

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท.๐๗๐๓/๑๐๓๓ ลงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๑

ซึ่งข้าพเจ้า ๑. นางสาวสวลี แสงเขียว ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
 ๒. นางตติยา สินธุภิญโญ ทันตแพทย์ชำนาญการ

สังกัด กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร ประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๑ ของราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ระหว่างวันที่ ๔-๕ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ ชั้น ๒๒ และ ๒๓ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์แอทเซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร โดยไม่เบิกค่าใช้จ่าย

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวสวลี แสงเขียว)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางตติยา สินธุภิญโญ)

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรม

Do All Pulp exposures need root canal treatment?

บรรยายโดย ผศ.ทพ.ดร.ภูมิศักดิ์ เลาวกุล

ผศ.ทพ.ดร.ยุทธนา คุงุฒยากร

การปฏิบัติงานในคลินิกทันตกรรม ในการกำจัดรอยผุของฟัน บ่อยครั้งที่พบปัญหาฟันผุทะลุโพรงประสาท ทันตแพทย์มักใช้วิธี Direct Pulp Capping ในฟันทะลุโพรงประสาทที่มีขนาดเล็กๆ แต่การศึกษาหลายงานวิจัย พบว่าความสำเร็จในการทำ Direct Pulp Capping อยู่ประมาณ 50% เมื่อใช้ Dycal เป็นสารทำ Direct Pulp Capping

แนวโน้มในการรักษาฟันผุทะลุโพรงประสาทในปัจจุบัน เน้นไปที่การรักษาความมีชีวิตของฟันเพิ่มมากขึ้น (Vital Pulp Therapy) จากเดิมที่เน้นไปที่การรักษาคลองรากฟัน (Root Canal Treatment) เนื่องจาก

1. โพรงประสาทฟันมีความสามารถในการซ่อมแซมสูง
2. งานรักษาคอนโรกฟัน ทำงานได้ยากกว่า ขึ้นกับทักษะการทำงานของทันตแพทย์ ในขณะที่ทันตแพทย์เฉพาะทางรักษารากฟันมีน้อย
3. ความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข Direct Pulp Capping มีความคุ้มค่าเมื่อทำในผู้ป่วยอายุน้อย และรอยผุจำกัดเฉพาะด้านบดเคี้ยว ในขณะที่รักษาคอนโรกฟันมีความคุ้มค่าในผู้ป่วยอายุมาก และมีรอยผุทะลุโพรงประสาทที่ด้านประชิดฟัน

การรักษาความมีชีวิตของฟัน (Vital pulp therapy) คือการรักษาและคงไว้ซึ่งความมีชีวิตของโพรงประสาทฟันที่ได้รับอันตรายจากสาเหตุต่างๆ เช่น แร้งกระแทก รอยผุ ขบวนการบูรณะฟัน และความผิดปกติของรูปร่างฟัน (anatomic anomalies)

การตัดประสาทฟันบางส่วน (partial pulpotomy) คือมีการตัดประสาทฟันส่วนเล็กๆในโพรงประสาทฟัน (coronal pulp) เพื่อคงความมีชีวิตของโพรงประสาทฟันส่วนตัวฟันและปลายรากฟัน

การตัดประสาทฟันส่วนตัวฟัน (pulpotomy) คือการตัดประสาทฟันส่วนตัวฟัน (coronal pulp) เพื่อคงความมีชีวิตของโพรงประสาทฟันส่วนปลายรากฟัน นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นการรักษาฉุกเฉินเพื่อบรรเทาอาการปวดฟันได้ด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา

1. การวินิจฉัยโรคทางคลินิก (clinical diagnosis)
2. ภาวะการอักเสบ/การติดเชื้อ (Inflammation/infection status)
3. ระยะการสร้างรากฟัน
4. แผนการรักษาที่ชัดเจน (definitive treatment plan)

Failure in fixed prosthodontics : learning from the past

บรรยายโดย ทพ.รุ่งกิจ หลีเจริญกุล

งานฟันปลอมแบบติดแน่น ควรมีการตรวจ วิเคราะห์ วางแผนที่เหมาะสมเพื่อความสำเร็จในระยะยาว แต่อย่างไรก็ดีงานฟันปลอมแบบติดแน่น อาจมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดความล้มเหลวได้ ดังนั้นควรมีการวางแผนเพื่อให้สามารถให้การรักษาซ้ำ (re-treatment) ทำได้ง่ายขึ้น ดังนี้

1. การใช้ซีเมนต์ชนิดชั่วคราว (temporary cementation)
2. ออกแบบฟันปลอมที่สามารถรองรับ หากต้องการเพิ่มซี่ฟันปลอมในอนาคต
3. การออกแบบ rest seat ที่อาจต้องใช้ในอนาคต
4. การทำครอบฟันที่มี guiding plane ที่ดีเพื่อการใส่ฟันปลอมถอดได้ในอนาคต
5. การบันทึกสีฟันที่ใช้
6. การบันทึกซีเมนต์ที่ใช้
7. การเก็บครอบฟันชั่วคราวและ working cast
8. การแจ้งผู้ป่วย และการมี informed consent

จากการศึกษาของ Pjetursson (2007) พบว่า 5-year survival rate ของครอบฟันซี่เดียว (single crown) เป็น 95.6% 10-year survival rate ของครอบฟันซี่เดียว (single crown) เป็น 75-85% ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจใช้ในการพิจารณาในการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยถึงอายุใช้งานของงานครอบฟัน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาในการเก็บหรือถอนฟันที่ใช้ในงานฟันปลอมแบบติดแน่น

1. อัตราส่วนความยาวตัวฟันต่อความยาวรากฟัน หากอัตราส่วนความยาวตัวฟันต่อความยาวรากฟันมากกว่า 1:1 สามารถเก็บฟันนี้ได้
2. การโยกของฟัน หากโยกระดับ 3 ควรถอนออก
3. การละลายตัวของกระดูก หากมีผลต่อความแข็งแรงของซี่ข้างเคียง ควรถอนออก
4. ฟันที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่ต้องทำผ่าตัดเพิ่มความยาวตัวฟัน (crown lengthening) อาจทำให้สูญเสียกระดูกรากฟันเพิ่ม ควรถอนออก
5. ฟันที่รักษารากฟันแล้วต้องใส่ post และ core ขนาดใหญ่ อาจทำให้รากแตกได้ หรือฟันที่เนื้อฟันน้อย ไม่มี ferrule ควรถอนออก

Hard and soft tissue augmentation : When and how?

บรรยายโดย ผศ.ทพ.ขจร กังสตาลพิภพ

รศ.ทพ.ดร.อาทิพันธ์ พิมพ์ขาวขำ

การบรรยายนี้ เน้นการเพิ่มขนาดของ hard tissue และ soft tissue ที่ไม่เพียงพอในงานทันตกรรม รากเทียม

ลักษณะทางคลินิกที่แสดงว่า hard tissue และ soft tissue ที่ไม่เพียงพอ

1. มีลักษณะเว้าของสันเหงือก (concavity)
2. การสูญเสีย keratinized tissue
3. ฟันปลอมมีส่วนปีกของอคริลิกสีชมพูหนา (thick pink acrylic flange)
4. ฟันที่ได้รับการบูรณะแล้วมีลักษณะรูปร่างยาว (long restoration)
5. Ridge lap restoration

สาเหตุของ hard tissue และ soft tissue ที่ไม่เพียงพอ

1. การสูญเสียฟัน
2. โรคปริทันต์อักเสบ
3. การติดเชื่อปลายรากฟัน
4. เนื้องอกต่างๆ
5. การมีรากแตกตามแนวยาว
6. General trauma
7. ความสูงของกระดูกบริเวณฟันกรามบนไม่เพียงพอ
8. โรคทางระบบ

เมื่อวิเคราะห์ขนาดของ hard tissue และ soft tissue ทั้งความกว้างและความสูงแล้ว นำไปสู่การวางแผนการรักษา

1. การบูรณะฟัน ว่าจะเป็นสะพานฟัน (bridge) หรือรากเทียม (implant)
2. การเพิ่มขนาดของ hard tissue และ soft tissue ที่ไม่เพียงพอ ต้องวิเคราะห์ว่าขาดในแนวใด bucco-lingual หรือ apico-coronal หรือทั้ง 2 แนว

การเพิ่มขนาดของสันเหงือก จะนำไปสู่ตำแหน่งที่เหมาะสมของรากเทียมในกระดูกขากรรไกร การเพิ่มขนาดและรูปร่างที่เหมาะสมของกระดูก จะทำให้เนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) มีรูปร่างที่ดีขึ้นด้วย การเพิ่มขนาดของกระดูก สามารถทำพร้อมกับการฝังรากเทียม (simultaneous implant placement) หรือปลูกระดูกก่อนแล้วจึงฝังรากเทียมในภายหลัง (staged approach) โดยมีข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกัน

การเพิ่มขนาดของกระดูก สามารถทำพร้อมกับการฝังรากเทียม (simultaneous implant placement) มีข้อบ่งชี้คือ 1. มี soft tissue เพียงพอ 2. สามารถฝังรากเทียมให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมได้ 3. รากเทียมแน่นในวันที่ยึดรากเทียม (good primary stability)

การปลูกกระดูกก่อนแล้วจึงฝังรากเทียมในภายหลัง (staged approach) โดยมีข้อบ่งชี้คือ 1. ขนาดของกระดูกมีน้อย (large defect) ทำให้รากเทียมไม่มี primary stability 2. ขนาดของกระดูกมีน้อย (large defect) ทำให้รากเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม

การปลูกกระดูก ได้แก่

1. Guided bone regeneration (GBR) สามารถเพิ่มขนาดของกระดูกได้ประมาณ 3 มิลลิเมตร จากการใช้ particulate bone graft และการปลูกกระดูกก่อนแล้วจึงฝังรากเทียมในภายหลัง (staged approach) สามารถเพิ่มขนาดกระดูกได้ดีกว่า การเพิ่มขนาดของกระดูกพร้อมกับการฝังรากเทียม (simultaneous implant placement)
2. Block bone graft สามารถเพิ่มขนาดของกระดูกในบริเวณที่เป็น large defect และให้ผลสำเร็จที่ดีในระยะยาวในงานทันตกรรมรากเทียม โดยอาจใช้กระดูกของผู้ป่วยเอง (autogenous bone) หรือ allogenic block graft หรือ alloplastic block graft

การเพิ่มขนาดเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue augmentation) ทำเพื่อแก้ไขความผิดปกติของสันเหงือก และเพิ่มความหนาของเนื้อเยื่ออ่อน ทำให้บริเวณ pontic สวยงาม ในงานทันตกรรมรากเทียม ควรเตรียมเหงือกให้เหมาะสมเพื่อความสำเร็จในระยะยาว ในเหงือกบาง (thin biotype) ควรได้รับการปลูกเหงือกให้มีความหนา (thick biotype) เช่น การทำ connective tissue graft หรือ vascularized interpositional periosteal- connective tissue graft

โดยสรุปการเพิ่มขนาดของ hard tissue และ soft tissue ที่ไม่เพียงพอในงานทันตกรรมรากเทียม มีความจำเป็นเพื่อให้รากเทียมอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ทำให้รากเทียมมีขนาดที่เหมาะสมกับแรงบดเคี้ยว มีความสวยงามและมี primary stability ที่ดี

How to handle oral swellings

บรรยายโดย ผศ.(พิเศษ) ทพญ.พัชรี กัมพลานนท์

ผศ.ทพ.ดร.อชิรุทธ์ สุพรรณเมธัส

รศ.ทพญ.สังสม ปรภายสาธก

การบวม (Swelling) หมายถึงการเพิ่มขนาดอย่างผิดปกติของร่างกาย โดยส่วนใหญ่มาจากการสะสมของเหลว การวินิจฉัยโรคของอาการบวมในช่องปากประกอบด้วย 3 ส่วน

1. การตรวจทางคลินิก (Clinical Examination) ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจในช่องปาก การตรวจเลือด ซักประวัติยาที่ใช้
2. การตรวจทางรังสี (Radiographic Examination) ได้แก่ การตรวจทางรังสีภายในช่องปาก การตรวจทางรังสีภายนอกช่องปาก Computed tomography Scan (CT Scan) การตรวจ MRI Ultrasonography และการตรวจ PET scan (positron emission tomography)
3. การตรวจทางพยาธิวิทยา เช่น การตรวจย้อม H&E Special stains การตรวจ Immunohistochemistry การตรวจ Immunofluorescence และการตรวจ fine Needle Aspiration Biopsy

การตรวจทางคลินิกของการบวมในช่องปาก

1. ระยะเวลาที่เกิดอาการบวม
 - ถ้าขนาดโตตั้งแต่เกิด เป็น Congenital Anomalies
 - บวมในระยะเวลาสั้น เป็น อาการอักเสบ
 - บวมและโตเร็วในระยะเวลาอันสั้น เป็น เนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignancy)
 - บวม โตช้า ไม่มีอาการอักเสบ เป็น เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign tumor)
2. Mode of onset
 - เกิดทันทีหลังจากเกิดการบาดเจ็บ เป็น Hematoma
 - หากเกิดเป็นแบบเฉียบพลัน และโตเร็ว เป็น การอักเสบ (Inflammation)
 - อาการบวม โตอย่างต่อเนื่อง เป็น เนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignancy)
 - หากโตช้า เป็น เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Tumor)
3. อาการปวด ดูว่าปวดแบบไหน ในเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง และ Early carcinoma จะไม่มีอาการเจ็บ (ยกเว้น Neural invasion เนื้องอก)
4. การคลำ (Palpation) ดูอุณหภูมิ Tenderness พื้นผิว (Surface) และตำแหน่ง ขนาด ขอบเขตของอาการบวม
5. การดูดออกด้วยเข็ม (Aspiration) เพื่อตรวจดูของเหลวในบริเวณที่มีอาการบวม รวมทั้งดูลักษณะของเหลวที่อยู่ข้างใน อาจช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น ของเหลวมีลักษณะใส อาจเป็น Dentigerous cyst หากมีลักษณะเป็นครีมขาว น่าจะเป็น Odontogenic cyst

การตรวจวินิจฉัยอาการบวมในช่องปาก จำเป็นต้องใช้การตรวจหลายอย่างข้างต้นร่วมกันในการวินิจฉัยโรค บางครั้งอาการบวมที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปาก อาจเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาจากอวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยในปาก และการรักษาอย่างรีบด่วน จึงเป็นเรื่องจำเป็นควรมีการตรวจเลือด และเอกซเรย์ปอด เพื่อลดการสูญเสียชีวิต และลดการลุกลามของเนื้องอกในช่องปาก

How to manage Root caries

บรรยายโดย ผศ.ทพญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล

ผศ.ทพ.ดร.วรรณธนะ สัตตบรรณสุข

ทพญ.จารุพรรณ อุ้นสมบัติ

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พบว่ากลุ่ม 60-70 ปีจะมีแนวโน้มที่มี Root caries มากขึ้น ประเทศไทยถือว่าเข้าสู่สังคมสูงอายุ เพราะคาดว่าปี 2564 จะมีประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปสูงเกินร้อยละ 20 Root caries เกิดจากมีการร่อนของเหงือก และมักพบฟันผุตรง cementum และ dentine ซึ่งจะกลายเป็น Retained Root

การ Management Root caries แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1. Primary คือการป้องกัน
2. Secondary คือการทำให้เกิดการผุที่ช้าลง
3. Tertiary การบูรณะเมื่อฟันผุ

Primary prevention คือ หาสาเหตุปัจจัยเสี่ยงให้เจอ เช่น Lifestyle พฤติกรรมการกินอาหาร การทำความสะอาด และการควบคุม oral hygiene

สาเหตุของ Root caries

1. การไหลของน้ำลายลดลง ทำให้ความสามารถในการปรับความเป็นกรดต่างลดลง จนทำให้ค่า pH เป็นกรด
2. เป็นโรคปริทันต์อักเสบ
3. ได้รับการฉายรังสีรักษา ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง
4. โรคเรื้อรังหรือการรับประทานยาบางอย่าง ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง
5. ความสามารถในการใช้มือลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำความสะอาดลดลง
6. การกินแป้งที่มากขึ้นหรือการติดกินหวานหรือการกินอาหารอ่อนนุ่ม
7. การสูบบุหรี่
8. การมีภาวะภูมิคุ้มกันที่ต่ำลง

Xerostomia คือความรู้สึกปากแห้งของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่รู้สึกรู้สึ แต่เขาดีมน้ำตลอด เกิดจากการทำงานของต่อมน้ำลายลดลง เป็นสาเหตุทำให้เกิดฟันผุ สาเหตุเกิดจาก

1. การรับประทานยาความดัน ยาคลายเครียด ยานอนหลับ ยาแก้แพ้จะกดการทำงานของ parasympathetic หรือต่อมน้ำลาย
2. การฉายรังสี จะทำลายต่อมน้ำลาย
3. Systemic disease เช่น DM HIV
4. ไม่ทราบสาเหตุเช่น autoimmune เช่น Sjogren's Syndrome

อาการคือมีการรับรสเปลี่ยน มีกลิ่นปาก เคี้ยวหรือกลืนไม่สะดวกเนื่องจากมีการหล่อลื่นที่น้อยลง กินเผ็ดไม่ได้ แสบร้อน การตรวจ จะพบลิ้นแดง แดกเป็นร่องแห้ง ริมฝีปากแห้ง ช่องปากปกติก็จะมีแอ่งน้ำลายได้ลิ้น แต่ถ้าในกลุ่มคนที่ปากแห้งจะไม่พบแอ่งน้ำลาย ให้เอา mouth mirror จะพบว่าติดหนึบกับแก้มกับลิ้น น้ำลายจะเป็นพวก Foamy saliva นอกจากนี้อาจเห็นแผลหรือเชื้อรา

การรักษาต้องเป็นการรักษาแบบบูรณาการ ผู้ป่วยต้องดูแลตัวเอง อาจจะไปรับเพิ่มยา หรือเพิ่มผลิตภัณฑ์ เช่น น้ำลายเทียม นอกจากนี้ต้องให้ความรู้กับผู้ป่วย คือ บอกสาเหตุที่เกิดจากอะไรและควรทำ

อย่างไร สอนการแปรงฟัน ให้น้ำยาบ้วนปากสูตรไม่มีแอลกอฮอล์ เสริมฟลูออไรด์ ลดการทานอาหารประเภท น้ำตาลลง หลีกเลี่ยงบุหรี่ ซากาแฟ ควรอมน้ำแข็งระหว่างวัน หรือจิบน้ำ หรือวางแก้วน้ำเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น ในห้องนอน

Management of root surface caries lesion

1. เมื่อเกิดฟันผุขึ้นแล้ว Fluoride เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ไม่ลุกลามต่อไป แนะนำทาฟลูออไรด์ ทุก 3 เดือน
2. การแปรงฟัน แนะนำการแปรงแห้ง เพื่อให้มีฟลูออไรด์คงอยู่ในช่องปาก
3. การอุดฟัน

Restoration

- กรณีเป็น active lesion ต้องควบคุมความชื้น ควรใส่ Rubber dam ,Retract cord
- Remove caries เฉพาะส่วนที่จำเป็น อาจใช้ spoon ตักเบาๆ หรือกรอเบาๆ ให้ขอบ margin สะอาด
- การเลือกวัสดุ และวิธีการขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ

Do we really manage dental caries only fix the consequences?

บรรยายโดย ศ.(พิเศษ)ทพญ.ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล

ผศ.ทพญ.พนิดา ธีญญศรีสังข์

ศ.ทพญ.ดร.สุดาตวง กฤษณาพงษ์

โรคฟันผุ เป็นโรคที่เกิดจากการเสียสมดุลของเชื้อใน dental plaque ปัจจัยที่ทำให้เสียสมดุลคือ อาหารหวาน ทำให้น้ำลายลดลงหรือคุณภาพของน้ำลายไม่ดี เมื่อไรที่มีสภาวะเครียด กินทั้งวัน กินหวานทำให้ ฟันแช่อยู่ในสภาวะกรดตลอดเวลา เชื้อที่ดีจะอยู่ไม่ได้ เชื้อกลุ่มที่อยู่ก็คือ เชื้อกลุ่มที่ทนกรด แล้วก็สร้างกรดได้ ก็จะทำให้ฟันผุ

การศึกษาเชื้อจุลินทรีย์ทั้งหมดในช่องปาก พบว่ามีเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 700 สปีชีส์ และเชื้อรา มากกว่า 100 สปีชีส์ โดยมีเชื้อตัวเด่นๆ ก็คือ S.mutans แต่ก็มีเชื้ออื่นๆอีกมากมาย เมื่อฟันผุมากขึ้นจะมีความ เป็นกรดมากขึ้น จะมีจำนวนเชื่อน้อยชนิดลง แต่มีในปริมาณที่มากขึ้น ซึ่งเป็นเชื้อที่ทนกรด และสร้างกรดได้

การเกิดโรคจะเกิดจากสิ่งแวดล้อมในช่องปากที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการอุดฟันจึงไม่เพียงพอ เพราะ เป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะจุดที่ปลายเหตุ ไม่ได้เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในปากผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ High risk จะเกิด ฟันผุใหม่ดังนั้นจะต้องปรับสภาพแวดล้อมในปากเพื่อป้องกัน Secondary Caries โดยการ

1. remove plaque ออกให้หมด ด้วยการแปรงฟันสม่ำเสมอ
2. control environment ไม่ให้มีสภาพเป็นกรด
3. บำรุงฟันเมื่อจำเป็น
4. ควบคุม oral hygiene และ recall โดยคิดถึง risk assessment

ดังนั้นเมื่อเราพบผู้ป่วยจะต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ แนะนำในการเลือกรับประทาน อาหารหากมีการประเมินการเกิดโรคฟันผุที่ดีและมีการควบคุม oral hygiene จะช่วยลดการเกิดฟันผุได้

Caries activity ถ้ามี white lesion ฟันผุระยะเริ่มต้นเราสามารถ OHI และ การใช้ Fluoride varnish ร่วมกับการแปรงฟันสม่ำเสมอ แต่ถ้าเป็น inactive lesion จะเป็นลักษณะไม่มี plaque ผิวเรียบๆ และสีน้ำตาล ใส ในกรณีนี้อาจไม่ต้องทำอะไร แค่แปรงฟันให้สะอาดสม่ำเสมอ หรือ การทำ sealant ที่มี ประสิทธิภาพ จะช่วยยับยั้งฟันผุ แต่ต้องติดตามการ sealant ว่าต้อง sealant เพิ่มหรือไม่ เพราะถ้ามีส่วนรั่ว อาจทำให้เกิดฟันผุได้ sealant

Proximal caries ตรวจสอบโดยเอา explorer ลากผ่านจะเกิดการขรุขระขึ้น ถ้ามีขนาดเล็กๆอาจใช้ ฟลูออไรด์วานิช การ sealant เป็นการสร้างเกราะเพื่อไม่ให้ฟันสัมผัสกับกรดในช่องปาก ลดการเกิดฟันผุ

ดังนั้นหากพบฟันผุ

1. correct diagnosis
2. ต้องกระตุ้นให้เกิดการสร้าง Reparative dentine
3. ขอบของรอยโรคต้อง free caries ขอบเรียบ
4. ต้องไม่ให้กรดในช่องปาก มีผลต่อต้านในเนื้อฟัน เช่น การเคลือบปิดด้วย sealant

การ Repair วัสดุอุด อาจไม่จำเป็นต้องรู้วัสดุอุดทั้งหมดทุกกรณี

- ถ้าไม่มีผลต่อการใช้งาน อย่าเพิ่ง replace อาจพิจารณา no treatment หรือ ใช้วิธี sealant เพิ่ม หรือ ซัดแต่ง
- อาจจะเติมวัสดุอุด เติม composite filling
- Replace ถ้าจำเป็น

ฟันผุเริ่มเป็นโรคที่แพร่ระบาดมาประมาณ 100 ปี พร้อมๆกับการเกิดอุตสาหกรรมน้ำตาล สิ่งที่ทำให้เกิดฟันผุได้แก่ น้ำตาลที่ผ่านกระบวนการแปรรูป เช่น น้ำส้ม น้ำผลไม้ น้ำตาลปรุงอาหาร น้ำตาลกรวด น้ำตาลทราย น้ำตาลบีบ น้ำผึ้ง หรือน้ำผลไม้คั้นสดก็ทำให้ฟันผุได้ ไม่ได้ห้ามกินเพราะยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพด้านอื่น การที่ pH ต่ำกว่า 5.5 เข้าปากบ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดการกัดกร่อน ซ่อมไม่ทัน ดังนั้นถ้าการกินแล้วอม จะทำให้อาหารอยู่ในช่องปากนานขึ้น โอกาสเกิดฟันผุสูงขึ้น หรือ ร่องฟันที่สึกปรังฟันไม่ถึง การบ้วนปากอาจจะช่วยไม่ได้เพราะว่าเอาไม่ออก

แนะนำน้ำตาลที่ควรบริโภคต่อวันนั้นเพียงแค่ 6 ช้อนชาต่อคนต่อวันเท่านั้น ดังนั้นไม่ควรกินน้ำตาลมากเกินไป เพราะเราได้น้ำตาลจากแหล่งอาหารอื่นๆ วิธีป้องกันฟันผุที่ดีก็คือการแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

วิธีการแปรงฟัน แนะนำการแปรงฟันแบบแห้ง คือ แปรงแล้วไม่บ้วนน้ำ แค่ม้มทิ้งเท่านั้น จะทำให้มีฟลูออไรด์คงเหลือในช่องปากเพื่อป้องกันฟันผุ การบ้วนน้ำ 1 ครั้ง จะทำให้ฟลูออไรด์ลดลง 50 เปอร์เซ็นต์ บ้วนครั้งที่ 2 จะลดลงเหลือ 1 ใน 4 และเมื่อแปรงฟันควรจะไม่ทานอะไรภายในครึ่งชั่วโมงแรก เพื่อจะเก็บฟลูออไรด์ให้ได้มากที่สุด การแปรงฟันแห้งคือ split don't rinse หากไม่สามารถรู้สีที่ไม่สบายช่องปากสามารถบ้วนน้ำได้ แต่ก็ให้เอายาสีฟันแทนน้ำยาบ้วนปาก

Revision of dental management in medically compromised pediatric patients

บรรยายโดย ทพญ.นันทนา ศรีอุดมพร
ผศ.พญ.สุรรัตน์ ศรีสวัสดิ์
ทพญ.ชุติมา จรรยาธรรม

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีโรคทางระบบ ได้แก่ Bleeding disorder, Heart, Infection จุดสังเกตก็คือ มีจุดเลือดออก petechiae เป็นจุดเลือดออก ไม่นูน กดแล้วจะไม่จาง พบจำเลือดใหญ่ๆ ลักษณะคล้ายจุดดุนกั๊ด แต่จุดดุนกั๊ด เมื่อกดแล้วจางลง

วิธีการหยุดเลือดคือ

1. Pressure กด ให้กั๊ดผ้าก๊อช หรือ การเย็บแผล suture
2. Systemic therapy ต้องดูว่าผู้ป่วยขาดอะไร ถ้าขาด platelet หรือขาด Factor อะไรก็ให้เติมสิ่งนั้นลงไป
3. Local measurement ได้แก่ ใช้ surgical หรือ gel foam
4. ควรทำการรักษาแบบ Atraumatic technique

ในการวางแผนการรักษาควรทำร่วมกับแพทย์

1. ต้องแจ้งว่าทำการรักษาอะไร
2. เทคนิคการฉีดยาเพราะบางครั้ง Nerve block ไม่ได้ ถ้ามี Factor ไม่เพียงพอส่วนใหญ่จะเป็น intra ligament
3. Operation time เพราะบางอย่างต้องกินยาก่อนแล้วค่อยทำขึ้นกับแต่ละเคส
4. Hemostatic method เพื่อให้ปริมาณสารทดแทน

การทำผู้ป่วยกลุ่ม Heart disease อาจจะต้องให้ antibiotic prophylaxis เฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเสียชีวิต หรืองานที่มี bleeding เยอะๆ หรือในกลุ่มที่เปลี่ยน valve หรือมีประวัติ IE หรือเป็นกลุ่มที่ repair ผู้ป่วยเด็กที่เป็น congenital Heart disease ในช่วง 6 เดือนหลังผ่าตัดหรือทำ repair แล้วมี defect อาจจะต้องให้ยาก่อน ได้แก่ Amoxicillin 2 กรัมก่อนทำหัตถการ 1 ชั่วโมงหรือ 50 mg/kg ในเด็ก หากแพ้ Amoxicillin อาจใช้ Clindamycin แทนหรือ Azithromycin สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก็คือ condition ของผู้ป่วย ถ้าการทำให้เสร็จภายใน one visit นั้นผู้ป่วยรับไหวหรือมี stress หรือไม่ การนอนราบจะทำให้หายใจลำบากหรือเปล่า การที่ผู้ป่วยได้ยาบางตัวมาแล้ว ยาขับปัสสาวะหรือยาขยายหลอดเลือดเพื่อ control congestive Heart failure ที่สำคัญ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อน

Infection เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม Organ transplant HIV DM Immune ต่ำ กลุ่ม Bone marrow disease chemotherapy ต้องมีการประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อน ตาม guideline ว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะทำการรักษาหรือไม่ หรือต้องให้ antibiotic prophylaxis เช่นถ้าวัดปริมาณ platelet ได้มากกว่า 100,000 สามารถทำหัตถการได้ ถ้า 40,000 - 75,000 อาจจะต้องเพิ่มการเย็บแผลหรือใช้อุปกรณ์อื่นช่วย เช่น gel foam หรือ surgical ถ้าน้อยกว่า 40,000 ควรเลื่อนการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับ chemotherapy อาจมีผลข้างเคียง

1. bone pain อาจมีการ refer pain ซึ่งทำให้ปวดขากระดูก ปวดฟันจะทำให้ differential diagnosis ผิดพลาด
2. อาจได้ Antibiotic ป้องกันการติดเชื้อ bacteria ได้ Antivirus หรือ Antifungal ต้องพิจารณา condition เป็นรายๆ แต่ OHI เป็นสิ่งสำคัญ

กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว

1. ต้อง Diagnosis และประเมินสถานะผู้ป่วย ชักประวัติ และสถานะของผู้ป่วยในวันนั้นทุกโรค เช่น เจาะคอ หรือแม้แต่การเป็นหวัดก็จะมีผล การรับประทานยาสม่ำเสมอหรือไม่
2. ปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง
3. drug interaction ยาบางอย่างจะมีผล เช่น NSAID มีผลต่อ bleeding disorder หรือการรับยา Warfarin
4. Liver transplant การให้ Augmentin จะให้ไม่ได้เพราะมีผลต่อดับ
5. post-operative care เป็นสิ่งสำคัญจะต้องให้คำแนะนำตั้งแต่ก่อนทำ เพราะว่าถ้าเด็กร้อง ผู้ปกครองจะไม่ฟังคำแนะนำ
6. ต้องให้การดูแลสุขภาพช่องปากต่อเนื่อง

Clinical Oral Practice in geriatric patients

บรรยายโดย ทพญ.ดร.มัทนา เกษตรทัต

ผศ.ทพญ.ดร.อรพินท์ โคมิน

ผศ.ทพญ.กัญยวีร์ รัตนสุวรรณ

ศ.คลินิก ทพญ.วนิดา นิมมานนท์

ปัญหาในช่องปากของผู้สูงอายุคือ น้ำลายน้อยซึ่งอาจเกิดจากผลิตน้ำลายได้น้อยหรือยาที่ใช้ และ Poor oral hygiene นำเกิดจากปัญหาโรคประจำตัวที่ต้องดูแลรักษา ภาวะ Immune ต่ำ รวมถึงประสิทธิภาพการใช้มือลดลง หรือสภาวะเหงื่อกรนทำให้การทำความสะอาดยากขึ้น ปัญหาที่คือเกิด root caries และโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งเกิดจากการสะสมของโรคมานาน

Aspiration pneumonia มักมีสาเหตุจากจากเชื้อในช่องปาก เกิดจากการบกพร่องด้านการกลืน ทำให้เกิดการสำลักรน้ำลาย เกิดการติดเชื้อไปในปอดและหัวใจ การทำความสะอาดเป็นประจำจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการดูแลก็คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก และดูดหินปูนโดยทันตแพทย์

ความสำเร็จ/ความคาดหวังของการรักษาทางทันตกรรม

1. ไม่กลับมาเป็นอีก
2. รับประทานอาหารได้ไม่เจ็บปวด
3. สบายงามพอใช้
4. สามารถทำความสะอาดได้

การวางแผนการรักษา

1. ต้องมีการปรับแผนให้เข้ากับผู้ป่วยเพราะว่ามีเรื่องของโรคประจำตัวและยาที่รับประทาน
2. ความสามารถในการดูแลลดลง และโอกาสการกลับมาพบทันตแพทย์อีกครั้งจะยาก
3. ควรทำ non surgical treatment แต่บางครั้งการถอนฟันอาจเป็นทางเลือกที่ดีเนื่องจากการดูแลที่ยากขึ้นของผู้ป่วย

ปัญหา

1. สามารถทำ surgery ได้หรือไม่ : ทำได้ถ้ามีข้อบ่งชี้ แต่ต้องควบคุม underlying disease
2. ผลที่คาดหวังจากการรักษาอาจไม่เท่ากับผู้ป่วยทั่วไป
3. ผู้ป่วยอาจไม่สามารถดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องได้

ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จก็คือ

- control plaque ต้องให้คำแนะนำร่วมกับการใช้อุปกรณ์
- ควรมาพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อพูดคุยและวางแผนการรักษา
- มีการปรับอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- มีการให้ฟลูออไรด์เสริม
- ให้ antiseptic โดยมี health care team ดูแล

การแปรงฟันที่เหงือกบริเวณฟันล่างจะแปรงยาก ให้ใช้นิ้วคิงริมฝีปาก แปรงให้ถึงเหงือก ล้างแปรง และเช็ดขนแปรง ตำแหน่งด้านซ้ายให้แปรงมือซ้าย ผู้สูงอายุกับการแปรงฟันอาจจะมีปัญหาเพราะมีปัญหาเรื่องตา หู การใช้มือ นิ้ว และก็ความจำ อาจจะต้องเขียนติดให้ผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้างโดยไม่ใช้ภาษาที่ยากเกินไป ใช้คำว่า แบน กด ปิด คือการวางแผนแปรงกับฟัน แล้วกดลงไปทีเหงือก ปิดแปรงเข้าหาฟัน พยายาม

ให้อาหารออกจากชอกฟันให้หมด การทำ plaque control จะไม่มีสูตร ไม่ฝืนธรรมชาติ ไม่ตำหนิ แล้วก็ให้พลัง ให้พลังใจ ให้สู้ต่อ

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดเตียงผู้ป่วยจะมีเสมหะหรือสารคัดหลั่งเยอะ มีฟันเป็นปริทันต์ อักเสบเยอะ หรืออาจจะเป็นมะเร็งที่ไม่รักษา หรือเป็นกลุ่มโรคสมองเสื่อม หรือมีปัญหาพฤติกรรมจิตเวช อาจจะมีปัญหากลิ่นลำปากหรือกลิ่นซ้า อาจจะมีการให้อาหารทางสายยางหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลทำความสะอาดช่องปากจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อได้ ระวังอย่าให้สำลัก โดยฝึกทีละนิด ทำการจัดท่าและตำแหน่งให้เหมาะสมควรยื่นข้างหน้าผู้ป่วย กรณีนี้ควรจะอยู่ในท่าที่ มุม 30- 60 องศา ควรระวังผู้ป่วย stroke ให้ระวังด้านที่อ่อนแรง เพราะจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองด้านนั้นได้

ถ้าไม่ยอมอ้าปาก ให้นวดบริเวณใบหน้าเพื่อให้ชินกับการสัมผัสว่าจะมีคนมาแปรงฟัน หรือเอายาสีฟัน และริมฝีปาก แหวกมุมปากกดตรงจุด K point หาอุปกรณ์มาค้ำ ไม่ควรใช้ mouth gag

การที่ผู้สูงอายุ อมข้าวอาจจะเป็นเพราะเขากลิ้นไม่ได้ เลยไม่รู้วิธีกำจัดเศษอาหาร ดังนั้นจึงต้องตรวจสอบเศษอาหารว่ามีติดตามกระพุ้งแก้ม ต้องคอยเช็ดเสมหะตามเพดานโดยใช้ผ้า 1 แก้วผสมกับเบกกิ้งโซดา 1 ชองเป็นโซดาทำขนมแล้วก็ป็นน้ำเปล่าอีก 1 แก้วสำหรับไปใช้ล้าง ไม่ควรใช้ยาสีฟันชนิดมีฟองมากอย่าลืมแปรง

๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน

ทันตแพทย์สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หรือส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมประชุม เป็นนวัตกรรมใหม่ที่ทันสมัยและสามารถนำไปถ่ายทอดให้ทันตแพทย์ในสังกัดคนอื่นได้ทราบ

๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ

การประชุมวิชาการทันตแพทย์จัดโดยทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยฯ เป็นการประชุมที่มีการนำเสนอความรู้ งานศึกษาวิจัย เทคโนโลยีและวิทยาการด้านทันตกรรมและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันตแพทย์สำนักอนามัย เข้าใจและสามารถให้การรักษาได้ตามแนวทางฯ ที่เป็นปัจจุบัน เป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่องที่ทันตแพทย์จะสามารถนำไปพัฒนางานให้บริการผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรให้ทันตแพทย์ สำนักอนามัย ได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทางวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางทันตแพทยศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้องเช่นนี้อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง