

การจัดการฟันตัดหน้าบนแท้ที่ถูกดันเข้าเบ้าฟันหลังได้รับอุบัติเหตุเป็นเวลานานร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนของ  
รากฟันละลาย

Management of Delayed Repositioning of Intruded Permanent Maxillary incisors with Root  
Resorption as Complication

ศศิวรรณ เพ็งชุ่ม วท.ม.(ทันตกรรมบูรณะ)

Sasiwan Pengchum M.Sc.(Restorative Den-  
tistry)

กลุ่มงานทันตกรรม

Dental Department

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

Jainad Narendra Hospital

จังหวัดชัยนาท

Chainat

สวรรค์ประชากรเวชสาร

สวรรค์ประชากรเวชสาร

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563

บทคัดย่อ

อินทรูชันหรือฟันถูกดันเข้าเบ้าฟันเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับฟันที่มีความรุนแรงที่สุด เนื่องจากทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อใน เอ็นยึดปริทันต์และกระดูกเบ้าฟัน ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อใน รากฟันละลาย รวมทั้งเกิดการละลายของกระดูกเบ้าฟันส่วนขอบตามมา การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน การประเมินความสำเร็จของการรักษาจึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

รายงานผู้ป่วยที่ฟันได้รับอุบัติเหตุมานาน 3 เดือน ฟันตัดบนซ้ายถูกดันเข้าไปในเบ้าฟันร่วมกับฟันแตก ฟันตัดด้านขวาเคลือบขยับ ลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีพบการละลายของรากฟัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยดึงฟันกลับมาตำแหน่งเดิมด้วยวิธีทางศัลยกรรม และรักษาคอนกรากฟัน โดยใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นเวลานาน และบูรณะฟันที่หักด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน จากการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 ปี ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ฟันสามารถอยู่ในช่องปากใช้งานได้ และผู้ป่วยยอมรับได้

**คำสำคัญ:** ฟันถูกดันเข้าเบ้าฟัน, การบาดเจ็บของฟัน

Abstract

Intrusive luxation is the most severe type of traumatic dental injury because it significantly damages the pulp, periodontal ligament and alveolar bone. The evaluation of treatment success needs long follow-up period.

This paper reports a case of delayed repositioning of severely intruded permanent left maxillary incisors accompanied by uncomplicated crown fracture and right maxillary luxation after 3 months. Clinical and radiographic examination showed root resorption. The teeth were surgically repositioned and endodontic treatment with long term calcium hydroxide medicament. The teeth were restored with resin composite. During 3 year follow-up patient did not complain have pain. The teeth had remained functional and esthetically acceptable.

**Key words :** Intrusion, Dental trauma

## บทนำ

เมื่อฟันได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทำให้เกิดการแตกหักของเนื้อฟัน รากฟัน กระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone) มีการบาดเจ็บของเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) และเส้นเลือดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อใน (pulp) การบาดเจ็บที่เกิดกับฟัน ได้แก่ การแตกหัก (fracture) และการเคลื่อน (luxation) ในกรณีที่เคลื่อนบฟันและเนื้อฟันแตกหักแต่ยังไม่เผยเนื้อเยื่อใน (uncomplicated crown fracture) สามารถรักษาโดยปิดเนื้อฟันด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ (glass ionomer) และบูรณะด้วยเรซินคอมโพสิต (resin composite) ในกรณีที่มีแรงกระแทกฟันแล้วฟันไม่เคลื่อนจากตำแหน่งเดิมหรือคอนคัสชัน (concussion) มีอาการเคาะแล้วเจ็บ เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อยที่เกิดกับอวัยวะปริทันต์ การรักษาเพียงติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี ส่วนในกรณีที่มีการเคลื่อนที่ของฟันจากตำแหน่งเดิมไปในทิศทางที่ไม่ใช่แนวแกนฟันหรือแลทเทอร์ลัลลักเซชัน (lateral luxation) ฟันมักถูกยึดกับกระดูกเบ้าฟันที่แตก การรักษาทำโดยจับฟันเข้าที่แล้วยึดด้วยฝือกฟัน และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง หากพบว่าฟันตายต้องรักษาคลองรากฟัน<sup>(1)</sup> และในกรณีที่ฟันเคลื่อนเข้าไปในกระดูกเบ้าฟันหรืออินทรูชัน (intrusion) เป็นการบาดเจ็บกับฟันที่มีความรุนแรงมากที่สุด ทำให้เกิดการทำลายเอ็นยึดปริทันต์ เนื้อเยื่อใน และกระดูกเบ้าฟัน<sup>(2)</sup> ในฟันปลายรากปิดพบว่าเนื้อเยื่อในมีโอกาสดายเกือบร้อยละ 100<sup>(3)</sup> จากการศึกษาพบว่าฟันหน้าที่ถูกดันเข้าไปมากกว่า 6 มิลลิเมตร มีอัตราการอยู่รอดลดลงเมื่อติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี ขึ้นกับความรุนแรงของการได้รับอันตรายของเนื้อเยื่อในและเอ็นยึดปริทันต์<sup>(4)</sup> แนวทางการรักษามีทั้งรอดูอาการให้ฟันค่อยๆ ขยับขึ้นมาเอง การจัดฟันรวมทั้งการใช้วิธีทางศัลยกรรม ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของฟันที่ถูกดันเข้าไปและระยะการเจริญของฟัน ในกรณีฟันปลายราก

ปิดที่ถูกดันเข้าไปน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร สามารถรอให้ฟันงอกขึ้นมาเองตามธรรมชาติ หากถูกดันเข้าไป 3-7 มิลลิเมตร จะใช้วิธีการจัดฟันหรือวิธีทางศัลยกรรม แต่ในกรณีที่ถูกดันเข้าไปมากกว่า 7 มิลลิเมตรต้องใช้การดึงฟันโดยวิธีทางศัลยกรรม โดยควรดึงฟันกลับเข้าที่ให้เสร็จใน 3 สัปดาห์หลังเกิดอุบัติเหตุ เพื่อป้องกันการละลายของรากฟันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแล้วรักษาคลองรากฟันภายใน 2-3 สัปดาห์<sup>(1)</sup> เนื่องจากเมื่อไม่มีเคลื่อนรากฟัน เชื้อจุลินทรีย์และสารพิษสามารถเข้าสู่คลองรากฟันและผ่านสู่เอ็นยึดปริทันต์ กระตุ้นให้เกิดการอักเสบและทำลายกระดูกและรากฟันได้ ซึ่งการละลายจะดำเนินต่อเนื่องจนกว่าเชื้อในคลองรากฟันจะถูกกำจัด<sup>(5)</sup> ภาวะแทรกซ้อนในฟันที่เกิดอินทรูชัน ได้แก่ การละลายของรากฟันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ (inflammatory root resorption) การละลายของรากฟันที่มีการเชื่อมติดกับกระดูก (replacement root resorption) การสูญเสียกระดูกเบ้าฟันส่วนขอบ (marginal bone) รวมทั้งเหงือกร่น (gingival recession)<sup>(4)</sup> อย่างไรก็ตามการนำฟันกลับเข้าที่โดยวิธีทางศัลยกรรมก็มีโอกาสทำให้เกิดการละลายของรากฟันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้<sup>(6)</sup> ในฟันปลายรากปิดหลังจากได้รับบาดเจ็บรุนแรงและมีการทำลายเคลื่อนรากฟันเป็นบริเวณกว้าง จะทำให้เซลล์ที่เข้ามาซ่อมแซมเป็นเซลล์สร้างกระดูกมากกว่าเซลล์สร้างเคลื่อนรากฟัน ส่งผลให้เกิดการสร้างกระดูกชิดกับรากฟัน เรียกว่าเกิดภาวะฟันยึดแข็ง (ankylosis) ซึ่งเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่สามารถเกิดแบบชั่วคราว โดยกระดูกอาจถูกแทนที่ด้วยเคลื่อนรากฟันและเอ็นยึดปริทันต์ภายหลังได้ ฟันจะมีลักษณะติดกับเบ้าไม่สามารถขยับได้ เคาะมีเสียงคล้ายโลหะ (metallic sound) ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่หยุดการเกิดภาวะฟันยึดแข็งได้ ทำได้เพียงป้องกันหรือชะลอเท่านั้น<sup>(7)</sup> แต่ในกรณีที่มีการละลายของรากฟันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเกิด

ขึ้นแล้ว การรักษาโดยรักษาคลองรากฟันร่วมกับการใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นเวลานานให้ผลดีกว่าการใส่ยาเป็นเวลา 7 วัน<sup>(8,9)</sup>

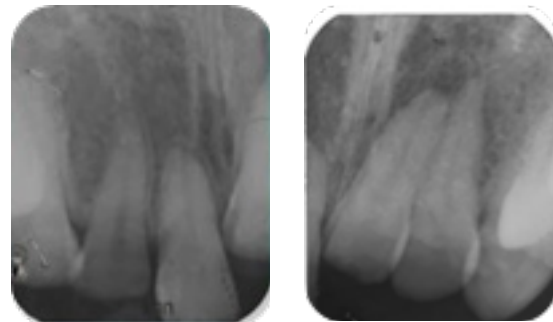
รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผู้ป่วยที่ฟันมีการบาดเจ็บชนิดอินทรูซันและแลทเทอรัลลักเซชัน ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนของการละลายของรากฟันและภาวะฟันยึดแข็งจากอุบัติเหตุมาเป็นเวลา 3 เดือน โดยรายงานในส่วนแผนการรักษา นำฟันกลับเข้าที่ การรักษา รากฟัน การบูรณะฟัน และการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี



ภาพที่ 1 ลักษณะในช่องปากก่อนการรักษา

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 33 ปี ปฏิเสธโรคทางระบบและแพ้ยา มาพบทันตแพทย์หลังจากได้รับอุบัติเหตุมา 3 เดือน ให้ประวัติว่าเคยได้รับอุบัติเหตุ มีฟันโยกและได้รับการรักษาโดยยึดฟันไว้ด้วยลวด ปัจจุบันมีอาการเสียวฟัน เจ็บฟันหน้าเวลาเคี้ยวอาหารและฟันหน้ายุบเข้าไปจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวมาอุดฟันและรักษาคองรากฟัน จากการตรวจภายนอกช่องปากปกติ ตรวจภายในช่องปากพบฟันซี่ 21 และ 22 ระดับปลายฟันอยู่สูงกว่าซี่ข้างเคียงประมาณ 7 มิลลิเมตร ฟันซี่ 21 มีปลายฟันหักบางส่วน ฟันซี่ 11, 21 และ 22 เปลี่ยนสีคล้ำขึ้น ฟันซี่ 12 มีตัวฟันหักถึงเนื้อฟันใกล้โพรงประสาทฟัน เขียวเสียว ตึมน้ำเย็นเสียว ไม่มีประวัติปวดฟัน ฟันซี่ 11, 21 และ 22 ตรวจโดยการคลำพบว่างเปล่า เคาะไม่เจ็บ มีเสียงคล้ายเคาะโลหะ การทดสอบความมีชีวิตของฟันโดยใช้เครื่องทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในด้วยไฟฟ้า (electric pulp tester) และการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ (thermal test) พบว่าไม่มีการตอบสนอง ฟันไม่โยก เหงือกระหว่างฟันซี่ 22 และ 23 บวมแดง ไม่พบรูเปิดทางหนองไหล (sinus tract) ความลึกร่องปริทันต์อยู่ในระดับปกติ ไม่มีการสบกระแทก (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 2 ภาพรังสี ฟันซี่ 12 ,11, 21และ 22

ภาพรังสีก่อนการรักษาแสดงฟันซี่ 12, 11, 21 และ 22 พบฟันซี่ 12 มีรอยหักของฟันใกล้ถึงโพรงประสาทฟัน บริเวณด้านใกล้กลางของรากฟันจนถึงปลายรากฟัน มีการหายไปของผิวกระดูกเบ้าฟันและมีลักษณะที่บั้งสีของกระดูกที่ชิดกับผิวราก ด้านใกล้กลางมีเงาที่บั้งสีของผิวกระดูกเบ้าฟันจากปลายรากฟันถึงคอฟัน ฟันซี่ 11 ตัวฟันมีลักษณะปกติ บริเวณด้านใกล้กลางจนถึงปลายรากฟันมีการหายไปของผิวกระดูกเบ้าฟัน ด้านใกล้กลางมีเงาที่บั้งสีของผิวกระดูกเบ้าฟันจากปลายรากฟันถึงคอฟัน คลองรากฟันมีลักษณะปกติ ฟันซี่ 21 และ 22 ตัวฟันต่ำกว่าฟันซี่ 11 รากฟันทั้งสองซี่อยู่ชิดกัน มีการหายไปของผิวกระดูกเบ้าฟัน มีเงาโปร่งรังสีขอบเขตไม่ชัดเจน บริเวณปลายรากฟันขนาดประมาณ กว้าง 5 มิลลิเมตร ยาว 5 มิลลิเมตร (ภาพที่ 2)

ให้การวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาในฟันซี่ 12 Uncomplicated crown fracture ฟันซี่ 11 Pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis และฟันซี่ 21 และ 22 Intrusive luxation with pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis วางแผนการรักษาโดยส่งผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปากและขากรรไกรที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพื่อนำฟันซี่ 21 และ 22 กลับตำแหน่งเดิม เนื่องจากฟันมีการเคลื่อนเข้าไปมากกว่า 7 มิลลิเมตร รวมทั้งมีการยึดกับกระดูก บุรณะฟันซี่ 12 รักษาคลองรากฟันซี่ 11, 21 และ 22 และบุรณะฟันเพื่อความสวยงาม ติดตามผลการรักษา 1 เดือน 6 เดือน และทุกๆ ปีจนครบ 5 ปี เมื่ออธิบายแผนการรักษา ขั้นตอน ระยะเวลา และผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบแล้ว ผู้ป่วยยินยอมให้ทำการรักษา

### ขั้นตอนการรักษา

**การรักษาครั้งที่ 1** นัดผู้ป่วยมาอุดฟันซี่ 12 และรักษาคลองรากฟันซี่ 11 โดยเริ่มจากฉีดยาชาเฉพาะที่ ใส่แผ่นยางกั้นน้ำลายซี่ 11 กรอเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันจนถึงโพรงเนื้อเยื่อในตัวฟัน หาความยาวทำงานและยืนยันด้วยภาพรังสี (ภาพที่ 3) ล้างคลองรากฟันด้วยน้ำยาไฮโปคลอไรต์ (sodium hypochloride) ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ขยายคลองรากฟันด้วยเคไฟล์ (k-file) ตะไบรอบๆ ผนังคลองรากฟันถึงขนาด 30 ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ (calcium hydroxide) ในคลองรากฟัน อุดปิดทางเข้าด้วยวัสดุอุดฟันชั่วคราวควิวิท (cavit) และไออาร์เอ็ม (IRM) แล้วส่งต่อทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปากและขากรรไกรเพื่อนำฟันซี่ 21 และ 22 กลับเข้าตำแหน่ง



ภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสีหาความยาวทำงานซี่ 11

**การรักษาครั้งที่ 2** หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษานำฟันกลับเข้าตำแหน่ง 3 สัปดาห์ จึงนัดผู้ป่วยมาเพื่อรักษาคลองรากฟันซี่ 21 และ 22 จากการตรวจในช่องปาก ฟันซี่ 21 และ 22 มีปลายฟันอยู่ในระดับเดียวกับซี่ 11 ถูกยึดด้วยลวดจากฟันซี่ 11 ถึง 23 ฟันโยกขยับได้ เหงือกบวมแดงเล็กน้อย จากภาพถ่ายรังสี ฟันซี่ 21 มีความยาวตัวฟันต่อรากฟัน 2:1 มีเงาโปร่งรังสีรอบๆ รากฟัน ฟันซี่ 22 ผิดรากฟันด้านไกลกลางมีลักษณะขรุขระ มีเงาโปร่งรังสีบริเวณรอบปลายรากฟัน มีความยาวตัวฟันต่อรากฟัน 1:1 (ภาพที่ 4) ให้การวินิจฉัยฟันซี่ 21 และ 22 ว่า pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis เริ่มการรักษาจากฉีดยาชาเฉพาะที่ ใส่แผ่นยางกั้นน้ำลายโดยใช้ rubber dam stabilizing cord กรอเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันจนถึงโพรงเนื้อเยื่อในตัวฟันพบว่าฟันซี่ 21 และ 22 รากฟันตีบตันบริเวณรูเปิดคลองรากฟัน จึงใช้หัวกรอก้านยาวทรงกลมร่วมกับอัลตราโซนิค หัว ETBD เพื่อหาทางลงสู่คลองรากฟันพบว่าฟันซี่ 22 ยังไม่สามารถใช้เคไฟล์ลงถึงความยาวทำงานได้ (ภาพที่ 5) จึงล้างด้วยน้ำยาไฮโปคลอไรต์ ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ และปิดทาง

เข้าสู่คลองรากฟันด้วยเควิต แล้วจึงนัดมารักษาต่อหลังจากผู้ป่วยถอดลวดยึดฟันแล้ว ส่วนฟันซี่ 11 ล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์ ซับคลองรากฟัน และเปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ ปิดทางเข้าสู่คลองรากด้วยเควิต



ภาพที่ 4 ภาพถ่ายรังสีหลังนำฟันกลับตำแหน่งเดิม



ภาพที่ 5 หาความยาวทำงานซี่ 21

การรักษาครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 2 เดือน ผู้ป่วยได้รับการถอดลวดยึดฟัน รักษาโดยใส่แผ่นยางกั้นน้ำลาย เปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันฟันซี่ 22 ใช้ซีพลัสไฟล์ (C+ ; Densply) ร่วมกับน้ำยาล้างคลองรากฟันโซเดียมไฮโปคลอไรด์ เมื่อสามารถลงถึงความยาวทำงานได้จึงถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจสอบความยาวทำงาน (ภาพที่ 6) ขยายคลองรากฟันด้วยเคไฟล์ ตะไบรอบๆผนังคลองรากฟัน ล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์ และซับคลองรากฟัน ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ อุดปิดด้วยวัสดุอุดชั่วคราว ส่วนฟันซี่ 11 และ 21 ล้าง ซับคลองรากฟันและเปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟัน



ภาพที่ 6 หาความยาวทำงานซี่ 22

การรักษาครั้งที่ 4 ห่างจากการรักษาครั้งที่ 3 เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดฟัน จากภาพถ่ายรังสีพบแคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่ใส่ไว้หายไป (ภาพที่ 7) จึงล้างและซับคลองรากฟัน เปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟันซี่ 11, 21 และ 22 (ภาพที่ 8)

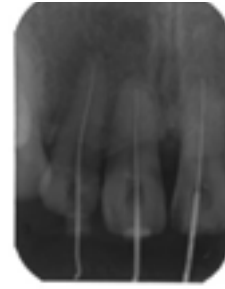


ภาพที่ 7 ภาพรังสีก่อนเปลี่ยน  
แคลเซียมไฮดรอกไซด์



ภาพที่ 8 ภาพรังสีหลังเปลี่ยน  
แคลเซียมไฮดรอกไซด์

**การรักษาครั้งที่ 5** ห่างจากการรักษาครั้งที่ 4 เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีอาการปวดฟันตัดหน้าบนด้านขวา จากการตรวจในช่องปากเคาะเจ็บบริเวณฟันซี่ 12 ไม่ตอบสนองต่อเครื่องวัดความมีชีวิต จึงรักษาโดยฉีดยาชา ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟัน หาความยาวทำงาน ตรวจสอบความยาวทำงานด้วยภาพถ่ายรังสี (ภาพที่ 9) ขยายคลองรากฟันด้วยเคไฟล์โดยตะไบรอบๆ ล้างด้วยน้ำยาไฮโปคลอไรต์และซัลโคลงรากฟัน ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ ปิดด้วยวัสดุอุดชั่วคราว ส่วนซี่ 11, 21 และ 22 ล้าง ซัลโคลงรากฟัน และเปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์

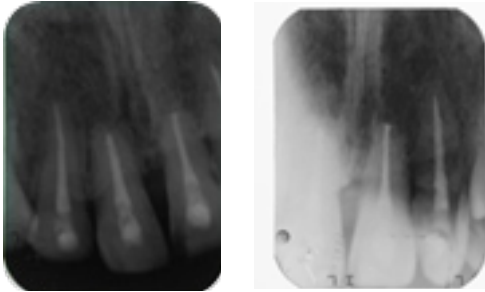


ภาพที่ 9 หาความยาวรากฟันซี่ 12

**การรักษาครั้งที่ 6** ห่างจากการรักษาครั้งที่ 5 เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดฟัน จากภาพถ่ายรังสีพบแคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่ใส่ไว้หายไป จึงล้างและซัลโคลงรากฟัน เปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟันซี่ 12, 11, 21 และ 22

**การรักษาครั้งที่ 7** ห่างจากการรักษาครั้งที่ 6 เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดฟัน จากภาพถ่ายรังสีพบแคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่ใส่ไว้หายไป จึงล้างและซัลโคลงรากฟัน เปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟันซี่ 12, 11, 21 และ 22

**การรักษาครั้งที่ 8** ห่างจากการรักษาครั้งที่ 7 เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดฟัน วัสดุอุดชั่วคราวอยู่ในสภาพดี ภาพถ่ายรังสีพบแคลเซียมไฮดรอกไซด์มีความที่รังสีเท่ากับเนื้อฟัน มีการหยุดการละลายของรากฟัน จึงอุดคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชาด้วยวิธีแลเทอรัลคอนเดนเซชันร่วมกับเวอร์ติคัลคอนเดนเซชัน ตัดกัตตาเปอร์ชาส่วนเกิน ปิดด้วยวัสดุรองพื้น บางๆ ก่อนปิดทับด้วยเควิท และโออาร์เอ็ม (ภาพที่ 10) นัดอุดโพรงฟันด้วยเรซิน คอมโพสิต

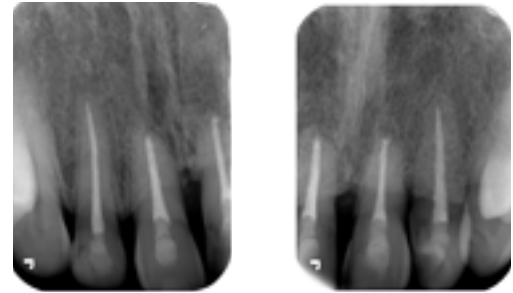


ภาพที่ 10 ภาพรังสีหลังอุดคลองรากฟัน

จากการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เคาะคลำไม่เจ็บ ฟันไม่โยก วัสดุบูรณะอยู่ในสภาพดี มีเหงือกซี่ 21 ร่น มีเหงือกบวมแดงเล็กน้อย ไม่มีร่องลึกปริทันต์ (ภาพที่ 11) ภาพรังสีไม่พบรอยโรคปลายรากฟัน การละลายของรากฟันอยู่ในระดับคงที่ พบผิวกระดูกเบ้าฟันรอบรากฟันซี่ 12 และ 11 ซี่ 21 และ 22 พบผิวรากฟันขรุขระและมีเงาที่บรังสีของกระดูกชิดกับผิวรากฟัน (ภาพที่ 12) ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้



ภาพที่ 11 ลักษณะในช่องปากจากการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี



ภาพที่ 12 ภาพรังสีการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี

### วิจารณ์

เมื่อผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและขากรรไกรย่อมมีโอกาสทำให้ฟันได้รับบาดเจ็บ มีการแตก การเคลื่อนของฟันซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อและตายของฟัน ในผู้ป่วยรายนี้มีการบาดเจ็บกับฟันหลายซี่ และได้รับการรักษาเบื้องต้นก่อนมาพบทันตแพทย์เพื่อรักษาคลองรากฟันอีก 3 เดือนต่อมา ในช่องปากมีฟันซี่ 12 หักถึงเนื้อฟันใกล้เนื้อเยื่อใน มีอาการเสียวฟัน เบื้องต้นวินิจฉัยว่าเป็น uncomplicated crown fracture จึงรักษาโดยรองฟันด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์และบูรณะด้วยเรซินคอมโพสิต แต่หลังจากได้รับการอุดไปแล้วผู้ป่วยมีอาการปวดฟัน อาจเกิดจากความบกพร่องของระบบเลือดของเนื้อเยื่อในของฟันที่ได้รับบาดเจ็บทำให้แบคทีเรียสามารถผ่านท่อเนื้อฟันได้<sup>(10)</sup> จึงให้การรักษาคลองรากฟันในภายหลัง ฟันซี่ 21 และ 22 ถูกดันเข้าเบ้าฟันมากกว่า 7 มิลลิเมตร รากฟันมีการละลายร่วมกับเกิดการยึดติดของกระดูก จากการอธิบายแผนการรักษาความสำเร็จ ผลแทรกซ้อนและให้ทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยต้องการเก็บฟันซี่ 21 และ 22 ไว้ เนื่องจาก

ฟันซี่ 21 และ 22 เกิดภาวะยึดกับกระดูกแล้วทำให้ไม่สามารถรักษาด้วยการจัดฟันได้จึงเลือกการดัดฟันขึ้นด้วยวิธีทางศัลยกรรมแม้ว่าจะมีผลแทรกซ้อนทำให้เกิดการละลายจากภายนอกของรากฟันและการสูญเสียสันกระดูกเข้าฟัน<sup>(11)</sup> การนัดผู้ป่วยมารักษาคลองรากฟันและใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์หลังจากผู้ป่วยดัดฟันโดยวิธีทางศัลยกรรม 3 สัปดาห์ เพื่อลดความแทรกซ้อนของการละลายของผิวรากฟันมากขึ้น<sup>(5)</sup> หลังจากผู้ป่วยถอดลวดยึดฟันและอาการดีขึ้นจึงนัดมารักษาฟันต่อไป ในระยะแรกของการรักษาคลองรากฟันยังมีการละลายของผิวรากฟัน แต่หลังจากใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นเวลาหลายเดือนก็ไม่พบการละลายของรากฟันเพิ่ม การเลือกใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์เนื่องจากมีราคาไม่แพง มีผลยับยั้งเชื้อจุลชีพเนื่องจากมีความเป็นด่าง รวมทั้งป้องกันการละลายของรากฟัน<sup>(10)</sup> ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาคลองรากฟันหลังจากฟันตายเป็นเวลานานร่วมกับเกิดการละลายของรากฟันแล้วจึงรักษาคลองรากฟันและใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นเวลานานโดยใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ให้แน่นมีความทึบเท่ากับเนื้อฟัน และนัดมาเปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ทุก 3 เดือน ประเมินการหายและการหยุดละลายรากฟันได้จากการหายของกระดูกข้างๆรวมทั้งความทึบของแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟัน หากแคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่ใส่มีความทึบเท่ากับเนื้อฟันไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ก็สามารถอุดคลองรากฟันได้ แต่หากแคลเซียมไฮดรอกไซด์จากภาพถ่ายรังสีมีความโปร่งรังสีก็ควรใส่ยาต่ออีก 3 เดือน รวมทั้งประเมินต่อไป<sup>(10)</sup> การติดตามผลการรักษาฟันในผู้ป่วยรายนี้ติดตามผลการรักษาที่เวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี พบการละลายของขอบกระดูกเข้าฟันซึ่งมักพบในฟันที่เกิดอินทรซันหลายซี่<sup>(12)</sup> ลักษณะทางคลินิกพบเหงือกกร่น

