

**แบบรายงานผลการประชุมในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท.๐๗๐๓/๒๖๑๔ ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒

ซึ่งข้าพเจ้า นางสาวจิตนภา มหาพล ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สังกัด กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร การประชุมวิชาการและ  
ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ครั้งที่ ๑ เรื่อง “Master Class in Periodontics and Implant Dentistry”  
ระหว่างวันที่ ๒๒-๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๒

ณ โรงแรมพลูแมน คิง เพาเวอร์ กรุงเทพมหานคร เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๔,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการประชุมแล้ว จึงขอรายงานผลการประชุม ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการประชุม
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน  
(นางสาวจิตนภา มหาพล)

## ๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการประชุม

Update : New classification of periodontal diseases and conditions

บรรยายโดย อ.ทพ.กฤษกร เกิดมณี  
อ.ทพญ.ดร.สุปราณี เบ็ญจสุพัฒน์นันท

Classification นี้ มองที่ผู้ป่วย ไม่ได้มองเฉพาะซีฟัน แบ่งเป็น Health Gingivitis Periodontitis ซึ่งระหว่าง Health กับ Gingivitis จะเปลี่ยนกลับไปมาได้ แต่ถ้าเป็น Periodontitis แล้วจะเป็นตลอดชีวิต

Classification นี้แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม

### ๑. Periodontal health, Gingival diseases/conditions

๑.๑ Periodontal health and gingival health สภาวะที่ไม่มีหรืออาจมีการอักเสบของเหงือกเพียงเล็กน้อย มี Immune cell ที่สอดคล้องกับสภาวะปกติของเหงือก พบได้ทั้งใน intact และ reduced periodontium ซึ่งสามารถทำให้เกิดได้ภายหลัง

#### การรักษา

Clinical Parameter ที่ใช้คือ ใช้ Bleeding on probing(BOP) ๖ sites/tooth ใช้แรง ๒๕ grams (probe กดนิ้ว แล้วเล็บซีดลง) โดย probe ทั้งปาก คำนวณเป็น% ใช้ Pocket depth(PD) ใช้ Clinical attachment loss (CAL) คือระยะจาก CEJ ถึงก้น pocket และใช้ Radiographic bone loss (RBL) โดยระดับ bone ปกติอยู่ใต้ต่อ CEJ ๒ มิลลิเมตร

#### ลักษณะทางคลินิก

เมื่อวัด BOP ต้องมีไม่เกิน ๑๐% และมี PD น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔ มิลลิเมตร โดยไม่มี BOP ตรงตำแหน่งที่วัดได้ ๔ มิลลิเมตร และใช้การวัด CAL และ RBL ร่วมด้วยในการวินิจฉัย

#### การเขียน Diagnosis ใหม่

- Clinical gingival health on an intact periodontium กรณีไม่มี CAL ไม่มี Radiographic bone loss (RBL)
- Clinical gingival health on a reduced periodontium in a non-periodontitis patient อาจเกิดในคนที่เหงือกร่น หรือผ่านการผ่าตัด Crown lengthening ซึ่งจะพบว่ามี CAL และมี RBL แต่มีระดับของ PD น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ มิลลิเมตร
- Clinical gingival health on a reduced periodontium in a stable periodontitis patient (เคยผ่านการรักษาปริทันต์มาแล้ว) ซึ่งกรณีจะพบว่ามี CAL และมี RBL แต่มีระดับของ PD น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔ มิลลิเมตร โดยไม่มี BOP ในตำแหน่งที่ PD ๔ มิลลิเมตร

### ๑.๒ Gingivitis – dental biofilm – induced แบ่งเป็น ๓ กลุ่มย่อย

- Associated with dental biofilm alone
- Mediated by systemic or local risk factor มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น
- Drug-induced gingival enlargement เช่น ยาแก้ชัก ยา calcium channel blocker

### ลักษณะทางคลินิก

มีระดับของ PD ไม่เกิน ๓ มิลลิเมตร มี BOP มากกว่า ๑๐%

ให้ extent ด้วย โดยดูจาก BOP

- Localized มี BOP ๑๐-๓๐ %
- Generalized BOP >๓๐ %

### การเขียน Diagnosis ใหม่

- a) Dental plaque induced gingivitis on an intact periodontium กรณีไม่มี CAL ไม่มี Radiographic bone loss (RBL)
- b) Dental plaque induced gingivitis on a reduced periodontium in a non-periodontitis patient ซึ่งกรณีนี้จะพบว่ามี CAL และมี RBL แต่มีระดับของ PD ไม่เกิน ๓ มิลลิเมตร
- c) Dental plaque induced gingivitis on a reduced periodontium in a successfully treated periodontitis patient ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาโรคปริทันต์อักเสบประสบผลสำเร็จ ซึ่งกรณีนี้จะพบว่ามี CAL และมี RBL แต่มีระดับของ PD ไม่เกิน ๓ มิลลิเมตร

### **๑.๓ Non dental plaque induced gingival disease มักจะไม่เกี่ยวกับ dental plaque**

- a) Genetic / developmental disorders
- b) Specific infections
- c) Inflammatory and immune conditions
- d) Reactive processes
- e) Neoplasms
- f) Endocrine, nutritional & metabolic diseases
- g) Traumatic lesions
- h) Gingival pigmentations

## **๒. Periodontitis แบ่งได้เป็น**

๒.๑ Necrotizing Periodontal Disease

๒.๒ Periodontitis

๒.๓ Periodontitis as a Manifestation of Systemic Disease

ลักษณะทางคลินิก กรณีที่เป็น Periodontitis คือ มี Interdental CAL ในฟันที่ไม่ติดกันอย่างน้อย ๒ ซี่ หรือมี Buccal /Lingual CAL มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ มิลลิเมตร ร่วมกับมี PD มากกว่าหรือเท่ากับ ๔ มิลลิเมตร ในฟันอย่างน้อย ๒ ซี่

### กรณีที่ไม่นับเป็น Periodontitis

- Gingival recession of traumatic origin
- Dental caries at cervical area
- CAL ที่ตำแหน่งด้าน distal ของฟัน ๒<sup>nd</sup> molar จากฟัน ๓<sup>rd</sup> molar
- Endodontic lesion drain ผ่านทาง marginal peiodontium
- Vertical root fracture

## วิธีการให้ Extent, Stage, Grade

### a. Extent and distribution

- Localized <๓๐% ของฟันที่มี CAL
- Generalized  $\geq$  ๓๐% ของฟันที่มี CAL
- Molar-incisor distribution

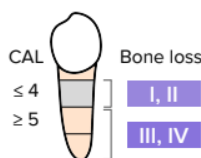
### b. Stages ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนในการรักษา มี ๔ stage คือ

- Stage I Initial Periodontitis
- Stage II Moderate Periodontitis
- Stage III Severe Periodontitis with potential for additional tooth loss
- Stage IV Severe Periodontitis with potential for loss of the dentition

การให้ Stage ให้ดูฟันซี่ที่มี CAL มากที่สุด วิธีการให้มี ๓ ขั้นตอนดังนี้

#### ๑. แยก stage I, II กับ III, IV ก่อน โดยพิจารณาจาก CAL หรือ RBL

- กรณีที่ CAL น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔ มิลลิเมตร และ RBL ไม่เกิน coronal ๑/๓ เป็น stage I หรือ II
- กรณีที่ CAL มากกว่าหรือเท่ากับ ๕ มิลลิเมตร และ RBL เกิน coronal ๑/๓ เป็น stage III หรือ IV

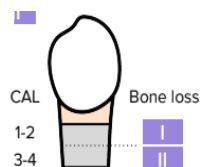


แต่ถ้ามีกรณีดังต่อไปนี้ร่วมด้วยให้เปลี่ยน stage ขึ้นเป็น stage III หรือ IV

- ๑) PD มากกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิเมตร
- ๒) มี Furcation II, III
- ๓) มี Vertical bone loss มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ มิลลิเมตร
- ๔) มี Periodontal tooth loss
- ๕) มี Ridge defect

#### ๒. แยก stage I กับ II โดยการแบ่งครึ่ง coronal ๑/๓ แล้วพิจารณา RBL หรือ CAL

ถ้า stage I RBL อยู่ไม่เกินครึ่งบนของเส้นที่แบ่งครึ่งและมี CAL ระดับ ๑-๒ มิลลิเมตร ถ้า stage II RBL อยู่ในระดับเกินครึ่งลงไป และมี CAL ๓-๔ มิลลิเมตร



#### ๓. แยก Stage III กับ IV โดยพิจารณาถึงความต้องการในการรักษาที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นให้เป็น stage IV ดังนี้

- ๑) Periodontal tooth loss มากกว่าหรือเท่ากับ ๕ ซี่
- ๒) คู่สบน้อยกว่า ๑๐ คู่
- ๓) ๒<sup>nd</sup> occlusal trauma โยงมากกว่าหรือเท่ากับระดับ ๒
- ๔) มี Bite collapse, drift, flare
- ๕) Severe ridge defect

c. Grade ขึ้นกับอัตราการทำลายของโรคหรือความเสี่ยงต่อการทำลายที่เพิ่มขึ้น และการรักษาที่ต้องได้รับ มี ๓ Grade ดังนี้

- Grade A Slow rate of progression
- Grade B Moderate rate of progression
- Grade C Rapid rate of progression

การพิจารณาให้ Grade ให้ดูที่ฟันที่มี CAL สูงสุด แล้วจึงพิจารณาถึง grade modifiers เพื่อ upgrade

๑) ดูจากประวัติ Periodontitis progression ในระยะเวลา ๕ ปี

- ไม่มีการสูญเสีย CAL เพิ่ม เป็น Grade A
- มีการสูญเสีย CAL เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ๒ มิลลิเมตร เป็น Grade B
- มีการสูญเสีย CAL เพิ่มมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ มิลลิเมตร เป็น Grade C

๒) ในกรณีที่ไม่มีย้อนหลัง

๒.๑) ให้พิจารณาจาก %Bone loss เทียบกับอายุ ดังนี้  $\% \text{ Bone loss} / \text{Age}$

- ผลที่ได้  $< 0.25$  เป็น Grade A
- ผลที่ได้  $0.25 - 1$  เป็น Grade B
- ผลที่ได้  $> 1$  เป็น Grade C

ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอายุ ๕๐ ปี มี Bone loss = ๕๐% คิดเป็น  $50/50 = 1$  เป็น Grade B

๒.๒) หรือพิจารณาจาก ปริมาณของ Plaque ต่อ Periodontal destruction

- Heavy plaque แต่มี low periodontal destruction เป็น Grade A
- ถ้าปริมาณ plaque และการทำลายสอดคล้องกัน เป็น Grade B
- ถ้าการทำลายมากกว่าปริมาณ plaque เป็น Grade C

Grade modifiers

- Smoking
  - ไม่สูบบุหรี่ ไม่ต้อง upgrade
  - สูบบุหรี่ น้อยกว่า ๑๐ มวนต่อวัน upgrade เป็น grade B
  - สูบบุหรี่ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มวนต่อวัน upgrade เป็น grade C
- Diabetes
  - ไม่เป็นเบาหวาน ไม่ต้อง upgrade
  - เป็นเบาหวาน ค่า HbA๑c  $< 7$  upgrade เป็น grade B
  - เป็นเบาหวาน ค่า HbA๑c มากกว่าหรือเท่ากับ 7 upgrade เป็น grade C

๓. Other conditions ส่งผลกับ Periodontium

๓.๑ Systemic diseases or conditions affecting the periodontal supporting tissue

๓.๒ Periodontal Abscess and Endodontic Periodontic Lesions

๓.๓ Mucogingival Deformities and Conditions

๓.๔ Traumatic Occlusal Forces

๓.๕ Tooth and Prosthesis Related Factors

## Be master in guided bone regeneration

บรรยายโดย ผศ.ทพ.ขจร กังสดาลพิภพ

### ข้อพิจารณาในการทำ Guided bone regeneration (GBR)

- Restorative plan เป็น Bridge หรือ Implant
- Soft tissue quality : มี attached gingiva หรือไม่
- ขนาดและความรุนแรงของ defect : Bucco-Lingual, Apico-Coronal หรือทั้งสองแนว

### Classification of Ridge Deformities

Seibert (๑๙๘๓) Ridge Defect Classification

- Class I : B-L loss, Normal in Apico-coronal
- Class II : B-L normal, loss height in Apico- coronal
- Class III : Combined

Modification ตาม Severity (Allen ๑๙๘๕)

- Mild : ขนาด defect ๑-๓ มิลลิเมตร
- Moderate : ขนาด defect ๔-๖ มิลลิเมตร
- Severe : ขนาด ๗ มิลลิเมตร

### วัตถุประสงค์ในการทำ horizontal ridge augmentation

๑. เพื่อให้สามารถฝังรากเทียมในตำแหน่งที่เหมาะสม
๒. เพิ่มผลลัพธ์ในด้านการใช้งานและความสวยงาม
๓. มีผลต่อ soft tissue profile

### ข้อพิจารณาการปลูกกระดูกพร้อมกับการฝังรากเทียม (Simultaneous implant placement)

- ในกรณีมี soft tissue เพียงพอ
- ตำแหน่งรากเทียมที่เหมาะสม
- สามารถปักรากเทียมให้มี primary stability

### ข้อพิจารณาในการปลูกกระดูกก่อนการฝังรากเทียม (Staged approach)

- Defect ขนาดใหญ่ ไม่สามารถฝังรากเทียมให้ได้ primary stability
- Defect ขนาดใหญ่ ไม่สามารถฝังรากเทียมได้ในตำแหน่งที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่ได้จากการทำ GBR คือ ได้ความหนาของกระดูกเพิ่มขึ้น และกระดูกที่ปลูกขึ้นมา มี stability เปรียบเทียบค่า mean gain และ stability ในแต่ละวิธีดังนี้

- Simultaneous Particulate graft : mean bone gain ๑.๐-๑.๗ มิลลิเมตร, stability ๕๒-๕๘ %
- Staged Particulate graft : mean bone gain ๑.๑-๒.๗ มิลลิเมตร, stability ๓๑-๖๐ %
- Staged Block graft unprotected : mean bone gain ๒.๙-๕.๐ มิลลิเมตร, stability ๕๕-๗๗%
- Staged Block graft protected : mean bone gain ๓.๗ - ๔.๘ มิลลิเมตร, stability ๘๘-๙๓%
- Predictable bone gain จากการทำให้ particulate bone graft ๓ มิลลิเมตร

- Stage approach ให้ bone gain ๓-๕ มิลลิเมตร และ stability ๗๐-๙๐ % ดีกว่าวิธี Simultaneous ซึ่งให้ bone gain น้อยกว่า ๓ มิลลิเมตร และ stability ๕๐-๖๐%
- Tenting screw technique โดยใช้ screw สร้าง space ขึ้น โดยไม่ต้องใช้ block graft จาก donor site ได้ mean bone gain ๓ มิลลิเมตร ทั้งแนว horizontal และ vertical
- การทำ GBR โดยใช้ particulated graft – Deproteinized bovine bone, Collagen membrane double layer technique Tension-free flap closure

**Vertical augmentation**

จากการประชุม European Workshop on Periodontology on bone Regeneration ครั้งที่ ๑๕  
สรุปข้อมูลจาก ๓๓ การศึกษา เป็น ๖ RCT , ๔ CCTs & ๒๓ CS

| Bone Augmentation | Distraction Osteogenesis | GBR bone grafting | Block graft    |
|-------------------|--------------------------|-------------------|----------------|
| Mean bone gain    | ๘.๐๔ มิลลิเมตร           | ๔.๑๘ มิลลิเมตร    | ๓.๔๖ มิลลิเมตร |
| Graft resorption  | ๑.๔ มิลลิเมตร            | ๐.๙๙ มิลลิเมตร    | ๐.๗๗ มิลลิเมตร |
| Complication rate | ๔๗.๓%                    | ๑๒.๑%             | ๒๓.๙ %         |

- พบว่าวิธี Staged approach ได้ bone gain มากกว่า Simultaneous approach
- การใช้ Membrane ชนิด Non-resorbable ได้ bone gain มากกว่าชนิด resorbable

**Horizontal and Vertical Ridge Augmentation**

หลักสำคัญในการทำ GBR ในแนว horizontal และ vertical (Urban et al JCP ๒๐๑๙)

- การสร้าง space ที่เพียงพอ
  - Non-resorbable membrane
  - Ti mesh / Ti reinforced membrane
  - Tenting screw technique
- การผสมระหว่าง autogenous bone และ allograft/xenograft
- การกระตุ้นให้เกิดการสร้างเส้นเลือดและกระดูกใหม่ โดยใช้ PRF
- เทคนิคที่แนะนำคือ GBR with Titanium mesh & PRF
- อาจต้องทำ soft tissue graft เพื่อเพิ่มคุณภาพของ soft tissue ให้มีความหนาและแข็งแรงพอ

**ปัจจัยความสำเร็จในการทำ GBR**

๑. เย็บปิดแผลให้ได้ primary closure โดยต้องออกแบบ flap ให้เหมาะสม โดย incision อยู่ห่างจาก membrane หนึ่งซี่ฟัน แล้วจึงลง vertical incision และเปิดเป็น full mucoperiosteal flap เลยจาก defect ๕ มิลลิเมตร การเย็บปิดแบบไม่มี tension โดยทำ scoring ที่ฐานของ flap และมี postoperative care ที่เหมาะสม
๒. Space creation & maintenance โดยข้อสำคัญคือการยึดแผ่น membrane ใหนึง ยึดด้วย Bone screw/Tenting screw และใส่วัสดุ bone graft ใต้ membrane

๓. การทำ intra-marrow penetration เพื่อสนับสนุนให้เกิด revascularization และเกิดการยึดกันระหว่างกระดูกที่สร้างใหม่กับกระดูกเดิม
๔. การเลือก Barrier membrane ซึ่งทำหน้าที่ป้องกัน soft tissue ด้านนอก, ช่วยคงสภาพ bone graft และ blood clot ไว้ โดย membrane ควรอยู่ได้นาน ๖- ๑๘ สัปดาห์

| Bioresorbable membrane | Absorption  | Solubility | Structure           |
|------------------------|-------------|------------|---------------------|
| Biomend                | ๖-๘ สัปดาห์ | Insoluble  | Thin, pliable       |
| Biomend (Extend)       | ๑๘ สัปดาห์  | Insoluble  | Thick               |
| Bioguide               | ๔-๖ เดือน   | Soluble    | Soft, double layers |
| Ossix                  | ๖-๘ เดือน   | Insoluble  | Thin                |

๕. การเลือก Bone grafting การผสมระหว่าง autogenous bone และ allograft/xenograft
๖. Stability of the wound โดยหลีกเลี่ยงการกดทับของ provisional prosthesis โดยเฉพาะ ๒- ๔ สัปดาห์แรก หลีกเลี่ยงการเคี้ยวในตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด



## Management of the compromised endo-perio situation

บรรยายโดย อ.ทพ.นรชัย วงศ์กรเชาวลิต

เมื่อพบ combined lesion ของ endo-pero lesion ให้พิจารณาว่า สาเหตุเริ่มต้นมาจากสาเหตุใดก่อน เนื่องจากมีการจัดการที่ไม่เหมือนกัน ดังนี้

๑. Primary endodontic with secondary periodontal lesion คือรอยโรคที่เริ่มเกิดจาก โพรงประสาทฟันก่อนและเกิดรอยโรคปริทันต์ตามมา ให้เริ่มต้นด้วยการรักษาโพรงประสาทฟันก่อน โดยล้างภายในคลองรากหลายๆครั้งของการนัด (visit) ร่วมกับการรักษาปริทันต์แบบ simple hygiene phase หลังจากนั้นให้ประเมินอีกครั้ง ๒-๓ เดือน หรือ ๖ เดือน หากรอยโรคปริทันต์ยังไม่ดีขึ้น จึงทำศัลยกรรมปริทันต์
๒. Primary periodontal with secondary endodontic lesion และภาวะ true combined lesion คือรอยโรคที่เริ่มจากรอยโรคปริทันต์ก่อนและเกิดโพรงประสาทฟันอักเสบตามมา และภาวะที่มีทางเชื่อมระหว่างโพรงประสาทฟันกับรอยโรคของปริทันต์ ให้รักษาโพรงประสาทฟัน ร่วมกับการรักษาปริทันต์แบบ palliative periodontal therapy หลังจากนั้นให้ประเมินอีกครั้ง ๒-๓ เดือน หรือ ๖ เดือน

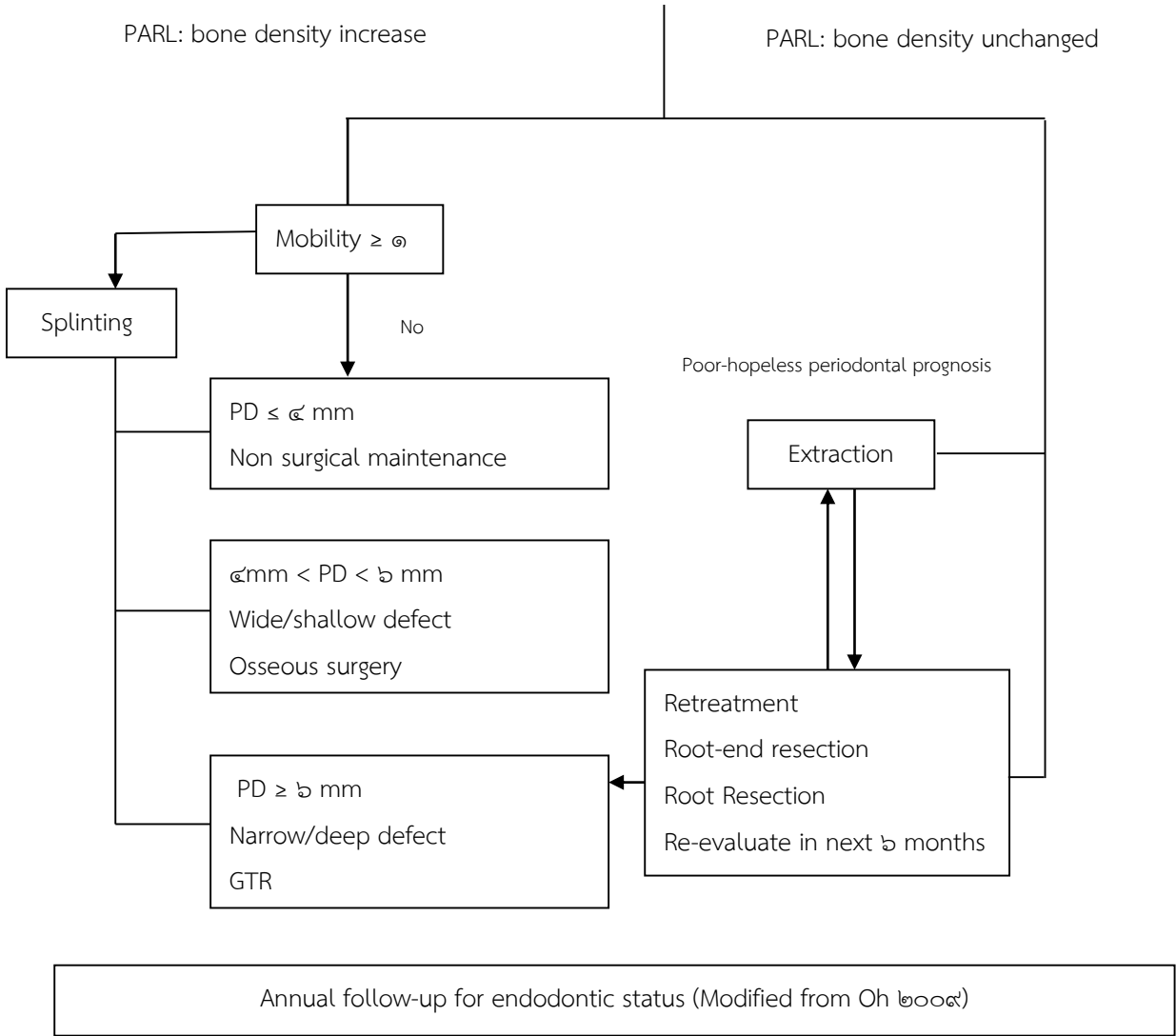
การประเมินหลังจากรักษาฟัน ๓-๖ เดือน

๑. PARL resolution
๒. Mobility
๓. ความลึกของกระเป๋าปริทันต์ (pocket depth)

Follow up phase (၆-၁၂ months after RCT)

PARL: bone density increase

PARL: bone density unchanged



## New ortho-perio perspective : เมื่อลวดของฉันทัน featuring กับมิตของเธอ

บรรยายโดย อ.ทพ.ธนิต เจริญรัตน์

งานทันตกรรมจัดฟันมีความสัมพันธ์กับงานปริทันตวิทยาในหลายด้าน เช่น

- การจัดฟันในผู้ป่วยโรคปริทันต์ (periodontal compromise case)
- งานทันตกรรมรากเทียม
- การจัดการกับเนื้อเยื่อแข็ง (hard tissue management) เช่น esthetic crown length, alveolar bone recontour
- การจัดการกับเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue management) เช่น ตัด frenum, การผ่าตัดเพื่อเปิดฟันที่คุดอยู่ใต้กระดูกขากรรไกร

นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนการรักษาหนึ่งของ hard tissue management ที่ช่วยในงานทันตกรรมจัดฟันให้จัดฟันได้เร็วขึ้น คือ PAOO (Periodontally accelerated osteogenic orthodontics โดยทำได้ ๒ รูปแบบคือ

๑. การตัดกระดูกด้านใกล้แก้ม (buccal corticotomy cuts) ที่ฟันแต่ละซี่และทำการเจาะกระดูก (perforation) และทำการปลูกกระดูกโดยใช้ particulated bone
๒. Bone block movement คือการตัดกระดูกตรงส่วนที่เหนือปลายรากฟัน โดยแบ่งฟันเป็นกลุ่มของฟัน โดยตัดทั้งกระดูก cortex ทั้งส่วนใกล้แก้มและใกล้ลิ้น และให้กระดูก spongy ยังติดอยู่เพื่อเป็นแหล่งอาหารแก่ mucoperiosteum

ประโยชน์ของ PAOO

๑. ทำให้เคลื่อนฟันได้เร็วขึ้น
๒. ช่วยป้องกันการเคลื่อนฟันออกนอกแนวขากรรไกร ลดอุบัติการณ์เกิด dehiscence และ fenestration ของรากฟัน
๓. การทำ corticotomy ช่วยเพิ่มความหนาของกระดูก

## Complication รากเทียม ตอน เมื่อสิ่งที่ถูกใจ ไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้อง

บรรยายโดย ทพญ.สุชาดา ก้องเกียรติกมล

ภาวะแทรกซ้อนของงานทันตกรรมรากเทียม (Esthetic implant complication) เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่

๑. ความล้มเหลวทางชีววิทยา (Biological failure)
๒. ความล้มเหลวในการรักษา (Technical/treatment failure)
๓. ความล้มเหลวเชิงกล (Mechanical failure)

| Mechanical complication | Technical complication                              | Biological complication                             |
|-------------------------|---|---|
| Screw loosening         | Fracture of veneer porcelain                        | Adverse soft tissue reactions                       |
| Screw fracture          | Fracture of the framework in implant supported FPDs | Sensory disturbance                                 |
| Cement failure          |   | Progressive marginal bone loss, loss of integration |

ความล้มเหลวเชิงกล (Mechanical Complication) สาเหตุเกิดจาก

๑. Biomechanical overloading
๒. ตำแหน่งหรือมุมของรากเทียมไม่เหมาะสม
๓. การสูญเสียการรองรับด้านหลังของขากรรไกร (loss of posterior support)
๔. Parafunctional habit

การเกิด screw หลวม (screw loosening) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย พบบ่อยในฟันล่าง และครอบฟันซี่เดียว มีวิธีป้องกัน ดังนี้

๑. ลด joint clamping force
๒. ลดการสัมผัสในแนว excursive
๓. ลดภาวะ cantilever
๔. ไม่ให้การสัมผัสในแนวด้านประชิดแน่นเกินไป (not too tight proximal contact)
๕. ลดการรับแรงนอกแนวแกนกลางฟัน (minimize off axis loading)
๖. หลีกเลี่ยง non passive framework
๗. Torque screw ๒ ครั้ง ห่างกัน ๕ นาที

Complication ที่เกิดจากตำแหน่งของรากเทียมอยู่ชิดกันเกินไป ได้แก่

๑. กระดูกระหว่างซอกฟันละลายตัว (interproximal bone loss)
๒. Emergence profile ไม่เหมาะสม
๓. ทำความสะอาดช่องปากยาก
๔. ทำให้ความสูงของ papilla ลดลง

ภาวะแทรกซ้อนของ immediate tooth replacement ได้แก่

๑. ภาวะเหงือกกรัน
๒. สีของโลหะปรากฏที่ขอบเหงือก
๓. Incisal facial contour ไม่เหมาะสม

ซึ่งสามารถป้องกันโดยการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม คือ

๑. ครอบฟันเป็นหลัก (follow prosthesis)
๒. หาดำแหน่งขอบครอบฟัน
๓. ใช้รากเทียมขนาดเล็ก
๔. ตำแหน่งรากที่ยึดในแนว bucco-lingual เหมาะสม

แนวทางในการพิจารณาเพื่อการทำ single immediate implant ในฟันหน้า

- |   |  |
|---|--|
| ๑. Esthetic risk assessment (ERA)                 | ๖. Buccal gap bone graft               |
| ๒. Tomographic plan                               | ๗. Facial gingival grafting            |
| ๓. ถอนฟันแบบ minimally traumatic tooth extraction | ๘. ใช้รากเทียมขนาดเล็ก                 |
| ๔. ๓D implant placement                           | ๙. ใช้ screw-retained crown            |
| ๕. ทำ emergence profile ให้เหมาะสมจากรากเทียม     | ๑๐. Custom impression coping technique |

ข้อแตกต่างของ screw-retained Prosthesis และ cemented-retained Prosthesis

| ประเด็น                                    | screw | cement |
|--|-------|--------|
| ๑. ความง่ายในการทำและราคา                  |       | /      |
| ๒. ความสวยงาม                              |       | /      |
| ๓. การเข้าถึง (access)                     |       | /      |
| ๔. การบดเคี้ยว (occlusion)                 |       | /      |
| ๕. การยึดอยู่ (retention)                  | /     |        |
| ๖. อุบัติการณ์การสูญเสียการยึดอยู่         | /     |        |
| ๗. ความสามารถในการดึงออก (retrieveability) | /     |        |
| ๘. ความแนบสนิทของครอบฟัน                   |       | /      |
| ๙. restriction of implant position         |       | /      |
| ๑๐. ผลต่อสุขภาพของ perio-implant tissue    | /     |        |
| ๑๑. provisionalization                     | /     |        |
| ๑๒. immediate loading                      | /     |        |
| ๑๓. ขั้นตอนการพิมพ์ปาก                     | /     |        |
| ๑๔. Porcelain fracture                     |       | /      |

การเลือกใช้ screw- and cement-retained Prosthesis เป็นทางเลือกที่ ๓ โดยมีข้อดีดังนี้

๑. Passivity
๒. ความสามารถในการดึงออก (retrieveability)
๓. ความง่ายในการเอา cement ส่วนเกินออก

นำข้อดีของทั้งscrew-retained Prosthesis และ cemented-retained Prosthesis มาเพื่อประโยชน์ในการใช้งานและกระบวนการในการรักษา

## ๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน

ทันตแพทย์สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกทันตกรรม สำนักอนามัย เพื่อให้การรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หรือส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมประชุมสามารถนำไปถ่ายทอดให้ทันตแพทย์ในสังกัดคนอื่นได้ทราบ

## ๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการประชุมดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

การประชุมวิชาการเรื่อง Master Class in Periodontics and Implant Dentistry จัดโดยสมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย เป็นการประชุมที่มีการนำเสนอความรู้ งานศึกษาวิจัย เทคโนโลยีและวิทยาการด้านปริทันตวิทยา เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันตแพทย์เข้าใจและสามารถให้การรักษาในสาขาปริทันตวิทยาได้ตามแนวทางที่เป็นปัจจุบัน เป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่องที่ทันตแพทย์จะสามารถนำไปพัฒนางานให้บริการผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรให้ทันตแพทย์ สำนักอนามัย ได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางทันตแพทยศาสตร์ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง