

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๗๒๕ ลงวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕
ซึ่งข้าพเจ้า (๑) นางสาวปิยมน เครือหงส์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สังกัด กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กทม.

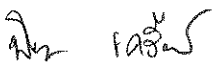
(๒) นางสาวกুমาริกา พวงผกา ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
สังกัด กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กทม.

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ

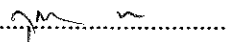
หลักสูตรประชุมวิชาการ Asian Pacific Society of Periodontology Meeting (APSP ๒๐๒๒) และประชุม
ใหญ่สามัญสมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทยประจำปี ๒๕๖๕ ภายใต้แนวคิด “Periodontal Innovations
and Solutions for the ๒๑ th Century” ระหว่างวันที่ ๒๙ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ จัดโดย สมาคมปริทันต
วิทยาแห่งประเทศไทย ณ โรงแรม Bangkok Marriott Marquis Queen’s Park กรุงเทพมหานคร
เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๑๖,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหกพันบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น



.....
(นางสาวปิยมน เครือหงส์)
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ



.....
(นางสาวกুমาริกา พวงผกา)
ทันตแพทย์ชำนาญการ

รายงานการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวปิยมน เครือหงส์.....

อายุ ๕๑ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปรีทันตวิทยา.....

๑.๒.๑ ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

๑. ตรวจ วินิจฉัย รักษา และพยากรณ์โรคหรือความผิดปกติในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

๒. รับปรึกษาและตรวจรักษาผู้ป่วยปริทันต์ที่ส่งปรึกษามาจากแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

๑.๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นางสาวกুমาริกา พวงผกา.....

อายุ ๓๗ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปรีทันตวิทยา.....

๑.๒.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

๑. ตรวจ วินิจฉัย รักษา และพยากรณ์โรคหรือความผิดปกติในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

๒. รับปรึกษาและตรวจรักษาผู้ป่วยปริทันต์ที่ส่งปรึกษามาจากแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมวิชาการ Asian Pacific Society of Periodontology Meeting (APSP ๒๐๒๒) และประชุมใหญ่สามัญสมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๕ “Periodontal Innovations and Solutions for the ๒๑ th Century”

เพื่อ ศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๑๖,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๙ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ โรงแรม Bangkok Marriott Marquis Queen's Park กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการตรวจรักษาด้านปริทันตวิทยาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาเกี่ยวกับด้านทันตกรรมด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาขยายงานด้านการให้บริการผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นและสามารถนำมาเผยแพร่ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย และเป็นการเตรียมการรองรับการขยายตัวของโรงพยาบาลในอนาคต

๒.๒ เนื้อหา

วันจันทร์ที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

Periodontal Regeneration with Cell Sheet Engineering (ศ.Takanori Iwata)

เทคนิควิศวกรรมแผ่นเซลล์ (Cell sheet technology) เป็นวิธีของวิศวกรรมเนื้อเยื่อที่เพาะเลี้ยงเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อให้ได้เซลล์ที่มีลักษณะเป็นแผ่น ทำให้มีปริมาณเซลล์มากเพียงพอก่อนนำไปปลูกถ่ายในบริเวณรอยโรค ากหลายการศึกษาพบว่า การนำเทคนิควิศวกรรมแผ่นเซลล์ (Cell sheet engineering) มาใช้ร่วมกับเซลล์ต้นกำเนิดทำให้นำไปใช้งานทางคลินิกได้ง่ายขึ้น โดยลักษณะของแผ่นเซลล์ที่มีความหนาจะทำให้สามารถนำไปปลูกถ่ายในบริเวณที่ต้องการรักษาได้ง่าย สามารถคงอยู่ได้โดยไม่ต้องอาศัยวัสดุโครงสร้างและคงสภาพความมีชีวิตและจำนวนของเซลล์ได้เป็นอย่างดี

สำหรับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ ได้มีการนำเทคนิควิศวกรรมแผ่นเซลล์มาใช้ในการศึกษาในสัตว์ทดลอง ซึ่งมีการใช้เซลล์ต้นกำเนิดที่ได้ทั้งจากมนุษย์หรือจากสัตว์ทดลองเอง ผล การศึกษาพบว่า การสร้างเนื้อเยื่อเจริญทดแทนอวัยวะปริทันต์และเกิดการสร้างเคลือบรากฟันใหม่ได้ ต่อมา มีผู้นำเทคนิคนี้มาทำการศึกษาในคลินิก โดยการใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากเนื้อเยื่อหุ้มกระดูกเข้าฟัน (Periosteum-derived cells) และเซลล์ต้นกำเนิดเอ็นยึดปริทันต์ (Periodontal ligament cells) ไปปลูกถ่ายบริเวณฟันที่มีรอยโรคปริทันต์ พบว่า ร่องลึกปริทันต์ลดลงและพบการยึดติดของอวัยวะปริทันต์เพิ่มมากขึ้น สำหรับการนำมาใช้ด้านอื่น ๆ มีการทดลองในหนู ปลูกถ่าย GFP-MSC cell sheet เพื่อรักษาภาวะกระดูกตายจากยา (Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw; MRONJ)

Biomimetic Materials – The Prospect of Periodontal Regeneration (ศ.Po- Chun Chang)

คุณลักษณะของวัสดุชีวภาพโครงสร้าง ๓ มิติ

- สามารถควบคุมโครงสร้างและคุณสมบัติได้
- นำมาใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- สามารถออกแบบรูปร่างได้ด้วยระบบคอมพิวเตอร์
- ให้ผลการรักษาเร็วและราคาถูก

คุณสมบัติของวัสดุชีวภาพที่ดี ได้แก่ Biocompatible (เข้ากันได้ทางชีวภาพ) Biomimetic (การเลียนแบบธรรมชาติ) Mechanically stable (คงสภาพในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม) และ Capable of delivering cells/ biomolecules

Biomimetics Materials ที่ใช้ในทางปริทันต์

- EMD (Enamel matrix derivatives) สนับสนุนให้เกิด Periodontal regeneration
- Growth factors (สารเร่งการเจริญเติบโต) กระตุ้นเซลล์ให้เจริญพัฒนาไปเป็นเนื้อเยื่อที่ต้องการ
- Scaffold (ส่วนของโครงร่าง) ทำหน้าที่ให้เซลล์ต้นกำเนิดที่ปลูกถ่ายเข้าไปสามารถยึดเกาะอยู่ในบริเวณที่ต้องการ

Potential Application of mRNA-based Therapeutics for Periodontal and Peri- implant Regeneration (ศ.รังสิณี มหานนท์)

การนำเทคโนโลยี mRNA มาใช้ในทางการแพทย์

mRNA Therapeutics
- Vaccines for infectious disease
- Cancer immunotherapy
- Genetic disease
- Tissue regeneration

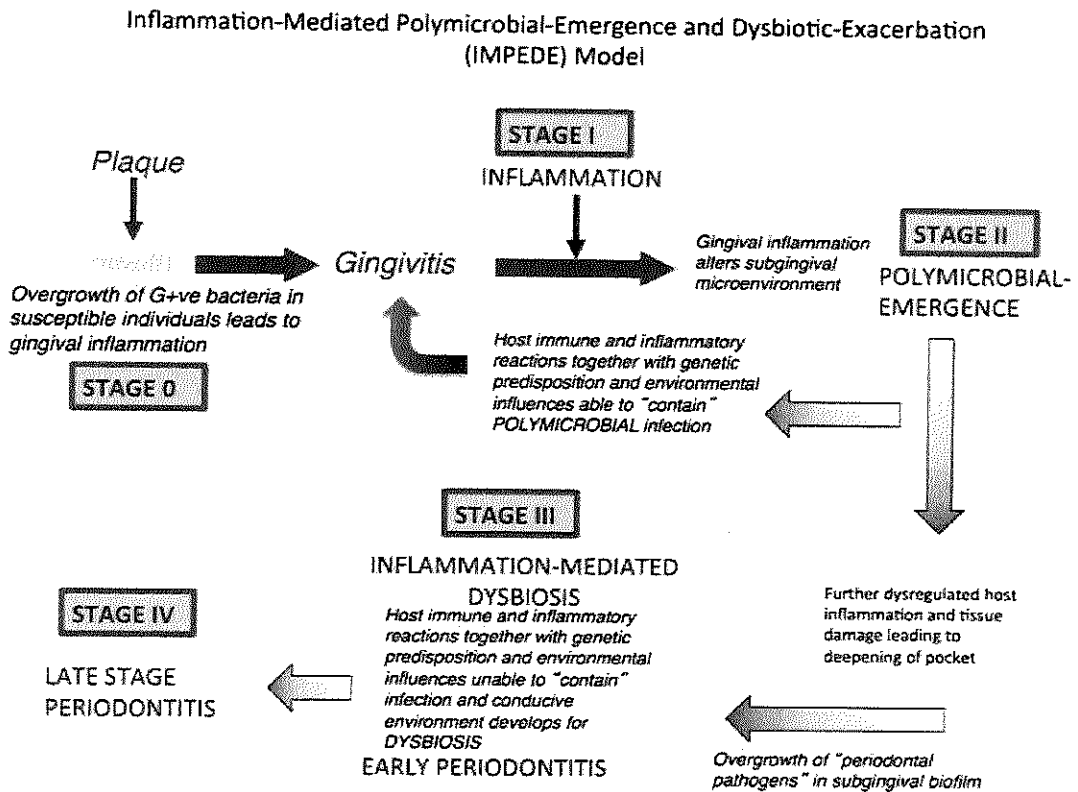
ในปัจจุบันการรักษาทางปริทันต์และทันตกรรมรากเทียม สามารถสร้างเนื้อเยื่อและกระดูกทดแทนส่วนที่เกิดพยาธิสภาพได้ โดยการใช้กระดูกเทียม (Bone graft) , Membrane, Growth factors, Stemcells และ viral vector/plasmid DNA มีหลายการศึกษาเกี่ยวกับ Tissue engineering เพื่อชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่ออวัยวะปริทันต์ ทั้งใน Periodontal และ Peri-implant regeneration

Management of Periodontal Disease in Patients with Diabetes (ศ. Fusanori Nishimura)

โรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบมีความสัมพันธ์กันแบบสองทิศทาง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (Poor glycemic control) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบมากขึ้น ในทางกลับกันโรคปริทันต์อักเสบก็เพิ่มภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับการควบคุมน้ำตาลทำได้ไม่ดีและเพิ่มภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง อีกทั้งมีรายงานการพบระดับ ซี- รีแอคทีฟโปรตีนความไวสูง (High sensitivity C – reactive protein: hs CRP) รวมถึงสารสื่ออักเสบ (Proinflammatory cytokines) เช่น Tumor necrosis factor: TNF - α และ Interleukin6 : IL – 6 สูงขึ้นด้วย ซึ่งอาจส่งเสริมให้มีภาวะดื้อต่ออินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดียิ่งขึ้น

มีแนวคิดของการใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะที่ คือมิโนไซคลินในรูปแบบเจลใส่ในร่องเหงือก ๑ ครั้ง/สัปดาห์ รวม ๔ ครั้ง หลังการทำปริทันต์บำบัดคร่าวเดียวเสร็จ เพื่อหวังว่าตัวยาคะเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษามากขึ้น โดยมีโนไซคลินจะออกฤทธิ์ในช่วงกว้างในการต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย ยับยั้งกระบวนการสลายคอลลาเจน ส่งเสริมให้มีจำนวนไฟโบรบลาสต์เพิ่มขึ้น มีการยึดเกาะกันของเยื่อเยื่อปริทันต์ มีการยับยั้ง Matrix metalloproteinases (MMP) และสารสื่ออักเสบ

Inflammation – Mediated Polymicrobial – Emergence and Dysbiotic – Exacerbation (IMPEDE) Hypothesis (ศ.เกียรติคุณ Mark Bartold)



Inflammation– Mediated Polymicrobial– Emergence and Dysbiotic– Exacerbation หรือ IMPEDE Model อธิบายถึงกระบวนการอักเสบที่มีสาเหตุจากแบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์ ๕ ระยะ

