

รายงานผู้ป่วย การใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้โครงโลหะขยายฐาน  
เพื่อรองรับการสูญเสียฟันในอนาคต

Metallic distal extension removable partial denture  
with contingency design for future tooth loss

สุภรัตน์ ทวีศักดิ์

Suparat Taweesak, D.D.S.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

Taweesak\_suparat@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การทดแทนฟันที่สูญเสียไปด้วยการทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้โครงโลหะเป็นการรักษาที่ควรเลือกมาพิจารณาเนื่องจากเป็นชนิดที่ผู้ป่วยปรับตัวในการใส่ได้ง่ายจากลักษณะที่บาง ดูแลทำความสะอาดได้ดี และสามารถใช้งานได้ยาวนาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังคงเก็บฟันที่มีการพยากรณ์โรคแบบไม่แน่นอนไว้ควรออกแบบรองรับเพื่อทดแทนฟันที่อาจต้องถอนเพิ่มในอนาคต ร่วมด้วยส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมเดิมได้ระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

บทความนี้ได้นำเสนอการใส่ฟันเทียมในผู้ป่วยที่มีฟันหายไปบางส่วนและมีบางส่วนที่อาจต้องสูญเสียไปในอนาคตเนื่องจากมีภาวะปริทันต์อักเสบด้วยฟันเทียมถอดได้โครงโลหะที่มีการวางแผนรองรับฟันที่อาจสูญเสียเพิ่มเติมร่วมด้วย หลังใส่ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใส่ฟันเทียมชิ้นนี้

### Abstract

Metallic removable partial denture is treatment of choice in patient who has loss a number of teeth. Besides the thin appearance and easily to be cleaned, patient can be familiar with this kind of denture that can be used for a long time. Patient who has some teeth with questionable prognosis can use this denture with a contingency design for supporting future extraction of these teeth and can use this denture effectively further.

This article presented dentures designed for patient who has missing teeth and some teeth with questionable periodontitis. The treatment was done with a metallic removable partial denture with contingency design that would support the loss of those teeth in the future. After treatment, the patient was satisfied.

## หลักการและเหตุผล

การออกแบบฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ขยายฐานมีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงหลายประการ เนื่องจากฟันเทียมชนิดนี้ได้รับการรองรับจากสองส่วนคือฟันและเนื้อเยื่ออ่อนที่มีความสามารถในการเคลื่อนที่ต่างกัน ฟันจะมีการเคลื่อนที่น้อยกว่าโดยแรงจะเคลื่อนที่ลงสู่กระดูกผ่านเอ็นยึดปริทันต์ขณะที่เนื้อเยื่ออ่อนจะเคลื่อนที่มากกว่า[1,2] จึงควรออกแบบลดแรงกระทำต่อฟันหลักและควบคุมการเคลื่อนที่ของฟันเทียม โดยเลือกใช้ตะขอกับขดฟันหลักน้อย ขยายฐานฟันเทียมให้มากที่สุดภายใต้ข้อจำกัดทางกายวิภาคศาสตร์ ใช้การพิมพ์เนื้อเยื่อด้วยวิธีใช้แรงกด (functional impression) และการทำอัลเทอร์แคส (altered cast)[3,4,5] ตะขอที่แนะนำคือ ตะขอผสม (combination clasp) ตะขออาร์พีไอ (RPI clasp) ตะขออาร์พีเอ (RPA clasp) และตะขอบาร์ (bar clasp)[6] นอกจากนี้ควรเลือกใช้เป็นโครงโลหะโคบอลโครเมียมเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการยึดส่วนประกอบต่างๆ เข้าด้วยกัน และสามารถกระจายแรงเครียดจากการใช้งาน (functional stress) ของฟันเทียมได้[7]

การประเมินฟันในฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐานเลือกซี่ฟันที่ใช้เป็นฟันหลัก โดยควรมีอัตราส่วนตัวฟันและรากฟัน

