



## การแก้ไขฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ : รายงานผู้ป่วย

เสาวนีย์ อัสวบุญญาเดช ท.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูง (ทันตกรรมสำหรับเด็ก)\*

### บทคัดย่อ

ปัญหาฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบน จำเป็นต้องแก้ไขทันทีเมื่อตรวจพบเพื่อป้องกันการสึกของฟันหน้าล่าง การแตกหักของฟัน ฟันโยกจากการสบกระแทก อวัยวะปริทันต์ถูกทำลาย และความคิดปกติของข้อต่อขากรรไกร เพื่อให้ผู้ป่วยมีการสบฟันและการเจริญของโครงสร้างใบหน้าเป็นปกติ ลดโอกาสการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ต้องร่วมกับการผ่าตัด การแก้ไขสามารถเลือกใช้เครื่องมือทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้เพื่อเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งที่ผิดปกติเพียง 1-2 ซี่ได้ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา คือ การแก้ไขความคิดปกติตั้งแต่แรกเริ่มในฟันชุดผสม การคัดเลือกผู้ป่วยและเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสม รวมทั้งความร่วมมือของผู้ป่วยในการใส่เครื่องมือ

รายงานผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 9 ปี 9 เดือน มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบน ตรวจในช่องปากพบว่าฟันซี่ 11 สบคร่อมกับฟันซี่ 41 ฟันซี่ 21 สบคร่อมกับฟันซี่ 31 และฟันซี่ 12 สบคร่อมกับฟันซี่ 42 มีเหงือกกรันบริเวณฟันซี่ 31 ร่วมด้วย วางแผนการรักษาโดยใช้เครื่องมือ ทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ที่ออกแบบให้มีสปริงร่วมกับแผ่นระนาบกัดด้านหลังเพื่อเปิดระนาบการสบฟัน ภายหลังใส่เครื่องมือเป็นระยะเวลา 2.5 เดือนสามารถแก้ไขฟันหน้าที่สบคร่อมผิดปกติได้ และเมื่อติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผลเป็นที่น่าพอใจ

**คำสำคัญ:** ฟันหน้าสบคร่อม เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้

\*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ



## Anterior Crossbite Correction: A Case Report

Saowanee Assawabunyadej, D.D.S., Higher Grad. Dip. (Dentistry)\*

### Abstract

Early and immediate treatment is necessary to anterior dental crossbite, to prevent wear of lower incisors, anterior teeth mobility and fracture, periodontal pathosis and temporomandibular joint disturbance. Removable orthodontics appliance can help correct this problem. Factors of success are early treatment time in mixed dentition, proper treatment plan and appliances and patient cooperation.

A 9 year-old Thai girl came with anterior crossbite problem. Treatment plan is minor tooth movement with removable acrylic appliance with posterior bite plane incorporating springs. After 2.5 months of wearing appliance and 6 months follow up, the anterior crossbite was successfully corrected.

**Key words:** anterior crossbite, removable orthodontics appliance

---

\* Department of Dentistry, Chaiyaphum Hospital.

## บทนำ

ภาวะฟันสบคร่อมด้านหน้า (Anterior dental crossbite) หมายถึง การสบฟันผิดปกติที่ฟันหน้าบนอยู่ในตำแหน่งก่อนมาทางด้านเพดานปากกว่าฟันหน้าล่าง<sup>(1)</sup> พบได้ทั้งชุดฟันน้ำนม ชุดฟันผสม และชุดฟันถาวร โดยพบอุบัติการณ์การเกิด 4-5 % ในช่วงต้นของฟันชุดผสม<sup>(2)</sup>

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบน<sup>(2-5)</sup> มีดังต่อไปนี้

1. สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนหน้าเป็นระยะเวลาาน ทำให้มีกระดูกหรือเหงือกหนาปกคลุมหน่อฟันแท้
2. ฟันตัดหน้าบนมีแนวการขึ้นที่ผิดปกติไปทางด้านเพดานปาก
3. มีช่องว่างบริเวณความยาวส่วนโค้งขากรรไกรด้านบน (upper arch length) ไม่เพียงพอ ทำให้ฟันไม่สามารถขึ้นมาตามแนวปกติได้ จึงต้องขึ้นเอียงไปทางด้านเพดานปาก
4. ฟันหน้าน้ำนมหลุดช้าขณะที่ฟันแท้ขึ้นมาแล้ว
5. มีฟันเกิน โอดอนโตมา (Odontoma) หรือพยาธิสภาพอื่นๆ ขวางระหว่างฟันน้ำนมกับฟันแท้ทำให้เกิดการเคลื่อนของตัวฟันไปจากตำแหน่งปกติ
6. ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่มีกระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone) ทำให้หน่อฟันไปขึ้นในตำแหน่งเพดานปาก
7. ได้รับอุบัติเหตุในชุดฟันน้ำนมทำให้หน่อฟันแท้ข้างใดเคลื่อนที่ไปทางด้านเพดานปากมากขึ้น ส่วนใหญ่มักพบในการบาดเจ็บแบบดันฟันเข้า (intrusion) หรือ แลทเทอรัล ลักเซชัน (lateral luxation)
8. ได้รับอุบัติเหตุต่อฟันแท้ ทำให้ฟันเคลื่อนไปทางด้านปาก ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บแบบลักเซชัน (luxation)
9. มีการกีดขวางการสบฟันระยะต้น (early occlusal interference) ส่งผลให้ขากรรไกรล่างเคลื่อนตัวมาด้านหน้าเพื่อให้เกิดการสบฟันสนิทที่สุด (maximum intercuspation) ซึ่งฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบนที่เกิดจากสาเหตุนี้เรียกว่า ฟังก์ชันนอล แอนทีเรีย ครอสไบท์ (functional anterior crossbite)

## การรักษา

วัตถุประสงค์หลักในการแก้ไขภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบน คือ การเคลื่อนฟันหน้าบนออกไปทางด้านริมฝีปากให้มีการสบเหลื่อมในแนวคิง (overbite) ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการคืนกลับ (relapse)<sup>(6)</sup> วิธีการรักษาภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบน มีดังต่อไปนี้

1. การใช้ทัมเบลด (Tongue blade therapy) เป็นวิธีที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ช่วยอย่างมาก โดยเด็กจะได้รับคำแนะนำให้วางทัมเบลด (tongue blade) ไว้ด้านหลังฟันที่สบคร่อม ใช้คางหรือปลายฟันตัดซี่หน้าล่างเป็นจุดหมุนแล้วออกแรงกดฟันออกไปทางด้านริมฝีปากนานประมาณครั้งละ 10 นาที โดยทำให้น้อยที่สุดในแต่ละวัน<sup>(7)</sup>

2. แผ่นระนาบกัดด้านล่างแบบติดแน่น (Lower cemented bite plane) การใช้อะคริลิก อินโคลน เพลน (acrylic inclined plane) หรือขึ้นหล่อโลหะ (cast of metal) ยึดติดกับฟันหน้าล่างเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเคลื่อนฟันที่สบคร่อมกลับมาออกมายู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมถ้ามีพื้นที่ในการเรียงฟันและมีการสบเหลื่อมในแนวคิง (มากกว่า 3 มิลลิเมตร) เพียงพอ วิธีนี้สามารถใช้ในการแก้ไขภาวะฟันตัดหน้าสบคร่อมที่ไม่จำเป็นต้องคงสภาพฟัน (retainer) ภายหลังการรักษา<sup>(7-9)</sup>

3. เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ (Removable appliances) ร่วมกับแคนทิลิวเออร์ สปริงส์ (cantilever springs) ฟิงเกอร์ สปริงส์ (finger springs) แซดสปริงส์ (Z springs) หรือสกรู (screws) วิธีนี้นิยมใช้กับฟันหน้าที่สบคร่อม 1-2 ซี่ โดยเฉพาะฟันตัดซี่ข้าง หรือในกรณีที่ต้องคงสภาพฟันภายหลังการรักษา<sup>(7,10-13)</sup>

4. โขลเดอร์ ลิงกิวล อาร์ช (soldered lingual arch) เช่น ดับเบิลยู อาร์ช แอปพลายแอนซ์ (W-arch appliance) ลิงกิวล อาร์ช วิท สปริง (Lingual arch with spring) เป็นต้น ดับเบิลยู อาร์ช แอปพลายแอนซ์ที่ครอบคลุมไปถึงบริเวณฟันหน้า ใช้กับการแก้ไขภาวะฟันหน้าสบคร่อมที่มีความผิดปกติอย่างอื่นที่ต้องแก้ไขไปพร้อมกันหรือเมื่อต้องการคงสภาพช่องว่างในบริเวณฟันกรามน้ำนม เครื่องมือชนิดนี้จะถูกยึดติดกับฟันและต้องมีการปรับเครื่องมือทุก 3 อาทิตย์ ซึ่งมักจะมีการปรับเพียงแค่ 2-3 ครั้งเท่านั้น ข้อดีของ

เครื่องมือชนิดนี้คือ ต้องลองแถบรัดจัดฟันที่ฟันกราม (molar band) และพิมพ์ปาก รวมทั้งต้องถอดเครื่องมือออกมาปรับ และยึกลับเข้าไปอีกครั้ง<sup>(7)</sup>

ทั้งนี้การพิจารณาเลือกวิธีการรักษา ควรทำภายหลัง จากที่ได้มีการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ระดับของการสบเหลี่ยมในแนวตั้ง สภาวะการเจริญพัฒนาของการสบ ฟัน (state of the development of the occlusion) และลำดับ การขึ้นของฟัน เรียบร้อยแล้ว<sup>(7)</sup>

ปัญหาฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนจำเป็นต้อง ได้รับการแก้ไขโดยทันทีตั้งแต่ระยะแรกเพื่อช่วยป้องกันการ เกิดฟันหน้าโยกจากการสบกระแทกของฟัน อวัยวะปริทันต์ ถูกทำลาย การสึกหรือแตกหักของฟัน และความผิดปกติของ ข้อต่อขากรรไกร<sup>(13)</sup> ลดการเจริญผิดปกติของขากรรไกร ล่าง ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อข้อต่อขากรรไกรรวมถึง ระบบการบดเคี้ยวด้วย<sup>(14)</sup> การแก้ไขภาวะดังกล่าวให้เข้าสู่ สภาพปกติโดยเร็วจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติรุนแรง มากขึ้นและลดความซับซ้อนในการรักษา<sup>(15)</sup>

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 9 ปี 9 เดือน น้ำหนัก 30 กิโลกรัม ส่วนสูง 139 เซนติเมตร มาด้วยอาการนำ ฟันหน้า ล่างสบคร่อมฟันบน มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปฏิเสธการมี โรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาหรืออาหาร ไม่เคยได้รับ อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกร การ รักษาทางทันตกรรมที่เคยได้รับ คือ ถอนฟัน อุดฟัน และ เคลือบฟลูออไรด์ ตรวจภายนอกช่องปากมีใบหน้าสมมาตร รูปหน้าด้านข้างมีลักษณะตรง ภายในช่องปากพบว่าเป็นฟัน ขูดผสม มีฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบน 3 ตำแหน่ง คือ ซี่ 11 กับ 41 ซี่ 21 กับ 31 และ ซี่ 12 กับ 42 พบเหงือกกรันที่ฟันซี่ 31 ประมาณ 1 มิลลิเมตร ฟันซี่ 13, 23, 15, 25 กำลั้งขึ้น มีฟัน น้ำนมถูกถอนออกไป 1 ซี่ (85) การสบฟันกรามเป็นแบบที่ 1 (Angle's classification I) ทั้งด้านซ้ายและขวา การสบเหลี่ยม แนวราบ (overjet) -1 มิลลิเมตร การสบเหลี่ยมแนวตั้ง (overbite) 2.5 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่งฟันซี่ 11 กับ 41 และมีจุด สบสะดุด (premature contact) ที่ฟันซี่ 21กับ 31 รวมทั้งมีการ สบฟันบาดเจ็บ (traumatic occlusion)ที่ฟันซี่ 31 เส้นกึ่งกลาง

ฟันหน้าบนเอียงไปด้านซ้าย 1 มิลลิเมตรเมื่อเปรียบเทียบกับ เส้นกึ่งกลางใบหน้า (รูปที่ 1) การตรวจการทำหน้าที่ของการ บดเคี้ยวพบว่า ผู้ป่วยสามารถย่อยขากรรไกรล่างไปด้านหลัง เพื่อกัดฟันหน้าบนล่างแบบปลายฟันชนกันได้ (รูปที่ 2)



รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายภายนอกและภายในช่องปาก



รูปที่ 2 แสดงภาพถ่ายภายในช่องปากที่ผู้ป่วยสามารถกัดฟัน หน้าบนล่างแบบปลายฟันชนกันได้

จากภาพถ่ายรังสีพานอราไมก (panoramic radiograph) พบว่าพัฒนาการของฟันแท้และฟันน้ำนมมี ลำดับการขึ้นปกติ ฟันตัดซี่กลางแท้ทั้งสองซี่มีระดับการ สร้างรากฟันที่สมบูรณ์แล้ว ไม่พบฟันที่มีขนาดหรือรูปร่าง ผิดปกติ และการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะ ด้านข้าง (lateral cephalometric radiograph) พบว่ามี

ความสัมพันธ์ระหว่างกระดูกขากรรไกรบนและล่างเป็นแบบที่ 1 (skeletal class I) โดยมี ANB เท่ากับ 2 องศา (รูปที่ 3)



**รูปที่ 3** แสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิก และภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง

จากภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical film) พบว่า ฟันซี่ 12 11 21 31 41 42 มีการสร้างรากฟันที่สมบูรณ์แล้ว กระดูกโดยรอบมีลักษณะปกติ (รูปที่ 4)



ฟันหน้าบน



ฟันหน้าล่าง

**รูปที่ 4** แสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันซี่ 12 11 21 31 41 42

จากการวิเคราะห์แบบจำลองฟัน (model analysis) เพื่อวัดพื้นที่ของขากรรไกรที่ต้องการ (required space) ด้วยวิธีของทานากะและจอห์นสตัน (Tanaka and Johnston equation) พบว่าทั้งขากรรไกรบนและล่างมีพื้นที่ในการเรียงฟันไม่เพียงพอต่อขนาดของฟันแท้ที่จะขึ้นมาในอนาคต โดยในขากรรไกรบนขาดพื้นที่ในการเรียงฟันทั้งหมด 3

มิลลิเมตร และขากรรไกรล่างขาดพื้นที่ในการเรียงฟันทั้งหมด 1 มิลลิเมตร (รูปที่ 5)



-1.5 mm. (ฟันหน้าบน)

-0.75 mm. (ฟันบนขวา)

-0.75 mm. (ฟันบนซ้าย)

0.75 mm. (ฟันล่างขวา)

-0.25 mm. (ฟันล่างซ้าย)



-1.5 mm. (ฟันหน้าล่าง)

**รูปที่ 5** แสดงภาพแบบจำลองฟัน ฟันบนและฟันล่าง

ให้การรักษาโดยใช้เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ โดยก่อนใส่เครื่องมือได้ทำการอุดฟันและขัดฟันให้ผู้ป่วยเพื่อเตรียมช่องปากให้สะอาด เครื่องมือถูกออกแบบให้มีดัดเบิ้ลแคนทิลเวอร์สปริงส์ เพื่อดันฟัน 11, 12 และ 21 ไปทางด้านริมฝีปาก มีแผ่นระนาบสบฟันด้านหลังเพื่อเปิดระนาบสบฟันให้ ฟันหน้าสามารถเคลื่อนออกมาทางด้านริมฝีปากได้อย่างอิสระและมีตะขอคัมส์ (Adam's clasp) ที่ฟันซี่ 14 24 16 26 เพื่อให้เกิดการยึดอยู่ที่ดี (รูปที่ 6)



**รูปที่ 6** แสดงเครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ที่ใช้ในการรักษา

ทำการปรับดัดเบิ้ลแคนทิลีเวอร์ สปริงส์ ประมาณ 2 มิลลิเมตร ในวันที่ใส่เครื่องมือและอีก 4 สัปดาห์ต่อมา นัดผู้ป่วยมาติดตามผลพบว่าการสบเหลี่ยมแนวราบ 0.5 มิลลิเมตร การสบเหลี่ยมแนวตั้ง 1 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่งฟันซี่ 11 กับ 41 จากนั้นทำการปรับดัดเบิ้ลแคนทิลีเวอร์ สปริงส์ อีก 2 มิลลิเมตร ถัดมาอีก 6 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาติดตามผลพบว่าการสบเหลี่ยมแนวราบ 2 มิลลิเมตร การสบเหลี่ยมแนวตั้ง 2 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่งฟันซี่ 11 กับ 41 ซึ่งเป็นระยะที่เหมาะสมแล้ว ฟันกรามหลังทั้งด้านซ้ายและขวา สบกันตามปกติ ภาวะเหงือกกรันบริเวณซี่ 31 ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา จึงให้ผู้ป่วยหยุดใส่เครื่องมือเพื่อให้ฟันแท้สามารถงอกขึ้นมาในช่องปากได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง

ติดตามผลการรักษา 6 เดือนหลังการรักษา พบว่าอนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี การสบเหลี่ยมแนวราบ 2 มิลลิเมตร การสบเหลี่ยมแนวตั้ง 2 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่งฟันซี่ 11 กับ 41 ฟันกรามหลังทั้งด้านซ้ายและขวา สบกันตามปกติ (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 แสดงภาพถ่ายภายในช่องปาก หลังการรักษา 6 เดือน

#### บทวิจารณ์

ฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนเป็นภาวะที่ไม่สามารถจะคืนสู่สภาพปกติได้เองเนื่องจากมีฟันคุดล่างขวางอยู่ และมักจะดำเนินไปสู่การสบฟันผิดปกติที่รุนแรงมากขึ้น ดังนั้นควรให้การรักษาหรือแก้ไขตั้งแต่แรกที่ตรวจพบ ช่วงอายุที่ดีที่สุดในการแก้ไขภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนคือระหว่าง 8-11 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่กำลังมีการสร้างรากฟัน

และฟันกำลังขึ้นมาในช่องปาก<sup>(16)</sup> การรักษาโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ร่วมกับสปริง จัดว่ามีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ซึ่งมีข้อดีหลายอย่าง เช่นถอดออกมาทำความสะอาดได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กดูแลช่องปากได้ง่าย มีพื้นที่เพดานปากเป็นหลักยึดช่วยในการยึดอยู่ของเครื่องมือ<sup>(17)</sup> แต่ก็มีข้อเสียคือต้องกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อปรับเครื่องมือหลายครั้ง เนื่องจากเครื่องมือออกแรงและเคลื่อนที่ได้จำกัด<sup>(18)</sup> สำหรับผู้ป่วยรายนี้พบภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบน 3 ตำแหน่ง มีการสบฟันกรามเป็นแบบแองเกิลชนิดที่ 1 (Angle's Classification I) ร่วมกับมีโครงสร้างใบหน้าปกติ ดังนั้นจึงพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้โดยออกแบบให้มีดัดเบิ้ลแคนทิลีเวอร์ สปริงส์ ดันฟันซี่ 11 12 และ 21 ไปทางด้านริมฝีปาก มีแผ่นระนาบสบฟันด้านหลังเพื่อเปิดระนาบ สบฟันให้ฟันหน้าสามารถเคลื่อนออกมาทางด้านริมฝีปากได้อย่างอิสระและมีตะขอค้ำยัน ที่ฟันซี่ 14 24 16 26 เพื่อให้เกิดการยึดอยู่ที่ดี ใช้ระยะเวลาในการรักษาทั้งสิ้น 2.5 เดือน ซึ่งในกรณีนี้จะใช้ระยะเวลาในการใส่เครื่องมือและจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลน้อยกว่าปกติ เพราะได้ทำการปรับดัดเบิ้ลแคนทิลีเวอร์ สปริงส์ ตั้งแต่วันที่ใส่เครื่องมือเลย เนื่องจากผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีมาก ในขณะที่คนไข้บางรายอาจจะต้องใส่เครื่องมือโดยยังไม่ปรับสปริงส์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับเครื่องมือก่อน แล้วจึงมาทำการปรับเครื่องมือในครั้งถัดไป อีกทั้งในกรณีนี้ไม่ได้ทำการถอดแผ่นระนาบสบฟันด้านหลัง เพราะฟันกรามหลังทั้งด้านซ้ายและขวา สบกันได้ตามปกติแล้ว ประกอบกับขณะนั้นมีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา (COVID-19) จึงต้องการลดจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและป้องกันการฟุ้งกระจายจากการกรอด้วย

ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของการแก้ไขภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนโดยการใช้เครื่องมือทางทันตกรรมชนิดถอดได้ คือ ความร่วมมือของผู้ป่วยในการใส่เครื่องมือ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใส่เครื่องมือตลอดเวลาทุกวันตอนแปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยถอดเครื่องมือก็มีความเสี่ยงที่เครื่องมือจะถูกลืมทิ้งไว้หรือหล่นหาย อีกทั้งการใส่เครื่องมือดังกล่าวมีผลต่อการพูดของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการประเมิน

ความร่วมมือของผู้ป่วยก่อนเริ่มให้การรักษามีความสำคัญมาก ในผู้ป่วยรายนี้ได้ให้ความร่วมมือในการใส่เครื่องมือเป็นอย่างดีจึงทำให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพึงพอใจ

ในกรณีผู้ป่วยรายนี้ ปัญหาฟันหน้าสบคร่อมที่ซี่ 11,41 12,42 และ 21,31 ได้ถูกแก้ไขเรียบร้อยแล้ว แต่กลับพบภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนที่ซี่ 13,43 อีก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใส่เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ซี่ขึ้นที่สองเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าวอีกครั้ง ซึ่งไม่ได้อยู่ในแผนการรักษาตั้งแต่ต้นเนื่องจากฟันซี่ 13 ขึ้นมาในช่องปากหลังจากถอดเครื่องมือไปแล้ว

### บทสรุป

ปัญหาฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบนหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่แก้ไขอาจนำไปสู่การสบฟันผิดปกติที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้การรักษาย่างยากซับซ้อนตามไปด้วย การใช้เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้เป็นหนึ่งในวิธีแก้ไขความผิดปกติดังกล่าวโดยใช้หลักการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งซึ่งทันตแพทย์ทั่วไปสามารถทำได้แต่ต้องคัดเลือกผู้ป่วยที่จะให้การรักษาคืออย่างถูกต้อง ความสำเร็จในการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วย รวมถึงผู้ปกครองต้องเข้าใจและเห็นความสำคัญของการรักษา นอกจากนี้การติดตามผลหลังการรักษาก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะหากพบความผิดปกติอื่นใดในช่องปากจะได้นำการแก้ไขต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Tsai HH. (2001). **Components of anterior crossbite in the primary dentition.** ASDC J Dent Child, 68(1):27-32.
2. PW Major, K Glover. (1992). **Treatment of anterior cross-bites in the early mixed dentition.** J Can Dent Assoc, 58(7):574-5.
3. Valentine F, Howitt JW. (1970). **Implications of early anterior crossbite correction.** J Dent Child, 37(5):420-7.

4. Park JH, Kim TW. (2009). **Anterior crossbite correction with a series of clear removable appliances: A case report.** J Esthet Restor Dent, 21(3):149-59.
5. Bayrak S, Tunc ES. (2008). **Treatment of anterior dental crossbite using bonded resin-composite slopes: Case reports.** Eur J Dent, 2(4):303-6.
6. Park JH, Kim TW. (2009). **Anterior crossbite correction with a series of clear removable appliances: A case report.** J Esthet Restor Dent, 21(3):149-59.
7. Charunee Rattanayatikul. (1998). **Anterior crossbite in mixed dentition: A comprehensive review.** KDJ, 1(2):2-8.
8. Rabies ABM, Gu Y. (1999). **Management of pseudo Class III malocclusion in southern Chinese children.** Br Dent J, 186 (4 Spec No):183-7.
9. Gu Y, Rabies ABM. (2000). **Treatment effects of simple fixed appliance and reverse headgear in correction of anterior crossbite.** Am J Orthod, 117(6):691-9.
10. Mamandras AH, Magli LA. (1984). **Orthodontic treatment of a pseudo-class III malocclusion. A case report.** J Can Dent Assoc, 50(10):779-81.
11. Seehra J, Fleming PS, DiBiase AT. (2009). **Orthodontic treatment of localised gingival recession associated with traumatic anterior crossbite.** Aust Orthod J, 25(1):76-81.
12. Wipattanabawonwong P. (2015). **A case study: Treatment of anterior dental crossbite by removable orthodontics appliances.** Research and development health system journal, 7(3):258-61.
13. สัจจพร พรคอนันต์. (2558). **รายงานผู้ป่วย: การแก้ไขฟันหน้าล่างสบคร่อมโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้.** วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 5(1):88-93.



14. Troelstrup B, Moller E. (1970). **Electromyography of the temporalis and masseter muscles in children with unilateral cross-bite.** Scand J Dent Res, 78(5):425-30.
15. Tse CS. (1997). **Correction of single-tooth anterior crossbite.** J Clin Orthod, 31(3):188-90.
16. Kiyak HA. (2006). **Patients' and parents' expectations from early treatment.** Am J Orthod Dentofacial Orthop, 129(4 Suppl):S50-4.
17. Littlewood SJ, Tait AG, Mandell NA, Lewis DH. (2001). **The role of removable appliances in contemporary orthodontics.** Br Dent J, 191(6):304-10.
18. ศศิวรรณ ถิ่นรสเจริญวงศ์. (2563). รายงานผู้ป่วย: การรักษาฟันหน้าสบคร่อมโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น. มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 3(2):64-71.