

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน  
การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญสมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทยประจำปี ๒๕๖๖  
ในหัวข้อเรื่อง “Multidisciplinary Approach and Innovation in Periodontal Care”  
ระหว่างวันที่ ๗ - ๘ กันยายน ๒๕๖๖  
ณ โรงแรมอีสตัน แกรนด์ พญาไท กรุงเทพฯ

## ส่วนที่ ๑

## ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวอรกานต์ สังข์คุ้ม

อายุ ๓๙ ปี การศึกษา วุฒิบัตร / ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปริทันตวิทยา

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมเฉพาะทางด้าน  
ปริทันตวิทยาชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญสมาคมปริทันตวิทยา  
แห่งประเทศไทยประจำปี ๒๕๖๖

สาขา ปริทันตวิทยา

๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นายเรืองยศ จุฑาหะวงค์

อายุ ๓๖ ปี การศึกษา ปริญญาตรี ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต และวุฒิบัตรสาขา  
ปริทันตวิทยา

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปริทันตวิทยา

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมเฉพาะทางด้าน  
ปริทันตวิทยา

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญสมาคมปริทันตวิทยา  
แห่งประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๖ ในหัวข้อเรื่อง “Multidisciplinary Approach and Innovation in  
Periodontal Care”

เพื่อ

 ศึกษา  อบรม  ประชุม  ดูงาน สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ

 เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาลตากสิน ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน

คนละ ๔,๕๐๐.- บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๐๐๐.- บาท  
(เก้าพันบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่

๗ - ๘ กันยายน ๒๕๖๖

สถานที่

โรงแรมอีสตัน แกรนด์ พญาไท กรุงเทพฯ

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์ และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

### ๒.๑ วัตถุประสงค์

พัฒนาความรู้ทางวิชาการ และการรักษาเฉพาะทางด้านปริทันตวิทยา และสาขาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคปริทันต์ ได้แก่ เอนโดดอนต์ ทันตกรรมบูรณะ ทันตกรรมใส่ฟัน และ รากเทียม รวมถึงได้เพิ่มพูนความรู้ด้านวิทยาใหม่ๆ ทางด้านทันตกรรม Digital Technology ที่เกี่ยวข้องกับงานปริทันต์ซึ่งแนวโน้มจะนำมาใช้รักษาผู้ป่วยมากขึ้นในอนาคต

### ๒.๒ เนื้อหา

#### การวินิจฉัยรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์

##### เส้นทางการติดต่อของโพรงประสาทฟันและเอ็นยึดปริทันต์

เส้นทางหลักที่ติดต่อระหว่างเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันและอวัยวะปริทันต์ คือ รูเปิดปลายรากฟัน (apical foramen) ถ้าเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันตาย เชื้อแบคทีเรียและท็อกซินจะสามารถผ่านเข้าสู่อวัยวะปริทันต์ผ่านรูเปิดราก ทำให้เกิดการทำลายของกระดูกเบ้าฟัน ในขณะเดียวกัน โรคปริทันต์ที่รุนแรงหากลุกลามจนถึงปลายราก เชื้อโรคจะผ่านเข้าสู่เนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันผ่านรูเปิดนี้ ทำให้เกิดการอักเสบและตายในที่สุด นอกจากนี้ยังมีแขนงของคลองรากฟันย่อย (accessory canal) จากการศึกษาของ เดอ ดีอูส De desus ในปี ค.ศ. ๑๙๗๕ พบอุบัติการณ์เกิดคลองรากฟันย่อย ในฟันรากเดี่ยว พบว่าตำแหน่ง ๑ ใน สามของปลายรากฟัน พบได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๑๗ ช่วงกลางของรากฟัน พบได้ร้อยละ ๘.๘ ส่วนบริเวณ ๑ ใน ๓ ของรากฟัน ส่วนบนพบได้ร้อยละ ๑.๖ Gutmann 1978 รายงานการพบคลองรากฟันย่อยที่ง่ามรากฟันสูงถึงร้อยละ ๒๘.๔ ของ ฟันกรามบน และร้อยละ ๒๗.๔ ของฟันกรามล่าง นอกจากนี้ยังมีทางติดต่ออื่น ได้แก่ ท่อเนื้อฟัน (dentinal tubules) ซึ่งเป็นท่อเล็กๆที่เชื่อมต่อระหว่างเนื้อเยื่อในโพรงฟันกับเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน และนอกจากนี้ยังมี ร่องเพดานต่อเหงือก (palato gingival groove) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดขณะการสร้างตัวฟันและรากฟัน ลักษณะเป็นร่องเว้าลึกเข้าไปในโครงสร้างของตัวฟัน มักพบในฟันตัดบนซี่ข้าง ( lateral incisor) และฟันตัดบนซี่กลาง (upper central incisor) ทำให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์และเกิดการทำลายของอวัยวะปริทันต์ และอาจเป็นทางติดต่อระหว่างโพรงฟันและอวัยวะปริทันต์ทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงประสาทฟันได้

