

การใช้เฝือกสบฟันเพื่อแก้ไขการอ้าปากได้จำกัด

อาริยา รัตนทองคำ

ทัศนีย์ เลหาศรีสกุล

เลิศฤทธิ์ ศรีนินภากร

มนต์สิทธิ์ ทัศนาววัฒน์

ภาควิชาชีววิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Conventional occlusal splint in a limited jaw opening patient

Ariya Rathanathongkom, Tassanee Laohasrisakul, Lertrit Sarinnaphakorn, Monsit Tatsanavivat.

Department of Oral biology, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University

A report is a mangement with hard occlusal acrylic splint in 27 years old patient, who was 10 years limited jaw opening and masticatory, temporomandibular joint pain. The hard occlusal acylic splint was applied continuously to the maxillary arch. The pain and range of motion of TMJ was gain ln 10 days after applied the splint, and was normal in 40 days after applied the splint.

บทคัดย่อ

รายงานการรักษาผู้ป่วยชายไทยโสดอายุ 27 ปี มีอาการอ้าปากได้จำกัด ร่วมกับมีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และข้อต่อขากรรไกรมานานกว่า 10 ปี ด้วยการใช้เฝือกสบฟันชนิดแข็ง โดยให้ผู้ป่วยพยายามใส่เฝือกสบฟันนี้ตลอด

วัน ผลการรักษาผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้มากขึ้น และลดอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ภายใน 10 วัน และสามารถอ้าปากได้ปกติ พร้อมกับไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ภายใน 40 วัน หลังการใส่เฝือกสบฟัน

บทนำ

การอ้าปากได้จำกัด มักเป็นปัญหาในการรับประทานอาหาร และการบดเคี้ยว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายและค่อนข้างทรมาณขณะบดเคี้ยวอาหาร ในบางรายอาจพบว่ามื่อการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวบริเวณแก้มและปวดที่บริเวณข้อต่อขากรรไกรร่วมด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามอ้าปากให้ได้มากขึ้น

การอ้าปากได้จำกัดนี้เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบการบดเคี้ยว⁽¹⁾ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว มีได้ตั้งแต่การปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ปวดข้อต่อขากรรไกรหรือมีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปาก ร่วมกับการอ้าปากได้จำกัด การรักษาความผิดปกติเหล่านี้ Ramfjord⁽²⁾ แนะนำให้ใช้เฟือกสบฟันชนิดแข็งใส่คลุมแนวฟันบน โดยมีการปรับแต่งเฟือกสบฟันเพื่อจัดตำแหน่งขากรรไกรล่างให้อยู่ในตำแหน่งเซนตริก รีเลชัน (centric relation)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยโสดอายุ 27 ปี ได้มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยอาการอ้าปากได้จำกัด

ประวัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวร่วมกับกล้ามเนื้อไหล่และหลังส่วนต้น มักเป็นๆ หายๆ มาตลอด 10 ปี และ 3 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยเริ่มมีการยึดติดของขากรรไกรข้างขวา แต่อาการค่อยๆ ทุเลาลงเอง จนอ้าปากได้ปกติ ต่อมาขากรรไกรข้างขวาเริ่มติดขัดอีก แต่อาการไม่ดีขึ้นเหมือนครั้งก่อน ผู้ป่วยจึงไปพบแพทย์และได้รับคำแนะนำให้พัก จนกระทั่ง

สามารถอ้าปากได้ แต่จะมีเสียงคลิกที่ข้อต่อขากรรไกรข้างขวาขณะอ้าปากกว้าง

10 วันก่อนที่จะมาพบทันตแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการติดค้างของขากรรไกรอีก โดยสามารถอ้าปากได้เพียง 10 มิลลิเมตร ผู้ป่วยพยายามนอนพักเป็นเวลา 3 - 4 วัน แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงไปพบแพทย์อีกครั้งและได้รับการฉีดยากล่อมประสาท (Valium) ร่วมกับการดัดขากรรไกรให้เข้าที่ และแนะนำให้ทำกายภาพบำบัด หลังการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้กว้างขึ้นจาก 10 มิลลิเมตร เป็น 23 มิลลิเมตร ซึ่งยังอ้าปากได้ไม่ปกติ จึงได้รับคำแนะนำให้มาหาทันตแพทย์

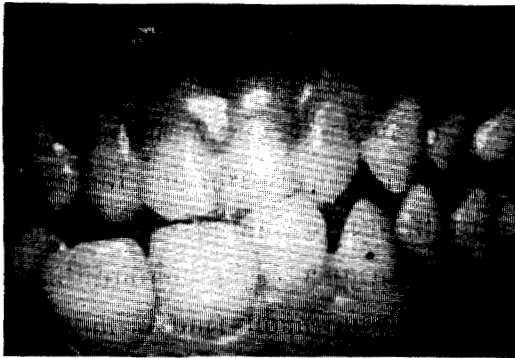
ประวัติทางการแพทย์

ไม่พบความผิดปกติของโรคทางระบบต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับข้ออักเสบ (arthritis)

การตรวจในช่องปาก

มีการหายไปของฟันตัดข้างล่างซ้ายและขวา (# 32, # 42) ฟันโดยทั่วไปมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ

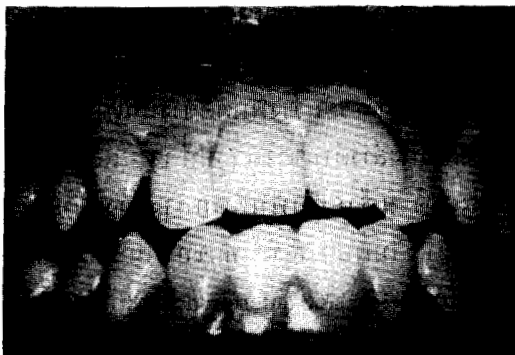
เมื่อให้ผู้ป่วยเอียงคางออกด้านข้าง มีการกระแทกของฟันทางด้านเคี้ยว (working side interference) ระหว่างฟันตัดข้างบนด้านขวากับฟันตัดกลางล่างด้านขวา (รูปที่ 1) และฟันตัดข้างบนด้านซ้ายกับฟันตัดกลางล่างด้านซ้าย (รูปที่ 2) ไม่พบการกระแทกของฟันทางด้านตรงตัว (balancing side interference) และขณะยื่นขากรรไกรล่างออกมาด้านหน้าพบการกระแทกของฟันเฉพาะฟันตัดข้างบนด้านซ้ายกับฟันเขี้ยวล่างด้านซ้าย (protrusive interference) (รูปที่ 3)



รูปที่ 1 ภาพแสดงการกระแทกของฟันทางด้าน
เกี่ยวข้องกับฟันตัดข้างบน ด้านขวา
ฟันตัดกลางล่างด้านขวา



รูปที่ 2 ภาพแสดงการกระแทกของฟันทางด้าน
เกี่ยวข้องกับฟันตัดข้าง ด้านซ้ายกับฟัน
ตัดกลางล่างด้านซ้าย

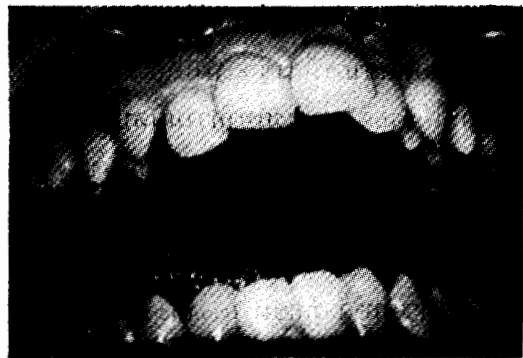


รูปที่ 3 ภาพแสดงการกระแทกของฟันขณะขึ้นขากรร
ไกรล่างออกมาทางด้านหน้าระหว่างฟันตัดข้าง
บนด้านซ้ายกับฟันเขี้ยวล่างด้านซ้าย

การตรวจภายนอกช่องปาก

1. ตรวจกล้ามเนื้อ : มีอาการกดเจ็บบริเวณ
มุมของขากรรไกรล่าง (insertion of medial
pterygoid muscle), บริเวณแก้ม (masseter
muscle) และบริเวณลำคอ (sternocleidomastoid)

2. ตรวจบริเวณข้อต่อขากรรไกร : ผู้ป่วย
อ้าปากได้ 24 มม. ร่วมกับมีอาการเจ็บบริเวณ
หน้าหู ขณะอ้าปากพบว่าคอนไดล์ไม่สามารถ
เคลื่อนลงมาตามก้นน้อยฟอสสา (glenoid fossa)
ได้ (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพแสดงการอ้าปากได้จำกัดของผู้ป่วย

การตรวจโดยภาพถ่ายรังสี

ไม่พบพยาธิสภาพในบริเวณกระดูกข้อต่อ
ขากรรไกร

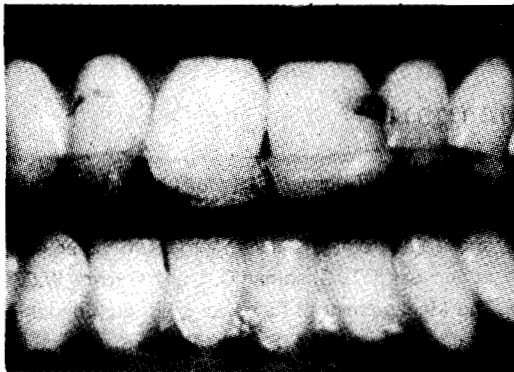
การวินิจฉัยเบื้องต้น

ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อบด
เคี้ยวและกระดูกข้อต่อขากรรไกร (TMJ and
muscle dysfunction syndrome)

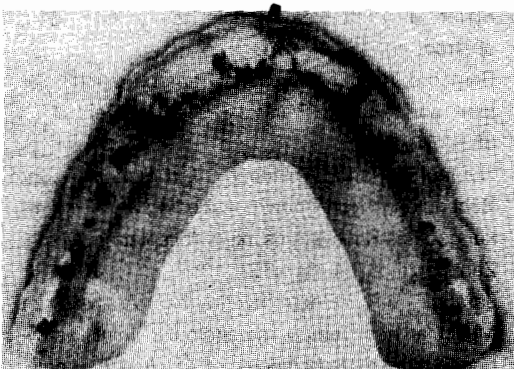
การรักษา

ทำการพิมพ์ปาก เพื่อทำเฝือกสบฟัน ซึ่ง
เฝือกสบฟันที่ได้นี้ มีลักษณะเป็นพลาสติกแข็ง

ใส่คลุมฟันบนทุกซี่ โดยในระหว่างที่ผู้ป่วยรอ
 ฝือกสบฟันนั้น ผู้ป่วยได้ทำกายภาพบำบัดโดย
 ใช้อุตราชาวดับบริเวณมุมขากรรไกรล่างด้านขวา
 ทำให้อ้าปากได้เพิ่มขึ้นเป็น 28 มิลลิเมตร แต่
 อาการอื่น ๆ ยังเหมือนเดิม หลังจากนั้นจึงนำฝือก
 สบฟันมาใส่ในช่องปาก กรอปรับแต่งให้ฟันล่าง
 สบกับฝือกสบฟันพร้อมกันทุกซี่ และนัดผู้ป่วย
 มาทำการกรอปรับแต่งฝือกสบฟันเป็นระยะ ๆ
 เพื่อให้ฝือกสบฟันมีลักษณะที่ถูกต้องและใช้งานได้
 แนะนำให้ผู้ป่วยใส่ฝือกสบฟันทุกคืน และใน
 ตอนกลางวันเมื่อมีโอกาส (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 ภาพแสดงลักษณะของฝือกสบฟัน
 ก. ขณะอยู่ในปาก



ข. แสดงจุดสบของฟันล่างบนฝือกสบฟัน

ผลการรักษา

1. หลังจากใส่ฝือกสบฟันเป็นเวลา 5
 วัน พบว่ากล้ามเนื้อบดเคี้ยวทางด้านขวา (mas-
 seter, medial pterygoid muscle and sternoclei-
 domastoid) มีอาการปวดลดลง แต่ยังมีอาการกด
 เจ็บอยู่, ขณะอ้าปากไม่มีอาการเจ็บที่ข้อต่อ
 ขากรรไกรแต่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวคอได้อีก
 ตามกลืนอาหารได้ ขณะเอียงขากรรไกร
 ออกทางด้านขวา ไม่มีอาการเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกร
 แต่จะเจ็บขณะเอียงขากรรไกรออกทางด้านซ้าย
 และเมื่อขึ้นขากรรไกรออกมาด้านหน้าจะเจ็บที่
 ข้อต่อขากรรไกร

2. หลังจากใส่ฝือกสบฟันเป็นเวลา 11
 วัน พบว่าเมื่อกดบริเวณกล้ามเนื้อบดเคี้ยวทาง
 ด้านขวามีอาการเจ็บลดลง และอ้าปากได้เพิ่มขึ้น
 เป็น 34 มม. ส่วนอาการอื่น ๆ เหมือนเดิม

3. หลังจากใส่ฝือกสบฟัน เป็นเวลา 40
 วัน พบว่าอาการต่าง ๆ ดีขึ้นมาก กล้ามเนื้อบด
 เคี้ยวไม่มีการกดเจ็บ ยกเว้นกล้ามเนื้อ masseter
 ที่ยังมีอาการตึง ๆ อยู่บ้าง, ผู้ป่วยสามารถอ้าปาก
 ได้กว้างขึ้นมาก (42 มม.), ขณะเอียงขากรรไกร
 ออกด้านข้างและขึ้นออกมาด้านหน้าไม่มีอาการ
 เจ็บที่ข้อต่อขากรรไกร และสามารถดันขากรรไกร
 ล่างเข้าสู่ตำแหน่งเซนทริกได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม
 แต่ยังทำซ้ำ ๆ ให้อยู่ในตำแหน่งเดิมไม่ได้

4. หลังจากใส่ฝือกสบฟัน เป็นเวลา 3
 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้กว้าง 45
 มม. และไม่มีอาการเจ็บปวดที่กล้ามเนื้อและข้อ
 ต่อขากรรไกร และสามารถดันขากรรไกรล่างเข้าสู่
 ตำแหน่งเซนทริกได้ซ้ำ ๆ ได้

บทวิจารณ์

กลุ่มอาการของความผิดปกติของกล้ามเนื้อ
 บดเคี้ยวและกระดูกข้อต่อขากรรไกร ซึ่งประกอบ

ด้วย การปวดข้อต่อขากรรไกร, ปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว, มีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกรในขณะอ้าปากตลอดจนมีการอ้าปากได้จำกัดนั้น⁽¹⁾ ได้มีการแนะนำให้ใช้เฝือกสบฟัน ที่มีลักษณะเป็นแผ่นพลาสติกแข็งใสคลุมฟันบนทุกซี่ในช่องปาก และปรับแต่งเพื่อจัดตำแหน่งขากรรไกรล่างให้อยู่ในตำแหน่งเซนทริกเรลชั่น⁽²⁾

จากการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของการสบฟันเป็นเวลานานกว่า 10 ปีรายนี้ด้วยการใส่เฝือกสบฟันในผู้ป่วยที่มีอาการอ้าปากได้จำกัดรายนี้ เป็นระยะเวลา 40 วัน ผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้มากขึ้น และปราศจากความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและกระดูกข้อต่อขากรรไกรซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Okeson⁽³⁾ ที่กล่าวว่า การใส่เฝือกสบฟันชนิดแข็ง สามารถลดการทำงานของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวได้ดีกว่าการใช้เฝือกสบฟันชนิดนุ่ม รวมทั้ง Nevarro และคณะ⁽⁴⁾ ได้สรุปว่าเฝือกสบฟันมีประสิทธิภาพในการลดอาการของความผิดปกติในการทำหน้าที่ของขากรรไกรล่างได้

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่เฝือกสบฟันแล้วอาการดีขึ้น จะใช้เวลาอย่างน้อยเท่าไรนั้นมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังที่ Ramfjord⁽⁵⁾ และ Hupfauf และ Weitkamp⁽⁶⁾ กล่าวว่า การใช้เฝือกสบฟันอย่างเดียวนั้นไม่มีผลเพียงพอต่อการลดอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและกระดูกข้อต่อขากรรไกรได้ทั้งหมด เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตำแหน่งท่าทางของผู้ป่วย, ความเครียดและสภาพทางจิตใจ (psychic activity) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนที่ของข้อต่อ นอกจากนี้ Jarabak⁽⁷⁾ ยังกล่าวว่า การใส่เฝือกสบฟันเพียง 1 เดือนไม่มีผลเพียงพอต่อการลดอาการผิดปกติของระบบการ

บดเคี้ยวได้ทั้งหมด ดังนั้นในการใส่เฝือกสบฟันเพียงอย่างเดียวรักษาผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ ของความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกข้อต่อขากรรไกรนั้น จึงไม่อาจทำนายผลล่วงหน้าให้ผู้ป่วยทราบได้เลยว่า ผู้ป่วยจะหายจากอาการดังกล่าวได้เมื่อไร

สรุป

รายงานผู้ป่วยนี้เป็นการรักษาอาการอ้าปากได้จำกัดร่วมกับมีอาการเจ็บข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยวโดยใช้เฝือกสบฟัน ซึ่งพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้ และปราศจากอาการเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

เอกสารอ้างอิง

1. Dorkin S.F., Truelove E.L., Bonica J.J. and Sola A. Facial and Head Pain Caused by Myofascial and Temporomandibular Disorders. Chapter 40. In : Loeser J.D., Chapman C.R. and Fordyce W.E. The Management of Pain. Vol 1, 2nd ed, London, Lea & Febiger, 1990, P 727-745.
2. Ramfjord S., and Ash M. Occlusion. ed 3, Philadelphia, W.B. Saunders, 1983.
3. Okeson J.P. The Effect of Hard and Soft Occlusal Splints on Nocturnal Bruxism. JADA. 114(6) : 788-791, 1987.
4. Nevarro E. Barghi N., and Rey R. Clinical Evaluation of Maxillary Hard and Resilient Occlusal Splint. J. Dent Res (Special Issue) 64 : 313, abstract no. 1246. 1985.
5. Ramfjord, S.P. Dysfunctional Temporomandibular joint and Muscle Pain. J. Prosthet, Dent 11 : 353-374, 1961.
6. Hupfauf L. and Weitkamp, J. Ergebnisse der Behandlung von Funktionsbedingten Erkrankungen des Kausystems mit Aufbissplatten, Dtsch. Zahnärztl. 2. 24 :347-352, 1969.
7. Jarabak J.R. Electromyographic Analysis of Muscular and Temporomandibular Joint Disturbance due to Imbalances of Occlusion. Angle. Orthod. 26:176-190, 1956.