

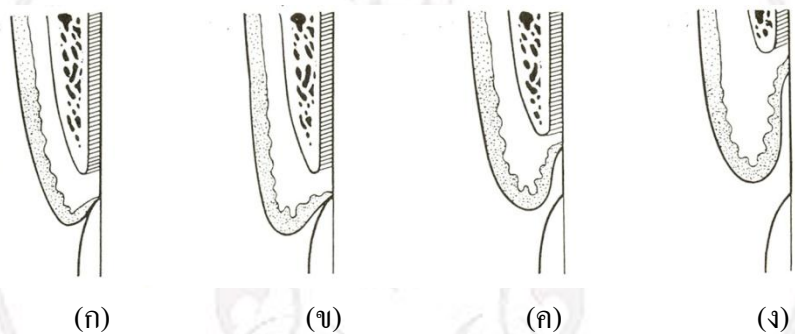
เอกสารคำสอน

ชื่อเรื่อง	Rationale of Periodontal Therapy
รายวิชา	DTMD 431 Initial Periodontal Therapy
ผู้เขียน	นักศึกษาทันตแพทย์ ชั้นปีที่ ๔
ผู้สอน	รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาณี รัศมีมาสเมือง ทบ, วท.ม (ปริทันตวิทยา), Ph.D (Oral Biology) ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปากและปริทันตวิทยา
วัตถุประสงค์	นักศึกษาสามารถอธิบาย <ol style="list-style-type: none">๑. ความจำเป็นที่ต้องบำบัดโรค๒. ความมุ่งหวังที่จะได้จากการบำบัดโรค๓. เหตุผลในการเลือกวิธีบำบัดโรค
เนื้อหาการสอน	<ol style="list-style-type: none">1. Fundamental role of plaque control2. Levels of disease and therapeutic regimes3. Outcome of therapy4. Rationale for surgical intervention

Rationale of Periodontal Therapy

หลักการและเหตุผลในการรักษาโรคปริทันต์

โรคปริทันต์ (periodontal disease) เป็นโรคติดเชื้อแบบผสมผสาน (mixed bacterial infection) ที่มีสาเหตุจากแบคทีเรียจำเพาะบางชนิดในคราบจุลินทรีย์ (dental plaque) การเกิดโรคปริทันต์เริ่มต้นจากการสะสมของคราบจุลินทรีย์ที่บริเวณขอบเหงือกและร่องเหงือก ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์อาจมีความแตกต่างกันระหว่างบริเวณต่าง ๆ ในช่องปาก เช่น บางบริเวณอาจมีเหงือกอักเสบ (gingivitis) โดยไม่มีการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ (periodontal attachment loss) ในขณะที่บางบริเวณอาจมีปริทันต์อักเสบ (periodontitis) โดยมีการเคลื่อนตัวของเยื่อบุผิวเชื่อมต่อ (junctional epithelium) ไปทางปลายรากฟัน ซึ่งอาจทำให้เกิดเหงือกร่น (gingival recession) หรือเกิดร่องลึกปริทันต์ (periodontal pocket) ขึ้น (รูปที่ ๑)



(ที่มา: ตัดแปลงจาก Kieser JB. The rationale for periodontal therapy. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 77.)

รูปที่ ๑ (ก) อวัยวะปริทันต์ปกติ (ข) เหงือกอักเสบ (ค-ง) ปริทันต์อักเสบขั้นอ่อน - ขั้นปานกลาง โดยมีการเคลื่อนตัวของเยื่อบุผิวเชื่อมต่อ ไปทางปลายรากฟัน มีร่องลึกปริทันต์เกิดขึ้น

การรักษาโรคปริทันต์ยึดถือหลักการเดียวกัน ไม่ว่าโรคจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดก็ตาม นั่นคือต้องควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคให้ได้ ทันตแพทย์จึงต้องให้ความรู้และแนะนำการใช้อุปกรณ์ควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่เหมาะสม กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ทันตแพทย์ยังต้องกำจัดปัจจัยต่าง ๆ รวมทั้งแก้ไขลักษณะของอวัยวะปริทันต์และเยื่อเมือกช่องปากที่ขัดขวางการควบคุมคราบจุลินทรีย์ เช่น หินน้ำลาย (calculus) ร่องลึกปริทันต์ เนื้อยึด

(frenum) และกล้ามเนื้อที่เกาะสูง เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การคงสภาพของอวัยวะปริทันต์ที่แข็งแรงได้ในอนาคต

ความมุ่งหวังที่จะได้จากการรักษาโรคปริทันต์

อวัยวะปริทันต์เป็นอวัยวะที่มีเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก ในสภาวะปกติ อวัยวะปริทันต์มีขบวนการซ่อมแซมตัวเองเกิดขึ้นตลอดเวลา โดยมีการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุผิวเหงือกและเอ็นยึดปริทันต์ และมีการสร้างกระดูกเบ้าฟันและเคลือบรากฟันอย่างต่อเนื่องเพื่อทดแทนเซลล์และเนื้อเยื่อที่แก่ แม้ในขณะที่เป็นโรคปริทันต์ การซ่อมแซมตัวเองโดยการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นใหม่เพื่อทดแทนเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ก็ยังคงเกิดขึ้นได้ แต่มักจะไม่สมบูรณ์ เนื่องจากแบคทีเรียและสารสื่อการอักเสบ (inflammatory mediator) ที่ยังคงมีอยู่ จะรบกวนต่อเซลล์และเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่

การรักษาโรคปริทันต์ด้วยวิธีที่เหมาะสม นอกจากจะช่วยลดการอักเสบของเหงือกและช่วยยับยั้งการทำลายเนื้อเยื่ออ่อนและกระดูกเบ้าฟันแล้ว ยังช่วยให้ขบวนการซ่อมแซมตัวเองของอวัยวะปริทันต์เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ การรักษาโรคปริทันต์อย่างเหมาะสม จึงนำไปสู่การสร้างและการคงสภาพของอวัยวะปริทันต์ที่แข็งแรง ซึ่งเป็นความมุ่งหวังสูงสุดของการรักษา

การเลือกวิธีการรักษาโรคปริทันต์

การเลือกวิธีการรักษาโรคปริทันต์ ให้พิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ๒ ปัจจัย ดังนี้

๑. การเข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์
๒. ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์

การเข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์

แม้การรักษาโรคปริทันต์ที่มีความรุนแรงต่างกัน จะยึดหลักการเดียวกัน คือการควบคุมคราบจุลินทรีย์ก็ตาม แต่วิธีการในการควบคุมคราบจุลินทรีย์มักจะมี ความแตกต่างกันระหว่างบุคคล และระหว่างบริเวณต่าง ๆ ในช่องปาก ก่อนจะเลือกวิธีการรักษาโรคปริทันต์ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบริเวณในช่องปาก หรือสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ทันตแพทย์ต้องประเมินให้ได้ก่อนว่า

๑. บริเวณนั้นเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยเข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้หรือไม่
๒. บริเวณนั้นเป็นบริเวณที่ทันตแพทย์เข้าถึงเพื่อขูดหินน้ำลายเกลารากฟันและกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้หรือไม่

จากนั้น จึงแบ่งบริเวณต่าง ๆ ในช่องปากเป็น ๓ ประเภท ตามการเข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ ดังนี้

๑. บริเวณที่ผู้ป่วยและทันตแพทย์เข้าถึงได้

๒. บริเวณที่ทันตแพทย์เข้าถึง แต่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึง
๓. บริเวณที่ผู้ป่วยและทันตแพทย์เข้าไม่ถึง

บริเวณที่ผู้ป่วยและทันตแพทย์เข้าถึงได้

บริเวณที่ทั้งผู้ป่วยและทันตแพทย์เข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ ได้แก่ บริเวณร่องเหงือกที่มีความลึกไม่เกิน ๓ มิลลิเมตร บริเวณดังกล่าวนี้เป็นบริเวณที่แปรงสีฟันเข้าถึง และเป็นบริเวณที่ทันตแพทย์สามารถขูดหินน้ำลายและกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รูปที่ ๒)

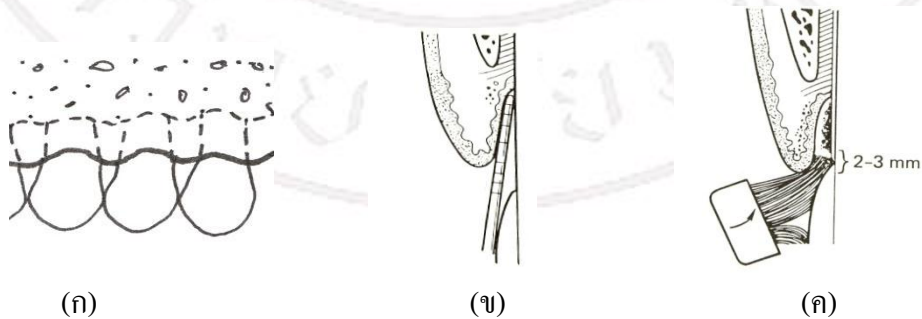


(ที่มา: Kieser JB. Plaque control. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 57.)

รูปที่ ๒ ร่องเหงือกปกติเป็นบริเวณที่แปรงสีฟันเข้าถึงได้

บริเวณที่ทันตแพทย์เข้าถึง แต่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึง

ร่องลึกปริทันต์ที่มีความลึกตั้งแต่ ๔ - ๗ มิลลิเมตร ที่ไม่มีปัญหาจากสภาวะทางกายวิภาคของรูปร่างฟัน เช่น ปัญหาจากง่ามรากฟัน (furcation) เป็นต้น จัดเป็นบริเวณที่การแปรงฟันเข้าไม่ถึง (รูปที่ ๓) แต่ทันตแพทย์ยังสามารถเข้าถึงเพื่อขูดหินน้ำลายเกลารากฟันได้

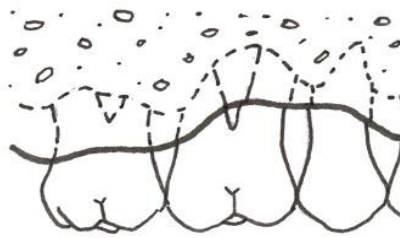


(ที่มา: รูปที่ ๓ ข คัดแปลงจาก Kieser JB. Continuous assessment in gingival and simple pocket therapy. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 120.; รูปที่ ๓ ค คัดแปลงจาก Kieser JB. The technique for disease management. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 104.)

รูปที่ ๓ (ก-ข) บริเวณนี้มีร่องปริทันต์ประมาณ ๑ มิลลิเมตร (ค) ขนแปรงสีฟันเข้าไปได้แค่ส่วนทางเข้าของร่อง ลึกปริทันต์เท่านั้น ส่วนของร่องลึกปริทันต์ที่อยู่ต่ำลงไปกว่านั้น ยังมีคราบจุลินทรีย์ใต้เหงือกเหลืออยู่

บริเวณที่ผู้ป่วยและทันตแพทย์เข้าไม่ถึง

บริเวณร่องลึกปริทันต์ที่มีความลึกตั้งแต่ ๔ – ๑ มิลลิเมตร และมีข้อจำกัดจากสภาวะทางกายวิภาคของ รูปร่างฟัน เช่น มีโรคปริทันต์ที่ง่ามรากฟัน (furcation involvement) ฝังรากฟันมีร่องหรือเว้า เป็นต้น รวมทั้ง บริเวณที่มีร่องลึกปริทันต์ลึกเกิน ๑ มิลลิเมตร ซึ่งแม้จะไม่มีข้อจำกัดจากรูปร่างรากฟัน แต่ทันตแพทย์ก็ไม่สามารถเข้าถึงเพื่อขูดหินน้ำลายเกลารากฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รูปที่ ๔)



รูปที่ ๔ ง่ามรากฟันเป็นบริเวณที่ทันตแพทย์เข้าขูดหินน้ำลายเกลารากฟันไม่ถึง เนื่องจากระยะทางเข้าของง่าม รากฟันมักจะมีขนาดแคบกว่าเครื่องมือที่ใช้ในการขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน ทำให้หินน้ำลายและคราบจุลินทรีย์ ใต้เหงือกถูกกำจัดไปจากรอยโรคไม่หมด

ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์

เมื่อประเมินแล้วว่าบริเวณต่าง ๆ ในช่องปาก สามารถเข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ใต้หรือไม่ ขึ้นตอนต่อมาในการเลือกวิธีการรักษาโรคปริทันต์ คือการพิจารณาระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งจำแนกได้เป็น ๓ ระดับใหญ่ ๆ คือ

๑. โรคเหงือกอักเสบขั้นอ่อน
 ๒. โรคเหงือกอักเสบขั้นปานกลางจนถึงขั้นรุนแรง และ โรคปริทันต์อักเสบขั้นอ่อน
 ๓. โรคปริทันต์อักเสบขั้นปานกลางจนถึงขั้นรุนแรง
- จากนั้น ทันตแพทย์จึงจะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ดังนี้

โรคเหงือกอักเสบขั้นอ่อน

การรักษา

ในการรักษาผู้ป่วยโรคเหงือกอักเสบขั้นอ่อน ทันตแพทย์ต้องมุ่งไปที่การทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมคราบจุลินทรีย์ในบริเวณที่เข้าถึงได้ด้วยตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ ก็จะช่วยลดการอักเสบของเหงือกและทำให้เหงือกกลับมีสุขภาพแข็งแรงได้

โรคเหงือกอักเสบขั้นปานกลางจนถึงขั้นรุนแรง และโรคปริทันต์อักเสบขั้นอ่อน

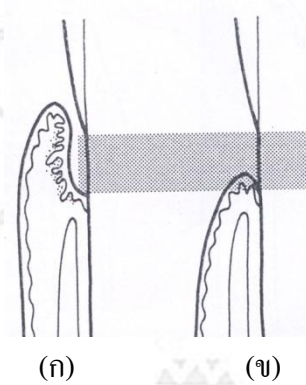
การรักษา

ในผู้ป่วยโรคเหงือกอักเสบขั้นปานกลางจนถึงขั้นรุนแรง และผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นอ่อนที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ ๔ - ๖ มิลลิเมตรที่ไม่มีปัญหาจากสภาวะทางกายวิภาคของรูปร่างฟัน ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการเข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์แล้ว บริเวณนี้จัดเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึง ดังนั้น การรักษาด้วยการให้ผู้ป่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์เพียงอย่างเดียว จึงไม่เพียงพอที่จะลดการอักเสบของเหงือก ผู้ป่วยต้องได้รับการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน เพื่อกำจัดเชื้อแบคทีเรียทั้งส่วนที่อยู่ในร่องเหงือกหรือร่องลึกปริทันต์และส่วนที่ติดแน่นอยู่กับผิวรากฟัน รวมทั้งสารพิษต่างๆ ที่สะสมอยู่บนเคลือบรากฟัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องได้รับการกำจัดปัจจัยเฉพาะที่อื่น ๆ ที่ขัดขวางการควบคุมคราบจุลินทรีย์ เช่น ครอบฟันที่มีขอบเกินหรือขอบขาดด้วย เป็นต้น

ผลของการรักษา

ผลของการรักษาโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบขั้นอ่อน อาจเกิดในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือทั้งสองลักษณะร่วมกัน ดังนี้

๑. การหดตัวของเหงือก (Gingival shrinkage) เมื่อการอักเสบของเหงือกลดลง ขอบเหงือกจะอยู่ต่ำลงมาทางปลายรากฟัน (รูปที่ ๕)

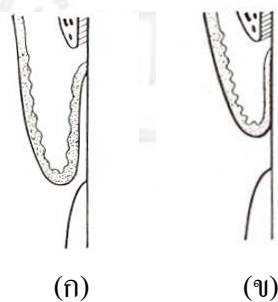


(ที่มา: ดัดแปลงจาก Carranza FA Jr. Rationale for periodontal treatment. In: Carranza FA Jr, Newman MG, eds. Clinical Periodontology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 404.)

รูปที่ ๕ (ก) ก่อนการรักษา

- (ข) หลังการรักษาด้วยการควบคุมคราบจุลินทรีย์ร่วมกับการขูดหินน้ำลายเกลารากฟันแล้ว เหงือกหายจากการอักเสบและหดตัวลง เกิดเหงือกกร่นขึ้น ในกรณีนี้ ร่องลึกปริทันต์ถูกกำจัดจนหมดไป เกิดร่องเหงือกปกติตรงระดับกันของร่องลึกปริทันต์เดิม

๒. การเกิดเยื่อผิวเชื่อมต่อยาว (long junctional epithelium) โดยที่ร่องลึกปริทันต์ยังคงมีอยู่เช่นเดิม แต่เครื่องมือตรวจปริทันต์ (periodontal probe) สอดลงไปร่องลึกปริทันต์ได้ยากขึ้น เพราะเยื่อผิวเชื่อมต่อยาวนี้เกิดความแนบสนิทกับผิวรากฟัน (Epithelial adaptation) (รูปที่ ๖)



(ที่มา: ดัดแปลงจาก Kieser JB. The rationale for periodontal therapy. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 79.)

รูปที่ ๖ (ก) ร่องลึกปริทันต์ก่อนการรักษา

- (ข) หลังการรักษา เกิดเยื่อผิวเชื่อมต่อยาวคาดผนังร่องลึกปริทันต์ กรณีนี้มีการหดตัวของขอบเหงือกร่วมด้วย ร่องลึกปริทันต์ดีขึ้นแต่ยังคงไม่หมดไป

การคาดเดาผลสำเร็จ

- ผลการรักษาจะประสบความสำเร็จดีถ้าภายหลังการรักษา เหงือกลดการอักเสบและหดตัวลง เกิดร่องเหงือกปกติซึ่งเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยเข้าถึงเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้
- ในบางกรณี โรคปริทันต์อักเสบขั้นอ่อนจะตอบสนองต่อการรักษาโดยการเกิดเยื่อผิวเชื่อมต่อยาว หรือการหดตัวของขอบเหงือกร่วมกับการเกิดเยื่อผิวเชื่อมต่อยาว ซึ่งผลสำเร็จของการรักษาอาจคาดเดายาก เนื่องจากยังเหลือร่องลึกปริทันต์อยู่ ในกรณีนี้ ทันตแพทย์อาจพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์ (periodontal surgery) ร่วมด้วย เพื่อกำจัดร่องลึกปริทันต์และทำให้เกิดร่องเหงือกปกติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ต่อไปในอนาคต

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า เยื่อผิวเชื่อมต่อยาวช่วยต่อต้านการรุกรานของแบคทีเรียได้ เช่นเดียวกับการยึดด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ (connective tissue attachment) ดังนั้น หากยังมีร่องลึกปริทันต์ลึกประมาณ ๔-๕ มิลลิเมตร หลงเหลืออยู่หลังจากการขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน ผลการรักษาก็ยังเป็นที่ยอมรับได้คราบเท่าที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่บริเวณขอบเหงือกได้ เหงือกไม่มีการอักเสบ และไม่มีการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์เพิ่มขึ้นอีก

โรคปริทันต์อักเสบขั้นปานกลางจนถึงขั้นรุนแรง

วิธีการรักษา

โรคปริทันต์อักเสบขั้นปานกลางจนถึงขั้นรุนแรง ซึ่งมีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ ๔ - ๗ มิลลิเมตร ที่มีข้อจำกัดจากสภาวะทางกายวิภาคของรูปร่างฟัน หรือมีร่องลึกปริทันต์ลึกเกิน ๗ มิลลิเมตรนั้น เมื่อพิจารณาจากการเข้าถึงเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์แล้ว จัดเป็นบริเวณที่ทั้งผู้ป่วยและทันตแพทย์เข้าไม่ถึง ดังนั้น วิธีการรักษาโรคปริทันต์อักเสบขั้นปานกลางจนถึงขั้นรุนแรง นอกจากการสอนให้ผู้ป่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์ในบริเวณที่เข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง และการขูดหินน้ำลายเกลารากฟันรวมทั้งการกำจัดปัจจัยอื่น ๆ ที่ขัดขวางการควบคุมคราบจุลินทรีย์แล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มทางเข้าในการขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน นอกจากนี้ การทำศัลยกรรมปริทันต์ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดเนื้อเยื่ออ่อนส่วนที่เป็น

ผนังของร่องลึกปริทันต์ซึ่งมีการติดเชื้อ รวมทั้งเพื่อแก้ไขรูปร่างของเหงือกและเยื่อเมือกที่ไม่เอื้อต่อการควบคุมคราบจุลินทรีย์ เช่น

- ร่องลึกปริทันต์ และแอ่งกระดูก (crater) ซึ่งเป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์
- ขอบกระดูกหนา (thick bony margin) ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนของอาหารระหว่างที่มีการบดเคี้ยว ทำให้เกิดการสะสมของอาหารและคราบจุลินทรีย์ที่ขอบเหงือก
- กระดูกส่วนนอกร (exostosis) ซึ่งจำกัดทางเข้าของแปรงสีฟันที่จะเข้าทำความสะอาดบริเวณขอบเหงือกและซอกฟัน
- เนื้อยึดและกล้ามเนื้อที่เกาะสูง ซึ่งทำให้เกิดแรงดึงของกล้ามเนื้อมายังขอบเหงือก และขัดขวางการวางแปรงสีฟันในบริเวณดังกล่าว
- รากฟันเปลือย (denuded root) ซึ่งทำให้เกิดอาการเสียวฟัน ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมคราบจุลินทรีย์บนผิวรากฟันได้

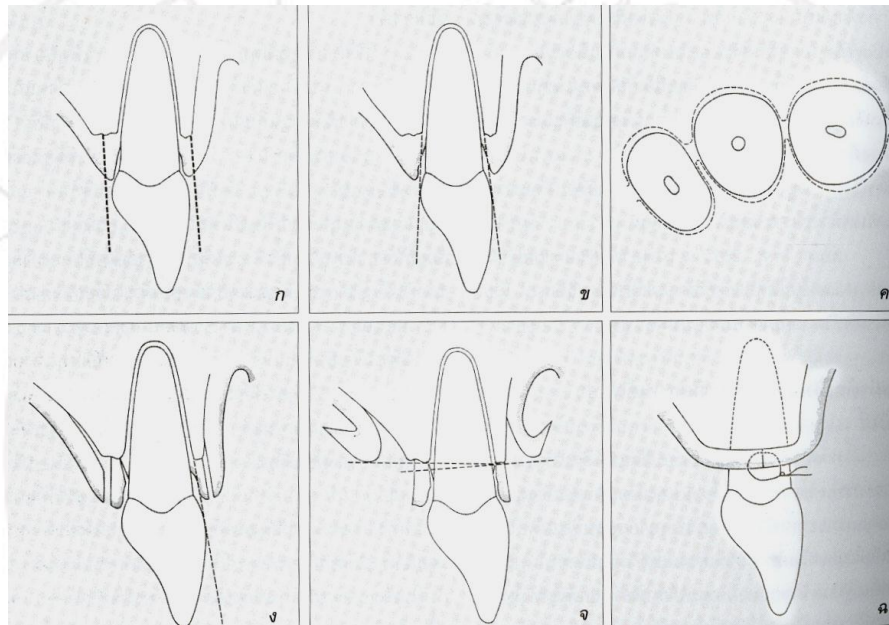
อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยต้องตระหนักไว้เสมอว่า โรคปริทันต์มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาหากมีการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ดังนั้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการทำศัลยกรรมปริทันต์ ทันตแพทย์ต้องประเมินให้แน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมคราบจุลินทรีย์ในบริเวณที่เข้าถึงได้ หากผู้ป่วยควบคุมคราบจุลินทรีย์ไม่ได้ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมคราบจุลินทรีย์ การทำศัลยกรรมปริทันต์จะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใดเลย เพราะเมื่อแก้ไขรูปร่างของอวัยวะปริทันต์และเยื่อเมือกในปากด้วยการทำศัลยกรรมปริทันต์แล้ว ไม่ได้หมายความว่าโรคปริทันต์จะไม่มีโอกาสเกิดขึ้นอีก การคงสุขภาพของอวัยวะปริทันต์ให้แข็งแรงหลังจากการแก้ไขรูปร่างของอวัยวะปริทันต์และเยื่อเมือกแล้ว จึงขึ้นอยู่กับการควบคุมคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเท่านั้น

ชนิดของศัลยกรรมปริทันต์

ศัลยกรรมปริทันต์อาจจัดกลุ่มตามลักษณะความซับซ้อนของงานเป็น ๒ กลุ่มคือ ศัลยกรรมปริทันต์ที่ไม่ซับซ้อน และศัลยกรรมปริทันต์ที่ซับซ้อน การเลือกชนิดของศัลยกรรมปริทันต์ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ข้อจำกัดจากลักษณะของรูปร่างฟัน (มี / ไม่มี) ความผิดปกติของเยื่อเมือกช่องปาก (มี / ไม่มี) รูปแบบการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์และการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟัน (แบบสมมาตร / แบบไม่สมมาตร สูงบ้างต่ำบ้าง) ความลึกของร่องลึกปริทันต์ และชนิดของร่องลึกปริทันต์ (ร่องลึกปริทันต์เหนือสันกระดูก (suprabony pocket) / ร่องลึกปริทันต์ใต้สันกระดูก (infrabony pocket) เป็นต้น

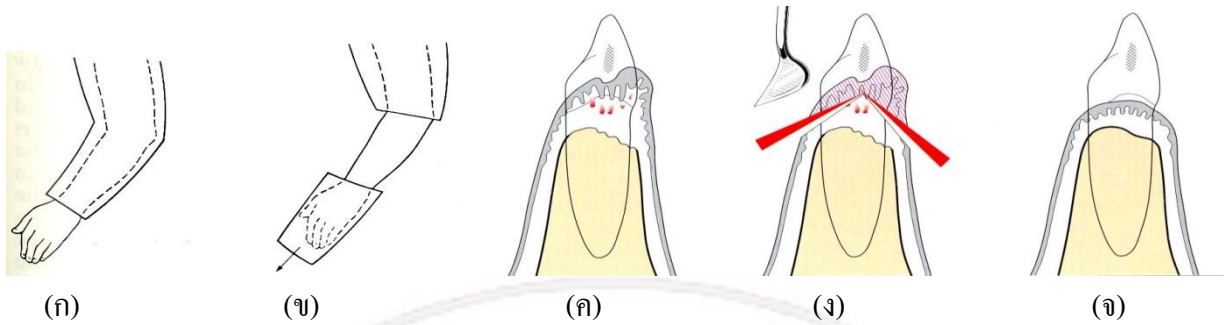
ศัลยกรรมปริทันต์ที่ไม่ซับซ้อน

หากบริเวณรอยโรคไม่มีข้อจำกัดจากลักษณะของรูปร่างฟัน ไม่มีความผิดปกติของเยื่อเมือกช่องปาก หรือมีการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์และการละลายตัวของกระดูกเขี้ยวฟันแบบสม่ำเสมอ ฯลฯ ศัลยกรรมปริทันต์ที่เหมาะสมจะเป็นศัลยกรรมปริทันต์ชนิดไม่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัดเปิดเหงือก (flap operation; รูปที่ ๗) การตัดเหงือก (gingivectomy; รูปที่ ๘) การร่นแผ่นเหงือก (apically positioned flap; รูปที่ ๙) เป็นต้น ศัลยกรรมปริทันต์เหล่านี้ มีข้อบ่งใช้และข้อห้ามใช้ต่างกัน ซึ่งผู้เรียนจะได้ศึกษาในรายละเอียดต่อไป



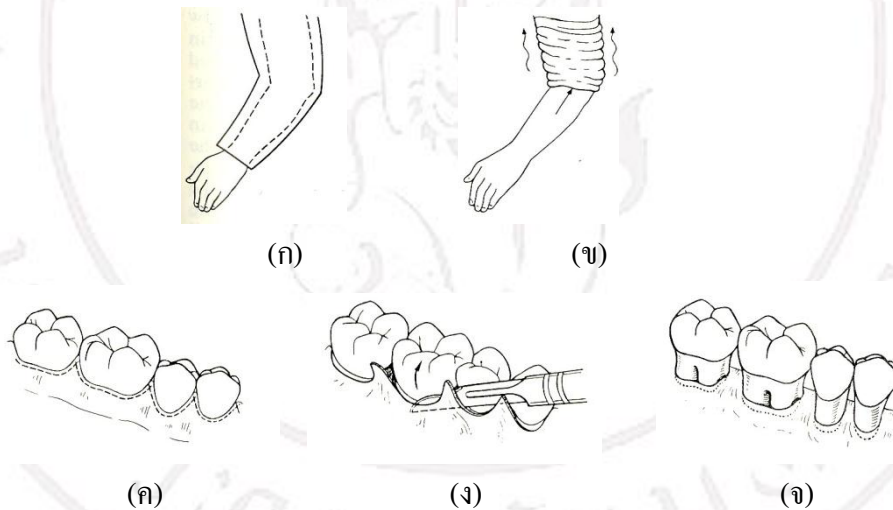
(ที่มา: ชรินทร์ เตชะประเสริฐวิทยา. โรคปริทันต์และกระบวนการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: เขียวบุ๊กพับลิชเชอร์; ๒๕๔๔.)

รูปที่ ๗ (ก-จ) วิธีหนึ่งของการผ่าตัดเปิดเหงือกเพื่อขูดหินน้ำลายเกลารากฟันและกำจัดร่องลึกปริทันต์



(ที่มา: รูปที่ ๘ ก-ข คัดแปลงจาก Kieser JB. The essential basis of pocket surgery. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 141.; รูปที่ ๘ ค-จ คัดแปลงจาก Rateitschak KH, Wolf HF. Color atlas of dental medicine: Periodontology. 3rd ed. New York: Thieme, 2004: 300.)

รูปที่ ๘ (ก-ข) หลักการของการตัดเหงือกออกรายได้โดยสมมุติให้ชายแขนเสื้อแทนผนังร่องลึกปริทันต์ การกำจัดร่องลึกปริทันต์อาจทำได้โดยการตัดชายแขนเสื้อที่
(ค-จ) การกำจัดร่องลึกปริทันต์เหนือสันกระดูก โดยตัดเหงือกส่วนที่เป็นผนังร่องลึกปริทันต์ทั้ง



(ที่มา: รูปที่ ๕ ก-ข คัดแปลงจาก Kieser JB. The essential basis of pocket surgery. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 141.; รูปที่ ๕ ค และ จ คัดแปลงจาก Kieser JB. Simple pocket surgery: I Soft tissue conservation technique. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 169.; รูปที่ ๕ ง คัดแปลงจาก Kieser JB. Simple pocket surgery: I Soft tissue conservation technique. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 160.)

รูปที่ ๕ (ก-ข) หลักการของการร่นแผ่นเหงือกอธิบายได้โดยสมมุติให้ชายแขนเสื้อแทนผนังร่องลึกปริทันต์ การกำจัดร่องลึกปริทันต์อาจทำได้โดยการร่นชายแขนเสื้อขึ้น
(ค-จ) การกำจัดร่องลึกปริทันต์โดยร่นเหงือกส่วนที่เป็นผนังร่องลึกปริทันต์ไปทางปลายราก

ผลของการรักษา

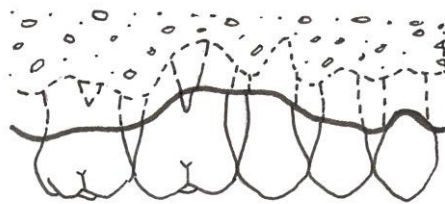
การหดตัวของเหงือก และ/หรือ การเกิดเยื่อเมือที่เชื่อมต่อยาว

การคาดเดาผลสำเร็จ

๑. การรักษาจะประสบผลสำเร็จดีหากสามารถกำจัดร่องลึกปริทันต์ (pocket elimination) และทำให้เกิดร่องเหงือกปกติซึ่งเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้
๒. บางกรณี ทันตแพทย์อาจทำได้แค่การลดร่องลึกปริทันต์ (pocket reduction) แต่ไม่สามารถกำจัดร่องลึกปริทันต์ได้เพราะติดขัดข้อจำกัดบางประการ ซึ่งกรณีนี้ ผลหลังการรักษาเป็นการเกิดเยื่อเมือที่เชื่อมต่อยาว จึงอาจคาดเดาผลสำเร็จได้ยาก

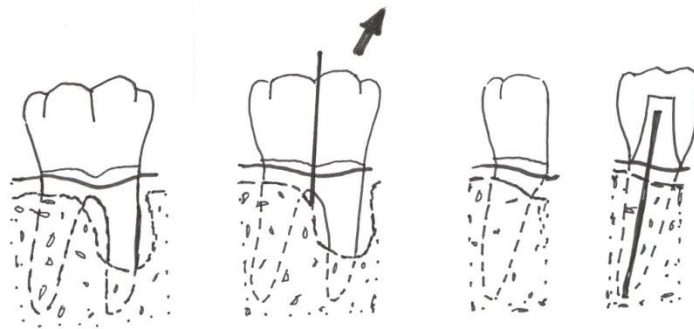
ศัลยกรรมปริทันต์ที่ซับซ้อน

ศัลยกรรมปริทันต์ที่ซับซ้อนจะใช้เมื่อการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์และการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันมีลักษณะไม่สม่ำเสมอ สูงบ้างต่ำบ้าง หรือบริเวณรอยโรคมีข้อจำกัดเรื่องรูปร่างรากฟัน (รูปที่ ๑๐) หรือมีปัญหาจากรูปร่างของช่องหน้า (vestibular morphology) เช่น ช่องหน้าตื้น ทำให้ขอบเหงือกอยู่เกือบถึงช่องหน้า หรือมีร่องลึกปริทันต์ใต้สันกระดูก เป็นต้น

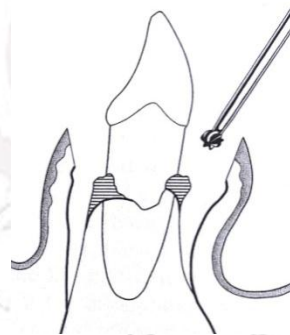


รูปที่ ๑๐ กระดูกเบ้าฟันละลายตัวไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ บริเวณฟันกรามบนยังมีการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันจนถึงช่องรากฟันด้วย

ศัลยกรรมปริทันต์ที่ซับซ้อนมีหลายชนิด เช่น การแบ่งครึ่งราก (hemisection; รูปที่ ๑๑) การตัดแต่งกระดูก (resective osseous surgery; รูปที่ ๑๒) หรือ การปลูกถ่ายกระดูก (bone grafting; รูปที่ ๑๓) เป็นต้น แต่ละชนิดมีข้อบ่งชี้และข้อห้ามใช้ต่าง ๆ กัน

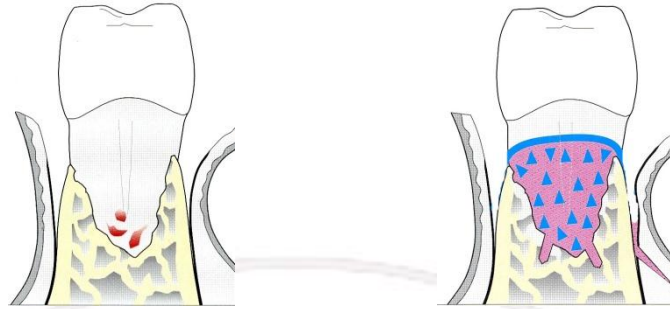


รูปที่ ๑๑ ฟันกรามล่างมีการสูญเสียกระดูกรอบรากฟันรากหนึ่งไปมาก การแบ่งครึ่งรากจะช่วยให้เก็บรากฟันที่ยังมีกระดูกเบ้าฟันเหลืออยู่เพียงพอไว้ได้



(ที่มา: Rateitschak KH, Wolf HF. Color atlas of dental medicine: Periodontology. 3rd ed. New York: Thieme, 2004: 362.)

รูปที่ ๑๒ กระดูกเบ้าฟันละลายตัวเกิดเป็นแอ่งกระดูกซึ่งกักเก็บคราบจุลินทรีย์ แอ่งกระดูกนี้แก้ไขได้โดยการตัดแต่งกระดูก

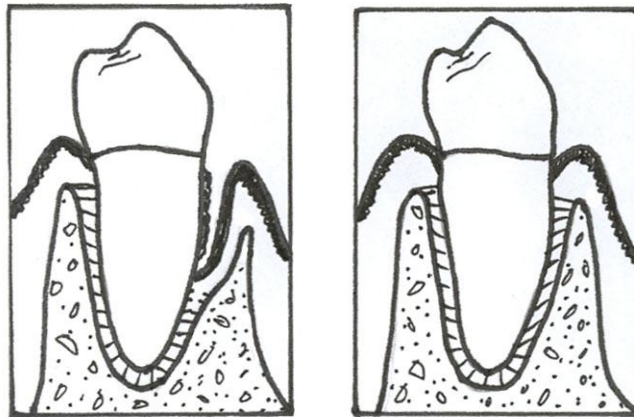


(ที่มา: Rateitschak KH, Wolf HF. Color atlas of dental medicine: Periodontology. 3rd ed. New York: Thieme, 2004: 348-9.)

รูปที่ ๑๓ ร่องลึกปริทันต์ใต้สันกระดูกบางชนิด แก้ไขได้โดยการเติมกระดูกปลูกถ่ายลงไป

ผลของการรักษา

๑. การหดตัวของเหงือก และ /หรือ การเกิดเยื่อผิวเชื่อมต่อยาว
๒. การยึดติดใหม่ (new attachment) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่ออวัยวะปริทันต์เกิดการงอกใหม่ (regeneration) และมีการฝังตัวของเอ็นยึดปริทันต์บนเคลือบรากฟันที่งอกใหม่นี้ รวมถึงมีการยึดติดใหม่ของเส้นใยเหงือกบนผิวรากฟันที่เคยเป็นโรคปริทันต์มาก่อน (รูปที่ ๑๔)



(ก)

(ข)

รูปที่ ๑๔ (ก) ก่อนการรักษามีร่องลึกปริทันต์ใต้สันกระดูก

(ข) หลังการรักษา เกิดการงอกใหม่ของอวัยวะปริทันต์และการยึดติดใหม่

การคาดเดาผลสำเร็จ

๑. ผลสำเร็จจากเดาได้เช่นเดียวกับการรักษาด้วยวิธีอื่น
๒. ผลสำเร็จของการรักษาไม่ขึ้นกับความลึกของร่องลึกปริทันต์แต่เพียงอย่างเดียว เพราะความลึกของร่องลึกปริทันต์บอกได้เพียงประวัติของโรค ในกรณีที่ร่องลึกปริทันต์มีความลึกเท่ากัน การรักษาโรคปริทันต์ในพื้นหน้าอาจให้ผลสำเร็จดีกว่าการรักษาในพื้นหลังซึ่งมีรูปร่างรากฟัน รวมทั้งรูปร่างของช่องหน้าที่ซับซ้อนกว่า เป็นต้น

สรุป

๑. หลักการในการรักษาโรคปริทันต์ คือต้องควบคุมคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคให้ได้
๒. ผู้ป่วยโรคปริทันต์ทุกคนต้องได้รับการรักษาโรคปริทันต์ ดังนี้
 - ได้รับการสอนให้ควบคุมคราบจุลินทรีย์ในบริเวณที่เข้าถึงได้ ด้วยอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - ได้รับการขูดหินน้ำลาย หรือเกลารากฟันร่วมด้วย และได้รับการกำจัดปัจจัยอื่น ๆ ที่ขัดขวางการควบคุมคราบจุลินทรีย์
๓. เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาดังกล่าวแล้ว หากในช่องปากยังคงมีบริเวณที่เข้าควบคุมคราบจุลินทรีย์หรือขูดหินน้ำลายเกลารากฟันไม่ถึง ทันตแพทย์ต้องพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มทางเข้าในการขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน รวมทั้งเพื่อแก้ไขรูปร่างของเหงือกและเยื่อเมือกในปากให้ง่ายต่อการควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ในอนาคต

บรรณานุกรม

- Carranza FA. Rationale for periodontal treatment. In: Newman MG, Takei HH, Carranza FA, eds. Carranza's Clinical Periodontology. 9th ed. Philadelphia: WB Saunder, 2002: 507-12.
- Kieser JB. The rationale for periodontal therapy. In: Kieser JB, ed. Periodontics: A Practical Approach. Essex: Wright, 1990: 67-83.
- Perry DA. Plaque control for the periodontal patient. In: Newman MG, Takei HH, Carranza FA, eds. Carranza's Clinical Periodontology. 9th ed. Philadelphia: WB Saunder, 2002: 651-76.
- Robertson PB, Buchanan SA. Wound healing after periodontal therapy. In: Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW, eds. Contemporary Periodontics. Saint Louis: CV Mosby, 1990: 382-93.
- ชนินทร์ เตชะประเสริฐวิทยา. โรคปริทันต์และกระบวนการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: เขียวรี่-พับลิชเชอร์; ๒๕๔๔.