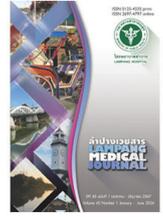




โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

ลำปางเวชสาร LAMPANG MEDICAL JOURNAL



รายงานผู้ป่วย

พื่นเกินในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการร่วม: รายงานผู้ป่วยและการทบทวนวรรณกรรม

กุลนารี บริสุทธิ์ น.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง

บทคัดย่อ

รับต้นฉบับ: 4 พฤษภาคม 2568
ปรับแก้ไข: 5 พฤศจิกายน 2568
รับลงตีพิมพ์: 11 พฤศจิกายน 2568

คำสำคัญ:

พื่นเกิน,
การรักษา

ติดต่อบทความ :

ทพญ.กุลนารี บริสุทธิ์
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลแหลมฉบัง
188/36 หมู่ 6 ตำบลทุ่งสุขลา
อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20230
โทร 09 8795 5416,
Email: koon_p@hotmail.com

พื่นเกินเป็นภาวะที่มีจำนวนพื่นมากกว่าปกติสาเหตุยังไม่ชัดเจน พบได้ในผู้ป่วยทั่วไปแม้พบบ่อยในกลุ่มอาการทางพันธุกรรม (syndromic) โดยมีแนวโน้มพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในชากรรไกรบนมากกว่าล่างและมักอยู่ในลักษณะฝังในกระดูก บทความนี้นำเสนอผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการทางพันธุกรรม (nonsyndromic) 3 ราย ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ได้แก่ พื่นเกินฝังคู่ระหว่างฟันซี่ 45-46 ในชากรรไกรล่างขวา พื่นเกินฝังคู่ด้าน โกลกลางของฟันซี่ 28 ในชากรรไกรบนซ้าย และพื่นเกินขึ้นเต็มซี่ด้านลิ้นบริเวณฟันซี่ 44 ในชากรรไกรล่างขวา ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดนำพื่นเกินออกภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ติดตาม 3 เดือนไม่มีความผิดปกติ และดำเนินการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อได้ กรณีเหล่านี้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินด้วยภาพรังสีอย่างเป็นระบบและการวางแผนรักษาเฉพาะรายเพื่อป้องกันผลกระทบต่อฟันข้างเคียงและรองรับการรักษาทันตกรรมอื่น บทความยังทบทวนวรรณกรรมด้านสาเหตุ อุบัติการณ์ การวินิจฉัยและทางเลือกการรักษา

Case Report

Supernumerary Teeth in Nonsyndromic Patients: A Case Series and Literature Review

Koonnaree Borisuth D.D.S.

Department of Dentistry, Laem Chabang Hospital, Chon Buri, Thailand

Abstract

**Lampang Med J 2025;46(3):
90-102**

Received: 4 May 2025
Revised: 5 Nov 2025
Accepted: 11 Nov 2025

Keywords:

supernumerary teeth,
hyperdontia,
treatment

Supernumerary teeth are defined as teeth exceeding the normal dental count. Their etiology remains unclear. Although more frequently associated with genetic or syndromic conditions, they can also occur in the general population. The condition tends to be more common in males than females, in the maxilla than the mandible, and most are impacted within the jawbone. This article presents three nonsyndromic cases with different clinical characteristics: an impacted supernumerary tooth between teeth 45 and 46 in the right mandible, an impacted supernumerary tooth distal to tooth 28 in the left maxilla, and an erupted supernumerary tooth on the lingual aspect of tooth 44 in the right mandible. All patients underwent surgical removal under local anesthesia without short-term complications. At 3-month follow-up, healing was uneventful and all patients proceeded with orthodontic treatment. These cases highlight the importance of systematic radiographic evaluation and individualized treatment planning to prevent complications to adjacent teeth and to facilitate other dental procedures. The article also includes a literature review on the etiology, prevalence, diagnosis, and treatment options of supernumerary teeth.

บทนำ

ฟันเกิน (supernumerary teeth; hyperdontia) คือภาวะที่มีจำนวนฟันมากกว่าปกติ^(1,2) พบได้ทั้งในฟันน้ำนมและฟันแท้ โดยพบร่วมกับความผิดปกติที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการของโรค (syndromic) ได้บ่อย เช่น Gardner syndrome, cleidocranial dysostosis และภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการของโรค (nonsyndromic)^(1,3-5) ในกลุ่ม nonsyndromic พบความชุกการเกิดฟันเกินร้อยละ 0.1–3.8^(1,3,6,7) โดยพบในฟันแท้บ่อยกว่าฟันน้ำนม^(3,8) ฟันแท้พบได้ร้อยละ 0.5–3.8 ส่วนฟันน้ำนมร้อยละ 0.2–0.8^(2,9) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2:1 และพบในขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง^(1,3,8,10-12)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี ส่วนใหญ่พบเป็นฟันเดี่ยว ร้อยละ 76–86 รองลงมาเป็นสองซี่ ร้อยละ 12–23 และน้อยที่สุดเป็นหลายซี่พบ ร้อยละ 0.1–3.6^(3,8,12-15) เมื่อจำแนกตามตำแหน่งพบว่า ฟันเกินส่วนใหญ่พบบริเวณฟันหน้า ร้อยละ 85–89 ฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยร้อยละ 9 และน้อยที่สุดบริเวณฟันกราม ร้อยละ 0.5^(1,7,8,9,15) สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลักฐานสนับสนุนบทบาทของปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยหลายรายในครอบครัวเดียวกัน^(9,14,15) ทฤษฎีกำเนิดที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางคือ ทฤษฎีการเจริญเกินของแผ่นเซลล์สร้างฟัน (hyperactivity of the dental lamina)^(3,5,10,11,13,15,16) ลักษณะทางรูปทรงของฟันเกินหลากหลาย เช่น รูปกรวย รูปแท่ง คล้ายฟันปกติหรือผิดปกติ การตัดสินใจรักษาขึ้นกับผลกระทบทางคลินิก ได้แก่ การขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ การเพิ่มความเสี่ยงฟันผุหรือโรคปริทันต์ และการทำให้ฟันข้างเคียงขึ้นผิดตำแหน่ง^(11,16)