ไซมอนและคณะ (Simon 1972) ได้แบ่งตามสาเหตุหลักของการติดเชื้อได้เป็น ๕ ประเภท ดังนี้

๑. รอยโรคเนื้อเยื่อปฐมภูมิ (Primary endodontic lesion) พยาธิสภาพที่เกิดภายในคลองรากฟัน สาเหตุ เช่น ฟันขนาดใหญ่ทะลุโพรงประสาทฟัน, ฟันที่ได้รับการสกรูแตกจนทำให้เกิด pulp necrosis

๒. รอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิและโรคปริทันต์ทุติยภูมิ (Primary endodontic lesion with secondary periodontic involvement) ฟันพยาธิสภาพที่เกิดภายในคลองรากฟันและมีพยาธิสภาพปลายรากฟัน ปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษาทำให้เกิดการลุกลาม ทำลายของอวัยวะปริทันต์ไปยังส่วน coronal เกิดเป็นโรคปริทันต์ อักเสบได้ หรืออาจเกิดกับฟันที่มีการทะลุโพรงประสาทฟัน (perforation) ระหว่างรักษารากฟันหรือใส่เดือยฟัน

๓. รอยโรคปริทันต์ปฐมภูมิ (Primary periodontal lesion) ๕.การเกิดโรคปริทันต์อักเสบซึ่งมีสาเหตุมาจากคราบจุลินทรีย์ มีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์และมีการทำลายกระดูกเกิดขึ้น รอยโรคอาจลุกลามถึงปลายรากฟัน โดยไม่ทำลายเนื้อเยื่อในโพรงฟัน เมื่อทดสอบการมีชีวิตของฟันจะยังคงตอบสนองอยู่

๔. รอยโรคปริทันต์ปฐมภูมิและโรคเนื้อเยื่อในทุติยภูมิ (Primary periodontal lesion with secondary endodontic involvement) โรคปริทันต์อักเสบที่ไม่ได้รับการรักษา เมื่อมีการลุกลามของร่องลึกปริทันต์จนถึงปลายราก เชื้อโรคสามารถผ่านเข้าสู่คลองรากฟัน ทาง apical foramen ส่งผลให้เกิด pulp necrosis ได้

๕. รอยโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์ (True combined lesion endodontic-periodontal disease) รอยโรคร่วมระหว่างเอนโดดอนต์และโรคปริทันต์ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยไม่มีโรคใดโรคหนึ่งเป็นสาเหตุเริ่มต้นมาก่อน

ตารางแสดงลักษณะทางคลินิกของรอยโรคประเภทต่างๆ

รอยโรค	อาการปวด	ลักษณะร่องลึกปริทันต์	การทดสอบความมีชีวิตของฟัน	ภาพถ่ายรังสี
รอยโรคเนื้อเยื่อปฐมภูมิ	หลากหลายและมักมีประวัติการปวดรุนแรง	แคบและลึก	ไม่ตอบสนอง	พบเงาดำที่บริเวณปลายรากฟันหรือง้ำมรากฟัน
รอยโรคเนื้อเยื่อในปฐมภูมิและโรคปริทันต์ทุติยภูมิ	หลากหลายและมักมีประวัติการปวดรุนแรง	กว้าง	ไม่ตอบสนอง	พบการละลายของกระดูกเข่าฟันเชื่อมต่อถึงปลายรากฟัน
รอยโรคปริทันต์ปฐมภูมิ	อาการปวดมักไม่รุนแรง	กว้าง	ตอบสนอง	พบการละลายของกระดูกเข่าฟัน
รอยโรคปริทันต์ปฐมภูมิและโรคเนื้อเยื่อในทุติยภูมิ	หลากหลายและมักมีประวัติการปวดรุนแรง	กว้าง	ไม่ตอบสนอง	พบการละลายของกระดูกเข่าฟันจนถึงปลายรากฟัน
รอยโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์	หลากหลายและมักมีประวัติการปวดรุนแรง	กว้าง	ไม่ตอบสนอง	พบการละลายของกระดูกเข่าฟันเชื่อมต่อถึงปลายรากฟัน

ในปี ค.ศ. ๒๐๑๘ สมาคมปริทันต์วิทยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (AAP) ได้ให้การวินิจฉัยรอยโรคการวินิจฉัยรอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์ โดยเน้นถึงลักษณะทางคลินิกที่ตรวจพบมากกว่าประวัติของฟันที่ผ่านมา ดังนี้

๑. รอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์ที่มีการละลายของรากฟัน ได้แก่ การมีรากแตกหรือรากร้าว, การรักษาทะลุโพรงประสาทฟัน, การมีรากฟันละลาย

๒. รอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์ที่ไม่มีการทำลายของรากฟัน

๒.๑ รอยโรครอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์ในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ ระดับย่อย ได้แก่ - ระดับ ๑ ร่องลึกปริทันต์แคบและลึกในหนึ่งด้านของฟัน ระดับ ๒ ร่องลึกปริทันต์ลึกและกว้างในหนึ่งด้านของฟัน ระดับ ๓ ร่องลึกปริทันต์ลึกมรากกว่าหนึ่งด้านของฟัน

๒.๒ รอยโรคการวินิจฉัยรอยโรครอยโรคร่วมระหว่างโรคเนื้อเยื่อในและปริทันต์ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ ระดับย่อย ได้แก่ - ระดับ ๑ ร่องลึกปริทันต์แคบและลึกในหนึ่งด้านของฟัน ระดับ ๒ ร่องลึกปริทันต์ลึกและกว้างในหนึ่งด้านของฟัน ระดับ ๓ ร่องลึกปริทันต์ลึกมรากกว่าหนึ่งด้านของฟัน

โดยการพยากรณ์ของโรคจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการทำลายของโรคปริทันต์ หากมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ไปมากการพยากรณ์โรคก็จะแยกว่า

การประเมินความมีชีวิตของฟัน ทำได้หลายวิธี ได้แก่ การทำทดสอบความมีชีวิตของฟัน (vitality test) ได้แก่ เลเซอร์ ดอปเปออร์ โฟลมิเตอร์ (Laser Doppler flowmeter), พัลส์ ออกซิเมทรี (Pulse oximetry) และการทดสอบความสามารถของโพรงประสาทฟันในการตอบสนองสิ่งกระตุ้น (sensitivity test) ได้แก่ การทดสอบด้วยอุณหภูมิ (Thermal test), การทดสอบด้วยกระแสไฟฟ้า (elective pulp test), การทดสอบด้วยยาชา (anesthetic test) เป็นต้น โดยดอปเปออร์ โฟลมิเตอร์และพัลส์ ออกซิเมทรีเป็นวิธีที่มีความถูกต้องแม่นยำที่สุด ส่วนการทดสอบด้วยกระแสไฟฟ้าเป็นวิธีที่ถูกต้องสูงในฟันที่มีชีวิตแต่มีความถูกต้องต่ำในฟันที่ไม่มีชีวิต (ความไว ๐.๗๒) การทดสอบด้วยความเย็น (cold test) มีความถูกต้องปากกลาง (ความไว ๐.๘๔-๐.๘๗) การทดสอบด้วยความร้อน (Heat test) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำน้อยที่สุด

การใช้เอกซเรย์สามมิติ (Cone beam computed tomography, CBCT) อาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและการจัดการกับรอยโรคร่วม โดยทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม เช่น การตรวจ รากฟันแตกหรือทะลุโพรงประสาทฟัน

#### รอยทะลุในโพรงรากฟัน (Perforations)

เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลการรักษารากฟัน โดยการพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับ เวลาที่เข้าไปทำ กายซ่อมแซม,ขนาด และตำแหน่ง หากเข้าไปซ่อมแซมได้รวดเร็ว รุทะลุมีขนาดเล็กและตำแหน่งอยู่ที่ปลายราก หรือเหนือกระดูกจะมีการพยากรณ์โรคดี อย่างไรก็ตามให้เข้าไปซ่อมแซมช้า ขนาดใหญ่ ตำแหน่งระดับกระดูก จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี

#### รอยร้าว (Crack line)

จากการศึกษาของ Krell and Caplan ๒๐๑๘ ในฟัน ๒,๐๘๖ ซี่ พบรอยร้าวมากที่สุดในฟันกรามล่างซี่ที่สอง (second mandibular molar) รองลงมา ในฟันกรามล่างซี่แรก (mandibular first molar) และฟันกรามบนซี่แรก (maxilla first molar)ตามลำดับ โดยปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรค ได้แก่ การมีร่องลึกปริทันต์มากกว่า ๕ มม. รอยโรคที่ด้านไกลกลาง และการที่ฟันได้รับการวินิจฉัยและตรวจพบเป็นว่ามีพยาธิสภาพปลายราก

#### รอยโรคของฟันที่ไม่มาจากฟันผุ (Non cavitated caries lesion)

เป็นโรคที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ แรงเค้น (stress), แรงเสียดทานจากการแปรงฟัน ยาสีฟัน (friction), การกัดกร่อน (biocorrosion) จากสารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นกรด (chemical), อุณหภูมิ (electrochemical), การย่อยสลายทางเคมี (degradation)

สารที่ใช้ลดอาการเสียวฟันที่ใช้ปัจจุบัน มีหลายชนิด ได้แก่ กลูมา (Gluma) : กลูตาโรลดีไฮด์ (Glutaraldehyde, ฮีมา(HEMA) และน้ำบริสุทธิ์โดยกระทำปฏิกิริยากับซีรัมอัลบูมิน (serum albumin) จากสาร

น้ำในท่อเนื้อฟันการศึกษาต่างๆ พบว่ามี ช่วยลดอาการเสียวฟันได้ทันทีหลังจากการใช้ทาทอย่างมีนัยสำคัญ แต่ต้องพึงระวังว่าทำให้เกิดการระคายเคืองที่เหงือกและอาการแพ้ได้ จึงต้องใช้น้อยที่สุดและและที่เนื้อฟันได้ นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์ Bisblock® (ผลิตภัณฑ์ออกซาเลท ช่วยอุดตัน ท่อเนื้อฟันซึ่งมีความปลอดภัยต่อเนื้อเยื่อสูง)

แนวทางการตัดสินใจฟันที่เป็นโรคปริทันต์ (Decision making: To save or extract a compromised tooth)

วัตถุประสงค์หลักของการรักษาโรคปริทันต์คือการคงสภาพฟันและอวัยวะปริทันต์ให้อยู่ในช่องปากอย่างมีสุขภาพดีสามารถทำงานได้และมีความสวยงามตามความพอใจของผู้ป่วย โดยเกณฑ์ ที่ใช้ประเมินผลการรักษาโรคปริทันต์ได้แก่

- การสูญเสียฟัน เป็น เกณฑ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการเก็บรักษาฟันซี่นั้น ๆ ในช่องปากที่อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย แต่ข้อจำกัดของเกณฑ์ นี้คือสาเหตุของ การสูญเสียฟัน นั้น อาจไม่ได้เกิดจากโรคปริทันต์เพียงอย่างเดียว อาจเกิดจาก การติดเชื้อโพรงประสาทฟัน, จากการใช้ฟันปลอม, อุบัติเหตุ และการตัดสินใจของทันตแพทย์แต่ละคนในการตัดสินใจถอนฟันซี่ นั้น

- การลุกลามของโรคปริทันต์อักเสบ ได้แก่ การวัดค่าทางคลินิกต่างๆไม่ว่าจะเป็น ร่องลึกปริทันต์, ระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์, ภาวะเลือดออก, ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ซึ่งถือว่าเป็น เกณฑ์ที่สะท้อนถึงสภาพของอวัยวะปริทันต์ของฟันซี่นั้นๆ

- การพยากรณ์โรคปริทันต์ มีหลายระบบ ส่วนใหญ่พิจารณาจาก ลักษณะทางคลินิกของฟันซี่นั้นเป็นหลัก รวมไปถึง ลักษณะชนิดของฟัน และตำแหน่งของฟันซี่นั้นด้วย การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคปริทันต์สามารถทำได้โดยเปรียบเทียบ การพยากรณ์โรคก่อนและหลังการรักษา

#### เปรียบเทียบการสูญเสียฟัน

มีการศึกษาที่เปรียบเทียบให้เห็น อัตราการสูญเสียฟัน, การลุกลามของโรคปริทันต์ และการพยากรณ์โรคปริทันต์ในผู้ป่วยโรคปริทันต์ ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา เป็นการศึกษาในปี ๑๙๗๙ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบแต่ไม่ได้รับการรักษาจำนวน ๓๐ คน อายุเฉลี่ย ๔๔.๖ ปี (๒๕-๗๑ ปี) เป็นระยะเวลาเฉลี่ย ๓.๗๒ ปี พบว่ามีอัตราการสูญเสียฟัน เท่ากับ ๐.๓๖ ซี่ต่อคนต่อปี โดยในตำแหน่งของฟันกรามบน และ ฟันกรามล่าง เป็นบริเวณที่มีการสูญเสียฟันมากที่สุด

๒) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาระดับคงสภาพ เป็นการศึกษาในปี ๑๙๘๔ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบและได้รับการรักษาซึ่งประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษา, การขูดหินปูนแลเกลารากฟัน และ การผ่าตัดกำจัดร่องลึกปริทันต์ด้วยการตัดแต่งกระดูกล้อมรอบฟัน แต่ไม่ได้รับการ รักษาขึ้นคงสภาพ จำนวน ๔๔ คน เป็นระยะเวลาเฉลี่ย ๕.๒๕ ปี พบว่ามีอัตราการสูญเสียฟัน เท่ากับ ๐.๒๒ ซี่ต่อคนต่อปี

๓) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์และได้เข้ารับการรักษาระดับคงสภาพเป็นการศึกษาในปี ๑๙๘๔ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ได้รับการรักษาและ การรักษาระดับคงสภาพต่อเนื่องจำนวน ๙๕ คน ระยะเวลาเฉลี่ย ๖.๕๘ ปี พบว่ามีอัตราการสูญเสียฟัน เท่ากับ ๐.๑๑ ซี่ต่อคนต่อปี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่าลดอัตราการสูญเสียฟันได้ ๓ เท่า โดยได้เปรียบเทียบ อัตราการสูญเสียฟันไว้ดังนี้

	ไม่ได้รับการรักษา	รักษาโรคปริทันต์ แต่ไม่คงสภาพ	รักษาโรคปริทันต์ และได้คงสภาพ
อัตราการสูญเสียฟัน	๐.๓๖	๐.๒๒	๐.๑๑

จะเห็นว่า อัตราการสูญเสียฟันสูงสุดในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์ และน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและมีการคงสภาพสม่ำเสมอ สรุปได้ว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์ หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการสูญเสียฟันได้เร็วกว่าการได้รับการรักษาและ การคงสภาพสม่ำเสมอ อย่างเหมาะสมประมาณ ๓ เท่า และหากได้รับการรักษาแต่ไม่ได้รับการคงสภาพ จะเกิดการสูญเสียฟันเร็วกว่าการได้รับการรักษาและการคงสภาพสม่ำเสมออย่างเหมาะสม ประมาณ ๒ เท่า

#### เปรียบเทียบ การลุกลามของโรคปริทันต์อีกเสบ

	กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ รักษา	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาโรคปริทันต์แต่ไม่ได้ เข้ารับการรักษาระดับ คงสภาพ	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาโรคปริทันต์และได้ เข้ารับการรักษาระดับ คงสภาพ
การเปลี่ยนแปลงของร่อง ลึกปริทันต์	เพิ่มขึ้น ๐.๒๔ - ๒.๔๖	เพิ่มขึ้น ๐.๑๓	ลดลง ๐.๒๘

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมี ร่องลึกปริทันต์ลึกขึ้นมากที่สุด โดยตำแหน่งที่มี ร่องลึกปริทันต์ ลึกขึ้นเรียงจากมากไปหาน้อยคือ โกลกลางด้านลิ้น, โกลกลางด้านลิ้น, ด้านลิ้น และ ด้านกระพุ้งแก้ม เนื่องมาจาก ทางเข้าทำความสะอาดในบริเวณซอกฟัน เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยที่แม้จะได้รับการรักษาแต่ไม่ได้รับการคงสภาพ จะมีร่องลึกปริทันต์ ที่ลึกขึ้นแต่ การลุกลาม น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและคงสภาพอย่างเหมาะสมกลับพบว่า ร่องลึกปริทันต์ นั้นตื้นขึ้น และเมื่อพิจารณาใน ร่องลึกปริทันต์ จากการวัดก่อนการรักษาที่ลึก (> ๗ มม.) จะพบสัดส่วนฟันที่มี ร่องลึกปริทันต์ที่ ตื้นขึ้นจำนวนมากถึง ๘๒ % การพัฒนาที่ดีขึ้นดังกล่าวเห็นพบได้ทั้ง ร่องลึกปริทันต์ขนาดกลาง และร่องลึกปริทันต์ที่ลึก เพียงแต่จะเห็นได้ชัด ในร่องลึกปริทันต์ที่ลึก ดังนั้นนอกจาก การรักษา ที่เหมาะสมแล้ว การคงสภาพอย่างสม่ำเสมอก็เป็นสิ่งจำเป็น ในการลด การลุกลามของโรคปริทันต์รวมถึงลด บริเวณอื่นที่อาจเกิดการทำลายอวัยวะปริทันต์เพิ่มขึ้นได้ด้วย

#### เปรียบเทียบการพยากรณ์โรค

เมื่อพิจารณาการสูญเสียฟันตาม การพยากรณ์โรคแล้วจะพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาปริทันต์และการคงสภาพ จะมีฟันที่มีการพยากรณ์โรคดีและ การพยากรณ์โรคระดับไม่แน่ชัด สูญเสียไปน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาแต่ไม่ได้มารับการคงสภาพ ดังตารางแสดง

กลุ่ม	อัตราการสูญเสียฟันตามการพยากรณ์โรค		
	ดี	ไม่แน่ชัด	สิ้นหวัง
รักษาและคงสภาพ	๑.๗%	๒๕.๘%	๘๐.๕%
รักษา ไม่คงสภาพ	๓.๐%	๓๗.๒%	๓๓.๐%
ไม่รักษา		-	

นอกจากนี้มีการศึกษาแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๒ กลุ่มตามความร่วมมือของผู้ป่วยในการมารับการรักษาขั้นคงสภาพ ดังนี้

๑) กลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ คือผู้ป่วยที่ไม่มา คงสภาพ ตามนัดและหายจากการนัดไปเป็น ระยะเวลามากกว่า ๑ เท่าของช่วงรอบระยะเวลาการนัดคงสภาพ เช่น ระยะเวลา ๖ เดือนแต่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดและหายไปมากกว่า ๑๒ เดือน

๒) กลุ่มที่ให้ความร่วมมือคงสภาพ คือผู้ป่วยที่มาคงสภาพทุกครั้งหรือหายไปจากนัดไม่เกิน ระยะเวลา ๑ เท่าของ ระยะเวลา

โดยได้เปรียบเทียบ อัตราการสูญเสียฟันในผู้ป่วย ๒ กลุ่มในระยะเวลา ๑๐ ปี ดังนี้

	อัตราการสูญเสียฟัน
กลุ่มไม่ให้ความร่วมมือขั้นคงสภาพ	๐.๒๗
กลุ่มให้ความร่วมมือขั้นคงสภาพ	๐.๐๖

จะเห็นว่ากลุ่มที่ไม่กลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ เข้ารับการคงสภาพนั้นมีอัตราการสูญเสียฟันมากกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือ ประมาณ ๕ เท่า

### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑  ต่อตนเอง

ทบทวนความรู้ และเรียนรู้เพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัยมากขึ้น ช่วยทำให้ การรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งทางด้านกรวินิจฉัย การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และการนำ เทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในอนาคต

๒.๓.๒  ต่อหน่วยงาน

นำความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดให้กับผู้ร่วมงาน ได้แก่ ทันตแพทย์สาขาต่างๆ ที่ต้องมีการวางแผนการรักษาร่วมกัน และนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานมาเชื่อมโยงแนวทางการรักษาทางคลินิก ทำให้ ผลการรักษาออกมามีประสิทธิผล เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น

๒.๓.๓  อื่น ๆ (ระบุ)

เพิ่มประสิทธิภาพของงานการรักษา ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา นำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

### ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑  การปรับปรุง

ควรมีการเข้าร่วมประชุมวิชาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน

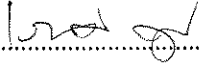
๓.๒  การพัฒนา

ควรมีการถ่ายทอดความรู้ใหม่ๆ มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

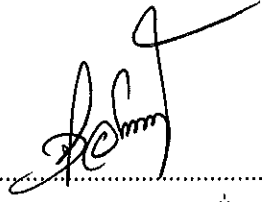
งานด้านทันตกรรมมีการศึกษาวิจัยใหม่ และมีการพัฒนาความรู้อยู่ตลอดเวลา มีการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการรักษาใหม่ๆ มีนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อช่วยให้ได้มีการปรับปรุงมาตรฐานการรักษาให้ทันสมัยอยู่เสมอ จึงควรส่งเสริมให้มีการเข้าร่วม ระบุวิชาการอย่างต่อเนื่อง

ลงชื่อ..... อภินันท์ งามกุล.....ผู้รายงาน  
(นางสาวอรกานต์ สัมภ์คุ้ม)  
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ..... .....ผู้รายงาน  
(นายเรืองยศ จุฑราหะวงศ์)  
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

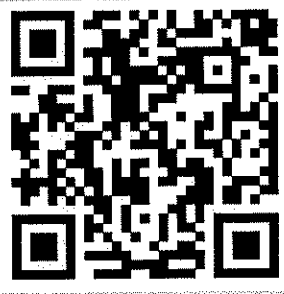
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ..... .....  
(นายขจร อินทรบุหรั่น)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน



# Multidisciplinary approach and innovation in Periodontal care



การรักษารโรคปริทันต์ในผู้ป่วยรายที่ซับซ้อนจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือกันกับสหสาขา  
จึงนำมาซึ่งความสำเร็จในการรักษา

## Endodontic – Periodontal lesions

การตรวจทางคลินิกมีความสำคัญเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง นำมาซึ่งการพยากรณ์โรคและการรักษาที่เหมาะสม

## ข้อควรระวังของทันตกรรมผู้สูงอายุ

เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ suction, mouth rest การรับทำทางให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการล้ม

## Non-cavitated caries lesion

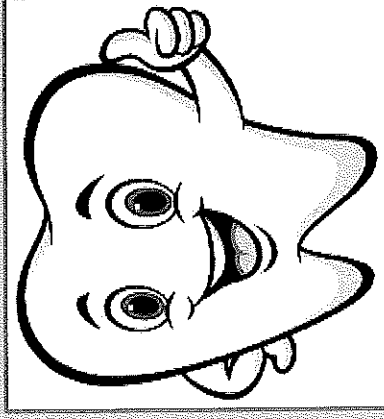
เป็น multifactorial disease ใช้สารลดอาการเสียวฟันให้ถูกวิธี ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ควรเลือกวัสดุอุดหรือการผ่าตัดเหงือกเพื่อแก้ไขให้เหมาะสม

## Clear aligner in periodontal patients

ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการใส่เครื่องมือการจัดฟัน เคลื่อนฟันด้วยแรงน้อยๆ การดูแลสุขภาพช่องปากและการรักษาทันตสภาพเพื่อไม่ให้เกิดการกลับมาเป็นใหม่ของโรคปริทันต์

## การนำไปใช้ประโยชน์

- นำมาประยุกต์และพัฒนาการศึกษาโรคปริทันต์ในรายที่มีความซับซ้อน
- เผยแพร่ความรู้ให้กับทันตบุคลากรในหน่วยงาน



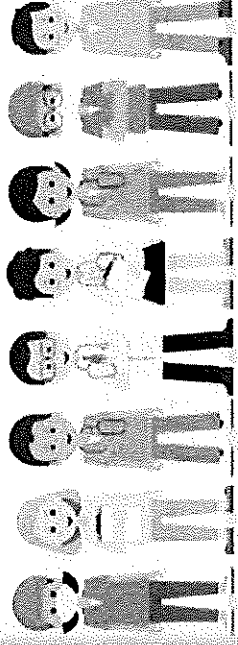
น.ส. อรกานต์ สังข์คุ้ม

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตากสิน

# Multidisciplinary Approach and innovation in Periodontal Care

การรักษาร่วมกับสหสาขา มักพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาในช่องปากซับซ้อน ต้องอาศัย ทีมกรรมสหสาขา มาช่วยกำหนดแนวทางการรักษา เพื่อให้ผลการรักษาสสมบูรณ์ และผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ทีมกรรมบูรณะทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมรากเทียม งานรักษาคลองรากฟัน งานเวชศาสตร์ช่องปาก ทันตกรรมจัดฟัน เป็นต้น

งานรักษาคลองรากฟัน  
กรณีฟันติดเชื้อทั้งจากคลองราก และรอบรากฟันต้องอาศัยการรักษา ทั้ง 2 สาขาเพื่อประสิทธิภาพการรักษา  
ดีขึ้น

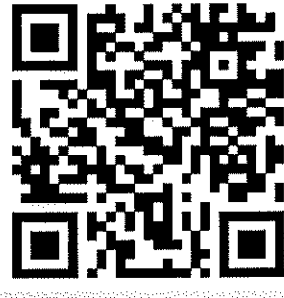


งานทันตกรรมประดิษฐ์  
ในรายที่ใส่ฟันปลอม ต้อง อาศัยเชิงอก ที่ดี เพื่อให้ลดภาวะแทรกซ้อนหรือ ความเสี่ยงของการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น

งานทันตกรรมจัดฟัน  
หากเหงือกมีการอักเสบ และมีอาการเคล็ดอนของฟัน จะทำให้มีการละลายของกระดูกเพิ่มขึ้น ฟันโยกมากขึ้น

## การนำไปใช้ประโยชน์

- นำความรู้ที่ได้มาใช้สอนบุคลากรในกลุ่มงานทันตกรรม
- นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์กับงานทันตกรรมสหสาขาอื่นในคลินิก



โดย นายเรือยศ จุวราหะวงศ์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน