

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

การทำฟันเทียมในผู้ป่วยช่องปากเล็กและมีรอยโรค ไลเคนเพลนัส : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Prosthetic Management in Microstomic with Oral Lichen Planus Patient : Report of 1 Case

อุไร บัวทอง ทบ.

กลุ่มงานทันตกรรม

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Urai Buathong DDS.

Division of Dentistry

Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi

บทคัดย่อ

การทำฟันเทียมให้มีการยึดอยู่และมีเสถียรภาพดีสามารถใช้งานได้ ในผู้ป่วยที่มีช่องปากเล็ก กระดูกเบ้าฟันที่รองรับฟันเทียมละลายตัวไปมาก กล้ามเนื้อรอบ ๆ ปากตึง โดยเฉพาะฟันเทียมทั้งปากล่างนั้นค่อนข้างยาก ต้องมีความพยายามมีความร่วมมือและมีการสื่อสารที่ดีระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย แม้ปัจจุบันอาจมีทางเลือกในการรักษาอื่น เช่น การทำฟันเทียมล่างคลุมรากเทียม แต่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดไม่สามารถทำการผ่าตัด ไม่ต้องการผ่าตัด หรือมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การทำฟันเทียมถอดได้เพื่อให้ผู้ป่วยใช้งาน ยังเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยที่รายงานเป็นผู้ป่วยที่มีช่องปากเล็ก แคบ ตึง มีรอยโรคไลเคนเพลนัสที่กระพุ้งแก้ม ได้รับการรักษาด้วยการทำฟันเทียมถอดได้บางส่วนในขากรรไกรบน และฟันเทียมทั้งปากในขากรรไกรล่าง สามารถใช้งานได้ดี ผู้ป่วยพึงพอใจ หลังการติดตามผลการรักษา 4 ครั้ง

คำสำคัญ : ฟันเทียม, ไลเคนเพลนัส

ABSTRACT

Making dentures with good retention, stability and function in microstomic patients with severe alveolar resorption and muscles tension, especially lower complete denture was rather difficult. It needed good communications and patients co-operations. While implant-retained overdenture could be one treatment option but some patient who have any restrictions to the operation, did not want any operation or having any economic problems, removable denture was treatment of choice for these patients. The patient in this report had microstomia with oral lichen planus at buccal mucosa, tension in muscle around the mouth, can not open her mouth wide, treated with removable partial denture in upper arch and complete lower denture in lower arch. With good function and patient's satisfactions after 4 visits recalled.

Keywords : microstomia, denture, lichen planus

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่าผู้สูงอายุสูญเสียฟันร้อยละ 92 ในจำนวนนี้สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 8 มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปาก 300,000 คน และฟันเทียมบางส่วน 3,700,000 คน การไม่มีฟันสำหรับเคี้ยวอาหารมีผลต่อภาวะโภชนาการ การเลือกชนิดอาหาร และการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹ การใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพสวยงาม ไม่หลวมหลุดง่าย เคี้ยวอาหารได้ดีให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี ได้สารอาหารครบถ้วนมากขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง เข้าสังคมได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ความสำเร็จของการทำฟันเทียมทั้งปาก (complete denture) นั้น ส่วนใหญ่ขึ้นกับว่าจะสามารถทำฟันเทียมทั้งปากล่าง (lower complete denture) ให้ทำงานได้ดีเพียงใด เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในฟันล่างมากมาย เช่น พื้นที่ยึดฟันเทียมที่น้อยกว่ากล้ามเนื้อฟันปาก (floor of mouth) ที่เคลื่อนไหว ขนาดและการเคลื่อนไหวของลิ้น ขณะพูด เคี้ยว กลืน การเคลื่อนไหวของขากรรไกรล่าง การมีเยื่อเมือกเข้าฟัน (alveolar mucosa) บาง การมีช่องปากส่วนนอก (vestibule of the mouth) ตื้น การลดลงของปริมาณและความเข้มข้นของน้ำลาย การรับรู้และความสามารถในการบังคับกล้ามเนื้อ รวมทั้งความร่วมมือของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยทำให้การทำฟันเทียมล่างยากกว่าฟันเทียมบน² ทางเลือกสำหรับการทำฟันเทียมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีฟันในขากรรไกรล่างในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การใส่ฟันเทียมทั้งปากล่าง (complete mandibular denture) การใส่ฟันเทียมล่างคร่อมรากฟันเทียม (implant-retained mandibular overdenture) การใส่ฟันติด

แน่นบนรากเทียม (complete mandibular implant-supported fixed prosthesis) ซึ่งความสำเร็จของการใส่ฟันขึ้นกับการตรวจวินิจฉัย การวางแผนการรักษาตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ความสามารถของทันตแพทย์ในการทำ และการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะเลือกการรักษาด้วยวิธีใด³ ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการทำกรฝังรากเทียมหรือการผ่าตัดเสริมกระดูก เช่น ผู้ที่มีความหนาแน่นของกระดูกน้อย ผู้ที่ได้รับยาบางชนิดที่มีผลต่อการหายของแผลผ่าตัด⁴ และผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การทำฟันเทียมถอดได้ก็เป็นวิธีการที่ควรเลือกในการให้การรักษานี้ โดยวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ฟันเทียมที่มีการยึดติด (retention) มีเสถียรภาพ (stability) และสิ่งรองรับ (support) ที่ดี ใส่สบาย (comfort) สวยงาม (esthetic) สามารถใช้งาน (function) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

การทำฟันเทียมซึ่งเป็นเสมือนเครื่องมือขึ้นหนึ่งจะอยู่และทำงานในปากได้นั้น จะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับกล้ามเนื้อในช่องปากทั้งในขณะพูด เคี้ยว กลืน หัวเราะ หาว จากแนวคิดที่ว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมร่วมกับแรงของกล้ามเนื้อในช่องปาก เช่น ลิ้น แก้ม ริมฝีปาก มีผลต่อตำแหน่งของฟัน รูปร่างของขากรรไกร การสบฟันในเด็ก และส่งผลไปถึงตำแหน่งของฟันเทียมในปากด้วย ฟันเทียมจึงต้องวางอยู่ในช่องว่างในปากที่มีความสมดุลของแรงกระทำจากกล้ามเนื้อต่าง ๆ เช่น ลิ้น แก้ม ริมฝีปาก โดยเมื่อลิ้น แก้ม ริมฝีปากเคลื่อนไหวควรจะช่วยกดให้ฟันเทียมอยู่กับที่ (seat) ไม่ให้หลุดออกจากที่ (unseat) หรือได้ฟันเทียมที่แนบสนิท (fit) และมีเสถียรภาพที่ดีเมื่อกล้ามเนื้อทำงานหรือเมื่อใช้งานนั่นเอง

