

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การรักษาฟันที่มีรอยโรคร่วมระหว่าง โรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์: รายงานผู้ป่วย

วิรงรอง ไตรสุวรรณ ท.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ ฟันที่มีรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดและถูกต้อง เนื่องจากรอยโรคทั้งสองมีลักษณะคล้ายกันและอาจมีความสัมพันธ์กัน การวินิจฉัยถึงสาเหตุที่แท้จริงของรอยโรค จะทำให้มีการวางแผนการรักษาที่ถูกต้องและได้รับผลสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 26 ปี มีอาการเหงือกบวม บริเวณฟันกรามล่างขวา การตรวจทางคลินิกพบฟัน 46 มีเหงือกบวมบริเวณด้านแก้มและมีวัสดุบูรณะฟันประเภท อมัลกัมขนาดใหญ่ พบร่องลึกปริทันต์บริเวณกลางฟันด้านแก้ม ภาพรังสีพบรอยโรคมีลักษณะเป็นเงาดำรอบปลาย รากฟันลูกกลมไปยังแฉกรากฟัน ลักษณะของรอยโรคที่ตรวจพบเบื้องต้นคล้ายกับโรคปริทันต์ แต่เมื่อตรวจอย่างละเอียด พบว่าฟันซี่นี้ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในด้วยกระแสไฟฟ้า ร่องลึกปริทันต์พบเพียง 1 ตำแหน่ง มีลักษณะแคบและลึก ภาพรังสีพบเงาดำบริเวณแฉกรากฟัน แต่สันกระดูกขากรรไกรทั้งด้านใกล้กลางและ ไกลกลางอยู่ในระดับปกติ ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะของรอยโรคที่มีสาเหตุมาจากโรคเนื้อเยื่อใน ฟันซี่นี้จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคร่วมประเภทรอยโรคที่มีสาเหตุจากโรคเนื้อเยื่อในเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการรักษาคลอง- รากฟันเพียงอย่างเดียวทำให้รอยโรคหายเป็นปกติได้โดยไม่ต้องให้การรักษาโรคปริทันต์ จากการติดตามผลภายหลัง การรักษาคลองรากฟัน เป็นระยะเวลา 6, 12 และ 18 เดือน พบฟัน 46 ไม่มีอาการใดๆ เหงือกและร่องลึกปริทันต์ปกติ จากภาพรังสีพบมีการหายของรอยโรคอย่างชัดเจน มีการสร้างกระดูกขึ้นมาแทนที่บริเวณที่ถูกทำลายไป

คำสำคัญ: รอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์, ร่องลึกปริทันต์, การรักษาคลองรากฟัน

บทนำ

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์และโรคเนื้อเยื่อใน ได้ถูกอธิบายเป็นครั้งแรกโดย Simring และ Goldberg ในปี 1964⁽¹⁾ เนื้อเยื่อในมีทางติดต่อกับอวัยวะปริทันต์ ได้หลายทาง โดยแบ่งเป็นช่องทางใหญ่ๆ ได้ 2 ทาง คือ (1) Anatomical pathways ได้แก่ รูปลายราก (apical foramen) คลองรากด้านข้าง (lateral canals) คลองราก-เสริม (accessory canals) คลองรากบริเวณแฉกรากฟัน (furcation canals) ท่อเนื้อฟัน (dentinal tubules) ในส่วน รากฟันที่ไม่มีเคลือบรากฟันปกคลุมซึ่งอาจเกิดจากความ-

ผิดปกติโดยธรรมชาติ หรือการสูญเสียเคลือบรากฟัน เนื่องจากอุบัติเหตุหรือการขูดทำความสะอาดรากฟัน (root planing) นอกจากนี้ลักษณะที่ผิดปกติของฟัน เช่น ร่องพาลาโตจิ้นจิวาล (palato-gingival groove) ซึ่งมี โอกาสพบในฟันตัดบนซี่ข้างได้สูงถึงร้อยละ 93.8⁽²⁾ ก็เป็นช่องทางติดต่อระหว่างอวัยวะปริทันต์และเนื้อเยื่อใน ได้ (2) Non-physiological pathways ได้แก่ รอยทะลุ ของคลองรากฟัน รอยร้าวหรือรอยแตกของรากฟัน ดังนั้น เมื่อเกิดการอักเสบติดเชื้อที่อวัยวะหนึ่งเชื้อโรคและสาร-พิษสามารถผ่านช่องทางติดต่อเหล่านี้ไปยังอีกอวัยวะหนึ่ง

ได้ ทำให้เกิดรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ (combined endodontic-periodontal lesions) ขึ้น

การแบ่งประเภทของรอยโรคร่วม

Simon และ คณะ⁽³⁾ แบ่งรอยโรคร่วมตามสาเหตุเบื้องต้นที่ทำให้เกิดโรค เป็น 5 ประเภท คือ

1. รอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิ (primary endodontic lesion)

มีสาเหตุมาจากโรคเนื้อเยื่อในเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการติดเชื้อและการตายของเนื้อเยื่อใน ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันและการละลายของกระดูกหุ้มรากฟัน ซึ่งจะเห็นเป็นเงาดำในภาพรังสี เมื่อเป็นเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจมีการระบายของหนองจากเนื้อเยื่อรอบรากฟันผ่านเอ็นยัดปริทันต์ออกสู่ช่องปากที่บริเวณร่องเหงือก (gingival sulcus) เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์ที่มีลักษณะเฉพาะคือแคบและลึก มักมีเพียงตำแหน่งเดียว บางรายอาจมีเหงือกบวมหรือมีหนองไหลออกจากเหงือก ซึ่งดูคล้ายการเป็นหนองจากโรคปริทันต์ (periodontal abscess) ⁽⁴⁾ รอยโรคร่วมประเภทนี้มักพบฟันผุลึกถึงเนื้อเยื่อในหรือมีวัสดุบูรณะฟันที่ใหญ่และค่อนข้างลึกหรือเคยได้รับการรักษาคคลองรากฟันที่ไม่สมบูรณ์มาก่อนยังคงมีการติดเชื้อภายในคลองรากฟัน

2. รอยโรคปริทันต์ปฐมภูมิ (primary periodontal lesion)

มีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์เพียงอย่างเดียว โดยมีการสะสมของคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย ทำให้เกิดการอักเสบและทำลายอวัยวะปริทันต์ การดำเนินของโรคเริ่มที่ร่องเหงือกไปสู่ปลายราก จะพบว่ามีร่องลึกปริทันต์ที่ลึกทางเข้าของร่องลึกปริทันต์กว้าง และพบได้หลายตำแหน่งรอบซี่ฟัน ฟันยังมีชีวิตมีการตอบสนองปกติต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน ภาพรังสีจะพบว่าการละลายของกระดูก เริ่มจากสันกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) หรือแยกรากฟันลุกลามไปทางปลายราก มักพบฟันหลายซี่ในช่องปากที่เป็นโรคปริทันต์ ยกเว้นโรคปริทันต์ที่มีสาเหตุจากการสะสมของเศษอาหารบริเวณซอกฟัน

เฉพาะตำแหน่ง

3. รอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิตามด้วยโรคปริทันต์-ทุติยภูมิ (primary endodontic lesion with secondary periodontal involvement)

มีสาเหตุเริ่มต้นจากโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิที่เป็นเรื้อรังแล้วไม่ได้รับการรักษาร่วมกับการสะสมของคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายในร่องลึกปริทันต์ที่เป็นทางระบายหนองจากเนื้อเยื่อรอบรากฟันผ่านออกมาทางร่องเหงือก จนเกิดการทำลายอวัยวะปริทันต์อย่างแท้จริง ลักษณะทางคลินิกและอาการคล้ายกับรอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิ แต่จะพบคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายสะสมบนตัวฟันบริเวณร่องเหงือก หรือลึกลงไปร่องลึกปริทันต์ ทางเข้าของร่องลึกปริทันต์กว้าง ไม่แคบเหมือนรอยโรคที่เกิดจากโรคเนื้อเยื่อในเพียงอย่างเดียวเพราะมีการทำลายของกระดูกเนื่องจากมีโรคปริทันต์ร่วมด้วย

4. รอยโรคปริทันต์ปฐมภูมิตามด้วยโรคเนื้อเยื่อในทุติยภูมิ (primary periodontal lesion with secondary endodontic involvement)

มีสาเหตุมาจากการเป็นโรคปริทันต์เป็นเวลานาน ทำให้อวัยวะปริทันต์ถูกทำลายลึกลงไปยังปลายรากฟัน แบคทีเรียและสารพิษจากภายในช่องปากจะผ่านเข้าไปในร่องลึกปริทันต์เข้าสู่คลองรากฟันทางรูปลายรากหรือคลองรากฟันเล็ก ทำให้เกิดการอักเสบและการตายของเนื้อเยื่อในตามมา

5. รอยโรคร่วมที่แท้จริง (true combined lesion)

มีสาเหตุมาจากทั้งโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ ซึ่งต่างแยกเกิดโดยไม่มีโรคใดโรคหนึ่งเป็นสาเหตุเริ่มต้นมาก่อน จะตรวจพบทั้งฟันตาย มีแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายสะสมทำให้อวัยวะปริทันต์ถูกทำลาย และมีร่องลึกปริทันต์ ภาพรังสีพบรอยโรครอบรากฟัน ร่วมกับการละลายของสันกระดูกเบ้าฟันและรอยโรคทั้งสองมาเชื่อมต่อกัน

การรักษาและการพยากรณ์โรค

รอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิ การรักษาคลองรากฟันเพียงอย่างเดียวจะทำให้รอยโรคหายเป็นปกติได้โดย

ไม่ต้องให้การรักษาโรคปริทันต์^(4,5) ส่วนใหญ่ร่องลึกปริทันต์มักดีขึ้นภายใน 2 - 3 สัปดาห์ภายหลังกำจัดแบคทีเรียในคลองรากฟัน ส่วนการหายของกระดูกหุ้มรากฟันต้องใช้เวลาหลายเดือน การพยากรณ์โรคค่อนข้างดีเนื่องจากผลสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับการรักษาคลองรากฟันได้สมบูรณ์ มีรายงานซึ่งแสดงถึงความสำเร็จในการรักษาฟันที่มีรอยโรคร่วมประเภทนี้โดยการรักษาคลองรากฟันเพียงอย่างเดียว⁽⁶⁻⁹⁾ จากการติดตามผลการรักษาพบว่าฟันไม่มีอาการใดๆ และมีการหายของรอยโรคเป็นปกติ

รอยโรคปริทันต์ปฐมภูมิ รักษาเฉพาะโรคปริทันต์เพียงอย่างเดียวไม่จำเป็นต้องรักษาคลองรากฟันเนื่องจากไม่มีโรคเนื้อเยื่อในร่วมด้วย⁽¹⁰⁾ ยกเว้นกรณีฟันหลายรากที่ต้องตัดรากฟันบางรากซึ่งมีโรคปริทันต์รุนแรง จำเป็นต้องรักษาคลองรากฟันก่อน การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคปริทันต์และประสิทธิภาพของการรักษา

รอยโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ร่วมกัน ต้องให้การรักษาทั้งคลองรากฟันและโรคปริทันต์จึงจะเกิดการหายของรอยโรคได้อย่างสมบูรณ์ ควรทำการรักษาคลองรากฟันก่อนเพื่อกำจัดพิษของแบคทีเรียจากคลองรากฟันไม่ให้แพร่สู่อวัยวะปริทันต์ แล้วจึงประเมินสถานะปริทันต์และให้การรักษาโรคปริทันต์ที่เหมาะสมต่อไป^(6,11,12) การพยากรณ์โรคขึ้นกับความรุนแรงของโรคปริทันต์และประสิทธิภาพในการรักษาโรคปริทันต์ ถ้าสามารถทำการรักษาคลองรากฟันได้ดี การรักษาคลองรากฟันและโรคปริทันต์ได้สมบูรณ์ทั้งสองอย่างมีความสำคัญสำหรับการเกิดผลสำเร็จของการรักษาในระยะยาว⁽⁵⁾

รายงานผู้ป่วยนี้แสดงถึงการรักษาฟันกรามล่างที่มีรอยโรคร่วม ระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ประเภทที่มีสาเหตุจากโรคเนื้อเยื่อในเพียงอย่างเดียว ซึ่งรอยโรคที่พบมีลักษณะหลายประการคล้ายกับโรคปริทันต์ การตรวจวินิจฉัยถึงสาเหตุที่แท้จริงของรอยโรคและการวางแผนการรักษาที่ถูกต้องจะนำมาซึ่งความสำเร็จในการรักษา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 26 ปี มาที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลราชวิถี เนื่องจากมีอาการบวมของเหงือกบริเวณฟันกรามล่างขวาเป็นเวลานานหลายเดือน เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์ ได้รับการรักษาโดยการขูดหินปูน เกลารากฟัน 4-5 ครั้งแต่อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวใดๆ

การตรวจทางคลินิกพบฟัน 46 มีเหงือกบวมบริเวณด้านแก้มและมีวัสดุบูรณะฟันประเภทอมัลกัมขนาดใหญ่เคาะไม่เจ็บ ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในด้วยกระแสไฟฟ้า (electric pulp test) ตรวจพบร่องลึกปริทันต์ 1 ตำแหน่ง บริเวณกลางฟันด้านแก้มมีลักษณะแคบและลึก วัดความลึกได้ 10 มิลลิเมตร ส่วนบริเวณอื่นปกติ

ภาพรังสีพบฟัน 46 มีวัสดุบูรณะฟันขนาดใหญ่และค่อนข้างลึก พบรอยโรคมีลักษณะเป็นเงาดำรอบปลายรากฟันทั้งรากใกล้กลางและรากไกลกลาง ลูกกลามไปยังแยกรากฟัน สันกระดูก เบ้าฟันทั้งสองด้านอยู่ในระดับปกติ (ภาพที่ 1)

จากอาการและการตรวจทางคลินิกที่พบเป็นลักษณะของรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ที่มีสาเหตุมาจากโรคเนื้อเยื่อในเพียงอย่างเดียว

การวินิจฉัยฟัน 46 เป็น pulp necrosis with chronic apical abscess วางแผนการรักษาโดยการรักษาคลอง-

ภาพที่ 1 ภาพรังสีของฟัน 46 ก่อนการรักษา



รากฟันเพียงอย่างเดียว ในการรักษาครั้งแรกเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันพบว่ามีการตายของเนื้อเยื่อใน และพบรูเปิดคลองรากฟันด้านใกล้กลาง 2 คลองราก ด้านใกล้กลางเริ่มแรกพบเพียง 1 คลองราก ทำการฉายคลองรากฟันที่พบทั้งหมดในส่วนบนประมาณครึ่งคลองราก ด้วยไฟล์และหัวกรอเกทกลิตเดน (Gate Glidden Drill) ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5.25% แต่เนื่องจากรูเปิดคลองรากฟันด้านใกล้กลางที่พบอยู่ค่อนข้างต่ำด้านแก้มและมีลักษณะค่อนข้างกลม จึงเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันทางด้านลิ้นให้กว้างขึ้นจากนั้นพบรูเปิดคลองรากฟันเพิ่มอีก 1 คลองรากบริเวณด้านลิ้นใกล้กลาง (distolingual) จึงฉายคลองรากฟันส่วนบนและล้างเช่นเดียวกัน ทดความยาวการทำงานโดยใช้เครื่องวัดความยาวรากร่วมกับการถ่ายภาพรังสีระหว่างการนัดแต่ละครั้ง ใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นยาใส่ในคลองรากฟัน และอุดชั่วคราวด้วยเควิต (Cavit, ESPE, Dental-Medizin, GmbH&Co., Seefeld, Germany) แล้วปิดทับด้วยไออาร์เอ็ม (IRM, Caulk Division, Dentsply International Inc., Detroit, USA) อีกชั้นหนึ่ง

หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมารับการรักษาต่อพบว่าเหงือกด้านแก้มยุบบวม ความลึกของร่องลึก ปริทันต์ลดเหลือ 4 มม. ภายในคลองรากฟันแห้งดี จึงทำการขยายคลองรากฟันทั้ง 4 คลองรากจนเสร็จสมบูรณ์ ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5.25% ใส่ยาในคลองรากฟันและอุดชั่วคราว

นัดผู้ป่วยอีก 1 เดือนต่อมา พบว่าการบวมของเหงือกด้านแก้มและร่องลึกปริทันต์หายเป็นปกติ คลองรากแห้งดี จึงทำการลองกัตตาเปอร์ชาแท่งเอก (try main cone) (ภาพที่ 2) ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5.25% แล้วใส่ยาในคลองรากฟันและอุดชั่วคราวเช่นเดิม

อีก 2 สัปดาห์ต่อมา นัดผู้ป่วยมาอุดคลองรากฟันพบว่าฟัน 46 ไม่มีอาการใดๆ เหงือกและร่องลึกปริทันต์ปกติ คลองรากฟันแห้งดี วัสดุอุดชั่วคราวอยู่ในสภาพดี จึงทำการล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ซับ

คลองรากฟันแห้งสนิท แล้วอุดคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชาร่วมกับซีเมนต์สำหรับคลองรากในกลุ่มซิงค์-ออกไซด์ยูจีนอล (zinc oxide-eugenol) โดยวิธีแลเทอรัลคอนเดนเซชัน แล้วอุดชั่วคราวด้วยเควิต (ภาพที่ 3-4)

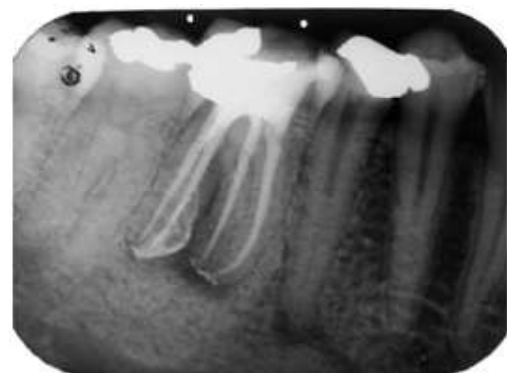
ภาพที่ 2 ภาพรังสีของฟัน 46 แสดงการลองกัตตาเปอร์ชาแท่งเอก



ภาพที่ 3 ภาพรังสีมุมตรงของฟัน 46 ภายหลังการอุดคลองรากฟัน



ภาพที่ 4 ภาพรังสีมุมเฉียงทางด้านใกล้กลางของฟัน 46 ภายหลังการอุดคลองรากฟัน



ภายหลังการอุดคลองรากฟัน 1 สัปดาห์ พบว่า ฟัน ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เหงือกโดยรอบฟันและร่องลึกปริทันต์ปกติ จึงทำการอุดตัวฟันใหม่โดยรองพื้นด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Vitrebond, 3M ESPE, USA) และบูรณะฟันด้วยคอมโพสิตเรซิน (Z350XT, 3M ESPE, USA) เพื่อใช้งานในระหว่างการติดตามผลการรักษาและรอทำครอบฟันต่อไป

การติดตามผลการรักษา เป็นระยะเวลา 6, 12 และ 18 เดือน พบว่าเหงือกและร่องลึกปริทันต์ปกติ ภาพรังสีพบมีการหายของรอยโรคอย่างชัดเจน มีการสร้างกระดูกขึ้นมาแทนที่บริเวณที่ถูกทำลายไป (ภาพที่ 5-7)

วิจารณ์

เนื่องจากโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์มีลักษณะหลายอย่างที่คล้ายคลึงกันและอาจมีความสัมพันธ์กันได้ การตรวจวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างถูกต้อง และการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา⁽¹³⁾ การวินิจฉัยโรคต้องอาศัยการซักประวัติอย่างละเอียดซึ่งจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อบอกถึงแนวโน้มของสาเหตุการเกิดโรค โรคเนื้อเยื่อในผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าเคยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง ต้องกินยาระงับปวด อาจเคยได้รับการบำบัดฉุกเฉินเพื่อดึงเนื้อเยื่อในออก และมักเป็นกับฟันซี่ใดซี่หนึ่งโดยเฉพาะ สำหรับโรคปริทันต์ผู้ป่วยจะปวดแบบตื้อๆ ปวดไม่รุนแรง อาจมีอาการเจ็บเหงือก ฟันโยก และมักเป็นกับฟันหลายซี่ในช่องปาก

การตรวจทางคลินิก ต้องใช้หลายวิธีร่วมกันได้แก่ การตรวจดูสภาพฟัน รอยผุ วัสดุอุด สภาพเนื้อเยื่อปริทันต์ การเคาะ การทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในถ้าฟันยังมีการตอบสนองที่ดี สันนิษฐานว่ามีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์ แต่ถ้าฟันไม่ตอบสนองต่อการทดสอบหรือมีการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น มีอาการปวดเป็นเวลานานภายหลังเอาสิ่งทดสอบออกจะสันนิษฐานว่ามีสาเหตุจากโรคเนื้อเยื่อใน ทั้งนี้การทดสอบความมีชีวิตในฟันหลายรากหรือมีครอบฟันหรือคลองรากฟันดีบอาจมีความคลาด-

เคลื่อนได้⁽¹⁴⁾

การตรวจร่องลึกปริทันต์เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการวินิจฉัยสาเหตุที่แท้จริงของรอยโรค นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการแตกของรากฟันในแนวดิ่ง (vertical root

ภาพที่ 5 ภาพรังสีการติดตามผลภายหลังการรักษาคลองรากฟัน 6 เดือน



ภาพที่ 6 ภาพรังสีการติดตามผลภายหลังการรักษาคลองรากฟัน 12 เดือน



ภาพที่ 7 ภาพรังสีการติดตามผลภายหลังการรักษาคลองรากฟัน 18 เดือน



fracture) ด้วย เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุของการเกิดร่องลึกปริทันต์ที่มีลักษณะแคบและลึกได้ มักพบในฟันที่เคยได้รับการรักษาลงรากฟันหรือใส่เดือยฟัน หรือฟันที่ต้องรับแรงบดเคี้ยวมาก ซึ่งการดูการแตกหรือร้าวอาจเห็นได้ไม่ชัด ควรตรวจให้ละเอียดเพิ่มเติม เช่น การใช้แสงการใช้สีย้อม หรือการกัด tooth slooth เป็นต้น⁽⁴⁾

การตรวจโดยใช้ภาพรังสี การละลายของกระดูกบริเวณแยกรากฟันจะพบได้ทั้งโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์สามารถแยกโรคได้โดยตรวจดูระดับสันกระดูกเบ้าฟันทั้งด้านใกล้กลาง และไกลกลางของฟันซี่นั้นถ้าอยู่ในระดับปกติแสดงว่ามีสาเหตุมาจากโรคเนื้อเยื่อใน

จากการตรวจฟัน 46 ของผู้ป่วยรายนี้พบรอยโรคซึ่งมีลักษณะหลายประการที่คล้ายกับโรคปริทันต์ได้แก่การมีเหงือกบวมและร่องลึกปริทันต์ ภาพรังสีมีเงาดำบริเวณแยกรากฟันจากการละลายของกระดูก ฟันซี่นี้เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์และได้รับการรักษาโรคปริทันต์มาก่อนหลายครั้ง แต่อาการไม่ดีขึ้นเมื่อตรวจโดยละเอียดพบว่าฟันซี่นี้มีวัสดุบูรณะฟันขนาดใหญ่และค่อนข้างลึก ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในด้วยกระแสไฟฟ้า ร่องลึกปริทันต์มีลักษณะแคบและลึก พบเพียง 1 ตำแหน่ง ซึ่งเป็นลักษณะของร่องลึกปริทันต์ที่เป็นทางระบายของหนองจากเนื้อเยื่อรอบรากฟันเนื่องจากการติดเชื้อมากของเนื้อเยื่อใน จากภาพรังสีไม่พบการละลายของสันกระดูกเบ้าฟัน สันกระดูกเบ้าฟันทั้งด้านใกล้กลางและไกลกลางอยู่ในระดับปกติ

จากลักษณะต่างๆ ที่ตรวจพบเพิ่มเติมนี้ ให้การวินิจฉัยว่ารอยโรคของฟัน 46 เป็นรอยโรคร่วมประเภทที่มีสาเหตุจากโรคเนื้อเยื่อในเพียงอย่างเดียว ไม่มีโรคปริทันต์เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงวางแผนรักษาลงรากฟันเพียงอย่างเดียว พบว่าอาการบวมของเหงือกหายไป ร่องลึกปริทันต์ดีขึ้นเป็นปกติ และมีการหายของกระดูกหุ้มรากฟันโดยมีการสร้างกระดูกขึ้นมาแทนที่บริเวณที่ถูกทำลายไปซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงได้จากภาพรังสี

ผลการรักษานี้สอดคล้องกับรายงานของ Lim และคณะ⁽¹⁵⁾ และ Yoneda และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งทำการรักษาฟันที่

มีรอยโรคร่วมประเภทเดียวกันนี้โดยการรักษาลงรากฟันเพียงอย่างเดียว จากการติดตามผลภายหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 8 ปี และ 5 ปีตามลำดับ พบว่า อาการต่างๆ และรอยโรคหายเป็นปกติ

การทำความสะอาดและอุดคลองรากฟันได้ครบและสมบูรณ์ทุกคลองรากเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของความสำเร็จในการรักษาลงรากฟัน ฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งส่วนมากมี 3 คลองราก โดยรากด้านใกล้กลางมี 2 คลองราก รากด้านไกลกลางมี 1 คลองราก มีรายงานการพบรากด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งมี 2 คลองรากร้อยละ 38⁽¹⁷⁾ จึงเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการรักษาลงรากฟันให้สมบูรณ์ ผู้ป่วยรายนี้เริ่มแรกพบรูเปิดคลองรากฟันด้านใกล้กลางเพียง 1 คลองราก มีขนาดเล็ก ลักษณะค่อนข้างกลมและอยู่ค่อนข้างไปทางด้านแก้ม จึงสงสัยว่าน่าจะมีคลองรากฟันด้านไกลกลางอีกคลองรากหนึ่ง เมื่อเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันด้านไกลกลางให้กว้างขึ้นไปทางด้านลิ้น พบรูเปิดคลองรากฟันบริเวณด้านลิ้น-ไกลกลาง (distolingual) อีก 1 คลองราก ฟันซี่นี้จึงมี 4 คลองราก

การรักษาลงรากฟันที่ไม่สามารถทำเสร็จภายในครั้งเดียวควรได้รับการปิดส่วนบนของฟันด้วยวัสดุบูรณะฟันชั่วคราวที่สามารถป้องกันการรั่วซึมของแบคทีเรียจากภายในช่องปากเข้าไปในคลองรากฟันได้ดีและมีความแข็งแรงพอที่ผู้ป่วยจะใช้เคี้ยวอาหารได้ในระหว่างการนั้รักษาลงรากฟัน วัสดุบูรณะฟันชั่วคราวที่นิยมใช้ได้แก่ ไออาร์เอ็ม (IRM, Caulk Division, Dentsply International Inc., Detroit, USA) ซึ่งเป็น polymer-reinforced zinc oxide-eugenol cement จึงมีความแข็งแรงต้านทานแรงบดเคี้ยวได้ค่อนข้างดี เควิต (Cavit, ESPE, Dental-Medizin, GmbH&Co., Seefeld, Germany) คือวัสดุบูรณะฟันชั่วคราวสำเร็จรูป เป็น zinc oxide ที่ไม่มี eugenol ในส่วนประกอบ มีความแข็งแรงน้อยกว่าไออาร์เอ็ม แต่มีคุณสมบัติด้านการรั่วซึมที่ดีกว่า⁽¹⁸⁾ Hage-meier และคณะ⁽¹⁹⁾ จึงแนะนำให้ใช้ไออาร์เอ็มซึ่งมีความแข็งแรงมากกว่าปิดทับบนเควิตอีกชั้นหนึ่งในการบูรณะ

ฟันชั่วคราวระหว่างการรักษาลงรากฟัน เพื่อให้ได้คุณสมบัติการต้านการรั่วซึมที่ดีของเควิตและความแข็งแรงของไออาร์เอ็ม ความหนาของวัสดุบูรณะฟันชั่วคราว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณสมบัติในการต้านการรั่วซึม ซึ่งควรมีความหนาอย่างน้อย 3.5 - 4.0 มิลลิเมตร จึงจะมีคุณสมบัติต้านการรั่วซึมได้ดีที่สุด⁽²⁰⁾

จากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะภายหลังการรักษาคลองรากฟัน พบว่าฟันไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เหงือกและร่องลึกปริทันต์ปกติ ภาพรังสีพบการหายของรอยโรคอย่างชัดเจน มีการสร้างกระดูกขึ้นมาแทนที่บริเวณที่ถูกทำลายไป การพยากรณ์โรคของฟันซี่นี้ค่อนข้างดีเนื่องจากสามารถรักษาลงรากฟันได้อย่างสมบูรณ์เป็น การกำจัดสาเหตุที่แท้จริงของโรค และวัสดุบูรณะฟัน ภายหลังการรักษาคลองรากฟันอยู่ในสภาพดีไม่มีการแตกหรือรั่วซึม จึงทำการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อครอบฟันต่อไป

รายงานผู้ป่วยนี้เน้นถึงความสำคัญของการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของรอยโรคที่ต้องเนื่องจากรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์แต่ละประเภทนั้น มีลักษณะหลายประการที่คล้ายกัน ซึ่งการวินิจฉัยทำได้ค่อนข้างยากอาจได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นสิ่งที่พบอยู่เสมอ ผู้ป่วยรายนี้เคยได้รับการวินิจฉัยว่า รอยโรคมีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์และได้รับการรักษาโรคปริทันต์มาก่อนหลายครั้งแต่อาการไม่ดีขึ้น การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เลือกวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้กำจัดสาเหตุที่แท้จริงของรอยโรค อาการต่างๆ และรอยโรคจึงไม่หายหรืออาจลุกลามมากขึ้น นอกจากนี้ การรักษาโรคปริทันต์ เช่น การเกลารากฟันหรือการทำคัลลยปริทันต์ ในฟันที่มีรอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิแต่ไม่มีโรคปริทันต์ร่วมด้วยจะทำลายการยึดเกาะของเนื้อเยื่อปริทันต์ ทำให้การหายของร่องลึกปริทันต์ช้าลง ผู้ป่วยเสียเวลา และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้ฟันอาจต้องถูกถอนออกไปโดยไม่จำเป็นเนื่องจากได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องว่าเป็นโรคปริทันต์ขั้นรุนแรงหรือมีการแตกของรากฟันแนวดิ่ง Asgary และ Fazlyab⁽²¹⁾ รายงานการรักษาฟัน 46 ที่มีรอยโรคบริเวณแยกรากฟันซึ่งในเบื้องต้น ได้

รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์ และได้รับการรักษาโดยการทำคัลลยปริทันต์แต่รอยโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา เมื่อทำการตรวจเพิ่มเติมให้การวินิจฉัยใหม่ว่ามีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในคลองรากฟัน จึงให้การรักษาคลองรากฟัน จากการติดตามผลภายหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 12 เดือนพบว่าการหายของรอยโรคอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ รายงานนี้ยังแสดงให้เห็นว่า ฟันที่มีรอยโรครอบรากฟันขนาดใหญ่ ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อในคลองรากฟันสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาลงรากฟันโดยไม่ใช้วิธีศัลยกรรม (non-surgical root canal treatment)^(22,23) Ricucci และคณะ⁽²⁴⁾ ศึกษาความสำเร็จของการรักษาลงรากฟันโดยไม่ใช้วิธีศัลยกรรม พบว่าในฟันไม่มีชีวิตที่มีรอยโรครอบปลายรากฟันมีอัตราความสำเร็จร้อยละ 82.7 โดยรอยโรคที่มีขนาดน้อยกว่า 5 มิลลิเมตรพบอัตราความสำเร็จร้อยละ 86.6 และรอยโรคที่มีขนาด 5 มิลลิเมตรขึ้นไปพบอัตราความสำเร็จร้อยละ 78.2 ในขณะที่การศึกษาของ Moazami และคณะ⁽²⁵⁾ พบอัตราความสำเร็จร้อยละ 89.7 ในฟันไม่มีชีวิตที่มีรอยโรครอบรากฟันขนาดต่างๆ กัน โดยขนาดของรอยโรคไม่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษา ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเพื่อเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม ไม่ทำศัลยกรรมปลายรากโดยไม่จำเป็น ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากการทำศัลยกรรมลงได้ รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการพยากรณ์โรคที่ถูกต้อง ไม่ถูกถอนฟันไปก่อนเวลาอันควร

สรุป

การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ได้ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดความสำเร็จในการรักษารอยโรคร่วมประเภทรอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิมิลักษณะคล้ายรอยโรคปริทันต์หลายประการ ได้แก่ เหงือกบวม มีร่องลึกปริทันต์ พบเงาดำบริเวณแยกรากฟันเนื่องจากการมีละลายของกระดูก

ทำให้อาจริญฉินยผดพลดว้รอยโรคที่พบมีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์ การรักษาโรคปริทันต์ในฟันประเภทนี้ ไม่ทำให้รอยโรคหายได้ เนื่องจากไม่ได้กำจัดสาเหตุที่แท้จริงของรอยโรค ดังนั้น จึงต้องทำการตรวจวินิจฉัยแยกโรคอย่างละเอียดรอบคอบเพื่อหาสาเหตุของรอยโรคได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Simring M, Goldberg M. The pulpal pocket approach: retrograde periodontitis. *J Periodontol* 1964;35:22-48.
2. Withers JA, Brunsvold MA, Killoy WJ, Rahes AJ. The relationship of palato-gingival groove to localized periodontal disease. *J Periodontol* 1981;52:41-4.
3. Simon JH, Glick DH, Frank AL. The relationship of endodontic periodontic lesions. *J Periodontol* 1972;43:202-8.
4. Rotstein I, Simon JH. Diagnosis, prognosis and decision making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. *Periodontol* 2004;34:165-203.
5. Sunitha VR, Emmadi P, Namasivayam A, Thyegarajan R, Rajaraman V. The periodontal-endodontic continuum: a review. *J Conserv Dent* 2008;11:54-62.
6. Aksel H, Serper A. A case series associated with different kinds of endo-perio lesions. *J Clin Exp Dent* 2014;6:91-5.
7. Jivoinovici R, Suciu I, Dimitriu B, Perlea P, Bartok R, Malita M, et al. Endo-periodontal lesion-endodontic approach. *J Med Life* 2014;7:542-4.
8. Agrabawi J, Jarbawi MM. The healing potential of periodontal-endodontic lesions. *Int Dent J* 2004;54:166-70.
9. Sartori S, Silvestri M, Cattaneo V. Endoperiodontal lesion. A case report. *J Clin Periodontol* 2002;29:781-3.
10. Benatti BB, Carvalho MD, Gomes BP, de Toledo S, Nociti Jr FH, Nogueira-Filho Gda R. Importance of differential diagnosis in endodontic-periodontal lesions: case reports. *Gen Dent* 2003;51:246-8.
11. Kambale S, Aspilli N, Munavalli A, Aigaonkar N, Babannavar R. A sequential approach in treatment of endo-perio lesion a case report. *J Clin Diagn Res* 2014;8:22-4.
12. Gorkhali RS, Pradhan S. The endodontic-periodontal lesion: a case report. *J Nepal Dent Assoc* 2010;11:56-8.
13. Nirola A, Grover S, Sharma A, Kaur D. Pulpal perio relations: interdisciplinary diagnostic approach - I. *J Indian Soc Periodontol* 2011;15:80-2.
14. Gopikrishna V, Pradeep G, Venkateshbabu N. Assessment of pulp vitality: a review. *Int J Paediatr Dent* 2009;19:3-15.
15. Lim JH, Lee JH, Shin SJ. Diagnosis and treatment of teeth with primary endodontic lesions mimicking periodontal disease: three cases with long-term follow ups. *Restor Dent Endod* 2014;39:56-62.
16. Yoneda M, Suzuki N, Macedo SM, Anan H, Hirofujii T. Confusing endodontic cases: case series report. *Smile Dent J* 2011;6:26-31.
17. Skidmore AE, Bjorndal AM. Root canal morphology of the human mandibular first molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971;32:778-84.
18. Deveaux E, Hildelbert P, Neut C, Romond C. Bacterial microleakage of Cavit, IRM, TERM, and Fermit: a 21-day in vitro study. *J Endod* 1999;25:653-9.
19. Hagemeyer MK, Cooley RL, Hicks JL. Microleakage of five temporary endodontic restorative materials. *J Esthet Dent* 1990;2:166-9.
20. Chohayeb AA, Bassiouny MA. Sealing ability of intermediate restorative used in endodontics. *J Endod* 1985;11:241-44.
21. Asgary S, Fazlyab M. Management of failed periodontal surgical intervention for a furcal lesion with a nonsurgical endodontic approach. *Restor Dent Endod* 2014;39:115-9.
22. Saatchi M. Healing of large periapical lesion: a non-surgical endodontic treatment approach. *Aust Endod J* 2007;33:136-40.
23. Sood N, Maheshwari N, Gothi R, Sood N. Treatment of large periapical cyst like lesion: a noninvasive approach: a report of two cases. *Int J Clin Pediatr Dent* 2015;8:133-7.

24. Ricucci D, Russo J, Rutberg M, Burleson JA, Spangberg LS. A prospective cohort study of endodontic treatments of 1, 369 root canals: results after 5 years. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:825–42.
25. Moazami F, Sahebi S, Sobhnamayan F, Alipour A. Success rate of nonsurgical endodontic treatment of nonvital teeth with variable periradicular lesions. *Iran Endod J* 2011;6:119–24.

Abstract: Treatment of Tooth with Combined Endodontic–Periodontal Lesion: a Case Report

Wirongrong Traisuwan, D.D.S.

Department of Dentistry, Rajavithi Hospital, Bangkok

Journal of Health Science 2016;25:920–8.

Endodontic, periodontal and combined endodontic–periodontal lesions may share common clinical manifestations that interrelate to each other. Correct diagnosis of the primary cause of lesion is crucial for successful treatment. A 26-year-old woman presented with gingival swelling on right lower molar. Clinical examination revealed gingival swelling in buccal area of tooth 46 with large amalgam restoration and presence of a periodontal pocket at midbuccal of the tooth. An intraoral periapical radiograph of tooth 46 revealed periapical radiolucent lesion which extended to furcation area. Furcation bone loss was noted. These initial manifestations were compatible with periodontal disease. However, electric pulp test of this tooth was negative. Vigilant examination showed only solitary deep and narrow pocket and the radiograph showed that the level of alveolar crest in both mesial and distal sides of tooth 46 was normal. These additional findings confirmed that the lesion was endodontic origin. Primary endodontic lesion was diagnosed and the woman underwent merely conventional root canal treatment. Periodic recalls were performed at 6, 12 and 18 months after the completion of root canal treatment. Tooth 46 was found to be asymptomatic. The gingival condition was good and the periodontal pocket was normal. The healing of periapical and furcation lesions was also presented. Radiographic examination showed regeneration of bone in the areas.

Key words: endodontic–periodontal lesion, periodontal pocket, root canal treatment