การรักษาคลองรากฟันซ้ำในฟันกรามล่าง : กรณีศึกษา

พะนอจิต เมืองอำพัน วท.ม. *

Endodontic Retreatment of a Mandibular Molar: a case report

Abstract

The goals of nonsurgical retreatment are to remove materials from the root canal space and if present, address deficiencies or repair defects that are pathologic or iatrogenic in origin. Endodontic failures can be attributable to inadequacies in shaping, cleaning and obturation, iatrogenic events, or re-infection of the root canal system when the coronal seal is lost after completion of root canal treatment. Regardless of the etiology, the sum of all causes is leakage and bacterial contamination.

A 45 years old male patient was referred by a general practitioner for endodontic retreatment of the first mandibular molar (#36). He reported with pain. History revealed that patient had a root canal treatment about 5 years ago.Intraoral periapical radiograph confirmed that the patient had a deficient previous root canal treatment on the mandibular molar with incomplete root canal fillings.Diagnosis is # 36 endodontically treated tooth with chronic apical periodontitis. The recommended treatment plan was to attempt nonsurgical retreatment. When the patient was reviewed after three months, there was not any abnormality detected radiologically and clinically.The patient was referred back to his dentist for permanent restoration.

Panorjit Muangamphun M.Sc.
Division of Dentistry,
Kanchanadit Hospital,
Kanchanadit District,
Surat Thani, 84160,Thailand

วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 Reg 11 2559 Med J 2016 ;30 : 139 - 144

Keywords : endodontic retreatment, mandibular molar

บทคัดย่อ

การรักษาคลองรากฟันซ้ำ พิจารณาทำเมื่อการรักษาคลองรากฟันเดิมล้มเหลว หรือเมื่อมีความจำเป็นต้องบูรณะฟันใหม่แต่วัสดุอุดคลองรากฟันเดิมมีคุณภาพไม่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดเชื้อแบคทีเรียในระบบคลองรากฟันก่อให้เกิดการหายของรอยโรคปลายรากฟัน สาเหตุที่ทำให้การรักษาคลองรากฟันเดิมล้มเหลว เนื่องจากไม่สามารถทำความสะอาดและตกแต่งรูปร่างคลองรากฟันได้อย่างเหมาะสม และอาจเกิดจากความผิดพลาดทางเทคนิคต่างๆ ได้แก่ การหาคลองรากฟันไม่ครบ การรั่วซึมของวัสดุบูรณะ ความผิดพลาดจากการกรอผนังคลองรากฟันเตรียมทำเดือยฟัน การเกิดรูทะลุ การอุดคลองรากฟันไม่ดี เครื่องมือหักค้างในคลองรากฟัน เป็นต้น อันเป็นผลให้เชื้อโรคเข้าสู่คลองรากฟัน

เกิดการติดเชื้อซ้ำในคลองรากฟัน รายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ 45 ปี ส่งมารักษาคลองรากฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งซ้ำ ให้ประวัติรักษาคลองรากฟันเมื่อ 5 ปีก่อน มีอาการปวด ภาพรังสีพบวัสดุอุดไม่เต็มคลองรากฟัน การวินิจฉัย # 36 endodontically treated tooth with chronic apical periodontitis วางแผนการรักษา ให้การรักษาคลองรากฟันซ้ำแบบไม่ผ่าตัด ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 เดือน พบว่าไม่มีอาการใดๆทางคลินิก วัสดุบูรณะอยู่ในสภาพดี ฟันไม่โยก เคาะคลำไม่เจ็บ มีร่องลึกปริทันต์ 2-3 มม. ภาพรังสีพบช่องเอ็นยึดปริทันต์และกระดูกเบ้าฟันมีลักษณะปกติ แสดงว่าการรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้ผลดี ฟันอยู่ในสภาพที่เหมาะสมสำหรับการบูรณะฟันต่อไป

คำรหัส : การรักษาคลองรากฟันซ้ำ, ฟันกรามล่าง

Case Report รายงานผู้ป่วย

*ฝ่ายทันตกรรม ร.พ.กาญจนดิษฐ์ อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี 84160

