

การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ชนิดถอดได้ ยึดด้วยรากฟันเทียม 2 ตัว : รายงานผู้ป่วย

ฉวีวรรณ กัทธินากุล ก.บ.

สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

Maintenance Care of Mandibular Overdenture Retained by 2 Implants : A Case Report

Pakdethanakul C

Institute of Dentistry, Department of Medical Services, Talad Khwan, Mueang
Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

(Email : dtchaweewan@gmail.com)

บทนำ

การใส่ฟันเทียมทั้งปากเพื่อทดแทนการสูญเสียฟันจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น ลดภาวะทุพโภชนาการ ให้ความสวยงามและช่วยในการออกเสียง มีผลต่อภาพลักษณ์ ความมั่นใจและการใช้ชีวิตทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁻² ฟันเทียมทั้งปากที่ดีนั้นต้องมีความ สมดุล มีความเสถียร เมื่ออยู่ในช่องปาก ยึดอยู่กับสันเหงือก ได้ดี และมีการกดสบที่สมดุล³ แต่อย่างไรก็ตาม ฟันเทียมทั้งปาก ชนิดถอดได้ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่สันกระดูกที่จะรองรับฟันเทียมมีการละลาย ตัวมาก ฟันเทียมจะมีการเลื่อนขยับเวลาใช้งาน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานได้ดี ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง และหากผู้ป่วยไม่สามารถใส่ฟันเทียมได้ก็จะเกิดผลกระทบอื่นๆ ตามมา จึงมีความพยายามในการนำเทคนิคต่างๆ มาเสริมให้การใส่ ฟันเทียมทั้งปากมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากหลักการแมคกิลล์ (McGill) ในปีค.ศ. 2002 เสนอให้มีการนำรากฟันเทียม 2 ตัว ฝังติดไว้ที่สันกระดูกขากรรไกรเพื่อช่วยยึดฟันเทียมทั้งปาก⁴ โดยมีส่วนยึดตัวผู้ต่ออยู่กับรากฟันเทียมและส่วนยึดตัวเมีย เป็นโลหะรูปทรงกระบอก มีช่องสำหรับใส่ยางวงกลมอยู่ข้างใน แล้วนำมาติดในฐานฟันเทียม ส่วนยึดตัวผู้จะมีหลายรูปแบบ ซึ่งแบบหัวบอล⁵⁻⁶ จะเป็นแบบที่ดีกว่าแบบอื่น นอกจากรากฟัน เทียมจะช่วยยึดฟันเทียมให้อยู่ยิ่งขึ้น ยังช่วยรับถ่ายทอดแรงลง สู่กระดูก⁷ ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อน เป็นการช่วยลดปัญหา ของการใส่ฟันเทียม⁸ และช่วยในการคงสภาพของกระดูกรอบๆ รากฟันเทียมได้⁹⁻¹⁰

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ที่ได้รับการทำฟันเทียมทั้งปากยึดด้วย รากฟันเทียมเป็นรายแรกในโครงการนำร่องของโครงการ รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ซึ่งเป็นโครงการตามแนว

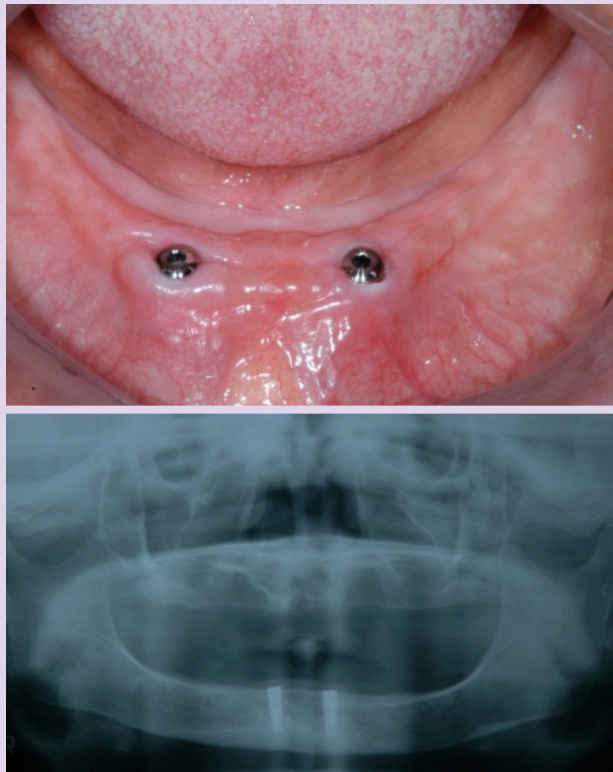
พระราชดำริตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 ถึง 2560 นับว่าเป็นจุดตั้งต้น ของการพัฒนากระบวนการบริการรากฟันเทียมในประเทศไทย ทำให้ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีข้อจำกัดโอกาสจำนวนเกือบ 20,000 ราย สามารถ เข้าถึงบริการทันตกรรมที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ส่งผลให้ผู้ป่วย มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยความร่วมมือของกระทรวง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี ทันตแพทย์ในเครือข่ายบริการของโครงการในโรงพยาบาลกว่า 200 แห่งทั่วประเทศ

บทความนี้เป็นการรายงานการดูแลรักษาผู้ป่วยหลัง การใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ยึดด้วยรากฟันเทียม 2 ตัว ที่กระดูกขากรรไกรล่าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้ แก่ทันตแพทย์ทั่วไปได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษา ระยะ ยาวสำหรับผู้ป่วยใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียมได้อย่าง เหมาะสมต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิง อายุ 86 ปี สัญชาติไทย อาชีพรับจ้าง อาศัย อยู่กับสามีและบุตรสาว ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอด ได้และมีรากฟันเทียม 2 ตัวช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากมาแล้วเป็น เวลา 10 ปี มาพบทันตแพทย์เนื่องจากฟันเทียมล้าหลวม ผู้ป่วยให้ประวัติโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคถุงลมโป่งพอง ได้รับการรักษาเป็นประจำจากแพทย์ ต้อง พ้นยาเมื่อมีอาการหอบเป็นบางครั้ง และปฏิเสธการแพ้ยาใดๆ ผู้ป่วยเคยมาพบทันตแพทย์เมื่อปี พ.ศ. 2550 (อายุ 76 ปี) เนื่องจากฟันเทียมทั้งปากชิ้นล่างที่ใส่เวลานั้นเวลาเคี้ยวหรือพูดจะ เลื่อนหลุด มีอาการเจ็บเหงือกเวลาเคี้ยวบ่อยๆ จึงต้องการใส่ รากฟันเทียมเพื่อยึดให้ฟันเทียมแน่นขึ้น ทันตแพทย์ด้าน

ศัลยกรรมช่องปากและทันตแพทย์ด้านทันตกรรมประดิษฐ์ ร่วมกันทำการตรวจวินิจฉัยวิเคราะห์การสบฟันประเมินความสูงของใบหน้าและวางแผนการรักษาโดยการทำฟันเทียมใหม่ ร่วมกับการฝังรากฟันเทียม 2 ตัว ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3.7 มิลลิเมตร ความยาว 13 มิลลิเมตรในตำแหน่งฟันเขี้ยวขวา และซ้ายที่กระดูกขากรรไกรล่าง หลังจากใส่รากฟันเทียมและ ฟันเทียมไปแล้ว ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี ทันตแพทย์ให้คำแนะนำในการดูแลความสะอาดช่องปากและฟันเทียม และได้ นัดผู้ป่วยมาพบเพื่อติดตามรักษาเป็นระยะ จากการตรวจนอก ช่องปากไม่พบความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้า ใบหน้า มีความสมมาตรทั้งขวาและซ้าย ผู้ป่วยอ้าปากได้ตามปกติ ไม่มี อาการของข้อต่อขากรรไกร ส่วนการตรวจในช่องปากตรวจ ขากรรไกรบนและล่าง พบว่าสันเหงือกบนล่าง ไม่มีแผล สันเหงือก ล่างมีส่วนต่อรากฟันเทียมชนิดหั่วบอลฝังอยู่ 2 ตัวในตำแหน่ง ฟันเขี้ยวทั้งขวาและซ้าย หั่วบอล มีรอยขีดข่วน และมีคราบ อาหารติดอยู่เล็กน้อย เนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมมีการหนาตัว เล็กน้อย ไม่พบการอักเสบหรือการติดเชื้อใดๆ วัดระยะความ กว้างของเหงือกเคอราติไนซ์ จากขอบเหงือกถึงรอยต่อเหงือก กับเยื่อเมือก ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5 มิลลิเมตร ตรวจความลึกร่อง เหงือกด้วย plastic probe ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 มิลลิเมตร ประเมินเสถียรภาพของรากฟันเทียมโดยใช้การเคาะด้วยด้าม กระบอก พบว่าเสียงที่บ่งแสดงว่ามีการยึดติดดี ไม่พบการโยก ของรากเทียมทั้ง 2 ตัว ตรวจสอบการยึดอยู่ของส่วนต่อรากฟัน เทียมสกรูอยู่ในสภาพปกติและติดแน่นดี¹¹



รูปที่ 2 ภาพรากฟันเทียมในช่องปากและภาพถ่ายรังสีหลังการฝัง รากฟันเทียม

เนื้อเยื่อดี ตรวจและกรอแก้ไขจุดกดทับจากฟันเทียม ตรวจการ สบฟันที่ก่อการเจ็บ พบการกัดกระแทกเพียงเล็กน้อยสามารถ กรอแก้ไขได้ จากภาพรังสีปริทัศน์ และภาพรังสีรอบรากฟัน พบว่ามีความแนบสนิทของส่วนต่อและรากฟันเทียม สภาพ กระดูกรอบรากฟันเทียมมีการละลายของกระดูกในแนวนอน ในด้านซ้ายประมาณ 1 มิลลิเมตร ส่วนด้านขวามีการละลาย ของกระดูกน้อยกว่า 1 มิลลิเมตร



รูปที่ 1 ภาพผู้ป่วยก่อนใส่รากฟันเทียม

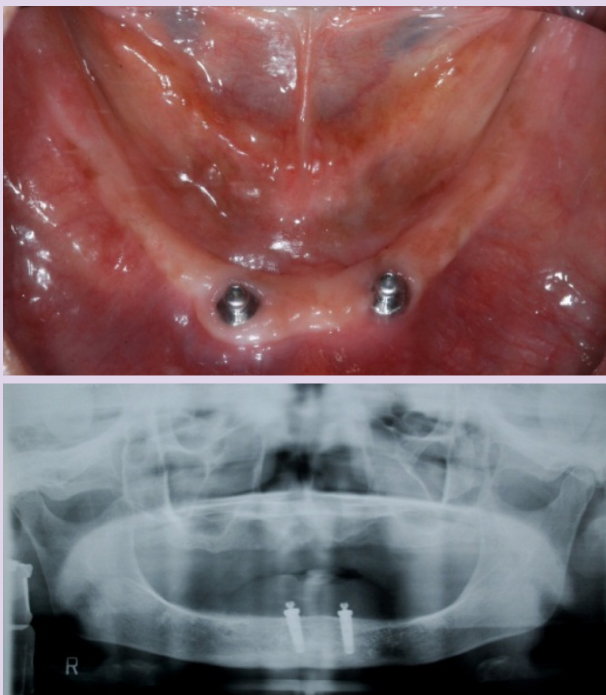
ตรวจสภาพฟันเทียมพบว่าฟันเทียมขึ้นบนและล่างเป็น คนละชุดกัน เพราะผู้ป่วยทำฟันเทียมขึ้นบนตกแตก จึงไปทำ เฉพาะขึ้นบนใหม่ที่คลินิกใกล้บ้าน ทำให้สีของซี่ฟันเทียมขึ้นบน และล่างต่างกัน ซี่ฟันเทียมสีเล็กน้อย ในฟันเทียมล่างพบว่า ส่วน metal housing และ O-ring มีรอยสึก ตรวจความเสถียร ของฟันเทียม พบว่ามีความแนบสนิทของฐานฟันเทียมกับ



รูปที่ 3 ภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน

ขั้นตอนการรักษา

จากการตรวจพบว่าฟันเทียมล่างจะหลุดค่อนข้างง่าย มีแรงยึดกับหัวบอลทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน หัวบอลทั้ง 2 ตัว สึกเล็กน้อย ฟันเทียมอยู่ในสภาพดี ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมและรากเทียมได้ ไม่มีอาการเจ็บหรือรู้สึกไม่สบาย ทันตแพทย์วางแผนการรักษา โดยจะทำการเปลี่ยน metal housing และ O-ring ซึ่งสึกและเสื่อมสภาพจากการใช้งานโดยทำความสะอาด บริเวณส่วนต่อ รากฟันเทียมและฟันเทียมด้วยหัวขัดยาง ร่วมกับยาสีฟันชนิดครีมที่มีผงขัดละเอียดล้างให้สะอาดแล้วเป่าให้แห้ง จากนั้นจึงได้เปลี่ยน metal housing และ O-ring ชุดใหม่ โดยใช้เครื่องมือดัน O-ring เข้าไปในช่องของ metal housing จนลงได้สนิท แล้วใส่ครอบลงบนหัวบอล ให้แนบสนิททั้ง 2 ข้าง เตรียมช่องว่างใต้ฐานฟันเทียมในตำแหน่งที่ฝังรากฟันเทียมสำหรับเป็นที่อยู่ของ metal housing และ เรซิน อะคริลิค ทำช่องระบายให้เรซิน อะคริลิคโดยเจาะช่องให้ทะลุฐานของฟันเทียมออกมาทางด้านลิ้นผสมเรซิน อะคริลิคสีชมพูชนิดบ่มด้วยตัวเอง ใส่ในช่องที่เตรียมไว้จนเกือบเต็ม รอจนถึงระยะก่อนเริ่มแข็งตัว นำฟันเทียมใส่ในช่องปากให้เข้าที่ โดยให้ฐานฟันเทียมแนบกับสันเหงือก แล้วให้ผู้ป่วยสบฟันด้วยแรงกัดเบาๆ รอจนเรซินอะคริลิคเกือบแข็งตัวจึงนำฟันเทียมขึ้นล้างออกจากปากเพื่อกำจัดเรซินอะคริลิคส่วนเกิน และขจัดรอยขีดข่วนจากการใส่ฟันเทียม ตรวจสอบความแนบสนิทของฐานฟันเทียมกับสันเหงือก ทดสอบการยึดติด และแก้ไขการสบฟันของฟันเทียมไม่ให้มีการสบฟันที่ก่อการเจ็บ



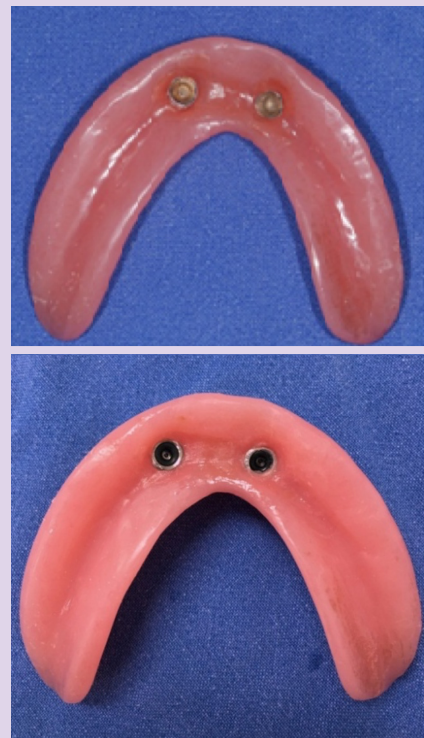
รูปที่ 4 ภาพรากฟันเทียมในช่องปากและภาพถ่ายรังสีหลังการฝังรากฟันเทียมในปัจจุบัน



รูปที่ 5 ระดับหัวบอล ด้านซ้ายอยู่ต่ำกว่าเล็กน้อย



รูปที่ 6 การสบฟันในปัจจุบัน



รูปที่ 7 Housing และ O ring ก่อนและหลังเปลี่ยนใหม่

หลังจากนั้นทันตแพทย์ได้ให้คำแนะนำและสาธิตแก่ผู้ป่วยในเรื่องการใส่และถอดฟันเทียม ให้ผู้ป่วยลองใส่และถอดฟันเทียมหลายๆ ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเข้าที่ถูกต้อง สามารถใส่และถอดเองได้ เมื่อเปลี่ยน housing และ O-ring ชุดใหม่ ฟันเทียมจะยึดแน่นขึ้น จึงแนะนำวิธีถอดฟันเทียมโดยใช้นิ้วดันที่ฐานฟันเทียมบริเวณโคนลิ้น ซึ่งภายหลังผู้ป่วยจะปรับตัวและเรียนรู้วิธีที่ตนเองถนัดได้ แนะนำวิธีการดูแลรักษาประจำวันด้วยตนเองซึ่งผู้ป่วยอาจจะใช้แปรงสีฟันขนอ่อนมีหน้าตัดมนและยาสีฟันที่มีผงขัดละเอียดเพื่อไม่ให้เกิดรอยขีดข่วนที่ผิวรากฟันเทียม ทำความสะอาดด้านนอกด้านในของฟันเทียม โดยเน้นในบริเวณ housing และบริเวณหัวบอล รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 2 สัปดาห์ และเป็นระยะอย่างน้อยปีละครั้ง¹¹ จากการสอบถามความพึงพอใจเพื่อประเมินการใช้ฟันเทียมที่ยึดด้วยรากฟันเทียม ผู้ป่วยตอบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด และถ้าย้อนเวลาไปก็วยังตัดสินใจที่จะฝังรากฟันเทียมเพราะสามารถใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหารที่ต้องการได้ดีขึ้น

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากยึดด้วยรากฟันเทียมมาแล้วเป็นเวลา 10 ปี นับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีเนื่องจากผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีทัศนคติที่ดีต่อการใส่ฟัน และมีความต้องการฝังรากฟันเทียม สามารถมารับการรักษาและติดตามผลได้ตามกำหนด¹² ลักษณะของฟันเทียมขึ้นล่างมีขอบเขตของฐานฟันเทียมเหมาะสม และมีความหนาบริเวณที่จะฝังรากฟันเทียมเพียงพอสำหรับต่อส่วนหัวบอลได้โดยไม่เกินเข้าไปในด้านลิ้นหรือด้านกระพุ้งแก้มจนขัดขวางการทำงานของอวัยวะในช่องปากและไม่มีการกีดขวางการสบฟันด้านบดเคี้ยว

สภาพในช่องปากมีเนื้อเยื่ออ่อนปกติ บริเวณที่จะฝังรากฟันเทียมมี keratinized mucosa ปกคลุมกว้างกว่า 4 มิลลิเมตร สันกระดูกมีความกว้างในแนวนอนมากกว่า 6 มิลลิเมตร และมีความสูงเพียงพอกับความยาวของรากฟันเทียมเมื่อวัดจากภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ จึงสามารถฝังรากฟันเทียมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3.7 มิลลิเมตร และความยาว 13 มิลลิเมตรได้ การฝังรากฟันเทียม 2 ตัวทำได้ค่อนข้างนานซึ่งกันและกัน¹³ และตั้งฉากกับระนาบการสบฟัน ทำให้การถอดใส่ฟันเทียมมีทิศทางเดียว ลดการหมุนในแกนหรือทิศทางที่ไม่ต้องการ ซึ่งจะช่วยป้องกันหัวบอลไม่ให้หลวมหลุดง่ายเกินไป แรงกดจะลงตามแนวแกนของรากฟันเทียมป้องกันการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม นอกจากนี้ระดับของหัวบอลควรจะอยู่ในระดับความสูงเดียวกันเพื่อไม่ให้ O-ring หลุดออก

จากหัวบอลตัวที่ต่ำกว่าได้ง่าย ทำให้เกิดการสึกหรอหรือฉีกขาดของ O-ring เร็วขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้พบว่าหัวบอลด้านซ้ายอยู่ต่ำกว่าด้านขวาเล็กน้อยทำให้การสึกของ O-ring ไม่แตกต่างกันมาก

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีหลังจากใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียมไปแล้ว พบว่าผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยน metal housings และ O-Ring ใหม่ 2 ครั้ง ทำฟันเทียมใหม่ 3 ครั้ง ขาดการติดต่อกับทันตแพทย์ไปบางช่วง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางเพราะต้องอาศัยผู้อื่นช่วย และมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น รากฟันเทียมเป็นวัสดุฝังในขากระดูกของผู้ป่วยอย่างถาวร ฉะนั้นการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยจึงนับเป็นงานที่ทำหายสำหรับทันตแพทย์¹⁴ เพราะจะต้องทำอย่างต่อเนื่องยาวนานเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการป้องกันการละลายของกระดูกในแนวนอนซึ่งจะต้องไม่เกิน 1.5 มิลลิเมตรในปีแรกหลังการฝังรากฟันเทียม และน้อยกว่า 0.1-0.2 มิลลิเมตรในปีต่อไป¹⁵ ในปีแรกหลังการฝังรากฟันเทียมควรนัดผู้ป่วยเป็นระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ ส่วนในปีต่อไปนัดผู้ป่วยมาตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง¹⁶ หากตรวจพบคราบติดแน่นหรือคราบหินน้ำลาย ควรใช้เครื่องมือขูดหินปูนที่ปลายทำด้วยพลาสติกขูดคราบและหินน้ำลายออก โดยต้องทำในลักษณะกระตุกออกและระวังการเกิดรอยขีดข่วนบนผิวรากฟันเทียม ส่วนปัญหาฟันเทียมขึ้นบนแตกเป็นปัญหาของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในกรณีนี้ใส่ฟันเทียมทั้งปากและฟันเทียมขึ้นล่างยึดด้วยรากฟันเทียม ซึ่งอาจจะเกิดเพราะฟันเทียมล่างยึดอยู่ดีขึ้นทำให้เกิดแรงถ่ายทอดไปสู่ฟันเทียมขึ้นบนมากขึ้น

การแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟันเทียมรวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญมาก¹⁷ มีข้อแนะนำให้ทำความสะอาดส่วนต่อรากฟันเทียมด้วยแปรงขนาดเล็ก หรือใช้แถบผ้าโปร่ง เช็ดและขัดถูหัวบอลไปมา แต่ผู้ศึกษาพบว่าไม่สะดวกต่อผู้ป่วยที่สูงอายุในการหาซื้อแปรงชนิดนี้หรือวิธีการใช้ผ้าโปร่งขัดทำความสะอาดก็มักจะยากเกินไปเพราะหัวบอลมีขนาดค่อนข้างเล็ก และจากการสังเกตและสอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการใส่รากฟันเทียมชนิดหัวบอล ส่วนใหญ่สามารถใช้แปรงสีฟันทั่วไปที่มีหัวแปรงขนาดเล็กทำความสะอาดได้ดีและถนัดกว่าโดยใช้แปรงวงรอบๆ หัวบอลพร้อมกับใช้มืออีกข้างดึงริมฝีปากล่างลงเพื่อช่วยให้แปรงได้สะดวกขึ้น

ในปัจจุบันงานทันตกรรมรากเทียมไม่ได้ถูกจำกัดอยู่เพียงทันตแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทันตแพทย์ทั่วไปก็สามารถทำได้หากแต่ต้องการการบูรณาการความรู้และทักษะในสหสาขาวิชา ได้แก่ ด้านศัลยกรรมช่องปาก ทันตกรรมประดิษฐ์

ปริทันตวิทยา และด้านทันตวัสดุ จึงเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้มากขึ้น นอกจากระบบรากฟันเทียมที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพแล้ว ความสำเร็จในการใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียมยังขึ้นอยู่กับการคัดเลือกผู้ป่วย การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เทคนิคการฝังรากฟันเทียมและการทำฟันเทียมที่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดการด้านบริการที่ดี ตลอดจนการจัดระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล¹⁸ อย่างต่อเนื่องในระยะยาวโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

อนึ่ง มีการศึกษาจำนวนมาก^{6,16,19-22} พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการฝังรากฟันเทียม 2 รากเพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนทำ และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิม ดังนั้นในปีพ.ศ. 2553 วริศา²³ ได้ทำการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานเรซิน อะคริลิก โดยวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการแพทย์ พบว่าการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมมีค่าต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่ำกว่า 100,000 บาทต่อปีสุขภาพะในทุกกรณีของการศึกษา ซึ่งแสดงถึงความคุ้มค่าของการรักษาตามเกณฑ์ของอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยใช้งบประมาณที่ไม่สูงนัก ดังนั้นเมื่อพิจารณาความคุ้มค่าของการรักษา งบประมาณที่ใช้และจำนวนประชากรเป้าหมายที่มีไม่มาก จึงเห็นว่าสามารถบรรจุการผ่าตัดรากฟันเทียมสำหรับผู้ป่วยไม่มีฟันทั้งปากไว้ในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอาจพิจารณาให้สิทธิแก่ผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันเทียมทุกรายโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง แต่การประเมินครั้งนั้นเป็นการประเมินเฉพาะประเด็นของต้นทุนและประสิทธิผล

จึงเสนอให้มีการศึกษาถึงความพร้อมของทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและระบบบริการเพื่อผลักดันนโยบายนี้ให้เป็นประโยชน์ ต่อประชาชนไทยต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ยึดด้วยรากฟันเทียม 2 ตัวได้รับการเปลี่ยน metal housing และ O-ring เนื่องจากเสื่อมสภาพ เพื่อแก้ไขปัญหารากฟันเทียมยึดกับรากฟันเทียมไม่แน่น ทำให้ผู้ป่วยใช้ฟันเทียมได้ดีขึ้น ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาคาดว่าผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จในการใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียมเป็นอย่างมาก เป็นตัวอย่างของการใช้รากฟันเทียม 2 ตัวยึดฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ขึ้นล่างเพื่อช่วยลดปัญหาในการใส่ฟันเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในประสิทธิภาพการเคี้ยวอาหาร การออกเสียง และความสวยงามของฟันเทียม เนื่องจากรากฟันเทียมเป็นวัสดุฝังในสันกระดูกขากรรไกรของผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการฝังรากฟันเทียม ทันตแพทย์จึงควรให้ความสำคัญต่อการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และยินยอมให้มีการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยรายอื่น ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงสายทิพย์ สีวรรณต์ ผู้ทำการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงผู้ช่วยทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนช่วยในการบริการผู้ป่วยรายนี้

References

1. Zani SR, Rivaldo EG, Frasca LC, Caye LF. Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses. *J Oral Sci* 2009; 51:535-43.
2. Muller F, Duvernay E, Loup A, Vazquez L, Herrmann FR, Schimmel M. Implant-supported mandibular overdentures in very old adults: a randomized controlled trial. *J Dent Res* 2013; 92:154S-60S.

References

3. Bhorgonde D, Nandakumar K, Khurana PR, Kumari VS, Reddy MS, Siddique S. An evaluation of the position of the neutral zone in relation to the crest of mandibular alveolar ridge - An In-vivo study. *J Int Oral Health* 2014; 6:45-54.
4. 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.
5. Wismeijer D, Van Waas MA, Vermeeren JI, Mulder J, Kalk W. Patient satisfaction with implant-supported mandibular overdentures. A comparison of three treatment strategies with ITI-dental implants. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; 26:263-7.
6. Naert I, Alsaadi G, Quirynen M. Prosthetic aspects and patient satisfaction with two-implant-retained mandibular overdentures: a 10-year randomized clinical study. *Int J Prosthodont* 2004; 17:401-10.
7. Chao YL, Meijer HJ, Van Oort RP, Versteegh PA. The incomprehensible success of the implant stabilised overdenture in the edentulous mandible: a literature review on transfer of chewing forces to bone surrounding implants. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 1995; 3:255-61.
8. Nazir S, Choudhary, A., Imran, M., Ahmad, M. Implant Supported Overdenture: an alternative to Conventional Denture- A Case Report. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 2016; 15:39-42.
9. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986 Summer; 1(1): 11-25.
10. Khalifa AK, Wada M, Ikebe K, Maeda Y. To what extent residual alveolar ridge can be preserved by implant? A systematic review. *Int J Implant Dent* 2016; 2:22.
11. คณะอนุกรรมการพัฒนาวิชาการ. คู่มือการทำรากฟันเทียมสำหรับยึดฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างในโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. นนทบุรี: สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
12. de Souza FI, de Souza Costa A, Dos Santos Pereira R, Dos Santos PH, de Brito RB, Jr., Rocha EP. Assessment of Satisfaction Level of Edentulous Patients Rehabilitated with Implant-Supported Protheses. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2016; 31:884-90.
13. Al-Ghaffi SA, Michalakakis KX, Hirayama H, Kang K. The in vitro effect of different implant angulations and cyclic dislodgement on the retentive properties of an overdenture attachment system. *J Prosthet Dent* 2009; 102:140-7.
14. Gulati M, Govila V, Anand V, Anand B. Implant Maintenance: A Clinical Update. *Int Sch Res Notices* 2014; 2014:908534.
15. Wismeijer D, van Waas MA, Mulder J, Vermeeren JI, Kalk W. Clinical and radiological results of patients treated with three treatment modalities for overdentures on implants of the ITI Dental Implant System. A randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res* 1999; 10:297-306.
16. Shumaker ND, Metcalf BT, Toscano NT, Holtzclaw DJ. Periodontal and periimplant maintenance: a critical factor in long-term treatment success. *Compend Contin Educ Dent* 2009; 30:388-90, 392, 394 passim; quiz 407, 418.

References

17. Todescan S, Lavigne S, Kelekis-Cholakis A. Guidance for the maintenance care of dental implants: clinical review. *J Can Dent Assoc* 2012; 78:c107.
18. Ong CT, Ivanovski S, Needleman IG, Retzepi M, Moles DR, Tonetti MS, et al. Systematic review of implant outcomes in treated periodontitis subjects. *J Clin Periodontol* 2008; 35:438-62.
19. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:161-8.
20. Andreiotelli M, Att W, Strub JR. Prosthodontic complications with implant overdentures: a systematic literature review. *Int J Prosthodont* 2010; 23:195-203.
21. Kuoppala R, Napankangas R, Raustia A. Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients. *J Oral Maxillofac Res* 2013; 4:e4.
22. Keenan AV. Mandibular implant supported complete dentures improved quality of life. *Evid Based Dent* 2013; 14:19-20.
23. วริศา พานิชเกรียงไกร, ศิรินาถ ตงศิริ, จงกล เลิศเจียรดำรง, จิตปราณี วาศวิท, กุมาริ พัทธนี, ภูษิต ประคองสาย. การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิค. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2553. ●