

การสร้างฟันเทียมทั้งปากสำหรับผู้ป่วย ที่ไม่ได้ทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟัน: รายงานผู้ป่วย

ชัยรัช ตั้งสงวนนุช*

บทคัดย่อ

การทำฟันเทียมทั้งปากให้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะกายวิภาคในช่องปากที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการใส่ฟันเทียมและไม่ได้รับการผ่าตัดเพื่อเตรียมช่องปากสำหรับใส่ฟันเทียมถือเป็นความท้าทายอย่างหนึ่งในการรักษา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทำฟันเทียมทั้งปากให้กับผู้ป่วยชายไทยอายุ 81 ปี ที่มีปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง ส่วนคอตัดสันไมโลไฮออยด์ ทั้ง 2 ข้าง และส่วนคอตัดปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้าย ซึ่งขัดขวางการใส่-ถอดฟันเทียม และผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการทำศัลยกรรมเพื่อเตรียมช่องปากสำหรับใส่ฟันเทียม เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพร่างกาย ในการทำฟันเทียม ได้กำหนดทิศทางการใส่-ถอดฟันเทียมโดยใช้เครื่องสำรวจความขนานและประเมินสิ่งกีดขวางที่เกิดจากเนื้อเยื่อการใช้วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อช่วยเพิ่มการยึดอยู่ของแท่นกัก ลดการบาดเจ็บขณะลอง ส่วนสารฉาบชนิดนุ่มถาวรช่วยเพิ่มการยึดอยู่ของฟันเทียม และลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะใช้งาน การนำวัสดุดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการทำฟันเทียมนับเป็นทางเลือกหนึ่งในการทำฟันเทียมทั้งปากให้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเพื่อเตรียมช่องปากก่อนใส่ฟันเทียม เพื่อให้ได้ฟันเทียมที่ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ : ฟันเทียมทั้งปาก ศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟัน สารฉาบชนิดนุ่ม รายงานผู้ป่วย

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ

Corresponding Author: Chairuch Tangsanguannuch E-mail: chairuch@gmail.com

Received: 20 October 2024

Revised: 10 December 2025

Accepted: 14 January 2025

COMPLETE DENTURE FABRICATION FOR A PATIENT WITHOUT PREPROSTHETIC SURGERY: CASE REPORT

Chairuch Tangsanguannuch*

ABSTRACT

Fabricating complete dentures for patients with unfavorable oral anatomy and without preprosthetic surgery presents significant challenges. This case report describes the denture fabrication process for an 81-year-old Thai male patient with torus mandibularis, bilateral undercuts beneath the mylohyoid ridges, and an undercut on the left maxillary tuberosity, which impeded denture insertion and removal. Due to health constraints, the patient was ineligible for preprosthetic surgery. To address these challenges, a surveyor was used to identify insertion and removal paths by assessing tissue obstructions. A tissue conditioner was employed to enhance occlusion rim retention and minimize trauma during try-in. Additionally, a permanent soft liner was applied to improve denture retention and reduce tissue trauma during use. This alternative approach demonstrates an effective method for fabricating complete dentures for patients unable to undergo preprosthetic surgery, providing functional and beneficial outcomes for such individuals.

KEYWORDS: complete denture, preprosthetic surgery, soft liner, case report.

*Dental Department, Chaiyaphum Hospital

Corresponding Author: Chairuch Tangsanguannuch E-mail: chairuch@gmail.com

Received: 20 October 2024 Revised: 10 December 2025 Accepted: 14 January 2025

บทนำ

The American College of Prosthodontists ได้แบ่งผู้ป่วยไร้ฟัน ตามระดับความยากง่ายของการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย¹ เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมรวมทั้งส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากมีความจำเป็น โดยประเมินจากสิ่งต่อไปนี้

1. ความสูงของกระดูกขากรรไกรล่าง
2. รูปร่างสันเหงือกส่วนที่เหลือของขากรรไกรบน
3. การยึดเกาะของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะที่ขากรรไกรล่างเท่านั้น
4. ความสัมพันธ์ระหว่างขากรรไกรบนและล่าง

