

ฟันเกินตรงกลาง (Mesiodens)

นางสาวปิยนุช วงศ์เครือสร
โรงพยาบาลสกลนคร

บทคัดย่อ

ฟันเกินเป็นภาวะที่มีการสร้างตัวฟันมากเกินไปในระหว่างที่มีการพัฒนาของฟัน โดยฟันเกินที่พบได้บ่อยที่สุดในงานทันตกรรม คือฟันเกินตรงกลาง ซึ่งจะพบอยู่บริเวณตรงกลางระหว่างฟันตัดกลางด้านบนทั้ง 2 ซึ่งลักษณะรูปร่างที่พบมีทั้งรูปกรวย รูปแท่ง และรูปร่างคล้ายฟันกราม พบอุบัติการณ์ในชุดฟันผสมและชุดฟันแท้มากกว่าชุดฟันน้ำนม และมักจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า โดยฟันเกินตรงกลางจะส่งผลกระทบต่อหรือทำให้เกิดข้อแทรกซ้อนทางทันตกรรมกับอวัยวะข้างเคียงได้ เช่น พบภาวะฟันซ้อนเก ฟันเกินตรงกลาง ขัดขวางการขึ้นของฟันตัดกลางแท้ หรือพบช่องว่างระหว่างฟันตัดกลางแท้ เป็นต้น การวินิจฉัยฟันเกินตรงกลางมักใช้อาการทางคลินิกร่วมกับภาพถ่ายทางรังสี เช่นภาพรังสีกัดสบฟันหน้าบน (occlusal film) หรือภาพรังสีรอบรากฟัน (periapical film) สำหรับแนวทางการรักษาฟันเกินตรงกลาง คือการถอนฟันเกินตรงกลางออกเพื่อให้ฟันแท้ขึ้นมาได้ หรือผ่าตัดฟันเกินตรงกลางร่วมกับทันตกรรมจัดฟัน

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยชายไทย อายุ 15 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญคือฟันซ้อนเก และต้องการจัดฟัน จากการตรวจภายในช่องปากพบฟันตัดหน้าบนมีการซ้อนเกและสบคร่อม จากภาพรังสีรอบรากฟันพบฟันเกินตรงกลางบริเวณฟันตัดกลางหน้าบน ให้การวินิจฉัยว่าเป็นฟันเกินตรงกลางฝังคุด และให้การรักษาโดยการผ่าตัดฟันเกินออก หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการขาบริเวณเพดานปากส่วนหน้า และหลังจากติดตามผลการรักษา 3 เดือนผู้ป่วยไม่มีอาการขาบริเวณเพดานปากส่วนหน้าแล้ว จึงได้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อไป

ที่มาของปัญหา : ฟันเกินตรงกลางมักพบได้บ่อยในชุดฟันผสมและชุดฟันแท้ ทั้งขึ้นมาได้ในช่องปากและฝังคุดซึ่งมักจะขัดขวางการขึ้นของฟันตัดกลางแท้ อาจทำให้เกิดภาวะฟันซ้อนเก ฟันห่าง หรือฟันแท้ไม่สามารถขึ้นมาในช่องปากได้ ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีฟันเกินตรงกลางฝังคุดร่วมกับฟันหน้าบนซ้อนเก จึงจำเป็นต้องผ่าตัดนำฟันเกินตรงกลางออกร่วมกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันด้วย

วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายกระบวนการผ่าตัดฟันเกินตรงกลางฝังคุด โดยอธิบายถึงสาเหตุและอุบัติการณ์ของเกิดโรค การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา การวางแผนการรักษา และขั้นตอนในการผ่าตัดฟันเกินตรงกลางฝังคุด

รูปแบบการศึกษา : กรณีศึกษา

ผลการศึกษา : ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดฟันเกินตรงกลางฝังคุดออก มีอาการขาเพดานปากส่วนหน้า และจากการติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอาการหายของแผลเป็นปกติดี และไม่มีอาการขาบริเวณเพดานปากส่วนหน้าแล้ว

คำสำคัญ : ฟันเกินตรงกลาง

บทนำ

ฟันเกิน (supernumerary teeth) เป็นภาวะที่มีการสร้างตัวฟันมากเกินไปกว่าปกติในระหว่างที่มีการพัฒนาของฟัน พบได้ทั้งชุดฟันน้ำนม (deciduous dentition) และชุดฟันแท้ (permanent dentition)⁽¹⁾ ซึ่งฟันเกินอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของฟันแท้ที่ผิดปกติ เช่น เกิดเป็นฟันคุด (impaction) มีฟันแท้ที่ขึ้นช้ากว่าปกติ (delayed eruption) เกิดปัญหาเรื่องของการสบฟัน (occlusion) และปัญหาเรื่องความสวยงาม (esthetic) มีหลายการศึกษาที่รายงานตรงกันว่ามักจะพบฟันเกินบริเวณขากรรไกรบน (maxilla) มากกว่าในขากรรไกรล่าง (mandible)⁽²⁾ มีประมาณครึ่งหนึ่งพบบริเวณฟันหน้า รองลงไปพบได้ที่บริเวณฟันกรามน้อยล่าง (the mandibular premolar region) และพบในชุดฟันแท้มากกว่าชุดฟันน้ำนม⁽³⁾

ฟันเกินที่พบได้บ่อยที่สุดคือฟันเกินตรงกลาง (mesiodens)⁽⁴⁾ โดยจะมีตำแหน่งอยู่ที่ขากรรไกรบนระหว่างฟันตัดกลาง (central incisor) ทั้ง 2 ซี่ อุบัติการณ์การเกิดฟันเกินตรงกลางส่วนใหญ่จะพบที่ขากรรไกรบนได้บ่อยกว่าบริเวณขากรรไกรล่างซึ่งมีโอกาสพบได้น้อยมากเพียงร้อยละ 0.15-3.8 และพบในชุดฟันแท้ มากกว่าชุดฟันน้ำนม⁽³⁾ มีรายงานว่าในเพศชายมีฟันเกินตรงกลางมากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า⁽⁵⁾ จำนวนซี่ฟันของฟันเกินตรงกลางพบได้ตั้งแต่ 1-2 ซี่หรือหลายซี่ อาจพบได้ในข้างเดียวกัน (unilateral) หรือทั้งสองข้าง (bilateral) ก็ได้⁽³⁾ ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือด้านเพดานปากซึ่งพบมากถึงร้อยละ 80 รองลงมาคือระหว่างรากของฟันตัดกลางบนด้านซ้ายและขวาร้อยละ 14 และด้านริมฝีปากร้อยละ 6⁽⁶⁾ ลักษณะรูปร่างที่พบได้แก่ ลักษณะรูปกรวย (cone-shaped tooth) พบได้บ่อยที่สุด ลักษณะรูปแท่ง (tuberculate) รูปร่างคล้ายกลอง มีหลายยอด (cusps) ชนิดนี้การสร้างรากฟันจะไม่สมบูรณ์และผิดปกติ และลักษณะรูปฟันกราม (molariform) ชนิดนี้คล้ายฟันกรามน้อย (premolar) จะมีการสร้างรากฟันที่สมบูรณ์^(7,8)

สาเหตุการเกิดของฟันเกินตรงกลางยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด โดยเชื่อว่าเกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมร่วมกับปัจจัยทางพันธุกรรม มีการเสนอทฤษฎีที่อธิบายการเกิดฟันเกินตรงกลางไว้ 3 ทฤษฎี แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด ได้แก่

1. ทฤษฎีนี้กล่าวถึงพันธุกรรม (phylogenetic) โดยอธิบายว่ามนุษย์ในช่วงแรกมีฟันตัดทั้งหมด 6 ซี่ จนมีการวิวัฒนาการเหลือเพียง 4 ซี่ ซึ่งฟันเกินตรงกลางนั้นเป็นส่วนที่หลงเหลืออยู่นั่นเอง แต่ในปัจจุบันนัก embryologist ไม่เห็นด้วยกับทฤษฎีนี้⁽⁶⁾

2. ทฤษฎีที่ 2 กล่าวถึงการแบ่งตัวของหน่อฟัน (tooth bud) ออกเป็น 2 ส่วน (dichotomy) เพื่อเป็นการสร้างฟัน 2 ซี่ ซึ่งหนึ่งในสองซี่ก็คือฟันเกินตรงกลาง มีผู้สนับสนุนทฤษฎีนี้โดยเชื่อว่าเป็นการแบ่งตัวที่สมบูรณ์และมักเกิดขึ้นบริเวณขากรรไกรด้านหน้า⁽⁹⁾

3. ทฤษฎีที่ 3 กล่าวถึงการเกิดแรงดันภายในขากรรไกรและการเคลื่อนที่ของขากรรไกร ทำให้เยื่อบุผิว ตันกำเนิดฟัน (dental lamina) ถูกเหนี่ยวนำให้มีการแบ่งแยกออกมาเป็นฟันเกิน ซึ่งในปัจจุบันทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันเกินตรงกลางมากที่สุด^(6,8)

ประเภทของฟันเกินตรงกลาง (type)

การแบ่งประเภทของฟันเกินตรงกลางมี หลายแบบได้แก่

1. แบ่งตามประเภทของฟัน โดยฟันเกินตรงกลางในฟันแท้เรียกว่า rudimentary mesiodens มักมีรูปร่างและขนาดที่เล็กกว่าฟันปกติ และฟันเกินตรงกลางในฟันน้ำนมเรียกว่า supplementary mesiodens มักพบว่ามีรูปร่างที่คล้ายกับฟันปกติ^(6,8)

2. แบ่งตามรูปร่างและลักษณะของฟัน ในกรณีฟันเกินตรงกลางมีรูปร่างและลักษณะที่เหมือนฟันปกติจะเรียกว่า eumorphic mesiodens แต่ถ้าฟันเกินตรงกลางมีรูปร่างและลักษณะที่แตกต่างจากฟันปกติจะเรียกว่า heteromorphic mesiodens^(6,8)

3. แบ่งตามรูปร่าง (morphology) ได้แก่

3.1 Conical หรือ Peg shape มักพบมีซี่เดียว และขนาดที่เล็กกว่าฟันปกติ การสร้างรากฟันมักสมบูรณ์ สามารถขึ้นในช่องปากโดยเฉพาะด้านเพดานปากได้เอง เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด^(6,8)

3.2 Tuberculate shape มีรูปร่าง barrel shaped ตัวฟันมีปุ่มฟันหลายอัน ตัวฟันมีขนาดที่เล็กกว่าปกติ รากฟันมีรูปร่างโค้งงอ และหนา อาจพบว่ามี การสร้างรากฟันที่ผิดปกติหรือยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลทำให้ฟันเกินตรงกลางชนิดนี้ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้จึงขัดขวางการขึ้นของฟันแท้^(6,8)

3.3 Infundibular shape มีขนาดเท่ากับฟันปกติแต่บริเวณตัวฟันมีลักษณะม้วนงอเข้าไปทำให้มีลักษณะคล้ายกรวย^(6,8)

3.4 Molariform shape มีรูปร่างคล้ายฟันกรามหรือฟันกรามน้อย มีการสร้างรากฟันสมบูรณ์⁽⁶⁾

3.5 Odontomes คือฟันเกินที่เกิดจาก complex หรือ compound odontoma^(6,8)

4. แบ่งตามทิศทางของฟันเกิน (orientation) แบ่งเป็น⁽⁶⁾

4.1 ทิศแนวตั้ง (vertical) คือตัวฟันขึ้นมาในช่องปากแนวขนานกับฟันซี่อื่น พบทิศทางนี้ในฟันเกินตรงกลางมากที่สุด

4.2 ทิศแนวนอน (horizontal) คือตัวฟันที่ขึ้นมามุมตั้งฉากกับแนวฟันซี่อื่นๆ พบทิศทางนี้ในฟันเกินตรงกลางน้อยที่สุด

4.3 ทิศแนวกลับหัว (inverted) คือตัวฟันขึ้นในทิศทางตรงข้ามกับแนวตั้ง ทำให้แทนที่จะขึ้นภายในช่องปาก แต่อาจขึ้นภายในช่องจมูกแทน โดยฟันเกินตรงกลางอาจพบเป็นฟันฝัง (fully impacted) ได้มากที่สุด และพบขึ้นในช่องปากได้เอง (fully erupted) น้อยที่สุด

ภาวะแทรกซ้อน (complications)

1. ฟันเกินตรงกลางอาจส่งผลทำให้การเจริญและการพัฒนาในตำแหน่งที่พบเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ เช่น พบฟันน้ำนมค้างภายในช่องปากนานกว่าปกติ (prolonged retention of deciduous teeth) และฟันแท้ขึ้นช้ากว่ากำหนด หรือฟันแท้ไม่ขึ้นในช่องปากเลย เนื่องจากถูกขัดขวางทิศทาง การขึ้นของฟัน^(10,11)

2. ส่งผลต่อรากของฟันน้ำนม ทำให้เกิดการละลายของรากฟันซึ่งมีผลต่อการมีชีวิตของฟันน้ำนม อาจพบฟันน้ำนมมีการเปลี่ยนสี และไม่มีชีวิตได้⁽¹²⁾

3. ส่งผลต่อรากของฟันแท้ เช่นทำให้เกิดการสร้างรากฟันที่ผิดปกติ หรือเกิดรากโค้งงอ (dilaceration) หรือแม้กระทั่งส่งผลกระทบต่อความมีชีวิตของฟันแท้⁽¹¹⁾

4. อาจพบรอยโรคของเนื้อเยื่อปริทันต์ (periodontal lesions) จากการที่มีฟันเกินตรงกลางกดหรือเบียดตัวฟันซี่ข้างเคียง⁽¹²⁾

5. มีผลทำให้ตำแหน่งของฟันเปลี่ยนแปลงไป (dental malposition) หรือพบว่ามีฟันซ้อนเก (crowding) โดยเฉพาะในฟันตัดแท้บนอาจเกิดลักษณะฟันมีการบิดหมุน (torsion) ฟันตัดแท้ด้านบน เคลื่อนที่ไปด้านริมฝีปาก (labially displace incisor) จึงส่งผลทำให้การเรียงตัวของฟันไม่สวยงาม⁽¹²⁾

6. อาจเกิดช่องว่างระหว่างฟันตัดกลางแท้บน (diastema) ดังนั้นถ้าพบช่องว่างระหว่างฟันตัดกลาง

แท็บในชุดฟันผสม อาจพิจารณาถ่ายภาพรังสีเพื่อดูว่ามีฟันเกินตรงกลางหรือไม่ และถ้ามีแนะนำให้เอาออกในช่วงที่กระดูกขากรรไกรยังมีการเจริญเติบโต เพราะทำให้ฟันเคลื่อนที่เข้ามาปิดช่องว่างได้เอง โดยไม่ต้องอาศัยการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันภายหลัง⁽¹²⁾

7. อาจพบตำแหน่งการขึ้นของฟันเกินตรงกลางผิดปกติ (abnormal eruption) โดยพบว่าฟันอาจขึ้นในตำแหน่งที่ผิดปกติ เช่นขึ้นในบริเวณรูจมูก (nostril) หรือในโพรงอากาศขากรรไกรบน (maxillary sinus)⁽¹²⁾

8. อาจพบฟันตัดข้างแท้ขึ้นมาในช่องปากแล้วแต่ฟันตัดกลางแท้ยังไม่ขึ้น เนื่องจากฟันเกินตรงกลางขัดขวางการขึ้นของฟันตัดกลางแท้⁽¹²⁾

9. มีโอกาสพัฒนาเป็นถุงน้ำ (cyst formation) โดยมักพบว่าถุงหุ้มหน่อฟัน (dental follicle) ของฟันเกินตรงกลางทำให้เกิดถุงน้ำเดนต์ิเจอร์ส (dentigerous cyst) หรือถุงน้ำฟอลลิคิวลาร์ (follicular cyst) ซึ่งอาจพัฒนาไปเป็นเนื้องอกกรามข้าง (ameloblastoma)⁽¹²⁾

การวินิจฉัย (diagnosis)

การวินิจฉัยโรคใช้ลักษณะทางคลินิก และภาพถ่ายทางรังสี โดยอาการทางคลินิกที่น่าสงสัยว่าจะมีฟันเกินตรงกลาง เช่น การขึ้นของฟันตัดบนด้านซ้ายขวาขึ้นไม่สมมาตรกัน หรือขึ้นไม่พร้อมกันโดยระยะเวลาเกิน 6 เดือน พบฟันน้ำนมค้ำภายในช่องปากนานกว่าปกติ มีการขึ้นของฟันตัดผิดที่ผิดตำแหน่ง (ectopic eruption) ฟันน้ำนมมีการเปลี่ยนสีโดยไม่มีประวัติอุบัติเหตุ หรือมีช่องว่างที่ระหว่างฟันตัดกลางแท้บน การส่งถ่ายภาพทางรังสีจะช่วยยืนยันการวินิจฉัยฟันเกินตรงกลาง และให้ข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงรูปร่าง ขนาด จำนวน ทิศทาง และตำแหน่งที่อยู่ของฟันเกินตรงกลาง โดยอาจพิจารณาส่งถ่ายภาพรังสีเช่นภาพรังสีกัดสบด้านฟันหน้าบน (upper anterior occlusal film) หรือ ฟิล์มพานอรามิก (panoramic film) หรือ ภาพ รังสีรอบรากฟัน (periapical film) ที่ถ่ายในระนาบแนวนอนหลายมุม (different horizontal angles) โดยใช้หลักการ SLOB (same lingual opposite buccal) เพื่อหาตำแหน่งที่ถูกต้องของฟันเกินตรงกลาง และเมื่อ พบว่าผู้ป่วยมีฟันเกินตรงกลางอาจต้องถ่ายภาพโคนบีมคอมพิวเตอร์โทโมกราฟี (Cone beam computed tomography) เพื่อหาตำแหน่งของฟันเกินตรงกลางที่แสดงผลเป็นภาพสามมิติ นอกจากนี้การตรวจในช่องปากด้วยวิธีการคลำเหงือกบริเวณด้านริมฝีปาก และด้านเพดานปากอาจช่วยระบุตำแหน่งของฟันเกินตรงกลางได้^(6,8,10,12,13)

การวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis)⁽¹²⁾

การวินิจฉัยแยกโรคฟันเกินตรงกลางจะใช้ลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายทางรังสีในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคดังต่อไปนี้ คอมเพานด์โอดอนโตมา (compound odontoma) ซึ่งพบบ่อยที่บริเวณฟันหน้า, ฟันน้ำนมที่ไม่หลุดภายในเวลาปกติ (retained deciduous teeth), ซีเมนโตมา (cementoma), ซีเมนโต บลาสโตมา (cementoblastoma), อดีโนมาตอยด์โอดอนโตเจนิคทูเมอร์ (adenomatoid odontogenic tumor)

การรักษา (treatment)

การรักษาจะพิจารณาจากอายุของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ตำแหน่งทิศทางของฟันเกินตรงกลาง และผลที่จะเกิดขึ้นตามมาหากไม่ได้รับการรักษา^(3,10)

กรณีฟันเกินตรงกลางที่ไม่ได้ขัดขวางหรือรบกวนการขึ้นของฟันแท้ อาจพิจารณารอให้ผู้ป่วยโตพอที่จะให้ความร่วมมือทางทันตกรรม^(3,10) กรณีฟันเกินตรงกลางก่อให้เกิดพยาธิสภาพฟันไม่ขึ้นมาในช่องปากได้ รบกวนหรือ

ขีดขวางการขึ้นของฟัน มีปัญหาในเรื่องของความสวยงาม และไม่สามารถทำความสะอาดฟันได้ อาจพิจารณาทำการรักษาด้วยการนำฟันเกินตรงกลางออก^(3,10)

วิธีดำเนินการศึกษา

- เก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาทางทันตกรรม ข้อมูลการตรวจภายนอกช่องปาก ตรวจภายในช่องปาก ข้อมูลภาพถ่ายรังสี เพื่อนำมาซึ่งการวินิจฉัยโรค
- วางแผนการรักษา โดยอธิบายวิธีการรักษา ข้อดี/ข้อเสีย ขั้นตอนการรักษา ค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยทราบ ก่อนทำการรักษาได้อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและหลังการรักษาให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบ
- ทำการผ่าตัดฟันเกินตรงกลาง
- นัดผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษาเป็นระยะ

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ข้อมูลทั่วไป

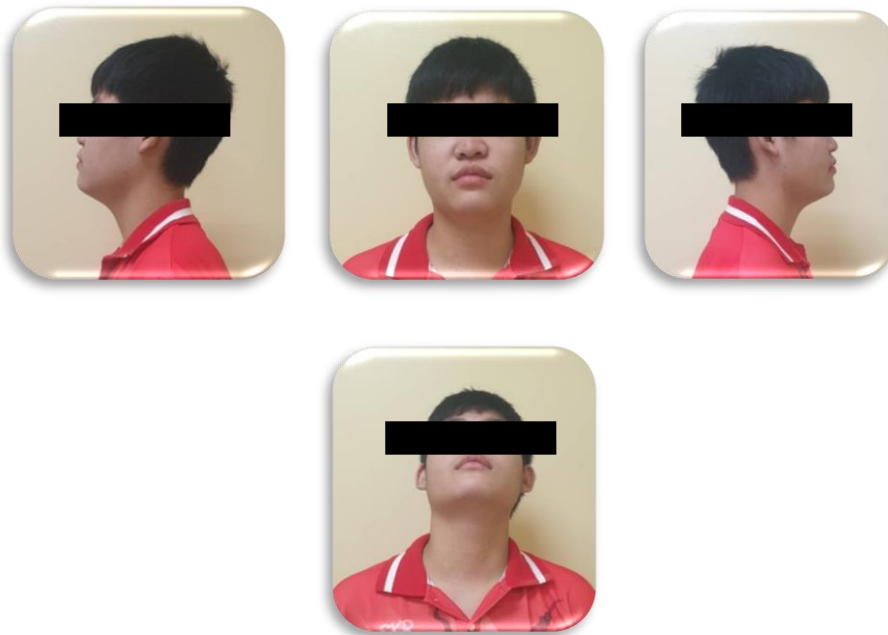
ผู้ป่วยชายไทยอายุ 15 ปี สุขภาพร่างกายแข็งแรง ภูมิลำเนา อ.เมือง จ.สกลนคร สิทธิการรักษาสิทธิข้าราชการจ่ายตรง

อาการสำคัญ

มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญคือฟันซ้อนเก ต้องการจัดฟัน

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคทางระบบ ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำ
ตรวจภายนอกช่องปาก



รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปาก

ผู้ป่วยมีลักษณะใบหน้าเป็นแบบไม่สมมาตร (asymmetrical face) โดยมีขอบล่างของขากรรไกรล่าง ด้านขวาที่ใหญ่กว่าด้านซ้าย มีลักษณะใบหน้าด้านข้างเป็นแบบตรง (straight facial profile) อ้าปากได้ปกติ การเคลื่อนไหวของขากรรไกรปกติ ไม่มีเสียงข้อต่อขากรรไกรและไม่มีอาการเจ็บใดๆ

ตรวจภายในช่องปาก

พบฟันหน้าบนซ้อนเก มีการสบคร่อมที่ฟันตัดกลางและฟันตัดข้างด้านขวา ฟันเขี้ยวบนขวาชี้ไปทางด้านริมฝีปาก (labioversion) คลำเหงือกด้านริมฝีปากไม่ร่อนูน และพบปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก



รูปที่ 2 แสดงภาพถ่ายในช่องปาก พบฟันหน้าบนซ้อนเก และมีการสบคร่อม

การตรวจภาพถ่ายรังสี

จากภาพรังสีปลายรากฟัน พบฟันเกินตรงกลางฝั่งขวา 1 ซี่ จึงทำการหาตำแหน่งที่ถูกต้องของฟันเกินว่าอยู่ด้านใด โดยใช้หลักการ SLOB (same lingual opposite buccal) ใช้วิธีเลื่อนกระบอกรังสี (shift tube) มาทางด้านซ้ายของผู้ป่วย ซึ่งจะพบว่าฟันเคลื่อนในทิศทางเดียวกันกับทิศทางของกระบอกรังสี แสดงว่าฟันเกินตรงกลางอยู่ทางด้านเพดานปาก



รูปที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีปลายรากฟัน



รูปที่ 4 แสดงภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันที่เลื่อนกระบอกรังสีมาทางด้านซ้ายของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค

ฟันเกินตรงกลางฝังคุด (Impacted mesiodens)

การวางแผนการรักษา

อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบถึงวิธีการรักษา ผลการรักษา ผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระหว่างการรักษาและหลังการรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจเพื่อให้เข้าใจตรงกันก่อนทำการรักษา โดยในกรณีนี้ทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองสามารถเข้าใจแผนการรักษาได้ดีเนื่องจากได้มีการวางแผนร่วมกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมาก่อนแล้ว

การรักษา

- ทำการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณเหงือกด้านใกล้แก้ม และ nasopalatine nerve block ด้วยยาชา 2% Mepivacaine with 1:100,000 epinephrine 1.8 มิลลิลิตร จากนั้นใช้มีดผ่าตัดเบอร์ 15 ลงรอยกรีดไปตามคอฟันด้านใกล้เพดานตั้งแต่ด้านใกล้กลางของฟันกรามน้อยบนซ้ายซี่ที่ 1 ถึงด้านใกล้กลางของฟันเขี้ยวบนขวา และเปิดแผ่นเหงือกชนิดความหนาเต็ม (full thickness flap) ในกรณีนี้มีความจำเป็นต้องตัด nasopalatine nerve and artery เนื่องจากขัดขวางต่อ surgical access หลังจากเปิดแผ่นเหงือกเรียบร้อยแล้วพบรอยูนเล็กน้อยที่กระดูกเพดานใกล้กับฟันตัดกลางด้านซ้าย



รูปที่ 5 แสดงภาพการเปิดแผ่นเหงือกแบบเต็มแผ่น

- เริ่มกรอกระดูกบริเวณที่นูนออกมา จนพบกับฟันเกินตรงกลาง จากนั้นกรอขยายให้เห็นซี่ฟันมากขึ้น แล้วใช้เครื่องมือปลายแหลมเช็คดูบริเวณรอบๆของตัวฟันว่ายังติดอยู่กับกระดูกด้านใดอยู่หรือไม่ หากติดอยู่ให้กรอกระดูกเพิ่มความระมัดระวัง



รูปที่ 6 แสดงภาพตำแหน่งของฟันเกินที่อยู่ในกระดูก

- ทำการกรอแบ่งฟันเพื่อนำฟันเกินออกมา ในกรณีศึกษาที่ฟันเกินตรงกลางมีลักษณะเป็น Tuberculate shape มีรูปร่าง barrel shaped ตัวฟันมีปุ่มฟันหลายอัน และมีขนาดเล็กกว่าปกติ รากฟันมีรูปร่างโค้งงอ



รูปที่ 7 แสดงภาพการกรอแบ่งฟันเกินและนำฟันเกินออกจากเหงือก

- เมื่อนำฟันเกินออกจากเหงือกและเลาะเอาถุงน้ำรอบหัวฟันออกแล้ว ควรตรวจสอบกระดูกบริเวณโดยรอบว่ามีการผุกร่อนของรากฟันในบริเวณใกล้เคียงหรือไม่ ในกรณีศึกษาไม่พบการผุกร่อนของรากฟันข้างเคียง



รูปที่ 8 แสดงภาพเหงือกหลังจากนำฟันเกินตรงกลางออก

- เย็บปิดแผลด้วยเทคนิค simple interrupted suture โดยใช้ไหมเย็บเบอร์ 3-0



รูปที่ 9 แสดงภาพเหงือกทางด้านใกล้แก้มและด้านใกล้เพดานหลังเย็บแผล

- ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอะนาลจีติกไอบูโพรเฟน 200 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และให้ยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลลินขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 7 วัน
- ให้คำแนะนำหลังการรักษา การดูแลแผล และทำความสะอาดช่องปาก
- นัดตัดไหม 1 สัปดาห์

ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษา

- จากการติดตามผลการรักษา 7 วัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการชาบริเวณเพดานส่วนหน้า ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด และจากการตรวจภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี ไม่พบคราบจุลินทรีย์บริเวณแผลผ่าตัดและไหมเย็บ เยื่อเมือกช่องปากบริเวณแผลผ่าตัดแดงเล็กน้อย ไม่มีหนอง ไหมเย็บอยู่ครบ ไม่แสดงลักษณะของการติดเชื้อ



รูปที่ 10 แสดงภาพติดตามการรักษาหลังผ่าฟันเกิน 7 วัน

- หลังจากติดตามการรักษา 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการขาบริเวณเพดานส่วนหน้า ไม่มีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด เยื่อเมือกในช่องปากเป็นปกติ จึงส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อไป



รูปที่ 11 แสดงภาพติดตามการรักษาหลังผ่าตัดฟันเกิน 1 เดือน

- หลังจากติดตามการรักษา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการขาบริเวณเพดานส่วนหน้า และได้เข้ารับการรักษาทันตกรรมจัดฟันเรียบร้อยแล้ว



รูปที่ 12 แสดงภาพติดตามการรักษาหลังผ่าตัดฟันเกิน 3 เดือน

ผลการศึกษา

พบว่าผลการรักษาเป็นที่น่าพึงพอใจเนื่องจากสามารถผ่าตัดฟันเกินตรงกลางที่ฝังคุดออกมาได้ และผู้ป่วยสามารถดูแลแผลหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี โดยมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดคือ ผู้ป่วยมีอาการขาบริเวณเพดานปากส่วนหน้า เนื่องจากตำแหน่งของฟันเกินตรงกลางที่ฝังคุดอยู่ในบริเวณกลางเพดาน ทำให้ในขณะที่ทำหัตถการจำเป็นต้องตัด nasopalatine nerve and artery จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการขาเพดานปาก ซึ่งได้แจ้งผู้ป่วยก่อนทำหัตถการนี้แล้วว่าอาจมีอาการขาบริเวณเพดานปากส่วนหน้าได้ และจากการติดตามผลการรักษา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการขาบริเวณเพดานปากส่วนหน้าแล้ว

ในการรักษาฟันเกินตรงกลางมักพิจารณาจากอายุของผู้ป่วยร่วมด้วย เพราะจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย^(3,10) ในกรณีที่ฟันเกินตรงกลางก่อให้เกิดพยาธิสภาพ เช่น รบกวนหรือขัดขวางการขึ้นของฟันทำให้ฟันแท้ไม่สามารถขึ้นมาในช่องปากได้ มีปัญหาในเรื่องของความสวยงาม และไม่สามารถทำความสะอาดฟันได้ อาจพิจารณาทำการรักษาด้วยการนำฟันเกินตรงกลางออก^(3,10) แต่ในกรณีที่ฟันเกินตรงกลางไม่รบกวนการขึ้น

ของฟันตัดแท้ ไม่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น ไม่เกิดความเสี่ยงที่ฟันเกินตรงกลางจะรบกวนหรือทำลายอวัยวะข้างเคียง อาจพิจารณานัดผู้ป่วยมาติดตามและสังเกตอาการเป็นระยะ^(3,10) และหากผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ซ้ำเกินไป อาจทำให้ฟันแท้ไม่สามารถงอกลงมาได้ถึงแม้จะถอนฟันเกินออกไปแล้วก็ตาม จึงจำเป็นต้องเคลื่อนตัวฟันลงมาและยึดฟันไว้ทำให้ฟันต้องถูกเคลื่อนตำแหน่ง ซึ่งจะมีผลต่ออวัยวะปริทันต์และทำให้เกิดการละลายของรากฟันได้⁽¹⁴⁾

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยอายุ 15 ปี ให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรมได้ดี และสามารถดูแลแผลผ่าตัดได้เป็นอย่างดี มีฟันเกินตรงกลางฝังคุตรบกวนการขึ้นของฟันตัดแท้ทำให้ฟันหน้าบนซ้อนเกมีปัญหาในเรื่องของความสวยงาม จึงพิจารณารักษาโดยผ่าตัดนำฟันเกินตรงกลางออก ซึ่งผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้พบว่าการหายของแผลที่ดีแต่มีภาวะแทรกซ้อนคือ มีอาการชาบริเวณเพดานปากส่วนหน้า และจากการติดตามผลการรักษา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการชาบริเวณเพดานปากส่วนหน้าแล้ว จึงได้ส่งต่อเพื่อทำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

หากผู้ป่วยมีฟันตัดแท้ซี่กลางบน 2 ซี่ ที่ขึ้นซ้ำ ขึ้นผิดตำแหน่ง หรือไม่สมมาตรกัน ให้พึงระวังว่าอาจเกิดจากมีฟันเกินตรงกลางมารบกวนหรือขัดขวางการขึ้นของฟันตัดแท้ซี่กลางบน ทันตแพทย์ควรพิจารณาส่งตรวจทางภาพถ่ายรังสี เช่น ภาพรังสีกัดสบหน้าบน ฟิล์มพาโนรามิก หรือภาพรังสีรอบรากฟัน เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องเพื่อระบุตำแหน่งฟันเกิน ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

ในกรณีศึกษาพบว่าฟันเกินของผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดปัญหาคือทำให้ฟันซ้อนเก จึงพิจารณารักษาโดยการนำฟันเกินออกร่วมกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ภายหลังจากการผ่าตัดและติดตามผลการรักษา 3 เดือนพบว่าแผลหายเป็นปกติดี ไม่มีความผิดปกติใดๆ ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ จึงส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM, editors. Shafer's A textbook of oral pathology. 7th ed. Philadelphia: W B Saunders 2012.
2. Leco Berrocal MI, Martin Morales JF, Martinez Gonzalez JM. An observational study of the frequency of supernumerary teeth in a population of 2000 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12: E134-8.
3. Meighani G, Pakdaman A. Diagnosis and Management of Supernumerary (Mesiodens): A Review of the Literature. *Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences.* 2010;7(1):41-9.
4. Byatnal AA, Byatnal A, Singh A, Naraya naswamy V, Radhakrishnan R. Bilateral impacted inverted mesiodens associated with dentigerous cyst. *J Calif Dent Assoc* 2013; 41:753-7.
5. Ersin NK, Candan U, Alpoz AR, Akay C. Mesiodens in primary, mixed and permanent dentitions: a clinical and radiographic study. *J Clin Pediatr Dent* 2004;28(4):295-8.
6. Mallineni SK., Nuvvula S. Management of supernumerary teeth in children: A narrative overview of published literature. *Journal of Cranio-Maxillary Diseases* 2015;4(1):62-7.
7. Aneundi RT, Tegginmani VS, Battepati P, Tavargeri A, Patil S, Trassd V, et al. Prevalence and characteristics of supernumerary teeth in a non-syndromic South Indian pediatric population. *J Indian Soc Pedod Perv Dent.* 2014;32:9-12.
8. Russell KA., Folwarczna MA. Mesiodens — Diagnosis and Management of a Common Supernumerary Tooth. *Journal of the Canadian Dental Association.* 2003;69(6):362-6.
9. Singaraju GS, Reddy BR, Supraja G, Reddy KN. Floral double mesiodentes: A rare case report. *J Nat Sci Biol Med* 2015; 6:229-31.
10. Bahadure RN, Thosar N, Jain ES, Kharabe V, Gaikwad R. Case Report Supernumerary Teeth in Primary Dentition and Early Intervention: A Series of Case Reports. *Hindawi Case reports in Dentistry.* 2012;June:1-4.
11. Henry R J., Post C. A labially positioned mesiodens: Case report. *The American Academy of Pediatric dentistry.* 1989;11(1):59-63.
12. Penalva PM, Martinez PA, Fernandez R, Sanchez JE, Guirido C. Mesiodens: Etiology, Diagnosis and Treatment: A Literature Review. *BAOJ Dentistry.* 2015;1(1):1-5.
13. Nagaveni N.B., Shashikiran N.D., Reddy S. Surgical Management of Palatal Placed, Inverted, Dilacerated and Impacted Mesiodens. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2009;2(1):30-2.
14. Andersson L, Tsukboshi M, Andreasen JO (2010) Autotransplantation of teeth. In: Andersson L, Kahnberg KE, Pogrel MA. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 1st edn. Oxford, UK: Wiley Blackwell, pp.289-90.