

สรุปรายงานการประชุมวิชาการและงานประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๔
 เรื่อง “Next Normal of Regenerative Science in Periodontal and Implant Dentistry”
 ระหว่างวันที่ ๒-๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในรูปแบบ hybrid
 ณ โรงแรม Bangkok Marriott Marquis Queen’s Park กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นางสาวอรกานต์ สังข์คุ้ม

อายุ ๓๘ ปี การศึกษา วุฒิบัตรสาขาปริทันตวิทยา

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รักษาผู้ป่วยด้านปริทันตวิทยา

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ รักษาผู้ป่วยด้านปริทันตวิทยา รวมทั้งผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไป

๑.๒ ชื่อ/นามสกุล นายเรืองยศ จุฑาหะวงค์

อายุ ๓๔ ปี การศึกษา วุฒิบัตรสาขาปริทันตวิทยา

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รักษาผู้ป่วยด้านปริทันตวิทยา รวมทั้งผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไป

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ให้การวินิจฉัยรักษา ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยด้านทันตกรรมทั่วไป และรักษาผู้ป่วยด้าน
 ปริทันตวิทยา ทั้งในและนอกเวลาราชการ รวมทั้งเป็นผู้ฝึกสอนนักศึกษาทันตแพทย์
 ชั้นปีที่ ๖ จากคณะทันตแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑.๓ ชื่อเรื่อง จัดการประชุมวิชาการและงานประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๔ เรื่อง

“Next Normal of Regenerative Science in Periodontal and Implant Dentistry”

สาขา.....

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูนงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงินทั้งสิ้น ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๒ - ๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

สถานที่ ณ โรงแรม Bangkok Marriott Marquis Queen’s Park กรุงเทพมหานคร

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....

ส่วนที่ ๒

ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูนงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ทันตแพทย์ได้พัฒนาความรู้ด้านงานปริทันต์

๒.๑.๒ เพื่อให้ทันตแพทย์นำไปพัฒนาความรู้ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม
 ที่มีโรคทางระบบ

๒.๑.๓ สามารถนำองค์ความรู้การผ่าตัดไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกได้

๒.๑.๔ ได้รับความรู้ในการจัดการกรณีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางทันตกรรม

๒.๑.๕ ได้รับความรู้เทคนิคใหม่ๆ ในการทำทันตกรรมปริทันต์

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

การวางแผนการรักษาในผู้ป่วยทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

เมื่อผู้ป่วยให้ประวัติทานยาละลายลิ่มเลือด ให้แยกระหว่าง anti-platelet หรือ anti-coagulant

Antiplatelets:

ภาวะที่ได้รับยา : โรคหลอดเลือดหัวใจ, มีประวัติเคยทำ balloon, เคยผ่าตัด bypass, เบาหวาน+/- ความดัน

การรับประทานยา : รับประทานอาหารเช้า ขนาดเท่าเดิมทุกวัน

ลักษณะเฉพาะ : ผู้ป่วยมักหยุดยาเองก่อนการถอนฟัน

Anticoagulants: โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ, มีประวัติเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, ลิ่มเลือดอุดตัน

ภาวะที่ได้รับยา : โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด atrial fibrillation, ผู้ป่วยที่มี mechanical heart valve, มีประวัติ

ลิ่มเลือดอุดตัน เช่น deep vein thrombosis, pulmonary embolism

การรับประทานยา : รับประทานยาก่อนเข้านอน เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด food drug interaction, ผู้ป่วยบางราย แพทย์จะสั่งให้ทานยาในแต่ละวันไม่เท่ากัน

