

รายงานผู้ป่วย

Case Report

ฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียม: รายงานผู้ป่วยหลังติดตามผลการรักษา 8 ปี Implant Retained Overdentures: A Case Report, After 8 Years Followed Up

เฉลิมศักดิ์ จินดาดำรงเวช*

Chalerm Sak Jindadumrongwech

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ สุรินทร์ 32000

*Department of Dentistry, Surin Hospital, Surin 32000

Corresponding autor. E-mail address: chgdent@gmail.com

บทคัดย่อ

ฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิมถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยภาวะไร้ฟันมานานกว่าศตวรรษแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักประสบปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร โดยเฉพาะในฟันเทียมล่างเนื่องจากขาดเสถียรภาพและการยึดอยู่ที่ดีพอ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใส่ฟันเทียมทั้งปากร่วมกับการฝังรากฟันเทียมในขากรรไกรล่างสองตำแหน่ง มีความเสถียรและการยึดอยู่ของฟันเทียมล่างดีกว่าการใส่ฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิม รายงานผู้ป่วยนี้ อธิบายถึงการรักษาด้วย ฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียม โดยฝังรากฟันเทียมในขากรรไกรล่างสองตำแหน่ง จากการติดตามผลการรักษา 8 ปี ไม่พบปัญหาหรือพยาธิสภาพของรากฟันเทียม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจงานฟันเทียม

คำสำคัญ: รากฟันเทียม ฟันเทียมคร่อมราก ฟันเทียมทั้งปาก

พุทธชินราชเวชสาร 2560;34(2):219-28.

Abstract

Complete maxillary and mandibular dentures have been used as a conventional treatment of edentulous patients for longer than century. Many patients struggle to chew and swallow with the unstable complete mandibular dentures because of their instability and inadequate retention. Previous studies have shown that a two-implant retained mandibular overdenture is superior to the conventional denture in terms of retention and stability. In this case report, a two-implant retained mandibular overdenture with ball attachments was discussed. After 8 years follow-up, there was no problem or pathology associated with the implants. The patient's was satisfied with his overdenture.

Keywords: Implant retained, overdenture, complete dentures

Buddhachinaraj Med J 2017;34(2):219-28.

บทนำ

ภาวะไร้ฟันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทั้งสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย มีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรหลังการสูญเสียฟัน และการไม่ใส่ฟันเทียมส่งผลให้กระดูกมีการละลายตัวเพิ่มขึ้น¹ ภาวะไร้ฟันทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้ที่มีกากใยและสารแคโรทีนน้อยลง² และยังมีผลกระทบด้านลบต่อการเข้าถึงสังคมและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย³ ฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิม (conventional complete dentures) ได้ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยภาวะไร้ฟันนานกว่าศตวรรษแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความมั่นใจในการเข้าถึงสังคมมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก อาจมีปัญหาในการใช้งานคือฟันเทียมที่ขาดความเสถียรและการยึดอยู่ไม่มั่นคง⁴⁻⁶ อาจเนื่องด้วยผู้ป่วยมีปริมาณเนื้อเยื่อและสิ่งรองรับฟันเทียมน้อย ร่วมกับการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรทำให้ฟันเทียมทั้งปากมีการขยับหลวมหลุดขณะใช้งาน โดยเฉพาะในฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง ได้มีการนำรากฟันเทียมมาใช้ในการรักษาร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก ช่วยเพิ่มการยึดอยู่เพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และลดอัตราการละลายของกระดูกบริเวณนั้น^{7,8} การฝังรากฟันเทียมเพื่อช่วยยึดฟันเทียมล่างอย่างน้อย 2 ตำแหน่ง ทำให้การยึดอยู่มีความเสถียรที่เพียงพอ⁹ ในปีค.ศ.2002 บทสรุปจาก McGill consensus¹⁰ แนะนำให้ใช้รากฟันเทียมจำนวนสองรากช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากล่างเป็นตัวเลือกแรกในการรักษาผู้ป่วยสภาวะไร้ฟัน

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยภาวะไร้ฟันที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ฟันเทียมทั้งปากรวมกับการฝังรากฟันเทียมในขากรรไกรล่างสองตำแหน่ง รวมถึงภาวะแทรกซ้อน การแก้ไข โดยติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 8 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประกอบการพิจารณากำหนดเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะไร้ฟันต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 67 ปี อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนาจังหวัดสุรินทร์ มารับการตรวจที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2550 ด้วยปัญหาฟันเทียมทั้งปากชุดเดิมหลวมหลุดง่าย โดยเฉพาะฟันเทียมล่าง เคี้ยวอาหารไม่ได้ ขาดความสวยงาม ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน มีประวัติแพ้ยาเพนิซิลิน จากการตรวจภายในช่องปาก พบว่าสภาพเนื้อเยื่ออ่อนปกติ สันเหงือกขากรรไกรบนและล่างมีการละลายตัว ยอดสันเหงือกล่างมีลักษณะสูงบางเป็นคมมีด (knife edge ridge) และมีความคอดที่บริเวณสันเหงือกส่วนหน้าด้านริมฝีปาก

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการทำฟันเทียมทั้งปากชุดใหม่ในโครงการฟันเทียมพระราชทานโดยใส่ฟันเทียมทั้งปากเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 แต่ก็ยังประสบปัญหาฟันเทียมล่างหลวมและขยับเวลาเคี้ยวอาหาร ผู้ป่วยต้องการให้ฟันเทียมล่างมีการยึดอยู่

ที่ดีขึ้น จึงได้เข้าร่วมโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติเมื่อเดือนมกราคม 2552 โดยมีขั้นตอนการรักษาคือการตรวจและประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรง ฟันเทียมทั้งปากอยู่ในสภาพดี มีการสบฟันที่ดี ได้ผ่านการใช้งานมาจนคุ้นชินแล้ว สภาพช่องปาก เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากปกติ ผู้ป่วยได้ถ่ายภาพรังสีพาโนรามา (ภาพที่ 1) และเตรียมแม่แบบการผ่าตัด (surgical template) จำลองจากฟันเทียมล่างของผู้ป่วยเพื่อช่วยในการประเมินและกำหนดตำแหน่งที่ฝังรากฟันเทียม

การผ่าตัดระยะที่ 1 ทันตแพทย์จัดยาชาเฉพาะที่เพื่อระับความรู้สึก ลงมีดบริเวณกลางสันเหงือกตำแหน่ง 33 และ 43 (ฟันเขี้ยวด้านซ้ายและด้านขวาตามลำดับ) กรอแต่งสันกระดูกเปลี่ยนส่วนที่สูงบางเป็นคมมีด ให้เป็นระนาบในแนวราบจนได้ความกว้างของสันกระดูกประมาณ 6.0 มิลลิเมตร ตลอดทั้งด้านซ้ายและขวาใช้หัวกรอขยายกระดูก (twist drill) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.0, 2.8 และ 3.4 มิลลิเมตรตามลำดับ กรอขยายกระดูกจนได้ความลึกในระดับที่ต้องการ ตรวจสอบแนวเจาะด้วยหมุดขนาน (parallel pin) ทุกครั้ง ตำแหน่งแนวแกนของรากฟันเทียมควรอยู่ในทิศทางที่ขนานกันทั้งด้านซ้ายและขวา นำรากฟันเทียมฟันยิ้ม (FUN YIM implant, ADTEC, Thailand) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3.7 มิลลิเมตร ความยาว 10 มิลลิเมตร วางแล้วขันลงในกระดูกที่เตรียมไว้ยึดปิดด้วยสกรูยึด (cover screw) ทำเช่นเดียวกันทั้งสองตำแหน่งล่างแผล ห้ามเลือด และเย็บแผลกรอใต้ฐานฟันเทียมล่างตรงตำแหน่งที่ฝังรากฟันเทียม ไม่ให้กดทับแผลผ่าตัด และให้ผู้ป่วยงดใช้ฟันเทียม 2 สัปดาห์

การผ่าตัดระยะที่ 2 ทำหลังจากฝังรากฟันเทียมไปแล้ว 4 เดือน ทันตแพทย์จัดยาชาเฉพาะที่เพื่อระับความรู้สึกที่ตำแหน่งที่ฝังรากฟันเทียม เปิดเนื้อเยื่อเมือกออกให้เห็นส่วนบนของรากฟันเทียม ใช้ไขควงขันสกรูยึดปิดรากฟันเทียมออก ใส่ส่วนสร้างช่องเหงือก (gingival former) เย็บแผลปิด ตรวจสอบและปรับแต่งฐานฟันเทียมให้สวมลงได้สนิทเหมือนเดิม หลังใส่ส่วนสร้างช่องเหงือก 1 เดือน (ภาพที่ 2) พบมีการขยับได้ของรากฟันเทียมในตำแหน่ง 33 ภาพรังสีเพอร์อิเพดัลพบมีการละลายของกระดูกรอบรากฟันเทียม (ภาพที่ 3) แสดงว่าไม่เกิดการเชื่อมยึดระหว่างรากฟันเทียมกับ

กระดูก (osseo disintegration) จึงนำรากฟันเทียมในตำแหน่ง 33 ออกและเปลี่ยนตำแหน่งฝังรากฟันเทียมใหม่ห่างจากตำแหน่งเดิม 5.0 มิลลิเมตรในตำแหน่ง 34 (ฟันกรามน้อยซี่ที่ 1 ด้านซ้าย) ปลดไขไว้ 4 เดือนพบว่ารากฟันเทียมที่ฝังใหม่เกิดการยึดกับกระดูก (osseo integration) (ภาพที่ 4, 5)

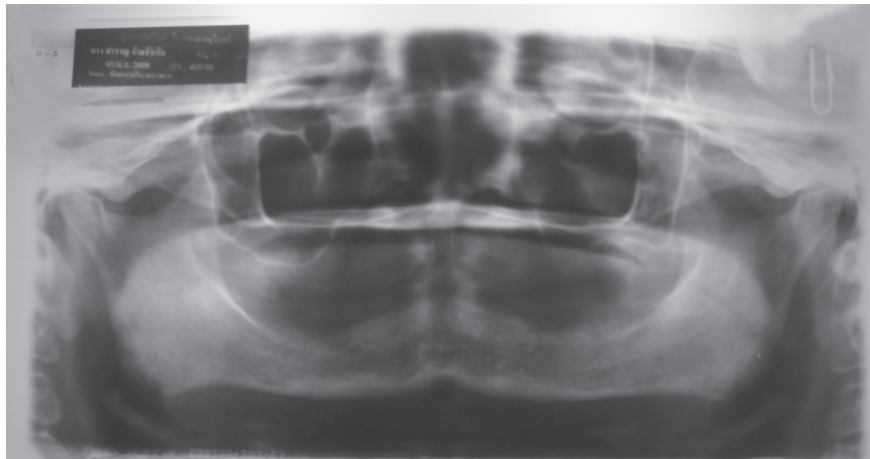
การต่อส่วนยึดติดรากฟันเทียมชนิดหัวบอล (ball attachment) ภายหลังใส่ส่วนสร้างช่องเหงือก 1 เดือนใช้ไขควงขันส่วนสร้างช่องเหงือกออก ประกอบส่วนฐานเนื้อเหงือก (transmucosal base) และสกรูหัวบอลเข้าด้วยกันแล้วนำไปใส่ในรากฟันเทียม ขันให้แน่นด้วยประแจควมคุมแรง (torque wrench) (ภาพที่ 6) ใส่แหวนยึดตัวโอ (O-ring) บนหัวบอลของรากฟันเทียม หารอยขีดขวางการใส่ฟันเทียม กรอแต่งจนฟันเทียมลงแนบสนิทกับสันเหงือกไม่ถูกขีดขวางจากส่วนยึดติดรากฟันเทียมและแหวนยึดตัวโอ เจาะช่องระบายอะคริลิกที่ฐานฟันเทียม ผสมเรซินอะคริลิก หยอดเข้าช่องบนฐานฟันเทียมที่เตรียมไว้ให้เต็มพอดี สวมฟันเทียมลงในปากกดให้แนบสนิทให้ส่วนเกินของอะคริลิกไหลออกทางช่องระบายที่เจาะไว้ให้ผู้ป่วยสบฟัน ให้สิทธิรอนวัสดุแข็งตัวจึงดึงออกกรอเรซินอะคริลิก ส่วนเกินและขัดแต่งให้เรียบร้อย ใส่ฟันเทียมให้ผู้ป่วยตรวจสอบความแนบสนิท การยึดติดและการสบฟันของฟันเทียม (ภาพที่ 7) ให้คำแนะนำในเรื่องการใส่และถอดฟันเทียม การทำความสะอาดส่วนยึดติดรากฟันเทียม ฟันเทียม และอนามัยช่องปากนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจเป็นระยะๆ

การตรวจและติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยได้กลับมาตรวจและแก้ไขฟันเทียมจนไม่พบปัญหาในการใช้งาน เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดฟันเทียมส่วนยึดติดรากฟันเทียมได้ดี จึงนัดติดตามทุก 6 เดือนจากการตรวจติดตามผลการรักษา การใส่ฟันเทียมทั้งปากครอบรากฟันเทียมเป็นระยะเวลา 8 ปี (ภาพที่ 8-16) ไม่พบการอักเสบของเนื้อเยื่อเมือกครอบรากฟันเทียม (ภาพที่ 13, 14) ไม่พบการปวดจากรากฟันเทียม รากฟันเทียมและส่วนยึดติดรากฟันเทียมชนิดหัวบอล ไม่ขยับโยก หรือหลวมหลุด ความลึกร่องเนื้อเยื่อเมือกครอบรากฟันเทียม (probing depth) มีค่าเฉลี่ย 2 มิลลิเมตร และ 1.5 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่งฟัน 34 และ 43 ตามลำดับ และไม่มีเลือดออกขณะตรวจ (bleeding on probing)

ภาพถ่ายรังสีเพอร์เอพิคัล (ภาพที่ 15) และ พาโนรามิค (ภาพที่ 16) ไม่พบพยาธิสภาพรอบรากฟันเทียม แหวนยึดตัวโอได้รับการเปลี่ยนเป็นระยะตามสภาพการใช้งาน เฉลี่ยประมาณ 6 เดือน มีการสึกของหัวบอลบ้างเล็กน้อย แต่ยังให้การยึดอยู่ที่ดี ไม่พบคราบจุลินทรีย์หรือหินน้ำลายบนส่วนยึดติดรากฟันเทียม มีการเสริมฐานฟันเทียมบนและล่างในปีที่ 4 ของการติดตามผลการรักษา และอีกครั้งใน

ฟันเทียมล่างในปีที่ 6 ของการติดตามการรักษา เนื่องจากฟันเทียมบนหลวม ฟันเทียมล่างขยับเวลาเคี้ยว ได้ทำฟันเทียมทั้งปากชุดใหม่ในปีที่ 8 ของการติดตามผลการรักษา เนื่องจากฟันเทียมมีอายุการใช้งานมานาน และมีการสึกของด้านบดเคี้ยวจนมีผลต่อการเคี้ยวอาหาร

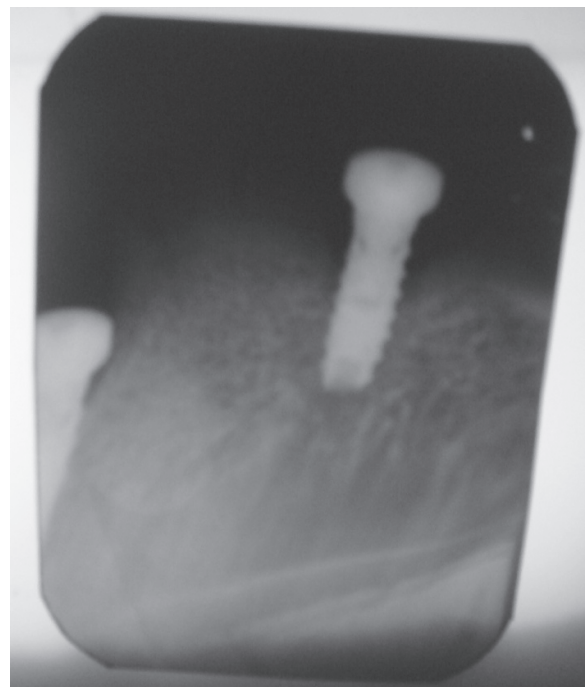
ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในการใช้งานฟันเทียมคร่อมรากฟันเทียม ทั้งด้านการบดเคี้ยวอาหารและการยึดอยู่ที่ดีขึ้น



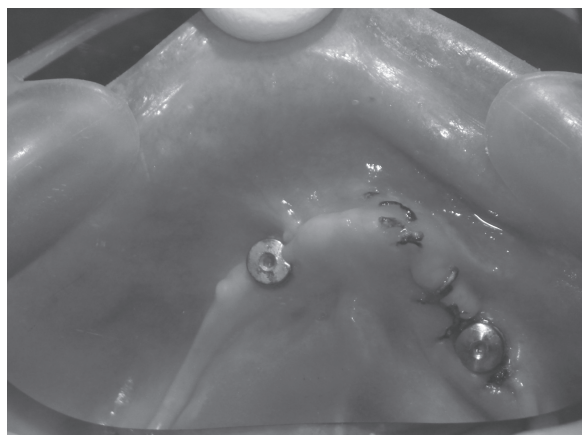
ภาพที่ 1 ภาพรังสีพาโนรามิค ก่อนผ่าตัด



ภาพที่ 2 รากฟันเทียมตำแหน่ง 33 ขยับหลวมหลุด



ภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสีแสดงเงาโปร่งรังสีรอบรากฟันเทียมตำแหน่ง 33



ภาพที่ 4 หลังการผ่าตัดนำรากฟันเทียมที่ตำแหน่ง 33 ออก
และฝังรากฟันเทียมที่ตำแหน่ง 34



ภาพที่ 5 หลังการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมตำแหน่ง 34



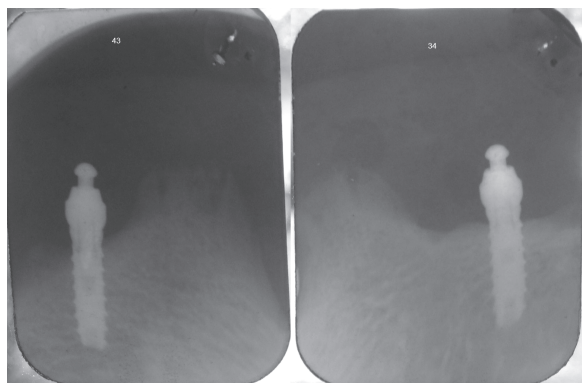
ภาพที่ 6 แสดงการต่อส่วนยึดติดรากฟันเทียมชนิดหัวบอล
(ball attachment)



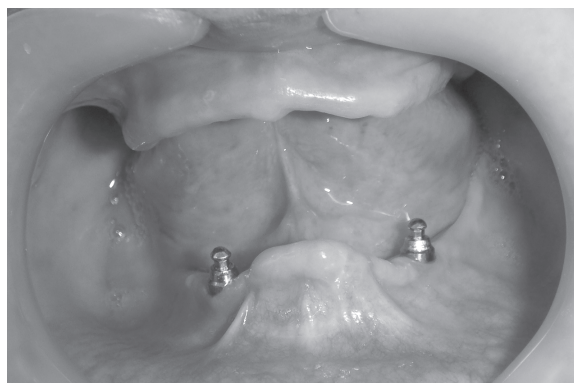
ภาพที่ 7 ฟันเทียมทั้งปากครอบรากฟันเทียมในปาก



ภาพที่ 8 ติดตามผลการรักษา1ปีรากฟันเทียมตำแหน่ง 34 และ 43



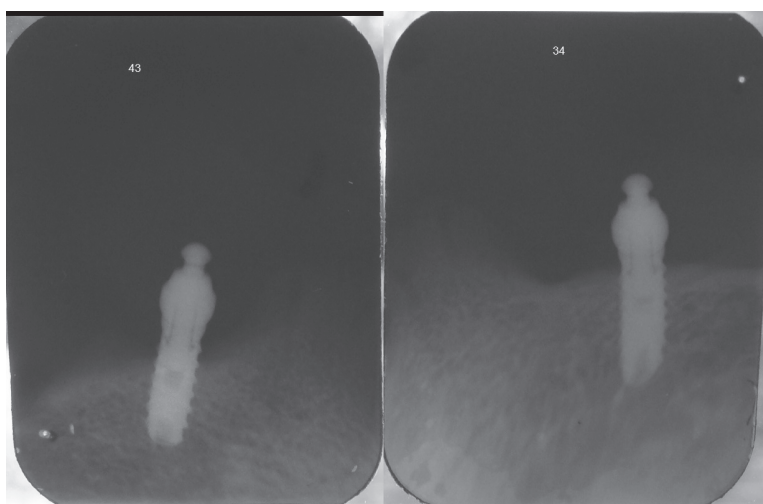
ภาพที่ 9 ติดตามผลการรักษา 1 ปี ภาพรังสีของรากฟันเทียมที่ตำแหน่ง 34 และ 43



ภาพที่ 10 ติดตามผลการรักษา 2 ปี รากฟันเทียมตำแหน่ง 34 และ 43



ภาพที่ 11 ติดตามผลการรักษา 2 ปี รากฟันเทียมตำแหน่ง 34 และ 43



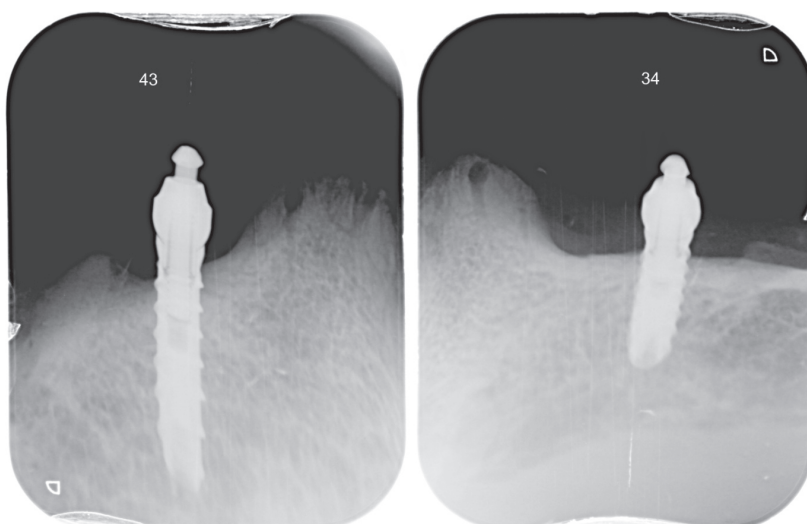
ภาพที่ 12 ติดตามผลการรักษา 2 ปี ภาพรังสีของรากฟันเทียมที่ตำแหน่ง 34 และ 43



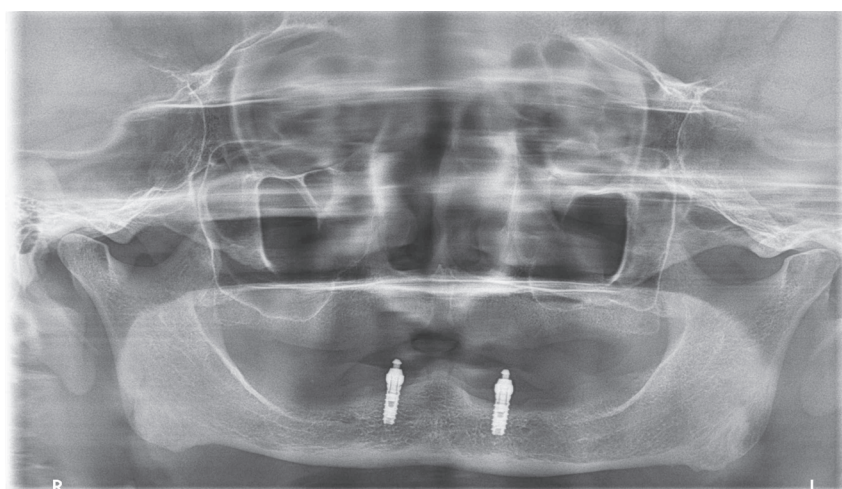
ภาพที่ 13 ติดตามผลการรักษา 8 ปี รากฟันเทียม
ตำแหน่ง 34 และ 43



ภาพที่ 14 ติดตามผลการรักษา 8 ปี รากฟันเทียม
ตำแหน่ง 34 และ 43



ภาพที่ 15 ติดตามผลการรักษา 8 ปี ภาพรังสีของรากฟันเทียมที่ตำแหน่ง 34 และ 43



ภาพที่ 16 ติดตามผลการรักษา 8 ปี ภาพรังสีพาโนรามิคแสดงรากฟันเทียมที่ตำแหน่ง 34 และ 43

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยปัญหาฟันเทียมทั้งปากชุดเดิม หลวมหลุดง่าย ทั้งเวลาพูดและเคี้ยวอาหาร ทำให้ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิมชุดใหม่ แต่ยังคงประสบปัญหาฟันเทียมล่างหลวมขยับเวลาเคี้ยวอาหาร เนื่องจากขากรรไกรล่างมีลักษณะของสันเหงือกที่สูงบางเป็นคมมีดซึ่งเป็นบริเวณที่รับแรงไม่ได้¹¹ ร่วมกับการมีความคอดบริเวณสันเหงือกส่วนหน้าด้านริมฝีปาก จึงต้องมีการกรอแต่งฐานฟันเทียมในบริเวณดังกล่าว เพื่อให้ฟันเทียมกดทับสันเหงือกส่วนที่คมบางและสวมผ่านส่วนคอดของสันเหงือกได้ ทำให้สูญเสียความแนบสนิทของฟันเทียมกับเนื้อเยื่อเมือก ซึ่งมีผลต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมล่างตรงกับการศึกษาของ Jaiane A.M. Ribeiro และคณะ¹² ที่พบว่าลักษณะกายวิภาคของขากรรไกรล่างมีผลต่อการรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิม โดยรูปร่างและความยืดหยุ่นของสันเหงือกล่างมีผลต่อเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียม

เพื่อให้ฟันเทียมล่างมีการยึดอยู่ที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงถูกฝังรากฟันเทียมจำนวนสองตัวในตำแหน่ง 33 และ 43 ภายหลังการผ่าตัด 4 เดือนและการใส่ส่วนสร้างช่องเหงือก 1 เดือน พบรากฟันเทียมที่ตำแหน่ง 33 ขยับหลวมหลุด สาเหตุที่ทำให้รากฟันเทียมหลวมหลุดหลังผ่าตัดเกิดจากหลายปัจจัย¹³ ได้แก่ การบาดเจ็บจากการผ่าตัด เนื่องจากความร้อนจัด (overheating) ขณะกรอตัดกระดูก แรงที่กระทำต่อรากฟันเทียมในระยะแรกหลังการผ่าตัด การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ยาที่ได้รับ การได้รับรังสีบริเวณที่ผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยรายนี้ การหลวมหลุดของรากฟันเทียม อาจเกิดจากการใช้น้ำฉีดเพื่อระบายความร้อนขณะที่กรอกระดูกไม่เพียงพอ รวมทั้งอาจเกิดจากการได้รับแรงกระทำต่อรากฟันเทียมในระยะแรก เนื่องจากหลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงนำฟันเทียมมาใส่เวลากินอาหาร แม้ว่าฟันเทียมถูกกรอแต่งเพื่อไม่ให้กดทับบริเวณที่ฝังรากฟันเทียมและให้ผู้ป่วยงดใช้ฟันเทียมเป็นเวลา 2 สัปดาห์แล้วก็ตามควรมีการตรวจสอบการกดทับจากฟันเทียมให้ดี รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและงดใช้ฟันเทียมอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรืออาจยึดฟันเทียมไว้ก่อน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูบบุหรี่และมีโรคเบาหวานก็อาจมีผลต่อ

ความสำเร็จในการฝังรากฟันเทียม จากการศึกษาของ August และคณะ¹⁴ เกี่ยวกับภาวะของกระดูกในผู้สูงอายุและการฝังรากฟันเทียม ในเพศหญิงที่หมดประจำเดือน พบความล้มเหลวในการฝังรากฟันเทียมสูงกว่ากลุ่มวัยทำงาน โดยขึ้นกับระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกาย สำหรับภาวะเบาหวานส่งผลให้เกิดความผิดปกติทั้งในส่วนเส้นเลือดขนาดเล็ก การตอบสนองต่อการติดเชื่อมลดลง และสภาวะปริทันต์ ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลต่อกระบวนการฝังรากฟันเทียมทั้งสิ้น¹⁵ การศึกษาของ Fiorellini และคณะ¹⁶ พบว่าความสำเร็จในการฝังรากฟันเทียมในกลุ่มผู้ป่วยที่คุมโรคเบาหวานได้ดีเป็นร้อยละ 85 ของบุคคลทั่วไป ส่วน Rajendra และคณะ¹⁷ รายงานอัตราการอยู่รอดของรากฟันเทียมในกลุ่มผู้ป่วยที่คุมเบาหวานได้ดี มีความสำเร็จเทียบเท่ากับกลุ่มประชากรทั่วไป เพียงแต่ต้องมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยรายนี้แม้เป็นผู้สูบบุหรี่และมีโรคเบาหวาน แต่ผู้ป่วยก็ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ สามารถควบคุมภาวะเบาหวานได้ กินยาและมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แม้เกิดการขยับหลวมหลุดของรากฟันเทียมรากในการฝังครั้งแรก แต่เมื่อแก้ไขและฝังรากฟันเทียมในตำแหน่งใหม่ ก็ประสบความสำเร็จตลอดระยะเวลาติดตามผลการรักษา

ในระหว่างการติดตามผลการรักษา มีการเสริมฐานฟันเทียมบน 1 ครั้ง และฟันเทียมล่าง 2 ครั้ง เนื่องจากฟันเทียมบนหลวมและฟันเทียมล่างขยับขณะเคี้ยวจากการละลายตัวของกระดูก โดยเฉพาะในขากรรไกรล่างที่มีตำแหน่งรากฟันเทียมด้านซ้ายและขวาไม่สมดุลกัน มีผลให้แกนกลางการเคลื่อนที่ของฟันเทียมเปลี่ยนไป ทำให้สันเหงือกด้านหน้าต้องรับแรงกดเคี้ยวมากกว่าปกติ¹⁸ ดังนั้นควรมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบการเปลี่ยนแปลง เช่น ฟันเทียมหลวม ฟันเทียมขยับขณะเคี้ยว รอบเวลาการเปลี่ยนแหวนยึดตัวโอสันลง ต้องได้รับการแก้ไขโดยการตรวจสอบความเสถียรและการยึดอยู่ของฟันเทียม ตรวจสอบการสบฟัน อาจต้องเสริมฐานฟันเทียม เปลี่ยนฐานฟันเทียม หรือทำฟันเทียมชุดใหม่

การใช้รากฟันเทียมจำนวนสองรากช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากล่างเป็นวิธีแนะนำให้เป็นตัวเลือกแรกในการรักษาผู้ป่วยภาวะไร้ฟัน¹⁰ ด้วยเหตุผล เพิ่มการยึดอยู่ของฟันเทียมล่าง เพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว

และช่วยลดอัตราการละลายของกระดูกบริเวณนั้น⁸ นอกจากนี้ฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียมยังมีขั้นตอนการทำที่ง่าย¹⁹ มีความคุ้มค่าของการรักษา²⁰ และผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียมมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิม⁹ ดนัย ยอดสุวรรณ และคณะ ติดตามผลหลังการรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียมพบว่าประสิทธิภาพการบดเคี้ยว แรงกัดสูงสุด และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น²¹ และมีระยะเวลาใช้งานแหวนยึดตัวโอ เจลลี่ที่ 193 วัน²² ตรงกับผู้ป่วยรายนี้ การใส่ฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก ช่วยให้เคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น มีการยึดอยู่ของฟันเทียมล่างเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการพูดและเข้าสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการติดตามผลการรักษา 8 ปี ไม่พบการขยับหลวมหลุดของรากฟันเทียม ไม่พบการอักเสบของเหงือกโดยรอบ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดูแลความสะอาดฟันเทียม รากฟันเทียม และช่องปากอย่างดีมาเปลี่ยนแหวนยึดตัวโอเป็นระยะทุก 6 เดือน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยอยู่ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน และโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ถือได้ว่าทั้งสองโครงการมีประโยชน์อย่างมากสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมสามารถเข้าถึงบริการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิมมักประสบปัญหาการยึดอยู่ของฟันเทียมล่าง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีสภาพเนื้อเยื่อและสิ่งรองรับที่ไม่เหมาะสม การรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียมในรายงานผู้ป่วยนี้และจากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 8 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากเนื่องจากฟันเทียมล่างมีการยึดอยู่ที่ดีขึ้น สามารถเคี้ยวอาหารได้ดีและหลากหลายขึ้นมีความมั่นใจในการพูดและเข้าสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และด้วยขั้นตอนการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก การรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียมจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งสำหรับการรักษาผู้ป่วยภาวะไร้ฟัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ วรรณัญ คงกันกง สำหรับความช่วยเหลือผ่าตัดฝังรากฟันเทียมตำแหน่ง 34

เอกสารอ้างอิง

1. Allen PF, McMillan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement denture. J Can Dent Assoc 2003;69:662.
2. Osterberg T, DeyDk, Sundh V, Corlsson GE, Jansson JO, Mellstrom D. Edentulism associated with obesity : a study of four national surveys of 16,416 Swedes aged 55-84 years. Acta Odontol Scand 2010; 68:360-7.
3. Heydecke G, Thomason JM, Lund JP, Feine JS. The impact of conventional and implant support prostheses on social and sexual activities in edentulous adults : results from a randomized trial 2 months after treatment. J Dent 2005;33:649-57.
4. Piampring P. Problems with complete dentures and related factors in patients in Rajavithi hospital from 2007 to 2012. J Med Assoc Thai 2016;99(2):182-7.
5. Sribuathong S. Five year follow-up on complete dentures used under "Royal dental prosthesis project": A case study among elderly at Nakhonpathom hospital. Region 4-5 Med J 2015;34(1):80-91.
6. Redford M, Drury TF, Kingman A, Brown LJ. Denture use and the technical quality of dental prostheses among person 18-74 year of age: United states, 1988-1991. J Dent Res 1996;75:714-25.
7. Atwood DA, Coy WA. Clinical, cephalometric, and densitometric study of reduction of

- residual ridges. *J Prosthet Dent* 1971;26:280-95.
8. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed-longitudinal study covering 25 years. *J Prosthet Dent* 1972;27:120-32.
 9. Meijer HJ, Raghoobar GM, Van Hof MA. Comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional complete denture: a 10-year prospective study of clinical aspects and patient satisfaction. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003;18(6):879-85.
 10. Feine JS, Carlsson CE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S, et al. The McGill consensus statement on overdenture. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology*.2002;19:3-4.
 11. Prasad DK, Mehra D, Prasad DA. Prosthodontic management of compromised ridges and situations. *Nujhs* 2014;4:141-8.
 12. Jaiane AM Ribeiro, Camila MBM de Resende, Ana LC Lopes, ArcelinoFarias-Neto, Adriana da FP Carreiro. The influence of mandibular ridge anatomy on treatment outcome with conventional complete dentures. *Acta Odontol Latinoam* 2014;27:53-7.
 13. Richa W, Anchal DB, Manas S, Ambrish M, Nishant G, Management of ailing & failing implants: a review. *IOSR J Dent Med Sci* 2016;15:101-9.
 14. August M, Chung K, Chang Y, Glowacki J. Influence of estrogen status on endosseous implant osseointegration. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:1285-9.
 15. Olson JW, Shernoff AF, Tarlow JL, Colwell JA, Scheetz JP, Bingham SF. Dental endosseous implant assessments in a type 2 diabetic population: a prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000;15:811-8.
 16. Fiorellini JP, Chen PK, Nevins M, Nevins ML. A retrospective study of dental implants in diabetic patients. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20:366-73.
 17. Rajendra K. et al. Dental implant survival in diabetic patients; review and recommendations:Natl J Maxillofac Surg 2013;4:142-50.
 18. Limpattamapanee S. Implant for removable denture. *CM Dent J* 2016;37(1):27-44
 19. Heydecke G, Klemetti E, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Relationship between prosthodontic evaluation and patient ratings of mandibular conventional and implant prostheses. *Int J Prosthodont* 2003;16:307-12.
 20. Heydecke G, Penrod JR, Takanashi Y, Lund JP, Feine JS, Thomason JM. Cost-effectiveness of mandibular two-implant overdenture and conventional dentures in the edentulous elderly. *J Dent Res* 2005;84:794-9.
 21. Yodsuwan D, Sodsuchat C, Khammeng W. Follow-up after treatment with Fun Yim implant-retained mandibular overdentures. *KhonKaen University Dent J* 2015;18(1):10-21.
 22. Yodsuwan D, Thanasanwanich T, Puenglert N, Jummun A. Lifetime of the o-ring in Fun Yim implant retained overdenture. *KhonKaen University Dent J* 2015;18(2):97-108.