

การคุดของฟันตัดบนแท้ซี่กลาง: รายงานผู้ป่วย 1 ราย Permanent Maxillary Central Incisor Impaction: A Case Report

นครินทร์ ปกป้อง
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
Nakarin Pokpong
Dental Department, Nakornping Hospital, Chiang Mai

ชม.ทันตสาร 2550; 28(1-2) : 85-91
CM Dent J 2007; 28(1-2) : 85-91

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยฟันคุด จำนวน 1 ราย เป็นเด็กชายไทยอายุ 11 ปี มีการหายไปของฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้าย จากภาพถ่ายรังสีพบฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายฝังคุดอยู่บริเวณปลายรากของฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายกับฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านขวา รากฟันมีลักษณะโค้งมาก ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าเอาฟันคุดออกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ นอกจากนี้ บทความนี้ยังได้ทบทวนถึงสาเหตุการเกิดลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางภาพรังสี และการรักษาฟันคุดชนิดนี้

คำไขหรัส : การคุดของฟันตัดบนแท้ซี่กลาง

Abstract

One case of permanent maxillary central incisor impaction in an 11 year-old Thai boy is presented in this report. The patient had a missing maxillary left central incisor. The initial intraoral examination revealed slightly enlargement of the left palate. The intraoral occlusal radiograph revealed an impacted permanent maxillary central incisor with a follicular space surrounding it. There was an acute bend of the root of permanent maxillary left central incisor. After administration of local anesthesia, this impacted tooth was surgically removed. Furthermore, the causes, clinical features, radiographic features and treatment of the impaction of permanent maxillary central incisor were also reviewed.

Key words : permanent maxillary central incisor impaction

บทนำ

ฟันคุด (impacted tooth) หมายถึงฟันที่ไม่สามารถขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ เนื่องจากกระดูกหรือเหงือกที่ปกคลุมหนามาก หรือถูกขัดขวางจากฟันข้างเคียงจากสถิติการพบฟันคุด ส่วนใหญ่ฟันคุดมักเกิดกับฟันกรามซี่ที่สามร้อยละ 98.00 พบบ้างในฟันเขี้ยวบนร้อยละ 1.33 และฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งร้อยละ 0.22 มีโอกาสน้อยมากที่จะพบในฟันตัดบนแท้ซี่กลาง ซึ่งเป็นฟันที่ดำรงอยู่ในช่องปากนานที่สุดในบรรดาฟันตัดด้วยกัน อัตราการเกิดฟันคุดของฟันตัดบนอยู่ในช่วงร้อยละ 0.06 ถึง ร้อยละ 0.2⁽²⁾ ส่วนใหญ่การคุดของฟันตัดบนแท้ซี่กลางมักจะมีสาเหตุจากการขัดขวางการขึ้นของฟันโดยโอดอนโตมา (odontoma) หรือมีฟันเกิน (supernumerary tooth) นอกจากนี้ยังเกิดจากมีฟันวิรูปเหตุบาดเจ็บชั้นพัฒนาการ (dilaceration) หรือการเอียงตัว (angulation) ที่ผิดปกติของฟันเอง จากการได้รับบาดเจ็บ (trauma) ต่อฟันน้ำนม^(1,3,4)

การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับฟันน้ำนม อาจส่งผลต่อพัฒนาการของฟันแท้⁽⁴⁾ ฟันตัดบนน้ำนมซี่กลางจะมีพัฒนาการอย่างสมบูรณ์ใน 18 เดือน ส่วนฟันตัดบนแท้ซี่กลางจะเริ่มสร้างเนื้อเยื่อแข็ง (hard tissue) ในสามถึงสี่เดือน โดยสร้างเคลือบฟัน (enamel) เสร็จสมบูรณ์ในช่วงอายุ 4 ถึง 5 ปี เนื่องจากในช่วงอายุ 4-5 ปี ฟันตัดบนแท้จะเคลื่อนมาอยู่ทางด้านริมฝีปาก (labial) ของกระดูกเบ้าฟัน และรากของฟันน้ำนมจะละลายตัว (resorption) ไปประมาณร้อยละ 50 ถ้าเด็กได้รับการบาดเจ็บต่อฟันน้ำนม โดยเฉพาะเมื่อมีแรงกระทำทางด้านเพดาน (palatal) กับตัวฟันตัดบนน้ำนม รากของฟันน้ำนมจะเคลื่อนไปด้านเพดาน และทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อฟันแท้ที่กำลังมีพัฒนาการ⁽³⁾

ฟันแท้ที่ได้รับบาดเจ็บขณะมีพัฒนาการจะพบความผิดปกติในรูปแบบใดแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบดังต่อไปนี้⁽⁴⁾ ฟันมีการเปลี่ยนสีเป็นขาว-น้ำตาลหรือเหลือง-น้ำตาล อาจร่วมกับการเจริญพร่องของเคลือบฟัน (enamel hypoplasia) ในแนวขวาง และตัวฟันวิรูปเหตุบาดเจ็บชั้นพัฒนาการ ฟันมีรูปผิดปกติ มีรากฟันเพิ่ม รากฟันบิดทำมุมไปทางช่องปากส่วนนอก (vestibule) รากฟันบิดทำมุมไปทางด้านข้าง (lateral) พัฒนาการของรากฟันหยุด

ลงบางส่วนหรือทั้งหมด การเกิดเศษกระดูก (sequestration) ของหน่อฟันทั้งซี่ ฟันขึ้นผิดที่ (ectopic) ขึ้นก่อนเวลา (premature) ขึ้นช้าหรือฝังคุด ระดับความผิดปกติของรูปร่างฟันในฟันตัดบนแท้ขึ้นอยู่กักระยะที่ฟันแท้มีพัฒนาการ แรงที่มากระทำ และทิศทางของแรงที่เป็นภัยอันตรายต่อฟันน้ำนม⁽⁴⁾

การคุดของฟันแท้จะวินิจฉัยได้ยากในระยะของฟันชุดผสม (mixed dentition period) การคุดของฟันตัดบนแท้ซี่กลางมักจะได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องเมื่อผู้ปกครองพาเด็กมาตรวจ เนื่องจากความล่าช้าในการขึ้นของฟันในช่วงที่เริ่มมีการขึ้นของฟันแท้ แต่โอกาสที่จะเกิดฟันคุดแบบนี้มีน้อย⁽²⁾ การวินิจฉัยได้จากการตรวจทางคลินิก และตรวจทางภาพรังสี

ลักษณะทางคลินิก

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกพามาพบทันตแพทย์เนื่องจากปัญหาฟันตัดบนแท้ไม่ขึ้นในช่องปาก อาจมีการนูนขึ้นของเหงือกบริเวณเพดานปากด้านหน้าหรือด้านริมฝีปาก บางรายมีอาการปวด อาจเจอฟันคุดชนิดนี้โดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี มีรายงานว่าพบร่วมกับการคุดของฟันเขี้ยวบนแท้ด้านเดียวกัน⁽⁵⁾

ลักษณะทางภาพรังสี

แสดงฟันตัดบนแท้ซี่กลางฝังคุดบริเวณเพดานปากด้านหน้าหรือด้านริมฝีปาก มีช่องว่างโปร่งรังสีขอบเขตชัดเจนล้อมรอบระหว่างตัวฟันกับถุงหุ้มตัวฟัน (follicular space) ลักษณะของฟันอาจมีวิรูปเหตุบาดเจ็บชั้นพัฒนาการของรากในส่วนที่ติดกับคอฟัน ฟันที่คุดนี้มักอยู่บริเวณปลายรากของฟันตัดบนแท้ซี่ข้างกับฟันตัดบนแท้ซี่กลาง ส่งผลให้รากฟันทั้งสองซี่ที่อยู่ข้างฟันคุดมีการเอียงไปทางไกลกลาง (distal)⁽¹⁾

การรักษาและการพยากรณ์โรค

การรักษาทำได้หลายวิธี⁽⁶⁾ เช่นผ่าตัดเอาฟันคุดออกแล้วบูรณะด้วยสะพานฟัน (bridge) หรือทำฟันเทียมปลูกฝัง (implant denture) เมื่อกระดูกขากรรไกรบนหยุดการเติบโต ในกรณีที่ฟันตัดบนแท้ซี่ข้างมีการเคลื่อนเข้าแนวกลาง (midline shift) หลังผ่าเอาฟันคุดออกแล้ว สามารถ

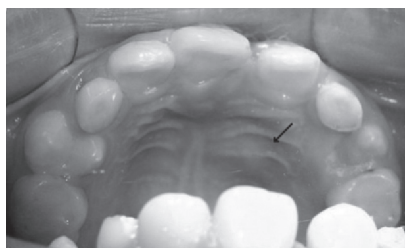
ปิดช่องว่างด้วยการบูรณะฟันตัดบนแท้ซี่ข้างให้มีลักษณะใกล้เคียงกับฟันตัดบนแท้ซี่กลาง หรือใช้วิธีผ่าตัดร่วมกับการดึงฟันด้วยเครื่องมือจัดฟัน (surgical exposure and orthodontic traction) ให้เข้าสู่ตำแหน่งที่เหมาะสม ซึ่งวิธีสุดท้ายนี้เหมาะกับฟันคุดที่มีลักษณะตัวฟันและรากฟันปกติ ไม่มีวิรูปเหตุบาดเจ็บชั้นพัฒนาการอย่างรุนแรง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 11 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ มาที่กลุ่มงานทันตกรรม รพ.นครพิงค์เนื่องจากผู้ปกครองกังวลว่าฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายไม่ขึ้นในปาก ให้ประวัติว่าช่วงที่อายุ 5 ขวบเคยหกล้ม ฟันหน้ากระแทกกับพื้น ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว ไม่เคยแพ้ยา

การตรวจทางคลินิก

จากการตรวจในช่องปาก ไม่พบฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้าย ฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายมีการเคลื่อนเข้ามาทางใกล้กลาง (mesial) เหลือช่องว่างระหว่างฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายกับฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านขวา ประมาณ 2 มิลลิเมตร เหงือกไม่บวม ไม่มีหินปูน ผลการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยไฟฟ้า ฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านขวาและฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายมีการตอบสนองปกติ เหงือกด้านเพดานด้านซ้ายมีลักษณะนูนเมื่อเทียบกับอีกด้าน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายไม่พบในช่องปาก และเหงือกด้านเพดานด้านซ้ายนูนขึ้น (ลูกศรเล็ก)

ลักษณะทางภาพรังสี

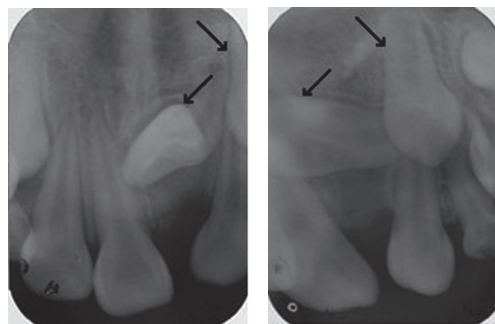
ภาพถ่ายรังสีชนิดกักดสบแสดงการคุดของฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายที่บริเวณปลายรากของฟันตัดบนแท้ซี่

ข้างด้านซ้ายกับฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านขวา มีช่องว่างโปร่งรังสีขอบเขตชัดเจนล้อมรอบระหว่างตัวฟันกับถุงหุ้มตัวฟัน ลักษณะรากฟันมีความโค้งในส่วนที่ต่อกับคอฟัน ไม่พบลักษณะของถุงน้ำหรือฟันเกิน (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีชนิดกักดสบ แสดงฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายที่ฝังคุด

เพื่อระบุตำแหน่งให้ชัดเจนขึ้น จึงได้ส่งถ่ายภาพรังสีเพิ่ม ด้วยวิธีเลื่อนกระบอกรังสี (periapical shift tube technique) เริ่มด้วยการถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก (p.a. view) (รูป 3-1) แล้วเลื่อนกระบอกรังสีจากเดิมประมาณ 15-20 องศาในแนวราบไปทางด้านใกล้กลาง (รูป 3-2) พบว่าตัวฟันเคลื่อนไปด้านใกล้กลาง ตรงข้ามกับการเคลื่อนของกระบอกรังสี แสดงว่าตัวฟันอยู่ทางด้านริมฝีปาก ในขณะที่ส่วนปลายรากซึ่งโค้งนั้นเคลื่อนไปด้านใกล้กลาง แสดงว่าปลายรากอยู่ทางด้านเพดาน เป็นฟันคุดชนิดที่ฝังอยู่ทั้งสองด้าน (intermediate position)

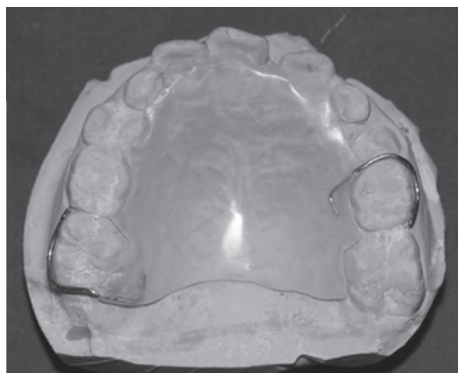


รูปที่ 3-1 (ซ้ายมือ)ภาพรังสีรอบปลายราก

รูปที่ 3-2 (ขวามือ)หลังจากเลื่อนกระบอกรังสี ตัวฟันคุดในภาพรังสีเคลื่อนตรงข้ามกับการเคลื่อนของกระบอกรังสี โดยเปรียบเทียบกับฟันซี่บนแท้ด้านซ้าย(ลูกศรเล็ก)

การวางแผนการรักษา

ทำแผ่นอะคริลิกด้านเพดาน (acrylic palatal plate) เตรียมไว้ก่อนผ่าตัด เพราะคาดว่าจะผ่าตัดทางด้านเพดานร่วมด้วย (รูปที่ 4) แล้วจึงผ่าฟันคุดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่



รูปที่ 4 แผ่นอะคริลิกด้านเพดาน (acrylic palatal plate)

การรักษา

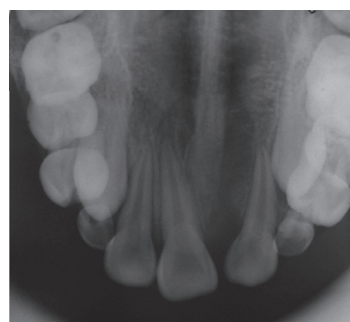
เนื่องจากเป็นฟันคุดที่อยู่ลึก จึงใช้ยาชาฉีดสกัดเส้นประสาทอินฟราออบิทอล (infraorbital nerve block) ร่วมกับเส้นประสาทเกรทเตอร์เพลาทีน (greater palatine) และเส้นประสาทเนโซเพลาทีน (nasopalatine) เปิดแผ่นเหงือกด้านริมฝีปากจากฟันตัดบนแท้ซีกกลางด้านขวา ไปถึงฟันเขี้ยวบนน้ำนมด้านซ้าย ตัดกระดูกที่คลุมฟันคุดออกจนเห็นส่วนตัวฟันทั้งหมด แต่ไม่เพียงพอที่จะนำฟันออกมา เนื่องจากรากฟันมีความโค้งมาก (รูปที่ 5) เมื่อตัดกระดูกที่คลุมส่วนราก ยังไม่สามารถนำฟันออกมาได้ จึงทำการแบ่งรากฟัน นำตัวฟันที่มีรากส่วนหนึ่งออกมา เมื่อทำการแคะรากส่วนที่เหลือ พบว่ารากฟันมีการเคลื่อนไปด้านเพดาน จึงทำการเปิดแผ่นเหงือกด้านเพดาน จากฟันกรามน้อยบนแท้ซีกที่สองด้านซ้าย ไปยังฟันตัดบนแท้ซีกกลางด้านขวา ตัดกระดูกที่คลุมส่วนราก นำปลายรากฟันที่เหลือออกมา จากนั้นขูด (curette) เศษถุงหุ้มตัวฟัน (follicle) ที่หลงเหลืออยู่ เย็บแผ่นเหงือกทั้งสองด้านกลับเข้าที่ และใส่แผ่นอะคริลิกด้านเพดานที่เตรียมไว้ เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดซังใต้แผ่นเหงือก (hematoma) หลังผ่า 1 สัปดาห์ เอาแผ่นอะคริลิกด้านเพดานออกพร้อมตัดไหม พบว่าแผลปกติ ไม่พบอาการผิดปกติใดๆ และไม่มีการซาของเหงือกด้านเพดาน



รูปที่ 5 ลักษณะของฟันคุดที่ผ่าออกมา

การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยมาตรวจหลังการรักษา 6 เดือน ไม่พบความผิดปกติใด จากภาพถ่ายรังสีชนิดกัทสพบมีการงอกใหม่ของกระดูกปกติ (รูปที่ 6)



รูปที่ 6 ภาพถ่ายรังสีชนิดกัทสหลังการรักษา แสดงการงอกใหม่ของกระดูกอย่างสมบูรณ์

บทวิจารณ์

การคุดของฟันตัดบนแท้ซีกกลางเกิดจากหลายสาเหตุ แต่ถ้าเป็นสาเหตุจากการบาดเจ็บของฟัน เกิดพยาธิสภาพในช่วงที่ฟันมีพัฒนาการในระยะต้น หรือหน่อฟัน (tooth germ) อยู่ในตำแหน่งที่ผิดปกติ ส่งผลให้ฟันเกิดวิรูปเหตุบาดเจ็บขั้นพัฒนาการ ฟันเหล่านี้จะกลายเป็นฟันคุดเสมอ⁽⁷⁾ การรักษาฟันคุดของฟันตัดบนแท้ซีกกลางมีหลายวิธี เช่นการผ่าตัดร่วมกับการดึงฟันด้วยเครื่องมือจัดฟัน โดยเปิดแผ่นเหงือกและกระดูกเบ้าฟันเพื่อเปิดเผยตัวฟัน ก่อนใช้เครื่องมือจัดฟันยึดติดที่ตัวฟัน ดึงฟันเข้าสู่แนวการขึ้นที่เหมาะสม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำฟันเข้าสู่ตำแหน่งที่เหมาะสมในขากรรไกรหลายประการ⁽⁸⁻¹¹⁾ เช่นตำแหน่งและทิศทางของฟันคุด ระดับ

(degree) ความสมบูรณ์ของราก ระดับของวิรูปเหตุบาดเจ็บขั้นพัฒนาการของฟัน และช่องว่างสำหรับฟันคุด⁽¹²⁾

มีบางบทความกล่าวถึงวิธีการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งของฟันคุด (surgical repositioning)^(7,13) โดยเปิดแผ่นเหงือกที่คลุมฟันคุดบนแท่งซี่กลางซึ่งฝังคุดเอากะดูครอบๆ ตัวฟันออกอย่างระมัดระวัง ตัดถุงหุ้มตัวฟันออกจากเบ้าฟัน (socket) จากนั้นจึงปรับฟันคุดให้อยู่ในทิศทางที่ถูกต้อง (reposition) เย็บเหงือกที่คลุมอยู่ให้กลับเข้าที่เดิม และรอให้ฟันขึ้นสู่ช่องปากในตำแหน่งที่เหมาะสม

การรักษาอีกวิธีคือการถอนฟันคุดที่มีวิรูปเหตุบาดเจ็บขั้นพัฒนาการออก⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่รวดเร็ว แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษามากที่สุด การสูญเสียฟันคุดบนซี่กลางก่อนเวลา อาจส่งผลให้เกิดการเคลื่อนเข้าแนวกลาง ช่องว่างถูกครอบครองโดยฟันซี่ข้างเคียง และที่สำคัญที่สุดอาจสูญเสียความสูงของเบ้าฟัน (alveolar height) ในส่วนด้านหน้าของขากรรไกรบน โดยช่องว่างซึ่งเกิดจากการถอนฟันอาจลดลงได้ด้วยการจัดฟัน ถ้าเด็กมีลักษณะของฟันซ้อน หรือการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 2 (Class II malocclusion) อยู่แล้ว⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

ในกรณีผู้ป่วยเด็กของผู้รายงาน เนื่องจากผู้ปกครองปฏิเสธการรักษาโดยการจัดฟัน ประกอบกับรากฟันคุดงอ (dilacerated root) ผู้รายงานจึงเลือกที่จะรักษาโดยการผ่าตัดเอาฟันที่คุดออก และเนื่องจากเป็นฟันคุดชนิดที่ฝังอยู่ทั้งสองด้าน โดยส่วนของปลายรากบิดงอไปทางด้านเพดาน จนเห็นการงอของเหงือกด้านเพดาน ในขณะที่ภาพถ่ายรังสีซึ่งใช้วิธีเลื่อนกระบอกรังสี บ่งชี้ว่าตัวฟันอยู่ทางด้านริมฝีปาก การรักษาจึงเลือกใช้วิธีผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกทั้งสองด้าน เนื่องจากการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ไม่สามารถนำฟันออกมาได้ทั้งหมด โดยเฉพาะในกรณีของผู้รายงาน ถ้าเลือกวิธีรักษาโดยการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพียงด้านเดียว มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งตามมา เช่น ถ้าผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกด้านริมฝีปาก หลังจากตัดกระดูกและนำตัวฟันออก รากฟันที่ค้างอยู่มีความโค้ง ทั้งยังอยู่ลึกเข้าไปทางด้านเพดาน การจะเอาออกทางด้านริมฝีปากจึงทำได้ยาก ความพยายามที่จะแคะรากอาจสร้างปัญหาให้รากฟันข้างเคียง ในทางตรงข้าม ถ้าผ่าตัดเปิด

แผ่นเหงือกด้านเพดานเพียงด้านเดียว เมื่อตัดกระดูกและตัดแบ่งราก นำเอาส่วนปลายรากที่โค้งออกแล้ว ตัวฟันส่วนที่เหลือจะอยู่ลึกเข้าไปทางด้านริมฝีปาก การจะนำตัวฟันออกทางด้านเพดาน ต้องตัดกระดูกโดยรอบจนฟันส่วนคอด ซึ่งจะต้องตัดกระดูกเป็นบริเวณกว้าง เสี่ยงต่อปัญหาเลือดออกมาก อาจเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทเนไซเฟลาที่ขึ้นซึ่งอยู่ในบริเวณนั้น และทำให้การงอกใหม่ของกระดูกปกติต้องใช้เวลานานขึ้น การรักษาโดยการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกทั้งสองด้าน ตามวิธีของผู้รายงานจะสามารถเลี่ยงปัญหาทั้งหมดที่กล่าวมาได้ จึงเป็นการรักษาที่เหมาะสมกับฟันคุดในกรณีนี้

หลังจากผ่าฟันคุดออกแล้ว พบว่าฟันคุดบนแท่งซี่ข้างด้านซ้ายมีการล้มเอียงเข้าแนวกลางมากขึ้น จนเกือบชิดกับฟันคุดบนแท่งซี่กลางด้านขวา เหลือช่องว่างเพียง 1 มิลลิเมตร จึงวางแผนการรักษาที่จะเปลี่ยนรูปทรง (reshaping) ของฟันคุดบนแท่งซี่ข้างด้านซ้าย โดยการบูรณะให้มีลักษณะใกล้เคียงกับฟันคุดบนแท่งซี่กลาง ซึ่งจะเริ่มทำการรักษาเมื่อขากรรไกรบนของผู้ป่วยหยุดการเติบโตแล้ว หรือถ้าผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง อาจใช้เครื่องมือจัดฟันเพื่อปรับแนวหลักของฟันคุดบนแท่งซี่ข้างด้านซ้ายที่ล้มเอียง ซึ่งจะช่วยให้การบูรณะในภายหลังทำได้ง่ายขึ้น

จากอดีตถึงปัจจุบัน ได้มีการรายงานถึงการคุดของฟันคุดบนแท่งซี่กลางในวารสารต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง^(1-14,16) โดยไม่มีรายงานเรื่องนี้ในไทย จึงไม่สามารถค้นคว้ามาอ้างอิงได้ และเนื่องจากการเกิดฟันคุดในฟันคุดบนแท่งซี่กลางพบได้ยาก จึงมีการรวบรวมสถิติไว้ไม่มากนัก ในรายงานของ Mitchell และ Bennett⁽¹⁷⁾ พบว่าร้อยละ 54 ถึงร้อยละ 64 ของฟันคุดบนซี่กลางที่ฝังคุดสามารถขึ้นสู่ช่องปากได้เอง หลังจากกำจัดฟันเกินซึ่งขัดขวางการขึ้นของฟัน และมีช่องว่างในขากรรไกรบนเพียงพอให้ฟันขึ้นได้ ตัวเลขนี้ใกล้เคียงกับของ Witsenburg และคณะ⁽¹⁸⁾ Mason และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าร้อยละ 72 ของฟันคุดที่ขึ้นจะมีการสร้างส่วนของรากไม่สมบูรณ์ รายงานอื่นๆ ที่กล่าวถึงการคุดของฟันคุดบนซี่กลางมักจะเป็นลักษณะรายงานผู้ป่วย เกือบทั้งหมดกล่าวถึงการทำทันตศัลยกรรมร่วมกับทันตกรรมจัดฟัน โดยทำการรักษาในรายที่ฟันคุดบนแท่งซี่กลาง (ซึ่งฝังคุด) มีลักษณะตัวฟัน

และรากฟันปกติ หรือมีวิรูปเหตุบาดเจ็บขั้นพัฒนาการของฟัน มีเพียงรายงานของ Kamat และคณะ⁽¹⁾ ที่สอดคล้องกับกรณีของผู้รายงาน โดย Kamat และคณะ⁽¹⁾ รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่มีการคุดของฟันตัดบนแท้ซี่กลาง และพบว่าส่วนของรากฟันซี่นี้โค้งงอ จึงทำการรักษาโดยการผ่าเอาฟันคุดออก เป็นการยืนยันว่าในฟันคุดที่มีรูปร่างผิดปกติมาก จนไม่เอื้อต่อการนำฟันขึ้นสู่ตำแหน่งที่เหมาะสมในช่องปาก การผ่าตัดเพื่อเอาฟันคุดออกถือเป็นการรักษาที่จำเป็น

วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เพื่อรายงานการรักษาและผลการรักษาฟันคุดของฟันตัดบนแท้ซี่กลางในผู้ป่วยเด็ก โดยการผ่าตัดเอาฟันคุดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายออกด้วยวิธีผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกทั้งทางด้านริมฝีปากและด้านเพดาน รายงานผู้ป่วยและข้อมูลที่ได้รับรวบรวมมาทั้งหมดนี้น่าจะเป็นประโยชน์กับทันตแพทย์ทั่วไปและผู้สนใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Kamat SS, Kumar GS, Raghunath V, Rekha KP. Permanent maxillary central incisor impaction: report of two cases. *Quintessence Int.* 2003; 34(1):50-2.
2. Bayram M, Ozer M, Sener I. Maxillary canine impactions related to impacted central incisors: two case reports. *J Contemp Dent Pract.* 2007;8(6):72-81.
3. Howard RD. Maxillary anterior displacement and impaction in the mixed dentition. *Dent Clin North Am.* 1978;22(4):635-45.
4. Montalvo-Polk A, Kittle PE. Impaction and malformation of a maxillary central incisor: Sequelae of trauma. *ASDC J Dent Child.* 1993;60(1):29-32.
5. Wasserstein A, Tzur B, Brezniak N. Incomplete canine transposition and maxillary central incisor impaction--a case report. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1997;111(6):635-9.
6. Thosar NR, Vibhute P. Surgical and orthodontic treatment of an impacted permanent central incisor: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006;24(2):100-3.
7. Tzong-ping T. Surgical repositioning of an impacted dilacerated incisor in mixed dentition. *J Am Dent Assoc.* 2002; 133(1):61-6.
8. Lin YT. Treatment of an impacted dilacerated maxillary central incisor. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999; 115: 406.
9. Wasserstein A, Tzur B, Brezniak N. Incomplete canine transposition and maxillary central incisor impaction a case report. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1997; 111: 635.
10. Kolokithas G, Karakasis D. Orthodontic movement of dilacerated maxillary central incisor. *Am J Orthod.* 1979; 76: 310.
11. Tanaka E, Watanabe M, Nagaoka K, Yamaguchi K, Tanne K. Orthodontic traction of an impacted maxillary central incisor. *J Clin Orthod.* 2001; 35: 375.
12. Uematsu S, Uematsu T, Furusawa K, Deguchi T, Kurihara S. Orthodontic treatment of an impacted dilacerated maxillary central incisor combined with surgical exposure and apicoectomy. *Angle Orthod* 2004; 74: 132.
13. Kazuto K, Hiroshi T, Kazuhisa S, Aya M. Surgical repositioning of a developing maxillary permanent central incisor in a horizontal position: spontaneous eruption and root formation. *European Journal of Orthodontics* 28(3) 2006:206-209.
14. Schwaninger B, Shaye R. Management of cases with upper incisors missing. *Am J Orthod* 1977;71:396-405.
15. Brin I, Fuks A, Guelmann M, Hirschfeld Z. Long-term follow-up of conservative treatment of severely traumatized maxillary incisors. *Endod Dent Traumatol* 1997;13:190-2.
16. Kolokithas G, Karakasis D. Orthodontic movement of dilacerated maxillary central incisor. *Am J Orthod* 1979;76:310-5.

17. Mitchell L, Bennett TG. Supernumerary teeth causing delayed eruption. *Br J Orthod* 1992; 19: 41-6.
18. Witsenburg B, Boering G, Witsenburg B. Eruption of permanent impacted incisor after removal of supernumerary teeth. *Int J Oral Surg* 1981; 10: 423-31.
19. Mason C, Azam N, Holt RD, Rule DC. A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38: 62-5.

ขอสำเนาบทความ:

ทพ.นครินทร์ ปกป้อง กลุ่มงานทันตกรรม รพ.นครพิงค์
อ.แมริม จ.เชียงใหม่ 50180

Reprint requests:

Dr.Nakarin Pokpong, Dental Department, Nakorn-
ping Hospital Amphur Mae Rim, Chiang Mai
50180