

Cracked tooth ฟันร้าว

แต่ก่อนเคยมีคำศัพท์ว่า Cracked tooth syndrome หรือกลุ่มอาการโรคฟันร้าว โดยเชื่อว่ารอยร้าวที่ฟันจะทำให้เกิดอาการที่เฉพาะตัว คือ อาการเคี้ยวเจ็บและเสียวฟันเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ อย่างไรก็ตาม พบว่าฟันร้าวเป็นเพียงลักษณะอย่างหนึ่งที่พบทางคลินิกเท่านั้น (clinical findings) ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับอาการ แต่เป็นเพียงช่องทางให้เกิดการรุกรานของแบคทีเรีย และนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพของโพรงประสาทฟัน ซึ่งอาการต่างๆ นั้นมาจากพยาธิสภาพของโพรงประสาทฟัน หรือเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน ดังนั้นการรักษาฟันที่มีรอยร้าว จึงต้องเริ่มจากการวินิจฉัยโรคของฟัน ณ ขณะนั้นก่อน จึงจะสามารถประเมินและให้การรักษาได้เหมาะสม

จากรายงานการศึกษา พบว่าผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจพบว่ามี cracked tooth ได้ถึง 80% และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการมีวัสดุบูรณะที่ตัวฟัน (intracoronar restorations) โดยพบมากที่สุดที่ฟันกรามหลังล่าง ฟันร้าวอาจสามารถแบ่งย่อยเป็นลักษณะต่างๆ ได้ดังนี้

1. fractured cusp: มีการแตกหักของปุ่มฟัน
2. cracked tooth: มีรอยร้าวลึกถึงชั้น dentin โดยที่ฟันยังไม่แยกจากกัน
3. split tooth: ฟันร้าวจนแยกจากกัน
4. vertical root fracture: รากฟันแตกในแนวตั้ง



(ภาพจาก AAE 2008)

การตรวจวินิจฉัยฟันร้าว

ต้องอาศัยการซักประวัติร่วมกับการตรวจทางคลินิกและภาพรังสี โดยการตรวจคลินิกเพิ่มเติมที่ควรทำมีดังนี้: การตรวจ tactile (exploration), การตรวจจวัดร่องลึกปริทันต์ (periodontal probing), การทำ transillumination, การทำ bite test, การย้อมสีดูรอยร้าวด้วย methylene blue, การรื้อวัสดุบูรณะออกเพื่อสำรวจรอยร้าวด้านในฟัน

หัวใจสำคัญของการรักษาฟันร้าวคือ “seal and stabilize” เพื่อป้องกันการดำเนินต่อของรอยร้าว และปกป้องไม่ให้เกิดการแตกรานเพิ่มขึ้น

การจัดการกับฟันร้าว (สำหรับทันตแพทย์)

- วินิจฉัยสภาวะของ pulp และ periapical ตามอาการและภาพรังสี

1. กรณี reversible pulpitis พบว่าอัตราความสำเร็จของการจัดการฟันร้าวลักษณะนี้ อยู่ที่ประมาณ 80%

- กรอกำจัดรอยร้าวที่เห็นได้ชัด (ย้อมสี methylene blue แล้วติดสีชัด) เนื่องจากเป็นที่สะสมของแบคทีเรีย โดยประเมินควบคู่ไปกับภาพรังสี หลีกเลี่ยงการกรอที่มากเกินไปจนเสี่ยงทะลุโพรงประสาทฟัน และระมัดระวังไม่กรอลงไปแนวตั้งเกิน CEJ เนื่องจากจะเกิดปัญหาตอนที่บูรณะฟันได้

- ปิดผนึกรอยร้าว (seal cracks) โดยถ้าพบว่ากรอรอยร้าวจนหมด สามารถบูรณะด้วยการอุดด้วยวัสดุ bonded resin composite ได้ แต่หากพบว่ารอยร้าวยังไม่หมด ควรต้องบูรณะด้วย bonded resin restoration และสงทำ cuspal coverage เพื่อ stabilize ฟันให้สามารถทนต่อแรงกัดเคี้ยวได้ และช่วยป้องกันการ progress ของรอยร้าวต่อ

- หากมีอาการ พิจารณาบูรณะชั่วคราวด้วย temporary crown แล้ว observe อาการ 3 เดือน หากมีการดำเนินโรคต่อจนเกิดเป็น irreversible pulpitis ต้องรักษารากฟัน แต่หากไม่มีอาการสามารถทำ permanent crown และติดตามอาการต่อได้

2. กรณี irreversible pulpitis หรือ pulp necrosis

- มีความจำเป็นต้องรักษาลงรากฟัน โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพยากรณ์โรคของฟันร้าวในฟันที่ต้องรักษารากฟัน มีดังนี้ (อ้างอิงจาก Iowa index, Krell & Caplan 2018)

1) มี mesial หรือ distal probing pocket depth มากกว่าหรือเท่ากับ 5 mm หรือไม่ เพราะการมี pocket แสดงถึงการลุกลามของรอยร้าวลงไปยังบริเวณรากฟัน ซึ่งส่งผลไม่ต่อพยากรณ์โรค โดยหากพบว่าเกิด pocket ขึ้นตามนี้แล้ว อัตราความสำเร็จในการรักษาฟันจะเหลือเพียง 41%

2) มีรอยร้าวบริเวณ distal marginal ridge หรือไม่ หากไม่มี อัตราความสำเร็จในการรักษาจะสูงถึง 93%

3) Periapical diagnosis หากมีรอยร้าวที่ distal marginal ridge แต่ไม่มีโรค apical periodontitis หรือ apical abscess ร่วมด้วย อัตราความสำเร็จจะอยู่ที่ 84% แต่ถ้ามีรอยโรคต่างๆดังกล่าว จะทำให้อัตราความสำเร็จลดลง อยู่ที่ประมาณ 69%

- ในการรักษาลงรากฟัน ควรตัด gutta percha ให้ลงไปต่ำกว่ารอยร้าวประมาณ 2-3 มิลลิเมตร เพื่อให้เป็นที่อยู่ของ intraorifice barrier (เช่น giomer, core build-up material) เพื่อช่วยในการอุดและประคองรอยร้าว

- กรอ reduce occlusion เพื่อลดแรงกระทำต่อฟัน

- หลีกเลี่ยงการกัดเคี้ยวของแข็ง และงดเคี้ยวฝั่่งที่รักษาจนกว่าจะได้รับการทำ final restoration

- บูรณะแบบ full cuspal coverage ให้เร็วที่สุด

- follow up ที่ 6 สัปดาห์, 6 เดือน, 1 ปี และ 2-4 ปี โดยเน้นการตรวจ occlusion, probing depth