

Rehabilitation of Excessive Wear and Loss of Vertical Dimension with Temporary Acrylic-Based Overlay Removable partial denture: 2 Cases Report

*Titsarin Manakit, D.D.S., M.P.H.**

Abstract

The oral rehabilitation of patients with severe tooth wear and loss of vertical dimension is a complex process requiring multidisciplinary knowledge for accurate diagnosis and treatment planning. This involves comprehensive intraoral and extraoral examinations to determine the causes of tooth wear and assess vertical dimension loss, leading to an individualized treatment plan and appropriate selection of restorative materials and prosthetic designs. Various approaches to vertical dimension restoration include direct restorations, crowns, onlays, dental implants, fixed prosthesis, and removable denture. The primary objective of such rehabilitation is to restore an optimal vertical dimension, improve masticatory function, and enhance esthetics.

This case report presents two patients who underwent oral rehabilitation using an acrylic-based overlay removable partial denture. Following a thorough diagnosis, the treatment plan was collaboratively developed with the patient, considering factors such as treatment duration, minimal alteration to the oral cavity, ease of repair, and suitability for patients with financial and health constraints. Despite its advantages, the Acrylic-based overlay removable partial denture requires careful maintenance, as it covers multiple teeth, which may impact oral hygiene. After prosthesis placement, the patient experienced improved masticatory function and esthetics. Regular follow-up visits are essential to monitor oral health and maintain the integrity of the remaining dentition and periodontal structures.

Keywords: severe tooth wear; vertical dimension; temporary acrylic-based overlay removable partial denture

*Dental Department, Phra Nakhon Si Ayuttaya Hospital

Received: April 11, 2025; Revised: July 1, 2025; Accepted: August 5, 2025

การฟื้นฟูช่องปากในผู้ป่วยฟันสึกรุนแรงและสูญเสียมิติแนวตั้งด้วยฟันเทียม บางส่วนถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอะคริลิก: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ทีสุสรินทร์ มานะกิจ, ท.บ., ส.ม.*

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูช่องปากในผู้ป่วยที่มีฟันสึกรุนแรงและสูญเสียมิติแนวตั้งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความรู้หลายด้านเพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำ เริ่มตั้งแต่การตรวจประเมินผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกช่องปาก การหาสาเหตุการสึกของฟันและประเมินการสูญเสียมิติแนวตั้ง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาและการเลือกใช้วัสดุและชนิดฟันเทียมในฟื้นฟูช่องปากให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีข้อจำกัดในการรักษาไม่เหมือนกัน การบูรณะด้วยการเพิ่มมิติแนวตั้งมีหลายวิธี เช่น การอุดฟันครอบฟัน การทำอเนลย์ การทำรากฟันเทียม การใส่ฟันเทียมแบบติดแน่น หรือการใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ โดยการฟื้นฟูสภาพช่องปาก มีจุดประสงค์ในการเพิ่มมิติแนวตั้งให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อฟื้นฟูการบดเคี้ยวและความสวยงาม รายงานผู้ป่วยนี้หลังจากได้วินิจฉัยที่ถูกต้องแล้ว ทันตแพทย์มีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย โดยเลือกใช้การฟื้นฟูช่องปากด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอะคริลิก ที่ใช้ระยะเวลาและขั้นตอนการรักษาไม่นาน มีการเปลี่ยนแปลงสภาพในช่องปากไม่มาก สามารถปรับแต่งซ่อมแซมฟันเทียมได้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพและการเงิน แต่มีข้อพึงระวังเรื่องความแข็งแรง และอัตราการสึกที่ส่งผลให้มิติแนวตั้งลดลงและผู้ป่วยต้องดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟันเป็นอย่างดี เนื่องจากฟันเทียมมีส่วนที่ปกคลุมบริเวณตัวฟันหลายซี่ หลังจากได้รับการใส่ฟันเทียมพบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมในการบดเคี้ยวได้ มีความสวยงามเพิ่มขึ้น ทันตแพทย์ควรนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาและตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงสภาพฟันและอวัยวะปริทันต์ให้อยู่ในสภาพดี

คำสำคัญ : ฟันสึกรุนแรง; มิติแนวตั้ง; ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอะคริลิก

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ได้รับต้นฉบับ: 11 เมษายน 2568; แก้ไขบทความ: 1 กรกฎาคม 2568; รับลงตีพิมพ์: 5 สิงหาคม 2568

บทนำ

การฟื้นฟูช่องปากที่มีการสึกกร่อนแรง (severe tooth wear) ร่วมกับการสูญเสียมิติแนวตั้ง (loss of vertical dimension) เป็นการบูรณะฟันที่มีความซับซ้อน มักเกิดในผู้ป่วยที่มีการสึกของฟันอย่างรุนแรงหรือสูญเสียฟันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยเฉพาะฟันหลัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของฟัน (tooth structure) และการทำงานของระบบบดเคี้ยว (masticatory system) ความสัมพันธ์ของขากรรไกร (jaw relation) และความสวยงาม (esthetics) การรักษาจึงต้องใช้องค์ความรู้หลายด้านประกอบกัน เช่น การประเมินลักษณะและสาเหตุของฟันสึก การประเมินมิติแนวตั้งเนื่องจากการสูญเสียมิติแนวตั้งจะทำให้เกิดความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของขากรรไกรและการบดเคี้ยว การบูรณะมิติแนวตั้งสามารถทำได้โดยการปรับความสัมพันธ์ระหว่างขากรรไกรให้กลับคืนสู่สภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการรักษามีหลายวิธี เช่น การอุดฟัน (direct restoration) ครอบฟัน (Crown) ออนเลย์ (Onlays) การใช้ฟันเทียมติดแน่น (Fixed Prosthesis) รากฟันเทียม (Dental Implant) หรือฟันเทียมบางส่วนถอดได้ (Removable Partial Denture) เพื่อช่วยฟื้นฟูมิติแนวตั้งที่สูญเสียไป การเลือกใช้วัสดุและเทคนิคการบูรณะฟันก็เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงโดยปกติวัสดุที่ใช้สำหรับการบูรณะฟันในกรณีนี้มักจะเป็นวัสดุที่มีความแข็งแรงต้านทานการสึกและสามารถปรับให้เข้ากับการสบฟันได้ดี เช่น เซรามิก (Ceramic) หรือคอมโพสิต (Composite) ขึ้นอยู่กับลักษณะและตำแหน่งของฟันที่จะทำการบูรณะ⁽¹⁻³⁾

การเลือกวิธีการบูรณะจึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบและวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสมดุลของการบดเคี้ยวและการความสัมพันธ์ของขากรรไกร เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการปรับมิติแนวตั้งไม่ถูกต้อง เช่น วัสดุที่ใช้ในการบูรณะแตก ปวดฟัน ปวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า หรือข้อต่อของขากรรไกร⁽⁴⁻⁵⁾

ฟันสึก (Tooth wear) เป็นปัญหาที่ทันตแพทย์พบได้บ่อยส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยว ความสวยงามและสุขภาพช่องปากโดยรวม การรักษาผู้ป่วยที่มีการสึกของฟันมาก ควรพิจารณาสาเหตุที่เกี่ยวข้องและประเภทของการสึก เพื่อให้สามารถวางแผนการฟื้นฟูช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การสึกของฟันเกิดจากหลายสาเหตุคือ⁽⁶⁻⁷⁾

1) การสึกจากเหตุบดเคี้ยว (Attrition) เกิดจากการสัมผัสระหว่างด้านบดเคี้ยวระหว่างฟันกับฟัน เช่น การนอนกัดฟันหรือการเคี้ยวอาหารที่แข็ง

2) การสึกจากเหตุขัดถู (Abrasion) เกิดจากการใช้แปรงสีฟันที่แข็งเกินไป การแปรงฟันที่ผิดวิธี ใช้ยาสีฟันที่มีผงขัดฟันปริมาณมาก หรือการมีพฤติกรรมใช้ฟันเปิดสิ่งของ กัดทะขึงของแข็ง

3) การสึกจากสารเคมี (Erosion) เกิดจากการสัมผัสกับกรด หรือสารเคมีอื่น เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีกรดสูงหรือการอาเจียนบ่อย ๆ หรือโรคกรดไหลย้อน

4) การสึกจากเหตุแรงดึง (Abfraction) เกิดจากแรงดึงเค้นที่ตัวฟัน ส่งผลให้ฟันสึกเป็นร่องลึกบริเวณคอฟัน

โดย Turner และ Missirlian ได้จำแนกประเภทของการสึกของฟันตามสาเหตุและลักษณะการสึกของฟันออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้⁽⁷⁾

1) กลุ่มที่ 1 (Turner category I) ได้แก่ ฟันสึกรุนแรงร่วมกับการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน โดยสามารถประเมินได้จากลักษณะภายในช่องปากที่พบฟันสึกจำนวนมาก มีการสูญเสียการรองรับจากฟันหลัง (posterior support) ผู้ป่วยจะดูไบหน้าสั้นลง มุมปากตก ตรวจพบระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด (closest speaking space) มากกว่า 1 มิลลิเมตร มีระยะปลอดการสบ (free wayspace) มากกว่า 4 มิลลิเมตร มีแนวทางการรักษาคือการเพิ่มมิติแนวตั้งด้วยฟันเทียมเฉพาะกาล (Provisional restoration) ฟันเทียมที่บรากบางส่วนถอดได้ (Overlaid Denture) หรือ ครอบฟันชั่วคราว (Provisional crown) เพื่อประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยก่อนทำการบูรณะถาวร

2) กลุ่มที่ 2 (Turner category II) ได้แก่ ฟันสึกรุนแรงโดยไม่มีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน แต่มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการบูรณะ โดยในช่องปากจะพบฟันสึกมาก ไม่มีการสูญเสียมิติแนวตั้ง จากการชดเชยการสึกของฟัน (compensate eruption) ผู้ป่วยจะมีลักษณะไบหน้าปกติ ระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด ประมาณ 1 มิลลิเมตร ระยะปลอดการสบประมาณ 2-4 มิลลิเมตร แนวทางการรักษาใช้วิธีบูรณะฟันด้วยครอบฟันหรือวัสดุบูรณะอื่นที่เหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มมิติแนวตั้ง

3) กลุ่มที่ 3 (Turner category III) ได้แก่ ฟันสึกรุนแรงโดยไม่มีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน และไม่มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการบูรณะ

ในช่องปากพบลักษณะภายในช่องปากฟันสึกมาก ไม่มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการบูรณะ ผู้ป่วยจะมีลักษณะไบหน้าปกติ มีระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูดประมาณ 1 มิลลิเมตร ระยะปลอดการสบประมาณ 2-4 มิลลิเมตร การรักษาค่อนข้างยากและซับซ้อนอาจต้องใช้การจัดฟันและการทำศัลยกรรมการยืดระยะยอดฟัน (Crown Lengthening) ร่วมด้วยเพื่อเพิ่มพื้นที่ในการบูรณะ

การวินิจฉัยการสึกของฟันและการประเมินมิติแนวตั้งที่ถูกต้องจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญสำหรับการบูรณะช่องปากทั้งในด้านความสวยงามและการวางแผนการรักษาโดยเฉพาะในรายที่มีการสูญเสียมิติแนวตั้งจากการสึกของฟัน การสูญเสียฟันหลัง และมีสึกของฟันหน้าที่รุนแรง การสูญเสียมิติแนวตั้งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ฟันสึก การสูญเสียฟัน หรือความผิดปกติบางอย่าง เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip and Palate)⁽⁸⁾ หรือความผิดปกติของขากรรไกรแบบต่าง ๆ⁽⁹⁾ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างขากรรไกร การประเมินมิติแนวตั้งจึงการเป็นกระบวนการสำคัญในการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา โดยต้องอาศัยการตรวจประเมินทางคลินิกและการใช้เครื่องมือช่วยวิเคราะห์เพื่อให้ได้ค่าที่เหมาะสม การฟื้นฟูมิติแนวตั้งที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการบดเคี้ยวที่มีประสิทธิภาพ มีความสวยงามเพิ่มขึ้นและลดความเสี่ยงของปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

มิติแนวตั้ง (Vertical Dimension) หมายถึง ระยะห่างระหว่างแนวขากรรไกรบนและล่างในสภาวะการสบฟันปกติ (occlusal vertical dimension)⁽¹⁰⁾ วัดได้จากระยะระหว่างจุด

อ้างอิงสองจุดในแนวตั้ง โดยจุดหนึ่งอยู่บนส่วนที่ไม่เคลื่อนที่ในขากรรไกรบนและอีกจุดหนึ่งอยู่บนจุดที่เคลื่อนที่ได้เล็กน้อยในขากรรไกรล่าง โดยทั่วไปมักใช้จมูกและคางเป็นจุดอ้างอิง เพื่อกำหนดความสูงของใบหน้าและความสัมพันธ์ระหว่างขากรรไกรบนและล่างโดยมีตำแหน่งขากรรไกรขณะพัก (Rest Vertical Dimension) ซึ่งหมายถึงระยะห่างระหว่างขากรรไกรบนและล่างในขณะที่ขากรรไกรอยู่ในล่างอยู่ในสภาวะพัก (rest position) เป็นตำแหน่งที่ขากรรไกรล่างผ่อนคลายไม่อยู่ในสภาวะเครียดจากการทำงานของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวหรือการสบฟัน⁽¹⁰⁾ วัดจากระยะห่างระหว่างจุดอ้างอิงที่ตำแหน่งของขากรรไกรบนและล่าง โดยวัดขณะที่ศีรษะตั้งตรง (upright position) ไม่พิงพนักศีรษะกล้ามเนื้อขากรรไกรอยู่ในภาวะสมดุล ไม่มีแรงมากระทำ ค่าความแตกต่างของระยะมิติแนวตั้งขณะพักและระยะมิติแนวตั้งขณะสบฟันเรียกว่าระยะปลดการสบ⁽¹⁰⁾ ปกติควรอยู่ที่ประมาณ 2-4 มิลลิเมตร ซึ่งเป็นค่าที่ใช้พิจารณาในการบูรณะฟันเพื่อเพิ่มมิติแนวตั้งและการออกแบบฟันเทียมที่เหมาะสม^(5,10) แนวทางการประเมินมิติแนวตั้งมีหลายวิธี⁽¹¹⁾ หากต้องการให้ผลการประเมินถูกต้องแม่นยำควรใช้วิธีในการประเมิน มากกว่า 1 วิธีประกอบกัน⁽¹²⁾ แนวทางการประเมินมิติแนวตั้ง ใช้หลักการประเมินคือ

1. การประเมินจากผู้ป่วย หมายถึง การวิเคราะห์สภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยอาศัยการสังเกตและตรวจสภาพทั้งภายนอกและภายในช่องปาก เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาทางทันตกรรม

อย่างครอบคลุมและเหมาะสมโดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1) ลักษณะโครงสร้างใบหน้า (Facial morphology) โดยการสังเกตรูปทรง ความสมมาตร อัตราส่วนของใบหน้าส่วนกลางและล่าง ความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง⁽¹³⁾

2) อัตราส่วนมิติแนวตั้งของใบหน้า (Vertical dimension) เพื่อประเมินการสูญเสียมิติแนวตั้งในผู้ป่วยฟันสึกหรือถอนฟันไปแล้ว เพื่อหาค่าระยะปลดการสบซึ่งควรอยู่ที่ประมาณ 2-4 มิลลิเมตร⁽¹⁴⁾

3) ลักษณะริมฝีปากการวางตัวของริมฝีปากในขณะพัก การยิ้ม และการออกเสียงใช้การออกเสียง “ส” หรือ เอส (sibilant sound) ซึ่งเป็นระยะห่างของฟันหน้าบนด้านเพดาน (palatal surface of upper anterior teeth) และปลายฟันหน้าล่าง (incisal of lower anterior teeth) ที่น้อยที่สุดขณะออกเสียง เรียกว่า ระยะชิดที่สุดขณะพูด ถ้ามากกว่า 1-2 มิลลิเมตร แสดงว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ⁽¹⁵⁾ ในผู้ป่วยที่มีการสบฟันแบบที่ 1 (Class I occlusion)

4) สภาพช่องปากและฟัน โดยการตรวจดูจำนวนฟันที่เหลืออยู่ ระดับการสึกของฟัน สภาพเหงือก การสบฟัน และความผิดปกติที่พบในเยื่อช่องปาก

การประเมินเหล่านี้เป็นขั้นตอนสำคัญในการวินิจฉัย และเป็นพื้นฐานในการออกแบบการบูรณะหรือฟันปลอมช่องปากในผู้ป่วยแต่ละราย

2. การประเมินด้วยวิธีทางภาพถ่ายรังสี หมายถึง กระบวนการใช้ภาพถ่ายรังสีทางทันตกรรม เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ตรวจสอบ และวางแผน

การรักษาทางทันตกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงสร้างกระดูกใบหน้า ขากรรไกร ฟัน และเนื้อเยื่อข้างเคียงที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า โดยสามารถตรวจพบพยาธิสภาพ ความผิดปกติของฟัน รากฟัน การสูญเสียกระดูก การติดเชื้อ การละลายของรากฟัน ฟันคุด รอยโรคในกระดูก รวมถึงการติดตามผลหลังการรักษาการตรวจด้วยภาพรังสีในทางทันตกรรมประกอบด้วยหลายเทคนิค⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ได้แก่

1) ภาพรังสีในช่องปาก (Intraoral radiographs) เช่น ภาพรังสีเฉพาะตำแหน่ง (periapical) ภาพกัดปีก (bitewing)⁽¹⁶⁾

2) ภาพรังสีนอกช่องปาก (Extraoral radiographs) เช่น ภาพรังสีพานอรามิก (panoramic radiograph) หรือการใช้ภาพถ่ายรังสี ส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ (Cone Beam Computed Tomography:CBCT) เพื่อให้ได้ภาพสามมิติที่ช่วยประเมินโครงสร้างของข้อต่อขากรรไกรและฟัน⁽¹⁷⁾

3. การใช้เครื่องมือช่วยวัด หมายถึง การรวบรวมข้อมูลด้านการสบฟันและความสัมพันธ์ของขากรรไกรโดยใช้เครื่องมือเฉพาะ เพื่อให้การฟันพุ่มีความแม่นยำและเหมาะสมกับสภาพจริงของผู้ป่วย โดยประกอบด้วย^(14,18)

1) Facebow transfer ใช้ในการถ่ายโอนตำแหน่งขากรรไกรบนสัมพันธ์กับฐานกะโหลกศีรษะ เพื่อการจำลองการเคลื่อนไหวขากรรไกรที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

2) การบันทึกการสบฟัน (Occlusal record) ใช้วัสดุ เช่น ซิลิโคน แร็กซ์ หรือเรซิน

เพื่อบันทึกตำแหน่งความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง

3) การนำแบบหล่อยึดเข้ากับกลุอุปกรณ์ขากรรไกร (Articulator mounting) ชนิดปรับได้บางส่วน (semi-adjustable articulator) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยการสบฟัน (diagnostic mounting) การวางแผนฟันพุ่มช่องปาก โดยการสร้างแบบจำลองขี้ผึ้ง (Diagnostic wax-up) และออกแบบฟันเทียม

เมื่อทันตแพทย์ ได้ใช้องค์ความรู้ ในการวินิจฉัยความผิดปกติของผู้ป่วยได้แล้ว ควรวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลการบูรณะที่เหมาะสม อธิบายถึงขั้นตอนการรักษา ข้อดี ข้อเสียและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยยอมรับได้ รายงานผู้ป่วยในบทความนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Turner category I ตามการจัดประเภทของ Turner และ Missirlian คือ มีฟันสึกรุนแรง ร่วมกับการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ที่ไม่ต้องการถอนฟันที่เหลืออยู่และไม่ต้องรับการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่สะดวกที่ต้องมารับการรักษาหลายครั้ง และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ทันตแพทย์จึงเลือกการฟันพุ่มช่องปากด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอะคริลิก (overlaid acrylic partial denture) ซึ่งเป็นการรักษาที่เปลี่ยนแปลงสภาพในช่องปากน้อย ช่วยประเมินการรักษาและการปรับตัวในการเพิ่มมิติแนวตั้ง สามารถซ่อมแซมฟันเทียมได้ไม่ยุ่งยาก เมื่อสภาพฟันมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังหรือสามารถปรับเปลี่ยนการบูรณะที่ถาวรแบบอื่นได้เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในอนาคต⁽¹⁹⁾

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

รายงานผู้ป่วยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 009/2568 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2568

รายงานผู้ป่วย รายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี อาชีพ แม่บ้าน มีโรคประจำตัว คือความดันโลหิตสูง (hypertention) รับประทาน Valsatan 160 มิลลิกรัม วันละครั้งเมื่หลังอาหารเช้าและมีภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) รับประทาน Atrovastatin 20 มิลลิกรัมวันละครั้งเมื่ก่อนนอน ผู้ป่วยได้รับยา

สม่ำเสมอ และควบคุมอาการได้ดี ไม่มีประวัติแพ้ยา ประวัติทางทันตกรรม เคยได้รับการถอนฟัน และอุดฟัน อาการสำคัญที่มาพบทันตแพทย์ คือ บดเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ฟันหน้าบนและล่าง สีมากไม่สวยงาม

การตรวจภายนอกช่องปาก ผู้ป่วยมี ใบหน้าค่อนข้างกลม (Brachyfacial) มีความสมมาตรของใบหน้า คางสั้น มุมปากตกลึกน้อย (ภาพ 1) ข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนที่ปกติ ไม่มีเสียงคลิก ไม่มีอาการเจ็บและไม่มีอาการเจ็บกล้ามเนื้อบดเคี้ยว



ภาพ 1 ลักษณะใบหน้าของผู้ป่วยก่อนการรักษา

จากการตรวจภายในช่องปาก ใน ขากรรไกรบนมีปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก (torus palatinus) ขนาด 15X15 มิลลิเมตร การสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification III modification I ขากรรไกรล่างการสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification I การสบฟันด้านขวาจัดเป็น

Angle's class I และการสบฟันด้านซ้าย เป็น Angle's class III ฟันหน้าสบฟันแบบลึก (Deep Bite) สภาพเหงือกอักเสบเล็กน้อย ไม่มีร่องลึกทางปริทันต์ พบการยื่นย้อยของฟันซี่ 15, 25, 26 และ 27 ลงมา ในบริเวณช่องว่างของขากรรไกรล่าง ทำให้มีช่องว่างในการบูรณะน้อย ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร (ภาพ 2)

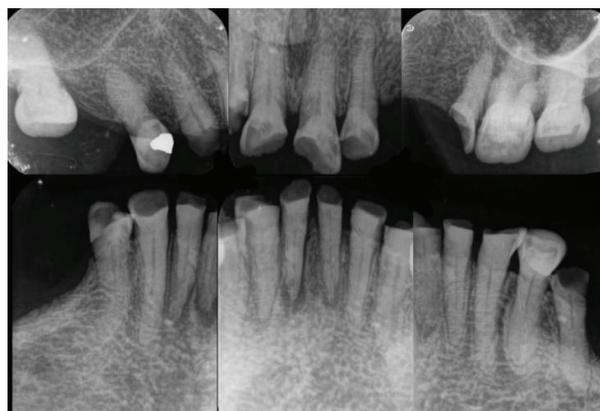


ภาพ 2 ภาพภายในช่องปากของผู้ป่วยก่อนการรักษา

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี ฟานอรามิก สภาพภายในช่องปากและอัตราส่วนระหว่างตัวฟัน (ภาพ 3) และรอบปลายราก (ภาพ 4) เพื่อประเมิน และรากฟัน (crown/root ratio) หรือ C:R Ratio



ภาพ 3 ภาพถ่ายรังสี ฟานอรามิกก่อนการรักษา



ภาพ 4 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากก่อนการรักษา

ตาราง 1 รายละเอียดการตรวจฟันจากทางคลินิกพร้อมกับข้อมูลจากภาพถ่ายรังสี

ซี่ฟัน	รายละเอียด
Quadrant 1 ซี่ฟัน	
11	ฟันสึกเฉียงจากด้าน Mesial ไป Distal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R = 1:1.5
12	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R = 1:2
13	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R = 1:1.5
15	ฟันผุบริเวณ Distal surface มีวัสดุอุดคุณภาพดีด้าน Mesio-occlusal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C/R = 1:1.5
14,16,18	ไม่พบในช่องปาก
17	ฟันปกติ (Sound tooth) ไม่โยก ไม่เสียว ไม่ปวด C:R 1:2
Quadrant 2	
21	ฟันสึกเฉียงจากด้าน Mesial ไป Distal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R= 1:1.5
22	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2
25	ฟันสึกเฉียงจากด้าน Mesial ไป Distal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R= 1:1.5
26	ฟันปกติ (Sound tooth) C:R=1:1.5
27	ฟันปกติ (Sound tooth) C:R=1:1.5
23, 24, 28	ไม่พบในช่องปาก

ตาราง 1 รายละเอียดการตรวจฟันจากทางคลินิกร่วมกับข้อมูลจากภาพถ่ายรังสี (ต่อ)

ซี่ฟัน	รายละเอียด
31	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2.5
32	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2.5
33	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2.8
34	ฟันปกติ (Sound tooth) C:R=1:2.3
35	ฟันสึกด้าน Occlusal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:4
36, 37, 38	ไม่พบในช่องปาก
Quadrant 4	
41	ฟันสึก ไมโยก เคยมีอาการเคี้ยวเจ็บ ตอบสนองต่อการ เคาะตรวจความมีชีวิตของฟันได้ผลเป็นลบ และมีรอย โรคปลายรากในภาพถ่ายรังสี C:R=1:2.5
42	ฟันสึก ไมโยก เคยมีอาการเคี้ยวเจ็บ ตอบสนองต่อการ เคาะตรวจความมีชีวิตของฟันได้ผลเป็นลบ และมีรอย โรคปลายรากในภาพถ่ายรังสี C:R=1:2.5
43	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:3.7
44	ฟันสึกด้าน Disto-occlusal และคอฟันด้าน Buccal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็น บวก C:R=2.5
45, 46, 47, 48	ไม่พบในช่องปาก

จากข้อมูลการตรวจประเมิน วินิจฉัยว่าผู้ป่วยจัดอยู่ใน Turner category I คือ มีฟันสึกรุนแรงร่วมกับการสูญเสียมิติแนวตั้ง

การวางแผนการรักษาผู้ป่วยแบ่งเป็น 5 ระยะ

1. Systemic phase ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ควบคุมอาการได้ มารับการรักษาตามนัดสม่ำเสมอ จึงไม่มีการวางแผนอื่นเพิ่มเติม

2. Emergency Phase ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก แต่ฟันซี่ 41 และ 42 มีรอยโรคปลายรากจึงแนะนำให้รักษารากฟัน

3. Hygienic phase ขูดหินน้ำลายและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพฟันและอุดฟันปิดด้านปลายฟัน บริเวณฟันหน้าล่างที่สึกเพื่อปกป้องโพรงประสาทฟันซี่ 31, 32, 33, 43 และอุดคอฟันที่สึกซี่ 15, 26, 34, 44 โดยใช้วัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิต และอุดฟันซี่ 15 ที่ผู้ด้านไกลกลาง

4. Corrective Phase วางแผนการรักษาเป็นฟันเทียมทับรากแบบถอดได้ฐานอะคริลิกกรอแต่งบริเวณฟันที่มีรอยสึกให้เรียบ เพื่อให้วางฟันเทียมทับรากแบบถอดได้ ให้ได้สะดวกขึ้น

5. Maintenance phase นัดติดตามครั้งแรก 1 อาทิตย์ 3 เดือน และ ทุก 6 เดือน เพื่อประเมินสภาพฟัน อวัยวะปริทันต์และสภาพฟันเทียม ขั้นตอนการทำฟันเทียมทับรากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก

ครั้งที่ 1 ตรวจผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องพบว่าผู้ป่วยมีฟันสึกรุนแรงโดยเฉพาะฟันหน้าล่าง ทำการประเมินเพื่อหาค่ามิติแนวตั้งทางคลินิก

1) การประเมิน จากการดูลักษณะใบหน้าของผู้ป่วย พบว่า ใบหน้าส่วนล่างสั้นคางสั้น ใบหน้ามีความสมมาตร มุมปากตก

2) การหาระยะปลอดภัยการสบ จากมิติแนวตั้งขณะพักโดยให้ผู้ป่วย นั่งหลังตรง ศีรษะไม่พิงพนัก ผ่อนคลายขากรรไกร โดยกำหนดจุดสองจุดบนใบหน้า จุดที่ไม่เคลื่อนไหวของใต้ขากรรไกรบนที่อยู่ที่ปลายจมูกและจุดที่เคลื่อนไหวของขากรรไกรล่างที่อยู่บริเวณกลางคางและมิติแนวตั้งขณะสบโดยให้ผู้ป่วยออกเสียง เอ็ม ได้ค่าความแตกต่าง ซึ่งคือระยะปลอดภัยการสบเท่ากับ 4 มิลลิเมตร

3) ประเมินระยะห่างของฟันหน้าบนและฟันหน้าล่างที่น้อยที่สุดขณะออกเสียง ที่เรียกว่าระยะชิดที่สุดขณะพูดได้ 6 มิลลิเมตร แสดงว่าผู้ป่วยสูญเสียมิติแนวตั้งประมาณ 4 มิลลิเมตร

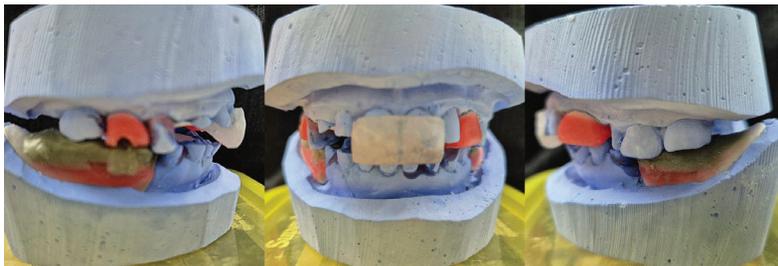
เมื่อใช้หลักการประเมินของ Turner และ Missirlian จึงวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 Turner category I คือ ฟันสึกรุนแรงร่วมกับการสูญเสียแนวตั้งขณะสบฟัน

ครั้งที่ 2 พิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยวัสดุพิมพ์ปากอัลจินต เพื่อทำแบบหล่อ วางแผนการรักษาและทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล

ครั้งที่ 3 เตรียมช่องปากผู้ป่วยให้เหมาะสมเพื่อรองรับการทำฟันเทียม โดยรักษารากฟันซี่ 41, 42 อุดบริเวณฟันหน้าล่างที่สึกเพื่อปกป้องโพรงประสาทฟันซี่ 31, 32, 33, 43 และอุดคอฟันที่สึกซี่ 15, 26, 34, 44 และฟันซี่ 15 โดยใช้วัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิต มีการกรอแต่งบริเวณฟันที่มีรอยสึกให้เรียบ เพื่อเตรียมรองรับฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอะคริลิก

ครั้งที่ 4 พิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยถาดพิมพ์ปาก เฉพาะบุคคล ร่วมกับการเสริมแต่งขอบ (border moulding) ด้วยวัสดุพิมพ์ปากโพลีซิลไฟด์ เพื่อทำแบบหล่อหลัก (master cast) จากการประเมินในครั้งที่ 1 ผู้ป่วยรายนี้จะทำการฟื้นฟูช่องปากโดยการเพิ่มมิติแนวตั้งประมาณ 4 มิลลิเมตร เพื่อให้มีระยะปลอดภัยที่เพียงพอ และได้รูปร่างฟัน

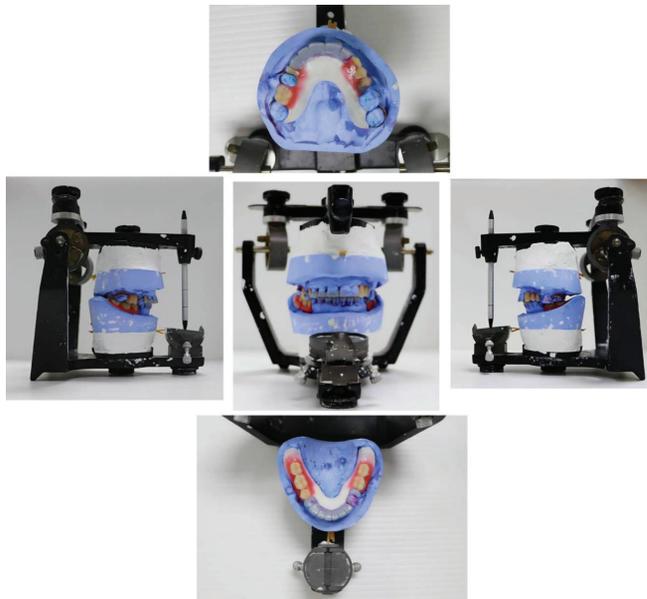
ที่สวยงามบริเวณฟันหน้า ทำการบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนกับฐานกะโหลกศีรษะด้วยเพชโบว์และบันทึกความสัมพันธ์ขากรรไกรบนและล่าง ในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ (centric relation) ด้วยวัสดุแนวนำลูเซีย (Lucia Jig) เนื่องจากผู้ป่วยมีฟันหน้าบนและล่าง และบันทึกการสบฟันด้วยแทนกัด (occlusal rim) และวัสดุบันทึกการสบฟัน (ภาพ 5)



ภาพ 5 การใช้วัสดุแนวนำลูเซีย (Lucia jig) และบันทึกการสบด้วย Alu Wax

นำแบบหล่อ พร้อมทั้งวัสดุบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง ไปติดตั้งในกลุอุปกรณ์ขากรรไกรจำลองแบบปรับได้บางส่วน

เพื่อนำมาแต่งแบบซี่ฝังจำลองที่บริเวณด้านบดเคี้ยว และปลายฟันหน้า (ภาพ 6)



ภาพ 6 แบบซี่ฝังจำลองที่บริเวณด้านบดเคี้ยวและปลายฟันหน้า

ครั้งที่ 5 นำแบบซีฟิ่งจำลอง มาลงใน ช่องปากผู้ป่วย (ภาพ 7) ปรับแต่งให้เหมาะสมทั้งด้าน ความสวยงามและการบดเคี้ยวหลังจากนั้น ส่งแบบจำลองซีฟิ่งไปทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ช่วยคราวชนิดที่ปรากฏฐานอะคริลิก



ภาพ 7 ภาพแสดงการลองแบบซีฟิ่งในช่องปากผู้ป่วย

ครั้งที่ 6 นำฟันเทียมใส่ให้ผู้ป่วย (ภาพ 8) แนะนำวิธีใช้งาน ดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียม และภาพใบหน้าผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม (ภาพ 9) และช่องปาก



ภาพ 8 การฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้ช่วยคราวชนิดที่ปรากฏฐานอะคริลิก



ภาพ 9 ภาพใบหน้าผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม

ครั้งที่ 7 นัดติดตามผล ครั้งแรก 1 อาทิตย์หลังใส่ พบว่า เคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น เจ็บเล็กน้อยบริเวณด้านซ้ายของฟันเทียมล่าง ปรับตัวกับฟันเทียมได้ดี

ในการเพิ่มมิติแนวตั้ง ไม่มีอาการเจ็บกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร และถ่ายภาพรังสีพานอรามิก หลังการรักษา (ภาพ 10)



ภาพ 10 ภาพรังสีพานอรามิกหลังการรักษา

ครั้งที่ 8 นัดติดตามผล 3 เดือนพบว่า สามารถใช้งานได้ดี ไม่พึงพอใจกับสีฟันบริเวณฟันหน้าแต่ผู้ป่วยยอมรับได้

ครั้งที่ 9 นัดติดตามผลที่ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือเจ็บที่ฟัน สภาพอวัยวะปริทันต์ปกติ ไม่มีอาการเจ็บหรือตึงบริเวณกล้ามเนื้อบดเคี้ยว หรือข้อต่อขากรรไกร สามารถใช้ฟันเทียมในการบดเคี้ยวได้ดี ไม่ได้เคี้ยวอาหารแข็งมาก มีความพึงพอใจในความสวยงามปานกลาง เนื่องจากสีฟันของฟันเทียมทับรากบริเวณที่ต่อกับฟันธรรมชาติต่างกัน

รายงานผู้ป่วย รายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี อาชีพแม่บ้าน มีโรคประจำตัว คือความดันโลหิตสูง (hypertention) รับประทาน Amlodipine 10 มิลลิกรัม

วันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และมีภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) รับประทาน Simvastatin 20 มิลลิกรัมวันละครั้งเมื่อก่อนนอน ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ และควบคุมอาการได้ดีไม่มีประวัติแพ้ยา ประวัติทางทันตกรรม เคยได้รับการถอนฟันและอุดฟัน และใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกบนและล่าง มามากกว่า 10 ปีอาการสำคัญที่มาพบทันตแพทย์ คือบดเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด เนื่องจากฟันเทียมเดิมสึก และมีการถอนฟันเพิ่ม ฟันหน้าบนสึกมากไม่สวยงาม

การตรวจภายนอกช่องปาก ผู้ป่วยมีไบหน้าค่อนข้างกลมมีความสมมาตรของใบหน้า คางสั้นมุมปากตกลึกน้อย (ภาพ 11) ข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนที่ปกติ ไม่มีเสียงคลิก ไม่มีอาการเจ็บ และไม่มีอาการเจ็บกล้ามเนื้อบดเคี้ยว



ภาพ 11 ลักษณะใบหน้าของผู้ป่วยก่อนการรักษา

จากตรวจภายในช่องปาก (ภาพ 12) ของผู้ป่วย ไม่พบมีปุ่มกระดูกที่ขัดขวางการใส่ฟันเทียมขากรรไกรบน การสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification III modification I ขากรรไกรล่าง การสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification I การสบฟันด้านขวาจัดเป็น Angle's class I และการสบฟันด้านซ้าย ไม่สามารถระบุได้ (unclassified) สภาพเหงือกอักเสบเล็กน้อย ไม่มีร่องลึกทางปริทันต์ฟันหน้าบนและล่างสบแบบปลายฟันชนกัน (edge to edge) มีการยื่นย้อยของฟันซี่ที่ 14, 16 และ 27

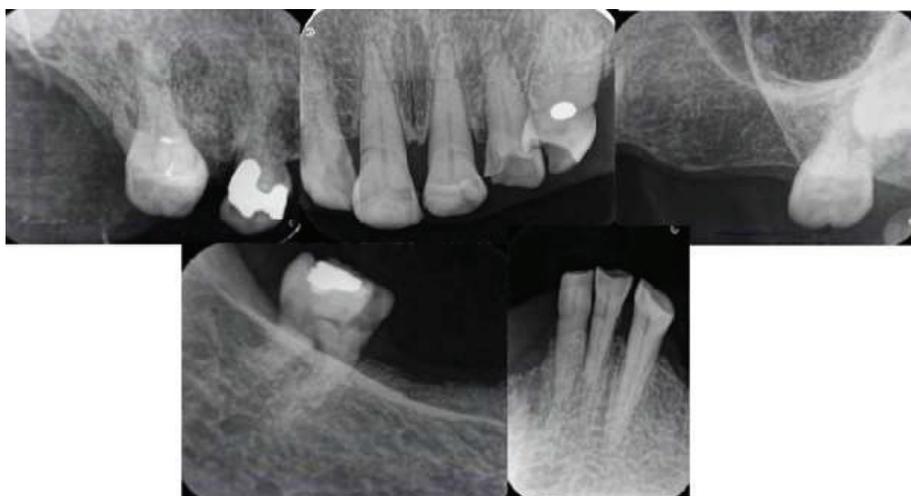


ภาพ 12 ภาพภายในช่องปากของผู้ป่วยก่อนการรักษา

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี ฟานอรามิก เพื่อประเมินสภาพภายในช่องปาก และอัตร่าส่วน (ภาพ 13) และภาพรังสีรอบปลายราก (ภาพ 14) ระหว่างตัวฟันและรากฟัน



ภาพ 13 ภาพถ่ายรังสีฟานอรามิกก่อนการรักษา



ภาพ 14 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากก่อนการรักษา

ตาราง 2 รายละเอียดการตรวจฟันจากทางคลินิกพร้อมกับข้อมูลจากภาพถ่ายรังสี

ซี่ฟัน	รายละเอียด
Quadrant 1 ซี่ฟัน	
11	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:1.5
12	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2
14	ฟันปกติ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก มีวัสดุอุดฟันอมัลกัมสภาพดี C:R=1:1.8
13, 15, 17	ไม่พบในช่องปาก
16	ฟันปกติ (sound tooth) วัสดุอุดคุณภาพดี ไม่มี อาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:1.2
18	ฟันฝังไม่มีอาการ
Quadrant 2	
21	ฟันสึกจากด้าน Mesial ไป Distal และ Palatal ไม่มี อาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2
22	ฟันสึกด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:3
23	ฟันสึกบริเวณด้าน Palatal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:4
24, 25, 26	ไม่พบในช่องปาก
27	ฟันสึกด้านก้นสบ ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความ มีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:4
28	ฟันฝัง ไม่มีอาการ

ตาราง 2 รายละเอียดการตรวจฟันจากทางคลินิกร่วมกับข้อมูลจากภาพถ่ายรังสี (ต่อ)

ซี่ฟัน	รายละเอียด
Quadrant 3	
31	ฟันสึกด้านปลายฟัน (Incisal) ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2
32	ฟันสึกด้านปลายฟัน ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อ ความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:2
33	ฟันสึกด้าน Mesial เฉียงมา Distal ไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนองต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:3
34, 35, 36, 37, 38	ไม่พบในช่องปาก
Quadrant 4	
41, 42, 43, 44, 45, 46, 47	ไม่พบในช่องปาก
48	ฟันปกติ วัสดุอุดสภาพดีไม่มีอาการใด ๆ ตอบสนอง ต่อความมีชีวิตของฟันเป็นบวก C:R=1:1

จากข้อมูลการตรวจประเมิน วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 (Turner category I) ที่มี ฟันสึกรุนแรงร่วมกับการสูญเสียมิติแนวตั้ง การวางแผนการรักษาผู้ป่วยแบ่งเป็น 5 ระยะ

1. systemic phase ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงไม่ขาดยา ควบคุมอาการได้ มาได้รับการรักษาตามนัดสม่ำเสมอ จึงไม่มีการวางแผนอื่นเพิ่มเติม

2. Emergency Phase ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ จึงไม่จำเป็นต้องทำการรักษาเร่งด่วน

3. Hygienic phase ขูดหินน้ำลายและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและการ

รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพฟัน และอุดฟัน ซี่ 48 ที่วัสดุอุดฟันเดิมแตกด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต บริเวณปลายฟันหน้าล่างที่สึก เพื่อปกป้องโพรงประสาทฟันซี่ 31, 32 และ 33 โดยใช้วัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิต

4. Corrective Phase วางแผนการรักษาเป็นฟันเทียมทับรากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก มีการกรอแต่งบริเวณฟันที่มีรอยสึกให้เรียบ เพื่อให้วางฟันเทียมทับรากแบบถอดได้ ให้ได้สะดวกขึ้น

5. Maintenance phase นัดติดตามครั้งแรก 1 อาทิตย์ 3 เดือน และทุก 6 เดือนเพื่อประเมินสภาพฟัน อวัยวะปริทันต์และสภาพฟันเทียม

ขั้นตอนการทำฟันเทียมที่บรากแบบถอดได้ ฐานอะคริลิก

ครั้งที่ 1 ตรวจผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย ที่ถูกต้องพบว่าผู้ป่วยมีฟันสึกกร่อนแรงโดยเฉพาะ ฟันหน้าล่าง ทำการประเมินเพื่อหาค่ามิติ แนวตั้งทางคลินิก

1) การประเมิน จากการดูลักษณะ ไบหน้าของผู้ป่วย พบว่าไบหน้าส่วนล่างสั้น คางสั้น ไบหน้ามีความสมมาตร มุมปากตกเล็กน้อย

