

Case Report

รายงานผู้ป่วย

การรักษาฟันหน้าบนคุดโดยใช้เครื่องมือ จัดฟันชนิดติดแน่น : รายงานผู้ป่วย

นิรมล สีสาดิศร

วงเพชร อธิรัตน์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การมีฟันหน้าบนคุดเป็นปัญหาโดยตรงที่มีผลกระทบต่อการใช้งานและความสวยงามของผู้ป่วย แต่ในปัจจุบัน พบว่า ยังมีการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งการรักษาที่ต่างกันนั้นอาจให้ผลการรักษาที่แตกต่างกันไป ถึงค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการรักษา รายงานฉบับนี้เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 10 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีฟันคุดบนซี่กลางด้านซ้าย (ซี่ 21) ไม่สามารถขึ้นได้เองในช่องปาก (embedded tooth) มีลักษณะใบหน้าปกติ (mesofacial type) การสบฟันกรามทั้งซ้ายและขวาเป็นแบบแองเกิล ประเภทที่ 1 (angle class I malocclusion) ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันโดยไม่มีการถอนฟัน (non extraction case) ร่วมกับศัลยกรรมโดยการเปิดเหงือกเพื่อติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น (fixed appliance) ผลการรักษา ภายหลังการใส่เครื่องมือระยะเวลา 12 เดือน พบว่า ได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี โดยฟันถูกดึงขึ้นมาในตำแหน่งที่ถูกต้องสวยงาม และยังมีชีวิตอยู่ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรักษาคลองรากฟันหรือถอนฟันรวมทั้งมีการสบฟันเขี้ยวและฟันกรามซี่แรกทั้งซ้ายและขวาเป็นแบบแองเกิล ประเภทที่ 1 ภายหลังการจัดฟัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า วิธีการรักษาฟันหน้าบนคุดโดยวิธีทางทันตกรรมจัดฟันร่วมกับศัลยกรรมในลักษณะนี้สามารถทำได้ในเวลาอันสั้นและให้ผลการรักษาที่ดีน่าพึงพอใจ โดยเคลื่อนฟันขึ้นที่หรือไม่ช้ากว่า 2-3 สัปดาห์ หลังทำศัลยกรรม ใช้แรงเบา ๆ และคงที่ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งในแง่ของการใช้งาน ความสวยงาม การประหยัดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาในการรักษา

คำสำคัญ: ฟันคุด, วิธีการช่วยให้ฟันขึ้น, เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น

บทนำ

ฟันที่ขึ้นเองไม่ได้โดยธรรมชาติเป็นปัญหาหนึ่ง ที่พบบ่อยในทางทันตกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ มักพบบ่อยเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้ ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ฟันกรามบนซี่ที่ 3 ฟันเขี้ยวบน ฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2 และฟันกรามน้อยบนซี่ที่ 2^(1,2) อาจพบซี่เดียวหรือหลายซี่ พบข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างก็ได้ ซึ่งสาเหตุก็มี

ได้หลายอย่างด้วยกัน ดังนี้^(1,3-6)

1. ตำแหน่งของหน่อฟันอยู่ผิดที่หรืออยู่ลึกเกินไป
2. หน่อฟันมีตำแหน่งฟันผิดปกติเนื่องจากมีเนื้องอก
3. ฟันที่มีรูปร่างผิดปกติ
4. มีฟันเกินหรือถุงน้ำ (cyst) ขวางการขึ้นของฟัน

5. ฟันน้ำนมหลุดช้า
6. เหงือกมีความเหนียวแน่นมากกว่าปกติ
7. มีการยึดติดแน่นของฟันกับกระดูกเบ้ารากฟัน
8. หนองฟันได้รับการกระทบกระเทือน
9. หนองฟันติดเชื้อ
10. ขาดที่ว่างในการขึ้นของฟัน
11. กรรมพันธุ์
12. โรคทางระบบอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติ

ของระบบต่อมไร้ท่อ

การรักษา หากวิเคราะห์วินิจฉัยหาสาเหตุได้อย่างถูกต้อง มีแผนการรักษาที่เหมาะสมโดยใช้วิธีการช่วยให้ฟันขึ้นในช่องปาก (artificial eruption) ในตำแหน่งที่ดีโดยไม่เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อข้างเคียง สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษา คือ ต้องหาสาเหตุที่ทำให้ฟันขึ้นไม่ได้แล้วกำจัดสาเหตุนั้นออกไป

การรักษาสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 แบบ ดังนี้⁽¹⁾

1. สังเกตอาการ

ใช้ในกรณีฟันไม่ขึ้นตามกำหนดเวลาปกติโดยไม่มีสิ่งกีดขวาง ตำแหน่งฟันดี และช่องว่างในการขึ้นของฟันเพียงพอ แต่มีการหนาตัวของเนื้อเยื่อหุ้มหนองฟัน แต่ไม่ใช่ถุงน้ำเดนติจิสต์ (dentigerous cyst) หรือในกรณีที่ถ้าทำการผ่าตัดเปิดเหงือกเพื่อดึงฟันขึ้นมาอาจทำให้เกิดอันตรายต่อฟันและเนื้อเยื่อข้างเคียงมาก โดยสังเกตจากภาพถ่ายรังสี⁽⁷⁾

2. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันอย่างเดียว

ใช้ในกรณีขาดพื้นที่ในการขึ้นของฟัน เนื่องจากถอนฟันน้ำนมเร็วเกินไป มักพบที่ฟันกรามน้อย ซี่ที่ 2 แก้ไขโดยใช้เครื่องมือจัดฟันเปิดช่องว่างให้เพียงพอ แต่ถ้ามีสาเหตุอื่นร่วมด้วยก็ต้องพิจารณาแก้ไข เช่น ฟันยื่น ฟันเก อาจต้องถอนฟันซี่อื่นร่วมด้วย หรือถ้าฟันคุดนี้อยู่ลึกมากให้ถอนออกเลย⁽¹⁾

3. การรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรมเพียงอย่างเดียว

วิธีนี้ใช้ได้ ในกรณีที่หนองฟันมีตำแหน่งปกติ มีที่ว่างเพียงพอในการขึ้นแต่มีสิ่งกีดขวางที่สามารถกำจัด

ออกได้ด้วยวิธีผ่าตัด เช่น มีฟันเกิน ฟันน้ำนมไม่ยอมหลุด มีส่วนของกระดูกขวางอยู่ หรือเหงือกที่หนากว่าปกติ เป็นต้น เมื่อกำจัดสิ่งกีดขวางเหล่านี้แล้วฟันก็จะขึ้นได้เอง ถ้ายังมีแรงในการขึ้นอยู่บ้าง (eruption force) โดยสังเกตได้จากรากฟันยังไม่ปิด⁽⁸⁾ แต่ถ้าตำแหน่งผิดปกติ หรือมีทิศทางการขึ้นที่ผิดปกติ ให้ขยับหนองฟันอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องใหม่ แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวัง

ในกรณีที่ฟันอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ลึกมาก อาจเปิดส่วนของตัวฟันให้โผล่มาอยู่ในช่องปากให้มากที่สุด และตัดเอาถุงอีนาเมล (enamel sack) ออกไปด้วย⁽³⁾ ต้องระวังไม่ให้ปากแผลปิด เพราะถ้าแผลปิดจะทำให้มีการสร้างกระดูกและเนื้อเยื่อมากกีดขวางการขึ้นของฟันได้อีก โดยการใช้วัสดุปิดแผลทางศัลยกรรม (surgical dressing) หรือกัตตา เพอร์ชา (gutta percha) ปิดบนแผลได้

ในกรณีที่ฟันมีการยึดติดกับกระดูก (ankyloses) จากภาพถ่ายรังสี จะพบว่าชั้นลามินา ดูรา (lamina dura) เป็นเส้นที่ไม่ต่อเนื่อง การแก้ไขทำให้สำเร็จได้ยาก ถึงแม้จะขยับหนองฟันให้หลุดจากเบ้าฟันแล้วก็มักจะติดใหม่ ดังนั้นจึงควรถอนฟันซี่นั้นออกเลย

4. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันร่วมกับศัลยกรรม

ใช้ได้ ในกรณีที่ทั้งสิ่งกีดขวางและพื้นที่ในการขึ้นของฟันหรือมีความผิดปกติของการสบฟันแบบอื่นที่ จะต้องรักษาทางทันตกรรมร่วมด้วย เช่น ตำแหน่งของฟันหรือทิศทางการขึ้นที่ผิดปกติหรือในกรณีที่ต้องเร่งให้ฟันขึ้นเนื่องจากพิจารณาแล้วพบว่าฟันไม่สามารถขึ้นได้เองหรือต้องใช้ระยะเวลาานานมาก

วิธีการช่วยให้ฟันขึ้น (Artificial Eruption)

เป็นการรักษาจัดฟันร่วมกับศัลยกรรม โดยเตรียมช่องว่างให้ฟันขึ้นด้วยการจัดฟันหรือถอนฟัน เมื่อมีช่องว่างพอจึงส่งผู้ป่วยไปทำศัลยกรรมเพื่อเปิดเหงือกหรือกระดูกที่คลุมนั้นออกแล้วดึงฟันเข้าสู่ตำแหน่งด้วยการจัดฟันต่อไป มีขั้นตอนดังต่อไปนี้⁽⁸⁾

1. การผ่าตัดเปิดเหงือก (Surgical Exposure)

ถ้าตำแหน่งของฟันอยู่ใต้เหงือกแต่ฟันขอบกระดูกควรเปิดเหงือกให้ส่วนของตัวฟันโผล่ในช่องปาก เมื่อแผลหายดีจึงติดเครื่องมือจัดฟัน⁽⁹⁾

ฟันที่ไม่ขึ้นในขากรรไกรล่าง (mandible) หรืออยู่ด้านหน้า (labial) ของกระดูกเบ้ารากฟันในขากรรไกรบน (maxillary alveolar process) จะต้องเปิดเหงือกและเย็บให้เหงือกยึด (attached gingiva) อยู่ในตำแหน่งที่ฟันจะขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาจากโรคปริทันต์ตามมา⁽¹⁰⁾ แต่ในฟันที่ฝังอยู่ด้านเพดานไม่ค่อยพบปัญหา

2. วิธีการติดเครื่องมือ (Method of Attachment)

ถ้าฟันอยู่ในกระดูกต้องใช้เครื่องมือจัดฟันดึงฟันขึ้นมา มีหลายวิธีดังต่อไปนี้

2.1 คล้องลวดไร้สนิม (stainless steel) ขนาด 0.012 มิลลิเมตร บริเวณคอฟัน หรือต่ำกว่าส่วนที่โปร่งที่สุดของตัวฟัน แล้วเย็บปิดเหงือกโดยให้ปลายลวดโผล่พ้นเหงือกจากนั้นดึงโดยใช้เครื่องมือจัดฟันต่อไป วิธีนี้มีข้อเสียคือทำให้เกิดการละลายตัวของกระดูกบริเวณคอฟันและอาจทำให้เหงือกกร่นหลังจากดึงฟันขึ้นแล้ว^(1,11)

2.2 เจาะรูเล็ก ๆ บนตัวฟันแล้วฝังเข็มที่มีลวดผูกอยู่ที่ปลายข้างหนึ่งลงไป^(1,12) ปัจจุบันไม่ใช้วิธีนี้แล้วเนื่องจากทำให้เสียเนื้อฟันและอาจเป็นอันตรายต่อฟันอีกด้วย⁽¹³⁾

2.3 ใช้ครอบฟันที่มีตะขอครอบลงไปทีฟันโดยยึดด้วยซีเมนต์ (cement) แล้วใช้ลวดผูกกับตะขอให้โผล่ขึ้นมาเหนือเหงือกเพื่อดึงฟัน⁽¹⁾ วิธีนี้ต้องกรอกระดูกที่คลุมออกทั้งหมด ทำให้สูญเสียกระดูกมากเกินไป

2.4 ติดเครื่องมือจัดฟันที่ตัวฟันโดยใช้วิธีไคร้คอบอนดิง (direct bonding) ปัจจุบันนิยมวิธีนี้ที่สุด^(1,7) เพราะไม่ต้องกรอกระดูกออกมาก เปิดให้ติดเครื่องมือได้ก็พอแต่ต้องระวังให้บริเวณที่จะติดเครื่องมือแห้งสนิท⁽¹⁴⁾ นิยมใช้กระดุม (button) หรือตะขอ (hook) มากกว่าแบรคเก็ต (bracket) เพราะมีขนาดเล็กกว่า⁽⁸⁾ แล้วใช้ลวด (elastomeric ligature) ขนาด 0.001 มิลลิเมตร

ฟันเป็นเกลียวรอบกระดูกก่อนเปิดเหงือก โดยปกติจะเปิดกว้างกว่าส่วนฐานประมาณ 3 มิลลิเมตร จากนั้นทากรด (acid etching) บริเวณที่จะติดเครื่องมือทิ้งไว้ 15 วินาทีแล้วล้างออกด้วยน้ำเกลือให้สะอาด เช็ดให้แห้งด้วยผ้าก๊อช แล้วจึงทำไคร้คอบอนดิงกระดูกที่มีลวดฟันเป็นเกลียวที่พับปลายเป็นตะขอผูกไว้โดยมีความยาวฟันขอบเหงือก ทิ้งไว้ 5 นาทีเพื่อให้แห้งสนิท หรือโดยการฉายแสงเมื่อยึดติดแน่นแล้วเย็บปิดเหงือก⁽¹⁵⁾

3. ขบวนการจัดฟัน (Orthodontic Mechanics)

ต้องทำทันทีหรือไม่ช้ากว่า 2-3 สัปดาห์⁽⁸⁾ โดยใช้แรงเบา ๆ เพื่อป้องกันฟันตาย จะใช้เครื่องมือถอดได้โดยใช้สปริงหรือเครื่องมือติดแน่นโดยใช้ยางดิงก็ได้ แต่ลวด (archwire) ต้องมีขนาดใหญ่เพราะฟันคุดนี้จะอยู่สูงไล่ลวดโดยตรงไม่ได้ การใช้ยางมีข้อดีคือปรับแรงได้มากและแรงคงที่ (continuous force) เมื่อดึงฟันลงมาเกือบถึงระดับระนาบบดเคี้ยว (occlusal plane) แล้วจึงเปลี่ยนเป็นติดแบรคเก็ตและใช้ลวดไร้สนิม (stainless steel) ขนาด 0.014 นิ้ว ดัดเป็น box loop⁽⁸⁾ หรือใช้ลวดนิกเกิล ไทเทเนียม (nickel titanium) ขนาด 0.014 นิ้วก็ได้

ปัญหาส่วนใหญ่ในการเคลื่อนฟันก็คือ การเกิดการยึดติดกับกระดูก เพราะดึงฟันไม่ขึ้น หลักยึดจะเคลื่อนที่แทน แก๊ซโดยฉีดยาชาแล้วขยับหน่อฟันให้หลุดจากเบ้าฟันเล็กน้อย (light luxated) แต่ต้องจัดฟันต่อทันทีเพื่อไม่ให้เกิดการยึดติดใหม่ (reankylosis)⁽⁸⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 10 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาฟันดัดซี่กลางบนซ้าย (ซี่ 21) ไม่ขึ้น ทันตแพทย์ทั่วไปจึงได้ส่งต่อให้ทันตแพทย์จัดฟัน

ลักษณะทางคลินิก

รูปหน้าภายนอกปกติ มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อมัดเมนทาลิส (mentalis muscle) เล็กน้อย ข้อต่อขากรรไกรปกติ สุขภาพในช่องปากอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ไม่มีโรคประจำตัว

ลักษณะการเรียงตัวของฟันและการสบฟัน

พบว่าฟันตัดซี่กลางบนซ้ายยังไม่ขึ้น แต่ฟันน้ำนมที่ตำแหน่งนี้ (ซี่ 61) ถูกถอนไปนานแล้ว เมื่อคลำดูพบว่าฟันซี่ 21 อยู่ด้านหน้า (labial) ของช่องว่าง โดยช่องว่างระหว่างระหว่างตัวฟันตัดซี่ 11 และซี่ 22 มีขนาดเล็กกว่าขนาดฟันซี่ 21 เล็กน้อย แต่มีช่องว่างโดยทั่วไปบริเวณฟันหน้าบน ฟันหน้าล่างมีลักษณะซ้อนเก มีการเหลื่อมในแนวราบ (overjet) 1 มิลลิเมตร และการเหลื่อมในแนวตั้ง (overbite) 1 มิลลิเมตร การสบฟันกรามทั้งซ้ายและขวาเป็นแบบแองเกิลประเภทที่ 1 (angle class) รูปที่ 1

ลักษณะภาพจากรังสี

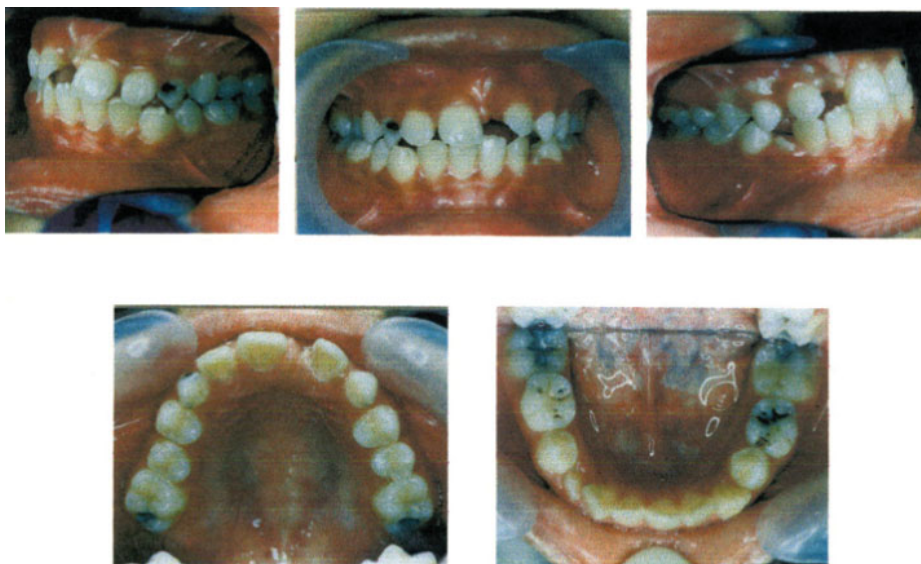
จากภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (lateral cephalometric radiograph) วิเคราะห์ตามเกณฑ์แซสโซนี (Sassouni's analysis) พบว่าโครงสร้างใบหน้าของผู้ป่วยเป็นแบบปกติ (skeletal class I normal bite) (รูปที่ 2) และจากภาพถ่ายรังสีชนิดพานอราไมค (panoramic radiograph) ร่วมกับภาพถ่ายรังสีฟัน (periapical film) พบว่าสภาพฟันทั่วไปแข็งแรงดี มีฟันซี่ 21 ขึ้นผิดตำแหน่งโดยขึ้นไปทางด้านหน้า (labial) และหมุน (rotate) (รูปที่ 3)

แผนการบำบัดรักษา

ใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นทั้งบนและล่าง ไม่มีการถอนฟันแท้เพื่อการรักษาจัดฟัน โดยจัดฟันไประยะหนึ่งแล้วส่งต่อให้หมอคัลยกรรมเปิดเหงือกเพื่อติดเครื่องมือจัดฟันแบบกระดูกที่ตัวฟัน รักษาจัดฟันต่อจนฟันอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและสวยงามใช้เวลาประมาณ 2 ปี หรือจนกว่าฟันแท้ขึ้นครบ จึงถอดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นออก เปลี่ยนเป็นเครื่องมือคงสภาพฟัน (retainer appliance) ชนิดฮอเลย์ (Hawley's retainer) เพื่อคงสภาพต่ออีก 2 ปี

การรักษา

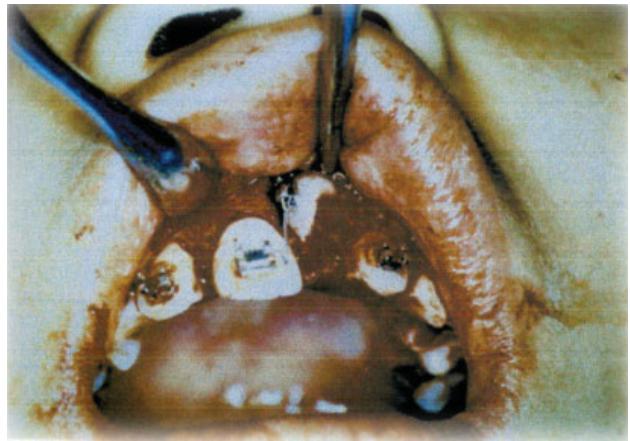
เริ่มการรักษาโดยใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นเฉพาะขากรรไกรบน เพื่อปรับระดับฟันและจัดเรียงฟันให้ชิดกันเพื่อเปิดช่องว่างบริเวณฟันซี่ 21 ให้ได้ขนาดใกล้เคียงกับฟันซี่ 11 แล้วจึงส่งต่อให้หมอคัลยกรรมเปิดเหงือก (รูปที่ 1) เพื่อติดเครื่องมือที่ตัวฟันโดยติดกระดูกที่มีลวดไร้สนิมขนาดเล็ก 0.001 นิ้ว (ligature wire) ทำเป็นตะขอยื่นออกมาเล็กน้อยเหนือเหงือกเพื่อคล้องยาง (รูปที่ 5) และเริ่มดึงฟันโดยใช้ยาง (elastic c-chain) ภายหลังแผลหายประมาณ 2 สัปดาห์ เคลื่อนฟันจนได้



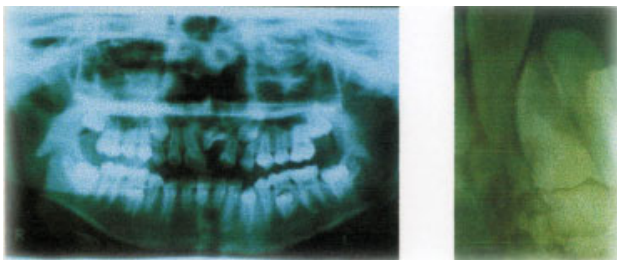
รูปที่ 1 การสบฟัน การเรียงตัวของฟัน และตำแหน่งฟันซี่ 21 ที่ปรากฏอยู่ด้านหน้าของสันเหงือก ก่อนทำการรักษา



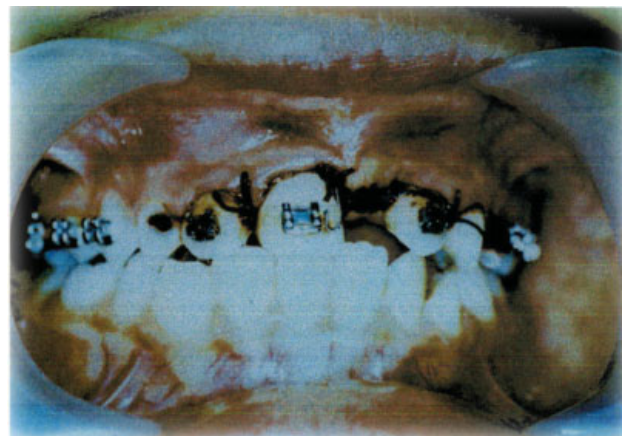
รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อนการรักษา



รูปที่ 4 ตำแหน่งของฟันซี่ 21 ขณะทำการผ่าตัดเปิดเหงือก



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีชนิดพานอรามิกและภาพถ่ายรังสีฟันคุดซี่ 21 ก่อนการรักษา



รูปที่ 5 การติดกระดุมและลวดที่ทำเป็นตะขอเพื่อดึงฟันเมื่อเย็บปิดแผลแล้ว

ระดับใกล้เคียงกับระนาบบดเคี้ยว เปลี่ยนเป็นติดแบรคเก็ต (bracket) บนตัวฟันซี่ 21 ให้ได้ตำแหน่งที่ถูกต้อง (รูปที่ 6) เริ่มใช้ลวดขนาดเล็กเพื่อเคลื่อนตัวฟันใหม่ ต่อไปจึงเริ่มติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นบริเวณฟันล่าง เพื่อแก้ไขฟันซ้อนเก จัดฟันต่อจนมีการสบฟันที่ปกติ ทั้งฟันกรามและฟันเขี้ยว ฟันหน้ามีการเหลื่อมกันทั้งแนวราบและแนวตั้งที่ปกติ (รูปที่ 7) แล้วจึงถอดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นออก (รูปที่ 10) ใส่เครื่องมือคงสภาพฟันชนิดฮอเลย์ (รูปที่ 8) เพื่อคงสภาพฟันต่ออีก 2 ปี นัดตรวจเช็คเป็นระยะ ๆ และวัดการมีชีวิตร

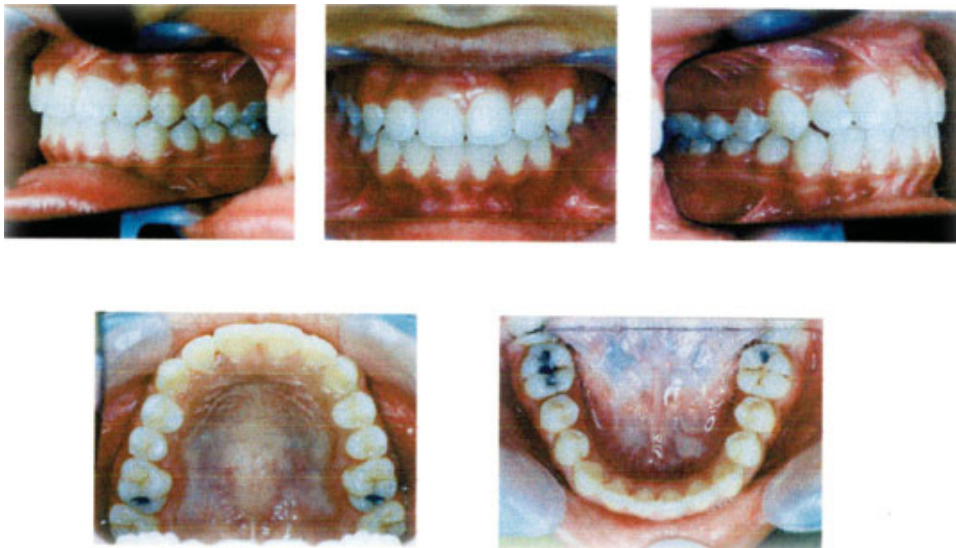
อยู่ของฟัน (vitality test) พบว่าปรกติ

วิจารณ์

รายงานฉบับนี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยหนึ่งรายที่มีฟันซี่ 21 เป็นฟันคุดเนื่องจากตำแหน่งของหน่อฟันอยู่ผิดที่ และขาดช่องว่างในการขึ้นของฟัน^(1,3-6) ดังนั้นเมื่อศึกษาภาพถ่ายรังสีและวิเคราะห์ทวินิจจน์แล้วจึงเลือกการรักษาจัดฟันร่วมกับศัลยกรรมเนื่องจากฟันขาดพื้นที่ในการขึ้น หน่อฟันอยู่ผิดที่ และรากฟันปิดแล้ว จำเป็นต้องเปิดเหงือกเพื่อให้เห็นตัวฟัน แล้วติดเครื่องมือจัด



รูปที่ 6 การสบฟัน การเรียงตัวของฟัน เมื่อเคลื่อนฟันซี่ 21 ให้อยู่ใกล้เคียงกับฟันซี่ 11

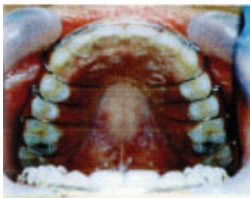
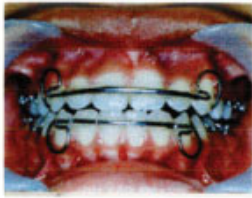


รูปที่ 7 การสบฟันและการเรียงตัวของฟันภายหลังการรักษา

ฟัน^(1,8,9) แต่เนื่องจากฟันอยู่ด้านหน้า (labial) จึงเย็บให้
เหงือกยึด (attached gingiva) ไปอยู่ในตำแหน่งที่ฟัน
จะขึ้นภายหลังการรักษาจึงไม่พบว่าเป็นโรคปริทันต์
สอดคล้องกับการศึกษาของ Vanarsdall และ Corn⁽¹⁰⁾
หลังจากนั้นจึงเคลื่อนตัวฟันต่อโดยใช้เครื่องมือจัดฟัน
ชนิดติดแน่น ผลการรักษาพบว่าสามารถแก้ไขฟันซี่ #21
ที่ไม่สามารถขึ้นมาในช่องปากได้เองให้ขึ้นมาอยู่ใน
ตำแหน่งที่ถูกต้องสวยงาม โดยอยู่ในตำแหน่งที่ใกล้

เคียงกับฟันซี่ 11 ทั้งตัวฟันและเหงือก เป็นที่พึงพอใจ
ทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ดังนั้นวิธีการรักษานี้จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมเนื่องจาก
ใช้เวลาในการรักษาน้น,ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือ
ได้เป็นอย่างดี เป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย ผลการรักษา
อยู่ได้ถาวรและให้ความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยได้สูงสุด
เนื่องจากสามารถรักษาฟันแท้ให้อยู่ในตำแหน่งที่ปกติ
และสวยงาม เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาแบบถอน



รูปที่ 8 ลักษณะฟันเมื่อใส่เครื่องมือคงสภาพฟัน (retainer appliance)

ฟันคุดแล้วใส่ฟันปลอมทดแทน สอดคล้องกับการรักษาที่มีการศึกษามาแล้ว^(1,8)

สรุป

แม้ว่าผู้ป่วยที่มีฟันตัดบนซี่กลาง (upper central incisor tooth) ไม่ขึ้นจะพบไม่บ่อยนัก แต่ก็ยังเป็นปัญหาใหญ่ในแง่ความสวยงาม บุคลิกภาพและการออกเสียง การรักษาจัดฟันร่วมกับงานศัลยกรรมเป็นการรักษาที่ค่อนข้างยุ่งยากแต่ได้ผลที่สวยงามถาวรกว่าการถอนฟันแล้วใส่ฟัน แต่ต้องทำการวางแผนการรักษาให้ถูกต้องและเหมาะสมโดยฟันซี่ที่จะทำ artificial eruption นั้นต้องไม่มีรูปร่างผิดปกติ ไม่มีการเชื่อมติดกับกระดูก (ankylosis) และมีช่องว่างเพียงพอที่จะขึ้นได้ ในการเปิดเหงือกบริเวณด้านหน้า (labial) นั้นต้องระมัดระวังโดยเย็บให้เหงือกยึดไปอยู่ในตำแหน่งที่ฟันจะขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดโรคปริทันต์ (periodontal disease) ตามมา และภายหลังการรักษาได้ทดสอบการมีชีวิตอยู่ของฟัน (vitality test) พบว่าปกติ ไม่ต้องรักษารากฟัน ดังนั้นจะพบว่าภายหลังการรักษาแล้ว ได้จัดเรียงฟันซี่ 21 ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและสวยงาม ระดับเหงือกของฟันตัดบนซี่กลางซ้ายและขวาใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยและผู้ปกครองพอใจในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

การรักษาผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนและต้องพิจารณาร่วมกันของทั้งทันตแพทย์จัดฟันและศัลยกรรม ทันตแพทย์ทั่วไปควรใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการอธิบายและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมหนึ่งทันตแพทย์จัดฟันควรใช้ผู้ป่วยรายนี้เป็นแนวทางของการวางแผนการรักษาในกรณีที่มีความผิดปกติคล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. พาสร์ศิริ นิสาลักษณ์, สมพร เรืองผกา. การจัดการรักษาฟันซึ่งขึ้นเองไม่ได้. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2534; 41(2):51-8.
2. Eriason S, Kurol J. Early treatment of erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. Eur J Orthod 1988; 10:283-95.
3. Salzmann JA. Practice of orthodontics. Philadelphia: Lippincott; 1966.
4. Bishara SE, Kommer DD, McNeil MH, Montegano CN, Oesterle LJ, Youngquist HW. Management of impacted canines. Am J Orthod 1976; 69:371-87.
5. Budnick SD. Compound and complex odontomam. Oral Surg 1976; 42:501-6.
6. Jacoby H. The etiology of maxillary canine impac-tions. Am J Orthod 1983; 84:125-32.
7. Olow-Nordenram M, Anneroth G. Eruption maxillary canines. Scand J Dent Res 1982; 90.
8. Proffit WR, Fields HW, Ackeman JL, Bailey TJ, Tulloch JFC. Contemporary orthodontics. St. Louis, Toronto, London: C.V. Mosby; 2000.
9. Thailander H, Thilander B, Persson G. Treatment of impacted teeth by surgical exposure: a survey study. Swed Dent J 1973; 66:519-25.
10. Vanarsdall RL, Corn H. Soft-tissue management of labially positioned unerupted teeth. Am J Orthod 1977; 72:53-64.
11. Moyers RE. Handbook of orthodontics. 3rd ed. Chi-cago: Year Book Medical Publisher; 1973.
12. Begg PR. Begg orthodontic theory and technique. Phila-delphia: W.B. Saunders; 1965.

13. Heydt K. The surgical uncovering and orthodontic positioning of unerupted maxillary canines. *Am J Orthod* 1979; 68(3):256-76.
14. Nielson IL, Prydso U, Winkler T. Direct bonding on impacted teeth. *Am J Orthod* 1979; 68:666-70.
15. Fifield CA Jr. Surgery and orthodontic treatment for unerupted teeth. *J Am Dent Assoc* 1986; 113:590-1.

Abstract **Treatment of Embedded Tooth Maxillary Incisor by Artificial Eruption with Fixed Orthodontic Appliance : A Case Report**

Niramon Leela-adisorn, Puangpeth Itharatana

Department of Dentistry, Roi Et Hospital, Roi Et

Journal of Health Science 2008; 17:SVII2151-8.

Although embedded maxillary incisors are well recognized as problematic in both function and esthetics of patients, treatments of the embedded teeth remain varying widely. Differences in treatments lead into a range of outcomes and benefits to patients in terms of the function, esthetics, cost and lengths of treatment. This article describes a case report of a 10-year-old child with an embedded of upper left maxillary incisor. The child was treated by orthodontic forced eruption by fixed appliance with minimal exposure of the placed orthodontic wire. After 12 months of treatment, the tooth was moved into a favorable position with both functional and esthetics. In addition, the artificially erupted tooth showed no loss of vitality and no periodontal anomalies. This approach is simple, easy to perform with favorable outcomes as shortening a length and reducing costs of treatment.

Key words: embedded tooth, artificial eruption, fixed orthodontic appliances