

ความชุกของเดนส์ อีแวจิเนตัสในฟันกรามน้อยในเด็กนักเรียน มัธยมไทยกลุ่มหนึ่ง

ขวัญชนก อยู่เจริญ* เสรีนา สิริรัตน์ สุกุลณะมรรคา* วัลลภวิชญ์ วิสุทธิศักดิ์*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของฟันเดนส์ อีแวจิเนตัส ในฟันกรามน้อย ในเด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) จำนวนทั้งสิ้น 1,369 คน พบว่าความชุกของฟันเดนส์ อีแวจิเนตัสในฟันกรามน้อยของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาเท่ากับร้อยละ 2.35 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.6:1 จากการวิเคราะห์ทางสถิติไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 53.85 ของเด็กที่ตรวจมีฟันเดนส์ อีแวจิเนตัสมากกว่า 1 ซี่ และ พบฟันกรามน้อยที่มีเดนส์ อีแวจิเนตัส ทั้งสองข้าง 11 คน (คิดเป็นร้อยละ 42.3) พบในฟันกรามน้อยล่างมากกว่าฟันกรามน้อยบน ในอัตราส่วน 2.9:1

คำสำคัญ : ความชุก เดนส์ อีแวจิเนตัส เด็กนักเรียน ไทย

The Prevalence of Dens Evaginatus in a group of Thai secondary schoolchildren.

Kwanchanok Youcharoen* Serena Sirarat Sakulnamanka* Wallapit Wisuttisak*

Abstract

The objective of this study was to determine the prevalence of dens evaginatus in Thai schoolchildren. A total of, 1369 children in Srinakharinwirot university Prasarnmit demonstration school (secondary) were examined for the presence of dens evaginatus in permanent premolars. The prevalence of dens evaginatus was 2.35 %. The male to female ratio was 1.6:1. There was no statistically significant difference between the prevalence found in male and female ($p>0.05$). Fifty three percents of dens evaginatus children had more than one affected tooth. Bilateral involvement was found in 11 children (42.3%). Mandibular premolars were affected more than maxilla premolars in a ratio of 2.9:1.

Key words : Prevalence, Dens evaginatus, Schoolchildren, Thai

**Lecturer, Department of Pedodontics and Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University 114 Sukhumvit 23 Wattana Bangkok 10110 Tel. (02) 664-1000 Ext 15085-6 Fax. (02) 664-1882 Email: wallapit@hotmail.com*

บทนำ

เดนส์ อีแวกจินตัส (dens evaginatus: DE) เป็นความผิดปกติของฟันที่มีการสร้างปุ่มเกิน (accessory cusp) หนุนขึ้นมาจากด้านบดเคี้ยว ซึ่งปุ่มนูนนี้จะประกอบด้วยองค์ประกอบเหมือนฟันปกติ ได้แก่ เคลือบฟัน เนื้อฟัน และเนื้อเยื่อในโพรงฟัน ซึ่งระยะของเนื้อเยื่อภายในโพรงฟันนั้นมีหลายระดับตั้งแต่ยื่นขึ้นไปเล็กน้อย จนถึงยอดปุ่มฟัน [1] โดยมีการรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1892 [2] และมีชื่อเรียกต่างๆ กันไป เช่น อีแวกจินตัส โอดอนโตมา (evaginatus odontoma) ทิวเบอร์คิวเลตเตดคัสป (tuberculated cusp) ฟันกรามน้อยลีอง (Leong's premolar) จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1967 Oehler [3] ได้แนะนำให้ใช้ชื่อ เดนส์ อีแวกจินตัส และนิยมใช้ต่อกันมาจนปัจจุบัน

เดนส์ อีแวกจินตัส สามารถพบได้หลายรูปร่าง เช่น รูปหยดน้ำ (drop) รูปหัวนม (nipple) รูปกรวยแหลม (pointed) หรือรูปทรงกระบอก (cylindrical cone) ที่มีขนาดแตกต่างกันไป [4] ฟันที่พบเดนส์ อีแวกจินตัส บ่อย ได้แก่ ฟันกรามน้อย [5-8] แต่สามารถ พบได้ใน ฟันกราม [7, 9] ฟันเขี้ยวและฟันหน้า ซึ่งมักเรียกว่า ปุ่มทาลอน (talon cusp) [10-12] ตำแหน่งที่พบได้แก่ บริเวณสันนูนด้านลิ้นของปุ่มฟันด้านแก้ม หรือที่บริเวณร่องกลางด้านบดเคี้ยว (central groove) [4, 7]

สาเหตุของการเกิดเดนส์ อีแวกจินตัส ไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าเกิดจากการยกตัวผิดปกติของเยื่อบุผิวเคลือบฟันภายใน (inner enamel epithelium) ขณะที่ฟันสร้างตัวในระยะคล้ายระฆัง (bell stage) ทำให้เกิดปุ่มนูนขึ้นมาจากด้านบดเคี้ยวของฟัน [13] จากการศึกษาพบว่าน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม [14, 15] เนื่องจากมีการรายงานที่แสดงถึงการถ่ายทอดทางโครโมโซมออโตโซมแบบลักษณะเด่น (autosomal dominant) และถ่ายทอดทางโครโมโซมเอ็กซ์ (X-linked dominant) แบบลักษณะเด่น [16, 17] และบางสมมติฐานกล่าวว่าอาจเกิดจากการที่ฟันที่กำลังสร้างได้รับแรงกระแทก เช่น จากการได้รับอุบัติเหตุ [18]

รายงานความชุกของการเกิดเดนส์ อีแวกจินตัส พบได้ตั้งแต่ ร้อยละ 1.01 – 6.4 พบบ่อยในเชื้อสายมองโกลอยด์ ได้แก่ จีน มาเลย์ ไทย ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ อินเดีย และ เอสกิโม [5-7, 17, 19-23] สำหรับการศึกษาคความชุกของเดนส์ อีแวกจินตัสในไทยมีรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1974 โดย Reichart และ Tantiniran [7] ได้ตรวจผู้ป่วยที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 5,696 คน อายุระหว่าง 10-76 ปี พบว่ามีความชุกร้อยละ 1.01 ต่อมา อรรถนารถ [19] ทำการสำรวจในเด็กนักเรียนอายุ 9-15 ปี จำนวน 3,969 คน ในเขตบางชน กรุงเทพมหานคร พบความชุกร้อยละ 1.79 การศึกษาของ สุขอร่าม [20] สำรวจในเด็กนักเรียนอายุ 11-17 ปี จำนวน 1,141 คน ในเขตบางแค กรุงเทพมหานคร พบความชุกร้อยละ 1.8 และการศึกษาของสุขสมัย [23] ซึ่งทำการสำรวจฟันเด็กนักเรียน อายุ 9-18 ปี ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 9,279 คน พบความชุกร้อยละ 3.2

ปัญหาที่สำคัญของฟันเดนส์ อีแวกจินตัส คือ การแตกหัก หรือการสึกของปุ่มฟันที่หนุนสูงขึ้นมาจากด้านบดเคี้ยว ทำให้เกิดการเผยตัวของเนื้อเยื่อในฟัน และก่อให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในฟันและเป็นพยาธิสภาพที่ปลายรากฟันตามมา [24, 25] ดังนั้น หากสามารถวินิจฉัยฟันเหล่านี้ได้และให้การรักษาที่เหมาะสมก่อนที่จะหักหรือสึกไปจะมีประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากในปัจจุบันมีวิธีการรักษาเชิงป้องกัน ซึ่งไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาไม่นานแทนที่จะปล่อยทิ้งไว้และรอให้เกิดพยาธิสภาพที่ปลายราก ซึ่งการรักษาในกรณีหลังนี้จะยุ่งยาก ใช้เวลานาน และผลการรักษาไม่แน่นอน

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความชุกของฟันเดนส์ อีแวกจินตัส แยกตามเพศ ซึ่งฟัน และตำแหน่งที่พบ เนื่องจากยังมีการศึกษาในประเทศไทยไม่มากนัก และมีเพียงการศึกษาเดียวที่มีการสำรวจตำแหน่งของเดนส์ อีแวกจินตัส เพื่อข้อมูลที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับทันตแพทย์ในการตรวจ วินิจฉัยฟันเหล่านี้ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional study) โดยศึกษานักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) จำนวนทั้งสิ้น 1,369 คน เป็นนักเรียนชาย 629 คน และ หญิง 767 คน นักเรียนทุกคนที่จะเข้ารับการตรวจฟันต้องได้รับจดหมายยินยอมให้ตรวจฟันจากผู้ปกครอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีฟันกรามน้อยครบทั้ง 8 ซี่ และยังไม่ได้รับการบูรณะ เคลือบหลุมร่องฟัน หรือถอน จำนวน 1,107 คน ทำการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมมาตรฐานแล้ว จำนวน 2 คน และทำการตรวจซ้ำร้อยละ 10 ของเด็กที่ได้รับการตรวจทั้งหมดเพื่อวัดความเที่ยงระหว่างบุคคลของผู้ตรวจ (inter examiner) ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.87 และผู้ตรวจคนเดียวกันโดยการวัดซ้ำ (Intra - examiner) ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.91 อุปกรณ์ที่ใช้ตรวจ ได้แก่ แก้วทำฟัน ไฟส่องปาก กระจกตรวจช่องปาก (mouth mirror) เครื่องมือตรวจฟัน (explorer) กระจกฉีดน้ำ และลม (triple syringe) และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นเรียน และแบบบันทึกฟันกรามน้อย ตำแหน่ง และการสึกของปุ่มเดนส์ อีแวกจินตัสที่ตรวจพบ โดย รวมการสึกทั้งในระดับเคลือบฟัน ระดับเนื้อฟัน หรือการหักไปทั้งหมด นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเอสพีเอสเอสเวอร์ชัน 11.5 (SPSS for window version 11.5) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) และสถิติไค

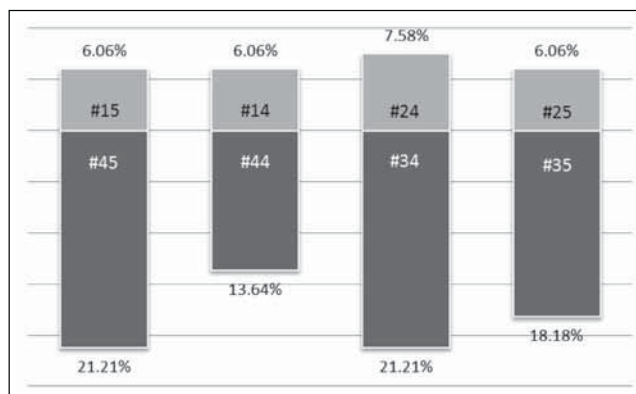
แควร์ (chi square) หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการตรวจพบเดนส์ อีแวกจินตัส ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการทดลอง

จากจำนวนเด็กนักเรียนที่ตรวจทั้งสิ้น 1,396 คน มีนักเรียนที่ฟันกรามน้อยครบทั้ง 8 ซี่ เท่ากับ 1,107 คน เป็นนักเรียนชาย 527 คน และนักเรียนหญิง 580 คน อายุระหว่าง 12-18 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 15.06 ± 1.80 ปี ตรวจพบเดนส์ อีแวกจินตัส 26 คน คิดเป็นร้อยละ 2.35 เป็นเพศชาย 16 คน เพศหญิงเท่ากับ 10 คน อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1.6:1 จากการวิเคราะห์ทางสถิติ ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ($p > 0.05$) ร้อยละ 53.85 ของนักเรียนที่ตรวจพบฟันเดนส์ อีแวกจินตัส มีฟันเดนส์ อีแวกจินตัสมากกว่า 1 ซี่ นอกจากนี้มีนักเรียนจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 ที่มีเดนส์ อีแวกจินตัสทั้งสองข้าง (bilateral involvement) และพบทั้งในฟันกรามน้อยบนและล่าง

จากการวิเคราะห์ในระดับซี่ฟัน พบฟันกรามน้อยที่มีเดนส์ อีแวกจินตัสทั้งสิ้น 66 ซี่ เป็นฟันกรามน้อยบน 17 ซี่ ฟันกรามน้อยล่าง 49 ซี่ คิดเป็นอัตราส่วนฟันล่างต่อฟันบน 2.9:1

ฟันที่พบเดนส์ อีแวกจินตัสได้บ่อยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ฟันกรามน้อยล่างซี่ที่สอง พบร้อยละ 39.39 ฟันกรามน้อยล่างซี่ที่หนึ่ง พบร้อยละ 34.85 ฟันกรามน้อยบนซี่ที่หนึ่ง พบร้อยละ 13.64 ฟันกรามน้อยบนซี่ที่สอง พบร้อยละ 12.12 (รูปที่ 1)

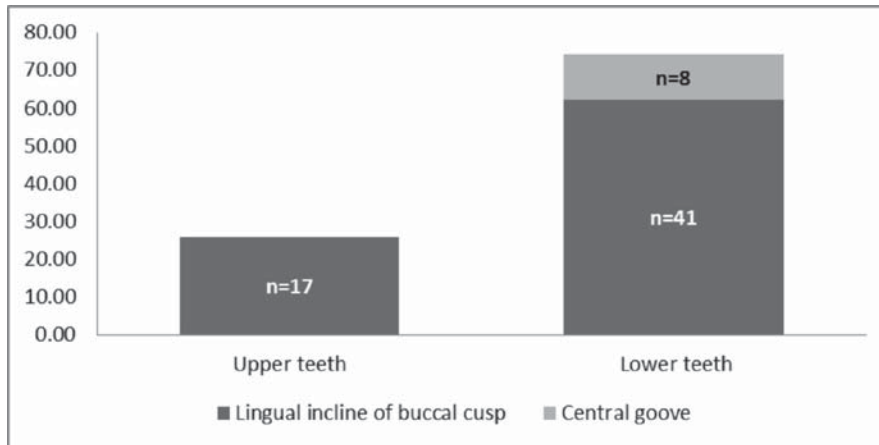


รูปที่ 1 การกระจายของฟันกรามน้อยที่ตรวจพบ เดนส์ อีแวกจินตัส

Figure 1 The distribution of dens evaginatus in premolars

ในฟันกรามน้อยบนที่มีเดนส์ อีแวจิเนตัส ทั้ง 17 ซี่ พบปุ่มที่บริเวณสันฐานด้านลิ้นของปุ่มฟันด้านแก้ม (ร้อยละ 100) ส่วนในฟันกรามน้อยล่างจำนวน 49 ซี่

พบที่บริเวณสันฐานด้านลิ้นของปุ่มฟันด้านแก้ม จำนวน 41 ซี่ (ร้อยละ 86.73) และที่บริเวณร่องกลางด้านบดเคี้ยว จำนวน 8 ซี่ (ร้อยละ 16.33) (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ตำแหน่งที่ตรวจพบเดนส์ อีแวจิเนตัสในฟันกรามน้อยบนและล่าง

Figure 2 The location of dens evaginatus in premolars

ตารางที่ 1 แสดงการสึกของเดนส์ อีแวจิเนตัส พบว่า ร้อยละ 66.67 มีการสึกกร่อนไป โดยทั้งหมด

สึกกร่อนในระดับเผยถึงเนื้อฟัน (dentin exposed) ฟันกรามน้อยล่างมีอัตราการสึกมากกว่าฟันกรามน้อยบน

ตารางที่ 1 การสึกกร่อนของเดนส์ อีแวจิเนตัส แยกตามซี่ฟัน

การสึกกร่อนของเดนส์ อีแวจิเนตัส	ฟันกรามน้อยบนซี่ (ร้อยละ)	ฟันกรามน้อยล่างซี่ (ร้อยละ)	รวมซี่ (ร้อยละ)
ไม่พบการสึกกร่อน	7 (58.82)	15 (30.61)	22 (33.33)
พบการสึกกร่อน	10 (41.18)	34 (69.38)	44 (66.67)
รวม	17	49	66 (100)

บทวิจารณ์

ความชุกของเดนส์ อีแวจิเนตัส ที่พบในการศึกษานี้ เท่ากับ 2.35 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่างความชุกที่พบจากการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทย (ตารางที่ 2) การศึกษาในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการบูรณะหรือเคลือบหลุมร่องฟันมาก่อนและมีอายุอยู่ในช่วง 12-18 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันกรามน้อยขึ้นมากในช่องปากไม่นาน จึงน่าจะตรวจได้อย่างแม่นยำและได้ค่าความชุกที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ

กับการศึกษาของ Reichart และ Tantiniran [7] ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 10 – 76 ปี ที่ปุ่มฟันอาจสึกไปแล้ว จึงตรวจได้ยาก แต่อย่างไรก็ตาม มีนักเรียนจำนวนหนึ่งที่ถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการบูรณะเคลือบหลุมร่องฟัน หรือถอนฟันกรามน้อยมาแล้ว ซึ่งอาจมีฟันเดนส์ อีแวจิเนตัสถูกคัดออก ทำให้ค่าความชุกที่ได้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการศึกษาดেন্টส์ อีแวจิเนตส์ ในประเทศไทย

การศึกษา	ความชุก (%)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	อายุกลุ่มตัวอย่าง (ปี)	ชาย:หญิง	ฟันล่าง: ฟันบน
Reichart and Tantiniran (7)	1.01	5696	10-76	1:1.8	5.3:1
อรัญนารด (19)	1.79	1797	9-15	1:1.9	12.8:1
สุขอร่าม (20)	1.8	1141	11-17	1:1.2	2.3:1
สุขสมัย (23)	3.2	9279	9-18	1:1.1	8:1
การศึกษานี้	2.35	1107	12-18	1.6:1	2.8:1

การศึกษาในครั้งนี้ พบดেন্টส์ อีแวจิเนตส์ ในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง ซึ่งเหมือนกับ Bedi และ Pitts [6] ซึ่งศึกษาในประเทศฮ่องกง และ Yip [5] ซึ่งศึกษาในประเทศสิงคโปร์ แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทย ซึ่งจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย [7, 19, 20, 23] อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$)

การกระจายของฟันดেন্টส์ อีแวจิเนตส์ เหมือนกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา คือพบที่ฟันกรามน้อยล่างมากกว่าฟันกรามน้อยบน [5-7, 19, 20, 23, 26] มีเพียงการศึกษาของ Curzon และคณะ [17] ที่พบในฟันกรามน้อยบนมากกว่าฟันกรามน้อยล่างถึงสองเท่า ฟันที่พบมากที่สุดได้แก่ ฟันกรามน้อยล่างซี่ที่สอง รองมา

คือ ฟันกรามน้อยล่างซี่ที่หนึ่ง ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาส่วนใหญ่ (ตารางที่ 3) ผลวิจัยส่วนใหญ่ [5-7, 19, 20, 23, 26] มักพบดেন্টส์ อีแวจิเนตส์ ทั้งสองข้างในซากรรไกโร (bilateral involvement) ตรงกับที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบทั้งสองข้าง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 และกว่าครึ่งของนักเรียนที่พบมีดেন্টส์ อีแวจิเนตส์ จะพบมากกว่า 1 ซี่ในช่องปาก ดังนั้นหากทันตแพทย์ตรวจพบฟันดেন্টส์ อีแวจิเนตส์ ซี่ใดซี่หนึ่งในช่องปาก ควรตรวจซี่อื่นๆ โดยเฉพาะในฟันฝั่งตรงข้ามอย่างรอบคอบ เพราะถ้าปุ่มฟันนั้นสึกไปจะทำให้ตรวจได้ยากขึ้น การใช้ไฟที่มีความสว่างอย่างเพียงพอ และการเป่าให้ฟันแห้งจะทำให้เห็นร่องรอยของปุ่มฟันที่สึกไปได้ชัดเจนขึ้น

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการกระจายของดেন্টส์ อีแวจิเนตส์ ในฟันกรามน้อย

การศึกษา	ฟันกรามน้อยล่าง (%)		ฟันกรามน้อยบน (%)		พบสองข้าง (%)
	#5	#4	#5	#4	
Reichart and Tantiniran (7)	84.21		15.78		68
Yip(5)	36.8	47.4	7.0	8.8	70.83
Curzon และคณะ (17)	21.2	12.1	30.3	36.4	33.33
อรัญนารด (19)	50.72	42.03	4.35	2.9	59.38
สุขอร่าม (20)	48.65	21.62	10.81	18.92	23.81
สุขสมัย (23)	49.5	38.4	6.7	3.6	-
การศึกษานี้	39.39	34.85	13.64	12.12	42.3

เดนส์ อีแวจินเตส สามารถพบได้ทั้งบริเวณสันนูนด้านล้นของปุ่มฟันด้านแก้ม และที่บริเวณร่องกลางด้านบดเคี้ยว จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าสันนูนด้านล้นของปุ่มฟันด้านแก้ม (ร้อยละ 87.88) โดยในฟันกรามน้อยบนทั้งหมดพบที่สันนูนด้านล้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุขอร่าม [20] ที่พบในบริเวณร่องกลางด้านบดเคี้ยวมากกว่า (ร้อยละ 59.46)

การศึกษาพบการสึกกร่อนของปุ่มฟันร้อยละ 66.67 โดยพบการสึกที่ฟันกรามน้อยล่างมากกว่าฟันบน อัตราการสึกที่พบนี้ต่ำกว่าที่พบจากการศึกษาอื่นในช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน Bedi และ Pitts [6] พบการสึกหรือแตกหักที่ปุ่มฟันร้อยละ 82.45 เช่นเดียวกับ Yip [5] พบร้อยละ 82.5 น่าจะอธิบายได้จากการที่การศึกษาคัดเลือกเฉพาะฟันกรามน้อยที่ยังไม่ได้รับการบูรณะและเคลือบหลุมร่องฟันแล้วเท่านั้น จึงอาจมีนักเรียนส่วนหนึ่งที่ปุ่มฟันสึกหรือหักไป และได้รับบูรณะไปแล้ว ถูกตัดออกจากการศึกษา และจากรายงานของ Reichart and Tantiran [7] พบฟันเดนส์ อีแวจินเตส ที่สึกกร่อนและไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน (electric pulp test) ถึงร้อยละ 27 ใกล้เคียงกับ Yip [5] ที่พบร้อยละ 26.3 โดย Yip [5] และ Chen [27] พบพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในฟันที่ฟันกรามล่างซึ่งที่สองมากที่สุด สอดคล้องกับ อรัญนารถ [19] ที่พบว่าฟันที่มีพยาธิสภาพทั้งหมดเป็นฟันกรามน้อยล่าง และพบที่ฟันกรามน้อยล่างซึ่งที่สอง (ร้อยละ 7.25) มากกว่าฟันกรามน้อยล่างซึ่งที่หนึ่ง (ร้อยละ 4.35) ซึ่ง อรัญนารถได้ให้คำอธิบายว่าน่าจะเกิดจากการที่ปุ่มฟันที่ฟันกรามน้อยล่างซึ่งที่สองมักยื่นสูงกว่าอื่นจึงทำให้แตกหักมากกว่า

การรักษาทางคลินิกของฟันที่ยังไม่มีพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในฟันมีหลายแนวทาง เช่น การค้ำยกรอปุ่มนูน เพื่อกระตุ้นให้เกิดเนื้อฟันทุติยภูมิ (secondary dentin) [24, 27] การกรอปุ่มนูนและทำการรองฟันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์และบูรณะด้วยวัสดุชนิดต่างๆ เช่น อมัลกัม [28] และคอมโพสิตเรซิน [26, 29] Sim [26] ทำการศึกษาเปรียบเทียบการอุดป้องกันฟันเดนส์ อีแวจินเตส ด้วยวัสดุ 2 ชนิด เป็นเวลา 2 ปี พบว่า

ฟันที่ได้รับการกรอปุ่มฟันและรองฟันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ร่วมกับบูรณะด้วยคอมโพสิตเรซินมีพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในฟันเกิดขึ้นเพียงร้อยละ 0.52 เมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการบูรณะด้วยวัสดุอมัลกัม (ร้อยละ 5.37) และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 3.65) ดังนั้น แนวทางการรักษาในปัจจุบัน จึงแนะนำให้ทำการกรอปุ่มฟัน รองฟันด้วยวัสดุรองฟัน และ บูรณะด้วยคอมโพสิตเรซินก่อนที่จะมีอาการ การรักษาเชิงป้องกันนี้ไม่ยุ่งยากใช้เวลาไม่นาน และผลสำเร็จค่อนข้างแน่นอน หากไม่ทำการรักษาปล่อยให้ฟันเกิดพยาธิสภาพที่ปลายราก การรักษาจะยุ่งยาก ใช้เวลานาน และผลการรักษาไม่แน่นอน

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า เดนส์ อีแวจินเตส เป็นความผิดปกติที่พบได้ในฟันกรามน้อยของเด็กไทย และมีโอกาสจะพบทั้งสองข้างของขากรรไกร และหากทันตแพทย์สามารถตรวจ และให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่ฟันเพิ่งเริ่มขึ้นมาในช่องปาก หรือก่อนเกิดการสึกกร่อนของปุ่มฟัน และให้การรักษาอย่างเหมาะสมจะลดโอกาสเกิดพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในฟันได้อย่างมาก

บทสรุป

ความชุกของเดนส์ อีแวจินเตส ในฟันกรามน้อยของเด็กนักเรียน โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) อายุระหว่าง 12-18 ปี เท่ากับร้อยละ 2.35 เพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีมากกว่าหนึ่งซี่ในช่องปาก พบได้บ่อยที่ฟันกรามน้อยล่างมากกว่าฟันกรามน้อยบน 2.9 เท่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณาจารย์และนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) และ บุคลากรภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมป้องกัน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Neville B DD, Allen C, Bouquot J. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002.
2. Michell W. Case report. Dent Cosmos 1892; 34: 1036.
3. Oehlers FA, Lee KW, Lee EC. Dens evaginatus (evaginated odontome). Its structure and responses to external stimuli. Dent Pract Dent Rec 1967; 17(7): 239-244.
4. Merrill RG. Occlusal Anomalous Tubercles on Premolars of Alaskan Eskimos and Indians. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1964; 17: 484-496.
5. Yip WK. The prevalence of dens evaginatus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974 ; 38(1): 80-87.
6. Bedi R, Pitts NB. Dens evaginatus in the Hong Kong Chinese population. Endod Dent Traumatol 1988; 4(3): 104-107.
7. Reichart P, Tantiran D. Dens evaginatus in the Thai. An evaluation of fifty-one cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975; 39(4): 615-621.
8. Tsai SJ, King NM. A catalogue of anomalies and traits of the permanent dentition of southern Chinese. J Clin Pediatr Dent 1998; 22(3): 185-194.
9. Morinaga K, Aida N, Asai T, Tezen C, Ide Y, Nakagawa K. Dens evaginatus on occlusal surface of maxillary second molar: a case report. Bull Tokyo Dent Coll 2010; 51(3): 165-168.
10. Dankner E, Harari D, Rotstein I. Dens evaginatus of anterior teeth. Literature review and radiographic survey of 15,000 teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996; 81(4): 472-475.
11. Lomcali G, Hazar S, Altinbulak H. Talon cusp: report of five cases. Quintessence Int 1994; 25(6): 431-433.
12. Mellor JK, Ripa LW. Talon cusp: a clinically significant anomaly. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1970; 29(2): 225-228.
13. Tratman EK. An unrecorded form of the simplest type of the dilated composite odontome. Br Dent J 1949; 86(11): 271-275.
14. de Siqueira VC, Braga TL, Martins MA, Raitz R, Martins MD. Dental fusion and dens evaginatus in the permanent dentition: literature review and clinical case report with conservative treatment. J Dent Child (Chic) 2004; 71(1): 69-72.
15. Levitan ME, Himel VT. Dens evaginatus: literature review, pathophysiology, and comprehensive treatment regimen. J Endod 2006; 32(1): 1-9.
16. Stewart RE, Dixon GH, Graber RB. Dens evaginatus (tuberculated cusps): genetic and treatment considerations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1978; 46(6): 831-836.
17. Curzon ME, Curzon JA, Poyton HG. Evaginated odontomes in the Keewatin Eskimo. Br Dent J 1970; 129(7): 324-328.
18. Davis PJ, Brook AH. The presentation of talon cusp: diagnosis, clinical features, associations and possible aetiology. Br Dent J 1986; 160(3): 84-88.
19. Arunyanart o. Dens evaginatus in Bangkok metropolitan in Bangkhaen District. J Dent Assoc Thai 2002; 52:20-25.
20. Sukaram S. Prevalence of dens evaginatus in a group of Thai children in Bangkok. CU Dent J 2004; 27: 9-17.

21. Cho SY, Ki Y, Chu V, Chan J. Concomitant developmental dental anomalies in Chinese children with dens evaginatus. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16(4): 247-251.

22. Uslu O, Akcam MO, Evirgen S, Cebeci I. Prevalence of dental anomalies in various malocclusions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009; 135(3): 328-335.

23. Suksamai S. The prevalence of dens evaginatus and apical periodontitis in dens evaginatus in a group of Thai schoolchildren. *CU Dent J* 2008; 31: 43-52.

24. Ju Y. Dens evaginatus--a difficult diagnostic problem? *J Clin Pediatr Dent* 1991; 15(4): 247-248.

25. Seow WK. Diagnosis and management of unusual dental abscesses in children. *Aust Dent J* 2003 Sep; 48(3): 156-168.

26. Sim TP. Management of dens evaginatus: evaluation of two prophylactic treatment methods. *Endod Dent Traumatol* 1996; 12(3): 137-140.

27. Chen RS. Conservative management of dens evaginatus. *J Endod* 1984; 10(6): 253-257.

28. Yong SL. Prophylactic treatment of dens evaginatus. *ASDC J Dent Child* 1974; 41(4): 289-292.

29. Hill FJ, Bellis WJ. Dens evaginatus and its management. *Br Dent J* 1984; 156(11): 400-402.

ติดต่อบทความ :

อ.ทันตแพทย์หญิง ชวัลชนก อยู่เจริญ
ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมป้องกัน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110
โทร. 02-664-1000 ต่อ 15085-6
โทรสาร 02-664-1882
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ kwanchanok9@gmail.com

Correspondence author

Kwanchanok Youcharoen
Department of Pedodontics and Preventive
Dentistry, Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot
University 114 Sukhumvit 23 Wattana Bangkok
10110
Tel. 02-664-1000 Ext 15085-6
Fax. 02-664-1882
E-mail: kwanchanok9@gmail.com