- Stage ๐ สภาวะปกติ มีสมดุลของแบคทีเรีย
- Stage ๑ สภาวะเหงือกอักเสบ
- Stage ๒ สภาวะปริทันต์อักเสบจากการทำลายเนื้อเยื่อมากขึ้น เกิดร่องลึกปริทันต์
- Stage ๓ สภาวะปริทันต์อักเสบที่เพิ่มขึ้น จากปฏิกิริยาการอักเสบ ระบบภูมิคุ้มกัน ปัจจัยเฉพาะที่และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ซึ่งส่งเสริมให้มีการติดเชื้อและภาวะความไม่สมดุลของแบคทีเรียดำเนินต่อไป
- Stage ๔ สภาวะโรคปริทันต์อักเสบที่มีความรุนแรงมาก

PLAP- 1/ asporin is a key Molecule in Association with Periodontal Disease and Obesity – Related Metabolic Disorders (ศ. Satoru Yamada)

ภาวะ Adipose tissue fibrosis และภาวะการอักเสบเรื้อรัง มักพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนจากความบกพร่องของเมตาโบลิซึม (Obesity – Related Metabolic Disorders) โรคปริทันต์อักเสบมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนถึงแม้ว่าจะไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดก็ตาม

Periodontal ligament associated protein –1 (PLAP – 1) /asporin เป็นสารโปรตีนไกลแคน ที่พบในเอ็นยึดปริทันต์ (Periodontal ligament; PDL) ทำหน้าที่ควบคุมกระบวนการ mineralization ของเซลล์ PDL เมื่อมีการละลายของกระดูกเข้าฟันจะตรวจพบ PLAP –1 ในปริมาณสูง เช่นเดียวกัน กับในกลุ่มผู้ป่วย

โรคอ้วนจากความบกพร่องของเมตาโบลิซึม จะตรวจพบ PLAP – 1 ในปริมาณสูง เช่นกัน การศึกษาต่างๆ พบว่าอาจมีความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์อักเสบและโรคอ้วนจากความบกพร่องของเมตาโบลิซึมได้

TWEAK IL- 6 and MMP – 9 : Novel Biomarkers Linking Stage III Grade B Periodontitis and Type 2 Diabetes Mellitus (ศ. A.R. Pradeep)

ในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบจะตรวจพบสารชักนำการอักเสบ (Inflammatory mediators) ซึ่งพบว่า มีผลต่อภาวะดื้อต่ออินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีระดับ TWEAK, IL – 6, และ MMP – 9 สูงกว่าในกลุ่มอื่นๆ

(การวิจัย ใน ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยสภาวะปริทันต์ปกติ ร่องลึกปริทันต์ < ๓ มิลลิเมตร

กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ Stage III Grade B ไม่ได้เป็นเบาหวาน ร่องลึกปริทันต์ > ๕ มิลลิเมตร

กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ Stage III Grade B และเป็นเบาหวาน ร่องลึกปริทันต์ > ๕ มิลลิเมตร)

The Latest Trend of Soft Tissue Evaluation Using Digital Technology (ผศ. Yun – Jeeong Kim)

แนวคิด CAD/CAM ที่ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยประมวลผล ของ Intraoral scanner หรือ IOS ใช้ ในการทำ Digital impression ใช้ทำแบบจำลอง ๓ มิติสำหรับงานทันตกรรมบูรณะ ทันตกรรมประดิษฐ์ และสำหรับงานทันตกรรมรากเทียม ใช้ทำ Implant planning and surgical guides ได้ดี สามารถสแกนเพื่อทำครอบฟันได้ทันทีโดยไม่ต้องเปลี่ยนตัวต่อเพื่อพิมพ์ ลดขั้นตอนในการทำงานและมีความ แม่นยำสูง

วิธีการวัดความหนาของเหงือก (Gingival thickness)

- Transparency on probing
- ใช้ Caliper
- Transgingival piercing
- ใช้ Ultrasonic device
- Cone beam computed tomography (CBCT)

Effect of Crown Lengthening Surgery and Botulinum Toxin A in Treatment of Gummy Smile (รศ.Thuy Thu Nguyen)

ภาวะเห็นเหงือกเกิน (Excessive gingival display: EGD) หรือการยิ้มเห็นเหงือก (Gummy smile) ส่งผลต่อความสวยงามของใบหน้า โดยเฉพาะเวลายิ้มจะเห็นแถบเหงือกเหนือคอฟันหน้าบน มากกว่า ๓ มิลลิเมตร มีสาเหตุหลายปัจจัย เช่น ขากรรไกรบนยาวในแนวตั้งมากกว่าปกติ (Vertical maxillary excess) การตั้งออกของฟันหน้าบน (Extrusion of upper anterior teeth) การมีแถบเหงือกกว้างมากกว่าปกติ (Gingival excess) ริมฝีปากบนสั้นกว่าปกติ (Short upper lip) กล้ามเนื้อริมฝีปากบนหดตัวมากกว่าปกติ (Hyperaction of upper lip muscles) หรือมีหลายสาเหตุร่วมกัน

สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาภาวะยิ้มเห็นเหงือกคือการวินิจฉัยหาสาเหตุที่แท้จริง ร่วมกับการให้การรักษาแบบสหสาขา เช่น การจัดฟัน การผ่าตัดกระดูกขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน การตัดเหงือก (Gingivectomy) การทำศัลยกรรมปริทันต์ Surgical crown lengthening หรือ การฉีดโบทอกซ์ (Botulinum toxin A)

แนวทางการเลือกวิธีให้การรักษา

Degree	Gingival display	Treatment
I	๒ - ๔ mm	Orthodontic intrusion only Orthodontics and Periodontics Periodontics and Restorative Therapy
II	๔ - ๘ mm	Periodontics and Restorative Therapy Orthognathoc surgery
III	> ๘ mm	Orthognathoc surgery with or without adjunctive periodontal and Restorative Therapy

Healing of Peri-implant Bone Defects in Sheep Femur Using Nanosilver – modified Bone Xenograft (ศ. Wanwick Duncan)

การศึกษาทางทันตกรรมรากเทียม Guided bone regeneration ; Xenograft, nanosilver ในสัตว์ทดลอง การศึกษาผลการเสริมกระดูกในบริเวณที่มีโรครอบรากเทียมอักเสบ (Peri – implantitis) โดยใช้กระดูกเทียมทั้ง ๒ ชนิด คือ MoaBone ® (MB) ซึ่งเป็น xenograft จากปศุสัตว์ที่ใช้ antibacterial silver nanoparticles (AgNP) ในนิวซีแลนด์ และ BioOss ® Bovine xenograft ผลการศึกษาพบว่าให้ผลการรักษา รอยโรคขนาด ๒ x ๘.๕ มิลลิเมตรไม่แตกต่างกัน

วันอังคารที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

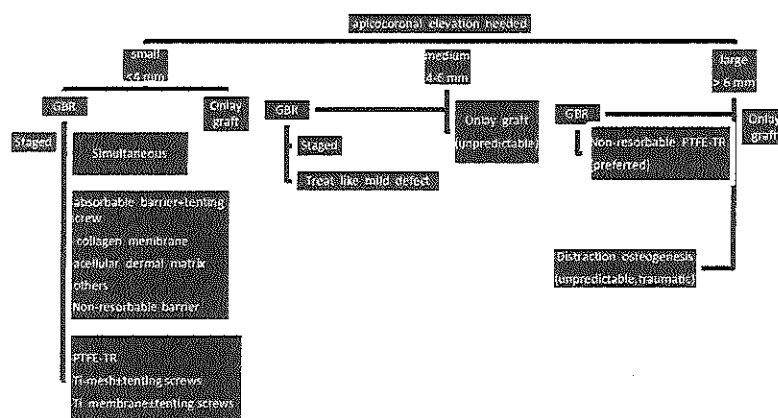
Advancement in Bone Augmentation (ศ. Hom-Lay Wang)

1. หลักการของการเพิ่มกระดูก

- การเย็บปิดแผลแบบปฐมภูมิ - เย็บแผลโดยไม่ตึงรั้ง
- การกระตุ้นเนื้อเยื่อและกระดูกให้เจริญเติบโต
 - การสร้างเส้นเลือดใหม่
 - โกรทแฟคเตอร์/ไซโตไคน์/ เซลล์ที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง
 - การมีเลือดมาเลี้ยงได้จากการทำ intrabone marrow penetration
 - การสร้างให้เกิดช่องว่าง
- กระดูกเทียม ± แผ่นคอลลาเจน±CAF±Tenting screws/membrane
- ความมั่นคงของแผล, ความมั่นคงของรากฟันเทียม

2. การพิจารณาเลือกวิธีการเพิ่มกระดูก

การพิจารณาเลือกวิธีการเพิ่มกระดูกแนวตั้ง



การพิจารณาเลือกวิธีการเพิ่มกระดูกแนวนอน

ปริมาณการเพิ่มกระดูกแนวนอน	< ๓ มม.	๓-๖ มม.	≥ ๖ มม.
	การทำ GBR ; Simultaneous	การทำ GBR; staged	การทำ GBR; staged
	การทำ Protected bone augmentation; staged + primary closure (resorbable/nonresorbable + bone graft)	การทำ Protected bone augmentation; Ti mesh+bone graft	การทำ Protected bone augmentation; Titanium-reinforced d-PTFE+bone graft
	การทำ Block graft; Ti mesh+bone graft	การทำ Block graft; autogeneous and allogenic	การทำ Block graft; Extraoral autogeneous
	การทำ Ridge split or expander; autogeneous and allogenic	การทำ Ridge split or expander	
	การทำ Subperiosteal tunneling		
	การใช้ Smaller diameter implants		

3.แนวคิดหลักของการเพิ่มกระดูก

- ไม่มี dead space
- ไม่โยก
- ใส่กระดูกเกินเล็กน้อย
- ปิดแผลเบา ๆ
- แผลยังคงปิดตลอดกระบวนการหายของแผล

Tooth with Periodontal Regeneration (ผศ. Ho King Lun, Dominic)

ด้วยอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของประชากร ปัจจุบันผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรักษาฟันตามธรรมชาติของตนให้อยู่ในสภาพที่ดีและใช้งานได้ดีกว่าการถอนฟันและใส่ฟันทดแทน การรักษาและฟื้นฟูฟันที่มีปัญหาปริทันต์ต้องอาศัยการรักษาที่ละเอียดอ่อนและการพยากรณ์โรคที่แม่นยำ ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การพยากรณ์โรคของฟันสามารถดีขึ้นได้ด้วยการรักษาทางทันตกรรม
2. การสร้างให้เกิดเนื้อเยื่อปริทันต์งอกใหม่ (periodontal regeneration) ในฟันที่มีการพยากรณ์โรคที่หมดหวัง (hopeless tooth) สามารถทำให้ประสบผลสำเร็จได้ในระยะยาว หากเลือกเคสที่เหมาะสม
3. หากเลือกเคสได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วจะสามารถมีทางเลือกแทนการถอนฟันและใส่ฟันทดแทน
4. ควรเคารพและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

Alveolar Ridge Preservation following Extraction of Molars with Severe Periodontitis (ศ.Wenjie Hu)

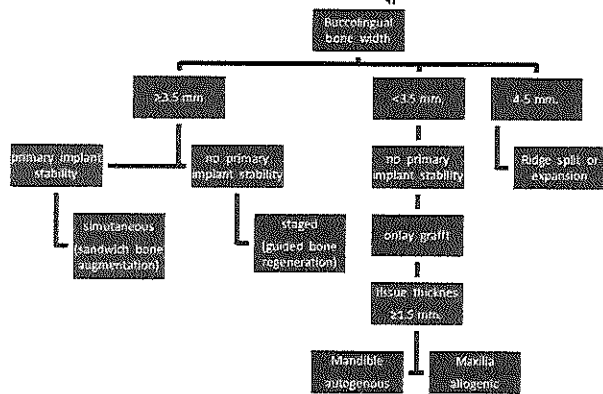
โรคปริทันต์อักเสบเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในผู้ใหญ่ชาวจีน ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การรักษาด้วยรากฟันเทียมมีการพัฒนาและนำมาใช้ในการบูรณะหลังถอนฟันกรามบน ซึ่งเป็นฟันที่อยู่ใกล้กับ maxillary sinus กระดูกเบ้าฟันที่ถูกทำลายไปมากจากการเป็นโรคปริทันต์อักเสบที่รุนแรงร่วมกับความกว้างและความสูงของกระดูกเบ้าฟันที่ลดลงจากกระบวนการหายตามธรรมชาติ ดังนั้นจึงมักพบว่าสถานะของกระดูกไม่สามารถทำการฝังรากฟันเทียมได้ ส่งผลให้มีการพยายามศึกษาวิจัยในการทำอย่างไรให้อนุรักษ์กระดูกเบ้าฟันที่ยังมีเหลืออยู่และการบูรณะเบ้ากระดูกหลังถอนฟันไว้ได้ โดยจากการศึกษาพบว่า

1. เทคนิคการทำ ridge preservation มีประสิทธิภาพในการลดการละลายของกระดูกหลังถอนฟัน
2. การทำ ridge preservation ในฟันกรามบนที่ถูกถอนฟันเนื่องจากเป็นโรคปริทันต์อักเสบนรุนแรงสามารถคงสภาพความสูงของกระดูกไว้ได้ส่งผลให้ลดความจำเป็นในการทำ sinus augmentation เมื่อเปรียบเทียบกับกรการหายเองตามธรรมชาติ
3. การทำ micro-flap ให้ผลที่ดีกว่าการเปิด flap ในแง่ของความกว้างของ keratinized gingiva
4. รากฟันเทียมที่ฝังในตำแหน่งที่ทำ ridge preservation และตำแหน่งที่หายเองตามธรรมชาติให้ผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกันทั้งในแง่ของอัตราการคงอยู่และอัตราความสำเร็จ

Horizontal Ridge deficiency: Restorative Challenge in anterior Maxilla (ศ.Shaili Pradhan)

ปริมาณกระดูกที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นในการฝังรากฟันเทียมให้สามารถใช้งานได้และสวยงามเพียงพอ โดยเฉพาะตำแหน่งฟันหน้าบน มีหลายวิธีการที่นำมาใช้เพื่อเพิ่มปริมาณของกระดูกในบริเวณที่จะฝังรากฟันเทียม ซึ่งนอกจาก autogenous graft ซึ่งเป็น gold standard แล้วยังมีการใช้วัสดุอีกหลายชนิด เหตุผลสำคัญในการทำ guided bone regeneration (GBR) คือการสร้างช่องว่างเพื่อชักนำเซลล์มาสร้างกระดูก

การพิจารณาเลือกวิธีการเพิ่มกระดูก



1. ประโยชน์ของการเพิ่มกระดูกแนวอนสามารถคงสภาพสภาพที่ดีของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมโดยเกิดการอักเสบน้อยและอุบัติการณ์การเกิดกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายต่ำ
2. ข้อจำกัดที่สำคัญของการทำการเพิ่มกระดูกแนวอนสัมพันธ์กับ primary stability และ prosthetic driven implant
3. การทำ GBR, Ridge splitting และ block graft เป็นวิธีที่พิสูจน์มาแล้วว่าสามารถคาดหวังผลในการเพิ่มความกว้างของกระดูกได้

Bacterial Analysis between Periodontitis and Peri-implantitis (ศ.Takanori Iwata)

1. โรคปริทันต์รอบรากฟันเทียมอักเสบ(peri-implantitis) มีความแตกต่างจาก โรคปริทันต์อักเสบ (periodontitis)
 2. ความแตกต่างของโครงสร้างของเครือข่ายของแบคทีเรียและแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคทำให้การดำเนินของโรคปริทันต์รอบรากฟันเทียมอักเสบรวดเร็วกว่า โรคปริทันต์อักเสบ
 3. โรคปริทันต์รอบรากฟันเทียมอักเสบจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด
- การรักษาโรคปริทันต์รอบราก ฟันเทียมอักเสบตาม มาตรการรักษาแบบใหม่
- การบันทึก BOP เป็นตัวชี้วัดแรกที่มีประโยชน์ในการวางแผนการรักษา
 - มีความจำเป็นต้องใช้วิธีการ decontamination หลายอย่างพร้อมกัน
 - การใช้เลเซอร์ Er-Yag ในบริเวณพื้นผิวรากฟันเทียมได้กระตุก และการทำกรอผิวรากฟันเทียมที่อยู่เหนือกระดูกทำให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น
 - การรักษาเลือกวิธีการรักษาว่าจะทำการกรอกระดูกหรือจะปลูกกระดูกขึ้นอยู่กับลักษณะความวิการของกระดูกรอบรากฟันเทียม และการปลูกเหงือกด้วยเนื้อเยื่อเหงือกอิสระควรทำร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการกรอกระดูกเสมอ

Detection of Sub-gingival Calculus;Adjunct (รศ. Benjamin T.K. Tan)

การตรวจหาหินน้ำลายโดย

- การใช้เครื่อง Perioscan: ultrasound waves
- การใช้ Kavo DIAGNOdent:InGaAs diode laser
- การใช้ DetecTar: LED
- การใช้เครื่อง Periscope: Periodontal Endoscope

วิธีการใช้ periodontal probe ในการตรวจเช็คหินน้ำลาย

- ใช้หัวของ probe ในการตรวจไม่ใช่ด้านข้าง
- ทำมุม probe กับฟัน
- ตรวจสอบผิวรากฟันด้วยทิศทาง downwards,upwards และ up and down ไม่เคลื่อนในแนว lateral
- ใช้นิ้วในการเคลื่อนเครื่องมือไม่ใช่ข้อมือ เคลื่อนเครื่องมือขึ้นลงและใช้ความรู้สึกสัมผัส
- ใช้แรงกดเบาๆ
- เมื่อเคลื่อนไปตลอดรากฟันในแนวตั้งหากพบบางอย่างที่แข็ง อย่าหยุด ให้เคลื่อนเครื่องมือต่อไป

วัตถุประสงค์ของการตรวจเช็คหินน้ำลายใต้เหงือก

๑. เพื่อให้สามารถตรวจพบและกำจัดหินน้ำลายในร่องลึกปริทันต์ที่น้อยกว่า ๖ มิลลิเมตรได้
๒. ประเมินความลึกของร่องลึกปริทันต์ที่ยังมีอยู่ได้หากกำจัดหินน้ำลายได้ไม่หมดทำให้ต้องมีการเกลารากฟันซ้ำในบริเวณดังกล่าว
๓. ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบส่วนมากรักษาได้กับทันตแพทย์ทั่วไป มีเพียงเคสที่เป็นรุนแรงที่จะถูกส่งต่อมายังทันตแพทย์เฉพาะทางปริทันตวิทยา
๔. การรักษาด้วยการเกลารากฟันที่ดีทำให้การผ่าตัดถูกนำไปปรึกษากับรายที่จำเป็นจริงๆ

Effect of Mogolian Mumie Extract on Periodontal Condition (ดร.Oyunkhishig Khishigdorj)

Mumie เป็นที่รู้จักในชื่อ ซีลาจิต หรือ มัมมีโย ซึ่งเป็นสารสีน้ำตาลเข้มถึงดำได้จากหินบนเทือกเขาสูงซึ่ง mumie ไม่ใช่หิน แต่มีองค์ประกอบที่ซับซ้อนจากการผสมของสารอินทรีย์, จุลชีพและพืช โดยในมองโกเลีย mumie ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในทางการแพทย์ตั้งแต่โบราณในชื่อ Baragshun ซึ่งพบว่ามีผลในกระบวนการเผาผลาญและผลต่อภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์รวมทั้งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อโรค โดยมีการศึกษา พบว่า Baragshun มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียและมีฤทธิ์คล้ายยาปฏิชีวนะ รวมทั้งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบทั้งการอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลทางคลินิกของ Mumie EN ในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้ Mumie EN ร่วมกับการเกลารากฟันมีผลของ bleeding on probing, ความลึกของร่องลึกปริทันต์, clinical attachment level และ การอักเสบของเหงือก ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการเกลารากฟันเพียงอย่างเดียว การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเกลารากฟันร่วมกับการล้างด้วย Mumie EN ให้ผลการรักษาที่ดี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอและยังไม่มี การประเมินถึงเชื้อแบคทีเรียดังนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

Periodontitis and Diabetes: The Malaysian Multidisciplinary Approach (ศ.Ratha Vaithilingam)

โรคปริทันต์อักเสบกับโรคเบาหวาน เป็นความสัมพันธ์แบบ 2 ทาง คือ โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคปริทันต์และโรคปริทันต์อักเสบก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน โรคปริทันต์อักเสบเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน เนื่องจาก

1. ถ้าพบโรคปริทันต์อักเสบที่จะสามารถพยากรณ์อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานได้
2. โรคปริทันต์อักเสบทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ไม่ดี
3. โรคปริทันต์อักเสบที่รุนแรงขึ้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำแนะนำ

1. ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกราย โดยเน้นให้เห็นว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคปริทันต์อักเสบ และการรักษาโรคปริทันต์อักเสบส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น
2. แพทย์/พยาบาลที่ดูแลให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรมีการประเมินสภาพปริทันต์หรืออาการของผู้ป่วยทุกครั้งผู้ป่วยมารับยา หากผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบทันตแพทย์
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ทุกรายควรได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจสภาวะปริทันต์ และแม้ว่าจะยังไม่พบว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบแต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจสภาวะปริทันต์ทุกปี

สรุป

- การอักเสบเชื่อมโยงระหว่างโรคปริทันต์อักเสบและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งแพทย์และทันตแพทย์ มีบทบาทสำคัญในการร่วมกันจัดการทั้ง 2 โรค

- การพัฒนาการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ พัฒนาการทำงานร่วมกัน มีระบบการส่งต่อ มีระบบการนำทางและมีการสะท้อนกลับ มีความจำเป็นกับแพทย์และทันตแพทย์ในดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

Periodontal Therapy, Aging Society, and COVID-19 Pandemic Bridging Basic Research to Clinical Setting (ผศ. Benso Sulijaya)

การรักษาโรคปริทันต์อักเสบเพื่อกำจัดการอักเสบและเชื้อแบคทีเรีย 73% ของประชากรในประเทศอินโดนีเซียเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ ๖๔ ของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นโรคปริทันต์อักเสบระดับปานกลางถึงรุนแรง ปัจจุบันพบการระบาดของโรคโควิด-๑๙ มีผลทำให้ร่างกายเกิดการอักเสบเป็นผลร้ายแรงต่อผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบการตอบสนองการอักเสบและเชื้อก่อโรคในช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งผลการรักษาโรคปริทันต์อักเสบในช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าผู้ที่เป็โรคปริทันต์อักเสบมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคโควิด-๑๙ ได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นและพบว่าผู้ที่เป็โรคปริทันต์อักเสบที่รุนแรงกว่าก็จะเป็นโรคโควิด-๑๙ ที่รุนแรงกว่าเช่นกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาวะความสมดุลของเชื้อในช่องปากและการดูแลอนามัยช่องปากได้ดีในช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙ อาศัย tele-dentistry และการใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ผ่านการวิดีโอคอล ซึ่งสามารถเพิ่มการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยและลดภาวะโรคในช่องปากได้

วันพุธที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

Surgical Management of Peri – implantitis defects (ศ. Hom- Lay Wang)

แนวทางการให้การรักษาโรครอบรากเทียมอักเสบ (Peri – implantitis) โดยการผ่าตัด

- E: Etiology Identification (หาสาเหตุของปัญหา) เช่น คราบจุลินทรีย์ การสบฟัน ฯลฯ
- P: Primary wound closure (เย็บแผลปิดสนิท)
- D: Degranulomatous tissues (กำจัดเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อ)
- D: Decontamination of infected implant surface (ทำความสะอาดผิวรากฟันเทียม)
- S: Space and wound stability (for proper regeneration)

PDT- Periodontist ไม่รู้ไม่ได้แล้ว (ศ.ดร.ทพ.ธีระศักดิ์ ดำรงรุ่งเรือง และ รศ.ดร.ทพญ.ศุภฎี หอมดี)

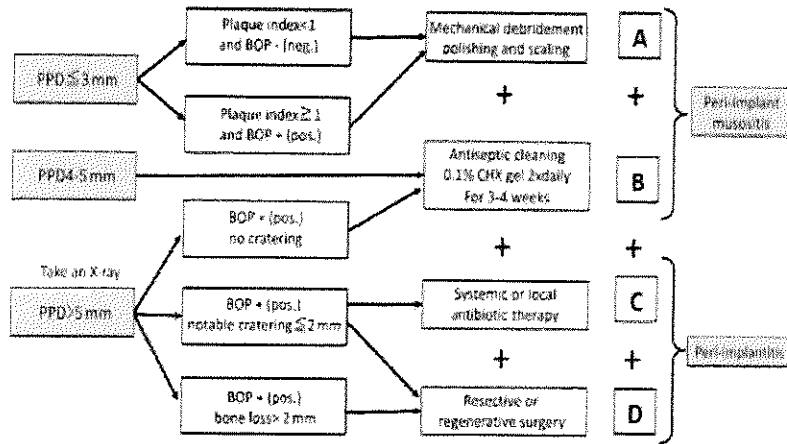
โฟโตไดนามิกเทอราปี (Photodynamic Therapy) เป็นการนำเลเซอร์พลังงานต่ำมาใช้ร่วมกับสารไวแสง (Photosensitizing agents หรือ Photosensitizers) ในการกำจัดเชื้อแบคทีเรียนำมาใช้ในทางทันตกรรมหลายสาขา เช่น การรักษารอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งในระยะเริ่มต้น รอยโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ชั้นบนสุดที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็ง การรักษาโรคไลเคนพลาเนีย โรคเชื้อราในช่องปาก ในทางทันตกรรมหัตถการมีการนำมาใช้กำจัดแบคทีเรียในรอยโรคฟันผุที่มีความลึกมากใกล้ทะลุโพรงประสาทฟัน สำหรับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบสามารถเป็นทางเลือกหนึ่ง ใช้เป็นวิธีเสริมหลังการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันในตำแหน่งที่ร่องลึกปริทันต์มากกว่า ๕ มิลลิเมตร

โฟโตไดนามิกเทอราปี ประกอบด้วย ๓ ส่วน ที่สำคัญในการเกิดปฏิกิริยา คือ เลเซอร์ที่มีความยาวคลื่นที่สามารถมองเห็นได้ (Visible light) หรือเลเซอร์ที่อยู่ในช่วงอินฟราเรด (Near- infrared light) สารไวแสง และออกซิเจน กลไกการทำลายจุลชีพ เกิดได้ ๒ รูปแบบ

กลไกการทำลายแบบที่ ๑ เกิดจากการแลกเปลี่ยนอิเล็กตรอนระหว่างสารไวแสงที่ถูกกระตุ้นกับโมเลกุลของสารอินทรีย์ในเซลล์ของจุลชีพ ก่อให้เกิดสารอนุมูลอิสระ (Reactive oxygen species) และไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Hydrogen peroxide) ทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ของจุลชีพ

กลไกการทำลายแบบที่ ๒ สารไวแสงที่อยู่ในสภาวะพลังงานสูงจากการกระตุ้น ทำให้เกิดออกซิเจนที่มีพลังงานสูง เข้าทำปฏิกิริยากับสารชีวโมเลกุลต่างๆ ที่ผนังเซลล์และเยื่อหุ้มเซลล์ ส่งผลให้จุลชีพตาย

Update of Non- Surgical Treatment of Peri- implantitis (ทพญ.ดร.วิษุรัตน์ สุกุลภาพทอง)



แนวทางการดูแลรากเทียมเพื่อคงสภาพครอบคลุมตามระดับความรุนแรงของโรค เรียกว่าการรักษาเพื่อคงสภาพแบบสะสม (Cumulative Interceptive Supportive Therapy, CIST)

กรณีเหงือกรอบรากเทียมไม่มีคราบจุลินทรีย์ ไม่มีเลือดออกเมื่อย้ำร่องเหงือก และร่องเหงือกลึกไม่เกิน ๓ มิลลิเมตร แสดงว่าเหงือกรอบรากเทียมปกติ

กรณีเหงือกรอบรากเทียมมีคราบจุลินทรีย์หรือหินน้ำลาย มีเลือดออกเมื่อย้ำร่องเหงือกแต่ไม่พบหนอง และร่องเหงือกลึกไม่เกิน ๓ มิลลิเมตร แสดงว่ามีโรคเยื่อเมือกรอบรากเทียมอักเสบ (Peri- implant mucositis) ให้การรักษาโดยขูดหินน้ำลายและขัดฟัน (ระดับเอ)

กรณีเหงือกรอบรากเทียมมีคราบจุลินทรีย์หรือหินน้ำลาย มีเลือดออกเมื่อย้ำร่องเหงือกและร่องเหงือกลึก ๔-๕ มิลลิเมตร แสดงว่ามีโรคเยื่อเมือกรอบรากเทียมอักเสบ (Peri- implant mucositis) ให้การรักษาโดยขูดหินน้ำลายและขัดฟัน ร่วมกับการใช้ยาฆ่าเชื้อ (ระดับบี) เช่นการบ้วนปากด้วยน้ำยาคลอร์เฮกซิดีน หรือการใช้คลอร์เฮกซิดีนเจลบริเวณที่มีอาการ เป็นเวลา ๓-๔ สัปดาห์

กรณีพบร่องเหงือกลึก ≥ ๖ มิลลิเมตร และพบการทำลายกระดูกจากภาพถ่ายรังสี แสดงว่ามีโรครอบรากเทียมอักเสบ (Peri- implantitis) ให้ใช้ยาปฏิชีวนะร่วมในการรักษา (ระดับซี) อาจใช้ในรูปแบบการรับประทานหรือการใช้ยาเฉพาะที่ (Local Drug Delivery) เช่น เมโทรนิดาโซล เตตราไซคลิน มิโนซัยคลิน

กรณีมีการทำลายกระดูกรอบรากเทียมมากร่วมกับร่องเหงือกลึก อาจพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด (ระดับดี)

Introduction to periodontal microsurgery (อ.ทพญ.พิมพ์ชนก สุทธิบุญพันธ์)

Microsurgery คือ เทคนิคการผ่าตัดผ่านกล้องที่มีกำลังขยายทำให้เห็นบริเวณที่ทำงานได้ชัดเจนขึ้น
หลักการสำคัญของ microsurgery คือ

1. ทำให้ทักษะการใช้มือดีขึ้นเนื่องจากต้องผ่าตัดผ่านกล้อง
2. ทำให้เย็บแผลได้สนิทเนื่องจากเห็นบริเวณที่ผ่าตัดได้ชัดเจน
3. ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเนื่องจากการที่ใช้เครื่องมือผ่าตัดและเย็บแผลที่มีขนาดเล็ก

Loupes vs Microscope

Feature	Loupes	microscope
กำลังขยาย	มีระดับเดียว	ปรับได้หลายระดับ
การเคลื่อนย้าย	ยึดกับผนัง	เคลื่อนย้ายได้
แหล่งพลังงาน	แบตเตอรี่	ระบบไฟฟ้า
ต้นกำเนิดแสง	ไม่เป็นจุดศูนย์กลาง	เป็นจุดศูนย์กลาง
การยศาสตร์	ท่าทางการนั่งไม่ถูกต้องตามหลัก/ ต้องก้ม	ท่าทางการนั่งถูกต้องตามหลัก
ราคา	ถูกกว่า	แพงกว่า

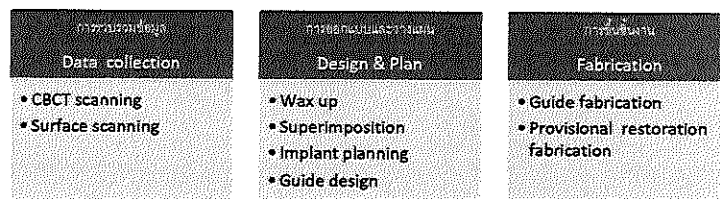
ข้อดีของ Loupes มีข้อดี คือ

- เป็นการผ่าตัดที่ไม่รุนแรง
- เกิดการบาดเจ็บน้อย
- ให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น
- ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
- มีคุณภาพชีวิตที่ดี

Innovation in Periodontics and Implant Dentistry (อ.ทพ.ดร.สุพลเทพ ตีระกนก)

แนวโน้มการรักษาโรคปริทันต์ในอนาคต

1. วิธี Biofilm modulation
 2. วิธี Host modulation เช่น การใช้ statin gel, bisphosphonates, omega-3, probiotic
 3. วิธี Regenerative treatment
 4. การใช้ Digital driven periodontal treatment
- Digitization workflow



Robotics in implant dentistry

- ข้อดี : ไม่ต้องมี guide / ล้างได้อย่างเพียงพอ / ลดระยะเวลาการรักษา / มาตรการแบบไดนามิก
- ข้อเสีย : สูญเสียความรู้สึกลัมผัส / สูญเสียการมองเห็น / ซ้อนทับกันหลายตำแหน่ง / ภาพถ่ายคอมพิวเตอร์หลายภาพ / ราคาแพง

Panel discussion of Treatment of Peri-implantitis Hard Talk (ผศ.รท.ทพ.ชัชชัย คุณาวิศรุต และผศ.ทพญ.พนทิพา บุญยะรัตเวช)

พบอุบัติการณ์การเกิดโรคปริทันต์รอบรากฟันเทียมอ็อกเสบ (peri-implantitis) ที่ ร้อยละ ๑๐.๓ โดย

ร้อยละ ๓๒.๔๙ จาก prosthetically induced

ร้อยละ ๒๕ จาก composite

ร้อยละ ๑๗.๑ จาก surgically induced

ร้อยละ ๑๓.๑ จาก plaque induced

ร้อยละ ๑๒.๔ จาก Biomechanically induced

ตำแหน่งของการฝังรากฟันเทียมที่ถูกต้อง

- ในแนว facio-lingual, มีความกว้างของกระดูกอย่างน้อย ๑ มม. และ ๑-๑.๕ มม. หลังต่อเส้นที่
ลากระหว่างส่วนที่ป้องกันที่สุดของฟัน ๒ ซ้ำง

- ตรงกลางในแนว mesio-distal ค่อนไปทาง distal เล็กน้อยในฟันตัดและห่างฟันข้างเคียง ๒ มม.

- ในแนว vertical; ห่างจากขอบของครอบฟันไปทางรากฟัน ๒ มม. ใน tissue level implant และ
๓ มม. ใน bone level implant

การระบุสาเหตุของโรคปริทันต์รอบรากฟันเทียมอ็อกเสบพิจารณาจาก

ปัจจัยจากผู้ป่วย : โรคทางระบบ / การสูบบุหรี่ / การดูแลอนามัยช่องปาก, อุบัติสัย / ตำแหน่ง; ปริมาณ
กระดูก, ปริมาณเหงือก และการสบฟัน

ปัจจัยจากทันตแพทย์ : การวินิจฉัยที่ผิดพลาด / การวางแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสม / รูปแบบพื้นผิว
ของรากฟันเทียม / ประสิทธิภาพของการทำทันตแพทย์ / ฝังรากฟันเทียมผิดตำแหน่ง /
การออกแบบของฟันเทียมไม่เหมาะสม

เมื่อไหร่ถึงจะเอารากฟันเทียมออก : โยก / ตำแหน่งผิดไปมาก / การฝังรากฟันเทียมใหม่ดีกว่า /
ถ้าเก็บรากฟันเทียมเดิมไว้นานมีผลต่อเสียต่อการฝังรากฟันเทียมใหม่ /
การตัดสินใจของผู้ป่วย

ฝากไว้ให้คิด :- การป้องกันดีกว่าแก้ไข / รากฟันเทียมมาแทนที่ฟันที่สูญเสียไปไม่ใช่มาแทนฟัน /
ไม่มีอะไรถาวร

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้รับความรู้ทางด้านวิชาการที่ทันสมัยสามารถนำมาพัฒนางานด้าน
ปริทันตวิทยาให้ดียิ่งขึ้น

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน ให้การดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และได้
เรียนรู้หลักการและวิธีการรวมทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ นำมาพัฒนางานด้านปริทันต
วิทยาต่อไปในอนาคต

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) สามารถความรู้ในด้านจิตต์ลมาใช้เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น