การใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรบน : รายงานผู้ป่วย

Intraoral Prosthesis for Maxillary Defect : A case report

Wanida Prasertsri วนิดา ประเสริฐศรี ทบ.*

ABSTRACT

Background : Intraoral prosthesis restoration of maxillary defect has a fundamental problem of inadequate stability and retention of the prosthesis. Patients with acquired jaw defects treated with prosthesis present variable prosthesis longevity due to variable factor that influence size and locate of defect, remaining teeth, anatomical tissue foundation and physiologically supported prosthesis.

Objective : To report a case of Intraoral prosthesis restoration for maxillary defect and review the literatures.

Methods : Case report

Case report : A 52 year-old man had radiation therapy and surgery treatment for oral cancer at the right side. He complained of The resultant maxillary and palatal defect created a communication between the oral and nasal cavities that will impair the intelligibility of speech, aesthetics and the function of mastication. Intraoral prosthesis was indicated to correct this problem.

Conclusion : The problems might be solved depending on oral examination, team approach, accuracy of the clinical diagnosis, understanding prosthesis design and patient education & frequent maintainance is encouraged for the success of prosthodontic treatment.

Key words : Intraoral Prosthesis, Maxillary Defect

*ทันตแพทย์ ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

เหตุผลการนำเสนอ : การสร้างฟันเทียมชนิดถอดได้สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรบนมักจะพบว่ามีปัญหาในการยึดติดและความเสถียรของฟันเทียม ปัจจัยเกี่ยวกับขนาดและตำแหน่งของรอยโรคฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ ปริมาณและความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อเข้ามามีผลอย่างมากต่อการประเมินการสร้างฟันเทียมชนิดถอดได้ให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ : เพื่อนำเสนอถึงหลักการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีภาวะเพดานโหว่ที่ขากรรไกรบนหลังจากได้รับการผ่าตัด และรวบรวมสรุปรายงานเกี่ยวกับความผิดปกติดังกล่าวนี้

วิธีการศึกษา : นำเสนอรายงานผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วย : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 52 ปี ได้รับการฉายรังสีและผ่าตัดมะเร็งที่ขากรรไกรบนด้านขวา มาพบทันตแพทย์ด้วยมีภาวะเพดานโหว่ โดยมีช่องปากต่อกับโพรงจมูกพบปัญหาเกี่ยวกับการพูดออกเสียง ความสวยงาม และการบดเคี้ยวอาหารไม่ได้เหมือนปกติ จึงได้พิจารณาใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ให้แก่ผู้ป่วย

สรุป : หากว่าทันตแพทย์ทำการตรวจสภาพช่องปากอย่างละเอียดครบถ้วนและมีความเข้าใจในการออกแบบ ศึกษาขั้นตอนการทำฟันเทียมการทำงานร่วมกันเป็นทีม รวมถึงการติดตามผลสภาพฟันเทียมและอนามัยในช่องปากของผู้ป่วยส่งผลให้การใส่ฟันเทียมนั้นประสบผลสำเร็จ

คำสำคัญ : อวัยวะเทียมทดแทนส่วนที่ขาดหายไปของขากรรไกร:ความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรบน

บทนำ

การทำ Intraoral Prosthesis หรือ Obturator ที่สร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มี maxillary defect มักประสบปัญหาเกี่ยวกับการยึดติด (retention) และความเสถียร (stability) เกิด traumatic functional occlusion ส่งผลให้ prosthesis มีการเคลื่อนขยับขณะใช้งาน และไม่เกิดลักษณะ oroantral หรือ oronasal seal จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ฟันธรรมชาติ (remaining teeth) อวัยวะข้างเคียง รวมถึงส่วนของ defect สำหรับให้การยึดติดและความเสถียรแก่ prosthesis ที่จะสร้างขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวจึงต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการออกแบบ เพื่อลดปัญหาดังกล่าวให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ในการทำ Maxillofacial prosthetics มีวัตถุประสงค์หลายแบบเช่นเพื่อเสริมสร้างความสวยงามของผู้ป่วย ได้แก่ จมูกปลอม ตาปลอม หูปลอม เพื่อให้อวัยวะนั้นสามารถทำหน้าที่ได้เช่นปกติ เช่น เพดานเทียมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเพดานโหว่พูดและรับประทานอาหารได้เหมือนคนปกติ เพื่อป้องกันอันตรายจากแสงรังสีที่จะมีต่อผิวหนัง เช่น หน้ากากตะกั่วคลุมหน้าผู้ป่วยเปิดช่องว่างเฉพาะบริเวณส่วนที่เป็นมะเร็งให้ถูกแสงรังสีเท่านั้น ทำหน้าที่เป็นผ้าปิดแผลและช่วยให้การหายของแผลเร็วขึ้น ในระยะที่แผลผ่าตัดยังไม่หายดีก็สามารถทำฟันเทียมชั่วคราวให้ผู้ป่วยใช้ก่อนได้ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นทั้งผ้าปิดแผลและป้องกันไม่ให้แผลติดเชื้อ อักเสบทั้งยังช่วยให้ยาที่ใส่แผลอยู่ในบริเวณที่ต้องการ ทำให้การหายของแผลเร็วขึ้น เช่น stent, dressing เป็นต้น และยังช่วยทางด้านจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น[1]

ชนิดของ Prosthesis ในทาง Maxillofacial

แบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ[2, 3]

1. Extraoal Prosthesis ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการทางใบหน้า การขาดหายไปของจมูกหรือตาเนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งมักพบในโรคมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด ปัจจุบันมีการค้นหาวัสดุหลายชนิดที่มีคุณสมบัติทั้งความนุ่มและสีสันใกล้เคียงกับผิวหนังของคนเมื่ออยู่บนใบหน้าผู้ป่วยอาจแยกแยะไม่ได้ว่าเป็นของจริงหรือของปลอม

2. Intraoral Prosthesis ได้แก่ เพดานปลอม เครื่องช่วยในการพูด ฟันเทียมชนิดต่าง ๆ

3. Treatment Prosthesis ได้แก่ หน้ากากตะกั่ว, Splint, Mouth Guard, Radiation Carrier, Fluoride Carrier เป็นต้น

4. Implant Prosthesis ได้แก่ Cranial, Facial, Maxillary, Mandibular เป็นต้น

แต่โดยทั่วไป Intraoral prosthesis ที่สร้างขึ้นจะต้องออกแบบให้ไม่ทำอันตรายต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้อง มีความสบายขณะใช้งาน มีความสวยงามเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย สามารถบูรณะความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การกลืน การบดเคี้ยว โดยไม่ทำอันตรายฟันและอวัยวะข้างเคียงที่เหลืออยู่ การทำฟันเทียมในผู้ป่วยประเภทนี้จะทำการรักษาเหมือนกับผู้ป่วยปกติ แต่จะมีข้อจำกัดในการทำงานมากกว่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มต้น จึงต้องมีการวางแผนการรักษา การออกแบบฟันเทียมและมีความละเอียดในทุกขั้นตอนการรักษา หากทันตแพทย์ออกแบบฟันเทียมไม่เหมาะสมอาจทำอันตรายอวัยวะในช่องปากดังกล่าวให้เกิดการบาดเจ็บเกินกว่าที่จะฟื้นฟูสภาพให้เป็นปกติดังเดิมได้ ฉะนั้นเพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ซึ่งรองรับฟันเทียมคงสภาพที่ปกติสมบูรณ์ จำเป็นต้องคำนึงถึงทิศทาง ระยะเวลา ความถี่ ความแรงของแรงที่มากระทำต่ออวัยวะเหล่านั้น แรงที่ถ่ายทอดไปยังอวัยวะในช่องปากเกิดจากแรงบดเคี้ยวเป็นส่วนใหญ่[2,4,5]

การจำแนกประเภทของรอยโรค (Classification of postsurgical maxillary defect)[6]

1. class I maxillary defect

มีลักษณะเป็น classic maxillary resection คือ มีการสูญเสียโครงสร้างในส่วนของ hard palate, alveolar ridge, และ dentition จนถึงแนวกึ่งกลางเพดานปาก defect ในลักษณะนี้ (unilateral defect) พบได้บ่อยที่สุด

2. classII maxillary defect

มีการสูญเสียอวัยวะเฉพาะส่วนท้ายของ arch ด้านใดด้านหนึ่ง โดยด้าน defect side จะยังคงเหลือส่วน premaxillar และ premolar dentition อยู่ ลักษณะดังกล่าวจะคล้ายกับ the Kennedy class ll

3. classIII maxillary defect

Defect จะครอบคลุมบริเวณ hard palate และอาจเลยเข้าไปในส่วนของ soft palate โดยปกติแล้วรอยโรคลักษณะนี้จะยังคงมีฟันเหลืออยู่

4. classIV maxillary defect

จะมีการสูญเสียอวัยวะเป็นบริเวณกว้าง มี anterior defect 2 ข้าง ร่วมกับ posterior defect 1 ข้าง ในกรณีนี้มักเหลือเพียงฟันหลังเพียงไม่กี่ซี่ และมักเรียงตัวเป็นแนวเส้นตรง

5. class V maxillary defect

Defect มีลักษณะเป็น bilateral posterior defect เหลือเฉพาะฟันหน้าเท่านั้น

6. class VI maxillary defect

มีการสูญเสียโครงสร้างเฉพาะส่วน anterior segment ของขากรรไกร defect ในลักษณะนี้พบได้น้อยว่ามีสาเหตุจากการทำศัลยกรรม โดยมากมักมีสาเหตุจาก congenital anormally หรือ trauma

หลักการการออกแบบ prosthesis สำหรับผู้ป่วย maxillary defect คือ

1. จำกัดและควบคุมการเคลื่อนที่ของ prosthesis ให้น้อยที่สุด (minimize and control the movement of the prosthesis)

2. ควบคุมและกระจายแรงที่กระทำต่อ remaining structure เพื่ออนุรักษ์อวัยวะที่เหลือ (preserve remaining structure)

3. จะต้องออกแบบให้สามารถบูรณะ physiologic, cosmetic,and psychologic deficiency ของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการสร้าง prosthesis ให้ผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ต้องคำนึงถึงในการออกแบบ Maxillofacial Prosthesis ได้แก่[7]

ขนาดและตำแหน่งของ defect ที่สัมพันธ์กับฟันที่เหลือ, ความสำคัญของฟันหลักที่อยู่ติดกับ defect ซึ่งเป็นตำแหน่งที่จะให้ support และ retention ที่สำคัญของ prosthesis, ประโยชน์ของ lateral scar band ในการต้านการเคลื่อนที่ของ prosthesis และการใช้ surveyor สำรวจหา undercut ในส่วนของ defect ทั้ง useful and undesirable undercut นอกจากนี้การใส่ Removable partial denture (RPD) ด้วย multiple rest และ multiple clasp จะช่วยให้ฟันหลักธรรมชาติไม่เกิดอันตราย ในขณะฟันปลอมถูกใช้งานเพื่อให้เกิด vertical support[8]

ปัจจัยที่มีผลต่อ prognosis ของ Prosthesis

1. ขนาดและความโค้งของ arch ที่เหลือภายหลังการทำศัลยกรรม

2. คุณภาพของเนื้อเยื่อที่ปกคลุมสันเหงือกและบุภายใน defect

3. แนวการเรียงตัวของฟันหลัก (linear or curve)

4. ความสามารถของฟันที่เหลือในด้าน defect side ในการให้การรองรับและการยึดติดแก่ obturator

นอกจากใส่ฟันเทียม Acrylic partial denture (APD), RPD ยังสามารถเลือกการออกแบบลักษณะพิเศษอื่น ๆ เช่น swing lock denture สำหรับ maxillary defect การออกแบบในลักษณะนี้จำเป็นต้องมีฟันหลักในส่วน posterior segment แต่ละด้านไม่น้อยกว่า 4 ซี่ หรืออาจออกแบบเป็น swing -lock type ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อการยึดฟันที่เหลือทั้งหมดเข้าไว้ด้วยกัน ในกรณีที่ไม่สามารถทำ split thickness skin graft คลุมในส่วนของ defect หรือบริเวณรอบ defect ไม่มีลักษณะของ lateral scar band อาจพิจารณาเลือกใช้ combination of buccal and palatal retention เพื่อเพิ่มการยึดติด หรืออาจเลือกออกแบบเป็น swing-lock design โดยวางตำแหน่งของตะขอให้ค่อนไปทางด้านหลังให้มากที่สุด[9] โดย swing lock denture มีข้อดีคือจะช่วยลดแรงบิด เนื่องจากการลดระยะทางของแนวหมุนจากเรสท์ที่อยู่บนด้านสบฟันมาอยู่ที่บริเวณแผ่นยึดด้านลิ้นแทน ช่วยให้เกิดการยึดแน่นและการต้านแรงที่ลงสู่ฟันเทียมด้วย[10] นอกจากนี้ยังใช้บางกรณีที่มีความเหมาะสมในการเลือกใช้ swing lock denture เช่นในผู้ป่วยที่ถูกตัดกระดูกขากรรไกรบนหรือล่างออกไปมาก หรือเหลือฟันอยู่จำนวนน้อยซี่ในช่องปากให้มีการถ่ายทอดแรงลงบนฟันที่เหลือทั้งหมดใช้ฟันเป็นที่ยึดและที่ต้านแรงในขณะเดียวกันหรือถ้าใช้ฟันเทียมธรรมดาจะมีการยึดแน่นไม่เพียงพอถ้าใส่ฟันเทียมชนิดนี้ก็จะช่วยได้มากในผู้ป่วยประเภทนี้[11]

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี สถานภาพ คู่ อาชีพทำนา

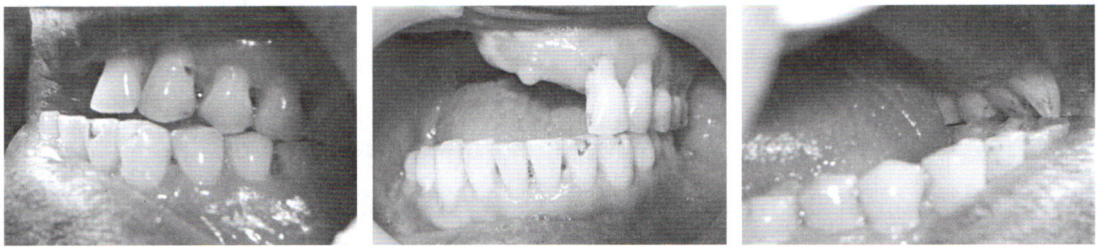
อาการสำคัญที่ทำให้มาพบทันตแพทย์และประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยมีเพดานโหว่ พูดออกเสียง ความสวยงาม การบดเคี้ยวอาหาร และการกลืนไม่ได้เหมือนปกติจากการฉายรังสีและผ่าตัดโรคมะเร็งมาเมื่อปี 2551

ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีใด ๆ

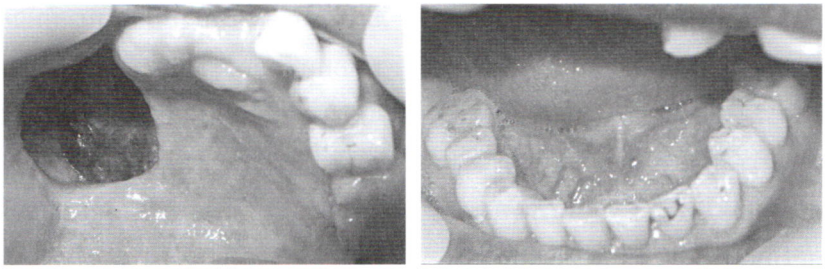
ประวัติการรักษาทางทันตกรรม เคยได้รับการเคยได้รับการขูดหินปูน ถอนฟัน ไม่มีประวัติแพ้ยาชาเฉพาะที่

การตรวจทางคลินิก

ภายในช่องปาก มีภาวะเพดานโหว่ โดยมีช่องต่อกับโพรงจมูก มีการสูญเสียโครงสร้างในส่วนของ hard palate,soft palate, alveolar ridge, และฟันธรรมชาติด้านขวาบนจนถึงแนวกึ่งกลางเพดานปาก ผู้ป่วยให้ประวัติมีน้ำไหลออกทางจมูกเวลาดื่มน้ำ และพูดออกเสียงได้ไม่ชัดเจน มีหินปูน มีคอฟันลึก #22, #23, #24, #25, #26, #43, #44 และปลายฟัน #32, #33 บิ่นแตก น้ำลายน้อย ปากแห้ง (ดังภาพที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงการตรวจสภาพในช่องปาก



รูปที่ 2 แสดงขากรรไกรบน (ซ้าย) และขากรรไกรล่าง (ขวา)

การวินิจฉัย

class I maxillary defect

การวางแผนการรักษา

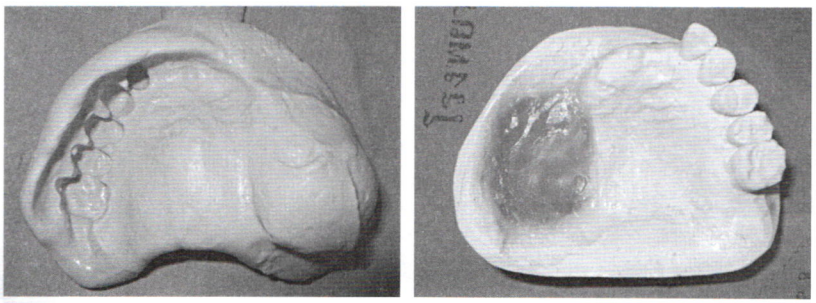
ทำการรักษาด้วยการอุดฟัน ขูดหินปูน ทำฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ Intraoral Prosthesis for Maxillary Defect ชนิด Acrylic partial denture และ recheck - recall

การรักษา

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบอาการ ขั้นตอนการทำฟันเทียมรวมทั้งผลการรักษาที่คาดว่าได้รับความเสี่ยงและผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

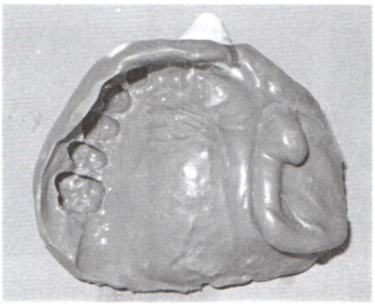
2. ทำการอุดฟันและขูดหินปูนให้กับผู้ป่วย

3. พิมพ์ปากเพื่อทำแบบศึกษา ด้วยวัสดุ alginate โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งนั่งตรง (upright position) เพื่อให้เพดานอ่อนอยู่ในลักษณะที่ปกติและผ่อนคลาย เลือกใช้วัสดุ alginate ชนิดแข็งตัวเร็วแทนแข็งตัวปกติและผู้ป่วยอยากอาเจียนอาจใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิดทาทาบริเวณเพดานด้านท้ายก่อนทำการพิมพ์ปาก (ดังภาพที่ 3)



รูปที่ 3 แสดงรอยพิมพ์ปากและแบบหลักศึกษา

4. ลองถาดพิมพ์ปากและปั้นแต่งขอบถาดและพิมพ์ปากด้วย Polyether impression material (ดังภาพที่ 4)

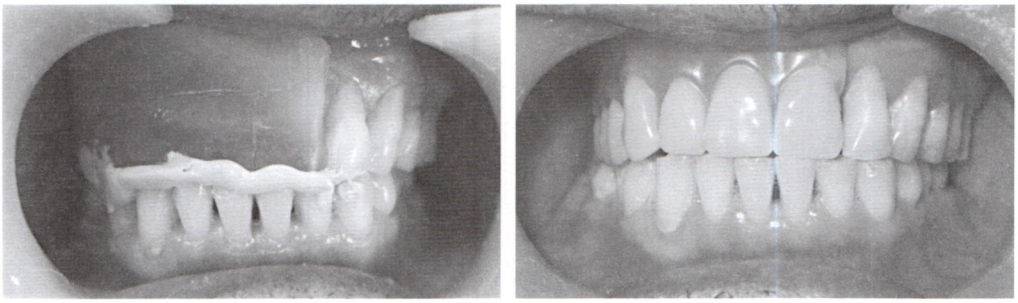


รูปที่ 4 แสดงรอยพิมพ์ Final impression

5. Survey & design ฟันเทียมชนิดถอดได้

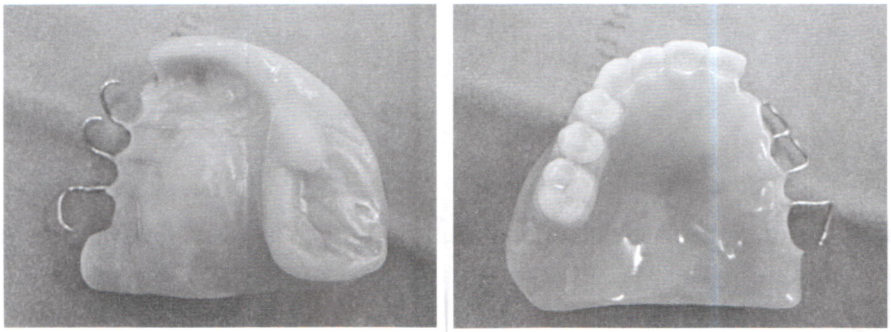
6. ลองแท่งกัด บันทึกการกัดสบด้วย Zinc oxide euginal ที่ตำแหน่ง centric occlusion (CO) และ Shade select (Cosmo A3.5) (ดังภาพที่ 5)

7. ทำการลองฟันให้แก่ผู้ป่วย (ดังภาพที่ 5)



รูปที่ 5 แสดงการลองแท่งกัด (ซ้าย) และการลองฟันให้ผู้ป่วย (ขวา)

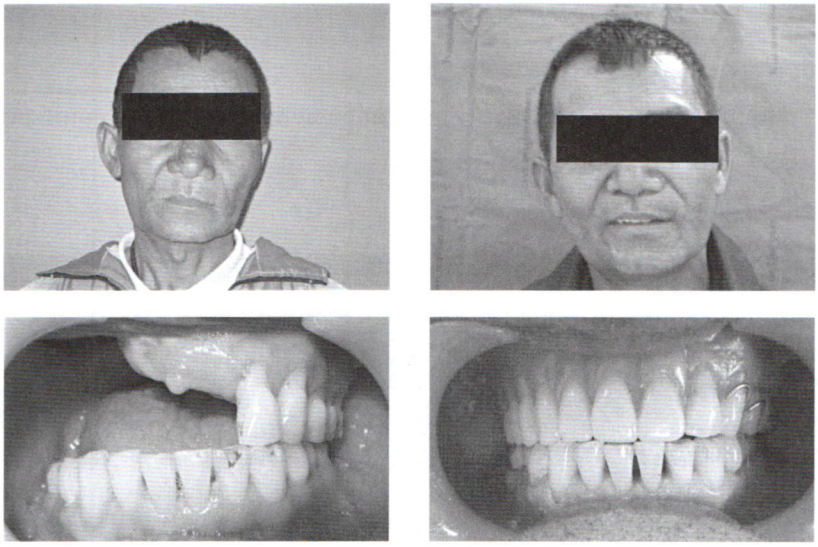
8. ลักษณะของ APD และออกแบบฟันเทียมชนิดถอดได้ APD (ดังภาพที่ 6)



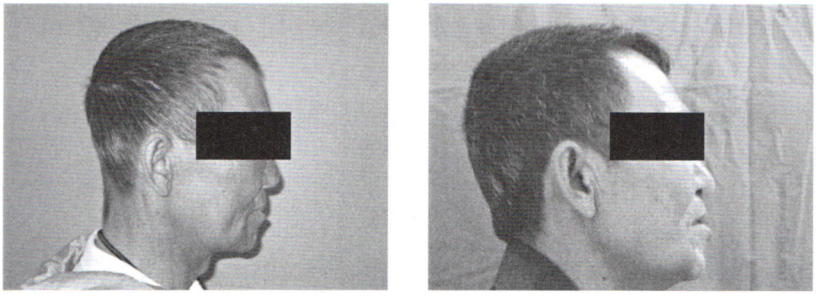
รูปที่ 6 แสดง Intraoral Prosthesis

9. ใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ APD ให้ผู้ป่วย ตรวจสอบการสบฟัน ให้คำแนะนำหลังการรักษาเน้นความรู้เกี่ยวกับการใช้-ดูแลฟันเทียม นัดกลับมาตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ (ดังภาพที่ 7)

รูปที่ 7 แสดงการใส่ฟันเทียมให้กับผู้ป่วย



รูปที่ 8 แสดงภาพหน้าตรงของผู้ป่วยก่อนใส่ฟันเทียม (ซ้าย) และหลังใส่ฟันเทียม (ขวา)



รูปที่ 9 แสดงภาพหน้าข้างขวาของผู้ป่วยก่อนใส่ฟันเทียม (ซ้าย) และหลังใส่ฟันเทียม (ขวา)

ผลการรักษา

นัดผู้ป่วยมาตรวจหลังใส่ฟันเทียมไป พบว่าพูดออกเสียงได้ชัดเจนขึ้น พอใจกับความสวยงามและรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ไม่สำลักเวลาทานน้ำ แต่พบว่ายังมีรอยแดงของขอบเพดานปากที่ไม่มีกระดูกรองรับที่เป็นรู (bulb) จากการผ่าตัด จึงได้มีการทำการกรอแก้ไข ตรวจการสบฟันและมีการนัดมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

การติดตามผลการรักษา

การตรวจซ้ำครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 หลังจากใส่ฟันเทียมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยพอใจในชิ้นฟันเทียม สวยงาม สามารถพูดออกเสียงได้ชัดเจนขึ้น รับประทานอาหารได้ดีขึ้น จึงทำการปรับแต่งและตรวจสอบการสบฟัน แต่ในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มีรอยแดงกดเจ็บที่ขอบช่องโหว่เพดานปาก ทำการ Check ด้วย PIP กรอแก้ไขฟันเทียม ตรวจการสบฟัน และเคลือบฟลูออไรด์แต่ในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมและได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ควรดูแลความสะอาดในช่องปากของตนเอง ดังนี้[12]

1. แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ฟันเทียมให้น้อยที่สุด โดยใช้เฉพาะเวลาทานอาหาร ถอดฟันเทียมในขณะหลับหรือในเวลาที่มีอาการปวดแสบร้อน
2. ทำความสะอาดฟันเทียมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ด้วยแปรงขนอ่อนและล้างด้วยน้ำสะอาด
3. ทำความสะอาดฟันเทียมด้วย antimicrobial solution หรือใช้ยาฆ่าเชื้อราทำความสะอาดฟันเทียม
4. แปรงฟันด้วยแปรงขนอ่อนและยืดหยุ่น ถ้ามีการอักเสบของเนื้อเยื่อบุในช่องปากทำได้เพียง Supportive และ Symptomatic เช่น การอมเกลือผสมน้ำอุ่น การทาแผลด้วยยาชาที่เป็นเยลลี หรือให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย
5. การที่มีน้ำลายลดลงทำให้ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง ทำให้กลืนอาหารได้ลำบาก เกิดฟันผุ เสียวฟันได้ง่าย การใส่ฟันเทียมก็จะมีปัญหา ฟันเทียมไม่แนบเหมือนเดิม เกิดแผลที่ mucosa ใต้ฟันเทียมได้บ่อย ๆ จึงรักษาอาการปากแห้งทำได้เพียงบรรเทาอาการเช่นใช้น้ำลายเทียม ใช้อมแล้วบ้วนทิ้ง เช่น Xero-Lube และ Ora-Lube หรือใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของ Glycerin และ Carboxymethylcellulose อาจเพิ่มสารฟลูออไรด์เข้าไปด้วยเพื่อช่วยป้องกันฟันผุ
6. นัดผู้ป่วยมาเคลือบฟลูออไรด์ทุก ๆ 3 เดือน

สรุปผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติได้รับการผ่าตัดบริเวณขากรรไกรบนด้านขวาจากโรคมะเร็ง พบทันตแพทย์ด้วยอาการมีเพดานโหว่ พูดและรับประทานอาหารไม่ได้เหมือนปกติ ให้การรักษาด้วยการทำฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ (Intraoral Prosthesis for Maxillary Defect) ชนิด APD และมีการนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจฟันเทียมและสภาพในช่องปากเป็นระยะ ๆ พบว่าผู้ป่วยใช้งานได้ดีแต่ยังมีแผลที่ mucosa ใต้ฐานฟันเทียม

บทวิจารณ์

Shah JP. (1976) ได้มีการรวบรวมศึกษาถึง stage system เทียบกับprognosis ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งในช่องปากจำนวน 758 ราย พบว่า Squamous cell carcinoma ซึ่งเป็นมะเร็งอันดับแรกที่พบได้มากที่สุดในช่องปาก ในการศึกษาดังกล่าวพบตำแหน่งมะเร็งต่าง ๆ ได้แก่ 95% พบที่ริมฝีปากล่างรองลงมา คือ ลิ้น ร่องริมฝีปาก ผนังข้างแก้ม เหงือก พื้นลิ้นในร่องปากและที่บริเวณเพดานปาก ซึ่งพบมะเร็งน้อยที่สุดตามลำดับ[14] ซึ่งปัญหาสำคัญ

ในการทำฟันเทียมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของใบหน้าและกระดูกขากรรไกร คือ การยึดติด (retention) และความเสถียร (stability) ของฟันเทียมให้เกิดลักษณะ oroantral หรือ oronasal seal เพื่อให้มีการเคลื่อนขยับขณะใช้งานน้อยที่สุด ดังนั้นการสร้าง prosthesis ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีการประยุกต์ใช้หลักการออกแบบตามข้อจำกัดของ defect ในผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกันออกไป โดยพบว่า remaining structure ของผู้ป่วยส่วนมากจะมีลักษณะเป็น unilateral ลักษณะดังกล่าวทำให้ prosthesis ที่สร้างมีการเคลื่อนขยับได้มากขณะใช้งาน ส่งผลให้เกิดแรงกระทำต่อ remaining structure มากกว่าปกติ แรงดังกล่าวจะเพิ่มการละลายตัวของกระดูก ซึ่งมีผลต่อ support ของ obturator ที่จะสร้างได้ง่ายกว่าในผู้ป่วยปกติทั่วไป ใน APD ที่เลือกใช้นี้มีข้อดี คือ ราคาถูกกว่า RPD เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย และในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี พบว่าผลของการฉายรังสีต่อเนื้อเยื่อในช่องปากทำให้ปริมาณน้ำลายน้อยลง มีการอักเสบของเนื้อเยื่อฟันกร่อนเสียวและผุได้ง่ายกว่าปกติ ในบางกรณีอาจมีการติดเชื้อและการตายของเนื้อเยื่อในช่องปากหลังจากการฉายแสงรังสีบำบัด ถ้าจำเป็นต้องถอนฟันเพิ่มก็เสี่ยงต่อการเกิด 0steoradionecrosis โดยเฉพาะถ้าถอนฟันล่าง แต่อัตราเสี่ยงจะน้อยลงถ้าการฉายแสงล่วงเลยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีการ Revascularization ของกระดูกกลับคืนมาบ้าง หรือการถอนฟันควรกระทำแบบ Atraumatic และให้ prophylactic antibiotic เสมอ ในบางกรณีให้รักษาด้วยhyperbaric oxygen therapy พบว่าสามารถหลีกเลี่ยงการเกิด 0steoradionecrosis หรือ soft tissue necrosis ได้ถึง 95%[13] ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นทำให้การใส่ฟันเทียมมีความลำบากและมีปัญหามากขึ้นเช่นการยึดไม่แน่นและพบแผลบริเวณเนื้อเยื่อใต้ฐานฟันเทียม แต่ APD สามารถทำการเสริมหรือแก้ไขฐานฟันเทียม APD ได้บ่อย ๆ

บทสรุป

การสร้าง prosthesis ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ปัจจัยเกี่ยวกับขนาดและตำแหน่งของ defect ปริมาณและความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อและฟันที่เหลืออยู่จะเข้ามามีผลอย่างมากต่อการออกแบบ บางกรณีการทำฟันเทียมอาจขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีการหายของแผลที่ช้ากว่าปกติหรือไม่ หรือมีความจำเป็นในการรักษาด้วยการฝังรากเทียมเพื่อการยึดอยู่ของชิ้นงานในอนาคต หรืออาจไม่จำเป็นต้องทำเลยถ้าการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยไม่ดีพอดังนั้นการประเมินผู้ป่วยก่อนรับการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ การทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างใกล้ชิดระหว่างแพทย์ที่ให้การผ่าตัด รังสีแพทย์ และเจ้าหน้าสังคมสงเคราะห์กับทันตแพทย์ที่จะสร้าง prosthesis ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการมีเพดานโหว่ พูดและรับประทานอาหารไม่ได้เหมือนปกติจากการผ่าตัดโรคมะเร็ง วางแผนการรักษาด้วยการทำฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ (Intraoral Prosthesis for Maxillary Defect) ชนิด APD ให้แก่ผู้ป่วยและมีการนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจฟันเทียมและสภาพในช่องปากอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณทันตแพทย์ไกรสีห์ วีระรักษ์เดชา ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาและทำรายงานผู้ป่วยรายนี้และนายแพทย์ชลิต ทองประยูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ให้มีการเผยแพร่ข้อมูล

บรรณานุกรม

1. สุวดี เอื้ออรัญโชติ. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง Maxillofacial Prosthetics. ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2543: 1-13.
2. Thomas D. Clinical Maxillofacial Prosthetics. Chicago: Quintessence Publishing Co Inc, 2000: 103-20.
3. Beumer J, Curtis TA, Firtell DN. Maxillofacial rehabilitation prosthodontic and surgical considerations. St Louis : CV Mosby company 1979 : 188-243.
4. William R. Maxillofacial Prosthetics Postgraduate Dental Handbook Series. Massachusetts: PSG Publishing Company Littleton, 1979; 4: 95-114.
5. Kenneth T. Prosthesis Serviceability for Acquired Jaw defects. Dental Clinics of North America 1990; 34(2): 265-84.
6. Gregory R, Greggory E, Arthur O. Prosthodontic principle in the framework design of maxillary obturator prostheses. J Prosthet Dent 1989; 62: 205-12.
7. Gordon E, William D. Application of various removable partial denture design concepts to a maxillary obturator prosthesis. J Prosthet Dent 1979; 4(3): 316-18.
8. Carl A, Keith E, Susan D. Removable partial denture design considerations where periodontally compromised teeth exist. Int J Prosthodont Rest Dent 1997; 17:89-93.
9. Gregory R, Kirk L. Swing-lock design considerations for obturator frameworks. J Prosthet Dent 1995; 74(5): 503-11.
10. Bolouri A. Removable partial denture design for a few remaining natural teeth. J Prosthet Dent 1978; 39: 346-8.
11. Matin FW, Derek A, James S. The swing-lock removable partial denture in clinical practice. Dental update 1998; 25: 80-4.
12. Terence J. Oral tissue changes of radiation -oncology and their management. Dental Clinics of North America 1990; 34(2): 233-8.
13. Marx RE, Johnson RP, Kline SN. Prevention of 0steoradionecrosis. A randomized prospective clinical trial of hyperbaric oxygen versus penicillin. JADA 1985; 49:111.
14. Shah JP. Carcinoma of the oral cavity factors effecting treatment failure at the primary site and neck. Am J Surg 1976; 132: 504.