รายงานฉบับนี้นำเสนอผู้ป่วยหลายรายที่พบฟันเกินโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ไม่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการของโรค มีตำแหน่งและลักษณะฟันเกินแตกต่างกัน สะท้อนความจำเป็นของการวินิจฉัยด้วยภาพรังสีรอบปลายรากฟันและภาพรังสีพาโนรามิก แม้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกปกติ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่เคยมีการรายงานลักษณะผู้ป่วยลักษณะนี้ในจังหวัดชลบุรีมาก่อน และข้อมูลที่ได้สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม

วัสดุและวิธีการ

รายงานผู้ป่วยแบบพรรณานำดำเนินการที่คลินิกทันตกรรม รพ.แหลมฉบัง อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เมษายน พ.ศ. 2568 เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะฟันเกินโดยทันตแพทย์ ผู้ป่วยทุกรายให้ความยินยอมรับการรักษาและยินยอมให้ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตีพิมพ์ เผยแพร่ เก็บข้อมูลมาตรฐานประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจ

ทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัย วางแผนการรักษาและให้คำอธิบายต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษา ประโยชน์และความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่าย หลังจากได้รับความยินยอมโดยรอบด้าน จึงดำเนินการรักษาตามแผนและติดตามผลตามระยะเวลาเหมาะสม การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (เลขที่ CBO Rec 114-2567) โดยมีการปกปิดข้อมูลระบุตัวตนของผู้ป่วยทุกกรณี บทความนี้ใช้ระบบหมายเลข FDI (World Dental Federation notation system) ในการระบุซี่ฟัน โดยฟันหน้ากลางบนด้านขวาหมายถึงฟันซี่ 11

รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 16 ปี นักเรียน มาพบด้วยอาการปวดฟันกรามล่างขวาในขณะที่เคี้ยวอาหาร 1 สัปดาห์ มีรอยผุขนาดใหญ่และมีเศษอาหารติดซ้ำ ต้องการถอนฟัน ปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและการแพ้ยา การตรวจนอกช่องปาก ไม่พบความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า การตรวจในช่องปากพบฟันซี่ 12, 22 สบไขว้ (crossbite) ฟันซี่ 46 มีรอยผุทะลุโพรงประสาท ไม่พบฟันเกินในช่องปาก (รูปที่ 1)

ภาพรังสีพาโนรามิกพบฟันซี่ 46 มีรอยฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน ฟันเกินฝังระหว่างปลายรากฟันซี่ 45–46 และพบฟันกรามซี่ที่สามฝังคุดครบทั้งสี่ซี่ (รูปที่ 2) ภาพรังสีรอบปลายรากพบว่า ฟันซี่ 46 มีรอยผุทะลุโพรงประสาทฟัน และมีการผุลุกลามถึงรากฟันด้าน distal ไม่สามารถบูรณะได้ ตำแหน่งของฟันเกินอยู่ด้านลิ้นยืนยันด้วยเทคนิค same lingual opposite buccal (SLOB) (รูปที่ 3)

การวินิจฉัย: ฟันเกินฝังคุดบริเวณฟันซี่ 45–46; ฟันซี่ 46 necrotic pulp ร่วมกับ asymptomatic apical periodontitis (American Association of Endodontists 2009)⁽¹⁷⁾; ฟันซี่ 17, 27 และ 47 มีรอยผุ; ฟันซี่ 18, 28, 38 และ 48 ฝังคุดในแนว mesioangular impaction; เหงือกอักเสบโดยทั่วไปจากคราบจุลินทรีย์ (American Academy of Periodontology 2017)⁽¹⁸⁾

แผนการรักษาร่วมกับทันตแพทย์จัดฟัน: ผ่าตัดนำฟันเกินออกถอนฟันซี่ 46 เนื่องจากไม่สามารถบูรณะได้ ขูดหินปูน อุดฟันให้คำแนะนำสุขอนามัยช่องปากและส่งต่อเพื่อการรักษาจัดฟัน

การรักษา: ผ่าตัดนำฟันเกินที่ฝังในขากรรไกรล่างขวาออกพร้อมถอนฟันซี่ 46 ภายใต้ยาเฉพาะที่ เย็บแผลและให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อช 1–2 ชั่วโมง จ่ายยา amoxicillin, ibuprofen และ paracetamol พร้อมคำแนะนำหลังผ่าตัด (รูปที่ 4)

ติดตามการรักษาที่ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด

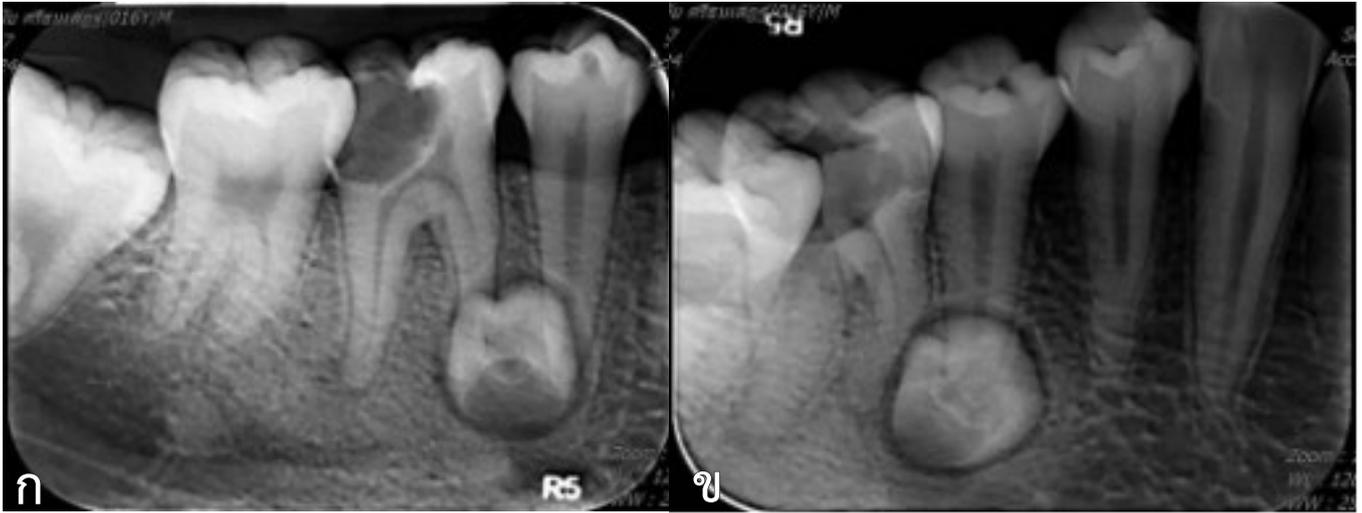
หรือบวม ไม่มีอาการชา แผลที่เย็บปกติดี ไหมเย็บอยู่ในตำแหน่ง ของฟันซี่ 45 การหายของแผลและกระดูกปกติ (รูปที่ 5) และส่งต่อ ปกติ ติดตามการรักษาที่ 3 เดือน ไม่พบความผิดปกติทางคลินิก เพื่อรับการรักษาทางจัดฟันต่อไป



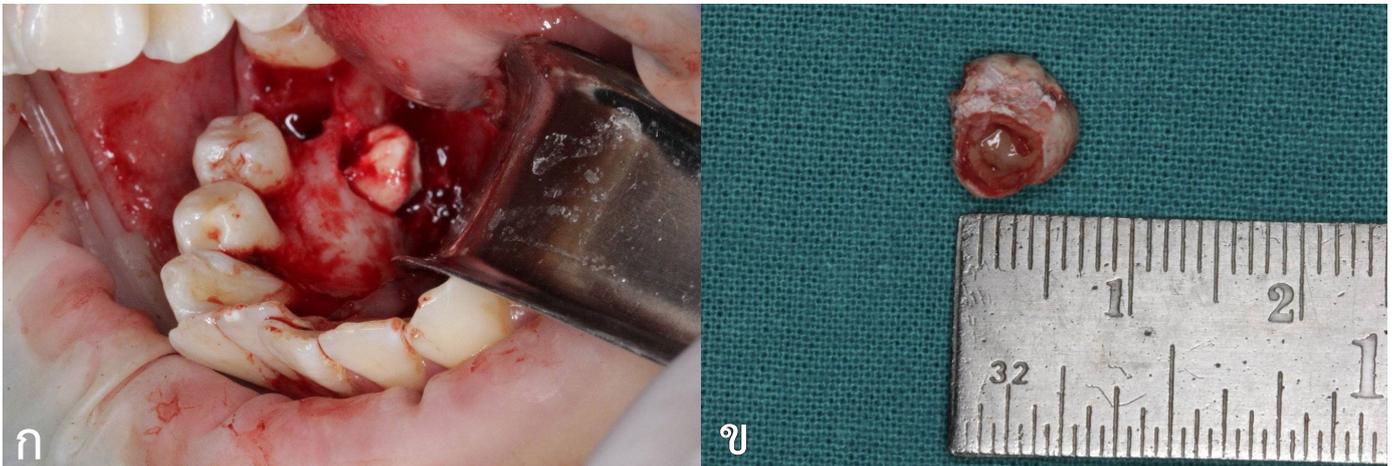
รูปที่ 1 ภาพถ่ายในช่องปากฟันล่างด้านลิ้นข้างขวา



รูปที่ 2 ภาพรังสีพาโนรามิกพบ ฟันซี่ 46 มีรอยผุทะลุโพรงประสาทฟัน ฟันเกิน 1 ซี่ระหว่างรากฟันซี่ 45-46 และมีฟันซี่ 18, 28, 38, 48 ฝังคุด



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันเทคนิค parallel พบฟันเกินฝังคุด 1 ซี่, ฟันซี่ 46 distal caries exposed pulp ร่วมกับ biological width invasion, periapical pathology (ก), ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก เมื่อใช้เทคนิค SLOB โดยเคลื่อนกล้องรังสีมาทางด้าน mesial พบว่าฟันเกินเคลื่อนไปในทิศเดียวกันแสดงว่าฟันเกินอยู่ทางด้านลิ้น (ข)



รูปที่ 4 การผ่าตัดนำฟันเกินที่ฝังในกระดูกขากรรไกรล่างด้านขวา (ก) ฟันเกินที่ถูกนำออกมามีลักษณะเป็นรูปแท่ง (ข)



รูปที่ 5 ลักษณะทางคลินิกหลังผ่าตัด 3 เดือน

รายชื่อ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปี นักศึกษา มาพบเพื่อถอนฟันกรามซี่ที่ 3 บน-ล่างและฟันเกินตามแผนการรักษาทันตแพทย์จัดฟัน ปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและการแพ้ยา การตรวจจนช่องปากไม่พบความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า การตรวจในช่องปากพบฟันซี่ 28 เอียงไปทางกระพุ้งแก้ม ฟันซี่ 38 มีรอยผุ ไม่พบฟันเกินในช่องปาก (รูปที่ 6)

ภาพรังสีพาโนรามิก พบฟันเกินฝังอยู่ด้าน distal ของฟันกรามซี่ 28 (รูปที่ 7) ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบฟันเกินด้านท้ายสุดของฟันซี่ 28 (รูปที่ 8)

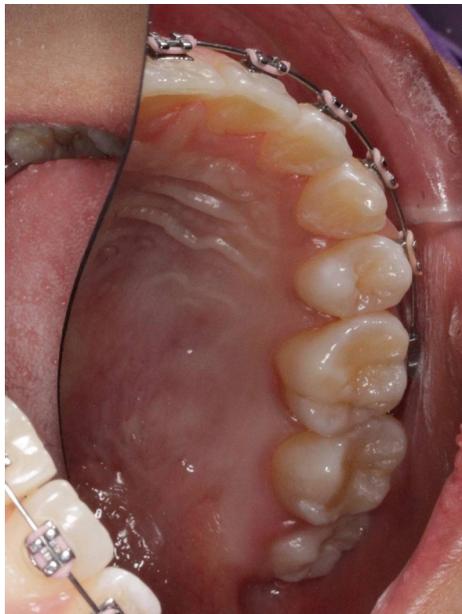
การวินิจฉัย: ฟันเกินฝังอยู่บริเวณด้าน distal ของฟันซี่ 28; ฟันซี่ 18, 28, 38 และ 48 ไม่ได้ใช้ขุดเคี้ยว; เหงือกอักเสบโดยทั่วไป จากคราบจุลินทรีย์ (American Academy of Periodontology

2017)⁽¹⁸⁾

แผนการรักษา: ผ่าตัดนำฟันเกินออกพร้อมถอนฟันซี่ 28 และ 38 จากนั้นถอนฟันซี่ 18 และ 48 ในคราวถัดไป ชูดหินปูน ให้คำแนะนำสุขอนามัยช่องปากและส่งกลับเพื่อดำเนินการรักษาทางจัดฟัน

การรักษา: ผ่าตัดนำฟันเกินที่ฝังอยู่ในขากรรไกรบนซ้ายพร้อมถอนฟันซี่ 28 และ 38 ภายใตยาชาเฉพาะที่ เย็บแผลให้ผู้ป่วยกักผ้าก๊อช 1-2 ชั่วโมง และสั่งยา amoxicillin, ibuprofen และ paracetamol พร้อมคำแนะนำหลังผ่าตัด (รูปที่ 9)

ติดตามการรักษาที่ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บวมหรือชา อ้าปากได้ปกติ แผลที่เย็บปกติดี ไหมเย็บอยู่ในตำแหน่งปกติ, ติดตามการรักษาที่ 3 เดือน ไม่พบความผิดปกติใดๆ การหายของแผลและกระดูกปกติ (รูปที่ 10) จึงส่งต่อเพื่อการรักษาทางจัดฟันต่อไป



รูปที่ 6 ภาพถ่ายในช่องปากฟันบนด้านเพดานข้างซ้าย



รูปที่ 7 ภาพรังสีพาโนรามิก พบฟันเกินด้านหลังสุดฟันซี่ 28



รูปที่ 8 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน พบฟันเกินด้านท้ายสุดของฟันซี่ 28



รูปที่ 9 การผ่าตัดนำฟันเกินที่ฝังคุดอยู่ในกระดูกขากรรไกรบนด้านซ้ายออก (ก), ฟันเกินมีรูปร่างเป็นทรงกรวย ส่วนฟันซี่ที่ 28, 38 ถูกถอนออกตามแผนการรักษา (ข)



