

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน
 การประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๑๑๗ (๑/๒๕๖๗)
 ระหว่างวันที่ ๕ - ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗
 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวสุมิตรา ไกรพิทักษ์กุล
 อายุ ๕๗ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
 ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
 หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคทางทันตกรรม
- ๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นายบุญฤทธิ์ สอาดเอี่ยม
 อายุ ๔๐ ปี การศึกษา วุฒิปัตร์ สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
 ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 หน้าที่ความรับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม
- ๑.๓ ชื่อ - นามสกุล นางสาวสาวิตรี เกรียงธนศักดิ์
 อายุ ๕๒ ปี การศึกษา ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน วิทยาเอ็นโดดอนต์
 ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 หน้าที่ความรับผิดชอบ งานทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินปูน งานรักษาคลองรากฟัน
- ๑.๔ ชื่อ - นามสกุล นายฤทธิพร พงศ์วรามิตรชัย
 อายุ ๓๕ ปี การศึกษา วุฒิปัตร์สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทันตกรรมสำหรับเด็ก
 ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
 หน้าที่ความรับผิดชอบ งานทั่วไปและงานทันตกรรมสำหรับเด็ก

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๑๑๗ (๑/๒๕๖๗)

สาขา ทันตกรรมทั่วไป

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
 งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๙,๐๐๐ บาท (เก้าพันบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๕ - ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗

สถานที่ ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์

แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

คุณวุฒิ / วุฒิปัตร์ที่ได้รับ -

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์ และ กรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทันตแพทย์ได้รับความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย อันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมประชุมในการนำไปใช้บริหารและพัฒนาการปฏิบัติราชการในหน้าที่ทันตแพทย์ของส่วนราชการต่าง ๆ

๒.๒ เนื้อหา

การบริหารทันตกรรมพร้อมมูลในชีวิตจริง – บทเรียนจากคลินิก

๑. การจัดการช่องว่างเพื่อทำฟันปลอมในผู้ป่วยจัดฟัน

(Space Management for Prosthesis in Orthodontic Patients)

การจัดฟัน เป็นการรักษาโดยการปรับเคลื่อนฟันเพื่อให้ฟันมีการเรียงตัวและสบฟันได้ดีมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในผู้ป่วยบางรายมีการสูญเสียฟันจากการถอนไปหลายซี่ ฟันหายไป หรือมีขนาดฟันที่เล็กกว่าฟันซี่อื่นซึ่งพบมากในฟันหน้าบน ทำให้หลังจัดฟันเกิดช่องว่างที่ต้องการวางแผนการรักษาโดยการใส่ฟันปลอมเช่น ใส่รากเทียมเพื่อทดแทนฟันที่หายไป หรือทำวีเนียร์เพื่อปิดช่องว่างและเพิ่มขนาดให้ฟันใหญ่เท่าฟันซี่ข้างเคียง ทันตแพทย์จัดฟันสามารถประเมินและแจ้งผู้ป่วยได้ตั้งแต่ก่อนจัดฟัน รวมถึงส่งผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ใส่ฟันปลอมตรวจประเมิน และวางแผนการรักษาร่วมกันก่อนเริ่มการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะฟันหน้าที่ต้องการความสวยงามเป็นพิเศษและมีปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อความสวยงามของการใส่ฟันปลอม

เพื่อทำให้เกิดผลสำเร็จการรักษาที่ดีในการจัดการช่องว่างก่อนใส่ฟันปลอมในผู้ป่วยจัดฟัน เป็นที่พึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทันตแพทย์

๑.๑ ควรมีการสื่อสารที่ดีระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและทันตแพทย์ใส่ฟันปลอม

๑.๒ ทันตแพทย์ใส่ฟันปลอมควรบอกขนาดช่องว่างที่ต้องการให้ทันตแพทย์จัดฟันทราบ หรือทำแบบจำลองฟันที่ต้องการให้หมोजัดฟัน เพื่อให้ทันตแพทย์จัดฟันสามารถรักษาได้ตรงตามความต้องการมากที่สุด ขนาดฟันปลอมไม่เล็กหรือใหญ่เกินไป

๑.๓ นอกจากขนาดช่องว่างที่เหมาะสมจะมีผลต่อความสวยงามของฟันปลอมแล้ว ระดับขอบเหงือกที่เท่ากันของฟันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสวยงามโดยเฉพาะฟันหน้าบน ขณะผู้ป่วยยิ้มจะเห็นขอบเหงือกของฟันหน้าบนประมาณ ๒-๘ ซี่ ผู้ป่วยที่พบเหงือกกรนในฟันหน้าและต้องใส่ฟันปลอมบริเวณนี้ ทันตแพทย์จัดฟันและทันตแพทย์ใส่ฟันปลอมควรวางแผนการรักษาร่วมกันก่อนการรักษา

๑.๔ รูปร่างของฟันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความชอบแตกต่างกันหรือให้ความสำคัญไม่เท่ากัน ทันตแพทย์ใส่ฟันปลอมควรสอบถามความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำฟันปลอม

๑.๕ ในการวางแผนการรักษา ทันตแพทย์ควรเริ่มจากการทำให้ช่องปากสะอาด ผู้ป่วยควรได้รับการขัดหินปูน รักษาโรคฟันผุ ถอนฟันหรือรักษาคลองรากฟันให้เสร็จก่อนเริ่มจัดฟัน

๑.๖ ผู้ป่วยจัดฟันบางรายมีฟันหลังสึกมากเนื่องจากผ่านการใช้งานมานานหรือนอนกัดฟัน ผลคือหลังจัดฟันการสบฟันในฟันหลังไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดี ฟันอาจไม่สบกันหรือสบไม่มั่นคง ทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหาร

ไม่ละเอียดหรือปวดขากรรไกร ทันตแพทย์จัดฟันควรแจ้งผู้ป่วยถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นหรือส่งปรึกษาทันตแพทย์ใส่ฟันปลอมเพื่อวางแผนการรักษาก่อนเริ่มจัดฟัน

๑.๗ เทคโนโลยีดิจิทัล ช่วยสร้างภาพเพื่อใช้อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นภาพและตัดสินใจแผนการรักษาง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยทำให้การรักษาบางอย่างง่ายและรวดเร็วขึ้น

๑.๘ ก่อนถอดเครื่องมือจัดฟัน ควรนัดผู้ป่วยให้พบทันตแพทย์ใส่ฟันปลอมเพื่อประเมินช่องว่างที่เกิดขึ้นและยืนยันแผนการรักษา

๑.๙ สุดท้ายแล้วความร่วมมือในเรื่องเศรษฐกิจสถานะและเวลาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผลสำเร็จการรักษาเท่ากับแผนการรักษาที่ดีของทันตแพทย์

๒. เพิ่มทักษะการรักษาทันตกรรมสำหรับเด็กเช่นเดียวกับทันตแพทย์เฉพาะทาง (Upskill Pedo: Do it like a Pro) การดูแลรักษาทันตกรรมสำหรับเด็กแบบองค์รวม

๒.๑ การซักประวัติโรคประจำตัว เพื่อความปลอดภัยของเด็ก

โรคทางระบบที่สำคัญต่อการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

โรคติดเชื้อต่าง ๆ

โรคหลอดเลือดและหัวใจ

โรคที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือทานยากดภูมิ

โรคภูมิแพ้ต่าง ๆ โรคภูมิแพ้ตัวเอง

โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ โรคสมาธิสั้น

การสอบถามเกี่ยวกับโรคทางระบบของเด็ก

มีอาการเป็นอย่างไรบ้าง

คุณหมอบอกว่าอย่างไร

พบแพทย์บ่อยแค่ไหน

อาการป่วยหายหรือยัง

คุณหมอปรับยาบ่อยหรือไม่

คุณหมอมีแผนการรักษาอะไรต่อไป

๒.๒ การซักประวัติทางทันตกรรม เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

อาการสำคัญที่พาเด็กมาพบทันตแพทย์ : เด็กมีอาการอะไร หรือ คุณแม่มีความกังวลเรื่องอะไร

เคยไปพบทันตแพทย์ หรือ เคยรับการรักษาทางทันตกรรมหรือไม่

ประเมินระดับความเจ็บปวด เพื่อใช้ในการวินิจฉัย วางแผนการรักษา ความเร่งด่วน

๒.๓ การสอบถามพฤติกรรมและสังคม เพื่อการรักษาเป็นผลสำเร็จ

เด็กอยู่กับใคร อยู่ด้วยกันหลายคนหรือไม่

เป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย

พ่อแม่เลี้ยงลูกเอง มีพี่เลี้ยง อยู่กับปู่ย่าตายาย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง

การจัดการปัญหาของผู้ปกครอง

หลักการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

เริ่มจากอาการสำคัญที่พาเด็กมาพบทันตแพทย์

เริ่มจากงานป้องกัน

ฟันแท้สำคัญ

ฉีดยาชาลดความเจ็บปวด

รักษาฟันที่มีแนวโน้มจะมีอาการปวดหรือการรักษาจะยุ่งยากในอนาคต
พิจารณาระยะเวลาที่ฟันน้ำนมอยู่ในช่องปากก่อนฟันแท้ขึ้นแทนที่
รักษาเป็นแถบ ทำฟันหน้าคู่กัน

เด็กกลัวอะไร

เด็กกลัวเจ็บ กลัวเข็มฉีดยา
เด็กกลัวภาพลึกลับจากผู้ปกครอง กลัวโดดเดี่ยว
เด็กกลัวแม่เสียใจ

การแสดงออกของเด็ก

๑. ไม่สามารถควบคุมได้
๒. เด็กคิดว่าความทุกข์ของตัวเองเป็นเรื่องยิ่งใหญ่ จึงแสดงออกอย่างมากเพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้ใหญ่ ทันตแพทย์ไม่ควรตัดสินเด็กจากพฤติกรรม แต่ควรเรียนรู้และยอมรับเด็กในสิ่งที่เด็กเป็น รวมถึงเด็กสามารถเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้

เทคนิคในการรักษาทันตกรรมสำหรับเด็ก

๑. การเตรียมพร้อมเด็ก : ผู้ปกครองไม่โกหกเด็ก ไม่ขู่เด็กให้รู้สึกว่าการมาพบทันตแพทย์น่ากลัว ทันตแพทย์หาภาพ สัญลักษณ์ วีดิโอที่เด็กเข้าใจง่าย
๒. ใช้หลักการ พูด แสดง ทำ
๓. สงสัยให้ถาม อยากให้หยุดยกมือซ้าย
๔. ชมบ่อย ๆ แต่อย่าพร่ำเพรื่อ เฉพาะเจาะจงพฤติกรรมที่ชม
๕. รักษาานให้หาสิ่งที่ทำให้เด็กเพลิดเพลินเช่น ไอแพด โทรศัพท ฟังเพลง
๖. เด็กไม่ให้ความร่วมมือ ให้เปลี่ยนโทนเสียง หรือ ให้ผู้ปกครองรอนอกห้องรักษา

กลวิธีโน้มน้าวใจ

๑. แสดงให้เห็นความหนักแน่นของเหตุผลที่สมเหตุสมผล
๒. เราให้เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ร่วม พูดให้เห็นเพื่อลูกของเขาจริง ๆ
๓. บุคลิกภาพน่าเชื่อถือ
๔. เลือกใช้คำพูดอย่างระมัดระวัง เลือกใช้คำที่มีพลัง
๕. แนะนำให้ใช้ความคิดก่อนที่จะทำตาม การเปิดโอกาสจะช่วยโน้มน้าวใจ
๖. ความเห็นใจในแววตา

