

## แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่.....กท.๐๖๐๒/๓๐๙๐.....ลงวันที่.....๒๒ มีนาคม ๒๕๖๕.....  
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ.....นางสาวเมธินี.....นามสกุล.....ไชยสุข.....  
ตำแหน่ง.....ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน.....กลุ่มงานทันตกรรม.....  
กอง.....โรงพยาบาลสิรินธร.....สำนัก / สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....  
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ  
หลักสูตรการประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี ครั้งที่ ๓๒ (๑/๒๕๖๕) "Maxillofacial Deformities &  
Reconstructive Surgery: existing the best, delivering the future"  
ระหว่างวันที่.....๔ - ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕.....โดยสมาคมศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลแห่งประเทศไทย.....  
ณ.....โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี.....เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น.....๘,๐๐๐.....บาท  
ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

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

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน  
(.....นางสาว เมธินี ไชยสุข.....)

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาว เมธิณี ไชยสุข.....  
อายุ.....๔๒.....ปี การศึกษา .....วุฒิปริญญาตรีศึกษาศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล.....  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน .....ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง.....ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) .....ดูแลผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไปและผู้ป่วยด้านศัลยกรรมช่องปากและ.....  
แม็กซิลโลเฟเชียล.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร .....การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี ครั้งที่ ๓๒ (๑/๒๕๖๕).....  
"Maxillofacial Deformities & Reconstructive Surgery: existing the best, delivering the.....  
future".....สาขา.....ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล.....  
เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน .....๘,๐๐๐ บาท.....  
ระหว่างวันที่ .....๔ - ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕.....สถานที่ .....โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี.....  
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ .....ประกาศนียบัตร.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

- รับข้อมูล ข่าวสาร และแนวทางปฏิบัติในการให้การรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม
- เพื่อรับฟังงานศึกษาทางวิชาการ การรักษาและข้อมูลทางวิชาการใหม่ๆ
- เพื่อเตรียมความพร้อม และทันต่อการรักษา นวัตกรรม และทันตวัสดุศาสตร์ที่ทันสมัยและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

## ๒.๒ เนื้อหา

### Cleft and dentofacial deformity

ปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip and cleft palate) เป็นความพิการของใบหน้าที่เกิดกับทารก ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ประมาณ ๑- ๒ คนต่อทารกแรกเกิด ๑,๐๐๐ คน โดยพบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ ๗๐๐ - ๘๐๐ คนต่อปี

### อาการของโรค

ปากแหว่งเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้จากภายนอก คือ มีรอยแยกของริมฝีปากบนและอาจเป็นไปจนถึงเหงือกและเพดานปากส่วนหน้าได้ด้วย อาจเป็นด้านเดียวหรือสองด้าน ส่วนเพดานโหว่ คือ รอยแยกที่เพดานอ่อนไปจนถึงเพดานแข็ง อาจมีความผิดปกติอื่นๆร่วมด้วย เช่น การทำงานของกล้ามเนื้อที่เปิดปิดทางระบายหูชั้นกลางผิดปกติ มีน้ำคั่งในหูชั้นกลางส่งผลให้การได้ยินลดลง มีโครงสร้างของกระดูกใบหน้าส่วนกลางผิดปกติ มีการสบกันของฟันผิดปกติ ทำให้มีปัญหาการพูด พูดไม่ชัด เสียงขึ้นจมูก

ปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่มีความท้าทายในการรักษาให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี โดยจะต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์ ทันตแพทย์หลายสาขา ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอดออกมา โดยมีเป้าหมายของการรักษา คือ

๑. มีความสวยงามของบริเวณริมฝีปากและจมูกที่ดี
๒. มีเพดานปากที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เด็กสามารถพูดและรับประทานอาหารได้อย่างปกติ
๓. มีสุขภาพช่องปาก และการสบฟันที่ปกติ
๔. มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

### สาเหตุของการเกิดโรค

๑. ความผิดปกติระดับยีนทำให้เกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากรุ่นสู่รุ่น
๒. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การใช้ยา รวมไปถึงสารเคมีต่างๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยากันชัก การขาดโฟเลต เป็นต้น

### การตรวจวินิจฉัย

ในอดีตการวินิจฉัยจะทำได้เมื่อทารกคลอดออกมา แต่ปัจจุบันสามารถตรวจได้โดยการอัลตราซาวด์ (ultrasound) ในช่วงอายุครรภ์ประมาณ ๑๖ สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อทราบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติจะได้มีการเตรียมตัวในการดูแล เช่น เทคนิคการป้องกัน และสร้างเสริมความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับโรค รวมถึงส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่องกับแพทย์และทันตแพทย์เฉพาะทาง

### การรักษาตามช่วงอายุ

อย่างที่ทราบกันดีว่าทารกที่เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ จะมีปัญหาในเรื่องการกิน การดูดนม ดังนั้นมารดาควรได้รับการสอนวิธีการให้นมบุตรตั้งแต่แรกเกิด รวมไปถึงการใช้อุปกรณ์เสริมเข้ามาช่วยในการดูดนมไม่ว่าจะเป็น จุกนมพิเศษ ขวดนมพิเศษ ที่สามารถให้เด็กกินนมได้อย่างปกติ การที่ทารกสามารถสามารถดูดนมได้ จะส่งผลต่อพัฒนาการตามวัยที่ดี และทำให้เข้าสู่การรักษาต่อเนื่องด้วยการผ่าตัดได้ตามเวลาที่เหมาะสมตามตารางด้านล่าง

