

รายงานผู้ป่วย ทางเลือกในการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันหน้าร่วมกับภาวะสบลึก

อุมาพร วัฒนกิตติพงศ์*

บทคัดย่อ

การใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้เพื่อทดแทนฟันหน้าที่หายไปของผู้ป่วยที่มีภาวะสบลึกทำได้ยาก เนื่องจากการวางส่วนโง่งหลักหรือฐานอะคริลิกที่วางคลุมเพดานปากเมื่อสบกับฟันหน้าล่างจะทำให้ฟันหลังถูก ยกขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้และฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้มีโอกาสดึงจากการสบกระแทกของฟันล่าง ลงบนฐานฟันเทียมในตำแหน่งดังกล่าว บทความนี้ได้รายงานผู้ป่วยชายไทยซึ่งมีการสูญเสียของฟันตัดบนซี่กลาง สองซี่ โดยผู้ป่วยมีภาวะสบลึก ผู้ป่วยต้องการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้เพื่อความสวยงามก่อนการตัดสินใจ ทำฟันเทียมชนิดอื่น โดยทำฟันเทียมอะคริลิกชนิดปมตัวด้วยความร้อนเพื่อทดแทนการสูญเสียฟันหน้า โดยสร้าง ให้มีส่วนฐานฟันเทียมอยู่บนสันเหงือกกว้างและมีปีกฟันเทียมด้านริมฝีปากขอบเขตจากฟันเขี้ยวบนซ้ายถึงขวา ผล การใส่ฟันเทียมผู้ป่วยมีความพึงพอใจในรอยยิ้ม มีความสบาย ไม่รำคาญ พูดได้ชัดและไม่รบกวนต่อการบดเคี้ยว ของฟันธรรมชาติ การรักษาด้วยฟันเทียมชนิดนี้เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันหน้าจำนวนหนึ่ง ถึงสองซี่ร่วมกับมีภาวะสบลึกและต้องการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ โดยปฏิเสธการรักษาภาวะสบฟันลึก ด้วยการจัดฟันหรือการสร้างการสบฟันใหม่โดยการบูรณะฟันทั้งปาก

คำสำคัญ: ปีกฟันเทียมด้านริมฝีปาก ภาวะสบฟันลึก ฟันเทียมชนิดใส่ด้านหน้า

*อาจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 ซอยพหลโยธิน 87 ถนนพหลโยธิน ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 12000

Removable Partial Denture for Patient with Anterior Teeth Missing and Deep Bite: Case Report

Umaporn Vimokittipong*

Abstract

It is difficult to fabricate removable partial dentures for deep bite patients because posterior teeth will be raised by the major connector or acrylic resin baseplate that put on anterior palate. For this reason, the patients can not chew foods efficiently, and the partial dentures risk to be broken later. This case report presents prosthesis fabricated to replace upper central incisors in deepbite patient. The patient needs removable partial denture for pleasing appearance before definitive prostheses. The denture was fabricated from heat cured acrylic resin, and was placed on labial gingiva in the position of intercanine width. The prosthesis improves esthetic, comfort, phonetic and natural mastication is not interfered by denture. This type of prosthesis is one of the choices for patient who presents severe deep bite condition and need removable partial denture in according to replace missing anterior teeth. Especially, the patient deny other treatments such as orthodontic treatment or full mouth rehabilitation.

Keywords: Labial flange epithesis, Deep bite, Labial prosthesis

*Lecturer, Rangsit University, 52/347 Muang Ake, Phaholyothin Road, A. Muang, Pathum Thani 12000 Thailand.

บทนำ

ภาวะสบลึก (deep overbite or deep bite) เป็นรูปแบบการสบฟันที่พบได้มากในการสบฟันผิดปกติ (malocclusion) โดยมีการสบฟันระหว่างปลายฟันหน้าบนและล่างที่มากเกินไป [1-2] การสบฟันที่มีระดับการเหลื่อมกันในแนวตั้งของฟันหน้าบนมากกว่าครึ่งของซี่ฟันหน้าล่าง ถูกจัดว่ามีภาวะสบฟันลึก [3] หรือมีการเหลื่อมของฟันหน้าบนคร่อมซี่ฟันหน้าล่างมากกว่าร้อยละ 40 การสบของฟันหน้าบนเหลื่อมกับซี่ฟันหน้าล่างมากกว่า 5 มิลลิเมตร พบในเด็กร้อยละ 20 และผู้ใหญ่ร้อยละ 13 ทำให้เกิดปัญหาจากมิติแนวตั้ง (vertical dimension) ของการสบฟันได้ร้อยละ 95.2 [4] ปัญหาที่เกิดจากการสบกระแทกจากฟันหน้าล่าง ได้แก่ [3] ปัญหาปริทันต์ [5] การอักเสบของเหงือกบริเวณเพดานรอบ ๆ ฟันหน้าบนที่สบกระแทกจนอาจทำให้ฟันโยก [6] การปวดคางมึนเนื้อคางเคี้ยว ฟันคู่สบลึกโดยเฉพาะบริเวณจุดสัมผัสกับฟันหน้าบนและไม่มีเนื้อที่ระหว่างฟันคู่สบ (inter-occlusal space) ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ โดยเฉพาะในกรณีฟันหน้ากัดสบลึกทั้งหมด (complete deep bite) [7] โดยพบฟันหน้าล่างสัมผัสกับเหงือกด้านเพดาน หรือสบฟันบริเวณส่วนเพดานของฟันหน้าบน ซึ่งทำให้ไม่สามารถใส่ฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้ เนื่องจากความหนาของฐานฟันปลอมจะทำให้เกิดการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (occlusal vertical dimension) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย รับประทานอาหารลำบาก เคี้ยวอาหารไม่สะดวกและทำให้ฟันเทียมแตกหักได้ [3] ภาวะการสบฟันลึกอาจไม่ทำให้เกิดปัญหาใด และไม่จำเป็นต้องแก้ไขถ้ามีจุดสบของฟันล่างสัมผัสกับฟันบนอย่างมั่นคงในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์กลาง (centric relation) และไม่เกิดปัญหาต่อขากรรไกร ฟันและสภาวะปริทันต์ แต่กรณีที่มีการสบฟันลึกก่อให้เกิดปัญหาและทำให้ฟันล่างยื่นยาวขึ้นเพื่อไปสัมผัสกับฟันหน้าบนหรือมีจุดสบที่ไม่มั่นคง มีทางเลือกในการ

แก้ไขได้หลายทางขึ้นอยู่กับระดับของความผิดปกติและความรุนแรง เช่น การปรับแต่งปลายฟันล่างหรือฟันบนร่วมกัน (reshaping) เพื่อบูรณะจุดสบในตำแหน่งที่มั่นคงการจัดฟัน (orthodontic) การสร้างการสบฟันใหม่โดยการฟื้นฟูสภาพช่องปาก (oral rehabilitation) และการผ่าตัด (surgery) [8] การทำฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ในรายงานผู้ป่วยนี้ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมิติตั้ง โดยฟันเทียมจะมีฐานฟันปลอมวางบนสันเหงือกข้างบริเวณฟันที่หายไปและมีปีกฟันเทียมด้านริมฝีปาก (labial flange) มีขอบเขตอยู่ระหว่างจากฟันเขี้ยวบนซ้ายและขวา ลักษณะคล้ายกับเครื่องมือที่ใส่ให้ผู้ป่วยปริทันต์ที่ต้องการความสวยงามเพื่อทดแทนส่วนเนื้อเยื่อและกระดูกที่สูญเสียไปจากโรคปริทันต์และไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการคืนสภาพเนื้อเยื่อปริทันต์ (periodontal regeneration) เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น ราคา การหายของแผล การทำนายผลและความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง [2] มีชื่อเรียกได้หลายอย่าง เช่น จิงจิวอลอีพิโทซิส (gingival epithesis) [9] จิงจิวอลวีเนียร์ (gingival veneer) [10] จิงจิวอลมาสก์ (gingival mask) [11] จิงจิวอลพรอสทีซิส (gingival prosthesis) [12] หรือ ฟันเทียมชนิดมีปีกฟันเทียม (flange prosthesis) [13] โดยจิงจิวอลอีพิโทซิสถูกทำภายหลังการรักษาและควบคุมโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้วและพบว่ามีเหงือกกร่น ฟันหน้ายื่นยาว หรือมีการสูญเสียเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (interdental papilla) จนเห็นเป็นช่องสามเหลี่ยมสีดำ (black triangle) ระหว่างซี่ฟัน [13] ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจด้านความสวยงามและการออกเสียง สามารถจำแนกวัสดุที่ใช้ทำฟันเทียมชนิดปีกฟันเทียมด้านริมฝีปากได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ วัสดุที่มีความยืดหยุ่น (flexible) และวัสดุที่ไม่ยืดหยุ่น (non-flexible) โดยมีข้อดีและข้อเสียสรุปได้ดังตารางที่ 1 [12,14-18]

ตาราง 1 แสดงข้อดีและข้อเสียของวัสดุที่ใช้ทำฟันเทียมชนิดปีกฟันเทียมด้านริมฝีปาก [12,14-18]

Table 1 Advantages and disadvantages of materials for making labial flange prosthesis

วัสดุชนิดไม่ยึดหยุ่น		
	ข้อดี	ข้อเสีย
อะคริลิกเรซินชนิดบ่มตัวด้วยตัวเอง (self- cured acrylic resin) และชนิดบ่มตัวด้วยความร้อน (heat- cured acrylic resin)	<ul style="list-style-type: none"> - มีความคงทนของสี - พื้นผิวมีการสะสมของคราบสีน้อยกว่ากลุ่มซิลิโคน - ใช้วัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์ชนิดผันกลับไม่ได้ในการพิมพ์ปากได้ (irreversible hydrocolloid) - ราคาถูก - กรอแต่งง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - แดกหักได้ - ทึบแสง - มีโมโนเมอร์ตกค้าง
วัสดุชนิดยึดหยุ่น		
	ข้อดี	ข้อเสีย
ซิลิโคนชนิดนุ่ม (silicone based soft material) หรือ โนลอน (nylon based material, thermoplastic)	<ul style="list-style-type: none"> - สวยงาม เลียนแบบความเป็นธรรมชาติ (chameleon effect) - ให้ความแนบและกระชับ - ด้านทานการแตกหักสูง - ไม่มีโมโนเมอร์ตกค้าง 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้วัสดุพิมพ์ปากโพลีไวนิลซิลอกเซน (polyvinyl siloxane) หรือโพลีอีเทอร์ (polyether) - ค่าใช้จ่ายสูงกว่า - กรอแต่งยากกว่า - แก้ไขด้วยการเสริมฐานด้วยอะคริลิกเรซินไม่ได้ - มีแนวโน้มติดสีได้ง่ายกว่า

นำเสนอรายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาสะพานฟันชนิดคานยื่นหลุด (cantilever bridge) โดยมีฟันหลัก คือ เดียวฟันและครอบฟันของฟันตัดซี่กลางบนซ้าย (left upper central incisor) (ฟันซี่ 21) หลุดพร้อมกับฟันเขี้ยว (pontic) ฟันตัดซี่กลางบนขวา (ฟันซี่ 11) ผู้ป่วยมีภาวะสบลึกโดยฟันหน้าล่างสัมผัสกับส่วนเพดานของฟันหน้าบนส่วนคอฟัน ฟันหน้าบนสบ

ครอบฟันหน้าล่างเกือบทั้งหมดของความสูงของซี่ฟันหน้าล่าง (รูปที่ 1) ตรวจพบรากฟันซี่ 21 มีรอยร้าว รอยผุตำ ยู่ บริเวณเนื้อฟันพอดีขอบเหงือก ฟันซี่ 12 และ 22 ถูกบูรณะด้วยครอบฟันด้วยโลหะเคลือบกระเบื้อง (porcelain fused to metal crown) ฟันซี่อื่นในขากรรไกรบนและล่างถูกบูรณะด้วยครอบฟัน ทันตแพทย์ได้แจ้งแผนการรักษาและทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจ ในการแก้ไขภาวะสบฟันลึกใน

ระยะยาวโดยการจัดฟันและการแก้ไขการสบฟันโดยการบูรณะฟันทั้งปาก และทางเลือกในการใส่ฟันบริเวณตำแหน่งฟันตัดซี่กลางทั้งสองซี่ ผู้ป่วยเข้าใจในแผนการรักษาและปฏิเสธการรักษาด้วยการแก้ไขโดยการจัดฟัน

และการรื้อทำครอบฟันใหม่ในขณะนี้ โดยผู้ป่วยเลือกการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้เพื่อความสวยงามก่อนการตัดสินใจทำฟันเทียมชนิดอื่นต่อไป



รูปที่ 1 ลักษณะที่ตรวจพบภายหลังการหลุดของสะพานฟันชนิดคานยื่น ผู้ป่วยมีภาวะสบลึก

Figure 1. Appearance after the dislodgement of the cantilever bridge, deep bite condition.

การรักษา

ผู้ป่วยเลือกใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้เพื่อทดแทนฟันหน้าบนที่สูญเสียไปก่อนการถอนรากฟันซี่ 21 ที่เหลืออยู่ ซึ่งประเมินแล้วว่าไม่สามารถเก็บฟันไว้ได้ โดยผู้ป่วยมีภาวะสบลึกทำให้ไม่สามารถวางส่วนโยงหลัก หรือฐานฟันเทียมอะคริลิกเรซินไว้บนส่วนของเพดานปากได้ดังเช่นการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั่วไป เนื่องจากการวางฐานฟันเทียมในตำแหน่งเพดานปากในผู้ป่วยรายนี้ทำให้เกิดการเพิ่มมิติแนวตั้ง ทำให้ฟันหลังถูกยกขึ้นเนื่องจาก

ความหนาของฐานฟันเทียมด้านหน้า ทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารได้ไม่สะดวกและทำให้ฟันเทียมหักได้หากใช้วัสดุประเภทอะคริลิกเรซิน ผู้เขียนทำการสร้างฟันเทียมชนิดถอดได้ที่มีฐานวางบนสันเหงือกบริเวณฟันที่หายไปและมีปีกฟันเทียมด้านริมฝีปากมีขอบเขตตั้งแต่ฟันเขี้ยวบนซ้าย (ซี่ 23) ถึงฟันเขี้ยวบนขวา (ซี่ 13) (รูปที่ 2) และซี่ฝังคลุมคอฟันของฟันหลักไม่เกินหนึ่งในสี่ของตัวซี่ฟันหลักเพื่อให้เป็นที่ยึดเกาะของอะคริลิกเรซินบนฟันหลัก (รูปที่ 3)



รูปที่ 2 แสดงส่วนของขอบเขตของฟันเทียมและซี่ฟันปลอม 11 และ 21 เมื่อมองทางด้านบนเคี้ยว

Figure 2. Border region of denture and artificial tooth 11 and 21 (occlusal view).



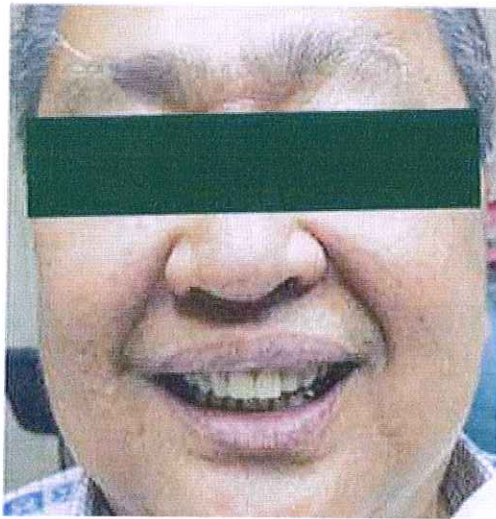
รูปที่ 3 ชี้นำด้านริมฝีปากคลุมคอฟันมาทางปลายฟันเพื่อการยึดติดของฟันเทียมถอดได้
 Figure 3. Labial pink baseplate wax covers cervical areas of all abutment teeth.

สร้างแนวนำการใส่ฟันเทียมบริเวณฟันหลักที่ติดสันเหงือกด้วยหัวกรอเพชรทรงกระบอก (diamond cylinder bur) ทำการพิมพ์ปากด้วยถาดพิมพ์ปากสำเร็จรูปร่วมกับวัสดุไฮโดรคอลลอยด์ชนิดผันกลับไม่ได้ พิมพ์ฟันคู่สบ และเลือกสีฟัน เพื่อนำไปเรียงฟันและสร้างชิ้นงานอะคริลิกเรซินชนิดบ่มตัวด้วยความร้อน (heat-cured acrylic resin) ทำการกรอแต่งฟันเทียมเพื่อใส่ฟันให้แก่ผู้ป่วย (รูปที่ 4) โดยวิธีการใส่ (path of insertion) ของฟันเทียมชนิดนี้เป็นการใส่จากบนลงล่างตามระนาบนำ (guiding plane) ทำการตรวจสอบจุดกดเจ็บด้วยวัสดุ

ป้ายชี้การกด (pressure indicating paste) ทำการกรอแต่งฐานฟันเทียมไม่ให้วัสดุมีการกดที่มากเกินไปและขอบที่ยาวเกินซึ่งอาจรบกวนต่อการทำงานตามหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก และทำการกรอแต่งบริเวณผิวขัดมันเพื่อให้วัสดุมีความหนาที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้อะคริลิกเรซินมีความหนาเกินไปจนอาจทำให้คนใช้รู้สึกไม่สบายและไม่ทำให้รูปหน้าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมองด้านหน้าและด้านข้าง (รูปที่ 5 และรูปที่ 6) แต่ยังคงต้องคงความแข็งแรงของอะคริลิกเรซินไว้อยู่ประมาณ 1.5 ถึง 2.0 มิลลิเมตร



รูปที่ 4 ฟันเทียมที่มีส่วนฐานฟันเทียมและซี่ฟันเทียมสองซี่หน้า วางอยู่บนสันเหงือกและมีปีกฟันเทียมด้านริมฝีปาก
 Figure 4. The denture base is on labial gingiva and replaces two upper central incisor teeth incorporated labial flange.



รูปที่ 5 ภาพในขณะที่ยิ้มเมื่อใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ที่มีปีกฟันเทียมด้านริมฝีปาก
Figure 5. Smile appearance after patient worn labial flange removable denture.



รูปที่ 6 ภาพแสดงด้านข้างของผู้ป่วยภายหลังใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ที่มีปีกฟันเทียมด้านริมฝีปาก
Figure 6. Lateral profile after patient worn labial flange removable denture.

บทวิจารณ์

การยึดอยู่ของฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ที่ผู้เขียนนำเสนอนี้ได้มาจาก การสร้างระนาบนำที่ขนานในวิถีถอดใส่ในบริเวณฟันหลักสองซี่ที่อยู่ติดกับสันเหงือกกว้าง และส่วนคอด (undercut) ของฟันหลักและฟันซี่อื่นๆ ด้านหน้าที่เรซินอะคริลิกคลุมบริเวณส่วนคอดฟัน การยึดเกาะของอะคริลิกเรซินด้านหน้าที่คลุมฟันสูงมากเกินไปในฟันหลักที่มีส่วนคอดสูงจากเหงือกอาจส่งผลต่อความสวยงาม หากพบว่าฟันหน้ามีส่วนคอดสูงผู้ป่วยมีรอยยิ้มที่เห็นเหงือกมาก ริมฝีปากบนปิดคลุมฟันหน้าบนบริเวณคอดฟันน้อย ฟันเทียมชนิดนี้อาจไม่เหมาะสมในความคิดเห็นของผู้เขียนแนะนำการรักษาด้วยฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้นี้กรณีทดแทนฟันที่หายจำนวนน้อยซี่ เนื่องจาก ต้องมีการขยายขอบเขตฐานฟันเทียมเพื่อเพิ่มการยึดติดหรือการทำให้อะคริลิกเรซินคลุมฟันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการขยับของฟันเทียมได้เมื่อผู้ป่วยมีการขยับของขากรรไกร เกิดความรำคาญและไม่สวยงาม ข้อดีของการทำฟันเทียมในรูปแบบนี้คือ ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมในการเคี้ยวอาหารได้ เนื่องจากการใส่ฟันเทียมไม่ได้ทำให้มิติตั้งของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม สามารถช่วยแก้ไขการยุบตัวของเค้ารูปใบหน้า (facial contour) บริเวณริมฝีปากบน ในกรณีผู้ป่วยมีการสูญเสียกระดูกโดยการเพิ่มความหนาของอะคริลิกเรซินให้เหมาะสมโดยไม่รบกวนต่อการเคลื่อนขยับของริมฝีปาก สามารถแก้ไขความสวยงามในผู้ป่วยที่มีการร่นของเหงือก ตัวฟันยาว หรือมีช่องสามเหลี่ยมสีดำซึ่งมักจะเป็นผลตามภายหลังการรักษาทางปริทันต์ ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยมีส่วนของกระดูกบริเวณด้านหน้าที่มาก การทำฟันเทียมในลักษณะนี้อาจทำให้ริมฝีปากอูมมากเกินไป ซึ่งทันตแพทย์อาจต้องทำการปรับแต่งความหนาของอะคริลิกเรซินให้เหมาะสมหรือเลือกใช้วัสดุกลุ่มไนลอนหรือซิลิโคนซึ่งมีความแนบและทำให้บางได้โดยยังคงความแข็งแรงที่เหมาะสมกับการใช้งาน สาเหตุที่เลือกใช้วัสดุประเภทอะคริลิกเรซินในการทำฟันเทียมผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ฟันเทียมอย่างเร่งด่วน และอนาคตผู้ป่วยเลือกการรักษาด้วยรากฟันเทียม (dental

implant) ซึ่งจำเป็นต้องมีการกรอปรับแต่งส่วนของฐานฟันเทียมในบริเวณที่ใส่ฟันรวมถึงบริเวณรอบเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดที่มากเกินไปซึ่งอาจส่งผลต่อการเชื่อมติดของกระดูกและสิ่งปลูกฝัง การกรอแต่งวัสดุอะคริลิกเรซินทำได้ง่าย และมีการยึดติดกับซี่ฟันเทียมซึ่งเป็นวัสดุกลุ่มเดียวกันได้ดี แม้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีการถอนหลายแห่งแต่เมื่อทำการกรอแต่งอะคริลิกเรซินให้มีความอูมหนูนที่ไม่ทำให้เกิดการยื่นมากเกินทางด้านหน้าและด้านข้าง (รูปที่ 5 และรูปที่ 6) และยังมีความหนาของอะคริลิกเรซินที่คงความแข็งแรง ผู้ป่วยรายนี้ก็รู้สึกพึงพอใจฟันเทียมชนิดนี้เพราะไม่ทำให้เกิดการรบกวนต่อการทำงานของริมฝีปากและไม่รู้สึกอูมหนูนเกินปกติ ภายหลังการใส่ฟันและภายหลังติดตามการรักษา 1 เดือน ฟันเทียมถอดได้ชนิดนี้มีข้อดี [12] คือ ราคาถูก การทำความสะอาดฟันปลอมง่ายและใช้เวลาสร้างชิ้นงานสั้น มีข้อด้อย คือ เสถียรภาพ (stability) การยึดอยู่ การติดสี ความรู้สึกเสมือนจริง (psychological aspect) มีการขยับได้มากกว่า และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ฟัน เช่น การกลืนลงคอได้ หากฟันเทียมชนิดถอดได้มีขนาดเล็กเกินไป

บทสรุป

การทำฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ที่มีส่วนฐานฟันเทียมวางอยู่บนสันเหงือกกว้างและมีปีกฟันเทียมด้านริมฝีปากเป็นทางเลือกหนึ่งในการทดแทนฟันหน้าที่หายไปเพียงหนึ่งถึงสองซี่ ร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะสบลึกที่ต้องการความสวยงามและต้องการความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ใกล้เคียงปกติ เนื่องจากไม่มีการเปลี่ยนแปลงมิติแนวตั้งขณะสบฟันโดยฟันเทียมชนิดนี้สามารถทำในผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาด้านโครงสร้างหรือไม่สามารถรับการรักษาที่ซับซ้อนได้ หรือเป็นฟันเทียมชั่วคราวก่อนการตัดสินใจเป็นฟันเทียมติดแน่นหรือรากฟันเทียม โดยทันตแพทย์ควรแนะนำการดูแลรักษาความสะอาดของฟันเทียมเช่นเดียวกับฟันเทียมอะคริลิกเรซินทั่วไปและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงฟันเทียมให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Naini FB, Grill DS, Sharma A, Tredwin C. The aetiology, diagnosis and management of deep overbite. *Dent Update* 2006; 33(6): 326-8, 330-2, 334-6.
2. Grabber TM. *Orthodontics Current Principles and Techniques*. 3rded. St Louis: Mosby; 2000. p.131-145.
3. Beddis HP, Durey K, Alhilou A, Chan MF. The restorative management of the deep overbite. *Br Dent J* 2014; 217(9): 509-515.
4. Upadhyay M, Nanda R. Management of Deep Overbite Malocclusion; In: Nanda R, editor. *Esthetics and Biomechanics in Orthodontics*. 2nded. Elsevier; 2005. p.133-145.
5. Gupta ND, Maheshwari S, Prabhat KC, Goyal L. A critical review of the management of deep overbite complicated by periodontal diseases. *Eur J Gen Dent* 2012; 1(1): 2-5.
6. Nasry HA, Barclay SC. Periodontal lesions associated with deep traumatic overbite. *Br Dent J* 2006; 200(10): 557-561.
7. Sreedhar C, Baratam S. Deep overbite- A review. *Annals and Essence of Dentistry* 2009; 1(1): 8-25.
8. Dawson PE. Solving Deep Overbite Problems; In: Dawson PE, editors. *Functional Occlusion From TMJ to Smile Design*. 31st ed. Philadelphia: Mosby; 2006. p.454-464.
9. Jawale MR, Masamatti VS, Chaurasia R. Gingival epithesis: An esthetic solution in periodontally compromised patients. *Int J of App Dental Sci* 2014; 1(1): 02-04.
10. Moldi A, Gala V, Patil VA. Flexible Gingival Veneer: A Quick Cosmetic Solution to Root Coverage –A Case Report. *The Internet J of Dent Sci* 2014; 13(1): 101-107.
11. Antony VV, Khan R. "GINGIVAL MASK"-Restoring the lost smile. *J of Dent and Med Sci* 2013; 5(3): 20-24.
12. Barzilay I, Irene T. Gingival prostheses -a review. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(2): 74-78.
13. Blair FM, Thompson JM, Smith DG. The flange prosthesis. *Dent Update* 1996; 23(5): 196-199.
14. Jawale MR, Masamatti VS, Chaurasia R. Gingival epithesis: An esthetic solution in periodontally compromised patients. *Int J of App Dental Sci* 2014; 1(1): 02-04.
15. Ellis SG, Sharma P, Harris IR. Case report: aesthetic management of localised periodontal defect with a gingival veneer prosthesis. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2000; 8(1): 23-26.
16. Lai YL, Lui HF, Lee SY. In vitro color stability, stain resistance, and water sorption of four removable gingival flange materials. *J Prosthet Dent* 2003; 90(3): 293-300.
17. Akerly WB. Prosthodontic treatment of traumatic overlap of the anterior teeth. *J Prosthet Dent* 1977; 38(1): 26-34.
18. Agrawal TR, Dange A, Khalikar S. The flexible Party Gums: An Esthetic Alternative for Lost Gingiva. *Int J Prosthodont Restor Dent* 2014; 4(1): 20-22.

ติดต่อบทความ:

อ.ทพญ.อุมาพร วิมลกิตติพงษ์
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347
ต.หลักหก อ. เมือง จ.ปทุมธานี 12000
โทร 02-997-2200 มือถือ 086-5435593
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ mos_aum@hotmail.com

Corresponding author:

Dr.Umaporn Vimonkittipong
Faculty of Dentistry, Rangsit University
52/347 Luekhok, Pathumthani 12000
Phone : 02-997-2000 Mobile 0865435593
E-mail : mos_aum@hotmail.com