

Rehabilitation of Facial Palsy Patient with Complete Denture: Case Report

Abstract

Danai Kanchananit. D.D.S.*

Using complete denture of patients with facial palsy always have some problem, due to poor neuromuscular control is considered to be the main reason for poor voluntary movements of lower mandible. That interfere denture retention, stability and their denture aesthetic. Case study: A 55-year-old female, she had facial palsy in 7 years, left facial nerve palsy due to malignant otitis externa with osteomastoiditis. She was diagnosed with left hearing loss that was treated by medicine, and surgical correction for lagophthalmos. She would like to have a dental prosthesis. Extraoral examination revealed facial asymmetry, left corner of mouth fall with salivary drooling. Mandible slightly deviate to the right. Pronunciation were not clear at bilabial and labiodental articulation. Patient could not move mandible and bite follow doctor order. Occlusion was unstable due to facial muscle paralysis. Preliminary impressions was performed with alginate impression material and final impression with border molding was done by using silicone impression material. Occlusal rim was try in and anterior maxillary plane was set. Evaluation of occlusal vertical dimension was difficult due to poor control of mandibular movement patient and nonrepetitive. Therefore, doctor had to support and guide mandible during determine interarch relationship. Artificial teeth were arranged upon lingualize's theory and buccal flange of left upper denture was expanded to support left cheek. Occlusion wax was changed to permanent prosthesis after patient satisfied with esthetic, pronunciation and biting. Surgical placement of osteointegrate implants was done. Lower denture should not be used at least 2 weeks. Four months after that, locators were attached to dental implants. Patient was scheduled for dental check up every 2 weeks for evaluate oral hygiene care. Follow up for 3 months after denture delivery, patient was satisfied with quality of chewing, esthetic, denture retention. Intraoral mucosa was within normal limit. Patient did not worry or feel any abnormalities around dental implants. Conclusion, this case report presented the rehabilitation of facial palsy patient with implants supported lower over denture. That prosthesis improves patient's sense of well-being.

Keywords: Prosthodontic management, facial palsy, implants

*Dental department, King Narai Hospital, Lop Buri province

การฟื้นฟูสภาพช่องปากในผู้ป่วยกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ด้วยการทำฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก

บทคัดย่อ

दनई कान्चननित, ท.บ.*

การใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากในผู้ป่วยกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงแรกพบปัญหาการใช้งาน เนื่องจากกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงแผลต่อการควบคุมแนวทางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง การยึดอยู่ ความมีเสถียรภาพ รวมทั้งความสวยงาม
กรณีศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี มีประวัติกล้ามเนื้อใบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรงมา 7 ปี แพทย์วินิจฉัย

เป็น Left facial nerve palsy due to malignant otitis externa with osteomastoiditis ร่วมกับหูซ้ายหนวก ได้รับการรักษาด้วยยา และการผ่าตัดรักษาปัญหาเปลือกตาปิดไม่สนิท ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปาก การตรวจภายนอกพบไบหน้าไม่สมมาตร มุมปากด้านซ้ายตก มีน้ำลายไหลซึม ขากรรไกรกลางเอียงไปด้านขวาเล็กน้อย ออกเสียงจากริมฝีปากคู่ (bilabial) และเสียงริมฝีปากกลาง-ฟันบน (labiodental) ไม่ชัดเจน ไม่สามารถเคลื่อนขากรรไกรกลาง และกัดสบฟันตามคำบอกได้ การกัดสบฟันมีการเลื่อนไกล เนื่องจากอาการกล้ามเนื้อไบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยการพิมพ์ปากด้วยอัลจินเนต ต่อมาพิมพ์ปากครั้งสุดท้ายพร้อมทำการปั้นขอบด้วยวัสดุพิมพ์ปากซิลิโคน หลังจากนั้นทำการลองซี่มั้งในปาก จัดเรียงระนาบปลายฟันของฟันหน้าบน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำซ้ำตำแหน่งการกัดฟันและควบคุมแนวทางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรกลางได้ ทำให้การประเมินมิติแนวตั้งของการสบฟันและความสัมพันธ์ของขากรรไกรทำได้ยาก ต้องช่วยประคองขากรรไกรกลางระหว่างหาความสัมพันธ์ดังกล่าว จากนั้นทำการเรียงฟันตามทฤษฎีการสบด้าบลิ้น และนัดผู้ป่วยลองฟัน พร้อมเพิ่มซี่มั้งเพื่อขยายขอบด้านใกล้แก้มฟันบนด้านซ้าย เพื่อช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยพึงพอใจกับความสวยงาม การออกเสียง และการกัดสบฟัน แล้วจึงเปลี่ยนซี่มั้งเป็นฟันเทียมถาวร ใส่ให้ผู้ป่วยใช้งาน นัดผู้ป่วยผ่าตัดฝังรากฟันเทียม เพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง โดยใช้รากฟันเทียมที่มีส่วนยึดติดกับฟันเทียมเป็น locator งดใส่ฟันเทียมล่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด 4 เดือนจึงทำการต่อ locator และนำการดูแลรักษาฟันเทียมและส่วนของรากฟันเทียมแก่ผู้ป่วย นัดผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินการทำความสะดวกของปากของผู้ป่วย หลังติดตามการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยพึงพอใจกับฟันเทียมชุดนี้ทั้งในแง่ประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหาร ความสวยงาม และการยึดอยู่ เนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบช่องปากอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีแผลกดเจ็บ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรังวลหรือรู้สึกผิดปกติบริเวณรากฟันเทียม สรุปได้ว่า การใส่ฟันเทียมล่างทั้งปากที่รองรับด้วยรากฟันเทียม ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อไบหน้าอ่อนแรง และมีการสูญเสียฟันล่างในช่องปากทั้งหมดรายนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสภาพช่องปาก, กล้ามเนื้อไบหน้าอ่อนแรง, การใส่ฟันเทียม

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

บทนำ

ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา รากฟันเทียมได้พิสูจน์ให้เห็นว่า เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีประโยชน์ในการฟื้นฟูช่องปากหลังการสูญเสียฟัน⁽¹⁾ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกสบายในการทำงานของระบบช่องปากและขากรรไกรของผู้ป่วย⁽²⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความพิการ ซึ่งการรักษาด้วยรากฟันเทียมจะให้ความสวยงาม การยึดอยู่ และการใช้งานที่ดีกว่า การทำฟันเทียมแบบปกติ⁽³⁾

ภาวะกล้ามเนื้อไบหน้าอ่อนแรง หมายถึง อาการที่เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อไบหน้าครึ่งซีก ทำให้หลับตาได้ไม่สนิท มุมปากตก และขยับไบหน้าซีกนั้นไม่ได้ โดยเกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ทำให้เกิดอาการปากเบี้ยวและหน้าเบี้ยวสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญในการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ เนื่องจากการ

อ่อนแรงของกล้ามเนื้อริมฝีปากและกระพุ้งแก้มจะขัดขวางการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ในหลายขั้นตอนโดยเฉพาะในงานฟันเทียมชนิดทั้งปาก ตั้งแต่การพิมพ์ปาก การหาความสัมพันธ์ของขากรรไกร รวมไปถึงเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียมในท้ายที่สุด⁽⁴⁻⁵⁾ วิธีการในการแก้ปัญหาดังกล่าวที่เคยมีผู้เสนอได้แก่ การขยายขอบฟันเทียมด้านใกล้แก้ม⁽⁶⁾ หรือการพยายามเรียงตำแหน่งของฟันให้อยู่ในสมดุระหว่างกล้ามเนื้อรอบๆ ฟันเทียม⁽⁷⁾ สำหรับรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่การรักษาด้วยฟันเทียมทั่วไปไม่ได้ผล⁽⁸⁻⁹⁾

การแบ่งเกรดความรุนแรงของโรค กล้ามเนื้อไบหน้าอ่อนแรง ตาม House-Brack mann facial nerve grading system แบ่งได้ 6 เกรด ดังนี้⁽¹⁰⁾

เกรด	ระดับความรุนแรง	ลักษณะ
1	ใบหน้าปกติ (Normal)	ใบหน้าสามารถขยับได้ทุกส่วน
2	ใบหน้าเสียการทำงานเล็กน้อย (Mild dysfunction)	ใบหน้ามีการอ่อนแรงเล็กน้อย สังเกตได้จากการมองใกล้ๆ
3	ใบหน้าเสียการทำงานระดับปานกลาง (Moderate dysfunction)	ใบหน้าเบี้ยวชัดเจน แต่ไม่รุนแรง มีกล้ามเนื้อหดตัวไม่ประสานกัน (synkinesis) หลับตาให้สนิทต้องใช้การพยายามบังคับ
4	ใบหน้าเสียการทำงานค่อนข้างมาก (Moderately dysfunction)	ใบหน้าอ่อนแรงอย่างชัดเจน หลับตาได้ไม่สนิท
5	ใบหน้าเสียการทำงานขั้นรุนแรง (Severe dysfunction)	ใบหน้าเบี้ยวเห็นชัดเจน
6	ใบหน้าอัมพาต (Total paralysis)	ขยับกล้ามเนื้อใบหน้าไม่ได้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี มีประวัติกล้ามเนื้อใบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรงมา 7 ปี (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภาพแสดงการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใส่ฟันเทียม

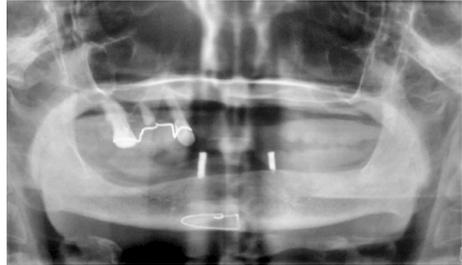
แพทย์วินิจฉัยเป็น Left facial nerve palsy due to malignant otitis externa with osteomastoiditis ร่วมกับหูชั้นนอก ได้รับการรักษาด้วยยา และการผ่าตัดรักษาปัญหาเปลือกตาปิดไม่สนิท มาพบทันตแพทย์เพื่อต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปาก การตรวจภายนอกพบใบหน้าไม่สมมาตร มุมปากด้านซ้ายตก มีน้ำลายไหลซึม ขากรรไกรล่างเฉียงไปด้านขวาเล็กน้อย ผู้ป่วยออกเสียงจากริมฝีปากคู่ (bilabial) และเสียงริมฝีปากล่าง-ฟันบน (labiodental) ไม่ชัดเจน ไม่สามารถเคลื่อนไหวขากรรไกรล่างและกัดสบฟันตามคำบอกได้ การกัดสบฟันมีการเลื่อนไถล อาการกล้ามเนื้อใบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรงตามระบบการแบ่งเกรดของ House-Brackmann

(2000)⁽¹¹⁾ พบว่า อยู่ในระยะที่ IV หรือความผิดปกติค่อนข้างรุนแรง โดยลักษณะทางคลินิกในระยะนี้ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงที่เห็นได้ชัดในขณะพัก ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าผาก และการปิดเปลือกตาไม่สนิท ร่วมกับการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างและการปิดปากที่ไม่สมมาตรกัน การตรวจภายในช่องปากพบสันเหงือกกว้างทั้งสองขากรรไกร ขากรรไกรบนเหลือฟันซี่ 15 และ 17 ขากรรไกรมีการยุบละลายเล็กน้อย ภาดัดขวางเพดานแข็งเป็นลักษณะแบน ความสัมพันธ์ระหว่างเพดานอ่อนและเพดานแข็งเข้าได้กับลักษณะของ House Class-I ขากรรไกรล่างมีการละลายของกระดูกเข้าได้กับ Chanavaz-Donazzan Class-B⁽¹²⁾

ความสัมพันธ์ขากรรไกรบน-ล่างเป็นแบบ Angle-Class I⁽¹³⁾ การศึกษาภาพถ่ายรังสีพานโนรามิก ไม่พบพยาธิสภาพในกระดูกขากรรไกร ขากรรไกรล่าง ด้านหน้ามีความสูงของสันกระดูกประมาณ 12 มิลลิเมตร ซึ่งผู้ป่วยให้ประวัติว่า เคยทำฟันเทียม ทั้งปากมาแล้ว 3 ชุดในรอบปีแต่ไม่สามารถใช้งานได้

ผู้ป่วยได้รับการพิมพ์ปากด้วยอัลจินต เพื่อทำ ถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล พิมพ์ปากครั้งสุดท้าย พร้อมทำการบั้นขอบด้วยวัสดุพิมพ์ปากซิลิโคน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อรอบๆ ช่องปากได้ ดังนั้นขั้นตอนนี้ต้องกระทำโดยทันตแพทย์ ทั้งหมด หลังจากนั้นทำการลงซี่ฝังในปาก จัดเรียง ระบายปลายฟันของฟันหน้าบน เนื่องจากผู้ป่วย ไม่สามารถทำตำแหน่งการกัดฟันและควบคุมแนวทางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างได้ ทำให้การประเมิน มิติแนวตั้งของการสบฟันและความสัมพันธ์ของ

ขากรรไกรทำได้ยาก ผู้ศึกษาจึงจำเป็นต้องช่วยประคอง ขากรรไกรล่างระหว่างหาความสัมพันธ์ดังกล่าว จากนั้นทำการเรียงฟันตามทฤษฎีการสบด้านลิ้น และ นัดผู้ป่วยลองฟัน พร้อมเพิ่มซี่ฝังเพื่อขยายขอบด้าน ไกล่แก้มฟันบนด้านซ้าย เพื่อช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เมื่อ ผู้ป่วยพึงพอใจกับความสวยงาม การออกเสียง และการ กัดสบฟัน แล้วจึงเปลี่ยนซี่ฝังเป็นฟันเทียมถาวร ใส่ ให้ผู้ป่วยใช้งาน นัดผู้ป่วยผ่าตัดฝังรากฟันเทียม เพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง โดยใช้รากฟันเทียมที่มีส่วน ยึดติดกับฟันเทียมเป็น locator เนื่องจากพิจารณาแล้ว ว่า ผู้ป่วยมีระยะห่างระหว่างขากรรไกรบนและล่างน้อย ใช้รากเทียมความยาว 10 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 4.2 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่งฟันซี่ 33 และ 43 โดย พิจารณาตำแหน่งของรากฟันเทียมและฟันเทียมไม่ ให้ ส่วนของ locator ครอบคลุมการทำงานของเนื้อเยื่ออ่อน ในด้านใกล้แก้มและด้านใกล้ลิ้น (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงตำแหน่งการใส่รากเทียม และภาพรังสี

แนะนำให้ผู้ป่วยงดใส่ฟันเทียมล่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด 4 เดือนจึงทำการต่อ locator (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 การใส่ฟันเทียมล่าง ที่รองรับด้วยรากฟันเทียม

แนะนำการดูแลรักษาฟันเทียมและส่วนของรากฟันเทียมแก่ผู้ป่วย นัดผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย หลังติดตามการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยพึงพอใจกับฟันเทียมชุดนี้ ทั้งในแง่ประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหาร ความสวยงาม และการยึดอยู่ เนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบช่องปากอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีแผลกดเจ็บผู้ป่วยไม่รู้สึกกังวลหรือรู้สึกผิดปกติบริเวณรากฟันเทียม

วิจารณ์

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 หรือเส้นประสาทเฟเชียล เป็นเส้นประสาทสำคัญที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแสดงความรู้สึกบนใบหน้า ดังนั้นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับเส้นประสาทนี้จะส่งผลกระทบต่อความสวยงามและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก สำหรับแขนงบัคคัล (Buccal) เป็นแขนงหนึ่งที่เลี้ยงกล้ามเนื้อรอบๆ ช่องปาก ได้แก่ ไชโกมาติคัส ไมเนอร์ (zygomaticus minor), ออร์บิคูลาริส ออริส (orbicularis oris), บัคซิเนเตอร์ (buccinator), ริซอเรียส (risorius), นาซาลิส (nasalis) และกลุ่มกล้ามเนื้อลิเวเตอร์เลบิอาย (levatorlabii) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการยิ้มและการเคี้ยวอาหาร⁽¹⁴⁾ การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์หลายสาขา ได้แก่ ศัลยแพทย์ ตกแต่ง จักษุแพทย์ รวมทั้งทันตแพทย์ เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

ปัญหาในการฟื้นฟูสภาพช่องปากหลังการสูญเสียฟันในผู้ป่วยรายนี้ มีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อใบหน้าโดยรอบช่องปากได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียมถอดได้⁽⁴⁻⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การสูญเสียการรับรู้ตำแหน่งของกล้ามเนื้อ (proprioceptive sense) โดยรอบขากรรไกรทำให้ผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของขากรรไกรล่างได้อย่างจำกัดอีกด้วย⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างระหว่างการใช้งานฟันเทียมอีกด้วย

การบันทึกการสบฟันในผู้ป่วยรายนี้เป็นอีกปัญหาที่ท้าทายอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมี การสบฟันที่ไม่คงที่ โดยแปรผันตามสภาวะทางกายและจิตในแต่ละช่วงเวลา ดังนั้นทันตแพทย์จะต้องไม่ใช้แรงในการนำขากรรไกรเข้าสู่ตำแหน่งสบฟัน ผู้ศึกษาใช้วิธีการให้ผู้ป่วยสบฟันซ้ำๆ หลายๆ ครั้งรวมทั้งช่วยประคองขากรรไกรล่าง จนกว่าจะเข้าสู่ตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์กลาง (centric relation) ได้ด้วยตัวเองเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว⁽¹⁷⁾ จากนั้นเรียงฟันตามทฤษฎีการสบด้าบลิ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่า ให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ดีกว่า และลดการเคลื่อนที่แนวขวางของฟันเทียมได้⁽¹⁸⁾ ในขั้นตอนการลองฟันเทียมก่อนจะเปลี่ยนเป็นชิ้นงานอคริลิกนั้น ฟันเทียมที่ลองควรจะเป็นวัสดุคุณสมบัติดังนี้ คือ ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการเจ็บขณะลองงานฟันเทียม

ฟันเทียมจะต้องมีเสถียรภาพที่เพียงพอในการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างจะต้องไม่ติดขัด⁽⁵⁾

จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจหลังการรักษาด้วยฟันเทียมร่วมกับรากฟันเทียมในผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกายหรือจิตใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากความสวยงามและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่เพิ่มขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ Smith⁽¹⁹⁾ ในผู้ป่วย จำนวน 104 ราย พบว่าความพึงพอใจในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่แตกต่างกับการรักษาด้วยฟันเทียมในผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการร่วมด้วย นอกจากนั้น Heckman⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการรักษาด้วยรากฟันเทียมในผู้ป่วยโรค Parkinson จำนวน 3 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ดีขึ้น และ Roger⁽²⁰⁾ ได้ศึกษา การรักษาด้วยรากฟันเทียมในผู้ป่วยสมองพิการ พบว่า การรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

สรุป

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก มักพบปัญหาในการใช้งาน เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงมีผลกระทบต่อขั้นตอนการทำการยึดอยู่ ความเสถียรภาพ รวมทั้ง

ความสวยงามของฟันเทียมโดยตรง การเลือกใช้ รากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมล่างทั้งปาก เป็น อีกทางเลือกหนึ่งที่ได้ผลดี ดังกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ที่พึงพอใจในการยึดอยู่และประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ของฟันเทียมที่ดีขึ้นกว่าเดิม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทุนพระพุทธรธรรมญาณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรีที่สนับสนุน ค่าใช้จ่ายรากฟันเทียมทั้งหมดในผู้ป่วยรายนี้

ข้อเสนอแนะ

การใส่ฟันเทียมในผู้ป่วยรายนี้ ต้องใช้ทั้ง

ศาสตร์และศิลป์ เพื่อแก้ไขปัญหาทั้งในแง่การบดเคี้ยว ในขณะที่เดียวกันต้องสามารถแก้ไขปัญหาคความ ไม่สมมาตรของใบหน้า จากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง อีกด้วย ดังนั้นฟันเทียมล่างทั้งปากรองรับด้วยราก ฟันเทียมเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากให้การยึดอยู่และประสิทธิภาพของการ บดเคี้ยวได้ดีกว่าฟันเทียมทั้งปากแบบปกติ รวมทั้ง สามารถขยายขอบฟันเทียมเพิ่ม เพื่อพยุงกล้ามเนื้อ ใบหน้าได้เป็นอย่างดี⁽⁸⁻⁹⁾ การติดตามผู้ป่วยในส่วนการ ดูแลความสะอาดช่องปาก (oral hygiene) เป็นเรื่อง สำคัญมากเนื่องจากมีเศษอาหารจากการบดเคี้ยว ตกค้าง (food retention) ซึ่งเป็นผลจากภาวะกล้ามเนื้อ อ่อนแรง (weakness of buccinators)

เอกสารอ้างอิง

1. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Branemark PI, Jemt T. A long term follow up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1990;5:347-59.
2. Lenkholm U, Van Steenberhe D, Herrmann I. Osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous jaws. A prospective 5 year multicenter study *Int Oral Maxillofac Implants.* 1994;9:627-35.
3. Romero-Pérez MJ, Mang-de la Rosa Mdel R, López-Jimenez J, Fernández-Feijoo J, Cutando-Soriano A. Implants in disabled patients: a review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014 Sep 1;19(5):e478-82.
4. Muthuvignesh J, Kumar NS, Reddy DN, Rathinavelu P, Egammai S, Adarsh A. Rehabilitation of Bell's palsy patient with complete dentures *J Pharm Bioallied Sci.* 2015 Aug; 7 (Suppl 2):S776-8.
5. Rajapur A, Mitra N, Prakash VJ, Rah SA, Thumar S. Prosthodontic Rehabilitation of Patients with Bell's Palsy: Our Experience. *J Int Oral Health.* 2015;7():(Suppl 2):77-81.
6. Godavarthi S, Sajjan MCS, Raju A.V R, Kumar R. Extended buccal flange technique to manage bells palsy patient with complete denture. 2012;58-60. *International Journal of dental clinic.* 2012;6:58-60
7. Kaur S, Suman N, Singh K, Sethi N, Neutral Z. Concept In Management Of Edentulous Bell's Palsy Patient-A Case Report. *Indian Journal of Dental Sciences.* 2014;6:60-1
8. Lazzari JB. Intraoral splint for support of lips in Bells palsy. *J Prosthet Dent.* 1955;5: 579-81.
9. Larsen SJ, Carter JF, Abrahamian HA. Prosthetic support for unilateral facial paralysis. *J Prosthet Dent* 1976;35:192-201.

10. Chee GH, Nedzeski JN. Facial nerve grading systems *Facial Plast Surg.* 2000;16(4): 315-24.
11. Heckmann SM, Heckmann JG, Weber HP. Clinical outcomes of three Parkinson's disease patients treated with mandibular implant overdentures. *Clin Oral Implants Res.* 2000;11: 566-71.
12. Véron C, Chanavaz M, Ferri J, Donazzan M, Hildebrand HF. A panorama of current materials for osseous application in maxillofacial surgery and oral implantology. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.* 1995;96(4):274-81.
13. Bishara SE. *Textbook of Orthodontics.* New York: W.B.Saunders company; 2001.
14. Robert G, Anderson MD. Facial nerve disorders and surgery. *Sel Read Plast Surg* 2006; 10:1-41.
15. Malik NA. Facial nerve and motor disturbances of the face and jaws In: Malik NA, editor. *Text Book of Oral and Maxillofacial Surgery* New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers 2008. p. 719-21.
16. Slavkin HC. The significance of a human smile: Observations on Bell's palsy *J Am Dent Assoc.* 1999;130(2):269-72
17. Inada M, Yamazaki T, Shinozuka O, Sekiguchi G, Tamamori Y, Ohyama T. Complete denture treatments for a cerebral palsy patient by using a treatment denture. A case report *J Med Dent Sci.* 2002;49(2):171-7.
18. Becker CM, Swoop CC, Guckes AD. Lingualized occlusion for removable prosthodontics *J Prosthet Dent.* 1977;38(6):601-8.
19. Smith RA, Berger R, Dodson TB. Risk factors associated with dental implants in healthy and medically compromised patients. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1992;7:367-72.
20. Rogers JO. Implant-stabilized complete mandibular denture for a patient with cerebral palsy. *Dent Update* 1995;22:23-6.