

การบูรณะฟันในผู้ป่วยที่มีฟันสึกมากร่วมกับมีการสูญเสียมิติแนวตั้ง

นางสาวรวีวรรณ เจริญทวีทรัพย์

ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม

โรงพยาบาลโกรกพระ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

1. ประเด็นปัญหา แนวคิดการพัฒนา :

การสูญเสียฟันหลัง หากผู้ป่วยไม่ได้ใส่ฟันเทียมทดแทนหรือใส่ฟันเทียมมานานแล้วไม่ได้กลับมาตรวจเป็นประจำ มักตรวจพบสันเหงือกด้านท้ายมีการยุบตัว ฐานฟันเทียมไม่แนบ ทำให้ฟันเทียมขยับมากขณะเคี้ยว พบซี่ฟันเทียมสึกมากใช้เคี้ยวได้ไม่ดี ฟันที่เหลืออยู่จึงรับแรงเพิ่มมากขึ้น เกิดการสึกหรือโยกมาก หรืออาจมีการกีดขวางการสบฟันทางด้านหลังทำให้ผู้ป่วยปรับตัวโดยการยื่นขากรรไกรมาเคี้ยวที่ฟันหน้าแทน ทำให้เกิดการสูญเสียมิติแนวตั้งอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง ความสวยงามลดลง สูญเสียเสถียรภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อบดเคี้ยวได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพการบดเคี้ยวและมิติแนวตั้งด้วยฟันเทียมสามารถบูรณะได้ด้วยฟันเทียมแบบติดแน่นและฟันเทียมแบบถอดได้ ซึ่งควรทำการเลือกเคสและวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. วัตถุประสงค์ :

เพื่อบูรณะฟันที่มีการสึกมาก ฟันฟูสมรรถภาพการบดเคี้ยวและความสวยงาม

3. วิธีดำเนินการ :

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 ปี ภูมิลำเนา อ. เมือง จ.นครสวรรค์ (HN: 590003149)

อาการสำคัญ : ฟันเทียมเก่าเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ถูกส่งตัวมาตรวจทำฟันเทียมชุดใหม่

ประวัติทางการแพทย์ : โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน (ค่า FBS = 120 mg/dl) ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการรักษาทางทันตกรรม : เคยได้รับการอุดฟัน ขูดหินน้ำลาย รักษารากฟัน ถอนฟัน และใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานโลหะบนและล่าง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : มีสุขภาพปกติ

การตรวจสภาพร่างกาย : ความดันโลหิต 148/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 48 ครั้งต่อนาที

การตรวจสภาพช่องปาก :

- ภายนอกช่องปาก : ใบหน้าด้านหน้าตรง มีลักษณะเป็นรูปไข่ (ovoid) มีความสมมาตร ใบหน้าด้านข้างมีลักษณะนูน ไม่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

- ภายในช่องปาก : ผู้ป่วยเหลือฟันในช่องปาก 9 ซี่ มีฟันบน 6 ซี่ (11, 12, 13, 15, 21, 22) ฟันล่าง 3 ซี่ (32, 33, 34) สภาวะเนื้อเยื่อปริทันต์ปกติ ไม่มีฟันโยก ความลึกของร่องปริทันต์โดยทั่วไปมีค่า 1-3 มิลลิเมตร

มีปริมาณเหงือกยึด ที่ฟันบน 5-7 มิลลิเมตร ฟันล่าง 3-4 มิลลิเมตร ขากรรไกรบนพบปุ่มกระดูกเพดานปาก (torus palatinus) ขนาด 12x15x3 มิลลิเมตร ความลึกพื้นปาก (floor of mouth) ขณะลิ้นยก 5 มิลลิเมตร

- ฟันซี่ 15 มีแอ่งรับฟันเทียมด้านไกลกลาง, ฟันงอกเหนือระดับการสบ
- ฟันซี่ 11, 12 และ 13 พบการสึกด้านปลายฟันถึงชั้นเนื้อฟันประมาณ 1 ใน 3 ของซี่ฟัน
- ฟันซี่ 21 เป็นฟันที่อยู่ในระหว่างการรักษาลongรากฟัน พบฟันสึกด้านปลายฟันถึงชั้นเนื้อฟันประมาณ 1 ใน 2 ของซี่ฟัน การตอบสนองต่อการเคาะปกติ
- ฟันซี่ 22 เป็นฟันที่ได้รับการรักษาลongรากฟันแล้ว พบวัสดุอุดเรซินคอมโพสิตที่ปลายฟันร่วมกับการสึกถึงชั้นเนื้อฟันประมาณ 1 ใน 2 ของซี่ฟัน การตอบสนองต่อการเคาะปกติ
- ฟันซี่ 32 และ 33 พบการสึกด้านปลายฟันถึงชั้นเนื้อฟันประมาณ 1 ใน 3 ของซี่ฟัน
- ฟันซี่ 34 พบวัสดุอุดเรซินคอมโพสิตด้านใกล้แก้ม พบการสึกด้านบดเคี้ยวถึงชั้นเนื้อฟันประมาณ 1 ใน 3 ของซี่ฟัน
- ฟันมีการตอบสนองต่อเครื่องทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในด้วยไฟฟ้า (pulp tester) ยกเว้นฟันซี่ 21 และ 22
- การสบฟันที่ตำแหน่งสบสนิทที่สุด พบว่า ฟันซี่ 21 สบกับฟันซี่ 32, ฟันซี่ 22 สบกับฟันซี่ 33
- มีการสบเหลื่อมแนวราบ (overjet) และสบเหลื่อมแนวตั้ง (overbite) 0 มิลลิเมตร
- ระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด (closest speaking space) 4 มิลลิเมตร ระยะปลอดการสบ (freeway space) 6 มิลลิเมตร
- ฟันเทียมบางส่วนถอดได้เดิมใช้มาประมาณ 10 ปี พบการสึกที่ด้านบดเคี้ยว ระบายบดเคี้ยวสูงต่ำไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยยื่นขากรรไกรล่างมาเคี้ยวบริเวณฟันหน้า ฟันเทียมขาดความสวยงามและมีประสิทธิภาพการเคี้ยวไม่ดี

การตรวจทางภาพรังสี :

- ฟันซี่ 11, 12, 13, 15, 32, 33, 34 มีความต่อเนื่องของผิวกระดูกเบ้าฟัน (continued alveolar lamina dura) ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน
- ฟันซี่ 21 พบเงาที่รังสีของวัสดุอุดด้านปลายฟัน อยู่ในขั้นตอนการรักษาลongรากฟัน
- ฟันซี่ 22 พบเงาที่รังสีของวัสดุอุดด้านปลายฟัน ได้รับการรักษาลongรากฟัน พบเงาโปร่งรังสีรอบปลายรากขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2x3 มิลลิเมตร
- อัตราส่วนตัวฟันต่อรากฟัน (crown-root ratio) 1 : 1.5 – 2.5

การวินิจฉัย :

- ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีการสึกของฟันอย่างมาก โดยมีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (Category I : excessive wear with loss of vertical dimension of occlusion) ตามการจัดกลุ่มของ Turner KA. และ Missirlian DM.
- บริเวณไร้ฟัน (Edentulous area) 14, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46 และ 47

- ขากรรไกรบนสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification I modification 1
- ขากรรไกรล่างสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification I
- ฟันซี่ 15 งอกเหนือระดับการสบ (Supraocclusion)
- ฟันซี่ 21 Previously initiated therapy
- ฟันซี่ 22 Previously initiated with asymptomatic apical periodontitis
- ฟันซี่ 11, 12, 13, 21, 22, 32, 33 และ 34 ฟันสึกเหตุดเคี้ยว

การวางแผนการรักษา

วางแผนฟื้นฟูสภาพในช่องปากร่วมกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเลือกแผนการรักษา ดังนี้

แผนการรักษาก่อนการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์

- รักษาฟันซี่ 21
- ส่งปรึกษาทันตแพทย์เฉพาะทางที่ทำการรักษารากฟันซี่ 22

แผนการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์

- ใส่ครอบฟันชั่วคราวร่วมกับฟันเทียมเพื่อประเมินมิติแนวตั้งที่เพิ่มขึ้น ประมาณ 3 มิลลิเมตร
- ทำเดือยฟันสำเร็จรูปที่ฟันซี่ 21
- ทำเดือยและแกนฟันโลหะที่ฟันซี่ 22
- ทำครอบฟันโลหะเคลือบด้วยพอร์ซเลนที่ฟันซี่ 11, 12, 13, 15, 21, 22, 32, 33 และ 34
- ทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดโครงโลหะในขากรรไกรบนและล่าง

แผนการดูแลและติดตามผลการรักษา

- ประเมินฟันเทียมและสภาวะอนามัยในช่องปากทุก 6 เดือน

ขั้นตอนการรักษา

1) พิมพ์แบบขึ้นต้น บันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ (centric relation) บันทึกความสัมพันธ์ระหว่างขากรรไกรบนกับคอนดอยล์ บันทึกการสบยื่น ติดตั้งขึ้นหล่อเข้ากลุ่ปรณ์ขากรรไกรจำลองชนิดปรับได้บางส่วน

2) ประเมินมิติแนวตั้งโดยประเมินจากระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด ระยะปลอดการสบ เค้ารูปของเนื้อเยื่ออ่อนในใบหน้า และการสูญเสียการสบฟันหลัง

3) ผู้ป่วยมีแนวโน้มต่อการสูญเสียมิติแนวตั้ง โดยมีลักษณะฟันสึกตามการจัดกลุ่มของ Turner KA. และ Missirlian DM. ประเภทที่ 1 (ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการสูญเสียฟันหลัง มีระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด 3 มิลลิเมตร มีระยะปลอดการสบ 6 มิลลิเมตร เค้ารูปใบหน้ายุบ มุมปากตก) จำเป็นต้องเพิ่มมิติแนวตั้งประมาณ 3 มิลลิเมตรในฟันหน้า ซึ่งปริมาณการเพิ่มมิติแนวตั้งจะพิจารณาจากความจำเป็นในการใช้มิติแนวตั้ง โดยที่ไม่เกินตำแหน่งพักของขากรรไกร มีระยะปลอดการสบเพียงพอ ประเมินในช่วงที่มีการใส่ฟันเทียมเฉพาะกาลซึ่งเป็นช่วงที่มีการทดลองเพื่อหาข้อผิดพลาด และใช้ระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูดเป็นตัวช่วยทดสอบ

4) ส่งรักษารากฟันซี่ 21 ต่อ และส่งปรึกษาฟันซี่ 22 โดยทันตแพทย์เฉพาะทางรักษารากฟันให้ความเห็นว่าฟันซี่ 22 สามารถใส่เดือยฟันและทำครอบฟันต่อไปได้ เนื่องจากพยาธิสภาพรอบปลายรากฟันมีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา

5) แต่งซีฟิ่งบนชิ้นหล่อ ทำดัชนีซิลิโคน (silicone index) เพื่อทำการจำลองฟัน (mock up) ในช่องปากด้วยอะคริลิกชนิดบ่มเอง ประเมินความยาว ตำแหน่งปลายฟันหน้าบน และระนาบการสบฟันจากการออกเสียงร่วมกับความสวยงามของใบหน้า

6) ใช้ดัชนีซิลิโคนเพื่อเป็นตัวกำหนดแนวทางในการกรอเตรียมฟัน

7) ใส่ครอบฟันชั่วคราวซี่ 11, 12, 13, 15, 21, 22, 32, 33 และ 34 แต่งฟันเทียมบางส่วนถอดได้เต็มให้ผู้ป่วยใช้งานที่มีมิติแนวตั้งใหม่ เพื่อประเมินการเพิ่มมิติแนวตั้ง

8) ทำเดือยฟันสำเร็จรูปที่ฟันซี่ 21 ทำเดือยและแกนโลหะเหวี่ยงที่ฟันซี่ 22

9) หลังใช้งานประมาณ 2 เดือน ไม่พบปัญหาของครอบฟันชั่วคราวและฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อ จึงกรอเตรียมฟันและพิมพ์ปากชั้นสุดท้ายสำหรับครอบฟันบนที่ทำการสบฟันตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ บันทึกความสัมพันธ์ระหว่างขากรรไกรบนกับคอนดอยล์ พิมพ์ทับครอบฟันชั่วคราวร่วมกับฟันเทียมเพื่อใช้เป็นแบบในการทำครอบฟัน

10) ลองและยึดครอบฟันด้วยซีเมนต์ชั่วคราว

11) นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจ ไม่พบการหลุดของครอบฟัน ไม่มีการเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ไม่พบการโยกของฟัน ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดได้ดี จึงทำการยึดครอบฟันด้วยเรซินซีเมนต์

12) ทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดโครงโลหะบนและล่าง

13) ทำเฟือกสบฟันบน

14) นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจแก้ไข และติดตามอาการ

4. ผลการดำเนินการ :

เกณฑ์ในการประเมินการประสบความสำเร็จในการรักษา ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการตึงหรือกดเจ็บข้อต่อขากรรไกร
- 2) ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บเมื่อกัดแน่นฟัน
- 3) ไม่มีการกีดขวางของฟันหลัง
- 4) ไม่มีการสั่นสะเทือนของฟันเมื่อกัดหรือเคี้ยว
- 5) วัสดุบูรณะไม่บิ่นแตก
- 6) ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
- 7) ผู้ป่วยพอใจกับความสวยงามและการรักษา

ผลการติดตาม :

การกลับมาตรวจแก้ไข (Recheck) หลังจากใส่ฟันเทียมไปแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ไม่มีอาการติ่งหรือกดเจ็บบริเวณข้อต่อขากรรไกร ไม่มีอาการติ่งเกร็งของกล้ามเนื้อ ไม่มีอาการเสียวหรือปวดฟัน มีอาการเจ็บสันเหงือกกลางด้านซ้ายตำแหน่งด้านซ้าย จึงได้ทำการกรอแก้ไขฟันเทียมและนัดกลับมาตรวจจนหายเจ็บ ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ปกติและทำความสะอาดได้ดี จึงนัดให้กลับมาตรวจซ้ำเป็นประจำทุก 6 เดือน

หลังจากนัดกลับมาตรวจ 6 เดือน พบว่า เหงือกปกติ ไม่พบฟันโยก ไม่พบรอยแผลจากฟันเทียม ผู้ป่วยยังสามารถใช้งานครอบฟันและฟันเทียมบางส่วนถอดได้ได้เป็นอย่างดี

สรุปผลการรักษาผู้ป่วย :

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยครอบฟัน 9 ซี่ ร่วมกับฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐานในฟันบนและล่าง โดยเพิ่มมิติแนวตั้งประมาณ 3 มิลลิเมตร ตำแหน่งสบฟันที่สูงสุดเป็นตำแหน่งเดียวกับตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ การสบฟันนอกศูนย์เป็นการสบฟันแบบได้ดูล มีการสบฟันประสานกันในทุกแนวการเคลื่อนที่มีระยะปลอดการสบขณะพัก 3 มิลลิเมตร ระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูดประมาณ 1 มิลลิเมตร

ภายหลังการรักษาผู้ป่วยมีความพึงพอใจในประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและความสวยงาม ไม่พบการโยกของฟัน ไม่มีอาการเสียวฟัน ไม่มีอาการเจ็บของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร สามารถเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น และสามารถพูดคุ้ยได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดีขึ้น ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์ และกลับมาพบทันตแพทย์เมื่อถึงกำหนดนัดตรวจติดตาม

5. ประโยชน์ที่ได้รับ :

เนื่องจากการบูรณะฟันทั้งปากด้วยครอบฟันร่วมกับฟันเทียมบางส่วนถอดได้เป็นวิธีที่มีขั้นตอนยุ่งยาก ใช้เวลาในการรักษานาน และมีค่าใช้จ่ายสูง จึงต้องวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการรักษา และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นอย่างมาก กรณีศึกษาจึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการตรวจ วินิจฉัย วางแผนการรักษา และรักษาผู้ป่วยที่มีฟันสึกมากร่วมกับมีการสูญเสียมิติแนวตั้งได้โดย

ผู้ป่วยที่มีลักษณะฟันสึกเป็นแบบที่ 1 ตามการจัดกลุ่มของ Turner KA. และ Missirlan DM. มีแนวทางการรักษาคือ ใส่ฟันเทียมเฉพาะกาลแบบฟันเทียมทับรากเพื่อเพิ่มและประเมินมิติแนวตั้ง 6-8 สัปดาห์ จากนั้นเปลี่ยนเป็นครอบฟันชั่วคราวเพื่อช่วยประเมินความสวยงามและการสบฟัน 2-3 เดือน ถ้าผู้ป่วยปรับตัวยอมรับมิติแนวตั้งที่เพิ่มให้ได้จึงทำครอบฟันและฟันเทียมบางส่วนถอดได้

เนื่องจากผู้ป่วยเหลือฟันธรรมชาติจำนวนน้อยซี่ ไม่มีฟันที่กีดขวางหรือจำกัดตำแหน่งการเคี้ยวและการสบฟัน ขั้นตอนการประเมินมิติแนวตั้งว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับมิติแนวตั้งที่เพิ่มให้ได้หรือไม่ จึงเริ่มจากการใส่ครอบฟันชั่วคราวและฟันเทียมบางส่วนถอดได้ให้กับผู้ป่วยเพื่อช่วยประเมินความสวยงามและการสบฟัน โดยแต่งซี่ฝั่งบนขึ้นห่อเองและเลือกใช้ดัชนีซิลิโคนเป็นแบบทำครอบฟันชั่วคราวให้ผู้ป่วยในคลินิกแทนการส่งห้องปฏิบัติการเพื่อทำครอบฟันชั่วคราว และใช้ฟันเทียมโครงโลหะเดิมของผู้ป่วยแทนการทำฟันเทียมอะคริลิกใหม่ โดยกรอแต่งโครงโลหะที่กีดขวางการใส่ฟันออก จากนั้นเติมด้านบดเคี้ยวที่ซี่ฟันเทียมด้วย

อะคริลิกชนิดบ่มเอง วิธีนี้จะยุ่งยากกว่าการทำครอบฟันชั่วคราวและฟันเทียมถอดได้ในห้องปฏิบัติการ แต่จะ
ช่วยลดจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย หลังจากให้ผู้ป่วยทดลองใช้งานฟันเทียม
ชั่วคราวพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี ไม่มีอาการเจ็บข้อต่อขากรรไกร ไม่มีอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ

ขั้นตอนการพิมพ์สันเหงือกกลางขั้นสุดท้ายเพื่อทำขึ้นหล่อแปลง (altered cast) พิจารณาทำถาดพิมพ์
ปากเฉพาะบุคคลยึดติดกับโครงโลหะบริเวณส่วนขยายฐานล่างด้วยอะคริลิกชนิดบ่มเองในคลินิกแทนการส่ง
ห้องปฏิบัติการเพื่อลดจำนวนการมารับการรักษาของผู้ป่วย โดยทำในครั้งเดียวกันกับการลองโครงโลหะ พิมพ์
แบบเลือกแรงกดโดยทำการตัดซี่ฟันที่ขึ้นหล่อบริเวณยอดสันเหงือกที่รับแรงไม่ได้ก่อนทำถาดพิมพ์ปาก และใช้
วัสดุพิมพ์ซิลิโคนแบบเติมความหนืดน้อย (vinylpolysiloxane (addition silicone) impression material,
type III low consistency light body) ในการพิมพ์

การสบฟันนอกศูนย์เป็นการสบฟันแบบได้ดุล เนื่องจากฟันเทียมบางส่วนถอดได้บนเป็นแบบขยายฐาน
2 ข้าง ซึ่งโดยปกติซี่ฟันเทียมหลังบนจะถูกเรียงออกนอกแนวกึ่งกลางสันเหงือกไปทางด้านแก้ม เวลาใช้งานจึงมี
โอกาสขยับหรือกระดกได้ง่าย จึงเลือกสร้างการสบฟันเป็นแบบได้ดุลเพื่อให้ฟันเทียมมีเสถียรภาพขณะใช้งาน

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ :

การบูรณะฟันทั้งปากในผู้ป่วยที่มีฟันสึกมากจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยปัจจัยต่อไปนี้

- 1) วินัยและความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้ป่วย
- 2) การวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทันตแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง
- 3) ความเชี่ยวชาญของช่างทันตกรรมและการสื่อสารที่ดีของช่างทันตกรรมและทันตแพทย์
- 4) ความชำนาญของผู้ช่วยทันตแพทย์
- 5) การสื่อสารที่ดีของทันตแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง
รวมถึงการตรวจติดตามหลังการรักษา

ภาพก่อนการรักษา



ภาพในช่องปากก่อนการรักษา



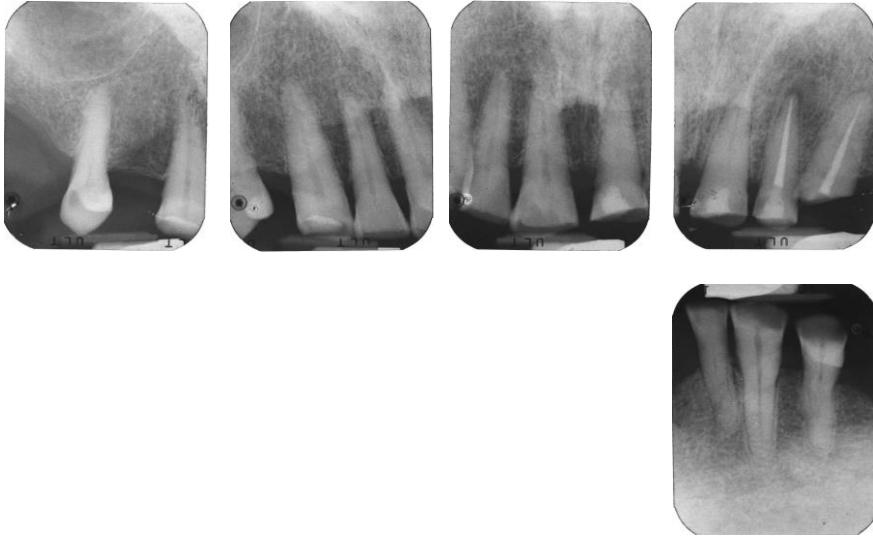
ภาพในช่องปากก่อนการรักษาขณะใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้เต็ม

ภาพหลังการรักษา

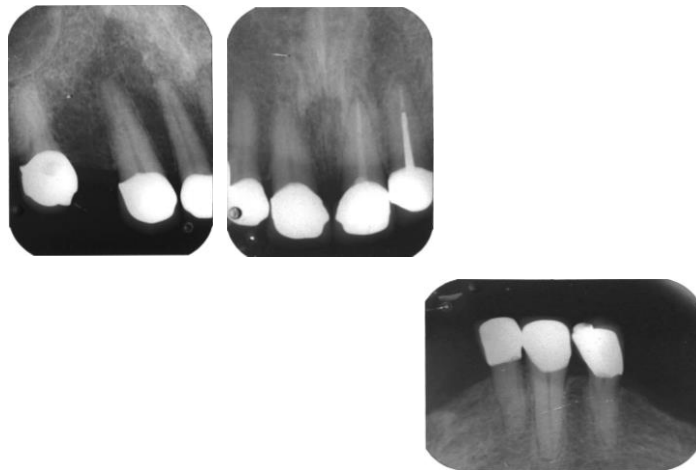


ภาพในช่องปากหลังการรักษา

ภาพรังสี



ภาพรังสีรอบปลายรากก่อนการรักษา



ภาพรังสีรอบปลายรากหลังการรักษา