(crown:root ratio) ที่เหมาะสมคือ 1:2 อัตราส่วนต่ำสุดที่ยอมรับได้คือ 1:1[8] ส่วนฟันที่มีลักษณะโยกระดับ 1,2 ที่อยู่ในสภาวะคงที่ สามารถเก็บเพื่อให้การรองรับเสถียรภาพ และการยึดอยู่กับฟันเทียม[6] ส่วนฟันที่มีการพยากรณ์โรคทางปริทันต์แบบไม่แน่นอน (Questionable prognosis) คือฟันที่มีกระดูกรองรับร้อยละ 25-50 โยกระดับ 0-3 ก็ยังมีประโยชน์ในการเก็บไว้เพื่อคงมิติแนวตั้ง และช่วยคงสภาพสันเหงือก[9] การทำฟันเทียมให้ผู้ป่วยโรคปริทันต์กลุ่มนี้ จึงควรออกแบบรองรับการสูญเสียฟันในอนาคตร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลาในการเริ่มทำฟันเทียมใหม่ โดยออกแบบให้มีส่วนพักหลายตำแหน่งเพื่อให้มีการกระจายแรงกดเคี้ยวได้ในบริเวณกว้าง [10,11,12] ควรเลือกใช้แผ่นด้านลิ้นและส่วนพักต่อเนื่องกัน (bar rest) ที่ช่วยในการเข้าเฟือก (splint) ฟันและสามารถเติมฟันได้ง่าย ในกรณีฟันที่อยู่ข้างสันเหงือกกว้างมีการพยากรณ์ไม่แน่นอนและใช้เป็นฟันหลัก ควรใช้ตะขอหลายตัว เช่น ตะขอไอ ที่ทำหน้าที่ให้เสถียรภาพด้านข้างและให้การติดอยู่กรณีสูญเสียฟันหลักด้านท้าย[13] ควรออกแบบให้แผ่นด้านลิ้นมีความสูงกว่าปกติมีส่วนรองรับที่ฟันหลักหลายซี่ นอกจากนี้

ยังมีแบบชนิดล็อกยึดด้วยบานพับ[14] (swinglock removable partial denture) ที่ล็อกใช้กรณีที่ต้องการคามยึดฟันที่เหลืออยู่ ที่มีลักษณะโยก

**รายงานผู้ป่วย**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 70 ปี HN 500005647 สถานภาพสมรส อาชีพข้าราชการบำนาญ ภูมิลำเนา จังหวัดกาญจนบุรี ต้องการใส่ฟันเทียมเนื่องจากเคี้ยวอาหารไม่สะดวก สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว

และประวัติการแพ้ยาเคียวรักษาทางทันตกรรม ไม่มีประวัติการใส่ฟันเทียมมาก่อน ใบหน้าตรงมีลักษณะสมมาตร ใบหน้าด้านข้างเป็นแบบตรง (straight profile) การตรวจข้อต่อขากรรไกร พบอ้าปากวัดระยะได้ 40 มิลลิเมตร ไม่พบการเบี่ยงเบนของแนวทางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรและสามารถเคลื่อนที่ในแนวขวางได้ปกติ ไม่พบเสียงผิดปกติบริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะอ้า-หุบปาก และไม่พบการบวมหรือกดเจ็บของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และบริเวณข้อต่อขากรรไกร (รูปที่ 1)



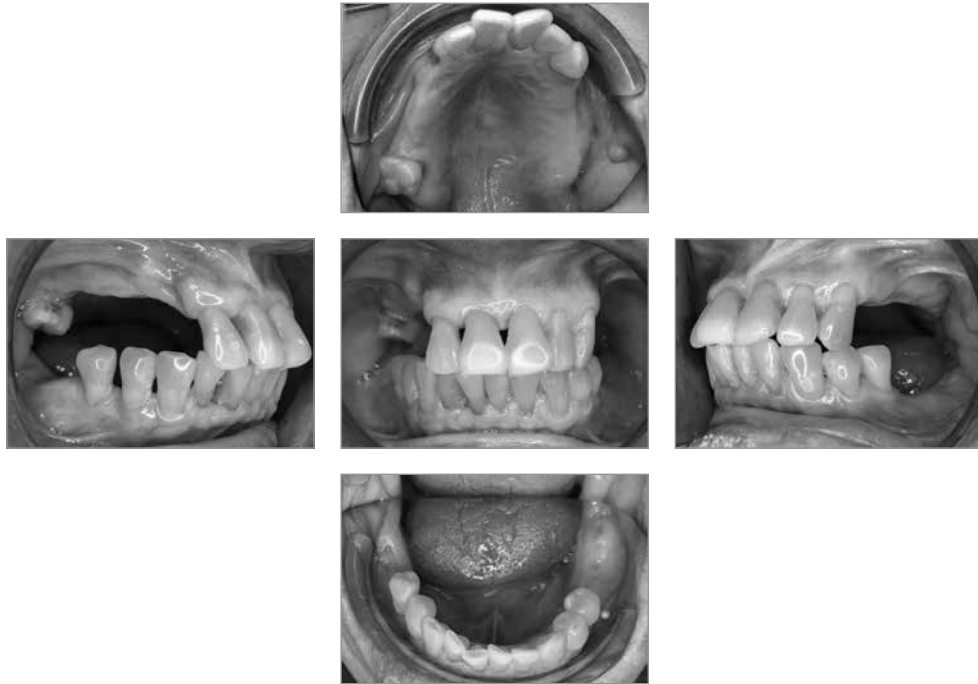
**รูปที่ 1** ภาพถ่ายภายนอกช่องปากผู้ป่วยก่อนการรักษา

**การตรวจภายในช่องปาก**

**(Intra oral examination)**

ฟันบนเหลืออยู่ 6 ซี่ ฟันบนทุกซี่ไม่ผุ มีร่องลึกปริทันต์ (probing pocket depth) 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 1-2 มิลลิเมตร ไม่มีโยก ไม่มีปัญหาของเหงือกยึด (mucogingival problem) ฟันล่างเหลืออยู่ 10 ซี่ ฟันล่างทุกซี่ไม่ผุ ไม่มีปัญหาของเหงือกยึด (mucogingival problem) ฟันซี่ 33, 34 และ 35 มีร่องลึกปริทันต์ 1-2 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 1-2 มิลลิเมตร ซี่ 32, 31, 41 และ 42 มีร่องลึก

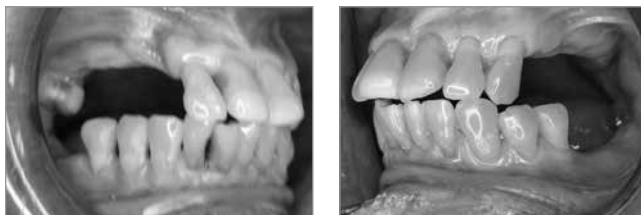
ปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 3-4 มิลลิเมตร โยกระดับ 1-2 ซี่ 43, 44 และ 45 มีร่องลึกปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกร่น 2-3 มิลลิเมตร โดยฟันที่หายไปให้ประวัติได้รับการถอนออกไปเมื่อหลายปีก่อน สันเหงือกบนและล่างมีความหยุ่นตัวปกติ (firm) ไม่มีเนื้อเยื่อเกาะสูงและปุ่มกระดูก (รูปที่ 2-4)



รูปที่ ๒ ภาพถ่ายภายในช่องปากและภาพขณะสบสันิทก่อนการรักษา



รูปที่ ๓ ภาพถ่ายภายในช่องปาก ขณะกัดเคี้ยวก่อนการรักษา

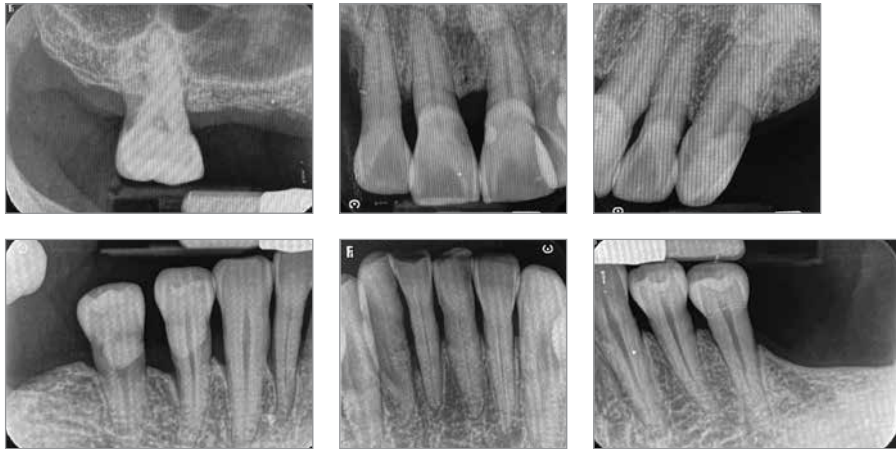


รูปที่ ๔ ภาพถ่ายภายในช่องปาก ขณะกัดเคี้ยวซี่ก่อนการรักษา

### ภาพถ่ายรังสี

ภาพถ่ายรังสีพบกระดูกรอบปลายรากฟันทุกซี่ปกติ ฟันซี่ 31, 32, 41 และ 42 มีการสูญเสียกระดูกแนวราบประมาณร้อยละ 50 ของความยาวราก ส่วนฟันซี่ที่เหลือมีการสูญเสียกระดูกแนวราบประมาณร้อยละ 35

ของความยาวราก (รูปที่ 5) อัตราส่วนระหว่างตัวฟันและรากฟันโดยทั่วไป คือ 1: 1.1-1.2 ยกเว้นฟันซี่ 23 ที่มีค่า 1: 1.5 และฟันซี่ 41, 42 ที่มีค่า 1.5:1



รูปที่ 5 แสดงภาพถ่ายรังสีในช่องปาก

ได้วางแผนและอธิบายทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยเลือกใส่ฟันเทียมบางส่วน ถอดได้ฐานโลหะที่มีการออกแบบเพื่อรองรับการสูญเสียฟันในอนาคตโดยเก็บฟันซี่ 31, 32, 41 และ 42 ที่มีการพยากรณ์โรคทางปริทันต์ที่ไม่แน่นอนไว้

### ขั้นตอนการรักษา

1. ทำการซักประวัติ ประเมินสภาพร่างกาย ตรวจผู้ป่วยทั้งนอก และภายในช่องปาก ถ่ายภาพรังสีฟันอธิบายแผนการรักษา และทางเลือกในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ขั้นตอนในการรักษา และผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. พิมพ์ปากบนและล่างเพื่อทำขึ้นหล่อวินิจฉัย (diagnostic cast)

3. การออกแบบ

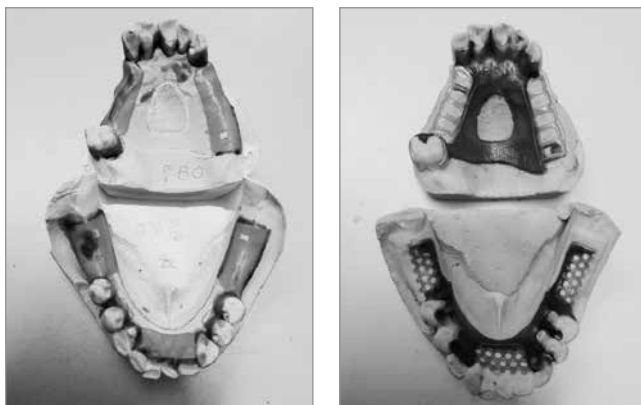
**ฟันเทียมบน** มีส่วนโยงหลักเป็นแผ่นคาดหน้าหลัง (anteroposterior palatal strap) แผ่นแต่ละด้านมีความกว้างอย่างน้อย 8 มิลลิเมตร อยู่ห่างจากขอบเหงือก 6 มิลลิเมตร และมีส่วนเปิดกลางเพดาน 15\*15 มิลลิเมตร ส่วนโยงรองบนสันเหงือกกว้างเป็นตารางโปร่ง (Open construction) ใช้ฟันซี่ 17 และ 23 เป็นฟันหลัก เพราะมีอัตราส่วนตัวฟันและรากฟันที่เหมาะสม มีส่วนพักใกล้กลาง (mesial rest) บนด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ 17 และส่วนพักด้านเพดาน (cingulum rest) ของฟันซี่ 23 มีตะขอโอบฟัน

(simple circlet) จับส่วนคอดด้านแก้ม-ไกลกลางของฟันซี่ 17 และตะขอล็อคจับส่วนคอดด้านแก้ม-ไกลกลางของฟันซี่ 12, 23

**ฟันเทียมล่าง** มีส่วนโยงหลักเป็นแผ่นด้านลิ้น ที่มีบางส่วนเป็นตารางโปร่ง (lingual plate) แบบมีที่ว่างสำหรับให้เป็นที่อยู่ของอะคริลิกเรซินเพื่อช่วยต่อการเติมฟัน ใช้ฟันซี่ 33, 34, 35, 43, 44, 45 เป็นฟันหลักเนื่องจากมีอัตราส่วนตัวฟันและรากฟันอย่างน้อยเท่ากับ 1:1 ส่วนโยงรองบนสันเหงือกกว้างเป็นแบบตะแกรง (mesh construction) มีส่วนพักไกลกลาง (mesial rest) บนด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ 34, 35, 44, 45 และส่วนพักด้านลิ้น

(cingulum rest) ของฟันซี่ 33, 43 ส่วนตะขอพิจารณาใช้ตะขอผสมจับส่วนคอดด้านแก้ม-ไกลกลางของฟันซี่ 35, 45

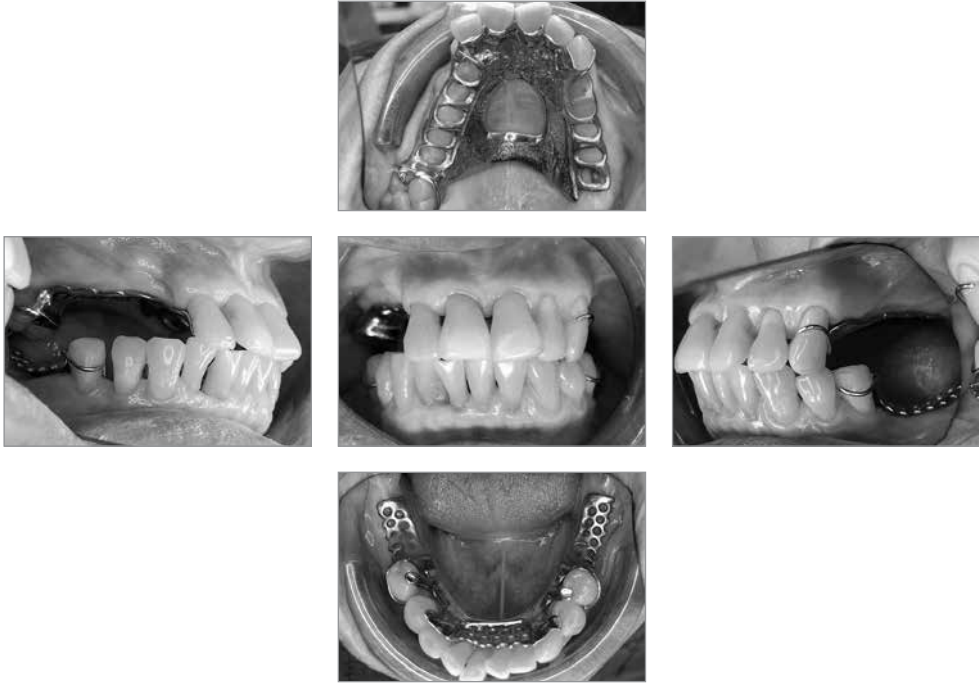
กรอแต่งฟันตามแผนการรักษาเพื่อปรับรูปร่างฟัน สร้างระนาบนำ และแอ่งรับเพื่อรองรับฟันเทียม พิมพ์ปากเพื่อสร้างโครงโลหะ ตรวจสอบความถูกต้องของขี้ผึ้งส่วนคอด (wax block out) โครงขี้ผึ้ง (wax pattern) ทำแผ่นด้านลิ้นที่มีการผ่อนแรงกดด้วยขี้ผึ้ง (relief wax) ไว้เพื่อให้เป็นที่อยู่ของอะคริลิกเรซิน เมื่อถูกต้องแล้วจึงให้ห้องปฏิบัติการเหวี่ยงโครงโลหะ (รูปที่ 6)



รูปที่ 6 แสดงภาพขี้ผึ้งส่วนคอด (wax block out) โครงขี้ผึ้ง (wax pattern) ก่อนการเหวี่ยงโครงโลหะ

4. ลองโครงโลหะในปากผู้ป่วย ตรวจสอบความแนบสนิทของโครงโลหะกับตัวฟัน

ตรวจสอบและปรับแต่งการสบฟัน ให้สามารถเกี่ยวให้เป็นปกติ (รูปที่ 7)



รูปที่ ๗ แสดงการลงโครงโลหะในปากผู้ป่วย

5. พิมพ์เนื้อเยื่อด้วยวิธีใช้แรงกด (functional impression) โดยเสริมอะคริลิกบริเวณโครงโลหะส่วนสันเหงือกทางด้านซ้าย ขอบด้วยวัสดุคอมพาวด์สีเขียวและ

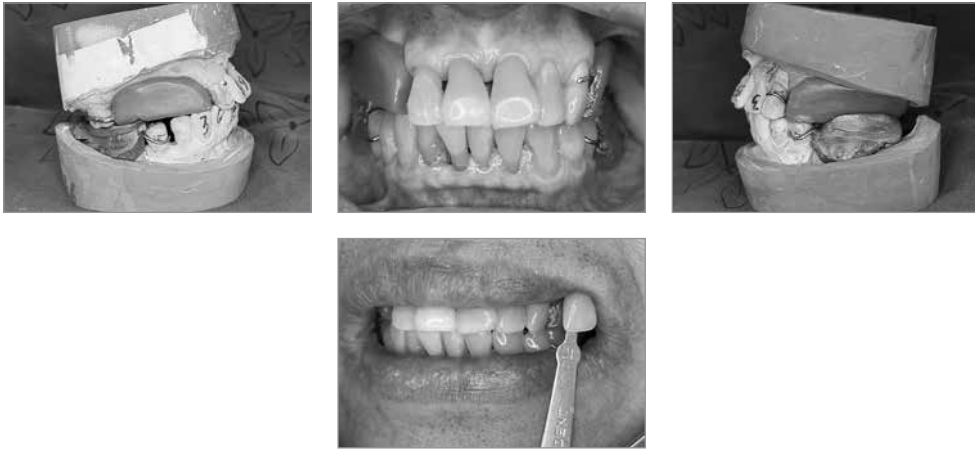
พิมพ์ปากขึ้นสุดท้ายด้วยซิลิโคน ส่งรอยพิมพ์และขึ้นหล่อหลักให้ห้องปฏิบัติการทำขึ้นหล่อเปลี่ยนฐาน และให้ทำแท่นกัดส่งกลับเพื่อบันทึกการสบฟัน (รูปที่ ๘)



รูปที่ ๘ แสดงโครงโลหะที่เสริมอะคริลิกบริเวณสันเหงือกทางด้านซ้าย และรอยพิมพ์แบบใช้แรงกดบริเวณเนื้อเยื่อส่วนซ้าย

6. ลองแทนกัดในขากรรไกรบนและล่าง ปรับแต่งแทนกัด ทหาระยะมิติแนวตั้งของการสบฟัน (vertical dimension) โดยวิธีการวัดระยะปลอดการสบขณะพัก (freeway space) วัดระยะจากปลายจมูก

ถึงกางขณะผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งขากรรไกรพักได้ 76 มม. และขณะผู้ป่วยสบฟันได้ 74 มม. บันทึกการสบฟันโดยใช้อะลูมิเนียมการเทียบสีฟัน โดยใช้ระบบเมเจอร์เดนทได้สีที่เหมาะสมคือ 2L (รูปที่ 9)



รูปที่ 9 แสดงการลองแทนกัดเพื่อบันทึกการสบฟัน และการเทียบสีฟัน

7. ลองฟันในขากรรไกรบนและล่าง ตรวจสอบความถูกต้องของการสบฟัน

ตรวจสอบตำแหน่งฟัน การออกเสียง และความพึงพอใจของผู้ป่วย (รูปที่ 10)



รูปที่ 10 แสดงการลองฟันในช่องปากผู้ป่วย

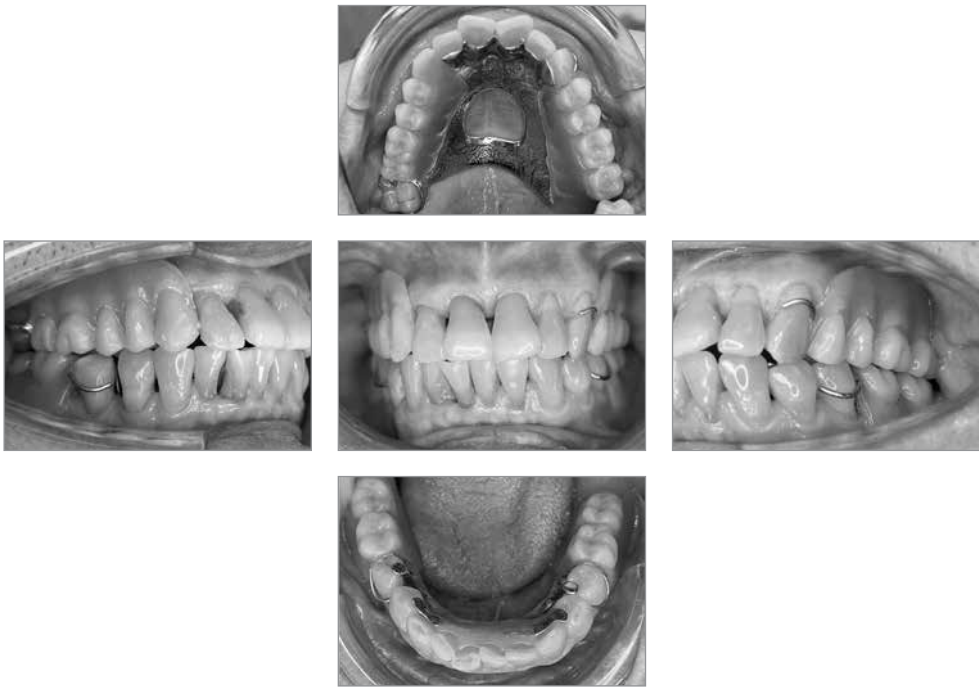
8. ใส่ฟันเทียมในขากรรไกรบนและล่าง ปรับแต่งฟันเทียมให้ลงในตำแหน่ง โดยสังเกตที่ส่วนพังกจะต้อแนบสนิทกับแอ่งรับ ตรวจสอบการกดเนื้อเยื่อของฟันเทียมโดยให้กดในตำแหน่งที่กดได้ โดยขากรรไกรบนคือ

สันเหงือกขากรรไกรล่างคือ ฟันที่ลาครบบริเวณด้านแก้ม เมื่อไม่มีอาการเจ็บจึงตรวจสอบและปรับการสบฟันทั้งการสบในศูนย์ และการสบนอกศูนย์เป็นลำดับถัดไป (รูปที่ 11-14)





รูปที่ 11 ภาพถ่ายนอกช่องปากผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม



รูปที่ 12 ภาพถ่ายในช่องปาก และภาพขณะสบสนิทหลังใส่ฟันเทียม



รูปที่ 13 ภาพถ่ายในช่องปาก ขณะกัดแข็งขาหลังใส่ฟันเทียม

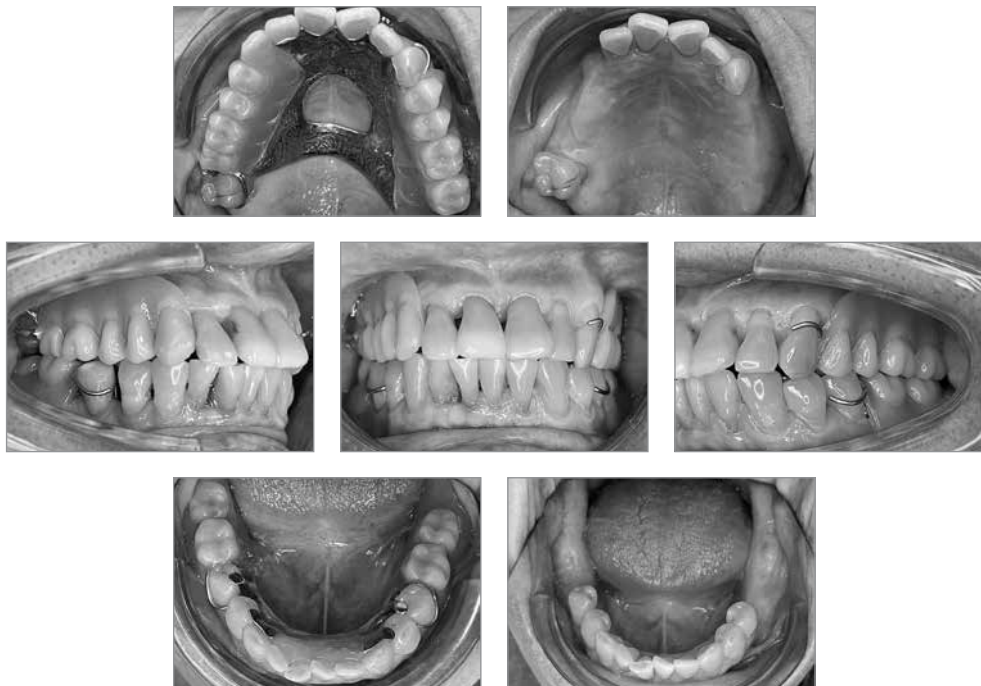


รูปที่ 14 ภาพถ่ายในช่องปาก ขณะกัดแข็งซี่หลังใส่ฟันเทียม

**ผลการรักษา และการติดตามหลังการรักษา**

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร การพูด การออกเสียงและความสวยงาม ฟันเทียมที่ใส่มีความเสถียรและการยึดอยู่ที่ดี การสบฟันดี ไม่มีการกีดขวางขณะสบฟัน (Interference) ผลตรวจหลังใส่ฟันเทียม 1 วัน และ 1 สัปดาห์ พบว่ามีการกดเจ็บและรอยแดงบางตำแหน่ง จึงทำการปรับแก้ฟ่อนแรงกด (relief) ไม่พบขอบฟันเทียมยาวเกิน

หลังใส่ 2 สัปดาห์ 1, 3 และ 6 เดือน ไม่พบการกดเจ็บ ฟันหลักปกติ ผู้ป่วยใช้งานได้ปกติ สามารถทำความสะอาดฟันเทียมได้ดี ฟันซี่ 31, 32, 41 และ 42 มีลักษณะการโยกคงเดิม ภาพถ่ายรังสีพบการสูญเสียกระดูกแนวราบประมาณร้อยละ 50 ของความยาวรากคงเดิม จึงแนะนำให้กลับมามาตรวจเป็นประจำทุก 6 เดือน (รูปที่ 15)



รูปที่ 15 ภาพถ่ายในช่องปาก และภาพขณะสบสนิทหลังใส่ฟันเทียม 6 เดือน

**บทวิจารณ์**

ขากรรไกรบนของผู้ป่วยรายนี้มีฟันหลังหายไปข้างเดียวจำแนกเป็นช่องว่างไร้ฟันแบบที่ 2 ช่องว่างย่อย 1 ช่อง ตามระบบการจำแนกแบบเคนเนดี (Kennedy's classification) [1,6] ไม่มีปุ่มกระดูกด้านเพดานจึงออกแบบให้ส่วนเชื่อมโยงใหญ่เป็นแบบแผ่นลาด

หน้าหลัง เนื่องจากต้องใส่ฟันทดแทนหลายซี่ในฟันหลัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่รบกวนการพูด และมีความแข็งแรงเพียงพอที่ให้การพยุงรับที่ดี[1,15] เลือกใช้ตะขอหลอดคัตที่ฟันซี่ 23 เพราะแขนยึดมีหน้าตัดวงกลมทำให้ยึดหยุ่นทุกทิศทาง กระจายแรงได้ดี

ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อฟันหลัก[16] และเลือกใช้ตะขอโอบฟัน (simple circler) ที่ฟันซี่ 17 เนื่องจากการยึดอยู่ การพุงที่ดี และปลายตะขออยู่ด้านไกลกลางต่อแนวแกนหมุนหลักของฟันปลอมทำให้ไม่บีบรัดฟันหลักเมื่อฟันปลอมยุบตัวลงสู่สันเหงือกเวลาบดเคี้ยว

ส่วนในขากรรไกรล่างของผู้ป่วยรายนี้มีฟันหลังหายไป 2 ข้าง จำแนกเป็นช่องว่างไว้ฟันแบบที่ 1 มีความลึกฟันปาก 9 มิลลิเมตร ซึ่งเหมาะกับส่วนเชื่อมโยงใหญ่แบบทางด้านลิ้น แต่เนื่องจากฟันซี่ 31, 32, 41, 42 มีการพยากรณ์โรคปริทันต์แบบไม่แน่นอน จึงควรเป็นแผ่นด้านลิ้น (Lingual plate) โดยให้มีส่วนรองรับที่ฟันหลักหลายซี่เพื่อกระจายแรงบดเคี้ยว และช่วยเข้าเฟือก (splint) ฟันหลักไว้ด้วยกัน โดยเพิ่มเติมแบบของแผ่นด้านลิ้นเป็นตารางโปร่งเพื่อเป็นที่อยู่ของอะคริลิกเรซินทำให้ง่ายต่อการเติมฟันส่วนตะขอเลือกใช้ตะขอผสม ในผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถใช้ตะขออาร์พีไอได้ เนื่องจากคุณลักษณะของตะขออาร์พีไอต้องมีระนาบนำด้านไกลกลางของฟันหลักขนาด 2-3 มิลลิเมตรใกล้ด้านบดเคี้ยวเพื่อให้แผ่นด้านประชิดของฟันเทียมแต่ละอยู่บริเวณ 1/3 ด้านเหงือกของระนาบนำ และสามารถเคลื่อนที่ในแนวใกล้กลางด้านเหงือกเมื่อมีแรงบดเคี้ยวโดยไม่บีบรัดฟันหลัก[17] แต่ฟันหลักทั้ง 2 ซี่มีแนวฟันล้มมาทางด้านใกล้กลางทำให้ไม่สามารถวางแผ่นด้านประชิดของฟันเทียมให้เป็นไปตามคุณลักษณะของตะขออาร์พีไอที่ควรจะเป็นได้

การสบฟันของฟันปลอมเป็นแบบสบฟันได้คู่ค้ำข้างเดียว (group function) ซึ่งช่วยกระจายแรงบดเคี้ยวและทำให้ฟันเทียมมีเสถียรภาพ เมื่อมีการใช้ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ไปเป็นเวลานานจะมีการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรบริเวณใต้ฐานฟันเทียมขยายฐาน จึงควรติดตามผลรักษาทุก 6 เดือน เพื่อเสริมฐานฟันเทียมให้แบบสนิทกับสันเหงือกเสมอ ไม่ทำให้เกิดการบีบรัดฟันหลัก

### บทสรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบเสร็จสมบูรณ์แล้ว และมีการสูญเสียกระดูกรองรับรากฟันบางส่วนประมาณร้อยละ 50 ของความยาวรากฟันซึ่งทางปริทันต์ถือเป็น การพยากรณ์โรคแบบไม่แน่นอน หากไม่มีการสบกระแทกสามารถเก็บไว้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้โดยออกแบบฟันเทียมที่ช่วยกระจายแรงบดเคี้ยวลงสู่เนื้อเยื่อเชื่อมร่วมกับฟันหลัก ร่วมกับมีการออกแบบเสริมให้เติมซี่ฟันเทียมได้ง่ายเพื่อรองรับการถอนฟันเหล่านี้ในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมเดิมได้นานขึ้นแม้จะต้องถอนฟันเหล่านั้นเพิ่มเติม

ความสำเร็จในการรักษามาจากการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่ครบถ้วน ทั้งการตรวจร่างกาย การตรวจช่องปาก ภาพรังสี เสรฐฐานะของผู้ป่วย รวมถึงความคาดหวังของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษา และออกแบบฟันเทียมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในรายนั้นๆ หลังการรักษาควรนัดหมาย



