

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน
 ประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญสมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๗
 เรื่อง “Practical Solutions for Stage IV periodontitis and Peri - implant diseases”
 วันที่ ๒๖ - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗
 ณ โรงแรมอีสติน แกรนด์ พญาไท กรุงเทพฯ

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายเรืองยศ จุฑาหะวงค์
 อายุ ๓๗ ปี การศึกษาปริญญาตรีทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปริทันตวิทยา
 ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้การรักษาทันตกรรมทั่วไป และให้การรักษางานเฉพาะ

ทางด้านปริทันตวิทยา

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร “Practical Solutions for Stage IV periodontitis and Peri - implant diseases”

สาขา ปริทันตวิทยา

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
 งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗

สถานที่ โรงแรมอีสติน แกรนด์ พญาไท กรุงเทพฯ

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์

และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒

ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. มีความรู้ความเข้าใจ การรักษาโรคปริทันต์
๒. เพิ่มพูนความรู้การผ่าตัดแต่งเนื้อเยื่ออ่อนรอบรากเทียม
๓. เพิ่มพูนความรู้การทำงานเป็นทีม ระหว่างสาขาปริทันตวิทยาและทันตกรรมจัดฟัน
๔. มีความรู้ความเข้าใจ การรักษาโรคปริทันต์ รอบรากเทียม

๒.๒ เนื้อหา

งานประชุมวิชาการเรื่อง “Practical solutions for Stage IV periodontitis and peri-implant diseases”

ในปี ค.ศ. ๒๐๑๗ สมาคมปริทันตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Periodontology) และสมาคมปริทันตวิทยาแห่งสหภาพยุโรป (European Federation of Periodontology) ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ เรียบเรียงการจำแนกโรคและสภาวะปริทันต์และเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมใหม่ให้ เข้ากับความรู้อะไรและหลักฐานทาง วิทยาศาสตร์ในปัจจุบัน โดยปรับจากการการจำแนกโรคปริทันต์ที่สมาคมปริทันต วิทยาแห่งสหรัฐอเมริกาเคยทำ ไว้เมื่อ ค.ศ. ๑๙๙๙ ซึ่งการจำแนกแบบใหม่นี้ได้จำแนกโรคและสภาวะปริทันต์และ เนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมเป็น ๒ กลุ่มใหญ่คือ

๑. โรคและสภาวะของปริทันต์ (Periodontal diseases and conditions)
๒. โรคและสภาวะของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียม (Peri-implant diseases and conditions)

สภาพและสภาวะของโรคเหงือก แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ

- ๑) Periodontal health and gingival health
- ๒) Gingivitis: dental plaque-induced

เป็นสภาวะที่มีการอักเสบของเหงือก โดยการอักเสบนั้นยังลุกลามถึงกระดูกรอบรากฟัน จากการสรุปของ World workshop ๒๐๑๗ ได้กำหนดว่าจะถือว่าเป็น gingivitis แบบ dental plaque-induced เมื่อพบร้อยละ BOP มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ โดยในกลุ่ม gingivitis แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

- ๓) Gingival diseases: non plaque - induced

การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนี้ต้องการการตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น การตรวจชิ้นเนื้อ การเพาะเชื้อ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือมีการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ยกเว้น กลุ่มที่มีรอยโรคชัดเจนที่ทำให้สามารถ วินิจฉัยโรคได้ ตัวอย่างเช่น neoplasm, traumatic หรือ pigmentation เป็นต้น รอยโรคในกลุ่มที่ ๓ นี้ มักพบในกรณีผู้ป่วยที่ดูแล oral hygiene ดี แต่ยังคงมีการอักเสบของเหงือกที่ไม่สัมพันธ์กับระดับของ plaque score หรือหลังการรักษาด้วย non-surgical periodontal therapy แล้วผู้ป่วยมีระดับ plaque score ที่ลดลง แต่การตอบสนองทางคลินิกต่อการรักษาไม่ดี เช่น ยังพบการอักเสบของเหงือกอยู่

โรคปริทันต์อักเสบ

การวินิจฉัยแบบใหม่นี้จะดูจาก interdental CAL เป็นหลัก โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

