

รายงานผู้ป่วย

การปลูกฟัน

อมรรัตน์ บุญศิริ ท.บ., ป.บัณฑิตสาขาวิชาเอ็นโดคอนต์*

Abstract Tooth Replantation : A Case Report

Amornrat Boonsiri D.D.S., Grand. Dip. in Clin. Sc. (Endodontics)*

* Department of Dentistry, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2003;20,205-211

A case report of 28 – years old Thai male patient whose tooth was avulsed accidentally when he was hit. With extraoral time about 7 hours, the dry tooth was brought to a dentist. Extraoral root canal treatment was performed before replacing the tooth into the socket and the splint was done. After splint removal, follow up for eighteen months by clinical and radiographic examination. It was found that ankylosis had occurred. Patient has no symptom and the tooth can function normally.

บทนำ

ฟันหลุดจากเบ้า (avulsion or exarticulation) คือการที่ฟันหลุดออกมาจากกระดูกรองรับรากฟัน พบอุบัติการณ์เกิดเมื่อเทียบกับฟันที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุเท่ากับร้อยละ 0.5-16 ในฟันแท้ และร้อยละ 7-13 ในฟันน้ำนม ส่วนใหญ่มักเกิดกับฟันตัดซี่กลางบน (maxillary central incisor) ทั้งในฟันแท้และฟันน้ำนม สาเหตุหลักของฟันหลุดจากเบ้าในฟันแท้มักเกิดจากการต่อสู้ หรือบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา ส่วนฟันน้ำนม มักเกิดจากการหกล้ม หรือการตกลงมากระแทกถูกของแข็ง¹

การรักษาฟันที่หลุดจากเบ้า ถ้าเป็นฟันน้ำนมจะ

ไม่นำมาปลูกกลับเข้าที่เดิมเพราะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับหน่อฟันแท้ แต่ในกรณีที่ฟันแท้ควรนำฟันที่หลุดออกมาปลูกกลับเข้าที่เดิม (replantation) โดยเร็วและรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากทันตแพทย์² การปลูกฟันแท้กลับเข้าที่เดิมควรมีข้อพิจารณา ดังนี้

1. ฟันที่หลุดออกมาจากเบ้าไม่ควรเป็นฟันที่เป็นโรคปริทันต์รุนแรงมาก่อน
2. กระดูกรองรับเบ้าฟันอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์สามารถนำฟันที่หลุดกลับเข้าที่เดิมได้
3. ระยะเวลาที่ฟันหลุดจากเบ้า โดยถ้าฟันที่หลุดจากกระดูกรองรับเบ้าฟันอยู่ในสภาพแห้งนานกว่า

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

1 ชั่วโมง ก็มีโอกาสดังกล่าวการละลายของราก (root resorption) แต่การที่มีระยะเวลาอยู่นอกช่องปากนานถึงแม้ว่าจะอยู่ในสภาพแห้งก็ไม่ใช่อุปสรรคในการปลูกฟันกลับเข้าที่เดิม

ความสำเร็จของการปลูกฟันที่หลุดออกจากเบ้าทั้งซี่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก คือ การดูแลรักษาสภาวะเซลล์เอ็นยัดปริทันต์ (periodontal ligament cell) ระหว่างที่ฟันหลุดออกมา ซึ่งได้แก่น้ำยาที่ใช้เก็บฟันเพื่อรักษาเซลล์เอ็นยัดปริทันต์ให้คงมีชีวิตอยู่ (storage media) ระยะเวลาที่ฟันหลุดออกจากเบ้า ระยะเวลาที่รักษาคอลงรากฟัน วิธีการรักษาคอลงรากฟัน ตลอดจนระยะเวลาในการใส่ฝือกฟัน การปลูกฟันมีโอกาสสำเร็จสูงหากปลูกกลับเข้าที่เดิมภายใน 60 - 120 นาที ถ้าปล่อยให้นานกว่านี้จะทำให้เซลล์เอ็นยัดปริทันต์ตายและเกิดการละลายของรากฟัน³

สมาคมทันตแพทย์รักษาคอลงรากฟันแห่งสหรัฐอเมริกา⁴ (American Association of Endodontist) ได้แนะนำน้ำยาที่สามารถใช้เก็บรักษาฟันก่อนนำมาปลูกกลับเข้าที่เดิม เรียงตามลำดับประสิทธิภาพจากมากไปน้อย ดังนี้ น้ำยาแฮงค์บาลานซ์ซอลชัน (Hank's Balanced Salt Solution / HBSS) นมจืด น้ำเกลือ น้ำลาย น้ำ ตามลำดับ ควรหลีกเลี่ยงการเก็บฟันในน้ำลายหรือน้ำ เพราะน้ำลายมีสภาวะของออสโมลาริตีที่ไม่สมดุล (incomplete osmolality) และมีแบคทีเรียปนอยู่มาก⁵ ส่วนน้ำมีสภาวะเป็นไฮโปโทนิค (hypotonic) ซึ่งจะทำให้เกิดการย่อยสลายเซลล์อย่างรวดเร็ว⁶ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Andreasen และคณะ พบว่าการแช่ฟันในน้ำเปล่าเป็นเวลามากกว่า 20 นาที ก่อนนำไปปลูกกลับเข้าที่เดิม มักนำไปสู่การเกิดการละลายของรากฟัน⁷

การใส่ฝือกฟัน (dental splint) เป็นการยึดฟันไว้กับฟันข้างเคียงซึ่ง Andreasen และคณะ ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่า ควรจะสามารถใส่ได้โดยตรงในช่องปาก ไม่เกิดอันตรายต่อฟันขณะใส่หรือถอด ยึดฟันให้อยู่ในตำแหน่งเดิม ยึดฟันได้ตลอดระยะเวลาที่ต้องการให้ฟันอยู่กับที่ ไม่ทำอันตรายต่อเหงือกหรือเสี่ยงต่อการเกิด

ฟันผุไม่ขัดขวางต่อการรักษาคอลงรากฟัน มีความสวยงาม ยอมให้ฟันที่ปลูกกลับเข้าที่มีการเคลื่อนที่ได้เพื่อช่วยในการหายของเอ็นยัดปริทันต์ และควรจะสามารถถอดได้ง่าย⁸

ฝือกฟันที่นิยมทำกันมากที่สุดในปัจจุบันคือ ไวรคอมโพสิท สปลินท์ (wrie composit splint) โดยใช้วัสดุคอมโพสิตชนิดบ่มตัวด้วยการฉายแสงร่วมกับลวดจัดฟันชนิดอ่อน (ขนาด 0.015 - 0.030 มม.) ซึ่งฝือกฟันชนิดนี้จะยอมให้มีการเคลื่อนของฟันที่เราทำการยึดได้บ้าง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดการเชื่อมระหว่างรากฟันและกระดูกล้อมรอบรากฟัน⁹ ส่วนระยะเวลาในการใส่ฝือกฟันที่เหมาะสม คือ ประมาณ 7 - 10 วัน ยกเว้น ฟันหลุดจากเบ้าที่มีการแตกหักของกระดูกเบ้าฟันร่วมด้วย แนะนำให้ใส่ฝือกฟันเป็นระยะเวลา 4 - 8 สัปดาห์¹⁰

การให้ยาปฏิชีวนะขณะปลูกฟันกลับเข้าที่และก่อนการรักษาคอลงรากฟันจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันแบคทีเรียที่เข้าไปในโพรงประสาทฟันที่เกิดการตาย (necrotic pulp) และสามารถป้องกันการละลายของรากฟันแบบที่มีการอักเสบ (inflammatory root resorption) ที่จะเกิดตามมาภายหลังได้ ยาปฏิชีวนะที่ให้รับประทาน เช่น เพนนิซิลลิน โพแทสเซียม (penicillin potassium) 500 มิลลิกรัม 4 ครั้ง ต่อวัน หรืออาจให้ยาปฏิชีวนะอื่นที่เหมาะสม โดยเริ่มให้ตั้งแต่มารับการบำบัดฉุกเฉินจนกระทั่งถอดฝือกฟัน (7 - 10 วัน) นอกจากนี้ควรควบคุมปริมาณจุลินทรีย์ในช่องเหงือก โดยเน้นการดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน (chlorhexidine) เพราะการใส่ฝือกฟันจะทำให้ผู้ป่วยแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดได้ลำบาก ไม่นิยมใช้ยาระงับปวดที่แรงกว่ายาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สารสเตียรอยด์ (non - steroid anti - inflammatory drug - NSAID) ถ้าปวดแผล หรือฟันที่หลุดออกจากเบ้าฟันมีการบวมของสิ่งสกปรก ควรส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักภายใน 48 ชั่วโมง¹⁰

บทความนี้เป็นารายงานผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกฟันแท้ที่หลุดออกจากเบ้าเก็บอยู่ในสภาพแห้งเป็น

ระยะเวลาเกือบ 7 ชั่วโมง ซึ่งมีการพยากรณ์โรคค่อนข้างต่ำ โดยทำการรักษาลองรากฟันภายนอกช่องปาก ก่อนที่จะนำใส่กลับเข้าที่เดิม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยโตอายุ 28 ปี ถูกส่งจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมายังแผนกทันตกรรม เพื่อรับการตรวจในช่องปาก และออกไปแสดงความเห็นแพทย์ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในคดีถูกทำร้ายร่างกาย

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเกิดการทะเลาะวิวาท และถูกทำร้ายร่างกายเมื่อประมาณเวลา 02.30 น. โดยถูกตอยที่ปาก โหนกแก้มด้านขวาและศีรษะ มีบาดแผลบริเวณศีรษะและใบหน้า ฟันตัดซี่กลางบนขวา (#11) หลุดออกมาจากเบ้าฟัน ได้เก็บฟันไว้ในสภาพแห้งโดยห่อไว้ในกระดาษทิชชู มาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 04.30 น. ได้รับการเย็บแผล และฉีดยาป้องกันบาดทะยัก จากนั้นรอส่งมาพบทันตแพทย์เวลา 9.10 น. รวมระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกช่องปาก เป็นระยะเวลาเกือบ 7 ชั่วโมง จึงได้ขอฟันจากผู้ป่วยนำมาแช่ในน้ำเกลือ ก่อนเริ่มทำการตรวจช่องปาก และอธิบายทางเลือกแนวทางการรักษากับผู้ป่วย

จากการตรวจในช่องปากและฟัน

ฟันซี่ #11 อยู่ในสภาพดี ไม่มีการแตกหัก ทั้งในส่วนตัวฟันและรากฟัน มีการฉีกขาดของเหงือกด้านริมฝีปาก (labial) ฟันตัดซี่กลางบนซ้าย (# 21) และฟันตัดซี่ข้างบนขวา (# 12) ไม่โยก ไม่มีการหักของตัวฟันทั้ง 2 ซี่ ไม่พบร่องรอยการแตกหักของกระดูกรองรับรากฟัน มีลิ้มเลือดอยู่ในเบ้าฟัน

เสนอทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วย 2 ทางระหว่าง

1. รอแผลหายแล้วใส่ฟันปลอมทดแทนภายหลัง ซึ่งมีให้เลือกได้ทั้งแบบถอดได้และแบบติดแน่น หรืออาจฝังรากเทียม (implant)

2. ปลุกฟันกลับเข้าที่เดิม (replantation) ซึ่งต้องมารับการรักษาและติดตามผลการรักษารวมหลายครั้ง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ก็มีโอกาสที่สามารถ

เก็บฟันธรรมชาติ ไว้ใช้งานในช่องปากต่อไปได้ ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกรับการปลุกฟันกลับเข้าที่เดิมเนื่องจากยังไม่ต้องการใส่ฟันปลอม

การรักษา

ถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก (periapical film) ไม่พบรากฟันคั่งในเบ้าฟันไม่มีการหักของกระดูกเบ้าฟัน หรือการหักของรากฟันซี่ข้างเคียง (รูปที่ 1)

นำฟันที่แช่ไว้ในน้ำเกลือมาทำความสะอาดเอาสิ่งสกปรกออกจากฟัน ใช้เครื่องมือขูดทำความสะอาดเนื้อเยื่อรอบ ๆ รากออกจนหมด แล้วเปิดรักษาลองรากฟันล่างขยายทำความสะอาดคลองรากฟันพร้อมทั้งทำการอุดคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชา (gutta percha) ในขณะที่ฟันอยู่นอกปาก จากนั้นแช่ฟันในฟลูออไรด์เจล (fluoride gel) 5 นาที เตรียมนำฟันใส่กลับเข้าที่ในเบ้าฟันภายหลังจากทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วย 3 % scandonest without epinephrine และล้างเบ้าฟันด้วยน้ำเกลือ แล้วใช้เครื่องมือขูดลิ้นเลือดออกจากเบ้า



รูปที่ 1 ภาพรังสีขณะฟันหลุดออกจากเบ้า

ฟันด้วยความระมัดระวัง จากนั้นล้างด้วยน้ำเกลือซ้ำอีกครั้ง จึงใส่ฟันกลับเข้าที่เดิม ยึดฟันซี่ที่หลุดเข้ากับฟันข้างเคียง ตั้งแต่ฟันตัดซี่กลางบนซ้าย (#21) ถึงฟันเขี้ยวบนซ้าย (# 23) และฟันตัดซี่ข้างบนขวา (#12) ถึงฟันเขี้ยวบนขวา (# 13) โดยใช้ลวดจัดฟันและวัสดุอุดฟันคอมโพสิตในการยึดลวดติดกับฟัน (รูปที่ 2) เย็บแผลลึกขาดที่เหงือกทางด้านริมฝีปาก (labial) ตรวจดูการสบฟันไม่พบมีการกัดกระแทก ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอะม็อกซิซิลลิน (amoxycillin) 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหารเป็นเวลา 7 วัน และให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล



รูปที่ 2 ภาพรังสีแสดงการยึดฟัน

(paracetamol) 500 มิลลิกรัม สำหรับรับประทานครั้งละ 2 เม็ด เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษา

1 สัปดาห์ภายหลังการรักษาครั้งแรกตัดไหม และถ่ายภาพรังสีรอบรากฟันไม่พบการเปลี่ยนแปลง

10 วันหลังการรักษา ได้ทำการบูรณะฟันบริเวณที่ได้กรอเปิดทางเข้าคลองรากฟันได้ด้วยวัสดุอุดฟันคอมโพสิต ถอดเฟือกยึดฟันออก แต่อีก 3 วันต่อมาหลังถอดเฟือกยึดฟัน ผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการโยกของ

ฟันประมาณระดับ 1 (1° degree mobility) และระดับฟันยื่นยาวจากฟันซี่ข้างเคียง (ซี่ # 21) เล็กน้อยประมาณ 0.5 ม.ม. จึงได้ยึดติดกับฟันข้างเคียงอีกครั้งด้วยแถบไฟเบอร์และวัสดุคอมโพสิต กรอลดการสบกระแทก ให้ยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลิน 500 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหารวันละ 3 ครั้ง 10 วัน นัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์

1 เดือนหลังการรักษา กรอถอดเฟือกยึดฟันออก ทำการถ่ายภาพรังสีพบมีเงาโปร่งรังสีขนาดเล็กทางด้านไกลกลาง (distal surface) บริเวณรอยต่อรากฟันส่วนกลาง ($middle\ 1/3$) และรากฟันส่วนปลาย ($apical\ 1/3$) ระดับของกระดูกเบ้าฟันอยู่ในตำแหน่งเดิม

3 เดือนหลังการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการ ฟันแน่นขึ้น ตรวจพบเหงือกบริเวณระหว่างซอกฟันซี่ # 11 และ # 21 มีการอักเสบเล็กน้อย แนะนำการดูแลทำความสะอาดด้วยไหมขัดฟัน ถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากครั้งที่แล้ว (รูปที่ 4)

6 เดือนหลังการรักษา ผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามอาการ พบว่า ไม่มีอาการอะไร ยังคงมีการอักเสบของเหงือกระหว่างซอกฟันซี่ # 11 และ # 21 ตรวจพบร่องลึกปริทันต์ 1 ตำแหน่งด้านใกล้กลางทางเพดาน (mesio lingual) ของฟันซี่ # 11 ลึก 4 มม. ฟันแน่นมากกว่าซี่ข้างเคียง (# 21) เคยมีเสียงทึบแตกต่างจากซี่ # 21 ถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก พบช่อง

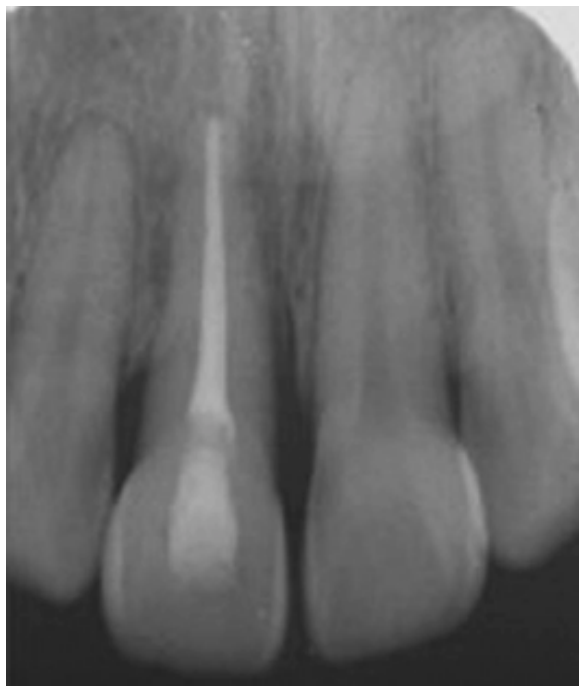


รูปที่ 3 ภาพถ่ายในช่องปาก 7 วันหลังปลูกฟันกลับเข้าที่เดิม (ก่อนตัดไหมและถอดเฟือกยึดฟัน)

ว่างของเอ็นยึดปริทันต์หายไป

1 ปี หลังการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการอะไร ฟันสามารถใช้งานได้ตามปกติ ตรวจพบว่าฟันแน่นไม่มีการโยก (no mobility) เคาะมีเสียงของแข็งคล้ายโลหะ (metallic sound) มีร่องลึกปริทันต์ที่จุดเดิม วัดความลึกได้เท่าเดิม ถ่ายภาพรังสีพบมีลักษณะของการละลายของกระดูกในแนวตั้ง (vertical bone loss) บริเวณกระดูกเบ้าฟันทางด้านใกล้กลาง (mesial) และไกลกลาง (distal) เล็กน้อย

1 ปี 6 เดือนหลังการรักษา ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันได้ตามปกติ ฟันแน่นไม่โยก ตรวจพบมีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้นอีก 1 ตำแหน่ง คือ บริเวณด้านใกล้กลางทางริมฝีปาก (mesio labial) จากที่มีอยู่เดิมที่ด้านใกล้กลางทางเพดาน ซึ่งวัดความลึกได้ 6 มม. ทั้ง 2 ตำแหน่ง ภาพถ่ายรังสีเห็นมีการละลายของกระดูกในแนวตั้งทั้งทางด้านใกล้กลางและไกลกลางเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกเล็กน้อย แต่บริเวณปลายรากไม่มีการเปลี่ยนแปลง (รูปที่ 5) ประเมินทันตแพทย์เฉพาะทางด้านปริทันต์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยได้รับการเกลารากฟัน



รูปที่ 4 ภาพรังสีภายหลังการรักษา 3 เดือน



รูปที่ 5 ภาพถ่ายรังสีภายหลังการรักษา 1 ปี 6 เดือน

เฉพาะตำแหน่ง (root planning) และให้ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ

ได้นัดให้ผู้ป่วยกลับมาติดตามผลภายหลังการรักษา 2 ปี

บทวิจารณ์

การปลูกฟันหลังจากฟันหลุดจากเบ้า เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยให้มีฟันธรรมชาติอยู่ใช้งานในช่องปากได้โดยไม่ต้องใส่ฟันปลอม Andreasen และ Hjørting-Hansen^{11,12} รายงานว่า ถ้านำฟันกลับเข้าที่เดิมได้ยิ่งเร็วเท่าไร (ภายใน 30 นาที) โอกาสที่จะประสบความสำเร็จของการเก็บฟันนั้นไว้มิสูง โดยพิจารณาถึงปัจจัยทางคลินิก รวมถึงสถานะของเอ็นยึดปริทันต์ ระดับของการสร้างรากฟัน ระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกช่องปาก

ผู้ป่วยรายนี้เก็บฟันที่หลุดออกจากเบ้าไว้ในสภาพแห้งเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินขาดความรู้เรื่องการปลูกฟัน และวิธีการเก็บฟันก่อนมาพบทันตแพทย์ ดังนั้นโอกาสที่

จะประสบความล้มเหลวในการปลูกฟันมีมาก แต่เมื่อผู้ป่วยทราบวิธีการรักษาโดยการปลูกฟัน ซึ่งเป็นโอกาสที่จะเก็บฟันไว้ ผู้ป่วยได้ตัดสินใจรับการรักษา ถึงแม้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาได้ ซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและมารับการตรวจติดตามผลการรักษาดี

การรักษาคลองรากฟันในฟันที่หลุดออกจากเบ้าและปลายรากปิด ควรเริ่มทำภายหลังจากที่ปลูกฟันกลับเข้าที่ 7 - 10 วัน การขยายทำความสะอาดล้างคลองรากฟันต้องทำด้วยความระมัดระวังภายใต้การป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดและสามารถอุดคลองรากฟันได้เลยภายหลังจากใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ (calcium hydroxide) เป็นยาใส่ในคลองรากฟันในระยะสั้น แต่ถ้าเริ่มให้การรักษาคลองรากฟันภายหลังจาก 14 วัน หรือเกิดการละลายโดยการอักเสบ (inflammatory resorption) แล้วควรใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นยาใส่ในคลองรากฟันระยะยาว 6 - 24 เดือน และอุดคลองรากฟันเมื่อตรวจพบมีผิวกระดูกเบ้าฟัน¹³ (lamina dura) ในกรณีที่ฟันหลุดออกมาอยู่นอกช่องปากมากกว่า 60 นาที การรักษาคลองรากฟันสามารถทำภายนอกช่องปากได้^{12,13} มีการศึกษา พบว่าฟันที่หลุดออกมาจากเบ้าถ้าเป็นฟันปลายรากปิดมีระยะเวลาอยู่นอกช่องปากนานกว่า 60 นาที และเก็บอยู่ในสภาพแห้งเย็นยี่สิบบริตันต์อาจตายทั้งหมด จะมีโอกาสเกิดการละลายของรากฟันสูง¹⁴ จึงมีความพยายามที่จะลดการละลายของรากฟันโดยการนำฟลูออไรด์มาใช้กับรากฟัน เนื่องจากฟันของผู้ป่วยที่หลุดจากเบ้าเป็นฟันปลายรากปิดหลุดออกมาอยู่นอกช่องปากนานเกือบ 7 ชั่วโมง ก่อนปลูกเข้าที่เดิม จึงได้ตัดสินใจทำการรักษาคลองรากฟันภายนอกช่องปากและลดโอกาสการเกิดการละลายของรากโดยแช่ฟันไว้ในฟลูออไรด์เจล (2.4%) sodium fluoride phosphate acidulated at pH 5.5) ก่อนปลูกฟันกลับเข้าที่เดิม แทนการรีบปลูกฟันกลับเข้าที่เดิมก่อน แล้วค่อยรักษาคลองรากฟันในช่องปากโดยใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นยาใส่ในคลองรากฟันเพื่อลดการละลายของรากฟันภายหลัง

โดยทั่วไปกระบวนการการเกิดการละลายของรากภายนอก (external resorption)¹ มี 3 แบบ คือ

1. การละลายของผิวรากฟัน (surface resorption)
2. การเกิดแองคิโลซิส (ankylosis or replacement resorption)
3. การละลายโดยการอักเสบ (inflammatory resorption)

ในการติดตามผลการรักษาพบว่า 1 เดือนและ 3 เดือน ยังไม่พบว่ามีเกิดการละลายของรากหลังการรักษาแต่เมื่อผ่านไป 6 เดือน พบขบวนการละลายเกิดเป็นแบบแองคิโลซิสเกิดขึ้น ยังคงมีการนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามผลการรักษาอีก เนื่องจากในการปลูกฟันที่หลุดจากเบ้าควรมีการติดตามผลปีละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 ปี หลังจากนั้นเป็นปีละ 1 ครั้ง¹³ เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้

สรุป

การรักษาฟันที่หลุดจากเบ้าโดยการปลูกฟัน ควรพิจารณาระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกช่องปาก วิธีการเก็บฟัน สารละลายที่ใช้ในการเก็บฟัน รวมทั้ง ขบวนการสร้างรากฟัน เพื่อจะได้ให้การรักษาดังวิธีการและขั้นตอนที่เหมาะสมซึ่งทำให้การรักษามีโอกาสประสบความสำเร็จและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย การให้การรักษารากฟันแต่ปลายรากปิดที่หลุดจากเบ้าเป็นเวลานานและเก็บในสภาพแห้งในผู้ป่วยรายนี้ ได้ทำรักษาคลองรากฟันภายนอกช่องปากก่อนปลูกกลับเข้าที่เดิม มีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่มีฟันธรรมชาติไว้ใช้งานในช่องปากต่อไปได้โดยไม่มีอาการใด ๆ ถึงแม้จะพบว่าเกิดภาวะการเชื่อมระหว่างรากฟันและกระดูกล้อมรากฟัน และมีร่องลึกปริทันต์เกิดขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. Andreasen JO, and Andreasen FM. Avulsion . In : Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3rd ed., Mosby : St. Louis, 1994:383–426.
2. Walton RE, and Torabeinejad M. Management of traumatized teeth. Principle and Practice of Endodontics, 3rd ed., W.B. Saunders company, 2002:445–65.
3. Andreasen JO. Exarticulations . In : Traumatic injuries of the teeth. Revised second printing; Mungsgaard : Copenhagen, 1981:203–7.
4. American Association of Endodontists. Treatment of the avulsed permanent teeth : recommended guideline of the American Association of Endodontists, 1995.
5. Fountain SB, Camp JH. Traumatic injuries. In : Cohen S, Burns RC. Eds. Pathways of the Pulp, 5th ed., Mosby, St. Louis, 1991:454–503.
6. Blomlof L. Milk and saliva as possible storage media for traumatically exarticulated teeth prior to replantation. Swed Dent J 1981;8:1–25.
7. Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 4. factors related to periodontal ligament healing. Endod Dent Traumatol 1995;11:76–89.
8. Andreasen FM, Andreasen JO. Luxation Injuries. In : textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3rd ed., Mosby : St. Louis, 1994:315–82.
9. Oikarinen K. Tooth splinting : a review of the literature and consideration of the versatility of a wire – composite splint. Endod Dent Traumatol 1990;6:237–45.
10. Trope M. Clinical management of the avulsed tooth. Dent Clin North Am 1995;39: 93–112.
11. Andreasen JO, Hjørting – Hansen E. Replantation of teeth : I radiographic and clinical study of 110 Human. Teeth replanted after accident loss acta. Odontol Scand 1966;24: 263–86.
12. Andreasen JO, Hjørting – Hansen E. Replantation of teeth : II Histological study of 22 replanted anterior teeth in humans. Acta Odontol Scand 1966;24:287–306.
13. Trope M, Chivian N, Sigurdsson A. Traumatic injuries. In : Cohen S, Burns RC, Eds. Pathway of the pulp, 7th ed., Mosby : St Louis, 1998: 552–9.
14. Lindskogs S, Blomlof L, Hammarstrom L. Repair of periodontal tissue in vivo. J Clin Periodontal. 1983;10:188.