

ฟันแฝดในชุดฟันน้ำนม: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Double Teeth in Primary Dentition: A Case Report

มาลัย สัทธชัย¹, สุวรรณี ดวงรัตนพันธ์²

¹โรงพยาบาลแจ้ห่ม อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง

²สาขาทันตกรรมทั่วไป ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Malai Satthachai¹, Suwannee Tuongratanaphan²

¹Jaehom Hospital Amphur Jaehom, Lampang

²Branch of General Dentistry, Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม. ทันตสาร 2557; 35(1) : 141-148

CM Dent J 2014; 35(1) : 141-148

บทคัดย่อ

ความผิดปกติของจำนวนหรือรูปร่างฟันสามารถพบได้ทั้งในชุดฟันน้ำนมและฟันแท้ การเกิดฟันแฝดหรือฟันเชื่อมติดกันเป็นลักษณะความผิดปกติของรูปร่างฟันที่พบในชุดฟันน้ำนมได้บ่อยกว่าฟันแท้ ความชุกของการเกิดฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 0.1 ถึง 1.6 ถึงแม้ว่าการเกิดความผิดปกติของฟันในชุดฟันน้ำนมจะไม่ทำให้เกิดอันตรายก็ตาม แต่การเกิดความผิดปกติของฟันน้ำนมทำให้เกิดความผิดปกติของฟันแท้ที่ตามมาในสัดส่วนที่สูง ดังนั้นการตรวจและวินิจฉัยความผิดปกติของฟันเหล่านี้ได้จึงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อนำไปสู่แผนการรักษาที่เหมาะสม รายงานนี้มีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอผู้ป่วยที่มีฟันแฝดในชุดฟันน้ำนม 2 รายบริเวณฟันตัดซี่กลางและซี่ข้างบนซึ่งเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

คำสำคัญ: ความผิดปกติของฟัน ชุดฟันน้ำนม ฟันแฝด ผลต่อฟันแท้

Abstract

Dental anomalies of number and form may occur in the primary and permanent dentitions. Double teeth are an anomaly that is seen more frequently in the primary than the permanent dentition. The prevalence of double teeth in primary dentition ranges from 0.1% to 1.6%. Although anomalies in primary teeth are considered harmless, they could cause a high proportion of anomalies in succedaneous permanent teeth. Therefore, clinical and radiographic examinations which lead to a correct diagnosis are very important to a dentist to provide patients proper treatment. This article presents two cases of double teeth (in two biological siblings) involving maxillary primary central and lateral incisors along with a review of the literature.

Keywords: dental anomalies, primary dentition, double teeth, effect on succedaneous permanent dentition

Corresponding Author:

สุวรรณี ดวงรัตนพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ระดับ 8 สาขาทันตกรรมทั่วไป
ภาควิชาทันตกรรม ครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Suwannee Tuongratanaphan

Assistant Professor, Diplomate, Thai Board of General Dentistry
Branch of General Dentistry, Department of Family
and Community Dentistry, Faculty of Dentistry,
Chiang Mai University
E-mail: tnee60@gmail.com

บทนำ

ความผิดปกติของฟัน (dental anomalies) ไม่ว่าจะเป็นจำนวนหรือรูปร่างสามารถพบได้ทั้งในชุดฟันแท้และชุดฟันน้ำนม ซึ่งโดยทั่วไปพบได้ในชุดฟันแท้มากกว่าชุดฟันน้ำนม แต่การเกิดฟันแฝดหรือฟันที่เชื่อมติดกัน (double teeth, joined teeth, fused teeth หรือ dental twinning) ที่มีความผิดปกติของรูปร่างฟันพบในชุดฟันน้ำนมได้บ่อยกว่า ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดในการเกิดฟันแฝดแต่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติในการพัฒนาฟันโดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง^(1,2,3)

โดยปกติแล้วการเกิดฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมไม่ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรง แต่จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์จากการที่มีร่องในแนวตั้งระหว่างฟันที่เชื่อมติดกัน อาจทำให้เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดของส่วนโค้งแนวฟัน (dental arch) หรือส่งผลต่อความสวยงาม และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของการเกิดความผิดปกติของฟันแท้ที่เกิดขึ้นตามมาจากการที่มีความผิดปกติของฟันน้ำนม^(2,3,4,5)

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผู้ป่วยที่มีฟันแฝดในฟันน้ำนม 2 รายที่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน การตรวจ วินิจฉัยและการจัดการทางทันตกรรมในฟันน้ำนม รวมไปถึงความสัมพันธ์ต่อการเกิดความผิดปกติของฟันแท้ เพื่อให้ทันตแพทย์สามารถตระหนักได้ถึงความผิดปกตินี้ ให้การวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้าใจถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับฟันน้ำนมและผลที่จะเกิดตามมาในฟันแท้ได้

รายงานผู้ป่วย

กรณีที่ 1

เด็กหญิงอายุ 5 ปี 6 เดือน น้ำหนัก 15 กิโลกรัม ลักษณะทั่วไปปกติ (รูปที่ 1) ผู้ปกครองปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา มาพบทันตแพทย์ที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้วยอาการสำคัญคือ ปวดฟันกรามล่างด้านซ้าย ตรวจพบซี่ 74 ผุด้านใกล้กลางลิ้นใกล้ทะลุเนื้อเยื่อในฟัน ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวางแผนเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูล จากการตรวจภายในช่องปากเพิ่มเติมเพื่อรับการรักษาแบบต่อเนื่องทั้งปากพบ

ฟันผุอีกหลายซี่ทั้งฟันหน้าบน ฟันกรามน้ำนมบนและล่าง ตรวจพบซี่ 61 และ 62 มีลักษณะของฟันเชื่อมติดกันบริเวณด้านประชิดของฟัน พบฟันผุถึงเนื้อฟันด้านใกล้กลางและใกล้กลางของซี่ 61 และด้านใกล้กลางของซี่ 62 การสบฟันของฟันกรามน้ำนมทั้งสองข้างเป็นฟลัชเทอร์มินอลเพลน (flush terminal plane) ความสัมพันธ์ของฟันเขี้ยวน้ำนมทั้งสองข้างเป็นแบบที่ 1 ความสัมพันธ์ของฟันตัดน้ำนมพบการสบเหลื่อมแนวตั้ง (overbite) ร้อยละ 20 สบเหลื่อมแนวราบ (overjet) ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร และบริเวณฟันหน้าโดยทั่วไปมีช่องว่างระหว่างซี่ฟัน ซึ่งบริเวณระหว่างซี่ 51 และ 61 62 และ 63 พบขนาดช่องว่างกว้างกว่าบริเวณอื่นๆ เล็กน้อย จากภาพรังสีกัดสบ (รูปที่ 2) พบตัวฟันของซี่ 61 และ 62 เชื่อมติดกัน และพบฟันผุถึงบริเวณที่ฟันเชื่อมติดกัน โดยแต่ละซี่มีหนึ่งรากฟันและคลองรากฟันที่แยกออกจากกัน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ที่ฟันซี่ดังกล่าว ไม่มีปัญหาเรื่องการสบฟันและผู้ปกครองไม่ได้มีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องความสวยงาม ซี่ 61 และ 62 ได้รับการวินิจฉัยว่า ฟิวชั่นร่วมกับฟันผุ (fusion with dental caries)

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาทางทันตกรรมร่วมกับการส่งเสริมป้องกัน มีการรักษาประสาทดฟันร่วมกับการทำครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิมที่ฟันกรามน้ำนมทั้งบนและล่าง มีการถอนฟันที่ไม่สามารถบูรณะได้ร่วมกับการใส่เครื่องมือกันช่องว่างและอุดฟันอีกหลายซี่ ในส่วนของซี่ 61 และ 62 ที่พบฟันผุด้านประชิดของฟันซึ่งยังไม่ทะลุเนื้อเยื่อในฟันและยังไม่มีอาการเนื้อเยื่อในอีกเสบ มีแผนการรักษาโดยการอุดฟันและเนื่องจากรอยผุลึกใกล้ทะลุเนื้อเยื่อในฟันจึงได้ทำการปิดทับเนื้อเยื่อในโดยอ้อม (indirect pulp capping) ด้วยเรซินมอดิฟายด์กลาสไอโอโนเมอร์ (Vitrebond™) และอุดด้วยเรซินคอมโพสิต (3M ESPE Filtek Z100™ Pedo Shade) (รูปที่ 3 และ 4) ตลอดการรักษาทางทันตกรรมได้มีการเน้นย้ำการดูแลทำความสะอาดฟันโดยผู้ป่วยและผู้ปกครอง และได้ทำการถ่ายภาพรังสีปริทัศน์หลังจากการรักษา 6 เดือน (รูปที่ 5) พบว่าลักษณะทั่วๆ ไปทั้งขากรไกรบนและล่างปกติ พบหน่อฟันซี่อื่น ๆ ครอบยกเว้นบริเวณปลายรากฟันซี่ 62 ไม่พบหน่อฟันซี่ 22 แต่พบเงาที่บรัสซอบเขตชัดเจนลักษณะคล้ายซี่ฟันบริเวณโพรจิมุกด้านซ้าย จึงได้ทำการถ่ายภาพรังสีกัดสบบริเวณฟันหน้าบนเพิ่มเติมภายหลัง และจากภาพรังสีกัดสบไม่พบฟันซี่ 22 (รูปที่ 6) ทันตแพทย์ได้แจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบเนื่องจาก

อาจทำให้เกิดปัญหาตามมาได้หลายอย่างเช่น การเกิดช่องว่างในขากรรไกร เกิดปัญหาเรื่องความสวยงาม หรืออาจทำให้ซี่ 23 ขึ้นผิดแนวได้จากการที่ไม่มีซี่ 22 เป็นแนวนำในการขึ้น จากการตรวจเพื่อคงสภาพทุก 3 เดือนพบสภาพช่องปากโดยทั่วไปปกติ มีอนามัยช่องปากที่ดี วัสดุอุดของซี่ 61 และ 62 อยู่ในสภาพดี เหงือกโดยรอบไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ และจากภาพรังสีกัดสบของฟันหน้าบนหลังรับการรักษา 1 ปี พบรากฟันแน่นของฟันแผ่นซี่ 61 และ 62 มีการละลายปกติใกล้เคียงกับซี่ 51 และ 52 (รูปที่ 6)



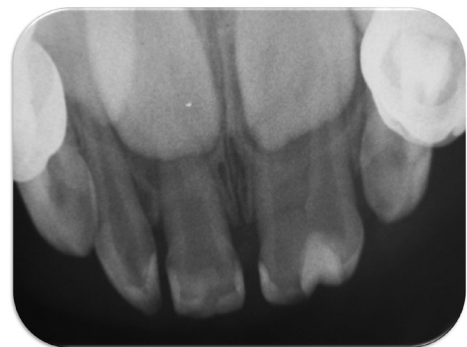
รูปที่ 1 ภาพถ่ายนอกช่องปากของผู้ป่วย
Figure 1 Extra-oral photographs



รูปที่ 2 ภาพรังสีกัดสบฟันหน้าบนก่อนการรักษา
Figure 2 Occlusal film of upper anterior teeth before treatment



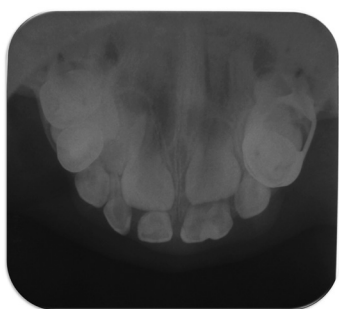
รูปที่ 3 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการรักษา
Figure 3 Intra-oral photographs after treatment



รูปที่ 4 ภาพรังสีกัดสบฟันหน้าบนหลังการรักษา
Figure 4 Occlusal film of upper anterior teeth after treatment



รูปที่ 5 ภาพรังสีปรีทัศน์หลังการรักษา 6 เดือน
Figure 5 Panoramic film six months after treatment



รูปที่ 6 ภาพรังสีกัดสบบริเวณฟันหน้าบนหลังการรักษา 12 เดือน

Figure 6 Occlusal film of upper anterior teeth 12 months after treatment

กรณีที่ 2

เด็กหญิงอายุ 2 ปี เป็นน้องสาวร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย รายที่ 1 ลักษณะทั่วไปปกติ ตรวจในช่องปากพบฟันดันทันม ขีบนที่เชื่อมติดกันโดยพบทั้งสองข้างทั้งซ้ายและขวา คือ ขี 51 เชื่อมติดกับขี 52 และขี 61 เชื่อมติดกับขี 62 โดยด้าน ไกลกลางของขี 52 และ 62 ซ่อนอยู่ด้านใกล้เพดานปากของ ขี 51 และ 61 ไม่พบฟันในช่องปากรวมถึงบริเวณฟันแฝด (รูปที่ 7) บริเวณอื่นๆ ในช่องปากไม่พบความผิดปกติทั้งรูปร่าง และจำนวนของฟัน จากภาพรังสีกัดสบของฟันหน้าบน พบว่าขี 51 เชื่อมติดกับขี 52 และขี 61 เชื่อมติดกับขี 62 โดยมีคลอง รากฟันและรากฟันที่แยกออกจากกัน (รูปที่ 8) และเนื่องจาก ผู้ปกครองรับทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดฟัน ผุหรือโรคปริทันต์ในฟันที่เชื่อมติดกัน จึงมีการทำความสะอาด ช่องปากและบริเวณฟันแฝดในผู้ป่วยทั้งสองรายได้ดี พบคราบ จุลินทรีย์เล็กน้อย ไม่พบการอักเสบของเหงือกและไม่พบฟัน ผุเพิ่มเติมเมื่อมาตรวจคงสภาพ

จากการซักประวัติบิดา มารดาของผู้ป่วยทั้งสองราย ปฏิเสธการมีฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมและปฏิเสธประวัติการมี ฟันแฝดของคนในครอบครัว จากการตรวจในช่องปากของ บิดามารดาไม่พบความผิดปกติทั้งรูปร่างและจำนวนในชุด ฟันแท้

บทวิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความผิดปกติของฟัน ไม่ว่าจะเป็นรูปร่างหรือจำนวนสามารถพบได้ทั้งในชุดฟันแท้



รูปที่ 7 ภาพถ่ายในช่องปากบริเวณฟันหน้าบนที่พบฟันแฝด ทั้งสองข้างของน้องสาวผู้ป่วย

Figure 7 Bilateral fused primary incisors of patient's younger sister



รูปที่ 8 ภาพรังสีกัดสบฟันหน้าบนของน้องสาวผู้ป่วย

Figure 8 Occlusal film of patient's younger sister

และฟันน้ำนมซึ่งโดยทั่วไปแล้วพบในชุดฟันแท้ได้บ่อยกว่า แต่ การเกิดลักษณะของฟันเชื่อมติดกันหรือฟันแฝดที่เป็นความ ผิดปกติของรูปร่างฟันสามารถพบในฟันชุดน้ำนมได้บ่อย กว่า^(1,2,3,4) มีรายงานการศึกษาความชุกของฟันแฝดในชุด ฟันน้ำนมในหลายประเทศ อยู่ที่ร้อยละ 0.1-1.6⁽⁶⁾ ได้แก่ ปี 1963 Moller⁽⁷⁾ รายงานการตรวจฟันเด็กอายุระหว่าง 2 ถึง 7 ปีจำนวน 609 รายในประเทศไอซ์แลนด์ พบฟันแฝด จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.2 ปี 1980 Jarvinen และ คณะ⁽⁸⁾ รายงานการตรวจฟันเด็กอายุระหว่าง 3 ถึง 4 ปีจำนวน 1,141 รายในประเทศฟินแลนด์พบฟันแฝดจำนวน 8 รายคิด เป็นร้อยละ 0.7 ปี 1984 Buenviaje และ Rapp⁽⁹⁾ รายงาน การตรวจฟันเด็กอายุระหว่าง 2 ถึง 12 ปีจำนวน 2,439 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบฟันแฝดจำนวน 9 รายคิดเป็นร้อย ละ 0.4 ในปี 1999 Aguilo และคณะ⁽¹⁰⁾ รายงานการตรวจ ฟันเด็กจำนวน 6,000 รายในประเทศสเปนพบฟันแฝดจำนวน 53 รายคิดเป็นร้อยละ 0.8

การเกิดฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมไม่พบความแตกต่างในแต่ละเพศ บริเวณที่พบบ่อย คือ ฟันหน้าล่างที่ฟันตัดและฟันเขี้ยว พบการเกิดฟันแฝดแบบข้างเดียว (unilateral) มากกว่าสองข้าง (bilateral)^(1,2,3,6,11) ปี 1987 Duncan และ Helpin⁽¹²⁾ ได้รายงานการศึกษาความชุกของฟันแฝดในฟันน้ำนมในหลายๆ ประเทศ พบว่าการเกิดฟันแฝดแบบข้างเดียวพบได้ร้อยละ 0.5 ในขณะที่ฟันแฝดแบบสองข้างพบได้ร้อยละ 0.02 ปี 2002 Knezevic และคณะ⁽⁴⁾ ได้รายงานการศึกษาแบบพหุปัจจัยฟันของผู้ป่วยเด็กจำนวน 3,517 ราย พบฟันแฝดจำนวน 7 ราย โดยแบ่งเป็นฟันแฝดแบบข้างเดียวจำนวน 6 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 85.7 จากจำนวนฟันแฝดทั้งหมด

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนในการเกิดฟันแฝด และมีหลายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุ เช่น การเกิดแรง (force) หรือแรงดัน (pressure) หรือการบาดเจ็บ (trauma) ที่ทำให้หน่อฟันที่กำลังพัฒนามายู่ชิดกันเกิดการตายของเนื้อเยื่อผิวซึ่งทำหน้าที่แยกหน่อฟันออกจากกันนำไปสู่การเชื่อมกันของฟัน การถ่ายทอดทางพันธุกรรม (hereditary) หรืออาจมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factor) อื่นๆ เช่น การได้รับแอลกอฮอล์ ได้รับยาธาไลโดไมด์ (thalidomide) ในขณะตั้งครรภ์หรือการขาดช่องว่างในขากรรไกร^(1,4,6,11,13,14) นอกจากนี้การเกิดฟันแฝดยังพบได้ในกลุ่มอาการ (syndrome) บางอย่าง เช่น กลุ่มอาการกอร์ลินโกลด์ซ (Gorlin-Goltz) กลุ่มอาการเอลลิสแวนเครเวลด์ (Ellis-van Creveld) เป็นต้น^(1,6)

การตรวจทางคลินิกและการถ่ายภาพรังสีหลายเทคนิคร่วมกัน เช่น ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน ภาพรังสีกัดสบหรือภาพรังสีปริทัศน์ จะช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม^(2,3)

ฟันแฝดพบได้ 4 ลักษณะคือ ฟิวชัน (fusion), เจมิเนชัน (gemination), คอนครีเซชัน (concrecence) และทวินนิ่ง (twining) (รูปที่ 9) โดยมีนิยามในแต่ละประเภทดังนี้^(4,6,11,15,16)

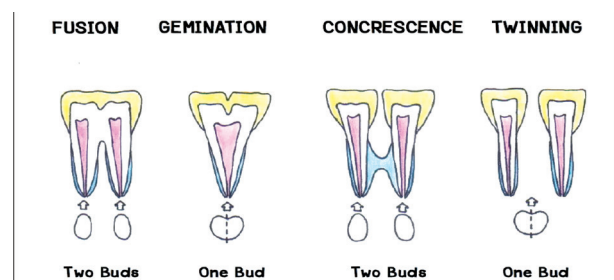
- **ฟิวชัน** เป็นลักษณะของการเชื่อมติดกันของสองหน่อฟันในช่วงที่ฟันกำลังพัฒนามาก่อนที่จะมีการพอกแร่ธาตุ (mineralization) ส่งผลให้เกิดการเชื่อมกันในส่วนของเนื้อฟัน (dentin) และอาจเชื่อมในส่วนของเคลือบฟัน (enamel) การเกิดฟิวชันสามารถพบได้ทั้งแบบสมบูรณ์และไม่สมบูรณ์