วิธีการลดความเจ็บปวด

- การเบี่ยงเบนความสนใจ
- การให้กำลังใจเช่น การจับมือ
- การใช้ยาชาเฉพาะที่หาก่อน ยาซึมลงไปได้ ๒ ถึง ๓ มิลลิเมตร ทิ้งไว้ ๒ นาที บริเวณที่ทาควรแห้ง
- การฉีดยาชาเดินยาช้า ๆ ไม่ใช่ยาชาลิโดเคนในเด็ก ไม่ใช่ยาชาอาร์ติเคนในเด็กอายุน้อยกว่า ๔ ปี
- การกดหรือสัมผัสบริเวณอื่น
- การนับเลขขณะให้การรักษา

การรักษาโรคฟันผุ

- ทาฟลูออไรด์เข้มข้นในเด็กที่ไม่พร้อมทำการรักษา
- ถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจฟันผุบริเวณซอกฟันเป็นประจำ

- การอุดฟันเท่าที่จำเป็น ฟันผู้ชั้นเคลือบฟันไม่อุด อุดฟันในฟันที่ใช้เครื่องมือปลายแหลม เขี่ยติดเป็นรูเท่านั้น

๓. ยากลุ่มยับยั้งการสลายกระดูก (antiresorptive) และยาช่วยยับยั้งการสร้างหลอดเลือด

เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางระบบที่สำคัญ ได้แก่ โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) และโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก และ multiple myeloma เป็นต้น เมื่อพิจารณาความชุกของการเกิดโรคดังกล่าวในประเทศไทย พบว่าในผู้หญิงอายุ ๔๐-๕๐ ปี โดยผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า ๗๐ ปีจะพบโรคกระดูกพรุนได้มากกว่าร้อยละ ๕๐ ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรตายเนื่องจากการใช้ยา (Medication Related Osteonecrosis of the Jaw ; MRONJ) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้การรักษาได้ยาก และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการติดเชื้อในช่องปากทั้งจากฟัน อวัยวะปริทันต์หรือรากฟันเทียมรวมทั้งการถอนฟันต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด MRONJ และการใช้ทันตกรรมป้องกันสามารถลดความเสี่ยงในการเกิด MRONJ ได้ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ทันตแพทย์จะต้องสามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย และวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ เพื่อลดโอกาสในการเกิด MRONJ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาช่วยยับยั้งการสลายกระดูก

คำนิยามของ MRONJ จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

- เกิดในผู้ป่วยที่กำลังได้รับ หรือเคยได้รับยาช่วยยับยั้งการสลายกระดูก หรือยาช่วยยับยั้งการสร้างหลอดเลือด
- มีการเผยของกระดูก หรือมีรูทะลุภายในหรือภายนอกช่องปากที่เชื่อมต่อถึงกระดูกในบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ที่คงอยู่นานกว่า ๘ สัปดาห์
- ไม่เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณกระดูกขากรรไกร หรือมีรอยโรคการแพร่กระจายมายังบริเวณดังกล่าว

ภาวะ MRONJ มักพบหลังจากการรักษาทางทันตกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระดูก อย่างไรก็ตามภาวะดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้เองอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย MRONJ ได้แก่ แผลหายช้าหลังจากการถอนฟันหรือการผ่าตัด มีอาการปวด การติดเชื้อที่เนื้อเยื่ออ่อน การบวม การชา หรือการเผยของกระดูก แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการ

อุบัติการณ์ของการเกิด MRONJ ในผู้ป่วยมะเร็ง multiple myeloma จะได้รับยาช่วยยับยั้งการสลายกระดูก จะพบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ ๑-๑๕ ถ้าพิจารณาตามยา zoledronate จะพบอุบัติการณ์ร้อยละ ๐.๓๓-๖.๗ ถ้าได้รับยา denosumab จะพบภาวะนี้ได้ร้อยละ ๐.๗-๑.๙ ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคในผู้ป่วยกระดูกพรุนที่ได้รับยาช่วยยับยั้งการสลายกระดูกแบบรับประทาน พบได้ร้อยละ ๐.๐๔-๐.๑ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นเวลานาน จะพบความเสี่ยงมากขึ้นเป็นร้อยละ ๐.๔๔ ที่ ๑๐ ปีดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยกระดูกพรุนที่ได้รับยาช่วยยับยั้งการสลายกระดูกมีอุบัติการณ์ของการเกิด MRONJ ต่ำมาก

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด

- ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- ชนิดของยา
- ระยะเวลาที่ได้รับยา ถ้ามากกว่า ๔ ปีจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น

๕. ปัจจัยเฉพาะที่ทางทันตกรรม การถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยา bisphosphonate แบบรับประทานจะมีโอกาสเกิด MRONJ ร้อยละ ๐.๕ และในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาชนิดฉีดจะมีโอกาสเกิดร้อยละ ๑.๖-๑๔.๘ ส่วนเรื่องการใส่รากเทียมพบว่ามีผลต่อความเสี่ยงการเกิด MRONJ

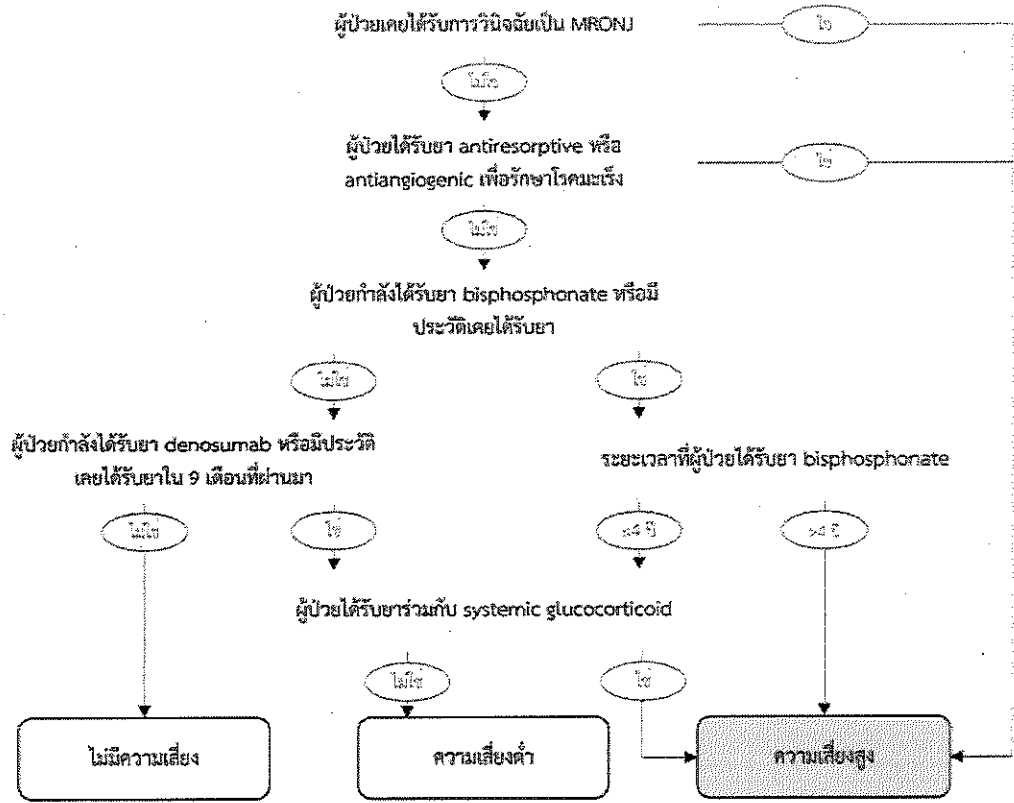


Figure 1 Risk assessment of patients taking antiresorptive or antiangiogenic drugs*
*ดัดแปลงจาก Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme

รูปที่ ๑ แสดงความเสี่ยงของการรับยากลุ่มยับยั้งการสลายของกระดูก

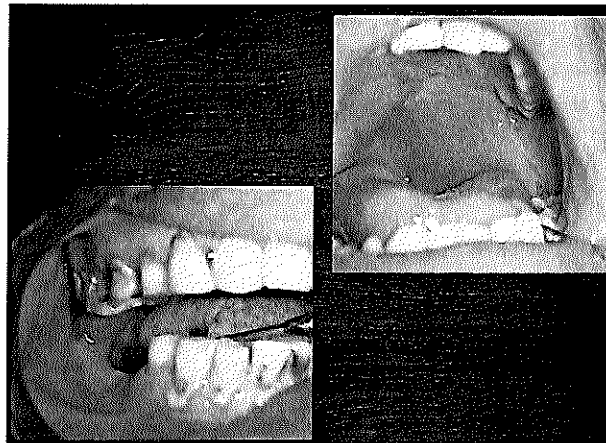
๔. การกลืนลำบากในผู้สูงอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและ ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งการกลืนด้วย โดย เรียกการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการกลืนในวัยสูงอายุว่า presbyphagia โดยการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดกับลักษณะทาง กายวิภาคของศีรษะและลำคอ สรีรวิทยา และกลไกของระบบประสาทที่ควบคุมการกลืน ส่งผลให้ความสามารถสำรองของ การกลืนในผู้สูงอายุลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะ กลืนลำบาก (dysphagia) ได้ง่ายขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีความรู้ความเข้าใจภาวะ presbyphagia และ dysphagia เป็นอย่างดีเพื่อสามารถให้การรักษาได้อย่าง เหมาะสม และตระหนักอยู่เสมอว่า

presbyphgia นั้นไม่ใช่ พยาธิสภาพที่ต้องให้การรักษา แต่เมื่อเกิดภาวะกลืนลำบาก ต้องให้การรักษาอย่างทันด่วนที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

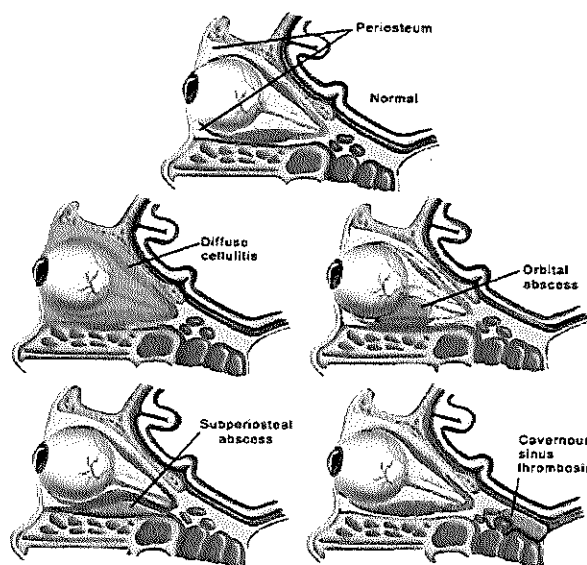
ประเภท	อาการที่เกิดขึ้น
อาการกลืนลำบาก	
อาการชัดเจน	ไอ สำลัก เจ็บขณะกลืน กระแอมเพื่อกำจัดเสมหะในคอ รู้สึกว่ามีอาหารติดในลำคอ มีอาหารหรือน้ำออกทางจมูก เคี้ยวลำบาก
อาการนำสงสัย	หายใจไม่อิ่ม เสียงเปลี่ยน รับประทานอาหารเช้า มีน้ำลายไหลจากปาก พฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ ๑ แสดงอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุแบ่งเป็น ๒ แบบ

๕. การติดเชื้อในช่องปาก (Controversy in oral surgery)



จากรูปที่ ๕.๑ แสดงอาการการติดเชื้อในช่องปากระหว่างการติดเชื้อที่กล้ามเนื้อการอ้าปากหรือเรียกว่า Masticatory space infection กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Deep neck infection



จากรูปที่ ๕.๒ แสดงการติดเชื้อในเบ้าตาจากการติดเชื้อที่ฟันมีแบ่งหลายระดับตั้งแต่ preseptal cellulitis จนถึง cavernous sinus thrombosis

๖. การรักษาความมีชีวิตของเนื้อเยื่อโพรงประสาท (Vital Pulp Therapy)

แนวคิดในการรักษา

๑. วินิจฉัยให้ถูก

การรักษาความมีชีวิตของฟัน ทำได้เฉพาะฟันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรงประสาทฟันอักเสบ (Irreversible Pulpitis) เท่านั้น ไม่สามารถทำในฟันที่ตายหรือปลายรากมีรอยโรค

๒. วางแผนการรักษา

๓. กำจัดสาเหตุของโรคและทำให้ปราศจากเชื้อภายใต้เทคนิคแบบปลอดเชื้อ

เทคนิคแบบปลอดเชื้อ หมายถึง การรักษาต้องทำการใส่แผ่นยางกันน้ำลายทุกครั้ง การกำจัดสาเหตุคือ การกำจัดรอยผุทั้งหมด กรอแต่งรูปร่างฟัน โดยทำจากส่วนที่ไกลโพรงประสาทฟันก่อน การทำให้ปราศจากเชื้อ คือ การล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮเปอร์คลอไรด์

๔. การกำจัดเนื้อเยื่อโพรงประสาทที่อักเสบ

เนื้อเยื่อโพรงประสาทปกติ	เนื้อเยื่อที่มีการอักเสบหรือมีการตายบางส่วน
ล้อมรอบด้วยเนื้อฟันที่สะอาด	โพรงประสาทฟันเป็นสีดำและไม่มีเลือดไหล
เลือดที่เห็นมีสีสดและมีเนื้อเยื่อโพรงประสาท	เนื้อเยื่อโพรงประสาทเป็นสีชมพูซีด
ไม่มีเศษเนื้อฟัน	มีเศษเนื้อฟัน
เลือดหยุดไหลได้ภายใน ๒ - ๓ นาทีหลังกดห้ามเลือด	เลือดไหลทะลักมากและไม่หยุดไหลหลังกดห้ามเลือด

๕. การเลือกใช้วัสดุคลุมหรือปิดเพื่อปกป้องเนื้อเยื่อโพรงประสาท

๕.๑ แคลเซียมไฮดรอกไซด์ ต้องผสมใหม่ทุกครั้งให้เป็นก้อนแข็งป่นได้ แคลเซียมไฮดรอกไซด์ จะทำให้เนื้อเยื่อโพรงประสาทที่สัมผัสเกิดการตาย และมีการสร้างเนื้อฟันชั้นบาง ๆ กั้นระหว่างเนื้อเยื่อโพรงประสาทที่ตายและมีชีวิต

ข้อดีคือ เป็นวัสดุที่มีคุณสมบัติเหมาะสม หาง่าย ราคาถูก

ข้อจำกัดคือ ถ้าเกิดการรั่วซึม แคลเซียมไฮดรอกไซด์ละลายน้ำ ทำให้เกิดช่องว่างที่ชั้นเนื้อเยื่อตาย และชั้นเนื้อฟันที่สร้างบาง ๆ เชื้อโรคเข้าไปและทำให้เนื้อเยื่อโพรงประสาทข้างในเกิดการอักเสบ

๕.๒ แคลเซียมซิลิเกต ได้แก่ เอ็มทีเอ (MTA) ไบโอบเดนทีน (Biodentine)

มีคุณสมบัติที่ดีเหมือนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ทุกอย่างและไม่มีข้อจำกัดนั้นคือ หลังจากที่วัสดุแข็งแล้วไม่เกิดการละลายน้ำ ข้อเสียอย่างเดียวคือ ราคาสูง

๖. การบูรณะฟัน

เลือกวัสดุอุดฟันแบบถาวร ไม่เลือกแบบชั่วคราว เพื่อป้องกันการแตกหักรั่วซึมของวัสดุอุด ทำให้เชื้อโรคเข้าไปเป็นสาเหตุให้เนื้อเยื่อโพรงประสาทอักเสบ และเกิดความล้มเหลวของการรักษา

การรักษาทางคลินิก แบ่งเป็น ๓ วิธี

๑. ไตรเร็กพัลพ์แคปปิง (Direct Pulp Capping)

ข้อบ่งชี้

๑. ฟันผุหรือฟันที่ได้รับอุบัติเหตุมีการทะลุโพรงประสาทไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง
๒. ไม่เคยมีอาการปวดฟัน
๓. ภาพถ่ายรังสีปกติ ไม่มีรอยโรคปลายรากฟัน
๔. กัดห้ามเลือดได้
๕. บูรณะฟันด้วยการอุดได้

ขั้นตอน

๑. ฉีดยาชา เลือกใช้อาร์ติเคนหรือเมพิวาเคน รอให้ชาประมาณ ๕ นาที ห้ามฉีดยาชาเข้าเนื้อเยื่อโพรงประสาท

๒. ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย

๓. กำจัดเนื้อฟันที่ผุเริ่มจากส่วนนอกเข้าไปหาโพรงประสาทฟัน

๔. ประเมินลักษณะของเนื้อเยื่อโพรงประสาท ต้องสีเลือดสีสดคลุมเนื้อเยื่อโพรงประสาทและถูกล้อมรอบด้วยเนื้อฟันที่สะอาด ไม่มีเศษเนื้อฟัน

๕. ล้างด้วยน้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์

๖. ห้ามเลือด โดยการใช้สำลีชุบน้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์กดไว้ ๕ ถึง ๑๐ นาที

๗. คลุมรอยทะลุโพรงประสาทฟันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์หรือแคลเซียมซิลิเกต ใช้วัสดุรองฟันด้วยกลาสไอโอโนเมอร์และบูรณะฟันด้วยเรซินคอมโพสิต

๒. พาร์เชียลพัลพ์โตมี (Partial Pulpotomy)

ข้อบ่งชี้

๑. ฟันผุหรือฟันที่ได้รับอุบัติเหตุทะลุโพรงประสาทเกิน ๒๔ ชั่วโมง
๒. ภาพถ่ายรังสีปกติ ไม่มีรอยโรคปลายรากฟัน
๓. กัดห้ามเลือดได้
๔. บูรณะฟันด้วยการอุดได้

ขั้นตอน

๑. ฉีดยาชา เลือกใช้อาร์ติเคนหรือเมพิวาเคน รอให้ชาประมาณ ๕ นาที ห้ามฉีดยาชาเข้าเนื้อเยื่อโพรงประสาท

๒. ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย

๓. กำจัดเนื้อฟันที่ผู้เริ่มจากส่วนนอกเข้าไปหาโพรงประสาทฟัน

๔. ใช้หัวกรอตัวใหม่ที่สะอาดตัดเนื้อเยื่อโพรงประสาทออก ๒ มิลลิเมตร

๕. ล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์เข้มข้นร้อยละ ๒.๕

๖. ห้ามเลือด โดยการใช้น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์กดไว้ ๕ ถึง ๑๐ นาที

๗. กลุ่มรอยทะลุโพรงประสาทฟันด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์หรือแคลเซียมซิลิเกต ใช้วัสดุรองฟันด้วยกลาสไอโอโนเมอร์และบูรณะฟันด้วยเรซินคอมโพสิต

๓. พัลโพโตมี (Pulpotomy)

ข้อบ่งชี้

๑. ฟันผุหรือฟันที่ได้รับอุบัติเหตุทะลุโพรงประสาทเกิน ๒๔ ชั่วโมง

๒. ภาพถ่ายรังสีปกติ ไม่มีรอยโรคปลายรากฟัน

๓. กำจัดเนื้อเยื่อโพรงประสาทออก ๒ มิลลิเมตรแล้วกดห้ามเลือดไม่ได้

๔. บูรณะฟันด้วยการอุดได้

ขั้นตอน

๑. ฉีดยาชา เลือกใช้อาร์ติเคนหรือเมพิวาเคน รอให้ชาประมาณ ๕ นาที ห้ามฉีดยาชาเข้าเนื้อเยื่อโพรงประสาท

๒. ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย

๓. กำจัดเนื้อฟันที่ผู้เริ่มจากส่วนนอกเข้าไปหาโพรงประสาทฟัน

๔. ใช้หัวกรอตัวใหม่ที่สะอาดกำจัดเนื้อเยื่อโพรงประสาทออกจนถึงทางเข้าคลองรากฟัน

๕. ล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์เข้มข้นร้อยละ ๒.๕

๖. ห้ามเลือด โดยการใช้น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์กดไว้ ๕ ถึง ๑๐ นาที

๗. กลุ่มรอยทะลุโพรงประสาทฟันด้วยแคลเซียมซิลิเกต ใช้วัสดุรองฟันด้วยกลาสไอโอโนเมอร์และบูรณะฟันด้วยเรซินคอมโพสิต

การติดตามการรักษา

ติดตามอาการหลังรักษา ๑, ๓, ๖, ๑๒ เดือน และปีละครั้ง เริ่มถ่ายภาพรังสีหลังรักษาตั้งแต่ ๖ เดือน เป็นต้นไป

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

๑. ไม่มีอาการปวด บวม หรือรูเปิดทางออกหนองที่ปลายราก

๒. มีการตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน

ภาพถ่ายรังสี

๑. ปลายรากปกติ

๒. มีการเจริญเติบโตของรากในฟันปลายรากเปิด

ความสำเร็จในการรักษา

มีความสำเร็จในการรักษาเกินร้อยละ ๘๐ ทุกประเภทการรักษา ยกเว้นได้เร็กฟิลล์แคปปิ่ง ที่ผลสำเร็จน้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ในพื้นที่ใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นวัสดุคลุมโพรงประสาท

กรณีที่เกิดความล้มเหลว สามารถรักษาคลองรากฟันต่อได้ ไม่ต้องถอนฟัน ยกเว้นฟันแตกหักจน บुरณะฟันไม่ได้

ฟันปลอมบางส่วนถอดได้

ฟันปลอมชนิดถอดได้ (Removable Denture) คือ ฟันปลอมที่ทำขึ้นเพื่อผู้ที่ยังมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่หรือไม่มี ฟันเหลืออยู่เลย สามารถถอดออกมาล้างทำความสะอาดได้ ตัวซี่ฟันปลอมทำด้วยพลาสติกหรือคอมโพสิต มีสี เหมือนฟันธรรมชาติ และมีฐานที่ทำจากพลาสติกหรือโลหะ โดยจะวางบนสันเหงือกหรือเพดานปาก

ผู้ที่เหมาะสมจะทำฟันปลอมชนิดถอดได้

๑. ผู้มีฟันบางตำแหน่งหรือทั้งขากรรไกรถูกถอนออกไป
๒. ผู้สูญเสียฟันธรรมชาติจำนวนมาก จนไม่สามารถทำฟันปลอมชนิดติดแน่นแบบสะพานได้
๓. ผู้เคยมีปัญหาโรคเหงือกอักเสบหรือฟันผุนแรงจนต้องถอนฟันหลายซี่
๔. ผู้ที่ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ ฟันปลอมชนิดนี้สามารถถอด ออกมาล้างทำความสะอาดได้ง่ายกว่าแบบติดแน่น

การเตรียมตัวก่อนทำฟันปลอมชนิดถอดได้

๑. ฟันที่เหลือในช่องปากต้องแข็งแรง ไม่ผุ ไม่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ถ้าตรวจพบฟันผุให้พิจารณา อุดฟัน รักษาโรคฟัน หรือถอนออก
๒. สันเหงือกบริเวณที่ต้องการใส่โค้งงมน ไม่มีสันกระดูกแหลมคม เหงือกแข็งแรงและแน่น
๓. ทันตแพทย์อาจพิจารณาตัดปุ่มกระดูกที่เพดานของขากรรไกรบนหรือปุ่มกระดูกด้านลิ้นของ ขากรรไกรล่างที่มาขัดขวางการใส่ฟันปลอม
๔. เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีรอยโรคหรือพยาธิสภาพใด ๆ

ขั้นตอนการทำฟันปลอมชนิดถอดได้

การทำฟันปลอมชนิดถอดได้มีหลายขั้นตอน ผู้ป่วยจะต้องมาพบทันตแพทย์ประมาณ ๕ - ๖ ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑. พิมพ์ปากเพื่อทำแบบจำลองฟัน บันทึกการสบฟัน
๒. กรณีทำฟันปลอมทั้งปากต้องพิมพ์ปากซ้ำโดยใช้ถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล เพื่อคัดลอก ขอบเขตของฟันปลอมที่กว้างสุดเท่าที่จะไม่รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อ
๓. กำหนดตำแหน่งของซี่ฟันที่จะใส่
๔. ทันตแพทย์จะลองเรียงฟันในปากผู้ป่วยเพื่อให้ดูสีและรูปร่างซี่ฟันว่าพอใจหรือไม่
๕. ใส่ฟันปลอมพร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการดูแลรักษาและการทำความสะอาด
๖. กลับมาพบทันตแพทย์ภายหลังใส่ฟันปลอม ๗ - ๑๔ วัน โดยประมาณ

ภาวะแทรกซ้อนของการทำฟันปลอมชนิดถอดได้

๑. อาจมีอาการเจ็บขณะบดเคี้ยวอาหาร เนื่องจากฐานฟันปลอมกดทับ ควรกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อแก้ไข
๒. เมื่อใส่ฟันปลอมไปนาน ๆ รูปร่างสันเหงือกอาจมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้หลวมได้ ควรกลับมาเสริมฐานฟันปลอมให้แน่นดังเดิม
๓. หากใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ตลอดเวลา อาจก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก เกิดการอักเสบ หากระคายเคืองมากอาจเกิดเป็นก้อนเนื้อออกชนิดไม่ร้ายแรงขึ้นที่บริเวณขอบหรือใต้ฐานฟันปลอม มักพบได้บ่อยกับฟันปลอมชนิดถอดได้ทั้งปาก นอกจากนี้อาจทำให้เกิดกลิ่นปากได้

การดูแลรักษาฟันปลอมชนิดถอดได้

๑. ควรถอดฟันปลอมออกมาทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
๒. ทำความสะอาดฟันปลอมเมื่อเลิกใช้งาน โดยใช้แปรงสีฟันแปรงที่ฟันปลอมให้ทั่วทุกซี่ฟัน และฐานของฟันปลอม ควรใช้แปรงร่วมกับน้ำสบู่ก็ได้ ล้างน้ำให้สะอาดแล้วนำไปแช่น้ำเปล่าไว้ในภาชนะหรือกล่องที่มีฝาปิด
๓. ไม่ควรใส่ตลอดเวลา ควรถอดทำความสะอาด แช่น้ำไว้เมื่อเข้านอน เพื่อลดแรงกดทับของฐานฟันปลอมต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก
๔. ควรพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจเป็นระยะ เนื่องจากเมื่อใส่ฟันปลอมไประยะเวลาหนึ่งสันเหงือกมักยุบตัวลงทำให้ฐานฟันปลอมไม่พอดีกับสันเหงือก การสบของฟันปลอมกับคูดสบเกิดคลาดเคลื่อนจากที่ทำไว้ ส่งผลให้การเคี้ยวอาหารไม่สมบูรณ์และเกิดแผลได้
๕. กรณีใส่ฟันปลอมทั้งปากหากต้องการให้ฟันปลอมติดแน่นมากขึ้น อาจทำฟันปลอมฐานพลาสติกร่วมกับการฝังรากฟันเทียมเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการบดเคี้ยว

เชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อยาปฏิชีวนะ

ภาวะที่เชื้อแบคทีเรียต่อต้านยาปฏิชีวนะทำให้การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไม่ได้ผลดังเดิมอาจต้องใช้เวลารักษานานขึ้นเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแพงขึ้นหรือผู้ป่วยอาจเสี่ยงเสียชีวิตมากขึ้น

สาเหตุ

- การได้รับยาปฏิชีวนะมากเกินไปจนจำเป็น
- การได้รับยาปฏิชีวนะ โดยไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ เช่น หวัดเจ็บคอ ท้องเสีย แผลเลือดออก
- การสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโดยตรง
- สัตว์ที่นำมาปรุงอาหารเคยได้รับยาปฏิชีวนะขณะเลี้ยงเช่น หมู ไก่ ทำให้คนที่รับประทานได้รับ

ส่วนของยาปฏิชีวนะเข้าในร่างกายด้วย

การแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาบนตัวผู้ป่วยแพร่กระจายได้อย่างไร

ผู้ป่วยหรือผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา มีการปนเปื้อนปัสสาวะ อุจจาระ หรือผิวหนังที่มีสารคัดหลั่ง และมีเชื้อดื้อยาทำให้เชื้อปนเปื้อนอยู่ มือ และตามร่างกายที่สัมผัส แล้วไม่มีการล้างมือให้สะอาด และเสื้อผ้าที่ปนเปื้อน ยังไม่ได้ทำความสะอาด ทำให้เชื้อแพร่กระจายออกไปทางการสัมผัสต่อโดยตรงสู่บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่ต้องเฝ้าระวัง และป้องกันมากขึ้น คือ ผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำ ร่างกายด้อย ผู้ป่วยหนัก

ผู้ที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะหรือสวมใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ข้างร่างกายเป็นเวลานาน รวมถึงผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ จะทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

การป้องกันในส่วนของบุคลากร

๑. การจ่ายยาเป็นไปตามหลักการใช้อย่างสมเหตุผล
 ๒. ต้องมีแบบฟอร์มการประเมินการैया
 ๓. ทีมเภสัชควรมีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ติดเชื้อ เพื่อดูขนาดยาให้เหมาะสม
 ๔. ยึดหลัก ๕ เวลาที่ต้องล้างมือ คือ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ หลังกัมผัสอุปกรณ์
สารคัดหลั่งผู้ป่วย หลังสัมผัสผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย
 ๕. ยึดหลักการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การทำให้สะอาด
และปราศจากเชื้อ เครื่องมือ และอุปกรณ์ การป้องกันอุบัติเหตุจากเข็ม และของมีคม การจัดการกำจัดขยะติดเชื้อ
- การป้องกันในส่วนของคนไข้

๑. ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะเองโดยไม่จำเป็น และไม่ซื้อยาปฏิชีวนะมาใช้เอง
๒. โรคหวัดและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ
๓. รับประทานอาหารที่สุกหรือสะอาด และดื่มน้ำที่สะอาดเพื่อป้องกันการได้รับเชื้อแบคทีเรีย
ดื้อยาปฏิชีวนะที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหารและน้ำ
๔. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ ก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังการสัมผัสสิ่งของที่อาจ
มีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย (เช่น ภายหลังกิจจาระ)

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. เป็นการทบทวนความรู้ในงานทันตกรรมทั่วไป เช่นงานอุดฟัน การเลือกวัสดุ
อุดฟัน ให้เหมาะกับแต่ละงาน รวมไปถึงทบทวนขั้นตอนการอุดฟัน
๒. ทบทวนความรู้เรื่องฟันร้าว การรักษาที่เหมาะสมกับฟันร้าว การเลือกวัสดุและ
ขั้นตอนการทำงานที่เหมาะสมกับฟันร้าว
๓. มีความเข้าใจในวัสดุ และขั้นตอนที่ใช้ในงานรักษารากฟันมากขึ้น

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. เพื่อนำความรู้ที่ได้ทางทันตกรรมหัตถการ มาใช้ในการเลือกซื้อวัสดุให้เหมาะสม
กับงานที่ทำทั่วไป เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย
๒. ความรู้ทางทันตกรรมรากเทียมและทันตกรรมปริทันต์ที่ได้ นำมาใช้ในการปรึกษา
กันระหว่างทันตแพทย์ เมื่อมีเคสที่ไม่ตรงไปตรงมา
๓. นำความรู้ที่ได้มาใช้ในการรักษาแบบองค์รวมในผู้ป่วยพิเศษ

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

๑. เป็นประโยชน์กับกลุ่มผู้ป่วยงานทั่ว ๆ ไป เช่นงานอุดฟัน เพื่อลดอุบัติเหตุการเกิด
ภาวะเสียวฟันหลังการอุดฟัน
๒. สามารถลดเวลาและขั้นตอนที่ใช้ในงานทันตกรรมต่าง ๆ เนการประหยัดเวลา
การทำงาน ลดค่าใช้จ่ายซึ่งผู้ป่วยในการเดินทางและสามารถมีเวลาทำงานอื่น ๆ ได้มากขึ้น

เนื่องจากมีความเข้าใจในงานที่ทำมากขึ้น

ส่วนที่ ๓

ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

ประชุม

๑. สถานที่จัดงานเปลี่ยนบริเวณที่ใช้ในงานการประชุม ทำให้สับสนในการหาห้อง

๒. งานประชุม บริเวณที่จัดงาน ห่างจากรถไฟฟ้าพอสมควร ทำให้เดินทางลำบาก

๓.๒ การพัฒนา

๑. หัวข้องานประชุมอยากให้มีความหลากหลายมากกว่านี้
๒. บทที่เข้าร่วมการประชุม น้อยลงกว่าที่แล้วๆมา อยากให้มีบทส้นค้ำมากกว่านี้ เพื่อสะดวกในการเลือกซื้อสินค้าเข้าโรงพยาบาล

๓. การที่มีงานประชุมทบทวนความรู้ที่จะสอบในประกอบโรคศิลป์เป็นสิ่งที่ดี ควรมีการจัดต่อไป

ส่วนที่ ๔

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

งานด้านทันตกรรมมีการศึกษาวิจัยใหม่ และมีการพัฒนาความรู้อยู่ตลอดเวลา มีการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการรักษาใหม่ๆ มีนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อช่วยให้ได้มีการปรับปรุงมาตรฐานการรักษาให้ทันสมัย อยู่เสมอ จึงควรส่งเสริมให้มีการเข้าร่วมประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวสุมิตรา ไกรพิทักษ์กุล)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวสาวิตรี เกรียงชนศักดิ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นายบุญฤทธิ์ สอาดเยี่ยม)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นายฤทธิพร พงศ์วรามิตรชัย)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ส่วนที่ ๕

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....

(นายขจร อินทรบุหรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน