

การบริหารผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน: รายงานผู้ป่วย

The comprehensive dental care in patient that had received a preprosthetic surgery which prepared for loading single complete denture and acrylic removable partial denture with extended base: Case report.

(Received: December 7,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

สินีนาด คำไกล¹

Sineenart Karglai¹

บทคัดย่อ

การบริหารทันตกรรมพร้อมมูลเป็นแนวทางการรักษาที่พิจารณาความต้องการของผู้ป่วยควบคู่กับข้อจำกัดทางการแพทย์ สภาวะจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน รายงานผู้ป่วยนี้นำเสนอการรักษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี ซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาไม่มีฟันบดเคี้ยว การตรวจช่องปากพบปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นและปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรบนด้านกระพุ้งแก้มขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการใส่ฟันเทียม แผนการรักษาเริ่มจากการควบคุมอนามัยช่องปากและรักษาโรคปริทันต์ จากนั้นจึงทำศัลยกรรมตกแต่งกระดูกเพื่อเตรียมช่องปากสำหรับใส่ฟันเทียม โดยผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นและปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรบนด้านกระพุ้งแก้ม ภายหลังแผลผ่าตัดหายดี จึงทำฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน โดยออกแบบการสบฟันแบบได้ดุลทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเกิด combination syndrome

การติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าแผลผ่าตัดหายดี ไม่มีการอักเสบหรือการงอกซ้ำของปุ่มกระดูก ฟันเทียมมีการยึดอยู่และเสถียรภาพดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันเทียมและเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งยังมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและให้ความร่วมมือในการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ รายงานนี้แสดงให้เห็นความสำคัญของการวางแผนการรักษาแบบองค์รวมและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความซับซ้อน

คำสำคัญ: การบริหารทันตกรรมพร้อมมูล, ศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม, ฟันเทียมถอดได้

Abstract

Comprehensive dental care is a treatment approach that considers patients' needs alongside their medical limitations, psychological state, and social, and economic conditions, with an emphasis on sustainable oral health maintenance. This case report presents the treatment of a 73-year-old Thai female patient with hypertension and hyperlipidemia, who sought dental treatment due to a lack of occlusal support. Oral examination revealed mandibular tori on the lingual aspect and large buccal exostoses, which posed challenges for denture fabrication. The treatment plan began with oral hygiene control and periodontal therapy, followed by pre-prosthetic surgery to prepare the oral cavity for denture placement. The surgery involved the removal of mandibular tori and buccal exostoses. After surgical wound healing, a single maxillary complete denture opposing a mandibular extended-base removable partial denture was fabricated, incorporating bilateral balanced occlusion to prevent combination syndrome.

Six-month follow-up showed good surgical wound healing with no inflammation or bone regrowth. The dentures demonstrated good retention and stability without complications. The patient achieved efficient masticatory function, resulting in improved quality of life. Furthermore, the patient developed a positive attitude

¹ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเขાพพนม จังหวัดกระบี่

toward oral health care and maintained regular follow-up visits. This report highlights the importance of holistic treatment planning and continuous follow-up care in managing complex dental cases.

Keywords: Comprehensive dental care, pre-prosthetic surgery, Removable denture

บทนำ

ปัจจุบันวงการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการบริการผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) ซึ่งเป็นการเยียวยาดูแลความเจ็บป่วยในทุกมิติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การบริการทันตกรรมพร้อมมูล (comprehensive dental care) เป็นการรักษาที่ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมเช่นกัน โดยคำนึงถึงความประสงค์ของผู้ป่วยควบคู่กับข้อจำกัดทางการแพทย์ สภาวะจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มุ่งเน้นการดำรงรักษาสุขภาพที่ดีให้คงอยู่อย่างยั่งยืน โดยใช้รูปแบบของ S-O-A-P โมเดล¹ ร่วมกับทฤษฎีและแนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ในการดูแลอนามัยช่องปากตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์²

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยที่สูญเสียฟันมักประสบปัญหาในการเคี้ยวอาหาร การพูด การสื่อสาร และการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความมั่นใจและภาพลักษณ์ของตนเอง ที่สำคัญคือปัญหาด้านสุขภาพจากการไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยากและเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่เคี้ยวง่าย เช่น อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ³ การฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยฟันเทียมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การสร้างฟันเทียมที่มีประสิทธิภาพต้องพิจารณาปัจจัยสำคัญ 3 ประการ⁴⁻⁵ ได้แก่ 1) ส่วนรองรับ (Support) ซึ่งทำหน้าที่ต้านแรงในแนวตั้งจากการบดเคี้ยว โดยประกอบด้วยเยื่อเมือกที่ปกคลุมกระดูกและฐานฟันเทียมที่มีขอบเขตกว้างเพียงพอ ไม่รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อโดยรอบ 2) การยึดอยู่ (Retention) ที่ช่วยต้านการหลุดของฐานฟันเทียมจากสันเหงือก ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ

ด้านติดเนื้อเยื่อที่แนบสนิท ด้านขัดมันที่ไม่รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อ และด้านบดเคี้ยวที่มีการสบฟันสม่ำเสมอ⁶⁻⁷ 3) เสถียรภาพ (Stability) ที่ช่วยต้านการเคลื่อนที่ของฟันเทียมจากตำแหน่งเดิม โดยขึ้นกับรูปร่าง ขนาด และความกว้างของสันเหงือก

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร เช่น ปุ่มกระดูกผิวดูกระดูก (exostosis) หรือปุ่มกระดูกงอก (torus) ขนาดใหญ่ อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ฟันเทียมหลายประการ⁸⁻¹⁰ ได้แก่ การขัดขวางการใส่-ถอดฟันเทียม การเกิดแผลกดทับได้ง่าย การรบกวนการทำความสะอาด และการขัดขวางการทำงานของลิ้นและกล้ามเนื้อ ความผิดปกติเหล่านี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบดเคี้ยวที่ผิดปกติ⁹ การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของกระดูกจึงมีความจำเป็นก่อนการทำฟันเทียม เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การดูแลผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ต้องการฟันเทียมจึงต้องอาศัยการวางแผนการรักษาที่ครอบคลุม ทั้งการเตรียมช่องปากให้พร้อม การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมอย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study) จำนวน 1 ราย เพื่อศึกษาการรักษาแบบทันตกรรม

พร้อมมูลในผู้ป่วยที่ทำให้ศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม และการใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสลับกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร จากการถอนฟันที่ผุแตกหัก และปวดทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด เกิดอาการท้องอืดบ่อยครั้ง ประวัติทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง รับประทานยา Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง ครั้งละครึ่งเม็ด ก่อนนอน โรคความดันโลหิตสูง แพทย์แนะนำให้ควบคุมอาหารและออกกำลังกายไม่ได้รับประทานยาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทปัจจุบันไม่มีอาการใดๆ ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี

ประวัติทางทันตกรรมพบว่า ผู้ป่วยเคยรับการถอนฟันและใส่ฟันเทียมบริเวณฟันหน้าบน เมื่อตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน และความดันโลหิตสูงเล็กน้อย

การตรวจภายนอกช่องปากพบว่า ศีรษะใบหน้าและลำคออยู่ในเกณฑ์ปกติ การเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างปกติ อ้าปาก หุบปากได้ปกติ ไม่พบการกดเจ็บของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ตรวจภายในช่องปากพบคราบจุลินทรีย์โดยทั่วไป เหงือกโดยทั่วไปมีลักษณะของการอักเสบ หินน้ำลายเหนือเหงือกและใต้เหงือกระดับปานกลาง ร่องลึกปริทันต์ 5 มิลลิเมตร ที่ฟันซี่ 33, 35 พบฟันผุ 4 ซี่ และต่อฟันผุ 2 ซี่ ฟันหน้าล่างยื่น ไม่สามารถระบุลักษณะการสบฟันหรือการเหลื่อมของฟันทั้งแนวราบและแนวตั้งได้ วัดระยะปลอดการสบได้ 10 มิลลิเมตร ตรวจพบปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นบริเวณฟันซี่ 42-46 และ 31-34 ปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรบนด้านข้าง บริเวณฟันซี่ 13-18 และ 23-28 ปุ่มกระดูกงอกบริเวณเพดานขนาดเล็กสันเหงือกส่วนหน้าของขากรรไกรบนละลายตัวเล็กน้อย และระดับของปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้ายห้อยต่ำกว่าระดับสันเหงือกเล็กน้อย ภาพรังสีรอบ

ปลายรากพบว่ารอยโปร่งรังสีขนาดใหญ่บริเวณปลายรากฟันซี่ 23 และ 43 ระดับกระดูกรอบรากฟันโดยทั่วไปสูญเสียกระดูกในแนวราบระดับปานกลาง

การซักประวัติเพิ่มเติมทางด้านสังคมพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตรชายและขณะรักษาบุตรชายเป็นผู้มารับ-ส่ง ซึ่งบุตรชายสะดวกในวันพุธหรือวันพฤหัสบดี ด้านการดูแลอนามัยช่องปาก ผู้ป่วยแปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ด้วยแปรงสีฟันร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ไม่เคยใช้อุปกรณ์อื่นเสริม จากการประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ป่วยจิบน้ำหวานตลอดทั้งวัน พบฟันผุและการสูญเสียฟันในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

ความคาดหวังของผู้ป่วยคือ สามารถเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ให้ได้มากที่สุด มีฟันเคี้ยวอาหารได้ละเอียดขึ้น และยิ้มเห็นซี่ฟัน

แผนการรักษา

ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย พึงระมัดระวังการใช้ยา

ด้านการควบคุมโรค เริ่มจากการฝึกปฏิบัติวิธีการใช้แปรงกระจุกทำความสะอาดรอบฟัน จากนั้นชุดหินน้ำลายและเกลารากฟันก่อนทำการอุดฟัน ประเมินช่องปากอีกครั้งหลังการควบคุมโรค จากนั้นตัดแต่ง ปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นทั้งสองข้าง พร้อมทั้งถอนฟันซี่ 43 และตัดแต่งกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มในขากรรไกรบนที่ละข้าง พร้อมทั้งถอนฟันซี่ 23 บริเวณฟันซี่ 35 และ 33 ซึ่งพบโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังระดับรุนแรง หลังการประเมินช่องปากวางแผนผ่าตัดเปิดเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด จากนั้นใส่ฟันเทียมบนทั้งปากเดี่ยวสลับกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้แบบขยายฐาน จากการพยากรณ์โรครายซี่ฟันพบว่าไม่สามารถบูรณะฟันซี่ 23, 43 ได้ และยังเป็นที่น่าสงสัยในฟันซี่ 35 เนื่องจากเข้าทำความสะอาดยากและใช้งานได้จำกัด การพยากรณ์ในภาพรวมให้เป็นระดับกลาง เนื่องจากสามารถกำจัดโรคและให้การบูรณะฟันพู่สภาพได้ ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดทางกายภาพ

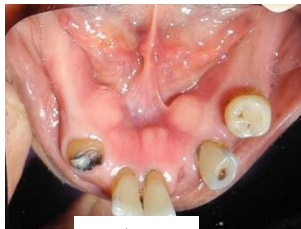
ขั้นตอนการรักษา

1. เริ่มจากซักประวัติ, ตรวจภายในและภายนอกช่องปาก, ตรวจและบันทึกสภาวะปริทันต์, ประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุ, บันทึกค่าเลือดออกเมื่อหยั่งโพรบ, ถ่ายภาพรังสีภายในช่องปากและภาพรังสีปริทัศน์ แนะนำวิธีการดูแลอนามัยช่องปากและฝึกปฏิบัติการใช้แปรงกระจุก จากนั้นขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ทั้งปากก่อนทำการบูรณะซี่ฟันที่ผุ

2. ประเมินสภาวะปริทันต์หลังการรักษาพบว่า ร่องลึกปริทันต์บริเวณฟันซี่ 33, 35 เพิ่มขึ้น จึงพิจารณาไม่ผ่าตัดเปิดเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด แต่เน้นย้ำและฝึกปฏิบัติการใช้แปรงกระจุกแปรงรอบซี่ฟัน

3. ผ่าตัดปุ่มกระดูกออกบริเวณขากรรไกรล่าง ด้านล่างทั้งสองข้าง โดยฉีดยาชาสกัดเส้นประสาท Inferior alveolar, เส้นประสาท lingual และเส้นประสาท Mental บริเวณด้านขวาและฉีดยาชาเฉพาะที่แบบอินฟิльтраต (Infiltration) บริเวณปุ่มกระดูกด้านซ้าย กรีดแผ่นเหงือกตามคอฟันด้านล่าง ตั้งแต่กึ่งกลางฟันหน้าถึงบริเวณฟันกรามเลยปุ่ม

กระดูกประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร ทางด้านหลังบริเวณที่ไม่มีฟันให้แนวמידค่อนไปทางด้านลิ้น ตำแหน่งเดียวกับแนวคอฟัน เริ่มจากข้างขวาไล่ต่อด้วยข้างซ้ายล่าง จากนั้นใช้เครื่องมือแซะเนื้อเยื่อค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกที่คลุมปุ่มกระดูกออกแบบเต็มส่วนให้เห็นปุ่มกระดูกตลอดทั้งก่อน หลังจากนั้นค่อยๆกรอผิวด้านบนของก้อนจากด้านหน้าถึงด้านท้ายในแนวหน้าหลังและแนวตั้งจนถึงฐานปุ่มกระดูกด้วย หัวกรอขนาดเล็กและใช้เครื่องมือจัดฟันบดจัดให้ปุ่มกระดูกหลุดออก แล้วใช้หัวกรอกลมและตะไบตกแต่งกระดูกให้เรียบ ล้างบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำเกลือและถอนฟันซี่ 43 วางแผ่นเหงือกกลับในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรวจดูไม่ให้มีเลือดคั่งและเย็บปิดแผ่นเหงือกด้วยวิธีแบบเย็บปิดที่ละปม โดยเริ่มเย็บจากบริเวณกึ่งกลางของกรรไกรด้านหน้า ขณะเย็บระมัดระวังอย่าให้แผ่นเหงือกซ้อนทับหรือแยกออกจากกันมากเกินไป ม้วนผ้าก๊อชวางไว้ข้างลิ้นทั้งสองข้างเพื่อช่วยหยุดเลือดและกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูก ให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดและน้ำยาบ้วนปาก นัดดูอาการและตัดไหม 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด



รูปที่ 1



รูปที่ 2



รูปที่ 3



รูปที่ 4

รูปที่ 1-4 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกออกบริเวณขากรรไกรล่างด้านล่างทั้งสองข้าง

4. ผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวกระดูกด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนทั้งข้างซ้ายและข้างขวา เริ่มจากฉีดยาชาเฉพาะที่แบบอินฟิльтраตที่เส้นประสาท middle superior alveolar เส้นประสาท posterior superior alveolar และบริเวณปุ่มกระดูก ฉีดยาชาสกัดเส้นประสาท greater palatine กรีดแผ่นเหงือกตามแนวเส้นแบ่งกึ่งกลางสันเหงือกค่อนไปทางปุ่มกระดูก กรีดแผ่นเหงือกเลยจากขอบหน้าและขอบหลังของปุ่มกระดูกประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร จากนั้นใช้

เครื่องมือแซะเนื้อเยื่อค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกที่คลุมปุ่มกระดูกออกแบบเต็มส่วนให้เห็นกระดูกที่โป่งนูนทั้งหมด กรอตัดปุ่มกระดูกตรงกลางสันเหงือกเป็นร่องจากด้านหน้าถึงด้านท้ายในแนวหน้าหลังและแนวตั้งจนถึงฐานปุ่มกระดูกด้วยหัวกรอขนาดเล็ก จากนั้นใช้เครื่องมือจัดฟันบดจัดให้ปุ่มกระดูกหลุดออก แล้วใช้หัวกรอกลมและตะไบตกแต่งกระดูก ในขณะกรอแต่งควรใช้เครื่องดัดรั้งเนื้อเยื่อกระดูก ยกแผ่นเหงือกและกรอภายใต้การฉีดยาน้ำเกลือ

หลังจากนั้นตรวจเช็คความเรียบโดยปิดแผ่นเหงือก แล้วใช้มือสัมผัสรู้สึกเรียบสม่ำเสมอ ล้างบริเวณที่ ผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ วางแผ่นเหงือกกลับในตำแหน่งที่ เหมาะสม ตรวจดูไม่ให้มีเลือดคั่งแล้วเย็บปิดแผ่น เหงือกแบบเย็บปิดทีละปม ระวังระวังอย่าให้แผ่น

เหงือกซ้อนทับหรือแยกออกจากกันมากเกินไป ม้วน ผ่าทอขวางไว้ด้านกระพุ้งแก้มเพื่อช่วยกดแผ่นเหงือก ให้แนบกับกระดูกและหยุดเลือด นัดดูอาการและตัด ใหม่ 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด



รูปที่ 5



รูปที่ 6



รูปที่ 7

รูปที่ 5-7 แสดงลักษณะของปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนขวาและซ้าย ก่อนการรักษา



รูปที่ 8



รูปที่ 9



รูปที่ 10

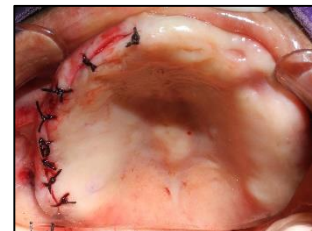
รูปที่ 8-10 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนข้างซ้าย



รูปที่ 11



รูปที่ 12



รูปที่ 13

รูปที่ 11-13 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มของขากรรไกรบนข้างขวา

5. เริ่มทำฟันเทียมจากการกรอปรับแต่งรูปร่างซี่ ฟันในขากรรไกรล่าง ทั้งแนวการถอดใส่ฟันเทียมและ แอ่งรับฟันเทียม จากนั้นพิมพ์แบบเบื้องต้น (Preliminary impression) ด้วยถาดพิมพ์ปาก สำเร็จรูป ร่วมกับวัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์ชนิด

ฉีกกลับไม่ได้ (alginate) และนำรอยพิมพ์เบื้องต้นเท แบบหล่อด้วยยิปซัมชนิดที่ 3 เพื่อทำถาดพิมพ์ปาก เฉพาะบุคคลขึ้นบนและขึ้นล่าง แบบไม่มีระยะที่ว่าง ด้วยเรซินอะคริลิกชนิด บ่มด้วยตัวเอง



รูปที่ 14

รูปที่ 15

รูปที่ 14-15 แสดงการพิมพ์แบบเบื้องต้น (Preliminary impression)

6. ลองกดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลในช่องปาก ทำการรื้อแต่งบริเวณขอบให้สั้นกว่าจุดลึกสุดของร่องระหว่างสันเหงือกและแก้มรอบปากประมาณ 2 มิลลิเมตรโดยตลอด เว้าหลบเนื้อเยื่อริมฝีปากและแก้ม จากนั้นปั้นแต่งขอบ (Border molding) รอบถาดพิมพ์ปากด้วยคอมเพานด์ชนิดแห้งจนรอบทุกบริเวณ โดยควบคุมอุณหภูมิด้วยการจุ่มในน้ำอุ่นที่มีอุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส ทันตแพทย์จะช่วยขยับริมฝีปาก

และแก้มของผู้ป่วยร่วมกับให้ผู้ป่วยขยับกล้ามเนื้อเอง โดยการเม้มปาก อ้าปาก ขยับคางซ้ายขวา ดูด เลีย แก้ม เลียริมฝีปากและเป่าลม จากนั้นพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยวัสดุโพลีอีเทอร์ (Impregum™) และ เทแบบหล่อด้วยยิปซัมชนิดที่ 4 เพื่อทำขึ้นหล่อปฏิบัติงาน จากนั้นนำขึ้นหล่อปฏิบัติงานมาออกแบบและทำแผ่นฐานฟันเทียมชั่วคราวรวมถึงแท่งกีด

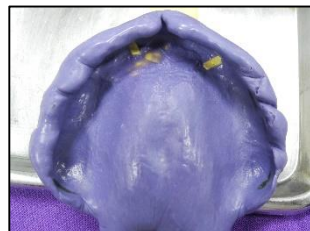


รูปที่ 16



รูปที่ 17

รูปที่ 16-17 แสดงการบดแต่งขอบ (Border molding) รอบถาดพิมพ์ปากด้วยคอมเพานด์ชนิดแห้ง



รูปที่ 18



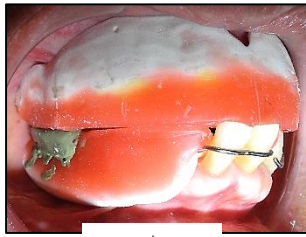
รูปที่ 19

รูปที่ 18-19 แสดงการพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยวัสดุโพลีอีเทอร์

7. ลองแท่นกีดบนและล่าง เริ่มจากตรวจสอบขอบแผ่นฐานฟันเทียมชั่วคราวพร้อมทั้งกรอปรับแต่งขอบที่กีดเจ็บหรือยาวเกิน ประเมินการยึดอยู่และเสถียรภาพ ปรับแต่งความอูมนูนและการเอียงตัว โดยพิจารณาจากริมฝีปากและร่องริมฝีปาก จากนั้นปรับระดับความสูงแท่นกีดบน โดยขอบล่างของผิวด้านริมฝีปากของแท่นกีดบนสัมผัสริมฝีปากล่าง บริเวณรอยต่อที่เปียกและที่แห้ง และขณะพูดจะเห็นแท่นกีดบนด้านหน้าอยู่ต่ำกว่า แนวริมฝีปากบน

ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร หลังจากนั้นใช้ฟอกซ์ปรับระนาบสบของแท่นกีด กำหนดแนวเส้นกลางฟัน แนวฟันเขี้ยว และแนวรอยยิ้ม จากนั้นมาบันทึกส่วนกันท้ายเพดานปาก ส่วนแท่นกีดล่างปรับแต่งความสูงแท่นกีดด้านท้ายให้อยู่ประมาณสองในสามของแผ่นนวมท้ายฟันกราม จากนั้นปรับแท่นกีดล่างให้ขนานกับแท่นกีดบนและกีดสบได้สนิทโดยมิติแนวตั้งขณะสบน้อยกว่ามิติแนวตั้งขณะพักประมาณ 2 มิลลิเมตร บันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างใน

ตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ ด้วยซี่ฝังผสม ฝังลูมินัมและเหล็กสีฟัน



รูปที่ 20



รูปที่ 21



รูปที่ 22

รูปที่ 20-22 แสดงการลองแท่นกัดบน-ล่าง และบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกร ด้วยซี่ฝังผสมฝังลูมินัม

8. ลองซี่ฟันเทียมขึ้นบนและล่างในช่องปาก ประเมินความอูมนูนของไบหน้า แนวกึ่งกลางของไบหน้า และแนวกึ่งกลางซี่ฟันหน้า สี รูปร่าง ขนาดของฟันที่เรียง ตำแหน่งกัดสบของผู้ป่วย พบว่าตำแหน่งของปลายฟันหน้าบนจะสัมผัสริมฝีปากล่างบริเวณรอยต่อที่เปื่อยและที่แห้งในขณะออกเสียง “ผ” หรือ “ฟ” และในขณะที่พูดจะเห็นปลายฟันหน้าบนอยู่ต่ำกว่าแนวริมฝีปากบนประมาณ 1-2 มิลลิเมตร จากนั้นให้ผู้ป่วยออกเสียง “ส” หรือ “ซ” พบว่าปลายฟันหน้าบนและล่างอยู่ห่างกันประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ประเมินความสูงของไบหน้าให้มีความสวยงาม ตรวจสอบการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยรอบฟันเทียม ประเมินการสบฟันให้สบสนิทและเกิดการสบฟันแบบได้ดุลสองข้าง และสอบถามความ

พึงพอใจของผู้ป่วย หลังจากนั้นส่งชิ้นงานไปยังห้องปฏิบัติการเพื่ออัดด้วยเรซินอะคริลิกชนิดบ่มร้อน และขัดชิ้นงานฟันเทียมให้เรียบมันเงา

9. ส่งมอบฟันเทียมให้ผู้ป่วย ตรวจสอบการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียม ใช้วัสดุชี้บอกแรงกด (PIP) เพื่อตรวจสอบจุดกดเจ็บและส่วนเกินของขอบด้านติดเนื้อเยื่อของฟันเทียม และใช้กระดาษทดสอบรอยสบฟัน แบบเกือกม้าตรวจสอบการสบฟันพร้อมทั้งกรอแก้ไข เมื่อเรียบร้อยแล้วขัดมัน ขัดเงาฟันเทียม และฝึกปฏิบัติวิธี การใส่และการถอดฟันเทียม ฝึกการวางตำแหน่งของลิ้น แนะนำการเคี้ยวอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลทำความสะอาดฟันเทียม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการติดตามการรักษาเป็นระยะๆ



รูปที่ 23



รูปที่ 24



รูปที่ 25

10. ติดตามการรักรูปที่ 23-25 แสดงลักษณะฟันเทียมของผู้ป่วยหลังการวางระบบของผู้ป่วยในช่วงวัน, 1 อาทิตย์, 1 เดือน และหลังจากวางระบบสมบูรณ์ 3 เดือน และ 6 เดือน

สรุปและอภิปรายผล

จากประวัติทางการแพทย์ผู้ป่วยรายนี้มีโรคทางระบบ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท

มาพบทันตแพทย์เพื่อรับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในการควบคุมที่ดี พบความดันซิสโตลิก (systolic) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทในบางครั้ง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง จึงวางแผนการรักษาทางทันตกรรมโดยประเมินแผนการรักษาในทุกขั้นตอน ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา ร่วมกับการพิจารณา 4 มิติ คือ ผู้ป่วย (patient), ทัศนคติ

(procedure), ทันตแพทย์ (provider), การควบคุมความเจ็บปวด (pain control)¹¹

มิติแรกในส่วนของผู้ป่วย (patient) ผู้ป่วยรายนี้มีโรคทางระบบแต่สามารถควบคุมได้ดีและไม่มีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะใด เมื่อประเมินความเสี่ยงทางการแพทย์และสภาวะร่างกายของผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ American society of Anestheologist (ASA) จัดผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม ASA Class II¹² ในส่วนของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน คือ Simvastatin 20 มิลลิกรัม เป็นยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statin ผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ส่วนอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ นอนราบได้ บางครั้งมีอาการปวดหลังเล็กน้อยแต่เมื่อหยุดพักก็สามารถรับการรักษาต่อได้ตามปกติ

มิติที่สอง คือ การประเมินหัตถการที่ทำ (procedure) ผ่าตัดปุ่มกระดูกผิวกระดูกสันหลัง กระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายและผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ก่อนทำการรักษาควรมีการเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมในกรณีเกิดความดันเลือดตกต่ำลงเมื่อเปลี่ยนท่าทรงตัวขึ้นทันที และมีการเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด เช่น surgical เป็นต้น เนื่องจากการผ่าตัดอาจทำให้เกิดแผลเปิดบริเวณกว้างเสี่ยงต่อการไหลของเลือดที่ยาวนานผิดปกติ ซึ่งในการรักษาครั้งนี้ ทันตแพทย์ได้เฝ้าระวังการหยุดของเลือด 15 นาที หลังจากทำหัตถการ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

มิติที่สาม คือ ทันตแพทย์ (provider) มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้าย ปุ่มกระดูกผิวกระดูกสันหลัง กระดูกงอก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำศัลยกรรม

มิติที่สี่ คือ การควบคุมความเจ็บปวด (pain control) ขณะให้การรักษามีประสิทธิภาพ โดยเลือกใช้ยาชาเฉพาะที่ที่มีสารบิปปิรอลเป็น ส่วนผสม สังเกตภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยและ

ลดความวิตกกังวลโดยการอธิบายถึงแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ ใช้ระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแผนและขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยก็จะมี ความวิตกกังวลต่อการรับการรักษาน้อยลง และให้ความร่วมมือในการรับการรักษาเป็นอย่างดี ในการใช้ยาชา เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของผู้ป่วยสามารถใช้สารบิปปิรอลได้ไม่เกิน 0.04 มิลลิกรัม เมื่อคำนวณในรูปแบบยาชาที่มีส่วนผสมของสารบิปปิรอลแล้วพบว่าใช้ได้ไม่เกิน 2 หลอด ในวันที่นัดมารับการรักษา ผู้ป่วยมีความกังวลเล็กน้อย ความดันโลหิตอยู่ในภาวะควบคุมได้ จึงใช้วิธีอธิบายขั้นตอนการรักษาอย่างนุ่มนวลแทนการให้ยาคลายกังวลหรือยาระงับประสาท ผู้ป่วยก็ผ่อนคลายลง ไม่ใช้ระยะเวลาในการทำการรักษานานเกินไปในแต่ละครั้ง และเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนท่า ให้ผู้ป่วยค่อยๆ ขยับ ไม่ลุกขึ้นจากเก้าอี้เร็วเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ หลังการรักษาได้อธิบายวิธีปฏิบัติตนหลังการรักษาและแจ้งวิธีการติดต่อกับทันตแพทย์กรณีฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและคลายความกังวล ส่วนการให้ยาระงับปวดควรระวังการให้ยาในกลุ่ม NSAIDs ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งจะมีผลไปเพิ่มโอกาสเลือดออกง่าย

ผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญ คือ ไม่มีฟันบดเคี้ยว ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียดจนเกิดอาการท้องอืดบ่อยครั้ง จากการตรวจภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยเหลือฟันเพียง 6 ซี่ เป็นตอฟันบน 1 ซี่ ตอฟันล่าง 1 ซี่ ไม่มีฟันคู่สบ ทำให้เกิดความลำบากในการบดเคี้ยว จึงวางแผนเตรียมช่องปากเพื่อทดแทนฟันด้วยฟันเทียม โดยเริ่มจากการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน เพื่อลดการติดเชื้อของเนื้อเยื่อปริทันต์ จากนั้นบูรณะฟันผุ ถอนตอฟัน หลังจากนั้นประเมินสภาวะปริทันต์และการรักษานามัยช่องปากของผู้ป่วย ก่อนการทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม

การทำศัลยกรรมตกแต่งปุ่มกระดูกผิวกระดูกสันหลัง กระดูกงอกและผ่าตัดปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากกระดูกบริเวณดังกล่าวขัดขวางแนวทางการถอดและการใส่ฟันเทียม และช่วยให้สามารถขยายพื้นที่ฐานของฟัน

เทียมให้ครอบคลุมได้มากขึ้น เกิดความแน่นของฐานฟันเทียมส่วนท้ายและ โดยรอบของฐานฟันเทียมบน ซึ่งช่วยในการยึดอยู่ของฟันเทียม การขยายฐานฟันเทียมล่างช่วยลดแรงที่กระทำต่อฟันยึดหลัก ช่วยลดแรงกดเหงือกต่อหน่วยพื้นที่ ลดโอกาสเกิดปัญหาการกดเจ็บของฐานฟันเทียม เพิ่มการยึดอยู่ และเสถียรภาพของฟันเทียม¹³

การทำศัลยกรรมตกแต่งปุ่มกระดูกงอกบริเวณขากรรไกรล่างด้านลิ้นครั้งนี้ ได้ทำการเปิดแผ่นเหงือกด้านลิ้นทั้งสองข้างพร้อมกัน โดยกรีดแผ่นเหงือกจากกึ่งกลางฟันหน้าตามคอฟันด้านลิ้นจนถึงบริเวณฟันกรามเลยปุ่มกระดูกเล็กน้อย บริเวณที่ไม่มีฟันทางด้านหลังให้วางแนวมีดค้อนไปทางด้านลิ้นตำแหน่งเดียวกับแนวคอฟัน ค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกและสำรวจความตึงของแผ่นเหงือกเป็นระยะ ระวังการฉีกขาดของแผ่นเหงือก ทำการเปิดแผ่นเหงือกโดยเว้นจุดกึ่งกลางของขากรรไกรระหว่างฟันกลางหน้าล่างไม่ให้แผ่นเหงือกทั้งสองข้างเปิดเชื่อมต่อกัน เพื่อลดโอกาสเกิดการดึงรั้งหรือการฉีกขาดของแผ่นเหงือกจากการทำงานของลิ้น เลือกใช้หัวกรรไกรรกรอร่วมกับการใช้เครื่องมือจัดฟันเอาปุ่มกระดูกออกแทนการใช้สิ่ว เนื่องจากการใช้สิ่วและค้อนควบคุมแรงของมือได้ยาก เพิ่มโอกาสที่เครื่องมือจะพลาดถูกอวัยวะโดยรอบได้ง่ายและเกิดแรงสั่นสะเทือนมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและปวดศีรษะ ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ในขณะทำได้ และกรอภายใต้การฉีดยาชาเพื่อลดโอกาสการเกิดความร้อนจากการกรอไประคายเคืองกระดูก อันนำมาซึ่งการอักเสบหรือตายของกระดูก หลังการผ่าตัดให้ม้วนผ้าก๊อชวางไว้ข้างลิ้นทั้งสองข้างและให้ผู้ป่วยนำลิ้นกดไว้ เพื่อช่วยหยุดเลือดและกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูกจากการติดตามผลการรักษา 1 อาทิตย์ 2 อาทิตย์ พบว่าเหงือกแนบสนิทกับคอฟัน ไม่มีการฉีกขาดของขอบแผล ติดตามผลการรักษา 1 ปี พบว่ากระดูกบริเวณที่ผ่าตัดคงเดิม ไม่พบการละลายตัวเพิ่ม ไม่พบส่วนคอดหรือส่วนยื่นออก ฟันเทียมที่ทับบริเวณดังกล่าวมีเสถียรภาพและการยึดอยู่ดี¹³

การทำศัลยกรรมตกแต่งปุ่มกระดูกผิวขรุขระด้านกระพุ้งแก้มในขากรรไกรบนครั้งนี้ เลือกใช้หัวกรรไกรรกรอร่วมกับการใช้เครื่องมือจัดฟันเช่นกัน ระมัดระวังในขั้นตอนการเปิดแผ่นเหงือกและการกรอตกแต่งกระดูก เนื่องจากปุ่มกระดูกมีฐานใหญ่มีส่วนยื่นออกมามาก เหงือกที่ปกคลุมค่อนข้างบาง ในการกรีดแผ่นเหงือกควรวางแนวค้อนไปทางปุ่มกระดูก ควรกรีดให้เลยขอบหน้าและขอบหลังของกระดูกเล็กน้อย เพื่อลดความตึงของแผ่นเหงือก ค่อยๆเลาะแผ่นเหงือกโดยตรวจดูความตึงของแผ่นเหงือกเป็นระยะ และระวังการฉีกขาดของแผ่นเหงือก ขณะกรอตกแต่งให้ผู้ป่วยหย่อนปากลงมาเล็กน้อยเพื่อลดการตึงของกระพุ้งแก้ม ช่วยเพิ่มพื้นที่การมองเห็น และใช้เครื่องมือดึงรั้งเนื้อเยื่อกระดูกยกกันแผ่นเหงือกและกระพุ้งแก้ม โดยเฉพาะบริเวณส่วนท้ายของขากรรไกร และกรอภายใต้การฉีดยาชาชาหลังการผ่าตัดควรม้วนผ้าก๊อชวางไว้ด้านกระพุ้งแก้ม เพื่อช่วยกดแผ่นเหงือกให้แนบกับกระดูกและหยุดเลือด จากการติดตามผลการรักษา 1 อาทิตย์ 1 เดือน เหงือกแนบสนิทกับกระดูกดี ไม่พบการอักเสบหรือสัญญาณการติดเชื้อ ติดตามผลการรักษา 1 ปี พบว่ากระดูกบริเวณที่ผ่าตัดมีการละลายตัวเพียงเล็กน้อย กระดูกขากรรไกรรูปร่างดีขึ้น บริเวณส่วนคอดและส่วนยื่นลดลง หลังจากบูรณะด้วยฟันเทียมไม่พบปัญหาการกดเจ็บของฐานฟันเทียมบริเวณที่ผ่าตัด การยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียมดี¹³

ผู้ป่วยรายนี้เรียงฟันแบบการสบแบบได้สมดุลให้ฟันหน้าบนไม่สัมผัสในตำแหน่งในศูนย์ และสัมผัสน้อยในการเคลื่อนนอกศูนย์ เนื่องจากการใส่ฟันเทียมทั้งปากเดี่ยวสบกับฟันเทียมล่างบางส่วนชนิดถอดได้ที่ไม่มีฟันด้านท้าย ตามการจำแนกของเคนเนดิกลุ่มที่ 1 (Kennedy class I) ซึ่งอาจเกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า combination syndrome ได้ ในผู้ป่วยรายนี้พบลักษณะบางประการของกลุ่มอาการนี้ เช่น 1) การสูญเสียกระดูกบริเวณส่วนหน้าของสันเหงือกไรฟันในขากรรไกรบน 2) การงอกเกินของปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้าย 3) การสูญเสียมิติแนวตั้งของการสบฟัน 4) ฟันหน้าล่างยื่น และพบการงอก

เกินของปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้ายก่อให้เกิดส่วนคอดขนาดใหญ่ด้านแก้ม หลักการสบฟันที่แนะนำคือ 1) ฐานฟันเทียมต้องแนบกับเนื้อเยื่อใน ช่องปาก มีการขยายขอบเขตให้กว้าง 2) ส่วนประกอบของฟันเทียมที่แข็ง ทำให้เกิดเสถียรภาพที่ดี 3) ระบายสบฟันที่เหมาะสม 4) แนวการสบฟันในมิติแนวดิ่งและความสัมพันธ์ในศูนย์ที่ถูกต้อง¹⁴

ผู้ป่วยรายนี้มีการละลายของสันกระดูกล่างค่อนข้างมาก จึงเลือกใช้ซี่ฟันเทียมที่ทำจากอะคริลิกซึ่งมีความยืดหยุ่นสูง เนื่องจากซี่ฟันเทียมที่มีความยืดหยุ่นมากจะดูดซับแรงจากการบดเคี้ยวที่มากระทำได้มาก และส่งผ่านแรงไปยังกระดูกใต้ฐานฟันเทียมน้อยลง แต่ข้อเสียของซี่ฟันเทียมชนิดนี้คือ สึกง่าย มีผลให้การสบฟันในมิติแนวดิ่งลดลงและประสิทธิภาพการเคี้ยวลดลงหลังการใช้งาน 5-7 ปี จึงต้องเปลี่ยนซี่ฟันเทียมบ่อย¹⁵

การรักษาในผู้ป่วยรายนี้ได้พิจารณาทางเลือกในการรักษาหลายวิธี รวมถึงการใช้รากฟันเทียมร่วมกับฟันเทียมถอดได้ (implant-supported overdenture) ซึ่งมีข้อดีคือช่วยเพิ่มเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียม ลดการละลายตัวของกระดูกและป้องกันการเกิด combination syndrome¹⁶ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและความจำเป็นต้องผ่าตัดเพิ่มเติม ผู้ป่วยจึงเลือกการรักษาด้วยฟันเทียมถอดได้แบบดั้งเดิม ซึ่งยังคงเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพหากมีการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

การติดตามผลการรักษาในระยะยาว 1 ปี พบว่าผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการของ combination syndrome ที่รุนแรง อย่างไรก็ตาม พบการละลายตัวของกระดูกสันเหงือกบริเวณด้านหน้าของขากรรไกร

บนเล็กน้อย ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากเกี่ยวข้องกับฟันธรรมชาติหรือฟันเทียมบางส่วนล่าง¹⁷ เพื่อป้องกันการดำเนินของโรค จึงได้วางแผนการติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือน โดยมีการประเมินหลายด้าน ทั้งการตรวจสอบและปรับแต่งการสบฟันเมื่อพบการสบกระแทก การประเมินการละลายตัวของกระดูกและการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ การพิจารณาเสริมฐานฟันเทียมเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงของสันเหงือก รวมถึงการพิจารณาเปลี่ยนฟันเทียมใหม่หากพบการสึกของซี่ฟันมาก

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาหลายประการ โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเพียงรายเดียว จึงไม่สามารถนำผลการรักษาไปอ้างอิงกับผู้ป่วยทั่วไปได้ ระยะเวลาการติดตามผลเพียง 1 ปียังไม่เพียงพอที่จะประเมินผลการรักษาในระยะยาว โดยเฉพาะการเกิด combination syndrome ที่อาจต้องใช้เวลหลายปีในการพัฒนา นอกจากนี้ การประเมินผลการรักษาบางส่วนอาศัยการรายงานของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีความเียงเบนจากความเป็นจริง และยังไม่ได้มีการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว การศึกษานี้ก็ได้แสดงให้เห็นความสำคัญของการวางแผนการรักษาแบบองค์รวมและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาสุขภาพช่องปากในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด combination syndrome การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สามารถตรวจพบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่วะยะเริ่มแรก

เอกสารอ้างอิง

1. Mansumitchai S, Wongnavee K, Yuma S, Tantipoj C, Supa-amornkul S, Buranachad N. Competencies in comprehensive dental care from advanced general dentists' perspective. Mahidol Dental Journal. 2022;42(2):145-56.
2. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. การปรับตัวพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 1997.

3. Zani SR, Rivaldo EG, Frasca LC, Caye LF. Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses. *Journal of Oral Science*. 2009;51(4):535-43.
4. ดนัย ยอดสุวรรณ. ฟันเทียมทั้งปาก1. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 2017.
5. พจมาน ศรีนวลรัตน์. ฟันเทียมทั้งปาก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. สี่พริ่ง จำกัด; 2017.
6. Carr AB, Brown DT. McCracken's removable partial prosthodontics. 13th, editor. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2015.
7. Thiel CP, Evans DB, Burnett RR. Combination syndrome associated with a mandibular implant-supported overdenture: a clinical report. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1996;75(2):107-13.
8. Jankittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2000;90(1):48-53.
9. Zhen Li. RH, Rahman Abdul NR., Kamaruddin AF. Torus palatinus and torus mandibularis: a literature review update. *JUMMEC*. 2023(special):247-54.
10. Myron R. Tucker REB. Contemporary Oral Maxillofacial Surgery. 7th ed. Philadelphia: ELSEVIER; 2019. 217-50 p.
11. กรรณิกา ชูเกียรติมน. การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ. กรุงเทพมหานคร: นีโอติจิตอน; 2010.
12. Little JW, Miller C, Rhodus NL, Falace D. Dental Management of the Medically Compromised Patient-E-Book: Dental Management of the Medically Compromised Patient-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2012.
13. Sombatpiam K. Preprosthetic Surgery: Amarin Printing & Publishing Public Co. Ltd.; 2004. 90-108 p.
14. Tawkaew U. The Management of Torus Mandibularis and Maxillary buccal exostosis before Loading Single Complete Denture and Removable Partial Denture. *Journal of The Department of Medical Services*. 2020;45(3):123-30.
15. Zarb GA, Hobkirk J, Eckert S, Jacob R. Prosthodontic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses: Elsevier Health Sciences; 2012.
16. Zembic A, Wismeijer D. Patient-reported outcomes of maxillary implant-supported overdentures compared with conventional dentures. *Clin Oral Implants Res*. 2021;25(4):441-450.
17. Wright PS, Glantz PO, Randow K, Watson RM. The effects of fixed and removable implant-stabilised prostheses on posterior mandibular residual ridge resorption. *Clin Oral Implants Res*. 2020;13(2):169-174.