ด้านริมฝีปากประมาณ 3 มิลลิเมตร ซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนที่เกิดได้จากวิธีการรักษา อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลต่อไปอีกจนถึง 5 ปี<sup>(1)</sup>

#### ข้อคิดเห็น

การรักษาฟันที่ได้รับอุบัติเหตุให้ประสบความสำเร็จนั้นมีความยุ่งยากซับซ้อน เมื่อตรวจพบฟันที่ได้รับอุบัติเหตุ การตรวจช่องปากและการส่งตรวจทางคลินิกอื่น ๆ มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและใช้วางแผนการรักษา ทันตแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการวางแผนการรักษาในระยะยาว บางครั้งจำเป็นต้องใช้ความรู้ในหลากหลายสาขาจึงต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเร่งด่วน รวมทั้งการสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการติดตามการรักษาตามแผนการรักษา เนื่องจากการไม่ได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่องมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา ดังนั้นการแจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทั้งผลแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย รวมทั้งการให้ความร่วมมือระหว่างและหลังรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วยจะนำไปสู่ผลสำเร็จในการรักษา

#### สรุป

ผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ที่ได้รับอุบัติเหตุมาเป็นเวลา 3 เดือน ฟันตัดบนซ้ายถูกดันเข้าไปในเบ้าฟันร่วมกับฟันแตก และฟันตัดด้านขวาเคลื่อนขยับ ได้รับการรักษาโดยนำฟันกลับเข้าตำแหน่งและรักษาคลองรากฟันโดยการใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นเวลานานจากการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี ให้ผลสำเร็จเป็นที่พอใจ ฟันสามารถอยู่ได้ในช่องปาก ไม่พบพยาธิสภาพที่รุนแรง พบเพียงการละลายบริเวณผิวรากฟันเล็กน้อย และมีการละลายของขอบกระดูกเข้าฟัน ลักษณะทางคลินิกพบเหงือกกร่นด้านริมฝีปากผู้ป่วยยอมรับได้



เอกสารอ้างอิง

1. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. shift enter International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol 2012;28(1):2-12.
2. Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. Traumatic dental injuries: a manual. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford : Wiley-Blackwell; 2011.
3. Andreasen JO. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries: a clinical study of 1,298 cases. Eur J Oral Sci 1970;78:329-42.
4. Humphrey JM, Kenny DJ, Barrett EJ. Clinical outcomes for permanent incisor luxations in shift enter a pediatric population. I. Intrusions. Dent Traumatol 2003;19(5):266-73.
5. Flores MT, Malmgren B, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Barnett F, et al. Guide lines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. Dent Traumatol 2007;23(4):196-202.
6. Ebeleseder K, Santler G, Glockner K, Hulla H, Pertl C, Quehenberger F. An analysis of 58 shift ente traumatically intruded and surgically extruded permanent teeth. Endod Dent Traumatol 2000;16(1):34-9.
7. Fuss Z, Tsisis I, Lin S. Root resorption:diagnosis classification and treatment choices based on stimulation factors. Dent Traumatol 2003;19(4):175-82.
8. Trope M, Moshonov J, Nissan R, Buxt P, Yesilsoy C. Short vs. long-term calcium hydroxide treatment of established inflammatory root resorption in replanted dog teeth. Endod Dent Traumatol 1995;11(3):124-8.
9. Tronstad L. Root resorption:etiology terminology and clinical manifestations. Endod Dent Traumatol 1988;4(6):241-52.
10. Trope M. Root resorption due to dental trauma. Endodontic Topics 2002;1(1):79-100.
11. Andreasen JO, Bakland LK, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 3. a clinical study of the effect of treatment variables such as treatment delay, method of repo sitioning, type of splint, length of splinting and antibiotics on 140 teeth. Dent Traumatol 2006;22(2):99-111.
12. Andreasen JO. Traumatic injuries of the teeth. 2<sup>nd</sup> ed. Copenhagen: Munksgaard; 1981.