

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน
ประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี ครั้งที่ ๓๔ (๑/๒๕๖๗)
ในหัวข้อ Fast & Furious to Successful Implant Surgery
ระหว่างวันที่ ๑ - ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗
ณ โรงแรมเดอะกรีนเนอรี รีสอร์ท เขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายบุญฤทธิ์ สอาดเยี่ยม

อายุ ๔๐ ปี การศึกษา วุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ดูแลรักษาผู้ป่วยทันตกรรม

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี ครั้งที่ ๓๔ (๑/๒๕๖๗)

ในหัวข้อ Fast & Furious to Successful Implant Surgery

สาขา -

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๘,๕๔๔.๙๖ บาท (แปดพันห้าร้อยสี่สิบสี่บาทเก้าสิบหกสตางค์)

ระหว่างวันที่ ๑ - ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗

สถานที่ โรงแรมเดอะกรีนเนอรี รีสอร์ท เขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์ และ กรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒

ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบ สาขาศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล เรื่องการพัฒนากระบวนการสอบ เพื่อวุฒิบัตรสาขาศัลยกรรมช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล

๒.๑.๒ ประชุมวิชาการเรื่องการทำรากฟันเทียม ตั้งแต่การเริ่มต้น วางแผน การใส่รากฟันเทียม การทำตัวนำทางรากฟันเทียม การปลูกกระดูก การปลูกเหงือก การใส่รากเทียมหลังถอนฟันทันทีและการใส่สารต่าง ๆ เพื่อเร่งการสร้างกระดูก

๒.๒ เนื้อหา

๑. การใส่รากเทียมต้องขึ้นกับช่องว่างฟันปลอม (Prosthetic driven implant planning) ตำแหน่งการใส่รากเทียม ๓ มิติ ในแนว mesio distal , bucco lingual , apico coronal โดย Mesio distal ฟันกับฟัน ๑.๕ mm , implant to implant ๓ mm Bucco lingual พยายามให้มี bone ด้าน buccal ๑.๕ mm for soft tissue Apico coronal for anatomy , soft tissue

๒. การใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อกำหนดจุดปักรากเทียม (Digital guided implant survey) สามารถใช้ได้ทุกกรณี ตั้งแต่ immediate implant surgery

๓. การปลูกกระดูกในปัจจุบันมีการพัฒนา (Update in bone graft materials and membrane) สรุปลักษณะของวัสดุ allograft ที่มีหลากหลายแบบตั้งแต่ FDBA และ DFDBA ซึ่งจะมีการสลายตัวที่เร็วกว่ากระดูกแบบอื่น ๆ แต่จะช่วย osteoinductive เนื่องจากมีสารพวก BMP ในการกระตุ้นการสร้างของกระดูก

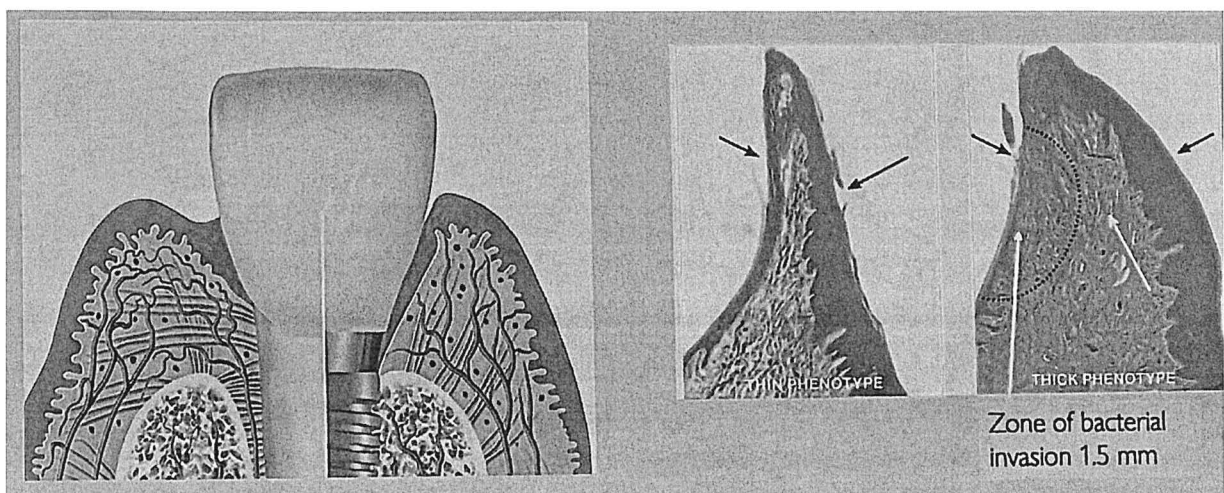
วัสดุปลูกกระดูกทดแทนที่ไม่ได้มาจากมนุษย์ เช่น จากวัว ปะการัง เป็นต้น ซึ่งจะมีคุณสมบัติที่ละลายตัวช้ากว่า FDBA เพื่อสามารถรักษารูปร่างกระดูก ลดการละลายตัวของกระดูก

วัสดุปลูกกระดูกสังเคราะห์ เช่น Hydroxyapatite ซึ่งจะมีคุณสมบัติละลายช้า

๔. การใช้สารอื่น ๆ มาเพิ่มในการปลูกกระดูก (CGF have a role in implant therapy) เจาะเลือดคนไข้มาเข้าเครื่องแล้วจะได้ membrane และเลือดใส่ bone จะได้ load bone ได้ง่ายขึ้น

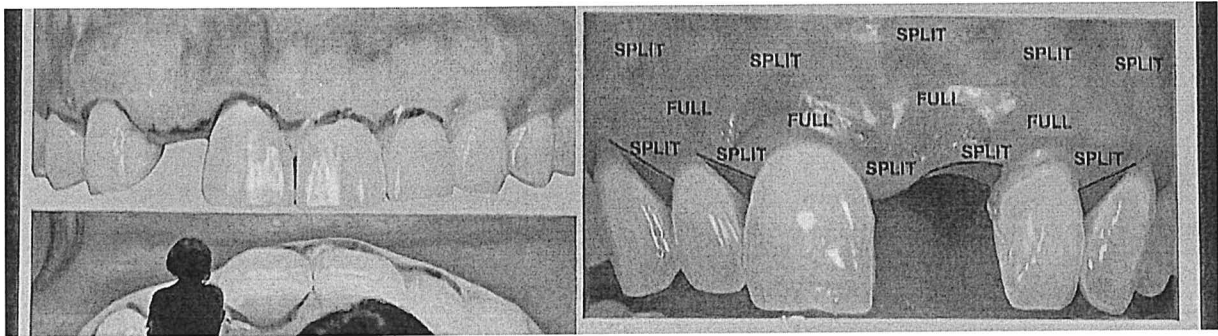
๕. การปลูกเหงือกแทนการปลูกกระดูก (Soft tissue technique for dental implant) เนื้อเยื่อเหนือตำแหน่งที่ใส่รากเทียม (supracrestal tissue attachment) กระดูกบริเวณนั้นควรมีความสูงประมาณ ๓-๔ mm และความหนาของเนื้อเยื่อควรหนาอย่างน้อย 2 mm

รูปที่ ๕.๑ แสดงความหนา และความสูงระหว่างเหงือกให้ได้อย่างน้อย ๓ mm เพื่อลดความเสี่ยงการเกิด bacteria invasion ระยะประมาณ ๑.๕ mm



