

การรักษาฟันหน้าสบคร่อมโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น :**รายงานผู้ป่วย**

ศศิวรรณ ลีมีรสเจริญวงศ์ ท.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูง (ทันตกรรมสำหรับเด็ก)
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ฟันหน้าสบคร่อมเป็นการสบฟันผิดปกติ ที่ฟันหน้าบนสบอยู่ในตำแหน่งหลังต่อฟันหน้าล่าง โดยในชุดฟันผสมที่เกิดจากความผิดปกติของฟันควรให้การรักษา เพื่อป้องกันฟันสึก ป้องกันโรคปริทันต์เนื่องจากเกิดการสบกระแทก และป้องกันการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและข้อต่อขากรรไกร ลดโอกาสรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ต้องร่วมกับการผ่าตัด ลดโอกาสการเกิดความผิดปกติแบบฟันหลังล่างครอบฟันหลังบน และก่อให้เกิดความสมดุลของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวบทความนี้รายงานผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี มีโรคประจำตัวเป็นสมาธิสั้นซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็ก ผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์ เนื่องจากฟันหน้าล่างยื่นคร่อมฟันหน้าบน จากการตรวจในช่องปากพบฟันซี่ 11 สบคร่อมกับซี่ 41 และ ซี่ 21 สบคร่อมกับซี่ 31 จึงให้การรักษาโดยการใส่เครื่องมือจัดฟันถอดได้ที่มีแผ่นกีดฟันหลังร่วมกับสปริง ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 4 เดือน และติดตามผลการรักษาไปอีก 6 เดือน พบว่าผลเป็นที่น่าพอใจ การสบฟันของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ

คำสำคัญ: ฟันหน้าสบคร่อม โรคสมาธิสั้น เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้

Anterior Crossbite Correction on 9-year-old Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Case Report

Sasiwan Limroscharoenwong, D.D.S., Higher Grad. Dip. (Dentistry)

Department of Dentistry, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Abstract

Anterior crossbite is defined as a malocclusion resulting from the lingual positioning of the maxillary anterior teeth in relationship to the mandibular anterior teeth. Uncorrected anterior dental crossbite may lead to abnormal wear of lower incisors, tooth mobility, lingual gingival recession and temporomandibular disorder. Early and immediate treatment is necessary to dental problems and re-establish proper muscle balance by elimination of occlusal interference. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common disorder in children. Only a few literature was written about dental case especially those who experienced anterior crossbite. This case report describes the treatment of a 9-year-old boy with anterior crossbite and ADHD using a removable acrylic appliance with posterior bite plane incorporating springs was used to bring 11,21 into a normal position. After a 4-month treatment and a 6-month follow up, the anterior crossbite was successfully corrected.

Key words: anterior crossbite, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), removable acrylic appliances

บทนำ

ฟันหน้าสบคร่อม (anterior crossbite) เป็นการสบฟันผิดปกติ โดยฟันหน้าบนสบอยู่ในตำแหน่งหลังต่อฟันหน้าล่าง^(1,2) พบได้ทั้งชุดฟันน้ำนม ชุดฟันผสม และชุดฟันถาวร โดยฟันหน้าล่างอาจสบคร่อมฟันหน้าบนเพียง 1 ซี่หรือหลายซี่ สำหรับสาเหตุของการเกิดการสบฟันผิดปกติแบบฟันหน้าสบคร่อม อาจเกิดจากปัจจัยเฉพาะที่ เช่น ทิศทางการขึ้นของฟันถาวรผิดตำแหน่งไปเนื่องจากหน่อฟันถาวรเคลื่อนที่จากการได้รับภัยอันตรายต่อฟันน้ำนม⁽³⁾ มีฟันเกินมีพื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับฟันขึ้น หรือการมีสิ่งกีดขวางต่อการสบฟันทำให้การเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างไปทางด้านหน้าขณะสบฟัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากพันธุกรรม⁽⁴⁾ ที่ทำให้เกิดขนาดฟัน และขนาดของขากรรไกรไม่ได้สัดส่วนกันความผิดปกติแบบฟันหน้าสบคร่อม อาจแบ่งความผิดปกติได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือความผิดปกติของโครงสร้างกระดูก (skeletal problems) ความผิดปกติของฟัน (dental problems)⁽⁵⁾ และความผิดปกติแบบฟังก์ชันนอลคลอสไบท์ (functional crossbite)⁽¹⁾ โดยความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกอาจจะพบขากรรไกรล่างมีการเจริญมากกว่าปกติ หรือขากรรไกรบนมีการเจริญน้อยกว่าปกติ หรือพบทั้งสองอย่างร่วมกัน ความผิดปกติของตัวฟันจะพบฟันหน้าบนมีแนวการเรียงตัวของฟันมาทางลิ้น⁽⁶⁾ ส่วนฟังก์ชันนอลคลอสไบท์ เกิดเนื่องจากมีสิ่งกีดขวางการสบฟันของตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์กลาง (occlusal interference in centric occlusion)⁽¹⁾ อันเป็นสาเหตุให้เกิดการยื่นของขากรรไกรล่างไปข้างหน้าเพื่อให้มีการสบฟันกันมากที่สุด ซึ่งเป็นการปรับตัวของกล้ามเนื้อต่อสิ่งกีดขวางการสบฟัน⁽⁷⁾ โดยที่ตำแหน่งฟันและขนาดขากรรไกรปกติ เหตุผลและข้อบ่งชี้ในการการรักษาชุดฟันหน้าสบคร่อมในชุดฟันผสม เพื่อป้องกันฟันสึก และโรคปริทันต์ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการสบกระแทกส่งผลให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ⁽⁸⁻¹⁰⁾ และเพื่อป้องกันเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและข้อต่อขากรรไกร อดโอกาสการรักษาทางทันตกรรม

จัดฟันที่ต้องร่วมกับการผ่าตัด อดโอกาสการเกิดความผิดปกติแบบฟันหลังล่างคร่อมฟันหลังบน และก่อให้เกิดความสมดุลของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว⁽⁸⁾ ซึ่งทันตแพทย์ทั่วไปควรให้การรักษาฟันหน้าสบคร่อมเฉพาะกรณีความผิดปกติของตำแหน่งฟัน และความผิดปกติแบบฟังก์ชันนอลคลอสไบท์เท่านั้น

เครื่องมือจัดฟันถอดได้ร่วมกับสปริงจัดเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงในการแก้ไขฟันหน้าสบคร่อมในระยะ interceptive phase⁽⁵⁾ เพื่อลดความรุนแรงหรือผลเสียที่เกิดขึ้นจากการสบฟันที่ผิดปกติดังกล่าว ในผู้ป่วยเด็กที่มีฟันหน้าบนสบคร่อมฟันหน้าล่างและอยู่ในระยะชุดฟันผสม โดยเครื่องมือชนิดนี้จะทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของฟันในลักษณะ tipping ซึ่งหากติดสปริงไว้ด้านใกล้ลิ้น (lingual spring) เมื่อปรับสปริงจะส่งผลให้ฟันบนเคลื่อนออกมาทางด้านหน้า (facial movement)⁽¹¹⁾ แต่การที่เครื่องมือจัดฟันถอดได้ชนิดนี้จะให้ประสิทธิภาพในแก้ไขฟันหน้าสบคร่อมได้นั้น จำเป็นที่ต้องใส่เครื่องมือตลอดเวลา โดยการปรับสปริง 1.5-2 มิลลิเมตร จะทำให้ฟันเคลื่อนออกมาได้ 1 มิลลิเมตรใน 1 เดือน และเมื่อแก้ไขจนฟันหน้ากลับมาอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องแล้วควรให้ผู้ป่วยใส่เครื่องมือในลักษณะที่ไม่ออกแรงกระทำต่อตัวฟัน (passive appliance) เป็นระยะ 1-2 เดือน เพื่อให้ฟันที่เคลื่อนออกมามีเสถียรภาพและคงที่⁽¹²⁾

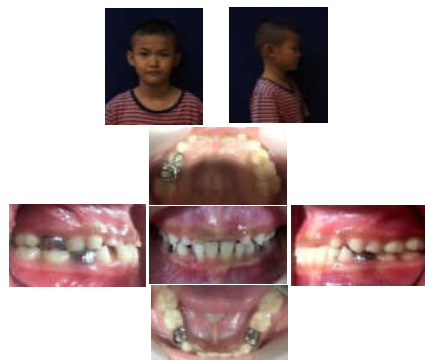
สำหรับโรคสมาธิสั้น หรือ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1.ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2.ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3.ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันและทำให้เสียหายที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม⁽¹³⁾ ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษา มักจะประสบปัญหาในด้านการ

เรียน ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และมีภาพพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี⁽¹⁴⁾ เชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุเป็นได้จากหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลัก ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนส์หลายตัวที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ dopamine4 and 5 receptor gene, dopamine transporter gene, dopamine beta-hydroxylase gene และserotonin transporter gene³³ นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด^(15,16) ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบหรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไป ไม่ได้เป็นสาเหตุ แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้⁽¹⁷⁾ สำหรับการรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน(multimodal management)⁽¹⁸⁾ โดยประกอบด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำวิธีการช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย การประสานงานกับครู เพื่อให้มีการช่วยเหลือที่โรงเรียน การเข้ายา และการรักษาภาวะที่พบร่วม รวมทั้งแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

ในทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นจัดเป็นเด็กพิเศษ ซึ่งเด็กเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลเป็นพิเศษ โดยมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม ดังนั้นทันตแพทย์จึงต้องให้ความสนใจกับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษ โดยต้องมีการวางแผนการรักษา มีวิธีการจัดการพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และให้การรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้สามารถทำการรักษาทางทันตกรรมได้ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทางทันตกรรมทั้งกับผู้ป่วยเองและผู้ปกครองซึ่งมักมีความวิตกกังวลสูง เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี น้ำหนัก 24 กิโลกรัม ส่วนสูง 130 เซนติเมตร มาด้วยอาการนำฟันหน้าล่างยื่นคร่อมฟันหน้าบน ผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นตรวจพบเมื่ออายุ 7 ปี รักษาโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ และรับประทานยา Ritalin (1 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด เข้า-เย็น พบอาการดีขึ้นแล้วแพทย์ให้หยุดยา เมื่อ 6 เดือนที่แล้ว มีประวัติแพ้ยา Dicloxacillin ทานแล้วผื่นขึ้นเคยได้รับการอุดฟันรักษารากฟัน ครอบฟันโลหะเหล็กไร้สนิม เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ซึ่งผู้ปกครองให้ประวัติว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือต้องใช้ผ้าห่อตัวในการรักษา ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์วันละ 2 ครั้ง เข้า-ก่อนนอนไม่มีประวัติกลืนยาสีฟัน ไม่เคยใช้ไหมขัดฟัน ตรวจภายนอกและภายในช่องปากพบมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายเล็กน้อย ฟันซี่ 36 B pit ฟู ซี่ 16,26,46 หลุมร่องฟันลึก ซี่ 82 โยกระดับ 3 ซี่ 42 ขึ้นบางส่วน ซี่ 11/41,82 และ 21/31,72 สบคร่อม และมีการสบฟันกรามข้างซ้ายเป็นแบบที่ 1 และข้างขวาเป็นแบบที่ 2 (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภายนอกและภายในช่องปาก ฟันซี่ 36 B pit ฟู ซี่ 16,26,46 หลุมร่องฟันลึก ซี่ 82 โยกระดับ 3 ซี่ 42 ขึ้นบางส่วน ซี่ 11/41,82 และ 21/31,72 สบคร่อม

และตรวจทางภาพถ่ายรังสี ไม่พบพยาธิสภาพใดๆ และไม่พบหนองฟันแท้ซี่15,13,23,45 และฟันกรามซี่3ทุกquadrant (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ภาพรังสีไม่พบพยาธิสภาพใดๆ และไม่พบหนองฟันแท้ซี่15,13,23,45 และฟันกรามซี่ 3 ทุกquadrant

ภายหลังการอุดฟันร่วมกับเคลือบหลุมร่องฟันซี่36 เคลือบหลุมร่องฟันซี่16,26,46 ขูดหินน้ำลาย เคลือบฟลูออไรด์ และถอนฟันซี่82 ในครั้งที่1และ2แล้ว จึงให้การรักษาแบบ interceptive phase เพื่อแก้ไขฟันซี่11/41,21/31 anterior crossbite จากฟันซี่11,21ขึ้นผิดตำแหน่งโดยใส่เครื่องมือจัดฟันถอดซึ่งประกอบด้วย-Posterior bite plane, double cantilever spring ที่ฟันซี่11,21 และAdam's clasp ที่ฟันซี่16,26ใส่เครื่องมือให้ผู้ป่วยในการรักษาครั้งที่ 3 ให้เครื่องมือติดแน่นดี ฟันกรามล่างสัมผัส posterior bite plane ทุกซี่ และปลายฟันหน้าบนและล่างห่างกัน 2 มิลลิเมตร โดยยังไม่ปรับ double cantilever spring(รูปที่ 3)



รูปที่ 3 เครื่องมือจัดฟันถอดซึ่งประกอบด้วย Posterior bite plane, double cantilever spring ที่ฟันซี่11,21และ Adam's clasp ที่ฟันซี่16,26

หลังจากนั้นนัดทุก 4 สัปดาห์ เพื่อทำการปรับ double cantilever spring ออกมาประมาณ

2 มิลลิเมตรหลังจากทำการรักษา 2 เดือน (ครั้งที่ 3-5) พบว่า ฟันซี่11และ21 มี overjet และ overbite 0.5 และ 1.0 มิลลิเมตร ตามลำดับ และหลังจากใส่เครื่องมือครบ 3 เดือน(ครั้งที่ 6) ฟันซี่11และ21 มี overjet และ overbite 1.0 มิลลิเมตร จึงได้ทำการกรอลด posterior bite planeโดยไม่ปรับspring แล้ว และเมื่อครบ 4 เดือน(ครั้งที่ 7) ฟันซี่11และ21 มี overjet และ overbite 1.5 มิลลิเมตร จึงได้ถอดเครื่องมือ และติดตามผลการรักษา 6 เดือนหลังการรักษา ไม่มีฟันผุ อุนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี ฟันซี่11และ21 มี overjet และ overbite 2.0 มิลลิเมตร (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภายในช่องปากไม่มีฟันผุ อุนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี ฟันซี่ 11และ21 มี overjet และ overbite 2.0 มิลลิเมตร

ในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรักษาครั้งที่ 1เป็นแบบ Potentially Co-operative หลบอยู่ข้างหลังคุณแม่ ปฏิเสธการขึ้นเก้าอี้ทำฟันในตอนแรก พุดซ้ำ ๆ “ไม่ทำฟัน” อยู่ไม่นิ่ง ขยับตลอดเวลาใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมคือ parent presence, tell show do, positive reinforcement, reward, condition ผู้ป่วยยอมให้ทำฟันได้ แต่ขอเวลาน้ำบ่อยๆ และร้องโวยวายเป็นระยะ ในการรักษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยร่วมมือมากขึ้น แต่มีบ่นโวยวายเป็นระยะ และขอเวลาน้ำบ่อยๆใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเหมือนครั้งแรก แต่ไม่ต้องใช้ voice control สามารถทำฟัน และพิมพ์ปากได้

ในการรักษาครั้งต่อๆมาผู้ป่วยสามารถร่วมมือได้มากขึ้น มีเลือดออก และบ่นเล็กน้อย แต่เมื่อเห็นลักษณะของฟันที่ได้รับการแก้ไขแล้วเปลี่ยนไปจากเดิม และได้รับการขมเขย และให้กำลังใจผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือสม่ำเสมอก็ตั้งใจให้ความร่วมมือในการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาทุกครั้ง

วิจารณ์

การรักษาฟันหน้าสบคร่อมในชุดฟันผสมที่เกิดจากฟันหน้ามีการเรียงตัวที่ผิดปกติและมีการสบฟันกรามแบบที่หนึ่งควรทำการแก้ไข เพื่อป้องกันอันตรายต่อฟันคู่สบและอวัยวะปริทันต์ของฟันคู่สบ รวมทั้งเพื่อให้การเจริญเติบโตของขากรรไกรเป็นไปตามปกติ⁽⁹⁾

การรักษาฟันหน้าสบคร่อมในชุดฟันผสมตอนต้นมีหลายทางเลือกการรักษา การใช้ไม้อีศคริมก็เป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งค่าใช้จ่ายถูก แต่จะประสบผลสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย และการควบคุมจำนวนและทิศทางของแรงที่กระทำต่อฟันเป็นไปได้อย่าง⁽¹⁹⁾ สำหรับการใช้ครอบฟันโลหะเหล็กไร้สนิมกลับด้านมีรายงานการศึกษาแสดงถึงผลสำเร็จค่อนข้างสูงแต่เทคนิคนี้มีข้อเสีย คือ ไม่สวยงาม และขนาดของฟันระนาบเอียงที่ได้จากการกลับด้านครอบฟันโลหะเหล็กไร้สนิมมีจำกัด⁽²⁰⁾

การแก้ปัญหาฟันหน้าสบคร่อม โดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ร่วมกับสปริง การใช้เครื่องมือชนิดนี้จัดว่ามีประสิทธิภาพในการแก้การสบฟันที่ผิดปกติในช่วง interceptive phase ซึ่งมีข้อดีหลายประการ เช่น เครื่องมือถอดออกมาทำความสะอาดได้ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลช่องปากได้ง่าย มีพื้นที่เพดานปากเป็นหลักยึดช่วยในการยึดอยู่ของเครื่องมือ⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือชนิดนี้ก็ยังมีข้อเสีย โดยเครื่องมือสามารถออกแรงและเคลื่อนฟันได้จำกัด ผู้ป่วยจึงต้องกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อปรับเครื่องมือหลายครั้ง

หรือในกรณีที่ต้องเคลื่อนฟันไปเป็นระยะทางไกล อาจต้องใช้เครื่องมือหลายชิ้นเนื่องจากเกินกำลังการเคลื่อนของสปริงจากเครื่องมือชิ้นเดียว รวมทั้งตำแหน่งที่จะเคลื่อนฟันไปนั้นต้องมีช่องว่างเพียงพอ

สำหรับในผู้ป่วยรายนี้พิจารณาเลือกการรักษาโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ที่มีแผ่นกักฟันหลังร่วมกับสปริงเพื่อใช้ในการรักษาฟันหน้าสบคร่อม แม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคสมาธิสั้น แต่ได้รับการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันเลิกรับประทานยาแล้ว รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความต้องการและเห็นความสำคัญของการรักษา และทันตแพทย์มีการจัดการพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้เกิดความร่วมมืออย่างดีตลอดการรักษา และขากรรไกรมีช่องว่างเพียงพอสำหรับฟันซี่ 11 และ 21 และเคลื่อนฟันไปไม่ไกลอยู่ที่ระยะประมาณ 2-3 มิลลิเมตร โดยในผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 4 เดือน และจากการติดตามผลการรักษาไปอีกประมาณ 6 เดือน พบว่าฟันซี่ 11,21,31 และ 41 เรียงตัวดีตามรูปร่างของส่วนโค้งของขากรรไกร ไม่พบการโยกของฟัน การสบฟันของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ ไม่เกิดการเบี่ยงเบนของขากรรไกร อีกทั้งยังให้ความสวยงามแก่ผู้ป่วย ซึ่งผลการรักษาเป็นที่พอใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ปกครอง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้ยังคงต้องรับการติดตามรักษาในอนาคตต่อไป เพื่อประเมินติดตาม และแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ เนื่องจากปัญหาหน่อฟันแท้ซี่ 15,13,23,45 หายไป

สรุป

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขฟันหน้าสบคร่อมที่เกิดจากฟันหน้ามีการเรียงตัวที่ผิดปกติและมีการสบฟันกรามแบบที่หนึ่ง โดยการใช้เครื่องมือจัดฟันถอดได้ร่วมกับสปริงเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ แต่ความสำเร็จต้อง

อาศัยความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วยในการใส่เครื่องมือจัดฟันตลอดการรักษา รวมทั้งผู้ปกครองต้องมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการรักษา เนื่องจากต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดไว้

อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภายหลังกการรักษาทันตแพทย์ต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินภาวะช่องปากของผู้ป่วยโดยรวมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Vadiakas G, Vazia A. Anterior crossbite correction in the early deciduous dentition Am J OrthodDentofacOrthop 1992; 102: 160-2.
2. Croll TP. Fixed inclined plane correction of anterior crossbite of the primary dentition. J Pedodontics 1984; 9(84): 84-94.
3. 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 ClinPediatr Dent 1998; 23(1): 1-8.
4. Harris JE, Kowalski CJ. All in the family : use of familial information in orthodontic diagnosis, case assessment and treatment planning. Am J Orthod 1976; 69: 493-510.
5. Christensen JR, Fields Jr. HW. Orthodontic Treatment in the primary dentition. In: Pinkham JR. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1994: 374-80.
6. Moyers RE. Treatment of clinical problems. In: Handbook of Orthodontics. 3rd ed. London: Year Book Medical published; 1973: 574 -7.
7. Kisling E. Occlusal interferences in the primary dentition. J Dent Child 1981; 48: 181-91.
8. Ngan P, Wei SHY. Early orthodontic treatment in the mixed dentition. In: Wei SHY Pediatric dentistry total patient care. Philadelphia: Lea &Febiger; 1988: 471 – 8.
9. Sexton T, Croll TP. Anterior crossbite correction in the primary dentition using reversed stainless steel crowns. J Dent Child 1983; 50(2): 177-20.
10. Estreia F, Almerich J, Gascon F. Interceptive correction of anterior crossbite. J Clin Pediatr Dent 1991; 15(3): 157 – 9.
11. Tanaka OM, Maciel JVB, Kreia TB, Ávila ALR, Pithon MM..The anterior dental cross-bite: the paradigm of interception in orthodontics. Rev ClínPesqOdontol 2010; 6(1): 71-8.
12. Proffitt WR, Fields Jr HW, Sar ver DM. Contemporary orthodontics. 4th ed. St Louis:Elsevier; 2007.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
14. Szymanski ML, Zolotor A. Attention-deficit/hyperactivity disorder: management. AmFam Physician 2001; 64: 1355-62.

15. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 378-85.
16. Mick E, Biederman J, Prince J, Fischer MJ, Faraone SV. Impact of low birth weight on attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23: 16-22.
17. Schonwald A. Update: attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 265-74.
18. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
19. Asher RS, Kuster CG, Erickson L. Anterior dental crossbite correction using a simple fixed appliance: case report. *Pediatric Dentistry* 1986; 8(1): 53-5.
20. Croll TP, Lieberman WH. Bonded compomer slope for anterior tooth crossbite correction. *Pediatric Dentistry* 1999; 21(4): 293-4.
21. Littlewood SJ, Tait AG, Mandall NA, Lewis DH. The role of removable appliances in contemporary orthodontics. *Br Dent J* 2001; 191(6): 304-10.