

การฟื้นฟูสภาพช่องปากในผู้ป่วยกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงด้วยการ ทำฟันเทียมล่างทั้งปากชนิดถอดได้ คร่อมรากฟันเทียม: รายงานผู้ป่วย Rehabilitation of Facial Palsy Patient with Implant Supported Lower Overdentures: A Case Report

ชลธิ์ เฮงเจริญ ท.บ.,
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลบ้านหมี่
จังหวัดลพบุรี

Chollathee Hengcharoen D.D.S.,
Division of dentistry
Banmi Hospital
Lopburi

บทคัดย่อ

การใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากในผู้ป่วยกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมักพบปัญหาการใช้งาน เนื่องจากกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงมีผลต่อการควบคุมแนวทางการเคลื่อนไหวของขากรรไกรล่าง การยึดอยู่ ความมีเสถียรภาพ รวมทั้งความสวยงาม

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 81 ปี มีประวัติกล้ามเนื้อใบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรงมา 7 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็น left facial nerve palsy due to malignant otitis externa with osteomastoiditis ร่วมกับหูซ้ายหนวก ได้รับการรักษาด้วยยา และการผ่าตัดรักษาปัญหาเปลือกตาปิดไม่สนิท ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปาก การตรวจภายนอกพบใบหน้าไม่สมมาตร มุมปากด้านซ้ายตก มีน้ำลายไหลซึม ขากรรไกรล่างเอียงไปด้านขวาเล็กน้อย ออกเสียงจากริมฝีปากคู่ (bilabial) และเสียงริมฝีปากล่าง-ฟันบน (labiodental) ไม่ชัดเจน ไม่สามารถเคลื่อนไหวขากรรไกรล่างและกัดสบฟันตามคำบอกได้ การกัดสบฟันมีการเลื่อนไถล เนื่องจากอาการกล้ามเนื้อใบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการพิมพ์ปากด้วยอัลจิเนต ต่อมาพิมพ์ปากครั้งสุดท้ายพร้อมทำการปั้นขอบด้วยวัสดุพิมพ์ปากซิลิโคน หลังจากนั้นทำการลงซี่ฝังในปาก จัดเรียงระนาบปลายฟันของฟันหน้าบน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำซ้ำ ตำแหน่งการกัดฟันและควบคุมแนวทางการเคลื่อนไหวของขากรรไกรล่างได้ ทำให้การประเมินมิติแนวตั้งของการสบฟัน และความสัมพันธ์ของขากรรไกรทำได้ยาก ต้องช่วยประกอบขากรรไกรล่างระหว่างหาความสัมพันธ์ดังกล่าว จากนั้นทำการเรียงฟันตามทฤษฎีการสบด้านลิ้น และนัดผู้ป่วยลองฟัน พร้อมเพิ่มซี่ฝังเพื่อขยายขอบด้านใกล้แก้มฟันบน ด้านซ้ายเพื่อช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยพึงพอใจกับความสวยงาม การออกเสียง และการกัดสบฟันแล้วจึงเปลี่ยนซี่ฝังเป็นชิ้นงานอะคริลิกใส่ให้ผู้ป่วยใช้งาน นัดผู้ป่วยผ่าตัดฝังรากฟันเทียม เพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่าง โดยใช้รากฟันเทียมที่มีสิ่งยึดฟันเทียมโลเคเตอร์ (locator) ฝังใส่ฟันเทียมล่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด 4 เดือน จึงทำการต่อสิ่งยึดฟันเทียมโลเคเตอร์ (locator) แนะนำการดูแลรักษาฟันเทียมและส่วนของรากฟันเทียมแก่ผู้ป่วย นัดผู้ป่วยหลังทำ 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินฟันเทียม รากเทียม และการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย หลังติดตามการรักษาที่ 1

และ 3 เดือน ผู้ป่วยพึงพอใจกับฟันเทียมชุดนี้ ทั้งในแง่ประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหาร ความสวยงาม และการยึดอยู่
ไม่มีแผลกดเจ็บ สรุปได้ว่า การใส่ฟันเทียมล่างทั้งปากที่รองรับด้วยรากฟันเทียม ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง
และมีการสูญเสียฟันล่างในช่องปากทั้งหมดรายนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสภาพช่องปาก กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง การใส่ฟันเทียม

วารสารแพทย์เขต 4-5 2565 ; 41(2) : 233–241.

Abstract

Using complete dentures of patients with facial palsy always has some problems, due to poor neuromuscular control movements of mandibles those interfere denture retention, stability, and their denture aesthetic.

Case study: A 81- year-old man has had facial muscle weakness for 7 years, and was diagnosed as left facial nerve palsy with hearing loss due to malignant otitis externa with osteomastoiditis. He was treated by medication, and surgical correction for lagophthalmos. The patient would like to have a complete dentures. Extraoral examination revealed facial asymmetry and falling of left corner of the mouth with salivary drooling. The mandible slightly deviated to the right. Pronunciation were not clear at bilabial and labiodental articulation. The patient could not move the mandible and bite following doctor order, and occlusion was unstable. Preliminary impressions were performed with alginate impression material and final impression with border molding was done by using silicone impression material. Occlusal rim was tried in and anterior maxillary plane was set. Evaluation of occlusal vertical dimension was difficult due to poor control of mandibular movement and nonrepetitiveness. Therefore, doctor had to support and guide the mandible during determining interarch relationship. Artificial teeth were arranged upon lingualize's theory and the buccal flange of left upper dentures were expanded to support the left cheek. Occlusion wax was changed to permanent prosthesis after the patient satisfied with esthetic, pronunciation, and biting. Surgical placement of osteo-integrate implants was done. Lower dentures should not be used at least 2 weeks. Four months later, locators were attached to dental implants. The patient was scheduled for dental check- up after 2 weeks for evaluating the dentures, implants, and oral hygiene care. Follow-up for 1 and 3 months after denture delivery, the patient was satisfied with quality of chewing, esthetic, and denture retention. Conclusion, this case report presents the rehabilitation of a facial palsy patient with implants supported lower over dentures. That prosthesis improves patient's sense of well-being.

Keywords: prosthodontic management, facial palsy, implants

Received: Sep 20, 2021; Revised: Oct 7, 2021; Accepted: Nov 10, 2021

Reg 4-5 Med J 2022 ; 41(2) : 233–241.

บทนำ

ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมาการปลูกฟันเทียมได้พิสูจน์ให้เห็นว่าเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีประโยชน์ในการฟื้นฟูช่องปากหลังการสูญเสียฟัน¹ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกสบายในการทำงานของระบบช่องปาก และขากรรไกรของผู้ป่วย² โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความพิการ ซึ่งการรักษาด้วยรากฟันเทียมจะให้ความสวยงาม การยึดอยู่ และการใช้งานที่ดีกว่า การทำฟันเทียมแบบปกติ³

ภาวะกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง หมายถึง การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าครึ่งซีก ทำให้หลับตาได้ไม่สนิท มุมปากตก และขยับใบหน้าซีกนั้นไม่ได้ โดยเกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ทำให้เกิดอาการปากเบี้ยวและหน้าเบี้ยว สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญในการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อริมฝีปาก และกระพุ้งแก้มจะขัดขวางการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ในหลายขั้นตอน โดยเฉพาะในงาน

ฟันเทียมชนิดทั้งปาก ตั้งแต่การพิมพ์ปาก การหาความสัมพันธ์ของขากรรไกร รวมไปถึงเสถียรภาพ และการยึดอยู่ของฟันเทียมในท้ายที่สุด^{4,5} วิธีการในการแก้ปัญหาดังกล่าวที่เคยมีผู้เสนอ ได้แก่ การขยายขอบฟันเทียมด้านใกล้แก้ม⁶ หรือการพยายามเรียงตำแหน่งของฟันให้อยู่ในสมดุระหว่าง กล้ามเนื้อรอบๆ ฟันเทียม⁷ สำหรับรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมเป็นอีกหนึ่งทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่การรักษาด้วยฟันเทียมทั่วไปไม่ได้ผล^{8,9} ซึ่งมีทั้งชนิดติดแน่นและชนิดถอดได้คร่อมรากฟันเทียม โดนจะแนะนำชนิดถอดได้เพราะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า สามารถดูแลทำความสะอาดได้ดีกว่า จำนวนรากฟันเทียมที่ใช้้น้อยกว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำน้อยกว่า ซ่อมแซมได้ง่ายกว่า^{10,11} นอกจากนี้ยังสามารถทำในรายที่มีการละลายของกระดูกสันหลังอย่างมากได้

การแบ่งเกรดความรุนแรงของโรค กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ตาม House-Brackmann facial nerve grading system แบ่งได้ 6 เกรด ดังนี้¹²

เกรด	ระดับรุนแรง	ลักษณะ
1	ใบหน้าปกติ (normal)	ใบหน้าสามารถขยับได้ทุกส่วน
2	ใบหน้าเสียการทำงานเล็กน้อย (mild dysfunction)	ใบหน้าที่มีการอ่อนแรงเล็กน้อย สังเกตได้จากการมองใกล้ๆ
3	ใบหน้าเสียการทำงานระดับปานกลาง (moderate dysfunction)	ใบหน้าเบี้ยวชัดเจน แต่ไม่รุนแรง มีกล้ามเนื้อหดตัวไม่ประสานกัน (synkinesis) หลับตาให้สนิทต้องใช้การพยายามบังคับ
4	ใบหน้าเสียการทำงานค่อนข้างมาก (moderately dysfunction)	ใบหน้าที่อ่อนแรงอย่างชัดเจน หลับตาได้ไม่สนิท
5	ใบหน้าเสียการทำงานขั้นรุนแรง (severe dysfunction)	ใบหน้าที่เบี้ยวเห็นชัดเจน
6	ใบหน้าอัมพาต (total paralysis)	ขยับกล้ามเนื้อใบหน้าไม่ได้

รายงานผู้ป่วย



รูปที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 81 ปี มีประวัติกล้ามเนื้อใบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรงมา 7 ปี

แพทย์วินิจฉัยเป็น left facial nerve palsy due to malignant otitis externa with osteomastoiditis ร่วมกับหูซ้ายหนวก ได้รับการรักษาด้วยยา และการผ่าตัด รักษาปัญหาเปลือกตาปิด ไม่สนิท มาพบทันตแพทย์เพื่อต้องการใส่ฟันเทียมขึ้นใหม่ เนื่องจากฟันเทียมเดิมหลวมไม่สามารถใส่เคี้ยวอาหารได้ การตรวจภายนอกพบ ใบหน้าไม่สมมาตร มุมปากด้านซ้ายตก มีน้ำลายไหลซึม ขากรรไกรล่างเอียงไปด้านขวา เล็กน้อย ผู้ป่วยออกเสียงจากริมฝีปากคู่ (bilabial) และเสียงริมฝีปากล่าง-ฟันบน (labiodental) ไม่ชัดเจน ไม่สามารถเคลื่อนขากรรไกรล่าง และกัดสบฟันตามคำบอกได้ การกัดสบฟันมีการเลื่อนไกล อาการกล้ามเนื้อใบหน้าด้านซ้ายอ่อนแรง ตามระบบการแบ่งเกรดของ House-Brackmann¹³ พบว่าอยู่ในระยะที่ IV หรือความผิดปกติค่อนข้างรุนแรง โดยลักษณะทางคลินิกในระยะนี้ ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงที่เห็นได้ชัดในขณะพัก ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าผาก และการปิดเปลือกตาไม่สนิท ร่วมกับการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง และการปิดปากที่ไม่สมมาตรกัน การตรวจภายในช่องปากพบสันเหงือกกว้างทั้งสอง

ขากรรไกร ขากรรไกรบน เหลือฟันซี่ 15 และ 17 ขากรรไกรมีการยุบละลายเล็กน้อย ภาวะตัดขวางเพดานแข็งเป็นลักษณะแบน ความสัมพันธ์ระหว่างเพดานอ่อนและเพดานแข็งเข้าได้กับลักษณะของ House Class-I ขากรรไกรล่างมีการละลายของกระดูกเข้าได้กับ Chanavaz-Donazzan Class-B¹⁴ ความสัมพันธ์ขากรรไกรบน-ล่างตาม Angle's classification เป็น unclassification¹⁵ การศึกษาภาพฉายรังสีไม่พบพยาธิสภาพในกระดูกขากรรไกร ขากรรไกรล่างด้านหน้ามีความสูงของสันกระดูกประมาณ 12 มิลลิเมตร ซึ่งผู้ป่วยให้ประวัติว่า เคยทำฟันเทียมมาแล้ว 1 ชุดในรอบปี แต่ไม่สามารถใช้งานได้

ผู้ป่วยได้รับการพิมพ์ปากด้วยอัลจินต เพื่อทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล พิมพ์ปากครั้งสุดท้าย พร้อมทำการบั่นขอบด้วยวัสดุพิมพ์ปากซิลิโคน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวกลิ้งเนื้อรอบช่องปากได้ ดังนั้นขั้นตอนนี้ต้องกระทำโดยทันตแพทย์ทั้งหมด หลังจากนั้นทำการลองซี่ฟันในปาก จัดเรียงระนาบปลายฟันของฟันหน้าบน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำซ้ำตำแหน่งการกัดฟันและควบคุมแนวทาง การเคลื่อนที่ของ

ขากรรไกรล่างได้ ทำให้การประเมินมิติแนวตั้งของ
การสบฟันและความสัมพันธ์ของขากรรไกรทำได้ยาก
ผู้ศึกษาจึงจำเป็นต้องช่วยประคองขากรรไกรล่างระหว่าง
หาความสัมพันธ์ดังกล่าว จากนั้นทำการเรียงฟันตาม
ทฤษฎีการสบด้านลิ้น และนัดผู้ป่วยลองฟันพร้อมเพิ่ม
ซี่ฝังเพื่อขยายขอบด้านใกล้แก้มฟันบนด้านซ้าย เพื่อ
ช่วยพยุงกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยพึงพอใจกับความสวยงาม
การออกเสียง และการกัดสบฟัน แล้วจึงเปลี่ยนซี่ฝัง
เป็นฟันเทียมถาวรใส่ให้ผู้ป่วยใช้งาน นัดผู้ป่วยผ่าตัด

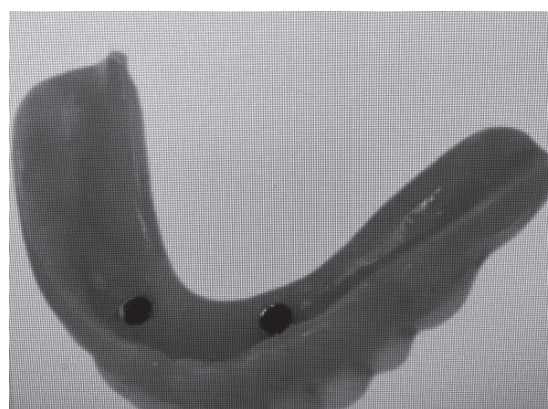
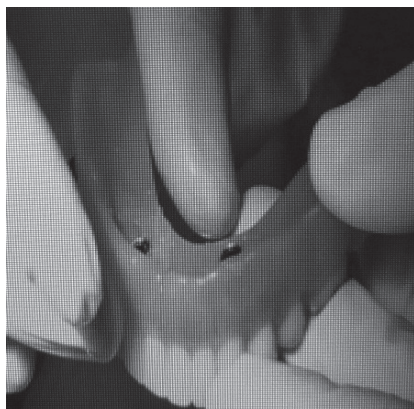
ฝังรากฟันเทียม เพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่าง โดยใช้
รากฟันเทียมที่มีส่วนยึดติดกับฟันเทียมเป็นโลเคเตอร์
(locator) เนื่องจากพิจารณาแล้วว่า ผู้ป่วยมีระยะห่าง
ระหว่างขากรรไกรบนและล่างน้อย ใช้รากเทียมความยาว
10 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 4.2 มิลลิเมตร
ที่ตำแหน่งฟันซี่ 33 และ 43 โดยพิจารณาตำแหน่งของ
รากฟันเทียมและฟันเทียมไม่ให้ส่วนของสิ่งยึดฟันเทียม
โลเคเตอร์ (locator) รบกวนการทำงานของเนื้อเยื่ออ่อน
ในด้านใกล้แก้มและด้านใกล้ลิ้น (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงตำแหน่งการใส่รากเทียม และภาพรังสี



แนะนำให้ผู้ป่วยงดใส่ฟันเทียมล่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด 4 เดือนจึงทำการต่อสิ่งยึดฟันเทียม
โลเคเตอร์ (locator)



รูปที่ 3 การใส่ฟันเทียมล่าง ที่รองรับด้วยรากฟันเทียม

แนะนำการดูแลรักษาฟันเทียม และส่วนของรากฟันเทียมแก่ผู้ป่วย นัดผู้ป่วยหลังทำ 2 สัปดาห์ พบว่า ในช่องปากไม่มีแผลกดเจ็บ เหงือกโดยรอบรากฟันเทียมปกติ ไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยมีปัญหาเล็กน้อยเวลาใส่และถอดฟันเทียม จึงสอนวิธีการใส่ถอดฟันเทียม รวมถึงการทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียมให้ทั้งผู้ป่วย

และญาติจนเข้าใจ หลังติดตามการรักษาที่ 1 และ 3 เดือน ผู้ป่วยพึงพอใจกับฟันเทียมชุดนี้ ทั้งในแง่ประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหาร ความสวยงาม และการยึดอยู่เนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบช่องปากอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีแผลกดเจ็บ ผู้ป่วยไม่รู้สึกกังวลหรือรู้สึกผิดปกติบริเวณรากฟันเทียม (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 หลังจากผู้ป่วยได้ใส่ฟันเทียมล่างทั้งปากชนิดถอดได้ครอบรากเทียม

บทวิจารณ์

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 หรือเส้นประสาทเฟเชียล เป็นเส้นประสาทสำคัญที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแสดงความรู้สึกบนใบหน้า ดังนั้นพยาธิสภาพที่เกิดกับเส้นประสาทนี้จะส่งผลกระทบต่อความสวยงามและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก สำหรับแขนงบัคคอล (buccal) เป็นแขนงหนึ่งที่เลี้ยงกล้ามเนื้อรอบๆ ช่องปาก ได้แก่ ไชโกมาติคัส ไมเนอร์ (zygomaticus minor), ออร์บิคูลาริส ออริส (orbicularis oris), บัคซินเนเตอร์ (buccinator), ริซอเรียส (risorius), นาซาลิส (nasalis), และกลุ่มกล้ามเนื้อลิเวเตอร์เลบิอา (levator labii) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการยิ้มและการเคี้ยวอาหาร¹⁶ การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์หลายสาขา ได้แก่ ศัลยแพทย์ตกแต่ง จักษุแพทย์ รวมทั้งทันตแพทย์ เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ปัญหาในการฟื้นฟูสภาพ

ช่องปากหลังการสูญเสียฟันในผู้ป่วยรายนี้ มีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อใบหน้าโดยรอบช่องปากได้ ทำให้ส่งผลต่อเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียมถอดได้^{4,5} นอกจากนี้ยังพบว่า การสูญเสียการรับรู้ตำแหน่งของกล้ามเนื้อ (proprioceptive sense) โดยรอบขากรรไกรทำให้ผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของขากรรไกรล่างได้อย่างจำกัด^{17,18} ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างระหว่างการใช้งานฟันเทียม

การบันทึกการสบฟันในผู้ป่วยรายนี้เป็นอีกปัญหาที่ท้าทายอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมี การสบฟันที่ไม่คงที่ โดยแปรผันตามสภาวะทางกาย และจิตใจแต่ละช่วงเวลา ดังนั้นทันตแพทย์จะต้องไม่ใช้แรง ในการนำขากรรไกรเข้าสู่ตำแหน่งสบฟัน ผู้ศึกษาใช้วิธีการให้ผู้ป่วยสบฟันซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง รวมทั้งช่วยประคองขากรรไกรล่าง จนกว่าจะเข้าสู่ตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ (centric relation) ได้

ด้วยตัวเองเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว¹⁹ จากนั้นเรียงฟันตามทฤษฎีการสบฟันล่าง เนื่องจากการศึกษาพบว่าให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ดีกว่า และลดการเคลื่อนที่แนวขวางของฟันเทียมได้²⁰ ในขั้นตอนการลองฟันเทียมก่อนจะเปลี่ยนเป็นชิ้นงานอะคริลิกนั้น ฟันเทียมที่ลองควรจะบรรลุคุณสมบัติดังนี้ คือ ผู้ป่วยต้องไม่มีการเจ็บขณะลองงานฟันเทียม ฟันเทียมจะต้องมีเสถียรภาพที่เพียงพอในปาก การเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างจะต้องไม่ติดขัด⁵ ในส่วนจำนวนรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมในขากรรไกรล่างนั้น มีหลายการศึกษาแนะนำให้ใช้รากฟันเทียม 2 ตัวฝังระหว่างรูเปิดเส้นประสาทเมนทอล (mental nerve) ก็เพียงพอและมีอัตราความสำเร็จสูง²¹⁻²⁴ ส่วนตัวยึดที่ใช้ร่วมกับฟันเทียมชนิดถอดได้क्रमรากฟันเทียมนั้นมีหลายแบบ²⁵ ได้แก่ ตัวยึดบอลร่วมกับยางรองพลาสติก และ/หรือตัวยึดโลหะ ตัวยึดแท่งร่วมกับคลิป ตัวยึดโลเคเตอร์ ตัวยึดแม่เหล็ก เป็นต้น จากกรณีศึกษาี้ เลือกใช้ตัวยึดโลเคเตอร์เนื่องจากช่องว่างระหว่างสันเหงือกไม่เพียงพอกับตัวยึดชนิดอื่น แต่ตัวยึดโลเคเตอร์ต้องการความสูงช่องว่างระหว่างสันเหงือกโดยประมาณ 3.25 มิลลิเมตร และมีขั้นตอนการประกอบตัวยึดเข้ากับฟันเทียมไม่ยุ่งยาก ให้การยึดติดได้หลายระดับ และวิธีการดูแลรักษามีขั้นตอนไม่ยุ่งยากผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาได้ด้วยตนเอง^{26,27} งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจ หลังการรักษาด้วยฟันเทียมร่วมกับรากฟันเทียมในผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกายหรือจิตใจพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากความสวยงามและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่เพิ่มขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Smith²⁸ ในผู้ป่วย จำนวน 104 ราย พบว่าความพึงพอใจในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่แตกต่างกับการรักษาด้วยฟันเทียมในผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการร่วมด้วย นอกจากนั้น Heckman¹³ ได้ศึกษาการรักษาด้วยรากฟันเทียมในผู้ป่วยโรค Parkinson จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ดีขึ้น และ Roger²⁹

ได้ศึกษาการรักษาด้วยรากฟันเทียมในผู้ป่วยสมองพิการ พบว่าการรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งนี้จำเป็นต้องนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาเป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับฟันเทียม เช่น ฟันเทียมหัก สูญเสียการยึดอยู่และตัวรากฟันเทียม ภาวะเหงื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ ฟันเทียมโยกหรือหลุด เป็นต้น

สรุป

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก มักพบปัญหาในการใช้งาน เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงมีผลกระทบต่อขั้นตอนการทำการยึดอยู่ เสถียรภาพ รวมทั้งความสวยงามของฟันเทียมโดยตรง การเลือกใช้รากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมล่างทั้งปาก เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้ผลดี ดังกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ที่พึงพอใจในการยึดอยู่และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของฟันเทียมที่ดีขึ้นกว่าเดิม

การใส่ฟันเทียมในผู้ป่วยรายนี้ ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อแก้ไขปัญหาทั้งในแง่การบดเคี้ยวในขณะเดียวกันต้องสามารถแก้ไขปัญหาคความไม่สมมาตรของใบหน้าจากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงอีกด้วย ดังนั้นฟันเทียมล่างทั้งปากรองรับด้วยรากฟันเทียมเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากให้การยึดอยู่ และประสิทธิภาพของการบดเคี้ยวได้ดีกว่าฟันเทียมทั้งปากแบบปกติ รวมทั้งสามารถขยายขอบฟันเทียมเพิ่ม เพื่อพยุงกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นอย่างดี^{8,9} การติดตามผู้ป่วยในส่วนการดูแลความสะอาดช่องปาก (oral hygiene) เป็นเรื่องสำคัญมาก เนื่องจากมีเศษอาหารจากการบดเคี้ยวตกค้าง (food retention) ซึ่งเป็นผลจากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness of buccinators)

เอกสารอ้างอิง

1. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, et al. Long term follow up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990;5(4):347–59.
2. Lenkholm U, Steenberhe DV, Herrmann I. Osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous jaws: A prospective 5 year multicenter study. *Int Oral Maxillofac Implants* 1994;9(6):627–35.
3. Romero-Pérez MJ, Mang-de la Rosa MdR, López-Jimenez J, et al. Implants in disabled patients: a review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;19(5):e478–82.
4. Muthuvignesh J, Kumar NS, Reddy DN, et al. Rehabilitation of Bell's palsy patient with complete dentures. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7(Suppl 2):S776–8.
5. Rajapur A, Mitra N, Prakash VJ, et al. Prosthodontic Rehabilitation of Patients with Bell's Palsy: Our Experience. *J Int Oral Health*. 2015;7(Suppl 2):77–81.
6. Godavarthi SS, Sajjan S, Raju R, et al. Extended buccal flange technique to manage bells palsy patient with complete denture. *International Journal of dental clinic*. 2012;6:58–60
7. Kaur S, Suman N, Singh K, et al. Concept In Management Of Edentulous Bell's Palsy Patient-A Case Report. *Indian Journal of Dental Sciences*. 2014;6:60–1
8. Lazzari JB. Intraoral splint for support of lips in Bells palsy. *J Prosthet Dent*. 1955;5: 579–81.
9. Larsen SJ, Carter JF, Abrahamian HA. Prosthetic support for unilateral facial paralysis. *J Prosthet Dent* 1976;35:192–201.
10. Carlsson GE. Implant and root supported overdentures - a literature review and some data on bone loss in edentulous jaws. *J Adv Prosthodont* 2014; 6(4):245–52.
11. Chee W, Jivraj S. Treatment planning of the edentulous mandible. *Br Dent J* 2006; 201(6):337–47.
12. Chee GH, Nedzeski JN. Facial nerve grading systems *Facial Plast Surg* 2000;16(4): 315–24.
13. Heckmann SM, Heckmann JG, Weber HP. Clinical outcomes of three Parkinson's disease patients treated with mandibular implant overdentures. *Clin Oral Implants Res* 2000;11(6):566–71.
14. Véron C, Chanavaz M, Ferri J, et al. A panorama of current materials for osseous application in maxillofacial surgery and oral implantology. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*. 1995;96(4):274–81.
15. Bishara SE. *Textbook of Orthodontics*. New York: W.B.Saunders company; 2001.
16. Robert G, Anderson MD. Facial nerve disorders and surgery. *Sel Read Plast Surg* 2006;10:1–41.
17. Malik NA. Facial nerve and motor disturbances of the face and jaws In: Malik NA, editor. *Text Book of Oral and Maxillofacial Surgery* New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers 2008. p. 719–21.

18. Slavkin HC. The significance of a human smile: Observations on Bell's palsy J Am Dent Assoc 1999;130(2):269-72
19. Inada M, Yamazaki T, Shinozuka O, et al. Complete denture treatments for a cerebral palsy patient by using a treatment denture. A case report J Med Dent Sci 2002;49(2):171-7.
20. Becker CM, Swoop CC, Guckes AD. Lingualized occlusion for removable prosthodontics J Prosthet Dent 1977;38(6):601-8.
21. Mericske-Stern RD, Taylor TD, Belser U. Management of the edentulous patient. Clin Oral Implants Res 2000;11:108-25.
22. Meijer HJ, Raghoobar GM, Van 't Hof MA. Comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional complete dentures: a 10-year prospective study of clinical aspects and patient satisfaction. Int J Oral Maxillofac Implants. 2003;18(6):879-85.
23. Meijer HJ, Raghoobar GM, Batenburg RH, et al. Mandibular overdentures supported by two or four endosseous implants: a 10-year clinical trial. Clin Oral Implants Res. 2009;20(7):722-8.
24. Cune M, Burgers M, Kampen Fv, et al. Mandibular overdentures retained by two implants: 10-year results from a crossover clinical trial comparing ball-socket and bar-clip attachments. Int J Prosthodont. 2010;23(4):310-7.
25. Siddharth B, Meena AA, Vidya C. Guidelines for treatment planning of mandibular implant overdenture. Journal of Dental Implant. 2014;4:86-90.
26. Patel PB. Narrow-diameter implants: A minimally invasive solution for overdenture treatment - part 2. Aust Dent Pract. 2013;24(2):180-186.
27. Omura AJ, Latthe V, Marin MM, et al. Implant-assisted removable partial dentures: practical considerations. Gen Dent 2016;64(6):38-45.
28. Smith RA, Berger R, Dodson TB. Risk factors associated with dental implants in healthy and medically compromised patients. Int J Oral Maxillofac Implants 1992;7(3):367-72.
29. Rogers JO. Implant-stabilized complete mandibular denture for a patient with cerebralpalsy. Dent Update 1995;22(1): 23-6.

