

รายงานผู้ป่วย

CASE REPORT

การปลูกฟันลักษณะตั้งใจ

Intentional Replantation

จิตศพร นิพนธ์กิจ ท.บ., ส.ม.

Chittporn Niponkit, D.D.S., M.P.

โรงพยาบาลแม่สาย

Mae Sai Hospital

จังหวัดเชียงราย

Mae Sai, Chiang Rai.

บทคัดย่อ

การปลูกฟันลักษณะตั้งใจเป็นความพยายามครั้งสุดท้าย ที่จะเก็บรักษาฟันที่ล้มเหลวจากการรักษาและไม่สามารถทำศัลยกรรมแก้ไขพยาธิสภาพ ผู้ป่วยรายแรกได้รับการปลูกฟันลักษณะตั้งใจเป็นเวลา 12 ปี สภาพของฟันและอวัยวะปริทันต์ไม่พบอาการใดๆ ทางคลินิกเงาไปร่องรังสีของภาพถ่ายภาพรังสีแสดงถึงการละลายตัวของฟันและกระดูกฟัน ผู้ป่วยรายที่สองได้รับการปลูกฟันลักษณะตั้งใจเนื่องจากฟันซี่ #31 มีอาการเคาะเจ็บและรุ่มแผลชอนทะลุด้านริมฝีปากของเหงือกทำการถอนฟันออกมารักษาคลองรากฟัน และตัดปลายรากก่อนกลับในเข้ากระดูกเดิมฟันถูกยึดกับฟันซี่ #41 และ #32 ด้วยคอมโพสิตเรซินชนิดแข็งตัวด้วยแสงสภาพทางคลินิกและภาพถ่ายภาพรังสี แสดงการหายของแผลบริเวณเหงือกเข้ากระดูกและปลายรากฟันมีสภาพปกติและไม่พบการละลายตัวของรากฟัน

ABSTRACT

Intentional replantation is the final attempt to save a tooth when endodontic surgery is not feasible and previous treatment have been insuccessful. In the first reported case, the tooth still had acceptable appearance and was asymptomatic after twelve year replantation. Radiographically there were radiolucency around the root and resorption defect in the apical area. In the

second reported case, the tooth #31 was tender to percussion and forming fistula on labial aspect of gingiva. An apicoectomy and retrofill was performed and the root was replanted into the socket. The tooth required splinting between #32 and #41 with light cured camposite resin. At six-month follow - up, clinical and radiograph show complete healing of the gingiva tissue and of the socket, and radiograph show complete healing of the gingiva tissue and of the socket and periapical area with no sign of root resorption.

บทนำ

การปลูกฟัน (Replantation) คือการนำฟันที่เคลื่อนหรือหลุดจากเบ้ากระดูกโดยมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ กลับสู่เบ้ากระดูกเดิม ส่วนการปลูกฟัน ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยวิธีปกติ หรือฟันที่ล้มเหลวจากการรักษาลongรากฟันด้วยการถอนฟันและแก้ไขพยาธิสภาพ แล้วนำปลุกกลับสู่เบ้ากระดูกเดิม เรียกการปลูกฟันลักษณะตั้งใจ (intentional replantation) วิธีนี้เริ่มใช้เมื่อ ค.ศ. 1877 และมีผู้เขียนรายงานมากมายเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ข้อห้าม วิธีการรักษาและผลการรักษา ข้อบ่งชี้ของการรักษา คือ ผู้ป่วยต้องการเก็บฟันที่ล้มเหลวจากการรักษาลongรากฟัน หรือไม่สามารรถรักษาด้วยวิธีปกติ เพราะการอุดต้นจากเครื่องมือรักษาลongรากฟันหักขวางอยู่ปลายรากฟันโค้งงอมาก รากฟันเกิดการละลายตัวซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยวิธีรักษาลongรากฟันธรรมดาหรือทำศัลยกรรม เพราะข้อจำกัดทางกายวิภาคศาสตร์โดยเฉพาะฟันล่าง แต่ผู้ป่วยยืนยันที่จะเก็บ