ขึ้นกับเวลาที่มีแรงมากระทำต่อหน่อฟันนั้น ฟันฟิวชันสามารถพบลักษณะของคลองรากฟันที่เชื่อมกันหรือแยกกันก็ได้ และมีความกว้างของฟันได้ตั้งแต่ขนาดเท่ากับฟัน 1 ซี่ จนถึง 2 ซี่

- **เจมิเนชัน** เป็นการพยายามที่จะแยกเป็นฟัน 2 ซี่ของหน่อฟัน 1 ซี่ ทำให้เกิดเป็นซี่ฟันที่มีขนาดใหญ่กว่าปกติ พบลักษณะตัวฟันมีรอยแยก (bifid crown) โดยทั่วไปมักพบคลองรากฟันและรากฟันเดียว

- **คอนครีเซชัน** เป็นการเชื่อมกันของหน่อฟัน 2 ซี่ คล้ายกับที่เกิดในฟิวชัน แต่จะเกิดเมื่อมีการสร้างตัวฟันเสร็จแล้ว จึงทำให้เกิดการเชื่อมในส่วนของเคลือบรากฟัน (cementum)

- **ทวินนิ่ง** คือ การเกิดการแบ่งตัวอย่างสมบูรณ์ของหน่อฟัน (complete gemination or cleavage) เกิดเป็นฟันสองซี่ที่มีลักษณะเหมือนกัน (equivalent)



รูปที่ 9 ลักษณะของฟันแฝดชนิดต่าง ๆ
Figure 9 Types of double teeth

ชนิดของฟันแฝดที่พบได้บ่อย คือ ฟิวชันและเจมิเนชัน หลายการศึกษาการเกิดฟันแฝดในฟันน้ำนมโดยพบฟันแฝดฟิวชันมากกว่าเจมิเนชัน ปี 1996 Nik-Hussein และ Majid⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาในเด็กจำนวน 65 รายที่มีความผิดปกติของฟันน้ำนมทั้งรูปร่างและจำนวนฟัน ได้แก่ จำนวนฟันเกิน จำนวนฟันน้อยกว่าปกติ และฟันแฝด พบว่าความผิดปกติชนิดฟันแฝดพบสูงสุดถึง 54 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 83 ซึ่งในจำนวนฟันแฝดที่พบนี้แบ่งเป็นฟันฟิวชันร้อยละ 94 และเจมิเนชันร้อยละ 6 ปี 2002 Knezevic และคณะ⁽⁴⁾ ได้ทำการศึกษาในแบบพหุปัจจัยฟันของผู้ป่วยเด็กจำนวน 3,517 ราย พบฟันแฝดร้อยละ 0.2 ในจำนวนนี้เป็นฟันฟิวชันร้อยละ 57.2 และเจมิเนชันร้อยละ 42.9 และปี 2011 Sekercia และคณะ⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาจากแบบบันทึกทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กจำนวน 4,619 ราย พบฟันแฝดในฟันน้ำนมร้อยละ 0.38

ในจำนวนนี้คิดเป็นฟันฟิวชั่นร้อยละ 95.4 และฟันเจมินเนชันร้อยละ 4.6

การแยกลักษณะของฟันฟิวชั่นออกจากเจมินเนชัน อาศัยการตรวจทางคลินิกและทางภาพรังสีร่วมกัน โดยให้พิจารณานับฟันผิดปกติที่มีการเชื่อมกันเป็น 1 ซี่ หากนับแล้วพบว่าจำนวนฟันในขากรรไกรนั้นมีจำนวนที่ลดลงหรือน้อยกว่าปกติให้พิจารณาเป็นฟันฟิวชั่น และหากนับแล้วพบว่าจำนวนฟันปกติให้พิจารณาเป็นเจมินเนชัน แต่อย่างไรก็ตามการแยกลักษณะของฟันโดยการนับจำนวนฟันไม่สามารถใช้ได้ในทุกกรณี เช่น ในกรณีมีฟันฟิวชั่นเกิดร่วมกับฟันเกิน หรือในกรณีที่เจมินเนชันเกิดในขากรรไกรที่มีจำนวนฟันที่น้อยกว่าปกติทำให้หลายการศึกษาแนะนำให้ใช้คำว่าฟันแฝดโดยไม่จำเป็นต้องแยกเป็นชนิดต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา^(1,4,5,15)

โดยปกติการเกิดฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมมักไม่มีอาการหรือเกิดอันตรายใดๆ จึงไม่ต้องการการรักษา แต่หลายๆ ครั้งพบว่ามีปัญหาเรื่องการเกิดฟันผุหรือโรคเหงือกอักเสบจากการที่มีลักษณะของร่องในแนวตั้งของฟันที่เชื่อมติดกันทำให้มีคราบจุลินทรีย์สะสมได้ง่าย ปัญหาในเรื่องของความสวยงามจากการที่มีรูปร่างผิดปกติ อาจเกิดการสบฟันที่ผิดปกติหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาดส่วนโค้งแนวฟัน การหลุดออกของฟันน้ำนมที่เป็นฟันแฝดอาจช้ากว่าปกติ (delayed exfoliation) จากขนาดของฟันใหญ่กว่าปกติส่งผลให้ฟันแท้ขึ้นช้าหรืออาจเกิดการขึ้นผิดตำแหน่งได้ (ectopic eruption) การรักษาฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมจึงเป็นการรักษาตามอาการ^(3,4,6,13,15) เช่น การเคลือบหลุมร่องฟันที่ร่องแนวตั้งเพื่อป้องกันฟันผุ การบูรณะฟันด้วยวัสดุอุดคอมโพสิทเรซินในกรณีที่พบฟันผุ และหากมีการพุทะลุเนื้อเยื่อในฟันให้ทำการรักษาประสาทฟันโดยใช้แนวคิดการรักษาในฟันหลายราก^(13,17) ส่วนการถอนฟันแฝดพิจารณาทำเมื่อฟันดังกล่าวหลุดช้ากว่าปกติขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ และการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันพิจารณาทำเมื่อเกิดปัญหาเรื่องของการบดเคี้ยวหรือมีผลต่อความสวยงามอย่างมากเท่านั้น^(6,11)

การเกิดความผิดปกติของฟันในชุดฟันน้ำนมไม่ว่าจำนวนหรือรูปร่างของฟันจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฟันแท้ที่ตามมาได้ในสัดส่วนที่สูง^(2,3,4,5,14) เช่น การขาดหายของฟัน (hypodontia) ในฟันน้ำนมจะส่งผลให้เกิดการขาดหายของฟันแท้ในบริเวณเดียวกันได้ถึงร้อยละ 75-100⁽²⁾ หรือการเกิดฟันเกินในฟันน้ำนมจะส่งผลให้เกิดฟันเกินของฟันแท้ใน

บริเวณเดียวกันได้ถึงร้อยละ 35-60⁽²⁾ และยังมีรายงานการขาดหายของฟันแท้ตามหลังจากการเกิดฟันเกินในฟันน้ำนมด้วย⁽⁵⁾ ส่วนการเกิดฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมมีรายงานการพบความผิดปกติของฟันแท้ได้ร้อยละ 30-50 ในชนผิวขาว (caucasian)⁽²⁾ และร้อยละ 75 ในชาวญี่ปุ่น⁽²⁾ ความผิดปกติของฟันแท้ที่พบตามมาจากการเกิดฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมได้แก่การขาดหายของฟันแท้ ฟันเกิน ฟันรูปหมุด (peg-shaped teeth) หรือการเกิดฟันแฝดซ้ำ (repeated double teeth) โดยการขาดหายของฟันแท้เป็นลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 50^(3,6) ในกรณีที่เกิดฟันแฝดของฟันตัดซี่ข้างและฟันเขี้ยวล่างมีรายงานถึงการขาดหายของฟันแท้ได้ร้อยละ 58.3 ถึง 100^(2,5) และหากเกิดฟันแฝดในฟันตัดซี่กลางและข้างจะพบการขาดหายไปของฟันแท้ได้น้อยกว่าโดยพบร้อยละ 37.5⁽²⁾ ในขณะที่การเกิดฟันรูปหมุดของฟันแท้มีรายงานว่าสัมพันธ์กับการเกิดฟิวชั่นในฟันตัดซี่กลางและฟันตัดซี่ข้างบน และหากจำนวนของฟันในขากรรไกรที่เกิดฟันแฝดมีจำนวนปกติก็อาจไม่พบความผิดปกติของจำนวนฟันแท้หรืออาจทำให้เกิดฟันเกินในชุดฟันแท้ก็ได้^(2,14)

จากรายงานผู้ป่วยทั้งสองรายมีการตรวจพบลักษณะฟันแฝดโดยที่ฟันตัดซี่กลางและซี่ข้างบนเชื่อมติดกัน ในผู้ป่วยรายที่หนึ่งพบเฉพาะข้างซ้าย แต่ในรายที่สองพบทั้งสองข้างซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้น้อยกว่าการเกิดข้างเดียว และเมื่อนับฟันที่ผิดปกติดังกล่าวเป็นหนึ่งในซี่ก็พบว่าจำนวนฟันในขากรรไกรบนมีจำนวนน้อยกว่าปกติทั้งสองรายจึงให้การวินิจฉัยฟันแฝดว่าเป็นฟันฟิวชั่น โดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของการเกิดความผิดปกตินี้ เนื่องจากการเกิดฟันแฝดในผู้ป่วยทั้งสองรายนี้มีการเชื่อมกันเฉพาะในส่วนของตัวฟันซึ่งฟันตัดน้ำนมซึ่งดังกล่าวมีการพัฒนาของตัวฟันตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์อายุประมาณ 4 เดือนจนถึงแรกเกิด⁽¹⁸⁾ จากการซักประวัติมารดาปฏิเสธการได้รับยา สารเคมีหรือแอลกอฮอล์รวมไปถึงการบาดเจ็บในช่วงตั้งครรภ์ ปฏิเสธการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกรตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยทั้งสองราย และเนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันจึงคาดว่าสาเหตุในการเกิดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม และมีการรายงานการพบฟันแฝดในพี่น้องและฝาแฝดในหลายการศึกษา^(3,10,15,19)

การจัดการทางทันตกรรมของฟันแฝดในชุดฟันน้ำนมเป็นการรักษาตามอาการ โดยในผู้ป่วยรายที่หนึ่งได้รับการ

อุดฟันด้วยวัสดุอุดคอมโพสิทเรซินโดยยังคงลักษณะของฟันที่เชื่อมติดกัน ส่วนในผู้ป่วยรายที่สองยังไม่พบฟันผุ การจัดการจึงเป็นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดฟันผุ โดยการให้คำแนะนำผู้ปกครองในการทำความสะอาดฟันให้กับผู้ป่วยทั้งสองราย พร้อมทั้งรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อคงสภาพการมีสุขภาพช่องปากที่ดีและเป็นการเฝ้าระวังถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับฟันแท้และฟันน้ำนม โดยปัญหาอย่างแรกที่อาจพบในผู้ป่วยรายที่หนึ่งคือ การหลุดออกของซี่ 61 และ 62 ที่ซีกขวาปากซึ่งทันตแพทย์อาจพิจารณาถอนฟันน้ำนมดังกล่าวเพื่อช่วยให้ฟันแท้ซี่ 21 ขึ้นได้ แต่จากภาพรังสีกัดสบแสดงให้เห็นถึงการละลายของรากฟันแฟดซี่ 61 และ 62 ใกล้เคียงกับซี่ 51 (รูปที่ 6) การจัดการจึงเป็นการติดตามเป็นระยะผลที่เกิดขึ้นกับฟันแท้ในผู้ป่วยรายที่หนึ่งในภาพรังสีปริทัศน์และภาพรังสีกัดสบ คือ การขาดหายของซี่ 22 ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาว่าการเกิดฟันแฟดในฟันน้ำนมสัมพันธ์กับการขาดหายของฟันแท้ที่ตามมา การขาดหายของฟันซี่ 22 อาจทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาหลายอย่าง เช่น เกิดช่องว่างในขากรรไกร เกิดการเบี่ยงเบนของแนวกลางฟันทำให้ไม่สวยงาม และอาจทำให้ซี่ 23 ขึ้นผิดแนวไปด้านใกล้เพดานปาก (palatal ectopic eruption) จากการไม่มีซี่ 22 ที่เป็นแนวนำในการขึ้นของฟัน^(20,21) โดยปกติฟันเขี้ยวแท่นขึ้นสู่ช่องปากเมื่ออายุประมาณ 11-12 ปี สามารถตรวจการขึ้นที่ผิดปกติของฟันเขี้ยวแท่นได้ตั้งแต่ก่อนฟันขึ้นในช่วงอายุ 8-11 ปี โดยการคลำและเปรียบเทียบกับฟันเขี้ยวด้านตรงข้าม หากไม่สมมาตรหรือไม่อยู่ในตำแหน่งที่ควรพบฟันให้ถ่ายภาพรังสีเพิ่มเติมเพื่อระบุตำแหน่งของฟันเขี้ยว เช่น ภาพรังสีปริทัศน์ภาพรังสีรอบปลายราก ภาพรังสีกัดสบหรือหลายอย่างร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ถ่ายภาพรังสีดังกล่าวในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปีเนื่องจากเนื่องจากหน่อฟันเขี้ยวแท่นยังคงมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งเพื่อแก้ไขให้มาอยู่ในตำแหน่งที่ปกติได้^(22,23,24,25) ดังนั้นการจัดการในผู้ป่วยรายนี้คือ การแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการติดตามผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวมา หากพบว่าซี่ 23 มีแนวโน้มขึ้นผิดแนวหรือฝังคุด ให้พิจารณาตามแนวทางในการจัดการที่มีหลายวิธี^(24,25) ได้แก่ การไม่ทำการรักษา การถอนฟันเขี้ยวน้ำนม การผ่าตัดเอาฟันเขี้ยวที่ฝังคุดออก การจัดฟัน การปลูกถ่ายฟัน (transplantation) ส่วนการจัดการกับฟันดัดแท้ซึ่งข้างบนที่ขาดหายมีหลายวิธี ได้แก่ การจัดฟันร่วมกับ

การใช้ฟันเขี้ยวมาทดแทน การใส่ฟันเทียมทดแทนเป็นต้น ซึ่งการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต้องมีการพิจารณาเป็นแบบองค์รวมเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สุขภาพโดยทั่วไป อายุ การสบฟัน ขนาดช่องว่างในขากรรไกร อนามัยช่องปาก ความร่วมมือและความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น

ในผู้ป่วยรายที่สองการจัดการเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับรายที่หนึ่ง คือ มีการติดตามเป็นระยะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาฟันผุหรือเหงือกอักเสบบริเวณฟันแฟดในชุดฟันน้ำนมและทำการถ่ายภาพรังสีปริทัศน์ในชุดฟันผสมที่มีการขึ้นของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งในช่วงอายุประมาณ 6-7 ปี⁽²⁶⁾ นอกจากช่วยให้เห็นลักษณะโดยรวมของขากรรไกรและฟันแล้วยังช่วยตรวจความผิดปกติของฟันแท้ที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการมีฟันแฟด เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

สรุป

ความผิดปกติของรูปร่างฟันในลักษณะของฟันแฟดสามารถพบได้บ่อยในชุดฟันน้ำนม การตรวจและวินิจฉัยที่ถูกต้องจะนำไปสู่แผนการรักษาที่เหมาะสมทั้งต่อฟันน้ำนมและฟันแท้ที่จะตามมา ดังนั้นทันตแพทย์จึงควรมีความรู้เพื่อนำไปสู่การจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมตามแต่ละช่วงเวลา รวมไปถึงการทำความเข้าใจกับผู้ปกครองให้รับทราบถึงปัญหาและร่วมวางแผนการรักษากับทันตแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Schuur AHB, Van Loveren C. Double teeth: Review of the literature. *J Dent Child* 2000; 67(5): 313-325.
2. 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: 15-19.
3. Guimaraes Cabral LA, Firoozmand LM, Dias Almeida J. Double teeth in primary dentition: Report of two clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13: E77-80.
4. Knezevic A, Travan S, Tarle Z, Sutalo J, Jankovic B, Ciglar I. Double Tooth. *Coll Antropol* 2002; 26(2): 667-672.

5. Gellin ME. The distribution of anomalies of primary anterior teeth and their effect on the permanent successors. *Dent Clin North Am* 1984; 28: 69-80.
6. Sekerci A, Sisman Y, Ekizer A, Sahman H, Gumus H, Aydinbelge M. Prevalence of double (fused/geminated) primary teeth in turkey – a study. *Pakistan Oral & Dental Journal* 2011; 31: 7-13.
7. Moller P. Oral health survey of preschool children in Iceland. *Acta Odontol Scand* 1963; 21: 47-97.
8. Jarvinen S, Lehtinen L, Milen A. Epidemiologic study of joined primary teeth in Finnish children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 4: 201-202.
9. Buenviaje TM, Rapp R. Dental anomalies in children: A clinical and radiographic survey. *J Dent Child* 1984; 51: 42-46.
10. Aguilo L, Gandia JL, Cibrian R, Catala M. Primary double teeth. A retrospective clinical study of their morphological characteristics and associated anomalies. *Int J Paediatr Dent* 1999; 9: 175-183.
11. Kulkarni VK, Ragavendra TR, Deshmukh J, Vanka A, Duddu MK, Patil AKG. Endodontic treatment and esthetic management of a primary double tooth with direct composite using silicone buildup guide. *Contemp Clin Dent* 2012; 3: S92–S95.
12. Duncan W, Helpin M. Bilateral fusion and germination: a literature analysis and case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 82-87.
13. Tuna EB, Yildirim M, Seymen F, Gencay K, Ozgen M. Fused teeth : a review of the treatment options. *J Dent Child* 2009; 76: 109-116.
14. Hamasha AA, Al-Khateed T. Prevalence of fused and geminated teeth in Jordanian adults. *Quintessence Int* 2004; 35: 556-559.
15. Levitas TC. Gemination fusion, twinning and concrescence. *J Dent Child* 1965; 32: 93-100.
16. Chaudhry SI, Sprawson NJ, Howe L, Nairn RI. Dental twinning. *Br Dent J* 1997; 182(5): 185-188.
17. Santos LM, Forte FDS, Rocha MJC. Pulp therapy in a maxillary fused primary central incisor - Report of a case. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13(4): 274-278.
18. Schour I, Massler M. The development of the human dentition. *J Am Dent Assoc* 1941; 28(7): 1153-1160.
19. Nik-Hussein NN, Salcedo AH. Double teeth with hypodontia in identical twins. *J Dent Child* 1987; 54(3): 179-181.
20. Peck S, Peck L, Kataja M. Prevalence of tooth agenesis and peg-shaped maxillary lateral incisor associated with palatally displaced canine (PDC) anomaly. *Amer J Orthod Dentofacial Orthop* 1996; 110: 441-443.
21. Kennedy DB. Orthodontic management of missing teeth. *J Can Dent Assoc* 1999; 65: 548-550.
22. Ericson S and Kurol J. Radiographic assessment of maxillary canine eruption in children with clinical signs of eruption disturbance. *Eur J Orthod* 1986; 8: 133-140.
23. Ericson S and Kurol J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1987; 91: 483-492.
24. Ericson S, Kurol J. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. *Eur J Orthod* 1988; 10: 283-295.
25. McSherry PF. The assessment of and treatment options for the buried maxillary canine. *Dent Update* 1996; 23(1): 7-10.
26. American Dental Association Council on Scientific Affairs. The use of dental radiographs: Update and recommendations. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(9): 1304-1312.