

รายงานผู้ป่วย

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางปริทันต์ร่วมด้วย : รายงานผู้ป่วย
รัตติยา จั่วเจริญ น.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ
10400

Orthodontic Treatment in Patient with Reduced Periodontium : A Case Report
Rattiya Chuacharoen, D.D.S.

Dental Department, Rajavithi Hospital, Thung Phaya Thai, Ratchathewi,
Bangkok, 10400, Thailand

Corresponding Author: Rattiya Chuacharoen (E-mail: rattiya_chua@hotmail.com)
(Received: 8 May, 2024; Revised: 4 July, 2024; Accepted: 31 December, 2025)

Abstract

Adult patients seeking orthodontic treatment have increased in the recent past. It is an undeniable fact that the incidence of the other dental problems such as periodontal disease and multiple missing teeth are more among adult patients. The multiple missing teeth cause the tipping of the adjacent teeth and the extrusion of the opposing teeth result in the malocclusion that should be corrected by the orthodontic treatment. This case report presented a 58-year-old female patient who has a moderate periodontal disease with the anterior crossbite malocclusion. Before undergoing of orthodontic treatment, the patient was referred to periodontist for periodontal treatment until periodontal inflammation was eliminate and healthy periodontium so that the active orthodontic therapy was initiated. After orthodontic treatment was finished. Anterior crossbite was corrected to normal overjet and overbite. The final stage of the treatment indicated satisfactory occlusal and periodontal characteristics.

Keywords: Orthodontics, Periodontitis, Anterior crossbite

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยในช่วงวัยผู้ใหญ่เข้ารับการ
รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นความจริงที่
ปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้ป่วยในวัยนี้จะพบปัญหาทางทันตกรรมอื่น ๆ
ร่วมด้วยในปริมาณที่มากขึ้น เช่น ปัญหาทางปริทันต์ การสูญเสีย
ฟันแท้ไปบางส่วน ผลที่ตามมาอาจทำให้ฟันบริเวณข้างเคียง
เกิดการล้มเอียงเข้ามา หรืออาจเกิดการยื่นยาวลงมาของฟันที่
เป็นคู่สบ ทำให้เกิดปัญหา การสบฟันที่ผิดปกติซึ่งควรได้รับการ
แก้ไขด้วยการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน หากผู้ป่วยผู้ใหญ่ ราย
นั้นมีสภาวะทางปริทันต์ที่ดีและแข็งแรงก็สามารถให้การรักษา
ทางทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นบทความนี้ได้เสนอ
รายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี ที่มีปัญหาสภาวะปริทันต์
ระดับปานกลาง มีการร่นของเหงือกที่ฟันหน้าล่าง 1 ซี่ อย่าง
รุนแรงจากการสบไขว้บริเวณฟันหน้าบนและล่าง ร่วมกับการ
สูญเสียฟันแท้หลายซี่ โดยก่อนเริ่มการรักษาทางทันตกรรม

จัดฟัน ผู้ป่วยได้ถูกส่งตัวเพื่อพบทันตแพทย์เฉพาะทางด้าน
ปริทันต์สำหรับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ จนกระทั่งผู้ป่วย
มีสภาวะปริทันต์ที่สมบูรณ์แข็งแรง จึงเริ่มให้การรักษาทาง
ทันตกรรมจัดฟัน ภายหลังการรักษาผู้ป่วยได้รับการแก้ไขการ
สบไขว้บริเวณฟันหน้าบนมีการสบฟันของฟันหน้าที่ปกติ และ
มีการสบฟันที่ดีร่วมถึงการมีสุขภาพสภาวะปริทันต์ที่ดีและ
แข็งแรง

คำสำคัญ: ทันตกรรมจัดฟัน, ปริทันต์อักเสบ, การสบ
ไขว้บริเวณฟันหน้า

บทนำ

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาทางทันตกรรม
จัดฟันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ความต้องการการรักษานั้นอาจ
เกิดจากตัวของผู้ป่วยเองหรือมาจากการส่งต่อจากทันตแพทย์
สาขาอื่น เพื่อมารับการรักษาการสบฟันที่ผิดปกติของผู้ป่วย

ก่อนที่จะให้การรักษาทันตกรรมสาขาอื่นต่อไป ซึ่งการจัดฟันทำให้เกิดการเรียงตัวที่ดีของฟันเป็นการเอื้อให้การรักษาทันตกรรมสาขาอื่นนั้นทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่มารับการจัดฟัน คือ ปัญหาทางปริทันต์ ผู้ป่วยที่มีสุขภาพปริทันต์ที่ไม่ดี จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาร่วมกันจากทันตแพทย์เฉพาะทาง ด้านปริทันต์และทันตแพทย์จัดฟันร่วมกันวางแผนการรักษาเฉพาะบุคคลเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการและความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ² เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการการรักษาทันตกรรมจัดฟัน ได้แก่ เพื่อให้มีการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวที่ดีขึ้น การสบฟันที่ดีขึ้น ความสวยงามของใบหน้า และผลทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยบางคนไม่มีโอกาสได้รับการรักษาในขณะที่อายุน้อยอาจเนื่องจากการขาดข้อมูลด้านการรักษา และปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น³ เมื่อถึงวัยทำงานจึงอาจเริ่มมีความต้องการรักษาทันตกรรมเพิ่มขึ้น ปัญหาที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านปริทันต์ได้แก่ การมีฟันหน้าบนยื่นร่วมกับมีช่องว่าง และยื่นยาวออกมา เกิดการสบกระแทกของฟัน และการหมุนของฟัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดเนื่องจากความแข็งแรงของอวัยวะปริทันต์รอบฟันลดน้อยลง⁴

ในการรักษาทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เคยมีประวัติการเป็นโรคปริทันต์มาก่อนอาจจะมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาขึ้นได้ถึงแม้แผนการรักษาทันตกรรมจัดฟันจะมีขอบเขตที่จำกัดแล้วก็ตาม การเคลื่อนฟันทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะปริทันต์ (periodontium) จะทำให้สภาพของอวัยวะปริทันต์แยลงสภาพที่เกิดขึ้นนั้นจะแย่กว่าสภาพเดิมที่มีปัญหาจากโรคปริทันต์แต่เพียงอย่างเดียว⁵ ข้อพิจารณาที่สำคัญในการรักษาทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาปริทันต์มาแล้ว คือ การที่ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ (plaque accumulation) อย่างดี เพื่อไม่ให้เกิดการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ การควบคุมการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์เป็นระยะ ๆ มีความจำเป็น หากควบคุมการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ไม่ได้ควรหยุดการรักษาทันตกรรมจัดฟันทันที แล้วกระตุ้นและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทำการประเมินการรักษาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย หากการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับที่น่าพอใจให้เริ่มการรักษาทันตกรรมจัดฟันใหม่⁶⁻⁹ การสบฟันผิดปกติที่พบได้ในทุกช่วงวัยตั้งแต่เด็ก ชุดฟันน้ำนมไปจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ชุดฟันแท้ขึ้น ได้แก่ การสบไขว้กันของฟันหน้าบนและล่าง (anterior crossbite) คือ การ

สบฟันที่ผิดปกติจากฟันหน้าบนมีตำแหน่งสบฟันอยู่ทางด้านในของฟันหน้าล่าง¹⁰ การสบไขว้กันของฟันหน้าบนล่างที่มีสาเหตุจากฟันจะเกิดจากการเอียงของแนวแกนฟันที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกร¹¹ ผู้ป่วยที่มีการสบไขว้บริเวณฟันหน้าบนล่างที่เกิดจากฟันจะมีความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรที่ปกติ (normal anterior-posterior skeletal relationship) ร่วมกับการสบปิดที่ปกติของขากรรไกรล่าง (path of mandibular closure) เข้าสู่ความสัมพันธ์ของการสบฟันแบบแองเกิลประเภทที่ 1 และมีการสบในศูนย์ที่ตรงกับความสัมพันธ์ในศูนย์ (coincident centric occlusion and centric relation)¹² ปัจจัยที่พบว่า เป็นสาเหตุของการเกิดการสบไขว้ฟันหน้าบนและล่างที่เกิดจากฟัน อาจเกิดจาก ฟันหน้าบนมีทิศทางการขึ้นอยู่ทางด้านลิ้นต่อฟันหน้าล่าง (lingual eruption path of the maxillary anterior incisors) ในช่วงฟันน้ำนมฟันหน้าตัดบนได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุส่งผลให้ฟันหน้าบนที่อยู่ที่อยู่ด้านล่างเกิดการเคลื่อนไปทางด้านลิ้น (lingual displacement of permanent tooth germ) อาจมีฟันเกินในบริเวณฟันหน้า ฟันหน้าบนน้ำนมไม่หลุดตามเวลาปกติ อาจมีเนื้องอกของฟันบริเวณฟันหน้าบน (odontomas) หรืออาจมีฟันที่ในส่วนโค้งแนวฟันไม่เพียงพอ (inadequate arch length) ทำให้ฟันหน้ามีการซ้อนเก หรืออาจเกิดจากนิสัยการกัดริมฝีปากที่ผิดปกติ (a habit of biting the upper lip)¹²⁻¹⁸

สำหรับรายงานผู้ป่วยรายนี้มีการสบฟันที่ผิดปกติหลายรูปแบบ ผู้ป่วยได้รับการรักษาร่วมกันแบบสหสาขา ระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและทันตแพทย์โรคปริทันต์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาทันตกรรมจัดฟัน ที่สามารถทำให้เกิดการสบฟันที่ดีขึ้น สำหรับการบูรณะและใส่ฟันทดแทนฟันที่สูญเสียไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

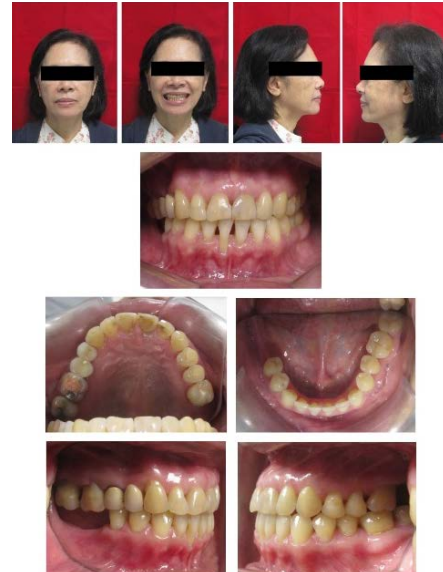
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี ถูกส่งตัวจากทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมประดิษฐ์เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียฟันแท้ไปหลายตำแหน่งทำให้เกิดการสบฟันที่ผิดปกติที่ขัดขวางต่อการใส่ฟันปลอมทดแทนฟันที่สูญเสียไป อีกทั้งมีการสบไขว้ของฟันหน้าบนและล่าง และมีปัญหาทางปริทันต์ร่วมด้วย ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา ผู้ป่วยมีใบหน้าด้านตรงลักษณะสมมาตร ใบหน้าด้านข้างตรง

ผู้ป่วยมีฟัน 24 ซี่ สูญเสียฟันซี่ 18, 14, 26, 28, 36, 46, 47, 48 ไปเป็นเวลานาน จึงส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างฟันซี่ 35 และ 37 และทำให้ฟันซี่ 37 ล้มเอียงมาด้านหน้า อีกทั้งสูญเสียฟันกรามด้านล่างขาซี่ 46, 47, 48 ไปนาน จึงทำให้เกิดการยื่นยาวลงมาของฟันกรามด้านบนขาซี่ 26 และ 27 ซึ่งเป็นปัญหาต่อการใส่ฟันปลอมด้านล่าง ผู้ป่วยมีการสบไขว้ (anterior crossbite) บริเวณฟันหน้าบนและล่างซี่ 11, 21, 22 และ 32, 31, 41 ปัญหานี้ทำให้เกิดการสับกระแทกของฟันซี่ 41 ซึ่งไม่ได้รับการแก้ไข เมื่อเวลาผ่านไปจึงทำให้ฟันซี่ 41 ได้รับผลกระทบจากการกระแทกขณะสบฟัน จนกระทั่งเกิดการสูญเสียกระดูกหุ้มรากฟัน เกิดการร่นของเหงือกทำให้เกิดการสูญเสียเหงือกยึด (alveolar bone loss, gingival recession and loss of keratinized connective tissue) โดยรอบ ผู้ป่วยมีแนวกึ่งกลางฟันบนเอียงไปทางขวาประมาณ 1 มิลลิเมตร เมื่อเทียบกับใบหน้า และแนวกึ่งกลางฟันล่างตรงกับเส้นกึ่งกลางใบหน้า (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 สภาพภายนอกและภายในช่องปากของผู้ป่วย ก่อนเริ่มการรักษา



รูปที่ 2 สภาพภายนอกและภายในช่องปากของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการรักษา

จากการวิเคราะห์ภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างพบว่า ค่ามุม SNA 92 องศา (ค่าเฉลี่ย 84 ± 4) ค่ามุม SNB 89 องศา (ค่าเฉลี่ย 81 ± 4) ค่ามุม ANB 3 องศา (ค่าเฉลี่ย 3 ± 2 องศา) แสดงถึงความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรบนล่างประเภทที่ 1 ค่ามุม FMA 26 องศา (ค่าเฉลี่ย 23 ± 4 องศา) ค่ามุม SN-GoMe 30 องศา (ค่าเฉลี่ย 29 ± 6 องศา) แสดงถึงความสัมพันธ์ของกะโหลกศีรษะในแนวตั้งแบบปกติ ความเอียงของฟันหน้าบน UI-NA 10 องศา (ค่าเฉลี่ย 22 ± 6 องศา) ความเอียงของฟันหน้าล่าง LI-NB 30 องศา (ค่าเฉลี่ย 30 ± 6 องศา) แสดงให้เห็นว่าฟันหน้าบนเอียงงุ้มเข้า แต่ฟันหน้าล่างมีลักษณะความเอียงที่ปกติ ดังนั้นความผิดปกติแบบการสบไขว้ของฟันหน้าบนล่าง ทำให้เกิดลักษณะความเอียงที่ผิดปกติของฟันหน้าบน (รูปที่ 1)

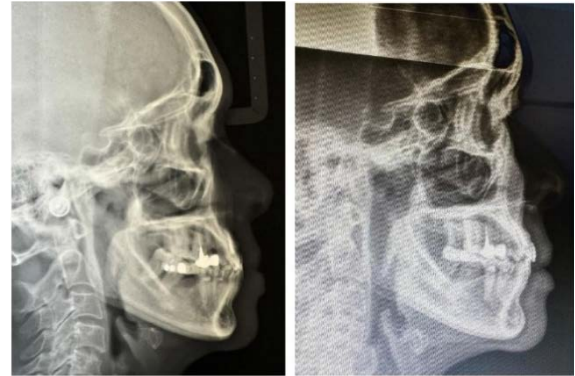
แผนการรักษา

ก่อนเริ่มการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาโรคปริทันต์อักเสบระดับปานกลาง จึงได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบจากทันตแพทย์เฉพาะทางด้านปริทันต์ จนกระทั่งมีสภาวะปริทันต์ที่แข็งแรงและสามารถควบคุมดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีจึงเริ่มการจัดฟัน โดยเริ่มต้นการรักษาด้วยเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ที่ฟันล่างร่วมกับการยกการสบฟันด้านหลังขึ้นให้ฟันหน้าบนและฟันหน้าล่างห่างจากกันเพื่อเปิดการสบฟัน และใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นที่ฟันบนในการแก้ไขการเรียงตัวของฟันหน้าบนเพื่อกดฟันหน้าบนขึ้นและปรับความเอียงให้มาด้านหน้าเพื่อแก้ไขความงุ้มเข้าของฟันหน้าบน เมื่อการสบไขว้กันของฟันหน้าบนล่างได้รับการแก้ไขแล้ว จึงทำการติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นที่ฟันล่างเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันล่างต่อไป ในส่วนของฟันหลังบนด้านขวาที่มีการยื่นยาวลงมามากกว่าระดับของฟันข้างเคียงเนื่องจากการสูญเสียฟันคู่สบด้านล่างไปเป็นเวลานานและไม่ได้ใส่ฟันปลอม

ทดแทน ได้ทำการแก้ไขโดยการกดฟันกรามบนซี่ที่ 1 และ 2 ด้วยหมุดทางทันตกรรมจัดฟัน 2 ตัว ทางด้านแก้มระหว่างฟัน 2 ซี่นี้ 1 ตัว และอีก 1 ตัว ทางด้านเพดานปากระหว่างฟัน 2 ซี่ แล้วทำการเคลื่อนฟันเข้าไปในกระดูกขากรรไกรบนโดยการใส่โซ่ยางดึงฟัน (intrusion) ผู้ป่วยสูญเสียฟันซี่ 36 ไปเป็นเวลานาน ทำให้ฟันซี่ 34, 35 และ 37 ล้มเข้ามาในช่องว่าง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างฟันซี่ 33 ถึงฟันซี่ 37 โดยที่ฟันซี่ 35 และ 37 เคลื่อนเข้ามาในช่องว่างจนชิดกัน ดังนั้นแผนการรักษาจึงเป็นการเคลื่อนฟันปิดช่องว่างในบริเวณนี้



รูปที่ 3 การซ้อนรอยภาพลายเส้นของกะโหลกศีรษะด้านข้าง ก่อนและหลังการรักษานับระยะ SN



รูปที่ 4 ภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง ก่อนและหลังการรักษา

ผลการรักษา

ผลการรักษาเป็นที่พึงพอใจเนื่องจากสามารถแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันได้เป็นอย่างดี (รูปที่ 2) ทำให้เกิดการทำหน้าที่ที่ปกติของบดเคี้ยวและมีความสวยงาม โดยสามารถแก้ไขการสบไขว้ของฟันหน้าบนและล่างได้ภายในเวลา 8 เดือน ทำให้ได้ลักษณะการสบฟันบริเวณฟันหน้าที่ปกติ จากภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อนและหลังการรักษา (รูปที่ 3) และจากการซ้อนรอยภาพลายเส้นของกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อนและหลังการรักษานับระยะ SN (รูปที่ 4) พบว่าค่ามุมความเอียงของฟันหน้าบน UI-NA เพิ่มขึ้นจาก 10 องศา เป็น 21 องศา ซึ่งอยู่ในค่ามุมที่ปกติ และยังพบว่ามุมของฟันหน้าบนและฟันหน้าล่างลดลง (interincisal angle) จาก 136 องศา เป็น 126 องศา ซึ่งอยู่ในค่ามุมที่ปกติด้วย อีกทั้งเมื่อฟันหน้าบนและล่างอยู่ในตำแหน่งที่ปกติแล้ว จึงทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นของตำแหน่งของริมฝีปากบนและล่าง มีลักษณะใบหน้าด้านข้างที่ดีขึ้นอีกด้วย หลังจากนั้นได้ทำการเคลื่อนฟันเพื่อปิดช่องว่างบริเวณที่สูญเสียฟันกรามล่างด้านซ้ายไป มีการเรียงตัวของฟันกรามด้านล่างขวาที่ดีและสามารถปิดช่องว่างจากการถอนฟันได้ ผลที่ได้จากการกดฟันกรามบนขวาซี่ที่ 1 และซี่ที่ 2 ด้วยหมุดจัดฟัน ให้ผลที่ดี ฟันกรามบนซี่ที่ 1 และ 2 ถูกกดและเคลื่อนไปอยู่ในระดับเดียวกับฟันกรามน้อยซี่ที่ 2 ที่อยู่ข้างเคียง ทำให้มีพื้นที่ระหว่างฟันและสันเหงือกข้างเพียงพอที่จะสามารถใส่ฟันปลอมด้านล่างได้ (รูปที่ 2)

เมื่อการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเสร็จสิ้นลง ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องมือคงสภาพฟันแบบโอเวอร์บทั้งฟันบนและฟันล่าง (wraparound retainers) ภายหลังจากการรักษาทางทันตกรรมจัดเสร็จสิ้น ผู้ป่วยได้รับการปลูกเหงือกบริเวณฟันหน้าล่างซี่ที่ 1 ทำให้เหงือกที่เคยร่น 6 มิลลิเมตร เหงือก ร่น 3 มิลลิเมตร และเพิ่มความหนาของเหงือกเคอราติน จากเดิมที่ไม่มีเหงือกเคอราตินในบริเวณนี้ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 สภาพภายในช่องปากก่อนและหลังการปลูกเหงือกตำแหน่งฟันซี่ 41 ของผู้ป่วยภายหลังการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ของการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กคือ ทำให้การขึ้นของฟันและการสบฟันเป็นไปตามปกติและเป็นไปตามการเจริญเติบโตของใบหน้าและช่องปาก¹⁹ ในช่วงชุดฟันผสมจึงเป็นช่วงที่เหมาะสมอย่างมากที่จะเริ่มให้การรักษาและแก้ไขการสบฟันที่ปกติ²⁰ ถ้าหากการแก้ไขนั้นล่าช้าออกไปจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่แล้วนั้น การรักษาอาจเกิดความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น²¹ การสบฟันผิดปกติแบบฟันหน้าล่างสบไขว้ฟันหน้าบนที่ไม่ได้มีสาเหตุจากความไม่สัมพันธ์กันของโครงสร้างกระดูกขากรรไกร ควรได้รับการแก้ไขโดยทันตแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสึกกร่อนของเคลือบฟันที่ผิดปกติ ฟันหน้าที่อาจเกิดการโยกผิดปกติ เกิดปัญหาโรคทางปริทันต์ และอาจเกิดความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรขึ้นได้^{17, 18}

ในผู้ป่วยรายนี้เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรบนล่างที่มีลักษณะเป็นแบบประเภทที่ 1 (Skeletal Class I relationship) ดังนั้นการเกิดการสบไขว้กันของฟันหน้าบนและล่าง (anterior crossbite) จึงเกิดขึ้นจากสาเหตุในส่วนของฟัน ซึ่งไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของความสัมพันธ์กระดูกขากรรไกรบนและล่าง ถ้าหากผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาและแก้ไขการสบไขว้ของฟันหน้าบนล่างตั้งแต่วัยฟันชุดผสมและผู้ป่วยยังมีการเจริญเติบโตอยู่จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดการสบกระแทกของฟันหน้าและไม่ทำให้เกิดการสูญเสียของกระดูกหุ้มรากฟันและการร่นของเหงือกเช่นในปัจจุบัน

การเกิดเหงือกกรันเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน ได้แก่ การแปรงฟันที่ไม่เหมาะสม โรคปริทันต์อักเสบ (destructive periodontal disease) ฟันอยู่ในตำแหน่งที่ผิดปกติ (tooth malpositioning) การร่นของกระดูกหุ้มรากฟัน (alveolar bone dehiscence) เหงือกที่ปกคลุมรากฟันมีลักษณะที่บอบบาง มีเหงือกยึดอยู่ในตำแหน่งที่สูง (high muscle attachment and frenal pull) การสบกระแทกของฟันบนและล่าง (occlusal trauma) และปัจจัยอื่น ๆ²² การปลูกเหงือกให้คลุมบริเวณรากฟันเป็นการผ่าตัดรักษาที่ยากและทำลายเป็นอย่างมาก ความสำเร็จของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือขึ้นกับระดับของกระดูกระหว่างซี่ฟัน (interproximal bone level)²³ ในกรณีของผู้ป่วยรายนี้พบว่าปริมาณการร่นของกระดูกหุ้มรากฟันทางด้านประชิดของฟันข้างเคียงค่อนข้างมากประมาณ

2 ใน 3 ของความยาวรากฟัน ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้เมื่อพิจารณาถึงการทำนายผลภายหลังการปลูกเหงือกอาจจะไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีมาก แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการปลูกเหงือกภายหลังการจัดฟันพบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ในระหว่างการจัดฟันผู้ป่วยสามารถควบคุมสุขภาวนามัยในช่องปากได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าผู้ป่วยจะสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดีเพียงใดแต่ก็ยังมี supragingival calculus เกิดขึ้น โดยเฉพาะในบริเวณที่ยากต่อการทำความสะอาด ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้จึงถูกส่งตัว เพื่อรับการ rescaling จาก periodontist ทุก ๆ 4-6 เดือน สำหรับการตรวจติดตามผลสภาวะปริทันต์ ของผู้ป่วยและ ทำการ rescaling สำหรับ calculus ที่เกิดขึ้นใหม่ จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการแนะนำว่าในระหว่างการจัดฟันควรส่งผู้ป่วยให้กับ periodontist สำหรับการทำ periodontal maintenance therapy ทุก ๆ 2-4 เดือน¹

การคงสภาพภายหลังการจัดฟัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อ equilibrium ของ final position ของฟัน โดยจุดมุ่งหมายหลักของการรักษาฟันหน้าบนล่างสบไขว้คือเพื่อปรับแนวแกนฟันบนที่เอียงเข้าด้านลิ้นให้เอียงออกไปด้านริมฝีปากเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งการสบฟันที่มั่นคงในแนวตั้ง (stable overbite)¹⁹ ซึ่งการป้องกันการเกิดการคืนกลับก็คือการทำให้ได้การสบฟันหน้าที่มีการสบฟันแนวหน้าล่างและแนวตั้งที่ปกติ (normal overjet/overbite)²⁰ จากผลการรักษาผู้ป่วยรายนี้มีการสบฟันบริเวณฟันหน้าที่ปกติทั้งแนวหน้าหลังและแนวตั้ง ดังนั้นจึงสามารถป้องกันการเกิดการคืนกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผู้ป่วยรายนี้มีผลการรักษาที่ดีคือ สามารถแก้ไขการสบไขว้ของฟันหน้าบนและล่างและได้การสบฟันหน้าที่ปกติเพื่อป้องกันการคืนกลับได้ดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะรูปหน้าทางด้านข้างดีขึ้น เมื่อตรวจใน ช่องปากพบว่าการสบของฟันแบบ maximum intercuspation มีการเรียงตัวของฟันที่สมบูรณ์และสภาวะของอวัยวะปริทันต์ที่ดี

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิง นพณวิ วงษ์กิตติไกรวัล ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาปริทันต์ ที่ร่วมให้การรักษาทางด้านปริทันต์แก่ผู้ป่วยตั้งแต่อ่อน ระหว่างและ ภายหลังการรักษา เป็นอย่างดีทำให้การรักษาทางทันตกรรม จัดฟันประสบผลสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ดีและเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Proffit WR, Fields HM, Sarver DM. Contemporary Orthodontics. 4th ed. St. Louis: CV Mosby; 2007.
2. Singh G, Batra P. The orthodontic periodontal interface: a narrative review. J ICDRO 2014;6(2):7785.
3. Fastlicht J. Adult orthodontics. J Clin Orthod 1982;16(9):606-18.
4. Ngom PI, Diagne F, Benoist HM, Thiam F. Intraarch and interarch relationships of the anterior teeth and periodontal conditions. Angle Orthod 2006;76(2):23642.
5. Kessler M. Interrelationships between orthodontics and periodontics. Am J Orthod 1976;70(2):154-72.
6. Ericsson I, Thilander B, Lindhe J, Okamoto H. The effect of orthodontic tilting movements on the periodontal tissue of infected and infected dentition in the dog. J Clin Periodontology 1977;4(4):273-93.
7. Ericsson I, Thilander B, Lindhe J. Periodontal condition after orthodontic tooth movement in the dog. Angle Orthod 1978;48(3):2-10-8.
8. Ericsson I. The effects of orthodontic treatment on periodontal tissues in patients with reduced periodontal support. Europ J Orthod 1982;4(4):1-9.
9. Boyd R, Leggott PI, Quinn RS, Eakle WS. Periodontal implications of orthodontic treatment in adults with reduced or normal periodontal tissues versus those of adolescents. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1989;96(3):191-8.
10. Tsai HH. Components of anterior crossbite in the primary dentition. ASDC J Dent Child 2001;68(1):27-32.
11. Marrison JT. Fundamentals of Pediatric Dentistry. 3rd ed. London: Quintessence Publishing Co; 1995. p.355.
12. Olsen CB. Anterior crossbite correction in uncooperative or disabled children. Case reports. Aust Dent J 1996;41(5):304-9.
13. Major PW, Glover K. Treatment of anterior cross-bites in the early mixed dentition. J Can Dent Assoc 1992;58(7):574-5.
14. Heikinheimo K, Salmi K, Myllärniemi S. Long-term evaluation of orthodontic diagnosis made at ages of 7 and 10 years. Eur J Orthod 1987;9(2):151-9.
15. Hannuksela A, Väänänen A. Predisposing factors for malocclusion in 7-year-old children with special reference to atopic diseases. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1987;92(4):299-303.
16. Hannuksela A, Laurin A, Lehmus V, Kauri R. Treatment of cross-bite in the early mixed dentition. Pron Finn Dent Soc 1988;84(3):175-82.
17. Estreia F, Almerich J, Gascon F. Interceptive correction of anterior crossbite. J Clin Pediatr Dent 1991;15(3):157-9.
18. Valentine F, Howitt JW. Implications of early anterior crossbite correction. J Dent Child 1970;37(5):420-7.
19. al-Sehaibany F, White G. A three dimensional clinical approach for anterior crossbite treatment in early mixed dentition using an Ultrablock appliance: case report. J Clin Pediatr Dent 1998;23(1):1-7.
20. Kocadereli I. Early treatment of posterior and anterior crossbite in a child with bilaterally constricted maxilla: report of case. J Dent Child 1998;65(1):41-6.
21. Tse CS. Correction of single-tooth anterior crossbite. J Clin Orthod 1997;31(3):188.
22. Wennstrom JL, PiniPrato GP. Mucogingival therapy periodontal plastic surgery. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T, Editors. Clinical Periodontology and implant dentistry. 4th Ed. UK: Blackwell Publication; 2003; p. 576-649.
23. Greenwell H, Bissada NF, Henderson RD, Dodge JR. The deceptive nature of root coverage results. J Periodontol 2000;71(8):1327-37.