รักษาฟันซี่นั้นๆ ให้นานที่สุด ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาควรมีความรู้และชำนาญการทางศัลยศาสตร์และวิทยาเอนโดคอนต์ (endodontic) ด้วยการถอนฟันและปลูกฟันด้วยความระมัดระวังโดยไม่ทำอันตรายต่อผิวรากฟันและกระดูกเบ้าฟัน ขณะเดียว การรักษาลongรากฟันนอกปากควรีใช้เวลาน้อยที่สุดและรากฟันควรหุ้มผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือที่มีความเข้มข้น 0.5% ซึ่งรักษาสภาพของเอ็นยึดปริทันต์ ส่วนข้อบ่งห้ามควรพิจารณาถึงโรคทางระบบร่างกายและสภาพของฟันและอวัยวะปริทันต์ที่เป็นปัญหาต่อการทำศัลยกรรม⁽¹⁻⁷⁾

รายงานผู้ป่วย

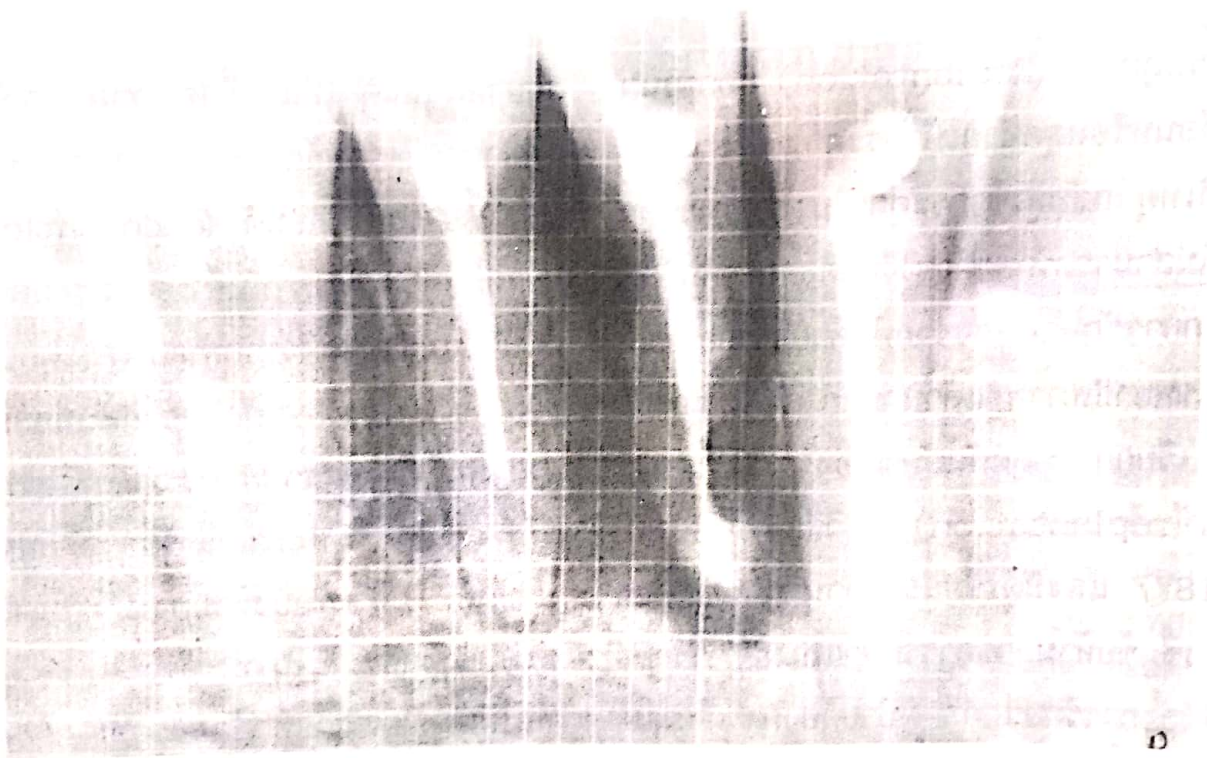
รายงานผู้ป่วยนี้เป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่ผู้เขียนได้ทำการรักษาด้วยการปลูกฟันลักษณะตั้งใจจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย ในการปฏิบัติงานราชการที่โรงพยาบาลชุมชนตลอดระยะเวลา 14 ปี

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิง อายุ 37 ปี อาชีพแม่บ้านได้รับการรักษาด้วยการปลูกฟันลักษณะตั้งใจเมื่อ พ.ศ. 2522 คือ ประมาณ 12 ปี สภาพทางคลินิกของฟันและอวัยวะปริทันต์มีสภาพ ฟันซี่ #41 ไยกเล็ก

