



พิมพ์เพื่อแจกจ่าย
แก่สมาชิกชมรม
เอนโดตอนติกส์
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 4
ฉบับที่ 3
2542

เอนโดสาร

จดหมายข่าวของชมรมเอนโดตอนติกส์แห่งประเทศไทย
Newsletter of The Endodontic Society of Thailand

ทักทายกันก่อน

สวัสดิ์ สมาชิก ทุกๆ ท่าน
ทั้งเนื้อหา สาระ ยังจุใจ
กรรมการ ชมรม ร่วมใจจัด
จากทุกท่าน ผู้ที่ เกื้อการุณย์
ปี' 42 กำลัง จะผ่านพ้น
เศรษฐกิจ ตกต่ำ มาย่ำยี่
กรรมการ ชุดนี้ สองปีผ่าน
ครบวาระ จำเป็น ต้องจากไป
คุณเมตตจิตต์ นวจินดา มาแทนที่
หวังให้ท่าน เป็นหลักชัย ได้พึ่งพิง
ในนามของ “เอนโดสาร” ผ่านวาระ
ทั้งคุณหมอ ทั้งนิสิต คณาจารย์
ขอบพระคุณ “Sponsor” ทุกๆ ท่าน
“เอนโดสาร” ของชมรมฯ จะเลื่องลือ
ชื่อเอ๋ย เจ้าชื่อ ดอกชะมวง
สหัสวรรษ 2000 มาทันกาล

“เอนโดสาร” ขอต้อนรับ ฉบับใหม่
มีบทความ ใหม่ๆ เสนอคุณ
ทุกบรรทัด ทุกบทความ ได้เกื้อหนุน
มาด้วยความ อบอุ่น สองขอบปี
เป็นปีที่ หลายคน หมั่นหมองศรี
แต่ชมรม เรายัง ไม่ท้อใจ
ท่านประธาน(ร.ศ.)อมรา พาสดใส
ขอต้อนรับ ประธานใหม่ ด้วยใจจริง
ชาวชมรม ยินดี เป็นอย่างยิ่ง
ช่วยเสริมสิ่ง ที่ควรรัฐ ผู้เชี่ยวชาญ
มีเรื่องจะ ขอบคุณ หลายสถาน
ที่ช่วยงาน พวกเรา นี้ เต็มฝีมือ
ที่ช่วยกัน เกื้อหนุน ทำหนังสือ
ช่วยสร้างชื่อ ชมรม อุดมการณ์
ปี'42 จะล่อง จะเลยผ่าน
ขอทุกท่าน จงสุขี โชคดีเฮย

กรรมการชมรมฯ

2 **ProFile**[®] **MAILLEFER**

*Instruments open a new era in endodontics.
Preparation is simpler, quicker and safer,
and the final result is better.*

เปิดยุคใหม่ของการรักษาคลองรากฟัน

- ★ **ง่าย สะดวก และรวดเร็วกว่า**
- ★ **ปลอดภัย รักษาคลองรากฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ**
- ★ **และเหนืออื่นใด ไม่ต้องทนหรือกังวลกับอาการปวดข้อมือจากการทำงานรักษาคลองรากฟัน**

นับ เป็นเวลามากกว่า 20 ปี ของการค้นคว้าหาวิธีการที่เร็วที่สุด ปลอดภัยที่สุด และมีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำความสะอาดคลองรากฟัน

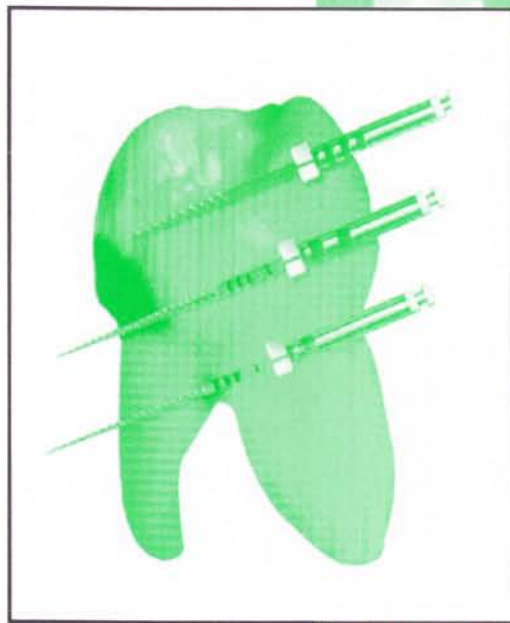
อุปสรรคสำคัญ อันได้แก่

- ความหลากหลายของธรรมชาติคลองรากฟัน
- ทิศจำกัตของเครื่องมือที่ทำจาก stainless steel ในการเตรียมคลองรากฟัน ไนยามที่รากโค้ง
- ความพยายามที่จะเตรียมคลองรากฟันไปจนถึงปลาย Apex ให้ได้ด้วยเครื่องมือเพียงชิ้นแรกชิ้นเดียว
- ความไม่แน่นอนของอุปสรรคที่กีดขวางเส้นทางของคลองรากฟัน ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย

เพื่อ เป็นการขจัดปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาคลองรากฟัน เครื่องมือรักษาคลองรากฟันสำหรับ Crown-down Technique จึงถูกพัฒนาขึ้น หัวใจหลักของเทคนิคนี้ คือ การเริ่มต้นการรักษาคลองรากฟันตั้งแต่ ส่วน Coronal Section แล้วค่อยๆ เลื่อนลงไปจนถึงปลายรากฟัน Apex ในที่สุด ซึ่งจะตรงกันข้ามกับกับเทคนิค การรักษาคลองรากฟันที่เคยปฏิบัติกันอย่างคุ้นเคยสืบทอดกันมา

ด้วย เครื่องมือที่มีหน้าตัดเป็น "U-Shape Cross-Section" และเนื้อวัสดุที่ใช้เป็นเกิลโททานเนียมผลิตเครื่องมือ ทำให้ ProFile[®] มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการรักษาคลองรากฟันโดยวิธี Crown-down Technique ทั้งนี้เนื่องจาก ProFile[®] เป็นเครื่องมือที่มีความยืดหยุ่นสูง ในขณะที่เดียวกับที่ยังคงความแข็งแกร่งในการตะโบรักษาคลองรากฟันให้สะอาดอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ต้องสับสนกับการเตรียมเครื่องมือจำนวนมาก และเหนืออื่นใด ทันตแพทย์ไม่ต้องทนหรือกังวลกับอาการปวดมือ เพราะ ProFile[®] ใช้กับ Conura-angle ทดรอบ ทำให้ทำงานได้รวดเร็ว

Ref: Arens, Donald E., DDS, MSD, "The Crown-down Technique, a paradigm shift" Dentistry Today, August, 1996



Dilemmas

พญ.พัชรินทร์ ปานแก้ว
พญ.ธราธร สุภรเกียรติ์

เรียบเรียงจากการบรรยายของ Prof. James L. Gutmann เรื่อง "Challenges in Contemporary Endodontics : Diagnostic and Treatment Dilemmas" ในการประชุมวิชาการประจำปีของชมรม ฯ วันที่ 7 พฤศจิกายน 2542
Dilemmas : a difficult situation in which you have to choose between two or more alternatives.

1 Histopathologic status of the dental pulp & periradicular tissues VS Pt. Clinical signs and symptoms

เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนระหว่างอาการและลักษณะที่ตรวจพบทางคลินิก กับการเปลี่ยนแปลงทาง Histopathology ของ pulp จึงเป็นการยากที่จะบอกว่าการอักเสบที่เกิดขึ้นใน pulp นั้น มีความมากน้อยเพียงใด และดำเนินมานานแค่ไหน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจให้การรักษาว่าควรจะทำถึงระดับใดจึงจะเหมาะสมและเกิดปัญหาหลังทำน้อยที่สุด

2 Sensitivity VS pain VS Pt. Perception and desires

การแปลผลของอาการเสียวและปวด ของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน และความต้องการในการรับการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันหรือบางครั้งอาจมีสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจไม่รับการรักษา เช่น หลังกิจการพบขั้นตอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาแล้ว หรือเมื่อมีความจำเป็นในด้านอื่น ๆ ที่มีความสำคัญมากกว่า

3 Document data on pulpal response VS " Stress pulp syndrome "

ข้อมูลในการตอบสนองของ pulp และจากภาพรังสีไม่สามารถบอกได้ว่า pulp มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมหรือป่วยเพียงใด ทำให้ทันตแพทย์ไม่สามารถแสดงให้ผู้ป่วยเห็นได้อย่างชัดเจนว่าฟันซี่นั้นต้องรับการรักษาหรือตัดสินใจว่าควรจะทำ การรักษาหรือไม่

