

การรักษาคลองรากฟันที่เชื่อมติดกัน แบบฟิวชันในผู้ป่วยสูงอายุ

พิมภินันท์ ถีรวิชชา วท.บ., ท.บ., ป.ชั้นสูง สาขาวิทยาเอนโดดอนต์*

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 67 ปี รับการรักษาคลองรากฟันในฟันตัดซี่ข้างล่างซ้ายและฟันเขี้ยวซี่ข้างล่างซ้ายที่เชื่อมติดกันแบบฟิวชัน กล่าวถึงความผิดปกติของรูปร่างของฟันและโพรงประสาทฟัน ขั้นตอนการรักษาที่ค่อนข้างยุ่งยากคือการเข้าสู่โพรงประสาทฟัน และการขยายคลองรากฟัน เนื่องจากโพรงประสาทฟันของผู้สูงอายุมัก เล็ก ตีบ หรือ ดัน ด้วยสาเหตุที่กล่าวมานี้ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาคลองรากฟันผู้ป่วยสูงอายุจึงควรระมัดระวังตลอดเวลาที่ทำการรักษาผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์เนื่องจากการรักษา รวมไปถึงการวางแผนการรักษา แผนระหว่างการรักษาซึ่งการรักษาแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเนื่องจากผู้สูงอายุมักเหนื่อยง่าย อาจไม่ทนต่อการรักษารั้งละนานๆ และการวางแผนที่จะใส่ฟันทดแทนทั้งแบบถอดได้และแบบติดแน่นหลังการรักษาคลองรากฟัน ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ฟันปลอมแบบถอดได้และแบบติดแน่นได้เป็นอย่างดี

Abstract

Endodontic Treatment of a Fused Tooth in an Elderly Patient

Pimbhinan Teeravidja DDS, Postgraduation Diploma in Endodontics

Dental Section, Siridhorn Hospital

A case report presented endodontic treatment of documenting fusion involving a left mandibular lateral incisor and left mandibular canine in elderly woman aged 67 years. Variations in tooth morphology were discussed. Endodontists should be aware of the great variety of pulp canal morphology in these kinds of teeth, access opening and mechanical instrumentation are much more complicated procedure, due to a very small, obliterate root canal of elderly patients. Schedule planning and treatment planning before, during and after endodontic treatment such as prosthetic works is necessary in order to improve quality of life in aged patients. For two years follow up, the fix restorations and partial denture could be used normally.

Key words: fused tooth, endodontic treatment, elderly

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศิรินคร

บทนำ

ผู้สูงอายุในปัจจุบัน (ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) เห็นความสำคัญของฟันธรรมชาติมากขึ้นและพยายามดูแลรักษาเพื่อให้ง่ายต่อการดูแลชีวิต¹ เอ็นโดดอนต์บำบัดหรือการรักษาคลองรากฟันเป็นงานทันตกรรมสาขาหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายที่จะรักษาฟันธรรมชาติให้ง่ายอยู่ จากรายงานผลการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการรักษาคลองรากฟันคิดเป็นร้อยละ 10.2 (จำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 9.3 จากประชากร 60 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543) การรักษาคลองรากฟันเป็นทันตกรรมบำบัดที่ต้องมีการนัดหมายเพื่อการรักษาหลายครั้ง ครั้งละเป็นเวลานานและมีการรักษาเป็นขั้นตอน ดังนั้นทันตแพทย์จึงต้องวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่โพรงประสาทฟันมีการสร้างเนื้อฟันทุติยภูมิตลอดเวลา ฟันที่ขึ้นมานานจึงมีโพรงประสาทฟันขนาดเล็กลงเรื่อยๆ ทำให้โพรงประสาทฟันของผู้สูงอายุเล็กกว่าของเด็กมาก บางครั้งโพรงในดัวฟัน แคบลงมาก² คลองรากฟัน ดิบหรือตัน เนื้อฟันทุติยภูมิที่รอบๆ ผนังของโพรงในดัวฟันจะเกิดไม่สม่ำเสมอ ในฟันหน้าจะมีมากที่ผนังด้านเพดาน ส่วนในฟันหลังมีมากที่ผนังด้านพื้นของโพรงประสาทฟัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจทำให้มีความยุ่งยากในระหว่างการรักษาได้ เช่น ลงสู่คลองรากฟันได้ยาก ใช้เวลานานมากในการลงสู่ส่วนปลายของคลองรากฟัน³ ถ้าทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาคลองรากฟันไม่ระมัดระวังอาจทำให้เกิดการทะลุออกนอกดัวฟันหรือรากฟันได้ เนื้อเยื่อประสาทฟัน ในฟันของผู้สูงอายุโดยเฉพาะส่วนที่เป็นเซลล์หลอดเลือด เส้นใยประสาทจะลดลง ส่วนที่เป็นเส้นใยคอลลาเจนจะเพิ่มขึ้น กระบวนการหายจึงเกิดช้าลงเมื่อมีอันตราย นอกจากนี้ในฟันที่สุหรือสึกสึกๆ เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันจะถูกทำลายลงอย่างช้าๆ ทำให้ไม่ค่อยมีอากาแบบเรียบพลันหรือรุนแรง สำหรับส่วนเคลือบรากฟันก็มีการสร้างตลอดชีวิตรอยต่อของเคลือบรากฟันกับเนื้อฟันซึ่งเป็นรอยคอดที่ปลายรากฟันของผู้สูงอายุมักอยู่ห่างปลายรากฟันและจะผันแปรมาก (0.5-2.5 มม.) นอกจากนี้ที่บริเวณปลายรากฟันอาจพบเคลือบรากฟันมีมากเกินไป⁴ ซึ่งมักเกิดเพื่อทดแทนการสึกของดัวฟันด้านบดเคี้ยว สาเหตุเหล่านี้ทำให้การรักษาคลองรากฟันในผู้ป่วยสูงอายุมีความยากมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีคลองรากฟันที่มีวิวัฒนาการต่างจากฟันธรรมชาติทั่วไป เช่นผู้สูงอายุที่มีฟันเชื่อมติดกันซึ่งฟันเหล่านี้จะมีวิธีการรักษาที่ยุ่งยากและใช้เวลานานในการรักษามากกว่าฟันปกติทั่วไป

ฟันเชื่อมติดกันนี้แบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ ได้แก่ฟันเชื่อมติดกันแบบฟิวชัน (fusion) และฟันเชื่อมติดกันแบบเจมิเนชัน (gemination) ฟันฟิวชันเป็นลักษณะผิดปกติของเนื้อเยื่อฟันชนิดแข็ง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของโรคในช่องปาก หรือก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้เป็นเจ้าของได้หลายประการ เช่น โรคปริทันต์ ช่องว่างที่ไม่สวยงามในขากรรไกร การกัดของเศษอาหารก่อให้เกิดการผุของฟัน สาเหตุของการเกิดฟันฟิวชันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด Mader⁵ รวบรวมการศึกษาถึงสาเหตุการเกิดจากทันตแพทย์หลายท่านพอสรุปได้ว่าฟันฟิวชันเป็นผลลัพธ์ของการกระทำทางฟิสิกส์ที่กระทำต่อเนื้อฟันหลายซี่ที่อยู่ใกล้ติดกัน ทำให้เนื้อฟันมาเชื่อมติดกันเพราะมีการตายของเนื้อเยื่อเนื้อฟันบางส่วน ทำให้ชั้นเคลือบฟันและชั้นเนื้อฟันเชื่อมติดกันเกิดเป็นฟันฟิวชัน อีกหลายๆ ท่านกล่าวว่าความผิดปกติมีสาเหตุมาจากการมีพันธุกรรมที่มีลักษณะเกินบนออโตโซม (autosome) Pinborg⁶ กล่าวว่าฟันฟิวชันเป็นลักษณะผิดปกติทางกายวิภาคของฟันโดยที่ฟัน 2 ซี่ เชื่อมติดกันเกิดจากเนื้อฟันที่แยกตัวจากกันเป็นฟัน 2 ซี่ แต่พัฒนาการกลายเป็นฟันซี่เดียวเชื่อมติดกันตรงเนื้อฟันและ หรือเคลือบรากฟัน ลักษณะทางคลินิกจะพบว่า ฟันมีขนาดใหญ่ขึ้นในแนวใกล้กลางใกล้กลางเป็นฟันคู่ติดกัน แต่ละซี่อาจมีขนาดเท่ากันหรือไม่เท่ากัน โดยทั่วไปจะพบรอยหว้า (notch) ที่ปลายฟันและมีร่องแนวโค้งบนดัวฟันทั้งด้านริมฝีปากและทางด้านเพดานตรงแนวที่เชื่อมกัน ส่วนใหญ่มักสัมผัสกับเจมิเนชัน⁷ ซึ่งเป็นความผิดปกติอีกลักษณะหนึ่งที่มาจากเนื้อฟันอีก 1 ซี่ แต่มีการพัฒนาการเป็นดัวฟัน 2 ดัวฟันแต่มีรากเดียวดังนั้นลักษณะทางคลินิกโดยทั่วไปจะเหมือนฟิวชันแต่ขนาดของดัวฟันทั้ง 2 จะเท่ากันจนเสมือนหนึ่งเป็นภาพ ในกระจกเงา เนื่องจากทั้งฟิวชัน และเจมิเนชันมีลักษณะทางคลินิกเหมือนกัน คือดูเหมือนเป็นดัวฟัน 2 ซี่ติดกันจึงมีชื่อรวมลักษณะนี้ว่า ฟันเชื่อมติดกัน การแยกลักษณะฟิวชันกับเจมิเนชันจึงต้องอาศัยจากภาพถ่ายรังสีในการวินิจฉัย⁸ โดยฟันฟิวชันมักพบว่ามีคลองรากฟันแยกกัน 2 คลองรากฟันแต่ฟันเจมิเนชันพบเพียงคลองรากฟันเดียวแต่มีโพรงในดัวฟันขนาดใหญ่และการนับจำนวนฟันทั้งหมดในช่องปากอาจช่วยแยกวินิจฉัยได้โดยนับฟันที่มีฟิวชันหรือเจมิเนชันเป็นฟัน 1 ซี่ สำหรับเจมิเนชันนั้นจำนวนฟันที่นับได้จะปกติส่วนฟิวชันถ้ามาจากฟันแท้ 2 ซี่เชื่อมติดกัน^{9,10} จำนวนฟันก็จะนับได้น้อยกว่าปกติ แต่ถ้าเป็นฟิวชันที่เกิดจากฟันแท้ 1 ซี่ กับฟันเกิน 1 ซี่ จำนวนฟันที่นับได้จะเท่าเดิม¹¹⁻¹³ ฟันเชื่อมติดกันทั้ง 2 ชนิดนี้จะพบอัตราการเกิดในฟันน้ำนมมากกว่าฟันแท้ และอาจพบผู้ที่มีทั้งฟันฟิวชันและฟันเจมิเนชันในคนคนเดียว ฟันเชื่อมติด

กันทั้ง 2 ชนิดนี้อาจพบอยู่ในขากรรไกรเดียวกันก็ได้ ฟันเชื่อมติดกันพบได้ในเพศชายและเพศหญิงเป็นเปอร์เซ็นต์ที่เท่ากัน พบในฟันหน้ามากกว่าฟันหลัง และมีการพบบ่อยในชาวมองโกเลียและชนพื้นเมืองของทวีปอเมริกามากกว่าในพวกคอเคซอยด์

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย หม้าย อายุ 67 ปี อาชีพ แม่บ้าน มารับการรักษาทางทันตกรรม โดยมีความประสงค์ที่จะใส่ฟันทดแทนเพื่อช่วยในการบดเคี้ยว ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการใส่ฟันปลอมทดแทนมาก่อน

การตรวจในช่องปาก

สภาพในช่องปากของผู้ป่วย ฟันส่วนใหญ่มีแต่รากฟันเหลือฟันที่ยังคงสภาพของตัวฟันอยู่เพียง 7 ซี่ อยู่ในขากรรไกรบน 3 ซี่ คือฟันกรามบนขวาซี่ที่ 2 (#17) ฟันตัดซี่กลางบนซ้าย (#21) และฟันกรามบนซ้ายซี่ที่ 2 (#27) ส่วนในขากรรไกรล่างมีฟันเหลืออยู่ 4 ซี่ ได้แก่ ฟันตัดซี่ข้างล่างซ้าย (#32) ซึ่งเชื่อมติดกับฟันเขี้ยวล่างซ้าย (#33) อีก 2 ซี่ที่เหลือคือ ฟันเขี้ยวล่างขวา (#43) และฟันกรามน้อยล่างขวาซี่ที่ 1 (#44) ฟันมีสีเหลืองเข้มเนื่องจากการสึกของฟันตามสภาพของผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่ สภาพสันเหงือกของขากรรไกรบนมีสภาพดีสามารถใส่ฟันปลอมแบบถอดได้หลังการถอนฟันที่เหลือแต่รากฟันออก แต่ในขากรรไกรล่างสันเหงือกมีการยุบตัวทางส่วนหลังทั้ง 2 ด้านของขากรรไกร สภาพเหงือกทั่วไปปกติ ไม่มีการอักเสบ ทำการวัดร่องลึกปริทันต์รอบฟันทุกซี่ที่ยังคงสภาพของตัวฟัน พบว่าผู้ป่วยไม่มีโรคปริทันต์ ตรวจดูการโยกของฟันโดยวิธีใช้ด้ามกระจกเป็นเครื่องมือตรวจพบว่าฟันไม่โยก ไม่ตอบสนองต่อการตรวจโดยวิธีการเคาะที่ตัวฟัน พร้อมกันนั้นใช้นิ้วคลำเนื้อเยื่อที่บริเวณปลายรากฟันทุกซี่พบว่าไม่มีอาการเจ็บ แสดงว่าการอักเสบมิได้ลุกลามมาถึงเนื้อเยื่อภายในช่องปาก ผู้ป่วยสบฟันไม่ลักษณะยื่นขากรรไกรล่าง ไม่มีการกัดขวางของการสบ ขณะทำการดันขากรรไกรล่างให้ผู้ป่วยสบฟันในศูนย์ และขณะสบฟันขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร ทำการถ่ายภาพรังสีฟันทุกซี่ที่เหลืออยู่ พบว่าไม่มีการละลายของกระดูกล้อมรอบรากฟัน ภาพถ่ายรังสีของฟันเชื่อมติดกัน #32, #33 (รูปที่ 1) พบว่ามีการแยกจากกันของโพรงประสาทฟันและคลองรากฟันอย่างชัดเจน คลองรากฟันของฟัน #32 มีลักษณะตีบเหมือนเส้นด้าย มีการฉีกขาดของลามินาดูรา (lamina dura) แต่ไม่มีรอยโรคของฝีที่ปลายรากฟัน #44 (รูปที่ 2) ที่บริเวณปลายรากฟันพบมีเคลือบรากฟันมากเกินไป ทำการทดสอบสถานะการมีชีวิตของเนื้อเยื่อในโพรงฟันในฟันล่างทั้ง 4 ซี่

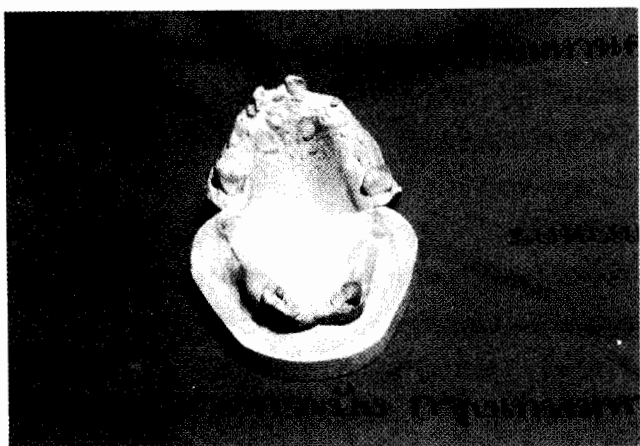


รูปที่ 1 ภาพถ่ายทางรังสีของฟันซี่ที่สองและสามข้างล่างซ้าย แสดงถึงการเชื่อมติดกันและการตีบของคลองรากฟัน



รูปที่ 2 ภาพถ่ายทางรังสีของฟันกรามน้อยล่างขวาซี่ที่หนึ่งแสดงถึงเคลือบรากฟันที่มีมากเกินไปบริเวณปลายราก

โดยวิธีใช้อุณหภูมิ ซึ่งทดสอบโดยใช้ความร้อนจากกัลดาเปอร์ชา ที่ถูกกลไฟ และวิธีใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้น ด้วยเครื่องตรวจสภาพการมีชีวิตของฟัน รุ่นดิจิเทส ดี 626 ดี (Digitest Model D626D) พบว่าผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อการทดสอบทั้ง 2 แบบ ส่วนในฟัน #21 ยังตอบสนองต่อการวัดการมีชีวิตของฟัน พิมพ์ปากผู้ป่วยเพื่อทำแบบจำลองสภาพในช่องปากแล้วนำมาศึกษาเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 แบบจำลองสภาพในช่องปากของผู้ป่วยก่อนการรักษา

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต 170-110 มม.ปรอท) และมีสภาพทางร่างกายอยู่ในระดับที่ 2 ตามการจำแนกของ Yellowitz และ Saunders¹⁴ คือ เป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างอ่อนแอ มีโรคเรื้อรังมากกว่าระดับแรก สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง และอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้าง ซึ่งผู้สูงอายุระดับที่ 2 นี้ การบำบัดรักษาแต่ละครั้งไม่ควรจะใช้เวลาานาน เนื่องจากผู้ป่วยจะเหนื่อยและล้าง่าย การรักษาแต่ละครั้งจึงควรหยุดพักเป็นช่วงๆ ระหว่างทำการรักษา

การวินิจฉัยและการวางแผนรักษา

จากผลการตรวจในช่องปาก ภาพถ่ายรังสี และการทดสอบสภาวะการมีชีวิตของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน วินิจฉัยว่า ฟัน #32, 33, 43, 44 เป็นฟันตายที่ต้องทำการรักษารากฟัน และทำการบูรณะต่อด้วยการปักเดือยและทำครอบฟัน เพื่อใช้เป็นหลักยึดในการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ในขากรรไกรล่าง ฟัน #21 ทำการบูรณะโดยการอุดฟันด้วยวัสดุอุดฟันคอมโพสิทเรซิน ฟัน #17, 27 ไม่ต้องทำการบูรณะ เก็บฟันทั้ง 3 ซี่ ไว้เป็นหลักยึดในการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ในขากรรไกรบน ส่วนฟันที่เหลืออยู่ทำการถอนออกทั้งหมด

การรักษา

ได้รักษารากฟันที่เชื่อมติดกันโดยทำการเปิดเข้าสู่โพรงฟันจากทางด้านดัด ของฟัน #32, 33 เพราะฟันมีการสึกมากกว่าสองในสามของความสูงของตัวฟัน ทำให้ไม่สามารถทำการเปิดเข้าสู่โพรงฟันจากด้านลิ้นได้ เนื่องจากโพรงประสาทฟันมีลักษณะตีบทำให้การหาจุดเปิดของคลองรากฟันทำได้ยาก ต้องระวังการเกิดรูทะลุออกนอกตัวฟัน วิธีการเปิดหาโพรงประสาทฟันทำโดยการใช้หัวกรอฟันชนิดความเร็วสูงกรอเปิดจนเกือบถึงตำแหน่งโพรงฟัน โดยเปรียบเทียบกับภาพถ่ายรังสีที่ถ่ายไว้ก่อนการรักษา แล้วใช้หัวกรอฟันชนิดความเร็วต่ำค่อยๆ กรอต่อ ร่วมกับการใช้เอ็นโดดอนติกเอ็กพลอเรอร์ (endodontic explorer DG 16) ช่วยในการหาจุดเปิดของคลองรากฟัน เมื่อกรอลงไปลึกแล้วและยังไม่พบโพรงประสาทฟันเพื่อเป็นการป้องกันการกรอทะลุออกนอกตัวฟัน ในผู้ป่วยรายนี้สิ่งที่ระวังมากคือการกรอผิดแนวออกไปนอกราก ดังนั้นเมื่อกรอลงไปได้ประมาณ 1-2 มม. จึงทำการตรวจสอบการกรอว่ายังอยู่ในทิศทางของคลองรากฟันหรือไม่ โดยการใช้วัสดุอุดชั่วคราวประเภทซีเมนต์ ซึ่งไม่มี eugenol ในส่วนประกอบ เช่น Cavit อุดให้เต็มแนวที่ได้กรอไป แล้วถ่ายภาพรังสี¹⁵ Cavit ทึบแสงรังสีจึงช่วยให้เห็นแนวการกรอว่าพุ่งตรงเข้าสู่คลองรากหรือออกนอกแนว เมื่อเข้าสู่โพรงประสาทฟันได้แล้ว พบว่าในคลองรากฟัน #32 มีการอุดตันเฉพาะบางส่วน บริเวณส่วนกลางของรากฟันลองใช้เครื่องมือขยายคลองรากฟันขนาดเบอร์ 08 และเบอร์ 10 ร่วมกับสารหล่อลื่น File-Eze ซึ่งเป็นสารประเภท ethylene diamine tetraacetic acid (EDTA) ช่วยทำให้เนื้อฟันในคลองรากอ่อนตัวลง ต้องใช้เวลาการนัดถึง 3 ครั้ง ในการนำเครื่องมือเข้าไปถึงปลายรากฟัน ทำการขยายคลองรากฟันส่วนบนด้วยความระมัดระวังโดย step-back technique แล้วทำการวัดความยาวราก #32, 33 ได้ความยาวราก 16 และ 21 มม. ตามลำดับ ขยายคลองรากฟันส่วนล่างสลับกับการล้างคลองรากฟันด้วย 5.25% โซเดียมไฮโปคลอไรด์ (NaOCl) เมื่อขยายคลองรากได้ขนาดที่พอเหมาะ คือ #32 ขนาดที่ปลายรากพอดีกับวัสดุอุดปลายรากแท่งเอก ขนาด 25 และ #33 พอดีกับแท่งเอกขนาด 30 ล้างคลองรากฟันครั้งสุดท้ายก่อนทำการอุดคลองรากฟันด้วย 17% EDTA และ 5.25% NaOCl อย่างละ 10 มล. เพื่อกำจัด smear layer หลังจากที่ได้พบว่าภายในคลองรากฟันสะอาดดีแล้วจึงทำการอุดคลองรากฟันให้ผู้ป่วยด้วยวิธี cold lateral compaction ร่วมกับ warm lateral compaction อุดปิดคลองรากฟันด้วยซีเมนต์ชั่วคราว IRM® เพื่อติดตามผลการรักษา ระหว่างรอติดตามผลการรักษารากฟันในฟัน

ทั้ง 4 ซี่ของขากรรไกรล่าง พื้นที่เป็นรากฟันทั้งหมดถูกถอนออก
ทำการบูรณะฟัน #21 ด้วยการอุดฟันด้วยวัสดุอุดฟันคอมโพ-
สิทเรซิน ขุดหินปูนพื้นที่เหลืออยู่

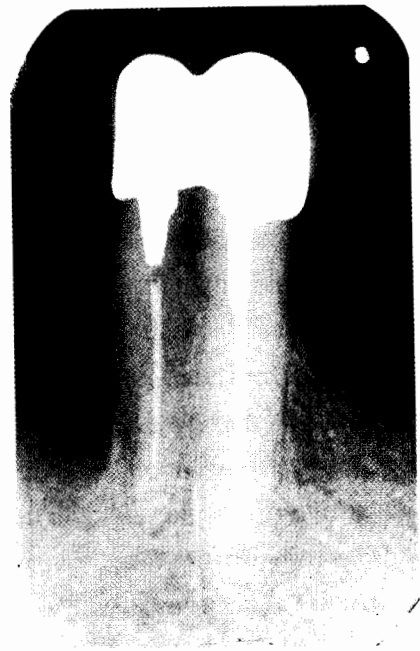
การติดตามผลการรักษา

ทันตแพทย์ต้องการเวลา 2 เดือนติดตามผลการรักษา
ก่อนที่จะทำการบูรณะฟัน แต่เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ผู้ป่วย
กลับมาแจ้งว่าพื้นที่รักษาคลองรากฟันไปไม่มีอาการผิดปกติ
หลังการรักษา ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะใส่ฟันปลอมทดแทน
เพราะประสบปัญหาในการบดเคี้ยวและปัญหาทางสังคม
ทันตแพทย์จึงทำการบูรณะฟันส่วนบนด้วยการทำเดือยและ
ครอบฟันให้พื้นที่รักษาคลองรากฟัน (รูปที่ 4) แล้วทำฟันปลอม



รูปที่ 4 ผู้ป่วยหลังการรักษา 6 เดือน

แบบถอดได้ฐานอะคริลิกโดยใช้พื้นที่เหลืออยู่เป็นหลักยึดตะขอ
ลวดและเป็นเครื่องช่วยเพิ่มการยึดเกาะกับสันเหงือกของฟัน
ปลอมทั้งบนและล่าง แนะนำการใช้ฟันปลอม การดูแลรักษา
ฟันปลอมและพื้นที่สวมครอบฟันไว้ การดูแลสุขภาพในช่องปาก
รวมไปถึงฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ ติดตามผลการรักษาและทำ
การแก้ไขฟันปลอมเป็นระยะๆ เมื่อครบทุกระยะ 1 ปีของการ
รักษา ทำการถ่ายภาพรังสีฟันซี่ที่ทำการรักษาคลองรากฟันไม่
พบลักษณะที่ผิดปกติ เมื่อติดตามครบ 2 ปี การตรวจในช่อง
ปากปกติ ไม่มีอาการปวด สามารถใช้ฟันได้ตามปกติ ภาพถ่าย
รังสีพบว่า มีการสร้างกระดูกรอบๆ ปลายรากฟันจนเป็นปกติ
(รูปที่ 5) โดยทั่วไปสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีความสุข และมีสุขภาพ
จิตดีขึ้นเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นกว่าเดิม เช่น
สมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลและของชุมชน
ร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอส่งผล
ทำให้สุขภาพทางกายดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด



รูปที่ 5 ภาพถ่ายทางรังสีของฟันเชื่อมติดกัน หลังการรักษาเป็น
เวลา 2 ปี

วิจารณ์

ผู้ป่วยสูงอายุรายนี้เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของฟัน
ธรรมชาติว่าสมควรเก็บรักษาไว้จึงมารับการรักษาทางทันตกรรม
เอนโดดอนต์บำบัดเป็นงานหนึ่งของผู้สูงอายุต้องการมากขึ้นซึ่ง
โดยทั่วไปมีหลักการและกระบวนการรักษาเดียวกันในฟันทุกซี่
และกลุ่มอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาวะเฉพาะบางอย่างที่
ควรนำมาพิจารณาในการรักษาอันได้แก่สภาวะของร่างกาย จิตใจ
อารมณ์ ตลอดจนถึงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในช่องปาก
หรือความเปลี่ยนแปลงอันมาจากปัจจัยภายนอกซึ่งส่วนใหญ่
ได้แก่โรคประจำตัวทำให้ทันตแพทย์ต้องให้การรักษาด้วยความ
ระมัดระวังยิ่งขึ้นและต้องดัดแปลงกระบวนการรักษาให้เหมาะสม

ในผู้ป่วยที่มารับการรักษารายนี้ ได้รับการรักษาคลอง
รากฟัน ฟันคุดซี่ข้างล่างซ้าย ฟันเขี้ยวล่างซ้ายซึ่งเป็นฟันเชื่อม
ติดกัน ฟันเขี้ยวล่างขวาและฟันกรามน้อยล่างขวาซี่ที่หนึ่งซึ่ง
เป็นฟันที่มีเคลือบรากฟันมากเกินไปบริเวณปลายราก การรักษา
ทั้งสี่ซี่ค่อนข้างยุ่งยากและใช้เวลานานเนื่องจากคลองรากฟันทุก
ซี่มีลักษณะดิบเหมือนเส้นด้ายเพราะมีการสร้างเนื้อฟันทุติยภูมิ
การหาจุดเปิดของคลองรากฟันทำได้ยาก ต้องระวังการเกิดรูทะลุ
ออกนอกตัวฟัน หรือรากฟัน¹² ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการติด
เชื้อในคลองรากฟันที่ยากต่อการรักษา จุดประสงค์ของการ
รักษาคลองรากฟันคือการการกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ในคลองรากฟัน

และทำให้พยาธิสภาพรอบๆ ปลายรากฟันหายไป¹⁰ พื้นที่เกิดรูทะลุออกนอกตัวฟันในระดับรากฟันมักจะต้องถอนออก ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะเก็บฟันธรรมชาติไว้และทำให้การทำฟันปลอมให้ได้ผลดีมีความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น เนื่องจากขากรรไกรล่างของผู้ป่วยมีการยุบตัวทางส่วนหลังของสันเหงือกทั้งสองข้าง

การตรวจสอบการกรอว่ายังอยู่ในทิศทางของคลองรากฟันหรือไม่¹⁵ ทำโดยการใช้วัสดุอุดฟันชั่วคราว Cavit อุดให้เต็มแนวที่ไดกรอไว้ แล้วถ่ายภาพรังสีตรวจสอบทุกๆ ความลึก 1-2 มม. ที่กรอฟัน แต่ภาพถ่ายรังสีตรวจสอบได้เฉพาะแนวใกล้กลาง-ใกล้กลางของฟัน ทันตแพทย์ต้องคอยสังเกตการตอบสนองต่อการกรอว่าผู้ป่วยเจ็บหรือไม่ ดูในแนวที่กรอว่ามีเลือดไหลออกมาเนื่องจากการกรอทะลุออกนอกแนวรากฟันหรือไม่¹³ การขยายคลองรากฟันให้ได้ตามความยาวรากที่วัดไว้ก็ต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง ต้องใช้วิธีการขยายโดยใช้มือหมุนเครื่องมือขยาย (conventional hand instrument)^{10,15} ไม่ควรขยายคลองรากฟันโดยใช้เครื่องมือกรอ (rotary instrument) เพื่อมิให้เกิดการหักของเครื่องมือขยายคลองรากฟันในคลองรากฟัน ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรักษาล้มเหลว

นอกจากนี้โรคที่พบบ่อยในฟันที่เชื่อมติดกันแบบฟิวชันคือโรคปริทันต์เนื่องจากการทำความสะอาดฟันตรงรอยต่อเชื่อมของฟันทำได้ยากเกิดการกักขังของเศษอาหารจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาโรคเหงือกอย่างสม่ำเสมอ สำหรับในเด็กที่มีฟันน้ำนมที่เป็นฟันฟิวชันจะมีอัตราการเกิดฟันผุสูงตรงรอยต่อเชื่อมอาจต้องทำการอุดป้องกันการผุในบริเวณนั้น Croll⁹ ได้แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดฟันเชื่อมติดกันของลูกด้วยความใส่ใจและคอยสังเกตว่าลูกจะมีฟันแท้เชื่อมติดกันหรือไม่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคปริทันต์และโรคฟันผุในฟันแท้

สรุป

โดยทั่วไปไปเอ็นโดดอนต์บำบัดในผู้ป่วยสูงอายุเป็นการรักษาที่ร่วมกับบริการทางทันตกรรมอื่นในการวางแผนการรักษาควรคำนึงถึงเอ็นโดดอนต์บำบัดก่อนที่จะทำการถอนฟัน สิ่งที่น่ามาประเมินประกอบการรักษาเช่น ปริมาณเนื้อฟันที่เหลืออยู่ ความสามารถที่จะบูรณะได้ สภาพของเนื้อเยื่อปริทันต์และทัศนคติของผู้ป่วยที่ต้องการจะเก็บรักษาฟันไว้ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ที่เก็บฟันธรรมชาติซี่ไว้เป็นหลักยึดในการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ฐานอะคริลิก จากการติดตามผลหลังการรักษาเป็นเวลาสองปีพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด สามารถใช้ฟันได้ตามปกติ ภาพถ่ายรังสีพบว่ามีการสร้างกระดูกรอบๆ ปลายรากฟันจนเป็นปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจมาศ เรียงสุวรรณ. เอ็นโดดอนต์บำบัดในผู้สูงอายุ. วารสารทันตกรรม กรมการแพทย์ 2538; 2: 45-59.
2. Newton CW. Geriatric endodontics. In: Cohen S, Surns RC, eds. Pathways of the pulp. 6th ed. St-Louis: Mosby, 1994. p. 672-89.
3. Walton Re, Torabinejad M. Principles and practice of endodontics. Philadelphia: WB Saunders, 1989. p. 24, 318.
4. Gutmann JL. Clinical, radiographic and histologic perspective on success and failure in endodontics. Dent Clin North Am 1992; 36: 379-92.
5. Mader CL. Fusion of teeth. J Am Dent Assoc 1979; 98: 62-4.
6. Shafe WGA. A text-book of oral pathology. 4th ed. Philadelphia : WB Saunders; 1988. p. 38.
7. Holcomb JO, Pitts DL. Endodontic treatment of an anomalous mandibular molar. J Endod 1985; 11: 87-89.
8. Goaz PW, White SC. Oral radiology. 3rd ed. St. Louis: CV Mosby; 1994. p. 340-68.
9. Croll TP, Rains NJ, Chen E. Fusion and gemination in one dental arch: report of case. J Dent Child 1981; 48: 297-9.
10. Cimilli H, Kartal N. Endodontic treatment of unusual central incisors. J Endod 2002; 28: 480-1.
11. Mangani F, Ruddle CJ. Endodontic treatment of a "very particular" maxillary central incisor. J Endod 1994; 20: 560-1.
12. Yanikoglu F, Kartal N. Endodontic treatment of a fused maxillary lateral incisor. J Endod 1998; 24: 57-9.
13. Wong M. Treatment considerations in a geminated maxillary lateral incisor. J Endod 1991; 17: 179-81.
14. Yellowitz J, Saunders MJ. The need for geriatric dental education. Dent Clin North Am 1989; 33: 11-8.
15. ละอองทอง วัชรภักย์. คลองรากฟัน: วิธีการรักษา และการแก้ปัญหา. กรุงเทพมหานคร: ธรรมชาติไชนส์; 2545. หน้า 124-5.