น้อย ภาพถ่ายรังสีแสดงเงาโปร่งรังสี (Radio-lucent) ที่ผิวฟันและกระดูกเขี้ยวฟันซึ่งแสดงถึงการละลายตัวของฟันและกระดูกเขี้ยวฟัน (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ภาพถ่ายรังสีแสดงเงาโปร่งรังสีที่ผิวฟันและกระดูกเขี้ยวฟันของฟันซี่ #31



ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยสมณเพศ ชายอายุ 27 ปี มาปรึกษาที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ด้วยอาการบวม และหนองไหลออกทางด้านริมฝีปากของฟันหน้าล่างซี่ #31 หลังจากรักษาคลองรากฟันประมาณ 2 ปี ทันตแพทย์

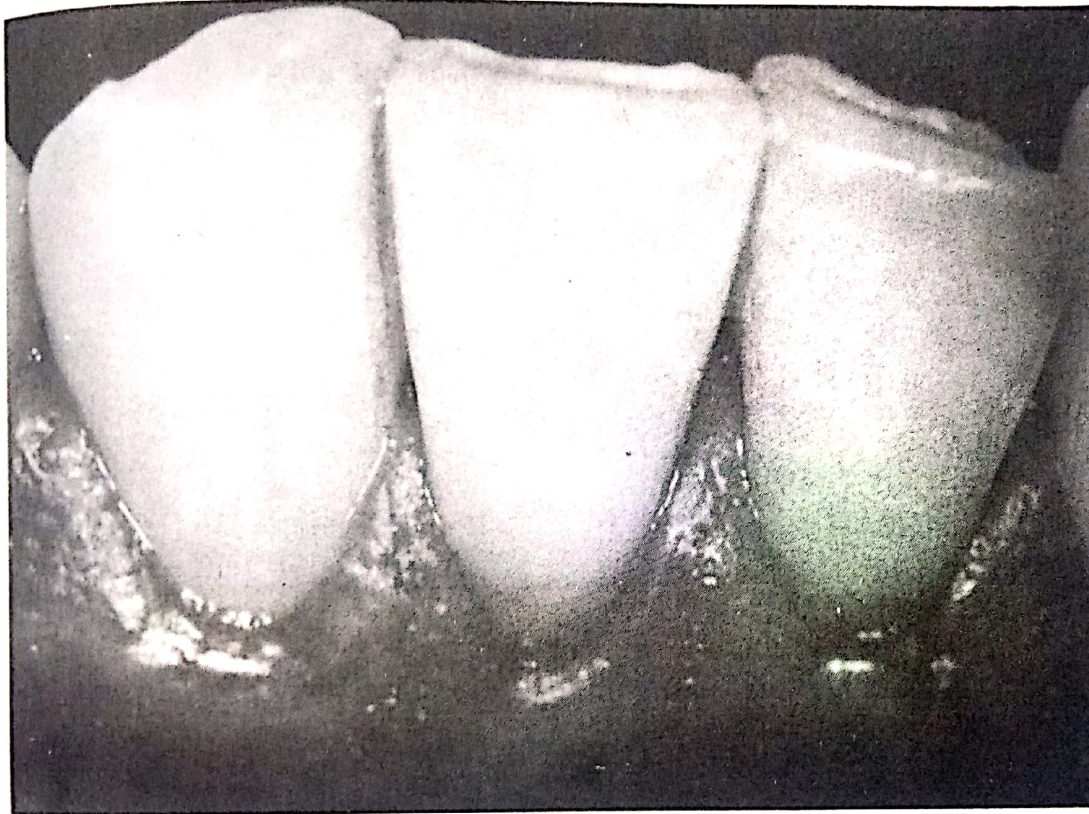
ที่ทำการรักษาได้แนะนำให้ถอนฟันและใส่ฟันปลอมทดแทน แต่ผู้ป่วยต้องการรักษาฟันไว้ให้นานที่สุด การตรวจร่างกายทั่วไป สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยแข็งแรง และไม่มีโรคทางระบบอื่นของร่างกาย

การตรวจภายในช่องปาก ฟันซี่ #31 พบ

ลักษณะการเปลี่ยนสี ฟันโยกมาก เคาะเจ็บ และมีรูแผลซอนทะลุ (fistula) ทางด้านริมฝีปาก และห่างจากขอบเหงือกประมาณ 4 มิลลิเมตร

(รูปที่ 2) จากการซักประวัติ แสดงถึงฟันซี่ #31 ได้รับการรักษาคลองรากฟันประมาณ 2 ปี

รูปที่ 2 ภาพถ่ายแสดงลักษณะทางคลินิกของฟันซี่ #31 มีลักษณะการเปลี่ยนสี



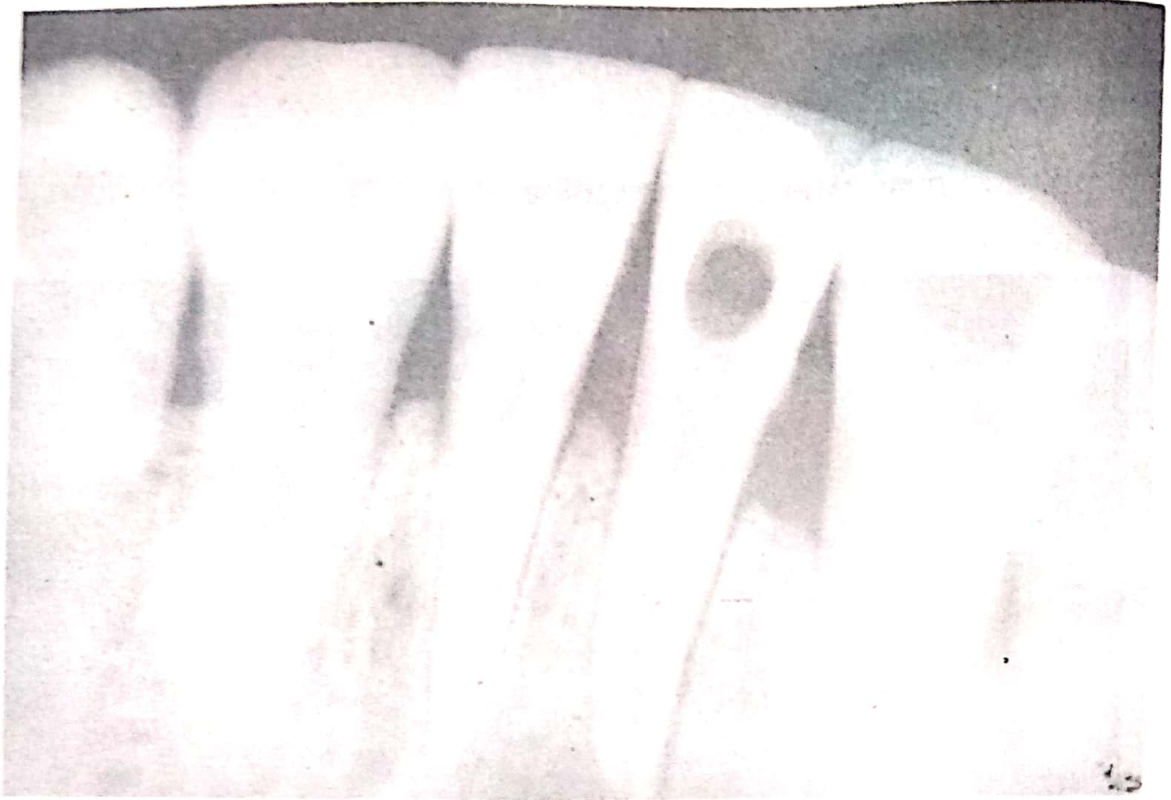
การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี พบเงาไปรงสี บริเวณปลายรากฟัน ขนาด 2 x 2 มิลลิเมตร และเงาไปรงสีของช่องเอ็นยึดปริทันต์ทางด้านไกลกลาง (distal) มีความกว้างมากกว่าทางด้านใกล้กลาง (mesial) (รูปที่ 3)

การวินิจฉัย ฟันซี่ #31 เป็นฝีเนื้อเยื่อในฟันอักเสบชนิดเรื้อรัง (Chronic dentoalveolar abscess)

การรักษา

1. การถอนฟัน หลังจากฉีดยาชาเฉพาะตำแหน่งด้วยยานีโอลลีโคเคน (Neo-Lidocaine 2%) ประมาณ 3 นาทีใช้คีมถอนฟันซี่ #31 อย่างระมัดระวัง โดยทำอันตรายต่อฟันและอวัยวะปริทันต์น้อยที่สุด และใช้เครื่องมือคิวเรตต์ (surgical curette) ขูดกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) และรูแผลซอนทะลุ

รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีแสดงเงาไปรงรังสีของเงินยึดปริทันต์ทางด้านไกลกลางของฟันซี่ #31



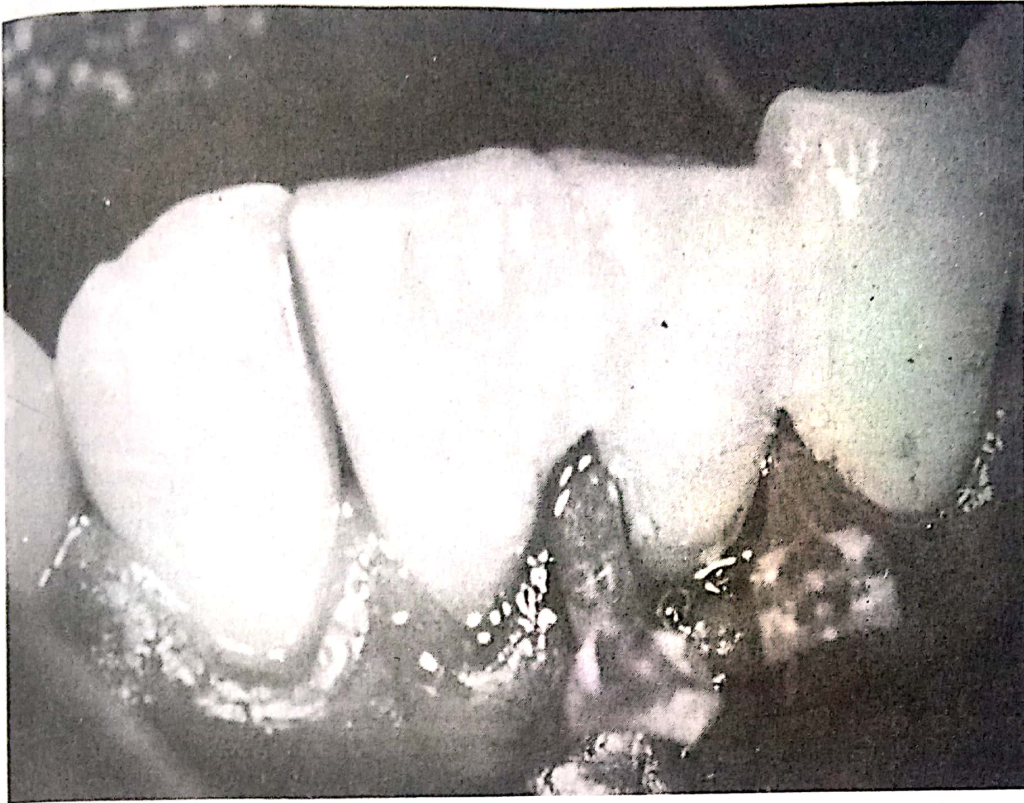
หลังจากนั้นล้างบริเวณแผลถอนฟันด้วยน้ำเกลือที่มีความเข้มข้นร้อยละ 0.5 และให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อชปิดแผลเพื่อห้ามเลือด

2. ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือที่มีความเข้มข้น 0.5% ลักษณะหมาดๆ หุ่นปลายรากฟันขณะที่ทำการรักษาคลองรากฟันนอกปาก แล้วตัดปลายรากฟันออกประมาณ 2 มิลลิเมตรด้วยเข็มกรอเพชรทรงเรียว (diamond fissure bur) และใช้เข็มกรอเพชรทรงกลมที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.8 มิลลิเมตรกรอเป็นโพรง และอุดด้วยคอมโพสิตเรซินชนิดแข็งตัวด้วยแสง (light composite resin) จึงนำฟันที่รักษาคลองรากฟันและตัด

ปลายรากแช่ในน้ำเกลือที่มีความเข้มข้น 0.5% และนำมาใส่กลับลงเข้ากระดูกเดิมโดยกดให้เข้าที่ และให้ปริมาณเลือดที่แข็งตัวอยู่ในเบ้ากระดูกน้อยที่สุด โดยไม่มีน้ำลายปนเปื้อน เวลาที่ใช้ตั้งแต่ถอนฟันจนกระทั่งปลุกฟันกลับสู่เข้ากระดูกเดิมใช้เวลา 12 นาที

3. การยึดฟันซี่ #31 ติดกับ #41 และ #32 ด้วยคอมโพสิตเรซินชนิดแข็งตัวด้วยแสงโดยไม่รบกวนการสบฟัน และช่องว่างระหว่างฟันกว้างพอที่ผู้ป่วยสามารถใช้เส้นใยขัดฟันในการทำมาสะอาด (รูปที่ 4)

รูปที่ 4 ภาพถ่ายแสดงการยึดฟันซี่ #31 ติดกับ #41 และ #32 ด้วยคอมโพสิตเรซิน ชนิดแข็งตัวด้วยแสง



4. จ่ายยาเตตราซัยคลิน ไฮโดรคลอไรด์ (tetracycline hydrochloride) ขนาด 250 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 4 ครั้ง (หลังอาหารและก่อนนอน) เป็นเวลา 5 วัน และ ibuprofen ขนาด 200 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 3 ครั้ง (หลังอาหาร) เป็นเวลา 5 วัน

5. หลังจากรักษา 2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วย มาตรวจทางคลินิก ไม่พบรูแผลซอนทูลทางด้านริมฝีปาก และเหงือกมีสภาพปกติ และกรอว์สตุที่ยึดฟันซี่ #41-32 ออกเพื่อไม่ให้เกิดการละลายของเคลือบรากฟัน และการเชื่อมติดของเคลือบ

รากฟันกับกระดูกเบ้าฟันเป็นเนื้อเดียวกัน (ankylosis)

6. หลังจากรักษา 8 สัปดาห์ นัดผู้ป่วย มาตรวจทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีฟันอวัยวะปริทันต์ทำหน้าที่ปกติ และภาพถ่ายรังสีไม่แสดงพยาธิสภาพใดๆ (รูปที่ 5)

7. หลังจากรักษา 6 เดือน การตรวจทางคลินิกพบว่า เหงือกและอวัยวะปริทันต์มีสภาพปกติ ฟันไม่โยก จากการตรวจทางภาพถ่ายรังสีพบว่า ไม่มีพยาธิสภาพใดๆ ปรากฏ (รูปที่ 6)

รูปที่ 5 ภาพถ่ายแสดงฟันซี่ #31 หลังจากการปลูกฟันลักษณะตั้งใจประมาณ 2 เดือน



รูปที่ 6 ภาพถ่ายรังสีแสดงการหายของอวัยวะปริทันต์



บทวิจารณ์และสรุป

หลังจากการปลูกฟันลักษณะตั้งใจ เซลล์ของ เอ็นยึดปริทันต์ทำหน้าที่ซ่อมแซมให้ผลหาย โดยเกิดการละลายตัวและซ่อมแซมของเคลือบรากฟัน เรียกว่า การละลายตัวลักษณะพื้นผิว (surface resorption) หรือการละลายตัวลักษณะอักเสบ (inflammatory) โดยเคลือบรากฟันมีลักษณะเป็นโพรงซึ่งไม่มีการยึดตัวของอวัยวะปริทันต์และการละลายตัวลักษณะทดแทน (replacement resorption) โดยการเชื่อมติดของเคลือบรากฟันกับกระดูกเบ้าฟันเป็นเนื้อเดียวกัน(7-8) ดังนั้น รากฟันเกิดการละลายตัวและการทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะปริทันต์ เป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงอันไม่พึงประสงค์ของการปลูกฟันลักษณะตั้งใจ โดยมีสาเหตุจากช่วงระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกเบ้ากระดูกนานเกินไป เอ็นยึดปริทันต์และกระดูกเบ้าฟันถูกทำลายขณะถอนฟัน ชนิดและระยะเวลาการยึดฟันที่ปลูกกับฟันข้างเคียง สภาพของอวัยวะปริทันต์และรากฟัน การปนเปื้อนของน้ำลายขณะปลูกฟันสู่เบ้ากระดูก และสาเหตุๆ อื่นร่วม ด้วย(9-13)

จากการที่ได้ทำการรักษาการปลูกฟันลักษณะตั้งใจจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2522 ถึง 2534 โดยผู้ป่วยรายแรก พบรากฟันและอวัยวะปริทันต์มีการละลายตัว แต่ลักษณะทางคลินิกมีสภาพค่อนข้างปกติ และฟันสามารถทำหน้าที่ได้อีกระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจถูกถอนออกในที่สุด และจากการศึกษาผลงานวิจัยและรายงานผู้ป่วย

