ฟันเทียมคร่อมรากฟันเทียมในผู้ป่วยเอกโตเดอร์มัลดิสเพลเซียที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ : รายงานผู้ป่วย

นารินทร์ แก้วบัวสา[1] ศศิวิมล เสนาะกรรณ์[2]

Received: *May 22, 2019*
Revised: *June 26, 2019*
Accepted: *September 20, 2019*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเอกโตเดอร์มัลดิสเพลเซีย มักพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการบดเคี้ยวเนื่องจากการมีจำนวนซี่ฟันที่น้อย เมื่อร่วมกับการมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้ทั้งการบดเคี้ยว การออกเสียง และการกลืน ได้รับผลกระทบไปด้วย โดยบทความฉบับนี้จะนำเสนอการวางแผนการรักษา และขั้นตอนในการรักษา อันประกอบไปด้วย การผ่าตัดขากรรไกรเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ การปลูกกระดูก การผ่าตัดฝังรากเทียม และขั้นตอนการทำฟันเทียมทั้งปากคร่อมรากฟันเทียม

คำสำคัญ: ปากแหว่งเพดานโหว่; ฟันเทียมคร่อมรากฟันเทียม; เอกโตเดอร์มัลดิสเพลเซีย

[1]นักศึกษาหลักสูตรวุฒิบัตร ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2]ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

เอกโตเดอร์มัลดิสเพลเซีย (Ectodermal Dysplasias : EDs) เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่มีความบกพร่องในการพัฒนาของเนื้อเยื่อที่มาจากเนื้อเยื่อตัวอ่อนชั้นนอก (Embryonic ectoderm) อย่างน้อย 2 ชนิด มีรายงานถึงความผิดปกติมากกว่า 192 แบบ ความผิดปกติที่พบได้บ่อยได้แก่ ชนิด X-linked recessive hypohidrotic ectodermal dysplasia (Christ-Siemens-Touraine syndrome)[1]

สาเหตุของการเกิดโรค เกิดจากความผิดปกติของของยีนส์ แต่ขั้นตอนและขบวนการของความผิดปกติของการพัฒนายังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด

มีการแบ่งประเภทความผิดปกติตามลักษณะทางคลินิกที่ปรากฏ ถ้าเป็นเอกโตเดอร์มัลดิสเพลเซียอย่างเดียวจะปรากฏความผิดปกติเฉพาะที่โครงสร้างของเนื้อเยื่อเอกโตเดอร์มัล แต่ถ้าเป็นกลุ่มอาการ (Syndrome) จะพบว่ามีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย

โดยความผิดปกติของอวัยวะที่นำมาแบ่งประเภท ได้แก่ เส้นผม ฟัน เล็บ และต่อมเหงื่อ แต่ในภายหลังได้มีการเปลี่ยนเกณฑ์ โดยพิจารณาจากสาเหตุการเกิดโรค ได้แก่ (1) การสื่อสารและการส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ (Cell-to-cell communication and signaling), (2) การยึดเกาะ (Adhesion), (3) การพัฒนา (Development), และ (4) อื่น ๆ[2]

ลักษณะทางคลินิกที่พบได้บ่อย มีดังนี้

1.เส้นผมและขน: มีการลดลงของจำนวนรูขุมขน เส้นผมและขนมีรูปร่างที่ผิดปกติ บางรายอาจพบขนคิ้วและขนตาน้อย อาจพบลักษณะผิวหนังแห้งหรือการมีผิวซีดจากการที่ร่างกายไม่ผลิตเม็ดสี หรือการมีตุ่มน้ำใสที่ผิวหนัง[3]

2.ต่อมเหงื่อ: การมีต่อมเหงื่อน้อย หรือไม่มีต่อมเหงื่อเลย [3,4]

3.ฟัน: อาจพบการมีรูปร่างผิดปกติ (Pegged teeth; and/or enamel defects) มีฟันจำนวนน้อยหรือไม่มีฟัน การขึ้นของฟันแท้ในช่องปากช้า [5]

4.เล็บ: เล็บมีรูปร่างผิดปกติ เปราะ และบาง

5.ใบหน้า: มักปรากฏลักษณะดังนี้ หน้าผากโหนก แก้มยุบ จมูกแบน ริมฝีปากหนา มีริ้วรอยบริเวณตาและปาก หูมีขนาดใหญ่และอยู่ต่ำ

นอกจากนี้ อาจพบลักษณะของการมีส่วนสูงที่น้อย มีความผิดปกติของดวงตา มีน้ำตาน้อย และตาไม่สู้แสง [6,7,8]

อีกลักษณะร่วมที่พบได้บ่อยคือ การมีลักษณะความผิดปกติบริเวณใบหน้าส่วนกลาง ได้แก่ การมีปากแหว่ง (Cleft lip) และเพดานโหว่ (Cleft palate) หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง โดยรูปแบบที่พบได้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) Ectodermal dysplasia, Ectrodactyly, and Clefting (EEC) syndrome; (2) Hay-Wells syndrome or ankyloblepharon, ectodermal dysplasia, and cleft lip/palate (AEC) syndrome; และ (3) Rapp-Hodgkin syndrome โดยทั้งหมดนี้เกิดจากการมีการผ่าเหล่าของยีนส์ TP63 (TP63 gene) [1]

จากความผิดปกติดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ดังนี้

1. ความผิดปกติของฟัน และการมีปากแหว่งเพดานโหว่: มีปัญหาในการรับประทานอาหาร อาจส่งผลให้ขาดสารอาหาร มีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย

2. การไม่มีฟัน: กระดูกสันเหงือกมีการละลายตัวเร็ว โดยเฉพาะในกรณีสวมใส่ฟันเทียม

3. การมีต่อมเหงื่อน้อย: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้สูง (hyperpyrexia) มีอาการอ่อนเพลียจากความร้อน

4. เส้นผมและขนจำนวนน้อย มีรูปร่างผิดปกติ ผิวแห้ง: ผิวหนังติดเชื้อราและแบคทีเรียได้ง่าย

การนำเสนอผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ รับประทานอาหารไม่สะดวก รู้สึกไม่มั่นใจเวลาพูดหรือยิ้ม ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีร่องรอยการผ่าตัดเย็บปิดบริเวณริมฝีปากบนตรงกลางใบหน้า ส่วนเพดานปากที่เป็นรูโหว่นั้นยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไข ผู้ป่วยให้ประวัติว่า

เคยได้รับการรักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา จนถึงอายุประมาณ 2-3 ขวบ ผู้ปกครองไม่ได้พาไปรับการรักษาต่อเนื่อง จนขาดการติดตามการรักษากับทางโรงพยาบาลในที่สุด

จากการตรวจภายนอกช่องปากบริเวณใบหน้าและศีรษะ (รูปที่ 1) พบว่า ผู้ป่วยมีหน้าผากเหลี่ยมและโหนก ใบหูมีขนาดสมส่วนกับใบหน้า แต่ขนาดและระดับใบหูทั้งสองข้างไม่เท่ากัน เส้นผมและขนบาง มีส่วนสูงและน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ค่อยมีเหงื่อ ริมฝีปากบนตึงรั้ง อ้าปากได้จำกัด คือ ประมาณ 25 มิลลิเมตร

จากการตรวจภายในช่องปาก (รูปที่ 2) พบสันกระดูกส่วนหน้าแยกออกเป็น 2 ชิ้นในบริเวณตรงกลาง คือ ชิ้นซ้ายและขวา ระหว่างสันกระดูกขากรรไกรทั้งสองชิ้น ปรากฏรอยโหว่ที่เชื่อมช่องปากและกับช่องจมูก มีขนาดกว้าง สามารถมองเห็นผนังกั้นช่องจมูก มีฟัน 1 ซี่ที่พบในช่องปาก คือ ฟันกรามน้อยแท้บนซ้ายซี่ที่ 2 ขึ้นมาในลักษณะเอียงชี้เข้าไปในช่องปาก ผู้ป่วยไม่มีประวัติเคยถอนฟันมาก่อน สันเหงือกมีลักษณะแบนบางทั้งในขากรรไกรบนและล่าง ขากรรไกรบนมีขนาดเล็กกว่าขากรรไกรล่าง โดยมีความสัมพันธ์ของขากรรไกรในแนวนอน เป็นความผิดปกติชนิดโครงสร้าง ชนิดที่ 3 เมื่อทำการตรวจด้วยการคลำในสันเหงือกล่าง พบปุ่มกระดูกหนานูนในบริเวณฟันเขี้ยวแท้ขวาล่าง ซึ่งเมื่อตรวจดูจากภาพรังสีพานอรามิก (Panoramic) (รูปที่ 3) พบหน่อฟันของฟันเขี้ยวแท้ขวาล่าง ฝังอยู่ในกระดูกทั้งซี่ บริเวณด้านหน้าที่เป็นรูโหว่เพดานปาก ไม่มีกระดูกเหลืออยู่ พบมีกระดูกกั้นระหว่างโพรงอากาศจมูกกับช่องปากเพียงเล็กน้อย ส่วนในขากรรไกรล่างก็พบกระดูกเหนือเส้นประสาท Inferior alveolar เล็กน้อยเช่นกัน

ประวัติครอบครัว: ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 จากจำนวนพี่น้องทั้งหมด 5 คน โดยสมาชิกในครอบครัวทั้งในรุ่นเดียวกัน หรือนับขึ้นไป 2 รุ่น คือตั้งแต่รุ่นของพ่อแม่ และรุ่นของ ปู่ย่า และ ตายาย หรือนับรุ่นถัดมา คือรุ่นหลาน ทั้งชายและหญิง ไม่ปรากฏประวัติทางพันธุกรรมใดๆของภาวะดังกล่าว โดยในช่วงคลอดนั้น แม่ของผู้ป่วยเคยเล่าให้ผู้ป่วยฟังว่า มีการคลอดก่อนกำหนด และมีการกินยาบางตัว ที่อาจสงสัยว่ามีผลต่อการเกิดภาวะดังที่ได้กล่าวมาแล้ว (แต่ไม่สามารถหารายละเอียดของยาดังกล่าวได้)

การวางแผนการรักษา

จากการประเมินในเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการไม่มีฟัน และภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ มีปัญหาในการบดเคี้ยว การออกเสียง และความสวยงาม กระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในแง่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นจึงได้วางแผนที่จะรักษาทั้งในส่วนของการบูรณะฟัน ซึ่งได้แก่ การทำฟันเทียมทั้งปากที่รองรับด้วยรากฟันเทียม (Implant-retained overdenture) และการแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

ขั้นตอนเริ่มจากการประเมินรูปร่างของฟันเทียมทั้งปากที่จะใส่ให้ผู้ป่วย โดยทำการพิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยวัสดุพิมพ์อัลจิเนต (Alginate) เทแบบพิมพ์

ด้วยปลาสเตอร์หิน เมื่อแข็งตัวดีทำการตัดแต่งฐาน ใช้ขี้ผึ้งแต่งแบบจำลองฟันบริเวณช่องโหว่ ให้สันเหงือกบนด้านหน้าต่อเนื่องกันเหมือนสันเหงือกปกติ สร้างแท่นกัดขี้ผึ้ง นำไปลองในผู้ป่วย ทำการตกแต่งให้ได้ความอูมนูนที่เหมาะสม ประเมินความสัมพันธ์ขากรรไกรบนล่าง ประเมินมิติแนวดิ่ง (Vertical dimension) จากนั้นนำไปเรียงฟัน เพื่อใช้กำหนดตำแหน่งของรากเทียม โดยเลือกใช้รากเทียมยี่ห้อออสเต็ม (Osstem) ใช้ความยาวรากเทียม 2 ขนาดได้แก่ ความยาว 13 มิลลิเมตร และ 11.5 มิลลิเมตร ขนาดปกติ (Regular) และขนาดเล็ก (Mini) ซึ่งในขากรรไกรบนเลือกใช้รากเทียม 4 ตัว ส่วนในขากรรไกรล่างใช้รากเทียม 2 ตัว เมื่อได้ตำแหน่งของรากเทียมที่แน่นอนแล้ว ทำการเปลี่ยนแท่นกัดจากขี้ผึ้งเป็นเรซินอะคริลิกใส เจาะรูบริเวณที่จะฝังรากเทียมเพื่อใช้เป็นแนวนำในการฝังตำแหน่งรากเทียม

ทำการผ่าตัดเพื่อปิดรอยโหว่ที่เชื่อมช่องปากกับจมูก ปลูกกระดูกเพิ่มในบริเวณที่ต้องการฝังรากเทียม โดยใช้กระดูกเชิงกรานของผู้ป่วย (Iliac crest) และกระดูกเทียมยี่ห้อไบโอออส (Bio-Oss) ฝังรากเทียม ผ่าตัดฟันฝังที่ขากรรไกรล่าง แก้ไขการดึงรั้งของริมฝีปากบน เย็บปิดแผล ทำการติดตามอาการ (รูปที่ 4) ซึ่งพบว่าภายหลังการทำหัตถการดังกล่าว ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาดี ไม่พบอาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัด กระดูกที่ทำการปลูกยึดติดดีทั้งกับกระดูกของผู้ป่วยและรากเทียม ภายหลังทำหัตถการไปแล้ว 5 เดือน ได้นัดมาทำการต่อส่วนหลักยึดรอแผลหาย (Healing abutment) ในขั้นตอนการฝังรากเทียมขั้นที่ 2 (Stage II) พบว่ารากเทียมล่างขวา มีทิศทางบิดเอียง ไม่ขนานไปกับรากเทียมล่างซ้าย อยู่คนละระนาบบดเคี้ยว (Occlusal plane) รวมถึงมีการละลายของกระดูกรอบรากเทียม (รูปที่ 5-6) ทำให้ต้องทำการรื้อถอนรากเทียม (Explant) และฝังรากเทียมตัวใหม่กลับเข้าไปใหม่ในตำแหน่งเดิม โดยใช้รากเทียมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4.0 มิลลิเมตร ความยาว 13 มิลลิเมตร ซึ่งภายหลังจากนั้นอีก 3 เดือน ได้ทำการติดตามอาการ พบว่า รากเทียมยึดติดแน่นกับกระดูกเป็นอย่างดี ไม่พบการอักเสบโดยรอบ (รูปที่ 7)

การบูรณะด้วยฟันเทียมทั้งปาก

ทำการพิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยวัสดุพิมพ์อัลจิเนต (Alginate) เทแบบพิมพ์ด้วยปลาสเตอร์หิน เมื่อแข็งตัวดีทำการตัดแต่งแบบจำลอง ทำถาดพิมพ์เฉพาะบุคคล (Individual tray) ปั้นแต่งขอบถาดพิมพ์ด้วยคอมเปาด์สีเขียว(Green stick compound) จากนั้นทำการพิมพ์ปากขั้นสุดท้ายด้วยวัสดุซิลิโคน ชนิดหนืดปานกลาง (Monophase) (รูปที่ 8) นำรอยพิมพ์ที่ได้ไปเทชิ้นหล่อทำแท่นกัดบน ล่าง เพื่อนำไปลองในผู้ป่วยอีกครั้ง ทำการประเมินความสูงใบหน้า ความอูมนูน การออกเสียง ขีดเส้นกึ่งกลางใบหน้า และเส้นรอยยิ้ม บันทึกความสัมพันธ์ด้วยขี้ผึ้งอลู (Alu-wax) (รูปที่ 9) จากนั้นทำการบันทึกความสัมพันธ์ขากรรไกรด้วยเครื่องมือบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง (Facebow transfer) นำมาติดตั้งกับกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลองฮาเนา (Hanau articulator) ซึ่งเป็นอุปกรณ์แบบปรับได้บางส่วน ติดตั้งชิ้นหล่อบนกล

อุปกรณ์ขากรรไกรจำลอง ซึ่งในขั้นตอนนี้พบว่าระนาบการสบฟันของผู้ป่วยที่บันทึกมานั้นมีความเอียงอย่างมาก อาจเนื่องมาจากว่าระดับรูหูซ้ายและขวาของผู้ป่วยนั้นไม่ได้อยู่ในระนาบเดียวกัน และใบหน้าของผู้ป่วยไม่สมมาตรซ้าย-ขวา จากนั้นทำการเรียงฟันโดยเลือกฟันแบบไร้ปุ่ม มีการสบฟันทางด้านหน้าและฟันหลังด้านขวามีความเหลื่อมด้านบนคร่อมด้านล่างประมาณ 1-2 มิลลิเมตรโดยตลอด ส่วนด้านหลังซ้าย พบว่าฟันเทียมล่างสบคร่อมฟันเทียมบน (รูปที่ 10)

นำฟันเทียมที่ได้ไปลองในช่องปากผู้ป่วย (รูปที่ 11) ลองให้ผู้ป่วยยิ้ม ออกเสียงและทำท่าทาง เพื่อประเมินรูปร่าง ความอูมนูน การออกสียง และความสวยงามของฟันเทียม เมื่อลองและทำการปรับแต่งจนเป็นที่พึงพอใจแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ เปลี่ยนฐานฟันเทียมให้เป็นวัสดุเรซินอะคริลิก (รูปที่ 12) และนัดหมายผู้ป่วยมาใส่ฟันเทียม

ในขั้นตอนการใส่ฟันเทียม เริ่มจากการลองฟันในช่องปาก เช็คขอบเขตของฟันเทียม การกดเนื้อเยื่อ การสบฟัน เมื่อเสร็จแล้วทำการตรวจดูรากเทียม เพื่อเตรียมการยึดสิ่งยึด (Attachment) เข้ากับฟันเทียม โดยสิ่งยึดที่เลือกใช้คือ โลเคเตอร์ (Locator;Osstem) เป็นสิ่งยึดที่ออกแบบให้มีส่วนที่ติดอยู่กับรากเทียม เรียกว่า สิ่งยึดตัวผู้ (Patrix) และส่วนที่ติดอยู่กับฐานฟันเทียม เรียกว่า สิ่งยึดตัวเมีย (Matrix) ซึ่งภายในมีไนลอนที่สามารถขยับและหมุนได้โดยรอบ ไม่ยึดติดกับส่วนครอบ ทำให้มีคุณสมบัติที่สามารถสวมใส่ได้ในเกือบทุกทิศทาง[9]

ทำการถอดส่วนหลักยึดรอแผลหาย (Healing abutment) แล้วยึดสิ่งยึดตัวผู้ (Patrix) ของสิ่งยึดโลเคเตอร์ (Locator abutment) แล้วใส่สิ่งยึดตัวเมีย (Matrix) คือหมวกโลหะ (Metal cap) ทำการกลวงฟันเทียมในบริเวณที่จะเป็นที่อยู่ของสิ่งยึดให้ได้ขนาดช่องว่างที่สามารถใส่อุปกรณ์ได้แนบสนิทในช่องปากได้โดยไม่ติดขัด (รูปที่ 13) นำฟันเทียมไปลองใส่ในช่องปากเมื่อตรวจสอบว่าไม่มีจุดค้ำแล้ว ทำการยึดหมวกโลหะให้ติดกับฟันเทียมด้วยเรซินอะคริลิกชนิดบ่มเอง (Self-cured resin acrylic) (รูปที่ 14-17)

เสร็จขั้นตอนนี้จะได้ฟันเทียมที่มีหมวกโลหะ (Metal cap) และยางสีดำที่ติดมาด้วย ใช้เป็นแนวนำให้ฟันเทียมเข้าที่ ไม่มีคุณสมบัติให้แรงยึด ทำการขัดแต่งฟันเทียมให้เรียบร้อย แล้วให้ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมกลับบ้านไปก่อนเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและเรียนรู้การถอดใส่ฟันเทียม หลังจากนั้น 3 วัน นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามอาการภายหลังใส่ฟันเทียม พบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการถอดใส่ และต้องการให้ฟันเทียมแน่นขึ้น จึงพิจารณาเปลี่ยนเป็นไนลอนสีอื่นที่ให้แรงยึดเพิ่มขึ้น ซึ่งเริ่มใช้จากตัวที่มีแรงยึดน้อยที่สุด คือ สีน้ำเงิน(รูปที่ 18)

การติดตามผล

จากการนัดมาตรวจภายหลังการใช้งาน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี สามารถถอดใส่ฟันเทียม และทำความสะอาดได้ดี ดังนั้นจึงได้ทำการนัดต่อเนื่องเพื่อมาตรวจทุก 6 เดือนต่อไป

บทวิจารณ์

การรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีฟันทั้งปากร่วมกับการมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ มักพบปัญหาโดยเฉพาะในขากรรไกรล่าง ที่มีการละลายของกระดูกสันเหงือกอย่างมาก ทำให้ฟันเทียมขาดการยึดอยู่และเสถียรภาพที่ดี ทางเลือกของการรักษาสามารถทำได้โดยการศัลยกรรมช่องปากด้วยการตกแต่งช่องปากส่วนหน้า การเสริมสันเหงือกโดยการปลูกถ่ายกระดูก การบูรณะด้วยรากฟันเทียม และอื่นๆ ขึ้นกับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย [10]

มีการประชุมเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่ไร้ฟันทั้งปาก และได้ข้อสรุปว่า ฟันเทียมคร่อมรากเทียม 2 รากในขากรรไกรล่างเป็นมาตรฐานการรักษาขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยไร้ฟันทั้งปากพึงได้รับ และมีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[11] และเนื่องจากปริมาณและคุณภาพของกระดูกในขากรรไกรบนแตกต่างจากขากรรไกรล่าง ขากรรไกรบนจะมีมวลกระดูกน้อยกว่า ลักษณะของกระดูกบางกว่า และมีกายวิภาคที่เกี่ยวข้อง เช่น โพรงอากาศขากรรไกรบน (Maxillary sinus) และมุมของสันกระดูกที่แตกต่างจากขากรรไกรล่าง ดังนั้น จำนวนของรากเทียมที่แนะนำในขากรรไกรบน คืออย่างน้อย 4 ราก [9]

Cavallaro และ Tarnow ได้สรุปแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมคร่อมรากเทียมในขากรรไกรบนว่า การใช้รากเทียมจำนวนตั้งแต่ 4 รากขึ้นไป และใช้สิ่งยึดโลเคเตอร์ (Locator) โดยไม่ต้องให้ขอบเขตของฟันเทียมคลุมเพดานปากทั้งหมด ได้ผลการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ เมื่อติดตามผลเป็นระยะเวลา 2-4 ปี [12]

และเนื่องจากเอกโตเดอร์มัลดิสเพลเซีย (Ectodermal Dysplasias : EDs) เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่สามารถยืนยันได้โดยการตรวจยีนส์ที่เกี่ยวข้อง แต่ในขณะนี้ห้องปฏิบัติการตรวจในประเทศไทยยังไม่สามารถทำการตรวจยืนยันยีนส์ที่เกี่ยวข้องได้ ต้องทำการส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการที่ต่างประเทศ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้นจนถึงปัจจุบันผู้ป่วยยังไม่ได้รับการตรวจยืนยันอย่างเป็นทางการว่าเป็นเอกโตเดอร์มัลดิสเพลเซีย แต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ทำการรักษาโดยอ้างอิงจากลักษณะกลุ่มอาการที่ตรวจพบ

บทสรุป

ผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันเทียมได้ดี มีความมั่นใจเวลายิ้มและพูดคุยกับคนอื่นมากขึ้น การออกเสียงคำต่างๆชัดมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือของผู้ป่วยในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการรักษาอย่างรัดกุมและเกิดประโยชน์อย่างสูงที่สุด และที่สำคัญ การเล็งเห็นปัญหาและตระหนักถึงความสำคัญในความเร่งด่วนของการรักษาของทันตแพทย์และผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่าย

กิตติกรรมประกาศ

การรักษาผู้ป่วยรายนี้ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งในส่วนของคำแนะนำในการวางแผนการ

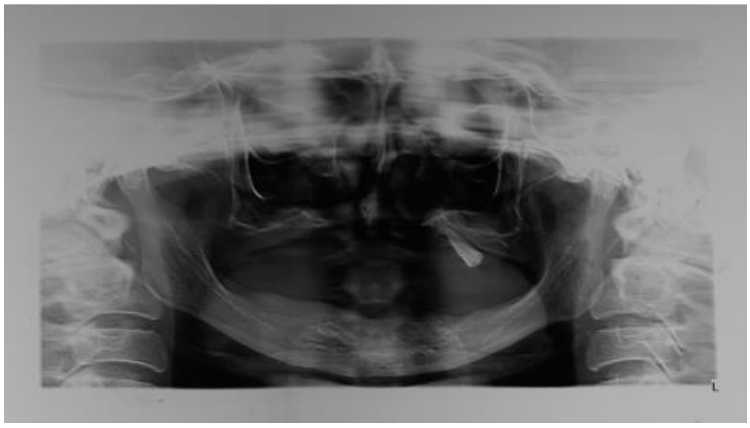
รักษา ตลอดจนการให้การรักษาในงานศัลยกรรมตกแต่งแก้ไขความวิการ การปลูกกระดูก และการฝังรากเทียม จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์นฤทธิ์ ลีพงษ์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และส่วนสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดการรักษาที่ได้กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จากโครงการฟื้นฟูสภาพด้วยกระดูกขากรรไกรและใบหน้าประดิษฐ์ กองทุนเฉลิมพระเกียรติ 100 ปีสมเด็จย่า ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงาน ถือเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้การรักษามีความก้าวหน้าและต่อเนื่อง เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง

ภาพถ่ายผู้ป่วย

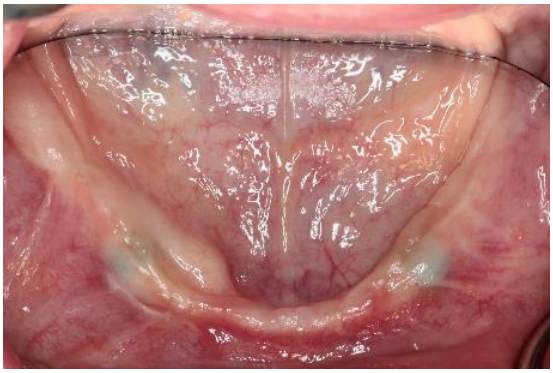
1. ภาพถ่ายหน้าตรงของผู้ป่วย ก่อนเริ่มรับการรักษา

2. ภาพถ่ายในช่องปากของขากรรไกรบนและล่าง ก่อนเริ่มการรักษา (ในภาพไม่ปรากฏฟันกรามแท้บนซ้ายซี่ที่ 2 เนื่องจากรูปถ่ายในการนัดหมายครั้งแรกเสียหาย ก่อนที่ผู้ป่วยจะไปถอนฟันในครั้งถัดมา)

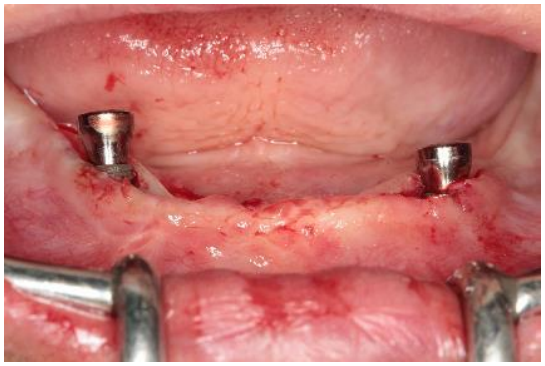
3. ภาพรังสีพานอรามิก ก่อนเริ่มการรักษา จะพบฟันกรามน้อยแท้บนซ้ายซี่ที่ 2 ขึ้นมาในลักษณะเอียงชี้เข้าไปในช่องปาก



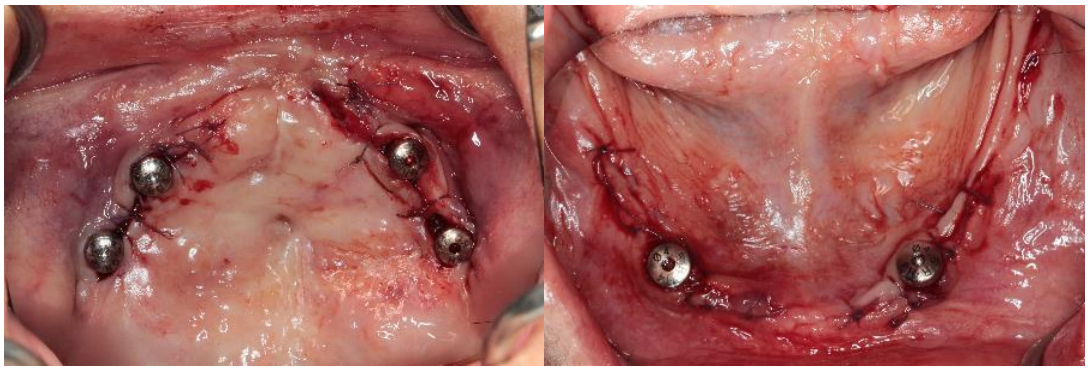
4. ภาพถ่ายในช่องปากบนและล่าง ภายหลังรับการรักษาผ่าตัดแก้ไขเพดานโหว่ และการฝังรากเทียมผ่านไป 3 เดือน



5. ภาพในช่องปาก ขั้นตอนนัดผู้ป่วยกลับมาเพื่อต่อส่วนหลักยึดรอแผลหายแต่พบปัญหาคือ รากเทียมบริเวณที่ 43 มีทิศทางบิดเอียง ไม่ขนานไปกับรากเทียมล่างซ้าย อยู่คนละระนาบบดเคี้ยว (Occlusal plane) รวมถึงมีการละลายของกระดูกรอบรากเทียม

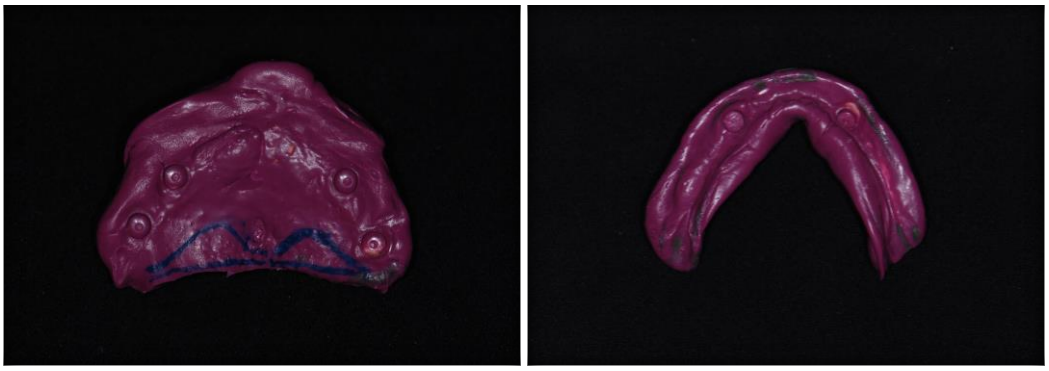


6. ภาพแสดงการต่อส่วนหลักยึดรอแผลหาย ในการฝังรากเทียมขั้นตอนที่ 2 (Stage II)



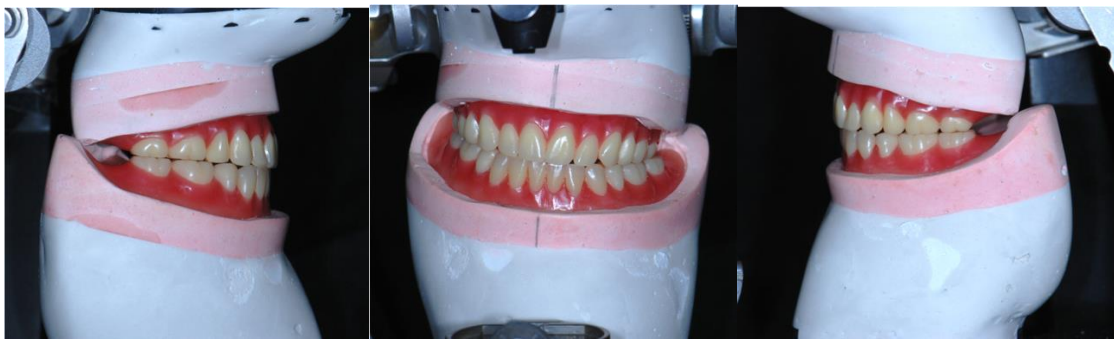
7. ภาพถ่ายในช่องปาก ภายหลังผ่านการรักษาทางศัลยกรรมเสร็จเรียบร้อย

8. ภาพถ่ายแสดงรอยพิมพ์ ในขั้นตอนการพิมพ์ปากขั้นสุดท้ายด้วยวัสดุซิลิโคน ชนิดหนืดปานกลาง



9. ภาพถ่ายขั้นตอนการลองแท่นกัดและการบันทึกความสัมพันธ์ขากรรไกรด้วยขี้ผึ้งอลูในช่องปาก

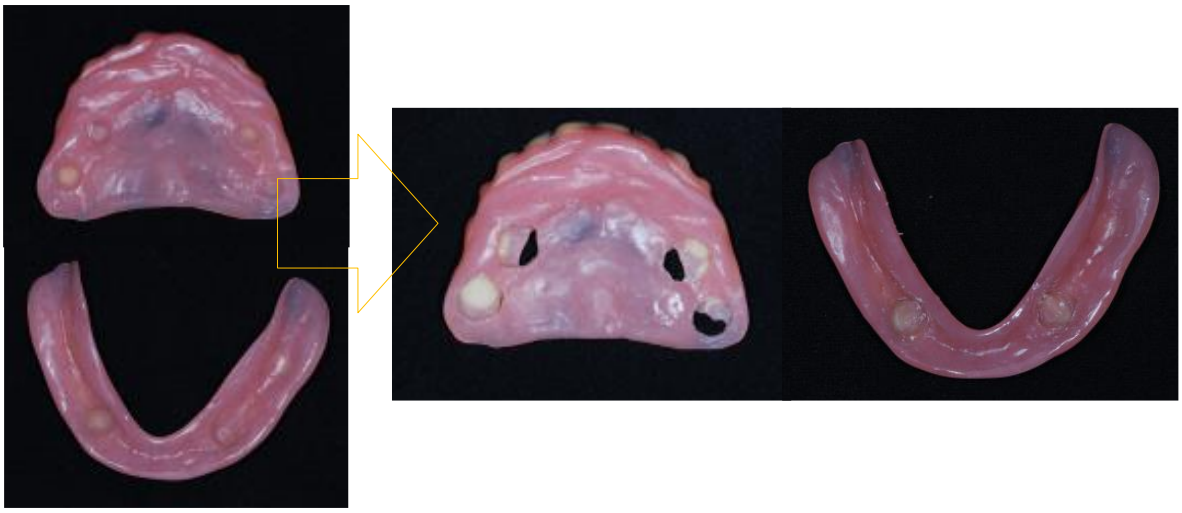
10. ภาพแสดงขั้นตอนการเรียงฟันในกลอุปกรณ์ขากรรไกรจำลอง แสดงให้เห็นระนาบสบฟันของผู้ป่วยที่เอียงอย่างมาก



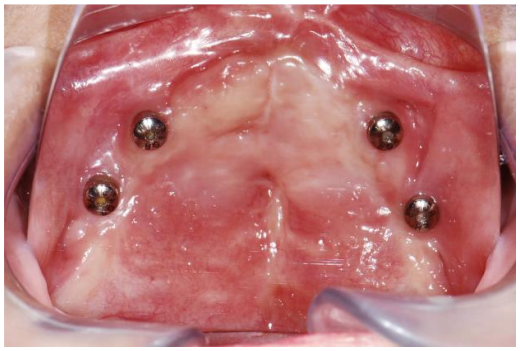
11. ภาพแสดงขั้นตอนการลองฟันในผู้ป่วย

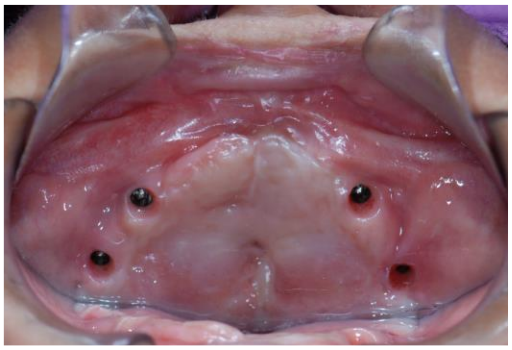
12. ภาพแสดงการลองฟันที่เปลี่ยนฐานขี้ผึ้งเป็นเรซินอะคริลิก

13. ภาพแสดงการกลวงฟันเทียมในบริเวณที่จะเป็นที่อยู่ของส่วนต่อบนสิ่งยึดโลเคเตอร์ ให้ได้ขนาดช่องว่างที่สามารถใส่อุปกรณ์ได้แนบสนิทในช่องปากได้โดยไม่ติดขัด



14. ภาพแสดงการเปลี่ยนส่วนหลักยึดรอแผลหาย เป็นสิ่งยึดโลเคเตอร์ แล้วใส่หมวกโลหะ

ก 

ข 

ค

ง

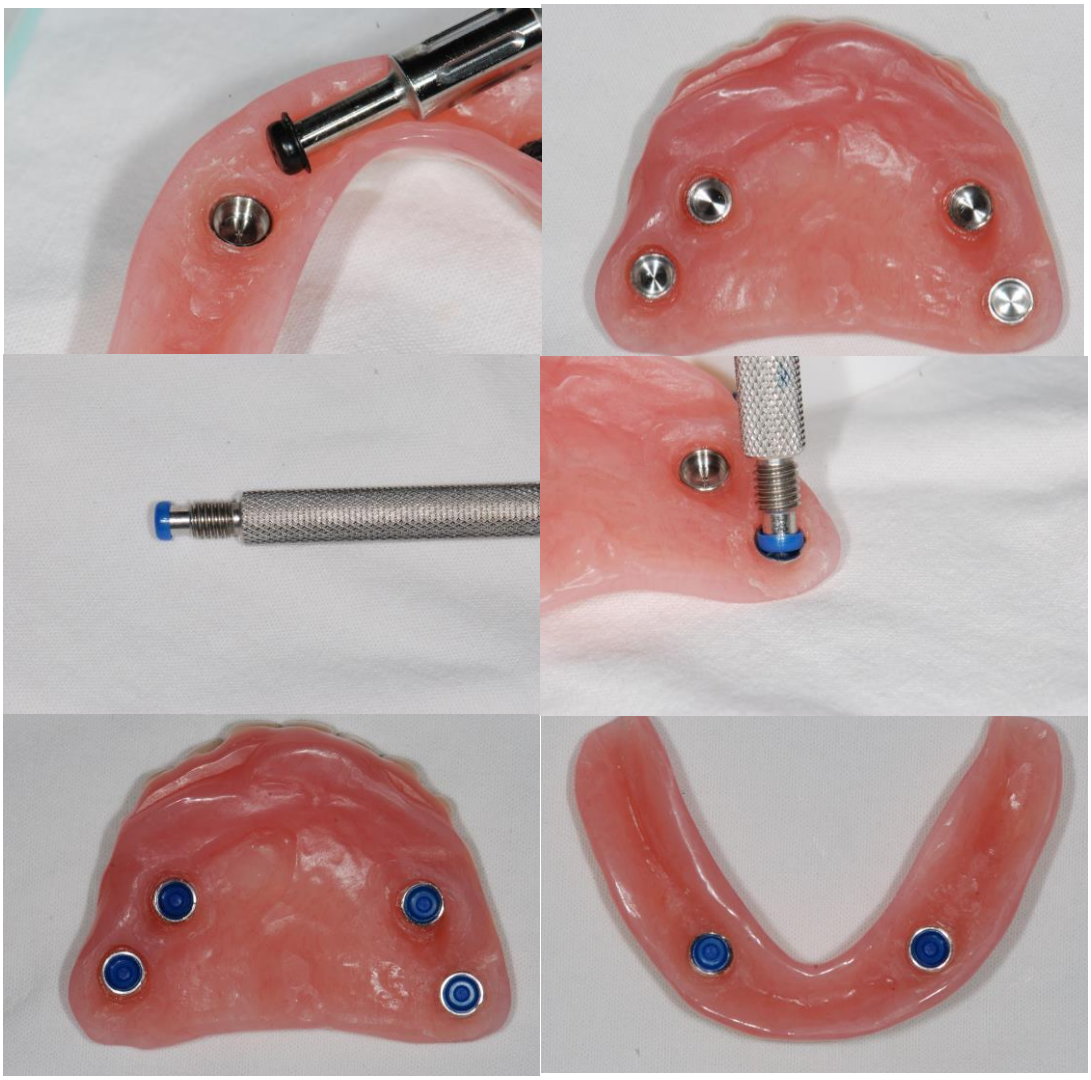
ก ภาพขณะใส่ส่วนหลักยึดรอแผลหาย (healing abutment) ในช่องปาก ข ทำการถอดส่วนหลัก ยึดรอแผลหาย ค ใส่สิ่งยึดโลเคเตอร์ (locator abutment) ง ใส่หมวกโลหะ (metal cap)

15. ภาพแสดงการนำฟันเทียมไปลองใส่ในช่องปาก ทำการตรวจสอบว่าไม่มีจุดค้ำ

16. ภาพแสดงการปิดช่องว่างที่กลวงเอาไว้ด้วยเรซินอะคริลิกชนิดบ่มเอง

17. ภาพแสดงฟันเทียมที่ผ่านการเชื่อมต่อกับตัวยึด

18. ภาพแสดงขั้นตอน นัดผู้ป่วยกลับมาเปลี่ยนจากยางสีดำมาเป็นยางที่ให้แรงยึด ซึ่งเริ่มใช้จากตัวที่มีแรงยึดน้อยที่สุด คือ สีน้ำเงิน



19. ภาพแสดงไนลอนที่มีแรงยึดต่างกัน เรียงจากน้อยไปมาก ได้แก่ สีน้ำเงิน สีชมพู และสีใส

เอกสารอ้างอิง

1. Okamura E, Suda N, Baba Y, Fukuoka H, Ogawa T, Ohkuma M, et al. Dental and maxillofacial characteristics in six Japanese individuals with ectrodactyly-ectodermal dysplasia-clefting (EEC)syndrome. Cleft Palate Craniofac J 2013;50(2):192-200.
2. Lamartine J. Towards a new classification of ectodermal dysplasias. Clin Exp Dermatol 2003;28(4):351-5.

3. Rouse C, Siegfried E, Breer W, Nahass G. Hair and sweat glands in families with hypohidrotic ectodermal dysplasia: further characterization. Arch Dermatol 2004;140(7):850-5.

4. Berg D, Weingold DH, Abson KG, Olsen EA. Sweating in ectodermal dysplasia syndromes. A review. Arch Dermatol 1990;126(8):1075-9.

5. Clauss F, Maniere MC, Obry F, et al. Dento-craniofacial phenotypes and underlying molecular mechanisms in hypohidrotic ectodermal dysplasia (HED): a review. J Dent Res 2008;87(12):1089-99.

6. Clouston HR. A hereditary ectodermal dystrophy. Can Med Assoc J 1929; 21:18-31.

7. Pierard GE, Van Neste D, Letot B. Hidrotic ectodermal dysplasia. Dermatologica 1979;158(3):168-74.

8. Reynold JM, Gold MB, Scriver CR. The characterization of hereditary abnormalities of keratin: Clouston's ectodermal dysplasia. Birth Defects Orig Artic Ser 1971;7(8):91-5.

9. แมนสรวง อักษรนุกิจ. ฟันเทียมทั้งปากขั้นสูง Advanced Complete Denture. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2560.

10. Burns DR, Unger JW, Elswick RK Jr, Beck DA. Perspective clinical evaluation of mandibular implant overdentures: Part I – Retention, stability, and tissue response. J Prosthet Dent 1995;73:354-63.

11. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S, et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. Gerodontology 2002;19:3-4.

12. Cavallaro JS, Tarnow DP. Unsplinted implants retaining maxillary overdentures with partial palatal coverage: report of 5 consecutive cases. Int J Oral Maxillofac Implants 2007;22:808-14.

ผู้รับผิดชอบบทความ

นารินทร์ แก้วบัวสา

นักศึกษาหลักสูตรวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมประดิษฐ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทรศัพท์: +66-(0)7428-7660

อีเมลล์: narinveryhappy@gmail.com

Implant-Retained Overdenture in Ectodermal Dysplasia with Cleft Lip and Cleft Palate Patient : A case report

Narin Kaewbuasa[1] *Sasiwimol Sanohkan*[2]

Abstract

Patients with ectodermal dysplasia often have an occlusion problem due to a small number of teeth. The patients who combined with cleft lip and cleft palate, chewing, pronunciation and swallowing will be affected. This case report will present the treatment plan and procedures such as jaw surgery to correct cleft lip and cleft palate, bone graft, implant surgery and implant-retained overdenture.
Keyword : *Cleft lip and cleft palte; Ectodermal dysplasia; Implant-retained overdenture*

[1] *Residency Training Program in Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University*
[2]*Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University*