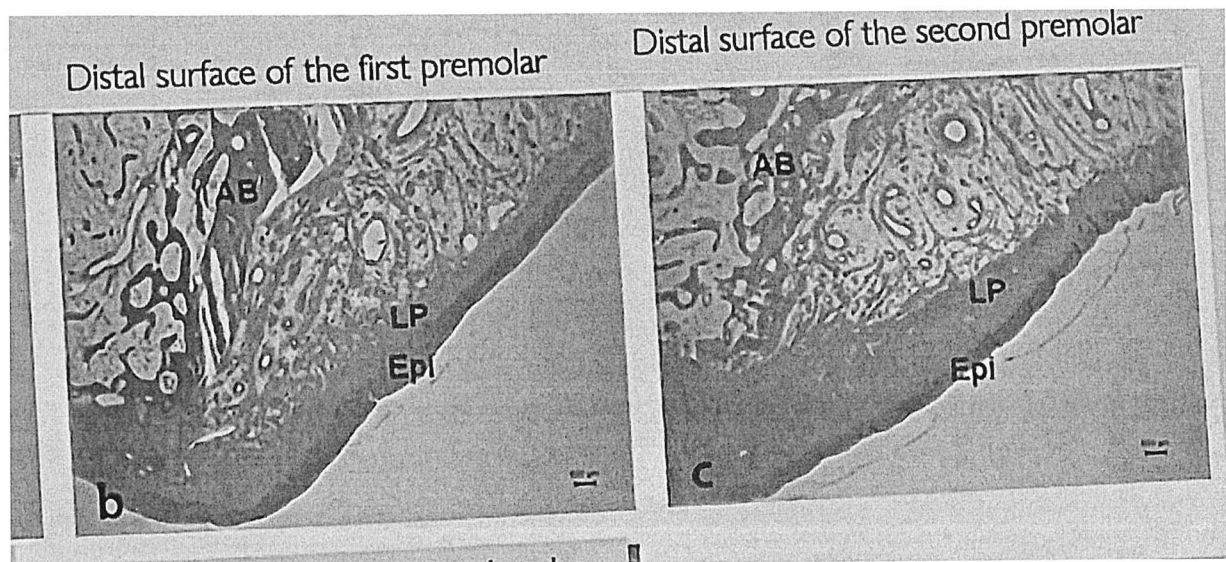
เนื้อเยื่อ Peri-implant soft tissue dehiscence (PSTD) เนื่องจากแบคทีเรียจะเข้ามาระหว่างเหงือกกับกระดูก และรากเทียมได้ประมาณ ๑.๕ mm วิธีการพิจารณาเหงือก ด้วย Pink esthetic scores และ Type ๑A Coslet's classification : CEJ ห่างจาก crestal bone ๒ mm

รูปที่ ๕.๒ แสดงการเปิด incision เพื่อให้เหลือ connective tissue platform และนำ graft มาเย็บติดกับ periosteum ได้ง่ายขึ้น

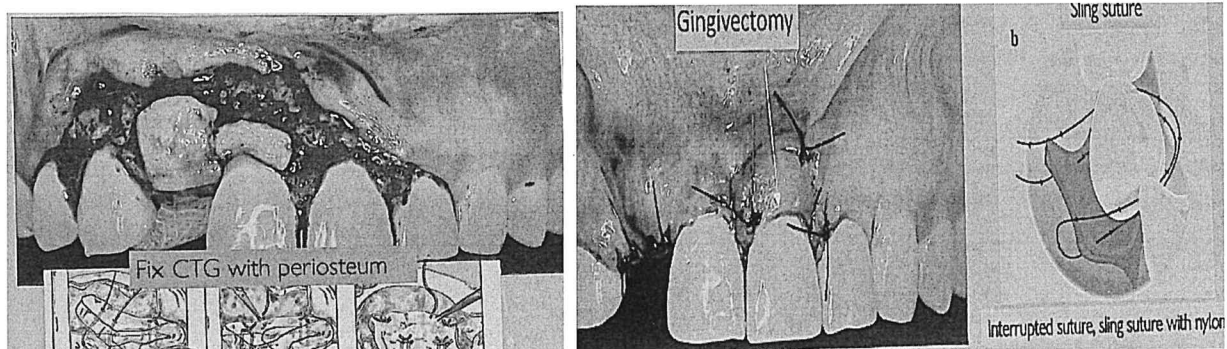


การปลูกเหงือก (Soft tissue augmentation horizontal and vertical soft tissue platform) เปิดเหงือกให้มีเนื้อเหงือก (connective tissue platform 4 mm) การใช้ Palatal mucosa : De-epithelized connective tissue , mucosa , lamina propia ตำแหน่งที่เหมาะสม premolar and 1st molar area เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่มีชั้น lamina propia หนาที่สุดตามรูปที่ ๓, Fix connective tissue with periosteum

