

รายงานผลการศึกษาผู้ป่วยเรื่อง: การบูรณะฟันในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียมิติแนวตั้ง ด้วยฟันเทียมชนิดติดแน่นร่วมกับฟันเทียมชนิดถอดได้

ณรงค์ชัย ดำเนินสวัสดิ์, ทบ., กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

การสูญเสียมิติแนวตั้งเกิดจาก ฟันสึก ฟันผุ หรือฟันถูกถอนไปหลายซี่ ส่งผลต่อความสวยงามและการบดเคี้ยวทำให้ระบบการบดเคี้ยวด้อยประสิทธิภาพ บทความนี้เป็นการรายงานผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี พบปัญหาการสูญเสียฟันหลังและพบฟันธรรมชาติที่เหลือสึกในระดับรุนแรง จากลักษณะทางคลินิกและภาพรังสี ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นการ สูญเสียมิติแนวตั้ง ทำการรักษาฟื้นฟูสภาพช่องปาก โดยการใส่เฝือกสบฟันเพื่อให้ผู้ป่วยปรับสภาพการสบฟัน ของระบบกล้ามเนื้อในการบดเคี้ยวซึ่งเป็นขบวนการเพิ่มมิติแนวตั้งและทำการรักษาคลองรากฟัน ใส่ฟันเทียมชนิดติดแน่น (ใส่เดือยฟัน ครอบฟัน และสะพานฟัน) ร่วมกับการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ทำให้สามารถแก้ปัญหาการสบฟันที่ผิดปกติให้ดีขึ้น ส่งผลต่อระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และมีรูปหน้าสมมาตรขึ้น

คำสำคัญ: มิติแนวตั้ง, ฟันเทียมชนิดติดแน่น, ฟันเทียมชนิดถอดได้

A Case Report: Rehabilitation of occlusal vertical dimension with fixed and removable denture

Narongchai Damnoensawat, DDS, Dental Department, Lampang Hospital, Lampang, Thailand

Abstract

Loss of occlusal vertical dimension due to tooth wear, tooth decay and tooth loss. The effect of decreased vertical dimension are reduced masticatory efficiency and poor esthetics. This clinical case report presented the management of a 57 years old Thai man with a loss of posterior teeth and severely attrition tooth. The treatment plan for oral rehabilitation was initially making splint for the patients adaptation and muscular stability to the new occlusion condition. The definitive treatment were root canal treatment, post and core crowns, crowns, bridges and removable partial denture. This process can solve problems of malocclusion, improve masticatory systems and facial symmetry.

Keyword: occlusal vertical dimension, fixed partial denture, removable denture

บทนำ

มิติแนวตั้ง (vertical dimension or VD) คือความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างในระนาบแบ่งซ้าย-ขวา (sagittal plane) ซึ่งเป็นการวัดระยะห่างระหว่างจุด 2 จุด บริเวณใบหน้า จุดหนึ่งคือบริเวณปลายจมูก กับอีกจุดหนึ่งคือบริเวณกึ่งกลางปลายคาง มิติแนวตั้งมี 2 แบบ คือ (1) มิติแนวตั้งขณะพัก (rest vertical dimension or RVD) เป็นมิติแนวตั้งที่วัดระยะห่างขณะที่กล้ามเนื้อขากรรไกรล่างอยู่ในภาวะสมดุล (2) มิติแนวตั้งขณะสบฟัน (occlusal vertical dimension or OVD) เป็นมิติแนวตั้งที่วัดระยะห่างขณะสบฟันหรือสบแท่งกัด (occlusal rims) เข้าด้วยกัน ความแตกต่างระหว่างมิติแนวตั้งขณะพักและขณะสบ เรียกว่าระยะปลอดการสบ (freeway space) สาเหตุของการสูญเสียมิติแนวตั้งมี 2 สาเหตุหลัก¹ คือ (1) มีการสึกของฟันธรรมชาติ (excessive tooth wear) ได้แก่ การสึกจากการบดเคี้ยว (attrition) การสึกจากการขัดถู (abrasion) การสึกจากกระบวนการทางเคมี (erosion) การสึกจากการบดเคี้ยวที่ผิดปกติ (abfraction) (2) มีการสูญเสียการรองรับจากฟันหลัง (loss of posterior support) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยทำให้ฟันที่เหลืออยู่ต้องรับแรงบดเคี้ยวมากขึ้น ทำให้ฟันสึกหรือโยก² เกิดการสูญเสียมิติแนวตั้ง และเพิ่มแรงลงที่ข้อต่อขากรรไกรมากขึ้นอาจทำให้ข้อต่อขากรรไกรมีอาการปวดหรือมีเสียงคลิก³

การประเมินผู้ป่วยเพื่อตรวจดูการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ และหาแนวทางการรักษา ทันตแพทย์จะต้องประเมินด้วยความระมัดระวัง โดยการซักประวัติหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ มีการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้ผลการบูรณะฟันที่คงทนมากที่สุด แนวทางการตรวจประเมินผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินสุขภาพทั่วไป ประเมินสภาพภายนอกช่องปาก ตรวจดูใบหน้า ข้อต่อขากรรไกรว่ามีความผิดปกติหรือไม่ การประเมินสภาพภายในช่องปาก การประเมินผู้ป่วยว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบหรือไม่ มีได้หลายวิธี ได้แก่

1. ประเมินจากการออกเสียง⁴ (phonetic method) โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง “ส” หรือ “เอส”

(sibilant sound) ซึ่งเป็นระยะห่างของฟันในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างที่น้อยที่สุดที่เกิดขณะพูด เรียกว่าระยะชิดที่สุดขณะพูด (closest speaking space) หากระยะนี้มีค่ามากกว่า 1-2 มิลลิเมตร แสดงว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ

2. ประเมินจากระยะปลอดการสบ (freeway space, Interocclusal distance) โดยประเมินได้จากความแตกต่างระหว่างมิติแนวตั้งขณะพักและมิติแนวตั้งขณะสบ มิติแนวตั้งขณะพักวัดระยะห่างขณะให้ผู้ป่วย “กลืนน้ำลาย” หรือออกเสียง “เอ้ม” หลายๆ ครั้ง มิติแนวตั้งขณะสบบวัดระยะห่างโดยให้ผู้ป่วยสบฟันบนและฟันล่างเข้าด้วยกัน จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วย 200 คน ที่มีฟันสึก พบว่าร้อยละ 83 มีระยะปลอดการสบประมาณ 3 มิลลิเมตร ถ้ามีระยะปลอดการสบมากกว่า 4 มิลลิเมตร แสดงว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ⁵

ผู้ป่วยที่มีการสึกของฟันชั้นรุนแรง จำแนกได้เป็น 3 ประเภท¹ ได้แก่

ประเภทที่ 1: ฟันสึกรุนแรงร่วมกับสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (excessive wear with loss of occlusal vertical dimension)

ประเภทที่ 2: ฟันสึกอย่างรุนแรงที่ไม่มีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน แต่มีช่องว่างเพียงพอสำหรับการบูรณะฟัน

ประเภทที่ 3: ฟันสึกอย่างรุนแรงที่ไม่มีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน และไม่มีช่องว่างเพียงพอในการบูรณะฟัน

ทางเลือกในการรักษา มีหลายวิธีได้แก่ การทำครอบฟันร่วมกับฟันเทียมชนิดติดแน่นหรือร่วมกับการใส่รากเทียม⁶ วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบ เพราะสามารถสร้างการสบฟันที่มีเสถียรภาพได้ วิธีการทำครอบฟันร่วมกับฟันเทียมชนิดติดแน่นและฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้⁷ วิธีการทำฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้⁸ วิธีการทำฟันเทียมคร่อมรากฟัน⁹ วิธีนี้จะใช้ในกรณีที่ฟันที่เหลืออยู่มีสภาพไม่เหมาะสมที่จะทำครอบฟัน วิธีการทำฟันเทียมทั้งปากวิธีนี้จะใช้ในกรณีที่ฟันที่เหลืออยู่มีสภาพไม่ดี ต้องทำการถอนฟันออกทั้งหมด

บทความนี้เป็นารายงานผู้ป่วย 1 รายซึ่งตรวจพบการสูญเสียมิติแนวตั้ง ที่เกิดจากการสึกของฟันธรรมชาติ (excessive tooth wear) และการสูญเสียการรองรับจากฟันหลัง (loss of posterior support) แสดงลักษณะทางคลินิกและภาพรังสี วิธีการรักษา และการติดตามผลการรักษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี สถานะสมรสคู่ ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง มาพบทันตแพทย์ที่ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง ในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2560 ด้วยอาการสำคัญคือ ปวดฟัน (ซี่ 21) เป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ ได้รับการรักษาโรคต่อมลูกหมากโต และยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) เป็นประจำ ปัจจุบันสุขภาพร่างกายทั่วไป แข็งแรง และมีพฤติกรรมดื่มสุราเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยมีไบหน้าตอมนุ่มปากตกเล็กน้อย ตามรูปที่ 1 และ 2



รูปที่ 1 รูปใบหน้าตรงก่อนการรักษา ใบหน้าผู้ป่วยที่มี สภาพมูมปากตก



รูปที่ 2 รูปใบหน้าด้านข้างก่อนการรักษาพบมุมระหว่างจมูกกับริมฝีปากน้อยกว่า 90 องศา

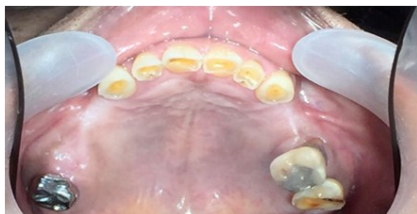
ประวัติการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยมีประวัติเคยได้รับการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ใส่เดือยฟัน ใส่ครอบฟัน ทำฟันเทียมบางส่วนชนิดโครงโลหะถอดได้ทั้งฟันบนและฟันล่าง เมื่อ 5 ปีที่ผ่านมาแต่ผู้ป่วยให้ข้อมูลปฏิเสธการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดโครงโลหะถอดได้ขึ้นบน ผลการตรวจสภาพภายในช่องปาก พบคราบจุลินทรีย์และหินปูนโดยทั่วไป มีคราบสีดำ (stain) บริเวณคอฟันมีฟันบน 9 ซี่ ฟันล่าง 13 ซี่ ส่วนใหญ่มีสภาพเป็นฟันสึก ทั้งฟันหน้าและฟันหลัง ซึ่งพบสภาพฟันสึกที่ต้องได้รับการแก้ไข จำนวน 13 ซี่ ได้แก่ ฟันซี่ 11, 12, 13, 21, 22, 23, 27, 31, 32, 33, 41, 42, 43 โดยพบฟันสึกมากในฟันซี่ 21, 22 ทั้งยังพบว่าฟันซี่ 21, 26 มีอาการปวด ทั้งนี้ฟันซี่ 38, 45, 48 มีรอยอุดใหญ่ด้วยวัสดุอุดอมัลกัมสำหรับฟันซี่ 45, 46 เคยได้รับการรักษาลงรากฟัน และฟันซี่ 17, 46 ได้รับการใส่ครอบฟันด้วยโลหะ นอกจากนี้ยังพบสภาพเหงือกกรันเห็นขอบโลหะเหนือเหงือกประมาณ 1.0-1.5 มิลลิเมตร รวมทั้งฟันซี่ 35 พบรอยอุดด้านไกลกลาง (distal) ได้รับการรักษาโดยการอุดด้วยคอมโพสิตซึ่งพบรอยรั่วของวัสดุอุดสภาพฟันโดยทั่วไปพบเหงือกกรัน 1-2.5 มิลลิเมตร มีร่องลึกปริทันต์ 1-3 มิลลิเมตร ระยะห่างระหว่าง CEJ (cemento-enamel junction) ถึงขอบกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) โดยรวม 4-6 มิลลิเมตร และพบว่ามีเฉพาะฟันซี่ 26 ที่มีระยะดังกล่าวมากกว่า 6 มิลลิเมตรตามรูปที่ 3-6



รูปที่ 3 ภาพรังสีแพโนรามิกก่อนการรักษา แสดงถึงฟัน 6 ซี่หน้าบนมีการสึกใกล้โพรงประสาทฟัน



รูปที่ 4 ภาพถ่ายช่องปากผู้ป่วย แสดงลักษณะฟันด้านหน้าสึก



รูปที่ 5 ภาพในช่องปาก แสดงสภาพฟันบนสันเหงือกว่างบริเวณ ฟันซี่ 14, 15, 16, 24, 25



รูปที่ 6 ภาพในช่องปาก แสดงสภาพฟันล่างสันเหงือกว่างบริเวณ ฟันซี่ 36, 37, 47

จากการประเมินผู้ป่วย พบว่า ใบหน้าตอมนุ่มปาก ตกทั้งสองข้าง มีสภาพฟันสึกทั้งปาก มีระยะปลอดการสบ มากกว่า 4 มิลลิเมตรจึงวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยมีการสูญเสีย มิติแนวตั้งขณะสบฟัน (loss of occlusal vertical dimension) และสภาพฟันสึกจนทำให้ฟันผิดปกติ ประเภทฟันสบลึก (deep bite malocclusion) มีสันเหงือกว่างทั้งฟันบนและฟันล่าง (edentulous ridge) รวมทั้งมีโพรงประสาทฟันอักเสบ

การวินิจฉัย

1. มีการสูญเสียมิติแนวตั้ง (loss of occlusal vertical dimension)
2. การสบฟันผิดปกติประเภทฟันสบลึก (deep bite malocclusion)
3. สันเหงือกว่างบริเวณฟันซี่ 14, 15, 16, 24, 25, 36, 37, 47 (edentulous ridge)
4. โรคเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันอักเสบแบบไม่ผันกลับและเนื้อเยื่อรอบปลายรากอักเสบ ฟันซี่ 21 (symptomatic irreversible pulpitis with symptomatic apical periodontitis)
5. generalized moderate periodontitis with 26 severe periodontitis
6. ฟันซี่ 11, 12, 13, 22, 23, 27 attrition

แผนการรักษาตาม Ideal treatment

1. ถอนฟันซี่ 26
 2. ใส่ฝือกสบฟันเพื่อปรับสภาพการสบ
 3. รักษาคลองรากฟัน ใส่เดือยฟัน และใส่ครอบฟันซี่ 11, 12, 13, 21, 22, 23, 27
 4. ใส่เดือยฟันซี่ 45 และใส่ครอบฟันซี่ 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45
 5. ใส่สะพานฟัน จำนวน 2 ชั้น (ฟันซี่ 35-38 และ ฟันซี่ 46-48)
 6. ใส่รากฟันเทียม 4 ตำแหน่ง บริเวณฟันซี่ 14, 16, 24, 26 และใส่สะพานฟันซี่ 14-16 และ ฟันซี่ 24-26
- สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ได้ทำการประเมินและเลือก แนวทางการรักษาที่เหมาะสม ตามรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. ถอนฟันซี่ 26 โดยให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาละลายลิ่มเลือด warfarin ก่อนทำการถอนฟันและส่งตรวจหาค่า Prothrombin time (PT) ซึ่งรายงานเป็นวินาที เป็นเวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัวค่าปกติ 10-14 วินาที ค่าน้อยแสดงว่าเลือดแข็งตัวเร็ว ค่ามากกว่านี้แสดงว่าเลือดแข็งตัวช้า รายงานเป็นอัตราส่วนเรียกว่า international normalized ratio (INR) ค่าปกติอยู่ระหว่าง 0.8-1.1 สำหรับ ผู้รับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือด ค่าที่เหมาะสม คือ 2.0-3.0 สำหรับผู้ป่วยรายนี้ส่งตรวจเลือดหาค่า PT=18.5 และค่า INR=1.53

2. พิมพ์ปากทำฝือกสบฟัน “ฟันบน” เพื่อเพิ่มมิติแนวตั้ง ขณะสบฟัน 3 มิลลิเมตร โดยให้ผู้ป่วยทดลองใช้งานฝือกสบฟัน ช่วงเวลา 3 เดือน ซึ่งในระยะเวลาดังกล่าวมีการติดตามเพื่อปรับระดับการบดเคี้ยวจนผู้ป่วยใช้งานได้ดีและรู้สึกสบาย ตามรูปที่ 7 และ 8



รูปที่ 7 แบบจำลอง ฝือกสบฟันในขากรรไกรเทียมขณะเป็นซี่ฝัง



รูปที่ 8 เฟือกสบฟันใช้ปรับสภาพการสบฟัน

3. ในระหว่างที่ใส่เฟือกสบฟันได้ส่งตัวผู้ป่วยพบทันตแพทย์ สาขาเอ็นโดดอนท์ (Endodontics) ทำการรักษาคลองรากฟัน (root canal treatment) ของฟันซี่ 11, 12, 13, 21, 22, 23, 27 และทำการใส่เดือยฟันเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของตัวฟัน และการยึดอยู่ (retention) ของครอบฟัน พร้อมทั้งเปลี่ยนแนวการเรียงตัวของฟัน (alignment) ซึ่งเป็นการเพิ่มความสวยงามของรูปร่างฟันและสีฟัน

4. ใส่เดือยเหวี่ยง (cast post) จำนวน 1 ซี่ (ฟันซี่ 22) และใส่เดือยเส้นใยแท่งหลัก (fiber post) จำนวน 7 ซี่ (ฟันซี่ 11, 12, 13, 21, 23, 27, 45) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและยึดติดของครอบฟัน

5. รื้อครอบฟัน 2 ซี่ (ฟันซี่ 17, 46) และกรอแต่งเพื่อเตรียมฟันรองรับการใส่ครอบฟันชั่วคราว 16 ซี่ (ฟันซี่ 11, 12, 13, 17, 21, 22, 23, 27, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45)

6. กรอและใส่สะพานฟันชั่วคราวจำนวน 2 ชิ้น (ฟันซี่ 35-38 และ ฟันซี่ 46-48)

7. ใส่ครอบฟันถาวรจำนวน 16 ซี่ (ฟันซี่ 11, 12, 13, 17, 21, 22, 23, 27, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45)

8. ใส่สะพานฟันถาวรจำนวน 2 ชิ้น (ฟันซี่ 35-38 และ ฟันซี่ 46-48)

หลังจากใส่ครอบฟันถาวรได้ประมาณ 2 เดือนพบว่าครอบฟันซี่ 21 หลุดพร้อมกับมีเนื้อฟันบางส่วนแตกหัก จึงปรับแผนการรักษาโดยทำการกรอตัดเนื้อฟันซี่ 21 ให้เสมอขอบเหงือก พร้อมทั้งดำเนินการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้โคบอลต์-โครเมียม (ฟันซี่ 14, 15, 16, 21, 24, 25, 26) ตามรูปที่ 9-16 หลังจากนั้น ได้ติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ ในเดือนที่ 1, 3, 6 และเดือนที่ 9 ตามลำดับ



รูปที่ 9 รูปใบหน้าตรงหลังเพิ่มมิติแนวตั้งพบรูปหน้าสมมาตรขึ้น



รูปที่ 10 รูปใบหนาด้านข้างหลังเพิ่มมิติแนวตั้งพบมุมระหว่าง จมูกกับริมฝีปาก มากกว่า 90 องศา



รูปที่ 11 ภาพในช่องปาก แสดงฟันบนหลังใส่ฟันเทียมชนิดติดแน่น



รูปที่ 12 ภาพแสดงชิ้นงานฟันเทียมบางส่วนซี่ 14, 15, 16, 21, 24, 25, 26 (ครอบรากฟันซี่ 21)



รูปที่ 13 ภาพในช่องปากแสดงการสบฟันด้านหน้าหลังการรักษาระนาบการสบได้ระดับ



รูปที่ 14 ภาพในช่องปากสภาพฟันบนหลังจาก เพิ่มมิติแนวตั้ง ระบาย การสบได้ระดับ



รูปที่ 15 ภาพในช่องปากสภาพฟันล่างหลังจากเพิ่มมิติแนวตั้ง ระบาย การสบได้ระดับ



รูปที่ 16 ภาพรังสีเพโนรามิก หลังการรักษา

ผลการรักษา

ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา เพิ่มมิติแนวตั้ง เพื่อปรับสภาพการสบฟันโดยการใส่เฟือกสบฟันหลังการถอนฟัน และทำการรักษาคอลงรากฟัน ทำการบูรณะฟันโดยการใส่ครอบฟัน การใส่สะพานฟัน การใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้จนสามารถแก้ปัญหาการสบผิดปกติของผู้ป่วยให้ใช้งานฟันเทียมร่วมกับฟันธรรมชาติที่เหลือยู่ได้ดีขึ้น ทั้งรูปใบหน้าสมมาตรโดยมีใบหน้าส่วนล่างดูยาวขึ้น ร่องที่มุมปากทั้ง 2 ข้างน้อยลง มีความสวยงาม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อผลการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิจารณ์และอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการสำคัญเมื่อมาพบทันตแพทย์ คืออาการปวดฟัน ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ขึ้นล่างหลวมและกดเจ็บบริเวณสันเหงือกจากการตรวจเบื้องต้นพบว่าฟันธรรมชาติบริเวณฟันหน้าที่เหลือยู่สึกมากร่องบริเวณมุมปากสองข้างตก แก้มตอบ ใบหน้าส่วนล่างสั้น ฟันบนพบสันเหงือกกว้างและไม่มีกาใส่ฟันเทียมผู้ป่วยรายนี้สามารถปรับตัวและคุ้นชินกับสภาวะการเคี้ยวเช่นนี้มานาน สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพราะมีอาการปวดฟันซี่ 21 ที่สึกทะลุโพรงประสาทฟันมีการสึกของฟันจำนวนหลายซี่ ทำให้รูปร่างฟันและการเรียงตัวของฟันเปลี่ยนไป ฟันซี่ 26 มีลักษณะยื่นยาวกว่าปกติ วัสดุอุดเสื่อมสภาพมีรอยอุดขนาดใหญ่ การรักษาเพื่อเก็บฟันซี่ 26 มีความซับซ้อน เพราะต้องรักษาคอลงรากฟัน รักษาโรคปริทันต์ที่มีความวิการงามรากฟัน (furcation involvement) ซึ่งเป็นการละลายของกระดูกช่องรากฟันกรณีฟันตั้งแต่ 2 รากขึ้นไปเสี่ยงต่อการเกิดรากฟันแตก นอกจากนี้ฟันซี่ 26 ดังกล่าวมีการยื่นยาว หากจะเก็บรักษาไว้ต้องปรับระนาบบดเคี้ยวของฟันมากจึงทำให้สูญเสียความแข็งแรงของส่วนตัวฟัน

การเพิ่มมิติแนวตั้งในผู้ป่วยโดยใช้เฟือกสบฟันเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวและปรับระนาบบดเคี้ยวเป็นระยะๆ นานประมาณ 3 เดือน¹⁰ จนแน่ใจว่าเป็นระยะที่เหมาะสมและรู้สึกสบาย¹¹ ซึ่งเป็นการรักษาประเภทที่ 1 ของ Turner และ Missirlan¹ ที่ว่าด้วยการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน ระหว่างนั้นทำการรักษาคอลงรากฟัน จำนวน 7 ซี่ (ฟันซี่ 11, 12, 13, 21, 22, 23, 27) และทำครอบฟันเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับตัวฟัน ซึ่งต้องใส่เดือยฟันโดยเลือกใช้เดือยฟัน ชนิดเส้นใยแก้วหลัก (fiber post) 7 ซี่ (ฟันซี่ 11, 12, 13, 21, 23, 27, 45) และเลือกใช้เดือยฟัน ชนิดเดือยเหวี่ยง (cast post) กับฟันซี่ 22 ซึ่งแตกต่างจากฟันซี่อื่น เนื่องจากฟันซี่ดังกล่าวมีเนื้อฟันเหลือยู่น้อย หลังจากทำการใส่ครอบเป็นเวลา 2 เดือนพบฟันซี่ 21 ส่วนของแกนฟันมีเนื้อฟันแตกเพิ่มทำให้ครอบฟันซี่ 21 หลุดไม่สามารถใส่กลับคืนได้จึงจึงปรับแผนการรักษาเป็นการใส่ฟันเทียมบางส่วนครอบรากฟันซี่ 21 เพื่อป้องกันการละลายตัว

ของกระดูกรอบๆ ตัวฟัน¹² ร่วมกับการใส่ฟันเทียม บางส่วนชนิดถอดได้จำนวน 6 ซี่ (ฟันซี่ 14, 15, 16, 24, 25, 26) ที่วางแผนไว้ในเบื้องต้น การรักษาผู้ป่วยรายนี้ สอดคล้องกับวิธีการของ Kamble โดยการทำครอบฟัน ร่วมกับฟันเทียมชนิดติดแน่นและฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้หลังจากเพิ่มมิติแนวตั้ง⁷

ในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ไม่วางแผนที่จะใช้วิธีการใส่รากฟันเทียม เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเส้นเลือดสมองตีบและได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) ซึ่งผู้ป่วยร่วมตัดสินใจที่จะไม่ใช้วิธีการดังกล่าว เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

การบูรณะฟันผู้ป่วยที่มีการสูญเสียมิติแนวตั้งมีหลายวิธีซึ่งในผู้ป่วยดังกล่าว ได้เลือกใช้วิธีการรักษาใกล้เคียงกับวิธีการที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การรักษา เช่นการรักษาคลองรากฟัน การทำครอบฟันการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปรับตัวได้ง่าย สิ่งสำคัญคือความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ความสำคัญกับการนัดหมาย การปฏิบัติตามคำแนะนำ การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลฟันเทียม รวมทั้งติดตามหลังการรักษาตามที่ทันตแพทย์นัดหมาย ทุกครั้งเพื่อคงสภาพอนามัยช่องปาก และฟันเทียมให้มีสภาพดีตลอดไป

สรุป

การเพิ่มมิติแนวตั้ง มาช่วยในงานใส่ฟันเทียมชนิดติดแน่นร่วมกับฟันเทียมชนิดถอดได้ สามารถแก้ปัญหา ระบบการบดเคี้ยว ความสมดุลของข้อต่อกระดูกและขากรรไกร การออกเสียงและความสวยงาม จึงมีความจำเป็นต้องนำวิธีการ เพิ่มมิติแนวตั้ง มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ การสูญเสียการรองรับจากฟันหลัง (loss of posterior support) และการสึกของฟันธรรมชาติ (excessive tooth wear) รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลและร่วมตัดสินใจของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และยินยอมให้มีการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งจะเป็นแนวทาง

ในการรักษาและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่นต่อไป ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำรายงานดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Tunner K. A., Missirlian D.M. Restoration of the extremely worn dentition. J Prosthet Dent 1984; 52: 467-74.
2. Ainamo J. Relationship between occlusal wear of the teeth and periodontal health.Scand J Dent Res 1972; 80(6): 505-9.
3. Kopp S, Carlsson G.E. The temporomandibular joint: problems related to occlusal function. In: Mohl ND, Zarb GA, Carlsson GE, Rugh JD, editors. A textbook of occlusion. Chicago: Quintessence; 1988. p.235-48.
4. Dawson P.E. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problem, 2 nd ed. St Louis: Mosby; 1974.
5. Niswonger M.E. The rest position of the mandible and the centric relation. J Am Dent Assoc 1934; 21: 1572-82.
6. Gupta A, Parneet. Prosthodontic Restoration of Vertical Dimension of Occlusion in Severely Worn Dentitions. IOSR J Dent Med Sci 2013; 3: 38-40.
7. Kamble V.D. Rehabilitation of severely worn dentition and partial edentulism by fixed and removable Prostheses: a clinical report. Int J Prosthodont Rest Dent 2013; 3: 57-61.
8. วิชญ์ จินดาวณิ. Advanced removable partial denture in complicated case. กรุงเทพฯ: ย่อเอกสารคำสอน วิชา 3207-921 ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2558; 17-55.

9. Bataglion C, Hotta T.H., Matsumoto W, Ruellas C.V. Reestablishment of occlusion through overlay removable partial dentures: a case report. Braz Dent J 2012; 23: 172-4.

10. Prasad S, Kuracina J, Monaco EA. Altering occlusal vertical dimension provisionally with base metal onlays: a clinical report. J Prosthet Dent 2008; 100: 338-42.

11. Bachhav V.C, Aras M.A. Altering occlusal vertical dimension in functional and esthetic rehabilitation of severely worn dentition. J Oral Health Res 2010; 1: 2-8.

12. ดาราพร แซ่ลี่, ชลดา ละเอียด. ฟันเทียมคร่อมราก: ทบทวนวรรณกรรมและรายงานผู้ป่วย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 18: 38-51.