

การแก้ไขการสบฟันโดยวิธี Clinical remount ในการใส่ฟันปลอมทั้งปาก : รายงานผู้ป่วย Clinical remount for complete denture : a case report

นฤทธิ พัฒนสุกวานิช ท.บ., ป.บญชิต (ทันตกรรมประดิษฐ์)*

ABSTRACT

Occlusal errors in complete dentures can result from laboratory and clinical errors. Corrections must be made with the dentures in the patient's mouth or by making new jaw relation records and correcting the occlusion on an articulator. The latter method is far more accurate because the dentures are seated on rigid bases, errors are more easily seen, and soft tissues and saliva do not interfere with selective grinding. This article presents a case report that uses the clinical remount procedure for complete denture. The procedure can be easily adopted in a routine dental practice.

Keywords : Clinical remount, Complete denture

บทคัดย่อ

ความคลาดเคลื่อนของการสบฟันในการใส่ฟันปลอมทั้งปากมีสาเหตุมาจากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการและในคลินิก การแก้ไขสามารถทำได้ภายในช่องปาก หรือทำการแก้ไขโดยทำการบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรใหม่และแก้ไขการสบฟันบนเครื่องกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลอง การแก้ไขด้วยวิธีการหลังมีความถูกต้องแม่นยำมากกว่าเพราะฟันปลอมจะอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ข้อผิดพลาดจะสังเกตเห็นได้ง่ายกว่า เนื้อเยื่ออ่อนและน้ำลายจะไม่รบกวนต่อการแก้ไขการสบฟัน บทความนี้แสดงถึงรายงานผู้ป่วยที่ใช้การสอบติดตั้งทางคลินิกในการใส่ฟันปลอมทั้งปาก ซึ่งขั้นตอนการสอบติดตั้งทางคลินิกสามารถทำได้ง่ายในทางคลินิก

คำสำคัญ : การสอบติดตั้งทางคลินิก, ฟันปลอมทั้งปาก

บทนำ

กระบวนการสอบติดตั้งทางคลินิก (Clinical remount) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการใส่ฟันปลอมทั้งปาก¹⁻¹⁰ กระบวนการประกอบด้วย การติดตั้ง (Remount) ฟันปลอมโดยทำการบันทึกการสบฟันที่ความสัมพันธ์ในศูนย์ (Centric relation) และตำแหน่งสบยื่น (Protrusive position) บนกลอุปกรณ์ขากรไกรจำลอง (Articulator) การสบฟันจะถูกแก้ไขใน กลอุปกรณ์ขากรไกรจำลอง แทนการแก้ไขภายในช่องปาก

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำการสอบติดตั้งทางคลินิก เพราะเห็นว่าฟันปลอมควรวางอยู่บนสันเหงือกก่อนแก้ไขการสบฟัน หรือการแก้ไขการสบฟันควรทำภายในช่องปาก ปัญหาของการแก้ไขการสบฟันภายในช่องปาก คือ ฟันปลอมจะไม่อยู่คงที่บนสันเหงือก จะเกิดการเคลื่อนของฐานฟันปลอมเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกีดขวางการสบฟัน (Occlusal interference) การปรับการสบฟันภายในช่องปากจึงทำได้ยาก การแก้ไขจะถูกต้อนน้อยกว่าการสอบติดตั้งทางคลินิกบนกลอุปกรณ์ขากรไกรจำลอง โดยบันทึกการสบฟันที่ความสัมพันธ์ในศูนย์ (Centric relation record) และกรอแก้ไขจุดสบกระแทก

การสอบติดตั้งทางคลินิก เป็นวิธีการที่ทำให้ได้การสบฟันที่ดี (Optimal occlusion) เป็นขั้นตอนแก้ไขข้อผิดพลาดในห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ขั้นตอนการเปลี่ยนฐานฟันปลอมจากซีฟึงเป็นอะคริลิก (Processing error), ขั้นตอนการติดตั้ง (Mounting procedure) เป็นต้น¹¹⁻¹⁶

ในการปรับแต่งฟันปลอมทั้งปาก ด้านที่ได้รับความนิยมปรับหรือร่อแต่งหลังสุด คือ ด้านสบฟันหรือด้านบดเคี้ยว เพราะต้องแน่ใจก่อนว่าฐานฟันปลอมอยู่ในที่ที่ควรจะเป็นและที่ที่ดีที่สุดเรียบร้อยแล้ว การกรอแต่งด้านบดเคี้ยวหรือด้านสบฟันของฟันธรรมชาติ ครอบฟันซีฟึง ๗ หรือสะพานฟันสั้น ๆ ทำได้ง่ายในปาก ส่วนการปรับแต่งด้านสบ

ฟันของฟันปลอมทั้งปากทำได้ยากกว่าด้วยสาเหตุหลายประการจนทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่จะปรับแต่งด้านสบฟันของฟันปลอมทั้งปากในปากของผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ คือ

1. ฟันปลอมไม่แนบอยู่กับที่ หลวมหลุดได้ง่ายถึงแม้จะทำฟันปลอมให้แน่นหรือมีเสถียรภาพเพียงใด ฟันปลอมก็ย่อมมีการขยับในขณะกัดฟันและอ้าปากก็จะหลวมหลุดได้ ดังนั้นเมื่อให้ผู้ป่วยกัดฟัน ฟันปลอมอาจจะมีการเคลื่อนที่ และการใช้กระดากก็อปปี้เช็คการสบฟันในปากก็ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ติดตามบนฟันนั้นเกิดขึ้นในขณะฟันแตะกันครั้งแรก กัดน้อยหรือกัดมากจนถึงที่สุดเพียงไร ถ้าฟันปลอมสัมผัสกันด้วยระยะเวลาสั้นตั้งแต่เริ่มแตะกันจนกระทั่งหยุดหรือแม้กระทั่งเมื่อฟันปลอมหลวมหลุดออกจากที่ก็จะทำให้กระดากก็อปปี้ใช้กัดเพื่อทดสอบการสบฟันไปแต่ละหรือเปื้อนในที่ที่ไม่ควรจะติดสีทำให้เราแปลความหมายผิดไปได้ง่าย

2. ในปากมีน้ำลายเลอะเทอะกระเด็น สกปรก การทำงานในบริเวณที่มีน้ำเปียกเฉอะแฉะ ย่อมทำได้ลำบาก สิ้น และนอกจากนั้นกระดากก็อปปี้ก็ไม่ค่อยจะติดสีในบริเวณที่เปียก

3. ภายในช่องปากมองเห็นได้ยาก เพราะผู้ป่วยมีปากแคบและมีด มุมมองบางแห่งทันตแพทย์ไม่สามารถที่จะมองได้ชัดเจน

4. ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะกัดให้ตรงในตำแหน่งที่ต้องการได้ทุกครั้ง บางครั้งผู้ป่วยอาจจะกัดในตำแหน่งในศูนย์ (Centric position) หรือตำแหน่งนอกศูนย์ (Eccentric position) ซึ่งทันตแพทย์อาจจะทราบแต่ผู้ป่วยไม่ทราบทำให้ทำได้ยากและอาจจะแปลความได้ผิด

5. เนื้อเยื่อเหงือก มีความยืดหยุ่น การยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อเหงือกเกิดได้ทั้งในแนวตั้งและในแนวนอนทำให้การสบฟันอาจผิดไปจากตำแหน่งที่ต้องการได้

6. ทั้งตัวผู้ป่วยและทันตแพทย์เองเหนื่อยล้า เพราะผู้ป่วยจะต้องอ้าปากหุบปากหลายหน ตัวทันตแพทย์เองก็ต้องใช้ความพยายามและสมาธิที่ดีเพื่อที่จะออกคำสั่งให้ผู้ป่วยกัดในตำแหน่งที่ต้องการซ้ำแล้วซ้ำเล่า จนอาจก่อให้เกิดความเครียดในตัวทันตแพทย์และผู้ป่วยเอง

7. ทำให้ทันตแพทย์เสียเวลาในคลินิกมากยิ่งขึ้น

วิธีการที่จะแก้ไขและปรับปรุงการปรับแต่งด้านบดเคี้ยวให้ทำได้ง่าย รวดเร็วขึ้น ถูกต้อง และแม่นยำกว่า คือ การสอบติดตั้งทางคลินิก (Clinical remount) ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงข้อเสียต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วได้ โดยมีหลักการ คือ บันทึกการสบฟันของผู้ป่วยในตำแหน่งในศูนย์ (Centric position) หรือตำแหน่งนอกศูนย์ (Eccentric position) บนกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลอง และทำการแก้ไขการแก้ไขการสบฟันบนกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลอง ไม่ทำในปากผู้ป่วยโดยตรงซึ่งข้อดีคือ ฟันปลอมจะวางบนขากรรไกรจำลองที่ทำจากปูน ซึ่งสามารถยึดฟันปลอมให้แน่นบนแบบปูนได้ แบบปูนไม่มีการยืดหยุ่นเหมือนเนื้อเยื่อเหงือกที่อยู่ในปาก, ไม่มีน้ำลายออกมาเลอะเทอะสกปรก กัดกระดาษก็อปปีได้ง่ายมองเห็นได้ชัด กัดสบตรงกับที่ต้องการทุกครั้งไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งใน

ศูนย์ (Centric position) หรือตำแหน่งนอกศูนย์ (Eccentric position) ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ไม่ต้องการความร่วมมือของผู้ป่วยมากนัก ไม่ต้องเปลืองเวลาในคลินิก ตัวทันตแพทย์และผู้ป่วยเองก็ไม่เหนื่อยล้า ไม่เครียด ทำให้ทำงานได้เร็วและการปรับแต่งทำได้ถูกต้องและแม่นยำมากยิ่งขึ้น¹⁷⁻²⁰