บทนำ

การรักษาคลองรากฟันมีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดเชื้อโรคในคลองรากฟัน และป้องกันการติดเชื้อซ้ำในคลองรากฟัน โดยมีกระบวนการหลักคือการทำความสะอาดตกแต่งรูปร่างและอุดปิดคลองรากฟัน อันเป็นผลให้เกิดการหายของโรคภายหลังการรักษา จากการศึกษาของ Sjogren และคณะ[1] พบอัตราความสำเร็จของการรักษาคลองรากฟันสูงถึงร้อยละ 80-90 ขึ้นอยู่กับสภาพของเนื้อเยื่อในฟัน โดยเฉพาะฟันที่ไม่มีรอยโรคปลายรากฟันจะมีโอกาสประสบความสำเร็จภายหลังการรักษาสูง

การรักษาคลองรากฟันซ้ำ คือการรักษาคลองรากฟันเดิมที่ผ่านการรักษาคลองรากฟันมาแล้วแต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ประกอบด้วยขั้นตอนการทำความสะอาด ตกแต่งรูปร่าง รื้อวัสดุอุดเดิมและอุดปิดด้วยวัสดุอุดใหม่ในระบบคลองรากฟันให้ครบถ้วนสมบูรณ์ (3-D clean, shape, filling)[2] การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและความล้มเหลวของการรักษาคลองรากฟันมีความสำคัญเพราะเป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจทำการรักษาคลองรากฟันซ้ำ การประเมินความสำเร็จและความล้มเหลวของการรักษาคลองรากฟันทำได้หลายวิธี คือ การประเมินความสำเร็จทางคลินิก การประเมินทางภาพรังสี และการประเมินทางพยาธิวิทยา ซึ่งวิธีนี้ประเมินได้จากการตัดเนื้อเยื่อออกตรวจ (biopsy) ระหว่างการทำศัลยกรรมปลายรากหรือถอนฟันซี่นี้ออกมา แต่ในทางปฏิบัติการประเมินความสำเร็จดูจากอาการทางคลินิกและภาพรังสี นั่นคือ ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ เคาะหรือคลำไม่เจ็บ ฟันไม่โยกหรือไม่มีโรคปริทันต์ ไม่มีตุ่มหนอง ไม่มีการอักเสบหรือบวม ฟันใช้งานได้ดี ภาพรังสีความกว้างของเอ็นยึดปริทันต์น้อยกว่า 1 มิลลิเมตร ไม่มีเงาดำปลายราก วัสดุอุดคลองรากฟันแน่นและลงไปถึงรอยต่อเนื้อฟันกับเคลือบรากฟัน (cementodentinal junction) การรักษาคลองรากฟันซ้ำพิจารณารักษาเมื่อการรักษาคลองรากฟันเดิมล้มเหลว ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากมีการติดเชื้อในคลองรากฟัน เป้าหมายของการรักษาคลองรากฟันซ้ำ เพื่อฟื้นฟูสภาพฟันให้ปราศจากภาวะการอักเสบหรือพยาธิสภาพใดๆ[3] Friedman และ Stabholz [4] ได้แนะนำให้ทำการรักษาคลองรากฟันซ้ำเมื่อตรวจพบการรักษาคลองรากฟันเดิมไม่เหมาะสม แต่ไม่มีอาการทางคลินิกและไม่ปรากฏพยาธิสภาพปลายรากฟันทางภาพรังสี แต่มีความจำเป็นต้องบูรณะฟันใหม่

สาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาคลองรากฟันเดิมล้มเหลว คือ การติดเชื้อในคลองรากฟัน (intracanal infection) เนื่องจากไม่สามารถทำความสะอาดและตกแต่งรูปร่างคลองรากฟันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นผลจากลักษณะทางกายวิภาคอันซับซ้อนของระบบคลองรากฟัน เช่นการพบคลองรากฟันด้านใกล้กลางและใกล้แก้มที่สอง (MB2) ของฟันกรามบนซี่แรกมากกว่าร้อยละ 90 [5] หรือการพบคลองรากฟันเป็นรูปตัวซี (C-shaped) ในฟันกรามล่างซี่ที่สองโดยเฉพาะในคนเอเชีย [6,7] เป็นต้น และอาจเกิดจากความผิดพลาดทางเทคนิคต่างๆ ได้แก่ การหาคลองรากฟันไม่ครบ (missed canal) การรั่วซึมของวัสดุบูรณะ (coronal leakage) ความผิดพลาดจากการกรอผนังคลองรากเพื่อเตรียมทำเดือยฟัน (post placement errors)

การเกิดเลดจ์ (ledge) รอยทะลุ เศษเนื้อเยื่ออุดตันขณะเตรียมคลองรากฟัน การอุดคลองรากฟันไม่เหมาะสม เครื่องมือหักค้างในคลองรากฟัน อันเป็นผลให้เชื้อโรคเข้าสู่คลองรากฟันเกิดการติดเชื้อซ้ำในระบบคลองรากฟัน ดังนั้น การศึกษาและทำความเข้าใจถึงลักษณะทางกายวิภาคของฟันชี่ต่างๆ การประเมินสภาพภายในคลองรากฟัน และการวางแผนบูรณะฟันแบบถาวรก่อนการรักษาคลองรากฟันซ้ำ จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้สามารถเตรียมและอุดคลองรากฟันได้อย่างเหมาะสม รวมถึงช่วยพยากรณ์อัตราความสำเร็จภายหลังการรักษาคลองรากฟันซ้ำได้อีกด้วย

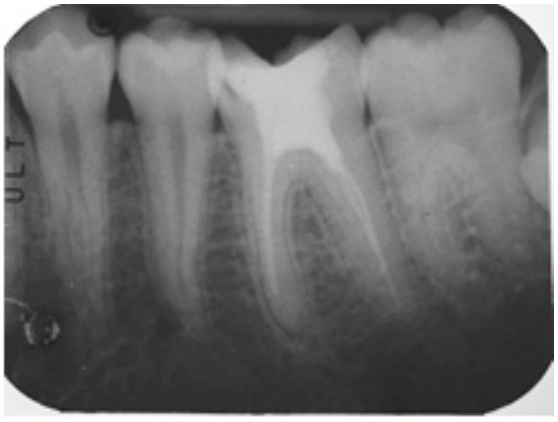
วัตถุประสงค์

นำเสนอรายงานผู้ป่วยเพื่อแสดงให้เห็นถึงหลักการ ขั้นตอนและเทคนิคในการรื้อวัสดุอุดคลองรากฟันที่อุดด้วยกัตตาเปอร์ชาในฟันกรามล่างซ้ายชี่ที่หนึ่งที่มีหลายคลองรากเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการรักษาคลองรากฟันซ้ำ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพสมรส ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาพบทันตแพทย์เพื่อรักษาคลองรากฟันกรามล่างซ้ายชี่ที่หนึ่ง (36) ซ้ำประวัติเคยรักษาคลองรากฟันครั้งแรกเมื่อประมาณ 5 ปีก่อน ปัจจุบันมีอาการปวดการตรวจสภาพร่างกายสัญญาณชีพปกติการตรวจสภาพช่องปากภายนอกช่องปากสภาพปกติ ภายในช่องปาก พบฟันกรามล่างซ้ายที่หนึ่งอุดฟันด้วยเรซินคอมโพสิต ขอบไม่เรียบ แต่ไม่ผุ เคาะเจ็บ ฟันไม่โยก มีร่องลึกปริทันต์ประมาณ 2-3 มิลลิเมตรภาพถ่ายรังสีฟันกรามล่างซ้ายชี่ที่หนึ่งมีวัสดุทึบรังสีในส่วนโพรงฟันคลองรากฟันส่วนกลางในคลองรากด้านใกล้กลาง และคลองรากฟันส่วนกลางในคลองรากไกลกลาง มีขอบกระดูกโดยรอบรากฟันไม่สม่ำเสมอ (disrupt lamina dura) ดังรูปที่ 1

การวินิจฉัย# 36 endodontically treated tooth with chronic apical periodontitis จากการประเมินลักษณะทางภาพรังสีและลักษณะทางคลินิกของฟันกรามล่างซ้ายที่หนึ่งสามารถบูรณะฟันได้ โดยต้องได้รับการรักษาคลองรากฟันซ้ำก่อน และบูรณะด้วยครอบฟันต่อ

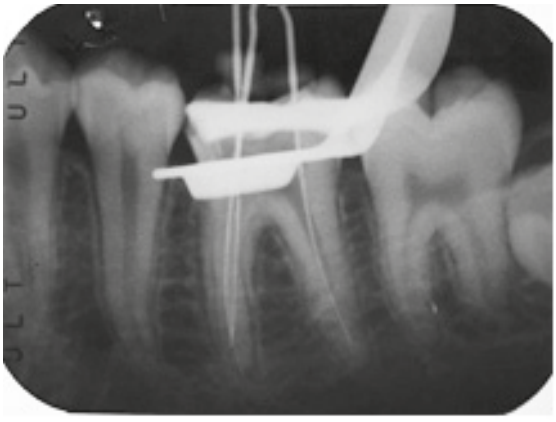


รูปที่ 1 ภาพรังสีของฟันกรามล่างซ้ายชี่ที่หนึ่งก่อนการรักษาคลองรากฟันซ้ำ

การรักษาครั้งที่หนึ่ง รับผู้ป่วยส่งต่อมารักษาคลองรากฟันกรามล่างซ้ายชี่ที่หนึ่งซ้ำ ทำการซักประวัติตรวจคัดกรองผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาคลองรากฟันซ้ำ โดยอธิบายขั้นตอนระยะเวลาและแนวโน้มในการประสบความสำเร็จในการรักษา รวมทั้งการดูแลทำความสะอาดและการใช้งานในระหว่างการรับการรักษาก่อนที่จะทำครอบฟัน เพื่อป้องกันการแตกหักของฟันและนัดผู้ป่วยมาทำการรักษาคลองรากฟันซ้ำ

การรักษาครั้งที่สองนัดผู้ป่วยมารักษาคลองรากฟันซ้ำ ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอเปิดทางเข้าสู่ตัวฟันด้วยการรื้อเรซินคอมโพสิตด้านบดเคี้ยวออกด้วยหัวกรอความเร็วสูงและรื้อวัสดุอุดคลองรากฟันเดิมซึ่งอุดด้วยกัตตาเปอร์ชาออกด้วยหัวกรอเกทส์กลิดเดนดริล (Gates glidden drill) เบอร์ 3 กรอกัตตาเปอร์ชาส่วนบนออก ตามด้วยเบอร์ 2 กรอจนกระทั่งหัวกรอลงไปไม่ได้อีก จากนั้นหยดน้ำมันยูคาลิปตอลลงในคลองราก 1-2 หยด เพื่อละลายกัตตาเปอร์ชาร่วมกับการใช้เคไฟล์(K-file)ขนาด 15 ยาว 21 มม. สอดระหว่างกัตตาเปอร์ชาและผนังคลองรากฟันเพื่อทำให้กัตตาเปอร์ชาหลวม ใช้เฮดสตรอมไฟล์ (Hedstrom file) ขนาด 20 และ 25 ความยาว 21 มม. รื้อกัตตาเปอร์ชาโดยให้ไฟล์จิกลงไปในเนื้อวัสดุ หมุนและดึงวัสดุออกจนหมดร่วมกับการล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ความเข้มร้อยละ 2.5(2.5%Sodium hypochlorite) วัดความยาวรากฟันทุกคลองรากโดยใช้เคไฟล์ร่วมกับเครื่องวัดความยาวคลองรากฟัน ตามด้วยการถ่ายภาพรังสีดังรูปที่ 2 ล้างคลองรากฟันครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีเอ ความเข้มร้อยละ

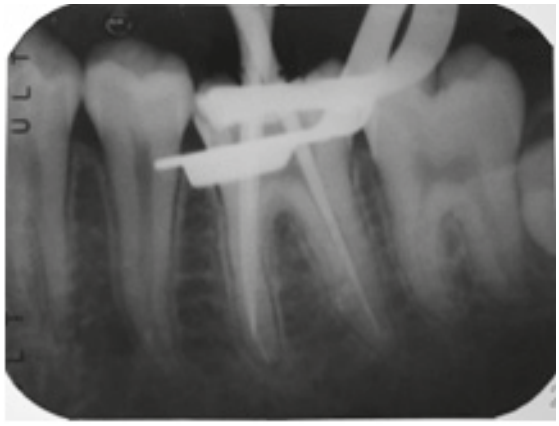
17 (17%EDTA) และน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มร้อยละ2.5 ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่ผสมกับน้ำกลั่นในคลองรากฟัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ อุดส่วนบนด้วยวัสดุอุดเคเวิท (Cavit®) และวัสดุอุดไออาร์เอ็ม(IRM)ตามลำดับ



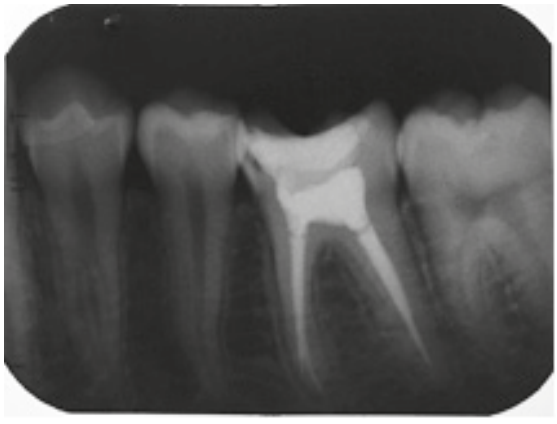
รูปที่ 2 ภาพรังสีของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง : ขั้นตอนการหาความยาวการทำงาน

การรักษาครั้งที่สาม ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอรื้อวัสดุอุดชั่วคราวออกด้วยหัวกรอความเร็วสูง ขยายคลองรากฟันด้วยวิธีคราวน์ดาวน์ (crown-down technique) โดยใช้โปรเทปเปอร์ (ProTaper; DentsplyMaillefer) ร่วมกับเครื่องเอ็กซสมาร์ทอิเล็กทริกมอเตอร์ (X-Smart electric motor; DentsplyMaillefer) ที่ความเร็ว 350 รอบต่อนาที ล้างคลองรากทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนเครื่องมือด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มร้อยละ 2.5 หลังสิ้นสุดการขยายคลองรากล้างด้วยอีดีทีเอ ความเข้มร้อยละ 17 และน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มร้อยละ 2.5 ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่ผสมกับน้ำกลั่นในคลองรากฟัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ อุดส่วนบนด้วยวัสดุเคเวิทและวัสดุอุดไออาร์เอ็มตามลำดับ

การรักษาครั้งที่สี่ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอรื้อวัสดุอุดชั่วคราวออกด้วยหัวกรอความเร็วสูง ล้างคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มร้อยละ 2.5 ลองกัตตาเปอร์ชาสำหรับอุดคลองรากฟัน ตรวจสอบด้วยภาพรังสี (รูปที่ 3) ล้างคลองรากครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีเอ ความเข้มร้อยละ 17 และโซเดียมไฮโปคลอไรท์ความเข้มร้อยละ 2.5 อุดคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชา วิธี Continuous wave technique ร่วมกับซิงก์ออกไซด์ยูจินอลซีลเลอร์ (Zinc oxide eugenol sealer) แล้วจึงรองพื้นโพรงฟันด้วยซิงก์ฟอสเฟตซีเมนต์และบูรณะส่วนตัวฟันด้วยเรซินคอมโพสิตซึ่งเป็นการบูรณะแบบกึ่งถาวร ระหว่างรอคิวบูรณะด้วยครอบฟันต่อไปดังรูปที่ 4

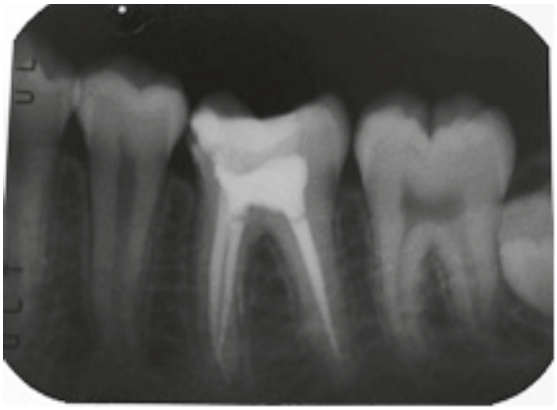


รูปที่ 3 ภาพรังสีของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง : การลองแท่งกัตตาเปอร์ชา



รูปที่ 4 ภาพรังสีของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง: ขั้นตอนการอุดคลองรากฟัน

การรักษาครั้งที่สี่ห้านัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุบูรณะอยู่ในสภาพดี ฟันไม่โยก เคาะคลำไม่เจ็บ มีร่องลึกปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตร นัดผู้ป่วยเข้าคิวทำครอบฟันต่อไปทำการถ่ายภาพรังสีดังรูปที่ 5



รูปที่ 5 ภาพรังสีของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง: ภายหลังการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 เดือน

การติดตามผลการรักษา

ภายหลังการติดตามผลการรักษาคลองรากฟันซ้ำในฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง เป็นเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ จากการตรวจทางคลินิก วัสดุบูรณะอยู่ในสภาพดี ฟันไม่โยก เคาะคล่ำไม่เจ็บ มีร่องลึกปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตรผู้ป่วยทำความสะอาดในช่องปากได้ไม่ค่อยดี เหงือกอักเสบ มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายที่ฟัน จึงเข้าคิวขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน พร้อมกับสอนวิธีการแปรงฟันและใช้เส้นใยขัดฟัน และนัดมาตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน ภาพรังสีพบช่องเอ็นยึดปริทันต์และกระดูกเบ้าฟันมีลักษณะปกติ แสดงให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้ผลดี ทำให้ฟันอยู่ในสภาพที่เหมาะสมสำหรับการบูรณะด้วยครอบฟันต่อไป

บทวิจารณ์

การรักษาคลองรากฟันซ้ำพิจารณาทำเมื่อการรักษาคลองรากฟันเดิมล้มเหลวหรือเมื่อมีความจำเป็นต้องบูรณะฟันใหม่ เพื่อเป็นการรักษาพยาธิสภาพปลายรากฟันและ/หรือป้องกันการติดเชื้อซ้ำ จากรายงานผู้ป่วยรายนี้พิจารณารักษาคลองรากฟันซ้ำ เนื่องจากเป็นฟันที่เคยได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้ว ผู้ป่วยมีอาการปวด มีวัสดุอุดคลองรากฟันไม่เหมาะสม อุดไม่แน่นและไม่ถึงความยาวรากฟัน ถือว่าประสบความล้มเหลวในการรักษาคลองรากฟัน (disease)[8] สอดคล้องกับกรณีศึกษาของ Idris และคณะ[9] ที่ได้ทำการรักษาคลองรากฟันซ้ำในฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง เนื่องจากภาพถ่ายรังสีพบวัสดุอุดคลองรากฟันไม่แน่นและไม่ถึงความยาวรากฟัน และเมื่อพิจารณาภาพถ่ายรังสีอย่างละเอียดพบว่าฟันซี่นี้มีสี่คลองราก ซึ่งคลองรากด้านแก้มไกลกลางไม่ได้รับการรักษา ซึ่งผู้เขียนได้เสนอแนะว่าผู้ป่วยที่ต้องรักษาคลองรากฟันซ้ำนั้น ทันตแพทย์ควรพิจารณาภาพถ่ายรังสีก่อนการรักษาอย่างละเอียด เนื่องจากความล้มเหลวในการรักษาครั้งแรกมักมาจากการหาคลองรากฟันไม่ครบและไม่ได้รับการรักษาในคลองรากดังกล่าว โดยทั่วไปการรักษาคลองรากฟันซ้ำ มักจะมีขั้นตอนการรื้อวัสดุอุดคลองรากฟันเดิมเพื่อให้สามารถเข้าไปจัดการกับระบบคลองรากฟันได้ จึงมีความจำเป็นที่ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาควรทราบว่าวัสดุอุดคลองรากฟันนั้นเป็นชนิดใดก่อนเริ่มทำการรักษา เพื่อให้สามารถเตรียมเครื่องมือ วางแผนเทคนิคการรื้อและป้องกันความผิดพลาดทางเทคนิคที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา ซึ่งสามารถประเมินเบื้องต้นจากภาพรังสี สำหรับผู้ป่วยรายนี้วัสดุอุดคลองรากฟันมีขอบเขตเรียบชัดเจนกับผนังคลองรากฟัน และมีความทึบรังสีมากกว่าเนื้อฟัน จึงจัดเป็นวัสดุประเภทกึ่งแข็งกึ่งเหลว ซึ่งนิยมใช้มาก คือ กัตตาเปอร์ชา เป็นวัสดุอุดที่มีความทึบรังสีมากกว่าเนื้อฟัน สามารถเห็นขอบเขตชัดเจน แต่อุดได้ไม่แน่นเต็มถึงส่วนปลายของคลองรากฟัน เมื่อเริ่มทำการเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันพบวัดสุอุดที่มีสีชมพูจึงสามารถระบุได้ว่าเป็นกัตตาเปอร์ชา วัสดุมีลักษณะไม่แข็งมาก สามารถรื้อออกได้ด้วยไฟล์ชนิดมือหมุน โดยออกแรงกดลงสู่ปลายรากและตะไบอย่างช้าๆ และนิ่มนวลร่วมกับน้ำยาล้างคลองรากฟันโซเดียมไฮโปคลอไรท์ [3, 10, 11] และสามารถประเมินประสิทธิภาพในการรื้อวัสดุได้ชัดเจนจากการมองเห็นสีชมพูในส่วนต้นของคลองรากฟันและความทึบรังสีทางภาพรังสี ส่งผลให้สามารถทำความสะอาด ตกแต่งรูปร่างและอุดคลองรากฟันได้อย่างเหมาะสมต่อไปจากการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ภาพรังสีพบช่องเอ็นยึดปริทันต์และกระดูกเบ้าฟันมีลักษณะปกติ ซึ่งเป็นสัญญาณของการเริ่มขบวนการหายของโรค อาจเป็นผลมาจากความสามารถในการกำจัดเชื้อในระบบคลองรากฟันจากการทำความสะอาดโดยใช้ไฟล์ร่วมกับน้ำยาล้างคลองรากฟันโซเดียมไฮโปคลอไรท์ และการใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ (short-term calciumhydroxide medication) เป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ซึ่งเพียงพอสำหรับการกำจัดเชื้อโรคในคลอง