รูปที่ 10 ลักษณะทางคลินิกหลังการผ่าตัด 3 เดือน

รายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 33 ปี ข้าราชการ มาพบทันตแพทย์เพื่อเตรียมการรักษาจัดฟัน ปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและการแพ้ยา การตรวจนอกช่องปากไม่พบความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า การตรวจ

ในช่องปาก พบฟันเกินทางด้านลิ้น ระหว่างฟันซี่ 43-44 (รูปที่ 11)

ภาพรังสีพาโนรามิกยืนยันฟันเกินบริเวณระหว่างฟันซี่

43-44 และพบฟันซี่ 18, 48 ฟันคุดในกระดูกขากรรไกร (รูปที่ 12)

ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบฟันเกินระหว่างฟันซี่ 43-44 (รูปที่ 13)

การวินิจฉัย: ฟันเกินบริเวณซี่ 43-44; ฟันซี่ 18

distoangular impaction และ ฟันซี่ 48 horizontal impaction

เหงือกอักเสบโดยทั่วไปจากคราบจุลินทรีย์ (American Academy

of Periodontology 2017)⁽¹⁸⁾

แผนการรักษาร่วมกับทันตแพทย์จัดฟัน: ถอนฟันเกิน ผ่าตัดฟันซี่ 48 ชูดหินปูน ให้คำแนะนำสุขอนามัยช่องปาก และส่งต่อเพื่อการรักษาจัดฟัน

การรักษา: ถอนฟันเกินทางด้านลิ้นระหว่างซี่ 43-44 พร้อมผ่าตัดนำฟันคุดซี่ 48 ออก ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ (รูปที่ 13) เย็บแผลให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อช 1-2 ชั่วโมง จ่ายยา amoxicillin, ibuprofen และ paracetamol พร้อมคำแนะนำหลังผ่าตัด

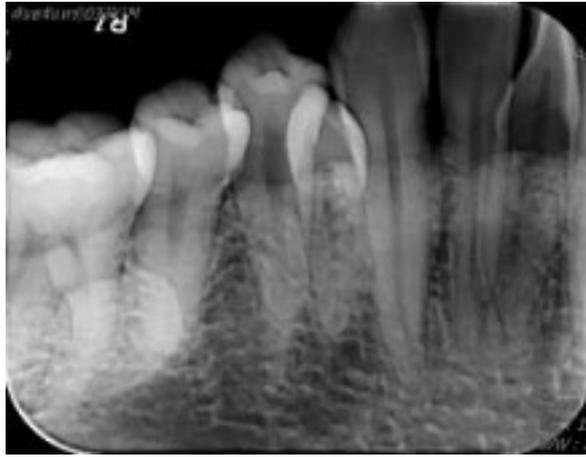
ติดตามการรักษาที่ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บวมหรือชา อ้าปากได้ปกติ แผลที่เย็บปกติดีไหมเย็บอยู่ในตำแหน่งปกติ ติดตามการรักษาที่ 3 เดือน ไม่พบความผิดปกติใดๆ การหายของแผลและกระดูกปกติ (รูปที่ 14)



รูปที่ 11 ภาพถ่ายในช่องปากฟันล่างด้านลิ้นข้างขวา



รูปที่ 12 ภาพรังสีพาโนรามิก พบฟันเกินระหว่างฟันซี่ 43-44 พบฟันซี่ 18,48 คุด



รูปที่ 13 ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบฟันเกินระหว่างฟันซี่ 43-44



รูปที่ 14 การผ่าตัดนำฟันเกินที่ฝังคุดอยู่ในกระดูกขากรรไกรบนด้านซ้ายออก (ก), ฟันเกินมีรูปร่างเป็นทรงกรวย ส่วนฟันซี่ที่ 28, 38 ถูกถอนออกตามแผนการรักษา (ข)



รูปที่ 15 ลักษณะทางคลินิกหลังการผ่าตัด 3 เดือน

จากรายงานผู้ป่วยทั้งสามราย ได้เปรียบเทียบกับอายุ เพศ จำนวน และชนิดของฟันเกิน ลักษณะทางกายภาพ ตำแหน่ง ลักษณะการขึ้น แนวทางรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 1

วิจารณ์

รายงานผู้ป่วยทั้งสามรายเป็น nonsyndromic supernumerary teeth สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าอุบัติการณ์ในกลุ่มนี้ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติร่วมเป็นกลุ่มอาการ (syndromic) แต่ยังคงตรวจพบได้ในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยมากตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีระหว่างการประเมินเพื่อวัตถุประสงค์อื่น (เช่น ถอนฟันผุ ผ่าฟันคุด หรือเตรียมจัดฟัน) ลักษณะทางคลินิกในชุดรายงานนี้มีความหลากหลาย ทั้ง paramolar ที่ฝังคุด (รายที่ 1) distomolar ที่ฝังคุด (รายที่ 2) และ parapremolar ที่ขึ้นเต็มซี่ (รายที่ 3) ซึ่งสะท้อนสเปกตรัมของตำแหน่งและการแสดงออกของฟันเกินในผู้ป่วยที่ไม่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการของโรค ทั้งนี้รูปแบบ “ฟันเกินจำนวนหนึ่งซี่” ที่พบในทั้งสามรายสอดคล้องกับวรรณกรรมซึ่งรายงานว่าฟันเกินหลายซี่พบไม่บ่อยในกลุ่ม nonsyndromic ขณะที่กลุ่ม syndromic มักพบหลายซี่^(3,8,12-15)

เหตุผลเชิงคลินิกของการรักษาในแต่ละรายมีความชัดเจน และสอดคล้องกับข้อบ่งชี้มาตรฐาน ได้แก่ การรบกวนแผนจัดฟัน (รายที่ 1) การเพิ่มความเสี่ยงโรคฟันผุและปริทันต์จากการทำความสะอาดยาก (รายที่ 3) และความเป็นไปได้ของพยาธิสภาพข้างเคียงเมื่อเป็น distomolar ใกล้ฟันกรามซี่ที่ 3 (รายที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะและการรักษาผู้ป่วยภาวะฟันเกิน 3 ราย

ลำดับผู้ป่วย	เพศอายุ	จำนวนฟันเกิน	ชนิดฟันเกิน	ลักษณะฟันเกิน	ตำแหน่งฟันเกินบนขากรรไกร	ลักษณะการขึ้น	การรักษา	ผลการรักษา
รายที่ 1	ชาย 16 ปี	1 ซี่	Paramolar (ระหว่างฟันซี่ 45 และ 46)	รูปแท่ง	ขากรรไกรล่างด้านขวา	ฝังคุด	ผ่าตัดฟันเกินฝังคุด ร่วมกับถอนฟันซี่ 46	ผลหายปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อรักษาทันตกรรมจัดฟัน
รายที่ 2	หญิง 20 ปี	1 ซี่	Distomolar (ด้าน distal ของฟันซี่ 28)	รูปกรวย	ขากรรไกรบนด้านซ้าย	ฝังคุด	ผ่าตัดฟันเกินฝังคุด ร่วมกับถอนฟันซี่ 28, 38, นัดถอน 1 เดือนถัดไป ฟันซี่ 18, 48	ผลหายปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อรักษาทันตกรรมจัดฟัน
รายที่ 3	ชาย 33 ปี	1 ซี่	Parapremolar (ระหว่างฟันซี่ 43 และ 44)	รูปกรวย	ขากรรไกรล่างด้านขวา	ขึ้นเต็มซี่	ถอนฟันเกิน ร่วมกับผ่าตัดฟันคุดฟันซี่ 48	ผลหายปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อรักษาทันตกรรมจัดฟัน

การตัดสินใจรักษาแบบสหสาขา (ศัลยกรรมช่องปาก-จัดฟัน-บูรณะ/ปริทันต์) และการดำเนินการตามหลักศัลยศาสตร์ ให้ผลลัพธ์ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระยะติดตาม 3 เดือน

การระบุตำแหน่งเป็นหัวใจของการวางแผนโดยผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เทคนิคภาพรังสี SLOB เพื่อยืนยันตำแหน่งด้านลึกลงอย่างเหมาะสม ปัจจุบันการถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ ลำรังสีรูปกรวย (cone beam computed tomography, CBCT) ให้ความแม่นยำสูงในการระบุตำแหน่งสามมิติและลดการซ้อนทับของโครงสร้าง⁽¹⁹⁾ แต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรเนื่องจากไม่มี dental CBCT ในโรงพยาบาล จึงควรพิจารณาตามข้อบ่งชี้และบริบทบริการ⁽⁸⁾ ในผู้ป่วยรายที่ 2-3 ไม่ได้ใช้เทคนิคภาพ SLOB เนื่องจากสามารถระบุตำแหน่งของฟันเกินได้ชัดเจน

การทบทวนวรรณกรรม

ในประชากรทั่วไปพบความชุกของฟันเกินร้อยละ 6⁽⁴⁾ โดยมีลักษณะฝังในกระดูกขากรรไกรและมักไม่มีอาการ ส่วนใหญ่พบบริเวณฟันหน้า (ร้อยละ 85-89) รองลงมาคือ ฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อย (ร้อยละ 9-12) และน้อยที่สุดบริเวณฟันกราม (ร้อยละ 0.1-0.5)^(1,7,8,9,15) ในการศึกษาพบว่าฟันกรามซี่ที่ 4 มีอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.32 จากผู้ป่วย 26,721 ราย โดยร้อยละ 92 อยู่ในขากรรไกรบน และร้อยละ 82.8 ยังไม่โผล่ในช่องปาก⁽²⁰⁾ อีกการศึกษาหนึ่งพบร้อยละ 2.2 จากผู้ป่วย 4,009 ราย โดยร้อยละ 55 พบเพียงข้างเดียวของขากรรไกร⁽²¹⁾

สาเหตุของการเกิดฟันเกินยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามียีนของพันธุกรรม โดยพบในครอบครัวหรือฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน^(9,14,15) และสัมพันธ์กับปัจจัยความผิดปกติของการพัฒนาฟัน โดยมีหลายทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการเจริญเกินของแผ่นเซลล์สร้างฟัน (hyperactivity of dental lamina) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด เชื่อว่าฟันเกินเกิดจากการทำงานมากเกินไปของแผ่นเซลล์ต้นกำเนิดฟัน, ทฤษฎีการแบ่งตัวผิดปกติของฟัน (dichotomy) เกิดจากการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์ที่สร้างฟันทำให้เกิดฟันอีกซี่ที่คล้ายกับฟันปกติ และทฤษฎีวิวัฒนาการถดถอย (atavism) ที่กล่าวว่าฟันเกินเกิดจากลักษณะทางพันธุกรรมของบรรพบุรุษในอดีตที่มีจำนวนฟันมากกว่ามนุษย์ปัจจุบัน^(3,5,10,11,13,15,16)

ฟันเกินสามารถจำแนกออกได้เป็นหลายประเภท เช่น ตามลำดับช่วงเวลาการเกิดของฟันเกินในแต่ละระยะพัฒนาการของฟัน (natal, neonatal, ฟันน้ำนม, ฟันแท้), ตำแหน่ง (mesiodens, para-/disto-/parapremolar ฯลฯ), รูปร่าง (conical, tuberculate, supplemental, คล้ายฟันปกติ, ผิดรูป) หรือตามทิศทางการวางตัวของฟัน (ปกติ กลับหัว ขวาง)^(5,11)

การวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจทางคลินิกและทางภาพถ่ายรังสีเพื่อระบุจำนวนซี่ฟัน ตำแหน่ง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อฟันข้างเคียง โดยการตรวจทางคลินิกจะสามารถตรวจพบการขึ้นของฟันที่ผิดปกติในช่องปาก เช่น การฝังคุด การขึ้นของฟันที่ล้ำซ้ำหรือการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติ มีจำนวนซี่ฟันเกินในช่องปาก การถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกเป็นการคัดกรองเบื้องต้น เพื่อระบุตำแหน่งและจำนวนซี่ของฟันเกิน รอยโรคของฟันและกระดูกขากรรไกร ภาพรังสีรอบปลายรากช่วยบอกรายละเอียดของฟันเกินและเมื่อใช้เทคนิค SLOB จะสามารถระบุตำแหน่งของฟันเกินได้ว่าอยู่ทางด้านใด ภาพถ่ายรังสีด้านกัดสบช่วยแสดงฟันเกินในเพดานหรือด้านลิ้น และพิจารณาภาพรังสี CBCT เมื่อต้องระบุตำแหน่งสามมิติหรือมีการซ้อนทับกันของอวัยวะข้างเคียง⁽⁸⁾

ตารางที่ 2 แนวทางการรักษาฟันเกิน⁽¹¹⁾

ฟันเกินที่ฝังตัว	มีภาวะแทรกซ้อน	ถอนหรือผ่าตัดเพื่อนำฟันเกินออก
	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	เฝ้าระวังและติดตามอาการโดยภาพถ่ายรังสีในช่องปาก ติดตามทุก 6-12 เดือน เพื่อดูการพัฒนา ตรวจสอบการขึ้นของฟัน แท้ว่าได้รับผลกระทบหรือไม่ หากไม่มีปัญหาทางคลินิกยังไม่ต้องถอน หากมีความกังวลเรื่องความสวยงาม พิจารณาถอนฟัน ดึงฟันขึ้นโดยการจัดฟัน ร่วมกับการบูรณะฟัน
ฟันเกินที่ขึ้นในช่องปาก	มีภาวะแทรกซ้อน	ถอนหรือผ่าตัดเพื่อนำฟันเกินออก ร่วมกับการรักษารากฟันข้างเคียง กรณีฟันข้างเคียงมีสุขภาพดีให้รักษารากฟันซี่ข้างเคียง
	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	หากมีความกังวลด้านความสวยงามอาจบูรณะด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต ครอบฟัน จัดฟัน หรือหลายวิธีร่วมกัน

การวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ exostoses, cementifying fibroma, cementoblastoma, odontoma

การรักษาควรพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อการขึ้นของฟัน การเรียงตัว การดูแลสุขอนามัยช่องปาก พยาธิสภาพที่เกี่ยวข้อง และการรบกวนต่อการจัดฟัน แนวทางการรักษามีทั้งการเฝ้าระวัง การถอน การผ่าตัด และการดูแลแบบสหสาขา เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากฟันเกิน เช่น การขึ้นของฟันถาวร ล้ำซ้ำ ฟันคุดหรือขึ้นผิดตำแหน่ง รูปร่างฟันผิดปกติ ฟันซ้อนเก ฟันห่างหรือการสบฟันผิดปกติ รวมถึงผลกระทบต่อฟันข้างเคียง เช่น การละลายของรากฟันหรือรากฟันคุด การรักษามุ่งเน้นการคงสุขภาพปริทันต์ และสนับสนุนการบูรณะหรือการจัดฟัน^(3,5,11,16,22,23) แนวทางการรักษาแสดงในตารางที่ 2⁽¹¹⁾

สรุป

ฟันเกินสามารถพบได้ทุกตำแหน่งของช่องปากและมีความหลากหลายทางคลินิก โดยมักตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี การเลือกแนวทางการรักษาควรพิจารณาเป็นรายบุคคลตามผลกระทบต่อผู้ป่วย ผลต่อฟันข้างเคียง และความสอดคล้องกับการรักษาทางทันตกรรมอื่น เช่น การจัดฟันหรือการฝังรากเทียม ในรายงานนี้ ผู้ป่วยทั้งสามรายได้รับการผ่าตัด/ถอนฟันเกินอย่างเป็นระบบ ติดตาม 3 เดือนไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทุกรายได้รับการดูแลทันตกรรมพร้อมมูล (อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน) พร้อมการสอนสุขอนามัยช่องปาก ผู้ป่วยพึงพอใจผลการรักษา และได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ ทพญ.ลักขมสิริ เลาหะนันท์ ทันตแพทย์ เฉพาะทางจัดฟัน สำหรับคำแนะนำในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย

1. Kumar DK, Gopal KS. An epidemiological study on supernumerary teeth: a survey on 5,000 people. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(7):1504–7.
2. Hajmohammadi E, Najirad S, Mikaeili H, Kamran A. Epidemiology of supernumerary teeth in 5000 radiography films: investigation of patients referring to the clinics of Ardabil in 2015–2020. *Int J Dent.* 2021;2021:6669436.
3. Hadziabdic N, Haskic A, Mujkic A, Hasic-Brankovic L, Dzankovic A, Korac S, et al. Epidemiological, clinical and radiographic features of supernumerary teeth in nonsyndromic Bosnian and Herzegovinian population: a monocentric study. *Med Arch.* 2022;76(5):348–53.
4. Lubinsky M, Kantaputra PN. Syndromes with supernumerary teeth. *Am J Med Genet A.* 2016;170(10):2611–6.
5. Lu X, Yu F, Liu J, Cai W, Zhao Y, Zhao S, et al. The epidemiology of supernumerary teeth and associated molecular mechanism. *Organogenesis.* 2017;13(3):71–82.
6. Bereket C, Cakir-Ozkan N, Sener I, Bulut E, Bastan AI. Analyses of 1100 supernumerary teeth in a nonsyndromic Turkish population: a retrospective multicenter study. *Niger J Clin Pract.* 2015;18(6):731–8.
7. Chou ST, Chang HP, Yang YH, Lung CY, Tseng YC, Pan CY, et al. Characteristics of supernumerary teeth among nonsyndromic dental patients. *J Dent Sci.* 2015;10:133–8.
8. Ata-Ali F, Ata-Ali J, Penarrocha-Oltra D, Penarrocha-Diago M. Prevalence, etiology, diagnosis, treatment and complications of supernumerary teeth. *J Clin Exp Dent.* 2014;6(4):414–8.
9. Sawai MA, Faisal M, Mansoob S. Multiple supernumerary teeth in a nonsyndromic association: rare presentation in three siblings. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2019;23(1):163.
10. Aparna PV, Namachivayam N, Leena S, Soundarya B. Peridens – case series of nonsyndromic patients with varied clinical presentations. *Int J Health Allied Sci.* 2020;9(1):80–3.
11. Parolia A, Kundabala M, Dahal M, Mohan M, Thomas MS. Management of supernumerary teeth. *J Conserv Dent.* 2011;14(3):221–4.
12. Thumati P, David CM, Tiwari R. Non-syndromic multiple supernumerary teeth: a case report and review of literature. *IJSS Case Rep Rev.* 2014;1(5):1–5.
13. Tanwar R, Jaitly V, Sharma L, Heralgi R, Ghangas P, Bhagat A. Non-syndromic multiple supernumerary premolars: clinicoradiographic report of five cases. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2017;11(1):48–52.
14. Sato S, Takahashi M. Five impacted supernumerary teeth in the bilateral maxillary third-molar regions: a case report. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2025;37:112–5.
15. Takahashi K, Togo Y, Saito K, Kiso H, Hunag B, Tsukamoto H, et al. Two non-syndromic cases of multiple supernumerary teeth with different characteristics and a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2016;28(3):250–4.
16. Pu P, Hou Y, Zhang Q, Hu X, Ding Y, Jia P, et al. Treatment and genetic analysis of multiple supernumerary and impacted teeth in an adolescent patient. *BMC Oral Health.* 2024 ;24:790.
17. Glickman GN. AAE consensus conference on diagnostic terminology: background and perspectives. *J Endod.* 2009;35(12):1619–20.
18. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S1–8.
19. Rokn AR, Geramy A, Zare H. Non-syndromic multiple supernumerary teeth: a case report. *Iran J Orthod.* 2010;5(1):57–61.
20. Bamgbose BO, Okada S, Hisatomi M, Yanagi Y, Takeshita Y, Abdu ZS, et al. Fourth molar: a retrospective study and literature review of a rare clinical entity. *Imaging Sci Dent.* 2019;49(1):27–34.
21. Shahzad KM, Roth LE. Prevalence and management of fourth molars: a retrospective study and literature review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(2):272–5.
22. Mossaz J, Kloukos D, Pandis N, Suter VG, Katsaros C,

- Bornstein MM. Morphologic characteristics, location, and associated complications of maxillary and mandibular supernumerary teeth as evaluated using cone beam computed tomography. *Eur J Orthod.* 2014;36(6):708–18.
23. Sarica I, Derindag G, Kurtuldu E, Naralan ME, Caglayan F. A retrospective study: do all impacted teeth cause pathology? *Niger J Clin Pract.* 2019;22(4):527–33.