

# การปลูกถ่ายฟันโดยใช้ฟันกรรมซี่ที่สามซึ่งมีปลายรากฟันเจริญเต็มที่แล้ว: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

สุมิตรา ไกรพิทักษ์กุล ท.บ.\*

## บทคัดย่อ

การปลูกถ่ายฟันด้วยฟันของตนเองเป็นวิธีการทดแทนฟันให้แก่ผู้ป่วยในกรณีที่สามารถทำฟันที่เหมาะสมของตนเองมาปลูกถ่ายได้รายงานนี้นำเสนอความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันกรรมซี่ที่สามที่มีปลายรากฟันเจริญเต็มที่แล้วในผู้ป่วยสองราย ซึ่งได้ตรวจดูตามเป็นเวลา 1 ปี หลังรายนำไปปลูกในตำแหน่งทดแทนฟันกรรมล่างขวาซี่ที่หกที่ที่ถูกถอนไป อีกหนึ่งรายปลูกในตำแหน่งทดแทนฟันกรรมบนซ้ายซี่ที่สองที่ถูกถอน ความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันต้องอาศัยความระมัดระวังตั้งแต่การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การผ่าตัดยั่งตำแหน่งฟัน และการดูแลอย่างดีเนื่องหลังการผ่าตัด

## Abstract

### Autotransplantation of Third Molars with Complete Root Formation: Report of Two Cases

Sumitra Kraipitakkun DDS

Department of Dentistry, Taksin Hospital, BMA

Autotransplantation is a method to replace missing teeth using their own teeth. This report described a successful autotransplantation of third molars with complete root formation after 1 year follow up period in 2 patients. One was transplanted into the lower right first molar area while the other was transplanted into the upper left second molar area. Autotransplantation can be successful by careful patient evaluation and preparation, surgical procedure and periodic continuous postoperative care.

**Keywords:** autotransplantation, complete root development, third molars

## บทนำ

การปลูกถ่ายฟัน (autotransplantation of tooth) เป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาทางศัลยกรรมของปากและแม่กซิลโลเฟซิยล หมายถึง การผ่าตัดเกลี่ยนย้ายฟันธรรมชาติจากบริเวณหนึ่งไปปลูกยังอีกบริเวณหนึ่งของขากรรไกรของคน ๆเดียวกัน<sup>1,2</sup> เพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ หรืออุบัติเหตุ<sup>3-7</sup> การปลูกถ่ายฟันอาจทำในตำแหน่งฟันที่มีการเจริญไม่เต็มที่หรือไม่เจริญ (hypodontia or aplasia)<sup>8,9</sup> เป็นทางเลือกในการทดแทนฟันที่สูญเสียไปของผู้ป่วยที่ได้ผลดีและประหยัดค่าใช้จ่ายตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงได้เป็นอย่างดี เมื่อเทียบกับการทดแทนโดยการใส่ฟันปลอมหรือการฟังรากเทียมซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก แต่วิธีการนี้ต้องอาศัยความระมัดระวังในทุกขั้นตอนของการรักษา การวางแผนที่จะประกอบกับเทคนิคการผ่าตัดที่เหมาะสมจะสามารถประสบความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันได้สูง<sup>10-14</sup>

โดยทั่วไปทุกคนจะนิยมฟันกรรมซึ่งที่สามที่เป็นเด็กน้อยฟันสำรองเก็บไว้เพื่อการปลูกถ่ายฟันได้ ซึ่งอายุที่เหมาะสมมากที่สุดในการปลูกถ่ายฟันคือห่างอายุประมาณ 15-20 ปี เนื่องจากฟันกรรมซึ่งที่สามดังกล่าวอยู่ในช่วงกำลังเจริญเติบโต ปลายรากยังไม่ปิด อัตราการอุดรอดของฟันปลูกที่ปลายรากยังไม่ปิดสูงถึงร้อยละ 90<sup>15</sup> จึงมักเลือกทำการปลูกถ่ายฟันในผู้ป่วยวัยรุน เพราะอัตราการประสบความสำเร็จสูง<sup>5-7,16</sup> แต่ในปัจจุบันพบว่าการสูญเสียฟันแท้ของคนในวัยที่อายุมากกว่า 25 ปี มีจำนวนสูงมาก ซึ่งภายหลังอายุ 25 ปีไปแล้วฟันกรรมซึ่งที่สามมีการเจริญของรากฟันจนปลายรากปิดฟันปลูกดังลักษณะนี้อัตราการอุดรอดร้อยละ 82<sup>15</sup> ดังนั้นในผู้ป่วยอายุมาก และรากฟันกรรมซึ่งที่สามเจริญเติบโตจนปลายรากปิดแล้ว ความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันจะน้อยลง ดังนั้นการจะประสบความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันในผู้ป่วยอายุมากจึงมีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องอาศัยการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการปลูกถ่ายฟัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือการละลายของรากฟันปลูก (root resorption) ในอนาคต<sup>17</sup> อย่างไรก็ตามแม้ว่าฟันปลูกจะมีการเจริญจนปลายรากปิดไปแล้ว แต่หากมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่ดี และให้การรักษาอย่างหนาแน่นจะสามารถประสบความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันได้เช่นกัน<sup>2,17-23</sup>

รายงานผู้ป่วยบันทึกนี้นำเสนอความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันกรรมซึ่งที่สามไปยังตำแหน่งที่สูญเสียฟันในผู้ป่วย 2 ราย ที่มีอายุ 40 ปี และ 42 ปี โดยติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี

## รายงานผู้ป่วย

### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 40 ปี มาตรวจฟันในแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลศรีสิน ด้วยอาการปวดตำแหน่งฟันกรรมล่างขวาซึ่งที่หนึ่ง ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ได้รับประทานยาใด ๆ เป็นประจำ ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา

### การตรวจทางคลินิก

จากการตรวจในช่องปากพบว่า ฟันกรรมล่างขวาซึ่งที่หนึ่งเป็นฟันครอบนานา มีอาการปวด

### การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี

ฟันกรรมล่างขวาซึ่งที่หนึ่งมีการแตกของรากฟัน มีการติดเชื้อจนกระดูกรอบรากฟันบูดส่วนลักษณะไป

### การวินิจฉัย

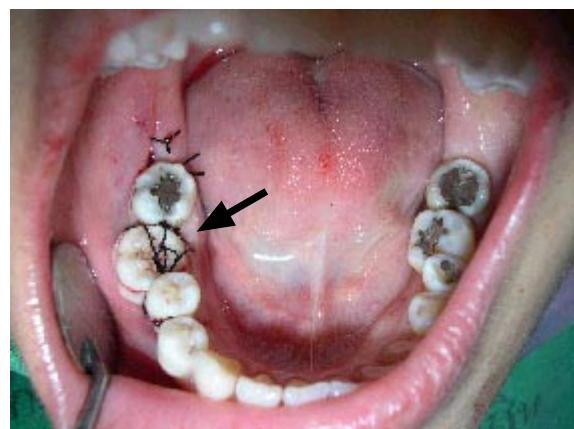
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการแตกของรากฟันและมีการติดเชื้อเรื้อรัง (root fracture and chronic apical abscess) ของฟันกรรมล่างขวาซึ่งที่หนึ่ง

### การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการถอนฟันกรรมล่างขวาซึ่งที่หนึ่ง และวางแผนที่จะนำฟันกรรมล่างขวาซึ่งที่สามมาปลูกแทนในอีก 6 สัปดาห์ เมื่อถอนฟันแล้ว 6 สัปดาห์ สภาพสันเหงือกก่อนการปลูกถ่ายฟันอยู่ในสภาพดี เริ่มการเตรียมหลุมเนื้าฟันโดยการใช้ยาชาเฉพาะที่ เปิดแผลเหงือกและกระดูกเพื่อสร้างเนื้อฟันสำหรับปลูกถ่ายฟันโดยใช้ความรีวัห์วกรอต่อ และใช้น้ำเกลือน้ำดีล้างบูดก้นความร้อนที่จะเกิดขึ้นกับกระดูก บูดกันภาวะกระดูกตาย ขณะกระดูกระดูก ภัยนตรายต่อเส้นประสาทและหลอดเลือด inferior alveolar กรอให้หลุมเนื้อฟันมีขนาดใหญ่กว่ารากฟันประมาณ 1.5-2.0 มม. โดยรอบ บูดกันการกดเบี้ยดเนื้อเยื่อของรากฟัน ซึ่งจะนำไปสู่การละลายของรากฟันได้ ทำการถอนฟันกรรมล่างขวาซึ่งที่สาม โดยใช้เครื่องมือจับเฉพาะตัวฟัน เพื่อไม่ให้เนื้อเยื่อรอบรากฟันได้รับภัยนตราย นำฟันปลูกมาวางในเนื้อฟัน ซึ่งควรจะวางได้หลวม ๆ ในเนื้อฟัน และให้อยู่ระดับต่ำกว่าระนาบการสนฟันของฟันหางเคียงเล็กน้อย ไม่สบกับฟันคู่สน เย็บตรึงฟันปลูกติดกับแผ่นเหงือกด้วยไหมเย็บแพล โดยการเย็บคาดบนด้านบนเดียวกับของฟันปลูก



ก. สภาพสันเหงือกหลังถอนฟัน 6 สัปดาห์ ก่อนปลูกค้ำยึดฟันในตำแหน่งฟันกรรมล่างขวาซี่ที่ 6 ที่หนึ่ง



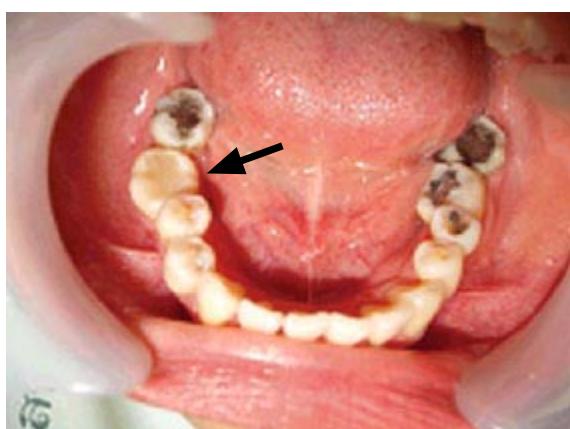
ข. การตรึงฟันปลูกด้วยไนโมเย็นแพล เย็บคาดบนด้านบนเดี้ยวยาวของฟันปลูก ตรึงให้ดีดกับแผ่นเหงือกด้านแก้ก และด้านลิน



ก. ภาพถ่ายรังสี 3 เดือน หลังผ่าตัด



ข. ภาพถ่ายรังสี 6 เดือน หลังผ่าตัด



ก. สภาพฟันปลูก 1 ปี หลังผ่าตัด



ข. ภาพถ่ายรังสี 1 ปี หลังผ่าตัด

รูปที่ 1 การปลูกค้ำยึดฟันกรรมล่างขวาซี่ที่สามในตำแหน่งที่เดิมฟันกรรมล่างขวาซี่ที่หนึ่งในผู้ป่วยรายที่ 1

หลังการปลูกฟัน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้เคี้ยวอาหารอ่อนในฝั่งตรงข้ามกับข้างที่ปลูกฟันในช่วงหนึ่งเดือนแรกหลังผ่าตัด จากนั้นให้เริ่มเคี้ยวอาหารอ่อนในข้างที่ปลูกฟันได้ ให้คำแนะนำในการดูแลความสะอาดในช่องปากเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในบริเวณที่ปลูกฟัน ให้ยาด้านจุดชี้พและยานรรเทาอาการปวด โดยให้ amoxycillin 2 กรัม/วัน รับประทานก่อนอาหารเช้าและเย็น นาน 1 สัปดาห์

10 วันหลังผ่าตัด นัดผู้ป่วยมาตัดไหม ตรวจดูความสะอาดในบริเวณฟันปลูก ตรวจส่องไม่ให้มีการสบฟันกระแทกโดยตัวฟันปลูก จากนั้นเริ่มการรักษาคล่องรากฟันประมาณ 1 เดือนหลังการปลูกถ่ายฟัน โดยเริ่มจากการกำจัดเนื้อเยื่อในรากฟันออก ทำความสะอาดคล่องรากฟัน และใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ไว้ เปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในอีก 1 เดือนต่อมา ตรวจติดตาม 3 เดือนหลังการปลูกถ่ายฟัน มีลักษณะการหายดีของกระดูกและเนื้อเยื่อปลายรากฟัน จึงอุดคล่องรากฟัน ต่อจากนั้นตรวจติดตาม 6 เดือนหลังปลูกถ่ายฟัน ประเมินผลอีกครั้งด้วยภาพรังสีร่องปั๊มรากฟัน จากนั้นนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตาม 1 ปีหลังการปลูกถ่ายฟัน เห็นอกและฟันอยู่ในสภาพสมบูรณ์ดี (รูปที่ 1)

## ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี มาตรวจฟันในแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลศักดิ์ ด้วยปัญหาการเคี้ยวอาหารข้างซ้ายเนื่องจากมีฟันกรามใหญ่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ได้รับประทานยาใด ๆ เป็นประจำ ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา

## การตรวจทางคลินิก

จากการตรวจในช่องปากพบว่า พื้นบนซ้ายมีถึงฟันกรามบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง ไม่มีฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สองและซี่ที่สาม เมื่อตรวจฟันบนขวาพบว่ามีฟันกรามบนขวาซี่ที่สาม ซึ่งน่าจะให้เป็นฟันปลูกมาไว้ในตำแหน่งฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สองได้ จึงวางแผนการถอนฟันและปลูกฟันตามที่ตรวจไว้

## การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี

รอบปลายรากฟันบริเวณฟันกรามบนขวาซี่ที่สามที่จะให้เป็นฟันปลูก อยู่ในสภาพดี

## การวินิจฉัย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีสันเหี้ยกว่าง (edentulous area) บริเวณฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สอง และมีฟันกรามบนขวาซี่ที่สาม ที่สามารถนำมายังเป็นฟันปลูกได้

## การรักษา

ขั้นตอนการเตรียมหกุนเบ้าฟัน การถอนฟันกรามบนขวาซี่ที่สามมาปลูกในตำแหน่งฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สอง กระทำเช่นเดียวกับการรักษาในผู้ป่วยรายที่หนึ่ง และครึ่งฟันปลูกไว้ด้วยไหมเย็บ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและการดูแลหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายฟัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายที่หนึ่ง เริ่มการรักษาคล่องรากฟันและใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ในช่วง 1 เดือนหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายฟัน เปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในอีก 1 เดือนต่อมา และนัดตรวจติดตามในระยะเวลา 3 เดือน จากนั้นจึงทำการอุดคล่องรากฟัน และนัดตรวจติดตาม 6 เดือน และ 1 ปี หลังการปลูกถ่ายฟัน เห็นอกและฟันอยู่ในสภาพดีขึ้นเป็นลำดับ (รูปที่ 2)

## วิจารณ์

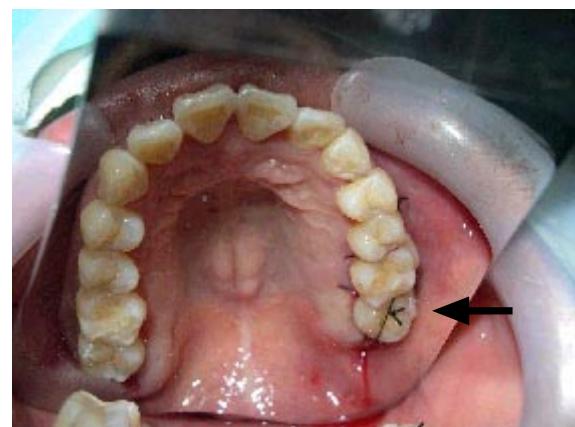
การปลูกถ่ายฟันในฟันที่มีปลายรากฟันเจริญเต็มที่แล้วให้ประสบความสำเร็จนั้น มีปัจจัยที่ต้องพิจารณาหลายปัจจัย ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย ความพอดีของฟันปลูกกับเบ้าฟันที่เตรียมไว้ วิธีการ เครื่องมือ และระยะเวลาในการตรึงฟันปลูกให้อยู่นิ่ง การรักษาคล่องรากฟันในฟันปลูก และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่จะปลูกถ่ายฟันควรได้รับข้อมูลในการปลูกถ่ายฟัน และการตรวจติดตามในทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างดี ได้รับการชูดหินน้ำลายก่อนการผ่าตัด และบูรณะฟันที่ผุในช่องปากให้สมบูรณ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ อันเป็นผลให้การปลูกถ่ายฟันล้มเหลว นอกจากนี้ยังต้องประเมินโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วย กรณีที่ไม่ควรรับการผ่าตัดปลูกถ่ายฟัน ได้แก่ ริโนฟีลีย์ ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา บริเวณช่องปากและใบหน้า ไข้รูหมาติก โรคเบาหวาน โรคตับ ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาด้วยแอนติโปรดอมบิน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีปัญหาในการสร้างเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยที่มีภาวะอะแกรนูลอไซติส (agranulocytosis) ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์มานานเป็นระยะเวลาหลายนานา ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น<sup>1,24</sup>

การเตรียมเบ้าฟันให้พร้อมกับฟันปลูกเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการกรองกระดูกเบ้าฟันให้ได้ความกว้างและความลึกพอตัวฟันปลูก หากฟันปลูกอยู่ในเบ้าฟันที่หลวมเกินไปจะทำให้ขาดเลือดและสารอาหารมาหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อที่บริหันต์ ในทางตรงข้ามหากฟันปลูกถูกวางติดจนเมียดของกระดูกเบ้าฟัน เกิดแรงกด จะนำไปสู่การละลายของรากฟันปลูกได้<sup>3,17,18,25</sup> เบ้าฟันควรมีขนาดใหญ่กว่า



ก. สภาพสันเหงือก ก่อนปลูกค่ายฟันกรามบนชั้ยชีที่สอง



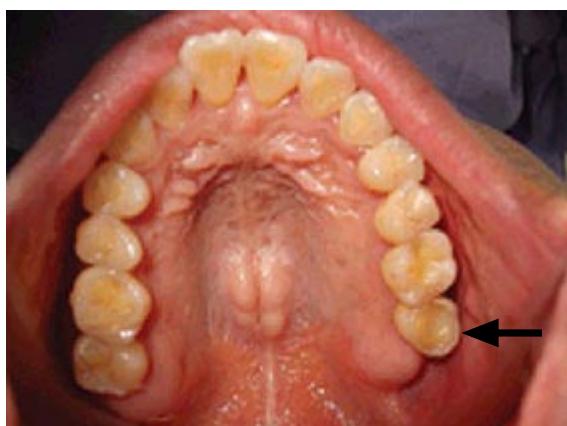
ข. การตรึงฟันปลูกด้วยไนโมเย็บแพล เย็บคาดบนด้านบนเดี่ยวของฟันปลูก ตรึงให้ติดกับแผ่นเหงือกด้านแก้มและด้านเพดาน



ก. ภาพถ่ายรังสี 3 เดือน หลังผ่าตัด



ง. ภาพถ่ายรังสี 6 เดือน หลังผ่าตัด



ก. สภาพฟันปลูก 1 ปี หลังผ่าตัด



ง. ภาพถ่ายรังสี 1 ปี หลังผ่าตัด

รูปที่ 2 การปลูกค่ายฟันกรามบนชั้วาวาชีที่สามในตำแหน่งที่เดียวกันกับฟันกรามบนชั้ยชีที่สองในผู้ป่วยรายที่ 2

รากฟันอย่างน้อย 1.5-2.0 มม. โดยรอบ<sup>26</sup> การถอนฟันปลูกให้จับเฉพาะตัวฟัน เพื่อป้องกันภัยนตรายต่อผิวปากฟันและเนื้อเยื่อ ปริทันต์<sup>14,15</sup> ระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกเนื้อฟันควรสั้นที่สุด เพื่อให้ฟันปลูกถูกกระบวนการกระเทื่องอยู่ที่สุด<sup>1,27</sup>

การตรึงฟันปลูกให้อยุ่นนิ่ง มีหลักเกณฑ์ที่ควรพิจารณาคือ ทำได้ด้วย ไม่ซับซ้อน ไม่รบกวนการสบฟัน ไม่กดเหงือก สามารถถ่ายภาพชัดได้ กรอแก้ขุดสมฟันกระแทกได้ ทำความสะอาดได้ด้วย การตรึงฟันปลูกประกอบด้วยหลายวิธี ได้แก่ การมัดด้วยลวด<sup>1</sup> การใช้เครื่องยึดฟันอะคริลิก (acrylic splint)<sup>8,29</sup> การใช้เครื่องยึดฟันแบบแอกซิต-เอทช์ คอมโพสิตเรซิน (acid-etch composite resin splint)<sup>15</sup> การใช้สวัสดุเย็บแผล (suture materials)<sup>16</sup> การยึดฟันด้วยไนลอนคอมโพสิตเรซิน (nylon-composite resin splint)<sup>30</sup> การยึดฟันด้วยวัสดุเรซิโนดเนื้อฟัน (dentine bonding adhesive resin splint)<sup>18</sup> ในส่วนของระยะเวลาการ ตรึงฟันปลูกให้อยุ่นนิ่ง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 7-10 วัน<sup>31</sup> การปลูกถ่ายฟัน ในผู้ป่วยทั้งสองรายนี้เลือกใช้ไหมเย็บแผล ตรึงฟันปลูกให้อยุ่นนิ่ง เป็นเวลา 10 วัน เนื่องจากการใช้เวลาในการตรึงฟันปลูกนานเกินไป แน่นหนามากเกินไป (rigid fixation) จะทำให้เกิดฟันยึดติด (ankylosis) และเกิดการละลายของรากฟันได้มากกว่า<sup>15,31</sup> ประกอบกับไหมเย็บแผลสามารถตรึงฟันปลูกให้อยุ่นในตำแหน่งที่เหมาะสมได้ดี ไม่ขัดขวางต่อการสบฟัน ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดแผลได้ด้วย และฟันปลูกสามารถขยับตัวตามแรงเชิงสรีระ (physiologic force) ของช่องปากได้ ภายหลังการตัดไหมในวันที่ 10 หลังการผ่าตัด แผลรอบฟันปลูกมีสภาพดี การทำความสะอาด เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในการ ปลูกถ่ายฟัน และผู้ป่วยต้องได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวด รวมทั้งยาต้านจุลชีพเพื่อบังกันการติดเชื้อ<sup>32</sup>

การหายจากนัดแผลปลูกถ่ายฟัน ประมาณ 4 วันหลังปลูกถ่ายฟัน ถ้าเลือกที่อยู่รอบรากฟันจะเปลี่ยนเป็นเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน ประมาณ 7 วันหลังปลูกถ่ายฟัน เส้นใยเหงือกที่ติดอยู่รอบรากฟัน ปลูกจะสามารถตอกกับเหงือกบริเวณปากแผลที่ปลูกถ่ายฟัน เส้นใยของเอ็นยึดปริทันต์ที่ติดอยู่กับฟันปลูกจะเริ่มเขื่อนตอกกับกระดูกเนื้อฟัน ประมาณ 3-4 สัปดาห์หลังปลูกถ่ายฟัน มีการสร้างกระดูกเนื้อฟัน ใหม่ครอบรอบรากฟันปลูก<sup>1</sup>

ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้เป็นการปลูกถ่ายฟันกรรมซึ่งที่สามที่มี ปล่ายรากฟันเจริญเดิมที่แล้ว จึงมีขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อนกว่า กรณีผู้ป่วยเดิมที่มีปล่ายรากฟันเปิดอยู่ กล่าวคือมีความจำเป็นต้อง ทำการรักษาคลองรากฟัน เพื่อแก้ไขบัญชาฟันตาย (pulp necrosis) และต้องอาศัยการติดตามเป็นระยะอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะ

แทรกซ้อนหลังการปลูกถ่ายฟัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ เรื่องการ ละลายของรากฟัน การตัดสินใจเลือกวิธีการปลูกถ่ายฟันในผู้ป่วย สองรายนี้ เนื่องจากการยงานในวารสารต่างประเทศล่าสุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา<sup>2,18,20-23</sup> ยืนยันการประสบความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟัน ในฟันที่มีปล่ายรากเจริญเดิมที่แล้ว ประกอบกับในผู้ป่วยสองรายนี้ ได้มีการคัดเลือกแล้วว่า เป็นผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรค ประจำตัวใด ๆ โดยดูข้อมูลจากประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี และประเมินได้ว่าผู้ป่วยสามารถตัดหัวความร่วมมือในการปฏิบัติตน ภายหลังการปลูกถ่ายฟันอย่างถูกต้องได้ นอกจากนี้ยังสามารถมารับ การตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนดได้ อันนำไปสู่ การประสบความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันได้เป็นอย่างดี

## สรุป

การปลูกถ่ายฟันเป็นทางเลือกในการทดแทนฟันที่สูญเสียไป ของผู้ป่วยที่ได้ผลดีและประทับใจใช้ได้ เมื่อเทียบกับการทดแทน โดยการใช้ฟันปลอมหรือการฟังรากเทียมซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง มาก การปลูกถ่ายฟันกรรมซึ่งที่สามที่มีปล่ายรากฟันเจริญเดิมที่แล้ว มีขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อนกว่ากรณีผู้ป่วยเดิมที่มีปล่ายรากฟันเปิดอยู่ ทั้งนี้ต้องอาศัยความระมัดระวังในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน ผู้ป่วย การผ่าตัดยั้งตำแหน่งฟัน การดูแลและประเมินฟันปลูกหลัง การผ่าตัด รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณแพทย์หญิงกิตติยา ศรีเลิศฟ้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงอังคณา ลีโภชวัลิต หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน ทันตแพทย์หญิงวันทน่า ลีลาสงวน ที่ให้การสนับสนุนรายงานผู้ป่วยนี้ให้สำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Wikakul O. Transplantation of teeth: surgical planning and evaluation. Bangkok: Holistic Publishing; 2002. p. 1-16. (in Thai)

2. Teixeira CS, Pasternak B Jr, Vansan LP, Sousa-Neto MD. Autogenous transplantation of teeth with complete root formation: two case reports. *Int Endod J* 2006; 39: 977-85.
3. Clokie CM, Yau DM, Chano L. Autogenous tooth transplantation: an alternative to dental implant placement? *J Can Dent Assoc* 2001; 67: 92-6.
4. Mendes RA, Rocha G. Mandibular third molar autotransplantation – literature review with clinical cases. *J Can Dent Assoc* 2004; 70: 761-6.
5. Bolgül BS, Agaçkiran E, Celenk S, Ayna B. Autotransplantation of an intruded lateral incisor replacing an avulsed central incisor – a case report. *J Clin Pediatr Dent* 2009; 34: 107-11.
6. Lon LF, Cerci BB, Baboni FB, Maruo H, Guariz Filho O, Tanaka OM. Root formation of an autotransplanted tooth. *Dent Traumatol* 2009; 25: 341-5.
7. Diaz JA, Almeida AM, Benavente AA. Tooth transplantation after dental injury sequelae in children. *Dent Traumatol* 2008; 24: 320-7.
8. Kahnberg KE. Autotransplantation of teeth (I). Indications for transplantation with a follow-up of 51 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987; 16: 577-85.
9. Marcusson KA, Lilja-Karlander EK. Autotransplantation of premolars and molars in patients with tooth aplasia. *J Dent* 1996; 24: 355-8.
10. Andreasen JO, Paulsen HU, Yu Z, Bayer T, Schwartz O. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part II. Tooth survival and pulp healing subsequent to transplantation. *Eur J Orthod* 1990; 12: 14-24.
11. Nethander G. Periodontal conditions of teeth autogenously transplanted by a two-stage technique. *J Periodontal Res* 1994; 29: 250-8.
12. Lundberg T, Isaksson S. A clinical follow-up study of 278 autotransplanted teeth. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996; 34: 181-5.
13. Akiyama Y, Fukuda H, Hashimoto K. A clinical and radiographic study of 25 autotransplanted third molars. *J Oral Rehabil* 1998; 25: 640-4.
14. Kim E, Jung JY, Cha IH, Kum KY, Lee SJ. Evaluation of the prognosis and causes of failure in 182 cases of autogenous tooth transplantation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 112-9.
15. Andreasen JO. *Atlas of replantation and transplantation of teeth*. 6<sup>th</sup> ed. Fribourg: Mediglobe SA; 1992. p. 111-221.
16. Rao J, Fields HW, Chacon GE. Case report: autotransplantation for a missing permanent maxillary incisor. *Pediatr Dent* 2008; 30: 160-6.
17. Mejare B, Wannfors K, Jansson L. A prospective study on transplantation of third molars with complete root formation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97: 231-8.
18. Tsurumachi T, Kakehashi Y. Autotransplantation of a maxillary third molar to replace a maxillary premolar with vertical root fracture. *Int Endod J* 2007; 40: 970-8.
19. Jonsson T, Sigurdsson TJ. Autotransplantation of premolars to premolar sites. A long-term follow-up study of 40 consecutive patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 125: 668-75.
20. Bae JH, Choi YH, Cho BH, Kim YK, Kim SG. Autotransplantation of teeth with complete root formation: a case series. *J Endod* 2010; 36: 1422-6.
21. Tatlı U, Kürkçü M, Cam OY, Büyükyilmaz T. Autotransplantation of impacted teeth: a report of 3 cases and review of the literature. *Quintessence Int* 2009; 40: 589-95.
22. Mensink G, van Merkesteyn R. Autotransplantation of premolars. *Br Dent J* 2010; 208: 109-11.
23. Reich PP. Autogenous transplantation of maxillary and mandibular molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66: 2314-7.

24. Wikakul O, Panwutikorn J, Changsiriwatanathamrong W. Dental treatment plan in compromised patients. Bangkok: Text and Journal Publication; 1994. p. 1-254. (in Thai)
25. Kallu R, Vinckier F, Politis C, Mwalili S, Willems G. Tooth transplantations: a descriptive retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34: 745-55.
26. Nethander G. Autogenous free tooth transplantation by the two-stage operation technique: an analysis of treatment factors. *Acta Odontol Scand* 1998; 56: 110-5.
27. Hupp JG, Mesaros SV, Aukhil I, Trope M. Periodontal ligament vitality and histologic healing of teeth stored for extended periods before transplantation. *Endod Dent Traumatol* 1998; 14: 79-83.
28. Catone GA, Kim H-K. Transplantation of teeth. In: Alling CC, Helfrick JF, Alling RD, editors. *Impacted teeth*. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p. 296-306.
29. da Silveira JO, Cauduro FS, Wagner JE, Farina JA. Autogenous transplantation of impacted maxillary canines. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68: 697-700.
30. Pohl Y, Filippi A, Tekin U, Kirschner H. Periodontal healing after intentional auto-alloplastic reimplantation of injured immature upper front teeth. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 198-204.
31. Bauss O, Schwestka-Polly R, Schilke R, Kiliaridis S. Effect of different splinting methods and fixation periods on root development of autotransplanted immature third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 304-10.
32. Panwutikorn J. Antibiotic therapy in odontogenic infections. In: Panwutikorn J, editor. *Diagnosis and treatment of odontogenic infections*. Bangkok: Holistic Publishing; 1999. p. 183-313. (in Thai)