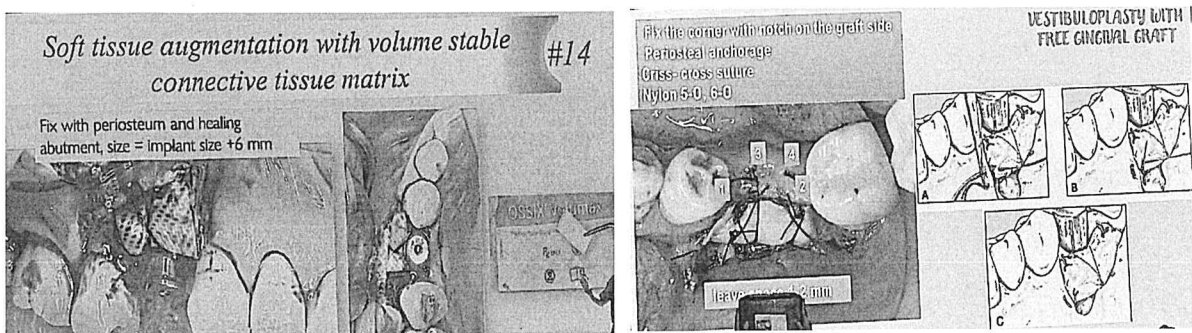
รูปที่ ๕.๓ แสดง palatal mucosa ในตำแหน่งซี่ first premolar ถึง second premolar จะมีชั้นของ lamina propia หนาที่สุด



รูปที่ ๕.๔ แสดงการ fix CTG with periosteum และการทำ gingivectomy เพื่อเพิ่ม crown length และทำ sling suture with nylon 5-0

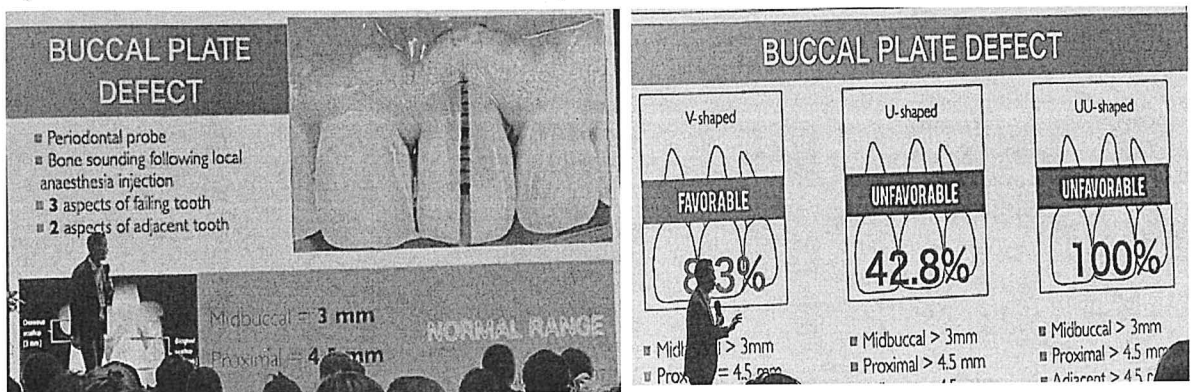


รูปที่ ๕.๕ แสดงรายงานผู้ป่วยที่มี soft tissue defect และการใช้การปลูกเหงือกแทนการใช้กระดูก ซึ่งมีการใช้เหงือกเทียม หรือ palatal graft

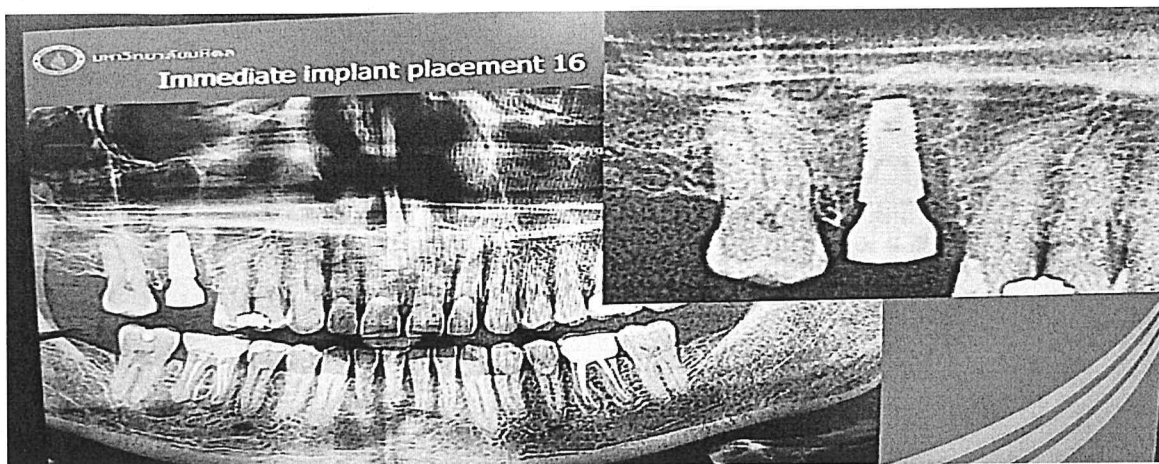


- ๖. การปลูกกระดูก (Horizontal and vertical augmentation)
- ๗. การปลูกกระดูกแบบ (Minimal invasive autogenous bone augmentation) แสดงวิธีการปลูกกระดูกด้วยวิธี Carotta
- ๘. การใส่รากเทียมแบบ (Immediate implant surgery)

รูปที่ ๕.๖ แสดงการทำ immediate implant ในผู้ป่วยที่มี buccal bone defect



รูปที่ ๕.๗ แสดงรายงานผู้ป่วยที่มี radicular cyst ที่ปลายรากฟันสามารถใช้วิธี immediate โดย OAC close by implant



Concept of immediate implant made easy and effective

๑. สิ่งสำคัญลำดับแรกคือการฝังรากเทียมให้ได้ primary stability ภายใต้ข้อจำกัดของลักษณะ socket ที่มีซึ่งจากเคสนี้จะเห็นว่าได้ใช้รากเทียมที่มีรูปทรง taper และได้ primary stability เพียงพอที่จะมีความมั่นใจที่จะต่อ healing abutment และมั่นใจว่าจะปิด OAC ได้สนิท
๒. หลังจากนั้นจัดการ jumping distance ด้วยการใส่ xenograft ในลักษณะ overgraft จนเต็ม และปิดด้วย collaplug
๓. บริเวณที่เป็น OAC จะถูกปิดด้วยรากเทียม โดยไม่ได้ใส่วัสดุอื่นใดเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการ dislodge เข้าไปในไซนัสและอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด sinusitis

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. พัฒนาการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการใส่รากฟันเทียม
๒. เพิ่มขอบเขตการรักษาผู้ป่วย เช่น การปลูกกระดูกการปลูกเหงือก
๓. พัฒนาการผ่าตัดให้ประสบความสำเร็จ
๔. ถ่ายทอดความรู้ในการผ่าตัดรากฟันเทียม
๕. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. เพิ่มศักยภาพของหน่วยงานในการรักษาผู้ป่วย
๒. เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย
๓. เพิ่มความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย
๔. ลดความเสี่ยงในการผ่าตัด
๕. ถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

๑. การวางแผนการรักษาในหน่วยงานมีความถูกต้อง
๒. การรักษาถูกวินิจฉัย และถูกคนถูกชี้
๓. ข้อร้องเรียนในการรักษา
๔. เพิ่มความเชี่ยวชาญในการรักษา
๕. เพิ่มช่องทางการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ ๓

ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

๑. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรากฟันเทียม
๒. การรอคิวการรักษาที่นาน

๓.๒ การพัฒนา

๑. เพิ่มบุคลากรในการรักษาผู้ป่วย
๒. เพิ่มอุปกรณ์ในการรักษาผู้ป่วย

ส่วนที่ ๔

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

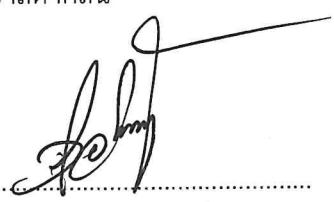
๑. อุปกรณ์รักษารากฟันเทียม มีราคาสูง และมีจำนวนมาก ต้องจัดหาอุปกรณ์ให้ครบถ้วน เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
๒. เพิ่มบุคลากรในการบูรณะฟันปลอมให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการการรักษา

ลงชื่อ *Yun Wongwong*ผู้รายงาน
(นายบุญฤทธิ์ สอาดเอี่ยม)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ส่วนที่ ๕

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้ มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ..... 
(นายชจร อินทรบุหรัน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

รายงานการประชุมวิชาการ

เรื่อง การปลูกกระดูกให้เร็วและสำเร็จ

ณ โรงแรมเดอะกรีนเนอรี่ รีสอร์ท เขาใหญ่ ระหว่างวันที่ 1-3 พฤษภาคม 2567

จัดทำโดย ทพ.บุญฤทธิ์ สอาดเยี่ยม กทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน



การกำหนดจุดรากเทียม

ต้องดูให้ครบ สามมิติ
แนวด้านข้างระหว่างฟันกับฟัน 1.5 มิลลิเมตร และ
รากเทียมกับรากเทียม 3.0 มิลลิเมตร ส่วนด้านแนว
ลึกขึ้นกับอวัยวะสำคัญ และขึ้นกับกระดูกแนวหน้า
1.5 มิลลิเมตร

วัสดุปลูกกระดูกแบบต่างๆ

กระดูกของมนุษย์ (Allograft FDDBA ,
DFDBA) กระดูกที่ไม่ใช่มนุษย์ (Xenograft :
Bovine) กระดูกสังเคราะห์ (Alloplast :
Hydroxyapatite)

การใช้อุปกรณ์เสริมในการใส่รากเทียม

การใส่รากเทียมแบบทันที และการใส่ราก
เทียมหลายตำแหน่ง มีข้อเสีย คือ มีโอกาส
ผิดตำแหน่งได้ง่าย

การปลูกกระดูกใช้อุปกรณ์เสริม

เจาะเลือดผู้ป่วยเข้าเครื่องปั่นเพื่อได้ชั้น
membrane ผสมกับ กระดูก
Xenograft : Alloplast = 1:1

การปลูกเหงือกในแบบต่างๆ

เหงือกหนาประมาณ 2 มิลลิเมตร , สูงจาก
กระดูก 3-4 มิลลิเมตร ความหนาของเหงือก
ต้องเหลือ 4 มิลลิเมตร
เนื้อเหงือกเพดานปาก ตำแหน่งฟันกรามน้อย
ซี่ที่ 1 จะมีชั้น amina propria หนาที่สุด

การปลูกกระดูกแบบเล็กๆ

ใช้อุปกรณ์ที่มีความเฉพาะ ในตำแหน่งที่จะใส่
รากเทียม

การใส่รากเทียมแบบทันที

ความสำเร็จของการใส่รากเทียม ขึ้นกับ
ปริมาณกระดูกด้านหน้าที่เหลืออยู่อย่างน้อย
1.5 มิลลิเมตร
การปลูกกระดูกโดย jumping ด้วยการใส่
กระดูกสังเคราะห์ และใช้เนื้อเทียม

การนำไปใช้ประโยชน์ในองค์กร

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำ
implant surgery
2. เพื่อนำความรู้มาใช้ในการรักษาคนไข้