

รายงานการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ

(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวจุริรา เจริญนิवासกุล อายุ ๓๒ ปี

การศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

๑.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

- ให้บริการทันตกรรมด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา ส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกันและฟื้นฟูสภาพช่องปากแก่ผู้รับบริการ

- ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพช่องปาก ขั้นตอนการรักษา วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาแก่ผู้มารับบริการทันตกรรม

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตรการประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๕ และการประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๑๑๓ (๑/๒๕๖๕) ของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

สาขา -

เพื่อ ประชุม ผูกอบรม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล ทุนส่วนตัว

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น ๑,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ สถานที่ห้องบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ชั้น ๒๒ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรทางด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข อันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมประชุม ในการนำไปใช้พัฒนาการปฏิบัติราชการในหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา

Digital dentistry เปลี่ยนโฉมหน้าการ practice ได้อย่างไร

ในการตรวจรอยโรคฟันผุมีได้หลายวิธี วิธีแบบดั้งเดิมและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น การดูด้วยตา การใช้เครื่องมือลงไปเช็ย หรือแม้แต่การถ่ายภาพรังสี (ในการตรวจหารอยโรคฟันผุเนื้อฟันจะต้องสะอาด ไม่มีหินปูน ไม่เปียกและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจฟันผุควรจะมีลักษณะเป็น blunt tip explorer) แต่ในปัจจุบันมีเทคนิคใหม่โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วย เช่น

- การใช้ fiber-optic translumination (FOTI) โดยอาศัยหลักการของแสงที่ส่องผ่านเนื้อฟัน (ในฟันที่
- ติดกับฟันที่ผู้จะมีค่า translumination index ที่ไม่เท่ากัน) มีการพัฒนาเป็น DiagnoCAM สามารถต่อเข้ากับเครื่อง แสกนในปากคนไข้เพื่อตรวจหารอยโรคฟันผุได้ทันที
- การใช้แสง fluorescence ในการตรวจหารอยโรคฟันผุ (Fluorescence measurements) มีการพัฒนาทั้งที่เป็น Extraoral camera หรือ Intraoral camera

ในงานทันตกรรมประดิษฐ์ก็มีการใช้ Intraoral scanner มาช่วยในการบันทึกข้อมูลในปากของคนไข้ เพื่อส่งข้อมูลให้แลปทันตกรรม ให้ได้ชิ้นงานที่รวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ (เรียกอีกอย่างว่า Digital impression)

ศิลปะแห่งรอยโรคช่องปากและการใช้ยารักษา

Steps of differential diagnosis (ขั้นตอนการวินิจฉัย)

- ชักประวัติอย่างละเอียด (เน้นย้ำให้ฟังก่อน อย่าฟังพูดแทรกสิ่งที่ผู้ป่วยพูด)
- ตรวจช่องปาก (ตรวจ soft tissue ก่อน ฟันหรือ hard tissue อื่นๆ) และตรวจร่างกาย
- ในบางครั้งอาจจะต้องมีกระบวนการอื่นมาช่วยในการตรวจ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ
Ultrasound
X-ray (Extra and Intraoral techniques) MRI หรือ CT & CBCT scan
- หา final diagnosis ประเมินว่าเราสามารถ manage ได้หรือต้องส่งต่อ

ลำดับขั้นในการตรวจ Soft tissue ที่เราอาจจะลืม

- ให้คนไข้ลองยิ้มดูว่ามีปากเปี้ยวมัย มีอาการชามัย แดกแห้ง มีแผลมัย ตรวจสอบความปกติของเส้นประสาท
- เปิดริมฝีปากมาดู labial mucosa ดูว่ามีต่อมน้ำลายอีกเสบหรือไม่ (กรณีผู้ป่วยที่ปากแห้งมากๆ อาจจะมีจุดสีขาวของเชื้อราเกิดขึ้นได้)
- ดู buccal mucosa ที่กระพุ้งแก้มซ้าย - ขวา
- ดูสีของเหงือก ลักษณะของเหงือก (CA ที่เหงือกจะดูยาก เพราะลักษณะจะคล้ายกับเหงือกของคนที่เป็นโรคปริทันต์มานานๆ)
- ให้คนไข้แลบลิ้นยาว เอาลิ้นแตะแก้มซ้าย แตะแก้มขวา ดู lateral of tongue
- ยกลิ้นดูใต้ลิ้น บริเวณ floor of mouth คล่าบริเวณนี้ด้วยดูว่ามีการบวมของต่อมน้ำลายหรือไม่ (Mucoccele ที่ริมฝีปากหรือ Lanula ถ้าอยู่ใต้ลิ้น)
- ดูที่เพดาน

Differential diagnosis of oral lesions by colors

- White : ส่วนใหญ่เกิดจากการหนาตัวขึ้นของเยื่อบุผิว (ดูว่าขูดออกได้หรือไม่ ถ้าได้มักจะมาจากการติดเชื้อ แต่ถ้าขูดไม่ออกอาจจะพบในคนที่สูบบุหรี่จัดๆ)
- Red : เกิดจากเยื่อบุผิวบางลง เช่น ลิ้นสีแดงมากจากลิ้นเลื่อน หรือ ก้อนสีแดงนูนๆมักเกิดจากการถูกกระตุ้นให้มีการสร้างเส้นเลือดมากขึ้น
- Blue : อาจเกิดจากการขังของเม็ดเลือดแดงเยอะ เช่น Eruption hematoma ฟันแท้ไม่ขึ้นจากการที่เหงือกหนาหลายๆ ปกติแล้วไม่ต้องรักษาก็ได้ แต่พ่อแม่มักจะกังวล เราอาจจะกรี๊ดตามรอย incisal edge เล็กน้อยให้มีช่องทางให้ฟันออกมาได้
- Brown : Melanin pigment
- Yellow : อาจจะเป็นหนอง หรือ ต่อมไขมันที่มากเกินไป

Differential diagnosis of oral lesions by causes

- Development lesions : รอยโรคนี้เคยเกิดขึ้นหรือไม่ เป็นมานานแค่ไหน
- Trauma/Reactive lesions : มีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดรอยโรคหรือไม่
- Infections : มีการติดเชื้อมาเกี่ยวข้องหรือไม่
- Cysts / Tumors
- Oral lesions เกี่ยวข้องกับโรคทางระบบของคนไข้หรือไม่

ตัวอย่างรอยโรคในช่องปากที่ควรรู้

- Leukoedema ; รอยโรคสีขาว เช็ดไม่ออก ดึงดึงแล้วสีขาวหายไป
- Fordyce's granules ; เป็น ectopic sebaceous glands เจอบริเวณ buccal mucosa หรือ ริมฝีปาก คนไข้มักจะไม่ค่อยรู้ตัวเอง จะพบโดยทันตแพทย์ ไม่ต้องทำการรักษา
- Parotid papilla : เป็นก้อนแดง พบบริเวณกระพุ้งแก้มเหนือตำแหน่ง occlusal plane ถ้าสังเกตดีๆ จะเห็นเป็นรูเปิด ของ Stensen's duct ไม่ต้องติดตามเพื่อส่งตรวจ เนื่องจากไม่อันตราย แต่คนไข้จะมาด้วยอาการเจ็บๆบริเวณก้อนที่กระพุ้งแก้ม
- Oral melanoma : ABCDE (Asymmetry , Border irregularity , color , Diameter มากกว่า ๖ mm , Evolving)
- Geographic tongue : อาจจะมีที่บริเวณเดียวคือด้านข้างลิ้นก็ได้ , White border with no ulceration และอาจจะมี burning sensation ร่วมด้วย
- Pyogenic granuloma : เป็นก้อนกลมๆที่บริเวณ IDP ถ้ามีการขูดหินปูนเกลารากฟันมักจะดีขึ้นได้ (ถ้าเจอในเด็กผู้หญิงอายุน้อยๆมักจะเกี่ยวกับ hormone แต่ถ้าเจอในคนสูงอายุ ดูแลช่องปากดี ให้คิดถึงมะเร็งก่อน)

- Epulis fissuratum : เป็นรอยร้าวๆบริเวณ vestibule พบในคนที่ใส่ฟันปลอมแล้วมีการกด อาจจะมีการจัดการโดยการตัดออกแล้วทำฟันปลอมใหม่
- Lichen planus : มักจะเจอลักษณะพิเศษ ๒ แบบคือ เหงือกลอก (Desquamative gingivitis) กับ

| A๑C (%) | A๑C (mmol/L) | Estimated average glucose (mg/dl) |
|------------------------|--------------|-----------------------------------|
| ๖ | ๗ | ๑๒๖ (๑๐๐ - ๑๕๒) |
| ๗ | ๘.๖ | ๑๕๔ (๑๒๓ - ๑๘๕) |
| ๘ | ๑๐.๒ | ๑๘๓ (๑๔๗ - ๒๑๗) |
| Well-controlled < ๗% | | |
| Poorly-controlled > ๘% | | |

กระพุ้งแก้มเป็นไยแมงมุมสีขาว คนไข้จะไม่เจ็บ รักษาโดยใช้ topical steroid อาจเกิดจากการแพ้ (Lichenoid reaction) หรือโรคทางระบบ (SLE , Erythema multiforme)

Note

- ✓ บริเวณในปากที่ไม่มีต่อมน้ำลายคือแถว เพดานของฟันหน้าบนตรง rugae
- ✓ คนสูงอายุมักจะมีน้ำลายส่วนหนืดมากกว่าส่วนใส ยิ่งถ้าได้รับยากลุ่ม Antipsychi หรือกลุ่ม Antihypertention ก็จะมีน้ำลายหนืดปากแห้ง + มักจะพบฟันผุเป็น Class VI หรือ Class V ดังนั้นจะดูว่าปากแห้งหรือไม่ ให้ดูที่บริเวณฟันหน้าล่างก่อนเลย
- ✓ Vitamin C จะช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก

การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ

- Hypertension ที่ accept คือ < ๑๖๐/๑๐๐ mgHg (ถ้า In office หรือในคลินิกทันตกรรมอาจจะ accept ที่ < ๑๘๐/๑๑๐ mmHg)
- Diabetes ที่ accept คือ < ๑๘๐ - ๒๐๐ mg/dL และถ้าน้อยกว่า ๘๐-๑๑๐ mg/dL ก็ไม่ควรทำ เพราะคนไข้อาจจะเป็นลมตอนทำก็ได้ ส่วน HbA๑C ยังไม่ได้เอามาพิจารณาในการผ่าตัด (แต่ก็ควรดูให้คนไข้ด้วยว่าไม่ควรเกิน ๗%)
จากตาราง แปลได้ว่า ช่วง HbA๑C เพิ่ม ๑% คือมีค่าน้ำตาล + ๓๐ ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ inactive และมีความดันโลหิตในช่วง ๑๖๐-๑๘๐ / ๙๕-๑๑๐ สามารถใช้ยาชาที่มี / ไม่มี adrenaline ก็ได้ ไม่เกิน ๓.๖ - ๔.๔ mL (แต่ในทางปฏิบัติถ้าเราแค่ใช้ infiltrate น่าจะได้อยู่)
- ในผู้ป่วยที่ทาบอลลูน (ที่ขาหนีบ) ใส่ขดลวดเคลือบยา antiplatelet รอประมาณ ๖ - ๑๒ เดือน แต่ถ้าไม่เคลือบยา (คนไข้จะได้รับ Antiplatelet กินคู่กัน ๒ ตัวอย่างน้อย ๑ เดือน) ประมาณ ๓ เดือน (ดีที่สุดคือ consult หมอหัวใจประจำตัว) แต่ถ้าคนไข้ทำ By pass ที่หัวใจมาในช่วง ๖ ปี ก็ต้องคอย monitor ในช่วงนี้ตลอด
- หัวใจวาย (น้ำท่วมปอด) ผ่าตัดทำความเสี่ยงต่ำได้ แต่ถ้าไม่รีบให้รอ ๓ เดือน หลังปรับยา / เริ่มรักษา ให้คงที่

- โรคลิ้นหัวใจต้องแก้ก่อนผ่าตัด มีเฉพาะแบบชนิดตีบเท่านั้น ถ้ารู้ว่าอาจจะรอดได้ แต่ถ้ารีบก็อาจจะส่งรื้อไปแก้ไขก่อนได้
- ASA ห้ามหยุดเด็ดขาด (แต่ถ้าตัวอื่นอาจจะต้องหยุดเช่น Ticagrelor, Clopidogrel, Prasugrel ต้องหยุดก่อนทำการผ่าตัดประมาณ ๗ วัน)
- เกร็ดเลือดตั้งแต่ ๒๐๐๐๐ ทำพินที่ไม่ invasive ได้ ส่วนถ้าเริ่ม invasive ให้ ๓๐๐๐๐ – ๕๐๐๐๐
- Warfarin หยุด ๕ วันก่อนทำหัตถการ และ check INR keep < ๑.๕ ก่อนผ่าตัด กรณีถ้าดูไม่ดีเสี่ยงจะอุดตันให้ปรึกษาหมอทำ bridging และถ้าดู bleeding ไม่มากก็ให้คนไข้กลับมาทานยาได้ใน ๑ วัน
- ยากลุ่ม DOACs (Dabigatran , Rivaroxaban , Apixaban) หยุดแค่ ๑-๒ วันพออย่าให้เกิน ๓-๔ วันแล้วให้คนไข้กลับมาทานยาได้ใน ๑ – ๒ วัน
- คนไข้ฟอกไตทางเส้นเลือด (HD) ควรรอให้ Heparin หมดยุติประมาณ ๒๔ ชั่วโมง
- ผู้ป่วยที่ได้รับ Prednisolone มากกว่า ๔ เม็ดต่อวันติดต่อกันนานเกิน ๔ สัปดาห์ ถึงจะค่อยปรับ dose steroid ก่อนทำหัตถการคือให้ Hydrocortisone ๕๐ mg (กรณีหัตถการความเสี่ยงน้อย) / Hydrocortisone ๑๐๐ mg (กรณีหัตถการความเสี่ยงมาก)
- คนไข้กลุ่มที่ต้องได้รับ ATB (Amoxicillin ๒ gm เป็นต้น) ก่อนทำพิน → หัตถการที่ invasive + โรคทางระบบมีความเสี่ยง ได้แก่ ใส่วัสดุแปลกปลอมที่หัวใจ , เคยเป็น IE , โรคหัวใจแต่กำเนิดแบบเขียว , ปลุกถ่ายหัวใจ , ล้างไตทางช่องท้อง
- Selective COX-๒ inhibitors โดยเฉพาะ etoricoxib และ non-selective NSAIDs บางชนิดเช่น diclofenac, piroxicam จะมีประสิทธิผลในการลดปวดมากกว่า NSAIDs ตัวอื่นๆและเป็น dose-dependent effect
- Opioids ทุกรูปแบบ ประสิทธิภาพในการลดปวดน้อย ผลข้างเคียงเยอะ ควรหลีกเลี่ยง

| | Non-selective NSAIDs | COX-๒ inhibitors | Remark |
|--------------------------------|---|----------------------------|---|
| Acute kidney injury | Yes | Yes | โดยเฉพาะการใช้ติดต่อกันมากกว่า ๑ เดือน |
| Hypertension +/- heart failure | Yes | Yes | |
| Peptic ulcers, GI bleeding | Yes (Naproxen > Ibuprofen > Diclofenac) | Lower | ให้ PPI + non-selective NSAIDs หรือ COX-๒ |
| Stroke (mostly hemorrhagic) | Lower (ยกเว้น Diclofenac, Piroxicam) | Yes (Lowest: Celecoxib) | |
| Myocardial infarction | Lower (Diclofenac > Ibuprofen > Naproxen) | Yes (Lowest CV: Celecoxib) | ความเสี่ยงสูงถ้าใช้ NSAIDs ติดต่อกันมากกว่า ๑ เดือน หรือ high dose ของ non-selective NSAIDs มากกว่า ๗ วัน |

- คนไข้ CKD stage ๓ ก็ให้ NSAIDs ได้ แต่ไม่ควรมากกว่า ๕ วัน และควรใช้ตัวที่ short acting (Indomethacin, Ibuprofen > Diclofenac, Ketorolac, Mefenamic acid > Celecoxib, Naproxen)
ถ้า Stage ๔ กับ ๕ ไม่ควรให้
- โอกาสเกิด MRONJ : Denosumab (DMB) > Bisphosphonates (BPs)
- คนไข้ที่ได้ DMB ที่ปรกรากเทียม มีโอกาสเกิด MRONJ = ๐.๕% และ โอกาสเกิด MRONJ ในคนไข้ CA ที่ได้ BPs จะสูงมาก
- ปกติแล้ว DMB จะหมดฤทธิ์ยาหลังจากหยุดมา ๓-๔ เดือน ก็รีบทำฟันแล้วค่อยกลับมาให้ยาต่อ

Loops ปัจจัยที่ ๕ ของงานทันตกรรม

การเลือก loops ในการทำงานประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

- Magnification: กำลังขยายที่เราต้องการ (มี Galilean ให้กำลังขยายน้อยกว่า และ Prismatic ให้กำลังขยายที่มากกว่า)
- Visual acuity: สายตาปกติของเราไม่เท่ากัน
- Ergonomic: loops จะมาช่วยในการให้เราไม่ต้องก้ม

ปัจจุบันมีการใช้ loops ในการรักษาหลายอย่างเช่น ในงานรักษารากพบว่าการใช้ loops ในการทำ canal MB๒ จะเพิ่มโอกาสเจอจาก ๒๕% เป็น ๕๒.๕% หรือในงานศัลยเวลาดำรงหักก็จะได้ชัดเจนมากขึ้น

สายตาโดยทั่วไปของมนุษย์จะแยกความต่างของวัตถุที่ ๐.๒ mm ดังนั้น working area ที่เราจะทำงานโดยใช้สายตาได้คือ ๑ mm ดังนั้นถ้าเราอยากได้พื้นที่การทำงานที่เล็กกว่านี้อาจจะต้องใช้ loops ช่วยเพิ่ม

Endodontic challenging cases

ปัจจัยที่สำคัญในการประเมิน success rate ของงานรักษารากฟันคือ Pre-operative lesion ในบางเคสที่รอยโรคใหญ่มากๆ อาจจะต้องรอหลายปีถึงจะหาย (Diameter > ๑๐ mm ถือว่าใหญ่) ในทุกครั้งต้องตรวจก่อนว่า lesion นั้น เป็น endodontic cause จริงๆ ในบางครั้งถ้ารอยโรคใหญ่มากจนเป็น cyst อาจจะต้อง RCT + Surg ร่วมด้วย ในเคสที่ lesion ใหญ่มากๆอาจจะต้องมาเปลี่ยน Med Ca(OH)_๒ ทุก ๓ สัปดาห์เป็นเวลา ๓ เดือน

OHI ยังไงให้ปัง & วินิจฉัยโรคปริทันต์แบบใหม่

หลักในการ OHI ให้คนไข้มีดังนี้

- ✚ Back to Biology
- ✚ Importance of OHI
- ✚ แปรงสีฟันและเทคนิคในการแปรง
- ✚ วิธีส่งเสริมให้คนไข้ได้รับ OHI ที่ดีขึ้น

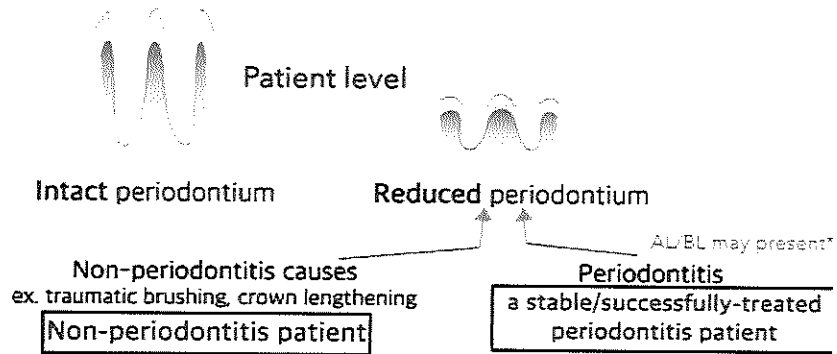
- ตำแหน่งที่มักพบคราบจุลินทรีย์คือ Lingual ของฟันล่าง > Buccal ของฟันกรามล่าง/บน และในคนไข้แต่ละคนอาจจะมีวิธีที่เราต้อง OHI ต่างกัน
- การประเมิน success in OHI ของคนไข้ สามารถทำได้โดยดู Patient skills , Dexterity , Motivation (เช่นคนไข้ชอบดูซีรี่ย์ ก็อาจจะแนะนำให้เค้าแปรงฟันตอนดูซีรี่ย์)
- ควรเปลี่ยนแปลงแปรงสีฟันทุก ๓-๔ เดือน และควรใช้ floss วันละ ๑ ครั้งขั้นต่ำ
- Interdental cleansing ควรจะทำก่อนการแปรงฟัน
- ในเด็กอายุ ๖-๗ ขวบ ใช้ Horizontal technique แล้วพอคนไข้โตขึ้นอาจจะใช้ Bass ตามด้วย Modified bass
- Stillman technique ใช้กับคนไข้ที่มีเหงือกกร่นมากๆ คือการปัดขึ้นอย่างเดียวให้โดนเหงือกน้อยๆ แต่อาจจะมี Modified stillman ก็จะเพิ่มการถูๆที่ขอบเหงือกเป็นวงกลมด้วยนิ้วน้อย
- การทำความสะอาดแปรงอาจจะใช้ ๓% H₂O₂ หรือจริงๆแนะนำให้เปลี่ยนแปลงดีกว่า
- คนไข้จัดฟันนิยมวิธี Bass technique
- ในเด็กควรได้ Fluoride ประมาณ ๑๐๐๐ ppm ส่วน ผู้ใหญ่ควรได้รับประมาณ ๑๕๐๐ ppm

Why new periodontal classification

- ✓ ดูที่ rate of disease progression ถ้ามี progression ที่ค่อนข้างแรงให้มุ่งไปทาง aggressive แต่ในทางอื่นก็ยังไม่สามารถแยกโรค chronic กับ aggressive ได้ชัดเจน ก็จะรวม ทั้ง chronic periodontitis กับ aggressive periodontitis ให้เรียกว่า periodontitis
- ✓ Necrotizing gingivitis กับ Necrotizing periodontitis ตัดคำว่า ulcerative ออก
- ✓ จาก Generalized severe chronic periodontitis ก็จะเปลี่ยนเป็น Periodontitis ที่ระบุ Extent , Staging , Grading
- ✓ Periodontal health = Pristine health (ไม่มี inflammatory cells) แต่ไม่มีทางเป็นไปได้ในชีวิตจริง เราจะทำได้แค่ดูด้วยตาจึงมีนิยามว่า Clinically healthy gingiva (NO redness, No edema, No BOP) No BOP คือ BOP < ๑๐% sites, PD ≤ ๓ mm (หรือ PD ≤ ๔ mm ในคนไข้เคยรักษา Perio แล้ว stable)
- ✓ Dental plaque induced gingivitis = BOP ≥ ๑๐% sites & PD ≤ ๓ mm หรือ PD > ๓ mm ที่ 'ไม่มี Attachment loss / Bone loss

PERIODONTAL HEALTH & GINGIVITIS

Detail of Dx.



Chapple et al., 2018

ตัวอย่างเวลาเขียน Dx เช่น Periodontal health on a reduced periodontium with non-periodontitis

๑. Periodontitis extent: ดูว่าในปากมีพื้นที่เป็น periodontitis มากน้อยแค่ไหนจาก % Teeth with CAL แล้วแบ่งเป็น Localized (น้อยกว่า ๓๐%), Generalized (มากกว่า ๓๐%), Molar/incisor pattern
๒. Periodontitis stage

Periodontitis Stage

Tonetti et al., 2018

| Periodontitis stage | Stage I | Stage II | Stage III | Stage IV |
|--|---|---|---|--|
| Interdental CAL at site of greatest loss | 1 to 2 mm | 3 to 4 mm | ≥ 5 mm | ≥ 5 mm |
| Severity | | | | |
| Radiographic bone loss | Coronal third (<15%) | Coronal third (15% to 33%) | Extending to middle or apical third of the root | Extending to middle or apical third of the root |
| Tooth loss | No tooth loss due to periodontitis | | Tooth loss due to periodontitis of ≥ 4 teeth | Tooth loss due to periodontitis of ≥ 5 teeth |
| Complexity | | | | |
| Local | Maximum probing depth ≤ 4 mm Mostly horizontal bone loss | Maximum probing depth ≤ 5 mm Mostly horizontal bone loss | In addition to stage II complexity Probing depth ≥ 6 mm Vertical bone loss ≥ 3 mm Furcation involvement Class II or III Moderate ridge defect | In addition to stage III complexity Need for complex rehabilitation due to Masticatory dysfunction Secondary occlusal trauma (tooth mobility degree ≥ 2) Severe ridge defect Bite collapse, drifting, flaring Less than 20 remaining teeth (10 opposing pairs) |
| Extent and distribution | Add to stage as descriptor for each stage, describe extent as localized (<30% of teeth involved), generalized, or molar/incisor pattern | | | |

เลือกซ์ที่มีปัญหามากสุดแล้วให้ stage ตามซ์ที่ severe ที่สุด

๓. Periodontitis Grade: ดู Past progression, Risk factors (๑ grade for คนไข้ ๑ คน)

Periodontitis Grade

| | | | Grade A: Slow rate of progression | Grade B: Moderate rate of progression | Grade C: Rapid rate of progression |
|---|----------------------------------|---|---|--|---|
| Primary criteria | Direct evidence of progression | Longitudinal data (radiographic bone loss or CAL) | Evidence of no loss over 5 years | <2 mm over 5 years | ≥2 mm over 5 years |
| | Indirect evidence of progression | % bone loss/age | <0.25 | 0.25 to 1.0 | >1.0 |
| | | Case phenotype | Heavy biofilm deposits with low levels of destruction | Destruction commensurate with biofilm deposits | Destruction exceeds expectation given biofilm deposits, specific clinical patterns suggestive of periods of rapid progression and/or early onset disease (e.g., molar/incisor pattern, lack of expected response to standard bacterial control therapies) |
| Grade modifiers | Risk factors | Smoking | Non-smoker | Smoker <10 cigarettes/day | Smoker ≥10 cigarettes/day |
| | | Diabetes | Normoglycemic / no diagnosis of diabetes | HbA1c <7.0% in patients with diabetes | HbA1c ≥7.0% in patients with diabetes |
| Risk of systemic impact of periodontitis* | Inflammatory burden | High sensitivity CRP (hsCRP) | <1 mg/L | 1 to 3 mg/L | >3 mg/L |
| Biomarkers | Indicators of CAL/bone loss | Only one Grade per patient | | | ? |

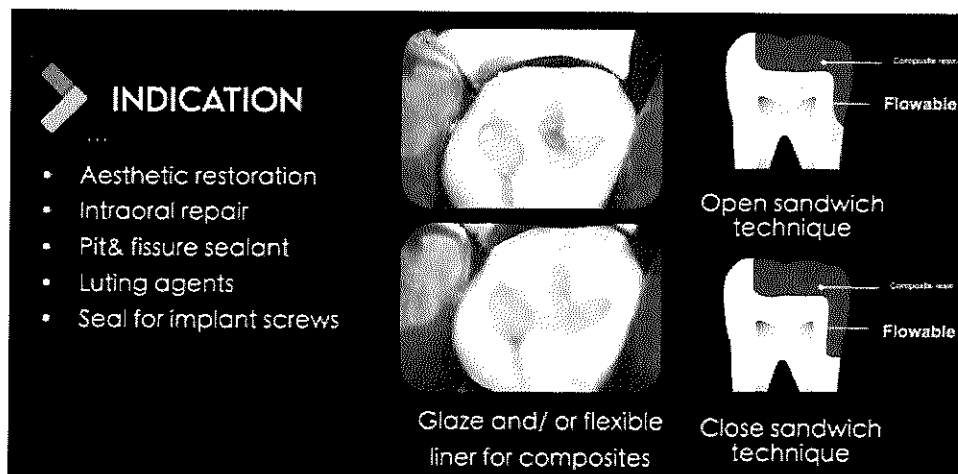
Tonetti et al., 2018

ในทางปฏิบัติเราอาจจะย้อนดูข้อมูลของคนไข้ลำบาก เลยให้ดูที่ Indirect evidence of progression แทน

หรือถ้าคนไข้เป็นเบาหวาน uncontrolled / สูบบุหรี่ ก็จะมีจัดอยู่ใน grade C ทันที

Clinical tips for alternative materials

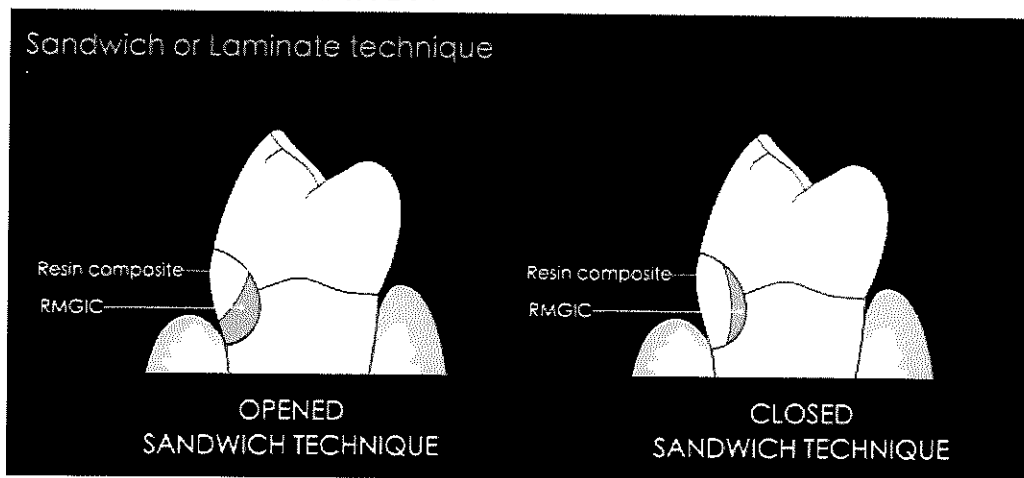
- Packable composite: เป็นก้อนใหญ่ มี viscosity สูงมาก อยากให้มาแทน amalgam แต่ adaptation ไม่ดีมาก ปัจจุบันไม่ค่อยใช้แล้ว
- Flowable composite: ข้อเสียคือ shrinkage มากถึง ๔.๘%



- The Filtek™ Silorane System: มีการเกิด polymerization shrinkage น้อยมากกว่า ๑% แต่ข้อจำกัดคือต้องใช้ bonding ที่มาจากบริษัทตัวเอง และระหว่างชั้นจะไม่แข็งแรงเท่ากลุ่ม methacrylate

- Bulk fill resin composite: สามารถที่จะอุดที่เดียวได้หนาถึง ๔ mm (ปกติ composite ทั่วไปจะได้ถึงแค่ ๒ mm) แต่ข้อเสียคือมี filler ค่อนข้างใหญ่ทำให้เวลาขัดวัสดุจะรู้สึกว่ามันไม่ค่อยเรียบ
- Glass Ionomer cement: จะปล่อย F ได้มากในช่วง ๒๔ ชั่วโมงหลังอุด หลังจากนั้นจะเกิดการ charge Fluoride ได้จากฟลูออไรด์ที่เราแปรงฟันหรือบ้วนปาก และข้อดีอีกอย่างของ GI ก็คือมีความเข้ากันกับเหงือกได้ดี แต่ความแข็งแรงน้อยมากๆ
- การเตรียมพื้นผิวก่อนการอุด GI ต้องใช้ PAA (Polyalkenoic acid) conditioner ก่อน และห้ามเป่าล้างจนแห้งสนิท เพราะจะทำให้ GI ไม่เกาะ

SURFACE PREPARATION



- เมื่อต้องอุด GI ร่วมกับ Composite ควรจะต้องมีความหนาน้อย ๑ mm เพื่อรับแรงจากการเกิด Shrinkage ของ composite ได้ RMGIC จะดีกว่า Conventional GI และแนะนำการยึดเกาะระหว่าง GI กับ composite ใช้ self-etch มากกว่า etch and rinse โดยใช้เวลาประมาณ ๑๕ วินาที
- RMGIC เป็นวัสดุที่เป็น acid-base ชอบน้ำ แต่มี water sensitivity = เจอน้ำมากไม่ได้ นำน้อยไปไม่ได้ โดยเฉพาะในช่วง initial setting (ช่วง ๕ นาทีแรก) จะเจอน้ำมากไม่ได้เพราะ ion จะถูก release มากเกินไป ส่วนเมื่ออุดเสร็จก็กลัว water loss จากส่วนที่เป็น loosely bound water ดังนั้นเราต้องทา resin coating / vasaline เพื่อป้องกันการสูญเสียน้ำ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่ตนเอง

- นำความรู้ที่ได้จากการประชุมมาเพิ่มประสิทธิภาพในการด้านการตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การเลือกใช้วัสดุทางทันตกรรม การส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกันและฟื้นฟูสภาพช่องปากแก่ผู้รับบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การนำแนวทางการตรวจและรักษารอยโรคในช่องปากอย่างเป็นระบบ มาใช้ในการจำแนกรอยโรคในช่องปากที่สามารถพบได้หลากหลายรูปแบบ

- ได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเดิม และเพิ่มเติมข้อมูลความรู้จากงานวิจัยใหม่ๆ เพื่อทำความรู้ให้ เป็นปัจจุบันในเรื่องแนวทางการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับกลุ่มคนไข้ หลักการตัดสินใจในการ เลือกใช้วัสดุและเทคนิคต่างๆในการอุดฟัน การประเมินเคสระดับความยากง่ายของงานรักษารากฟัน รวมถึง หลักในการวินิจฉัยแบบใหม่ในทางโรคปริทันต์

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

สามารถนำความรู้ที่ได้จากการประชุมมาเผยแพร่ต่อทันตแพทย์ หรือทันตบุคลากรได้ ทั้งในเรื่องของ แนวทางวินิจฉัยรอยโรคต่างๆในผู้ป่วยและการเลือกใช้วัสดุที่เหมาะสมในการอุดฟันให้กับผู้ป่วย

๒.๓.๓ อื่นๆ (ระบุ)

ในการประชุมจะมีการเสนอถึงเครื่องมือ หรือเทคนิคที่ใช้วัสดุทางทันตกรรมรุ่นใหม่ๆที่อาจจะ เป็นประโยชน์ต่อการทำงานกับผู้ป่วยในอนาคต อาจจะมีการรวบรวมข้อมูลให้มากกว่านี้ และอาจจะอยู่ในแผน จัดซื้อปีต่อไปได้

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

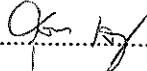
การประชุมวิชาการครั้งนี้มีการประชุมแบบออนไลน์ แต่ไม่ได้มีแจ้งมาให้เลือกในตอนแรก

๓.๒ การพัฒนา

การประชุมวิชาการครั้งนี้ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนา เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในทาง ทันตกรรมใหม่ๆ ได้ทดลองใช้วัสดุต่างๆมากขึ้น ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เครื่องมือ วัสดุและ อุปกรณ์ที่ใช้อยู่เดิม ให้มีความทันสมัยมากขึ้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ


การประชุมวิชาการครั้งนี้ มีการเลือกหัวข้อการบรรยายที่น่าสนใจ วิทยากรที่มาบรรยายก็เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความชำนาญและเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อันประกอบไปด้วย อาจารย์แพทย์ และอาจารย์ทันตแพทย์ เฉพาะทางด้านต่างๆ ทั้งนี้เนื้อหาการบรรยายก็เป็นความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้ทันตแพทย์ที่เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา ส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกันและฟื้นฟูสภาพช่องปากแก่ผู้รับบริการทางทันตกรรมได้อย่างมาก

ลงชื่อ..... .....ผู้รายงาน

(นางสาวรุจิรา เจริญนิवासกุล)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ..... ..... หัวหน้าส่วนราชการ
(นายสุรัชย์ กุฑัฒนัตถ)
(.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี.....)