

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ 7 วช. ด้านทันตกรรม

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การรักษาลongรากฟันเข้าร่วมกับการผ่าซีกของฟันกรามล่างซ้าย
ซี่ที่หนึ่ง (# 36)
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การรักษาลongรากฟันเข้าร่วมกับการผ่าซีกของฟัน

เสนอโดย

นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ 6

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 751)

กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม

โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การรักษาคคลองรากฟันซ้ำร่วมกับการผ่าซีกของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#36)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 26 กรกฎาคม 2548 – 25 มิถุนายน 2550
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ
 - 1) ความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาคคลองรากฟันซ้ำ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้ คือ
 1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บ ปวด และ/หรือ บวม ภายหลังกการรักษาคคลองรากฟัน
 2. มีการเปลี่ยนแปลงทางภาพถ่ายรังสี เช่น มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟันภายหลังกการรักษา , วัสดุอุดในคลองรากฟันเกินปลายรากฟัน ฯลฯ
 3. ความต้องการของผู้ป่วย เช่น ต้องการบูรณะทำครอบฟันใหม่ แต่วัสดุอุดภายในคลองรากฟันไม่ถึงปลายรากฟัน หรือหาคคลองรากฟันไม่ครบ (missed canal) ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการทางคลินิกก็ตาม
 4. ทันตแพทย์ต้องประเมินความสามารถและประสบการณ์ของตนเอง รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ถ้าไม่มีความพร้อมควรส่งต่อผู้ป่วยให้ทันตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางรักษา
 - 2) ความรู้เกี่ยวกับการรื้อวัสดุอุดในคลองรากฟัน

ต้องคำนึงถึงการเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันให้กว้างและตรง(coronal flare & straight line access)เป็นอันดับแรก เพื่อให้มองเห็นและสะดวกในการรื้อวัสดุในคลองรากฟัน โดยการกำจัดเนื้อฟันบริเวณผนังโพรงฟัน (dentin shelf) ซึ่งอาจบังทางเข้าสู่คลองรากฟัน จากนั้นทำการพิจารณาถึงวัสดุที่อยู่ในคลองรากฟันซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทได้แก่ วัสดุลักษณะเป็นครีมหรือซีเมนต์ (paste and cement) วัสดุแบบกึ่งแข็งกึ่งเหลว(semisolid) และวัสดุแบบแข็ง (solid) ซึ่งมีความยากง่ายแตกต่างกันไป จากภาพถ่ายรังสีสามารถประเมินในเบื้องต้นว่าเป็นวัสดุประเภทใด เช่นกัตตาเปอร์ชาซึ่งเป็นวัสดุแบบกึ่งแข็งกึ่งเหลวที่นิยมใช้ในปัจจุบัน สามารถเห็นขอบสัมผัสระหว่างกัตตาเปอร์ชากับผนังคลองรากฟันเรียบชัดเจน มีความทึบรังสีมากกว่าเนื้อฟันแต่น้อยกว่าโลหะและสามารถรื้อออกได้โดยใช้เครื่องมือชนิดมือหมุนหรือเครื่องกลหมุน ร่วมกับการใช้สารละลายจำพวกไซลีน (xylene) ยูคาลิปตัส (eucalyptus) หรือ ยูจีนอล (eugenol) และในปัจจุบันมีการนำเครื่องอัลตราโซนิค (ultrasonic) มาช่วยในการรื้อวัสดุแบบแข็งและซีเมนต์ต่างๆในคลองรากฟัน
 - 3) ความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการการผ่าซีกของฟัน (hemisection)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การรักษาคลองรากฟันซ้ำ (endodontic retreatment) โดยทั่วไปจะประเมินอาการทางคลินิกร่วมกับการเปลี่ยนแปลงภาพถ่ายทางรังสีในระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปีภายหลังการรักษา สาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาคลองรากฟันซี่ # 36 ล้มเหลวในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากการรั่วซึมของวัสดุอุดอมัลกัมด้านไกลกลาง และจากภาพถ่ายรังสีพบว่ามีการติดตาเปอร์ชาอุดอยู่ในคลองรากฟัน ไม่แน่นและห่างจากปลายรากฟันโดยประมาณ 6 มิลลิเมตร อาจเกิดจากการทำความสะอาดและตกแต่งรูปร่างคลองรากฟันที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะทางกายวิภาคอันซับซ้อนของระบบคลองรากฟัน และ/หรือเกิดจากมีเศษเนื้อเยื่ออุดต้นขณะเตรียมคลองรากฟัน ส่งผลให้เชื้อโรคเข้าสู่คลองรากฟันเกิดการติดเชื้อในคลองรากฟันซ้ำ (intracanal infection) ในระบบคลองรากฟันที่ผ่านการรักษาคลองรากฟันมาแล้ว มีพยาธิสภาพบริเวณรอบปลายรากฟัน โดยเฉพาะรากฟันด้านไกลกลางเกิดการทำลายกระดูกเข้าฟันโดยรอบจนถึงจุดแยกราก (furcation) การรักษาคลองรากฟันซ้ำโดยเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันให้กว้างและตรงเป็นอันดับแรกเพื่อให้มองเห็นและสะดวกในการรี้อวัสดุอุดกัตตาเปอร์ชา (gutta percha) ในคลองรากฟันออกโดยใช้สารละลายยูคาลิปตัสร่วมกับการใช้เครื่องมือขยายคลองรากฟัน เพื่อทำความสะอาด กำจัดเศษเนื้อเยื่ออุดต้น และตกแต่งรูปร่างคลองรากฟันที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถอุดกัตตาเปอร์ชาร่วมกับเอเอชพลัส ซีเมนต์ (AH plus cement) หลังจากนั้นทำการรักษาสัลย-ปริทันต์ ชนิดการผ่าซีกของฟัน เอารากด้านไกลกลางของฟันซี่ # 36 ออกเนื่องจากมีรอยผุได้เหงือกที่ลึกลงไปมากเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าไปทำการบูรณะได้ และมีกระดูกเข้าฟันที่รองรับรากฟันดังกล่าวมีความสูงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของความยาวรากฟัน จากนั้นทำการบูรณะด้วยการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดสะพานฟันถอดได้ภายหลัง

โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำการตรวจและให้การวินิจฉัยโรค
2. อธิบายแผนการรักษา รวมถึงขั้นตอนการรักษาแก่ผู้ป่วย
3. ทำการรักษาคลองรากฟันซ้ำ การผ่าซีกฟัน และการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดสะพานฟันถอดได้
4. ติดตามผลการรักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยในการใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟันติดแน่น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ ไม่มี ”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ (ผู้เสนอดำเนินการด้วยตนเองทั้งหมด)

ชายไทยอายุ 30 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง สถานภาพโสด มาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลกลาง ด้วยอาการปวดฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ มีเศษอาหารติดระหว่างซอกฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งและสอง

6.1 การซักประวัติทางการแพทย์และการรักษาทางทันตกรรม

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆและการแพ้ยา มีประวัติการรักษาทางทันตกรรมในฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งคือเคยรับการรักษาคคลองรากฟันมานาน 10 ปี มีอาการปวดเป็นครั้งคราวแต่ไม่รุนแรง มีความถี่ 3-4 เดือนต่อครั้ง ทานยาพาราเซตามอลอาการดีขึ้น แต่เมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกว่าเศษอาหารติดระหว่างซอกฟัน ฟันเริ่มโยก

6.2 การตรวจสภาพภายในช่องปาก

พบว่าฟันซี่ # 36 มีวัสดุอุดมัลกัมด้านบดเคี้ยวและด้านไกลกลาง (OD) ที่มีการแตกของวัสดุอุดมัลกัมด้านไกลกลางบางส่วนออก ขอบไม่เรียบ มีเศษอาหารติดระหว่างซอกฟันซี่ # 36 และ # 37 มีรอยผุต่อขนาดใหญ่ทางด้านไกลกลางของฟันซี่ดังกล่าวต่ำกว่าขอบกระดูกเบ้าฟันและผูกคลุมถึงจุดแยกราก เคาะเจ็บ แต่คลำไม่เจ็บ ฟันโยกระดับ 1 วัสดุรองลึกปริทันต์ด้านใกล้กลางได้ 3 มม. ด้านไกลกลาง ได้ 9 มม. ด้านลิ้นและด้านแก้ม ได้ 6 มม. มีการทำลายกระดูกเบ้าฟันบริเวณจุดแยกราก ระดับ 2 (furcation involvement class II)

6.3 ลักษณะภาพถ่ายรังสี

จากภาพถ่ายรังสีพบว่า วัสดุอุดคลองรากฟันมีลักษณะทึบรังสีเห็นขอบสัมผัสของวัสดุอุดคลองรากฟันกับผนังคลองรากฟันเรียบชัดเจน และมีความทึบรังสีมากกว่าเนื้อฟันแต่ที่รังสีน้อยกว่าโลหะในส่วนโพรงฟันถึงคลองรากฟันส่วนกลางของรากฟันด้านใกล้กลางและรากฟันด้านไกลกลาง มีเงาโปร่งรังสีรอบๆรากฟันด้านไกลกลางขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 x 6 มม. มีการทำลายกระดูกรอบปลายรากฟันด้านไกลกลางจนถึงบริเวณจุดแยกราก ส่วนบริเวณปลายรากฟันของรากฟันด้านใกล้กลางมีลักษณะผิวยางฟันที่ขรุขระ มีขอบกระดูกโดยรอบรากฟันไม่สม่ำเสมอ

6.4 การวินิจฉัยโรค

ฟันซี่ # 36 Endodontically treated tooth with chronic periradicular periodontitis

6.5 การวางแผนการรักษา

- การรักษาคลองรากฟันซ้ำ
- การผ่าซีกของฟันเอารากด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งออกเนื่องจากมีกระดูกเบ้าฟันที่รองรับรากฟันดังกล่าวมีความสูงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของความยาวรากฟัน

- การใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดสะพานฟันถอดได้
- ติดตามผลการรักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยในการใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟัน ดัดแน่นในภายหลัง

6.6 วิธีการรักษา

6.6.1 การรักษาคลองรากฟันซี่ :

ทำการฉีดยาชาด้วยวิธี infiltrate ด้านแก้มที่บริเวณฟันซี่ #36 ด้วยยาชา lidocaine with epinephrine 1:100,000 จำนวน 0.5 มิลลิลิตร เปิดทางเข้าสู่ตัวฟันด้วยหัวกรอกากเพชร รูปกลมชนิดความเร็วสูง หรือวัสดุอมัลกัมและซีเมนต์ออกทั้งหมดใช้หัวกรอเหล็กไร้สนิม รูปกลมชนิดความเร็วต่ำกรอส่วนที่ผุด่อออกให้หมด ใส่แผ่นยางกันน้ำลายและจับฟันซี่ดังกล่าว ด้วย clamp เบอร์ 14A ตามด้วยหัวกรอกากเพชรรูปรียาวจนเห็นปากทางเข้าสู่คลองรากฟัน ทำการกรอบริเวณคลองรากฟันส่วนต้นทั้ง 3 คลองรากฟันให้เป็นทางตรงโดยใช้ gate glidden drill เบอร์ 2 - 4 และ H-file ขนาด 15 และ 20 ความยาว 21 มม. รื้อกัตาเปอร์ชาในคลองรากฟันร่วมกับการใช้สารละลายยูคลิปัสล้างทำความสะอาดคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มข้น 2.5 % ใช้ K-flex file กำจัดเชื้อแบคทีเรียที่ค้างอยู่บริเวณปลายรากฟันและขยายคลองรากฟัน โดยใช้ความยาวในการรักษารากฟัน (working length) ดังนี้ mesio-buccal root ยาว 19.5 มม. ของ mesio-lingual root ยาว 20.5 มม. และ distal root ยาว 21 มม. ซึ่งเป็นความยาวที่ห่างจากปลายรากฟันประมาณ 0.5 มม. ล้างทำความสะอาดคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มข้น 2.5 % ทำการซับลองรากฟันให้แห้ง ใส่สารละลายแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟัน บรูณะฟันชั่วคราวด้วย cavit และ IRM นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามดูอาการเป็นระยะเวลา 1 เดือน

ครบระยะ 1 เดือน ผู้ป่วยมาตามนัด ไม่มีอาการใดๆ วัสดุอุดชั่วคราวมีความแนบสนิทดี ไม่มีรอยร้าว ทำการเปิดคลองรากฟันพบว่าแคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่ใส่ภายในคลองรากฟันแห้ง ล้างทำความสะอาดคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มข้น 2.5 % และน้ำยาเอทิลีนไดอะมีนเตตระอะซีติกแอซิด (ethelene diamine tetraacetic acid) ความเข้มข้น 17 % จนคลองรากฟันสะอาด ซับลองรากฟันให้แห้ง ลองแต่งกัตาเปอร์ชาเอก(main cone) ขนาด 35 ทั้ง 3 คลองรากฟัน อุดคลองรากฟันด้วยกัตาเปอร์ชาพร้อมกับเอเอชพลัส ซีเมนต์ด้วยวิธี lateral compaction technique ทำการบรูณะฟันถาวรด้วยวัสดุอมัลกัมด้านบดเคี้ยวและด้านไกลกลาง โดยมีความลึกของวัสดุอมัลกัมต่ำกว่าจุดเปิดของคลองรากฟันส่วนต้น(orifice) 2 มม. นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามดูอาการเป็นระยะเวลา 3 เดือน

6.6.2 การผ่าซีกของฟัน :

ครบระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยมาตามนัด ไม่มีอาการใดๆ จากภาพถ่ายรังสีพบว่าขนาดของรอยโรคลดลงเหลือขนาด 3 X 3 มม. ที่รากด้านไกลกลาง ส่วนรากด้านใกล้กลางไม่มีรอย

โรคใดๆสามารถติดตามความทึบของกระดูกเบ้าฟันได้ปกติ ทำการฉีดยาชาชนิด lidocaine with epinephrine 1:100,000 ด้วยวิธี inferior - alveolar nerve block จำนวน 1.5 มิลลิลิตร และ long-buccal nerve block จำนวน 0.3 มิลลิลิตร เปิดแผ่นเหงือกตั้งแต่ด้านไกลกลางของฟันซี่ # 34 ถึงด้านใกล้กลางของฟันซี่ # 37 ใช้หัวกรอกากเพชรรูปเรียวยาวความเร็วสูงกรอผ่าซีกของฟันในตำแหน่งจุดแยกรากของทั้งด้านบดเคี้ยว ด้านแก้ม และด้านลิ้นเพื่อเป็นแนวในการตัดแบ่งราก จากนั้นทำการตัดทางด้านแก้มจนทะลุด้านลิ้นตามแนวที่กรอไว้จนรากทั้งสองแยกออกจากกัน ใช้กีมจับรากฟันหมุนเอารากด้านไกลกลางออกและขูดเนื้อเยื่อที่ตายบริเวณปลายรากฟัน ขูด-หิน น้ำลาย เกลารากฟันและแต่งวัสดุอุดคอมัลกัมให้เรียบให้กลมกลืนไปกับรากฟันด้านใกล้กลาง ปิดแผ่นเหงือกและเย็บแผลให้ชิดกันด้วยไหมขนาด30 จำนวน 3 เข็ม ให้คำแนะนำในการดูแลแผลเหมือนแผลถอนฟันโดยทั่วไป ทำการตัดไหมหลังการผ่าตัด 7 วัน พบว่าลักษณะแผลเป็นปกติไม่มีการติดเชื้อ จากนั้นนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามดูอาการเป็นระยะเวลา 3 เดือนก่อนการพิมพ์ปากใส่ฟันเทียมในบริเวณดังกล่าว

6.6.3 การใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดสะพานฟันถอดได้:

ครบระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยมาตามนัด ไม่มีอาการใดๆ ไม่ตอบสนองต่อการเคาะและคลำ ฟันไม่โยก จากภาพถ่ายรังสีพบว่ารากด้านใกล้กลางของฟันซี่ #36 ไม่มีรอยโรคใดๆสามารถติดตามความทึบของกระดูกเบ้าฟันได้ปกติ และมีความสูงของกระดูกด้านไกลกลางของรากฟันด้านใกล้กลางประมาณ 1 ส่วนใน 2 ส่วน ทำการกรอ rest บนด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ #36 และ #37 ด้วยหัวกรอกากเพชรรูปกลมความเร็วสูงจากนั้นพิมพ์ปากบนและล่างด้วยวัสดุพิมพ์ปาก alginate ทำการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดสะพานฟันถอดได้โดยออกแบบ rest ของฟันซี่ # 36 ให้ครอบคลุมบนด้านบดเคี้ยวเพื่อกระจายแรงในแนวตั้งลงสู่รากฟันด้านใกล้กลางของฟันซี่ # 36 หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามดูอาการ

6.7 การติดตามผลการรักษา

ครบระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัด ผู้ป่วยมีอาการเจ็บเวลาเคี้ยวอาหาร ตรวจพบมีการกดเกินของแผ่นเหงือกของฟันเทียมบางส่วนชนิดสะพานฟันถอดได้ด้านแก้ม ทำการกรอแก้ส่วนเกินในบริเวณดังกล่าวออกและตรวจสอบการสบฟันอีกครั้ง นัดผู้ป่วย เพื่อติดตามดูอาการเป็นระยะเวลา 3 เดือน อธิบายผู้ป่วยว่าถ้ามีอาการผิดปกติอะไรสามารถมาพบทันตแพทย์ก่อนวันนัด

ครบระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยมาตามนัด ไม่มีอาการใดๆ ฟันซี่ # 36 ไม่ตอบสนองต่อการเคาะและคลำ ฟันไม่โยก และจากภาพถ่ายรังสีพบว่ารากด้านใกล้กลางไม่มีรอยโรคใดๆ ความทึบของกระดูกเบ้าฟันปกติและกระดูกด้านไกลกลางของรากฟันด้านใกล้กลางมีความสูงเพิ่มขึ้นเป็น 3 ส่วนใน 5 ส่วน

นัดดูอาการอีกครั้งในเดือนที่ 9 เดือนที่ 12 และปีที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆสามารถใส่ฟันในบริเวณดังกล่าวได้ปกติ มีผลการตอบสนองทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีปกติ

7. ผลสำเร็จของงาน

ชายไทยอายุ 30 ปี จากผลการตรวจทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี วินิจฉัยฟันซี่ #36 เป็น Endodontically treated tooth with chronic periradicular periodontitis และได้ดำเนินการรักษาดังนี้ คือ

1. การรักษาคลองรากฟันซี่ #36 เพื่อกำจัดวัสดุอุดคลองรากฟันที่เคยอุดไม่ถึงปลายรากฟัน เนื้อเยื่อตายเฉพาะส่วน (necrotic tissue) และเชื้อแบคทีเรียที่ค้างอยู่บริเวณปลายรากฟัน โดยทำความสะอาดและขยายคลองรากฟันให้ได้ความยาวในการทำงานห่างจากปลายรากฟันประมาณ 0.5 มิลลิเมตร และทำความสะอาดด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มข้น 2.5% ใส้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่มีคุณสมบัติเป็นด่างที่ pH 12.5 ระยะเวลา 1 เดือนหลังจากนั้นอุดคลองรากฟันด้วยวิธี lateral compaction technique จากนั้นทำการบูรณะหลังการรักษาคลองรากฟันซี่ด้วยวัสดุอุดอมัลกัมซึ่งมีความลึกลงไปต่ำกว่าจุดเปิดของคลองรากฟันส่วนต้น 2 มิลลิเมตร

2. ทำการผ่าซีกของฟันซี่ #36 โดยการเปิดแผ่นเหงือกตั้งแต่ด้านใกล้กลางของฟันซี่ #34 ถึงด้านใกล้กลางของฟันซี่ #37

3. ทำการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดสะพานฟันถอดได้ในบริเวณที่ทำการผ่าซีกของฟันซี่ #36

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ป่วยสามารถเก็บฟันธรรมชาติบางส่วนไว้ใช้งานได้ตามปกติ
2. ทันตแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางเลือกทางหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่เคยรักษาคลองรากฟันล้มเหลวและมีรอยโรคของปริทันต์ร่วมด้วยในฟันกราม

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ในขั้นตอนการวางแผนการใส่ฟันเทียมหลังการรักษาคลองรากฟันซี่ร่วมกับการผ่าซีกฟัน ทันตแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟันติดแน่น แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเสียค่าใช้จ่ายในการใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟันติดแน่น จึงจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟันถอดได้ชั่วคราวและมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆทุก 3-6 เดือนให้ผู้ป่วยสามารถใส่บดเคี้ยวได้ตามปกติและเป็นการรักษาช่องว่างของฟันเพื่อรอให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟันติดแน่นในภายหลัง

10. ข้อเสนอแนะ

ฟันที่ผ่านการรักษาคลองรากฟันซี่ร่วมกับการผ่าซีกของฟันกรามจะมีการสูญเสียเนื้อฟันไปมากส่งผลทำให้ฟันที่เหลือไม่แข็งแรงในการรองรับน้ำหนักในการบดเคี้ยว ดังนั้นการบูรณะรากฟันที่เหลือควรใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟันติดแน่นเพื่อไม่ให้มีการแตกหักของส่วนตัวฟันที่ทำการรักษาโดยวิธีดังกล่าว

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*เกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา*.....

(นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา)

ผู้ขอรับการประเมิน

24 / พ.ค. / 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*นางสาววิภา ปทุมรัตน์*.....

(นางสาววิภา ปทุมรัตน์
หน.ท.พ.ช. 9 ร.)

ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

24 / พ.ค. 2551

ลงชื่อ.....*นายสำราญ ดินอริยกุล*.....

(นายสำราญ ดินอริยกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาก

30 พ.ค. 2551

ผู้อำนวยการสำนัก/กอง

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ 7 วช. ด้านทันตกรรม
ตำแหน่งเลขที่ รพท. 751 สังกัดกลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง

เรื่อง การรักษาคลองรากฟันซ้ำร่วมกับการผ่าซีกของฟัน

หลักการและเหตุผล

การรักษาคลองรากฟันซ้ำเป็นการรักษาคลองรากฟันที่ล้มเหลว โดยภายหลังการรักษา
คลองรากฟันผู้ป่วยมีอาการเจ็บ ปวด และ/หรือ บวม และจากภาพถ่ายรังสีมีพยาธิสภาพรอบปลาย
รากฟัน และถ้ามีการดำเนินของรอยโรคลุกลามจนมีการทำลายกระดูกเบ้าฟันไปโดยเฉพาะใน
แนวราบของรากฟันบางส่วนจนถึงจุดแยกราก จำเป็นต้องพิจารณาการผ่าซีกของฟันร่วมด้วย เป็น
การรักษาอีกแนวทางหนึ่งนอกเหนือจากการถอนฟันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเก็บฟันธรรมชาติไว้ใช้
งานได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีผลการรักษาคลองรากฟันที่ล้มเหลวและมีความวิการ
(defect) บริเวณจุดแยกรากของฟันกรามระดับ 2 และ 3 ร่วมด้วย (furcation involvement class II
& III) และ ผู้ป่วยต้องการเก็บฟันซี่นี้ไว้ใช้งาน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การรักษาคลองรากฟันซ้ำ คือการรักษาคลองรากฟันเดิมที่ผ่านการรักษาคลองรากฟัน
มาแล้วแต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา สาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาคลองรากฟันล้มเหลวคือการติด
เชื้อในคลองรากฟัน เนื่องจากไม่สามารถทำความสะอาดและตกแต่งรูปร่างคลองรากฟันได้
เหมาะสม และอาจเกิดความผิดพลาดในเทคนิคต่างๆ ได้แก่การหาคลองรากฟันไม่ครบ การรั่วซึม
ของวัสดุบูรณะ หรือ เครื่องมือหักค้างในคลองรากฟัน เป็นต้น การพยากรณ์อัตราความสำเร็จ
ภายหลังการรักษาคลองรากฟันซ้ำได้แก่ ประวัติอาการและการรักษา สภาพเนื้อฟันที่เหลือเพียงพอ
ต่อการบูรณะฟันแบบถาวรหลังการรักษาคลองรากฟันซ้ำ การศึกษาและทำความเข้าใจถึงลักษณะ
ทางกายวิภาคของฟันซี่ต่างๆ การประเมินสภาพภายในคลองรากฟันและสภาวะปริทันต์⁽¹⁾ ในกรณี
ที่ฟันกรามที่ต้องรับการรักษาคลองรากฟันซ้ำและมีความวิการบริเวณจุดแยกรากของฟันกราม

ระดับ 2 (furcation involvement class II) และระดับ 3 (furcation involvement class III) การวินิจฉัยโรคได้แต่เนิ่นๆ ว่าฟันซี่นั้นมีความวิการบริเวณง่ามรากฟันจะเป็นตัวพยากรณ์โรคได้เป็นอย่างดีและจะทำให้มีทางเลือกในการรักษามากขึ้น การผ่าซีกของฟัน (hemisection) เป็นหนึ่งในวิธีในการแก้ไขความวิการของฟันในบริเวณดังกล่าว ซึ่งข้อบ่งชี้ในการผ่าซีกของฟันกรามมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ คือ⁽²⁾

1. ฟันที่มีความวิการของกระดูกรอบๆ รากฟันอย่างรุนแรงเพียงรากเดียว โดยรากฟันที่เหลือจะต้องมีกระดูกรองรับเพียงพอ ความวิการได้สันกระดูกอาจจะเป็นชนิดที่ผนังกระดูก 1, 2 หรือ 3 ด้าน (one , two or three walled infrabony lesion)
2. ฟันที่มีรากกรวยหรือรากโค้งซึ่งมีกระดูกบริเวณง่ามฟันบาง ทำให้การทำความสะอาดยาก
3. ฟันที่มีรอยผุบริเวณจุดแยกราก ทำความสะอาดได้ยากส่งผลให้กระดูกเบ้าฟันในบริเวณนั้นละลายตัว
4. ฟันกรامل่างหลายรากที่มีรากฟันบางรากร้าวหรือแตก
5. ฟันที่มีรูทะลุของฟัน โพรงฟัน (pulp chamber floor perforation) หรือรูทะลุด้านข้างของคลองรากฟัน(lateral perforation of root canal)

หลังการผ่าซีกของฟันกราม สามารถที่จะเก็บรากฟันที่ผ่านการผ่าซีกของฟันกรามได้จำนวนกี่รากฟัน ขึ้นอยู่กับปริมาณกระดูกเบ้าฟันที่รองรับว่าเหลือเกินครึ่งหนึ่งหรือไม่ ถ้ากรณีที่รากฟันมีปริมาณกระดูกเบ้าฟันที่รองรับเหลือเพียงพอตามที่กำหนด การบูรณะฟันหลังการผ่าซีกของฟันกรามสามารถทำการครอบฟันในแต่ละรากฟันได้⁽²⁾ โดยไม่จำเป็นต้องเอารากฟันรากใดรากหนึ่งออกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเก็บฟันซี่นั้นไว้ใช้งานต่อไปได้และสามารถทำความสะอาดได้ดีขึ้นกว่าการไม่ผ่าซีกฟัน นอกจากนี้ยังไม่ต้องสูญเสียเนื้อฟันของฟันซี่ข้างเคียงในการใส่ฟันเทียมชนิดสะพานฟันติดแน่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายสามารถทำการบูรณะฟันที่ผ่านการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวแนะนำให้อุดฟันด้วยวัสดุอุดคอมโพสิตเรซินเป็นการชั่วคราวและมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทุก 3 -6 เดือนจนกว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะทำการครอบฟันในแต่ละรากฟันได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ปกติ สามารถใช้ฟันที่รักษาโดยวิธีดังกล่าวได้และไม่มีปัญหาเรื่องการสบฟัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก สามารถใช้ฟันได้ตามปกติและภาพถ่ายรังสีปกติไม่มีพยาธิสภาพใดๆ ภายใน 2 ถึง 6 ปี⁽³⁾

บรรณานุกรม

1. Friedman S., Stabholz A. Endodontic retreatment case selection and technique. Part II.: Criteria for case selection. *J Endod* 1986, 12 (1): 28-33.
2. Rosenberg MM, Kay HB, Keough BE, Holt RL. Periodontal and prosthetic management for advanced case. Chicago: *Quintessence*; 1988, p 270 - 1
3. Farzaneh M, Abufol S., Friedman S. Treatment outcome in endodontics : The Toronto study. Phase I and III : Orthograde treatment. *J Endod* 2004, 30 (9): 627-633.

ลงชื่อ 

(พวงสาวภาสกรินทร์ เมธีคุณแสงสุริยา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

24 // ๖.๑ // ๒๕๖1