4 Canal measurement and no cleaning VS measurement and cleaning

ในการทำ emergency treatment ถ้าจะนำเครื่องมือใส่ลงไปโคลงราก ควรวัดความยาวรากและควรทำความสะอาดคลองรากทั้งหมด เพื่อกำจัดสาเหตุของพยาธิสภาพนั้นไม่ควรนำเครื่องมือใส่ลงไปเพียงเพื่อที่จะทำลายเนื้อเยื่อบางส่วนในโพรงประสาทฟันเพราะจะมีโอกาส push debris ไปสู่เนื้อเยื่อปลายรากและทำให้เนื้อเยื่อที่เหลืออยู่อักเสบมากขึ้น เกิดอาการปวดมากขึ้น ในกรณีที่เป็น paste filling ควร clean ส่วน coronal ออกให้มากที่สุดก่อน ด้วยเครื่องมือ rotary เพื่อลดการ push paste ออกนอกราก โดยเฉพาะ case ที่มี coronal leakage อยู่แล้ว เพราะจะเป็นการ inoculate periradicular tissue

5 WL determination tooth with vital tissue VS A necrotic pulp

ระหว่างฟันที่มี vital tissue กับฟันที่มี necrotic tissue การเตรียมคลองรากจะสิ้นสุดในตำแหน่งที่ต่างกันหรือไม่ มีข้อคิดที่น่าสนใจ คือ ปกติในการเตรียมคลองรากควรสิ้นสุดที่บริเวณ CDJ (cemento dentinal junction) เพราะถ้าเลยตำแหน่งนี้ไปแล้วจะเป็นส่วนของ periodontal ligament ในฟัน vital ไม่ควรเตรียมคลองรากให้เกินจุดนี้เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบของ PDL โดยไม่จำเป็น แต่ถ้าเป็นฟัน necrotic อาจเตรียมคลองรากให้เลยมาถึงส่วนนี้ได้ เพื่อทำความสะอาดในบริเวณนี้ เนื่องจากเป็นไปได้ว่า PDL ในส่วนนี้อาจ necrotic ไปด้วย หรือในกรณีที่ต้องการให้เกิดการระบายของ pus หรือ exudate ก็ต้องใส่เครื่องมือให้เกินตำแหน่ง CDJ เข้ามาในบริเวณ PDL ด้วย

6 One-visit RCT in Patient's with Pain VS Multiple visit RC. Treatment

มีการศึกษาจำนวนหนึ่งสนับสนุนว่า ฟันที่มี necrotic pulp ไม่ควรทำ one-visit เพราะโอกาสที่จะเกิดการ healing มีน้อยกว่า อย่างไรก็ตามมีข้อมูลทางคลินิกที่สนับสนุนการทำ one-visit ว่าถ้าสามารถกำจัดสาเหตุของพยาธิสภาพออกไปได้หมดคือ ทำความสะอาดคลองรากได้สมบูรณ์ หรือแม้แต่กรณี localized swelling ที่สามารถ

drain ได้ ก็สามารถทำการรักษา one-visit ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น ความชำนาญและเวลา แต่ถ้าไม่แน่ใจว่าสามารถทำความสะอาดคลองราก ได้สมบูรณ์ หรือมีการ drainage เพียงพอ เช่น เมื่อมี massively infected และ cellulitis ก็ไม่ควรทำ one-visit

7 Leaving a tooth open for drainage VS always closing tooth

ไม่มีความจำเป็น (หรือเหตุผลอันสมควร) ที่จะต้องเปิดฟันทิ้งไว้เพื่อให้เกิดการระบายของ pus / exudate เพราะถ้าสามารถกำจัดสาเหตุของการอักเสบหรือติดเชื้อออกไปจากคลองรากโดยการ cleaning และ shaping ให้มากที่สุด การ drain จะหยุดลงได้

8 Occlusal Refinement VS. Occlusal Reduction VS. No Occlusal Alternation

การทำเพียง Occlusal Refinement ก็เพียงพอหากการขยายทำด้วยความยาวที่ถูกต้อง Temporary filling ไม่สูง จะทำ Occlusal Reduction ในกรณีที่เนื้อฟันเหลือเป็น wall บาง ๆ และอาจแตกได้ หรือบริเวณที่มี plunging cusp หรือ wear facet ให้เห็น เช่น palatal cusp ของ max. premolar, marginal ridge ของ mand. Molar

9 Use of Intracanal medicament VS No Intracanal medicament

medicament ประเภทกลุ่ม phenolic compound เช่น cresatin, formocresol ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เนื่องจากทำให้เกิด adverse tissue response แนะนำให้ใช้ Ca(OH)₂ เนื่องจากมีคุณสมบัติที่ดีหลายประการ ที่ Australia นิยมใช้ Ca(OH)₂ + Ledermix ในทุก case (ความเห็นผู้บรรยาย => no scientific bases) ก่อนใส่ medicament ลงในคลองรากควร remove smear layer ออกเพื่อใหยาสัมผัสกับ bacteria ที่อยู่ใน dentinal tubules กรณีทำ vital pulp บางคนใช้ Ca(OH)₂ เพื่อไปละลาย tissue remnant ในส่วนที่เราไม่สามารถกำจัดออกได้ กรณี retreatment มีรายงานว่า ประมาณ 15-20 % ของ case ที่มี persistant periradicular lesion พบเชื้อ E faecalis ซึ่งเป็นเชื้อที่ดื้อต่อ Ca(OH)₂ การตรวจพบเชื้อนี้โดยทำ sampling จาก smear layer ที่ remove ออก หากการตรวจพบเชื้อนั้นพบที่ smear layer ก็ควรกำจัด smear layer ออก (เพื่อลดจำนวนเชื้อ) ก่อนการใส่ Ca(OH)₂

10 Routine antibiotic / analgesic management VS Selective use of Systemic medications

ข้อบ่งชี้ของการให้ antibiotic คือมี Systemic infection ไม่ใช่เพื่อความสบายใจของหมอและคนไข้ เนื่องจากผลของ antibiotic เช่น Pen V หรือ G ซึ่งให้ทาน 3-5 วัน จะไปเปลี่ยนแปลง bacteria ในลำไส้ 3-6 เดือน ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดไม่มี sign ของ infection ควรให้ เฉพาะยาแก้ปวด เช่น Ibuprofen ซึ่งอาจให้ทันทีหลังจดยาเสร็จ เริ่มด้วย 800 mg แล้วให้ต่ออีก 1-2 วัน 3,200 mg / วัน

11 Narcotic Analgesic VS NSAIDS

ไม่จำเป็นต้องให้ Narcotic Analgesic เพราะการปวดฟันเป็น peripheral pain ไม่ใช่ brain pain

12 Routine Penicillin VS Various other Antibiotic Regimens

Penicillin ยังเป็น best treatment of choice หรืออาจให้ Amoxycillin 500 mg วันละ 4 ครั้ง 3-5 วัน หรือ Clindamycin เพราะสามารถ penetrate เข้าไปใน bone ได้ดี 150 mg วันละ 3 ครั้ง, 300 mg start ไม่ควรให้ยานานเกินไป เพราะจะทำให้เกิดการดื้อยาได้ กรณีของฟันใน maxillary arch ที่อาจมี root ติดต่อกับ sinus อาจเลือกให้ Clindamycin + metronidazole 3-5 วัน

13 Localized Swelling VS Generalized Swelling

กรณี Localized Swelling ให้ทำ I & D เท่านั้น ไม่ต้องให้ antibiotics กรณี Generalized Swelling (มี space infection, temperature ↑) ให้ทำ I & D และให้ antibiotics

14 Traumatic Injuries

กรณี luxation treat ด้วย Ca(OH)₂ 7-10 วัน แล้วอุดด้วย GP permanent root canal filling เลย

รอยโรคที่ปลายรากขนาดใหญ่ รักษาอย่างไรดี?

รศ.ทพญ.อมรา ม่วงมิ่งสุข
คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล

รอยโรค ที่เห็นบริเวณปลายรากฟัน มี 2 ประเภทคือ ประเภทที่มีสาเหตุจากพัลพ์ และไม่ใช่อุบัติเหตุจากพัลพ์ บทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะประเภทที่มีสาเหตุจากพัลพ์ รอยโรคนี้จะเกิดภายหลังการตายของพัลพ์ ซึ่งจะมีแบคทีเรียร่วมอยู่ด้วยเสมอ¹⁻² เนื้อเยื่อพัลพ์ที่เน่าตายและแบคทีเรียจะปล่อยสารพิษ (endotoxin) ผ่านไปทางปลายรากกระตุ้นให้เกิด การอักเสบบริเวณเนื้อเยื่อรอบปลายมีการละลายของกระดูกจนเกิดเป็นเงาดำเห็นได้ในภาพรังสี หากคลองรากฟันไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน เนื้อเยื่อรอบปลายรากจะมีการอักเสบเรื้อรัง กระดูกจะถูกทำลายเป็นบริเวณกว้างขึ้นเรื่อย ๆ เนื้อเยื่อบริเวณที่เป็นเงาดำนี้เป็นการตอบสนองของร่างกายเมื่อตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์สามารถวินิจฉัยได้เป็น Chronic abscess, Granuloma หรือ cyst เป็นส่วนใหญ่³⁻⁵ ในรอยโรคต่าง ๆ นี้จะมีองค์ประกอบของเนื้อเยื่อที่ใกล้เคียงกันคือ granulomous tissue ซึ่งคล้ายกับ granulation tissue แต่มีเซลล์ของการอักเสบจำนวนมากอยู่ด้วยได้แก่ lymphocytes, plasma cells, macrophages และ PMNs ปะปนอยู่ด้วย ในกรณีของ granuloma อาจมี fibrous capsule ล้อมรอบ หรือ มี stratified squamous epithelium ล้อมรอบในกรณีของ cyst อาจพบเชื้อแบคทีเรียอยู่ในรอยโรคได้ด้วย

จากการทราบสมมติฐานของการเกิดรอยโรค จึงนำมาสู่วิธีการรักษา กล่าวคือหากเราสามารถกำจัดพัลพ์ที่ตายและเชื้อแบคทีเรียในคลองรากออกได้หมดหรือเหลืออยู่น้อยที่สุดเท่าที่ร่างกายยอมรับที่จะให้เกิดการหายขึ้นได้รอยโรคนั้นก็จะสามารถหายเป็นสภาพปกติได้ด้วยกลไกของร่างกาย เนื้อเยื่อของรอยโรคซึ่งมีศักยภาพของการหายได้ก็จะปรับเปลี่ยนเป็นเนื้อเยื่อปกติเชื้อแบคทีเรียที่อาจมีอยู่บ้างก็จะถูกทำลายด้วย macrophages และเมื่อไม่มีการอักเสบพวกเซลล์ของการอักเสบก็จะหายไปจากบริเวณนั้น

ในปัจจุบันเป็นที่แน่ชัดแล้วว่า ฟันที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ไม่ใหญ่นัก ภายหลังจากรักษาคคลองรากฟันถูกต้องด้วยวิธีปกติ รอยโรคจะหายไปกลับกลายเป็นเนื้อเยื่อรอบปลายรากปกติ อย่างไรก็ตามเมื่อรอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้น ความสนใจที่รักษาคคลองรากฟันธรรมดาโดยไม่ใช้ศัลยกรรมร่วมมักจะลดลงและนิยมใช้วิธีการรักษาคคลองรากฟันร่วมกับการทำศัลยกรรมร่วมเพื่อกำจัดรอยโรคและทำให้เกิดการหาย การใช้วิธีศัลยกรรมกับรอยโรคขนาดใหญ่จะมีข้อเสียอยู่บ้าง โดยอาจทำให้ฟันข้างเคียงตายลงหรือทำให้อวัยวะข้างเคียงได้รับอันตราย เช่น mental nerve maxillary sinus, floor of nose ที่สำคัญคืออาจเป็น

การรักษาที่เกินจำเป็น

ผู้เขียนจึงมีความสนใจว่ารอยโรคขนาดใหญ่จะสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาคคลองรากฟันอย่างเดียวได้มากน้อยแค่ไหนจึงได้ศึกษาโดยทำการรักษาคคลองรากฟันวิธีไม่ใช้ศัลยกรรมในฟันที่มีรอยโรคขนาดใหญ่⁶ เส้นผ่าศูนย์กลาง 9 - 20 มม. จำนวน 22 ราย จากการติดตามผลการรักษาพบว่า เกิดการหายอย่างสมบูรณ์ 20 ราย คิดเป็น 90.9% (รูปที่ 1) และหายแบบไม่สมบูรณ์ 2 ราย คิดเป็น 9.1% (รูปที่ 2,3)



(รูปที่ 1) ก่อนรักษา



หลังรักษา



(รูปที่ 2) ก่อนรักษา



หลังรักษา

และสังเกตว่าการหายจะเริ่มเกิดจากขอบนอกของรอยโรคเข้าหาปลายรากฟันโดยใช้เวลาของการหายภายใน 24 เดือน จำนวน 16 ราย (80%) และหลัง 24 เดือน จำนวน 4 ราย (20%)

สำหรับการศึกษาจะทำตามขั้นตอนการรักษาคลองรากปกติ คือ

1. ให้ การพิเคราะห์ว่าเป็นรอยโรคที่เกิดจากพัลพ์ตาย
2. เปิดทางเข้าสู่คลองราก ให้เป็นแนวตรงสามารถใช้ไฟล์ ที่จะทำความสะอาดได้สะดวก
3. เตรียมคลองราก ในการเตรียมคลองรากฟันที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ ควรขยายคลองรากให้ apical foramen กว้างถึงไฟล์ขนาด 20 - 25 ทั้งนี้เป็นการกำจัดแบคทีเรีย ในคลองรากในส่วนปลายราก และเพื่อประโยชน์ในการ drainage หรือลดแรงดันภายในรอยโรค โดยเฉพาะในกรณีที่มี fluid บรรจุอยู่ในรอยโรค จากนั้นจึงสร้างรอยคอดที่ปลายรากขึ้นใหม่ห่างจากปลายรากประมาณ 1 มม.
4. ล้างและขยายคลองราก ร่วมกับการ aspirate fluid จากคลองรากในกรณีที่มี fluid ด้วยเข็มที่ค้ำกับคลองราก และใส่ยาในคลองรากซ้ำจนกว่าคลองรากจะอยู่ในสภาพที่พร้อมจะอุดในปัจจุบันการใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ใส่ในคลองราก

ระหว่างการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เสียเวลาในการกลับมาเปลี่ยนยาบ่อย ๆ นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์เป็น antiinflammation, antibacterial ลดการทำลายและกระตุ้นให้เกิดการหาย⁷

5. อุดคลองรากให้แนบสนิท เมื่อคลองรากแห้งไม่มีลักษณะการอักเสบให้เห็น เช่น ไม่มี sinus opening ไม่บวม, เคาะไม่เจ็บและผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ

6. ที่สำคัญต้องอุดฟันส่วนตัวฟันให้สนิท ไม่ให้มีการรั่วมีการพิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า การรั่วซึมในส่วนตัวฟันก็เป็นสาเหตุของความล้มเหลวในการรักษาคคลองรากเช่นกัน

จากการศึกษา ที่พบว่าส่วนใหญ่รอยโรคหายได้หลังการรักษาคคลองรากปกติ และประสบการณ์ของผู้เขียนขอแนะนำว่าในฟันที่มีรอยโรคเนื่องจากฟันตายควรจะมีการรักษาคคลองรากก่อน และสังเกตการตอบสนองของผู้ป่วย ถ้ามีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น เช่น กรณีที่มีการบวม การบวมยุบลงเร็ว หรือการหายไปของ sinus opening การแห้งลงของ fluid ในคลองราก เหล่านี้ล้วนเป็นแนวโน้มที่ดี และถ้าผู้ป่วยยินดีและมีเวลาก็ควรให้การรักษาต่อไปหรืออาจตัดสินใจใช้ศัลยกรรมร่วมเพื่อให้การรักษาจบสิ้นโดยเร็ว เหตุผลที่ควรจะมีการรักษาคคลองรากอีกประการคือ เนื่องจากเราไม่สามารถให้การพิเคราะห์แยกโรคได้ว่ารอยโรคที่เห็นจากภาพรังสีจะเป็นเนื้อเยื่อชนิดใด บางครั้งพบว่า แม้รอยโรคจะมีขนาดใหญ่จากการทำความสะอาดเตรียมคลองรากเพียง 2 - 3 ครั้ง สามารถทำให้คลองรากแห้งพร้อมที่จะอุดได้ในกรณีเช่นนี้การใช้ศัลยกรรมจึงอาจเป็นวิธีการรักษาที่เกินความจำเป็น

เนื่องจากการรักษาคคลองรากปกติ ในฟันที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ก็จะต้องใช้เวลา และต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วย ควรจะให้คำอธิบายถึงข้อดีข้อเสีย แก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาแบบไม่ใช้ศัลยกรรม ผู้ป่วยต้องสามารถมารับการรักษาและติดตามผลจนหายสมบูรณ์ เมื่อใดที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หรือติดตามผลการรักษาแล้วไม่เกิดการหายจึงเลือกใช้วิธีศัลยกรรมร่วม เป็นที่ถกเถียงกันค่อนข้างมากในกรณีที่มีรอยโรคเป็น cyst ว่า รอยโรคจะหายได้หรือไม่ หายได้อย่างไร epithelium ของ cyst wall หายไปไหน Simon⁸ ได้ให้คำอธิบายในเรื่องการหายของ cyst ไว้ว่า ถ้า cyst มีทางติดต่อกับปลายรากฟัน (periapical pocket cyst) จะเกิดการหายได้ภายหลังการรักษาคคลองรากปกติ เนื่องจาก cystic fluid สามารถ drain ออกได้ทางคลองรากฟัน แต่หาก cystic cavity ไม่มีทางติดต่อกับคลองราก (periapical true cyst) จะรักษาไม่หายด้วยการรักษาคคลองรากวิธีปกติต้องใช้วิธีศัลยกรรมร่วมด้วย (รูป 2)



(รูปที่ 3) ก่อนรักษา



หลังรักษา

Rotary root canal instruments

พ.ด.หญิง จอมขวัญ กองปลอกฎ
กองทันตแพทย์ กรมแพทยทหารบก



จึงจะเกิดการหายหรือใช้วิธี decompression⁹ โดยเจาะบริเวณรอยโรคและใส่ท่อโพไลเอธิลีนไว้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้น้ำเกลือล้างบริเวณรอยโรคให้ดีขึ้นและหายในที่สุดได้ แต่วิธีนี้มีข้อเสียคือมักเกิดการอักเสบเรื้อรังของเนื้อเยื่อบริเวณที่ใส่ท่อและยังคงเปิดเป็นรู ภายหลังจากการรักษา มีหลายรายงาน¹⁰⁻¹² ซึ่งสรุปไว้ว่าเนื่องจากรอยโรคที่ปลายรากส่วนใหญ่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาคลองรากฟันปรกติ และอุบัติการณ์ของ cyst มีค่อนข้างสูง ฉะนั้น ส่วนหนึ่งของ cyst จะต้องเกิดการหายได้ด้วย ในรอยโรคที่เป็น cyst การละลายตัวของกระดูกเกิดจากแรงดันของ cystic fluid ฉะนั้นในการรักษาจึงจำเป็นต้องหาทางลดแรงดันโดยให้ cystic fluid มีทาง drain เมื่อแรงดันลดลง เนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ จะสามารถเจริญเข้ามาในบริเวณที่เป็นรอยโรคได้ และเปลี่ยนแปลงไปเป็นเนื้อเยื่อปรกติ ส่วน epithelial cyst wall จะถูกทำลายไปในกรณีที่เกิดการหาย เนื่องจากขาดเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยง แต่ในกรณีที่ไม่เกิดการหายจะยังคงพบ epithelium หลงเหลืออยู่¹³

การหายของรอยโรคหลังการรักษาจะพบมีการหายสมบูรณ์เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ แต่มีรอยโรคจำนวนน้อยที่หายไม่สมบูรณ์ ขนาดรอยโรคเล็กลงอย่างมาก และผู้ป่วยไม่มีอาการ ไม่มีลักษณะอาการของการอักเสบใด ๆ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการหายแบบเป็น fibrous connective tissue¹⁴ (รูปที่ 3) โดยสรุปเนื่องจากพื้นที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ซึ่งมีสาเหตุจากผลทำลายมีแนวโน้มจะเกิดการหายได้ด้วยการรักษาคลองรากแบบปรกติ ฉะนั้นในการวางแผนการรักษา ควรเริ่มให้การรักษาแบบปรกติ ซึ่งส่วนใหญ่สามารถทำให้เกิดการหายได้ หากไม่ประสบความสำเร็จจึงใช้วิธีศัลยกรรมร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. Kakehashi, S., Stanley, H.R. and Fritzgerald, R.J. (1965) The effect of surgical exposures of dental pulps in germ-free and conventional laboratory rats Oral Surg. 20 : 340
2. Moller, A.J.R., Fabricius, L., Dahlen, G., Ohman, A.E. and Heyden, G. (1981) Influence on periradicular tissues of indigenous oral bacteria and necrotic pulp tissue in monkeys Scand. J. Dent. Res. 89 : 475 - 485
3. Simon, J.H.S (1998) : Periapical pathology In : Cohen, S. Burns,R. eds. Pathways of the pulp 7th edn. St Louis : CV Mosby Co. pp 425 - 462
4. Torabinejad, M. and Walton, R.E (1996) Pulp and periradicular pathosis In : Principle and practice of endodontics 2nd edn. : 29 - 51
5. Seltzer, S (1986) Periapical granuloma and radicular cyst In : Endodontology, 2nd edn. Lea Febiger, Philadelphia : 195 - 236
6. อมรา นามิ่งสุข (2526) การหายภายหลังการรักษาคลองรากแบบไม่ใช้ศัลยกรรมในพื้นที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อรอบปลายรากอย่างกว้างขวาง 23 : 231-248
7. Maalouf, E.M. And Gutmann, J.L (1994) Biological perspectives on the nonsurgical endodontic management of periradicular pathosis Int. Endo. J. 27 : 154 - 162
8. Simon, J.H.S (1980) Incidence of periapical cysts in relation to root canal J. Endod. 6 : 845 - 848
9. Freedland, J.B (1970) : Conservative reduction of large periapical lesions, Oral Surg. 30 : 455 - 464
10. Torabinejad, M. (1983) The role of immunological reactions in apical cyst formation and fate of the epithelial cells after root canal therapy : a theory Int. J. Oral Surg. 12 : 14 - 22
11. Nair, P.N.R., (1993) Radicular cyst affecting a root - filled human tooth : a long term post treatment follow up Int. Endo. J. 26 : 225 - 233
12. Nair, P.N.R. (1998) Review new perspective on radicular cyst : Do they heal ? Int. Endo. J. 31 : 155 - 160
13. Bender, J.B (1972) A commentary on General Bhaskar's hypothesis. Oral Surg. 34 : 469 - 476
14. Penick, E.C. (1961) Periapical repair by dense fibrous connective tissue following conservative endodontic therapy Oral Surg. 14 : 239 - 242

๑ ในช่วง 3-4 ปี นี้ Rotary root canal instruments เริ่มมีบทบาทในห้องคลาตของวงการ endodontics ในประเทศไทยมากขึ้น มีหลายบริษัทนำเสนอเครื่องมือขยายที่ใช้กับเครื่องกรอชา เครื่องมือขยายจะทำด้วยวัสดุพวก nickel-titanium ทั้งนี้เพราะ file ที่ทำจากวัสดุประเภทนี้ จะมีคุณสมบัติที่ดี คือ มี flexibility มากกว่า stainless steel file ปัจจุบันมี 3 บริษัท ที่ผลิตเครื่องมือประเภทนี้ ออกมาขายในห้องคลาต คือ Profile (Tulsa Dental Products), Light Speed (Light Speed Technology, Inc) และ Quantec (NTCO.) เครื่องมือขยายของทั้ง 3 บริษัทอาจจะมรูปร่างที่แตกต่างออกไป แต่มีลักษณะที่เหมือนกัน คือมี radial land เพื่อป้องกันไม่ให้เครื่องมือหักงอและลดการเกิด transportation ของคลองรากฟันในขณะขยาย เราลองมาอ่านความคิดเห็นของคุณหมอจอมขวัญ เรื่อง Rotary nickel titanium file ซึ่งคุณหมอเคยมีประสบการณ์ใช้งานมานานค่ะ

ในอดีตการใช้เครื่องมือพวก engine driven system ในการขยายคลองรากฟัน ไม่เป็นที่นิยมนัก สาเหตุหนึ่งก็คือความแข็งของโลหะที่นำมาใช้ทำตัว file ไม่ว่าจะเป็น stainless steel หรือ carbon steel ก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ในการขยายคลองรากฟันที่โค้ง แคบ ซึ่งโลหะดังกล่าวไม่สามารถจะ follow ไปตามความโค้งของคลองรากฟันได้ จนกระทั่งในปี 1988 Walla ได้ทำการดัดแปลง file จากโลหะนิเกิลไทเทเนียม และมีการศึกษาที่ตามมาหลายชิ้น ที่พิสูจน์ให้เห็นว่า file ชนิดนี้มี mechanical properties ที่ดีกว่าวัสดุตัวเดิม ๆ หลายประการ ได้แก่ มี elastic flexibility ต่อการหักงอ (bending) และการบิด (torsion) เพิ่มมากขึ้น 2 - 3 เท่า ไม่ว่าจะเป็นทิศทางทวนเข็มนาฬิกาหรือตามเข็มนาฬิกา รวมทั้งมีคุณสมบัติ torsional ductility สูงทำให้ต้านทานการแตกหักได้ดีขึ้น

ต่อมาบริษัท Tulsa dental product ได้ริเริ่มผลิต Rotary nickel titanium ออกมาโดยมีการเพิ่มความ taper ของ file ให้แตกต่างไปจาก ISO standard เดิม เป็น 0.04 และ 0.06 taper เพื่อความสะดวกในการขยายคลองรากฟันโดยใช้เทคนิค crown down ซึ่ง Weine ในปี 1996 กล่าวว่ามีประโยชน์ ดังนี้คือ

- น้ำยาล้างคลองรากฟันสามารถลงไปล้างได้ดีมากขึ้นในเวลาที้น้อยลง
- ใส่ file ลงไปในบริเวณปลายรากได้ง่ายขึ้น
- ในตอนสุดท้ายจะใส่ plugger และ GP cone ลงไปได้ง่ายขึ้น

จากที่กล่าวมา พอจะสรุปได้ดังนี้ ข้อดีของการใช้ file ชนิดนี้

1. ใช้เวลาในการขยายคลองรากฟันน้อยกว่าการใช้ Hand file
2. ลดการสึกหรอของอวัยวะทันตแพทย์ ซึ่มีผู้เชี่ยวชาญคิดว่า สำคัญมาก โดยเฉพาะ endodontist ที่ทำงาน

- full time อาจารย์ Dr. Torabinejad เคยเล่าให้ฟังว่า มีอยู่ช่วงหนึ่งที่ทำหน้าที่ Hand file มาก ๆ ซึ่มีมือและข้อนิ้วของท่านจะปวดมากจนทำงานไม่ได้ไปช่วงหนึ่ง พอมี rotary file มาใช้ทำให้ท่านแก้ปัญหานี้ได้โดยไม่ต้องไปผ่าตัดมือตามที่หมอแนะนำ
3. ลดความเมื่อยล้าของผู้ป่วย
 4. จากการศึกษาพบว่า การขยายดิน debris ออกนอกรากน้อยกว่า
 5. ท่านที่ร่วมประชุมประจำปีของชมรมเอ็นดี ๔ คนจำได้ว่า Dr. Gutmann แนะนำว่าการ Remove pulp tissue ด้วย Profile จะสามารถ remove ได้ถึง 95 % และ pulp ส่วนใหญ่จะถูกดันออกมา coronally
 6. คลองรากฟันที่ได้จะมีลักษณะเรียบเป็น 3 dimensional tapering form

ข้อเสียของการใช้ file ชนิดนี้

1. ราคาค่อนข้างแพง (ปัจจุบันราคาของบริษัทขยายจะตกตัวละ ประมาณ 260 บาท) เป็นเรื่องธรรมดาที่เราจะนำมาผ่าซื้อแล้วใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีก
2. ปัญหาที่จะตามมาจากข้อ 1 ในการใช้ซ้ำคือ การหักของ file โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างการทำกรอชาคลองรากฟันให้กับคนไข้ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าปวดหัวเพราะโอกาสที่จะ bypass หรือ remove เอา file ที่หักออกไปได้ยากมาก ทางบริษัทผู้ผลิตได้แนะนำให้ผู้ใช้ทั้ง file ภายหลังจากการใช้งานแบบ " heavy usage " ซึ่งพูดลำบากว่าอย่างไรก็จะเรียกว่า " heavy usage " ผู้เขียนได้มีโอกาสรับฟังความเห็นของ Endodontist บางท่านอย่างเช่น Dr. Steve Buchanan แนะนำให้ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ส่วน Dr. Ben Johnson ซึ่งบรรยายที่เมืองไทยตอนต้นปีก็กล่าวไว้ว่า ขึ้นกับองค์ประกอบความโค้งของคลองรากฟันที่เราจะใช้กันด้วย ถ้าเป็นความโค้งแบบ severe curvature แนะนำให้ใช้กับฟันแค่นี้เดียวทิ้งไป

มีข้อเสนอแนะการใช้งาน Profile ที่พอจะรวบรวมได้ดังนี้

1. ศึกษาการใช้งานอย่างละเอียดและทดลองใช้งานใน ex tracted teeth จนชำนาญก่อน
2. ศึกษา anatomy ของพื้นที่ที่จะขยาย มีฟันบางประเภทที่ไม่เหมาะกับการใช้ Profile ตั้งแต่ต้น เช่น double-s-shaped canal, ฟันที่มี 2 canal มา join กัน
3. มีการติดตามการใช้งานของ file แต่ละตัวว่าใช้ไปมากน้อยแค่ไหนแล้ว ยกตัวอย่างเช่น กำหนดจำนวนครั้ง โดยดูจากสีของ stop ที่ใส่ ใช้ 1 ครั้ง ใส่ stop สีขาว ใช้ 2 ครั้ง เปลี่ยนเป็นสีเหลือง ๓ ล ๔
4. ตรวจสอบสภาพ file ก่อนการใส่ลงไปใน canal ถ้าเกิดการ deformities ก็ไม่ควรจะเสี่ยงใช้
5. การทิ้ง file เมื่อหมดสภาพการใช้งานแล้ว คำนวณว่าการต้องมาเสียอารมณ์และเวลากับ Separated instrument ที่หักคาอยู่ใน canal

HYGENIC

HYGENIC.....เบื้องหลังความสำเร็จของมืออาชีพ

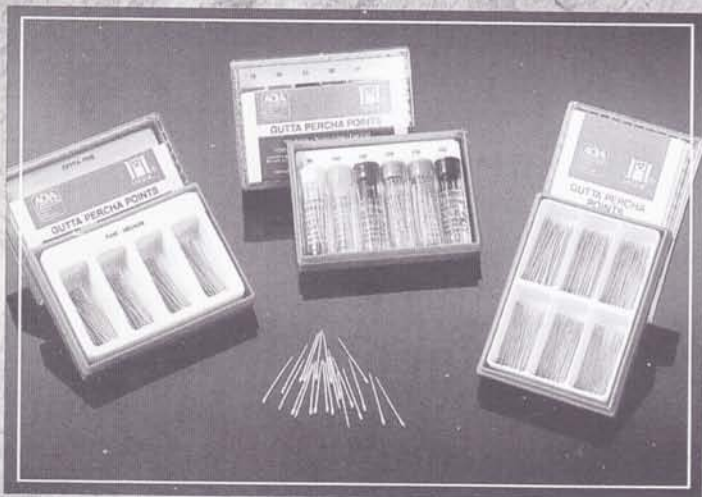
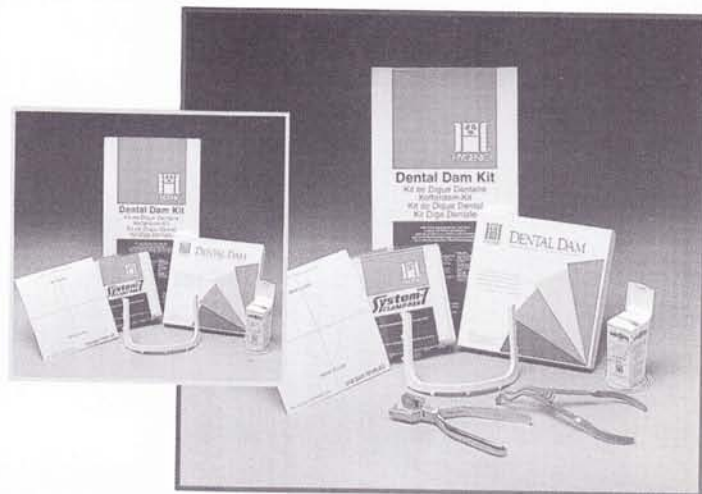
HYGENIC DENTAL DAM KITS

FEATURING TWO OPTIONS . . .

A value priced, "stream-lined" kit containing the essentials for dental dam placement including a System-7 Clamp Pak, 6" x 6" (152.4 mm x 152.4 mm) Green Medium Dental Dam, Wedjets® Cord (small), 6" (152.4 mm) Plastic Frame, and 6" (152.4 mm) Template.

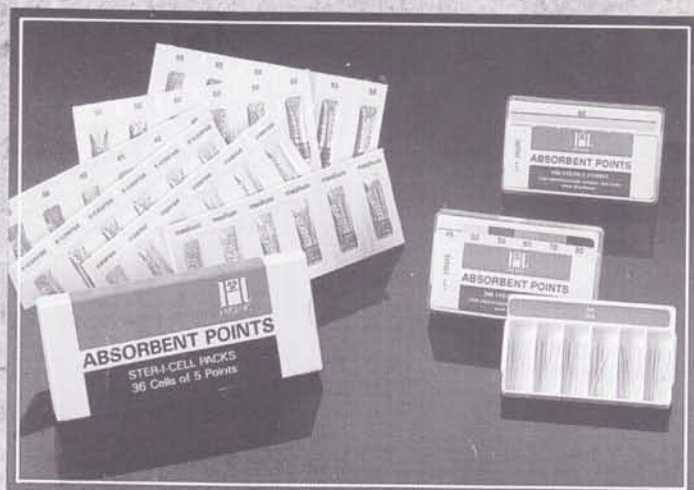
Our standard kit provides the basic instrumentation required for dental dam application. It includes a punch and forceps in addition to the items contained in our "stream-lined" kit.

No matter what kit meets your needs, both provide a savings over the cost of purchasing the products individually.



Hygenic Gutta Percha Points

Hygenic Gutta Percha Points are recommended for all obturation techniques. Noted for high quality, Hygenic Points offer reliability and uniformity to ease and facilitate endodontic procedures.



Absorbent Paper Points

Hygenic Paper Points are highly absorbent yet resilient, to facilitate easy insertion to the canal. Precise in size and taper, Hygenic Paper Points are available in both conventional and standardized sizes.

บริษัท แอคคอร์ด คอร์ปอเรชั่น จำกัด

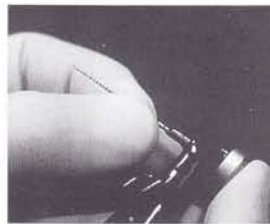
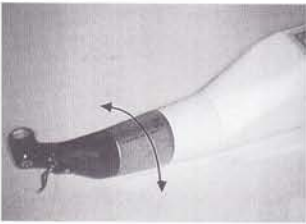
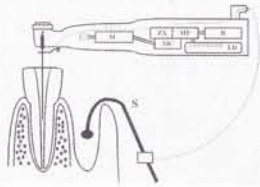
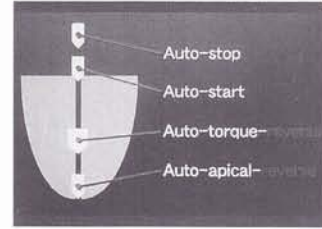
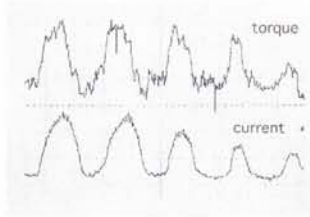
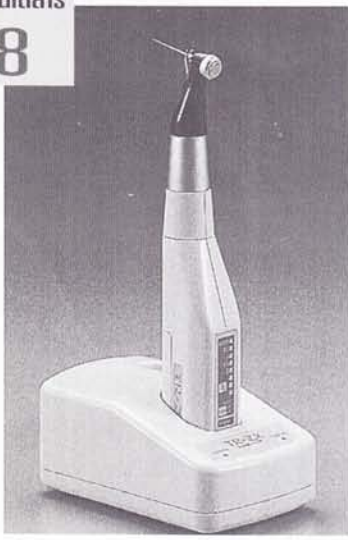
4/56-57 ถนนพระราม 1 รongเมือง ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 613-8081-6 โทรสาร 213-3235

พบกับ ACCORD ON THE NET ได้แล้ววันนี้ที่ <http://accord.cjb.net>

Tri-Auto ZX

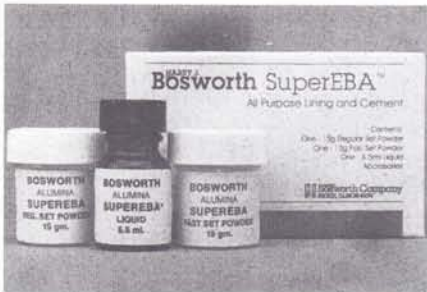
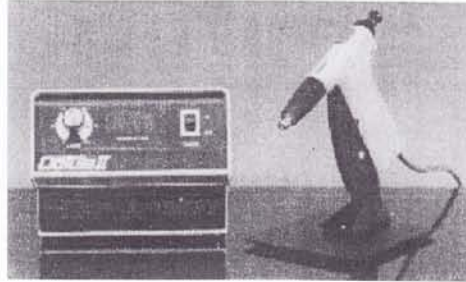
Micromotor ไร้สายเครื่องเดียวในโลกที่มี

1. ระบบวัดความชากรากในตัว
2. ระบบ Safty ป้องกันการหักของ File (Auto Torque Reverse)
3. ระบบป้องกันการทะลุปลายราก (Auto Apical Reverse)
4. เครื่องมือทำงานและหยุดเองอัตโนมัติ (Auto-Start, Auto-Stop)



Obtura II

เครื่องหลอมและฉีดวัสดุอุดคลองรากฟัน



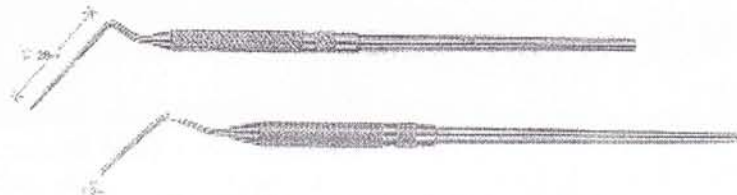
Super EBA

Alumina Fortified ZOE Cement ที่มี Neutral pH. ในงานรองพื้น, ขีดครอบ, Inlay, Band และดีเยี่ยมในงาน Retro-Fill ให้ Success Rate สูงกว่าวัสดุอื่น



Root Canal Syringe

Syringe สำหรับล้างคลองรากโดยเฉพาะลงได้แม้คลองรากเล็ก ๆ 1 ชุด 3 Syringe



Instrument Yamaura

บริษัท เจ. มอริต้า คอร์ปอเรชั่น (ประเทศไทย) จำกัด

2991/42 โครงการวิสุทธิธานี ลาดพร้าว คลองจั่น บางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 โทรศัพท์ 370-1333 (อัตโนมัติ 8 สาย) โทรสาร : 370-1340

คำถาม Apex locator จำเป็นแค่ไหน เพราะราคาชุด IMF สูงมาก อย่างไรก็ตาม X-ray อยู่ดี เราจะใช้ case ใหนบ้าง ?

ตอบ Apex locator เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการหา working length ซึ่งคงจะต้องทำความเข้าใจกันเสียก่อนว่า working length คืออะไรนะคะ

สมัยที่ผู้ตอบเป็นนิสิตได้รับการสอนว่า WL = tooth length-0.5-1 mm Tooth length หาได้จาก X-ray โดยวัดความยาวของฟันจนถึง radiographic apex ผู้ตอบก็ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และพบว่า การทำWL เป็นขั้นตอนที่บางครั้งเสียเวลาและเปลืองฟิล์ม X-ray ค่อนข้างมาก กว่าจะได้ WL ที่เราคิดว่าดีต่อมาเมื่อได้ทำการศึกษามากขึ้น ถึงเบื้องหลังของการหา working length โดยวางอยู่บนพื้นฐานของงานวิจัย เกี่ยวกับ anatomy บริเวณปลายราก จึงทราบว่า working length คือระยะทางจาก reference point ถึง apical constriction หมายความว่า เราจะขยายคลองรากฟันถึง apical constriction ซึ่งเป็นบริเวณที่แคบที่สุดของคลองรากฟัน ตามธรรมชาติเป็น natural barrier ที่เหล้าทันตแพทย์จำเป็นต้องเก็บรักษาไว้ apical constriction เป็น clinical landmark สามารถใช้ tactile sense รู้สึกได้ทาง clinic เกือบเป็นตำแหน่งเดียวกับ cemento-dentinal junction ซึ่งเป็น histologic landmark หลักเกณฑ์ที่ว่า WL = TL-0.5-1mm ก็ได้มาจากพื้นฐานงานวิจัยของ Kuttler (1955) ที่พบว่าระยะทางระหว่าง apical foramen ถึง apical constriction เป็นระยะทาง 0.524 mm ในผู้ป่วยอายุ 18-25 ปี และ 0.659 mm ในผู้ป่วยอายุ 55 ปี ขึ้นไป ถ้า apical foramen เปิดที่ root apex หลักเกณฑ์นี้ก็ใช้ได้ แต่ถ้า apical foramen ไม่ได้เปิดที่ root apex ค่าที่ได้ก็จะผิดพลาด จากงานวิจัยของ Pineda และ Kuttler (1972) พบว่า ร้อยละ 83 ของ apical foramen จะอยู่ที่ด้านใดด้านหนึ่งของรากฟัน ไม่ได้อยู่ที่ root apex และบางซี่จะขึ้นมาสูงจาก root apex ถึง 2-3 mm ดังนั้นการใช้ X-ray อย่างเดียวในการประเมิน WL จึงมีข้อจำกัดการมีเครื่องมือช่วยเพื่อระบุตำแหน่ง apical constriction ได้ชัดเจนร่วมกับการใช้ X-ray ก็จะทำให้เกิดความผิดพลาดน้อยลงเกิดความมั่นใจและประหยัดเวลา

Apex locator ถูกพัฒนามาจากงานวิจัยพื้นฐานของ Sunada (1962) ที่พบว่าความต้านทานไฟฟ้าระหว่างเนื้อเยื่อปริทันต์และไฟล์ที่ตำแหน่ง apical foramen ให้ค่าคงที่ คือ 0.5 กิโลโอม์เสมอ ได้มีการพัฒนา apex locator มาหลายรุ่นจนในปัจจุบันสามารถใช้งานได้ง่าย และมีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูงถึงแม้จะมีน้ำยาล้างคลองรากฟันหรือเนื้อเยื่อใน อยู่ภายใน คลองรากฟันก็ตามแต่ต้องไม่ให้น้ำยาเอ่อล้นมาใน pulp chamber นอกจากนี้เวลาใช้ต้องระวังไม่ให้เครื่องมือสัมผัสกับ restoration ที่เป็นโลหะ เช่น อมัลกัม เป็นต้น รวมทั้งต้องระวังอย่าให้มีการรั่วของน้ำลายหรือ tissue fluid เข้าไปใน pulp chamber ซึ่งจะมีผลให้เกิดการครบวงจร เครื่องวัดจะแสดงว่าถึง apical constriction ทั้ง ๆ ที่ใส่เครื่องมือลงไปแค่ส่วนบนของคลองรากฟันเท่านั้น อย่างไรก็ตามการใช้ apex locator ก็มีทั้งข้อดี - ข้อเสีย กล่าวคือ

ข้อดี

1. มีความแม่นยำค่อนข้างสูง หลายการศึกษาพบว่าเครื่องวัดความยาวรากมีความเที่ยงตรงอยู่ในช่วง 83 % - 93.4 %
2. สะดวก รวดเร็ว
3. ลดปริมาณการได้รับรังสี X-ray
4. ใช้ตรวจหารอยทะลุของรากฟันได้

ข้อเสีย

1. ราคาค่อนข้างสูงในประเทศไทย
2. ไม่เที่ยงตรงในฟันปลายรากเปิด
3. ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้เพราะเครื่องไฟฟ้าอาจรบกวนการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจ

โดยสรุป apex locator เป็นเครื่องมือช่วยให้ความยาวทำงานจาก Reference point ถึง apical constriction หรือ apical foramen ได้ค่อนข้างแม่นยำและรวดเร็ว การหา working length จะอาศัย X-ray อย่างเดียวโดยคิดว่า tooth length คือระยะทางจาก reference point ถึง radiographic apex ไม่ได้ ความเข้าใจในเรื่องของ working length ดังได้กล่าวไว้ข้างต้นเป็นเรื่องจำเป็น หากไม่มี apex locator ก็สามารถใช้ tactile sense ร่วมกับการใช้ X-ray ในการหา working length ที่ถูกต้องได้แต่อาจเสียเวลามากกว่าซึ่งก็ขึ้นอยู่กับความชำนาญของแต่ละบุคคล apex locator สามารถใช้กับผู้ป่วยได้ทุกคน ยกเว้นผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ มีประโยชน์มากในกรณีที่มีปัญหาการถ่าย X-ray ในผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มี torus ผู้ป่วยอายุเจียนง่าย (gagger) หรือฟันบิด เป็นต้น

ไขข้อข้องใจ

ไขข้อข้องใจ

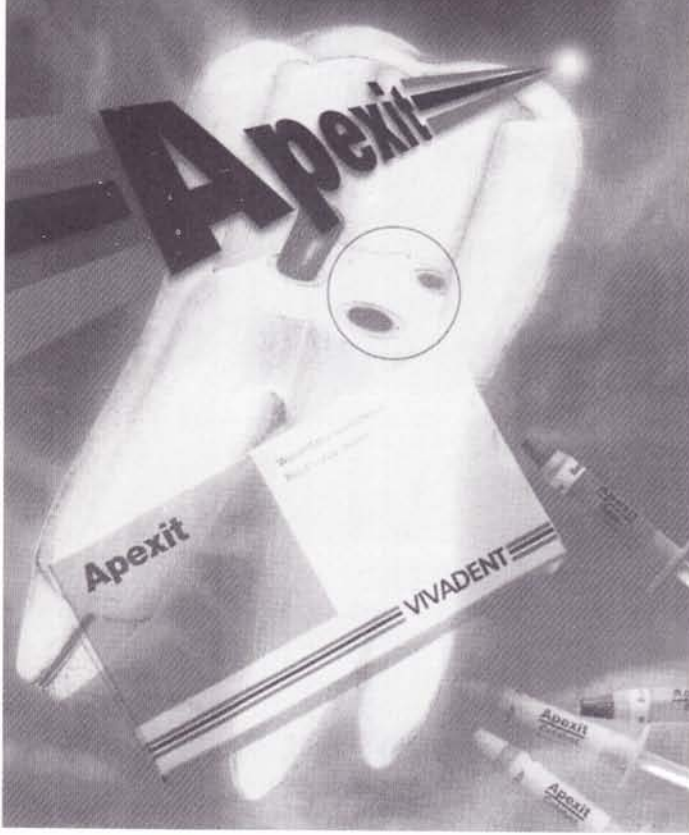
กพญ.พิชรินทร์ ปอแก้ว

คำถาม อยากทราบแนวทางการแก้ไข Strip perforation ของฟัน molar

ตอบ เมื่อเกิด Strip perforation ขึ้น สิ่งที่บอกเราได้ง่ายคือ bleed ใน canal บริเวณ coronal หรือ middle 1/3 ของ root (สังเกตได้จากตำแหน่งของ bleeding ซึ่งเกิดขึ้นที่บริเวณด้านข้างของ paper point) ถ้าบริเวณที่เกิดรอยทะลุนั้นเล็กและ สามารถ Stop bleeding ได้ ควรรีบทำการอุด canal นั้นให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันการ เกิด contamination แต่ถ้าไม่สามารถ Stop bleeding ได้ ควร pack Ca(OH)₂ paste ทิ้งไว้ 4-6 wks หรือจนกว่าจะไม่มีอาการ จากนั้นจึง remove Ca(OH)₂ ออก โดย irrigate ด้วยน้ำเกลือแทน NaOCl เพื่อลด irritation ต่อ tissue รอบ ๆ บริเวณที่เกิดรอยทะลุนั้น และทำการอุด root canal หลังจากนั้นควรนัดคนไข้กลับมา follow up เป็นระยะ (เช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน) เพื่อตรวจดูว่ามีการทำลายของ bone บริเวณ furcation หรือ มี periodontal pocket หรือมีอาการปวด & บวม หรือไม่ ถ้ามี อาจต้องพิจารณาผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมส่วนที่ทะลุ ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับว่าเราจะสามารถเข้าไปแก้ไขบริเวณที่มี defect ได้หรือไม่ และพิจารณาด้วยว่า periodontal condition เป็นอย่างไร ตำแหน่งของฟันชิ้นนั้นทำได้หรือไม่ บางครั้งอาจต้องพิจารณาทำ root resection หรือ hemisection หรือถอน

ในปัจจุบันวัสดุที่น่าสนใจ และค่อนข้างจะประสบผลสำเร็จในการ repair perforation defect คือ MTA (mineral trioxide aggregate) แต่รู้สึกว่ายังไม่มีจำหน่ายในบ้านเราค่ะ

ปลอดภัยไว้ก่อน ชีวิตใคร ใครก็รัก ปรึกษา ค่าถ่าอนนี้ ใช้ได้ทุกสถานการณ



รักษาเซลล์รอบๆ ปลายรากฟันของคนไข้
ให้มีชีวิตยืนยาวอีกนานด้วย **Apexit** :
Calcium hydroxide root canal sealer
ซึ่งเป็นซีเมนต์อุดคลองรากฟันที่ให้ความ
ปลอดภัยสูงสุด แม้ในกลุ่ม Calcium
hydroxide ด้วยกัน (ปลอดภัยสูงกว่า
sealapex และ CRCS) **Apexit** ได้

ถูกทดสอบอย่างมกทั้งในและต่างประเทศว่ามีพิษน้อยที่สุดและเข้าได้ดีกับเซลล์
ที่ไว้ทดสอบมากที่สุด จึงเชื่อมั่นได้ในประสิทธิภาพ ด้วย pH ที่สูงกว่า เชื้อธา
ถูกทำลายโดย proteolysis กระตุ้นให้เกิด hard tissue barrie ซึ่งทำให้ปลาย
ฟันแคบลง และช่วยยับยั้งการเกิด internal และ external restoration บริเวณ
แคบๆ ที่เกิดจาก accident ขณะขยายคลองรากที่สามารถห้ามเลือดได้ ก็สามารถ
ใช้ **Apexit** อุดคลองรากฟันได้เลย ที่สุดของที่สุด **Apexit** ได้ขจัดข้อค้อย
ที่เกิดกับ calcium hydroxide root canal sealer ทั่วไปคือ ปรับปรุงให้มี
solubility ที่ต่ำและให้ความทึบแสงรังสีสูงถึง 300% AI เลือความปลอดภัย
ไร้ผลข้างเคียงใด เพื่อคุณภาพของฟันที่คุณรักษาด้วย **Apexit** นวัตกรรม
เพื่อความปลอดภัย วันนีจาก Vivadent



บริษัท ยูนิตี เด็นทัล จำกัด

26/4 สุขุมวิท 8 ซอยปรีดา แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
Tel: 255-2833, 254-9520-1, 653-0118-20 Fax: 253-5438

GI Root canal Sealer Radiopaque



- ใช้ง่าย
- ยึดกับเนื้อฟันในชั้นไมเลกุล
- ดูดซึมน้ำน้อย
- ไม่หดตัว
- ละลายน้ำน้อย
- ยึด ดึง เสริม Bond, reinforced จากที่อ่อนแอเป็นเนื้อเดียวใหม่ที่แข็งแรงยิ่งขึ้น



Root Canal Filling Material

HANSHIN Dental X-Ray Film ISO Speed "D" Group



CID Cone Indicator

บริษัท แฮนชิน คอร์ปอเรชั่น จำกัด 170/4-5 ซอยสวนพลู สาทรใต้ กรุงเทพฯ 10120

โทร. 6793396-7 2863817 Fax 287-1402

งานประชุมวิชาการของชมรมเอนโดดอนติกส์แห่งประเทศไทย ซึ่งจัดขึ้นที่ โรงแรมเวทีส ถนนพระรามเก้า เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2542 ในครั้งนี้ เป็นการบรรยาย จากวิทยากรรับเชิญ ที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก คือ Prof. James L. Gutmann จาก Baylor University U.S.A เรื่อง "Challenges in Contemporary Endodontics : Diagnostic and Treatment Dilemmas" โดยได้รับความอุปถัมภ์จากบริษัท Dentsply ประเทศไทย จำกัด ที่ได้ผ่านไปแล้วด้วยความเรียบร้อย มีผู้ลงทะเบียนเข้าฟังการบรรยายครั้งนี้จำนวน 240 คน

ทุกคนต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า Dr. Gutmann พูดได้เยี่ยมจริง ๆ รวมทั้งวิธีการนำเสนอโดยใช้ระบบ LCD ซึ่งทำให้นำเอาเครื่องมือมาเองทั้งหมด เดินทางมาถึงเมืองไทยกลางดึกคืนวันเสาร์ และบรรยายในเช้าวันอาทิตย์ ไม่มีเวลาได้พักผ่อน แสดงถึงความเป็นมืออาชีพจริง ๆ หวังว่าสมาชิกที่เข้ารับฟังการบรรยายคงได้ประโยชน์ ได้แนวคิดต่าง ๆ เพราะ Dr. Gutmann บอกว่า ไม่ได้ต้องการมาบอกว่าให้ทำอย่างนั้น อย่างนี้ แต่ต้องการจะให้ผู้ฟังรู้จักคิด รู้จักวิเคราะห์ โดยใครควรถึงเหตุและผลตามหลักวิชาการ

สำหรับแบบประเมินผล ฝ่ายวิชาการจะนำไปรวบรวมและใช้เป็นข้อมูลในการจัดงานครั้งต่อไป ไปท่านประธานชมรม ฯ คือ รศ.ทพญ. อมรา ม่วงมิ่งสุข จะมีความสุขมาก ๆ เพราะการจัดประชุมในครั้งนี้ เป็นวาระสุดท้ายในสมัยของท่าน และการดำเนินงานต่าง ๆ ที่ผ่านมาก็ทะเลือเป้าหมายตามที่ต้องการ ในงานนี้ท่านลงทุนมาบ้างคืนที่โรงแรม มีการนัดกรรมการมาช่วยกันจัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ จัดเข้าใหม่ให้เรียบร้อย เพื่อจะไม่ให้เกิดความผิดพลาด เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับสมาชิกที่ลงทะเบียน และความรวดเร็วช่วยกันทำงานจนถึงต้น และผลที่ออกมาเป็นที่น่าพอใจ เพราะทุกอย่างราบรื่น อาหารของทางโรงแรมที่จัดให้ก็อร่อย มีสมาชิกหลายท่านชมมาสรุปว่าการจัดการประชุมวิชาการครั้งนี้ คณะกรรมการ ฯ ทุกท่านทุ่มเทเต็มที่ และต้องขอขอบคุณบริษัท Dentsply ที่ให้การอุปถัมภ์ การจัดการบรรยายครั้งนี้ หวังว่าจะเป็นเพื่อนที่ดีกับชมรม ฯ ต่อไป และขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่สนับสนุนกิจกรรมของชมรม ฯ ด้วยดีเสมอมา

การประชุมใหญ่สามัญประจำปี ในวันอาทิตย์ที่ 7 พฤศจิกายน 2542 หลังจากเสร็จสิ้นการประชุมวิชาการไปแล้ว เวลาประมาณ 17.30 น. ทางชมรม ฯ ได้จัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี ขึ้น มีสมาชิกเข้าฟังพอสมควร เพราะตามกำหนดการหลังจากเลขาและเหรัญญิกแถลงผลการดำเนินงานแล้ว จะมีการตอบปัญหาทาง Endo. โดยใช้ชื่อว่า "ไขข้อข้องใจปัญหา Endo." การประชุมเริ่มจากท่านประธานชมรม ฯ รศ.ทพญ. อมรา ม่วงมิ่งสุข กล่าวขอบคุณสมาชิก และอำนวยการดำเนินงานชมรม ฯ และได้เรียนเชิญประธานชมรม ฯ คนต่อไป คือ ผศ.ทพญ. คุณมณฑลจิตต์ นวจินดา ขึ้นมากล่าว สวัสดิ์สมาชิกด้วย ซึ่งท่านได้ตั้งความหวังไว้ว่า จะทุ่มเททำงานให้กับชมรม ฯ พร้อมขอรับการสนับสนุน ร่วมมือจากสมาชิกด้วยดีเช่นเดิม

จากนั้นเลขา ฯ และ เหรัญญิก ได้แถลงผลงานของคณะกรรมการชมรม ฯ ที่ได้พิมพ์ให้แล้วในหนังสือประกอบการประชุม ซึ่งไม่มีสมาชิกท่านใดทักท้วง มีแต่ให้ความเห็นชอบต่อไปเป็นการนับผลการเลือกตั้งประธานสำรอง ที่จะดำรงตำแหน่งประธานชมรม ฯ ในปี พ.ศ. 2545-2546 จากการสรรหาของคณะกรรมการ มีรายชื่อที่เสนอเข้ามาและได้รับการคัดเลือกจำนวน 3 ชื่อ และในวันนั้นมีสมาชิกลงคะแนนเลือก ดังทั้งหมด 123 คน ได้ทำการเปิดนับคะแนนต่อหน้าสมาชิก และได้ผล ดังนี้

รศ.ทพญ. วราภรณ์	ฐิตินันท์พันธุ์	ได้	50	คะแนน
รศ.ทพญ. ชุตินา	มังกรกาญจน์	ได้	41	คะแนน
ทพ. วีระวัฒน์	สัตยานุรักษ์	ได้	32	คะแนน

เป็นอันว่าประธานสำรองคนใหม่ ได้แก่ รศ.ทพญ. วราภรณ์ ฐิตินันท์พันธุ์ ซึ่งจะดำรงตำแหน่งต่อจาก ผศ.ทพญ. คุณมณฑลจิตต์ นวจินดา ในอีก 2 ปี ข้างหน้า ต้องขอแสดงความยินดีด้วย หลังจากทราบผลการเลือกตั้งแล้ว ก็เป็นรายการสุดท้าย คือ ไขข้อข้องใจปัญหา Endo. การประชุมเลิกเวลาประมาณ 19.30 น. ทุกคนเหนื่อยล้ากับการประชุมมาทั้งวัน แต่คณะกรรมการชมรม ฯ ทุกคน ก็อดที่จะรู้สึกดีใจที่งานนี้ได้รับผลสำเร็จตามที่คาดหวังไว้



อาจารย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ไปเสนอผลงานวิจัยในการประชุม The 4th International Seminar for Japan and Thailand Core University Program in Dentistry ระหว่างวันที่ 27 พฤศจิกายน 2542 -1 ธันวาคม 2542 ณ Tokyo Medical and Dental University ในหัวข้อเรื่อง New Treatment System in Endodontics: Basic and Clinical Topics ภายใต้โครงการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างประเทศไทย และญี่ปุ่น (JSPS-NRCT)



ภาควิชาทันตกรรมทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล ร่วมกับบริษัท คาร์ลไชส์ส จำกัด จัดฝึกอบรมปฏิบัติการใช้กล้องจุลทรรศน์ สำหรับงานเอนโดดอนติกส์ เรื่อง " Microscopic Endodontic Workshop " สำหรับคณาจารย์ และนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิทยาเอนโดดอนติกส์ของภาค ฯ เมื่อวันที่ 6-7 ตุลาคม พ.ศ. 2542 โดยได้เชิญ Dr. Leslie Ang จาก National Dental Centre ประเทศสิงคโปร์ มาเป็นวิทยากร



ขอแสดงความยินดีกับ ทพ.สุวิทย์ วิมลจิตต์, ทพญ.วิมลรัตน์ จตุราบัณฑิต และ ทพ.สมชาติ กาญจนวัฒน์นา ซึ่งเป็นบัณฑิตปริญญาโท สาขาวิทยาเอนโดดอนติกส์ รุ่นแรกของภาควิชาทันตกรรมทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล และได้รับพระราชทานปริญญาไปเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2542

วันที่ 21- 24 มิถุนายน 2543 จะมีการประชุม World Congress on Dental Trauma ครั้งที่ 11 ที่เมือง Oslo ประเทศ Norway ท่านใดต้องการเข้าร่วมประชุม ต้องลงทะเบียนภายใน เดือนกุมภาพันธ์ 2543 ที่ PLUS Convention Norway, C. Sundtsgt 10, N-5004 Bergen, Norway On-line registration : www.plus-convention.no, Fax : + 47 56 54 40 50

ใบฉบับ



หน้า

Dilemmas

2

รอยโรคที่ปลายรากขนาดใหญ่ รักษาอย่างไรดี

4

Rotary root canal instrument

5

Medicaments in Endodontics

7

ไขข้อข้อใจ

9

ใคร.. ทำอะไร... ก็โดน ?

11

เอ็นโดसार

จดหมายข่าวของชมรมเอ็นโดตอนติกส์แห่งประเทศไทย

Newsletter of The Endodontic Society of Thailand

กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ จัดทำโดยฝ่ายสาราณียกร
ชมรมเอ็นโดตอนติกส์แห่งประเทศไทย

ที่ปรึกษา ประธานชมรมฯ
 รศ.ทพญ.อมรา ม่วงมิ่งสุข
 ฝ่ายวิชาการชมรมฯ
 ทพญ.พัชรินทร์ ป่อแก้ว
บรรณาธิการ รศ.ทพญ. ละอองทอง วัชรภักย์
กองบรรณาธิการ รศ.ทพญ. ปิยาณี พาณิชยวิสัย
 ผศ.ทพญ.นาฎยา วงษ์ปาน



ชมรมเอ็นโดตอนติกส์แห่งประเทศไทย

The Endodontic Society of Thailand

ภาควิชาทันตกรรมหัตถการ

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ถ.โยธี ราชเทวี กท. 10400

โทร. 644-6379 ต่อ 3413 โทรสาร 246-6910

นามผู้รับ

ทพ.ศุภชัย สุทธิมีฉันทกุล*

21/262 ถ.บางนา-ตราด หมู่บ้านถาวรนิเวศน์ 2 แขวงบางนา

เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260