

## การทำเพดานเทียมในผู้ป่วยที่มีช่องโหว่ที่เพดานปาก : รายงานผู้ป่วย

วันสนันท์ วิชชุไตรภพ ท.บ., ว.ท. ทันตกรรมประดิษฐ์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิชล

(วันรับบทความ : 29 ตุลาคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 10 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 24 พฤษภาคม 2565)

### บทคัดย่อ

การผ่าตัดทางศัลยกรรมในคนไข้มะเร็งเพดานปากจะทำให้เกิดช่องโหว่ที่เพดานปาก ซึ่งทำให้คนไข้มีความบกพร่องในการพูด การกลืน การเคี้ยว การหายใจและทำให้คุณภาพชีวิตคนไข้ลดลง โดยเฉพาะคนไข้ที่มีช่องโหว่ขนาดใหญ่ ดังนั้นการใส่เพดานเทียมเพื่อปิดช่องโหว่ที่เพดานปาก มีข้อดีคือ ทำให้ไม่เกิดปัญหาของเหลวหรือสารคัดหลั่งค้างอยู่ในจมูก ใช้กับช่องโหว่ได้หลายลักษณะ ค่าใช้จ่ายไม่สูง ไม่ต้องผ่าตัดหลายครั้ง บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 45 ปี มาพบทันตแพทย์เนื่องจากเพดานเทียมเดิมหลวมและตะขอกหัก จากการตรวจพบว่ามีช่องโหว่ที่เพดานปากจากการผ่าตัดมะเร็งชนิดอะดีโนยด์ซิสติก แผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้คือ การทำเพดานเทียมซึ่งเป็นมาตรฐานโลหะให้ผู้ป่วย ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสามารถใช้งานเพดานเทียมได้ดี และมีความมั่นใจมากขึ้น

**คำสำคัญ:** เพดานเทียม ช่องโหว่กลางเพดาน

---

## Palatal Obturator Prosthesis for Oro-Antral Communication Patient: A Case Report

Wanassanun Witchutraiphob, D.D.S., Dip. (Prosthodontics)

Department of Dentistry, Sichon Hospital

---

### Abstract

Surgical treatment for palatal cancer result in oro-antral communication, which impairs in speech, swallowing, chewing, breathing and reducing their quality of life especially in cases with large communication. Placement of an obturator is one of the methods available to reconstruct the maxilla after trauma or surgical resection of a tumor. Management of OAC with obturator shows several advantages as it prevents any food or saliva accumulation, cost effective and patient minimizes surgical reconstruction. This paper reported a 45-year-old woman presented with ill-fitting palatal obturator with a broken clasp. Intra-oral examination showed OAC following adenoid cystic carcinoma surgery. Palatal obturator was management of choice in this patient. The result was satisfying, the patient could function very well and gain more confident.

**Key words:** Obturator, Oro-antral communication

**บทนำ**

เนื้องอกที่พบในช่องปากมีต้นกำเนิดจากเนื้อเยื่อหลายชนิด เช่น เยื่อเมือกช่องปาก เนื้อเยื่อต่อมน้ำลาย และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบของฟัน มีทั้งที่เป็นเนื้องอกร้าย (malignant tumor) และเนื้องอกไม่ร้าย (benign tumor) โดยพิจารณาจากพฤติกรรมของก้อนเนื้องอกและลักษณะทางพยาธิวิทยาของเซลล์ กรณีเป็นเนื้องอกร้ายการรักษาหลักๆมีอยู่ 3 วิธี คือ ผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการรักษา โดยอาจจะรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งหรือรักษาร่วมกันขึ้นกับระยะและพฤติกรรมของโรค ซึ่งการรักษามักส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การเกิดช่องโหว่ที่เพดานปาก (oro-antral communication) เป็นลักษณะที่มีการเชื่อมระหว่างภายในช่องปากและโพรงจมูก แบ่งลักษณะการเกิดได้เป็นลักษณะความผิดปกติแต่กำเนิด กับ

รอยโรคที่เกิดภายหลังโดยเกิดได้จากภาวะแทรกซ้อนจากการถอนฟัน, การติดเชื้อ, ผลจากรังสีรักษา, อุบัติเหตุ, การเอาถุงน้ำหรือมะเร็งออกในขากรรไกรบน เป็นต้น<sup>(1,2)</sup> การเกิดช่องโหว่ที่เพดานทำให้มีปัญหาในการออกเสียงลักษณะเสียงจะเป็นเสียงขึ้นจมูก เกิดการรั่วของน้ำและอาหารเข้าไปในโพรงจมูก และมีปัญหาด้านการบดเคี้ยว<sup>(3)</sup> การรักษาเพื่อปิดช่องโหว่สามารถทำได้โดยวิธีศัลยกรรม และการใส่เพดานเทียม

การแบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไร้ฟันบางส่วน The American College of Prosthodontists (ACP)<sup>(4)</sup> ได้แบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไร้ฟันบางส่วนจากการตรวจและวินิจฉัยโรค ซึ่งจะช่วยในการรักษาให้เหมาะสมในคนไข้แต่ละคน ได้แบ่งเป็น 4 ประเภท ตาม (รูปที่ 1) ซึ่งในคนไข้ที่มีช่องโหว่กลางเพดานจัดอยู่ในประเภทที่ 4

	Class I	Class II	Class III	Class IV
<b>Location &amp; Extent of Edentulous Areas</b>				
Ideal or minimally compromised—single arch				
Moderately compromised—both arches				
Substantially compromised—>3 teeth				
Severely compromised—guarded prognosis				
Congenital or acquired maxillofacial defect				
<b>Abutment Condition</b>				
Ideal or minimally compromised				
Moderately compromised—1-2 sextants				
Substantially compromised—3 sextants				
Severely compromised—4 or more sextants				
<b>Occlusion</b>				
Ideal or minimally compromised				
Moderately compromised—local adjunctive tx				
Substantially compromised—occlusal scheme				
Severely compromised—change in OVD				
<b>Residual Ridge</b>				
Class I Edentulous				
Class II Edentulous				
Class III Edentulous				
Class IV Edentulous				
<b>Conditions Creating a Guarded Prognosis</b>				
Severe oral manifestations of systemic disease				
Maxillo-mandibular dyskinesia and/or ataxia				
Refractory patient				

NOTE: Individual diagnostic criteria are evaluated and the appropriate box is checked. The most advanced finding determines the final classification.

*Guidelines for use of the worksheet*

1. Any single criterion of a more complex class places the patient into the more complex class.
2. Consideration of future treatment procedures must not influence the diagnostic level.
3. Initial preprosthetic treatment and/or adjunctive therapy can change the initial classification level.
4. If there is an esthetic concern/challenge, the classification is increased in complexity by one level in Class I and II patients.
5. In the presence of TMD symptoms, the classification is increased in complexity by one or more levels in Class I and II patients.

**รูปที่ 1** ตารางการแบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไร้ฟันบางส่วนตาม ACP

ในปี 1978 Aramany ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ตัดขากรรไกรบน 123 คน และจำแนกการสูญเสียของขากรรไกรได้เป็น 6 กลุ่ม<sup>5</sup> ซึ่งแต่ละ

กลุ่มมีแนวทางการออกแบบเพดานเทียมที่แตกต่างกันออกไป<sup>(6,7,8)</sup> โดยเพดานเทียมเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่ออกแบบพิเศษเฉพาะบุคคลเพื่อใช้ปิดช่องโหว่ที่

เพดานปาก การใช้เพดานเทียมมีข้อดีคือ สามารถใช้กับช่องโหว่ได้หลายลักษณะ ค่าใช้จ่ายไม่สูง ไม่ต้องผ่าตัดหลายครั้ง ไม่มีผลจากการใช้เนื้อเยื่อง่ายในการติดตามการกลับเป็นซ้ำ ไม่เกิดปัญหาของเหลวและสารคัดหลั่งค้างอยู่ในช่องจมูก สามารถบูรณะความอูมนูนของใบหน้าได้ดี เพดานเทียมจำแนกตามช่วงเวลาได้ 3 กลุ่ม คือ เพดานเทียมคัลยกรรม (surgical obturator) เพดานเทียมเฉพาะกาล (provisional / interim obturator) และเพดานเทียมขั้นสุดท้าย (definitive obturator)<sup>(6,9)</sup> เพดานเทียมขั้นสุดท้ายเป็นเพดานเทียมที่บูรณะใบหน้า การพูดการเคี้ยวและการกลืนได้สมบูรณ์ที่สุด ทำบนชิ้นหล่อที่ได้จากรอยพิมพ์ที่เก็บรายละเอียดช่องปากครบถ้วนที่สุด มักจะทำหลังจากผ่าตัด 6 เดือน โดยระยะเวลาขึ้นกับขนาดของรอยโรค การหายของแผล การพยากรณ์โรคของก้อนเนื้อหลังจากผ่าตัดระยะเวลาหลังการให้รังสีรักษาหรือเคมีบำบัดประสิทธิภาพของเพดานเทียมเดิม และการมีหรือไม่มีฟัน ถ้าคนไข้มีการฝังรากเทียมต้องรอให้รากเทียมติดดีและไม่มีลักษณะการอักเสบของรากเทียมก่อน<sup>(10)</sup>

ปัญหาหลักที่ส่งผลต่อเสถียรภาพของเพดานเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐาน คือการยุบตัวของที่ต่างกันของสิ่งรองรับ Steffel ได้แนะนำ 3 วิธีในการแก้ปัญหาได้แก่ การใช้ตัวผ่อนความเค้น (stress breakers) การพิมพ์ปากด้วยวิธีพิมพ์สันเหงือกในสภาพที่รับแรง (Physiologic or functional basing) เพื่อให้ได้รอยพิมพ์ของเนื้อเยื่อในขณะที่ใช้งาน และการขยายขอบเขตฟันเทียมให้ได้มากที่สุดเพื่อช่วยกระจายความเค้น (broad stress distribution)<sup>(11)</sup> โดยการพิมพ์สันเหงือกในสภาพที่รับแรง ใช้เทคนิคการ

พิมพ์โดยการเปลี่ยนแปลงชิ้นหล่อ (altered cast technique) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เนื่องจากวิธีนี้จะทำให้ได้ฐานฟันเทียมที่มีความแนบสนิท และได้รับการรองรับสูงสุดจากสันเหงือก ซึ่งจะช่วยลดการขยับของฐานฟันเทียมด้านท้าย และลดแรงที่กระทำต่อฟันหลักยึดได้ การพิมพ์ปากด้วยเทคนิคการเปลี่ยนแปลงชิ้นหล่อนี้มักถูกใช้ในฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐานชั้นล่างฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐานชั้นบนที่มีฟันหายไปหลายซี่ หรือเพดานเทียมที่มีช่องโหว่ขนาดใหญ่และฟันหายไปหลายซี่ เนื่องจากมีพื้นที่รองรับแรงจำกัด จึงต้องอาศัยการขยายขอบเขตและพิมพ์ปากครั้งที่สองบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนด้านท้ายอีกทีเพื่อให้ได้รอยพิมพ์สันเหงือกกว้างในสภาพที่รับแรงได้ ซึ่งมีข้อดีคือทำให้ฐานฟันเทียมขยับน้อยกว่าการพิมพ์ปากแบบขั้นตอนเดียวตามปกติ<sup>(12,13)</sup>

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 45 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญคือ เพดานเทียมเดิมหลวมและตะขอกหัก(รูปที่2) เวลาใช้งานมีเศษอาหารติดบริเวณขอบเพดานเทียม โดยผู้ป่วยให้ประวัติว่าเป็นมะเร็งชนิดอะดีโนยด์ซีสติก(adenoid cystic carcinoma) และได้รับการผ่าตัดขากรรไกรบน(maxillectomy) เมื่อปี 2557 ที่โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช โดยไม่ต้องฉายรังสีรักษาหรือเคมีบำบัด ปัจจุบันมีนัดติดตามอาการกับแพทย์เจ้าของไข้ทุก 1 ปี และไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

จากการตรวจภายในช่องปากพบรูทะลุบริเวณเพดานด้านบนขวา ขนาด 12x16 ตารางมิลลิเมตรสามารถเก็บรักษาเพดานปากส่วนหน้าได้ และไม่มี การสูญเสียเพดานข้ามแนวกลาง มีสันเหงือกกว้าง

บริเวณฟันซี่ 17-15 (รูปที่2) โดยเมื่อแบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไว้ฟันบางส่วนตาม ACP เป็น

คลาส 4 (classIV) ซึ่งถือว่าเป็นประเภทที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนที่สุด



รูปที่ 2 ภาพเพดานที่เยิ้มเต็มและลักษณะภายในช่องปากด้านบดเคี้ยวในขากรรไกรบนและล่าง

ทำการส่งถ่ายภาพรังสีพาโนรามาและภาพรังสีปลายรอบรากฟันในฟันหลัก โดยพบว่าอัตราส่วนตัวฟันต่อรากฟัน (crown root ratio) ในฟันหลักยึดซี่ 14, 24, 27 เท่ากับ 1:1.5 สันกระดูกเข้าฟัน (crestal bone) โดยทั่วไปอยู่ใน

ระดับ 2-3 มิลลิเมตร จากรอยต่อระหว่างเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ความกว้างของช่องเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament space) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพรังสีพาโนรามา และภาพรังสีปลายรอบรากฟันในฟันหลัก

การรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ทำการพิมพ์ปากขั้นต้นด้วยอัลจินेट โดยในช่องโหว่เพดานปาก ใช้ผ้าก๊อสมุกกับไหมขัดฟันใส่บริเวณช่องโหว่ เพื่อกันไม่ให้อัลจินेटหลุดเข้าไปในช่องโหว่ จากนั้นนำชิ้นหล่อที่ได้มาสำรวจความพอดี กำหนดวิธีการถอดใส่ ออกแบบเพดานเทียม และส่งทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล

2. กรอเตรียมฟันหลักตามที่ได้วางแผนไว้ ทำการปั้นขอบ (border molding) ด้วยคอมปาวด์ (green stick compound) จากนั้นพิมพ์สันเหงือกกว้างขั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยโพลีไวนิลซิลอกเซน (polyvinyl siloxane) (รูปที่ 4) นำชิ้นหล่อปฏิบัติงานที่ได้ไปทำเป็นโครงโลหะ



รูปที่ 4 ถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลหลังจากทำการปั้นขอบ และรอยพิมพ์ชั้นสุดท้าย

3. ลองโครงโลหะในปากผู้ป่วยโดยใช้ขี้ผึ้งป้ายตรวจสอบ (disclosing wax, Kerr®) จากนั้นสร้างแท่นกักบนโครงโลหะบนร่วมกับใช้ aluwax บันทึกการสบฟันในศูนย์ (centric occlusion)

4. ส่งชิ้นงานไปที่แลปเพื่อเรียงฟัน แต่งขี้ผึ้ง นำชิ้นงานกลับมาตรวจเช็คความเรียบร้อย และส่งชิ้นงานกลับไปแลปเพื่ออัดด้วยอะคริลิกชนิดบ่มตัวด้วยความร้อน (heat activated acrylic resin)

5. ใส่ชิ้นงานเพดานเทียมในปากผู้ป่วย (รูปที่5) ตรวจสอบความแนบสนิทของโครงโลหะปรับแต่งขอบและฐานฟันเทียม ประเมินการผนึกขอบ (border seal) และการยึดอยู่ (retention) ลองให้คนไข้รับประทานน้ำว่ามีกรร่วของน้ำเข้าไปในโพรงจมูกหรือไม่กรอปรับการสบฟันทั้งตำแหน่งการสบฟันใน ศูนย์และการสบฟันนอกศูนย์ให้เป็นไปตามแผนการรักษาที่วางไว้แนะนำวิธีการถอดและใส่การดูแลรักษา และการรักษาสุขภาพช่องปาก



รูปที่ 5 ภาพขณะใส่เพดานเทียมด้านบดเคี้ยว เพดานเทียมด้านเนื้อเยื่อ ขณะใส่เพดานเทียมในตำแหน่งสบสนิทที่สุด ด้านข้างขวา ด้านหน้า และด้านข้างซ้าย

6. นัดผู้ป่วยกลับมาเช็คในระยะเวลา 24 ชั่วโมง 3 วัน 7 วัน จนผู้ป่วยใช้งานได้ดีไม่มีปัญหา

และให้ผู้ป่วยกลับมาพบทันตแพทย์เป็นประจำทุก 6 เดือน

## วิจารณ์

การออกแบบเพดานเทียมใช้หลักพื้นฐานเดียวกับการออกแบบฟันเทียมถอดได้ ที่ต่างกันคือต้องพิจารณาเพิ่มในส่วนของช่องโหว่ คือ ขนาดและตำแหน่งของช่องโหว่ ความสัมพันธ์ของช่องโหว่กับฟันและโครงสร้างที่เหลืออยู่ และการใช้ประโยชน์จากความคอดเว้าในบริเวณช่องโหว่เพื่อเสริมการติดอยู่ โดยการออกแบบส่วนเชื่อมต่อใหญ่ (major connector) ต้องมีความแข็งแรงเพื่อให้เกิดการกระจายแรงทั้ง 2 ฝั่ง, ส่วนพักด้านบดเคี้ยว (occlusal rest) ช่วยถ่ายเทและกระจายแรงไปยังฟันหลักและช่วยพยุงไม่ให้เพดานเทียมเคลื่อนไปกดเนื้อเยื่อ, ระนาบนำ (guide plane) ช่วยให้เกิดความเสถียร การโอบล้อม และช่วยในการยึดอยู่, มีการขยายขอบเขตให้มากที่สุดเพื่อกระจายแรงบดเคี้ยว และตะขอ (clasp) ช่วยในการต้านการหลุดในแนวที่ตั้งกับระนาบสบฟัน โดยจะออกแบบตะขอให้น้อยที่สุด แต่เพียงพอสำหรับยึดเพดานเทียมให้อยู่ในปากได้ เพื่อลดการติดของเศษอาหารบริเวณตะขอ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดฟันผุและเกิดการสูญเสียฟันตามมา

สิ่งสำคัญที่สุดที่เกี่ยวกับความเสถียรของเพดานเทียมคือลักษณะการสบฟัน การกระจายแรงบดเคี้ยวทำให้ลดการเคลื่อนที่ของเพดานเทียม การสบฟันในบริเวณช่องโหว่ให้เป็นการสบฟันเบาๆ ลดแรงในแนวด้านข้างโดยเมื่อคนไข้มือเคลื่อนขากรรไกรไปทางด้านข้างให้มีการแตะกันเฉพาะส่วนของฟันแท้ กำจัดการเกิดการสบก่อน (premature occlusal contact) ลดความชันของซี่ฟันเทียมโดยมีการปรับแต่งความชันของซี่ฟันเทียมในฟันหลัง และกระจายให้เกิดความเสถียรของส่วนประกอบต่าง ๆ<sup>(5,14)</sup>

การเปลี่ยนแปลงลักษณะของเนื้อเยื่อในกรณีที่เป็นการบูรณะใบหน้าและขากรรไกร จะมี การเปลี่ยนแปลงที่มากกว่าฟันเทียมทั่วไป ดังนั้นจึงต้องมีการนัดคนไข้มาเช็คเพื่อเสริมฐานเพดานเทียมสำหรับการชดเชยการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้น และตรวจลักษณะการสบฟันว่ายังเหมาะสมหรือไม่<sup>(7,15)</sup>

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการสำคัญคือเพดานเทียมหลวมและตะขอหัก เมื่อพิจารณาจากเพดานเทียมเดิมพบว่าเป็นแบบฐานพลาสติก จึงแนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนใหม่เป็นแบบฐานโลหะ ซึ่งมีความแข็งแรงมากกว่า ใส่สบายกว่า อายุการใช้งานนานกว่า การทำเพดานเทียมในขากรรไกรบนเป็นลักษณะฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐาน ซึ่งในกรณีนี้ไม่ได้ทำการพิมพ์โดยการเปลี่ยนแปลงขึ้นหล่อ แต่ใช้วิธีขยายขอบเขตของเพดานเทียมให้ได้มากที่สุดเนื่องจากฟันหายไปเพียง 3 ซี่ สันกระดูกอมูนูน เนื้อเยื่อบนสันเหงือกดีไม่มีการเคลื่อนไหว ช่องโหว่กลางเพดานไม่ได้มีขนาดใหญ่สามารถเก็บเพดานปากส่วนหน้าและส่วนกลางเพดานไว้ได้ การรองรับที่มีถือว่าดีแต่ถ้าเป็นกรณีที่มีฟันหายไปหลายซี่ มีการตัดขากรรไกรบนขนาดใหญ่ และช่องโหว่มีความกว้างมากจะใช้การพิมพ์โดยการเปลี่ยนแปลงขึ้นหล่อ ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำภาคพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลและทำการปั้นขอปร่วมกับการพิมพ์ขั้นสุดท้าย เพื่อหาขอบเขตของฟันเทียมและลักษณะของช่องโหว่กลางเพดาน หลังจากใส่เพดานเทียมต้องเช็คการรั่วของน้ำและอาหารว่ามีการรั่วเข้าไปในช่องโหว่หรือไม่ โดยให้ลองบ้วนน้ำและกลืนเช็คการออกเสียงว่าสามารถออกเสียงได้ชัดหรือไม่

การศึกษาของ Chen C และคณะ<sup>(16)</sup> พบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจะ

มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เพดานเทียมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และลักษณะของรอยโรคที่มีขนาดใหญ่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าในรอยโรคที่มีขนาดเล็ก ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับรังสีรักษาและรอยโรคมีขนาดใหญ่การใส่เพดานเทียมไม่ได้มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตมากนักสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว

การศึกษาของ Komblith AB และคณะ<sup>(17)</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขากระดูกบริเวณมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการใส่เพดานเทียม ในแง่ของการออกเสียง การเคี้ยวและการกลืน ในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีความรู้สึกรู้สึกดีขึ้น ไม่มีการรั่วของน้ำหรืออาหารเข้าไปในโพรงอากาศ มีการออกเสียงพูดที่ชัดเจน มีความสบายในการใส่มากขึ้น และมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น

การศึกษาของ Riaz N<sup>(18)</sup> และ Depprich<sup>(19)</sup> ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังใส่เพดานเทียมได้ผลคล้ายกันคือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เพดานเทียมได้แก่ การบกพร่องใน

การเคี้ยว การพูด และความสวยงามของใบหน้า การรักษาที่ยาวนาน และความเจ็บที่ยังเหลืออยู่หลังจากรักษา ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยควรมีการอธิบายการรักษาแต่ละขั้นตอนให้ผู้ป่วยทราบก่อนรักษา มีการดูแลสภาวะทางจิตใจ มีการฝึกการพูดและการกลืนหลังจากใส่เพดานเทียมจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเมื่อสอบถามผู้ป่วยรายนี้เรื่องคุณภาพชีวิต ในเพดานเทียมเดิมจะมีปัญหาเรื่องการออกเสียงและการเคี้ยวเนื่องจากเพดานเทียมเดิมหลวมและมีความหนา แต่หลังจากใส่เพดานเทียมใหม่พบว่าออกเสียงได้ชัดเจน และการบดเคี้ยวดีขึ้น

### สรุป

การทำเพดานเทียมให้ผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีการบดเคี้ยวที่มีประสิทธิภาพ สามารถพูดออกเสียงได้ชัด ไม่มีน้ำหรืออาหารรั่วเข้าไปในช่องโหว่ มีความมั่นใจในการเข้าสังคม สามารถใส่แล้วรู้สึกสบาย และได้มีการนัดกลับมาติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือนหรือเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับเพดานเทียม

### เอกสารอ้างอิง

1. Phull S, Phull G, Chugh D, Sheokand P. Treatment of recurrent oro-antral fistula in left maxillary posterior region: A secondary repair procedure with buccal fat pad advancement technique. Asian Pac J Health Sci 2014; 1: 47-9.
2. Guven O. A clinical study on oroantral fistulae. J Craniomaxillofac Surg 1998; 26: 267-71.
3. Clalian VA, Drane JB, Standish SM. Maxillofacial prosthetics Multidisciplinary practice. 1<sup>st</sup>ed. Maryland: The Williams and Wilkins Co; 1972.



4. McGarry TJ, et al. Classification system for partial edentulism. *J Prosthodont* 2002; 11: 181-93.
5. Aramany MA. Basic Principles of obturator design for partially edentulous patients. PartI: Classification. *JProsthet Dent* 1978; 40: 554-7.
6. Curtis TA, Beumer III J. Maxillofacial rehabilitation: Prosthodontic and surgical considerations. 1<sup>st</sup>ed. Missouri: St. Louis :IshiyakuEuroAmericaInc.; 1979.
7. Aramany MA. Basic Principles of obturator design for partially edentulous patients. PartII: design principles. *JProsthet Dent* 1978; 40: 656-62.
8. GR, Tharp GE, Rahn AO. Prosthodontic principles in the framework design of maxillary obturator prostheses. *J Prosthet Dent* 1989; 62: 205-12.
9. Weins JP. Acquired maxillofacial defects from motor vehicle accidents: Statistics and prosthodontics considerations. *J Prosthet Dent* 1990; 63: 172-81.
10. Beumer III J, Marunick MT, Esposito SJ. Maxillofacial rehabilitation. 3<sup>th</sup>ed. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc; 2011.
11. Steffel VL. Fundamental principles involved in partial denture design. *J Am Dent Assoc* 1951; 42: 534-4.
12. Holmes JB. Influence of impression procedures and occlusal loading on partial denture movement. *J Prosthet Dent* 1965; 15: 474-81.
13. Leupold RJ, Flinton RJ and Pfeifer DL. Comparison of vertical movement occurring during loading of distal extension removable partial denture bases made by three impression techniques. *J Prosthet Dent* 1992; 68: 290-3.
14. Buckner H. Construction of a denture with hollow obturator, lid, and soft acrylic lining. *J Prosthet Dent* 1974; 31: 95-9.
15. Academy of denture prosthetics. principles, concepts, and practices in prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1989; 61: 88-109.

- 
16. Chen C, Ren WH, Huang RZ, Gao L, Hu ZP, Zhang LM et al. Quality of life in patients after maxillectomy and placement of prosthetic obturator. *Int JProsthodont* 2016; 29: 363-8.
  17. Kornblith AB, Zlotolow IM, Gooen J, Huryn JM, Lerner T, Strong EW et al. Quality of life of maxillectomy patients using an obturator prosthesis. *Head Neck* 1996; 18: 323-4.
  18. Riaz N, Warriach RA. Quality of life in patients with obturator prostheses. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22: 121-5.
  19. Deprich R, Naujoks C, Lind D, Ommerborn M, Meyer U, Kübler NR et al. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2011; 40: 71-9.