จากวารสารต่างประเทศเพื่อปรับปรุงวิธีการรักษา จึงสรุปวิธีการปลูกฟันลักษณะตั้งใจ ดังนี้ คือ

1. การปลูกฟันลักษณะตั้งใจเป็นความพยายามครั้งสุดท้ายที่จะเก็บรักษาฟันไว้โดยเฉลี่ย 5 - 10 ปี(1,5-7,14-16)

2. การเลือกฟันที่จะปลูก การวางแผนการรักษา ความร่วมมือของผู้ป่วยใน การรักษาอนามัยช่องปาก และการติดตามผลทางคลินิกและภาพรังสี(2,5-6,14)

3. เอ็นยึดปริทันต์ที่ยึดระหว่างเคลือบรากฟันและผิวกระดูกเบ้าฟันเป็นสิ่งจำเป็นในการหายของแผลหลังจากการถอนและปลูกฟันสู่เบ้ากระดูกเดิม ดังนั้น การถอนฟันควรระมัดระวังขณะการรักษาคลองรากฟันนอกเบ้ากระดูก ควรหุ้มรากฟันด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือที่มีความเข้มข้น 0.5% และเวลาที่ใช้ประมาณ 15 - 30 นาที

4. การยึดฟันที่ปลูกกับฟันข้างเคียงด้วยวัสดุอุดฟัน ควรไม่รบกวนต่อการสบฟันและช่วงระยะเวลาไม่เกิน 14 วัน เพื่อป้องกันการละลายตัวของเคลือบรากฟัน หรือการเชื่อมติดของเคลือบรากฟันกับกระดูกเบ้าฟันเป็นเนื้อเดียวกัน

5. ผลสำเร็จของการรักษาจะขึ้นกับฟันสามารถอยู่ในเบ้ากระดูกด้วยอวัยวะปริทันต์ที่มีลักษณะรูปร่างและทำหน้าที่ปกติ ส่วนภาพถ่ายรังสีแสดงเงาไปร่งรังสีรวมรากฟันโดยไม่พบการละลายของรากฟัน.

เอกสารอ้างอิง

1. Grossman LI. Intentional replantation of teeth. *J Amer Dent Assoc* 1966; 72:1118.
2. Waite, DE. Root resection, replant, implant and transplant. In: Waite DE, (ed). *Textbook of practical oral surgery*. Philadelphia: Lead Febriger, 1978:154- 157.
3. Weine FS. The case against intentional replantation. *J Amer Dent Assoc* 1980; 100:664- 668.
4. Dumsha TC, Gutman JL. Clinical guidelines of intentional replantation. *Compend Contin Educ Dent* 1985; 6:605- 608.
5. Ross WJ. Intentional replantation: an alternative. *Compend Contin Educ Dent* 1985; 6:734- 739.
6. Lindeberg RW, Girardi AF, Troscell JB. Intentional replantation: management in contraindication situation. *Compend Contin Educ Dent* 1986; 7:248- 253.
7. Dryden JA. Intentional replantation. *Compend Contin Educ Dent* 1989; 10:23- 28.
8. Stastny GL, Remeikis NA, Stroner WF. Twelve follow-up of a replanted incisor. *J Endod* 1989; 15:40- 43.
9. Andreasan JO. The effect of pulp extirpation or root canal treatment on periadontal healing after replantation of permanent incisors in monkeys. *J Endod* 1981; 7:242- 252.
10. Andreasan JO. The effect of splinting upon peridontal healing after replantation of permanent incisors in monkeys. *Acta Odont Scan* 1975; 33:313- 323.
11. Scott JN, Selikow R. Replantation: a clinical philosophy. *J Am Dent Assoc* 1980; 101:17- 19.
12. Edmunds DH, Baker C. Root resorption in autotransplanted maxillary canine teeth. *Int Endod J* 1989; 22:29- 38.
13. Gonda F, Nagase M, Chen RB, Yakata H, Nakajima T. Replantation: an analysis of 29 teeth. *Gen Surg* 1990; 70:650- 655.
14. Grossman LI. Intentional replantation of teeth: a clinical evaluation. *J Mer Dent Assoc* 1982; 104:633- 639.
15. Lu OP. Intentional replantation of periodontally involved and endodontically mistreated teeth. *Gen Surg* 1986; 61:508- 513.
16. Madison S. Intentional replantation. *Gen Surg* 1986; 62:707- 709.