

การทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมกับทันตกรรมจัดฟัน เพื่อดึงฟันตัดแท้ซี่กลางบนที่คุด: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วาทัญญู อินทะไชย กบ.
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ภาวะฟันตัดแท้ซี่กลางคุดก่อปัญหาการบดเคี้ยวและความสวยงามของใบหน้า การรักษาด้วยวิธีทันตกรรมจัดฟันเป็นทางเลือกเชิงอนุรักษ์นอกเหนือจากการผ่าเอาฟันคุดออก รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 13 ปี มีฟันตัดแท้ซี่กลางบนซี่คุด ได้รับการทำศัลยกรรมปริทันต์ด้วยเทคนิคตัดแต่งและเย็บแผ่นเหงือกใต้ต่อตัวฟันคุดที่ถูกเปิดออกมา ทำให้สามารถติดเครื่องมือจัดฟันเพื่อเคลื่อนฟันคุดลงมาได้ หลังการผ่าตัด 5 เดือน ฟันที่คุดเข้าสู่ตำแหน่งปกติและมีการหายของเหงือกอย่างสมบูรณ์

คำสำคัญ : ฟันตัดแท้ซี่กลางคุด, เทคนิคตัดแต่งแผ่นเหงือกแบบเปิด, ศัลยกรรมปริทันต์, ทันตกรรมจัดฟัน

ติดต่อบทความ: ทพ.วาทัญญู อินทะไชย กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ลำปาง 280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทรศัพท์ 0-5423-7400 ต่อ 4000, E-mail: intachaiw@hotmail.com

บทนำ

โดยทั่วไปแล้วฟันตัดแท้ซี่กลางบน (maxillary central incisor) และฟันตัดแท้ซี่ข้างล่าง (mandibular lateral incisor) จะขึ้นสู่ช่องปากเมื่อเด็กอายุ 6 ขวบครึ่ง - 7 ขวบ ส่วนฟันตัดแท้ซี่ข้างบน (maxillary lateral incisor) จะเป็นฟันตัดแท้ที่ขึ้นช้าที่สุดในบรรดาฟันตัดแท้ทั้งหมด โดยจะขึ้นภายหลังจากฟันตัดแท้ซี่กลางขึ้นมาแล้วประมาณ 1 ปี ดังนั้นหากพบว่า เด็กมีฟันตัดแท้ซี่ข้างขึ้นมาแล้วแต่ฟันตัดแท้ซี่กลางยังไม่ขึ้น ย่อมแสดงว่าเกิดภาวะฟันคุดหรือฟันซี่นั้นขาดหายไป ซึ่งภาวะว่าฟันตัดแท้ซี่บนหายไปแต่กำเนิดมีรายงานพบน้อยมาก ส่วนใหญ่แล้วจะมีสาเหตุจากฟันคุด⁽¹⁾ การทำศัลยกรรมปริทันต์ (periodontal surgery) ร่วมกับการจัดฟัน (orthodontic traction) เพื่อรักษาฟันตัดแท้คุดเป็นทางเลือกหนึ่ง นอกเหนือจากการผ่าตัดเอาฟันคุดออก หรือปล่อยให้หลุดไป แล้วตรวจติดตามเฝ้าดูอาการ เปรียบเทียบกับภาพถ่ายรังสีเป็นระยะๆ⁽²⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 13 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง ด้วยเรื่องฟันตัดแท้ซี่กลางบนซ้าย (#21) ไม่ขึ้นในช่องปาก ผู้ป่วยไม่เคยถอนฟันซี่นี้มาก่อน และในวัยเด็กฟันตัดน้ำนมซี่กลางบนซ้าย (#61) ก็ไม่เคยได้รับการบาดเจ็บใดๆ จนต้องสูญเสียฟันไปก่อนวัยอันควร เมื่ออายุ 7 ขวบ ผู้ป่วยได้รับการถอนฟันตัดน้ำนมซี่กลางบนซ้าย (#61) ออกไปเพื่อให้ฟันแท้ขึ้นได้ตามปกติ แต่ฟันตัดแท้ซี่กลางบนซ้าย (#21) ก็ยังไม่ขึ้น จึงมาพบทันตแพทย์ ผู้ป่วยมีสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว การตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีใบหน้าสมมาตร ไม่มีโครงสร้างใบหน้าผิดปกติใดๆ การตรวจสภาพช่องปากพบช่องว่างของสันเหงือก ระหว่างฟันตัดแท้ซี่กลางบนขวา (#11) กับฟันตัดแท้ซี่ข้างบนซ้าย (#22) ขนาด 5 มิลลิเมตร (มม.) ลักษณะสมบูรณ์ ไม่มีการอักเสบ คลำพบลักษณะเป็นปุ่มนูนแข็งบริเวณเหงือกด้านใกล้ริมฝีปากตรงตำแหน่งฟันตัดแท้ซี่กลางบนซ้าย (#21) ฟันตัดแท้ซี่กลางบนขวา (#11) อยู่ในตำแหน่งข้ามแนวเส้นกึ่งกลางใบหน้า (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 สภาพช่องปากก่อนรับการรักษาพบว่าฟันซี่ #21หายไป

ภาพรังสีเทคนิคพาโนรามิก ภาพรังสีด้าน
บดเคี้ยวฟันและภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง
พบว่าฟันตัดแท่งซี่กลางบนซ้ายคุดอยู่ในตำแหน่ง
ด้านใกล้ริมฝีปาก ปลายฟันอยู่ห่างจากระนาบ

ปลายฟันตัดแท่งซี่กลางบนขวา (#11) ประมาณ 12 มม.
และพบฟันกรามน้อยซี่ที่สองบนซ้าย (#25) คุดอยู่
ด้านเพดานปากร่วมด้วย (รูปที่ 2-4)



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก แสดงถึงฟันซี่ #21 และ #25 คุด



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีด้านบดเคี้ยวแสดงถึงฟันซี่ #21 และ #25 คุดโดยฟันซี่ #25 คุดอยู่ด้านเพดานปาก



รูปที่ 4 ภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างพบว่าฟันซี่ #21 กุดอยู่ในตำแหน่งด้านไกลริมฝีปาก ตำแหน่งปลายฟันซี่ #21 อยู่ห่างจากระนาบปลายฟันซี่ #11 ประมาณ 12 มม.

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น full bony labially impacted left maxillary central incisor และ palatally left maxillary second premolar ทันตแพทย์จัดฟันทำการเคลื่อนฟันด้วยการติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นแบบ edgewise บนฟันตั้งแต่ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งข้างขวาไปถึงฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งข้างซ้าย ทั้งฟันบนและฟันล่าง เพื่อปรับตำแหน่งฟันให้มีการบดเคี้ยวที่ถูกต้อง

และเพิ่มช่องว่างสำหรับฟันตัดแท้ซี่กลางบนซ้าย โดยใช้สปริงเกลียวแบบเปิด (opening coil spring) ระหว่างฟันตัดแท้ซี่กลางบนขวาและฟันตัดแท้ซี่ข้างบนซ้ายเป็นเวลา 2 เดือนเพื่อผลักฟันทั้ง 2 ซี่ ออกจากกัน ทำให้สามารถเพิ่มช่องว่างจากเดิม 5 มม. เป็น 7 มม. (รูปที่ 5) หลังจากนั้นจึงทำ ศัลยกรรมปริทันต์



รูปที่ 5 ภายหลังจากติดเครื่องมือจัดฟัน 2 เดือน สามารถเพิ่มช่องว่างสำหรับฟันซี่ #21 ได้อีก 2 มม.

ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ด้วยการฉีด 2% lidocaine with epinephrine 1:100,000 ปริมาณ 1.8 มล. จำนวน 2 หลอด บริเวณเยื่อช่องปากทั้งด้านใกล้ริมฝีปากและด้านเพดานปาก ขอบเขตตั้งแต่ด้านใกล้กลางฟันตัดแท้ที่ข้างบนขวาไปจนถึงด้านใกล้กลางของฟันตัดแท้ที่ข้างบนซ้าย ใช้ปลายนิ้วค้ำหาตำแหน่งฟันคุดลงมีดผ่าตัดด้วยใบมีดเบอร์ 15C ในแนวอนนยาวประมาณ 1 ซม. บนสันเหงือกตรงตำแหน่งปลายฟันคุด และในแนวตั้งตรงตำแหน่งปลายของแผลแนวนอนทั้ง 2 ปลาย เป็นรูปตัว U ในลักษณะผายออก ใช้ periodontal elevator เลาะเปิดแผ่นเหงือกจนเห็นกระดูกนูนตรงตำแหน่งฟันคุด กรอกระดูกด้วยหัวกรอ round steel bur ร่วมกับฉีด

น้ำเกลือนอร์มัลเพื่อระบายความร้อน จนเห็นตัวฟันกว้างพอสำหรับการติด bracket เพื่อตั้งฟันได้ ใช้ periodontal curette ขูดถุงหุ้มฟัน (dental follicle) ที่คลุมตัวฟันคุดออก ล้างด้วยน้ำเกลือนอร์มัล พับเปิดแผ่นเหงือกไปทางปลายรากฟัน ในลักษณะ apical reposition flap เล็มแผ่นเหงือกที่ยาวเกินออกด้วยกรรไกร ให้เหลือเหงือกชนิดเคอราติน (keratinized gingiva) เป็นระยะ 3 มม. ห่างจากตำแหน่งตัวฟันที่จะติด bracket เย็บแผ่นเหงือกด้วย interrupted suture หลังจากนั้นทันตแพทย์จัดฟันจึงทำการติด bracket และมัดลวด ligature wire โดยผูกปลายหนึ่งของลวดให้ติดกับส่วนปีกของ bracket อีกปลายหนึ่งผูกกับลวดจัดฟันของฟันแถวบน (รูปที่ 6) จ่ายยาบรรเทาปวด paracetamol



รูปที่ 6 หลังจากเปิดแผ่นเหงือกและกรอกระดูกออกจนเห็นตัวฟันซี่ #21 จึงทำการติด bracket (รูปบน) และผูก ligature wire กับลวดจัดฟันของฟันแถวบน (รูปล่าง)

ยาปฏิชีวนะ amoxicillin และน้ำยาบ้วนปาก 0.2% chlorhexidine mouth wash ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ผลการรักษา

เมื่อตัดไหม 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด พบการหายของแผลเป็นไปตามปกติ มีเหงือกชนิดเคอราตินรองรับประมาณ 3 มม. ทันตแพทย์จัดฟัน

จึงเริ่มทำการเคลื่อนฟันตัดแท้ซี่กลางบนซ้ายร่วมกับการใช้สปริงเกลียวแบบเปิดระหว่างฟันตัดแท้ซี่กลางบนขวาและฟันตัดแท้ซี่ข้างบนซ้ายเป็นเวลา 3 เดือน ได้ช่องว่างเพิ่มเป็น 10 มม. จึงถอดสปริงเกลียวออก แล้วทำการเคลื่อนฟันต่อจนครบ 5 เดือน ฟันตัดแท้ซี่กลางบนซ้ายลงมาอยู่ในตำแหน่งปกติและเหงือกมีการหายของแผลอย่างสมบูรณ์ (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 หลังการผ่าตัด 5 เดือน มีการหายของฟันเหงือกอย่างสมบูรณ์และฟันซี่ #21 เคลื่อนสู่ตำแหน่งปกติ

วิจารณ์

การเปลี่ยนแปลงของฟันจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้โดยเฉลี่ยจะเริ่มเมื่อเด็กอายุตั้งแต่ 6 ขวบขึ้นไป ฟันตัดแท้ซี่กลางล่างมักเป็นฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นในช่องปาก และฟันตัดแท้ซี่ข้างบนจะเป็นฟันตัดแท้ที่ขึ้นช้าที่สุดในบรรดาฟันตัดแท้ทั้งหมด โดยจะขึ้นตามหลังที่ฟันตัดแท้ซี่กลางประมาณ 1 ปี (1) ผู้ป่วยรายนี้อายุ 13 ปี มีฟันตัดแท้ซี่ข้างขึ้นมาแล้ว

แต่ฟันตัดแท้ซี่กลางยังไม่ขึ้น ย่อมแสดงว่าเกิดภาวะฟันคุดหรือฟันขาดหายไป เนื่องจากอุบัติการณ์ของฟันตัดแท้ซี่บนหายไปตั้งแต่กำเนิดพบน้อยมาก สาเหตุส่วนใหญ่จึงเกิดจากฟันคุด พบว่าภาวะฟันเกินเป็นสาเหตุที่ทำให้ฟันตัดแท้บนคุดถึงร้อยละ 56-60 ซึ่งขัดขวางการขึ้นของฟัน(2) สาเหตุที่พบรองลงมาได้แก่ รากฟันตัดแท้โค้งงอขัดขวาง

การขึ้นของฟันข้างเคียง ฟันซี่ข้างเคียงล้มเอียง ฟันน้ำนมตรงตำแหน่งเหนือต่อฟันแท้ได้รับบาดเจ็บ ถูกถอนก่อนกำหนด หรือไม่หลุดในเวลาอันควร ฟันที่สันเหงือกไม่เพียงพอ หรือหน่อฟันตัดแต่อยู่ในตำแหน่งผิดปกติในระยะที่มีการสร้างฟัน⁽¹⁻⁴⁾ ในกรณีที่ฟันตัดแท้บนคุดมีสาเหตุจากภาวะฟันเกิน ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาฟันเกินออก หรือเพิ่มฟันที่สันเหงือกให้กว้างพอเพื่อให้ฟันแท้สามารถขึ้นได้เองตามธรรมชาติ ก็ยังพบว่าฟันตัดแท้บนสามารถขึ้นมาได้เองเพียงร้อยละ 54-76 เท่านั้น และบางรายต้องใช้เวลานานถึง 3 ปีกว่าที่ฟันจะขึ้นสู่ช่องปาก⁽²⁾

ความร่วมมือระหว่างทันตกรรมจัดฟันและปริทันต์วิทยาในการรักษาผู้ป่วยที่ฟันตัดแท้บนคุดมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการเพิ่มทางเลือกของการรักษา นอกเหนือจากการติดตามเฝ้าระวังฟันคุดเป็นระยะหรือผ่าตัดเอาฟันคุดออก^(2,5) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีฟันที่สันเหงือกไม่เพียงพอ หากใช้แต่ศัลยกรรมปริทันต์เพื่อให้เห็นตัวฟันที่คุดเพียงอย่างเดียว ก็ยังไม่อาจมั่นใจว่าฟันจะเคลื่อนลงมาหรือไม่ หรือหากเคลื่อนลงมาก็จะไม่อยู่ในแนวการเรียงตัวของฟันที่เหมาะสม โดยมีรายงานพบว่า มีฟันเพียงร้อยละ 54 - 64 เท่านั้นที่ขึ้นได้เองตามปกติหลังจากที่กำจัดสิ่งขัดขวางการขึ้นออกไปแล้ว^(4,6)

ก่อนการวางแผนศัลยกรรมปริทันต์ร่วมกับการจัดฟัน Proffit และคณะ⁽⁷⁾ แนะนำให้ทันตแพทย์พิจารณาใน 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ตำแหน่งที่ลงมีดผ่าตัด เทคนิคการเย็บแผ่นเหงือก และลักษณะการเคลื่อนฟันจากการจัดฟัน กล่าวคือ ตำแหน่งที่ลงมีดเปิดเหงือกควรอยู่บริเวณเหงือกชนิดเคอราติน โดยหลังจากตัดแต่งแผ่นเหงือกแล้วควรมีเหงือกชนิดเคอราตินหุ้มตัวฟันบริเวณที่เย็บอย่างน้อย 1 มม. สำหรับยึดหุ้มฟันคุดหลังจากทำการเคลื่อนฟันลงมาแล้ว

ตำแหน่งและลักษณะการเย็บแผ่นเหงือก หลังจากการผ่าตัดเปิดฟันคุดและติดเครื่องมือจัดฟันแล้ว มี 2 แบบคือ แบบที่แผ่นเหงือกอยู่ในตำแหน่งเดิม (replaced or closed technique) หรือแบบที่แผ่นเหงือกถูกเย็บได้ต่อตัวฟันคุดที่เปิดออกมา (displaced or open technique) โดยทั้ง 2 วิธีมีข้อดีและข้อด้อยแตกต่างกัน วิธีแรกจะเย็บแผ่นเหงือกกลับคืนในตำแหน่งเดิม มีข้อดีคือ ไม่มีการตัดเหงือกชนิดเคอราตินทิ้งเลย สภาพเหงือกหลังรักษาสวยงาม มีแผลเป็นน้อย ส่วนวิธีหลังมีข้อดีคือ ทันตแพทย์สามารถมองเห็นความก้าวหน้าของการเคลื่อนฟันคุดได้ชัดเจนและฟันมีการเคลื่อนเร็วกว่าวิธีแรก แต่อาจเกิดปัญหาในภายหลังได้แก่ ภาวะเหงือกกร่น, กระจกเข้าฟันสึกกร่อน, การสูญเสียเหงือกชนิดเคอราตินและการหายของแผลที่ช้ากว่า^(8,9) ผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้ศัลยกรรมปริทันต์วิธีหลัง เนื่องจากมีปริมาณเหงือกชนิดเคอราตินกว้างเพียงพอที่จะเหลือหุ้มฟันอย่างน้อย 3 มม.

การเคลื่อนฟันโดยใช้ทันตกรรมจัดฟันมีความสำคัญมากในการเตรียมฟันที่สันเหงือกสำหรับรองรับฟันคุดที่จะเคลื่อนลงมา การเคลื่อนฟันต้องควบคุมทั้งความแรงและทิศทาง เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อฟันข้างเคียงหรืออวัยวะปริทันต์ตามมา เช่น ภาวะเหงือกกร่น, กระจกเข้าฟันแห้ว (dehiscence) หรือโหว่เป็นช่อง (fenestration), ฟันเชื่อมติดกับกระดูก (ankylosis) หรือเกิดการละลายของผิวฟันด้านนอก (external resorption)^(2,8-11) ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดฟันชนิดติดแน่นทั้งปากเพื่อเพิ่มฟันที่สันเหงือกสำหรับรองรับฟันคุดที่กำลังเคลื่อนลงมาก่อนที่จะทำศัลยกรรมปริทันต์แล้วจึงทำการเคลื่อนฟันลงมาสู่ตำแหน่งปกติ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างใด สอดคล้องกับผลการรักษาฟันตัดแท้บนคุดโดย Frank⁽²⁾ และ Bayram และคณะ⁽⁵⁾ โดยการนำศัลยกรรมปริทันต์ผ่าเอาฟันเกินออกร่วมกับการจัดฟัน พบว่าเป็นวิธีที่ได้ผลดี ปราศจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

สรุป

การทำศัลยกรรมปริพันธ์ร่วมกับทันตกรรมจัดฟันเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาฟันตัดแท้ที่กลางบนคุดที่ได้ผลดีโดยผู้ป่วยไม่สูญเสียฟันและสามารถแก้ไขปัญหาการบดเคี้ยวได้ในเวลาเดียวกัน เทคนิคการตัดแต่งและเย็บแผ่นเหงือกใต้ต่อตัวฟันคุดที่ถูกเปิดออกมา ทำให้สามารถติดเครื่องมือจัดฟันเพื่อเคลื่อนฟันที่คุดให้ลงมาสู่ใน

ตำแหน่งปกติ โดยมีการหายของแผ่นเหงือกอย่างสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทพญ.อิมใจ อินทะไชย สาขาทันตกรรมจัดฟัน โรงพยาบาลลำปาง ที่ช่วยวางแผนและดูแลผู้ป่วย

1. Becker A. Maxillary central incisors. In: Becker A. editor. The orthodontic treatment of impacted teeth. London: Martin Duntz; 1998.p.53-83.
2. Frank CA. Treatment options for impacted teeth. J Am Dent Assoc 2000;131(5):623-32.
3. Smailiene D, Sidluuskas A, Bucinskiene J. Impaction of the central maxillary incisor associated with supernumerary teeth: initial position and spontaneous eruption timing. Stomatologija 2006;8(4):103-7.
4. Adams TW. An impacted primary lateral incisor as a cause of delayed eruption of a permanent tooth: case report. Pediatr Dent 1998;20(2):121-3.
5. Bayram M, Ozer M, Sener I. Bilaterally impacted maxillary central incisors: surgical exposure and orthodontic treatment: a case report. J Contemp Dent Pract 2006;7(4):98-105.
6. Mitchell L, Bennett TG. Supernumerary teeth causing delayed eruption - a retrospective study. Br J Orthod 1992;19(1):41-6.
7. Proffit WR. The first stage of comprehensive treatment: alignment and leveling. In: Proffit WR, Fields HW, Sarver DM, editors. Contemporary orthodontics. 4th ed. St. Louise: Mosby; 2007. p.551-76.
8. Frank CA, Long M. Periodontal concerns associated with the orthodontic treatment of impacted teeth. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002;121(6):639-49.
9. Korbendau JM, Patti A. Clinical success in surgical and orthodontic treatment of impacted Teeth. Paris: Quintessence; 2005.
10. Negi KS. Orthodontic treatment of an impacted central incisor by closed-flap eruption technique- a case report. [cited 28 Apr 2012] Available from: URL: <http://orthocj.com/2008/10/treatment-impacted-incisor-closed-flap-eruption>.
11. Szarmach IJ, Szarmach J, Waszkiel D. Complications in the course of surgical-orthodontic treatment of impacted maxillary canines. Adv Med Sci 2006;51 Suppl 1:217-20.

Combined Periodontal Surgery and Orthodontic Traction for Permanent Impacted Maxillary Central Incisor: a Case Report

Watanyou Intachai DDS

Dental Department, Lampang Hospital, Lampang, Thailand

Lampang Med J 2012; 33(1): 68-77

Abstract

Impacted central incisors cause disturbances in both occlusion and esthetics. Orthodontics is a challenging choice of treatment besides of surgical removal. The author reported a case of 13-year old girl with permanent impacted maxillary left central incisor. Periodontal surgery was performed by displacement or open approach to adequately expose the impaction. Orthodontic appliance was fixed onto the tooth for subsequent traction. Five months postoperatively, the tooth was successfully positioned in the proper alignment and the overlying gingiva completely healed.

Keywords : Impacted maxillary incisor, Displacement, Open approach, Periodontal surgery, Orthodontic traction