Interdental CAL \geq ๒ มม. ที่ฟันตั้งแต่สองซี่ขึ้นไป ซึ่งต้องเป็นฟันสองซี่ที่ไม่ได้อยู่ติดกัน หรือ Buccal หรือ oral (Li/Pa) CAL \geq ๓ มม. ซึ่งตำแหน่งนั้นต้องมี PD $>$ ๓ มม. ที่ฟันตั้งแต่สองซี่ขึ้นไป

ข้อยกเว้น ถ้าตรวจพบ Interdental CAL \geq ๒ มม. หรือ buccal หรือ oral CAL \geq ๓ มม. แต่จะไม่จัดว่าอยู่ใน กลุ่มโรคปริทันต์อักเสบ ในกรณีตำแหน่งที่พบ CAL นั้น มีความสัมพันธ์กับ

- เหงือกร่นเนื่องจากการแปร่งฟัน
- ฟันผุลุกลามไปยังบริเวณฟันตำแหน่งใกล้ขอบเหงือก (cervical area of the tooth)
- มี CAL ในตำแหน่ง distal ของฟันกรามซี่ที่สอง ซึ่งสัมพันธ์ กับฟันกรามซี่ที่สามที่อยู่ ในตำแหน่งไม่ปกติ หรือถูกถอนไป
- มีรอยโรคปลายรากซึ่งมีการขยายของหนองมาทางอวัยวะปริทันต์
- มีรากฟันร้าวหรือแตกในแนวตั้ง (vertical root fracture)

การให้ EXTENT

เป็นการบอกข้อมูลว่ามีฟันจำนวนเท่าไรที่เป็นโรคปริทันต์ อักเสบ แต่ไม่ได้บอกถึงความรุนแรงของโรค โดยสามารถแบ่ง extent ได้เป็น ๓ แบบ ได้แก่

- Localized หากฟันที่มีCAL นั้น คิดเป็นร้อยละ < ๓๐ ของจำนวนฟันทั้งหมด
- Generalized หากฟันที่มีCAL นั้น คิดเป็นร้อยละ \geq ๓๐ ของจำนวนฟันทั้งหมด
- Molars and/or incisors pattern หากฟันที่มี CAL นั้น จำกัดอยู่เฉพาะที่ฟันกรามใหญ่ และ/

หรือฟันหน้า

การให้ STAGING

วัตถุประสงค์ของการกำหนด staging

• เพื่อจำแนกความรุนแรง (severity) ของเนื้อเยื่อปริทันต์ที่ถูก ทำลาย และ extent ของการทำลายนั้นในผู้ป่วยแต่ละราย โดย พิจารณาจากค่าที่ตรวจวัดได้ทางคลินิก

• เพื่อประเมินความซับซ้อน (complexity) ในการรักษา เพื่อหยุด การดำเนินของโรค การรักษาคงสภาพในระยะยาว และการเรียงตัวและจำนวนของฟันที่เหลืออยู่ค่า CAL และ RBL ยังเป็นหลัก ในการกำหนด stage ร่วมกับการวินิจฉัยในผู้ป่วยภายหลังการรักษาทางปริทันต์ แม้ว่าในบางกรณี อาจพบว่าปัจจัย ในส่วน complexity บางส่วนหรือทั้งหมดได้ถูกกำจัดไประหว่างการรักษา ไม่ควรปรับลด stage ของผู้ป่วยรายนั้น เนื่องจากการพิจารณาการรักษาขั้นคงสภาพในผู้ป่วยควรพิจารณาจาก stage เดิมก่อนเริ่มรักษา อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นให้ปรับลด stage ผู้ป่วย ในกรณี vertical defect > ๓ มม. และมี furcation class II ที่สามารถแก้ไขได้ ภายหลังการรักษาด้วยการปริทันต์ด้วยวิธี regeneration และเนื่องจากการให้ stage ของผู้ป่วย เป็นการวินิจฉัย ทั้งปาก (full-mouth diagnosis) ไม่ได้ให้วินิจฉัยเฉพาะซี่ ดังนั้นในผู้ป่วยหนึ่งรายจึงควรมีเพียงหนึ่ง stage เท่านั้น

การให้ GRADING

วัตถุประสงค์ของการกำหนด Grading

• เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดการลุกลามของโรคและการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย ต่อการรักษาทางปริทันต์ ทั้งนี้เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาและติดตามผู้ป่วยทั้งระหว่างและภายหลังการ รักษา

• เพื่อประเมินผลของสุขภาพหรือโรคทางระบบของผู้ป่วยที่อาจมีผลต่ออวัยวะปริทันต์และในทางกลับกันด้วยทั้งนี้เพื่อช่วยในการวางแผนการติดตามโรคทางระบบของผู้ป่วยและการวางแผนร่วมกับแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง Grade เป็นตัวช่วยในการประเมินความเสี่ยงหรืออัตราการลุกลามของโรคปริทันต์ ดังนั้น primary criteriaที่กำหนดไว้ในตารางคือหลักฐานทางตรงหรือทางอ้อมของการเกิดการลุกลามของโรคปริทันต์ในผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปข้อแตกต่างจาก ๑๙๙๙ CLASSIFICATION

• Chronic periodontitis และ Aggressive periodontitis ได้ถูกจัดกลุ่มรวมกันและให้ใช้คำว่า “Periodontitis”

• Classification ใหม่สนับสนุนให้มองโรคปริทันต์ในหลายด้านๆ ประกอบการวินิจฉัยโดย นำแนวคิดของการให้ staging ซึ่งต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรุนแรงของโรคจำนวนฟันที่สูญเสียไป อันเนื่องมาจากโรคปริทันต์ความซับซ้อนในการให้รักษาทางปริทันต์และความจำเป็นในการบูรณะช่องปากโดยรวม มาใช้ในการจำแนกโรคซึ่งจะบ่งบอกถึงความยากง่ายของการรักษา

• การให้ staging เป็นการวินิจฉัยเป็นภาพรวมของผู้ป่วยแต่ละบุคคลดังนั้นในผู้ป่วยหนึ่งรายจะ ให้การวินิจฉัยแค่ ๑ stage เท่านั้น

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบจะถือว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบตลอดชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้ทั้งทันตแพทย์และผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

Peri-implantitis

Peri-implant disease เป็นลักษณะรอยโรคที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ รากเทียม ซึ่งการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับ dental biofilm ซึ่งมีเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Gram negative anaerobe เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเช่นเดียวกับการเกิดโรค chronic periodontitis โดยสามารถแบ่งประเภทของโรคตามบริเวณของเนื้อเยื่อที่เกิดรอยโรคได้เป็น ๒ ประเภท ได้แก่ peri-implant mucositis และ peri-implantitis

๑. Peri-implant mucositis เป็น reversible inflammatory reaction ที่จำกัดอยู่ที่เฉพาะที่บริเวณ mucosa รอบ ๆ รากเทียม

๒. Peri-implantitis เป็น inflammatory process ที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ osseointegrated implant และมีการทำลายของกระดูกรอบ ๆ รากเทียม ทำให้เกิดการสูญเสียการยึดเกาะของกระดูกที่ล้อมรอบผิวรากเทียม

ส่วนแนวทางการรักษาได้มีการเสนอแนวทางการรักษาที่เรียกว่า CIST(Cumulative interceptive supportive therapy) ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาการอักเสบของโรคที่เกิดขึ้นบริเวณรอบ ๆ รากเทียม

- กรณีมี PD น้อยกว่า ๔ มม.โดยที่มีการสะสมของ plaque ร่วมกับการมี BOP ให้รักษาด้วยวิธี Mechanical debridement ด้วย nonmetallic curettes และ polishing ด้วย rubber cup ร่วมกับ nonabrasive polishing paste (A)

- กรณีมี PD ๔ - ๕ มม.ให้รักษาด้วยวิธี Mechanical debridement , polishing ร่วมกับ Antiseptic cleansing โดยใช้ ๐.๑% - ๐.๒% chlorhexidine mouthrinses เป็นเวลา ๓๐ วินาที จำนวน ๑๐ มล. หรือใช้ local chlorhexidine gel (๐.๒%)และ/หรือ local irrigation ด้วย chlorhexidine (๐.๒%) จำนวน ๒ ครั้งต่อวันเป็นเวลา ๓-๔ สัปดาห์ (A+B)

- กรณีมี PD มากกว่า ๕ มม.

- มี BOP แต่ไม่มี bone loss ให้การรักษาเหมือนกับ มี PD ๔ - ๕ มม.(A+B)

- มี BOP และมี bone loss น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒ มม.ให้การรักษาด้วยวิธี Mechanical debridement, polishing, Antiseptic cleansing ร่วมกับ Systemic หรือ Local antibiotic therapy โดยทั่วไป ใช้ ornidazole (๑,๐๐๐ mg * ๑) หรือ metronidazole (๒๕๐ mg *๓) เป็นเวลา ๑๐ วัน, หรือใช้ combination ของ amoxicillin (๓๗๕ mg *๓) กับ metronidazole (๒๕๐ mg *๓) เป็นเวลา ๑๐ วัน ส่วน Local treatment อาจใช้ antibiotics local application เช่น tetracycline fibers และ minocycline microspheres อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา ๑๐ วัน (A+B+C)

- มี BOP และมี bone loss มากกว่า ๒ มม.ให้การรักษาด้วยวิธี Mechanical debridement, polishing , Antiseptic cleansing , Systemic หรือ Local antibiotic therapy ร่วมกับ Resective หรือ Regenerative surgery โดยจะพิจารณาทำ Resective surgery ในกรณีที่ defect ไม่เหมาะในการทำ Regeneration (A+B+C+D)

ส่วนในกรณีที่มีรากเทียม โยกร่วมกับมีอาการปวด และมีการ bone loss มากกว่า ๕๐% ของความยาวรากเทียมอาจพิจารณา explantation นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

กรณีที่เป็น peri-implant mucositis มีแนวทางการรักษา ดังนี้

๑. Mechanical debridement ได้แก่ การใช้ curette (Ti, carbon-fiber, plastic) หรือ ultrasonic (polyether - etherketone coat tip)

๒. Adjunctive Antimicrobial มักใช้ร่วมกับ Mechanical debridement ได้แก่ Chlorhexidine (CHX) mouthrinse, irrigation, gel

๓. Locally delivered antibiotics ได้แก่ tetracycline fiber ทิ้งไว้เป็นเวลา ๑๐ วันแล้วค่อยเอาออก

๔. Systemic antibiotics มักใช้ร่วมกับ Mechanical debridement เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดจำนวนเชื้อ ใน peri-implant crevicular fluid ได้แก่ azithromycin ๕๐๐ mg/day เป็นเวลา ๕ วัน

กรณีที่เป็น peri-implantitis มีแนวทางการรักษา ดังนี้

๑. Non-surgical therapy

- a. Mechanical debridement ได้แก่ การใช้ Curette, low – abrasive amino-acid glycine powder (biofilm removal without damage hard and soft tissue), ultrasonic device with tip modification (carbon, silicone, plastic), Laser (Er:YAG ย่อมาจาก erbium-doped yttrium aluminium garnet laser อาจใช้ร่วมกับ diode laser และ phenothiazine chloride dye ตามด้วย IR with ๓ % hydrogenperoxide)
- b. Adjunctive antimicrobials
- c. Locally delivered antibiotics/systemic antibiotic

๒. Surgical therapy

- a. Decontamination อาจทำได้ด้วยวิธี mechanical, chemical หรือ Laser
 - i. Mechanical ได้แก่ การใช้ curette, ultrasonic , air powder abrasive system ทำความสะอาด รวมถึงการกำจัดผิวรากเทียมที่มีลักษณะพื้นผิวขรุขระซึ่งเป็นที่ยึดเกาะของ biofilm และเชื้อก่อโรคได้ง่ายให้มีผิวรากเทียมเรียบมากขึ้น เรียกวิธีนี้ว่า Implantoplasty
 - ii. Chemical เพื่อให้เกิดการ disinfection และ decontamination ที่ผิวรากเทียม ได้แก่ การใช้ citric acid, hydrogen peroxide, chlorhexidine, saline
 - iii. Laser เพื่อ decontaminate ผิวรากเทียม ได้แก่ Er:YAG, CO₂ Laser
- b. Surgical technique จะพิจารณาทำในกรณีที่รักษาด้วยวิธี non-surgical ไม่ได้ผล ซึ่งมีวิธีที่แตกต่างกันหลายวิธีดังนี้
 - i. Access flap surgery เป็นการเปิดเหงือกเพื่อมีเนื้อที่เข้าไปทำความสะอาด และ decontamination ที่ผิวรากเทียม โดยวิธีนี้ทำเพื่อคงระดับของ soft tissue บริเวณรอบ ๆ ผิวรากเทียม เหมาะในกรณีที่มี bone loss รอบผิวรากเทียมเพียงเล็กน้อย รวมถึงบริเวณที่ต้องการความสวยงาม
 - ii. Apically positioned flap เป็นการผ่าตัดเพื่อร่นระดับของเหงือกรอบรากเทียมมาทาง apical ทำร่วมกับ implantoplasty เพื่อให้เอื้อต่อการดูแลทำความสะอาด และลด pocket รอบ ๆ รากเทียม เหมาะในกรณี suprabony defect ในบริเวณ nonesthetic area

- iii. Regenerative surgical technique ทำเพื่อหวังผลในการเกิด re-osseointegration ของฉีกรากเทียม โดยมีการใช้ graft ร่วมกับ Coronally positioned flap เพื่อให้สามารถคงระดับของ tissue เอาไว้ไม่ให้เกิด Recession ใช้ในกรณี circumferential defect และ intrabony defect

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

พัฒนาความรู้เฉพาะทางด้านการรักษาปริทันต์ซับซ้อน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

เพิ่มขีดความสามารถการรักษาปริทันต์

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

การรักษาโรคปริทันต์ เป็นกุญแจสำคัญของการคงสภาพช่องปากและลดอัตรา การสูญเสียฟัน และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

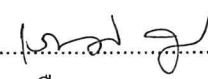
แนวทางการผ่าตัดร่นเหงือกที่มีประสิทธิภาพ

๓.๒ การพัฒนา

พัฒนาวิธีและแนวทางการรักษาปริทันต์ เพื่อที่ผู้ป่วยสามารถเก็บฟันไว้ใช้งานได้ระยะ ยาว

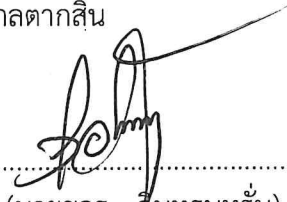
ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

พัฒนาวิธีและแนวทางการรักษาโรคปริทันต์ เพื่อพัฒนาการพยากรณ์โรคของฟัน นำไปสู่การมีฟัน ไว้ใช้งานได้ในอนาคต

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นายเรืองยศ จูรราชวงศ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ..........
(นายขจร อินทรบุรินทร์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

แนวทางเชิงปฏิบัติการรักษาโรคปริทันต์ และโรคปริทันต์อักเสบรอบรากเทียม

เกณฑ์วินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบ

- Interdental CAL ≥ 2 มม. ที่ฟันตั้งแต่สองซี่ขึ้นไป ซึ่งต้องเป็นฟันสองซี่ที่ไม่ได้อยู่ติดกัน หรือ
- Buccal หรือ oral (Li/Pa) CAL ≥ 3 มม. ซึ่งตำแหน่งนั้นต้องมี PD > 3 มม. ที่ฟันตั้งแต่สองซี่ขึ้นไป

จำแนกโรคและสภาวะปริทันต์

- โรคและสภาวะของปริทันต์
- โรคและสภาวะของเนื้อเยื่อรอบรากเทียม

การวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบ ประกอบด้วย

- ขอบเขต
- ระยะ
- ระดับ

การนำไปใช้ประโยชน์

- นำความรู้ที่ได้มาใช้สอนบุคลากรในกลุ่มงานทันตกรรม
- นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์กับงานทันตกรรมสหสาขาอื่นในคลินิก

โดย ทพ.เรืองยศ จุรราชวงศ์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน