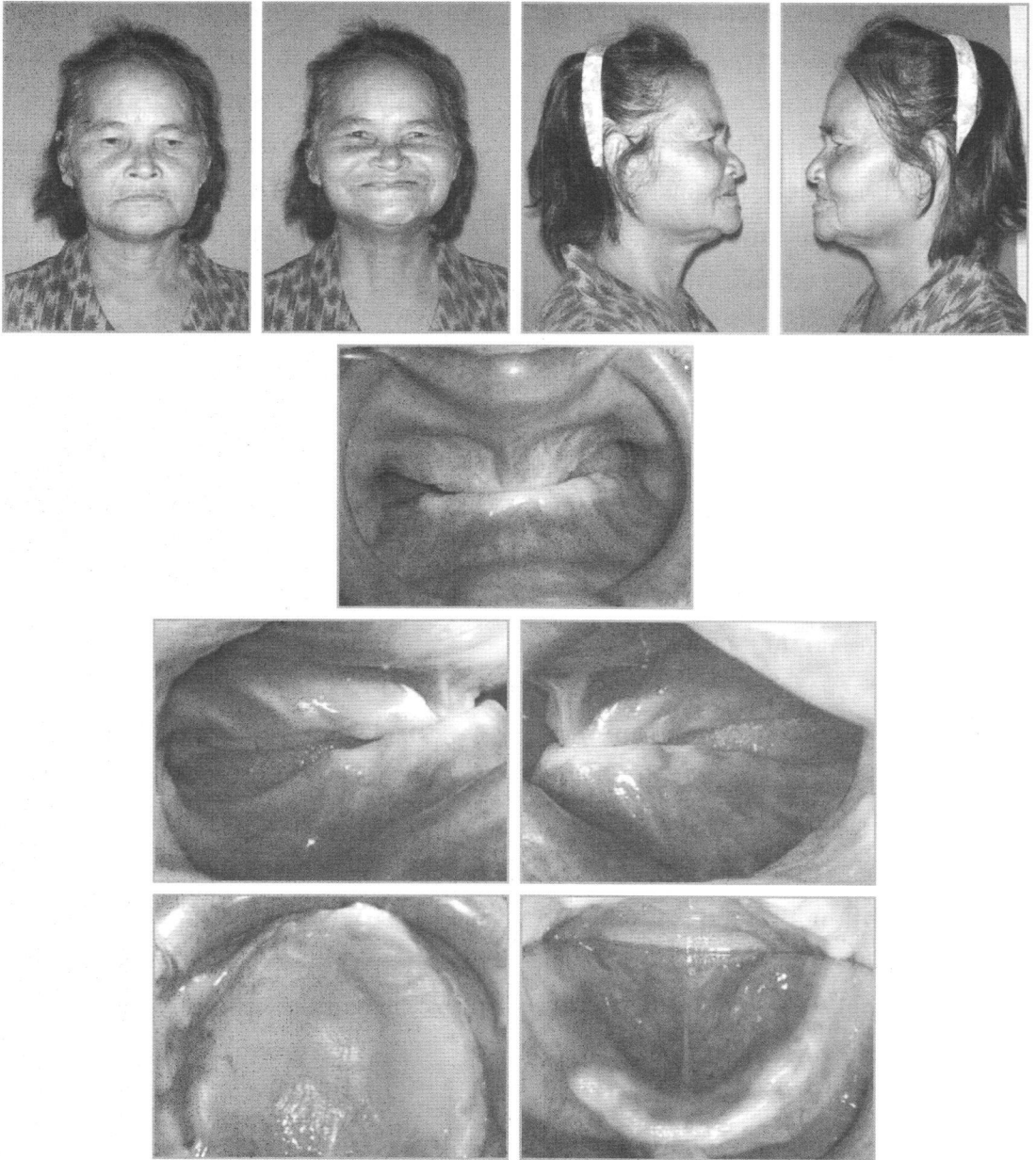
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 65 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญ คือ ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา จากการตรวจในช่องปาก ไม่พบว่ามอฟันอยู่ในช่องปาก (รูปที่ 1)

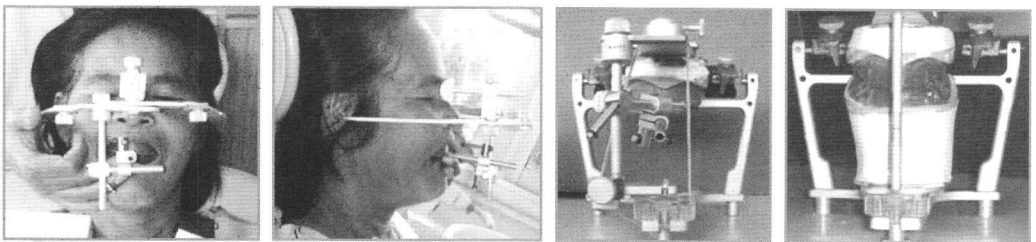
การรักษา

ทำการใส่ฟันปลอมทั้งปากให้ผู้ป่วย โดยการรักษา ได้ทำการแก้ไขการสบฟันด้วยการสอบติดตั้งทางคลินิกร่วมกับการใช้เครื่องเฟซโบว์ (Facebow record) ใช้กลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลองแบบกึ่งปรับได้ (Semiadjustable articulator) แทนการใช้กลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลองแบบธรรมดา (Plane line articulator) (รูปที่ 2)





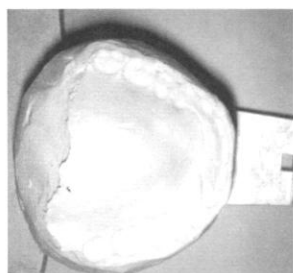
รูปที่ 1 สภาพภายนอกและภายในช่องปากก่อนการรักษา



รูปที่ 2 ภาพแสดงการบันทึกความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรบนกับโครงสร้างกะโหลกศีรษะ โดยใช้เครื่องเพชโบว์

วิธีการทำการสบติดตั้งทางคลินิก

หลังจากเรียงฟันปลอมบนฐานขี้ผึ้งเสร็จแล้ว และนำฟันปลอมบนฐานขี้ผึ้งมาลงในผู้ป่วยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ก่อนนำฟันปลอมบนฐานขี้ผึ้งไปเปลี่ยนเป็นฟันปลอมฐานอะคริลิกให้นำฟันปลอมบนฐานขี้ผึ้งใส่ในแบบปูนที่ได้ถ่ายทอดความสัมพันธ์ขากรรไกรบนโดยใช้เครื่องเพชโบว์ที่ติดตั้งในกลอุกรณ์ขากรรไกรจำลองแบบกึ่งปรับได้แล้ว ให้บันทึกด้านบดเคี้ยวฟันปลอมบนที่วางบนฐานขี้ผึ้ง (Face-bow index) โดยใช้ปูนพลาสเตอร์ที่แข็งตัวเร็ว (รูปที่ 3)

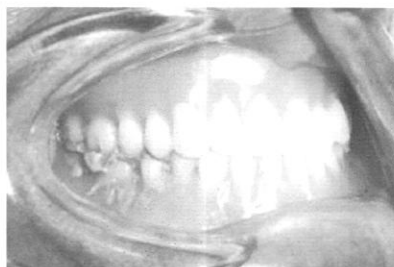


รูปที่ 3 ภาพแสดง Face-bow index

หลังจากนั้นนำฟันปลอมบนฐานขี้ผึ้งไปเปลี่ยนเป็นฟันปลอมฐานอะคริลิก เมื่อได้ฟันปลอมบนและล่างฐานอะคริลิกแล้ว ให้ทำการปรับแต่งด้านบดเคี้ยว ดังต่อไปนี้

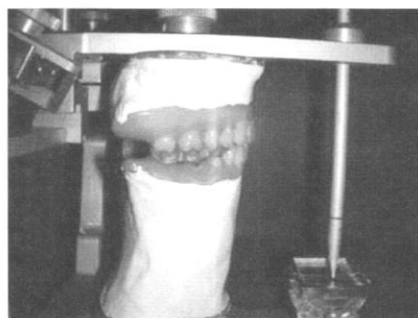
1. ทาวาสลินที่ฟันบน
2. ใส่วัสดุบันทึกการสบฟัน (Recording medium) ที่ฟันล่าง โดยวัสดุบันทึกการสบฟันที่ใช้เป็นสารตัวใดก็ได้ที่ทันตแพทย์ถนัดแต่ที่ใช้ได้ง่าย และนิยมคือการใช้ขี้ผึ้ง เช่น Aluwax โดยใช้ Aluwax มีความยาวเท่ากับความยาวของฟันเขี้ยวถึงฟันกรามใหญ่ซี่ที่สอง นำ Aluwax 2 ชิ้นวางลงบนด้านสบฟันของฟันล่าง ความยาวตั้งแต่ฟันเขี้ยวจนถึงฟันกรามซี่ที่สองทั้งสองข้าง ใช้ตะเกียงฟันเป่าให้ขี้ผึ้งอ่อนนุ่มทั้งก่อน ลองใช้นิ้วจับดูก่อนขี้ผึ้ง Aluwax ควรจะนุ่มและปั้นรูปไปมาได้ บั่นให้มีความหนาประมาณ 3-4 มม. ใช้ตะเกียงฟันไฟ

เป่าซ้ำอีกที นำฟันปลอมบนและล่างใส่ในปาก ให้ผู้ป่วยหุบปาก กดฟันลงให้ฟันบนและล่างใกล้กันที่สุดแต่ไม่แตะกัน บันทึกการสบฟันที่ความสัมพันธ์ในศูนย์ (Centric relation) หรือตำแหน่งหลังสุด (Retruded contact position) (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพแสดงการบันทึกความสัมพันธ์ของฟันปลอมบนและล่างที่ความสัมพันธ์ในศูนย์

3. นำฟันปลอมออกจากปากไปติดตั้งในกลอุกรณ์ขากรรไกรโดยใช้ Face-bow index โดยติดตั้งฟันปลอมบนโดยใช้ปูนพลาสเตอร์ที่แข็งตัวเร็ว (Fast set plaster of paris) (รูปที่ 5)



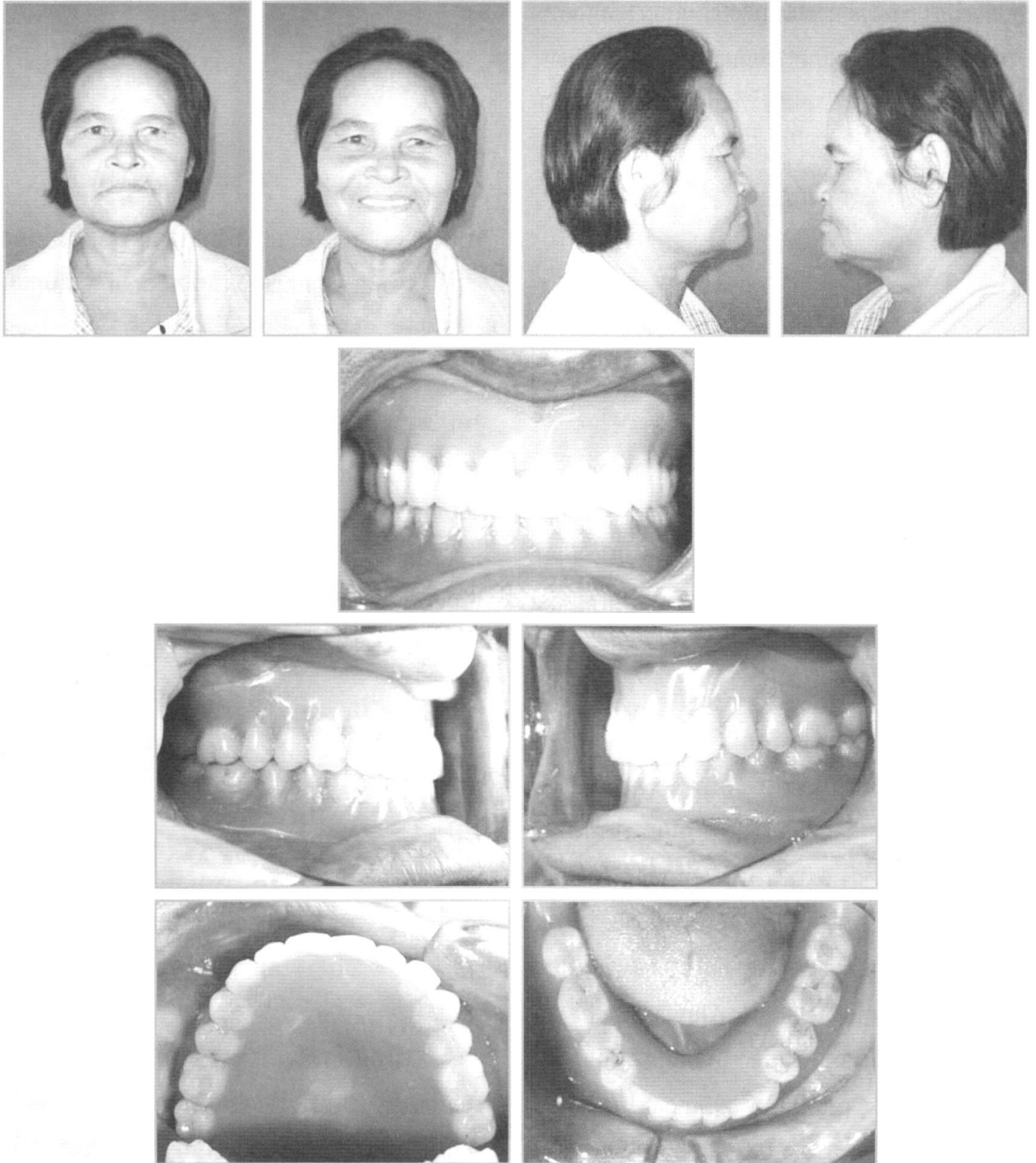
รูปที่ 4 ภาพแสดงการติดตั้งฟันปลอมบนและล่างในกลอุกรณ์ขากรรไกรจำลอง

เมื่อแข็งแล้วนำฟันปลอมบนและล่างมาเข้าปากผู้ป่วยใหม่ ทำการบันทึกในท่ายื่นคางกัดด้านข้างทั้งซ้ายและขวาแล้วนำค่าการบันทึกนั้นมาปรับกลอุกรณ์ขากรรไกร ในกรณีที่ยอดฟันปลอมมีลักษณะเรียบ (Monoplane teeth) ให้

บันทึกเฉพาะที่ความสัมพันธ์ในศูนย์หรือตำแหน่ง
หลังสุดเพียงตำแหน่งเดียว ไม่ต้องทำการบันทึก
ในตำแหน่งนอกศูนย์

4. ทำการปรับแต่งด้านบดเคี้ยว (Selective
grinding) ถ้าเป็นฟันมีปุ่มฟันเด่นชัด (Cusp teeth)

ให้ใช้หัวกรอกกลมโลหะขนาดเบอร์ 4 ถึงเบอร์ 6
หรือใช้หัวกรอหิน (Stone bur) รูปวงล้อกรอแต่ง
ถ้าเป็นฟันมีปุ่มฟันเรียบ (Monoplane teeth) ให้
ใช้กระดาษทรายเบอร์ 1 ขนาดความกว้างยาว
2 x 8 ซม.



รูปที่ 5 สภาพภายนอกและภายในช่องปากหลังการรักษา

5. เมื่อปรับแต่งการสบฟันเรียบร้อยแล้ว
ให้นำฟันปลอมบนและล่างมาขัดแต่งให้เรียบร้อย

6. ใส่ฟันปลอมให้กับผู้ป่วยพร้อมทั้งให้
คำแนะนำวิธีการใช้ฟันปลอมต่อไป

ภายหลังการใส่ฟันปลอม 1 สัปดาห์, 1 เดือน,
3 เดือน และ 6 เดือน เรียกผู้ป่วยกลับมาเช็ค
พบว่าผู้ป่วยมีความสบายในการใส่ฟันปลอม ไม่พบ
ปัญหาในการเคี้ยวอาหาร สามารถเคี้ยวอาหาร
ได้ดี ฟันปลอมยึดแน่นดีในขากรรไกร ผู้ป่วยมี
ความพึงพอใจในการใส่ฟันปลอม โดยระยะเวลา
ทั้งสิ้น 8 เดือน (รูปที่ 6)

วิจารณ์

การสอบติดตั้งทางคลินิก (Clinical remount)
เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการแก้ไขข้อผิดพลาด
ที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการและในคลินิก และสร้าง
ให้เกิดการสบฟันที่มีกระจายแรงบดเคี้ยวไปตาม
ทุกบริเวณของสันเหงือก การสอบติดตั้งทางคลินิก
ช่วยรักษาเสถียรภาพของฐานฟันปลอมเมื่อขา
กรรไกรล่างอยู่ใน ตำแหน่งในศูนย์ อย่างไรก็ตาม
พบว่าทันตแพทย์จำนวนน้อยมากที่แก้ไขการสบ
ฟันในการ ใส่ฟันปลอมทั้งปากด้วยวิธีการสอบ
ติดตั้งทางคลินิก เนื่องจากเชื่อว่าใช้เวลามาก
เพิ่มขั้นตอนในการทำงาน และไม่มีความจำเป็น
ทันตแพทย์เหล่านั้นเชื่อว่าเนื้อเยื่อจะปรับสภาพให้
เข้ากับฟันปลอมใหม่ได้เอง อย่างไรก็ตามเนื้อเยื่อ
อาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามการสบฟันใหม่ก็เป็นได้
จึงอาจต้องมีการศึกษาต่อไป

สรุป

การสอบติดตั้งทางคลินิก (Clinical remount)
ช่วยให้ทันตแพทย์ลดเวลาการแก้ไขการสบฟันใน
คลินิกลง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพฟันปลอม ช่วย
เพิ่มความพอใจให้ผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความสบาย
(comfort) ในการสวมใส่ฟันปลอม นอกจากนี้ยัง

ช่วยให้การแก้ไขการสบฟันทำได้ถูกต้องและแม่นยำ
มากขึ้น ดังนั้นการแก้ไขการสบฟันในการใส่ฟัน
ปลอมทั้งปาก จึงควรนำการสอบติดตั้งทางคลินิก
มาใช้ร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธงชัย ตริวิบูลย์วินิชย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตให้
เผยแพร่ผลงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Firtell DN, Finzen FC, Holmes JB. The effect of clinical remount procedures on the comfort and success of complete dentures. J Prosthet Dent 1987 ; 57 : 53-7.
2. Kotwal KR. The need to use an arbitrary face-bow when remounting complete dentures with interocclusal records. J Prosthet Dent 1979 ; 42 : 224-7.
3. Holt JE. Research on remounting procedures. J Prosthet Dent 1977 ; 38 : 338-41.
4. Woelfel JB. Processing complete dentures. Dent Clin North Am 1977 ; 21 : 329-38.
5. Friedman S. An effective pattern of occlusion in complete artificial dentures. J Prosthet Dent 1951 ; 1 : 402-13.
6. Brudvik JS, Wormley JH. A method of developing monoplane occlusions. J Prosthet Dent 1968 ; 19 : 573-80.
7. Hall WA Jr. Important factors in adequate denture occlusion. J Prosthet Dent 1958 ; 8 : 763-75.
8. Ortman HR. Complete denture occlusion. Dent Clin North Am 1977 ; 21 : 299-320.

9. Gehl DH, Dresen OM. Complete denture prosthesis. 4th ed. Philadelphia : WB Saunders ; 1958 : 327-9.
10. Ansari IH. A procedure for making remount casts without blocking out undercuts. J Prosthet Dent 1993 ; 70 : 482.
11. Sharry JJ. Complete denture prosthodontics. 3rd ed. New York : McGraw-Hill ; 1974 : 276-83.
12. Sidhayee AB, Master JB. Efficacy of remount procedures using masticatory performance tests. J Prosthet Dent 1979 ; 41 : 129-33.
13. Isharul HA. Simplified clinical remount for complete dentures. J Prosthet Dent 1996 ; 76 : 321-4.
14. Keki R. The need to use an arbitrary face-bow when remounting complete dentures with interocclusal records. J Prosthet Dent 1979 ; 42 : 224-7.
15. David N, Frederick C, John B. The effect of clinical remount procedures on the comfort and success of complete dentures. J Prosthet Dent 1987 ; 57 : 53-7.
16. Sidhayee AB, Master SB. Efficacy of remount procedures using masticatory performance tests. J Prosthet Dent 1979 ; 41 : 129-33.
17. Levin B, Landesman HM. A practical questionnaire for predicting denture success or failure. J Prosthet Dent 1976 ; 37 : 124.
18. Landa JS. Trouble shooting in complete denture prosthesis. Part IV : Proper adjustment procedures. J Prosthet Dent 1960 ; 10 : 190.
19. Collet HA. Motivation : A factor in denture treatment. J Prosthet Dent 1967 ; 17 : 5.
20. Lytle RB. Complete denture construction based on a study of the deformation of the underlying soft tissues. J Prosthet Dent 1955 ; 9 : 535-8