ลักษณะเฉพาะ : มีสมุดประจำตัวผู้ป่วย, มีการเจาะเลือด INR เป็นระยะ

Assessing Bleeding Risks: Procedure-related		
Dental procedures that are likely to cause bleeding		
<p>Dental procedures that are unlikely to cause bleeding</p> <ul style="list-style-type: none"> Local anaesthesia by infiltration, intraligamentary or mental nerve block Local anaesthesia by inferior dental block or other regional nerve blocks Basic periodontal examination (BPE) Supragingival removal of plaque, calculus, and stain Direct or indirect restorations with supragingival margins Endodontics (orthograde) Impressions and other prosthetic procedures Fitting and adjustment of orthodontic appliances 	<p>Low bleeding risk procedures</p> <ul style="list-style-type: none"> Simple extractions (1-3, with restricted wound size) Incision and drainage of intraoral swellings Detailed six-point full periodontal examination Root surface instrumentation (RSI) Direct or indirect restorations with subgingival margins 	<p>High bleeding risk procedures</p> <ul style="list-style-type: none"> Complex extractions, adjacent extractions that will cause a large wound, or more than three extractions at once Flap raising procedures <ul style="list-style-type: none"> Elective surgical extractions Periodontal surgery Preprosthetic surgery Periradicular surgery Crown lengthening Dental implant surgery Gingival recontouring Biopsies

Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP), 2015. Management of dental patients taking anticoagulants or antiplatelet drugs. Dental Clinical G.

แยกหัตถการ Low bleeding risk : การถอนฟัน ไม่เกิน ๓ ซี่, การ drain หนอง, การวัดร่องเหงือกเพื่อตรวจสอบภาวะปริทันต์, การเกลารากฟัน, การอุดฟันใต้เหงือก สามารถทำหัตถการได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์หยุดยา ผู้ป่วยที่กินยา warfarin ควรเจาะ INR ก่อนหัตถการ ๗๒ ชั่วโมง และค่าไม่เกิน ๓.๕

High bleeding risk procedures: Flap operation, Biopsies, gingival recontouring ถ้าเป็น SAPT หรือ DAPT ทำหัตถการได้โดยไม่ต้องหยุดยา ถ้าเป็น warfarin หรือ DOAC ให้ consult แพทย์ก่อน

ตารางแสดงการตัดสินใจให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

Bleeding risk	Type of Antithrombotic drugs			
	SAPT	DAPT	Warfarin	DOAC
Low risk	สามารถทำหัตถการได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยา*			
High risk	สามารถทำหัตถการได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยา**	ขอคำปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิด thromboembolic event หากแพทย์ประเมินแล้ว ความเสี่ยงต่ำ → แพทย์อาจพิจารณาให้หยุดยา warfarin หรือ skip dose DOAC ความเสี่ยงสูง → แพทย์อาจพิจารณาทำ bridging therapy หรือ skip dose DOAC		

SAPT; Single-antiplatelet therapy, DAPT; Dual-antiplatelet therapy, DOAC; Direct oral anticoagulants

* ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ควรได้รับการส่งตรวจค่า INR ก่อนทำหัตถการทุกครั้ง ค่า INR ควรน้อยกว่า 3.5 และตรวจมาไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ

** ผู้ป่วยที่ได้รับยา DAPT ถ้าหัตถการที่ไม่เร่งด่วน หรือสามารถรอได้โดยไม่เกิดผลเสียต่อการรักษา หัตถการสามารถรอให้ผู้ป่วยกลับมาได้รับ SAPT แล้วจึงเริ่มทำหัตถการ เพื่อลดความเสี่ยงของ post-operative bleeding

Regeneration concept in intra bony defects

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำจีโออาร์และการปลูกกระดูก ดังนี้

๑. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมีการควบคุมอนามัยช่องปากที่ดีและกลับมารักษาในชั้นคงสภาพอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ควบคุมอนามัยช่องปากได้ดีและได้รับการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทุก ๓ เดือน จะมีระดับยึดของอวัยวะปริทันต์คงที่ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะมีการสูญเสียระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ถึง ๒.๘ มิลลิเมตร ภายในเวลา ๓ ปี

๒. ลักษณะความพิการของกระดูกเบ้าฟัน ควรเป็นรอยโรคที่เป็นการทำลายของกระดูกเบ้าฟัน แนวตั้งที่มีความลึกตั้งแต่ ๔ มิลลิเมตรขึ้นไป^{๑๔} และถ้ามีความกว้างของรอยโรคที่มาก จะได้ผลการรักษาน้อยกว่า รอยโรคที่แคบกว่า Defect ที่เหมาะสมกับการทำ regeneration คือ ๒ หรือ ๓ walled intra bony defect การคัดเลือกเคสที่เหมาะสม คือ ปัจจัยที่ทำให้การรักษาสำเร็จ ได้แก่ ความลึกของ defect ควรมากกว่า ๔ มม. มุมของ defect ไม่เกิน ๔๐ องศา มุมในภาพถ่ายรังสี ไม่เกิน ๒๕ องศา ความลึกของ defect ควรมากกว่า ๓ มม. การโยกของฟัน ไม่ควรเกินระดับ ๒ และอาจจะต้อง ทำ splint ฟัน

๓. การเลือกชนิดของวัสดุ ควรมีคุณสมบัติกระตุ้นให้เกิดการสร้างกระดูก มีความเข้ากันได้ทางชีวภาพ ใช้งานง่าย มีขนาดอนุภาคที่เหมาะสม และคำนึงถึงการยอมรับจากตัวผู้ป่วย

วัสดุที่ใช้ สมัยใช้ non resorbable membrane ปัจจุบันใช้ resorbable membrane มีข้อดี คือ ไม่ต้องผ่าตัดเพื่อนำ membrane ออก มีความเข้ากันได้กับเนื้อเยื่อได้ดี แต่ข้อเสีย คือ poor mechanical properties collapse ได้ง่าย

๔. เทคนิคการผ่าตัดที่ดี ควรกรีดแผ่นเหงือกโดยการสงวนเนื้อเยื่อเหงือกไว้ให้ได้มากที่สุด (papilla preservation) Success rate ของการทำ regeneration พบว่า tooth survival มากกว่าร้อยละ ๙๖ มากกว่า ๑๐ ปี เทคนิคการทำที่ดี มีผลต่อความสำเร็จ การเปิด flap papilla preservation flap ต้องเตรียมพื้นผิวรากฟัน โดยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันให้สะอาด ตัดแต่งแผ่นเยื่อให้ครอบคลุมความพิการของกระดูก ๒-๓ มิลลิเมตร และไม่ใส่กระดูกอัดแน่นหรือปริมาณมากเกินไป ควรเย็บแผ่นเหงือกให้ปิดสนิท (primary closure) แต่ไม่เย็บตึงมากเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดการร่นของแผ่นเหงือก เกิดการติดเชื้อและรบกวนการหายของแผลได้ เทคนิคการเย็บ เช่น horizontal หรือ vertical mattress suture

๕. การดูแลภายหลังการผ่าตัด ควรให้ยาปฏิชีวนะภายหลังการผ่าตัดประมาณ ๑ สัปดาห์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลีกเลี่ยงการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันในช่วง ๓-๔ สัปดาห์แรก เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนและรบกวนการหายของแผลได้

Guided bone regeneration(GBR)

วิธีเพิ่มความกว้าง/ความสูงของสันกระดูก มีดังนี้

๑. Ridge expansion/ splitting
๒. Guided bone regeneration (GBR)
๓. block grafting
๔. Distraction osteogenesis

Membrane ที่ใช้ในงาน GBR มี ๒ ประเภท

๑. Non-resorbable membrane ได้แก่ e-PTFE, d-PTFE, Ti-mesh
๒. Resorbable membrane
 - a. Naturally-derived ได้แก่ biomend,bioguide
 - b. Synthetic ได้แก่ กลุ่ม polylactic/polyglycolic

Bone ที่ใช้ในงาน GBR

๑. Autogenous bone graft คือกระดูกที่ได้จากตัวผู้ป่วยเองแบ่งออกเป็น
 - ๑.๑) Extraoral autogenous bone graft ส่วนใหญ่นำมาจาก Iliac cancellous bone with marrow ทำให้มีคุณสมบัติ Osteogenic capacity เนื่องจากมี Osteoblast ซึ่งทำหน้าที่สร้างกระดูก ข้อเสียของ Graft ชนิดนี้คือ ต้องผ่าตัดในตำแหน่ง Donor site เพิ่ม มี Morbidity สูงโอกาสตัดโดนเส้นประสาทส่งผลเสียตามมา และ Graft ชนิดนี้มีโอกาสเกิด Root resorption สูงเนื่องจากมีส่วนของ Viable bone ซึ่งถึงแม้จะมี Osteoblast ในการสร้าง bone จำนวนมากแต่ก็มีปริมาณของ Osteoclast ซึ่งทำให้เกิด Bone resorption อยู่มากเช่นกัน
 - ๑.๒) Intraoral autogenous bone graft คือการนำ Graft ,จากในช่องปากของตัวผู้ป่วยเอง แหล่งที่นิยมนำมาคือ
 - Healing extraction socket และ Maxillary พบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการนำกระดูกจากบริเวณที่เคยถอนฟันไปแล้วคือ ๘-๑๒ สัปดาห์ เนื่องจากเป็นระยะที่เหมาะสมที่กระดูกบริเวณนั้นจะมีทั้ง Trabeculae pattern และมี Bone volume เพิ่มขึ้นซึ่งทำหน้าที่เป็น Scaffold (Osteoconductive) กับการสร้างกระดูกและยังคงมี Osteoblast ซึ่งทำหน้าที่ Osteogenicity ได้ ถ้านำกระดูกมาก่อน ๘ สัปดาห์ซึ่งอยู่ในระยะ Osteogenic phase จะไม่ได้ส่วนของ Mature trabeculae แต่ถ้านำกระดูกมาหลังจาก ๘ สัปดาห์ซึ่งเป็นระยะที่ Bone maturation ไปเรียบร้อยแล้วทำให้หวังผล Osteogenicity ไม่ได้เท่าที่ควรดังนั้นการวางแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามีตำแหน่งที่ต้องนำกระดูกจากพื้นที่ต้องถอนอยู่แล้วควรวางแผนถอนฟันก่อนทำ Regeneration เป็นระยะเวลา ๘-๑๒ สัปดาห์
 - Ramus, Torus, Bone exostosis, Edentulous area กระดูกในบริเวณนี้มี Cortical bone มากทำให้มีคุณสมบัติ Osteoconductive capacity มากกว่า
 - นอกจากนี้ยังมีกระดูกในรูปแบบต่างๆ ดังนี้
 - Cortical bone chips มีขนาด Particle ประมาณ ๑๕๐๐ micron ส่วนใหญ่ได้จากกระดูกบริเวณ Torus และ Bone exostosis ใช้วิธีเก็บด้วย Hand chisel หรือ Rongeur เนื่องจากส่วนใหญ่เป็น Cortical bone ทำให้มีคุณสมบัติ Osteoconductive มากกว่า ในส่วนของ Osteogenic พบได้น้อยมาก^{๑๒}

- Osseous coagulum มีขนาด Particle ประมาณ ๓๐๐-๕๐๐ micron ใช้วิธีเก็บด้วยหัวกรอช้า มักได้ระหว่างการทำ Osteoplasty มีส่วนผสมของเลือดปนอยู่ เมื่อนำมาใส่ใน Defect ต่อมาจะถูกแทนที่ด้วย Host bone ข้อเสียของวิธีนี้คือไม่ทราบคุณภาพของกระดูกที่แน่นอน และมี Salivary contamination

- Bone blend มีขนาด Particle ประมาณ ๑๐๐-๒๐๐ micron ประกอบด้วยส่วน Cortical และ Cancellous bone ใช้วิธีเก็บด้วย Trepine bur หรือ Chisel หรือ Rongeur จากนั้นนำเศษกระดูกที่เก็บได้ไป Tituration ด้วย Amalgamator หรือบดด้วย Bone mill

๒. Allogenic bone graft คือกระดูกที่ได้จากมนุษย์เหมือนกันแต่เป็นบุคคลอื่นที่เสียชีวิตแล้วนำมาบริจาคให้กับ Tissue bank แบ่งออกตามขั้นตอนการผลิต ดังนี้

๒.๑) Freeze-dried bone allograft (FDBA) มีคุณสมบัติ Osteoconductive ทำหน้าที่เป็น Scaffold ให้เกิดการสร้างกระดูกหลังจากนั้นจึงค่อยละลายไป มีลักษณะที่บร้งสีเนื่องจากไม่ได้ถูก Demineralization

๒.๒) Demineralized freeze-dried bone allograft (DFDBA) มีคุณสมบัติเป็นทั้ง Osteoinductive และ Osteoconductive เนื่องจากมีการ Decalcified ในส่วนของ Bone matrix ด้วยกรด Hydrochloric จนทำให้ Exposed Bone morphogenetic protein (BMP) ซึ่งเป็นโปรตีนที่ทำหน้าที่เหนี่ยวนำให้ Undifferentiated mesenchymal cell เปลี่ยนไปเป็น Osteoblast ซึ่งมีหน้าที่สร้างกระดูก

๒.๓) Human mineralized bone (Puros) ข้อแตกต่างจาก FDBA คือใช้ Acetone ในการ Dehydration ทำให้คงสภาพของ Trabeculae pattern ได้ดีกว่า ส่งผลให้คุณสมบัติ Osteoconductive ดีกว่า FDBA

๒.๔) Grafton demineralized bone matrix (DBM) อยู่ในรูปแบบของ Putty เนื่องจากมี Glycerol เป็น Carrier ทำให้ใช้งานได้ง่าย แต่ข้อเสียคือ Blood clot ไม่สามารถแทรกตัวเข้าไปอยู่ใน Graft particle ได้

๓. Alloplast คือ Grafting material ที่ได้ผ่านการสังเคราะห์ขึ้นมาให้มีลักษณะ Inorganic, เข้ากับเนื้อเยื่อในร่างกายได้ดี มี Fibrotic reaction น้อย มีความแข็งแรงใกล้เคียงกับ Cortical และ Cancellous bone มี Modulus of elasticity ใกล้เคียงกระดูกจริงเพื่อป้องกัน Fatigue fracture Alloplast ทุกชนิดเชื่อว่ามีคุณสมบัติ Osteoconductive ปัจจุบันมี ๖ ชนิดคือ Hydroxyapatite cement, Nonporous hydroxyapatite, Porous hydroxyapatite, Beta tricalcium phosphate, PMMA/HEMA Calcium-layered polymer และ Bioactive glass โดย Beta tricalcium phosphate และ Bioactive glass เป็น Absorbable

๔. Xenograft คือกระดูกที่ได้จากสิ่งมีชีวิต Species อื่น เช่น Bio-Oss ได้จากวัว คุณสมบัติเป็น Osteoconductive เป็น Scaffold ให้สามารถทำให้เกิด Revascularization, Osteoblast migration และเกิดการสร้าง Woven bone จากนั้นจะละลายไป แต่ใช้เวลาค่อนข้างนาน

ปัจจัยที่ช่วยลดการร่นของเหงือกรอบรากเทียมในงาน Immediate implant placement

๑.ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรากเทียม และตำแหน่งของรากเทียม

Comfort zone ควรอยู่ Pa ต่อเส้นที่ลากจากปลายฟันข้างเคียงในแนว occlusal ๑.๕-๒ มม.

๒.Minimize flap elevation :การเปิด flap ให้ไม่กว้างจนเกินไป และเพียงพอต่อการทำงาน

๓.Gap management

- หากระยะจาก B plate-implant น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔ มม. ควรใส่ bone ทั้งใน socket และ นอก B plate เพื่อคง volume และ contour ของสันกระดูก

- หากระยะจาก B plate-implant มากกว่า ๔ มม. ควรใส่ bone เฉพาะใน socket โดยเหงือกต้องเป็น thick biotype และ intact bony wall ไม่มีการติดเชื้อ และรากเทียมต้องมี primary stability

๔. การปลูกเหงือกด้วยวิธี Subepithelial connective tissue graft

๕. การทำ provisional contour

ตารางเปรียบเทียบการทำ GBR ระหว่าง particulate bone grafting และ block bone grafting ใน lateral ridge augmentation

	particulate bone grafting	block bone grafting
Mean bone gain (mm)	๒.๕๙	๔.๐๓
Graft resorption(mm)	๑.๑๓	๐.๗๕

จากตารางพอสรุปได้ว่าการทำ particulate bone grafting ในงาน GBR หวังผลได้ปริมาณกระดูกเพิ่มมากขึ้นในการทำ lateral ridge augmentation ประมาณ ๒.๖ มม. ซึ่งน้อยกว่าวิธีการ block bone grafting ที่ได้ปริมาณกระดูก ประมาณ ๔ มม.

ตารางเปรียบเทียบการทำ GBR ระหว่าง particulate bone grafting และ block bone grafting ใน vertical ridge augmentation

	particulate bone grafting	block bone grafting
Mean bone gain (mm)	๔.๑๘	๓.๔๖
Graft resorption(mm)	๐.๙๙	๐.๗๗
Complication rate	๑๒.๑ %	๒๓.๙ %

จากตารางพอสรุปได้ว่าการทำ particulate bone grafting ในงาน GBR หวังผลได้ปริมาณกระดูกเพิ่มมากขึ้นในการทำ vertical ridge augmentation ประมาณ ๔ มม. ซึ่งมากกว่าวิธีการ block bone grafting ที่ได้ปริมาณกระดูก ประมาณ ๓.๕ มม. ดังนั้นในปัจจุบันนี้การทำ GBR จึงนิยมใช้ particulate bone grafting มากกว่า block bone grafting เนื่องจากให้ผลสำเร็จที่ใกล้เคียงกัน และมี complication น้อยกว่า

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

ต่อตนเอง:

- นำไปประยุกต์ใช้ในที่ทำงาน และนำความรู้ไปใช้เพื่อเกิดทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ต่อหน่วยงาน:

- มีความรู้และทักษะทางด้านงานนวัตกรรม และสร้างสรรค์แนวคิดในการทำงานให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้ในหน่วยงาน เพื่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อประโยชน์ต่อผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

- ไม่มี

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนำมาพัฒนางานด้านทันตกรรม ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนผู้มารับบริการ ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตากสินให้ก้าวหน้าทันสมัยอยู่เสมอ นำมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรในหน่วยงาน และผู้ที่สนใจได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องเป็นไปตามมาตรฐานสากล

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรกานต์ สังข์คุ้ม)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ.....

(นายเรืองยศ จุฑาหะวงค์)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้ มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....

(นายขจร อินทรบุหรั้น)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท.๐๔๐๑/๘๗๗..... ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล) นางสาวอรกานต์..... นามสกุล..... สังกัด.....

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... กลุ่มงานทันตกรรม.....

กอง..... -..... สำนัก/สำนักงานเขต..... สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ จัดการประชุมวิชาการและงานประชุมใหญ่

สามัญประจำปี ๒๕๖๔ เรื่อง “Next Normal of Regenerative Science in Periodontal and Implant

Dentistry” ระหว่างวันที่ ๒-๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในรูปแบบ hybrid โดยจัดงาน ณ โรงแรม Bangkok Marriott

Marquis Queen’s Park กรุงเทพมหานคร เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น.....๒,๕๐๐.- บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

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

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ..... ผู้รายงาน

(นางสาวอรกานต์ สังกัด.....)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท.๐๔๐๑/๘๗๗..... ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล) นายเรืองยศ..... นามสกุล จุฬราหะวงศ์.....

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน กลุ่มงานทันตกรรม.....

กอง สำนักงาน/สำนักงานเขต สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ จัดการประชุมวิชาการและงานประชุมใหญ่

สามัญประจำปี ๒๕๖๔ เรื่อง “Next Normal of Regenerative Science in Periodontal and Implant

Dentistry” ระหว่างวันที่ ๒-๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในรูปแบบ hybrid โดยจัดงาน ณ โรงแรม Bangkok Marriott

Marquis Queen’s Park กรุงเทพมหานคร เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น.....๒,๕๐๐.....บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

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

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ผู้รายงาน

(นายเรืองยศ จุฬราหะวงศ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการ