

ฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากเทียมขนาดเล็กสองรากหลังการผ่าตัด ทันทีในขากรรไกรล่างผู้ป่วยที่มีภาวะปากเล็กจากโรคผิวหนังแข็ง สัมพันธ์กับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง : รายงานผู้ป่วย

Immediate Loading in Two Mini-Implant Retained Mandibular Overdenture in Patient with Microstomia for Scleroderma Associated Systematic Lupus Erythematosus : A Case Report

กิตติพงศ์ ทัดตากร¹, วีระพันธ์ อุ่นเมืองทอง², พณรัตน์ ขอดแก้ว³, ปฐวี คงขุนเทียน²

¹กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลปราณบุรี จ.ประจวบคีรีขันธ์

²ศูนย์ความเป็นเลิศทางทันตกรรมรากเทียม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Kittipong Tattakorn¹, Weerapan Aunmeungthong², Panarat Kodkeaw³, Pathawee Khongkhunthian²

¹Dental Department, Pranburi Hospital, Prachuap Khiri Khan

²Center of Excellence for Dental Implantology, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Thailand

³Department of Prosthodontic, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Thailand

ชม. ทันตสาร 2559; 37(1) : 155-161

CM Dent J 2016; 37(1) : 155-161

บทคัดย่อ

การรักษาด้วยทันตกรรมรากเทียมเป็นที่แพร่หลายในปัจจุบันรวมถึงในการรักษาผู้ป่วยที่สูญเสียฟันทั้งปาก การใช้รากเทียมช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ฟันเทียมทั้งปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่สันเหงือกละลายตัวมาก ความกว้างของกระดูกขากรรไกรไม่เพียงพอต่อการฝังรากเทียม รากเทียมขนาดเล็กซึ่งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิเมตร เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา อีกทั้ง

Abstract

Dental implant becomes more popular in the management of edentulous patient. The implant retained overdenture can be an effective approach to improve elderly patient's quality of life and chewing ability. In case of excessive alveolar ridge resorption with inadequate bone width, Mini dental implant (MDI) with ≤ 3 mm of diameter can be use as an alternative treatment due to less complication

Corresponding Author:

ปฐวี คงขุนเทียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ศูนย์ความเป็นเลิศทางทันตกรรมรากเทียม
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Pathawee Khongkhunthian

Associated Professor., Dr. Center of Excellence
for Dental Implantology, Faculty of Dentistry,
Chiang Mai University 50200, Thailand
E-mail: pathaweek@gmail.com

ยังลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด ประหยัดเวลาในการรักษา และช่วยลดต้นทุนของค่าใช้จ่ายได้ ในกรณีศึกษานี้กล่าวถึงผู้ป่วยที่มีสันเหงือกขนาดเล็ก มีภาวะปากเล็กจากโรคผิวหนังแข็งที่สัมพันธ์กับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และได้ทำการรักษาโดยทำฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากเทียมขนาดเล็กสองรากหลังการผ่าตัดทันตในขากรรไกรล่างซึ่งผลการรักษาและติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปีเป็นที่น่าพึงพอใจ

คำสำคัญ: รากเทียมขนาดเล็ก ฟันเทียมคร่อมรากเทียม การใส่ทันต ภาวะปากเล็ก รายงานผู้ป่วย

surgery procedure, reduce treatment time and reasonable cost. This study presents a case of narrow alveolar ridge and microstomia from scleroderma associated systemic lupus erythematosus (SLE). The patient was treated by immediate loading in two mini-implant retained mandibular overdenture. The treatment and one year follow up gave favorable results.

