Case report

รายงานผู้ป่วยฟันเกินฝังบริเวณเพดานปาก

วศรา วังตาล ,ทันตแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 48150

บทคัดย่อ

ฟันเกิน เป็นความผิดปกติของฟันโดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากชุดฟันปกติ พบได้ในฟันน้ำนมและฟันแท้ พบได้ทุกตำแหน่งของขากรรไกร อาจพบ 1 ซี่หรือหลายซี่ พบข้างใดข้างหนึ่งหรือ 2 ข้างของขากรรไกร อาจขึ้นมาในช่องปากหรือฝังคุดอยู่ ฟันเกินมีหลายชนิดจำแนกได้ตามรูปร่างและตำแหน่งการเกิดฟันเกิน สาเหตุการเกิดฟันเกินยังไม่แน่ชัด รายงานนี้อธิบายถึงการรักษาทันตกรรมโดยการผ่าตัดฟันเกินฝังบริเวณเพดานปากให้แก่ผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึ่งตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีก่อนการจัดฟัน จากการตรวจในช่องปากไม่พบความผิดปกติใดๆ จากภาพถ่ายรังสีพบมีฟันเกินฝังบริเวณเพดานปาก 2 ซี่ จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ พบว่าแผลผ่าตัดมีการบวมเล็กน้อย เหงือกอักเสบ หลังการรักษา 1 เดือน พบว่าแผลหายปกติ ไม่พบการติดเชื้อ

คำสำคัญ *: ฟันเกิน, ฟันฝัง, การผ่าตัดฟันฝัง*

Palatal embedded supernumerary teeth: A case report

Wasara Wangtan ,Dentist, professional level
Si songkram hospital Nakhonphanom province.

Abstract

Supernumerary teeth are developmental anomaly teeth that additional to the normal series. These teeth may be found in primary or permanent dentitions. The occurrence may be single or multiple, unilateral or bilateral and erupted or impacted. They are classified according to morphology and location. The etiology remains unclear. This report presented a surgical removal of embedded supernumerary teeth which incidentally found in panoramic radiograph before orthodontic treatment. The oral examination was not found any abnormality and the radiographic examination found two supernumerary teeth embedded at the palate. The treatment plan was surgical removal. The surgical wound was slight swelling at a one-week follow-up visit and healed without any infection at a one-month follow-up visit.

***Key words**: supernumerary teeth, embedded teeth, surgical removal*

บทนำ

ฟันเกิน (Supernumerary teeth) หมายถึง ฟันที่เกินจากชุดฟันปกติ สามารถเกิดได้ทั้งในฟันน้ำนมและฟันแท้ เกิดได้ทุกตำแหน่งทั้งขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง[1] อาจพบเพียง 1 ซี่ หรือหลายซี่ พบข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างของขากรรไกร ฟันเกินอาจฝังตัวอยู่หรือขึ้นมาในช่องปาก ฟันเกินสามารถพบได้ในผู้ป่วยไม่มีกลุ่มอาการของโรค (Non-syndromic patients) และผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรค (Syndromic patients)

สาเหตุการเกิดฟันเกิน

สาเหตุของการเกิดฟันเกินยังไม่แน่ชัด มีทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุฟันเกินดังนี้

1.ทฤษฎีวิวัฒนาการชาติพันธุ์ (atavism or phylogenetic theory)

การเกิดฟันเกินน่าจะเกิดจากการเจริญของฟันที่ย้อนกลับไปสู่รูปแบบเดียวกันกับการเจริญของฟันในบรรพบุรุษ อ้างอิงจากหลักฐานที่พบว่าบรรพบุรุษของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมีจำนวนฟันที่มากกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน[2]

2.ทฤษฎีการแบ่งเนื้อเยื่อต้นกำเนิดฟัน (tooth germ dichotomy)

การเกิดฟันเกินอาจเกิดจากการแบ่งตัวที่ผิดปกติของเนื้อเยื่อต้นกำเนิดเยื่อบุผิวฟัน(dental epithelium) และเด็นทัลมีเซนไคม์ (dental mesenchyme) ในระยะแรกของการเจริญฟัน ซึ่งหากมีการแบ่งแถบเยื่อบุผิวต้นกำเนิดฟันออกเป็น 2 ส่วนเท่ากัน และมีปริมาณเด็นทัลมีเซนไคม์ข้างใต้เพียงพอจะทำให้เกิดการเจริญของฟันจำนวน 2 ซี่ในขนาดเท่ากัน แต่ทั้ง 2 ซี่จะมีขนาดเล็กกว่าฟันปกติ ในกรณีที่มีการแบ่งแถบเยื่อบุผิวต้นกำเนิดฟันเป็น 2 ส่วนที่ไม่เท่ากัน จะทำให้มีการเจริญเป็นฟันจำนวน 2 ซี่ได้ ฟันที่มีเนื้อเยื่อต้นกำเนิดมากกว่าจะเจริญเป็นปกติ แต่ฟันอีกซี่ที่มีเนื้อเยื่อน้อยกว่าจะมีการเจริญที่ผิดปกติไปหรือไม่สามารถสร้างเป็นฟันได้[2]