2) การหาระยะปลอดภัยการสบ จาก มิติแนวตั้งขณะพักโดยให้ผู้ป่วย นั่งหลังตรง ศีรษะ ไม่ก้มหน้า ผ่อนคลายขากรรไกร โดยกำหนด จุดสองจุดบนไบหน้า จุดที่ไม่เคลื่อนไหวของได้ ขากรรไกรบนที่อยู่ปลายจมูก และจุดที่เคลื่อนไหว ของขากรรไกรล่างที่อยู่บริเวณกลางคาง และ มิติแนวตั้งขณะสบโดยให้ผู้ป่วย ออกเสียง เอ็ม ได้ค่าความแตกต่าง ซึ่งคือระยะปลอดภัยการสบ เท่ากับ 5 มิลลิเมตร ประเมินการสูญเสียมิติ แนวตั้งประมาณ 2-3 มิลลิเมตร

3) ประเมินระยะห่างของฟันหน้าบน และฟันหน้าล่างที่น้อยที่สุดขณะออกเสียง ที่เรียกว่าระยะขีดที่สุดขณะพูด ได้ 4 มิลลิเมตร สูญเสีย มิติแนวตั้งประมาณ 2 มิลลิเมตร

เมื่อใช้หลักการประเมินของ Turner และ Missirlan จึงวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยจัดอยู่ใน Turner category I คือฟันสึกกร่อนแรงร่วมกับการสูญเสียแนว ตั้งขณะสบฟัน

ครั้งที่ 2 พิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยวัสดุพิมพ์ ปากอัลจินต เพื่อทำขึ้นหล่อ วางแผนการรักษา และทำถาดถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล

ครั้งที่ 3 เตรียมช่องปากผู้ป่วยให้เหมาะสมเพื่อรองรับการทำฟันเทียม โดย อุดบริเวณฟัน หน้าล่างที่สึกเพื่อปกป้องโพรงประสาทฟันซี่ 31, 32, 33, และอุดฟันซี่ 48 โดยใช้วัสดุอุดฟันเรซิน คอมโพสิต มีการกรอแต่งบริเวณฟันที่มีรอยสึก ให้เรียบ เพื่อเตรียมรองรับฟันเทียมที่บรากถอดได้ ฐานอะคริลิก

ครั้งที่ 4 พิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยถาดพิมพ์ ปากเฉพาะบุคคล ร่วมกับการเสริมแต่งขอบ (border) ด้วยวัสดุพิมพ์ปากโพลีซิลไฟด์ เพื่อทำขึ้นหล่อหลักจากการประเมินในครั้งที่ 1 ผู้ป่วยรายนี้จะทำการบูรณะโดยการ เพิ่มมิติแนวตั้งประมาณ 2 มิลลิเมตร เพื่อให้ มีระยะปลอดภัยการสบที่เพียงพอ และได้ รูปร่างฟันที่สวยงามบริเวณฟันหน้า ทำการบันทึก ความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนกับฐานกะโหลก ศีรษะด้วยเพซโบว์และบันทึกความสัมพันธ์ ขากรรไกรบนและล่าง ในตำแหน่งความสัมพันธ์ ในศูนย์ ด้วยวัสดุแนวนำลูเซีย เนื่องจากผู้ป่วยมีฟัน หน้าบนและล่างและบันทึกการสบฟันด้วยแท่นกัด และวัสดุบันทึกการสบฟันนำขึ้นหล่อ พร้อมทั้งวัสดุ บันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง ไป ติดตั้งในกลอุกรณ์ขากรรไกรจำลองแบบปรับ ได้บางส่วนเพื่อทำแบบขึ้นที่จำลองที่บริเวณด้าน บดเคี้ยวและปลายฟันหน้า (ภาพ 15 และ ภาพ 16)



ภาพ 15 การใช้วัสดุแนวนำลูเซียมและบันทึกการสบด้วยวัสดุซิลิโคน



ภาพ 16 แบบขี้ผึ้งจำลองที่บริเวณด้านบดเคี้ยวและปลายฟันหน้า

ครั้งที่ 5 นำแบบขี้ผึ้งจำลอง มาลงใน ส่องแบบจำลองขี้ผึ้งไปทำฟันเทียมทับราก
 ช่องปากผู้ป่วย (ภาพ 17) ปรับแต่งให้เหมาะสม แบบถอดได้ฐานอะคริลิก
 ทั้งด้านความสวยงามและการบดเคี้ยวหลังจากนั้น



ภาพ 17 ภาพแสดงการลองแบบขี้ผึ้งในช่องปากผู้ป่วย

ครั้งที่ 6 นำฟันเทียมใส่ให้ผู้ป่วย (ภาพ 18 และภาพ 19) แนะนำวิธีใช้งาน ดูแลรักษา ความสะอาดฟันเทียมและช่องปาก



ภาพ 18 การฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอคริลิก



ภาพ 19 ภาพใบหน้าผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม

ครั้งที่ 7 นัดติดตามผล ครั้งแรก 1 อาทิตย์ หลังใส่ พบว่า เคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น เจ็บเล็กน้อย บริเวณ ด้านท้ายของฟันเทียมล่าง และฟันซี่ 31 โยงเล็กน้อย เคี้ยวอาหารแล้วเจ็บทันตแพทย์ได้ การทำถอนและเติมซี่ฟันบริเวณซี่ 31 ของฟันเทียม รวมถึงแก้ไขปรับแต่งฟันเทียม บริเวณที่ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ

ครั้งที่ 8 3 เดือน พบว่าสามารถใช้งาน ได้ดีผู้ปรับตัวได้ ปรับตัวกับฟันเทียมได้ดีในการ เพิ่มมิติแนวตั้ง ไม่มีอาการเจ็บกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และข้อต่อขากรรไกรและถ่ายภาพรังสีพานอรามิก หลังการรักษา (ภาพ 20)



ภาพ 20 ภาพรังสีพานอรามิก หลังใส่ฟันเทียม

ครั้งที่ 9 ติดตามผลที่ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือเจ็บที่ฟัน สภาพอวัยวะปริทันต์ปกติ ไม่มีอาการเจ็บหรือตึงบริเวณกล้ามเนื้อบดเคี้ยว หรือข้อต่อขากรรไกร สามารถใช้ฟันเทียมในการบดเคี้ยวได้ดี ไม่ได้เคี้ยวอาหารแข็งมาก มีความพึงพอใจในความสวยงามปานกลาง เนื่องจากสีฟันของฟันเทียมที่บดกรามบริเวณที่ต่อกับฟันหน้าสียังไม่กลมกลืน และในระยะต่อไปผู้ป่วยรอดัดสินใจว่าจะบูรณะฟันด้วยการอุดฟัน หรือครอบฟัน แนะนำให้ผู้ป่วยมาติดตามผล ทุก 6 เดือน

วิจารณ์

การฟื้นฟูช่องปากในผู้ป่วยที่มีฟันสึกรุนแรงร่วมกับการสูญเสียมิติแนวตั้ง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการสูญเสียฟันไปหลายซี่โดยเฉพาะฟันหลัง หรือจากการบดเคี้ยวที่ผิดปกติ เป้าหมายของการบูรณะเพื่อมิติแนวตั้งคือการสร้างการสบฟันที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย และสามารถใช้งานในการบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความสวยงามที่ผู้ป่วยพึงพอใจ และที่สำคัญคือมีระยะปลอดการสบ

ที่เพียงพอ เป็นการบูรณะที่ต้องอาศัยความรู้หลายด้าน ตั้งแต่การตรวจประเมินผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาหลังการรักษา เช่น การแตกหักของวัสดุที่ทำการบูรณะ การปวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าหรือขากรรไกร⁽¹⁹⁾ การวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีวิธีการรักษาหลายวิธี หลายขั้นตอน และมีค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยด้วยว่าจะตัดสินใจเลือกการรักษาแบบใดที่เหมาะสมกับตนเอง ในกรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยและญาติ ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแบบการใช้ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอะคริลิก

การฟื้นฟูช่องปากโดยฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวชนิดทับรากฐานอะคริลิกเป็นประเภทหนึ่งของฟันเทียมถอดได้แบบคร่อมฟัน (overdenture) เป็นฟันเทียมที่มีส่วนบางส่วนครอบคลุมบริเวณด้านบดเคี้ยว หรือฟันผิวด้านสบฟันของฟันหลักที่รองรับ เพื่อฟื้นฟูการสบฟันให้กลับมาปกติ⁽¹⁻²⁾ โดยฟันที่เหลืออยู่มักมีโครงสร้าง

ของฟันที่เหลือน้อยกว่าหนึ่งในสาม หรือครึ่งหนึ่ง จึงมีความสวยงามและทนทานน้อยกว่าการบูรณะด้วยการครอบฟัน⁽¹⁹⁾ มีการกรอแต่งเนื้อฟันและปรับเปลี่ยนสภาพในช่องปากน้อยมาก จึงเปรียบเสมือน การรักษาที่เปลี่ยนแปลงและย้อนกลับได้ (reversible treatment) มักใช้เป็นฟันเทียมชั่วคราวก่อนการให้การรักษาแบบถาวร แต่บางกรณีก็สามารถใช้ได้แทนการรักษาแบบถาวรตามข้อจำกัดและความพร้อมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยถอดฟันเทียมออก ช่องปากจะกลับสู่สภาพเดิม หากผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ก็ยุติการใช้ หรือเปลี่ยนแนวทางการรักษาได้เป็นแบบอื่นได้

สรุป

การบูรณะแบบฟันฟูลช่องปากในกรณีศึกษาจากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียม ในการบดเคี้ยวได้ดี มีความสวยงามพอสมควร ไม่มีอาการเจ็บกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และข้อต่อขากรรไกร โดยนอกจากจะช่วยบูรณะการสบฟันเพื่อให้ผู้ป่วยใช้งานด้านการบดเคี้ยวได้ดีขึ้นยังสามารถปรับแต่งการสบฟัน และมิติแนวตั้งให้เหมาะสมได้แบบไม่ยุ่งยาก มีความสวยงามเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าวิธีอื่นซึ่งมีหลายขั้นตอน ช่วยควบคุมและหยุดยั้งการดำเนินไปของการสึกของฟัน การใส่ฟันเทียมที่บรากลแบบถอดได้ฐานอะคริลิกยังทำให้ผู้ป่วยได้เห็นและเข้าใจถึงเป้าหมายของการรักษาได้ชัดเจนขึ้น ทันตแพทย์ยังใช้เป็น

การบูรณะแบบนี้ในการประเมินการปรับตัวในการเพิ่มมิติแนวตั้ง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้อีกด้วยเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกรับการรักษาแบบถาวรในภายหลัง

การใส่ฟันเทียมชนิดนี้ ข้อควรระวังและเน้นย้ำกับผู้ป่วย คือ การดูแลรักษาความสะอาดของช่องปาก และฟันเทียม ทันตแพทย์ควรแนะนำวิธีทำความสะอาดที่เหมาะสมกับสภาพช่องปากของผู้ป่วย วิธีการแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ การแปรงฟันแบบแห้ง หรือใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน รวมถึงการนัดติดตามผลการรักษา และตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือน จะทำให้ผู้ป่วย สามารถใช้งานฟันเทียมและคงสภาพฟันในช่องปากให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้ป่วยทั้งสองรายที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และยินยอมให้นำข้อมูลทางคลินิกมาใช้ในการจัดทำรายงานกรณีศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ทางวิชาชีพทันตกรรม ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ทันตแพทย์ณัฐภูมิ อนันตสิทธิ์ และ ทันตแพทย์หญิงณัฐชยา สุวรรณพงศ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนทางวิชาการตลอดกระบวนการจัดทำรายงานฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Patel MB, Bencharit S. A treatment protocol for restoring occlusal vertical dimension using an overlay removable partial denture as an alternative to extensive fixed restorations: a clinical report. *Open Dent J* 2009;3:213-8.
2. สิปภาภัก อิ้นแหลง, พิศัยศิษฏ์ ชัยจรีนนท์. การเพิ่มมิติแนวตั้งด้วยคอมโพสิตออนเลย์โดยอ้อมในงานฟื้นฟูช่องปาก: รายงานผู้ป่วย. *เชียงใหม่ทันตสาร* 2563;41(2):159-74.
3. Paul K. Restoration of the worn dentition. *Clin Dent Rev* 2017;1(4):1-11.
4. Jacobsen P. Restorative dentistry: an integrated approach. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
5. Rivera-Morales WC, Mohl ND. Restoration of the vertical dimension of occlusion in the severely worn dentition. *Dent Clin North Am* 1992;36(3):651-64.
6. Shellis RP, Addy M. The interactions between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. *Monogr Oral Sci* 2014;25:32-45.
7. Turner KA, Missirlan DM. Restoration of the extremely worn dentition. *J Prosthet Dent* 1984;52(4):467-74.
8. Gitt I. Prosthetic rehabilitation of surgically and orthodontically pretreated patients with clefts. *Stomatol DDR* 1980;30(1):1-7.
9. Glyn Jones JC, Basker RM. Restorative treatment of a bilateral open bite. *Dent Update* 1983;10(8):511-4.
10. The Academy of Prosthodontics. The Glossary of Prosthodontic Terms 2023. *J Prosthet Dent* 2023;130(4 Suppl 1):e1-e3.
11. วิชญ์ จินดาวณิก. หลักการ แนวคิดและข้อปฏิบัติในงานทันตกรรมประดิษฐ์ประมวลศัพท์ทันตกรรมประดิษฐ์และสมรรถนะวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
12. Abduo J, Lyons K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Aust Dent J* 2012;57(1):2-10.
13. Turner LC. The profile tracer: method for obtaining accurate pre-extraction records. *J Prosthet Dent* 1969;21(4):364-70.
14. วัชรศักดิ์ ตุมราศวิน, สุภารัตน์ นันต์. การวินิจฉัยและการประเมินมิติแนวตั้ง. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2015;38:165-76.

15. Burnett CA, Clifford TJ. Closest speaking space during the production of sibilant sounds and its value in establishing the vertical dimension of occlusion. *J Dent Res* 1993;72(6):964-7.
16. Fishman LS. Dental and skeletal relationships to attritional occlusion. *Angle Orthod* 1976;46(1):51-63.
17. Veloso L, Dias R, Messias A, Fonseca J, Nicolau P. Evaluation of condylar position by CBCT after static and dynamic registration in edentulous patients. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2015;56(1):9-17.
18. บุญส่ง ประทีปสว่างวงศ์. การใช้วิศวกรรมย้อนกลับ เครื่องคอมพิวเตอร์นิวเมอริคัลคอนโทรลและเทคโนโลยีการสร้างต้นแบบเร็วในทางทันตกรรมบูรณะ. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร* 2561;39(2):13-29.
19. Wassell RW, Steele JG, Welsh G. Considerations when planning occlusal rehabilitation: a review of the literature. *Int Dent J* 1998;48(6):571-81.