รากฟันได้ทั้งหมด[12] อย่างไรก็ตามควรประเมินการรักษาคลองรากฟันซ้ำต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1-2 ปี ภายหลังการรักษา[3]

สรุป

การรักษาคลองรากฟันซ้ำ พิจารณาทำทั้งในแง่ของการรักษาและการป้องกัน ซึ่งมีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาได้ใกล้เคียงกับการรักษาคลองรากฟันครั้งแรก ขึ้นอยู่กับสภาพฟันก่อนการรักษา ได้แก่ การมีพยาธิสภาพปลายรากฟัน การมีรอยทะลุรากฟัน สภาวะปริทันต์ เนื้อฟันที่เหลืออยู่เพียงพอต่อการบูรณะ โดยมีกระบวนการสำคัญที่แตกต่างไปจากการรักษาคลองรากฟันครั้งแรกคือการรื้อวัสดุอุดคลองรากฟันเดิม ซึ่งหากทันตแพทย์สามารถประเมินชนิดของวัสดุอุดคลองรากฟันได้ก่อนการรักษาจะช่วยให้พยากรณ์อัตราความสำเร็จในการรื้อและการรักษาคลองรากฟันซ้ำได้อย่างแม่นยำ รวมทั้งทราบถึงโอกาสเกิดความผิดพลาดขณะทำการรักษาได้อีกด้วย อันจะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมาใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกทำการรักษาของผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการรักษาของทันตแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sjogren U, Hagglund B, Sundqvist G, Wing K. Factors effecting the long term results of endodontic treatment. J Endod 1990;16:498-504.
2. Ruddle CJ. Nonsurgical endodontic retreatment. In: Cohen S, Burns RC, ed. Pathway of the pulp. 8th ed. St Louis: Mosby; 2002.
3. Bruder GA, White RR. Color atlas of endodontics: Retreatment. WB: Saunder; 2002.
4. Friedman S, Stabholz A. Endodontic retreatment-case selection and technique: Part 1 Criteria for case selection. J Endod 1986;12(1):28-33.
5. Kulid JC, Peters DD. Incidence and configuration of canal systems in the mesiobuccal root of maxillary first and second molars. J Endod 1990;16(7):311-17.
6. Melton DC, Krell KV, Fuller MW. Anatomical and histological features of C-shaped canals in Mandibular second molars, J Endod 1991;17(8) :384-8.
7. Fan B, Cheung GS, Fan M, Gutmann JL, Bian Z. C-shaped canal system in Mandibular second molars: Part I-Anatomatic features. J Endod 2004;30(12):899-903.
8. Stabholz A, Friedman S. Endodontic retreatment – case selection and technique. Part 2: Treatment planning for retreatment. J Endod 1988;14(12): 607-14.
9. Idris M, Sakkir N, Nandakishore KJ, Kini A. Endodontic retreatment of a mandibular second molar with four separate roots: a case report. J of Clin and Diag Res 2014:8(3):280-82.
10. Stabholz A, Friedman S, Tamse A. Endodontic failures and retreatment. In: Cohen S, Burns RC, ed.Pathway of pulp. 6th ed. St Louis: Mosby; 1994.
11. Mandel E, Friedman S. Endodontic retreatment : A rational approach to root canal reinstrumentation. J Endod 1992;18(11):565-9.
12. Sjogren U, Figdor D, Spangberg L, Sundqvist G. The antimicrobial effect of calcium hydroxide as a short-term intracanal dressing. Int Endod J 1991;24:119-25.