



บทความวิชาการ  
Original Article

# การรักษาคลองรากฟันในฟันตัดซี่ข้างซ้ายล่าง ที่มีรูเปิดของหนองทะลุใต้คาง : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

แหวดตา นาคะสิงห์ วท.บ., ท.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

## บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี มาโรงพยาบาลด้วยสาเหตุพบรูเปิดของหนองบริเวณใต้คางด้านซ้าย จากการวินิจฉัยพบว่าฟันตัดซี่ข้างซ้ายล่าง มีโพรงหนองรอบปลายรากชนิดเรื้อรัง จึงได้รับการรักษาคลองรากฟันแบบเสริมในหลายครั้ง จากการติดตามผลหลังการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ

(ว ทันต จุฬาฯ 2551;31:115-24)

**คำสำคัญ:** การรักษาคลองรากฟัน; รูเปิดของหนอง

## บทนำ

การรักษาคลองรากฟัน (endodontic treatment) เป็นวิธีการรักษาฟันที่มีพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน (pulp) และเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน (periapical tissue) เพื่อเก็บฟันที่ขึ้นไว้ให้ใช้งานได้ตามปกติ ปัจจุบันการรักษาคลองรากฟันมีการพัฒนามากขึ้นทั้งวัสดุ เครื่องมือ และวิธีการรักษา ในขณะที่เดียวกันทันตแพทยศาสตร์สาขาต่างๆ ก็มีการพัฒนามากขึ้นเช่นกัน การใส่รากเทียมเป็นการรักษาที่กำลังได้รับความนิยมมากขึ้น และอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความยุ่งยากในการรักษาคลองรากฟันซ้ำ หรือในรายที่การรักษาซับซ้อนการใส่รากเทียมอาจทำได้ง่ายกว่าและประสบความสำเร็จสูงกว่า อย่างไรก็ตามการใช้รากเทียมนั้นควรนำมาใช้ในกรณีที่ฟันหายไป ไม่ใช่ใช้ในกรณีที่ฟันยังสามารถเก็บไว้ได้ เพราะถ้าการรักษาคลองรากฟันทำได้อย่างดีและรอยโรคหายไปแล้ว ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นในภายหลังน่าจะมาจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ฟันผุ (dental caries) โรคปริทันต์อักเสบ (periodontitis) ฟันแตกร้าว (fracture) ไม่ใช่มาจากการรักษาคลองรากฟัน

ทันตแพทย์ส่วนมากมักคุ้นเคยกับการรักษาคลองรากฟันแบบเสร็จในหลายครั้ง (multiple visit endodontic treatment) แต่ด้วยความก้าวหน้าทางความรู้และเทคโนโลยีทำให้การรักษาคลองรากฟันในปัจจุบันสามารถทำได้แบบเสร็จในครั้งเดียว (single visit endodontic treatment) ข้อดีของการรักษาคลองรากฟันแบบเสร็จในหลายครั้ง คือ มีการใส่ยาในคลองรากฟันหลังการเตรียมคลองรากฟันซึ่งจะช่วยฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ที่ยังหลงเหลืออยู่และส่งผลให้อัตราประสบความสำเร็จในการรักษาสูงขึ้น<sup>1</sup> สามารถติดตามสังเกตอาการผู้ป่วยว่าอาการดีขึ้นหรือไม่ (ในกรณีที่มีอาการปวดบวมก่อนการรักษา) สามารถติดตามผลว่ารูเปิดของหนอง (sinus opening) มีการหายหรือไม่ ถ้ารูเปิดของหนองปิดแสดงว่าการทำความสะอาดคลองรากฟันน่าจะเพียงพอแล้ว สามารถอุดคลองรากฟันได้และการรักษาน่าจะประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตามการจะทำการรักษาคลองรากฟันแบบใด ควรพิจารณาลักษณะของรอยโรค ความพร้อมของผู้ป่วย ความยากง่าย ความรู้ความสามารถและทักษะของตัวทันตแพทย์เอง เพราะการรักษาคลองรากฟันโดยทันตแพทย์ทั่วไปนั้น มักจะมีอัตราความสำเร็จน้อยกว่าการรักษาที่ทำโดยทันตแพทย์เฉพาะทาง

สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ (endodontics) ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวอาจเนื่องมาจากความรู้ ความชำนาญ ทักษะและการติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการตลอดเวลา

วัตถุประสงค์ในการรักษาคลองรากฟัน คือ การป้องกันการเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน (periradicular periodontitis) และการรักษาในกรณีที่เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันแล้ว ซึ่งสามารถทำได้โดยกำจัดแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ฟันตายและเกิดพยาธิสภาพรอบรากฟันให้หมดก่อน<sup>2,3</sup> การกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในคลองรากฟันให้หมดหรือให้มากที่สุด ทำได้ด้วยการขยายคลองรากฟันร่วมกับการใช้น้ำยาล้างคลองรากฟันที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อและการใส่ยาในคลองรากฟันเพื่อฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังการเตรียมคลองรากฟัน

ความสำเร็จของการรักษาคลองรากฟันขึ้นอยู่กับขั้นตอนหลัก 3 ประการ คือ การวินิจฉัยโรค (diagnosis) การเตรียมคลองรากฟัน (canal preparation) และการอุดคลองรากฟัน (obturation) การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำจะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ การเตรียมคลองรากฟันก็มีความสำคัญเช่นกัน การเตรียมคลองรากฟันที่ดีจะสามารถกำจัดเนื้อเยื่อในโพรงฟันที่เป็นโรค กำจัดเชื้อโรคในคลองรากฟันขยายและตกแต่งคลองรากฟันให้สมบูรณ์ทั้งขนาดและรูปร่างพร้อมรองรับกับวัสดุอุดคลองราก ในหลายการศึกษา<sup>4-6</sup> ยังได้ให้ความสำคัญของการใช้น้ำยาล้างและใส่สารที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อในระหว่างทำการเตรียมคลองรากฟันด้วย น้ำยาล้างคลองรากฟันที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีอยู่ 3 ชนิด คือ

1. โซเดียมไฮโปคลอไรต์ (sodium hypochlorite, NaOCl) เป็นน้ำยาที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากโซเดียมไฮโปคลอไรต์ มีความสามารถสูงในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ยีสต์ และไวรัส รวมถึง *Porphyomonas gingivalis*, *P. endodontalis*, *P. intermedia*, *Candida albicans*, *Enterococcus faecalis* และ *Bacillus species*<sup>7-11</sup> ความเข้มข้นที่นิยมใช้กัน คือ ความเข้มข้นร้อยละ 0.5-5.25 โดยจากการศึกษา<sup>6,12,13</sup> ไม่พบความแตกต่างของประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อภายในคลองรากฟันของโซเดียมไฮโปคลอไรต์ที่มีความเข้มข้นต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moorer และ Wesseling<sup>14</sup> ที่พบว่าความถี่ของการล้างคลองรากฟัน

มีความสำคัญมากกว่าความเข้มข้นของโซเดียมไฮโปคลอไรต์ที่ใช้เนื่องจากการเปลี่ยนน้ำยาบ่อย ๆ จะมีปริมาณคลอรีนอิสระ (free chlorine) สูงขึ้น การละลายเนื้อเยื่อก็สูงตามขึ้นด้วย

2. น้ำยาคลอร์เฮกซิดีน (chlorhexidine) ความเข้มข้นร้อยละ 2 ใช้กำจัดเชื้อโรคที่ติดต่อยาโซเดียมไฮโปคลอไรต์ และมีความเป็นพิษน้อยกว่าการใช้โซเดียมไฮโปคลอไรต์

