

การปลูกฟัน รายงานผู้ป่วย 3 ราย

จิราภรณ์ เพ็ชรดาชัย

Abstract : The loss of permanent teeth before appropriate time will have the influence on esthetics, phonetics and mastication. Transplantation on appropriate tooth will avoid to take the prosthesis of that tooth, with 3 cases report.

Autogenous Tooth Transplantation : A Report of 3 Cases.

Jiraporn Petdachai.

Department of Dentistry, Paholpolpayuhasena Hospital, Karnchanaburi.

Region 7 Medical Journal 1993 ; 4 : 239-247

บทคัดย่อ การสูญเสียฟันแท้ก่อนเวลาอันสมควร จะมีผลทั้งทางด้านความสวยงาม การพูดออกเสียง และการบดเคี้ยวอาหาร การปลูกฟันโดยนำฟันที่เหมาะสมมาปลูกแทนที่จะสามารถหลีกเลี่ยงการใส่ฟันปลอมได้ พร้อมรายงานผู้ป่วย 3 ราย

บทนำ

การปลูกฟัน คือ การนำฟันจากบริเวณหนึ่ง ไปปลูกยังอีกบริเวณหนึ่งในขากรรไกรเดียวกัน หรือขากรรไกรตรงข้าม

การปลูกฟันแบ่งได้ 2 ชนิด ตามแหล่งที่นำฟันมา และแหล่งที่ปลูกฟันดังนี้¹

1. การปลูกฟันในบุคคลเดียวกัน (autogenic tooth transplantation) เป็นการปลูกฟันที่กระทำในบุคคลเดียวกัน

การปลูกฟันส่วนใหญ่จะเป็นการปลูกฟันโดยวิธีนี้ เพราะจะทำให้ได้ผลที่ดีกว่า เนื่องจากไม่มีปัญหาเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immunereaction)

2. การปลูกฟันข้ามบุคคล (allogenic tooth transplantation) เป็นการนำฟันจากบุคคลหนึ่งไปปลูกให้อีก

บุคคลหนึ่ง มักไม่ค่อยนิยมกระทำกัน เพราะจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันได้ ถ้าจำเป็นอาจกระทำได้ในบุคคลที่เป็นพี่น้องกัน

ความสำคัญของการปลูกฟัน ก็เพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปในตำแหน่งที่จำเป็นทั้งด้านการบดเคี้ยวและในด้านความสวยงามโดยไม่ต้องใส่ฟันปลอม ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง และวิธีการยุ่งยากซับซ้อนในการใส่ฟันแบบติดแน่น ส่วนการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ จะมีประสิทธิภาพในการใช้งานไม่ดurable เป็นภาระแก่ผู้ป่วยที่ต้องถอดออก เพื่อนำออกมาทำความสะอาด และฟันแท้ที่อยู่ใกล้ฟันปลอมแบบนี้ มีโอกาสเกิดฟันผุสูงมาก

การปลูกฟันในรายที่เหมาะสม จะช่วยลดปัญหาการใส่ฟันทดแทนในช่องว่างที่สูญเสียไป ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการที่ฟันหายไปตั้งแต่กำเนิด หรือสูญเสียฟันไปเพราะฟันผุ หรือ

จากอุบัติเหตุ

โดยทั่วไปฟันที่นำมาปลูก มักเป็นฟันชน (impacted tooth) ฟันคุด (embedded tooth) ฟันเกิน (supernumerary tooth) หรือฟันที่ขึ้นแล้ว (erupted tooth) มาใส่ลงในกระดูกขาฟันที่ถูกถอนออกไป หรือนำมาใส่ลงในกระดูกขาฟันที่เตรียมขึ้นโดยทางศัลยกรรม² และมักทำในฟันที่ปลายรากเจริญเต็มที่ เพราะจะมีอัตราความสำเร็จสูงกว่าในฟันที่ปลายรากเจริญเต็มที่แล้ว³ เนื่องจากปลายรากที่ยังเจริญไม่เต็มที่โอกาสที่เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันจะมีชีวิตขึ้นมาใหม่ (revascularization) จะเกิดขึ้นได้ 100% และจะลดลงเหลือ 0% ในฟันที่เจริญเติบโตเต็มที่แล้ว⁴

ในฟันที่เจริญเต็มที่แล้ว จะมีการตายของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน (pulp-necrosis) เพราะเอ็นยึด ปริทันต์ (periodontal ligament) และกระดูกขาฟัน จะปนเปื้อนแบคทีเรีย จากปากและน้ำลาย เมื่อแบคทีเรียเข้าไปในโพรงประสาทฟันที่ตายแล้ว จะทำให้เกิดการอักเสบ และการละลายตัว (inflammatory resorption) ขึ้นในเอ็นยึดปริทันต์จากพิษของแบคทีเรียเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องทำการรักษาคลองรากฟันทุกราย⁵

การพิจารณาเลือกผู้ป่วยเพื่อการย้ายปลูกฟัน

1. ฟันที่นำมาปลูกควรมีรากฟันที่เจริญประมาณ 3 ใน 4 ของความยาวรากที่ควรจะเป็นเมื่อเจริญเต็มที่⁶
2. ขนาดของฟันที่จะทำการย้ายปลูกฟัน ไม่ควรใหญ่กว่าตำแหน่งที่จะนำมาปลูก⁶
3. ผู้ป่วยจะต้องมีดัชนีฟันผุ (caries index) ต่ำ สุขภาพช่องปากดี สุขภาพร่างกายสมบูรณ์⁵
4. ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี

การพิจารณาบริเวณที่จะทำการปลูกฟัน

1. บริเวณที่จะนำฟันมาปลูก จะต้องมีความกว้างเพียงพอที่จะรับฟันที่นำมาปลูกซึ่งต้องพิจารณาทั้งในแนว mesio-distal และ bucco-lingual
2. ต้องมีฐานกระดูกกว้างกว่าฟันที่นำมาปลูกในทุก

ทิศทาง

3. ต้องไม่กระทบกระเทือนถึงอวัยวะใกล้เคียงที่เกี่ยวข้อง เช่น maxillary sinus ในขากรรไกรบน และ mandibular canal ในขากรรไกรล่าง

วิธีการรักษา

1. เตรียมกระดูกขาฟัน กระดูกขาฟัน ซึ่งจะรองรับการปลูกฟันมีวิธีการเตรียม 3 ลักษณะคือ

- 1.1 ถอนฟันในบริเวณนั้นออกไป พร้อมทั้งนำฟันซี่ใหม่มาปลูกทดแทน ในช่วงเวลาเดียวกัน⁷
- 1.2 เตรียมกระดูกขาฟันในขากรรไกรที่ไม่มีฟัน (edentulous arch) ตรงตำแหน่งที่ต้องการทำการย้ายปลูกฟัน⁸
- 1.3 ถอนฟันในบริเวณนั้นออกไป และรอให้เริ่มมีการหาย ของแผลถอนฟันประมาณ 2 สัปดาห์ เพื่อลดช่องว่างระหว่างพื้นผิวของรากฟัน ที่ทำการย้ายปลูกกับกระดูกขาฟันให้น้อยลง และทำให้เอ็นยึดปริทันต์ และรากฟันได้รับอาหารหล่อเลี้ยงเพียงพอ เป็นผลทำให้เกิดการละลายของรากฟัน และแทนที่ด้วยกระดูก (replacement resorption) น้อยลงเมื่อครบ 2 สัปดาห์ แล้วจึงถอนฟันที่ย้ายปลูกใส่ลงในกระดูกขาฟันนั้น

ต่อมาอีก 1 เดือน จึงทำการดึงเนื้อเยื่อประสาทฟันออก (pulpectomy) แล้วอุดรากฟันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ก่อน เพื่อป้องกันการละลายของรากฟัน ต่อมาอีก 6 เดือน ถึง 1 ปี จึงอุดคลองรากฟันใหม่ด้วยกัทตาเปอร์ชา (Gutta percha)³

2. การเตรียมฟันที่จะทำการย้ายปลูกฟัน ฟันที่จะนำมาปลูก ต้องถอนออกอย่างระมัดระวัง ให้มีการกระทบกระเทือนน้อยที่สุด โดยใช้คีมจับที่ตัวฟัน หรือใช้ลวดคล้องคอฟันแล้วดึง (traction) หลีกเลียงการใช้ elevator เพราะจะทำให้เอ็นยึดปริทันต์ได้รับความกระทบกระเทือน เป็นผลทำให้เกิดการละลายของรากฟันได้ในภายหลัง⁹

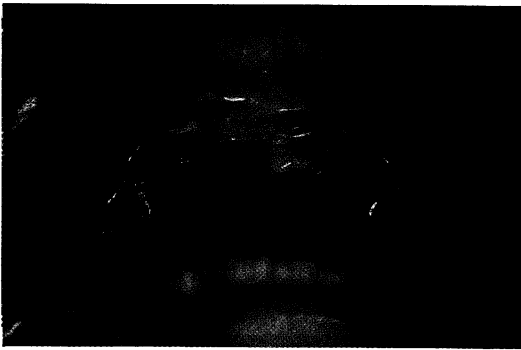
การนำฟันที่ปลูกจากที่เดิม ไปใส่ในบริเวณที่

เตรียมไว้ ปลูกเลยทันทีเป็นวิธีที่ดีที่สุด มีโอกาสในการปลูกฟันได้ผลสำเร็จสูง

ถ้าไม่สามารถใส่ฟันที่ปลูกในกระดูกขาฟันได้ทันที ควรแช่ฟันนั้นในสารละลายน้ำเกลือ (normal saline solution)

3. การเข้าเฝือกฟัน (splint)

หลังจากใส่ฟันที่ปลูกลงในกระดูกขาฟันเรียบร้อยแล้ว จะต้องยึดฟันไว้เป็นเวลาประมาณ 1-3 สัปดาห์¹⁰ ถ้าใส่นานเกินไปจะทำให้เกิด atrophy ของเอ็นยึดปริทันต์มีการละลายของรากฟัน และเกิดการเชื่อมยึดติดของฟันกับกระดูก (ankylosis) ชนิดที่มีกระดูกเข้ามาแทนที่¹¹



รูปที่ 1A. ภาพในช่องปากก่อนการรักษา



รูปที่ 1C. ภาพทางรังสีก่อนการรักษา

ควรระวังไม่ให้ฟันที่ปลูกนี้กระทบกับฟันตรงข้ามเวลาสบฟัน¹²

กรณีฟันที่นำมาปลูกมีรากฟันเพิ่งเริ่มเจริญ สามารถนำไปปลูกได้ mucoperiosteal flap ได้ ก็ไม่จำเป็นต้องเข้าเฝือกฟัน

รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 13 ปี มารับการรักษาที่ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ด้วยปัญหาฟันหน้าข้างด้านขวา (#12) ผูกมาก มีประวัติเคยปวดและบวมหลายครั้ง ต้องการถอนฟันซี่นี้ออก

การตรวจทางคลินิก

พบว่าฟัน #12 ผูกถึงโพรงประสาทฟัน ทางด้าน lingual surface ลักษณะของรูผูกกว้าง และลึกลงไปใต้เหงือกถึงประมาณ 3 มม. มีเหงือกบวมบริเวณเหนือปลายรากฟัน และมีหนองไหลออกมาตรง labial frenum

และพบว่ามีฟันเกิน (supernumerary tooth) ขึ้นอยู่ระหว่างฟันหน้ากลางด้านซ้าย (#21) และฟันหน้าข้างด้านซ้าย (#22) ขึ้นอยู่ทางด้าน palate ซึ่งมีรูปร่างและขนาดคล้ายกันกับ #22 (รูป 1A)

การตรวจรังสี

พบว่าฟัน #12 มีเงาดำที่ปลายรากฟันขนาดใหญ่ ประมาณ 8.5x8.0 มม. 2 (รูป 1C)

ส่วนฟันเกินมีรากฟันเจริญเต็มที่ และปลายรากฟันปิดแล้ว

การวางแผนการรักษา

เนื่องจากฟัน #12 สูญเสียเนื้อฟันไปมาก ถ้าทำการรักษาคลองรากฟันเสร็จแล้ว ตัวฟันอาจหักใช้งานไม่ได้ จำเป็นต้องบูรณะฟันด้วยการทำเดือยฟันและครอบฟัน ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาด้วยวิธีนี้ได้ เนื่องจากฐานะยากจน

จึงแนะนำผู้ป่วยให้ทำการปลูกฟัน โดยนำฟันเกินมา ปลูกลงในตำแหน่งของฟันซี่ #12

วิธีการรักษา

จัดยาชาเฉพาะที่ บริเวณฟัน #12 และ #22 ทั้งด้าน labial และ palatal

ถอนฟันเกินออกด้วยความระมัดระวังด้วยคีมถอน ฟันบน แล้วนำฟันซี่นี้ไปรักษาคอลงรากฟันภายนอกปาก อุดรากฟันด้วย Gutta percha แล้วอุดชั่วคราวปิดทับบนตัว ฟันด้านบนด้วย zinc phosphate cement ระหว่างการ รักษาคลองรากฟัน ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือหุ้มจับรากฟัน เพื่อ ป้องกันไม่ให้รากฟันแห้งและจับฟันค่อนขึ้นมาจากด้านตัว ฟัน เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนต่อเอ็นยึดปริทันต์ที่หุ้มรอบ รากฟัน

เมื่อรักษาคอลงรากฟันเสร็จแล้ว แขนงฟันในน้ำเกลือ รอไว้ จากนั้นจึงถอนฟัน #12 ออกแล้วขูด granulation tis- sue ออกจนหมด ล้างเบ้ารากฟันด้วยน้ำเกลือ

นำฟันเกินที่รักษาคอลงรากฟันเสร็จแล้ว มาลองใส่ ในกระดูกเบ้ารากฟันในบริเวณ #12 ปรากฏว่าสามารถใส่เข้า ไปในเบ้าฟันของ #12 ได้พอดี โดยไม่ต้องกรอกระดูกเบ้าฟัน และมีการสบฟันที่ดี และไม่ได้รับแรงกระทบจากฟันด้านตรง ข้าม

การเข้าเฝือกฟันโดยใช้ลวดไร้สนิม ร่วมกับเครื่องมือ จัดฟันชนิดติดแน่น ยึดฟันไว้



รูปที่ 1B. ภาพในช่องปากภายหลังจากการรักษา

ให้ยาปฏิชีวนะ เพนนิซิลิน V 4 แสนยูนิต ทุก 6 ชม. เป็นเวลา 3 วัน เพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อ

นัดดูอาการทุก 2 สัปดาห์ และเอาเฝือกออกเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ติดตามผลการรักษาในเดือนที่ 2,8 และเดือนที่ 14 (รูป 1B)

การติดตามผลการรักษา

พบว่ารูเปิด ที่เหงือกด้าน labial ตรง labial frenum หายไป

เดือนที่ 2 ฟันแน่นขึ้น

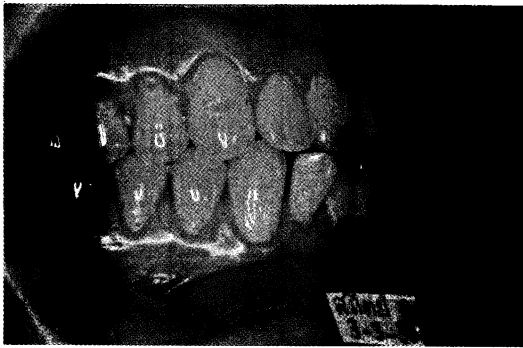
เดือนที่ 8 x-ray พบว่ารอยดำปลายรากฟันหายไป, laminadura หนาตัวขึ้น (รูป 1D)



รูปที่ 1D. ภาพทางรังสีภายหลังจากการรักษา

รายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 39 ปี มารับการรักษาที่ฝ่าย ทันตกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ด้วยปัญหาฟัน หน้า กลาง ล่าง ด้านขวา (#41) โยก และยื่นยาวออกมา จากแนวเรียงตัวของฟันล่างปกติต้องการจัดฟันซี่นี้ให้อยู่ใน alignment ปกติ



รูปที่ 2A. ภาพในช่องปากก่อนการรักษา



รูปที่ 2D. ภาพทางรังสีก่อนการรักษา

การตรวจทางคลินิก

พบว่าฟัน #41 โยก อยู่ในระดับ 2 degree ยื่นยาว และยื่นออกมาด้านหน้า (protrusion) ออกมาจาก alignment ถึง 3 มม. มีร่องปริทันต์ลึกเกือบถึงปลายรากทั้งด้าน labial และ lingual มีหินน้ำลายจับที่รากฟัน (รูปที่ 2A)

การตรวจรังสี

พบว่าฟัน #41 มีเงาดำรอบรากฟัน ขนาด 8x9 มม. มีการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันอย่างมาก (รูป 2D)

การวางแผนการรักษา

เนื่องจากฟัน #41 เป็นโรคปริทันต์ ในระยะสุดท้าย

การรักษาทางปริทันต์อย่างเดียวอาจไม่ได้ผล และไม่สามารถจัดฟัน #41 ให้อยู่ใน alignment ที่ปกติได้ เพราะกระดูกรอบรากฟันละลายตัวอย่างกว้างขวาง

ผู้ป่วยไม่ต้องการถอนฟันออก และไม่ต้องการใส่ฟันปลอม จึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยทำการปลูกฟันลงในตำแหน่งเดิม โดยถอนออกมารักษาคลองรากฟันภายนอกปาก และรักษาทางปริทันต์ภายนอกปากเพิ่มเติม แล้วนำเข้าไปปลูกในตำแหน่งเดิม

วิธีการรักษา

ถอนฟัน #41 ออกและรักษาคลองรากฟัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายแรก

ใช้ curette #13,14 ขูดเกลารากฟันให้สะอาด และ curette granulation tissue ในเบ้ารากฟันออกจนหมดล้างทำความสะอาดด้วย normal saline solution

เนื่องจากกระดูกเบ้ารากฟัน มีขนาดกว้างกว่าขนาดของรากฟัน จึงตัดสินใจนำ hydroxyapatite (H.A.)¹³ ซึ่งเป็นสารที่สามารถนำมาใช้แทนที่กระดูกที่ต้องการเพิ่มความสูงได้¹³ ใส่ H.A. ลงในกระดูกเบ้ารากฟัน เพื่อช่วยเสริมความแข็งแรงแก่รากฟัน เพื่อให้ฟันแน่นขึ้นใช้งานได้ตามปกติ (รูป 2B, 2E)



รูปที่ 2B. ภาพในช่องปากระหว่างการรักษา



รูปที่ 2E. ภาพทางรังสีระหว่างการรักษา

เมื่อรักษาทางปริทันต์ภายนอกปากเสร็จเรียบร้อยแล้ว ล้างฟัน #41 ให้สะอาดด้วยน้ำเกลือ แล้วแช่น้ำเกลือพักไว้ใส่ H.A. ไว้พอประมาณ ใช้เครื่องมือเล็ก ๆ ดัน H.A. ลงไปในกระดูกเบ้ารากฟัน และพยายามให้แน่นและชิดโดยรอบกระดูกเบ้ารากฟันที่เหลืออยู่

นำฟัน #41 ใส่ลงในกระดูกเบ้ารากฟันที่มี H.A. ขยับฟันให้เข้าที่โดยให้ฟันอยู่ใน alignment และไม่สูงกว่าระดับฟันปกติ ไม่มีจุดกระแทกกับฟันคู่สบด้านตรงข้าม แล้วเข้าเฝือกฟันไว้กับฟันข้างเคียงคล้ายกับผู้ป่วยรายแรก

เย็บเหงือกรอบรากฟัน #41 เพื่อป้องกันไม่ให้ H.A. หลุดออกมาภายหลัง ทำความสะอาดเหงือกด้วย น้ำเกลือล้างเอา H.A. ที่ตกค้างบนเหงือกออกให้สะอาด ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเป็นเวลา 5 วัน

การติดตามผลการรักษา

1 อาทิตย์ถัดถัดใหม่ อีก 2 อาทิตย์ พบว่าฟันยังโยกอยู่
 8 อาทิตย์หลังจากรักษา ถอดเฝือกออก ฟันโยกเล็กน้อย (รูป 2C, 2F)

รายที่ 8

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 19 ปี มาพบทันตแพทย์ ด้วย

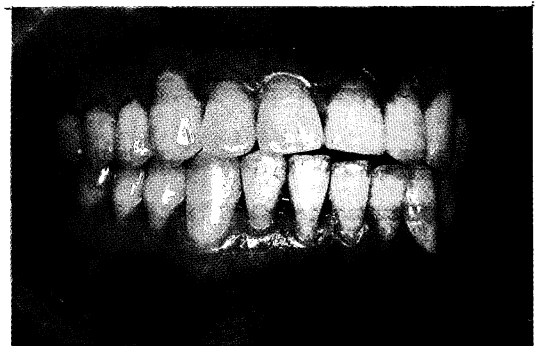
ปัญหาต้องการใส่ฟันบริเวณฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่ 2 (#37) ซึ่งถูกถอนออกมานานแล้ว

การตรวจทางคลินิก

พบว่าฟัน #37 ถูกลดถอนออกมานานแล้ว ไม่มีฟัน #38 และ #28 ขึ้นมาในช่องปาก และบริเวณอื่นไม่มีช่องว่าง (edentulous area) เลย

การตรวจทางรังสี

พบว่าฟัน #28 เป็นฟันคุดอยู่ใต้เหงือก, ฟัน #38 ไม่มี, กระดูก alveolar bone บริเวณ #37 ยุบลงเป็นหลุม (รูปที่ 3A)



รูปที่ 2C. ภาพในช่องปากหลังการรักษา



รูปที่ 2F. ภาพทางรังสีภายหลังการรักษา



รูปที่ 3A. ภาพทางรังสีก่อนการรักษา

การวางแผนการรักษา

เนื่องจากผู้ป่วย เป็นนักเรียนที่ต้องการสอบเข้าเรียน ในโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า ซึ่งสามารถสอบผ่าน ข้อเขียนได้แล้ว เหลือแต่การตรวจร่างกาย ซึ่งการตรวจฟัน มีเกณฑ์กำหนดไว้ว่า จะต้องมีการบูรณะฟันได้อย่างน้อย ด้านละ 2 ซี่

จึงแนะนำผู้ป่วยให้ทำการย้ายปลูกฟัน โดยนำฟัน #28 มาปลูกลงในกระดูกบริเวณฟัน #37 ซึ่งผู้ป่วยยินดีที่จะ ทำ, สามารถให้ความร่วมมือในการปลูกฟัน และกลับมาติดตามผลการรักษาได้ตลอด

วิธีการรักษา

ฉีดยาชาเฉพาะที่ทั้งบริเวณฟัน #28 และ #37

ถอนฟัน #28 ซึ่งเป็นฟันคุดออกด้วยความระมัดระวัง นำไปแช่ในน้ำเกลือรอไว้ก่อน

จากนั้นเปิดเหงือกบริเวณ #37 ให้กว้างพอสมควร กรอกระดูก alveolar bone ด้วย round steel bur เพื่อทำ กระดูกเบ้าฟัน สำหรับฟันที่จะนำมาปลูก

เนื่องจากฟัน #28 มีรากยาวมาก และกระดูก alveolar bone บริเวณ #37 ยุบตัวลงไป ทำให้ไม่สามารถกรอ กระดูกลงไปได้มากพอที่จะให้ฟันที่นำมาปลูกอยู่ ต่ำกว่า ระดับฟันล่าง โดยไม่สบกระแทกกับฟันชนด้านบนได้ จึง จำเป็นต้องกรอที่ตัวฟันบนด้าน occlusal ของฟันที่นำมา ปลูก จนไม่มีการสบกระแทกกันกับฟันบน แล้วเข้าเย็บฟัน

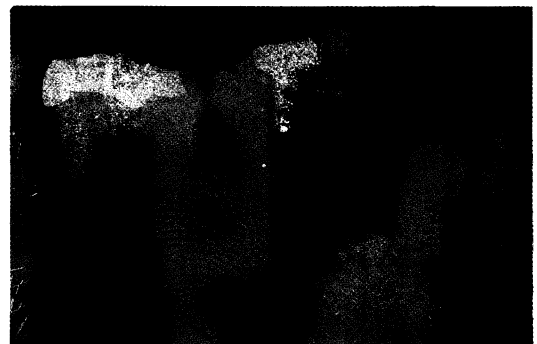
ไว้ด้วย ลวดจัดฟันกับ band ยึดฟันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ (รูป 3B)

การติดตามผลการรักษา

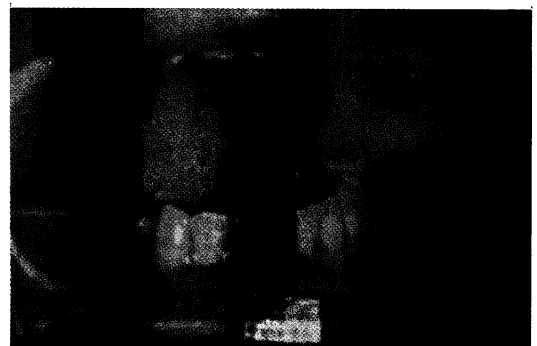
หลังจากถอดแผลออกแล้ว พบว่าฟันโยกเล็กน้อย และเหงือกด้าน buccal และ lingual ปิดไม่ถึงบริเวณคอฟัน



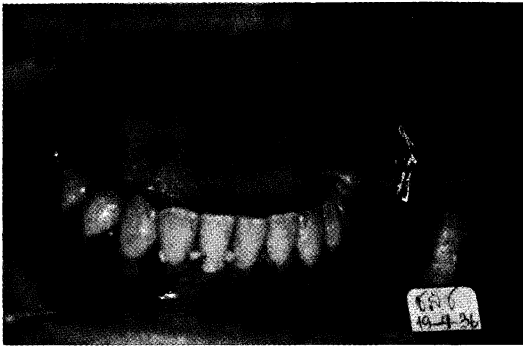
รูปที่ 3B. ภาพทางรังสีระหว่างการรักษา



รูปที่ 3C. ภาพทางรังสีภายหลังการรักษา



รูปที่ 3D. ภาพในช่องปากหลังการรักษา 1 ปี 5 เดือน



รูปที่ 3E. ภาพในช่องปากหลังการรักษา 2 ปี 5 เดือน

ทำให้มีรากโผล่ขึ้นมาเหนือเหงือกเล็กน้อย

7 เดือนหลังการปลูกฟัน #37 มีอาการปวด จึงรักษาคลองรากฟันให้ อาการปวดจึงหายไป (รูป 3C)

1 ปี 2 เดือน ฟันแน่นดี ใช้งานได้ปกติ

1 ปี 8 เดือน ไม่มีอาการ และใช้งานได้ตามปกติ (รูป 3D) ; (รูป 3E) หลังการรักษา 2 ปี 5 เดือน

วิจารณ์

การย้ายปลูกฟัน ในกรณีที่ปลายรากฟันยังเจริญไม่เต็มที่โอกาสที่เนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันจะมีชีวิตขึ้นมาใหม่ (revascularization) มีมาก⁴ แต่ในฟันที่เจริญเต็มที่แล้ว จะมีการตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันมาก จำเป็นต้องทำการรักษาคลองรากฟันทุกราย

การรักษาคลองรากฟันในฟันที่นำไปปลูก โดยการทำภายนอกปากทันทีหลังถอนก่อนนำไปปลูกลงในกระดูกเบ้ารากฟันที่เตรียมไว้ ทำได้ง่ายสะดวก และรวดเร็ว กว่าการรักษาคลองรากฟันภายหลังจากปลูกฟันแล้ว

ในผู้ป่วยรายที่ 1 กระดูกเบ้ารากฟันมีขนาดใกล้เคียงกับฟันที่นำมาปลูก จึงไม่มีปัญหาในการเตรียมเบ้ารากฟัน

แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งกระดูกเบ้ารากฟันกว้างมาก กระดูกรอบรากฟันถูกทำลายจากโรคปริทันต์ได้ใส่ hydroxyapatite ซึ่งเป็นสารที่สามารถนำมาใช้แทนที่กระดูกที่ต้องการเพิ่มความสูงได้¹³ เพื่อช่วยเสริมกระดูกเบ้ารากฟัน ให้สามารถยึดรากฟันได้แน่นขึ้น แต่ผลที่ได้ไม่เป็นที่น่าพอใจ

เพราะมีกระดูกส่วนที่จะยึด hydroxyapatite (H.A.) เฉพาะส่วนกันของเบ้ารากฟัน H.A. บางส่วนด้านบนจึงรั่วออกมาบางส่วน มีเพียงส่วนล่างเท่านั้นที่ยังอยู่มาก และฟันยังโยกในระดับ second degree mobility

ในผู้ป่วยรายที่ 3 เนื่องจากขนาดของฟันที่นำมาปลูกค่อนข้างใหญ่ และยาวอีกทั้งลักษณะของรากฟัน ของฟันกรามบนที่นำมาปลูกมีถึง 3 ราก การนำไปปลูกลงในกระดูกขากรรไกรล่างซึ่งแคบกว่า และยุบตัวลงไปมาก เนื่องจากฟันตำแหน่งที่จะปลูกนี้ ถูกถอนออกไปนานมาก ดังนั้นกระดูกเบ้ารากฟันที่เตรียมไว้จึงไม่สามารถกรอกลงไปได้ลึกพอดีกับความยาวรากฟันที่นำมาปลูก เพราะอาจเป็นอันตรายต่อ inferior alveolar canal และกระดูกเบ้ารากฟันจะมีขอบกระดูกที่บางมากมีโอกาสแตกหักภายหลังจากปลูกฟันสูง

เมื่อปลูกฟันลงไปทำให้ระดับฟันสูงกว่าระดับบดเคี้ยวเล็กน้อย จำเป็นต้องกรอเพื่อลดการสบกระแทก บนด้านบดเคี้ยวของฟันที่นำมาปลูก

การติดตามผลการรักษา พบว่ามีกระดูกยึดรากฟันประมาณครึ่งหนึ่งของความยาวรากทั้งหมด แต่ผู้ป่วยพอใจ และสามารถรับประทานอาหารได้ดี หลังจากติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี 5 เดือน

สรุป

การปลูกฟันที่มีรากเจริญเต็มที่แล้วจำเป็นต้องรักษาคลองรากฟันทุกราย และการรักษาคลองรากฟันในฟันที่จะนำมาปลูกทันทีภายหลังถอน ภายนอกปาก ทำได้ง่ายสะดวกและได้ผลดี ในการเตรียมกระดูกเบ้ารากฟัน ควรมีความกว้างเพียงพอที่จะรองรับฟันที่นำมาปลูก และต้องระวังไม่ให้เกิดการสบ กระแทกจากฟันด้านตรงข้าม และการเข้าเนื้อฟัน ด้วยวิธีการยึดด้วยลวดจัดฟัน กับเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นที่ติดบนตัวฟัน สามารถใช้ยึด ฟันได้ผลดี

ดังนั้นการพิจารณาทำการปลูกฟันอย่างรอบคอบ การเลือกบริเวณที่ปลูกฟันให้เหมาะสม ร่วมกับการเข้าเนื้อฟันที่ดี จึงเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย เพราะสามารถทดแทนฟันที่สูญเสียไป และลดความต้องการใส่ฟันลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Baum AT, Hert RS. Autogenetic and allogeneic tooth transplants in the treatment of malocclusion. *Am J Orthod* 1977 ; 72 : 386-396.
2. Rakusin H, Jurosky KA, Gutmann JL. A five years follow-up of autogenous tooth transplantation ; a case report. *Int Endod J* 1988 ; 21 : 327-332.
3. Nethander G, Andersson JE, Hirsch JH. Autogenous free tooth transplantation in man by a 2-stage operation technique. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988 ; 17 : 330-336.
4. Kristerson L. Autotransplantation of human premolars: A clinical and radiographic study of 100 teeth. *Int J Oral Surg* 1985 ; 14 : 200-213.
5. Eliasson S, Laftman AC, Strindberg L. Autotransplanted teeth with early-stage endodontic treatment ; a radiographic evaluation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988 ; 65 : 598-603.
6. ชัยวัฒน์ ปิ่นน้อย. การปลูกฟันเปลี่ยนตำแหน่ง (Autogenous tooth transplantation) : รายงานผู้ป่วย 5 ราย. *วารสารทันตแพทยศาสตร์จุฬา* 1988 ; 11 : 71-81.
7. Hardy P. The autogenous transplantation of maxillary canines. *Br Dent J* 1982 ; 153 : 183-186.
8. Conklin WW. Transplantation of third molar into edentulous site. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974 ; 38 : 193-197.
9. Pogrel MA. Evaluation of over 400 autogenous tooth transplants. *J Oral Maxillofac Surg* 1987 ; 45 : 205-211.
10. Nasjleti CE, Castelli WA, Caffesse RG. The effects of different splinting times on replantation of teeth in monkeys. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982 ; 53 : 557-566.
11. Slagvold O, Bjercke B. Autotransplantation of premolars with partly formed roots. *Am J Orthod* 1974 ; 66 : 355-366.
12. Cook RM. : The current status of autogenous transplantation as applied to the maxillary canine. *Int Dent J* 1974 ; 22 : 266-300.
13. Denissen H. Klinische bewertung von hydroxylapatit-titan-implantaten in zahnlasen unterkiefer. *Der Zahnarzt* 1984 ; 28 : 29.