

รายงานผู้ป่วยเรื่อง: การฟื้นฟูสภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่างด้วยฟันเทียมเดี่ยวล่าง  
ณรงค์ชัย ดำเนินสวัสดิ์ ทบ., กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษารอยโรค บริเวณขากรรไกรล่าง(mandibulectomy) มักทำให้เกิดการติ่งรังของเนื้อเยื่อรอบๆบริเวณที่ผ่าตัด ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร การกลืน การออกเสียง และสูญเสียความสวยงาม บทความนี้เป็น การรายงานผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี หลังได้รับการผ่าตัดรักษารอยโรค อมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) จำเป็นต้อง ฟื้นฟูสภาพภายในช่องปากด้วยการใส่ฟันเทียมเดี่ยวล่าง โดยใช้พื้นฐานการทำฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งต้องพยายามหาขอบเขต ของฟันเทียมให้ได้มากที่สุด และเรียงฟันให้มีการสบฟันแบบ balance occlusion รวมถึงเลือกใช้ฟันเทียมชนิด zero cusp เพื่อลดการขยับตัวของฟันเทียม และยังช่วยให้การยึดอยู่มีความเสถียร โดยผลลัพธ์ที่ได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้บดเคี้ยว อาหารได้ดี

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดขากรรไกรล่าง, ฟันเทียมเดี่ยว, การสบฟันได้ดุล

**A case report: Oral rehabilitation with lower denture in mandibulectomy patient**

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

**Abstract**

Mandibulectomy is the treatment options of orofacial tumors. This treatment may cause tissue contraction that affect basic functions included mastication, swallowing, speech, and esthetic. This article describes the full mouth rehabilitation of a 58-year-old female patient who got mandibulectomy for treatment of ameloblastoma. After surgery, oral rehabilitation was attempted using a conventional denture for the mandibular arch and a removable partial denture for the maxillary arch. A correct border of lower denture and balance occlusion by using nonanatomic teeth (zero cusp) in order to provide a good retention, support and stability. This improved efficiency of mastication.

**Keywords:** mandibulectomy, lower denture, balance occlusion

**บทนำ**

การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอก หรือเนื้อร้ายบริเวณช่องปาก แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจำเป็นต้องคำนึงถึง อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยวอาหาร การผ่าตัด mandibulectomy เพื่อนำเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อและส่วนของกระดูกขากรรไกรล่างออก ทั้งแนวตั้งและแนวนิ่ง (vertical and horizontal) ส่งผลต่อความพิการของใบหน้า แผ่นรองข้อต่อขากรรไกร (articular disc)<sup>1</sup> ทำให้ส่งผลต่อการพูด การบดเคี้ยวอาหาร และมีส่วนทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ<sup>2</sup> หากการผ่าตัดต้องขยายขอบเขตมากขึ้นถึงส่วนของพื้นปาก การใส่ฟันเทียมจะยุ่งยากมากขึ้น<sup>3</sup> นอกจากนี้การผ่าตัดยังต้องคำนึงถึงการไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรค<sup>4</sup>

ฟันเทียมเดี่ยวเวลาที่ใส่ให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่างจะทำได้สำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับส่วนของกระดูกขากรรไกรล่างและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ที่เหลืออยู่<sup>5-9</sup> รวมถึงการพิจารณาประเมินความลึกของร่องเหงือกทั้งด้านลิ้นและด้านแก้ม

การฝังรากฟันเทียมเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่าง เพื่อเพิ่มการยึดอยู่ (retention) เสถียรภาพของฟันเทียม (stability) และการใช้งาน (function)<sup>1</sup> แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปาก มักจะตามด้วยรังสีรักษา (radiotherapy) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ซึ่งการที่ได้รับรังสีรักษา เป็นข้อจำกัดใช้รากฟันเทียม โดยพบว่าอัตราการความสำเร็จของการฝังรากฟันเทียมลดลง<sup>10</sup>

ปัจจัยหลักที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันเทียม ถอดได้ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม ถอดได้ การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค การมีความรู้สึที่ดีต่อการใส่ฟัน เข้าใจขั้นตอนการรักษา การใช้งานฟันเทียม การดูแลรักษาฟันเทียม พร้อมทั้งการได้รับข้อมูลจากทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาทำให้เกิดความไว้วางใจและให้ความเชื่อถือ ส่งผลต่อขบวนการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับตัวผู้ป่วย

**รายงานผู้ป่วย**

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี เข้าพบแพทย์เดือนพฤศจิกายน 2560 มีประวัติเข้ารับการรักษาเมื่อเดือนตุลาคม 2539 ด้วยอาการบวมบริเวณ lower anterior of mandible ผลทางพยาธิวิทยาเป็น อมีโลบลาสโตมา

(ameloblastoma) ได้รับการรักษา enblock resection ติดตามผลเป็นระยะ แต่ขาดการติดต่อดังแต่เดือนมิถุนายน 2545 เป็นต้นมา ในครั้งนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกชนิด อมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) บริเวณแนวประสานคาง (symphysis of mandible) ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางโดยประมาณ 6 เซนติเมตร ศัลยแพทย์ตกแต่งทำการผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออกและทำการถอนฟันซี่ 38 ร่วมกับทำ fibular bone graft ระหว่างติดตามผลการรักษาพบว่าเนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดปิดไม่สนิท ศัลยแพทย์ตกแต่งทำการเย็บซ่อมจนแผลปิดสนิท นอกจากนี้ได้ทำการเพิ่มความลึกของช่องปาก (vestibuloplasty) ก่อนส่งผู้ป่วยมาที่กลุ่มงานทันตกรรมเพื่อทำการรักษาต่อโดยการใส่ฟันเทียม

จากการตรวจนอกช่องปากพบผู้ป่วยใบหน้าไม่สมมาตรมีการตั้งรังกงของกล้ามเนื้อบริเวณแก้มซ้าย ริมฝีปากปิดไม่สนิท มองเห็นฟันซี่ 11, 12, 21, 22, 23 ตลอดเวลา พบแผลผ่าตัดบริเวณกรามล่างทั้ง 2 ข้างและใต้คางขากรรไกรล่างเอียงไปด้านขวา ใบหน้าด้านข้างส่วนของขากรรไกรล่างถอยร่นไปด้านหลังมาก เมื่อเทียบกับขากรรไกรบน



รูปที่ 1 รูปหน้าตรง ริมฝีปากปิดไม่สนิท เห็นฟัน 11, 12, 21, 22, 23 คางเอียงไปด้านขวา

รูปที่ 2 ส่วนของขากรรไกรล่างถอยร่นไปด้านหลังมากเมื่อเทียบกับขากรรไกรบน

จากการตรวจสภาพภายในช่องปาก พบว่าในขากรรไกรบน ฟันซี่ 14, 15, 16, 18, 25, 26, 27, 28 ถูกถอน สภาพฟันโดยทั่วไปมีเหงือกกร่น 1-1.5 มิลลิเมตร ฟันซี่ 17 เหงือกกร่นมากกว่าซี่อื่น 2-2.5 มิลลิเมตรโดยรอบมีร่องลึกปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตร ฟันซี่ 23,24 มีวัสดุอุดอมัลกัมบนด้านบดเคี้ยว ในขากรรไกรล่างไม่มีฟันเหลืออยู่ ลักษณะขากรรไกรหดเล็กลงจากการผ่าตัด มีรอยแผลเป็น ทำให้ตั้งรังกงบริเวณแก้ม อ้าปากได้น้อย ขยับขากรรไกรแนวหน้าหลังและซ้ายขวาได้จำกัด



รูปที่ 3 รูปสภาพฟันบน สันเหงือกว่างบริเวณ ฟันที่ 14, 15, 16, 18, 25, 26, 27, 28



รูปที่ 4 สภาพสันเหงือกขากรรไกรล่างเล็ก มีการตั้งรังของบริเวณข้างแก้ม

ภาพถ่ายทางรังสี พบมีส่วนของกระดูก fibula bone graft บริเวณแนวประสานคางยึดด้วย plate และ screw เพื่อเชื่อมขากรรไกรล่าง ซ้ายและขวา



รูปที่ 5 ภาพถ่ายรังสี OPG ในขากรรไกรล่างเชื่อมด้วยกระดูก fibula

**การวินิจฉัย**

1. สันเหงือกว่างในขากรรไกรล่างหลังจากปลูกถ่ายด้วยกระดูก fibula (edentulous ridge of mandible after fibula autogenous bone graft)
2. สันเหงือกว่าง (edentulous ridge) บริเวณฟันซี่ 14, 15, 16, 25, 26, 27

**แผนการรักษา**

Ideal treatment

1. ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานโลหะในฟันบน
2. ใส่รากฟันเทียมตำแหน่งฟันซี่ 34, 37, 47

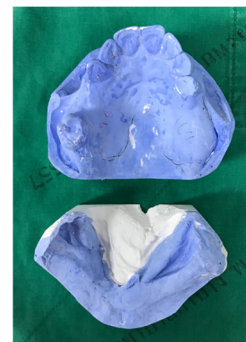
3. ใส่ฟันเทียมเดี่ยวล่าง ฐานอคริลิก โดยมีรากฟันเทียมตำแหน่ง ฟันซี่ 34, 37, 47

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ หลังจากอธิบายแผนการรักษาดังกล่าวผู้ป่วยตัดสินใจ เลือกแผนการรักษาดังนี้

1. ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอคริลิกในฟันบน
2. ใส่ฟันเทียมเดี่ยวล่างฐานอคริลิกโดยไม่ใส่รากฟันเทียม

**ขั้นตอนการรักษา**

พิมพ์ปากทำขึ้นหล่อขั้นต้น (preliminary cast) ในฟันบนและล่าง ทำถาดพิมพ์เฉพาะบุคคลในฟันล่าง ด้วยอคริลิกชนิดบ่มเอง (self-cured acrylic resin) กำหนดขอบเขตให้สูงกว่าขอบเขตช่องปาก 2 มิลลิเมตร โดยรอบ โดยเว้นหุบเขียวยึดริมฝีปากด้านแก้มและลิ้นของขากรรไกรล่าง ส่วนในขึ้นหล่อบน ได้ทำฐานฟันเทียม (base plate) และแท่นซี่ฝัง (bite block) ซึ่งมีสันเหงือกใหญ่ รับแรงได้ดี เสริมแต่งขอบ (border mold) ของฟันล่าง ด้วยคอมพาวนด์สีเขียว (green stick compound) เพื่อหาขอบของฐานและความอูนูนูนของฟันเทียมล่าง ต่อมา พิมพ์ปากครั้งสุดท้ายด้วยวัสดุหนืดกลางประเภทโพลีซัลไฟด์ (polysulphide) ขณะพิมพ์ฟันล่าง จัดให้ผู้ป่วยดูดแก้ม ขยับลิ้นซ้ายขวา เสริมฝีปากไปมารวมด้วย นำรอยพิมพ์ไปเทแบบหล่อหลัก (master cast) เพื่อทำฐานฟันเทียมและแท่นกัฒซี่ฝัง



รูปที่ 6 ขึ้นหล่อขั้นต้นขึ้นบนและขึ้นล่าง



รูปที่ 7 ถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลขึ้นล่าง



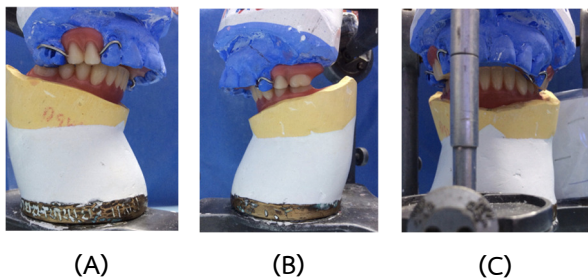
รูปที่ 8 รอยพิมพ์ปากขั้นสุดท้ายของฟันล่าง



รูปที่ 9 ฐานฟันเทียมและแทนกั๊ดซี่ฝั้งฟันบนและฟันล่าง

การลองแทนกั๊ดฟันบน ใช้ฟันธรรมชาติที่มีอยู่เป็นแนวอ้างอิงลองกั๊ดแทนทั้งขึ้นบนและขึ้นล่าง ตรวจสอบความแนบสนิทปรับแต่งความอูมนูนและระนาบการสบฟัน ปรับแต่งมิติแนวตั้ง ขณะลองแทนกั๊ด พบว่า ส่วนของขากรรไกรล่างถอยไปด้านในมาก ทำการบันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ (centric relation) ด้วย aluwax ต่อมาปรับแบบจำลองเข้าอุปกรณ์ขากรรไกรจำลองแบบปรับได้บางส่วน (semi-adjustable articulator) เลือกฟัน zero cusp ในการเรียงฟัน

นำฟันเทียมที่เรียงฟันแล้วลองให้กับผู้ป่วย เพื่อดูความอูมนูนของปาก การสบฟัน จนผู้ป่วยพึงพอใจหลังจากนั้นจึงส่งช่างทันตกรรมเพื่อเปลี่ยนฐานฟันเทียมให้เป็นอคริลิกเรซินชนิดบ่มด้วยความร้อน (heat-cured acrylic resin) ใส่ฟันเทียมทั้งบนและล่างให้กับผู้ป่วยเช็คดูความแนบสนิท การยึดอยู่ (retention) ความเสถียร (stability) และการสบฟัน ติดตามผลการรักษาใน 1 วัน, 1 สัปดาห์, 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ



รูปที่ 10 รูปฟันเทียมในกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลองข้างขวา (A) ข้างซ้าย (B) ด้านหน้า (C)



รูปที่ 11 ภาพแสดงขณะผู้ป่วยใส่ฟันเทียม ด้านหน้า (A) และด้านข้าง (B)



(A) (B) (C)  
รูปที่ 12 ภาพแสดงในช่องปาก การสบฟัน (A) ฟันบน (B) ฟันล่าง (C)

**วิจารณ์และอภิปรายผล**

การผ่าตัดขากรรไกรล่างเพื่อรักษาโรคที่ใหญ่มากทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของกระดูกขากรรไกรล่าง ส่งผลกระทบต่อแผ่นรองข้อต่อขากรรไกร ทำให้ตำแหน่งของกระดูกขากรรไกรล่างส่วนหน้าถอยร่นเข้ามาด้านหลังมาก ผู้ป่วยอาจได้ประโยชน์จากการผ่าตัดโรคดังกล่าวจำเป็นต้องขยายแผลผ่าตัดให้ครอบคลุมเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ทำให้เกิดการสูญเสียกระดูกขากรรไกร กล้ามเนื้อ รวมทั้งเนื้อเยื่อรอบๆ มาก นอกจากนี้ศัลยแพทย์ตกแต่งยังได้ผ่าตัดเพิ่มความลึกของช่องปาก (vestibuloplasty) ในผู้ป่วยรายนี้

ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาโดยการใส่ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ฐานอคริลิกในฟันบนและฟันเทียมเดี่ยวล่าง เนื่องจากข้อจำกัดในเศรษฐกิจฐานะ ขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำฟันเทียมมีข้อจำกัดหลายอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยอาจได้ประโยชน์การดึงรั้งของแผล (scar tissue) และกล้ามเนื้อรอบ ๆ ทำให้ยากต่อการหาขอบเขตของฟันเทียมที่ถูกต้อง สิ่งที่เป็นสำหรับการยึดอยู่ (retention) และความเสถียร (stability) คือ การเรียงฟันแบบ balance occlusion รวมถึงเลือกใช้ฟันเทียม zero cusp การเรียงฟันที่ช่วยหนุนรับกับริมฝีปากล่างจะช่วยลดการไหลของน้ำลายลง<sup>11</sup> การใช้เทคนิคเขตเป็นกลาง (neutral zone)<sup>12</sup> ช่วยในการหาตำแหน่งเรียงฟัน จะช่วยเพิ่มการยึดติด และความเสถียรของฟันเทียม สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีข้อจำกัดของแผลผ่าตัดที่สูญเสียกระดูกขากรรไกรล่าง กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อจำนวนมาก จึงไม่สามารถนำเทคนิคนี้มาช่วยในการเรียงฟัน

การรักษาที่ประสบผลสำเร็จในผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากการทำ fibula bone graft ร่วมกับใช้ plate with screw เพื่อทดแทนส่วนกระดูกขากรรไกรล่างที่สูญเสียไปจากการผ่าตัด mandibulectomy มีการเพิ่มความลึกช่องปาก (vestibuloplasty) บันทึกการสบที่ดี เรียงฟันแบบ

balance occlusion โดยเลือกใช้ฟัน zero cusp มีการปรับ การสบฟันเป็นระยะ (occlusal adjustment) ทำให้เพิ่มการ ยึดติดและความเสถียรของฟันเทียม

### สรุป

การฟื้นฟูสภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กระดูกขากรรไกรกลางด้วยฟันเทียมเดี่ยวล่าง ซึ่งมีความ จำเป็นที่ต้องใช้พื้นฐานการทำฟันเทียมทั้งปาก สามารถ แก้ปัญหาระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการ ออกเสียงและความสวยงาม การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อ การรักษา มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล และร่วมตัดสินใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาและ ยินยอมให้มีการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งจะเป็นแนวทางในการ รักษาและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่นต่อไป ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ในการจัดทำรายงานดังกล่าว

### เอกสารอ้างอิง

1. Carini F, Gatti G, Saggese V, Monai D, Porcaro G. Implant-supported denture rehabilitation on a hemimandibulectomized patient: a case report. *Annali di stomatologia* 2012; 3: 26-31.
2. Dellavia C, Romeo E, Ghisolfi M, Chiapasco M, Sforza C, Ferrario VF. Electromyographic evaluation of implant-supported prostheses in hemi mandibulectomy-reconstructed patients. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 388-395.
3. Adisman IK. Prosthesis serviceability for acquired jaw defects. *Dent Clin North Am* 1990; 34: 265-284.
4. Patil PG. Conventional complete denture for a left segmental mandibulectomy patient: a clinical report. *J Prosthodont Res* 2010; 54: 192-197.

5. Taylor TD, editor. *Clinical maxillofacial prosthetics*. Berlin: Quintessence; 2000.

6. Desjardins RP. Occlusal considerations for the partial mandibulectomy patient. *J Prosthet Dent* 1979; 41: 308-315.

7. Cantor R, Curtis TA. Prosthetic management of edentulous mandibulectomy patients. Part II. Clinical procedures. *J Prosthet Dent* 1971; 25: 546-555.

8. Cantor R, Curtis TA. Prosthetic management of edentulous mandibulectomy patients. Part I. Anatomic, physiologic, and psychologic considerations. *J Prosthet Dent* 1971; 25: 446-457.

9. Beumer III J, Curtis TA, Marunick MT, editors. *Maxillofacial rehabilitation: Prosthodontic and surgical considerations*. 2<sup>nd</sup> ed. Missouri: Ishiyaku Euro America; 1996.

10. MacInnes A, Lamont T. Radiotherapy associated with higher rates of dental implant loss. *Evid Based Dent* 2014; 15: 27-28.

11. Cheng AC, Wee AG, Morrison D, Maxymiw WG. Hinged mandibular removable complete denture for post-mandibulectomy patients. *J Prosthet Dent* 1999; 82: 103-106.

12. Pekkan G, Hekimoglu C, Sahin N. Rehabilitation of a marginal mandibulectomy patient using a modified neutral zone technique: a case report. *Braz Dent J* 2007; 18: 83-86.