การผ่าตัด	อายุของผู้ป่วย
การผ่าตัดริมฝีปาก (Cheiloplasty)	๑๐ สัปดาห์
การผ่าตัดเพดานปาก (Palatoplasty)	๙-๑๘ เดือน
การผ่าตัดคอดหอย (Pharyngoplasty)	๓-๕ ปี
การผ่าตัดปลูกกระดูก (Alveolar cleft bone graft )	๖-๙ ปี
การผ่าตัดขากรรไกร (Orthognathic surgery)	เพศหญิง ๑๔-๑๖ ปี เพศชาย ๑๖-๑๘ ปี
การผ่าตัดแก้ไขจมูก (Septorhinoplasty)	หลังการผ่าตัดขากรรไกร

การผ่าตัดกรามหรือขากรรไกรล่าง ในผู้ป่วยที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่จะมีกรามหรือขากรรไกรล่างที่ผิดปกติไปจากปกติ ในระยะฟันแท้จะมีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ประมาณ ร้อยละ ๒๕ ที่มีลักษณะการสบฟันผิดปกติร่วมกับความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรระดับรุนแรง ซึ่งไม่สามารถทำการรักษาทันตกรรมจัดฟันอย่างเดียวได้ กรณีนี้อาจพิจารณาให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร (surgical treatment) ซึ่งอาจจะเป็นการทำศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร (orthognathic surgery) หรือการยึดถ่างขยายกระดูกขากรรไกร (distraction osteogenesis) ทั้งนี้ขึ้นกับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปกรณีที่ต้องการผ่าตัดแก้ไขตำแหน่งของกระดูกขากรรไกรบน (orthognathic surgery) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มาด้านหน้ามากกว่า ๖ มิลลิเมตร มักมีข้อจำกัดเนื่องจากมักจะพบการกลับคืนซ้ำ (relapse) ได้สูงถึงร้อยละ ๒๕-๕๐ และอาจจะมีผลต่อการพูดและการทำงานของเพดานอ่อนและผนังคอดหอยได้ ซึ่งการผ่าตัดยึดถ่างขยายกระดูกขากรรไกรบน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในกรณีที่ต้องผ่าตัดเคลื่อนตำแหน่งของกระดูกขากรรไกรบน ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มาด้านหน้ามากกว่า ๖-๘ มิลลิเมตร และนอกจากนี้การผ่าตัดยึดถ่างขยายกระดูกขากรรไกรบน ยังสามารถทำได้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกรซึ่งมีทั้งชนิดนอกช่องปากและในช่องปาก แต่ทั้ง ๒ ชนิด ยังมีข้อจำกัดในแต่ละแบบและมีราคาที่สูงประมาณ ๒๐๐,๐๐๐-๔๐๐,๐๐๐ บาทอีกทั้งยังต้องนำเข้าจากต่างประเทศ

การดูแลรักษาจำเป็นต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาร่วมดูแลเป็นทีม เช่น กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ตกแต่ง ทันตแพทย์ นักฝึกพูด โดยจะมีการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและให้คำแนะนำการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละขั้นตอนอย่างเป็นระบบตามความจำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

### ภาวะแทรกซ้อนของปากแหว่งเพดานโหว่

ปากแหว่งเพดานโหว่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยจะเกิดขึ้นในบริเวณที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับอาการปากแหว่งหรือเพดานโหว่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ปัญหาในการรับประทานอาหาร** รวมถึงการดูดนมแม่ ในเด็กที่มีอาการเพดานโหว่ไม่สามารถดูดนมแม่ได้ตามปกติ เนื่องจากมีรูโหว่ที่เพดานปาก และในเด็กที่มีอาการปากแหว่งก็ไม่สามารถดูดนมแม่ได้ตามปกติเช่นกัน เพราะไม่สามารถปิดปากได้สนิท อาจทำให้อาหารและของเหลวขึ้นจมูก แต่ในปัจจุบันมีการออกแบบจุกนมหรือเพดานเทียมสำเร็จรูปสำหรับเด็กที่เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้สามารถดูดนมหรือรับประทานอาหารได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป จนกว่าจะถึงเวลาเข้ารับการผ่าตัด

**การติดเชื้อที่หูและปัญหาการได้ยิน** เด็กที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่จะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อที่หูชั้นกลางหรือหูน้ำหนวกได้มากกว่า และถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลการได้ยิน หรือสูญเสียการได้ยิน

ได้ แพทย์จะทำการผ่าตัดใส่ท่อที่บริเวณแก้วหูเพื่อระบายของเหลว อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยฟังในผู้ป่วยบางราย และเด็กที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่ควรเข้ารับการตรวจการได้ยินเป็นประจำทุกปี

**ปัญหาทางการพูด** ปากและเพดานเป็นส่วนสำคัญในการออกเสียงที่ถูกต้องและชัดเจน เด็กที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่แล้วไม่ได้รับการผ่าตัด จะทำให้เด็กพูดไม่ชัด มีเสียงขึ้นจมูกได้ และฟังยาก การผ่าตัดสามารถช่วยแก้ไขให้ปัญหานี้ในผู้ป่วยบางราย แต่บางรายอาจต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีอรรถบำบัด เพื่อพัฒนาการพูดและการออกเสียง

**ปัญหาทางทันตกรรม** ในเด็กที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่มีแนวโน้มที่จะทำให้ฟันผุ ฟันขึ้นผิดตำแหน่ง ฟันซ้อน เรียงตัวไม่สวย จำเป็นต้องสร้างเสริมสุขอนามัยที่ดีในช่องปาก และหมั่นเข้ารับการตรวจหรือรักษาโดยทันตแพทย์เป็นประจำ หรืออาจต้องมีการจัดฟันร่วมด้วย

### ป้องกันภาวะปากแหว่งเพดานโหว่อย่างไร?

การป้องกันการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทำได้โดยหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็นปัจจัยภายนอก โดยขณะมารดาตั้งครรภ์ ควรงดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาระหว่างตั้งครรภ์ควรปรึกษาแพทย์พยาบาลหรือเภสัชกรทุกครั้ง การออกกำลังกายพอควรกับสุขภาพ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การลดความเครียด และที่สำคัญคือต้องรับประทานอาหารมีประโยชน์ ๕ หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมตามแพทย์พยาบาลแนะนำโดยเฉพาะอาหารจำพวกผักผลไม้ และเน้นอาหารที่มีกรดโฟลิกสูงเช่น บรอกโคลี เมล็ดธัญพืช ตับ เป็นต้น มารดาควรได้รับวิตามินบี ๖ วิตามินบี ๑๒ ธาตุสังกะสี และกรดโฟลิก ก่อนการปฏิสนธิในครรภ์หรือก่อนตั้งครรภ์ประมาณ ๒ เดือนจนกระทั่ง ๓ เดือนหลังการตั้งครรภ์หรือตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลเพื่อให้เกิดการสร้างอวัยวะของโครงสร้างเพดานในตัวอ่อนของทารกในครรภ์ได้สมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ได้

### Maxillofacial Reconstruction

รอยโรคที่พบในกระดูกขากรรไกรและใบหน้า (maxillofacial bone tumors)

maxillofacial bone tumors สามารถแบ่งได้หลายประเภทตามลักษณะความผิดปกติทางพยาธิวิทยา (pathological process) ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มเนื้องอกเหตุกำเนิดฟัน หรือเนื้องอกโอdontอนโทเจนิค (odontogenic tumor) ที่มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเกี่ยวกับการสร้างฟันกับกลุ่มเนื้องอกนอนโodontอนโทเจนิค (non-odontogenic tumor) ที่ไม่ได้มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเกี่ยวกับการสร้างฟัน จากการศึกษา รอยโรคที่พบในกระดูกขากรรไกรของคนไทย พบว่ารอยโรคส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มถุงน้ำ (ร้อยละ ๕๐.๓) รองลงมาคือกลุ่มเนื้องอกโอdontอนโทเจนิค (ร้อยละ ๒๔.๘) กลุ่มรอยโรคคล้ายเนื้องอก (ร้อยละ ๗.๙) และกลุ่มเนื้องอกนอนโodontอนโทเจนิค (ร้อยละ ๓.๙) ตามลำดับ โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มเนื้องอกโอdontอนโทเจนิค คือ อะเมโลบลาสโตมา (ร้อยละ ๔๗.๓) คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๗ ของรอยโรคที่พบในกระดูกขากรรไกรทั้งหมดจากการจำแนกขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.๒๐๑๗ ได้แบ่งประเภทอะเมโลบลาสโตมาไว้ดังนี้

๑. อะเมโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกรหรืออะเมโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตัน (conventional ameloblastoma, classic intraosseous ameloblastoma หรือ solid/multicystic ameloblastoma) ซึ่งเป็นอะเมโลบลาสโตมาที่พบได้บ่อยที่สุด
๒. อะเมโลบลาสโตมาชนิดถุงน้ำ (ameloblastoma, unicystic type) พบได้ร้อยละ ๕-๒๒ ของอะเมโลบลาสโตมาทั้งหมด

๓. อะเมโลบลาสโตมาชนิดนอกกระดูกขากรรไกร (ameloblastoma, extraosseous / peripheral type) พบได้ร้อยละ ๑-๑๐ ของอะเมโลบลาสโตมาทั้งหมด

อะเมโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกรหรืออะเมโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตัน ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยอายุ ๔๐-๕๐ ปี เพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคอะเมโลบลาสโตมาของคนไทย โดย Dhanuthai และคณะ ในผู้ป่วยจำนวน ๔๘๖ ราย พบว่ามีอายุตั้งแต่ ๔-๘๓ ปี (อายุเฉลี่ย ๓๔.๔ ปี) เป็นเพศชาย ๒๓๙ ราย (ร้อยละ ๔๙.๒) และเพศหญิง ๒๔๖ ราย (ร้อยละ ๕๐.๖) ประมาณร้อยละ ๘๐ ของอะเมโลบลาสโตมาทั้งหมด พบในกระดูกขากรรไกรล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตำแหน่งขากรรไกรล่างด้านหลัง (posterior mandible) แต่อะเมโลบลาสโตมาชนิดเดสโมพลาสติก (desmoplastic) มักอยู่ตำแหน่งด้านหน้าของขากรรไกร (anterior region of jaw) โดยเฉพาะขากรรไกรบน อาการแสดงเริ่มแรกคือการขยายตัวอย่างช้าๆ ไม่มีอาการใดๆ พบการขยายของกระดูกไปทางด้านแก้มและด้านลิ้น (buccal and lingual expansion) และอาจมีอาการอื่นๆ ตามมาหลายอย่าง ได้แก่ สูญเสียฟัน การสบฟันผิดปกติอาการชา อาการปวด รูปร่างใบหน้าผิดปกติอาจเกิดการบดเคี้ยวลำบาก และทางเดินหายใจอุดตัน หากปล่อยไว้ให้เนื้องอกขยายขนาดไปเรื่อยๆ อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่พบ ลักษณะเงาโปร่งรังสีหลายวงและขอบเขตโค้งเรียบ (corticated multilocular radiolucency) อาจเรียกลักษณะภาพรังสีนี้ว่า ฟองสบู่ (soap-bubble) หรือรังผึ้ง (honey comb) อาจพบ การละลายของรากฟัน (root resorption) และรอยโรคอาจสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้น ส่วนอะเมโลบลาสโตมาชนิดเดสโมพลาสติกอาจพบลักษณะเงาโปร่งรังสีร่วมกับเงาทึบรังสี (mixed radiolucent-radiopaque) ได้เมื่อพิจารณาลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบว่าอะเมโลบลาสโตมามีลักษณะคล้ายกับอวัยวะที่จะเกิดเป็นฟัน ชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ชนิดฟอลลิคูลาร์ (follicular) รองลงมาคือ ชนิดเพล็กซ์ิฟอร์ม (plexiform) นอกจากนี้ยังสามารถพบชนิด อะแคนโทมาตัส (acanthomatous) แกรนูลาร์เซลล์ (granular cell) บาสัลเซลล์ (basal cell) และเดสโมพลาสติกและสามารถพบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาหลายชนิดผสมกัน (admixed histopathological type) ในเนื้องอกก้อนเดียวได้การรักษา รอยโรคนี้มีแนวคิดที่แตกต่างกัน ตั้งแต่วิธีการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) การรักษาแบบผ่าตัดถอนรากถอนโคน (radical treatment) ไปจนถึงการรักษาด้วยรังสีบำบัด (radiotherapy) ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่และไม่สามารถตัดออกได้หมด ซึ่งแนวคิดการรักษาที่แตกต่างกันนี้อาจสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) โดยพบว่าในการรักษาแบบอนุรักษ์มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงถึงร้อยละ ๖๐-๘๐ และลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาแต่ละชนิดไม่สามารถนำมาพยากรณ์โรคได้ส่วนใหญ่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน ๕ ปีหลังการรักษา แต่มีผู้ป่วยบางรายที่มีการกลับเป็นซ้ำในช่วงเวลา ๑๔ และ ๑๙ ปี หลังการรักษา จึงควรติดตามการรักษาให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ การรักษาแบบอนุรักษ์มีการกลับเป็นซ้ำใกล้เคียงกับการรักษาแบบผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การรักษาแบบอนุรักษ์ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

สำหรับอะเมโลบลาสโตมาชนิดถุงน้ำ ประมาณร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ ๒๐ ปี พบอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ ๑-๗๙ ปี โดยมีอายุเฉลี่ย ๑๖ ปี ในผู้ป่วยที่พบเนื้องอกสัมพันธ์กับฟันคุด (impacted tooth) ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเล็กน้อย และอายุเฉลี่ย ๓๕ ปี ในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันคุด (absence of impaction) ซึ่งพบใน เพศหญิงมากกว่าเล็กน้อย ส่วนใหญ่พบในบริเวณฟันกรามล่างซึ่งที่สามของกระดูกขากรรไกรล่างและกระดูกขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ramus) และยังสามารถพบระหว่างรากฟัน (inter-radicular) ปลายรากฟัน (periapical) และบริเวณสันเหงือกไร้ฟัน (edentulous) ได้ โดยมักไม่มีอาการใดๆ นอกจากการขยายตัวของขากรรไกร ลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่มักพบเป็นลักษณะเงาโปร่งรังสีวงเดียว ขอบเขตชัดเจนสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้น ส่วนรอยโรคที่ไม่สัมพันธ์กับฟันคุดอาจพบลักษณะ

ขอบหยัก (scalloped) ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาอาจจำแนกได้เป็น ๓ ชนิด ได้แก่ ลูมินัล (luminal) อินทราลูมินัล (intraluminal) และมิวรัล (mural) ส่วนใหญ่ให้การรักษามือถือกับถุงน้ำทั่วไป คือ วิธีการรักษาแบบอนุรักษ์การพิจารณาถึงการรักษาอื่นขึ้นอยู่กับรูปแบบและขนาดของอะเมโล بلاสโทมา อะเมโล بلاสโทมาชนิดมิวรัลถือว่าเป็นชนิดที่รุนแรงที่สุดในอะเมโล بلاสโทมาชนิดถุงน้ำ อาจจัดให้พฤติกรรมเหมือนกับอะเมโล بلاสโทมาชนิดเนื้อตันได้ซึ่ง ควรรักษาแบบผ่าตัดหรือติดตามการรักษาอย่างระมัดระวัง โดยอาจพบการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วง ๑๐ ปี หลังจากเริ่มต้นรักษาได้ อะเมโล بلاสโทมา นอกกระดูกขากรรไกร คือเนื้องอกที่พบในเนื้อเยื่ออ่อนของเหงือก หรือบริเวณสันเหงือกไร้ฟัน โดยพบตั้งแต่ อายุ ๙-๙๒ ปี (อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๕๐-๕๔ ปี) พบในเพศชายมากกว่าเล็กน้อยตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ เนื้อเยื่ออ่อนด้านท้ายฟันกรามของขากรรไกรล่าง (mandibular retromolar area) รองลงมา คือ เนื้อเยื่ออ่อนด้านท้ายฟันกรามของขากรรไกรบน (maxillary tuberosity) มักไม่มีอาการใดๆ ลักษณะรอยโรคเป็นก้อนนูนฐานกว้าง (sessile exophytic lesion) พื้นผิวของเนื้อเยื่ออาจพบเป็นลักษณะเรียบหรือเป็นปุ่มหรือเม็ดเล็กๆ (papillary/granular surface) อาจมีสีปกติหรือมีสีแดงไปจนถึงแดงเข้ม ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบเหมือนกับอะเมโล بلاสโทมาชนิดเนื้อตัน การรักษาควรทำการผ่าตัดออกพร้อมทั้ง ขยายขอบเขตไปยังเนื้อเยื่อส่วนที่ปกติด้วย มีการกลับเป็นซ้ำของโรคต่ำมากแต่ควรติดตามการรักษาให้นานที่สุด

## รากฟันเทียม Dental Implants

การสูญเสียฟันแท้ตามธรรมชาติไปนั้น อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นใจของผู้สูญเสียฟันได้ เพราะไม่ว่าจะยิ้ม จะพูด หรือกินอาหาร ก็อาจกังวลว่าซี่ฟันที่โหวงหายไปจะเป็นจุดสนใจของคนอื่น แน่แน่นอนว่าปัจจุบันมีทางเลือกหลายทางในการทดแทนฟันที่สูญเสียไป ไม่ว่าจะเป็นฟันปลอมแบบถอดได้ หรือฟันปลอมแบบติดแน่นอย่างสะพานฟัน แต่ผู้ที่สวมฟันปลอมเองก็อาจรู้สึกไม่เป็นหนึ่งเดียวกับฟันซี่ดังกล่าว รวมถึงฟันปลอมแบบถอดได้ก็มีโอกาสขยับออกจากตำแหน่งเวลาเคี้ยวอาหาร ทำให้กังวลอยู่บ่อยครั้ง การทำรากฟันเทียม จึงเป็นอีกหนึ่งตัวเลือกในการทดแทนที่ใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติที่สุด เพราะหลังจากรักษาสำเร็จแล้วก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายผู้รับบริการไปเลย ข้อมูลต่อไปนี้ก็จะพูดถึงภาพรวมในหลายๆ ด้านที่ควรทราบก่อนการตัดสินใจทำรากฟันเทียม รวมถึงช่วยให้ผู้อ่านปรึกษากับทันตแพทย์ได้อย่างเข้าใจยิ่งขึ้นด้วย

รากฟันเทียม คืออะไร?

รากฟันเทียม (Dental Implants) คือวัสดุที่ใช้ทดแทนรากฟันที่หลุดออกไป มีลักษณะคล้าย

กับน็อตหรือสกรู ฝังลงไปกระดูกขากรรไกรจุดที่สูญเสียรากฟัน จากนั้นก็จะติดฟันปลอมไว้ด้านบนเพื่อทดแทนซี่ฟันที่หายไป รากฟันเทียมส่วนใหญ่ทำจากไทเทเนียมซึ่งเป็นวัสดุที่เข้ากับร่างกายมนุษย์ได้ดีที่สุด ช่วยเสริมความแข็งแรงให้กับฟันปลอมด้านบนไม่ว่าจะเป็นครอบฟันหรือสะพานฟัน โดยจะสามารถรองรับแรงบดเคี้ยวได้เช่นเดียวกับฟันแท้ตามธรรมชาติ

ใครควรใส่รากฟันเทียม?

ผู้ที่สูญเสียฟันแท้ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของขากรรไกร แต่มีสุขภาพดีเพียงพอสำหรับการผ่าตัดในช่องปาก ถอนฟัน และสะดวกในการมาพบทันตแพทย์ตลอดระยะเวลาการรักษา หลังทำรากฟันเทียมแล้วสามารถเลือกใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ หรือฟันปลอมแบบติดแน่น เช่น ครอบฟัน หรือทำสะพานฟันก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคลร่วมกับการประเมินของทันตแพทย์

ผู้ที่ไม่ควรใส่รากฟันเทียม หรือควรชะลอการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมออกไปก่อน มีดังนี้

๑. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ เพราะอาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนระหว่างการรักษาได้
๒. ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ

๓. ผู้ที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยรังสีบำบัด (Radiation Therapy) บริเวณคอ หรือศีรษะ อาจต้องรับการประเมินเป็นรายคนไป

๔. ผู้ที่ขากระดูกยังไม่หยุดการเจริญเติบโต

อย่างไรก็ตาม แม้จะอยู่ในเงื่อนไขที่ไม่ควรรับการรักษาด้วยรากฟันเทียมตามที่กล่าวมา แต่การสูญเสียฟันโดยไม่ได้รับการรักษาหรือทดแทนฟัน อาจส่งผลให้ฟันข้างเคียงล้มมาในบริเวณช่องว่างฟันที่เสียไป ทำให้ทำความสะอาดได้ยาก และนำไปสู่โรคเหงือกในอนาคตได้ จึงควรปรึกษาทันตแพทย์ถึงทางเลือกอื่นๆ ที่เหมาะสมต่อไป

### รากเทียมประกอบด้วย ๓ ส่วนสำคัญคือ

๑. รากเทียม (FIXTURE) ซึ่งทำมาจากโลหะไทเทเนียม (TITANIUM) ซึ่งมีลักษณะคล้ายรากฟัน และจะฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกร ซึ่งสามารถยึดติดได้อย่างแนบแน่นโดยไม่ทำให้เนื้อเยื่ออักเสบ และไม่เกิดผลข้างเคียงใดๆ

๒. เตื่อยรองรับครอบฟัน (ABUTMENT) เมื่อฝังรากเทียมบนกระดูกขากรรไกร จะใช้เวลาประมาณ ๒-๖ เดือนเพื่อให้รากเทียมยึดติดกับกระดูกขากรรไกรได้ดี หลังจากนั้นจึงจะใส่เตื่อยรองรับครอบฟันลงบนรากเทียม เพื่อใช้เป็นที่ยรองรับครอบฟันต่อไป

๓. ครอบฟัน (CROWN) เป็นส่วนที่อยู่ด้านบนของเหงือก ซึ่งจะทำมาจากเซรามิก (PORCELAIN) มีรูปร่างลักษณะและสีเหมือนฟันธรรมชาติ

### รากฟันเทียมมีกี่รูปแบบ?

การทำรากฟันเทียมแบ่งได้เป็น ๓ รูปแบบหลักๆ ดังนี้

๑. การทำรากฟันเทียมแบบดั้งเดิม

การทำรากฟันเทียมแบบดั้งเดิม (Conventional Implant) คือการทำรากฟันเทียมหลังจากถอนฟันซี่ที่มีปัญหาออก จากนั้นรอให้กระดูกและแผลหายสนิท โดยใช้เวลาประมาณ ๓-๖ เดือน ขึ้นอยู่กับสภาพช่องปากและขากรรไกรของแต่ละคน เมื่อแผลหายสนิทแล้วจึงนัดผ่าตัดใส่รากเทียม และรอจนกว่ากระดูกจะยึดติดกับรากฟันเทียม จึงค่อยใส่ครอบฟันหรือทำสะพานฟันบนรากเทียมนั้น ข้อดีคือมั่นคง แข็งแรง แต่มีข้อจำกัดสำคัญคือระยะเวลารักษาค่อนข้างนาน

๒. การทำรากฟันเทียมหลังจากถอนฟันทันที

การทำรากฟันหลังจากถอนฟันทันที (Immediate implant placement) คือการใส่รากฟันเทียมทันทีหลังจากถอนฟันเสร็จเลย จากนั้นรอประมาณ ๓-๖ เดือน เพื่อให้รากฟันเทียมยึดกับกระดูก แล้วจึงครอบฟันหรือทำสะพาน วิธีนี้ประหยัดเวลามากกว่า แต่ต้องให้ทันตแพทย์เฉพาะทางประเมินสภาพช่องปากและกระดูกขากรรไกรร่วมด้วย

๓. การทำรากฟันเทียมพร้อมฟันปลอม

การทำรากฟันเทียมพร้อมฟันปลอม (Immediate loaded implant) คือรากฟันเทียมที่ใส่ร่วมกับครอบฟันในครั้งเดียว

วิธีนี้คือวิธีที่รวดเร็วที่สุด ลดขั้นตอนและเวลาการรักษาได้มาก แต่ก็มีข้อจำกัดมากเช่นกัน เช่น เหมาะกับตำแหน่งฟันหน้าหรือฟันกรามน้อยเท่านั้น สภาพกระดูกขากรรไกรต้องสมบูรณ์ มีกระดูกเพียงพอในการฝังรากเทียม ลักษณะการสบของฟันเหมาะสม ซึ่งต้องให้ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประเมินอย่างละเอียด

### การเตรียมตัวก่อนทำรากฟันเทียม

การทำรากฟันเทียมเป็นการรักษาที่มีหลายขั้นตอน ก่อนเริ่มกระบวนการผ่าตัดจึงมักต้องวางแผนล่วงหน้าให้รัดกุมเสียก่อน โดยการทำรากฟันเทียมหนึ่งเคสอาจต้องมีแพทย์พิจารณาร่วมกันมากกว่าหนึ่งคน



ขึ้นไป เช่น ทันตแพทย์ผู้ทำการออกแบบฟันปลอม ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านการรักษาโรคในช่องปาก ศัลยแพทย์ช่องปาก เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานที่และสภาพช่องปากแต่ละบุคคล ทีมแพทย์อาจตรวจความพร้อมของผู้รับบริการ ดังนี้

- ตรวจทันตกรรมครบวงจร เป็นการตรวจสภาพช่องปากที่อาจต้องใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น เอกซเรย์ถ่ายภาพ ๓ มิติ รวมถึงสร้างแบบจำลองช่องปากและขากรรไกร

- ซักประวัติสุขภาพ ทันตแพทย์จะสอบถามเรื่องโรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ รวมถึงอาหารเสริมทุกชนิดที่ใช้ ควรบอกทันตแพทย์อย่างครบถ้วน และไม่คิดเอาเองว่าโรคที่มีนั้นไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับการทำรากฟันเทียม เพราะหลายๆ โรคอาจส่งผลกระทบต่อการทำผ่าตัดได้ เช่น โรคเบาหวาน

- วางแผนการรักษา เมื่อได้รับข้อมูลเพียงพอแล้ว ทันตแพทย์จะวางแผนที่เหมาะสมกับแต่ละคนตามปัจจัยต่างๆ เช่น จำนวนฟันที่ต้องการใส่รากฟันเทียม รูปแบบขากรรไกร ฟันซี่อื่นๆ ที่เหลืออยู่ และโรคประจำตัว

เมื่อได้กำหนดนัดหมายแล้ว ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด เช่น จำเป็นต้องอดอาหารหรือน้ำก่อนหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทยาระงับความรู้สึกที่ใช้

### ขั้นตอนการทำรากฟันเทียม

การทำรากฟันเทียมอาจใช้เวลาในการรักษานานหลายเดือนรวมถึงมีรายละเอียดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพช่องปากของแต่ละคน โดยขั้นตอนหลักๆ ที่อาจพบได้ มีดังนี้

๑. เตรียมพร้อมสำหรับใส่รากฟันเทียม ขั้นตอนนี้จะเป็นการนำฟันซี่ที่เสียหายและไม่สามารถรักษาได้ออก เพื่อเตรียมใส่รากฟันเทียม ทันตแพทย์หรือศัลยแพทย์ช่องปากจะพิจารณาความเหมาะสมถึงว่าสามารถใส่รากฟันเทียมได้เลยหรือไม่ หรืออาจต้องปลุกกระดูกก่อน

๒. ปลุกกระดูกเหงือก สำหรับผู้ที่ศัลยแพทย์ช่องปากประเมินแล้วว่ากระดูกสันเหงือกบางเกินกว่าจะใส่รากฟันเทียมได้ อาจต้องทำการปลุกกระดูก (Bone Grafting) ให้แข็งแรงก่อนที่จะผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ศัลยแพทย์ช่องปากอาจใช้กระดูกธรรมชาติจากตำแหน่งอื่นในร่างกาย หรือใช้กระดูกสังเคราะห์ก็ได้ ขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์ประเมิน

การปลุกกระดูกอาจใช้เวลาหลายเดือนกว่ากระดูกจะโตพอที่จะรองรับรากฟันเทียมได้ แต่บางกรณีที่ต้องปลุกกระดูกเพิ่มเพียงเล็กน้อย อาจทำร่วมกับการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมเลยก็ได้ ขั้นตอนนี้มี ความสำคัญมาก เพราะหากกระดูกไม่แข็งแรงพอ หลังจากใส่รากฟันเทียมแล้วก็จะไม่สามารถรองรับแรงบดเคี้ยวอาหารได้ และมีโอกาสจะทำให้การรักษาล้มเหลวจนต้องรักษาใหม่ แต่หากศัลยแพทย์ประเมินแล้วว่ากระดูกเดิมแข็งแรงพอ ก็อาจข้ามขั้นตอนนี้ได้เลย

๓. ใส่รากฟันเทียมเมื่อถึงกำหนดใส่รากฟันเทียม ศัลยแพทย์ช่องปากจะให้ยาชาเฉพาะที่ จากนั้นจะทำการเปิดเหงือกให้เห็นส่วนที่เป็นกระดูก และใส่รากฟันเทียมเข้าไปแทนที่ฟันที่นำออก ช่วงนี้ศัลยแพทย์ช่องปากอาจพิจารณาให้ใส่ฟันปลอมชั่วคราวแบบถอดได้ไปก่อน เพื่อปกปิดช่องว่างไว้จนกว่าจะถึงขั้นตอนต่อไป

๔. รอให้กระดูกยึดกับรากฟันเทียมเมื่อใส่รากฟันเทียมเข้าไปในกระดูกขากรรไกรแล้ว กระดูกขากรรไกรจะเริ่มกระบวนการเติบโต (Osseointegration) โดยค่อยๆ ยึดเข้ากับรากฟันเทียม กระบวนการนี้อาจจะใช้เวลาตั้งแต่ ๖-๑๒ สัปดาห์ หรือนานกว่านี้ จนกว่ากระดูกจะยึดกับรากฟันเทียมได้แข็งแรงพอสำหรับใช้งาน

๕. ใส่เดือยรองรับฟันเมื่อกระดูกยึดกับรากฟันเทียมเรียบร้อยแล้ว ศัลยแพทย์ช่องปากจะนัดมาใส่เดือยรองรับฟัน (Implant abutment) เดือยรองรับฟันนี้มีลักษณะคล้ายฟันที่ถูกกรอเมื่อต้องใส่ครอบฟัน มีหน้าที่ไว้สวมฟันปลอมแบบติดแน่นด้านบนนั่นเอง

ขั้นตอนนี้อธิบายเป็นการผ่าตัดเล็กและมักใช้ยาชาเฉพาะที่ หลังจากใส่เดือยรองรับฟันแล้ว เหงือกของคุณจะใช้เวลาฟื้นตัวประมาณ ๒ สัปดาห์ก่อนที่จะทำการสวมฟันปลอมด้านบน มีบางกรณีที่ศัลยแพทย์ช่องปากจะติดเดือยรองรับฟันตั้งแต่ตอนที่ใส่รากฟันเทียมเลย แต่ข้อเสียคือทำให้คนอื่นสังเกตเห็นได้ง่ายเมื่ออ้าปากหลายคนจึงเลือกใส่เดือยรองรับฟันในภายหลัง

๖. ใส่ฟันปลอมทดแทนฟันที่สูญเสียไปเมื่อรากฟันเทียม และเดือยรองรับฟันเรียบร้อยแล้ว ทันตแพทย์จะทำการพิมพ์ช่องปากเพื่อวิเคราะห์การเคลื่อนไหว การกัด จากนั้นนำไปผลิตฟันปลอมเพื่อสวมลงไปบนเดือยรองรับฟันอีกทีโดยฟันปลอมที่ทันตแพทย์ทำอาจมีสีคล้ายฟันธรรมชาติซี่อื่นๆ ในช่องปากเพื่อให้ดูกลมกลืนกับฟันซี่อื่น

อาการหลังใส่รากฟันเทียมการใส่รากฟันเทียมอาจรับการผ่าตัดหลายครั้ง จนอาจมีอาการข้างเคียงหลังจากรับการรักษาได้ โดยอาการที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้

- เหงือกและใบหน้าบวม
- เหงือกหรือผิวเกิดรอยขีด
- อาจรู้สึกปวดบริเวณที่ใส่รากฟันเทียม
- อาจมีเลือดออกเล็กน้อย

อาการดังกล่าวเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ และถือเป็นอาการปกติที่ควรจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป แต่หากอาการบวมหรือปัญหาอื่นๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ควรปรึกษาศัลยแพทย์ช่องปากทันที

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่รากฟันเทียม เช่นเดียวกับการผ่าตัดทุกชนิดที่มีความเสี่ยงจะเกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นได้ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่รากฟันเทียม อาจมีดังนี้

- อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณที่ใส่รากฟันเทียม
- อาจเกิดการบาดเจ็บหรือเสียหายรอบโครงสร้างช่องปาก เช่น ฟันซี่อื่นๆ หรือเส้นเลือด
- อาจเกิดความเสียหายต่อเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการปวด ชา บริเวณฟัน เหงือก ริมฝีปาก หรือคาง
- อาจเกิดผลกระทบโพรงอากาศไซนัส (Sinus) กรณีใส่รากฟันเทียมที่ขากรรไกรบน อาจทะลุสู่โพรงอากาศไซนัส

อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงและอาการแทรกซ้อนนี้พบได้ค่อนข้างน้อย หรือแม้เกิดขึ้นก็มักไม่รุนแรง การปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์อย่างเคร่งครัดจะช่วยลดโอกาสเกิดความเสี่ยงที่กล่าวมาได้ส่วนหนึ่ง ข้อดีของการทำรากฟันเทียม ดังนี้

- ใช้ทดแทนรากฟันธรรมชาติได้ใกล้เคียงที่สุด รากฟันเทียมฝังลึกลงไปถึงกระดูกขากรรไกร ผู้ที่ใส่รากฟันเทียมจึงรู้สึกราวกับรากฟันเทียมเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ต่างกับฟันปลอมแบบถอดได้ หรือสะพานฟันตรงตำแหน่งฟันลอย
- ช่วยลดโอกาสเกิดฟันล้ม โดยปกติหากฟันธรรมชาติสูญเสียไปและไม่ได้รับการรักษาทดแทน อาจทำให้ฟันซี่อื่นๆ เคลื่อนออกจากตำแหน่งเดิมจนเกิดปัญหาฟันล้มได้
- ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้สูญเสียฟัน รากฟันเทียมเป็นเหมือนเสาค้ำยันที่แข็งแรงกว่าฟันธรรมชาติ ผู้รับบริการสามารถเลือกใส่ครอบฟันหรือสะพานฟันด้านบนเพื่อให้ช่องปากดูเป็นปกติ และใช้งานได้เหมือนเดิม
- ช่วยให้พูดได้เป็นปกติมากขึ้น รากฟันเทียมที่เสร็จสิ้นการรักษาแล้ว ให้ความรู้สึกเหมือนตอนที่ยังมีฟันตามธรรมชาติอยู่
- ช่วยให้กินอาหารได้เป็นปกติขึ้น รากฟันเทียมจะติดแน่นกับเหงือกเหมือนรากฟันธรรมชาติ ทำให้ไม่เคลื่อนที่ไปมาเหมือนฟันปลอมถอดได้ ช่วยให้เคี้ยวอาหารได้ปกติยิ่งขึ้น

- ช่วยให้มีความสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น รากฟันเทียมไม่จำเป็นต้องกรอฟันซี่อื่นเหมือนการใส่สะพานฟันที่ต้องกรอฟันซี่ข้างๆ เพื่อเป็นหลักยึด นอกจากนี้รากฟันเทียมยังดูแลรักษาความสะอาดได้ง่ายเหมือนฟันธรรมชาติมีความทนทานสูง หากดูแลรักษาความสะอาดเป็นอย่างดี ไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ เช่น โรคเหงือก รากฟันเทียมอาจใช้งานได้ตลอดชีวิตใช้ชีวิตประจำวันได้ง่าย ผู้ที่ใส่รากฟันเทียมไม่ต้องคอยถอด ใส่ เหมือนกับฟันปลอมแบบถอดได้

**ข้อดี** โดยสรุปของการทำรากฟันเทียม คือช่วยให้ผู้รับบริการกลับมาใช้ชีวิตฟันที่ใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติมากที่สุด ทั้งภาพลักษณ์ และการใช้งานที่แข็งแรง

**ข้อเสีย** และข้อจำกัดของการทำรากฟันเทียม อาจมีดังนี้

- ค่าใช้จ่ายสูงกว่าการทำฟันปลอมทั่วไป
- ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ไม่สามารถทำรากฟันเทียมได้ เนื่องจากกระดูกขากรรไกรยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่
- ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน บางกรณีอาจใช้เวลาถึง ๑ ปี โดยเฉพาะผู้ที่ต้องปลูกกระดูกสันหลังอีกเพิ่มเติม
- ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง โรคไฮเปอร์โทรรอยด์ ผู้ที่มีอาการไขข้ออักเสบรุนแรง ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการควบคุมกล้ำมนเนื้อ ฯลฯ จำเป็นต้องมีการปรึกษาแพทย์อย่างใกล้ชิด
- ผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักประสบปัญหากระดูกไม่ผสานกับรากฟันเทียม และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ

ดังนั้น แม้การทำรากฟันเทียมจะมีข้อดีมากมาย และดูเป็นตัวเลือกที่น่าสนใจในระยะยาว แต่ก็ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาร่วมกันด้วยมากมาย ทางที่ดีควรดูข้อมูลของทางเลือกต่างๆ เช่น สะพานฟัน ฟันปลอมแบบถอดได้ ประกอบการพิจารณาร่วมกันกับทันตแพทย์ด้วย

- ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำทุกวัน
- ใช้น้ำยาบ้วนปากฆ่าเชื้อแบคทีเรีย
- หลีกเลี่ยงการเคี้ยวของแข็ง เช่น น้ำแข็ง กระดูก

## ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

### ๒.๓.๑ ต่อตนเอง

การรักษามองเป็นการรักษาโดยรวมมากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหการรักษาใส่ฟันเทียมหลากหลายมากขึ้น การรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยสามารถทำได้ครบถ้วน มีทางเรื่องการรักษาที่มากขึ้น.....

.....

### ๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

เพื่อถ่ายทอดความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมประชุมให้เพื่อนร่วมงานได้ทราบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาผู้ป่วย.....

.....

๒.๓.๓  อื่น ๆ (ระบุ) เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักมาตรฐานวิชาชีพ.....

**ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค**

๓.๑  การปรับปรุง แผนกทันตกรรมยังขาดแคลนเครื่องมือที่ทันสมัยทำให้มีอุปสรรคในการทำงาน

๓.๒  การพัฒนา .....เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามหลักวิชาชีพ.....

**ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ** ..... ศาสตร์ทางด้านทันตกรรมมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน.....

ความจำเป็นที่ต้องรู้เท่าทันต่อวิทยาการความก้าวหน้าใหม่ๆ. หลักแนวคิดการรักษาและศิลป์ในการรักษามีความจำเป็นมาก. ดังนั้นควรให้มีการจัดประชุม. การอบรมเพื่อพัฒนาแนวคิดและการรักษาอย่างเนื่อง.....

.....การรักษาเพื่อผลประโยชน์อันสูงสุดต่อผู้ป่วยบางครั้งจำเป็นต้องใช้ศาสตร์หลายแขนง. และอุปกรณ์ที่มีความจำเป็น. จึงควรมีทันตแพทย์ทางเฉพาะทางทุกสาขา. และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สามารถช่วยให้การรักษาได้ดีขึ้น.....

ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่จำเป็นต้องมีคือระบบดิจิทัลทั้งการถ่ายภาพรังสี.๓ มิติ. การพิมพ์แบบจำลองกระดูกขากรรไกรและใบหน้า. ซึ่งนอกจากจะช่วยในการรักษาอย่างมากแล้วยังช่วยรักษาสิ่งแวดล้อม.....

เมื่อเทียบกับการทำงานแบบดั้งเดิมที่ใช้วัสดุแบบใช้แล้วทิ้ง.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาว เมธิณี ไชยสุข.)

**ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น** .....

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

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน

(.....)

**ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป** .....

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

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(.....)