ในการทำฟันเทียมจึงต้องให้ความสำคัญกับตำแหน่งของฟัน (tooth position) และปีกฟันเทียม (flange form) Sir Wilford Fish อธิบายว่าฟันเทียมประกอบด้วย 3 พื้นผิว คือพื้นผิวด้านบดเคี้ยว (occlusal surface) พื้นผิวด้านล่างที่สัมผัสเนื้อเยื่อ (impression/tissue surface) และพื้นผิวขัดมัน (polished surface) ซึ่งมีพื้นที่มากที่สุดและสัมผัสกับกล้ามเนื้อในช่องปาก เช่น ลิ้น ริมฝีปาก แก้ม

แต่ละพื้นผิวมีผลต่อความแนบสนิท เสถียรภาพและความสบายของฟันเทียม ถ้าบริเวณเนื้อเยื่อรองรับฐานฟันเทียมยิ่งเล็ก เช่นในผู้ที่ถอนฟันมานาน ๆ มีการละลายตัวของกระดูกขาฟัน (alveolar bone) ไปมาก ๆ ตำแหน่งของฟันในขากรรไกร และเค้ารูปภายนอกของฟันเทียม (contour of external surface of denture) จะยังมีผลต่อการยึดติดและเสถียรภาพของฟันเทียมมากขึ้น⁶ ถ้าฟันเทียมแนบสนิทกับพื้นผิวด้านล่างและเค้ารูปภายนอกของฟันเทียมดีแล้ว รูปร่างด้านบดเคี้ยว (form of occlusal surface) และลักษณะการสบฟัน (nature of contact) จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของฟันเทียม⁷

ผู้ป่วยที่มีช่องปากเล็ก ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่นโรคของเนื้อเยื่อยึดต่อ (connective tissue disease) การเกิดพังผืดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (fibrosis of masticatory muscle) จากการได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการผ่าตัดเนื้ออกหรือมะเร็งบริเวณช่องปากและใบหน้า ทำให้มีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดฟัน การรักษานามัยช่องปาก การทำฟัน รวมทั้งการทำฟันเทียม และในการทำฟันเทียมผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถใช้ถาดพิมพ์ปาก (impression tray) ที่ใช้ทั่ว ๆ ไปได้⁸ ทันตแพทย์ต้องพยายามพัฒนาเทคนิคในการพิมพ์ปากผู้ป่วยที่มีช่องปากเล็ก ๆ ด้วยวิธีการและวัสดุต่าง ๆ⁹⁻¹³ เพื่อให้สามารถพิมพ์รายละเอียดของโครงสร้างและเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียม เพื่อที่จะใส่ฟันเทียมให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้

ไลเคนเลนส์ในช่องปาก (oral lichen planus) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของเยื่อเมือกช่องปาก ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะทางคลินิกที่พบ 3 ชนิดใหญ่ ๆ คือ ชนิดเรติคิวลา (reticular type) ชนิดอะโทรฟิกหรืออีรีทีมาตัส (atrophic, erythematous) และชนิดอีโรซีฟหรืออัลเซอเรต (erosive, ulcerated) ถ้าเป็นชนิดเรติคิวลามักไม่ค่อยมีอาการแสดง ชนิดอะโทรฟิกและชนิดอีโรซีฟอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อน (burning) ถึงปวดมาก รบกวนการพูด เคี้ยว กลืน ตำแหน่งที่พบรอยโรคมาก ได้แก่ กระพุ้งแก้ม

ซ้าย-ขวา รองลงมาคือที่ลิ้น เหงือก ริมฝีปาก และเพดานตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนมากให้ประวัติรับประทานอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเผ็ดไม่ได้ การบาดเจ็บจากการทำฟัน ฟันที่แหลมคม วัสดุอุดฟันที่ไม่เรียบ ฟันเทียมที่หลวม ความเครียดอาจทำให้อาการกำเริบ (exacerbated) โรคไลเคนเลนส์เป็นโรคเรื้อรัง ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพของเยื่อเมือกในช่องปากและเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาด¹⁴ วิธีการรักษาไลเคนเลนส์โดยทั่วไปใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่ (topical steroid) หรืออาจใช้สเตียรอยด์ทางระบบ (systemic steroid) ในรายที่รอยโรคกินบริเวณกว้าง หรือเป็นหลายแห่งในปาก หรือรุนแรง เมื่อใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่ไม่ได้ผล การรักษาด้วยยาทาเฉพาะที่อื่น ๆ เช่น topical tacrolimus, Isotretinoin ไปจนถึงการใช้ยากดภูมิคุ้มกันเช่น Azathioprine, Cyclosporin¹⁵

ผู้ป่วยที่รายงานเป็นผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนเลนส์ในปาก ปากเล็กแคบและตึง ต้องการใส่ฟันเทียม เมื่อพิจารณาจากสภาพกระดูกขาฟัน เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อในปาก พบว่าน่าจะทำฟันเทียมให้ใช้งานได้ดียิ่งกว่า แต่ผู้ป่วยรายนี้สามารถใส่ฟันเทียมได้ดีตามที่ผู้ป่วยคาดหวังและมีความพึงพอใจ แสดงให้เห็นว่าการทำฟันเทียมให้ประสบความสำเร็จแม้จะไม่ใช่วิธีง่าย แต่ก็ไม่ยากเกินไปที่ทันตแพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะสามารถทำได้ ทั้งเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายไม่มาก และยังเป็นการสนองนโยบายของรัฐบาลตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน และเป็นสวัสดิการแก่ประชาชนตามสิทธิบัตรสุขภาพ การรายงานผู้ป่วยรายนี้ได้รายงานตามขั้นตอนที่แท้จริง ซึ่งทันตแพทย์สามารถนำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม

รายงานผู้ป่วย

ประวัติ

ผู้ป่วยหญิงหม้าย อาชีพทำนา อายุ 58 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เพื่อใส่ฟันเทียมถอดได้บางส่วนในขากรรไกรบน และฟัน

เทียมถอดได้ทั้งปากในชากรรไกรล่าง สิทธิบัตรสุขภาพ
ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่น ได้รับการถอนฟันล่างมานาน
เคยใส่ฟันเทียมบนและล่างมาก่อนแต่ไม่สามารถใส่ได้ใน
ปัจจุบัน ต้องการใส่ฟันเทียมเนื่องจากมีปัญหาในการรับ
ประทานอาหาร และคาดหวังว่าเมื่อใส่ฟันแล้วจะสามารถ
เคี้ยวอาหารได้ ผู้ป่วยมีประวัติการเป็นแผลไลเคนเพลนัส
ในปาก ได้รับการรักษาด้วยยาไตรแอมซิโนโลน อซิโตไนด์
(triamcinolone acetonide) 0.1% ในออราเบส ทาบริเวณ
แผลในระหว่างที่มีการอักเสบมานานกว่า 5 ปี

การตรวจในช่องปาก

พบผู้ป่วยมีฟันเหลือ 4 ซี่ คือซี่ 11, 13, 21 และซี่ 22
ด้านปลายฟันตัด (incisal edge) มีการสึกกร่อน (attrition
and erosion) ทำให้ตัวฟันมีขนาดสั้นลง และมีการผุของผิว
ฟันด้านประชิดของซี่ 13, 21 และซี่ 22 จากการเอกซเรย์
ฟันทั้ง 4 ซี่ ไม่มีพยาธิสภาพปลายราก กระดูกเบ้าฟัน
(alveolar bone) ในชากรรไกรบนมีขนาดเล็ก ช่องปากส่วน
นอก (vestibule of the mouth) ค่อนข้างตื้น (ดังรูปที่ 1) ใน
ชากรรไกรล่างไม่มีรากฟันตกค้าง กระดูกเบ้าฟันในชากรร
ไกรล่างมีการละลายมากจนเกือบแบนราบ เมื่ออำปากลิ้น
และแก้มเกือบจะปิดกระดูกเบ้าฟัน (ดังรูปที่ 2) กล้ามเนื้อ
ริมฝีปากและรอบ ๆ ปากตึง ผู้ป่วยอำปากได้แคบประมาณ

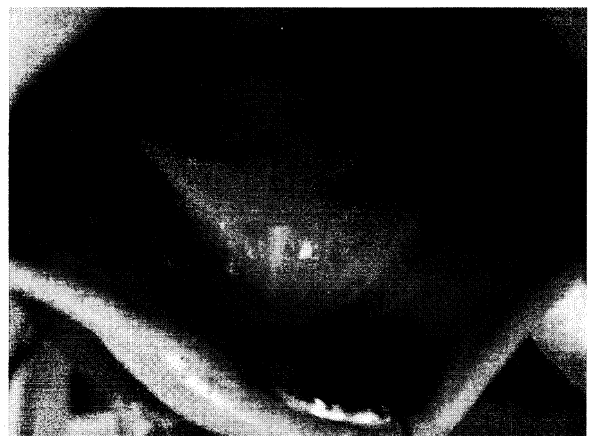
2.5 เซนติเมตร (ดังรูปที่ 3) ที่เยื่อเมือกด้านแก้มแถบขวา
(right buccal mucosa) อักเสบแดงร่วมกับลายลูกไม้สีขาว
(erythema with striae) ซึ่งเป็นลักษณะของรอยโรคของโรค
ไลเคนเพลนัสชนิดอะโทรฟิก (ดังรูปที่ 4)

การวางแผนการรักษา

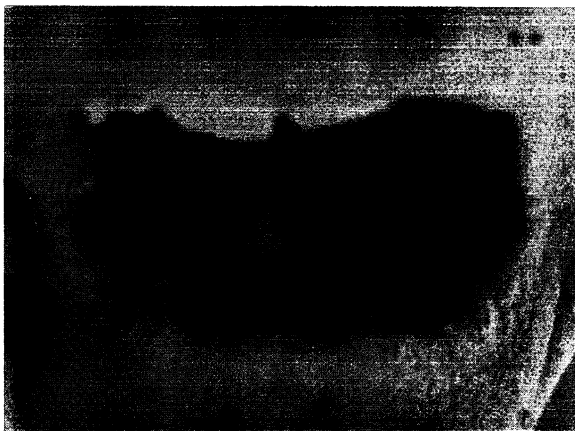
จากการประเมินสภาพผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดในการ
อำปาก กล้ามเนื้อรอบ ๆ ปากและริมฝีปากตึง สภาพของ
กระดูกเบ้าฟันที่เหลือน้อยในปาก ทั้งชากรรไกรบนและล่าง
พบว่ายากที่จะทำฟันเทียมแบบถอดได้ให้ใช้งานได้ดี จึง
อธิบายผู้ป่วยให้ทราบถึงข้อจำกัดในการทำฟันเทียมเนื่อง
จากสภาพของช่องปากดังกล่าว และผลที่คาดว่าจะได้รับ
หลังการใส่ฟันเทียม คือฟันเทียมอาจไม่สามารถยึดอยู่ดี
มากนัก ผู้ป่วยอาจต้องฝึกการใช้กล้ามเนื้อลิ้น ริมฝีปาก
และแก้มในการทำฟันเทียมคงอยู่ได้ดีในช่องปากโดย
เฉพาะขณะใช้งาน รวมทั้งอธิบายแนวทางการรักษาอื่น ๆ
เช่น การทำรากเทียมรองรับฟันเทียมแบบถอดได้ (implant-
retained removable denture) ในชากรรไกรล่าง การเพิ่ม
ความลึกช่องปาก (vestibuloplasty) แต่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด
เรื่องค่าใช้จ่ายและไม่ต้องการผ่าตัด ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก
ใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ตามสิทธิบัตรสุขภาพ จึงวางแผน
ทำฟันเทียมแบบถอดได้บนและล่าง โดยเก็บฟันที่เหลือใน



รูปที่ 1 กระดูกเบ้าฟันในชากรรไกรบนและฟันที่เหลือ



รูปที่ 2 กระดูกเบ้าฟันในชากรรไกรล่างเกือบแบนราบ



รูปที่ 3 ผู้ป่วยขณะอ้าปากกว้าง



รูปที่ 4 รอยโรคไลเคนเพลนัส บริเวณเยื่อเมือกด้าน
แก้มแถบขาว

ขากรรไกรบนไว้ทั้ง 4 ซี่ และใช้เป็นฟันหลักรับตะขอฟัน
เทียมในขากรรไกรบน โดยจะวางตะขอที่ซี่ 13 และซี่ 22
เนื่องจากต้องการคงสภาพกระดูกเบ้ารากฟันให้คงอยู่ให้
นานที่สุดเพื่อประโยชน์ในการใส่ฟันแก้อผู้ป่วยในอนาคต

การรักษา

การตรวจรักษาครั้งที่ 1 : เตรียมช่องปาก

โดยให้ยาไตรแอมซิโนโลน อซิโตไนด์ 0.1% ใน
ออร่าเบสทาบริเวณแผลที่อักเสบแดงวันละ 2 ครั้งหลัง
อาหาร เพื่อรักษาอาการอักเสบของรอยโรคไลเคนเพลนัส
ทำการอุดฟันที่ผุและเติมปลายฟันด้านตัดให้มีขนาดความ
ยาวของตัวฟันใกล้เคียงกับฟันปกติ แล้วนัดผู้ป่วยมาติด
ตามผลอีก 2 สัปดาห์ต่อมา

การตรวจรักษาครั้งที่ 2 : พิมพ์แบบขึ้นต้น

การอักเสบที่เยื่อเมือกด้านแก้มแถบขาวดีขึ้นเกือบ
ไม่เหลือรอยแดง ใช้ถาดพิมพ์ (impression tray) เบอร์ 15
บนและล่างมาลองใส่เข้าไปในปาก โดยให้ผู้ป่วยอ้าปาก
ตามสบายไม่เกร็ง ทาวาสลีนที่ริมฝีปาก ใช้ด้ามกระจก
ส่องปากกันมุมปากด้านหนึ่ง ใส่ถาดพิมพ์โดยใส่ด้านข้าง
แล้วหมุนถาดพิมพ์เข้าไปในปาก ทำการพิมพ์แบบในขากรร-

ไกรบน และขากรรไกรล่างเพื่อทำขึ้นหล่อวินิจฉัย (study
cast) และทำถาดพิมพ์เฉพาะบุคคล (custom tray) นัดผู้ป่วย
อีก 1 สัปดาห์

การตรวจรักษาครั้งที่ 3 : พิมพ์แบบขึ้นสุด

1. ลองถาดพิมพ์เฉพาะบุคคลในขากรรไกรบน
และล่าง ทำการกรอให้ขอบของถาดพิมพ์ต่ำกว่าส่วนทบ
เยื่อเมือกข้างแก้ม (vestibule) 2 มิลลิเมตรโดยรอบ
2. อธิบายและฝึกให้ผู้ป่วยทำท่าทาง ขณะที่จะทำ
การเสริมแต่งขอบ (border moulding) ด้วยคอมพาวด์
(compound)
3. ทำการเสริมแต่งขอบเพิ่มเติมที่ละส่วน โดยวาง
ถาดพิมพ์ให้เข้าที่เดิม (seat) ทุกครั้ง
4. เมื่อเสริมต่อขอบเสร็จ ทำการพิมพ์แบบขึ้นสุด
(final impression) ในขากรรไกรบนให้ผู้ป่วยหย่อนกล้ามเนื้อ
ไม่อ้าปากกว้าง ทันตแพทย์ช่วยนวดดึงกล้ามเนื้อบริเวณ
แก้มให้
5. ในขากรรไกรล่าง ให้ผู้ป่วยหย่อนกล้ามเนื้อไม่
อ้ากว้างเต็มที่ วางลิ้นไว้ด้านในของสันกระดูกเบ้าฟันและ
กวาดลิ้นไปซ้าย ขวา ทำท่ากลืนน้ำลาย ทันตแพทย์ช่วย
นวดดึงกล้ามเนื้อบริเวณแก้ม

6. ทำการพิมพ์แบบขั้นสุด เสร็จแล้วนำไปทำขึ้นหล่อหลัก (final cast) เพื่อที่จะทำแผ่นฐาน (base plate) และแท่นกัด (bite block) นัดผู้ป่วยอีก 1 สัปดาห์

การตรวจรักษาครั้งที่ 4 : ลองแท่นกัด-บันทึกการสบฟัน

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแผ่นฐานและแท่นกัดที่ได้มา ให้ผู้ป่วยนั่งสบาย ๆ บนเก้าอี้ทำฟัน โดยระนาบแฟรงค์เฟิร์ต (Frankfort plane) ขนานกับพื้น

2. นำแผ่นฐานและแท่นกัดบนมาลองใส่ในปาก ตรวจสอบความแนบสนิทของแผ่นฐาน ปรับระนาบสบฟัน (occlusal plane) ให้ขนานกับเส้นที่ลากระดับตาซ้าย-ขวาของผู้ป่วย และเส้นที่ลากระหว่างปีกจมูกและดั้งหน้ารูหู (ala nasi to tragus) เป็นหลักตรวจสอบตำแหน่งขอบนอกของแท่นกัดจากฟันซี่ 13 ถึงซี่ 17 และฟันซี่ 23 ถึงซี่ 27 ว่ามีความสมดุลหรือไม่ อยู่ในตำแหน่งกลาง ไม่เบียดออกมาทางด้านแก้มมากเกินไป แท่นกัดทั้งสองด้านควรห่างจากเส้นแนวกกลาง (mid line) ของแท่นกัดเท่า ๆ กัน เมื่อกดด้วยมือบนแท่นกัดแรงกดไม่ทำให้กระดูก เมื่ออ้าปากแล้วกล้ามเนื้อไม่ดันให้แท่นกัดหลุดออกมา

3. นำแผ่นฐานและแท่นกัดบน มาตรวจสอบความสมมาตร (symmetry) โดยนำมาวางบนทำขึ้นหล่อหลัก ลากเส้นกึ่งกลางบนขึ้นหล่อหลัก วัดความกว้างของแท่นกัดซ้ายและขวาตรงตำแหน่งฟันซี่ 17, 27 และซี่ 13, 23 ซึ่งควรกว้างเท่า ๆ กันทั้งซ้าย-ขวา นำแผ่นฐานและแท่นกัดมาใส่ในปากและตรวจสอบความสมดุลโดยดูด้วยสายตาและดูความคมของใบหน้าอีกครั้ง (ในผู้ป่วยรายนี้ความสูงของแท่นกัดบนใช้ความยาวของฟันหน้าเป็นตัวกำหนด)

4. จากนั้นนำแผ่นฐานและแท่นกัดล่าง มาใส่ในปาก ตรวจสอบขอบเขตความครอบคลุมของแผ่นฐานว่าพอดี มีส่วนเกิน กดเจ็บหรือไม่ ตรวจสอบความยึดอยู่แผ่นฐานล่าง โดยให้ผู้ป่วยวางลิ้นที่ผิวด้านในส่วนหน้าของแท่นกัดล่างและด้านข้างลิ้นวางแตะด้านข้างของแท่นกัดหลังอ้าปากเล็กน้อยแล้วดึงดูว่ามีแรงดูดหรือไม่

5. ตรวจสอบตำแหน่งของแท่นกัดล่างในปาก ว่าอยู่ในเขตกลาง (neutral zone) ระหว่างริมฝีปาก แก้ม และลิ้น ดูความคมของริมฝีปาก ตำแหน่งขอบด้านหน้าของแท่นกัดไม่เกินแนวส่วนทบด้านริมฝีปาก ส่วนหลังของแท่นกัดอยู่ในเขตกลาง เมื่ออ้าปาก ริมฝีปากและแก้มไม่ทำให้แท่นกัดหลุด ตัดแต่งให้ได้ขนาดและรูปร่าง จากนั้นให้ผู้ป่วยกัดฟันเบา ๆ ประมาณระยะห่างระหว่างขากรรไกรบนและล่าง ลากเส้นความสูงของแท่นกัดโดยประมาณในปาก นำออกจากปากมาตัดแต่งให้ได้ความสูงคร่าว ๆ และสามารถสบกับแท่นกัดบนได้

6. นำกลับไปใส่ในปากใหม่ แล้วทำการหามิติแนวตั้งขณะพัก (vertical dimension, rest) และมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (vertical dimension) ตรวจสอบระยะปลอดสบขณะพัก (free way space) ตรวจสอบว่าขอบบนของแท่นกัดล่าง ไม่อยู่สูงเกินด้านบนของลิ้น (dorsum of tongue)

7. ทำการบันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ (centric relation record) โดยให้ผู้ป่วยนั่งสบาย ๆ ผ่อนคลาย อธิบายให้ทราบถึงการสบฟันในตำแหน่งที่ข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนไปหลังสุดและบนสุด โดยไม่เอียงไปทางซ้ายหรือทางขวา ให้ผู้ป่วยลองกัดฟันในตำแหน่งนี้ สังเกตกล้ามเนื้อในหน้ารอบ ๆ ปาก ความคมของใบหน้าด้านข้าง ผู้ป่วยไม่เกร็งใบหน้า ผ่อนคลาย ชิดเส้นกึ่งกลางแท่นกัดล่าง เส้นกึ่งกลางฟันเขี้ยวซ้าย-ขวา ทำการบันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ จากนั้นให้ผู้ป่วยช่วยเลือกสีฟัน ส่งช่างเรียงฟันโดยใช้ฟันไรุ่่ม นัดผู้ป่วยอีก 1 สัปดาห์

การตรวจรักษาครั้งที่ 5 : ลองฟัน

1. นำฟันที่เรียงมาลองใส่ในปาก ฟันบนดูตำแหน่งของฟันว่าไม่เบียดแก้ม ไม่อยู่นอกขอบส่วนทบเยื่อเมือกด้านแก้ม (buccal vestibule) ลองให้อ้าปากกล้ามเนื้อแก้มไม่เบียดดันให้หลุด ตรวจสอบระนาบด้านบดเคี้ยวของฟันบน

2. นำฟันล่างมาใส่ในปาก ดูตำแหน่งของฟันล่างว่าเบียดริมฝีปากเบียดแก้มเบียดลิ้นหรือไม่ ความสูงของ



รูปที่ 5 ฟันเทียมบน และล่าง

ฟันหน้าล่างอยู่ระดับริมฝีปาก ความสูงของฟันหลังล่างต่ำกว่าด้านบนของลิ้น

3. ตรวจสอบความยึดอยู่แผ่นฐานล่าง โดยให้ผู้ป่วยวางลิ้นปิดผิวด้านในของฟันหน้าล่าง ให้ด้านข้างของลิ้นวางแตะฟันหลัง อ้าปากเล็กน้อยแล้วดึงดูว่ามีแรงดูดหรือไม่

4. ลองให้กัดฟัน ตรวจสอบการสบฟันว่าฟันอยู่ในการสบศูนย์หรือไม่ ให้กัดแถบกระดาษทรายสบฟัน (articulating paper) ดูการสบฟันในปาก ตรวจสอบมิติแนวตั้งขณะสบฟัน ตรวจสอบระยะปลอดสบขณะพัก

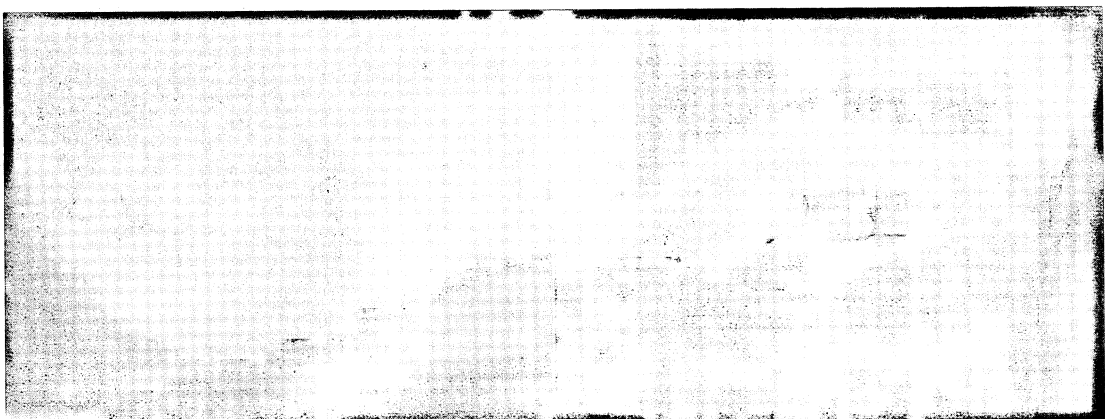
5. ดูตำแหน่งของซี่ฟัน มุมและแกน (angular, axis)

ของฟันที่เรียงมา ดูความกลมของใบหน้า ดูความสมดุลของกล้ามเนื้อ ให้ผู้ป่วยดูกระจกว่าพอใจหรือไม่ นัดผู้ป่วยอีก 1 สัปดาห์

การตรวจรักษาครั้งที่ 6 : ใส่ฟัน

1. ตรวจสอบฟันเทียม (รูปที่ 5) ดูว่ามีปุ่ม (bead) โดยลูบดูด้วยมือหรือใช้เครื่องมือแบน ๆ เช่น พาย (spatular) ลากดูทั่ว ๆ ทำการขูดออก ดูด้วยตาและคลำด้วยมือว่ามีจุดไหนอาจจะกดเจ็บ ทำความสะอาดฟันเทียมด้วยน้ำสบู่

2. ใส่ฟันเทียมบนในปาก ปรับตะขอให้แน่น หากส่วนขยายเกิน (over extended) ของขอบฟันเทียมโดยดึง



รูปที่ 6 ฟันเทียมเมื่อใส่ในปาก



รูปที่ 7 ใบหน้าผู้ป่วยเมื่อใส่ฟันเทียม

แก้มดูว่าดันให้ฟันหลุดออกจากที่หรือไม่ กรอปรับแต่งให้พอดี

3. นำฟันเทียมล่างมาใส่ในปาก ดูขอบเขตहाสวณ ขยายเกิน ตรวจสอบความยึดอยู่ของฟันเทียมล่าง ลองให้ผู้ผู้ป่วยกัดฟัน (รูปที่ 6) ดูรูปหน้า ความสวยงาม โดยให้ผู้ผู้ป่วยดูกระจก (รูปที่ 7)

4. ปรับการสบฟัน ทั้งในการสบฟันในศูนย์ (centric occlusion) และการสบฟันนอกศูนย์ (eccentric occlusion) โดยให้ผู้ผู้ป่วยกัดแถบกระดาษทรายสบฟัน แล้วทำการกรอปรับแต่งการสบฟัน

5. แนะนำและฝึกให้ผู้ผู้ป่วยใช้งานในการสบฟันในศูนย์ หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวขากรรไกรไปเคี้ยวในตำแหน่งสบนอกศูนย์ ให้ผู้ป่วยลองกระดกลิ้น อ้าปาก หุบปาก สอนและฝึกการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับฟันเทียม โดยเฉพาะลิ้นและแก้มเพื่อทำให้ฟันปลอมอยู่ได้ดีในปาก เช่น วิธีการวางปลายลิ้นไว้ที่ผิวด้านในของฟันหน้าล่าง ด้านข้างของลิ้นแผ่สัมผัสฟันหลังล่างก่อนอ้าปาก ไม่อ้าปากกว้างเกินไปทั้งขณะพูดหรือรับประทานอาหาร

6. แนะนำวิธีถอดใส่ การทำความสะอาด ไม่ให้ผู้ผู้ป่วยใส่ฟันตอนกลางคืน ยังไม่แนะนำให้เคี้ยวอาหาร เพียงทำความสะอาด ฝึกกระดกลิ้น ฝึกอ้าปาก-หุบปาก ฝึกกัดฟันในตำแหน่งสบศูนย์ นัดมาติดตามอาการวันรุ่งขึ้น

การตรวจรักษาครั้งที่ 7 : ติดตามอาการ

1. ตรวจดูเยื่อเมือกที่รองรับฟันเทียม และขอบฟันเทียมโดยรอบ พบรอยแดงที่เหงือกบริเวณซี่ 36 และซี่ 46 ผู้ป่วยบ่นว่าเจ็บ ซับบริเวณที่เจ็บให้แห้งด้วยผ้าก๊อช ใช้ฟูกันซูปพีไอพี (pressure indicator paste, PIP) ป้ายที่เหงือกตรงจุดที่แดงเจ็บ นำฟันมาใส่เข้าที่ให้ผู้ผู้ป่วยกัดฟัน พีไอพีจะติดฐานฟันเทียมออกมา ทำการกรอแก้ไขส่วนที่กดเหงือกออก

2. ตรวจสอบและปรับการสบฟัน ในการสบฟันแบบในศูนย์ และนอกศูนย์ โดยให้เคี้ยวแถบกระดาษทรายสบฟัน ทำการกรอปรับแต่งการสบฟัน

3. ทบทวนวิธีการใช้งานฟันเทียม การใช้ลิ้น ริมฝีปาก แก้ม บังคับฟันขณะอ้า-หุบปาก เคี้ยว กลืน ให้ผู้ป่วยอ้า-หุบ กัด กระดกลิ้นให้ดู แนะนำให้ฝึกเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันกรามทั้งสองด้าน ในตำแหน่งการสบสนิทที่สุด (maximal intercupal position) โดยการกัดฟันลงไปตรง ๆ บดอาหารให้ละเอียดแล้วอ้า แทนการยื่น เยื้องขณะเคี้ยว ลองฝึกเคี้ยวอาหารอ่อน คำเล็ก ๆ ฝึกกลืน นัดติดตามผลอีก 3 วัน

การตรวจรักษาครั้งที่ 8 : ติดตามอาการ

1. ตรวจเยื่อเมือกในปากที่เคยเจ็บ ดูจุดแดงเจ็บจุดที่ผู้ป่วยบ่นว่าเจ็บ ผู้ป่วยเริ่มใช้งานฟันเทียมในการเคี้ยวอาหารได้ มีการแดงและเจ็บที่ฟันล่างบริเวณสันกระดูกเบ้ารากฟันกรามซี่ที่ 46 และซี่ที่ 33 จึงกรอแก้ไข ตรวจสอบและปรับการสบฟัน ทั้งในศูนย์และนอกศูนย์

2. ที่เยื่อเมือกด้านแก้มแถบขาวมีการอักเสบแดง ให้ใช้ไตรแอมซิโนโลน อซิโตไนด์ 0.1% ในออราเบสทาบริเวณแผลวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเข้า-เย็น

3. ทบทวนการใช้ลิ้น แก้ม ริมฝีปากช่วยขณะใช้งานฟันเทียม พยายามให้ผู้ผู้ป่วยวางปลายลิ้นไว้ที่ผิวด้านในของฟันหน้าล่างให้มากที่สุด ไม่อ้าปากกว้างเกินไป ไม่ทำท่าทางเบะริมฝีปาก นัดติดตามผลอีก 7 วัน

การตรวจรักษาครั้งที่ 9 : ติดตามอาการ

ผู้ป่วยไม่เจ็บ มีรอยแดงบริเวณพื้นที่ 46 ทำการ
กรอแต่งเล็กน้อย การใช้งานฟันเทียมในการรับประทานอาหาร
อาหารดีขึ้นผู้ป่วยพอใจ เยื่อเมือกด้านแก้มแถบขาวแดง
น้อยลง ให้น้ำยาไตรแอมซิโนโลน อซิโตไนด์ 0.1% ในออร่า-
เบสหวานละ 2 ครั้งหลังอาหาร นัดมาติดตามดูอาการอีก
2 สัปดาห์

การตรวจรักษาครั้งที่ 10 : ติดตามอาการ

ไม่มีอาการเจ็บ เยื่อเมือกด้านแก้มแถบขาวแดง
น้อยลง ผู้ป่วยขอมาตรวจรักษาเองถ้ามีอาการเจ็บเนื่อง
จากไม่สะดวกในการเดินทาง จึงนัดผู้ป่วยให้มาอีก 6 เดือน
เพื่อตรวจสอบและปรับการสบฟัน แต่ถ้ามีปัญหาอะไร ขอ
ให้ผู้ป่วยรีบกลับมาพบทันตแพทย์ผู้ใส่ฟันทันที

วิจารณ์

Taji T¹⁶ กล่าวว่าควรทำฟันเทียมในขณะที่ผู้ป่วยยัง
ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ เนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจ
ของผู้ป่วยมีส่วนในการประสบความสำเร็จในการทำฟัน
เทียม และการรักษาที่จะประสบผลสำเร็จต้องการการ
สื่อสารที่ดีของทันตแพทย์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วย
รายนี้สามารถใช้ฟันเทียมได้ดี อาจเพราะผู้ป่วยอายุไม่มาก
มีความเข้าใจ รับรู้ สามารถให้ความร่วมมือ และปรับตัว
ทำเข้ากับฟันเทียมตามที่ทันตแพทย์แนะนำ สามารถ
ควบคุมกล้ามเนื้อและวางลิ้นในตำแหน่งที่สมควร เข้าใจ
ถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มี

ตำแหน่งที่ดีของลิ้น ที่จะช่วยให้ฟันเทียมล่างมี
เสถียรภาพคือ ปลายลิ้นแตะผิวด้านในของฟันหน้าล่าง
และขอบด้านข้างของลิ้นแตะที่ฟันหลังล่าง การหดลิ้นไป
ด้านหลังไม่ใช่ตำแหน่งที่ดีเพราะจะทำให้ฟันหลุดได้ง่าย
จึงต้องสอนและฝึกให้ผู้ป่วยอ้าปาก และใช้งานฟันเทียม
โดยวางลิ้นในตำแหน่งที่ถูกต้อง โดยตำแหน่งของฟันในขา
กรรไกร การสบฟันและรูปร่างด้านข้าง (ปีก) ของฟันเทียม
ต้องเหมาะสม¹⁷

ผู้ป่วยมีปัญหาหลังใส่เทียม ในเรื่องการมีจุดเจ็บที่
เนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมบ้าง และหมดไปหลังติดตามผล
การรักษา 4 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับ Szentpetery AG และ
คณะ¹⁸ ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยก่อนและหลังการใส่ฟัน
พบว่าก่อนใส่ฟันผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านการเคี้ยวและการ
รับประทานอาหาร เมื่อใส่แล้วปัญหาจะลดลงอย่างชัดเจน
ผู้ป่วยบางรายไม่มีปัญหาอีกเลยในช่วง 6 ถึง 12 เดือน
และปัญหาหลังการใส่ฟันเทียมก็คือการเกิดจุดเจ็บ เจ็บ
เหงือก ใส่ไม่สบาย เคี้ยวอาหารลำบาก เจ็บขากรรไกร

ในส่วนของท่านตแพทย์ การทำความเข้าใจกับผู้ป่วย
ทุกขั้นตอนของการทำฟันเทียมตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยถึง
การใส่และติดตามผลการรักษา การทำงานโดยไม่ข้ามขั้น
ตอน ซึ่ง Boucher CO¹⁹ และ Oven CP²⁰ ได้กล่าวถึง เช่น
ขั้นตอนก่อนการทำฟันเทียม ขณะทำฟันเทียม และหลังใส่
ฟัน ทำทุกขั้นตอนที่ควรทำในการทำฟันเทียมให้ดีที่สุด
โดยทราบจุดสำคัญที่จะทำให้ได้ฟันเทียมที่ดี เช่น การใส่
ถาดพิมพ์บุคคลเข้าให้ที่ทุกครั้งตั้งแต่การเสริมต่อขอบถึงการ
พิมพ์แบบขั้นสุด เพื่อที่จะพิมพ์ปากขั้นสุดให้ได้ขอบเขต
รายละเอียดของพื้นที่รองรับฟันเทียมที่ถูกต้อง การคำนึง
ถึงการวางฟันเทียมในเขตกลาง การสอนและฝึกให้ผู้ป่วย
ใช้กล้ามเนื้อช่วยควบคุมฟันเทียมขณะเคลื่อนไหวใช้งาน
ขณะพูด เคี้ยว กลืน การแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้
ฟันเคี้ยวอาหารในตำแหน่งนอกศูนย์ และการใช้ฟันไร่นุ่ม
ในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อลดแรงผลักดันข้าง เนื่องจากผู้ป่วยมี
กระดูกขากรรไกรบนแบนราบ ทั้งในขากรรไกรบนและล่าง

ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนเพลนัสในช่องปาก ควรได้
รับการรักษาทางทันตกรรม เช่นกำจัดสิ่งรบกวน สิ่งระคาย
เคือง ขูดหินปูนเกลารากฟัน ขูดฟันใหม่แทนที่ฟันที่ผุไว้
ไม่ดี ตัดแต่งฟันที่แหลมคม ทำฟันเทียมที่ไม่หลวมเลื่อนไป
มา²¹ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบ การทำฟัน
เทียมที่ดีไม่ทำอันตรายต่อเยื่อเมือกของปากจะเป็นผลดีต่อ
ผู้ป่วย หลังจากนัดผู้ป่วยรายนี้มาติดตามผลการรักษาพบ
ว่าผู้ป่วยพึงพอใจ สามารถใช้ฟันในการรับประทานอาหารได้
จุดกดเจ็บต่าง ๆ หมดไป มีความสุขในการดำรงชีวิตพอ

ประมาณ

โดยเฉลี่ย อายุการใช้งานของฟันเทียมอยู่ที่ประมาณ 5-10 ปี เฉลี่ย 7 ปี เนื่องจากกระดูกรองรับฟันเทียมมีการละลายตัว ซึ่งยังไม่มีวิธีป้องกันหรือแก้ไข หากกระดูกละลายมากขึ้นหรือต้องถอนฟันบนที่เหลือ การทำฟันเทียมในผู้ป่วยรายนี้ก็ยากกว่านี้ ทำลายความรู้ความสามารถของทันตแพทย์มากขึ้น²⁰ อาจต้องทำฟันเทียมโดยเพิ่มขั้นตอนของการพิมพ์ให้ได้เขตกลาง (neutral zone impression) ซึ่งมีรายงานการใช้วัสดุและวิธีการต่าง ๆ²² ในการพิมพ์เพื่อให้ได้ขอบเขตรูปร่างของฟันผิวขัดมันของฟันเทียมที่ควรจะเป็นขณะที่มีการทำงาน เช่น พุด เคี้ยว กลืน ซึ่งอาจจะช่วยให้ฟันเทียมอยู่ในปากได้อย่างมีเสถียรภาพมากขึ้น สามารถต้านทานแรงที่จะทำให้ฟันหลุดได้ดีขึ้น การพิมพ์เพื่อให้ได้ขอบเขตรูปร่างของฟันผิวขัดมันในเขตกลางนี้ มีประโยชน์ในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ ผู้ที่สันเหงือกแบนราบ ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่เขตกลางที่จะวางฟันเทียม เช่น ผู้ที่ผ่าตัดขากรรไกร ผู้ที่เคยมีปัญหาหลุดเลือดในสมองอุดต้นหรือแตก

สรุป

ผู้ป่วยที่รายงานเป็นผู้ป่วยที่มีสันเหงือกแบนราบ อ้าปากได้จำกัด กล้ามเนื้อริมฝีปากและรอบ ๆ ปากตึง ซึ่งทำให้การทำฟันเทียมในผู้ป่วยรายนี้ค่อนข้างยาก แต่เมื่อทำเสร็จแล้วฟันเทียมสามารถยึดติดได้ดีในปาก มีเสถียรภาพสวยงาม ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ เป็นผลจากการที่ทันตแพทย์มีการสื่อสารทำความเข้าใจที่ดีกับผู้ป่วย อธิบายข้อจำกัดและทางเลือกในการรักษา ผลการรักษาที่คาดหวังจะได้รับ บอกวิธีที่ผู้ป่วยจะช่วยทันตแพทย์ในการรักษา ฝึกให้ผู้ป่วยรู้วิธีการใช้ฟันเทียมโดยใช้ลิ้น แก้ม ในการควบคุมฟันเทียมขณะใช้งานทั้งการอ้าปาก เคี้ยว กลืน กัด ทำฟันเทียมโดยคำนึงถึงของตำแหน่งฟันเทียมในเขตกลาง การลดแรงผลักดันข้างโดยใช้ฟันไร้ปุ่ม การแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยยื่น เยื้องขากรรไกรโดยไม่จำเป็น โดยทันตแพทย์พยายามทำฟันเทียมให้ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย โดยนำประสบ-

การณ์ในการทำฟันเทียมที่เคยทำมาปรับใช้ ประกอบกับความสามารถในการรับรู้และปรับตัวที่ดีของผู้ป่วย ทำให้การทำฟันเทียมถอดได้ในผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก มีประโยชน์กับผู้ด้อยโอกาส ผู้ใช้สิทธิบัตรสุขภาพ และผู้ป่วยในโครงการฟันเทียมพระราชทานทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถรับประทานอาหารได้มีสภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ใบหน้ามีความสวยงามขึ้น สุขภาพทั้งทางกายและใจที่ดีกว่าเดิม การทำฟันเทียมถอดได้น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีประการหนึ่งของการบริการทันตกรรมที่พอเพียงอันน่าจะคิดถึงในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. สุปรานี ดาโลดม, นนทลี วีรัชย์, วรางคณา เวชวิถี, พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ, สุรัตน์ มงคงชัยอรัญญา. คู่มือดำเนินงานโครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน” เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 “ร่วมคืนรอยยิ้ม แก่ผู้สูงวัย”. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี ; 2548 : 1-2.
2. Chee W, Jivraj S. Treatment planning of the edentulous mandible. Br Dental Journal 2006 ; 201(6) : 337-47.
3. Fitzpatrick B. Standard of care for the edentulous mandible : A systematic review. J Prosthet Dent 2006 ; 95 : 71-8.
4. Strong SM. Conventional full denture therapy returns to the general practice. Gen Dent 2007 : 394-8.
5. Sutton AF, McCord JF. A randomized clinical trial comparing anatomic, lingualized and zero-degree posterior occlusal forms for complete dentures. J

- Prosthet Dent 2007 ; 97 : 292-8.
6. Beresin VE, Schiesser FJ. The neutral zone in complete dentures. J Prosthet Dent 2006 ; 95 : 93-101.
 7. Sutton AF, Worthington HV, McCord JF. RCT Comparing Posterior Occlusal Forms for Complete Dentures. J Den Res 2007 ; 86(7) : 651-5.
 8. Geckili O, Cilinger A, Bilgin T. Impression procedures and construction of a sectional denture for a patient with microstomia : A clinical report. J Prosthet Dent 2006 ; 96 : 387-90.
 9. Cheng AC, Kwok-Seng L, Wee AG, Tee-Khin N. Prosthodontic management of edentulous patients with limited oral access using implant-supported prosthesis : A clinical report. J Prosthet Dent 2006 ; 96 : 1-6.
 10. Mirfazaelian A. Use of orthodontic expansion screw in fabricating section custom trays. J Prosthet Dent 2000 ; 83 : 474-5.
 11. Cura C, Cotert HS, User A. Fabrication of sectional impression tray and sectional complete denture for a patient with microstomia and trismus : a clinical report. J Prosthet Dent 2003 ; 89 : 540-43.
 12. Benetti R, Toffanin A. Prosthetic rehabilitation for a patient with microstomia : a clinical report. J Prosthet Dent 2004 ; 92 : 322-7.
 13. Samet M, Tau S, Findler M, Susarla SM, Finder MO. Flexible removable partial denture for a patient with systemic sclerosis (scleroderma) and microstomia. Gen Dent 2007 : 548-51.
 14. Eisen D, Carrozzo M, Began Sebastian J-V, Thongprasom K. MUCOSAL DISEASES SERIES Number V, Oral lichen planus : clinical features and management. Oral Diseases 2005 ; 11 : 338-49.
 15. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugarman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus : Report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endiol 2005 ; 100 : 164-78.
 16. Taji T, Yoshida M, Hiasa K, Abe Yashuhiko, Tsuga K, Akagawa Y. Influence of Mental Status on Removable Prosthesis Compliance in Institutionalized Elderly Persons. Int J Prosthodont 2005 ; 18 : 146-9.
 17. Bohnenkamp DM, Garcia LT. Phonetic and tongue position to improve mandibular denture retention : A clinical report. J Prosthet Dent 2007 ; 98 : 344-7.
 18. Szentpergy AG, John MT, Slade GD, Setz JM. Problems reported by Patients Before and After Prosthodontic Treatment. Int J Prosthodont 2005 ; 18 : 124-31.
 19. Boucher CO. Complete denture prosthodontics-the state of art. J Prosthet Dent 2004 ; 92 : 309-15.
 20. Owen CP. Guideline for a Minimum Acceptable Protocol for the Construction of Complete Dentures. Int J Prosthodont 2006 ; 19 : 467-74.
 21. Rabanal A, Bral M, Goldstein G. Management of a patient with severe erosive lichen planus in need of an immediate complete denture : A clinical report. J Prosthet Dent 2007 ; 98 : 256-9.
 22. Lynch CD, Allen PF. Overcoming the Unstable Mandibular Complete Denture : The Neutral Zone Impression Technique. Dent Update 2006 ; 33 : 21-6.