3. น้ำยาอีดีทีเอ (EDTA, ethylene diamine tetraacetic acid) ความเข้มข้นร้อยละ 17 ทำหน้าที่เป็นตัวคีเลต (chelating agent) หรือตัวจับกับแคลเซียม ข้อดีของน้ำยาอีดีทีเอ คือสามารถกำจัดชั้นเสมียร์ (smear layer) ซึ่งเกิดในขั้นตอนของการขยายคลองรากฟัน การใช้ยาโซเดียมไฮโปคลอไรต์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถกำจัดชั้นเสมียร์ได้ ชั้นเสมียร์ที่เหลืออยู่จะขัดขวางการแทรกซึมของยาที่ใส่ในคลองรากฟัน ทำให้การรักษาคลองรากฟันล้มเหลวได้ การใช้ยาอีดีทีเอจึงมุ่งหวังผลในการกำจัดชั้นเสมียร์มากกว่าการกำจัดเชื้อในคลองรากฟัน

ในการกำจัดชั้นเสมียร์ จำเป็นต้องใช้น้ำยาล้างคลองรากฟัน 2 ชนิดร่วมกัน ซึ่งปกติจะใช้โซเดียมไฮโปคลอไรต์ ความเข้มข้นร้อยละ 5.25 ร่วมกับอีดีทีเอความเข้มข้นร้อยละ 17 โดยในระหว่างการขยายคลองรากฟัน ให้ล้างด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 5.25 และเมื่อขยายเสร็จให้ล้างครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีเอความเข้มข้นร้อยละ 17 และตามด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 5.25 อย่างละ 10 มล. อีกครั้ง<sup>15,16</sup> ในระหว่างการรักษาคคลองรากฟันแบบเสร็จในหลายครั้ง จำเป็นต้องใส่ยาในคลองรากฟันเพื่อฆ่าเชื้อที่หลงเหลืออยู่ ยาที่นิยมใช้คือแคลเซียมไฮดรอกไซด์ (calcium hydroxide) และจะให้ประสิทธิภาพสูงสุดในการฆ่าเชื้อต้องใส่ไว้เป็นเวลาอย่างน้อย 7 วัน<sup>17</sup>

การอุดคลองรากฟันเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการรักษาคคลองรากฟัน มีวัตถุประสงค์เพื่อปิดกั้นทางติดต่อระหว่างภายในและภายนอกคลองรากฟันและป้องกันไม่ให้แบคทีเรียที่อาจหลงเหลือในท่อเนื้อฟัน (dentinal tubules) ออกมาในคลองรากฟันและออกสู่น้ำเยื่อรอบปลายรากฟัน วัสดุอุดคลองรากฟันที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางเป็นเวลานานจนถึงปัจจุบันและให้ผลสำเร็จในการรักษามากกว่าร้อยละ 90 คือ

กัตตาเปอร์ชา (gutta percha)<sup>18,19</sup> วิธีการอุดคลองรากฟันที่นิยมใช้ร่วมกับกัตตาเปอร์ชา คือ แลทเทอรัลคอนเดนเซชัน (lateral condensation) โดยจะมีการอุดส่วนใหญ่ของคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชาแท่งเอก (master cone) ร่วมกับซีลเลอร์ (sealer หรือ root canal cement) เมื่ออุดคลองรากฟันแล้วประเมินความสมบูรณ์ด้วยการถ่ายภาพรังสี ความยาวของวัสดุควรพอดีปลายรากหรือสั้นจากปลายรากไม่เกิน 2 มม.<sup>20</sup>

ความล้มเหลวของการรักษาคคลองรากฟัน จะปรากฏอาการให้เห็นภายในระยะเวลา 6 เดือน-1 ปี<sup>21</sup> โดยอาจปรากฏอาการปวด บวม มีหนองหรือรอยโรคของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน ดังนั้นจึงควรนัดผู้ป่วยมาตรวจที่ระยะเวลา 6 เดือน และหลังจากนั้นอีก 1 ปี และทุกปีอย่างน้อย 4-5 ปี<sup>22</sup>

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี อาชีพรับจ้าง มารับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทาง โสต ศอ นาสิก ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ด้วยอาการมีรูเปิดของหนองใต้คางด้านซ้าย โดยมีหนองไหลเป็นระยะๆ เป็นเวลา 2-3 ปี ผู้ป่วยเคยได้รับการทำศัลยกรรมบริเวณที่เป็นหนองโดยศัลยแพทย์ของโรงพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2548 แต่อาการไม่หาย แพทย์เฉพาะทาง โสต ศอ นาสิก วิเคราะห์ว่าอาจจะมีสาเหตุมาจากฟันจึงส่งผู้ป่วยมายังแผนกทันตกรรม

## ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา ให้ประวัติว่าเคยเจาะได้หนองที่บริเวณใต้คางโดยศัลยแพทย์เมื่อ ปี พ.ศ. 2548

## การตรวจภายนอกช่องปาก

ไม่มีอาการบวมของแก้ม และริมฝีปาก พบแต่รูเปิดของหนองใต้คางด้านซ้ายบริเวณตำแหน่งฟัน # 32 (ฟันตัดที่ข้างซ้ายล่าง) และ # 33 (ฟันเขี้ยวซ้ายล่าง) ผิวหนังรอบรูเปิดของหนองมีลักษณะแดง (รูปที่ 1)



**รูปที่ 1** รูเปิดของหนองใต้คางด้านซ้ายก่อนเริ่มการรักษา (ลูกศรชี้)  
**Fig. 1** Sinus opening under the left chin prior to treatment (arrow)

**การตรวจภายในช่องปาก**

ไม่มีอาการบวมของกระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก เหงือก และ ฟัน #31 #32 และ #33 ทั้งด้านทางริมฝีปาก (labial surface) และด้านทางลิ้น (lingual surface) ไม่มีรูเปิดของ หนอง ตรวจไม่พบรากฟันของฟัน ไม่มีหินน้ำลาย ไม่พบร่องลึก ปริทันต์ ฟันไม่โยก คล้ำไม่เจ็บ ฟัน # 32 มีอาการเคาะเจ็บ เล็กน้อย (รูปที่ 2)

**การตรวจทางรังสี**

จากภาพรังสีพบว่าฟัน #31 #32 และ #33 ไม่เคย รักษาคลองรากฟันและไม่พบรากฟัน พบเงาดำรอบปลายรากฟัน (rarefied area) ขนาดประมาณ 10 x 10 มม. ที่ปลายรากฟัน # 32 (รูปที่ 3)



**รูปที่ 2** ภาพลักษณะภายในช่องปากบริเวณฟันตัดซี่ข้างซ้ายล่าง  
**Fig. 2** Intra-oral photograph of the lower left lateral incisor



**รูปที่ 3** ภาพรังสีก่อนการรักษา แสดงให้เห็นเงาดำรอบปลายรากฟันตัดซี่ข้างซ้ายล่าง

**Fig. 3** Preoperative radiograph demonstrating a periapical radiolucent area of the lower left lateral incisor

### การตรวจความมีชีวิตของฟัน (vitality test)

วัดความมีชีวิตของฟัน # 32 ด้วยเครื่องทดสอบความมีชีวิตของฟัน (Vitality Scanner 2006, Sybron Endo, USA) พบว่าฟัน # 32 ไม่มีการตอบสนอง

### การวินิจฉัยโรค

จากประวัติผู้ป่วย การตรวจภายนอกช่องปาก การตรวจภายในช่องปาก การตรวจสอบความมีชีวิตของฟัน และภาพถ่ายทางรังสีของฟัน #32 วินิจฉัยได้ว่า ฟัน #32 มีเนื้อเยื่อในตายแล้ว (pulp necrosis) และเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันมีโพรงหนองรอบปลายรากชนิดเรื้อรัง (chronic apical periodontitis)

### แผนการรักษา

การรักษาเร่งด่วนไม่มี จึงวางแผนการรักษาโดยให้การรักษารากฟัน และอาจจะต้องทำศัลยกรรมปลายรากฟันร่วมด้วยหากการรักษารากฟันเพียงอย่างเดียวไม่ได้ผล ผู้ป่วยรับทราบขั้นตอนและแผนการรักษา

### การรักษา

ครั้งที่ 1 ชักประวัติและบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยรวมถึงแผนการรักษาลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เริ่มรักษาโดยใส่แผ่นยางกั้นน้ำลาย ที่ฟัน #32 ทำการเปิดเข้าสู่โพรงฟัน พบว่ามีหนองไหลออกมาจำนวนมาก ล้างคลองรากฟันด้วยน้ำเกลือ หลังจากนั้นวัดความยาวรากฟันด้วยไฟล์ (file) และถ่ายภาพรังสี ได้ความยาวของรากฟันที่ 19.5 มม. ขยายคลองรากฟัน โดยใช้ไฟล์ด้วยวิธีสตีปแบ็ก (step back) ใช้น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ล้างคลองรากฟันตลอดเวลา ขยายถึงไฟล์ขนาด 40 ล้างคลองรากฟันครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีที่เคความเข้มข้นร้อยละ 17 จำนวน 10 มล. ตามด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จำนวน 10 มล. ขับคลองรากฟันให้แห้ง ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์และปิดด้วยวัสดุอุดชั่วคราวไออาร์เอ็ม (IRM)

ครั้งที่ 2 สีสัปดาห์หลังการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยมีอาการใด ๆ ไม่มีการไหลของหนองออกมาได้คางอีก แต่รูเปิดของหนองยังไม่ปิด เริ่มทำการรักษาโดยใส่แผ่นยางกั้นน้ำลาย

รื้อวัสดุอุดชั่วคราวออก ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโป-คลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 พบว่ายังมีหนองไหลออกมาในคลองรากฟัน แต่น้อยและใสกว่าครั้งแรกมาก ล้างครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีเอความเข้มข้นร้อยละ 17 จำนวน 10 มล. ตามด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จำนวน 10 มล. ซับคลองรากฟันให้แห้ง ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์และปิดด้วยวัสดุอุดชั่วคราวไออาร์เอ็ม

ครั้งที่ 3 สีสัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยไม่มีหนองไหลออกมาได้คาง ขนาดของรูเปิดของหนองเล็กลง ผิวหนังโดยรอบรูเปิดแดงน้อยลง เริ่มทำการรักษาโดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย รื้อวัสดุอุดชั่วคราวออก ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโป-คลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ไม่พบหนองในคลองรากฟัน ล้างครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีเอความเข้มข้นร้อยละ 17 จำนวน 10 มล. ตามด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จำนวน 10 มล. ซับคลองรากฟันให้แห้ง ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์และปิดด้วยวัสดุอุดชั่วคราวไออาร์เอ็ม

ครั้งที่ 4 สีสัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยไม่มีอาการ รูเปิดของหนองได้คางปิด ผิวหนังปกติ เริ่มรักษาโดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย รื้อวัสดุอุดชั่วคราวออก ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโป-

คลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ไม่พบหนองในคลองรากฟัน ล้างกัตาเปอร์ชาแท่งเอก ด้วยขนาด 40 ความยาว 19.5 มม. ล้างคลองรากฟันครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีเอความเข้มข้นร้อยละ 17 จำนวน 10 มล. และตามด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จำนวน 10 มล. ซับคลองรากฟันให้แห้ง ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์และปิดด้วยวัสดุอุดชั่วคราวไออาร์เอ็ม

ครั้งที่ 5 สีสัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยไม่มีหนองได้คาง รูเปิดของหนองได้คางปิด ผิวหนังปกติ เริ่มทำการรักษาโดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย รื้อวัสดุอุดชั่วคราวออก ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ไม่พบหนองในคลองรากฟัน ล้างครั้งสุดท้ายด้วยอีดีทีเอความเข้มข้นร้อยละ 17 จำนวน 10 มล. ตามด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จำนวน 10 มล. ซับคลองรากฟันให้แห้ง อุดคลองรากฟันด้วย วิธีแลทเทอรัลคอนเดนเซนชัน โดยผสมซิงค์ออกไซด์ยูจีนอลซิลเลอร์ (zinc oxide eugenol sealer) แล้วปิดทับวัสดุอุดคลองรากฟันด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (glass ionomer cement) บุรณะส่วนตัวฟันด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต (composite resin) (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสีหลังการอุดคลองรากฟันตัดซี่ข้างซ้ายล่าง

Fig. 4 Postoperative radiograph of the root canal obturation of the lower left lateral incisor

### การติดตามผล

ติดตามผลการรักษาครบ 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการ  
หนองไหลใต้คาง รูเปิดของหนองใต้คางปิดสนิท พบแต่เพียง  
รอยแผลเป็นจางๆ บริเวณรอยรูเปิดเดิม (รูปที่ 5) ฟัน #32

ไม่โยก ไม่ปวด ไม่มีร่องลึกปริทันต์ ภาพถ่ายทางรังสีพบ  
ว่าเงาดำปลายรากเล็กลงเหลือขนาดประมาณ 8 x 8 มม.  
(รูปที่ 6) แนะนำให้ผู้ป่วยมารับการติดตามผลอีกทุก 1 ปี จนถึง  
ระยะเวลา 4-5 ปี



รูปที่ 5 ภาพลักษณะผิวหนังใต้คางที่ปราศจากรูเปิดของหนอง หลังจากการรักษา 6 เดือน  
Fig. 5 No sinus opening under the chin at 6-month recall



รูปที่ 6 ภาพถ่ายรังสีติดตามผลหลังการรักษาคลองรากฟันตัดซี่ข้างซ้ายล่างเป็นเวลา 6 เดือน  
Fig. 6 A 6-month recall radiograph of the lower left lateral incisor

## วิจารณ์

การรักษาคลองรากฟันอาจทำได้ทั้งแบบเสร็จในครั้งเดียวหรือแบบเสร็จในหลายครั้ง การจะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความรู้ความสามารถของทันตแพทย์ ความยากง่ายของงาน ตลอดจนลักษณะอาการ ในการรักษาครั้งนี้เลือกใช้วิธีการรักษาคลองรากฟันแบบเสร็จในหลายครั้งเนื่องจากผู้ป่วยมีรูเปิดของหนองใต้คาง และในการเปิดคลองรากฟันในครั้งแรกมีหนองออกมาจากคลองรากฟันในปริมาณมาก โดยหวังว่าการใส่ยาในคลองรากฟันระหว่างการรักษาจะช่วยกำจัดเชื้อแบคทีเรียที่หลงเหลืออยู่และทำให้การรักษาประสบความสำเร็จสูงขึ้น<sup>23</sup> และถ้ารูเปิดของหนองปิดแสดงว่าคลองรากฟันสะอาด พร้อมทั้งจะทำการอุดคลองรากฟันได้ ก่อนเสร็จสิ้นการรักษาในแต่ละครั้ง ได้ใช้น้ำยาอีดีทีเคความเข้มข้นร้อยละ 17 ล้างคลองรากฟัน ตามด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ล้างเป็นครั้งสุดท้ายเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อในคลองรากฟันมากที่สุด<sup>15,16</sup>

ก่อนเริ่มให้การรักษาคลองรากฟันในผู้ป่วยรายนี้ ได้มีการวินิจฉัยแยกโรคให้ได้ว่าเป็นโรคของเนื้อเยื่อในเพียงอย่างเดียว หรือมีรอยโรคเนื้อเยื่อปริทันต์ร่วมอยู่ด้วยหรือไม่ เพราะการวินิจฉัยที่ถูกต้องจะทำให้สามารถเลือกแนวทางการรักษาได้อย่างเหมาะสมว่ารอยโรคนี้จะรักษาโดยการรักษาคลองรากฟันเพียงอย่างเดียว หรือรักษาโรคปริทันต์เพียงอย่างเดียว หรือต้องรักษาร่วมกันทั้ง 2 อย่าง

จากประวัติผู้ป่วยรายนี้ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจภายนอกช่องปาก การตรวจภายในช่องปาก การตรวจร่องลึกปริทันต์ การตรวจภาพถ่ายทางรังสี และการตรวจสอบความมีชีวิตของฟัน วินิจฉัยได้ว่าฟัน #32 ในส่วนของเนื้อเยื่อในเป็นเนื้อเยื่อในที่ตายแล้ว และในส่วนของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันเป็นโพรงหนองรอบปลายรากชนิดเรื้อรังโดยไม่มีรอยโรคปริทันต์ร่วมด้วย จึงได้ทำการรักษาด้วยการรักษาคลองรากฟันเพียงอย่างเดียว และเมื่อทำการรักษาไปได้ 6 เดือนรูเปิดของหนองใต้คางได้หายและปิดสนิท จึงไม่ต้องทำศัลยกรรมปลายรากร่วมด้วย

## สรุป

จุดมุ่งหมายของการรักษาคลองรากฟัน คือ การกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ภายในคลองรากฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน ขั้นตอนในการรักษาได้แก่ การทำความสะอาดโดยการขยายและตกแต่งคลองรากฟัน และการอุดคลองรากฟันให้แน่น การรักษาคลองรากฟันแต่เพียงอย่างเดียวเป็นทางเลือกแรกก่อนที่จะตัดสินใจทำศัลยกรรมปลายราก ร่วมด้วยการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง การวางแผนการรักษาและการเลือกเทคนิคในการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้ประสบความสำเร็จในการรักษาเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามการส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาทันตแพทย์เฉพาะสาขาในกรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาก็เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่ควรพิจารณาเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Sjögren U, Figdor D, Persson S, Sundqvist G. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. *Int Endod J.* 1997;30(5):297-306.
2. Kakehashi S, Stanley HR, Fitzgerald RJ. The effects of surgical exposures of dental pulps in germ-free and conventional laboratory rats. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1965;20:340-9.
3. Möller AJ, Fabricius L, Dahlen G, Ohman AE, Heyden G. Influence on periapical tissues of indigenous oral bacteria and necrotic pulp tissue in monkeys. *Scand J Dent Res.* 1981;89(6):475-84.
4. Siqueira JF Jr, Lima KC, Magalhaes FA, Lopes HP, de Uzeda M. Mechanical reduction of the bacterial population in the root canal by three instrumentation techniques. *J Endod.* 1999;25(5):332-5.
5. Siqueira JF Jr, Rocas IN, Santos SR, Lima KC, Magalhaes FA, de Uzeda M. Efficacy of instrumentation techniques and irrigation regimens in



- reducing the bacterial population within root canals. *J Endod.* 2002;28(3):181-4.
6. Siqueira JF Jr, Rocas IN, Favieri A, Lima KC. Chemomechanical reduction of the bacterial population in the root canal after instrumentation and irrigation with 1%, 2.5%, and 5.25% sodium hypochlorite. *J Endod.* 2000;26(6):331-4.
  7. Waltimo T, Trope M, Haapasalo M, Orstavik D. Clinical efficacy of treatment procedures in endodontic infection control and one year follow-up of periapical healing. *J Endod.* 2005;31(12):863-6.
  8. Radcliffe CE, Potouridou L, Qureshi R, Hababbeh N, Qualtrough A, Worthington H, *et al.* Antimicrobial activity of varying concentrations of sodium hypochlorite on the endodontic microorganisms *Actinomyces israelii*, *A. naeslundii*, *Candida albicans* and *Enterococcus faecalis*. *Int Endod J.* 2004;37(7):438-46.
  9. Gomes BP, Ferraz CC, Vianna ME, Berber VB, Teixeira FB, Souza-Filho FJ. *In vitro* antimicrobial activity of several concentrations of sodium hypochlorite and chlorhexidine gluconate in the elimination of *Enterococcus faecalis*. *Int Endod J.* 2001;34(6):424-8.
  10. Siqueira JF Jr, Sen BH. Fungi in endodontic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97(5):632-41.
  11. Vianna ME, Gomes BP, Berber VB, Zaia AA, Ferraz CC, de Souza-Filho FJ. *In vitro* evaluation of the antimicrobial activity of chlorhexidine and sodium hypochlorite. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97(1):79-84.
  12. Bystrom A, Sundqvist G. The antibacterial action of sodium hypochlorite and EDTA in 60 cases of endodontic therapy. *Int Endod J.* 1985;18(1):35-40.
  13. Berber VB, Gomes BP, Sena NT, Vianna ME, Ferraz CC, Zaia AA, *et al.* Efficacy of various concentrations of NaOCl and instrumentation techniques in reducing *Enterococcus faecalis* within root canals and dentinal tubules. *Int Endod J.* 2006;39(1):10-7.
  14. Moorer WR, Wesselink PR. Factors promoting the tissue dissolving capability of sodium hypochlorite. *Int Endod J.* 1982;15(4):187-96.
  15. Yamada RS, Armas A, Goldman M, Lin PS. A scanning electron microscopic comparison of a high volume final flush with several irrigating solutions: Part 3. *J Endod.* 1983;9(4):137-42.
  16. Harrison JW. Irrigation of the root canal system. *Dent Clin North Am.* 1984;28(4):797-808.
  17. Sjögren U, Figdor D, Spangberg L, Sundqvist G. The antimicrobial effect of calcium hydroxide as a short-term intracanal dressing. *Int Endod J.* 1991;24(3):119-25.
  18. Himel VT, McSpadden JT, Goodis HE. Instruments, materials, and devices. In: Cohen S, Hargreaves KM, Keiser K. editors. *Pathways of the Pulp.* 9<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Elsevier. 2006: 233-289.
  19. Sjögren U, Hagglund B, Sundqvist G, Wing K. Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. *J Endod.* 1990;16(10):498-504.
  20. Kojima K, Inamoto K, Nagamatsu K, Hara A, Nakata K, Morita I, *et al.* Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital pulps. A meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97(1):95-9.
  21. Vire DE. Failure of endodontically treated teeth: classification and evaluation. *J Endod.* 1991;17(7): 338-42.
  22. de Sousa SM, Bramante CM. Dens invaginatus: treatment choices. *Endod Dent Traumatol.* 1998;14(4):152-8.
  23. Mohammadi Z, Farhad A, Tabrizzadeh M. One-visit versus multiple-visit endodontic therapy—a review. *Int Dent J.* 2006;56(5):289-93.

# Endodontic treatment of a lower left lateral incisor with a sinus opening under the chin: a case report

Waewta Nagasinha B.Sc., D.D.S.

Dental Department, 17<sup>th</sup> Somdejprasangkharaj Hospital, Suphanburi Province.

---

## Abstract

This article reports a case of a 42 year-old male presenting with a sinus opening under his left chin. The lower left second incisor was diagnosed to be chronic apical abscess. The tooth was endodontically treated with multiple visits. The treatment showed satisfactory result on 6-month recall.

(CU Dent J. 2008;31:115-24)

**Key words:** *endodontic treatment; sinus opening*

---