3.ภาวะทำงานมากเกินของแถบเยื่อบุผิวต้นกำเนิดฟัน (hyperactivity of the dental lamina)

โดยปกติแล้วแถบเยื่อบุผิวต้นกำเนิดฟันจะมีการเสื่อมถอยและเข้าสู่โปรแกรมตายของเซลล์เมื่อฟันแท้มีการสร้างตัวฟันเสร็จสมบูรณ์ แต่กรณีที่การสลายตัวของแถบเยื่อบุผิวต้นกำเนิดฟันไม่สมบูรณ์ อาจจะเกิดการเจริญที่ผิดปกติก่อให้เกิดถุงน้ำฟันขึ้นคั่งเลือด (eruption cyst) และหากไม่มีการเสื่อมสลายตัวเลยจะทำให้เกิดการกระตุ้นการแบ่งตัวของเซลล์เพื่อสร้างฟันเกินได้[2]

4.ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (genetic and environmental factors)

ผู้ป่วยที่มีฟันเกินมักพบร่วมกับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรค เช่น Cleidocranial dysplasia ซึ่งมีความผิดปกติของยีน RUNX[2] และมีการถ่ายทอดแบบลักษณะเด่น และผู้ป่วยกลุ่มอาการการ์ดเนอร์ (Garder's syndrome) ที่เกิดจากความผิดปกติของยีน APC และมีการถ่ายทอดแบบลักษณะเด่น[2] นอกจากนี้ยังพบฟันเกินในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรค และมีการถ่ายทอดพันธุกรรมได้หลายแบบ คือ การถ่ายทอดแบบลักษณะเด่น การถ่ายทอดแบบลักษณะด้อย และการถ่ายทอดทางโครโมโซมเอ็กซ์ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมน่าจะมีผลร่วมด้วย โดยพบว่าสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดฟันเกินชนิดโอดอนโตมาอาจจะได้รับการถ่ายทอดลักษณะที่ผิดปกตินี้ทางพันธุกรรมหรือมีการรบกวนในขณะที่มีการเจริญของฟันจากการบาดเจ็บหรือการติดเชื้อ[2]

ความชุกของฟันเกิน

พบฟันเกินในฟันแท้ได้บ่อยกว่าฟันน้ำนม[3] ในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงความชุกของฟันเกินไม่มากนัก จากการศึกษาของ Mason และคณะ[3] พบว่าในฟันน้ำนม พบได้ 0.3-0.8% ของจำนวนประชากรอังกฤษ และ Pippi และคณะ[4] พบว่าฟันแท้พบได้ 0.04-2.29% ของจำนวนประชากรอิตาลี เชื้อชาติMongoloid พบได้บ่อย

กว่าเชื้อชาติอื่นประมาณ 3 %[3,5] พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า[1] เพศชายมักพบฟันเกินบริเวณกึ่งกลางเพดาน ส่วนเพศหญิงมักพบฟันเกินบริเวณฟันตัด[4] พบบริเวณขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง[6] ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณขากรรไกรบนด้านหน้า (premaxilla region)[3,6] รองลงมาคือบริเวณฟันกรามน้อยล่าง[6] มักพบฟันเกินร่วมกับความผิดปกติของการเจริญเติบโตของร่างกายอื่นๆ กลุ่มอาการที่พบฟันเกินบ่อย ได้แก่ ปากแหว่งเพดานโหว่, Cleidocranial dysostosis, Gardner's syndrome กลุ่มอาการที่พบฟันเกินไม่บ่อย ได้แก่ Fabry Anderson's syndrome, Chondroectodermal dysplasia (Ellis-Van Creveld syndrome), Ehlers-Danlos syndrome, incontinentia pigmenti และ Phalangeal syndrome5

การจำแนกลักษณะของฟันเกิน

ฟันเกินสามารถจำแนกได้ตามรูปร่างฟันเกินและตำแหน่งของฟันเกิน

จำแนกตามรูปร่างฟันเกิน จำแนกได้ 4 แบบ[1,2,5] ดังนี้

1.ชนิดรูปกรวย (conical) เป็นฟันที่มีลักษณะสอบเล็ก พบได้บ่อยที่สุดในชุดฟันแท้ และมักอยู่ระหว่างฟันตัดซี่กลาง เรียกว่า mesiodens ส่วนใหญ่วางตัวในแนวปกติ บางครั้งพบอยู่สูงในเพดานปาก และวางตัวกลับหัว (inverted) หรือวางตัวในแนวนอน (horizontal)

2.ชนิดมีปุ่ม (tuberculate) เป็นฟันที่มีขนาดใหญ่ขึ้น มีปุ่มฟัน มากกว่า 1 ปุ่ม รูปร่างคล้ายถังเบียร์ (barrel-shaped) รากฟันมีการเจริญช้าเมื่อเทียบกับฟันข้างเคียง ส่วนใหญ่ยังไม่ขึ้นในช่องปากและขัดขวางการขึ้นของฟันอื่นๆ โดยเฉพาะฟันตัดบนซี่กลาง

3.ชนิดเพิ่มเติม (supplemental) เป็นฟันเกินที่มีขนาดและรูปร่างเหมือนฟันปกติ มักเจริญขึ้นในตำแหน่งท้ายต่อฟันปกติ มักพบบริเวณฟันตัดแท้บนซี่กลางและซี่ข้าง ฟันกรามน้อยแท้ และฟันกรามแท้ ฟันเกินชนิดนี้พบได้บ่อยที่สุดในชุดฟันน้ำนม และมักขึ้นสู่ช่องปากที่ตำแหน่งฟันตัดน้ำนมบนซี่ข้าง

4. ชนิดโอดอนโตมา (odontoma) เป็นลักษณะกลุ่มก้อนขององค์ประกอบฟัน ได้แก่ เคลือบฟัน เนื้อฟัน เคลือบรากฟัน และเนื้อเยื่อในโพรงฟัน โอดอนโตมาจัดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง แบ่งเป็นกลุ่มย่อยคือชนิด คอมเพล็กซ์โอดอนโตมา (complex odontoma) และชนิดคอมพาวนด์ โอดอนโตมา (compound odontoma) ส่วนใหญ่แล้วจะไม่ขึ้นสู่ช่องปาก

จำแนกตามตำแหน่งของฟันเกิน จำแนกได้ 3 แบบ[5] ดังนี้

1.ฟันเกินตรงกลาง (Mesiodens) เป็นฟันเกินที่มีลักษณะสอบเล็ก อยู่บริเวณระหว่างฟันตัดบนซี่กลาง อาจจะมีเพียงซี่เดียวหรือหลายซี่ อยู่ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ขึ้นในช่องปากหรือฝังคุด วางตัวในแนวตั้ง แนวนอน หรือกลับหัวก็ได้

2.ฟันเกินข้างฟันกราม (Paramolar) เป็นฟันเกินของฟันกราม มักจะมีขนาดเล็กกว่าฟันกราม อยู่ในตำแหน่งค่อนไปทางด้านแก้มหรือด้านลิ้นของฟันกรามบนซี่ใดซี่หนึ่ง หรืออยู่ระหว่างซี่ฟันกรามซี่ที่ 2 และฟันกรามซี่ที่ 3 มักเอียงออกทางด้านแก้ม

3.ฟันเกินด้านท้ายฟันกราม (Distomolar) เป็นฟันเกินที่อยู่ในตำแหน่งหลังต่อฟันกรามซี่ที่ 3 ส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก และมักขึ้นช้ากว่าฟันปกติ

การวางตัวของฟันเกินอาจอยู่ในตำแหน่งปกติ, แนวนอน หรือกลับหัว ซึ่งพบว่าฟันเกินวางตัวในแนวนอนได้บ่อยที่สุด 77.6% รองลงมาเป็นตำแหน่งปกติเหมือนฟันข้างเคียง 16.8 % และวางตัวกลับหัวพบน้อยที่สุด 5.6% ฟันเกินที่เป็นฟันแท้ส่วนใหญ่ไม่สามารถขึ้นสู่ช่องปาก ส่วนฟันน้ำนมส่วนใหญ่ขึ้นในช่องปากได้ปกติ5

การวินิจฉัยและการตรวจทางภาพถ่ายรังสี

การตรวจฟันเกินของผู้ป่วยต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจในช่องปาก และการตรวจทางภาพถ่ายรังสี การ

ตรวจทางคลินิกสามารถตรวจพบในกรณีที่ผู้ป่วยมีฟันเกินที่ขึ้นสู่ช่องปาก หรืออาจสงสัยว่ามีฟันเกินได้หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน เช่น ฟันแท้ไม่ขึ้นสู่ช่องปาก ฟันแท้ขึ้นช้า หรือขึ้นผิดตำแหน่ง มีการคงอยู่ของฟันน้ำนมนานกว่าปกติ เกิดช่องว่างระหว่างฟันมาก การตรวจเพิ่มเติมโดยภาพถ่ายรังสีจะช่วยในการวินิจฉัยได้

Primosh และคณะ[7] แนะนำให้มีการตรวจฟันประจำปีร่วมกับตรวจทางภาพรังสีบริเวณขากรรไกรบนด้านหน้า (Premaxilla) ในเด็กอายุ 6–9 ปีที่มีฟันขึ้นช้า เพื่อวินิจฉัยฟันเกินที่อาจฝังอยู่ในกระดูก

การระบุตำแหน่งของฟันเกิน สามารถอาศัยการคลำร่วมกับภาพถ่ายรังสี ฟันเกินที่อยู่ตื้นอาจสามารถคลำพบเหงือกมีลักษณะนูน กดแข็ง8 ภาพถ่ายรังสีที่นิยมใช้ในการตรวจฟันเกิน ได้แก่ ภาพรังสีรอบปลายราก (Periapical radiograph) ภาพถ่ายรังสีด้านบดเคี้ยว (occlusal radiograph) และ ภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ (Panoramic radiograph) และใช้หลักการเคลื่อนกระบอกรังสีในแนวระนาบ (horizontal shift tube หรือ Parallax technique) คือการใช้ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟัน 2 ภาพ เพื่อระบุตำแหน่งของฟันเกิน โดยหากฟันเคลื่อนที่ไปทางเดียวกับกระบอกรังสี สามารถวินิจฉัยได้ว่าฟันอยู่ค่อนมาทางด้านเพดานปากหรือด้านลิ้น แต่หากเคลื่อนไปทิศทางตรงกันข้าม วินิจฉัยได้ว่าฟันเกินอยู่ค่อนมาทางด้านริมฝีปากหรือด้านแก้ม[1] ปัจจุบันมีการถ่ายภาพรังสีที่ทันสมัยมากขึ้น เช่น การถ่ายภาพรังสีแบบโคนบีมคอมพิวเตดโทรโมกราฟฟี (cone-beam computed tomography) มีประโยชน์ในการประเมินรอยโรคหรือพยาธิสภาพใน 3 มิติและลดปัญหาการซ้อนทับของโครงสร้างที่อยู่ในแนวผ่านของรังสี2

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับฟันเกิน

ฟันเกินที่ฝังคุดอาจตรวจพบได้โดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ มาก่อน แต่บางส่วนอาจก่อให้เกิดปัญหาทางคลินิกได้ ดังนี้[9,5]

- ขัดขวางการขึ้นของฟัน (Failure of eruption) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะฟันตัดบนและฟันเขี้ยวบน[10] พบว่าฟันเกินที่พบมักจะเป็นชนิดมีปุ่มและชนิดโอดอนโตมา ฝังตัวอยู่บริเวณด้านเพดานปาก
- ฟันมีการเคลื่อนหรือบิดหมุน (Displacement หรือ Rotation) ฟันเกินอาจทำให้เกิดการเคลื่อนหรือหมุนของฟันข้างเคียงมักพบร่วมกับฟันขึ้นช้ากว่าปกติ พบได้บ่อยในฟันตัดบน หากตรวจพบว่าผู้ป่วยมีฟันตัดบนขึ้นผิดปกติจึงควรตรวจเพิ่มเติมก่อนให้การรักษาอื่น ๆ
- ฟันซ้อน(Crowding) ฟันเกินชนิดเพิ่มเติมมักทำให้เกิดฟันซ้อนบริเวณฟันหน้าบนและส่งผลต่อความสวยงาม
- มีช่องว่างระหว่างฟัน (Diastema)
- รากฟันข้างเคียงมีการโค้งงอหรือสร้างผิดปกติ (Dilaceration หรือ Abnormal root development)
- เกิดถุงน้ำ (Cyst) เช่น dentigerous cyst
- เกิดเนื้องอก (Tumor) เช่น adenomatoid odontogenic tumor
- ฟันเกินขึ้นในช่องจมูก
- ฟันเกินขึ้นในช่องปากและขัดขวางการบดเคี้ยว
- ฟันซี่ข้างเคียงผุ หรือฟันตาย

การจัดการผู้ป่วยที่มีฟันเกิน

การจัดการฟันเกินขึ้นอยู่กับชนิดและตำแหน่งของฟันและผลกระทบต่อฟันข้างเคียง ซึ่งควรมีการวางแผนการรักษาให้ครอบคลุม ไม่จำเป็นต้องถอนหรือผ่าตัดในทุกกรณี มีข้อบ่งชี้ในการกำจัดและการติดตามอาการดังนี้

ข้อบ่งชี้ในการกำจัดฟันเกิน[1]

- ฟันตัดบนซี่กลางขึ้นช้าหรือไม่ขึ้นเลย
- มีการเคลื่อนของฟันตัดซี่กลาง
- มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นรอบฟันเกิน
- กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการจัดฟัน ฟันเกินขัดขวางการเคลื่อนฟันหรืออยู่ใกล้กับรากฟันอื่น

- ฟันเกินอยู่ในตำแหน่งทำต้องทำการปลูกกระดูก (bone graft) ในผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่
- ฟันเกินอยู่ในตำแหน่งที่จะฝังรากเทียม
- ฟันเกินขึ้นเองในช่องปาก

หากมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดฟันเกินฝังคุด ควรพิจารณาถึงการเจริญของรากฟันซี่ข้างเคียงด้วย อาจรอจนกว่ารากฟันปิด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อรากที่กำลังสร้าง เช่น หากต้องผ่าตัดฟันฝังบริเวณฟันตัดซี่กลางและฟันตัดซี่ข้าง อาจรอจนผู้ป่วยมีอายุประมาณ 8–10 ปี การผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยากและผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีสามารถทำภายได้ยาชาเฉพาะที่ แต่หากมีความจำเป็นสามารถทำภายใต้การดมยาสลบ[3]

ข้อบ่งชี้ในการติดตามอาการกรณีไม่กำจัดฟันเกิน1
- ฟันขึ้นในตำแหน่งที่น่าพอใจ
- ผู้ป่วยจัดฟันที่ไม่ได้เคลื่อนฟันในตำแหน่งที่ฟันเกินอยู่
- ไม่มีพยาธิสภาพ
- การผ่าตัดอาจทำให้ฟันซี่ข้างเคียงตาย

วิธีการผ่าตัดฟันที่ฝังบริเวณเพดาน

ให้เปิดเข้าทำทางด้านเพดาน กรณีฟันคุดข้างเดียวใช้ envelop flap โดยกรีดตามร่องเหงือก ใช้ periosteal elevator ที่คมเปิดแผ่นเหงือกออกจากกระดูก หลีกเลี่ยงการตัด incisive nerve และ artery แต่หากจำเป็นต้องตัดเนื่องจาก access ไม่พอให้ตัดได้ มักไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลังผ่าตัด โดยตัดชิดกระดูก ปกติเลือดจะออกไม่มาก หากเลือดออกให้ใช้ผ้าก๊อซกด incisive canal ไว้ เลือดก็จะหยุดภายใน 2-3 นาที หลังจากเปิดแผ่นเหงือกแล้วให้ผูกแผ่นเหงือกไว้กับฟันด้านตรงข้ามเพื่อให้เห็นบริเวณที่ผ่าตัดได้ชัดเจน หากฟันคุดอยู่ตื้นและกระดูกที่คลุมฟันมีการละลายตัวจะเห็น follicle คลุมตัวฟันหลังเปิดแผ่นเหงือกออก หากมีกระดูกคลุมอยู่ให้ใช้หัวกรอ กรอกระดูกตรงตำแหน่งตัวฟันโดยดูจากภาพรังสีประกอบ กรอให้มองเห็นตัวฟันทั้งหมดและระวังถูกรากฟันซี่ข้างเคียง จากนั้นใช้ elevator งัดฟันออกมาโดยใช้กระดูกรอบฟันเป็นจุดหมุน หากไม่ออกให้แบ่งรากฟันตามขวางแล้วใช้ elevator งัดตัวฟันออกมาก่อน แล้วจึงนำรากออก อาจต้องเจาะรูบริเวณรากฟันเพื่อเกี่ยวเอารากออกมา หลังจากที่ฟันออกหมดแล้ว ให้ curette ขูดเอา follicle ที่ตกค้าออกให้หมด แต่งขอบกระดูกให้เรียบ ใช้น้ำเกลือฉีดล้างแผลให้สะอาด ใช้นิ้วกดแผ่นเหงือกให้เข้าที่ เย็บแผลโดยให้ปมอยู่ด้านนอก หลังจากเย็บแผลให้ใช้ผ้าก๊อซหลายๆ ชิ้นวางไว้บนแผ่นเหงือก แล้วใช้ไม้กดลิ้นพาดให้ผู้ป่วยกัดนิ่งๆ เพื่อหยุดเลือด อาจมีการใช้ clear acrylic base plate (palatal plate) ที่ทำเตรียมไว้ใส่หลังจากเย็บแผ่นเหงือกปิด ใส่ประมาณ 2-3 วัน เพื่อลดการเกิดเลือดคั่งใต้แผ่นเหงือกได้ดี[11]

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังการผ่าตัดคือการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณที่ผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบการเกิดเลือดออกหลังผ่าตัด (post-operative bleeding), เลือดคั่ง (hematoma) อาการปวดหลังผ่าตัด (post-operative pain) และมีหนอง[12] การดูแลแผลหลังผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็น เริ่มจากให้ผู้ป่วยพักในวันที่ผ่าตัด กัดหรือกดผ้าก๊อซบริเวณที่ผ่าตัดไว้ 1 ชั่วโมง ควรให้นอนหัวสูง เพราะการนอนราบจะเพิ่ม hydrostatic pressure อาจทำให้เลือดออกได้ หลังผ่าอาจมีเลือดซึมอยู่ได้หลายชั่วโมง ถือว่าเป็นเรื่องปกติ ไม่ให้บ้วนปากหลังวันที่ผ่าตัด อาการปวดหลังผ่าตัดฟันจะมากที่สุดในช่วง 4-8 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยเริ่มทานยาแก้ปวดหลังผ่า 1-2 ชั่วโมง และกินอีกทุก 4-6 ชั่วโมง ปกติอาการปวดปานกลางจนถึงปวดมากไม่ควรเกิน 1-2 วัน ยาแก้ปวดหลังผ่าใช้ Paracetamol หรือ NSAID การบวมจะมากที่สุดวันที่ 2 หลังผ่าแต่จะยุบลงเรื่อย ๆ และหายไปได้เองเป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ การใช้น้ำแข็งประคบบริเวณที่ผ่าตัดหลังผ่าตัดทันทีจะช่วยลดบวมได้[11]

รายงานผู้ป่วย

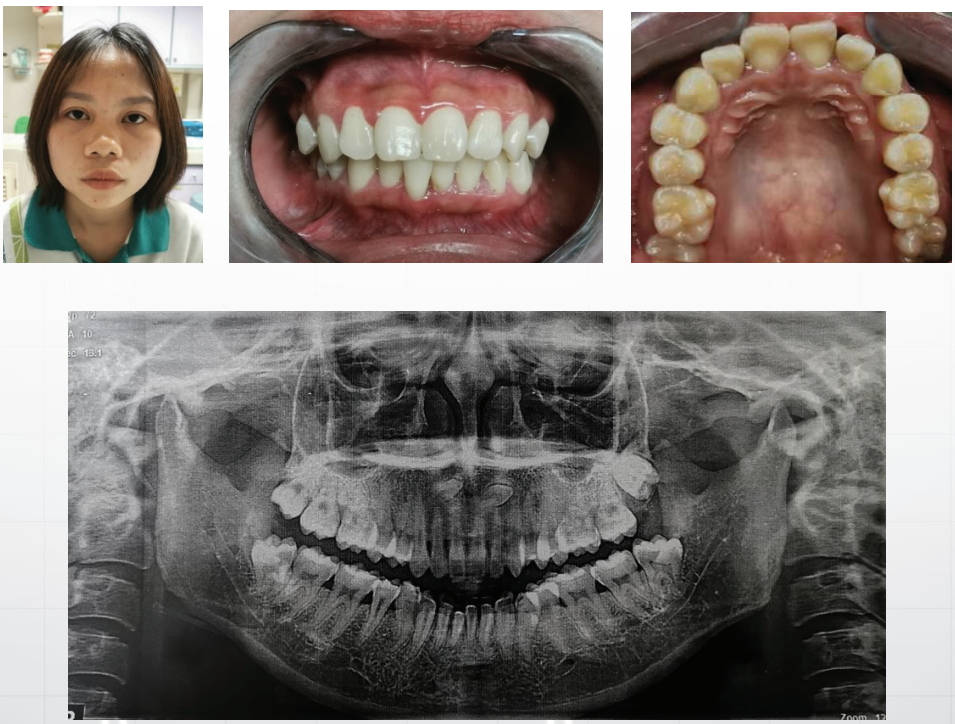
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 20 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ด้วยปรึกษาผ่าตัดฟันฝังซึ่งตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพรังสีปริทัศน์ (Panoramic radiograph) ที่ถ่ายเพื่อประกอบการจัดฟัน ผู้ป่วยมีใบส่งตัวมาเพื่อผ่าตัดฟันฝัง

ประวัติทางการแพทย์และประวัติทางครอบครัว ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา และไม่มียาใดๆ ที่รับประทานประจำ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อวินาที จากการซักประวัติไม่พบประวัติการมีฟันเกินในครอบครัว

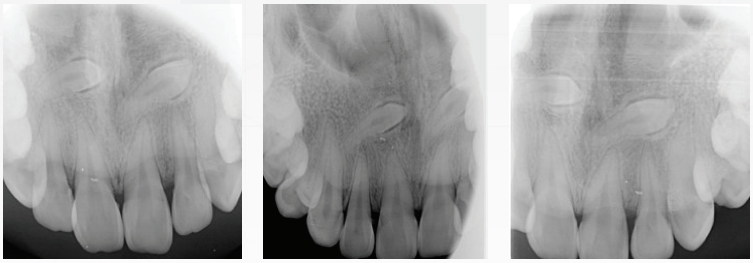
ประวัติทางทันตกรรม ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ และยังไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมใดๆ มาก่อน

การตรวจร่างกายภายนอกช่องปาก พบว่า ไม่มีความผิดปกติใดๆ อ้าปากได้กว้างปกติ ตรวจร่างกายภายในช่องปาก พบว่า เหงือกในช่องปากอักเสบเล็กน้อย เหงือกบริเวณเพดานปากปกติ คลำด้าน Labial และPalatal ไม่พบการนูนของกระดูกใด ๆ ไม่มีอาการปวด ไม่พบฟันผุ มีหินปูนเล็กน้อย

การตรวจทางภาพรังสี จากภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ (Panoramic radiograph) พบมีฟันเกินบริเวณบริเวณปลายรากฟัน ซี่ 12-11 และ 21-22 จำนวน 2 ซี่ ไม่พบมีพยาธิสภาพรอบฟัน พบ dental sac บริเวณตัวฟันเกินปกติ ตรวจเพิ่มเติมโดยภาพรังสีด้านบดเคี้ยว (occlusal radiograph) และใช้หลักการเคลื่อนกระบอกรังสีในแนวระนาบ (horizontal shift tube) พบว่าฟันเคลื่อนตามกระบอกรังสี วินิจฉัยได้ว่า ฟันเกินทั้ง 2 ซี่อยู่ฝังในกระดูกตำแหน่งค่อนมาทางด้านเพดานปาก จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดฟันฝังโดยการใช้ยาชาเฉพาะที่



ภาพถ่ายภายนอกช่องปาก ภายในช่องปาก และภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยก่อนทำการรักษา

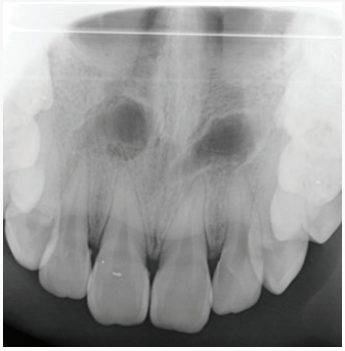


ภาพถ่ายภายนอกช่องปาก ภายในช่องปาก และภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยก่อนทำการรักษา

วิธีการรักษา ฉีดยาชาด้วยวิธี nasopalatine nerve block, greater palatine nerve block ทั้ง 2 ข้าง และ local infiltration บริเวณด้าน labial และ buccal จากนั้นเปิดแผ่นเหงือกแบบ envelop flap บริเวณเพดานปากทีละด้านเริ่มจากด้านขวาก่อน โดยเว้นแนวกลางไว้เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อ nasopalatine nerve และ artery ใช้ไหมขนาด 3-0 ผูกแผ่นเหงือกโยงกับฟันด้านตรงข้ามเพื่อให้เห็นบริเวณที่ผ่าตัดชัดเจน กรอกระดูกโดยใช้ round steel bur ตรงตำแหน่งตัวฟันโดยใช้ภาพถ่ายรังสีประกอบ กรอจนเห็นตัวฟัน จากนั้นแบ่งฟันบริเวณคอฟันโดยใช้ fissure carbide bur และใช้ elevator งัดตัวฟันออก และเจาะรูบริเวณรากฟันเล็กน้อย ใช้ angle root tip pick งัดเอาส่วนรากออก ทำการขูดนำ follicle ที่ตกค้างออก และล้างด้วยน้ำเกลือ จากนั้นปิดแผ่นเหงือกและเย็บแผ่นเหงือกให้แผลหายแบบปฐมภูมิ หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยา paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานเวลาปวดทุก 4-6 ชั่วโมง Ibuprofen 400 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารทันที 3 เวลา และspecial mouth wash อมบ้วนปาก ไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากไม่ได้มีอาการติดเชื้อหรือการทะลุโพรงอากาศหรือช่องจมูก



ภาพถ่ายภายในช่องปากขณะทำการรักษา



ภาพถ่ายรังสีหลังทำการรักษาเสร็จทันที

ภายหลังการรักษา 1 สัปดาห์นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการและตัดไหม พบว่าเหงือกมีการบวมบริเวณด้านเพดานปากเล็กน้อย พบมีคราบจุลินทรีย์หนาแน่นบริเวณตัวฟันและไหม เหงือกรอบฟันอักเสบทั่วไป ผู้ป่วยอ้าปากได้ปกติ ไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการชา รับประทานอาหารได้ปกติ จากการติดตามอาการ 1 เดือน พบว่าเหงือกหายปกติ ไม่มีอาการติดเชื้อ ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ฟันซี่ 12-22 ตอบสนองเครื่องวัดความมีชีวิตฟัน เคาะไม่ปวด



ภาพถ่ายภายในช่องปากและภาพถ่ายรังสีหลังการรักษา 1 สัปดาห์



ภาพถ่ายภายนอกช่องปาก ภายในช่องปากและภาพถ่ายรังสีหลังการรักษา 1 เดือน

สรุปการรักษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีฟันเกินฝังบริเวณเพดานปาก 2 ซี่ มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการจัดฟันและฟันเกินนี้ขัดขวางการเคลื่อนของฟัน วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดฟันฝังภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยเข้าทำทางด้านเพดานปาก หลังผ่าตัดนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการและตัดไหม พบเหงือกมีการบวมด้านเพดานเล็กน้อยและมีเหงือกอักเสบทั่วไป หลังการติดตามอาการ 1 เดือนพบว่า เหงือกบริเวณเพดานปากหายปกติ ไม่พบการติดเชื้อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

บทวิจารณ์

ฟันเกินที่ฝังบริเวณเพดานปากในผู้ป่วยรายนี้เป็นชนิดรูปกรวย ฝังอยู่บริเวณทั้ง 2 ข้างของขากรรไกรบนด้านหน้า เป็นชนิดและตำแหน่งที่พบบ่อยในหลายการศึกษา[3,4,5,6] แต่พบได้น้อยในเพศหญิง[1] ฟันเกินวางตัวในแนวระนาบและคลำไม่พบการนูนของกระดูก สามารถระบุตำแหน่งได้โดยภาพถ่ายรังสีด้วยวิธีเคลื่อนกระบอกรังสี ผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดฟันเกินที่ฝัง เนื่องจากมีข้อบ่งชี้คือผู้ป่วยต้องได้รับการจัดฟัน และฟันเกินนี้ขัดขวางการเคลื่อนที่ของฟัน[1] การผ่าตัดพบมีภาวะแทรกซ้อนคือ การบวมของเนื้อเยื่อบริเวณที่ผ่าตัด พบมีคราบจุลินทรีย์หนาแน่นและพบเหงือกอักเสบร่วมด้วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Anand และคณะ[12] แม้ว่าจะให้คำแนะนำการดูแลแผลและการทำความสะอาดช่องปากกับผู้ป่วยหลังทำหัตถการแล้ว แต่จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยยังมีความกังวลเรื่องแผลหลังผ่าตัดจึงไม่กล้าแปรงฟันแรง ภายหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยใช้มือกดผ้าก๊อซบริเวณเพดานปากไว้ ไม่ได้ทำ palatal plate ให้ผู้ป่วยใส่ จึงอาจทำให้มีอาการบวมและเกิดเลือดคั่งหลังผ่าตัดได้ หากมีการเตรียมทำ palatal plate ให้ผู้ป่วยใส่หลังทำหัตถการ 3-5 วัน ตามคำแนะนำของอานันต์[11]น่าจะลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ หลังจากติดตามอาการ จึงให้ทันตสุขศึกษาและฝึกแปรงฟัน และอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ภายหลังการติดตามอาการ 1 เดือน พบว่าแผลหายเป็นปกติ และผู้ป่วยดูแลอนามัยช่องปากได้ดีขึ้น

บทสรุป

รายงานนี้พบฟันเกินฝังบริเวณเพดานปาก 2 ซี่ ซึ่งตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีและได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัด ผลการผ่าตัดพบว่าสามารถนำฟันฝังออกได้ พบมีภาวะแทรกซ้อนคืออาการบวมหลังผ่าตัด ซึ่งวิธีดังกล่าวสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth-an overview of classification, diagnosis and management.J Can Dent Assoc 1999; 65:612-62.
2. Kriangkrai R, Basic knowledge of supernumer ary teeth, Naresuan University journal : Science and Technology 2012;20:111-26
3. Fazlian SN. Supernumerary tooth: report of case. Arch Orofac Sci 2007;2:54-8
4. Lu X, Yu F, Liu J, Cai W, Zhao Y, Zhao S, et al. The epidemiology of supernumerary teeth and the associated molecular mechanism. Organogenesis 2017;13:71-82
5. Rajab LB, Hamdan MAM. Supernumerary teeth: review of the literature and a survey of 152 cases, Int J Paediatr Dent 2002;12:244-54
6. McBeain M, Miloro M. Characteristics of super numerary teeth in non-syndromic population in an urban dental school setting, J Oral Maxillofac Surg 2018;76:933-8
7. Frank CA.Treatment options for impacted teeth, J Am Dent Assoc 2000;131:623-32
8. ชำนาญ ชัยดา, รายงานผู้ป่วย การผ่าฟันฝังคุดด้านเพดานของฟันกรามน้อย, สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2550;4:717-23
9. Panchbhai A. Embedded supernumerary teeth: the hidden troubles. Arch Med Health Sci 2015;3:350-1
10. Huang YS, Lin YC, Hung CY, Lai YL. Surgical consideration and management of bilateral labially impacted canines, J Dent Sci 2016:11:202-6
11. อนันต์ พงศ์สุวารียกุล. เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก 2 เรื่องฟันคุด [Internet].2006 [cited 2019 Jul 5]. Available from : http//www.dent.cmu.ac.th/mis/dis/UserFiles/File/surg.
12. Sajnani AK, King NM. Complications associated with the occurrence and treatment of impacted maxillary canines, Singapore Dent J 2014:35:53-7