Keywords: Mini-implant, Overdenture, Immediate loading, Microstomia, Case report

บทนำ

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (systemic lupus erythematosus) เป็นกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (autoimmune disease) พบบ่อยในเพศหญิง ปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกการเกิดโรคที่ชัดเจน สันนิษฐานว่าเป็นภาวะทางพันธุกรรมร่วมกับสิ่งแวดล้อม โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมีอาการแสดง อาทิ ผื่นวงมีผื่นแดงบนใบหน้าคล้ายรูปผีเสื้อ (malar rash) ปวดข้อ แผลในปาก ซีด บวม แพ้แสงแดด⁽¹⁾ กรณีที่โรคมีผลต่อระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) ผู้ป่วยอาจมีภาวะผิวหนังแข็ง (scleroderma) ซึ่งสามารถนำมาสู่การมีภาวะปากเล็ก (microstomia)⁽²⁾

ภาวะปากเล็กเป็นผลจากการที่ช่องปากแคบผิดปกติเนื่องจากมีความจำกัดในส่วนริมฝีปากหรือกล้ามเนื้อรอบปาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปาก เกิดโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์ได้ รวมถึงยังขัดขวางการให้การรักษาทางทันตกรรม⁽³⁾ นำไปสู่การสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ซึ่งการใส่ฟันเทียมทดแทนจึงมีความสำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปากเล็กนี้นอกจากจะทำการผ่าตัดขยายขนาดช่องปากแล้ว การเพิ่มความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณมุมปาก และการใช้ฟันเทียมแบบแยกส่วน (sectional denture) เป็นหลักการที่มักนำมาใช้ในทางทันตกรรมประดิษฐ์⁽⁴⁾

การฝังรากเทียมเพื่อรองรับฟันเทียม จะช่วยแก้ไขปัญหาคอเทียมหลวมหลุดง่าย แก้ไขอาการเจ็บปวดจากฟันเทียมกด

ทับขณะเคี้ยวอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กลับมา มีความมั่นใจมากขึ้น⁽⁵⁾ โดยมีการแนะนำให้ฟันเทียมคร่อมรากเทียม 2 ราก ในบริเวณด้านหน้าของส่วนโค้งขากรรไกรล่างระหว่างรูเปิดเมลาทอล (mental foramen) ซ้ายและขวา เป็นมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยที่มีฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่าง⁽⁶⁾ เนื่องจากบริเวณนี้กระดูกมีความหนาแน่นสูงกว่าบริเวณอื่นๆ รวมทั้งมีขนาดและความสูงที่เหมาะสมต่อการฝังรากเทียม อย่างไรก็ตามในกรณีที่สันเหงือกละลายตัวมาก ความกว้างของสันเหงือกในแนวใกล้แก้มและใกล้ลิ้นไม่เพียงพอต่อการฝังรากเทียม รากเทียมขนาดเล็กซึ่งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิเมตร เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา อีกทั้งยังลดการบาดเจ็บของผู้ป่วย ประหยัดเวลาในการทำหัตถการและยังช่วยลดต้นทุนของค่าใช้จ่ายได้⁽⁷⁻⁹⁾

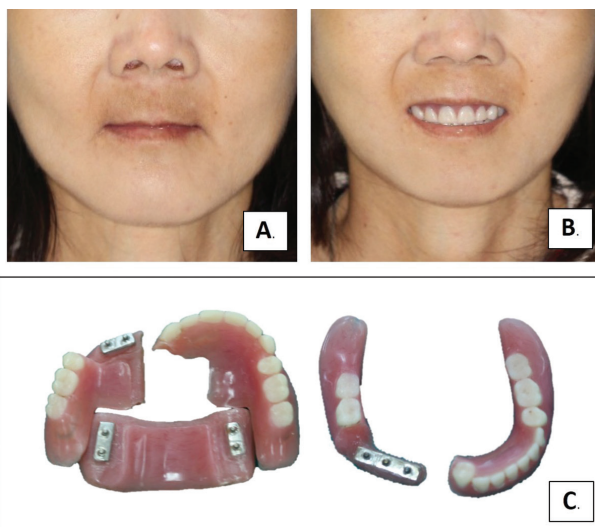
รูปแบบการใส่ฟันเทียมคร่อมรากเทียม ตามระยะเวลาจากการผ่าตัดถึงการใส่ฟันเทียม สามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบคือ 1) ใส่ภายใน 1 อาทิตย์ (immediate loading) 2) ใส่หลังผ่าตัด 1 อาทิตย์-2 เดือน (early loading) และ 3) ใส่หลังผ่าตัด 2 เดือนขึ้นไป (delayed loading) ซึ่งจากข้อมูลผลการวิจัยเชิงสังเคราะห์ (systematic review) พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหากรากเทียมมีความเสถียรภาพแรก (primary stability) ที่ดี⁽¹⁰⁾

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะปากเล็กจากโรคผิวหนังแข็งสัมพันธ์กับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 1 ราย แนวทางการรักษาด้วยฟันเทียม

ทั้งปากคร่อมรากเทียมขนาดเล็กสองรากหลังการผ่าตัดทันที่ในขากรรไกรล่างและการติดตามผลการรักษา

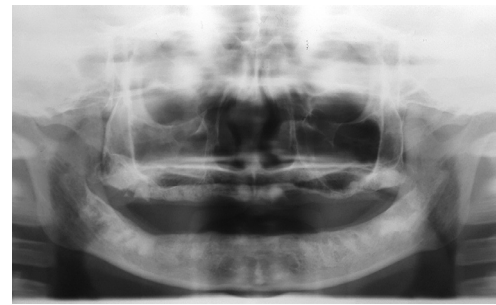
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 29 ปี ผอมบาง น้ำหนัก 32 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร มีประวัติเป็นโรคอุปัทวาระบบที่ควบคุมได้ ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัดเนื่องจากไม่สามารถใช้ฟันเทียมเดิมได้ จากการตรวจนอกช่องปากและซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะผิวแห้งแห้ง แข็งตึงเล็กน้อย แพ้แสงและความเย็น ริมฝีปากตึงยืดหยุ่นน้อย (รูปที่ 1A) จากการตรวจในช่องปากไม่พบฟันที่ขากรรไกรบนและล่าง มีภาวะน้ำลายน้อย สันเหงือกแบนและมีเนื้อเยื่อปากเปื่อย (flabby tissue) ฟันเทียมที่ใช้เป็นแบบแยกส่วน เมื่อประกอบฟันเทียมในปากพบว่าไม่สามารถยึดอยู่ในตำแหน่งได้เอง จำเป็นต้อง



รูปที่ 1 A. ลักษณะใบหน้าตรงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับชม ไม่ใส่ฟันเทียม B. ขณะใส่ฟันเทียมชุดเดิม C. แสดงลักษณะฟันเทียมทั้งปากของผู้ป่วยชุดเดิมที่เป็นแบบฟันเทียมแยกส่วนขึ้นบน 3 ส่วน ขึ้นล่าง 2 ส่วน ยึดติดกันด้วยกระดุมโลหะ

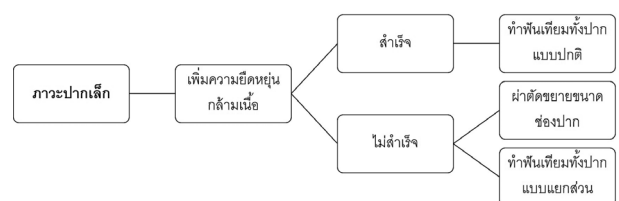
Figure 1 A. Initial extraoral appearance of this patient without denture B. with old denture C. The old complete denture was a sectional design. The metal attachments were used to assemble parts of the denture, 3 parts in upper and 2 parts in lower.



รูปที่ 2 แสดงภาพรังสีพาโนรามาของของผู้ป่วย
Figure 2 The panoramic film of this patient

ใช้สารยึดฟันเทียม (denture adhesive) เพื่อให้ใช้งานได้ (รูปที่ 1B,C) จากการตรวจทางภาพรังสีพาโนรามาไม่พบรอยโรคใดในกระดูกขากรรไกรบนและล่าง (รูปที่ 2)

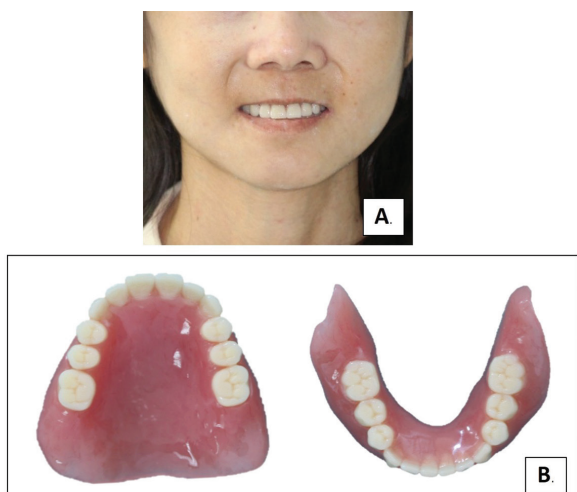
หลังการตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษาและอธิบายขั้นตอนการรักษา (รูปที่ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมรับการรักษา การรักษาเริ่มจากให้คำแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อโดยให้ใช้อุปกรณ์ดึงรั้งช่องปาก (lip retractor, Tidal River, China) ในการช่วยยืดกล้ามเนื้อรวมถึงการประคบอุ่นหวังเพิ่มความยืดหยุ่นของช่องปากผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเข้าทำงานได้ง่ายขึ้น จากนั้นจึงนำฟันเทียมเดิมของผู้ป่วยมาเทแบบหล่อปูนพลาสติกเพื่อสร้างถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล โดยวิธีการเข้าทำงานจะใช้การหมุนและตะแคงในขณะที่ผู้ป่วยอ้าปากเล็กน้อยเพื่อลดการรั้งดึงบริเวณมุมปากร่วมกับการทาวาสลีน (vaseline) ซึ่งช่วยลดการเสียดสีมุมปากเวลาถอดใส่ ทำการเสริมแต่งขอบด้วยรีเบสทู (Rebase II®, Tokuyama, Japan) พิมพ์ปากครั้งสุดท้ายด้วยวัสดุโพลีไวนิลซิลอกเซนชนิดความหนืดปานกลาง (polyvinylsiloxane medium consistency-Aquasil®, Dentsply, USA) ทำ



รูปที่ 3 แสดงแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปากเล็ก
Figure 3 Treatment protocol for the patient with microstomia.

ขึ้นหล่อ จากนั้นสร้างแท่นทดสอบเพื่อหาเคารูปใบหน้าระดับของระนาบสบและความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนล่าง บันทึกความสัมพันธ์ระหว่างขากรรไกรในตำแหน่งสบศูนย์ (centric relation) ด้วยซีฟิงอะลู (Aluwax[®], Aluwax Dental Product, USA) ติดตั้งกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลอง เลือกใช้ซีฟิงเทียมสำเร็จรูปแบบไร้ปุ่ม (YAMAHACHI, Japan) ทำการเรียงการสบฟันแบบนิวโทเซนทริก (neutrocentric occlusion) เมื่อลองฟันและปรับแต่งจนผู้ป่วยพึงพอใจในความสวยงามบนใบหน้าแล้ว จึงทำการแต่งซีฟิงโดยให้แผ่นเหงือกด้านลิ้นของขึ้นล่างมีความหนามากที่สุดเท่าที่จะไม่ขัดขวางการทำงานในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อรองรับส่วนประกอบของหัวยึดรากเทียม จากนั้นจึงนำเข้าสู่กระบวนการทางห้องปฏิบัติการจนได้เป็นฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติกทั้งปาก (รูปที่ 4) ทำการใส่ฟันเทียมและติดตามจนไม่มีอาการเจ็บจากการใช้งาน

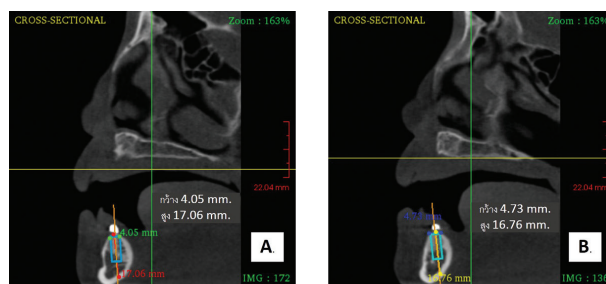
หาดำแหน่งที่จะฝังรากเทียมด้วยภาพรังสีโคนบีมซีที (Cone beam computed tomograms, Dentiscan[®], NSTDA, Thailand) โดยใช้ฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างเดิมของผู้ป่วย เจาะรูในตำแหน่งฟันเขี้ยวด้านซ้ายและขวาร่วมกับการใส่กัตกตาเปอร์ชา (Guttapercha) ให้เต็มช่องว่างเพื่อเป็นแนว



รูปที่ 4 A. ลักษณะใบหน้าตรงของผู้ป่วยเมื่อใส่ฟันเทียมชุดใหม่ B. แสดงลักษณะฟันเทียมทั้งปากของผู้ป่วยชุดใหม่

Figure 4 A. Initial extraoral appearance of this patient with a new denture B. The appearance of new complete denture.

ฝังรากเทียม (รูปที่ 5) วางแผนในการผ่าตัดเพื่อฝังรากเทียม โดยใช้รากเทียมขนาดเล็กของบริษัทพีดับบลิวพลัส (mini implant, PWplus, Thailand) ที่มีหลักยึดระบบอีเควเตอร์ (OT Equator[®], Rhein83, Italy) เส้นผ่านศูนย์กลางของรากเทียม 3 มิลลิเมตร ความยาว 12 มิลลิเมตร จำนวน 2 ราก ในขากรรไกรล่างที่ตำแหน่งฟันเขี้ยวด้านซ้ายและขวา หัวยึดรากเทียมทำจากไทเทเนียม (titanium) ที่มียางซิลิโคนสวมทับ (metal housing with silicone cap) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4.4 มิลลิเมตร สูง 2 มิลลิเมตรติดอยู่ที่ฐานฟันเทียม และให้ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมครอบรากเทียมทันทีหลังผ่าตัดฝัง (immediate loading implant-retained overdenture) ฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อระงับความรู้สึก (local infiltration) ทางด้านกระดูกแก้มและด้านลิ้นด้วยยาติเคนความเข้มข้นร้อยละ 4 ที่มีอีพีนเฟริน 1:100,000 (4% Articaine with epinephrine 1:100,000) จำนวน 3.6 มิลลิเมตร กำหนดจุดเจาะแผ่นเหงือกตามแนวฟันเทียม กลางบริเวณสันเหงือก ตำแหน่งฟันเขี้ยวด้านซ้ายและขวา ออกแบบการผ่าตัดแบบไม่เปิดแผ่นเหงือก (flapless technique) จากนั้นเจาะกระดูกโดยใช้ความเร็วหัวกรอไม่เกิน 1,200 รอบ/นาที ร่วมกับใช้น้ำเกลือฉีดเพื่อช่วยลดความร้อนที่เกิดขึ้นขณะกรอกระดูก เริ่มต้นด้วยหัวกรอกลมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1.8 มิลลิเมตร ตามด้วยหัวกรอเกลียวขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.7 มิลลิเมตรจนได้ความลึก 12 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ตำแหน่ง โดยให้รูที่เจาะทั้งสองมีความขนานกัน ขึ้นรากเทียมลงใน

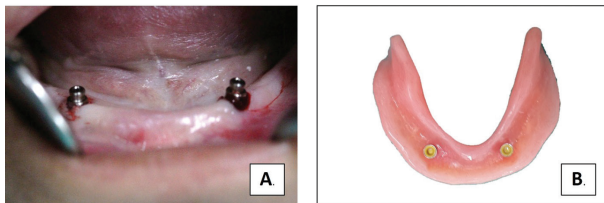


รูปที่ 5 แสดงภาพภาคตัดขวางของภาพรังสีโคนบีมซีที: A. แสดงตำแหน่งบริเวณซี่ 33 และ B. แสดงตำแหน่งบริเวณซี่ 43

Figure 5 The cross sectional view of cone beam CT images show the bone dimension tooth 33 area (A.) and tooth 43 area (B.)

ตำแหน่งที่เตรียมไว้ โดยใช้เครื่องมือรัชเชตไดรเวอร์ (ratchet driver) ฟิงในระดับรากเทียมเสมอขอบกระดูก ขันต่อหัวยึดอีควอเตอร์ด้วยแรง 15 นิวตันเซนติเมตร (รูปที่ 6A) วัดค่าความเสถียรทางรากเทียม (ISQ) เพื่อประเมินความเสถียรภาพเบื้องต้นของรากเทียม

ทำการใส่ตัวยึดที่มียางซิลิโคนสวมทับอยู่ภายในบนหลักยึดอีควอเตอร์ที่ต่ออยู่บนรากเทียม และปิดส่วนคอดด้วยรับบอร์แดม (rubber dam) กรอฐานฟันเทียมในตำแหน่งที่เจาะรูให้มีความกว้างและลึกมากพอที่จะใส่ตัวยึด (housing) ผสมรีเบสทูไลนช่องว่างที่เตรียมไว้จนเกือบเต็ม นำฟันเทียมล่างใส่ให้เข้าที่ จากนั้นใส่ขึ้นบนแล้วให้ผู้ป่วยกัดสบ ตรวจสอบการกัดสบที่ถูกต้อง เมื่อวัสดุก่อตัวจึงถอดฟันเทียมออกจากปากนำมาขัดแต่งวัสดุส่วนเกินให้เรียบร้อย (รูปที่ 6B) ให้ผู้ป่วยลองถอดใส่จนมั่นใจว่าเข้าที่ถูกต้องและสามารถทำได้ด้วยตนเอง ให้คำแนะนำการทำความสะอาดรากเทียม ฟันเทียมและช่องปาก ในช่วงแรกแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนๆ และทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำเกลืออุ่นๆ ในวันรุ่งขึ้น ให้ยาระงับปวดพาราเซตามอล (Paracetamol) 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดร่วมกับไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) 400 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดเวลาปวดและยาปฏิชีวนะชนิดอะม็อกซิซิลิน (Amoxycillin) 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 2



รูปที่ 6 A. ลักษณะภายในช่องปากผู้ป่วยภายหลังการฝังรากเทียมขนาดเล็ก 2 รากและขันต่อหัวยึดอีควอเตอร์ B. แสดงลักษณะของฟันเทียมที่มีตัวยึดรากเทียมทำจากไทเทเนียม (titanium) ที่มียางซิลิโคนสวมทับ (metal housing with silicone cap) ติดอยู่ที่ฐานฟันเทียม

Figure 6 A. Intraoral appearance of this patient after two mini-implant and OT Equator® installation B. The tissue surface of mandibular overdenture after picking up of titanium metal housing and silicone cap

แคปซูล วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็นเป็นเวลา 5 วัน นัดติดตามอาการอีก 1 อาทิตย์ พบว่าแผลหายเป็นปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่สัมพันธ์กับรากเทียม

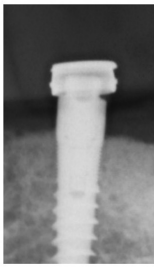
นัดติดตามผลหลังการใช้งาน 1 เดือน 3 เดือน และทุก 6 เดือนโดยตรวจสอบภาพเนื้อเยื่ออ่อน คราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายบนรากเทียม ประเมินเสถียรภาพรากเทียม การโยก รวมทั้งอาการเจ็บและไม่สบาย ตรวจสอบการละลายของกระดูกรอบรากเทียมด้วยภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากชนิดถ่ายแบบขนาน (periapical paralleling technique) โดยดัดแปลงอุปกรณ์ในการวางฟิล์มเอกซเรย์ (Extension cone paralleling: XCP® instrument, Dentsply) ให้มีขนาดพอดีกับหัวยึดรากเทียมเพื่อให้การถ่ายภาพรังสีอยู่ในตำแหน่งเดียวกันทุกครั้ง ตรวจสอบสภาพฟันเทียมทั้งปาก ตรวจสอบความแนบสนิทของฐานฟันเทียมกับเนื้อเยื่อ กรอแก้ไขจุดกดเจ็บ จุดกดทับจากฟันเทียม ตลอดจนการสบฟันที่ก่อการบาดเจ็บ (traumatic occlusion) และตรวจสอบสภาพยางยึด หากพบการสึก หลวม หรือฉีกขาดก็ทำการเปลี่ยนใหม่

ผลการรักษา

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดฝังรากเทียม และใส่ฟันเทียมคร่อมรากเทียมทันที จากการติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปีพบว่าผู้ป่วยสามารถถอดใส่ฟันเทียม ทำความสะอาดช่องปาก รากเทียม ฟันเทียมได้เป็นอย่างดี สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี พูดชัดเจน มีความมั่นใจมากขึ้น ใช้ฟันเทียมทั้งปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากชนิดถ่ายแบบขนาน พบการละลายของกระดูกรอบรากเทียมในแนวอนเล็กน้อยไม่เกิน 1 มิลลิเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ (รูปที่ 7)

บทวิจารณ์

จากการที่ผู้ป่วยมีภาวะปากเล็กจากโรคผิวหนังแข็งร่วมกับโรคอุปสทางระบบ ทำให้การทำงานทางทันตกรรมประดิษฐ์เป็นไปได้อย่างยั้งยั้ง อีกทั้งฟันเทียมแบบแยกส่วนที่ผู้ป่วยใช้งานเดิม จะมีน้ำหนักที่มากขึ้นจากการมีตัวยึดโลหะหรือแม่เหล็ก รวมถึงการมีรอยต่อของฟันเทียมอาจทำให้ฟันเทียมขาดเสถียรภาพจากการผิวนอกยึดติดที่ติได้ ในกรณีผู้ป่วยรายนี้จึงวางแผนการสร้างฟันเทียมชุดใหม่โดยพยายามสร้างให้เป็นชิ้นเดียวกัน เริ่มจากการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการยึด

	กันยายน 2557	กันยายน 2558
ตำแหน่งซี่ 33		
ตำแหน่งซี่ 43		

รูปที่ 7 แสดงลักษณะกระดูกรอบรากเทียมขนาดเล็กในภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากชนิดถ่ายแบบขนานบริเวณตำแหน่งซี่ 33 และ 43 เพื่อติดตามผลการรักษา

Figure 7 In one-year follow up, the paralleling peri-apical films show the 33 and 43 tooth area peri-implant bone support.

กล้ามเนื้อช่องปากเป็นประจำ ซึ่งเมื่อติดตามผลในระยะเวลา 1 เดือนแรกพบการตอบสนองของการยึดช่องปาก จึงเริ่มการรักษาต่อจนสร้างฟันเทียมทั้งปากที่มีเสถียรภาพและการฝึกหัดยึดติดที่ดี แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากสันเหงือกขากรรไกรล่างมีการละลายตัวไปจำนวนมาก ร่วมกับความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมฟันเทียมทั้งปากยังไม่ดีพอสืบเนื่องจากโรคทางระบบ จึงพิจารณานำรากเทียมเข้ามาช่วยเพื่อให้ฟันเทียมมีเสถียรภาพและการยึดติดที่ดียิ่งขึ้น

ผู้ป่วยโรคอุปสทางระบบอาจได้รับการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งอาจมีผลต่อการหายของแผลที่เข้าชั้น รวมถึงความเสี่ยงการติดเชื้อภายหลังการรักษา การพิจารณาการผ่าตัดแบบแผลขนาดเล็ก (minimally invasive surgery) ในการฝังรากเทียมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ⁽¹¹⁾ เปรียบเทียบวิธีการฝังรากเทียมด้วยวิธีการเปิดและไม่เปิดแผ่นเหงือก พบว่าวิธี

การไม่เปิดแผ่นเหงือกจะช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัด ลดการละลายตัวของกระดูกรอบรากเทียม ลดการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากเทียม ความไม่สบายของผู้ป่วย⁽¹²⁾ หลายการศึกษาในปัจจุบันได้ศึกษาการนำรากเทียมขนาดเล็กมาใช้สำหรับยึดฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่าง พบว่ามีประสิทธิภาพในการยึดฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างได้ดี มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการใช้รากเทียมขนาดมาตรฐาน⁽⁷⁻⁹⁾ ยังมีการศึกษาที่พบว่าระหว่างการยึดฟันเทียมทั้งปากทันทีกับยึดภายหลังในคนทั่วไปไม่พบความแตกต่างของผลการรักษา⁽¹⁰⁾ ซึ่งในการศึกษานี้ภายหลังการฝังรากเทียมขนาดเล็กได้ทำการตรวจสอบความเสถียรภาพแรกของรากเทียมแล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี จึงพิจารณาทำการยึดฟันเทียมทันทีเพื่อลดเวลารอคอยในการใส่ฟันเทียมและเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมได้ทันที ลดจำนวนการทำหัตถการและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ตัวรากเทียมขนาดเล็กจะมีการติดตั้งส่วนหลักยึดกับฟันเทียม ซึ่งสามารถถอดเปลี่ยนได้ ถ้าหากส่วนหลักยึดมีการสึกหรอจากการใช้งานก็สามารถเปลี่ยนได้ทันที ไม่จำเป็นต้องรื้อรากฟันเทียมทั้งทั้งชิ้น เพิ่มความง่ายในการใช้งานและการดูแลรักษา

บทสรุป

การทำฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากเทียมขนาดเล็กสองรากหลังการผ่าตัดทันที จัดเป็นวิธีการผ่าตัดแบบแผลขนาดเล็กที่ให้ผลการรักษาที่น่าพึงพอใจ เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดน้อยครั้ง ไม่ต้องการการเย็บแผล มีการหายของแผลที่เร็วขึ้น ลดต้นทุนของค่าใช้จ่ายได้ อีกทั้งยังสามารถใช้งานฟันเทียมได้ทันที แต่อย่างไรก็ตามวิธีการรักษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม (case selection) คุณภาพของกระดูกผู้ป่วย และความเสถียรภาพแรกของรากเทียมหลังฝังด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ เจ้าหน้าที่คลินิกบัณฑิตศึกษา 2 และเจ้าหน้าที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางทันตกรรมรากเทียมที่กรุณาให้คำแนะนำ สนับสนุน และให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Brennan MT, Valerin MA, Napenas JJ, Lockhart PB. Oral manifestations of patients with lupus erythematosus. *Dent Clin North Am* 2005; 49: 127-141
2. Albilal JB, Lam DK, Blanas N, Clokie CM, Sandor GK. Small mouths ... Big problems? A review of scleroderma and its oral health implications. *J Can Dent Assoc* 2007; 73: 831-836.
3. Koymen R, Gules A, Karacayli U, Aydintug YS. Treatment of microstomia with commissuroplasties and semidynamic acrylic splints. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107: 503-507.
4. Silvestre-Rangil J, Martinez-Herrera M, Silvestre F-J. 2 Dental management of patients with microstomia. A review of the literature and update. *J Oral Res* 2015; 4: 340-350
5. Fueki K, Kimoto K, Ogawa T, Garrett NR. Effect of implant-supported or retained dentures on masticatory performance: a systematic review. *J Prosthet Dent* 2007; 98: 470-477.
6. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S, et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology* 2002; 19: 3-4.
7. Flanagan D, Mascolo A. The mini dental implant in fixed and removable prosthetics: a review. *J Oral Implantol* 2011; 37: 123-132.
8. Bidra AS, Almas K. Mini implants for definitive prosthodontic treatment: a systematic review. *J Prosthet Dent* 2013; 109: 156-164.
9. Klein MO, Schiegnitz E, Al-Nawas B. Systematic review on success of narrow-diameter dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2014; 29: 43-54.
10. Esposito M, Grusovin MG, Willings M, Coulthard P, Worthington HV. The effectiveness of immediate, early, and conventional loading of dental implants: a Cochrane systematic review of randomized controlled clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007; 22: 893-904.
11. Ergun S, Katz J, Cifter ED, Koray M, Esen BA, Tanyeri H. Implant-supported oral rehabilitation of a patient with systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *Quintessence Int* 2010; 41: 863-867.
12. Becker W, Goldstein M, Becker BE, Sennerby L. Minimally invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2005; 7: S21-27.

The Vision of the Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

“To achieve quality academic and research work at the international level,
and produce dental graduates with a good knowledge
and sense of community service”



Departments

- Oral Biology and Diagnostic Sciences
- Family and Community Dentistry
- Orthodontics and Pediatric Dentistry
- Restorative Dentistry and Periodontology
- Prosthodontics
- Oral and Maxillofacial Surgery

Teaching

Programs Available and Degrees Offered



● Undergraduate Program

The faculty offers a six-year program leading to a Doctor of Dental Surgery Degree (D.D.S.). Currently there are approximately 635 students working towards this degree.

● Graduate Programs

✎ There is a graduate program leading to Higher Graduate Diploma in Dentistry.

✎ There are three more graduate programs leading to Master's degrees in Dentistry, Orthodontics, and Periodontology.

✎ There is also one Doctor of Philosophy Program in Dentistry (Ph.D.)

✎ There will be a graduate program leading to Graduate Diploma in Dentistry in 2016