18:570-4.
11. Takata T, Donath K. The mechanism of pocket formation. A light microscopic study on undecalcified human material. *Journal of periodontology* 1988;59:215-21.
12. Kerezoudis NP, Siskos GJ, Tsatsas V. Bilateral buccal radicular groove in maxillary incisors: case report. 2003;36:898-906.
13. Peikoff MD, Perry JB, Chapnick LA. Endodontic failure attributable to a complex radicular lingual groove. *Journal of endodontics* 1985;11:573-7.
14. Ballal NV, Jothi V, Bhat KS, Bhat KM. Salvaging a tooth with a deep palatogingival groove: an endo-perio treatment—a case report. *International endodontic journal* 2007;40:808-17.
15. Vermeersch G, Leloup G, Delmee M, Vreven J. Antibacterial activity of glass-ionomer cements, compomers and resin composites: relationship between acidity and material setting phase. *Journal of oral rehabilitation* 2005;32:368-74.
16. Puthukkudy Liji Mele Puthukkudy Liji M. Integration of PRF and Biodentine in Palatogingival Groove case 2013; p. 26-30.

17. Sharma S, Deepak P, Vivek S, Ranjan Dutta S. Palatogingival Groove: Recognizing and Managing the Hidden Tract in a Maxillary Incisor: A Case Report. *Journal of international oral health : JIOH* 2015;7:110-4.
18. Caffesse RG, Sweeney PL, Smith BA. Scaling and root planing with and without periodontal flap surgery. *Journal of clinical periodontology* 1986;13:205-10.
19. Brayer WK, Mellonig JT, Dunlap RM, Marinak KW, Carson RE. Scaling and Root Planing Effectiveness: The Effect of Root Surface Access and Operator Experience 1989;60:67-72.
20. Rabbani GM, Ash MM Jr, Caffesse RG. The effectiveness of subgingival scaling and root planing in calculus removal. *Journal of periodontology* 1981;52:119-23.
21. Hungund S, Kumar M. Palato-radicular groove and localized periodontitis: a series of case reports. *The journal of contemporary dental practice* 2010;11:056-62.
22. Simon JH, Glick DH, Frank AL. Predictable endodontic and periodontic failures as a result of radicular anomalies. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 1971;31:823-6.
23. Kapil H, Sachdeva S, Kochar D, Kaur R. Treatment of Palatogingival groove associated with bone loss-case series 2016; p.76-80.