

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่มีฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด :**รายงานผู้ป่วย**

อรวีร์ ปิยะศิริโสฬส ท.บ., วท.ม. (วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก), ว.ท. (ทันตกรรมจัดฟัน)
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลิซล

บทคัดย่อ

ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด เป็นหนึ่งในความผิดปกติที่ทันตแพทย์จัดฟันพบได้บ่อย ภายหลังจากการวินิจฉัยได้แล้ว การวางแผนการรักษาจำเป็นต้องมองคนไข้แบบองค์รวม โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายๆ ประการ คือ ความสัมพันธ์และโครงสร้างของใบหน้า ลักษณะของการสบฟัน อายุของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการรักษามีอยู่สองทางเลือกใหญ่ๆ คือ ผ่าตัดเอาฟันคุดออก หรือช่วยให้มีการงอกขึ้นมาของฟันคุด บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 11 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด ฟันซ้อนเก ฟันหน้ายื่น จากการตรวจทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยมีรูปร่างใบหน้าด้านข้างนูน การสบฟันกรามเป็นแบบที่ 1 ร่วมกับมีฟันกรามน้อยซี่ที่สองบนและล่างด้านซ้ายคุด แผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้คือ การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันร่วมกับการถอนฟันกรามน้อยล่างซี่ที่หนึ่ง และช่วยให้มีการงอกขึ้นมาของฟันคุดโดยไม่ต้องใช้แรงดึงทางทันตกรรมจัดฟัน ผลการรักษาพบว่าฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดสามารถงอกขึ้นมาในส่วนโค้งแนวฟันโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยมีการสบฟันที่ดีขึ้น มีรอยยิ้มที่สวยงาม เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด ทันตกรรมจัดฟัน

Orthodontic treatment of second premolar impaction : A Case Report

Orrawee Piyasirisorost, D.D.S., Master of science (Oral Science),Dip. (Orthodontics)
Department of Dentistry, Sichon Hospital.

Abstract

Second premolar impaction is one of the most frequently impacted tooth. In selecting an appropriate treatment option, several factors should be considered. Unerupted premolar can be treated by either surgical removal or exteriorization. This paper report an 11 year old girl with chief complaint of second premolar impaction, severe crowding and protruded upper anterior teeth. Clinical examination revealed that maxillary and mandibular left second premolar were impacted. A conventional orthodontic fixed appliance was used to create space for second premolar eruption. Once adequate space was create, the second premolar erupted spontaneously without applying any force. Spacemaintaining is the key to successful of these case. Improved occlusion, smile, facial esthetics and improved psycho-social confidence were achieved.

Key words: Premolar impaction, Orthodontic treatment

บทนำ

ฟันคุด(impacted tooth)หมายถึง ฟันที่ไม่สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้ เนื่องจากมีสิ่งกีดขวางหรือมีความผิดปกติของตำแหน่ง และทิศทางการขึ้นของฟัน⁽¹⁾ การเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองล่างคุด(mandibular second premolar impaction) พบมากเป็นอันดับสาม รองลงมาจากฟันกรามซี่ที่สามและฟันเขี้ยวบนตามลำดับ⁽²⁾ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดฟันกรามน้อยคุดร้อยละ 0.5 โดยแยกเป็นร้อยละ 0.1 - 0.3 ในขากรรไกรบน และร้อยละ 0.2 - 0.3 ในขากรรไกรล่าง⁽³⁾

สาเหตุหลักของการเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดคือการสูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองไปก่อนกำหนด^(4,5) ทำให้มีการล้มเอียงของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งไปทางด้านใกล้กลาง(mesioangular) และล้มเอียงของฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งไปทางด้านไกลกลาง(distoangular) ส่งผลให้ขาดช่องว่างในส่วนโค้งแนวฟัน(dental arch) สำหรับการขึ้นของฟันกรามน้อยซี่ที่สอง นอกจากนี้การเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดอาจเกิดได้จากฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองหลุดช้ากว่ากำหนด(over-retained) ภาวะฟันยึดแข็ง(ankylosis)⁽⁶⁾ ตำแหน่งและแนวการขึ้นเดิมของหน่อฟันกรามน้อยซี่ที่สองผิดปกติ(ectopic positioning) และพยาธิสภาพอื่นๆที่ขัดขวางการขึ้น เช่น ถุงน้ำ (cyst)⁽⁷⁾ ฟันเกิน(supernumerary teeth)⁽⁸⁾ นอกจากนี้ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดอาจพบสัมพันธ์กับการมีเนื้อเยื่อเหงือกที่แน่นและหนา(thick and fibrous gingival tissue) หรือโรคทางระบบต่างๆ เช่น โรคไคลโดเครเนียลดิสออสโตซิส(cleidocranial dysostosis)ซึ่งเป็นโรคที่สืบทอดทางพันธุกรรม ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้นี้จะมีความผิดปกติของการพัฒนากระดูกและฟัน ทำให้ฟันขึ้นช้าหรือมีฟันคุดหลายซี่⁽⁹⁾

ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในช่องปาก เช่น สูญเสียช่องว่างในส่วนโค้งแนวฟันเส้นกึ่งกลางฟัน(dental midline) เบี้ยวไปทางด้านที่มีฟันคุด มีช่องว่างเกิดการสบลึก(deep overbite)และการยื่นยาวของฟันคู่สบเข้ามาใน

ช่องว่าง(over-eruption)นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพอื่นๆตามมา เช่น ความเจ็บปวด(pain) โรคฟันผุ(dental caries) โรคปริทันต์(periodontal disease) การละลายของรากฟันข้างเคียง(resorption of adjacent root) และยังสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอีกด้วย⁽¹⁰⁾

ทางเลือกในการรักษาฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ดังนี้ 1. การถอน(extraction)หรือผ่าตัดนำฟันคุดออก(surgical removal) และหากมีช่องว่างเหลือก็เคลื่อนฟันปิดช่องว่างด้วยแรงทางทันตกรรมจัดฟัน แต่วิธีนี้มีข้อเสียคือ อาจทำให้เกิดความพิการที่กระดูก(bony defect) บริเวณนั้นและฟันข้างเคียง มีเหงือกร่น(gingival recession)ตามมา⁽¹¹⁾ 2. การผ่าตัดเปิดฟัน(surgical exposure) มีข้อบ่งชี้ในกรณีฟันซี่นั้นมีตำแหน่งค่อนข้างปกติ แต่ก็ไม่สามารถขึ้นได้หลังจากที่มีการสร้างรากฟันมากกว่า 3/4 ของความยาวรากที่สมบูรณ์ โดยการเอากระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ด้านบนออกเพื่อเปิดให้เห็นด้านบนบดเคี้ยวทั้งหมดของฟันกรามน้อยซี่ที่ฝังอยู่ และปล่อยให้ขึ้นมาเองโดยไม่มีการช่วยเหลือใดๆ เพียงแต่คงช่องว่างไว้ให้เพียงพอต่อการขึ้นของฟันคุด แต่วิธีนี้เป็นวิธีที่คาดการณ์ผลการรักษาได้ยาก ดังนั้นมักจะใช้ในกรณีที่มีการล้มเอียงของฟันคุดไม่มากกว่า 45 องศา เมื่อเทียบกับแนวแกนฟัน(long axis) ในตำแหน่งปกติ^(1,12) ซึ่งวิธีนี้มีข้อดีคือเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยต่อฟันข้างเคียงและเนื้อเยื่อโดยรอบ 3. การผ่าตัดเพื่อจัดฟันเข้าคืนที่(surgical repositioning) หรือการนำฟันของผู้ป่วยเองมาปลูกถ่าย(autotransplantation) มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฟันคุดมีแนวแกนฟันผิดปกติมากหรือในกรณีที่ใช้วิธีการผ่าตัดเปิดฟันแล้วไม่ประสบความสำเร็จ^(13,14) 4. การใช้วิธีทางทันตกรรมจัดฟันมาช่วย ให้มีการขึ้นของฟัน(orthodontic traction) โดยการเอากระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่ขัดขวางการขึ้นของฟันคุดออกไปและเคลื่อนฟันขึ้นมาโดยใช้แรงทางทันตกรรมจัดฟัน^(2,15,16)

แม้ว่าการเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองล่างสุดพบมากเป็นอันดับสาม รองลงมาจากฟันกรามซี่ที่สามและฟันเขี้ยวบนหรือคิดเป็นร้อยละ 24 ของการเกิดฟันคุดทั้งหมดในช่องปาก^(17,18) แต่กลับพบว่ามีความหรือรายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดยังไม่มากพอ บทความหรือรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการเกิดฟันเขี้ยวบนคุด ดังนั้นรายงานผู้ป่วยรายนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอการตรวจวินิจฉัยทั้งทางคลินิกและภาพรังสี การรักษา ติดตามผล เพื่อเป็นแนวทางพิจารณาการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่มีฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 11 ปี มาพบทันตแพทย์จัดฟันด้วยอาการสำคัญ คือ ทันตแพทย์

แนะนำให้มาปรึกษาเนื่องจากไม่พบฟันกรามน้อยซี่ที่สองล่างซ้ายในช่องปาก และฟันกรามน้อยซี่ที่สองบนขึ้นไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยกังวลเรื่องฟันหน้าบนยื่น ถูกเพื่อนล้อเลียน ขาดความมั่นใจเวลายิ้ม ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธการแพ้ยา

จากการตรวจสภาพภายนอกช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีรูปร่างหน้าผู้ป่วยทางด้านหน้าเป็นแบบสมมาตร (symmetrical mesocephalic face) รูปร่างหน้าผู้ป่วยทางด้านข้างมีลักษณะยื่น (convex facial profile) ริมฝีปากบนและล่างยื่น (protrude upper and lower lips) มุมระหว่างริมฝีปากและจมูกน้อย (decreased nasolabial angle) ไม่พบเสียงขณะเคลื่อนไหวขากรรไกร (temporo-mandibular joint sound) การเคลื่อนไหวของขากรรไกรอยู่ในเกณฑ์ปกติ (รูปที่1)



รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปากก่อนการรักษาขณะบิหน้าปกติและขณะยิ้ม

การตรวจสภาพภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะสุขภาพอนามัยช่องปากดี มีเหงือกอักเสบเล็กน้อยไม่พบร่องลึกปริทันต์มีเหงือกยึดปกติ (normal frenum attachment) ไม่พบฟันผุ ระยะฟันอยู่ในช่วงของฟันแท้ ลักษณะการสบฟันเป็นแบบที่ 1 (Angle's classification: Class I) โดยมีระยะเหลื่อมในแนวราบ (overjet) 12 มิลลิเมตร

และระยะเหลื่อมในแนวตั้ง (overbite) 3 มิลลิเมตร มีการซ้อนเกของฟันหน้าบนและล่างแบบรุนแรง (severe crowding) ฟันซี่ 43 มีตำแหน่งทางด้านใกล้แก้ม (buccoversion) ของส่วนโค้งแนวฟัน ฟันซี่ 15,25 คุด และไม่พบฟันซี่ 35 ในช่องปาก (รูปที่2)



รูปที่ 2 แสดงลักษณะภายในช่องปากก่อนการรักษา โดยแสดงรูปการสบฟันและด้านบดเคี้ยว

ผลการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (panoramic film) ซึ่งเป็นภาพรังสีนอกช่องปากที่สามารถประเมินฟัน กระดูกขากรรไกรล่างและอวัยวะข้างเคียงได้ พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีระยะฟันอยู่ในช่วงฟันแท้ ฟันทุกซี่มีการสร้างรากฟันมากกว่าสองในสามของความยาวรากทั้งหมด มีฟันซี่ 35 คู่อยู่ในกระดูกระหว่างรากฟันซี่ 34 และ 36 และฟันซี่ 15, 25, 35 คู่ในตำแหน่งใต้ต่อจุดนูนสุด (contour) ด้านใกล้กลางของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง พบการสร้างหน่อฟันซี่ 28, 38 และซี่ 48 นอกจากนี้พบฟันเกิน (supernumerary tooth) ฝัง (embedded) ในแนวอนบริเวณรากฟันซี่ 21



รูปที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิกและภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อนการรักษา

สรุปวัตถุประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยรายนี้คือต้องการแก้ไขฟันหน้าบนยื่น ฟันบนและล่างซ้อนเกแก้ไขฟันกรามน้อยซี่ที่สองคู่ ดังนั้นการรักษาในผู้ป่วยรายนี้จึงเลือกวางแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันด้วยการถอนฟันและช่วยให้ฟันคู่ซี่ 15,25 และ 35 ขึ้นมาในช่องปากได้ซึ่งการถอนฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีเหตุผลหลักอยู่ 2 ประการคือ 1) เพิ่มพื้นที่ในช่องปากให้ฟันซี่ 15,25 และ 35 2) แก้ไขฟันซ้อนเก 3) เพื่อลดความยื่นของฟันหน้าและริมฝีปากบน ทำให้ได้รูปใบหน้าด้านข้างที่ดีขึ้น

โดยมีลำดับการรักษาคือ ภายหลังส่งผู้ป่วยเตรียมช่องปากโดยการขูดหินปูน ผ่าฟันเกินที่คุดบริเวณฟันหน้าบนด้านซ้ายออก หลังจากนั้นติดเครื่องจัดฟันชนิดติดแน่นทั้งปากในขากรรไกรบนและล่าง และเริ่มการปรับระดับฟันด้วยลวดนิกเกิลไททาเนียมขนาด 0.012 นิ้ว เปลี่ยนลวดจนกระทั่งเป็นลวดเหล็กกล้าไร้สนิมขนาด 0.016×0.022 นิ้วเพื่อต้องการแก้ไขแนวการเรียง

ถึงซี่ 23 และจากการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (lateral cephalometric film) พบว่าผู้ป่วยมีโครงสร้างกระดูกขากรรไกรและใบหน้าประเภทที่ 1 (skeletal class I) ตำแหน่งขากรรไกรบนและล่างปกติ (orthognathic maxilla ana mandible) ตำแหน่งฟันหน้าบนยื่น (proclined and protruded upper incisors) ตำแหน่งฟันหน้าล่างปกติ (normally inclined and positioned lower incisors) และมีตำแหน่งริมฝีปากบนและล่างยื่น (protruded upper and lower lips) (รูปที่ 3)

ตัวของฟันแต่ละซี่ให้เป็นระเบียบ และปรับระดับฟันที่อยู่ต่ำหรือสูงกว่าระนาบสบฟันให้อยู่ในระนาบที่เหมาะสม ตลอดจนแนวแกนของรากฟันควรจะต้องขนานกันไม่ล้มเอียง ซึ่งส่งผลให้ฟันซี่ 15,25 และ 35 หลุดพ้นจากจุดนูนสุดด้านใกล้กลางของฟันซี่ 16,26 และ 36 ตามลำดับและเมื่อลวดในช่องปากเป็นลวดเหล็กกล้าไร้สนิมขนาด 0.016×0.022 นิ้วจึงส่งผู้ป่วยไปถอนฟันซี่ 14, 24,34 และ 44 และใส่ลวดลวดสปริงแบบปิดเหล็กกล้าไร้สนิม (stainless steel closed coil spring) ระหว่างฟันซี่ 13 กับ 16 , 23 กับ 26 และ 33 กับ 36 เพื่อรักษาช่องว่างที่ได้จากการถอนฟันไว้สำหรับการขึ้นมาของฟันซี่ 15,25 และ 35 (รูปที่ 4) ภายหลังคงสภาพช่องว่างไว้เมื่อผ่านไป 3 เดือน ฟันซี่ 15 และ 25 ก็สามารถขึ้นมาได้ในช่องปาก และใช้เวลา 6 เดือน ฟันซี่ 35 ก็สามารถขึ้นมาได้เช่นกัน และเมื่อฟันเหล่านี้เริ่มเข้าใกล้ระนาบการสบฟัน จึงได้ติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นเพื่อปรับแนวการเรียงตัวของฟันซี่ 15,25 และ 35 ให้เป็นระเบียบ หลังจากนั้นจึงเริ่มเคลื่อนฟันเข้าไป

ทางด้านไกลกลางเข้าสู่ช่องว่างที่เหลือจนชิดกับฟัน
กรามน้อยซี่ที่สอง ตามมาด้วยขั้นตอนการตั้งฟัน

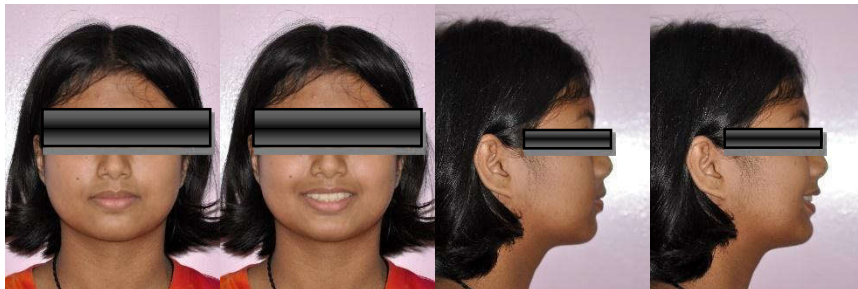
หน้าเข้าไปทางด้านใกล้ลิ้นเพื่อเป็นการปิดช่องว่าง
ที่เหลือและลดความยื่นของฟันหน้า



รูปที่ 4 แสดงลักษณะภายในช่องปากระหว่างการรักษา

ภายหลังการจัดฟันได้รับการสบฟันที่ปกติ
และผู้ป่วยพึงพอใจกับผลการรักษา(รูปที่5-6) ได้
พิจารณาถ่ายภาพรังสีพานอรามิก และภาพรังสี
กะโหลกศีรษะด้านข้างเพื่อประเมินผลการรักษา
จากภาพรังสีพานอรามิกพบว่ารากฟันขนานกัน ไม่
พบความผิดปกติใดๆ และภาพรังสีกะโหลกศีรษะ
ด้านข้างพบว่าผู้ป่วยมีโครงสร้างกระดูกขากรรไกร
ตำแหน่งฟันและเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆที่ปกติ (รูปที่7)

หลังถอดเครื่องมือ ทำเครื่องมือคงสภาพฟันชนิด
โอบ(wraparound retainers) ให้กับผู้ป่วย
ภายหลังการใส่เครื่องมือคงสภาพฟันได้มีการ
ติดตามผลการรักษา 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถ
ดูแลและทำความสะอาดตามที่ทันตแพทย์แนะนำ
ได้ดีไม่มีกุดเจ็บ หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยติดตามผล
เป็นระยะทุก 1 และ 6 เดือนไม่พบว่ามีอาการคืนกลับ
และจะมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกๆ 1 ปี



รูปที่ 5 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปากหลังการรักษาขณะใบหน้าปกติและขณะยิ้ม



รูปที่ 6 แสดงลักษณะภายในช่องปากหลังการรักษา โดยแสดงรูปการสบฟันและด้านบดเคี้ยว



รูปที่ 7 แสดงภาพถ่ายรังสีฟันอรามิกและภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างหลังการรักษา

วิจารณ์

วิธีการรักษาฟันกรามน้อยซี่ที่สองควรมีหลายทางเลือกการรักษาโดยการถอน (extraction) หรือผ่าตัดนำฟันคุดออก (surgical removal) เป็นวิธีที่ง่ายแต่พบว่าอาจทำให้เกิดความพิการที่กระดูก (bony defect) บริเวณนั้น และฟันข้างเคียง มีเหงือกกร่น (gingival recession) ตามมา⁽¹¹⁾ การใช้วิธีทางทันตกรรมจัดฟันมาช่วยให้มีการขึ้นของฟัน (orthodontic traction) ซึ่งวิธีนี้มีข้อดีคือเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยต่อฟันข้างเคียงและเนื้อเยื่อโดยรอบ แต่เป็นวิธีการที่ยุ่ยากกว่าการการผ่าตัดเปิดฟัน (surgical exposure)^(2,15,16) การผ่าตัดเพื่อจัดฟันเข้าคืนที่ (surgical repositioning) หรือการนำฟันของผู้ป่วยเองมาปลูกถ่าย (autotransplantation) มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฟันคุดมีแนวแกนฟันผิดปกติมาก หรือในกรณีที่ใช้วิธีการอื่นๆ เพื่อช่วยให้มีการขึ้นของฟันคุดแล้วไม่ประสบความสำเร็จ^(13,14) ในผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้วิธีการผ่าตัดเปิดฟัน (surgical exposure) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในกรณีฟันซี่นั้นมีตำแหน่งค่อนข้างปกติ แต่ก็ไม่สามารถขึ้นได้หลังจากที่มีการสร้างรากฟันมากกว่า 3/4 ของความยาวรากที่สมบูรณ์ โดยการเอากระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ด้านบนออกเพื่อเปิดให้เห็นด้านบดเคี้ยวทั้งหมดของฟันกรามน้อยซี่ที่อยู่ และปล่อยให้ขึ้นมาเองโดยไม่มีการช่วยเหลือใดๆ เพียงแต่คงช่องว่างไว้ให้เพียงพอต่อการขึ้นของฟันคุด วิธีนี้เป็นวิธีที่คาดการณ์ผลการรักษาได้ยาก แต่มีข้อดีคือเป็นวิธีที่ง่ายและมีความปลอดภัยต่อฟันข้างเคียงและเนื้อเยื่อโดยรอบดังนั้นมักจะใช้ในกรณีที่มีการล้ม

เฉียงของฟันคุดไม่มากกว่า 45 องศา เมื่อเทียบกับแนวแกนฟัน (long axis) ในตำแหน่งปกติ^(1,12)

ในบางกรณีการวางแผนเพื่อรักษาฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดก็อาจต้องอาศัยหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายและเพิ่มผลสำเร็จในการรักษาเช่นในผู้ป่วยรายนี้เบื้องต้นเลือกวิธีการถอนฟันกรามน้อยซี่ที่สองเพื่อสร้างช่องว่างที่เพียงพอในขากรรไกรสำหรับการขึ้นของฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดและรอให้ขึ้นมาเองโดยไม่มีการช่วยเหลือใดๆ เพียงแต่คงช่องว่างไว้ให้เพียงพอต่อการขึ้นของฟันคุดโดยในเบื้องต้นได้วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ปกครองไว้ หากทางเลือกแรกล้มเหลว ฟันกรามน้อยซี่ที่สองไม่สามารถขึ้นมาได้เองหลังจากคงช่องว่างไว้ จะพิจารณาใช้วิธีทางทันตกรรมจัดฟันมาช่วยให้มีการขึ้นของฟันคุด โดยการเอากระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนที่ขัดขวางการขึ้นของฟันคุดออกไปและเคลื่อนฟันขึ้นมาโดยใช้แรงทางทันตกรรมจัดฟัน แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้ภายหลังคงสภาพช่องว่างไว้ ฟันซี่ 15,25 และ 35 ก็สามารถขึ้นมาได้เอง อาจเนื่องมาจาก 1) ฟันคุดซี่ 15,25 และ 35 มีแนวแกนฟันผิดปกติจากตำแหน่งปกติน้อยกว่า 45 องศาซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะแนะนำให้ใช้วิธีนี้ในกรณีที่ฟันคุดมีแนวแกนฟันผิดปกติไปจากตำแหน่งปกติมากกว่า 45 องศา แต่ก็มีการศึกษาของ Collett ในปีค.ศ.2000 รายงานไว้ว่า แม้ฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดจะมีแนวแกนฟันผิดปกติไปจากตำแหน่งปกติมากกว่า 45 องศา แต่หากสามารถสร้างช่องว่างที่เพียงพอ ก็อาจขึ้นมาเองได้เช่นกัน⁽¹²⁾ 2) ฟันซี่ 15,25 และ 35 ยังคงมีแรงที่มาจากฟันงอก (eruptive force) จากการสร้างรากฟันที่ยังไม่สมบูรณ์

3) ในขั้นตอนปรับระดับฟัน (leveling phase) ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งมีการปรับแนวแกนฟันเอียงไปทางด้านไกลกลาง (distal tipping) จึงทำให้ฟันซี่ 15, 25 และ 35 หลุดพ้นจากจุดศูนย์กลางด้านใกล้กลางของฟันซี่ 16, 26 และ 36 ตามลำดับ ส่งผลให้ไม่ขัดขวางการขึ้นของฟันคุด และพบว่าหลังจากฟันซี่ 15, 25 และ 35 ขึ้นมาในช่องปากและอยู่ในระนาบสบฟันก็มีการสร้างรากฟันต่อจนสมบูรณ์ (completed root formation)

ทั้งนี้หากสามารถตรวจ และวินิจฉัยฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุดได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ จะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาการสบฟันที่เกิดขึ้นตามมา และช่วยให้การรักษามีความยุ่งยากน้อยลงและมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการป้องกันไม่ให้เกิดฟันกรามน้อยซี่ที่สองคุด ก็เป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองไปก่อนกำหนด ดังนั้นทันตแพทย์ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ

ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการรักษาความสะอาดตั้งแต่ชุดฟันน้ำนม และหากทันตแพทย์พบมีการสูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองไปก่อนกำหนดก็ควรส่งต่อทันตแพทย์สำหรับเด็กเพื่อทำเครื่องมือกันช่องว่าง(space maintainer) รักษาช่องว่างไว้ให้ฟันแท้ที่จะขึ้นมาในภายหลัง

สรุป

สรุปผลการรักษาผู้ป่วยรายนี้ สามารถแก้ปัญหาฟันซ้อนเกและฟันหน้าบนยื่น ทำให้รูปใบหน้าที่ด้านข้างของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การสบฟันภายหลังการรักษามีลักษณะฟันที่ดี (maximum intercuspation) ความสัมพันธ์ของฟันบนล่างเป็นการสบฟันกรามแบบที่ 1 มีระยะสบเหลี่ยมในแนวราบและแนวตั้งปกติฟันกรามน้อยซี่ที่สองสามารถขึ้นมาในช่องปากได้ ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รอยยิ้มที่สวยงามและผู้ป่วยพึงพอใจกับผลการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM. The impacted premolar. In: Textbook and color atlas of tooth impactions; diagnosis, treatment and prevention. St. Louis: Mosby; 1997. p. 177–95.
2. McNamara C, McNamara TG. Mandibular premolar impaction: 2 case reports. J Can Dent Assoc 2005; 71(11): 859-63.
3. Peterson LJ. Principles of management of impacted teeth. In: Contemporary oral and maxillofacial surgery. 4th ed. Philadelphia; 2003. 185.
4. Carr LM. The effect of extraction of deciduous molars on the eruption of bicuspid teeth. Aust Dent J 1963; 8(2): 130-6.
5. Maclaughlin JA, Fogels HR, Shiere FR. The influence of premature primary molar extraction on bicuspid eruption. J Dent Child 1967; 34(5): 399-405.
6. Winter GB, Gelbier MJ, Goodman JR. Severe infraocclusion and failed eruption of Deciduous molars associated with eruptive and developmental disturbances in the permanent dentition: a report of 28 selected cases. Br J Orthod 1997; 24(2): 149-57.

7. Rubin DM, Vedrenne D, Portno JE. Orthodontically guided eruption of mandibular Second premolar following enucleation of an inflammatory cyst: case report. *Int J Pediatr Dent* 2002; 27(1): 19–23.
8. Kaugars GE, Miller ME, Abbey LM. Odontomas. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol* 1989; 67(2): 172-6.
9. Maclaughlin JA, Fogels HR, Shiere FR. The influence of premature primary molar extraction on bicuspids eruption. *J Dent Child* 1967; 34(5): 399-405.
10. Magnusson C, Kjellberg H. Impaction and retention of second molars: diagnosis, treatment and outcome. *Angle Orthod* 2009; 79: 422-7.
11. Frank CA. Treatment options for impacted teeth. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(5): 623–32.
12. Collett AR. Conservative management of lower second premolar impaction. *Aust Dent J* 2000; 45(4): 279–81.
13. Holland D. A technique of surgical orthodontics. *Am J Orthod* 1955; 41: 27-44.
14. Sleeper EL. Surgical orthodontic technique and case reports. *Alpha Omega* 1955; 49: 110-6.
15. Bhatnagar A, Wagh S, Bhatnagar P, Agarwal RR, Khan F. Orthodontic relocation of impacted mandibular second premolar: case report. *Annals of Dental Specialty* 2016; 4: 83-5.
16. Muhamad H, Nezar W, Omri E, Obaida A. Management of lower second premolar impaction. *J Adv Dent Res* 2015; 1: 2-9.
17. Thilander B, Myrberg N. The prevalence of malocclusion in Swedish school children. *Scand J Dent Res* 1973; 81: 12-21.
18. Thilander H, Thilander B, Persson G. Treatment of impacted teeth by surgical exposure. *Sven TandlakTidskr* 1973; 66: 519-25.