

การจัดการทางคลินิกของ ฟันเดนส์ อีแวจินาทัสในฟันกรามน้อย

ศิวพร สุขอร่าม วทบ.,ท.บ.,ป.บัณฑิตวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก(สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก)*

บทคัดย่อ

บทความนี้แสดงผลสำเร็จในการจัดการทางคลินิกแก่ผู้ป่วยเด็กทางคลินิกที่มีฟันเดนส์ อีแวจินาทัสในฟันกรามน้อย 11 ราย รวมจำนวนฟันทั้งสิ้น 22 ซี่ โดยเป็นฟันที่ไม่มีพยาธิสภาพ 20 ซี่ ทุกซี่ยังไม่มีอาการ และยังคงมีชีวิต ได้ให้การจัดการทางคลินิกโดยวิธีต่างๆ คือ เคลือบหลุมร่องฟัน(6 ซี่) เคลือบหลุมร่องฟันและจัดการด้วยวิธีอินไดเรกต์ฟัลป์แคปปิง (1 ซี่) วิธีอินไดเรกต์ฟัลป์แคปปิง (10 ซี่) วิธีไดเรกต์ฟัลป์แคปปิง (1 ซี่) และวิธีการเฉพาะที่ (2 ซี่) หลังการติดตามผล ทั้ง 20 ซี่ยังไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพ เนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต นอกจากนี้ยังมีฟันอีก 2 ซี่ซึ่งเกิดพยาธิสภาพแล้วจากการที่ปุ่มนูนหัก ฟันซี่หนึ่งปลายรากยังไม่ปิดได้รับการรักษาด้วยวิธีเอเพกซิฟเคชั่นเพื่อกระตุ้นให้ปลายรากฟันปิด ฟันอีกซี่หนึ่ง ปลายรากปิดแล้วได้รับการรักษาคงรากฟัน หากสามารถวินิจฉัยและจัดการตั้งแต่ระยะแรกที่ฟันขึ้นจะทำให้ฟันเดนส์ อีแวจินาทัสมีโอกาสสูงขึ้นในการสร้างรากอย่างสมบูรณ์และคงชีวิตของเนื้อเยื่อฟัน

Abstract

Clinical Management of Dens Evaginatus on Premolars

Siwaporn Sukaram B.Sc., D.D.S., Grad.Dip.In Clin.Sc. (Pediatric Dentistry)

Dental Department, Ratchaphiphat Hospital

The purpose of this article is to report the success in clinical management of twenty two dens evaginatus teeth (DE) in eleven patients. Twenty non-pathological DE teeth were identified, all of which were asymptomatic and viable. Several types of clinical management were delivered as follows: sealant (6 teeth), sealant with indirect pulp capping (1 tooth), indirect pulp capping (10 teeth), direct pulp capping (1 tooth) and selective grinding (2 teeth). Follow up of these teeth revealed that all 20 teeth had no sign and no pathology, the pulps remained viability. In addition, two pathological DE teeth, secondary to fracture of the evagination, were treated. One had necrotic pulp and received apexification treatment to induce closure of the root apex. The other tooth received root canal treatment. Early diagnosis and prompt management should be sought to provide the greatest opportunity for complete root development and pulpal viability.

Key Words: Dens evaginatus, pulp capping, apexification treatment, root canal treatment

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

บทนำ

เดนส์ อีแวจินัทัส (dens evaginatus) เป็นฟันที่มีความผิดปกติของผิวเคลือบฟัน มีลักษณะเป็นปุ่มนูนยื่นจากผิวด้านบนของฟันสูงกว่าปุ่มของฟันขนาดต่างๆ กันพบอยู่ที่สันนูนด้านใกล้ลิ้นของปุ่มด้านแก้ม (lingual incline plane of buccal cusp) หรืออยู่ที่กึ่งกลางของด้านบนของผิวบริเวณร่องกลางฟัน (central groove)^{1,2} ปุ่มนูนประกอบด้วย เคลือบฟัน เนื้อฟันคล้ายฟันปกติ มักพบว่ามีหรือไม่มียอดโพรงฟันเล็กอยู่ภายใน^{3,4} สาเหตุเชื่อว่าเกิดในช่วงการสร้างฟันระยะโอโดอนโตเจเนซิส (odontogenesis) สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดฟันเดนส์ อีแวจินัทัส ในกลุ่มประชากร สํารวจพบว่ามีความร้อยละ 2.2⁵ และมีการศึกษาความชุกในประเทศไทยมีความร้อยละ 1.79⁶ ส่วนใหญ่มักเกิดในฟันกรามน้อย^{3,5,6}

ลักษณะรูปร่างของฟันเดนส์ อีแวจินัทัส ก่อให้เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ ขัดขวางการเคี้ยว และเกิดรอยผุในร่องรอบปุ่มนูนได้^{7,8} ในบางกรณีแม้ว่าฟันจะไม่ผุก็อาจจะเกิดเนื้อเยื่อฟันเป็นโรคหรือตาย ปลายรากฟันมีรอยโรค³ กระดูกอักเสบเป็นหนอง⁹ เนื่องจากปุ่มนูนที่ยื่นจากผิวฟันสึกหรือแตกทำให้แบคทีเรียเข้าไปสู่เนื้อเยื่อฟันผ่านทางหลอดเนื้อฟัน (dentinal tubule)¹ รายงานในเด็กไทยอายุระหว่าง 9-15 ปี ที่มีฟันเดนส์ อีแวจินัทัสพบว่าร้อยละ 78 ของฟันที่ตรวจพบ ปุ่มนูนยังคงไม่แตกหัก ร้อยละ 21.74 พบว่าปุ่มฟันสึกกร่อนหรือหักไปแล้ว ในจำนวนนี้ร้อยละ 11.59 พบว่าไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อฟันและร้อยละ 2.90 พบรอยโรคที่ปลายรากฟันจากภาพรังสี⁶

บทความนี้แสดงผลการจัดการฟันเดนส์ อีแวจินัทัสที่พบในผู้ป่วย 11 ราย ตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ยังไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพจนกระทั่งถึงระยะที่ฟันมีพยาธิสภาพ ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาต้องสามารถพิจารณาเลือกวิธีการจัดการที่ถูกต้องให้เหมาะสมกับสภาพของฟันเดนส์ อีแวจินัทัสที่ตรวจพบและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้ป่วยและการจัดการทางคลินิก

เด็กไทยที่มีฟันเดนส์ อีแวจินัทัสมาพบทันตแพทย์ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 11 ราย เป็นเด็กชาย 3 ราย และเด็กหญิง 8 ราย ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 9 - 18 ปี มีฟันเดนส์ อีแวจินัทัสทั้งหมดรวม 22 ซี่

โดยเด็กแต่ละรายมีฟันชนิดนี้ในฟันกรามน้อยคนละ 1 ถึง 5 ซี่ ซึ่งมีหลักในการตรวจวินิจฉัย คือ

1. ตรวจความมีชีวิตของเนื้อเยื่อฟันด้วยเครื่องตรวจวัดด้วยกระแสไฟฟ้า
2. ตรวจความสมบูรณ์ของฟันเดนส์ อีแวจินัทัสว่าสบกระแทกชนกับฟันตรงข้ามหรือไม่สบกระแทก ด้วยกระดาษทดสอบรอยสบกระแทก
3. ตรวจฟันเดนส์ อีแวจินัทัสในช่องปากด้วยเครื่องมือตรวจปลายแหลมว่าปุ่มนูนสึกไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟันหรือเผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน
4. ตรวจพยาธิสภาพปลายรากจากการใช้เครื่องมือเอกซเรย์และจากภาพรังสี

วิธีการจัดการทางคลินิก

จากผลการตรวจวินิจฉัยจะจัดการป้องกันพยาธิสภาพและรักษา ดังนี้

1. ฟันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าปกติและเนื้อเยื่อฟันยังมีความมีชีวิต ไม่มีรอยสบกระแทกกับฟันตรงข้าม ไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน จะทำการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant)
2. ฟันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าปกติและเนื้อเยื่อฟันยังมีความมีชีวิต มีรอยสบกระแทกกับฟันตรงข้าม ไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟันจะให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเลือกที่จะจัดการทางคลินิกกับฟันชนิดนี้ได้ 2 วิธี ดังนี้

2.1 วิธีอินไดเรกต์พัลปแคปปิง (indirect pulp capping) เป็นการกรอส่วนปุ่มนูนออกทั้งหมดในครั้งเดียว ซึ่งมีขั้นตอน คือ ฉีดยาชา ใส่แผ่นยางกันน้ำ ขัดผิวฟัน จากนั้นกรอส่วนปุ่มนูนจนหมดถึงระดับเสมอฟันเยื้อง โดยให้น้ำผ่านตลอดเวลา และกรอตรงส่วนปุ่มนูนเล็กจากแนวระดับฟันเยื้อง 1 มิลลิเมตร รองฟันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ บูรณะด้วยคอมโพสิต

2.2 วิธีการเฉพาะที่ (selective grinding) ด้วยการใส่แผ่นยางกันน้ำจากนั้นค่อยๆ กรอปลายปุ่มนูน จนผู้ป่วยรู้สึกเสียวฟัน ก็จะหยุดกรอ ทาดูราฟเลท (duraphat) นวดมาทำการกรอทุก 3 เดือน จนกระทั่งไม่พบรอยสบกระแทกก็จะหยุดการกรอ

ถ้าในระหว่างการรักษาทั้งวิธีอินไดเรกต์พัลปแคปปิง และวิธีการเฉพาะที่ พบว่าเผยผึ่งเนื้อเยื่อฟันก็จะใช้วิธีอินไดเรกต์พัลปแคปปิง (direct pulp capping) โดยการรองฟันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ บูรณะด้วยคอมโพสิต

3. ฟันที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน มี

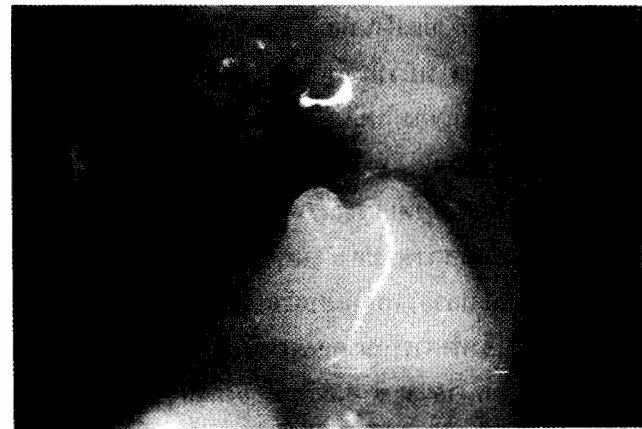
พยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน ไม่มีชีวิต ปลายรากฟันยังสร้างไม่สมบูรณ์ จะรักษาวิธีเอเพกซิฟิเคชัน (apexification treatment) ด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์เพื่อกระตุ้นให้ปลายรากฟันปิด เมื่อปลายรากฟันปิดสมบูรณ์ จึงดำเนินการรักษาคอนรากฟัน (root canal treatment)

4. ฟันที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน มีพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน ไม่มีชีวิต ปลายรากฟันสร้างสมบูรณ์ จะทำการรักษาคอนรากฟัน

ผลการจัดการทางคลินิก

ผู้ป่วยรายที่ 1 (รูปที่ 1 -ซี่ #34), 2 และ 3 มีฟันเดนส์ อีแวจินเทส 5 ซี่ที่เพิ่งเริ่มขึ้น จากการตรวจเนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต ไม่มีรอยสบกกระแทกกับฟันตรงข้าม ปุ่มนูนสีไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน ไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ในรายที่ 1 และ 3 ปลายรากฟันยังสร้างปิดไม่สมบูรณ์ (รูปที่ 2 -ซี่ #45) ส่วนรายที่ 2 ปลายรากฟันสร้างปิดเกือบสมบูรณ์ จึงทำการเคลือบหลุมร่องฟัน ในรายที่ 3 หลังการเคลือบหลุมร่องฟัน 24 เดือน ปลายรากฟันสร้างต่อไปจนปิดอย่างสมบูรณ์ (รูปที่ 3) แต่พบรอยสบกกระแทกกับฟันตรงข้าม จึงรักษาด้วยวิธีอินไดเรกฟัลปีแคปปิง จากการติดตามผล 6, 24 และ 27 เดือนตามลำดับ ฟันทั้ง 5 ซี่ ไม่มีอาการ เนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต โดยที่ปลายรากฟันในรายที่ 1 ยังคงสร้างต่อไป รายที่ 2 ปลายรากฟันสร้างปิดสมบูรณ์ และทั้ง 5 ซี่ ไม่พบพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน

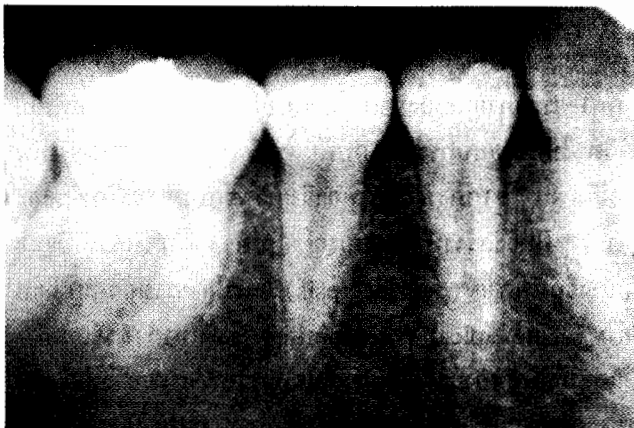
ผู้ป่วยรายที่ 4, 5 และ 6 มีฟันเดนส์ อีแวจินเทส 6 ซี่ จากการตรวจเนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต มีรอยสบกกระแทกกับฟันตรงข้าม ปุ่มนูนสีไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน ไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ปลายรากฟันสร้างปิดสมบูรณ์



รูปที่ 1 ฟันเดนส์ อีแวจินเทส ซี่ #34 ที่เริ่มขึ้น



รูปที่ 2 ภาพรังสีซี่ #45 ที่ปลายรากฟันยังปิดไม่สมบูรณ์



รูปที่ 3 ภาพรังสี ซี่ #45 ปลายรากฟันปิดสมบูรณ์หลัง 24 เดือน

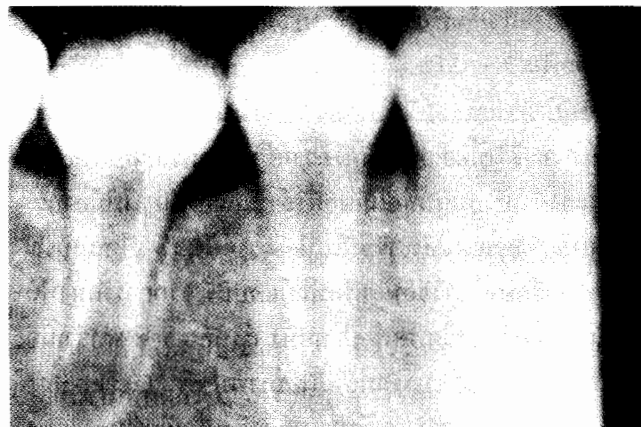
ผู้ป่วยรายที่ 4 และ 5 เลือกรักษาด้วยวิธีอินไดเรกฟัลปีแคปปิง ส่วนรายที่ 6 ผู้ป่วยมีฟันซ้อนเกและผู้ปกครองต้องการให้เด็กจัดฟันแต่ปัจจุบันยังไม่พร้อม ทันตแพทย์และผู้ปกครองวางแผนป้องกันก่อนเกิดพยาธิสภาพด้วยวิธีอินไดเรกฟัลปีแคปปิง และจากการติดตามผล 6, 27 และ 27 เดือนตามลำดับ ฟันทั้ง 6 ซี่ ไม่มีอาการ เนื้อเยื่อฟันยังคงความชีวิตและไม่พบพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน

ผู้ป่วยรายที่ 7 มีฟันเดนส์ อีแวจินเทส 3 ซี่ จากการตรวจทั้ง 3 ซี่ เนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต มีรอยสบกกระแทกกับฟันตรงข้าม ปุ่มนูนสีไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน ไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ปลายรากฟันสร้างปิดสมบูรณ์ ผู้ป่วยเลือกรักษาด้วยวิธีอินไดเรกฟัลปีแคปปิง จากการรักษาฟัน 2 ซี่ รักษาด้วยวิธีอินไดเรกฟัลปีแคปปิง ส่วนอีก 1 ซี่ พบว่าเนื้อเยื่อฟันอักเสบชนิดสามารถกลับคืนสภาพปกติ (reversible pulpitis) และระหว่างการรักษาเผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟันจึงรักษาด้วยวิธีอินไดเรกฟัลปีแคปปิง ผลการติดตามเป็นเวลา 27 เดือน

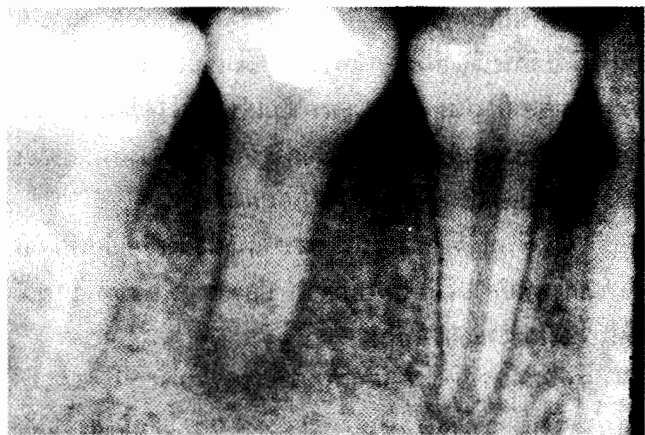
ฟันทั้ง 3 ซี่ ไม่มีอาการ เนื้อเยื่อฟันยังคงความชีวิตและไม่พบพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน

ผู้ป่วยรายที่ 8 และ 9 มีฟันเดนส์ อีแวนเจนท์ 2 ซี่ที่ยังคงมีชีวิต มีรอยสกราะแตกกับฟันตรงข้าม ปุ่มนูนสีไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน ไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ปลายรากฟันสร้างปิดสมบูรณ์และเกือบสมบูรณ์ ตามลำดับ ผู้ป่วยเลือกรักษาด้วยวิธีการเฉพาะที่ การกรอแต่ละครั้งมีระยะห่าง 3 เดือน ผู้ป่วยรายที่ 8 ใช้เวลาในการกรอ 3 ครั้ง ส่วนรายที่ 9 ใช้เวลาในการกรอเพียง 2 ครั้ง หลังจากติดตามผล 24 และ 12 เดือนตามลำดับ ฟันทั้ง 2 ซี่ ไม่พบรอยสกราะแตก ไม่มีอาการ เนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต ไม่พบพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน และปลายรากฟันของผู้ป่วยรายที่ 9 มีการสร้างรากต่อจนปิดอย่างสมบูรณ์

ผู้ป่วยรายที่ 10 มาด้วยอาการปวดฟันเดนส์ อีแวนเจนท์ ซี่ #45 จากการชักประวัติเคยปวดมา 2-3 ครั้ง แล้วก็หายไปจากการตรวจภายในช่องปาก ไม่พบรอยผุบนฟัน เนื้อเยื่อฟันไม่มีชีวิต ไม่พบรอยสกราะแตกกับฟันตรงข้าม ปุ่มนูนสีเผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน จากภาพรังสีมีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟันและปลายรากฟันยังสร้างปิดไม่สมบูรณ์ (รูปที่ 4) ได้รับการวินิจฉัยว่าเนื้อเยื่อฟันตาย (pulp necrosis) และปลายรากอักเสบเฉียบพลัน (acute apical periodontitis) จึงรักษาด้วยวิธีเอเพกซิฟิเคชัน พบหนองและเลือดภายในคลองราก ดำรงทำความสะอาดใส่ยาแคลเซียมไฮดรอกไซด์ลงในคลองราก (รูปที่ 5) และนัดผู้ป่วยมาเปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ทุกเดือนจำนวน 6 ครั้ง จากนั้นเว้นนัดเปลี่ยนยาแคลเซียมไฮดรอกไซด์ทุก 3 เดือนจำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาในการรักษาด้วยวิธีเอเพกซิฟิเคชันทั้งสิ้นเป็นเวลา 14 เดือน ปลายรากจึงปิดสมบูรณ์ จากนั้นรักษากลองรากฟัน อุดคลองรากถาวรด้วยกัตตาเปอร์ชา (gutta percha) และบูรณะตัวฟันด้วยคอมโพสิต จากการติดตามผลหลังรักษา



รูปที่ 4 ภาพรังสี ซี่ #45 ก่อนการรักษา



รูปที่ 5 ภาพรังสี ซี่ #45 รักษาด้วยวิธีเอเพกซิฟิเคชัน



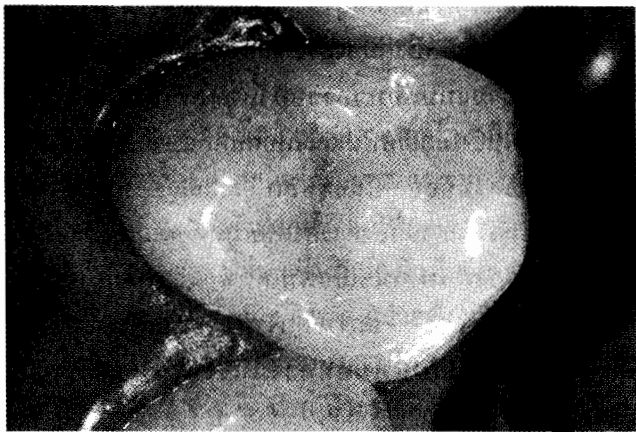
รูปที่ 6 ภาพรังสี ซี่ #45 รักษาคลองรากฟันหลังการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 32 เดือน

คลองรากฟันเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าไม่มีอาการ ไม่ตอบสนองต่อการเคาะ พยาธิสภาพรอบปลายรากฟันหายไป (รูปที่ 6) รวมเวลาดังแต่เริ่มรักษาและติดตามผลทั้งสิ้น 32 เดือน

ผู้ป่วยรายที่ 11 มีฟันเดนส์ อีแวนเจนท์ 5 ซี่ มาด้วยอาการปวดฟันเดนส์ อีแวนเจนท์ ซี่ #24 จากการตรวจภายในช่องปาก ฟันซี่ #24 พบว่าไม่มีรอยผุและสังเกตเห็นรอยเป็นจุดอยู่บนสันด้านเพดานของปุ่มนูนด้านแก้มของฟัน เมื่อใช้เครื่องมือปลายแหลมตรวจ พบว่าปุ่มนูนหักเผยผึ่งเนื้อเยื่อฟัน (รูปที่ 7) ไม่ตอบสนองต่อการแอสเฟไฟฟ้า ตอบสนองต่อการเคาะ จากภาพรังสีมีพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน วินิจฉัยได้ว่า เนื้อเยื่อฟันซี่นี้ตาย และปลายรากอักเสบเรื้อรัง (chronic apical periodontitis) จึงทำการรักษากลองรากฟัน (รูปที่ 8) ส่วนฟันเดนส์ อีแวนเจนท์ อีก 4 ซี่ เนื้อเยื่อฟันยังคงมีชีวิต ปุ่มนูนสีไม่เผยผึ่งถึงเนื้อเยื่อฟัน ไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ปลายรากฟันสร้างปิดสมบูรณ์ โดยที่ 2 ซี่ ไม่มีรอย

สภะแตกกับพันตรงข้าม จึงเคลือบหลุมร่องฟัน อีก 2 ซี่ มีรอยสภะแตกกับพันตรงข้าม ผู้ป่วยเลือกการรักษาด้วยวิธีอินไดเร็กฟัลป์แคปปิง จากการติดตามผลหลังรักษาเป็นเวลา 30

เดือน พบว่า ซี่ #24 ไม่มีอาการ ไม่ตอบสนองต่อการเคาะ พยาธิสภาพรอบปลายรากฟันหายไป ส่วนอีก 4 ซี่ ไม่มีอาการ เนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต ไม่พบพยาธิสภาพที่ปลายราก



รูปที่ 7 ภาพ ซี่ #24 แสดงปมูนที่หักเป็นรอยหว้า



รูปที่ 8 ภาพรังสี ซี่ #24 หลังรักษากล่องรากฟัน

ข้อมูลการจัดการและติดตามผลของผู้ป่วยได้รวบรวมดังรายละเอียดในตาราง

ตาราง แสดงข้อมูลทั่วไปและการจัดการทางคลินิกของผู้ป่วย

		จำนวน (ซี่)									
ผู้ป่วยรายที่	อายุ	เพศ	ฟันเดนส์	ฟันที่เคลือบ	ฟันที่เคลือบหลุม	ฟันที่จัดการ	ฟันที่จัดการ	ฟันที่จัดการ	ฟันที่รักษา	ฟันที่รักษา	ติดตามผล (เดือน)
			อิวาจิน	หลุมร่องฟัน	ร่องฟันตามด้วยอินไดเร็กฟัลป์แคปปิง	วิธีอินไดเร็กฟัลป์แคปปิง	วิธีไดเร็กฟัลป์แคปปิง	วิธีกรอเฉพาะที่	วิธีเอเพกซิฟิเคชั่น	กล่องรากฟัน	
1	9	ชาย	3	3	-	-	-	-	-	-	6
2	14	หญิง	1	1	-	-	-	-	-	-	24
3	10	หญิง	1	-	1	-	-	-	-	-	27
4	11	หญิง	2	-	-	2	-	-	-	-	6
5	13	หญิง	1	-	-	1	-	-	-	-	27
6	13	ชาย	3	-	-	3	-	-	-	-	27
7	18	หญิง	3	-	-	2	1	-	-	-	27
8	13	หญิง	1	-	-	-	-	1	-	-	24
9	12	ชาย	1	-	-	-	-	1	-	-	12
10	11	หญิง	1	-	-	-	-	-	1	-	32
11	15	หญิง	5	2	-	2	-	-	-	1	30
รวมฟัน(ซี่)			22	6	1	10	1	2	1	1	

วิจารณ์

ความสำเร็จของการจัดการฟันเดนส์ อีเวจินเทส ได้จากการตรวจและวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องเนื่องจากพบในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน สิ่งที่จะช่วยในการประเมินฟันเดนส์ อีเวจินเทสเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยคือ อาการของผู้ป่วย ความมีชีวิตของเนื้อเยื่อฟัน การมีรอยสกรและแตกของปุ่มนูน และภาพรังสีของฟัน

ถ้าปุ่มนูนกีดขวางการเคี้ยว การสบฟันก็จะทำให้ปุ่มนูนแตกหรือหัก ซึ่งมีรายงานว่ากรณีที่ปุ่มนูนไม่กีดขวางการเคี้ยวไม่มีรอยผุ ก็ไม่จำเป็นต้องทำการรักษา¹¹ ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ฟันเดนส์ อีเวจินเทส ทั้ง 3 ซี่ เพิ่งเริ่มขึ้นแม้จากภาพรังสีจะไม่พบเนื้อเยื่อฟันในปุ่มนูน ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมคราบจุลินทรีย์จนทำให้เกิดรอยผุในร่องรอบปุ่มนูน¹² ประกอบกับฟันยังขึ้นไม่สูงพอที่จะใส่แผ่นยางกันน้ำเพื่อจัดการด้วยวิธีอื่น จึงปิดร่องฟันบนด้านบดเคี้ยวด้วยสารเคลือบหลุมร่องฟันและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อรอให้ฟันขึ้นสูงพอที่จะใส่แผ่นยางกันน้ำได้ เพราะยอดของปุ่มนูนค่อนข้างเรียวเล็ก อาจแตกหรือหักไปก่อนได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปุ่มนูนที่ไม่ใหญ่มาก ไม่พบรอยสกรและแตกแต่ปุ่มนูนลึกถึงเนื้อฟัน จึงป้องกันการสะสมคราบจุลินทรีย์และไม่ให้แบคทีเรียผ่านจากเนื้อฟันไปยังเนื้อเยื่อฟันได้ด้วยการอุดร่องรอบปุ่มนูนและปิดส่วนเนื้อฟันที่ลึกด้วยสารเคลือบหลุมร่องฟัน นอกจากนี้มีรายงานการแต่งรูปร่างฟันใหม่ เพื่อให้มีการทำความสะอาดฟันได้ด้วยตนเองของฟัน (self cleansing) ไม่ให้มีการสะสมคราบจุลินทรีย์¹³ นอกจากนี้สารเคลือบหลุมร่องฟันก็มีส่วนช่วยไม่ให้ปุ่มนูนหักโดยการเคลือบบนและรอบๆ ปุ่มนูนให้สูงเท่าปุ่มนูน¹⁴ และควรตรวจติดตามสารเคลือบหลุมร่องฟันอย่างสม่ำเสมอ¹² Bazan and Dawson¹⁴ รายงานความสำเร็จของสารเคลือบหลุมร่องฟันเช่นกันแต่ได้แนะนำให้ใช้ฟิลด์เรซิน (filled resin) แทนสารเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อจะได้ทนต่อแรงบดเคี้ยวได้ดีกว่า บางรายงานที่ใช้คอมโพสิตอุดรอบปุ่มนูนเพื่อให้ปุ่มนูนแข็งแรงป้องกันการแตกหัก¹⁵ บางรายงานใช้คริลิกเรซินที่แข็งตัวได้เอง (self curing acrylic resin) เพราะพบว่ายึดติดแน่นได้ดีกับฟันและจากการศึกษาทางจุลวิทยาพบว่าเนื้อเยื่อฟันไม่ได้ยื่นลึกเข้าไปภายในปุ่มนูน¹⁶ สำหรับผู้เขียนสนับสนุนให้ใช้ฟิลด์เรซินชนิดความหนืดต่ำแทนสารเคลือบหลุมร่องฟันเพราะสามารถไหลได้ดีเช่นเดียวกับสารเคลือบหลุมร่องฟันแต่แข็งแรงกว่า

ในกรณีที่ปุ่มนูนมีรอยสกรและแตก เนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต ไม่มีอาการ ควรทำปุ่มนูนให้ต่ำลงเพื่อไม่ให้ถูกกระแทกจนหักแล้วเกิดพยาธิสภาพในภายหลัง ซึ่งมี 2 วิธี คือ

การฟลอปแคปปิง และการกรอเฉพาะที่ Yong¹⁷ รายงานความสำเร็จจากการทำไดเร็กฟลอปแคปปิงและอินไดเร็กฟลอปแคปปิงในฟันเดนส์ อีเวจินเทส 39 ซี่ ที่มีชีวิต ไม่มีอาการ ด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ และบูรณะด้วยอมัลกัม พบว่าปลายรากฟันมีการสร้างต่อไปตามปกติจนปิดสมบุรณ์ ในระยะเวลาดำเนินการบูรณะฟันภายหลังการทำฟลอปแคปปิงอาจใช้คอมโพสิตอุดแทนอมัลกัมเพื่อให้เกิดความแนบสนิทของขอบวัสดุอุดเพื่อป้องกันไม่ให้แบคทีเรียเข้าไปยังเนื้อเยื่อฟันและเพื่อให้เกิดฟันและเนื้อฟันได้รับการกรอส่วนที่ออกให้น้อยที่สุด¹⁸ Sim¹⁹ ศึกษาเปรียบเทียบการบูรณะฟันภายหลังการกรอปุ่มนูนด้วยคอมโพสิตและเคลือบหลุมร่องฟันพบเนื้อเยื่อฟันเกิดพยาธิสภาพน้อยกว่าการบูรณะด้วยอมัลกัม ในการจัดการทางคลินิกผู้ป่วยทุกรายที่ทำการทำฟลอปแคปปิงในบทความนี้จึงบูรณะตัวฟันด้วยคอมโพสิต

นอกจากนี้มียางานความสำเร็จจากการกรอเฉพาะที่ โดยกรอค่อยๆ กรอปุ่มนูนทีละน้อยทุก 4 สัปดาห์จนไม่มีรอยสกรและแตกเพื่อให้เกิดการสร้างซ่อมแซมเนื้อฟันเพียงพอบนด้านเนื้อเยื่อฟันและลดการเสียวฟัน²⁰ และความสำเร็จจากการกรอเฉพาะที่เช่นกันตามด้วยการทาเคลือบฟลูออไรด์ทุกครั้งเพื่อลดการเสียวของเนื้อฟัน ติดตามผลเป็นเวลา 10 ปี ฟันก็ยังคงมีชีวิตและไม่พบพยาธิสภาพ⁷ และแม้กรอเฉพาะที่แล้วไปรักษาด้วยการจัดฟัน ก็พบว่าฟันปกติ ไม่มีอาการ²¹ แต่ Oehlers³ รายงานว่าการกรอเฉพาะที่เพื่อป้องกันการแตกหักและเพื่อให้เกิดการซ่อมสร้างเนื้อฟันนั้นเป็นการรักษาที่ไม่น่าเชื่อถือ

ในการจัดการและรักษาในผู้ป่วยรายต่างๆ ที่มีรอยสกรและแตกที่ปุ่มนูนในบทความนี้ ทันตแพทย์จะอธิบายให้ผู้ปกครองและเด็กเข้าใจว่า วิธีอินไดเร็กฟลอปแคปปิงและวิธีกรอเฉพาะที่มีโอกาสที่เนื้อเยื่อฟันจะเผยผิวงได้ โดยที่การกรอเฉพาะที่จะต้องมารูปปุ่มนูนตามนัดทุก 3 เดือน จนกว่าจะไม่มีรอยสกรและแตก ส่วนวิธีอินไดเร็กฟลอปแคปปิงจะใช้เวลาในการทำเพียงครั้งเดียว และหลังจากนั้นจะทำการติดตามผล ทุก 6 เดือน ซึ่งจากผู้ป่วย จำนวน 8 ราย ที่ต้องเลือกระหว่างวิธีทั้ง 2 จำนวน 6 ราย เลือกวิธีอินไดเร็กฟลอปแคปปิง เพราะไม่ต้องการเสียเวลาหลายครั้ง มีเพียง 2 รายที่เลือกการกรอเฉพาะที่เพราะไม่ชอบการฉีดยาและสามารถทำได้ตามนัด

ผู้ป่วยรายที่ 3 พบเมื่อฟันขึ้นใหม่ในระยะแรกยังไม่พบรอยสกรและแตกจึงได้เคลือบหลุมร่องฟันเท่านั้น หลังจากติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 24 เดือน ปลายรากฟันมีการสร้างต่อไปตามปกติจนปิด และเริ่มตรวจพบรอยสกรและแตกซึ่งอาจเป็นเหตุให้ปุ่มนูนหักทันทีจนเผยผิวงเนื้อเยื่อฟันและเกิดพยาธิสภาพ

ที่ปลายรากฟันได้ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลือกรักษาวีธอินไดเรคฟัลป์-แคปปิง สำหรับรายที่ 4 ผู้ป่วยจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกทำอินไดเรคฟัลป์แคปปิงเพราะหลังจากรักษาแล้ว ผู้ป่วยต้องไปใส่เครื่องมือจัดฟันทันที ไม่อาจรอเวลาด้วยการค่อยๆ กรอปูนูนจนไม่มีรอยสบกระแทกแล้วดำเนินการรักษาต่อด้วยการจัดฟันในภายหลังได้ และจากการติดตามผลหลังฟันถูกจัดให้เคลื่อนที่ 6 เดือนพบว่า เป็นปกติ

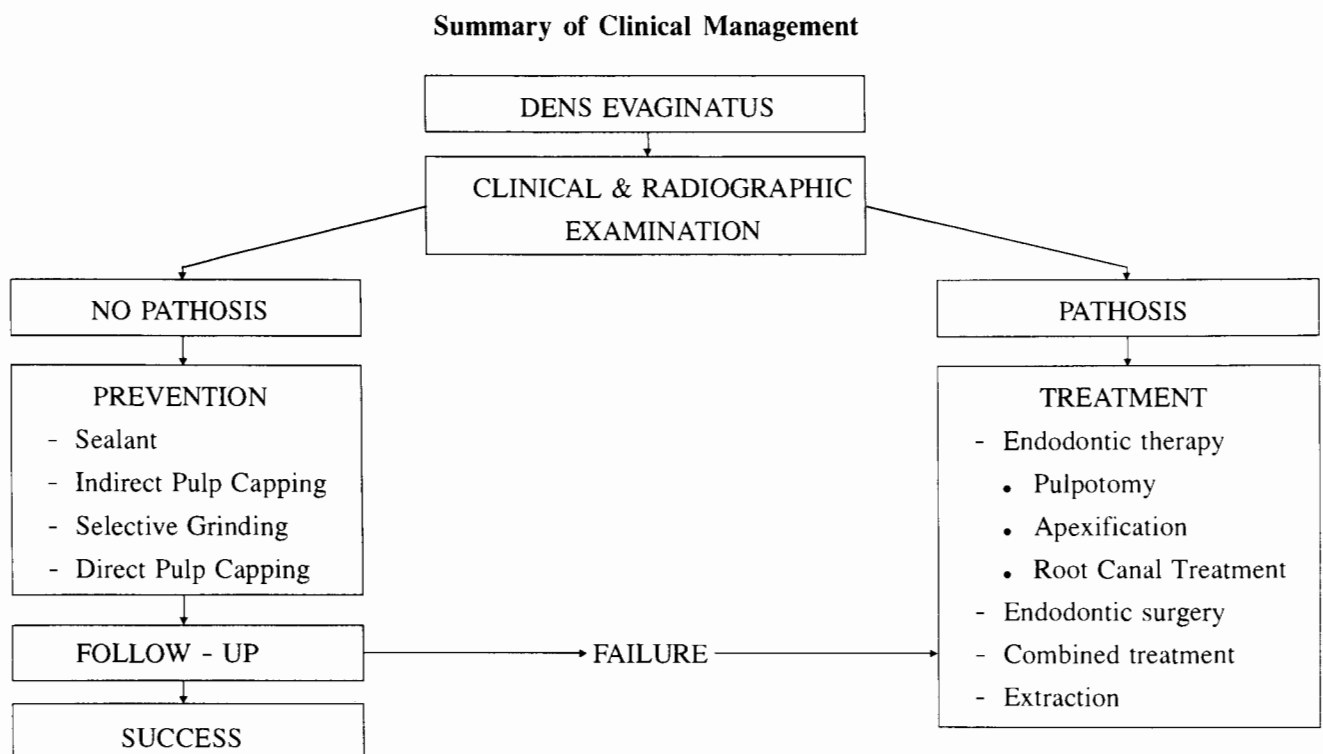
ผู้ป่วยรายที่ 5 ถึง 9 และ 11 จากภาพรังสี เนื้อเยื่อฟันยื่นขึ้นมาในปูนูนไม่ชัดเจน และมีรอยสบกระแทก ผู้ป่วย 4 รายตัดสินใจทำอินไดเรคฟัลป์แคปปิงแต่ในระหว่างการทำอินไดเรคฟัลป์แคปปิง มี 1 ซี่ที่เผยผิวดังเนื้อเยื่อฟันจึงต้องใช้วีธอินไดเรคฟัลป์แคปปิง ส่วนรายที่ 8 และ 9 ผู้ป่วยเลือกวิธีกรอเฉพาะที่

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีรอยสบกระแทกทั้งหมดนี้อยู่ในช่วงอายุ 11 ปี ถึง 18 ปี มี 1 ซี่ ของผู้ป่วยรายที่ 7 ที่มีอายุ 18 ปีที่เนื้อเยื่อฟันเผยผิวดังจากการทำอินไดเรคฟัลป์แคปปิง จึงไม่อาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้นส่วนยื่นของเนื้อเยื่อฟันในปูนูนจะลดต่ำลงหรือหดลง ซึ่งในภาพรังสีไม่เห็นเนื้อเยื่อฟันยื่นภายในปูนูน ดังนั้นแม้จะใช้ภาพรังสีช่วยประเมิน ก็ต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง และผู้เขียนคิดว่าการใส่แผ่นยางกันน้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรใช้ในการรักษาทั้งวีธอินไดเรคฟัลป์แคปปิงและวิธีกรอ

เฉพาะที่เพราะแผ่นยางกันน้ำจะทำให้บริเวณที่รักษาไม่เป็นปื้อนเชื้อ (contaminate)

จากการติดตามผลทั้ง 20 ซี่ พบว่าเนื้อเยื่อฟันยังคงความมีชีวิต ไม่ปรากฏอาการและซี่ที่ปลายรากฟันยังปิดไม่สมบูรณ์ก็มีการสร้างรากฟันต่อไปตามปกติ ส่วนซี่ที่รากฟันปิดแล้วก็ไม่มีพยาธิสภาพใดๆ การที่ผู้ป่วยเลือกทำวีธฟัลป์แคปปิงมากกว่าอาจเนื่องจากไม่ต้องการมาทำการรักษาหลายๆ ครั้งหรืออาจจะกลัวว่าปูนูนจะหักไปก่อนในช่วงที่ยังมีรอยสบกระแทกแล้วเกิดพยาธิสภาพก่อนที่จะมารอในครั้งต่อไป ในกรณีที่ปูนูนแตกหักไปแล้วเกิดพยาธิสภาพมักเกิดขึ้นในช่วงที่ปลายรากฟันปิดไม่สมบูรณ์มีการสร้างประมาณสองในสามของรากฟัน¹ ฟันที่ยังมีการเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ ปลายรากจะเปิดกว้างทำให้ยากที่จะแยกระหว่างเงาปลายรากปกติกับปลายรากที่เกิดพยาธิสภาพ¹⁰ เพราะจากภาพรังสีของพยาธิสภาพรอบปลายรากฟันจะเหมือนถุงหุ้มหน่อฟันมากทำให้การวินิจฉัยแยกระหว่างฟันที่มีปลายรากที่ยังไม่ปิดกับปลายรากฟันที่มีพยาธิสภาพค่อนข้างยาก²² ซึ่งพยาธิสภาพรอบปลายรากของฟันของผู้ป่วยรายที่ 10 เหมือนกับถุงหุ้มหน่อฟันมาก การใช้ภาพรังสีในการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใช้การวินิจฉัยอื่นประกอบด้วย กรณีที่รอยหักมีทางเชื่อมกับเนื้อเยื่อฟันส่วนตัวฟัน แต่เนื้อเยื่อ

รูปที่ 9 แสดงแนวทางปฏิบัติในการจัดการฟันเดนส์ อีแวจินทัส



รากฟันยังมีชีวิต ปลายรากฟันยังมีการปิดไม่สมบูรณ์จะใช้วิธีการทำฟัลปีโพโตมีด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ (calcium hydroxide pulpotomy)¹⁵ หรือด้วยมินเนอรอลไตรออกไซด์แอกริเกรท (mineral trioxide aggregate)²³ เพื่อให้รากฟันมีการสร้างรากต่อไปจนปิดสมบูรณ์ แต่กรณีฟันเดนส์ อีแวจินทัลที่เนื้อเยื่อฟันตาย ปลายรากยังปิดไม่สมบูรณ์และมีรอยโรคในช่องปากร่วมด้วยนั้น สามารถรักษาได้ด้วยวิธีเอเพกซิฟิเคชันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์เพื่อกระตุ้นให้ปลายรากฟันปิดแล้วจึงอุดด้วยกัตตาเปอร์ชาโดยไม่ต้องผ่าตัด^{11, 15, 24} แต่ในบางครั้ง การจะรักษาให้ประสบความสำเร็จได้ต้องทำการผ่าตัดรอบปลายรากฟัน (periapical surgery) ร่วมกับการรักษาลงรากฟัน²⁵ ผู้ป่วยรายที่ 10 นี้ใช้เวลาทำให้ปลายรากฟันปิด 14 เดือน ซึ่งจากรายงานต่างๆ ใช้เวลาการกระตุ้นให้รากปิดประมาณ 6 เดือนถึง 3 ปี 8 เดือน^{11, 15, 20, 22, 24, 26, 27} และมีรายงานความลำบากในการรักษาฟันเดนส์ อีแวจินทัลที่ปลายรากฟันยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ที่ทำให้รากฟันไม่แข็งแรงพอที่จะทนต่อแรงบดเคี้ยวได้จนเป็นเหตุให้รากฟันหัก ไม่สามารถรักษาต่อไปจนต้องถอนฟัน²² ผู้ป่วยรายที่ 11 พยาธิสภาพเกิดในฟันที่รากปิดสมบูรณ์จึงทำการรักษาลงรากฟัน¹³ เนื่องจากเป็นฟันเดนส์ อีแวจินทัลที่ปุ่มนูนหักจนเป็นรอยหว้าเผยผิงเนื้อเยื่อฟัน เป็นเหตุให้เชื้อแบคทีเรียจากภายนอกสามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อฟันและเกิดพยาธิสภาพที่ปลายรากฟันและมีกรณีที่ฟันเดนส์ อีแวจินทัลอาจได้รับการพิจารณาให้ถอน เนื่องจากเก็บไว้ไม่สวยงาม ทำให้ระคายเคืองต่อลิ้น หรือรักษาให้สะอาดได้ลำบากและมีฟันซี่อื่นสามารถทำหน้าที่แทนได้²⁸ หรือการรักษาด้วยวิธีเอเพกซิฟิเคชันหรือคลอรากฟันล้มเหลว

ตามที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการฟันเดนส์ อีแวจินทัล ดังได้แสดงในรูปที่ 9

สรุป

ฟันเดนส์ อีแวจินทัลที่พบได้เร็วตั้งแต่ในระยะฟันเพ่งขึ้นในช่องปากจะทำให้ทันตแพทย์สามารถวางแผน จัดการดูแลได้ถูกขั้นตอนและวิธีการเพื่อจะรักษาป้องกันให้ฟันยังคงมีชีวิตสามารถสร้างรากฟันได้ต่อไปตามปกติและไม่เกิดพยาธิสภาพได้มากกว่าฟันเดนส์ อีแวจินทัลที่พบเมื่อเกิดพยาธิสภาพไปแล้ว ซึ่งการรักษาจะยาก เสียเวลาและผลการรักษาไม่แน่นอน และอาจต้องสูญเสียฟันไปโดยไม่จำเป็น บทความนี้จะเน้นแนวทางการจัดการทางคลินิกสำหรับทันตแพทย์ที่ตรวจพบฟันเดนส์ อีแวจินทัลในสภาพและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ทันตแพทย์ดร.สุนทรา พันธุ์เกียรติ ภาควิชารังสีวิทยา รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงปิยาณี พาณิชย์วิสัย ภาควิชาทันตกรรมหัตถการ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทันตแพทย์หญิงธรราร สุนทรเกียรติ อาจารย์พิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม ผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็กที่ให้ความร่วมมือและท้ายที่สุดขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ที่อนุญาตให้นำบทความนี้มาเสนอได้

เอกสารอ้างอิง

1. Merrill RG. Occlusal anomalous tubercles on premolars of Alaskan Eskimos and Indians. *Oral Surg* 1964; 17: 484-96.
2. Reichart P, Tantiran D. Dens evaginatus in the Thai. *Oral Surg* 1975; 39: 615-21.
3. Oehlers FAC, Lee KW, Lee EC. Dens evaginatus (evaginated odontome) : its structure and responses to external stimuli. *Dent Prac Dent Rec* 1967; 17: 239-44.
4. Reichart PA, Metah D, Sukasem M. Morphologic findings in dens evaginatus. *Int J Oral Surg* 1982; 11: 59-63.
5. Yip WK. The prevalence of dens evaginatus. *Oral Surg* 1974; 38: 80-7.
6. Arunyanart O. Dens Evaginatus in Bangkok Metropolitan schoolchildren in Bangkhaen district. *J Dent Assoc Thai* 2002; 2: 120-5.
7. Dankner E, Harari D, Rotstein I. Conservative treatment of dens evaginatus of anterior teeth. *Endod Dent Traumatol* 1996; 12: 206-8.
8. Meon R. Talon cusp in Malaysia. *Aus Dent J* 1991; 36: 11-4.
9. Allwright WC. Odontomes of the axial core type as a cause of osteomyelitis of the mandible. *Br Dent J* 1958; 104: 363-5.
10. Ju Y. Dens evaginatus- a difficult diagnostic

problem ? J Clin Pediatr Dent 1991; 15: 247-8.

11. De Sousa SMG, Tavano SMR, Bramante CM. Unusual case of bilateral talon cusp associated with den sevaginatus. Int Endodont J 1999; 32: 494-8.

12. Morin CK. Talon cusp affecting the primary maxillary central incisors : report of case. J Dent child 1987; 54: 283-5.

13. Caliskan MK, Pehlivan Y. Endodontic treatment of a mature tooth with an abnormal clinical crown. J Clin Pediatr Dent 1995; 20: 45-7.

14. Bazan MT, Dawson LR. Protection of dens evaginatus with pit and fissure sealant. J Dent child 1983; 50: 361-3.

15. Augsburger RA. Pulp Management in Dens Evaginatus. J Endod 1996; 22: 323-6.

16. Kawata T, Tanne K. Early detection of dens evaginatus appearing on the premolars and clinical management. J Clin pediatr Dent 2002; 26(2): 199-201.

17. Yong SL. Prophylactic Treatment of Dens Evaginatus. J Dent child 1974; 41: 289-92.

18. Hill FJ, Bellis WJ. Dens evaginatus and its management. Br Dent J 1984; 156: 400-2.

19. Sim TPC. Management of dens evaginatus : evaluation of two prophylactic treatment methods. Endod Dent Traumatol 1996; 12: 137-40.

20. Shey Z, Eytel R. Clinical management of an unusual case of dens evaginatus in a maxillary central incisor. J Am Dent Assoc 1983; 106: 346-8.

21. Pitts DL, Hall SH. Talon - cusp management : orthodontic-endodontic considerations. J Dent child 1983; 50: 364-8.

22. Echeverri EA, Wang MM, Chavaria C, Taylor DL. Multiple dens evaginatus : diagnosis, management and complications: case report. Pediatr Dent 1994; 16: 314-7.

23. Koh ET, Ford TRP, Kariyawasam SP, Chen NN, Torabinejad. Prophylactic of dens evaginatus using mineral trioxide aggregate. J Endod 2001; 27: 540-2.

24. Hannoraseth P. Management of dens evaginatus with oral lesion in a mandibular right second premolar : A case report. CU Dent J 2002; 25: 27-32.

25. Tse CM, Walker RT. Endodontic treatment of a canine with a talon cusp. Endod Dent Traumatol 1988; 4; 235-7.

26. Nik-Hussein NN. Apexification of a non-vital dens evaginatus premolar. J Pedodont 1986; 11: 91-7.

27. Su HL. Dens evaginatus : Report of case of continued root development after Ca(OH)_2 apexification. J Dent child 1992; 59: 285-88.

28. Al-Omari MAO, Hattab FN, Darwazeh AMG, Dummer PMH. Clinical problems associated with unusual cases of talon cusp. Int Endodont J 1999; 21: 183-90.