การเตรียมช่องปากก่อนการพิมพ์แบบทำฟันเทียมเป็นสิ่งสำคัญและมีความหมาย หากละเลยมักเกิดปัญหาตามมา ยกตัวอย่างการมีปุ่มขากรรไกรบน (maxillary tuberosity) ที่ใหญ่มากจะขัดขวางการเรียงฟัน ปุ่มกระดูกที่แหลมๆ ทำให้เจ็บตอนใส่หรือถอดฟันเทียม หรือสภาพสันเหงือกแบบเนื้อเยื่ออ่อนนุ่ม (flabby) อาจทำให้ฟันเทียมเสียเสถียรภาพ ขยับได้ง่าย เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งถ้ามีการตรวจอย่างละเอียดและแก้ไขก่อนพิมพ์แบบขั้นสุดท้าย (final impression making) ปัญหาต่าง ๆ จะได้ไม่เกิดขึ้น ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากอาจพบได้หลายรูปแบบ บ้างเกิดจากการใส่ฟันเทียมที่มีอยู่ทำให้สันเหงือกใต้ฐานฟันเทียมผิดปกติไป บ้างเกิดขึ้นโดยที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียมมาก่อน ซึ่งการแก้ไขมีทั้งต้องทำศัลยกรรมร่วมด้วยหรือไม่แล้วแต่ความผิดปกติมากน้อยเพียงใด ความผิดปกตินั้นมีทั้งที่ไม่ต้องแก้ไขทางศัลยกรรม เช่น เนื้อเยื่อที่ถูกกระจัดและหรืออักเสบเล็กน้อย (tissue slightly displaced and/or inflamed) เนื้อเยื่อถูกใช้งานมากเกินไปอาจรวมหรือไม่รวมด้วยกับปากอักเสบจากฟันเทียม (abused tissue with/without denture stomatitis) เป็นต้น ส่วนความผิดปกติที่แก้ไขทางศัลยกรรม ได้แก่ ปัญหาเนื้อเยื่อ ปัญหาปุ่มขากรรไกรบน ปุ่มกระดูกและกระดูกส่วนอกสันเหงือกมีส่วนคอด (undercut) สันไมโลไฮออยด์ (mylohyoid ridge) สันเหงือกหลังถอนฟันที่มีกระดูกเป็นเงี่ยงคม เป็นต้น สันเหงือกที่มีส่วนคอดนั้นโดยปกติจะมีประโยชน์ต่อการยึดอยู่ของฟันเทียม แต่ถ้า

ส่วนคอดนั้นเป็นอุปสรรคต่อการใส่-ถอดฟันเทียม จำเป็นต้องกำจัดออก ในบางตำแหน่งพบว่า เป็นส่วนคอดเมื่อเทียบกับทิศทางการใส่และถอดฟันเทียมในแนวตั้ง แต่ถ้าเปลี่ยนทิศทางการใส่-ถอดฟันเทียมเป็นแบบหมุน (rotational path) จะสามารถใส่ฟันเทียมนั้นได้โดยไม่เกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อ ในกรณีนี้ถือว่า ส่วนคอดนี้มีประโยชน์ต่อการยึดอยู่ของฟันเทียม หากส่วนคอดขัดขวางการใส่-ถอดฟันเทียมโดยไม่สามารถหาทิศทางการใส่-ถอดฟันเทียมได้ จำเป็นต้องกำจัดออก โดยเฉพาะสันเหงือกที่มีส่วนคอดอยู่ตรงข้ามกัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของสันเหงือกต้องกำจัดออกไปตำแหน่งหนึ่ง รักษาไว้อีกตำแหน่งหนึ่งเพื่อการยึดอยู่ และไม่ควรรอกระดูกออกถ้าหาทิศทางการใส่-ถอดได้โดยไม่เจ็บ¹

ปุ่มขากรรไกรบนที่มีขนาดใหญ่หรือย้อยต่ำลงมามาก ทำให้ระยะระหว่างขากรรไกรบริเวณนั้นไม่เพียงพอในการเรียงฟันหรือทำเป็นฐานฟันเทียม ขัดขวางการสร้างระนาบสบที่ถูกต้อง และการมีส่วนคอดทางด้านข้างนั้นถ้ามากเกินไปจนปีกของฟันเทียมบริเวณร่องคอโรนอยด์-ขากรรไกรบน (coronomaxillary sulcus) นั้นขัดขวางการเคลื่อนที่มาด้านหน้าของส่วนยื่นคอโรนอยด์ (coronoid process) ขณะอำปากกรณีนี้ให้พิจารณาตัดออก แต่ถ้ามีส่วนคอดเพียงด้านเดียวหรือทั้งสองข้างอาจต้องตัดออกข้างหนึ่งเพื่อให้สามารถใส่ฟันเทียมได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับส่วนคอดนั้น ขัดขวางการเคลื่อนที่มาด้านหน้าของส่วนยื่นคอโรนอยด์ขณะอำปากหรือไม่

ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง (torus mandibularis) มักเกิดทั้งขวาซ้ายเป็นคู่ พบได้ที่บริเวณฟันเขี้ยว ฟันกรามน้อย เยื่อเมือกที่ปกคลุมจะบางมากถูกกดเป็นแผลได้ง่าย เพราะฟันเทียมล่างขยับง่ายกว่าฟันเทียมบน การทำให้เกิดผื่นตามขอบเป็นไปได้ยาก ดังนั้น ปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างนี้จึงควรตัดออกมิฉะนั้นไม่สามารถขยายขอบเขตของฐานฟันเทียมด้านล่าง ทำให้ขาดผื่นที่ขอบที่ดี แต่ถ้ามีขนาดเล็กอาจผ่อนแรงกดที่ฟันเทียมเท่านั้น¹ สันไมโลไฮออยด์ จะเด่นขึ้นเมื่อกระดูกขากรรไกรบริเวณใกล้เคียงสลายตัวมาก เนื้อเยื่อปกคลุมค่อนข้างบางและง่ายต่อการบาดเจ็บ อีกทั้งยังขัดขวางการขยายปีกฟันเทียมด้านล่าง ซึ่งทำให้เกิดการผื่นตามขอบที่ไม่ดี¹

การทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟัน (reprosthetic surgery) เป็นการตกแต่งสันเหงือกให้เหมาะสมแก่การใส่ฟันเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใส่ฟันเทียมได้โดยไม่มีอาการเจ็บ สามารถใช้ฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำได้ตั้งแต่การผ่าตัดเล็กไปจนถึงผ่าตัดใหญ่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดความผิดปกติที่จะแก้ไข² ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการทำศัลยกรรมได้ไม่ว่าเหตุผลใด ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาต้องประยุกต์วิธีในการสร้างฟันเทียมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอการทำฟันเทียมทั้งปากให้กับผู้ป่วยที่มีปุ่มกระดูก และส่วนคอดที่ขัดขวางการใส่ถอดฟันเทียมและไม่สามารถทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟัน เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาเป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยลักษณะนี้ต่อไป

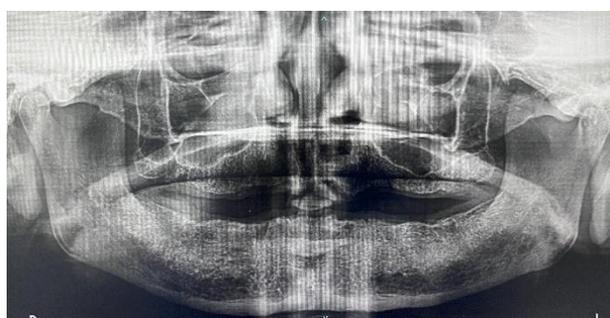
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 81 ปี ถูกวินิจฉัยว่า ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) ได้รับการ

ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทำฟันเทียมทั้งปาก ให้ประวัติว่าไม่เคยใส่ฟันเทียมถอดได้มาก่อนจากการตรวจสภาพช่องปาก (รูปที่1) พบว่า ไม่มีฟันธรรมชาติเหลือในช่องปาก กระดูกขากรรไกรบนมีขนาดใหญ่ ลักษณะรูปแบบส่วนโค้ง (arch form) เป็นแบบเหลี่ยม (square) รูปร่างสันเหงือก (ridge form) สูงเป็นรูปตัวยูกลับหัว (inverted “u” shaped) มีส่วนคอดในปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้าย สำหรับกระดูกขากรรไกรล่างมีขนาดใหญ่ ลักษณะรูปแบบส่วนโค้งเป็นแบบเหลี่ยมรูปร่างสันเหงือกสูง เป็นรูปตัวยูกลับหัว มีปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างอยู่บริเวณด้านลิ้น แถวฟันเขี้ยวและฟันกรามใหญ่ซี่ที่หนึ่ง มีส่วนคอดใต้สันไมโลไฮออยด์ทั้งซ้ายและขวา จากการตรวจทางภาพรังสีพานอรามิกไม่พบรอยโรคใดในกระดูกขากรรไกรบนและล่าง (รูปที่2) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ ร่างกายไม่แข็งแรง มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ทำการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยทำฟันเทียมทั้งปากโดยไม่ได้ทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟัน



รูปที่ 1 ลักษณะภายในช่องปาก



รูปที่ 2 ภาพรังสีพานอรามิกของผู้ป่วย

เริ่มขั้นตอนการรักษาโดยการพิมพ์แบบขั้นต้น (preliminary impression) ด้วยอัลจินเต (alginate) ร่วมกับถาดพิมพ์ปากสำเร็จรูปชนิดโลหะ นำแบบพิมพ์ที่ได้ไปเทปูนพลาสติกหีนทำแบบจำลองศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ในการทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลชนิดที่มีระยะที่ว่างบางส่วน (partial space tray) ตามแนวคิดของการพิมพ์แบบเลือกใช้แรงกด (selective-pressure impression) เพื่อใช้พิมพ์แบบสุดท้าย (final impression) ด้วยเทคนิคการพิมพ์แบบอ้าปาก

(open mouth technique) โดยการปั้นขอบ (border molding) ด้วยคอมเพาท์แท่งสีเขียว (green stick compound, Kerr Corp., USA) พิมพ์แบบสุดท้ายด้วยซิลิโคนแบบเติมชนิดเหลว (Elite HD+ light body A-silicone, Zhermack, Italy) นำรอยพิมพ์มาเทปูนเพื่อทำแบบจำลองหลักด้วยพลาสติกหีน นำแบบจำลองหลักไปสำรวจด้วยเครื่องสำรวจความขนาน (surveyor) เพื่อหาวิถีการใส่-ถอดฟันเทียมและประเมินสิ่งกีดขวางที่เกิดจากเนื้อเยื่อ (รูปที่3)



รูปที่ 3 การสำรวจแบบจำลองหลักด้วยเครื่องสำรวจความขนาน

ทำการปิดส่วนคอดใต้สันไมโลไฮออยด์และปุ่มกระดูกขากรรไกรล่างด้วยปูนพลาสติก ส่วนคอดในปุ่มขากรรไกรบนด้านซ้ายให้ปิดด้วยซีฟิ่ง ก่อนนำไปสร้างแทนกััด (occlusion rim) ต่อไป เมื่อได้แทนกััดทั้งบนและล่างแล้วนำมาลองในปากผู้ป่วย ปรับแต่งความอูมนูน ระบายสบฟันของแทนกััดบน ปรับแต่งแทนกััดล่างให้มีมิติแนวตั้งขณะสบและระยะปลอดการสบที่เหมาะสม บันทึกการสบฟันในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ โดยขณะทำการลองแทนกััดล่างใช้วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อ (tissue conditioner, Soft-liner, GC Corp., Japan) มารองพื้นบริเวณส่วนคอดใต้สันไมโลไฮออยด์และปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง (รูปที่ 4) ช่วยเพิ่มการยึดอยู่ของแทนกััดในปากผู้ป่วย

ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่อาจเกิดขึ้นขณะลองแทนกััด ก่อนบันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ให้ลอกวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อออก ใช้นิ้วมือช่วยยึดแทนกััดให้มีเสถียรภาพ นำขากรรไกรล่างเข้าตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ โดยใช้วัสดุซิลิโคน (Occlufast Rock, Zhermack, Italy) เป็นตัวกลางบันทึกการสบฟัน การทำโดยวิธีนี้จะทำให้แทนกััดล่างใส่ได้สนิทในแบบจำลองหลัก นำแทนกััดที่ผ่านการบันทึกการสบฟันในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ไปติดตั้งในเครื่องกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลอง เรียงฟัน และนำมาลองฟันกับผู้ป่วยโดยการตรวจสอบ การสบฟัน รวมทั้งความสวยงามจนเป็นที่พอใจซึ่งขั้นตอนนี้ได้นำวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อมาใช้รองพื้นเช่นเดียวกัน (รูปที่5)



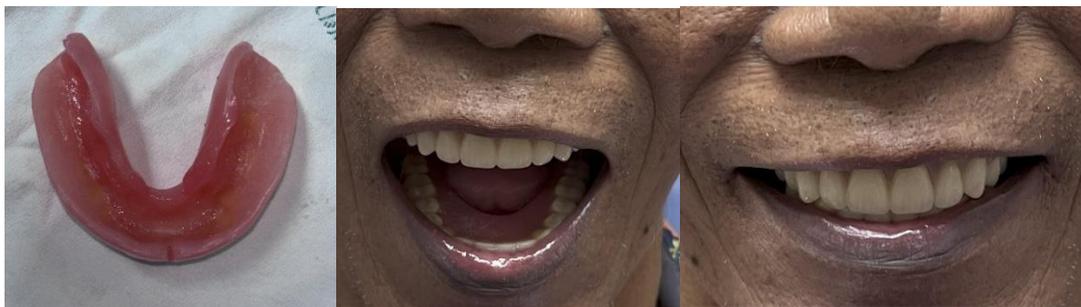
รูปที่ 4 การลองแทนกััด



รูปที่ 5 การลองฟัน

แล้วนำไปอัดแบบและนัดหมายผู้ป่วยมาใส่ฟันในวันที่ใส่ฟันเทียมบน กำหนดแนวใส่อยู่ในทิศทางจากซ้ายไปขวา แนวถอดจากขวาเข้าซ้าย สำหรับฟันเทียมล่างแนวใส่จากหลังมาหน้าและแนวถอดจากหน้าไปหลัง เมื่อทำการปรับแต่งฟันเทียมจนใส่ได้สนิทแล้วจึงทำการปรับแต่งรอยกดด้านเนื้อเยื่อ (tissue surface) และการสบฟัน จากนั้นให้รองพื้นด้านในของฐานฟันเทียมล่างบริเวณปีกฟันเทียมด้านลิ้น (lingual flange) ซึ่งเป็นส่วนคอดใต้สันไมโลไฮออยด์และปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง เพื่อช่วยการยึดอยู่ของฟันเทียมลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่อาจเกิดขึ้นและลดการติดเชื้ออาหารด้วยสารฉาบชนิดนุ่มถาวร (permanent soft liner) ซิลิโคนชนิดพ่นเอง (autopolymerized silicone, SOFRELINER Tough M, Tokuyama Dental Corp., Japan) ตัดส่วนเกินด้วยมีดจนฟันเทียมล่างใส่ได้สนิท (รูปที่ 6) นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา

นาน 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน เพื่อสอบถามและแก้ไขตามอาการที่พบ พบว่าในสัปดาห์แรกมีรอยกดเจ็บของเนื้อเยื่อใต้ฐานฟันเทียมล่างจึงได้ทำการปรับแต่งรอยกดด้านเนื้อเยื่อของฐานฟันเทียมในส่วนที่เป็นเรซินอะคริลิกให้ใช้หัวกรออะคริลิกหรือหัวกรอเหล็กปรับแต่ง ส่วนที่เป็นสารฉาบนุ่มชนิดถาวรให้ใช้มีดตัดแต่งโดยพยายามทำให้เรียบเท่าที่ทำได้และตรวจสอบการสบฟัน หลังจากติดตามผลการรักษาต่ออีก 2 สัปดาห์และ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับฟันเทียมได้ดี สามารถใช้งานฟันเทียมได้ สารฉาบนุ่มชนิดถาวรยังมีความนุ่มอยู่ ไม่ติดสี (รูปที่ 7) ได้ทำนัดหมายผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือนเพื่อตรวจสอบฟันเทียมและสภาพสารฉาบชนิดนุ่มถาวรว่า ควรเปลี่ยนหรือไม่ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษา สามารถใช้ฟันเทียมบดเคี้ยวอาหารได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



รูปที่ 6 การใส่ฟัน



รูปที่ 7 สภาพสันเหงือกล่างและสารฉาบนุ่มชนิดถาวร ติดตามผลการรักษานาน 1 เดือน

วิจารณ์

แม้ว่าการทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันเทียม จะมีความจำเป็นเพื่อตกแต่งสันเหงือกให้เหมาะสม สำหรับรองรับฟันเทียม ไม่ขัดขวางการใส่-ถอดฟัน เทียม ทำให้ฟันเทียมมีการยึดอยู่และเสถียรภาพที่ดี แต่ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำศัลยกรรมได้ไม่ว่า จากสาเหตุใดก็ตาม ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีสร้างฟัน เทียมโดยคำนึงถึงความสวยงามและการใช้งาน เพื่อให้ ได้ฟันเทียมที่ดีตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย³ การสำรวจแบบจำลองด้วยเครื่องสำรวจความขนาน นอกจากใช้หาวิถีการใส่-ถอดฟันเทียมให้มีสิ่งกีดขวาง น้อยที่สุดและได้ความสวยงามจากการใส่ฟันเทียม มากที่สุด ยังใช้ประเมินสิ่งกีดขวางที่เกิดจากเนื้อเยื่อ ได้อีกด้วย⁴ ทำให้บางครั้งไม่มีความจำเป็นต้องกำจัด ส่วนคอดออกไปทั้งหมด ถ้าสามารถหาทิศทาง การใส่-ถอดได้และส่วนคอดนั้นมีประโยชน์ต่อการ ยึดอยู่ของฟันเทียมเห็นได้ชัดในผู้ป่วยรายนี้ซึ่งมีปุ่ม กระดูกขากรรไกรบนด้านซ้ายเพียงด้านเดียวและไม่ได้ กำจัดออก เนื่องจากสามารถหาทิศทางการใส่-ถอดได้ อีกทั้งไม่ขัดขวางการเคลื่อนที่ทางด้านหน้าของส่วนยื่น คอโรนอยด์ขณะอำปาก สำหรับปุ่มกระดูกขากรรไกร กลางและส่วนคอดใต้สันโมเลไฮออยด์ นอกจากเนื้อเยื่อ ที่บางและง่ายต่อการบาดเจ็บแล้ว อีกทั้งยังขัดขวาง การขยายปีกฟันเทียมด้านลิ้นทำให้เกิดการผื่นขอบได้ ยาก มีผลต่อการยึดอยู่ของแท่นกัดในขั้นตอนการลอง แท่นกัดและการใช้งานฟันเทียม

สารฉาบชนิดนุ่ม (soft denture liner) แบ่ง ออกได้เป็นสารฉาบชนิดนุ่มชั่วคราวหรือวัสดุปรับ สภาพเนื้อเยื่อและสารฉาบชนิดนุ่มถาวร⁵ วัสดุเหล่านี้ ทำมาจากสารเคมีชนิดต่างๆซึ่งต่างมีสมบัติเฉพาะตัว ทำให้สามารถเลือกใช้งานได้หลายรูปแบบให้เหมาะสม กับแต่ละสถานการณ์ ด้วยคุณสมบัติวิสกีโอลาสติก (viscoelastic) กล่าวคือ ไหลแผ่ (flow) เมื่อมีแรงกด และคืนตัว (recovery) เมื่อเอาแรงกดออก จึงช่วย ดูดซับพลังงานที่เกิดจากแรงบดเคี้ยวพร้อม ๆ กับ ช่วยกระจายแรงให้ถ่ายทอดลงสู่เนื้อเยื่อใต้ฐาน ฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอ ไม่เกิดจุดกดเฉพาะที่บน สันเหงือกรั้วฟัน ทำให้ใส่สบายไม่เจ็บ สารฉาบชนิดนุ่ม

ชั่วคราวหรือวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อมีจุดประสงค์หลัก ของการใช้เพื่อปรับสภาพเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ หรือใช้กับ ฟันเทียมชั่วคราวใส่ทันที เสริมฐานฟันเทียมชั่วคราว ใช้พิมพ์แบบขณะใช้งานสำหรับสิ่งประดิษฐ์ชนิดต่าง ๆ และใช้เพื่อเพิ่มเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฐาน แท่นกัด⁶ เช่นในผู้ป่วยรายนี้ ที่มีความคอดของกระดูก มากซึ่งโดยปกติจำเป็นต้องปิดความคอดบน แบบจำลองหลัก ทำให้เมื่อนำแท่นกัดไปลองในปาก ผู้ป่วยมักพบหลวม ทำให้ทำงานลำบาก Klein และ Soni⁷ Coffield⁸ Knight⁹ และ Antonelli และ Hottel¹⁰ นำเสนอการนำวัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อมาใช้ ปิดความคอดแบบจำลองหลักแทนซี่ฝัง วิธีนี้จะเห็นว่า วัสดุปรับสภาพเนื้อเยื่อเป็นส่วนหนึ่งของแท่นกัด ช่วย เพิ่มเสถียรภาพและการยึดอยู่ของแท่นกัดในปาก ผู้ป่วย ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่อาจเกิดขึ้นขณะ ลองแท่นกัด ในขณะที่สารฉาบชนิดนุ่มถาวรนิยมใช้ทำ เป็นฐานนิ่มของฐานฟันเทียมอะคริลิกสำหรับผู้ป่วยที่ ไม่สามารถทนต่อสภาพฐานฟันเทียมที่แข็งได้ วัสดุนี้มีความทนทานและยืดหยุ่นเพียงพอที่จะใส่ผ่านส่วนคอด ของกระดูกโดยปราศจากการบาดเจ็บ⁶ ในผู้ป่วยรายนี้ เลือกใช้สารฉาบชนิดนุ่มถาวรชนิดซิลิโคนชนิดบ่มเองโดย ควรมีความหนาที่เพียงพอ อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร และโดยเฉลี่ยความหนาของฐานฟันเทียมที่แนะนำ คือ 3 มิลลิเมตร ทำให้มักต้องกรอด้านในของฐานฟันเทียม ออกไปจนบาง ดังนั้นเพื่อลดโอกาสเกิดการแตกหักของ ฐานฟันเทียมจึงควรใช้วัสดุทำฐานฟันเทียมชนิดกัน กระแทก⁶ แม้ว่าซิลิโคนฉาบฟันเทียมชนิดนุ่มถาวร ชนิดบ่มเอง จะมีคุณสมบัติยืดหยุ่นที่ดี มีความนุ่ม ได้นาน ใช้งานง่าย แต่ก็เสื่อมสภาพไปตามกาลเวลา ความต้านทานต่อการสึกต่า ง่ายต่อการฉีกขาด ไม่ยึด ติดกับเรซินอะคริลิกที่เป็นฐานฟันเทียม ทำให้หลุด ลอกบริเวณปีกฟันเทียม อีกทั้งดูดซับน้ำลายและเป็น แหล่งสะสมเชื้อจุลินทรีย์ ดังนั้นควรนัดผู้ป่วยมา ติดตามผลการรักษาและเปลี่ยนซิลิโคนฉาบฟันเทียม ชนิดนุ่มถาวรชนิดบ่มเองตามความเหมาะสม⁵

การใช้ฟันเทียมไนลอนหรือฟันเทียมงอได้ (nylon or flexible denture) อาจเป็นทางเลือกในการรักษาวิธีหนึ่ง แต่ความยืดหยุ่นที่อาจจะมีมากเกินไปของฐานฟันเทียมงอได้ทั้งชิ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บขณะใช้งานและเกิดการละลายตัวของสันเหงือกไร้ฟัน ดังนั้นถ้าพิจารณาให้ดีแล้วจะเห็นว่าการใช้สารฉาบนุ่มน่าจะเป็นทางเลือกอันดับแรกเนื่องจากฐานฟันเทียมมีลักษณะแข็งทื่อ (stiff) ทำให้เกิดการกระจายแรงไปทั่วทั้งฐานฟันเทียมโดยมีส่วนของสารฉาบนุ่มซึ่งอ่อนนุ่มและยืดหยุ่นเข้าไปอยู่ในส่วนคอด ทำให้ปีกฟันเทียมแนบกับช่องร่องปาก (vestibule) ช่วยเพิ่มเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียม ทำให้ใส่สบายและไม่เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะใส่และใช้งาน⁶

สรุป

การทำฟันเทียมทั้งปากให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำศัลยกรรมเพื่อการใส่ฟันได้ไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม เป็นความท้าทายอย่างหนึ่งซึ่งต้องคำนึงถึงทิศทางการใส่-ถอดฟันเทียม การขยายขอบเขตของฐานฟันเทียมให้กว้างโดยไม่รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อโดยรอบ ความแนบสนิทกับเนื้อเยื่อในช่องปากของฐานฟันเทียม และการทำให้เกิดการฉีกขอบโดยรอบ เพื่อให้ได้การยึดอยู่ที่ดีรวมทั้งการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นเมื่อนำฟันเทียมไปใช้งาน การใช้สารฉาบนุ่มช่วยเพิ่มการยึดอยู่ของฟันเทียม ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่อาจเกิดขึ้นขณะใช้งาน นับว่าเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

REFERENCES

1. Yodsuwan D. Complete denture 1. Khon Kaen: Klungnanawittaya Printing House ; 2018.
2. Hangsusoot C. Oral and maxillofacial surgery. Bangkok: Year Book Publisher; 1993.
3. Patel S, Shahin B, Kawar N. Non-surgical management of complete denture in presence of anatomical challenges. Clin Oral Sci Dent. 2002;5(1):1-5.
4. Sukpatree M. Removable partial denture design. Chiang Mai: Chiang Mai Pimniyom; 2022.
5. Yodsuwan D. Complete denture 2. Khon Kaen: Klungnanawittaya Printing House; 2018.
6. Nakasiri R, Asavapallungkul R, Sukaravetworasiri P. Various applications of soft denture liners. J Dent Assoc Thai ;57(1):52-60.
7. Klein IE, Soni A. Stabilized record bases for complete dentures. J Prosthet Dent. 1979;42(5):584-7.
8. Coffield B. Stabilized bases using available undercuts for retention and stability. J Prosthet Dent. 1987;57(4):525.
9. Knight JS. Fabrication of a stable record base for severe soft tissue undercuts in the edentulous patient. J Prosthet Dent. 1999;82(4):485-6.
10. Antonelli JR, Hottel TL. The "flexible augmented flange technique" for fabricating complete denture record bases. Quintessence Int. 2001;32(5):361-4.