

การผ่าซีกฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกัน: รายงานผู้ป่วย

ปิยะวรรณ ตังละมัย น.บ., วท.ม.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลปากช่องนานา ตำบลปากช่อง อำเภอปากช่อง
จังหวัดนครราชสีมา 30130

Hemisection of Primary Fused Tooth: A Case Report

Pigawan Tanglamai, D.D.S., M.Sc.

Dental Department, Pakchongnana Hospital, Pakchong, Pakchong, Nakhon Ratchasima,
30130, Thailand

(E-mail: piwan_t@hotmail.com)

(Received: 11 October, 2023; Revised: 4 December, 2023; Accepted: 7 April, 2024)

Abstract

Fused tooth is an anomaly characterized by a union between the dentine and/or enamel of 2 or more separate developing teeth. Fused tooth in the primary dentition is more frequently observed in the mandibular lateral incisor and canine. The most common complication of primary fused tooth is permanent tooth aplasia in that area. One of interesting managements of fused tooth is hemisection. This case report presented hemisection in primary fused tooth. The remainder of the tooth was still healthy and could keep space for permanent tooth after a follow up examination period of 24 months. Hemisection can be considered as an appropriate treatment alternative for primary fused tooth.

Keywords: Primary fused tooth, Permanent tooth aplasia, Hemisection

บทคัดย่อ

ฟันที่เชื่อมติดกันเป็นความผิดปกติรูปแบบหนึ่งโดยมีการรวมกันของเนื้อฟันและหรือเคลือบฟันขณะที่ฟันกำลังพัฒนาจำนวนมากหรือเท่ากับ 2 ซึ่งการเชื่อมติดกันของฟันน้ำนมพบได้มากบริเวณฟันตัดซี่ข้างและฟันเขี้ยวล่าง สิ่งที่เกิดร่วมกับฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกันคือ การหายไปของฟันแท้ในบริเวณนั้น วิธีการจัดการที่น่าสนใจคือ การผ่าซีกฟันที่เชื่อมติดกัน รายงานผู้ป่วยรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงถึงการรักษฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกันโดยการผ่าซีกฟันแล้วถอนฟันส่วนหนึ่งออก หลังการรักษาเป็นเวลา 24 เดือนพบว่า ฟันส่วนที่เหลือสามารถอยู่ในช่องปากได้อย่างปกติและเก็บพื้นที่ไว้สำหรับฟันแท้ จึงสามารถใช้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษา

คำสำคัญ: ฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกัน, การหายไปของฟันแท้, การผ่าซีกฟัน

บทนำ

ฟันที่เชื่อมติดกัน (fused tooth) เป็นความผิดปกติรูปแบบหนึ่งโดยมีการรวมกันของเนื้อฟันและหรือเคลือบฟันขณะที่ฟันกำลังพัฒนาจำนวนมากหรือเท่ากับ 2 ซึ่ง¹⁻² สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สันนิษฐานว่า เกิดจากแรงกดที่ทำให้มีการเบียดชิดของหน่อฟันที่กำลังพัฒนาซึ่งอยู่

ใกล้กัน ส่งผลให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อผิวที่ทำหน้าที่แยกหน่อฟันออกจากกัน³ หากการเบียดชิดเกิดก่อนระยะสะสมแร่ธาตุของหน่อฟันจะทำให้เกิดฟันที่เชื่อมติดกันแบบสมบูรณ์โดยปรากฏเป็นฟัน 1 ซึ่งมีขนาดใหญ่กว่าปกติ มีโพรงในตัวฟันเพียงอันเดียว แต่หากเกิดหลังระยะดังกล่าวอาจทำให้ฟันที่เชื่อมติดกันมีโพรงในตัวฟันและคลองรากฟันแยกกันซึ่งเป็นการเชื่อมติดกันแบบไม่สมบูรณ์⁴ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดฟันลักษณะดังกล่าว ได้แก่กรรมพันธุ์⁵ เชื้อชาติ⁶ การขาดช่องว่างในขากรรไกร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเช่น มารดาได้รับแอลกอฮอล์หรือยา ทาลิโดไมด์ขณะตั้งครรภ์⁷⁻⁸ อีกทั้งยังพบการเกิดฟันลักษณะนี้ร่วมกับกลุ่มอาการหรือความผิดปกติแต่กำเนิดบางอย่างเช่น กลุ่มอาการกอร์ลินโกลตซ์ (Gorlin - Goltz) กลุ่มอาการเอลลิสแวนครีเวลด์ (Ellis - Van Creveld)⁹ ปากแหว่ง (cleft lip)¹⁰

ฟันที่เชื่อมติดกันเกิดขึ้นในฟันน้ำนมมากกว่าฟันแท้^{5, 11} โดยมีอุบัติการณ์การเกิดในฟันน้ำนมร้อยละ 0.5 - 2.5⁹ ในฟันแท้ร้อยละ 0.01 - 0.2¹² เกิดกับฟันล่างมากกว่าฟันบน โดยพบการเชื่อมติดกันระหว่างฟันตัดซี่ข้างและฟันเขี้ยวล่างมากที่สุด¹²⁻¹³ พบลักษณะที่เกิดขึ้นเพียงข้างเดียวของขากรรไกรร้อยละ 0.5 พบทั้งสองข้างร้อยละ 0.02¹¹ ไม่พบความแตกต่างของการเกิดระหว่างเพศหญิงและเพศชาย⁹

การเชื่อมติดกันของฟันน้ำนมแม้จะไม่ก่อให้เกิดอาการ ผิดปกติหรืออันตราย แต่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นจากการที่มีร่องในแนวตั้ง ระหว่างฟันที่เชื่อมติดกัน เกิดการหลุดของฟันที่ช้ากว่าปกติ เนื่องจากรากฟันมีขนาดใหญ่ เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ มีการ เปลี่ยนแปลงของส่วนโค้งแนวฟัน มีปัญหาด้านความสวยงาม อีกทั้งยังอาจส่งผลต่อความผิดปกติของฟันแท้ในบริเวณดังกล่าวซึ่งความผิดปกติของฟันแท้พบได้ร้อยละ 30 - 50 ในชาว ผิวขาวและร้อยละ 75 ในชาวญี่ปุ่น¹⁴

ความผิดปกติที่เกิดกับฟันแท้ในบริเวณที่มีฟันน้ำนมเชื่อม ติดกันได้แก่ ฟันหายไป ฟันรูปหมุด ฟันเชื่อมติดกัน ฟันขึ้นช้า หรือขึ้นผิดตำแหน่ง ฟันคุด ฟันซ้อน ฟันเกา ความผิดปกติที่ พบมากที่สุดคือ ฟันหายไป มีการศึกษาพบว่า หากฟันตัดน้ำนม ล่างซึ่งข้างเชื่อมติดกับฟันเขี้ยว จะเกิดการหายไปของฟันแท้ใน บริเวณดังกล่าวร้อยละ 58.3 - 100 และหากฟันตัดน้ำนมซี่กลาง เชื่อมติดกับซี่ข้างจะเกิดการหายไปของฟันแท้ร้อยละ 37.5¹⁴⁻¹⁵ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผู้ป่วยที่มีฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกันเป็น ระยะเพื่อที่จะสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาการสบฟันและ ความกังวลด้านความสวยงามที่อาจเกิดขึ้นในเวลาที่เหมาะสม

วิธีการจัดการฟันที่เชื่อมติดกันควรพิจารณาถึง ชนิดของฟัน ลักษณะของฟันที่เกิดขึ้น และระดับของการเชื่อมติด¹⁶ หากฟันดังกล่าวเป็นฟันน้ำนมในผู้ป่วยเด็ก อาจต้องคำนึง ถึงการโยกของฟัน ความผิดปกติของการสบฟันและความ ร่วมมือของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งวิธีการจัดการมีหลายวิธีได้แก่ ไม่ต้องให้การรักษาใดๆ การให้ทันตกรรมป้องกัน เช่น การทา ฟลูออไรด์ การเคลือบร่องฟันในแนวตั้ง การบูรณะรอยผุด้วยการอุดฟันหรือครอบฟัน การรักษาเนื้อเยื่อใน การถอนฟัน การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน นอกจากนี้ในกรณีที่ฟันแท้ซึ่งมี โพรงในตัวฟันและคลองรากฟันแยกกันอาจพิจารณาผ่าซีกฟัน (hemisection) และถอนฟันส่วนหนึ่งออก ตามด้วยการรักษา ทางทันตกรรมจัดฟัน¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งการผ่าซีกฟันสามารถทำได้ทั้งใน และนอกช่องปาก

การผ่าซีกฟันเป็นการรักษาทางศัลยกรรมในฟันที่มีหลายรากโดยการแบ่งฟันแล้วเอาครึ่งหนึ่งของฟันออก ร่วมกับบูรณะฟันส่วนที่เหลือ โดยมีข้อบ่งชี้ในการทำ คือ ตัวฟันส่วนที่เหลืออยู่ต้องสามารถบูรณะได้ มีอัตราส่วนระหว่าง ตัวฟันและรากฟันที่ติดและรากฟันที่เหลืออยู่ควรมีอวัยวะ บริทันต์ที่สามารถรองรับรากฟันได้อย่างเหมาะสม หากกระดูก รองรับรากฟันเหลือน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของความยาวรากฟันจะ

ทำให้เกิดความล้มเหลวในการผ่าซีกฟันเพิ่มขึ้น¹⁹ หลังให้การ รักษาโดยวิธีนี้อาจพบปัญหาตามมา ได้แก่ อาการเสียวฟัน การอักเสบของเนื้อเยื่อในแบบไม่คืนกลับ ฟันตาย มีการละลาย ภายนอกกรากฟันหรือเกิดการละลายของรากฟันแบบแทนที่ ฟันยึดติดกับกระดูก มีการอักเสบของอวัยวะปริทันต์และมี ร่องลึกปริทันต์ อย่างไรก็ตาม การผ่าซีกฟันสามารถเป็นอีกหนึ่ง ทางเลือกในการรักษาฟันแท้ที่มีหลายรากก่อนที่จะพิจารณา ถอนฟันออกทั้งซี่และมีรายงานการศึกษาถึงการรักษาฟันแท้ ที่เชื่อมติดกันโดยการผ่าซีกฟันร่วมกับการรักษาทางทันตกรรม จัดฟันแต่ยังไม่เคยมีรายงานถึงการรักษาดังกล่าวในฟันน้ำนม

รายงานผู้ป่วยรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงถึงการรักษา ฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกันโดยการผ่าซีกฟันแล้วถอนฟันส่วนหนึ่ง ออก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 7 ปี 6 เดือน มาด้วยอาการฟัน น้ำนมล่างด้านหน้าโยกเจ็บและมีฟันแท้ขึ้นซ้อนกับฟันน้ำนม ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดแก้ไขเขตแดนโหว่เมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน ปัจจุบันสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธการแพ้ยา เคยได้รับการรักษา ทางทันตกรรม ได้แก่ ถอนฟันน้ำนมเด็กทารกแรกเกิด (natal tooth) บริเวณฟันหน้าล่าง 1 ซี่ ขัดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน ถ่ายภาพรังสี พบทันตแพทย์จัดฟัน เป็นประจำตามที่นัดหมาย แต่ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการเลื่อนการนัดหมาย ออกไปโดยไม่มีกำหนด

จากการตรวจสภาพร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีรูปร่างเล็ก สูง 100 เซนติเมตร น้ำหนัก 20 กิโลกรัม ตรวจภายนอกช่องปาก พบว่า ใบบนด้านตรงเป็นแบบกลมและสมมาตร ใบบนด้าน ข้างมีลักษณะนูน ลักษณะริมฝีปากบนในท่าพักและทำยิ้มปกติ ตรวจภายในช่องปากพบว่า มีฟันชุดผสม ฟันแท้และฟันน้ำนม ขึ้นรวม 19 ซี่ ฟันซี่ 71 โยกระดับ 3 เหงือกครอบฟันมีการอักเสบ เล็กน้อย ฟันซี่ 81 หายไป ฟันซี่ 41 ขึ้นทางด้านลิ้นของฟันซี่ 82 และ 83 ที่เชื่อมติดกันโดยขึ้นในช่องปากสูงประมาณ 1.5 มิลลิเมตร (ภาพที่ 1ก) ฟันที่เชื่อมติดกันไม่โยก จากภาพรังสี พบว่า หน่อฟันซี่ 42 หายไป รากฟันซี่ 71 มีการละลายตัว ตามธรรมชาติ (ภาพที่ 1ข) ฟันซี่ 41 มีการสร้างรากฟันประมาณ ครึ่งหนึ่งของความยาวราก ฟันซี่ 82 และ 83 ที่เชื่อมติดกันมี โพรงในตัวฟันและคลองรากฟันแยกกัน ไม่มีการละลายของ รากฟัน กระดูกรองรับรากฟันปกติ (ภาพที่ 1ค)



1ก. ภาพในช่องปาก



1ข. ภาพรังสีบริเวณหน้าฟันล่าง



1ค. ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน
ที่เชื่อมติดกัน

ภาพที่ 1 แสดงภาพในช่องปากและภาพรังสีก่อนการรักษา

การวินิจฉัย คือ ฟันซี่ 71 มีการละลายตัวตามธรรมชาติของรากฟัน (physiological root resorption)

ฟันซี่ 82, 83 เป็นฟันที่เชื่อมติดกัน (fused tooth)

ฟันซี่ 42 หายไป (tooth aplasia)

แผนการรักษา ได้แก่ ถอนฟันซี่ 71 ผ่าซีกฟันซี่ 82 และ 83 ที่เชื่อมติดกันแล้วถอนซี่ 82 ออก คงไว้เฉพาะส่วนของซี่ 83
นัดติดตามผลการรักษาที่ 1, 6, 12 และ 24 เดือน

การรักษา

- ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพภายนอกและภายในช่องปาก ถ่ายภาพรังสี อธิบายแผนการรักษาและผลที่อาจเกิดขึ้นหลังการรักษากับผู้ปกครอง
- ฉีดยาชาลิโดเคนร้อยละ 2 ผสมกับเอพิเนฟริน 1 : 100,000 ปริมาณ 2.0 มิลลิลิตรด้วยเทคนิคสกัดเส้นประสาทอัลวีโอลาร์ร่วมกับฉีดยาชาเฉพาะที่ทางด้านแก้มบริเวณฟันซี่ 84 ทางด้านริมฝีปากบริเวณฟันที่เชื่อมติดกันและฟันซี่ 71
- ใส่แผ่นยางกันน้ำลายโดยใช้ที่หนีบ (clamp) หนีบฟันซี่ 84 แล้วดึงแผ่นยางให้มาสิ้นสุดที่ด้านใกล้กลางของฟันซี่ 71 วัดความลึกของร่องเหงือกรอบฟันที่เชื่อมติดกันพบว่า มีความลึกประมาณ 1.5 มิลลิเมตร ใช้หัวกรอเร็วจากเพชร D2 กรอแบ่งฟันตามร่องในแนวตั้งของฟันที่เชื่อมติดกัน โดยเคลื่อนหัวกรอไปในทิศด้านริมฝีปากและด้านลิ้นจนตัวฟันและรากฟันส่วนต้นแยกออกจากกัน ระมัดระวังไม่ให้หัวกรอทำอันตรายต่อรากฟันซี่ 83 และไม่ทำให้หัวกรอสัมผัสกระดูกรองรับรากฟัน (ภาพที่ 2ก) ใช้ลักเซเตอร์ขนาดเล็ก (Kohler 6462) สอดเข้าไปในร่องที่กรอไว้ในแนวตั้งแล้วบิดเพื่อแบ่งรากฟันออกเป็น 2 ส่วน ถอนส่วนของฟันซี่ 82 ออก (ภาพที่ 2ข) ล้างบริเวณแผลถอนฟันด้วยน้ำเกลือความเข้มข้นร้อยละ 0.9 ใช้ผ้าก๊อชปิดแผล ทาฟลูออไรด์วานิชที่ด้านใกล้กลางของตัวฟันซี่ 83 ถอนฟันซี่ 71 แล้วให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อช แนะนำวิธีปฏิบัติตัวหลังถอนฟันและหลังทาฟลูออไรด์วานิช ให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบ นัดติดตามอาการ 1 เดือน



2ก. วิธีการผ่าซีกฟัน



2ข. ส่วนของฟันที่ถูกถอนออก

ภาพที่ 2 แสดงการผ่าซีกฟัน

- ติดตามอาการหลังการรักษา 1 เดือนพบว่า แผลถอนฟันบริเวณ 82 หายดี ไม่อักเสบ ฟันซี่ 83 ไม่โยก เคาะไม่เจ็บ เหงือกปกติ ผู้ป่วยมีอาการเสียวฟันซี่ 83 เมื่อดื่มน้ำเย็น จึงทาฟลูออไรด์วานิชที่ด้านใกล้กลางของตัวฟันซี่ 83 ซ้ำอีกครั้ง แนะนำวิธีปฏิบัติตัวหลังทาฟลูออไรด์วานิช นัดติดตามอาการ 5 เดือน

- ติดตามอาการหลังการรักษา 6 เดือนพบว่า ฟันซี่ 72 หลุดเองตามธรรมชาติเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา ซี่ 31 ขึ้นมาในช่องปาก ซี่ 41 เคลื่อนมาด้านริมฝีปากมากขึ้น ซี่ 83 ไม่โยก เคาะไม่เจ็บ เหงือกปกติ (ภาพที่ 3ก) ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้าอยู่ในระดับปกติ วัดความลึกของร่องเหงือกบริเวณด้านใกล้กลางได้เท่ากับ 2.5 มิลลิเมตร ถ่ายภาพรังสีฟันซี่ 83 พบว่า ขนาดของโพรงในตัวฟันและคลองรากฟันปกติ รากฟันยาวปกติ ไม่พบพยาธิสภาพที่รากฟันและกระดูกรอบรากฟัน (ภาพที่ 3ข) ผู้ป่วยยังมีการเสียวฟันซี่ 83 เมื่อดื่มน้ำเย็นเป็นบางครั้ง จึงให้การรักษาโดยใช้วัสดุอุดฟันชนิดแก้วไอโอโนเมอร์ (Fuji IX) ปิดเนื้อฟันที่เผยผิงที่ด้านใกล้กลางของฟันซี่ 83 ขัดฟันและทาฟลูออไรด์วานิชที่ฟันทุกซี่ แนะนำวิธีปฏิบัติตัวหลังทาฟลูออไรด์วานิช นัดติดตามอาการ 6 เดือน



3ก. ภาพในช่องปาก



3ข. ภาพรังสีรอบปลายรากฟันซี่ 83

ภาพที่ 3 แสดงผลการรักษา 6 เดือน

- หลังการรักษา 15 เดือนพบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการเสียวฟัน สามารถดื่มน้ำเย็น แปรงฟันและทานอาหารได้ปกติ ตรวจในช่องปากพบว่า ฟันซี่ 83 ไม่โยก เคาะไม่เจ็บ เหงือกปกติ (ภาพที่ 4ก) ฟันยังคงตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้าในระดับปกติ ถ่ายภาพรังสีบริเวณฟันซี่ 83 พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของโพรงในตัวฟัน ปลายรากฟันเริ่มมีการละลาย ไม่พบพยาธิสภาพที่กระดูกรอบรากฟัน (ภาพที่ 4ข) ให้การรักษาโดยการขัดฟันและทาฟลูออไรด์วานิชที่ฟันทุกซี่ แนะนำวิธีปฏิบัติตัวหลังทาฟลูออไรด์วานิช นัดติดตามอาการ 6 เดือน



4ก. ภาพในช่องปาก



4ข. ภาพรังสีรอบปลายรากฟันซี่ 83

ภาพที่ 4 แสดงผลการรักษา 15 เดือน

- หลังการรักษา 24 เดือนพบว่า ฟันซี่ 32 ขึ้นมาในช่องปากโดยอยู่ทางด้านล้นของซี่ 73 ฟันซี่ 41 เคลื่อนมาด้านริมฝีปากมากขึ้น ซี่ 83 มีสีปกติ เริ่มโยกเล็กน้อย เคาะไม่เจ็บ เหงือกปกติ (ภาพที่ 5ก) ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้า วัดความลึกของร่องเหงือกด้านใกล้กลางได้เท่ากับ 2.0 มิลลิเมตร (ภาพที่ 5ข) ถ่ายภาพรังสีฟันซี่ 83 พบว่า รากฟันมีการละลายเพิ่มขึ้น หนองฟันซี่ 43 อยู่ในระดับที่สูงขึ้น (ภาพที่ 5ค) ให้การรักษาโดยการขัดฟันและทาฟลูออไรด์วานิชที่ฟันทุกซี่ แนะนำวิธีปฏิบัติตัวหลังทาฟลูออไรด์วานิช พร้อมทั้งแจ้งผู้ปกครองให้รับผิดชอบทันตแพทย์จัดฟันเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป



5ก. ภาพในช่องปาก



5ข. การวัดความลึกของร่องเหงือก



5ค. ภาพรังสีรอบปลายรากฟันซี่ 83

ภาพที่ 5 แสดงผลการรักษา 24 เดือน

ผลการรักษา

สามารถผ่าซีกฟันซี่ 82 และ 83 ที่เชื่อมติดกันแล้วถอนซี่ 82 ออก เก็บฟันซี่ 83 ไว้ในช่องปากเพื่อใช้งานและป้องกันการยุบตัวของขากรรไกร

ผลการติดตาม

หลังการรักษา 24 เดือนพบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันซี่ 83 ได้ปกติ ไม่มีอาการเสียวฟัน ฟันโยกเล็กน้อยจากการละลายตัวตามธรรมชาติของรากฟัน เคาะไม่เจ็บ เหงือกไม่อักเสบ

วิจารณ์

จากการตรวจในช่องปากและภาพรังสีเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า ฟันแท้ซี่ 42 หายไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า หากฟันตัดน้ำนมซี่ข้างและฟันเขี้ยวเชื่อมติดกัน จะพบฟันคุดแท้ซี่ข้างหายไป ร้อยละ 100¹⁵ เมื่อพิจารณาถึงแผนการรักษา หากเก็บฟันที่เชื่อมติดกันโดยไม่ให้การรักษาใดๆ จะทำให้เกิดการซ้อนเกของฟันอย่างมาก ยากต่อการทำความสะอาด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ แต่หากถอนฟันที่เชื่อมติดกันออกทั้งหมด จะทำให้เกิดการสูญเสียฟันเขี้ยวไปก่อนกำหนด ส่งผลให้เกิดการยุบตัวของขากรรไกร ปัญหาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก็จะรุนแรงมากขึ้น เคยมีการแนะนำวิธีการผ่าซีกฟันแท้ที่เชื่อมติดกันแล้วถอนฟันส่วนหนึ่งออกในกรณีที่ฟันแท้นั้นมีรากฟันแยกกันและมีปัญหาที่ควรได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันร่วมด้วย²⁰ สำหรับผู้ป่วยรายนี้แม้รากฟันจะเชื่อมติดกันแต่รากฟันมีลักษณะตรง อีกทั้งจากภาพรังสีพบว่า ฟันที่เชื่อมติดกันมีโพรงในตัวฟันและคลองรากฟันแยกกัน จึงวางแผนการรักษาด้วยการผ่าซีกฟันและถอนฟันซี่ 82 ออกเพื่อให้ซี่ 41 ขยับมาแทนที่และเก็บฟันซี่ 83 ไว้ เพื่อป้องกันการยุบตัวของขากรรไกรแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการถ่ายภาพรังสีก่อนที่จะวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษา

หลังผ่าซีกฟันมักพบว่า เกิดอาการเสียวฟัน จึงแนะนำให้ทาฟลูออไรด์บริเวณเนื้อฟันหรือเคลือบรากฟันที่เผยผิงเพื่อลดอาการดังกล่าว²¹ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช

ทันทีหลังผ่าและเมื่อกลับมาติดตามอาการพบว่า อาการเสียวฟันของผู้ป่วยดีขึ้นจนเกือบปกติใช้เวลาประมาณ 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในฟันแท้ซึ่งพบอาการเสียวฟันคงอยู่ประมาณ 6 - 12 เดือน²² ส่วนร่องลึกปริทันต์ที่พบหลังผ่าซีกฟันแท้ กลับไม่พบว่าเป็นปัญหาในฟันน้ำนมของผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งอาจเป็นเพราะรูปแบบการเชื่อมติดกันของรากฟันที่แตกต่างกับประกอบกับการเคลื่อนของฟันซี่ 41 ขึ้นมาในช่องปากและเคลื่อนออกมาด้านริมฝีปากหลังถอนฟันซี่ 82 ออก ทำให้เกิดการสร้างกระดูกตามการเคลื่อนที่ของรากฟัน อย่างไรก็ตาม ฟันซี่ 41 เคลื่อนมาทางด้านริมฝีปากได้จำกัดเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาทั้งในเรื่องขนาดของขากรรไกรและการสบฟัน ทำให้ฟันหน้าบนขัดขวางการเคลื่อนที่ออกมาทางด้านริมฝีปากของฟันหน้าล่าง ซึ่งควรได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อไป

การทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้ามีข้อบ่งชี้ในการทำเพื่อประเมินสถานะของเนื้อเยื่อใน โดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกผลการตอบสนอง ซึ่งสถานะของเนื้อเยื่อใน สภาพของฟันและภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่กลัวหรือวิตกกังวลอาจมีผลให้เกิดการตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง เคยมีการศึกษาว่า การทดสอบสถานะของเนื้อเยื่อในที่ทำในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีไม่น่าเชื่อถือเนื่องจากเด็กอาจไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทดสอบหรือไม่สามารถบอกผลได้ถูกต้อง อีกทั้งความไม่สมบูรณ์ของเส้นประสาทในฟันที่เพิ่งขึ้นมาในช่องปากก็อาจส่งผลต่อการทดสอบได้²³ แต่ก็มีการศึกษาการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้าในฟันน้ำนมของเด็กปกติอายุเฉลี่ย 6 - 8 ปีสรุปได้ว่า สามารถใช้ทดสอบสถานะของเนื้อเยื่อในได้เช่นกัน²⁴ ผู้ป่วยรายนี้มีระดับสติปัญญาปกติ สามารถพูดคุยนสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษาดี ประกอบกับฟันที่ทดสอบมีการสร้างรากเสร็จสมบูรณ์ จึงใช้การทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้าเพื่อประเมินสถานะของเนื้อเยื่อในว่าสอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีหรือไม่ หากพบว่าไม่สอดคล้องอาจต้องพิจารณาวางแผนการรักษาฟันซี่นี้ต่อไป

แม้ว่าการผ่าซีกฟันในผู้ป่วยรายนี้สามารถเก็บฟันซี่ 83 ให้ผู้ป่วยได้ใช้งานและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางทันตกรรม

จัดฟันที่มีอยู่รุนแรงมากขึ้น แต่กระบวนการในการรักษา อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและผิวของตัวฟัน และรากฟันที่ถูกผ่าซีกจะมีความเสี่ยงต่อการลุ่เพิ่มขึ้น จึงควรหาวิธีลดความกังวลของผู้ป่วยและป้องกันการลุ่ บริเวณดังกล่าว ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ใช้การปรับพฤติกรรมทาง ทันตกรรมสำหรับเด็กด้วยวิธีบอกแสดงท่าและใช้การทา ฟลูออไรด์วานิชร่วมกับปิดเนื้อฟันที่เผยผิ่ด้วยวัสดุแก้ว ไอโอโนเมอร์ในการแก้ปัญหาดังกล่าว

ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมบางประเภท ดังนั้น การให้การรักษาจึงเกิดขึ้นโดยมีข้อจำกัดและอาจไม่ใช่การรักษาที่ดีที่สุดหากอยู่ในสถานการณ์ปกติ อย่างไรก็ตาม วิธีการผ่าซีกฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกันยังไม่เคยมีรายงานการศึกษามาก่อน ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าซีกฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกันโดยใช้อุปกรณ์พื้นฐานในการรักษาทางทันตกรรมเด็ก วิธีการทำไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่นานและสามารถทำเสร็จได้ในครั้งเดียว ผู้ป่วยเด็กที่มีศักยภาพในการให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถยอมรับได้โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมพื้นฐาน หลังการรักษาไม่พบผลตามที่เฝ้าพึงประสงค์ จึงอาจใช้เป็นอีกทางเลือก

หนึ่งในการรักษาหรือนำไปประยุกต์ใช้กับฟันในบริเวณอื่นในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

สรุป

รายงานนี้แสดงถึงการผ่าซีกฟันน้ำนมที่เชื่อมติดกันแล้ว ถอนฟันส่วนหนึ่งออก โดยอาศัยการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษาที่ถูกต้องให้การรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่นาน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือได้ หลังการรักษาพบว่า ฟันส่วนที่เหลือสามารถอยู่ในช่องปากให้ผู้ป่วยใช้งานได้ปกติและเก็บฟันที่ไว้สำหรับฟันแท้ จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษา ที่ทำได้ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เพื่อป้องกันไม่ให้อาการที่มีอยู่รุนแรงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก ผู้ให้ความรู้และแนวความคิดมาประยุกต์ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีทางเลือกจำกัดจนพบวิธีที่สามารถใช้ในการรักษาผู้ป่วยอีกวิธีหนึ่ง ขอขอบคุณผู้ปกครองและผู้ช่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาและติดตามผล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Levitas TC. Geminatıon, fusion, twinning and concrescence. J Dent Child 1965;32:93 - 100.
2. Mader CL. Fusion of teeth. J Am Dent Assoc 1979;98(1):62 - 4.
3. Lowell RJ, Solomon AL. Fused teeth. J Am Dent Assoc 1964;68:762.
4. Pereira AJA, Fidel RAS, Fidel SR. Maxillary lateral incisor with two root canals: Fusion, gemination or dens invaginatus? Braz Dent J 2000;11(2):141 - 6.
5. Hagman FT. Anomalies of form and number, fused primary teeth, a correlation of the dentitions. J Dent Child 1988;55(5):359 - 61.
6. Grahnen H, Granath LE. Numerical variations in primary dentition and their correlation with the permanent dentition. Odontol Revy 1961;12:348 - 57.
7. Mochizuki K, Yonezu T, Yakushiji M, Machida Y. The fusion of three primary incisors: Report of case. J Dent Child 1999;66(6):421 - 5.
8. Olivan - Rosas G, López - Jiménez J, Giménez - Prats MJ, Piqueras - Hernandez M. Considerations and differences in the treatment of a fused tooth. Med Oral 2004;9(3):224 - 8.
9. Schuurs AH, van Loveren C. Double teeth: review of the literature. J Dent Child 2000;67(5):313 - 25.
10. Meadors LW, Jones HL. Fused primary incisors with succedaneous supernumerary in the area of a cleft lip: case report. Pediatr Dent 1992;14(6):397 - 9.
11. Duncan WK, Helpin ML. Bilateral fusion and germination: a literature analysis and case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987;64(1):82 - 7.
12. Zengin AZ, Celenk P, Gunduz K, Canger M. Primary double teeth and their effect on permanent successors. Eur J Paediatr Dent 2014;15(3):309 - 12.

13. Tsujino K, Yonezu T, Shintani S. Effects of different combinations of fused primary teeth on eruption of the permanent successors. *Pediatr Dent* 2013;35(2):64 - 7.
14. Nik-Hussein NN, Abdul Majid Z. Dental anomalies in the primary dentition: distribution and correlation with the permanent dentition. *J Clin Pediatr Dent* 1996;21(1):15 - 9.
15. Gellin ME. The distribution of anomalies of primary anterior teeth and their effect on the permanent successors. *Dent Clin North Am* 1984;28(1):69 - 80.
16. Eregowda N, Singh S, Poornima P, Roopa KB. Mandibular unilateral fusion in primary dentition. *J Oral Res Rev* 2017;9(1):29 - 31.
17. Cetinbas T, Halil S, Akcam MO, Sari S, Cetiner S. Hemisection of a fused tooth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;104(4):e120 - 4.
18. Shapira J, Kochavi D, Harary D, Chosak A. A two - step separation technique for fused teeth: clinical report. *Pediatr Dent* 1983;5(4):270 - 2.
19. Saraf AA, Patil AC. Hemisection. *World J Dent* 2013;4(3):180 - 7.
20. Itkin AB, Barr GS. Comprehensive management of the double tooth: report of case. *J Am Dent Assoc* 1975;90(6):1269-72.
21. Goldman HM. Gingivectomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1951;4(9):1136 - 57.
22. Blank BS, Ogg RR, Levy AR. A fused central incisor: Periodontal considerations in comprehensive treatment. *J Periodontol* 1985;56(1):21 - 4.
23. Mumford JM. Pain perception threshold and adaptation of normal human teeth. *Arch Oral Biol* 1965;10(6):957 - 68.
24. Nagarathna C, Shakuntala BS, Jaiganesh I. Efficiency and reliability of thermal and electrical tests to evaluate pulp status in primary teeth with assessment of anxiety levels in children. *J Clin Pediatr Dent* 2015;39(5):447 - 51.