

บทที่ 5

สรุปและวิจารณ์

จากหลักการการรักษาโรคปริทันต์ที่มีรอยวิการของกระดูกเบ้าฟันด้วยวิธี จีทีอาร์ นั้นคือการนำเอาวัสดุที่มีความสามารถในการเป็นแผ่นกัน มาแทนการเคลื่อนที่ของเซลล์เยื่อหุ้มฟัน กับ เซลล์ของเนื้อเยื่อยึดต่อ ซึ่งเคลื่อนที่ได้เร็วกว่าไม่ให้เจริญแผ่ลงไปในรอยโรค และ ปล่อยให้เซลล์ดั้งเดิมที่อยู่ในเอ็นยึดปริทันต์ ได้มีโอกาสเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงตัวเองไปเป็นเซลล์สร้างอวัยวะปริทันต์ ซึ่งได้แก่ ซีเมนโตเบลลาสท์ ออสทีโอเบลลาสท์ และไฟโบรบลาสท์ เป็นต้น ทำให้เกิดการซ่อมแซมส่วนของอวัยวะปริทันต์ที่ถูกทำลายไปให้หายกลับมาเหมือนเดิม (Nyman et al, 1982b) วัสดุที่นำมาใช้เป็นแผ่นกันนั้นจะต้องมีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ ได้แก่ สามารถเข้ากันได้ดีกับเนื้อเยื่อ ง่ายต่อการใช้งาน สามารถที่จะคงสภาพช่องว่าง และสามารถที่จะยอมให้เนื้อเยื่อยึดต่อของแผ่นเหงือกเข้ามายึดติดได้ ซึ่งจากผลการวิจัยเมื่อใช้ แผ่นยางกันน้ำลายเป็นแผ่นกันพบว่าไม่มีผลข้างเคียงหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ยังให้ผลดีในการเกิดอวัยวะปริทันต์ขึ้นใหม่ด้วย ถึงแม้ว่าจะมีแผ่นเหงือกร่นบ้างในระยะแรก

เมื่อพิจารณาคุณสมบัติในการเป็นแผ่นกันของแผ่นยางกันน้ำลาย อาจกล่าวเป็นหัวข้อตามลักษณะของข้อบ่งชี้ ได้ดังนี้

ความสามารถเข้ากันได้ดีกับเนื้อเยื่อ

จากผลการวิจัย พบว่า บริเวณที่ทำการทดลองทั้งหมด ไม่พบ ผลกระทบข้างเคียง (side effect) ใดๆ เช่นการอักเสบหรือมีหนอง ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ที่ใช้ ซึ่งเป็นผลที่สอดคล้องกับการทดลองของ Lekovic และคณะ (1991) ที่ใช้ ซิลิโคน รับบอร์ เป็นแผ่นกัน ในสุนัข พบว่าจำนวนของพลาสมาเซลล์ ในบริเวณที่ใช้ ซิลิโคน รับบอร์ เป็นแผ่นกันมีพอๆ กับบริเวณที่ใช้ อี-พีทีเอพี เป็นแผ่นกัน และมีพอๆ กับที่บริเวณควบคุม และได้ผลตรงกับการรายงานผลการรักษาของ Cortellini และPrato (1994) และของ Salama และคณะ (1994) ซึ่งได้ใช้แผ่นยางเป็นแผ่นกันรักษาในผู้ป่วย ด้วยกระบวนการของ .จีทีอาร์ ไม่พบ ผลกระทบข้างเคียง ใดๆเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ร่างกายไม่ปฏิเสธต่อแผ่นยางกันน้ำลายที่ใส่เข้าไปได้แผ่นเหงือก จึงไม่เกิดการอักเสบขึ้น นั่นก็คือ แผ่นยางกันน้ำลายสามารถเข้ากันได้กับเนื้อเยื่อ

ความง่ายต่อการใช้งาน

จากการทำวิจัย พบว่าการเตรียมและการใช้แผ่นยางกันน้ำลายนั้น ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถเรียนรู้ได้ไม่ยาก และไม่ต้องเย็บแผ่นกันให้เสียเวลา ทำให้สะดวกต่อการใช้งาน นอกจากนี้แผ่นยางกันน้ำลายยังมีความยืดหยุ่นที่ดี ไม่ขาดง่าย ทำให้ไม่ต้องคอยกังวลเมื่อใส่แผ่นกัน ในขณะที่แผ่น อี-พีทีเอฟอี จะต้องเรียนรู้วิธีการใช้ลักษณะของแผ่นกัน ต้องระมัดระวัง ในการเตรียม และการติดตั้งแผ่นกันเพื่อให้พอดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางแผ่นกันชนิด อี-พีทีเอฟอี ที่บริเวณด้านข้างของฟัน หรือในรอยโรคหลายรอยในบริเวณใกล้เคียงกัน ทำให้ต้องมีเทคนิควิธีการเย็บแผ่นกันที่ยุ่งยาก และใช้เวลาในการผ่าตัดเพิ่มขึ้นและยังในการรักษารอยโรคหลายรอยโรคในบริเวณใกล้เคียงกัน พบว่าการใช้แผ่นยางกันน้ำลายเป็นแผ่นกัน ทำให้สะดวกมาก เพียงแต่ต้องพิมพ์ปากผู้ป่วยมาก่อน เพื่อใช้ในการเตรียม แผ่นยางกันน้ำลายล่วงหน้า

ความสามารถที่จะคงสภาพช่องว่าง

จากคุณสมบัติความยืดหยุ่นของแผ่นยางกันน้ำลาย เมื่อถูกนำมาใช้งานในรอยโรคหลายๆ ตำแหน่ง จะทำให้แผ่นยางกันน้ำลายเกิดการบีบรัดตัวให้แนบกับคอฟันของฟันทุกๆซี่ในรอยโรคได้ง่าย เมื่อเจาะขนาดพอเหมาะ คือ ประมาณ $1/3$ ถึง $2/3$ ของด้านบดเคี้ยว (นวลฉวี และคณะ, 1994) จึงไม่สิ้นเปลือง สามารถจัดวางไว้ได้ตามตำแหน่งที่ต้องการ ร่วมกับการขยายขอบเขตของการใช้แผ่นยางกันน้ำลายให้คลุมฟันข้างเคียงอีกหนึ่งซี่ จะช่วยทำให้แผ่นยางกันน้ำลายถูกดึงบนฟันที่มีรอยโรค จึงทำให้เกิดและสามารถรักษาช่องว่างที่ต้องการเอาไว้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการงอกใหม่บริเวณด้านข้างของฟัน และจากการสังเกตพบว่าเนื้อเยื่อแกรนูเลชันจะงอกขึ้นมาเต็มได้แผ่นยางกันน้ำลายเสมอไม่ว่าจะวางแผ่นยางในระดับใด นอกจากนี้วัสดุปลูกกระดูกจะช่วยเสริมในการรักษาช่องว่างได้แผ่นยางให้มีเพิ่มขึ้นด้วย โดยเฉพาะด้านแก้มกับด้านลิ้น ที่แผ่นยางกันน้ำลายมักจะติดกับผิวรากฟันทำให้ไม่เกิดช่องว่างสำหรับการงอกใหม่ (Salama et al, 1994) แต่ในขณะที่แผ่น อี-พีทีเอฟอี จะยึดกับผิวรากฟันด้วยการโอברัดของไหม ถ้าผูกปมไหมไม่แน่นจะทำให้แผ่นกันเลื่อนไถลลง ไม่อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ จึงเป็นเหตุให้เกิดเนื้อเยื่อแกรนูเลชันขึ้นน้อยกว่าที่ควร

ความสามารถที่จะยอมให้เนื้อเยื่อยึดต่อของแผ่นเหงือกเข้ามายึดติดได้

แผ่นยางกันน้ำลายไม่มีคุณสมบัติในข้อนี้ เนื่องจากไม่มีรูพรุนที่ผิวหรือมีรูพรุนที่เล็กเกินไป จึงทำให้เนื้อเยื่อยึดต่อของแผ่นเหงือกเข้ามายึดติดบนแผ่นยางกันน้ำลายไม่ได้ จึงมักพบว่ามีกรร่นซึ่งเกิดจากการหดตัวของแผ่นเหงือกอยู่เสมอ ทำให้เกิดการโผล่ของแผ่นกัน ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยทุกรายที่ทำวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าจะมีการร่นอย่างมากเกิดขึ้น แต่ก็ไม่พบว่าแผ่นเหงือกที่ร่นลงมาจะมีการบวมอักเสบหรือเป็นหนองแต่อย่างใด ในขณะที่การใช้แผ่น อี-พีทีเอฟอี เมื่อมีการโผล่ของแผ่นกันจะทำให้เชื้อแบคทีเรียในช่องปาก มาจับและเกิดการเจริญเติบโตบนแผ่นกันนี้ ซึ่งทำให้

เกิดการอักเสบบริเวณแผ่นเหงือกได้ โดย Demolon และคณะ (1991) ได้ศึกษาการมีแบคทีเรียไปเกาะที่ผิวของ จีแทม (GTAM) ในมนุษย์ด้วยการใช้ โพรบ โอลิโก นิวคลีโอไทด์ ดี เอ็น เอ (oligonucleotide DNA probe) พบเชื้อที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ ปรากฏอยู่ที่แผ่นจีแทม และในของเหลวคัดหลังจากร่องรอบคอหิน (crevicular fluid) รอบๆ บริเวณนี้ ทำให้มักพบว่ามีอาการอักเสบ และบางครั้งอาจพบหนองเกิดขึ้นระหว่างแผ่นกันกับแผ่นเหงือก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของแผล และความสามารถในการงอกใหม่ของเนื้อเยื่อปริทันต์ ทำให้ต้องเอาแผ่นกันออกเร็วกว่าปกติ (Gottlow, 1993)

ดังนั้นจึงเป็นข้อดีสำหรับวัสดุประเภทยางที่ไม่มีรูพรุนหรือมีรูพรุนที่เล็กมาก ก็คือ ทำให้เชื้อแบคทีเรียมายึดติดที่ผิวของแผ่นยางกันน้ำลายได้น้อย ทำความสะอาดได้ง่าย และทำให้เกิดลักษณะที่มีการระบายในตัว แต่ในปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษากาการมีแบคทีเรียไปเกาะบนแผ่นยางกันน้ำลายในมนุษย์เลย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาในเรื่องนี้ต่อไป ส่วนข้อเสียคือ ทำให้แผ่นเหงือกที่ปิดทับอยู่บนแผ่นยางกันน้ำลายเกิดการร่นได้ง่าย (Salama et al, 1994)

จากผลการทดลองพบว่าความลึกของร่องลึกปริทันต์ในเดือนที่ 6 ในกลุ่ม T1เฉลี่ยเป็น 2.89 ± 0.81 มม. และในกลุ่ม T2เฉลี่ยเป็น 2.77 ± 0.89 มม. ซึ่งยังเป็นความลึกที่อยู่ในระดับปกติ และแม้ว่าจะมีการร่นของแผ่นเหงือกจากผลการทดลอง แต่ก็สามารถเพิ่มการยึดเกาะในกลุ่ม T1เฉลี่ยเป็น 2.08 ± 0.84 มม. และในกลุ่ม T2เฉลี่ยเป็น 1.67 ± 1.18 มม. ความลึกของร่องลึกปริทันต์ลดลงในกลุ่ม T1เฉลี่ยเป็น 2.74 ± 0.87 มม. และในกลุ่ม T2เฉลี่ยเป็น 2.75 ± 0.95 มม. และมีการร่นของเหงือกภายหลังการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ในกลุ่ม T1เฉลี่ยเป็น 0.66 ± 0.65 มม. และในกลุ่ม T2เฉลี่ยเป็น 1.08 ± 0.95 มม. ถึงแม้ว่าผลการรักษาของการวิจัยครั้งนี้จะได้ระดับการยึดเกาะที่เพิ่มขึ้นไม่มากเท่ากับการวิจัยของ Corellini และ Prato ในปี 1994 ที่ทำการทดลองโดยใช้แผ่นยางกันน้ำลายเป็นแผ่นกัน ในผู้ป่วย 5 ราย สามารถลดความลึกของร่องลึกปริทันต์ได้เฉลี่ย 2-3 มม. เพิ่มระดับการยึดเกาะทางคลินิกได้ 2-3 มม. และ Salama และคณะ ในปี 1994 ได้ทำการทดลองโดยใช้แผ่นยางกันน้ำลายเป็นแผ่นกัน ในผู้ป่วย 10 ราย สามารถเพิ่มการยึดเกาะได้ เฉลี่ย 3.84 มม. และมีระดับกระดูกที่เพิ่มขึ้น เฉลี่ย 4.25 มม. ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากการเลือกผู้ป่วยในครั้งนี้อย่างจำเป็นต้องเลือกในผู้ป่วยที่เป็นโรคค่อนข้างมาก ทำให้รอยโรคในกระดูกที่พบมักจะมีลักษณะเป็นสองด้านที่ค่อนข้างกว้าง แต่ไม่ลึกและติดกันมาก นอกจากนั้นการผ่าตัดในแต่ละครั้งจะทำทั้งจุดภาค ทำให้เกิดการด้อยในการควบคุมการผ่าตัดเท่าที่ควร แต่อย่างไรก็ดีจากผลการวิจัยทั้งหมดนี้ทำให้เข้าใจได้ว่า คุณสมบัติของแผ่นยางกันน้ำลายในการเป็นแผ่นกันในเรื่องการยึดเกาะกับเนื้อเยื่อยึดของแผ่นเหงือก ไม่มีผลต่อจำนวนการเกิดการงอกใหม่ของเนื้อเยื่อแกรนูเลชันที่อยู่ใต้แผ่นกัน เพราะสามารถทำให้เกิดเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่จนเต็มได้แผ่นยางกันน้ำลายในทุกราย

อาจสรุปคุณสมบัติของแผ่นยางกันน้ำลายในฐานะของแผ่นกันได้ดังนี้คือ

1. จากคุณสมบัติในการยึดหยุ่นได้ดีของแผ่นยางกันน้ำลาย ทำให้แผ่นกันที่ห่างจากวัสดุชนิดนี้ใช้งานง่าย เมื่อจึงให้เกิดความตึงจะเกิดช่องว่าง และข้อดีที่สุดคือ เกิดความแนบกับผิวรากฟัน ไม่ว่าผิวรากฟันจะมีการโค้งเว้าหรือรูปร่างไม่แน่นอน สามารถจับให้อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอดเวลาที่ใส่อยู่ในช่องปาก

2. จากคุณสมบัติที่ไม่มีรูพรุนของแผ่นยางกันน้ำลาย ทำให้เกิดการปิดกั้นรอยโรคจากสิ่งแวดล้อม เช่น แบคทีเรีย น้ำลาย เซลล์เยื่อเมือก และ เซลล์ของเนื้อเยื่อยึดต่อจากเหงือก ได้ดี นอกจากนี้ยังอาจทำให้เชื้อแบคทีเรียมายึดเกาะได้น้อย สามารถทำความสะอาดได้ง่าย ไม่ทำให้เกิดการอักเสบระหว่างแผ่นเหงือกกับแผ่นกัน และเมื่อไม่มีรูพรุนจะไม่มี การผ่านเข้าออกของของเหลว โอกาสที่เชื้อแบคทีเรียจะผ่านเข้ามาภายในแผ่นกันจึงค่อนข้างน้อย ในขณะที่ แผ่น อี-พีทีเอฟอี มีการศึกษาพบแล้วว่า เชื้อแบคทีเรียสามารถแทรกผ่านเข้ามาได้แผ่นกันได้ โดย Guillem และคณะ ในปี 1992 ได้ทำการศึกษาโดยใช้สแกนนิ่ง อิเล็กตรอน ไมโครสโคป (scanning electron microscope) ตรวจสอบที่แผ่นกันชนิด อี-พีทีเอฟอี พบเชื้อแบคทีเรียที่ทั้ง 2 ด้านของแผ่นกัน และพบได้มากเช่นเดียวกันที่บริเวณ ออกคลูซีฟ และ โอเพิน ไมโคร สตรัคเจอร์ ซึ่งการมีคราบจุลินทรีย์เกิดขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลรบกวนการเกิดการงอกใหม่ของเนื้อเยื่อปริทันต์ ดังนั้นจากคุณสมบัติที่ไม่มีรูพรุนของแผ่นยางกันน้ำลาย ถึงแม้จะทำให้เกิดการรั่วของแผ่นเหงือก แต่ก็ไม่มีผลต่อจำนวนการเกิดการงอกใหม่ของอวัยวะปริทันต์ที่อยู่ใต้แผ่นยางกันน้ำลาย

3. สามารถใช้ในการรักษารอยโรคปริทันต์ หลายๆ ตำแหน่งในบริเวณใกล้เคียงกัน (multiple periodontal defect) ได้ง่ายและสะดวก ซึ่งจากการวิจัยนี้ สามารถทำได้ในรอยโรคที่ติดต่อกันหลายตำแหน่งในบริเวณใกล้เคียงกันหรือในจุดภาคเดียวกัน

4. ราคาถูก หาง่าย โดยแผ่นยางกันน้ำลายเป็นวัสดุที่มีใช้ในคลินิกทันตกรรมทั่วไปอยู่แล้ว นอกจากนี้การทำให้ปลอดเชื้อก็ง่ายและสะดวก

จากการสังเกตในการทำวิจัยครั้งนี้ พบว่าในการใช้แผ่นยางกันน้ำลายเป็นแผ่นกันนั้น แผ่นยางกันน้ำลายจะยึดติดผิวรากฟันในด้านแก้ม และด้านหลังทำให้คุณสมบัติในความสามารถที่จะคงสภาพช่องว่างเอาไว้ลดน้อยลง ดังนั้นการใช้วัสดุปลูกกระดูกร่วมด้วยจะเป็นส่วนช่วยหนุนให้เกิดเป็นโครงได้แผ่นยางกันน้ำลาย ไม่ทำให้แผ่นยางกันน้ำลายยึดติดผิวรากฟัน (Salama et al, 1994) และเมื่อเอาแผ่นยางกันน้ำลายออกในสัปดาห์ที่ 4 พบเนื้อเยื่อแกรนูเลชันในกลุ่ม T2 มีการเจริญและลักษณะที่แข็งแรงกว่าเนื้อเยื่อแกรนูเลชันในกลุ่ม T1 และเมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาในแต่ละการทดลอง ที่ T1 เปรียบเทียบผล 3 เดือน กับ 6 เดือน พบว่า CAL และ R ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ เมื่อ เปรียบเทียบผลของ PD ที่ 3 เดือน กับ 6 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย PD ในกลุ่ม T 1 ที่ 3 เดือน เฉลี่ย

2.5526 ± 0.797 มม. ที่ 6 เดือน เฉลี่ยเป็น 2.8947 ± 0.809 มม. ในขณะที่ T2 เปรียบเทียบผล 3 เดือน กับ 6 เดือน พบว่า CAL PD และ R ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย PD ในกลุ่ม T2 ที่ 3 เดือน เฉลี่ย 2.5781 ± 0.976 มม. ที่ 6 เดือน เฉลี่ยเป็น 2.7656 ± 0.889 มม. ทำให้มองได้ว่าเมื่อระยะเวลาผ่านไป PD ในกลุ่ม T 2 จะเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ PD ในกลุ่ม T 1 จะเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น จนพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นก็คือการหายของแผลในกลุ่ม T2 จะดีกว่าในกลุ่ม T1

ผลดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการติดตามผลรักษาในระยะยาวของ McClain และคณะ ในปี 1993 ในการทำ จีทีอาร์ ร่วมกับการใช้วัสดุปลูกกระดูก และการปรับสภาพผิวฟัน (root conditioning) ซึ่งได้ผลว่า เมื่อใช้เวลาติดตามผลระยะยาว 4-5 ปี บริเวณรอยโรคที่ได้รับการรักษาด้วยกระบวนการ จีทีอาร์ ร่วมกับการใช้วัสดุปลูกกระดูก และการปรับสภาพผิวฟัน มีระดับความลึกของร่องลึกปริทันต์อยู่ระดับที่คงที่ (78.9%) กว่าบริเวณที่ไม่ใช้วัสดุปลูกกระดูก และการปรับสภาพผิวฟัน (68.8%) จึงสรุปว่าการใช้วัสดุปลูกกระดูก และการปรับสภาพผิวฟัน จะเป็นตัวเสริมการรักษาในกระบวนการของ จีทีอาร์ ให้ได้ผลดียิ่งขึ้นในระยะยาว เนื่องจากในวัสดุปลูกกระดูกมีสาร โบน มอร์ โฟ เจนนิค โปรตีน ซึ่งทำให้เกิดการชักนำการสร้างกระดูกโดยตรง

สภาพในช่องปาก ของผู้ป่วยซึ่งดูจากค่าของ PI และ SBI ที่วัดได้ในช่วงก่อนและหลังการรักษาที่ 6 เดือน โดย PI ในกลุ่ม T1 พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่ม T2 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ SBI ในกลุ่ม T 1 และ T2 ก่อนและหลังการรักษาที่ 6 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยในกลุ่ม T2 ทำความสะอาดได้ไม่ดีเท่าตอนเริ่มต้น แต่ในกลุ่ม T1 สามารถทำความสะอาดได้เช่นเดิม และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม T1 และ T2 พบว่าก่อนการรักษา PI ในกลุ่ม T1 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าในกลุ่ม T2 จนพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการรักษาที่ 6 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า SBI ก่อนและหลังการรักษาที่ 6 เดือน ในกลุ่ม T1 และ T2 นั้นไม่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ถึงแม้ว่าในกลุ่ม T2 จะทำความสะอาดได้ไม่ดีเท่าตอนเริ่มแรก แต่ไม่ได้ทำให้ปริมาณของ PI ในกลุ่ม T2 เพิ่มขึ้นทำให้มีการอักเสบของเหงือกเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงอาจทำให้ค่าของ SBI ไม่แตกต่างไปจากเดิมตลอดการวิจัย

การที่ PI ในกลุ่ม T2 เพิ่มขึ้นอาจเนื่องมาจาก T2 มีจำนวนรอยโรคในแต่ละบริเวณมากกว่าในกลุ่ม T1 รวมทั้งบริเวณรอยต่อของเนื้อเยื่อที่เกิดใหม่กับเนื้อเยื่อเหงือกเดิมมีลักษณะเป็นขั้น และมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของเนื้อเยื่อเหงือกบริเวณด้านข้างของฟัน จึงเป็นเหตุให้การเข้าไปทำความสะอาดในบางบริเวณยากขึ้น แต่ได้มีการสอนการทำทำความสะอาดซ้ำหลังผ่าตัด จึงทำให้ PI ไม่เพิ่มขึ้นมากนัก ส่วนในกลุ่ม T1 จะทำความสะอาดได้ไม่แตกต่างจากตอนเริ่มแรก และมีปริมาณของ PI ในกลุ่ม T1 ลดลง เนื่องจาก T1 มีจำนวนรอยโรคในแต่ละบริเวณน้อยกว่าในกลุ่ม T2 ทำ

ให้เข้าไปทำความสะอาดได้ง่ายกว่า เมื่อมีการตอนการทำความสะอาดซ้ำถึงผ่าตัด จึงทำให้ PI ลดลง

จากการที่ค่า PI ในกลุ่ม T2 เพิ่มขึ้นมากกว่าค่า PI ในกลุ่ม T1 อาจจะมีผลต่อการหายของแผลในกลุ่ม T2 โดยทำให้การเพิ่มระดับการยึดเกาะและการลดระดับของร่องลึกปริทันต์ได้ผลน้อยกว่าในกลุ่ม T1 ซึ่งจะต่างจากการศึกษาของผู้วิจัยอื่นๆ (Schallhorn et al, 1988, Andereg, et al, 1991, McClain et al, 1993) ซึ่งพบว่า ถ้าใช้แผ่นกันร่วมกับวัสดุปลูกกระดูกจะให้ผลในการลดความลึกของร่องลึกปริทันต์ และเพิ่มระดับการยึดเกาะได้ดีกว่า นอกจากนี้ Gallow ในปี 1993 ได้กล่าวว่าแผ่นคราบจุลินทรีย์จะไปมีผลรบกวนต่อการหายของแผลอีกด้วย ดังนั้นถ้าสามารถควบคุมการทำความสะอาดดีกว่านี้ ก็อาจจะทำให้มีการเพิ่มระดับการยึดเกาะและการลดระดับของร่องลึกปริทันต์ได้ผลดีกว่านี้ และอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ได้ค่าการยึดเกาะน้อยกว่าการวิจัยอื่น ๆ นั้น อาจมาจากการเลือกรอยโรคที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรอยโรคที่มีความวิการของกระดูกเข้าพื้นที่มีลักษณะผนังเป็นสองด้านมากกว่าสามด้าน มีความลึกไม่มากนักแต่ค่อนข้างกว้างและติดกันมาก ดังนั้นการเพิ่มระดับการยึดเกาะและการลดระดับของร่องลึกปริทันต์ จึงทำได้ไม่มากนัก

ส่วนแผลหลังการผ่าตัดที่มีลักษณะเป็นขั้น ระหว่างเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นใหม่กับเนื้อเยื่อแผ่นเหงือกที่ร่นลงมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสวยงามและทำให้การทำความสะอาดบริเวณที่เป็นขั้นมีความยุ่งยากมากขึ้น สามารถแก้ไขได้ด้วยการทำศัลยกรรมตกแต่งเหงือกในภายหลัง

ดังนั้นจากงานวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า

แผ่นยางกันน้ำลายสามารถใช้เป็นแผ่นกันในกระบวนการของ จีทีอาร์ ได้ เนื่องจากสามารถเพิ่ม CAL และ ลด PD ลงภายหลังการรักษา ถึงแม้จะมีการร่นของเหงือกอยู่บ้าง แต่ก็เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อพิจารณาจากภายหลังการทำศัลยปริทันต์โดยทั่วไปก็มักพบการร่นของเหงือกอยู่เสมอ ซึ่งการร่นของเหงือกในการรักษาด้วยวิธีนี้ก็ไม่ได้แตกต่างไปจากการทำศัลยปริทันต์แบบอื่นๆเลย

และเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาโดยใช้แผ่นยางกันน้ำลายเป็นแผ่นกันร่วมกับวัสดุปลูกกระดูกกับการใช้แผ่นยางกันน้ำลายเป็นแผ่นกันเพียงอย่างเดียว พบว่า CAL PD R และ ภาพถ่ายภาพรังสี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ในการรักษารอยวิการของกระดูกเข้าฟัน ด้วยการใส่แผ่นยางกันน้ำลายอย่างเดียว (T1) หรือ การรักษารอยวิการของกระดูกเข้าฟัน ด้วยการใส่แผ่นยางกันน้ำลายร่วมกับวัสดุปลูกกระดูก (T2) ในกระบวนการของ จีทีอาร์ จะให้ผลการรักษา ซึ่งวัดด้วยค่าทางคลินิกและ ภาพถ่ายภาพรังสี ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

ดังนั้นข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย นี้คือ

ถึงแม้ว่าผลการรักษาแบบ T1 และ T2 จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม แต่ผู้วิจัยข้อเสนอแนะให้ใช้วัสดุปลูกกระดูก ร่วมกับการใช้แผ่นยางกันน้ำตาเป็นแผ่นกันในกระบวนการของ จีทีอาร์ เพื่อเป็นการเสริมผลการหายของแผลหลังการผ่าตัดและผลการรักษาในระยะยาวให้ดียิ่งขึ้น

การเลือกใช้แผ่นกันชนิดใดในการผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งทันตแพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณา สำหรับข้อบ่งชี้ในการใช้แผ่นยางกันน้ำตาเป็นแผ่นกัน คือใช้ในการรักษารอยวิการหลายๆตำแหน่งในบริเวณใกล้เคียงกัน เนื่องจากสามารถใช้งานได้ง่าย สะดวก ไม่ต้องเย็บแผ่นกันให้ซับซ้อนเหมือนแผ่นกันชนิดอื่นๆ และให้ความแนบระหว่างแผ่นกันกับผิวรากฟันได้ดี แต่การใช้แผ่นยางกันน้ำตาเป็นแผ่นกันในรอยโรคเดี่ยวๆนั้น น่าจะเป็นตัวเลือกสำรองที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ซึ่งการที่สามารถนำแผ่นยางกันน้ำตามาใช้เป็นแผ่นกันในกระบวนการ จีทีอาร์ จะทำให้การรักษาโรคปริทันต์ด้วยวิธีนี้ แพร่หลายและสามารถให้การรักษากับประชากรของประเทศไทยได้กว้างขวางมากขึ้น ซึ่งทำให้อัตราการสูญเสียฟันด้วยโรคปริทันต์อีกเสบลดน้อยลง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย