

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่สามัญประจำปี ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ โดยสมาคมศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลเฟเชียลแห่งประเทศไทย ในหัวข้อเรื่อง “Implant Surgery, let’s do it like the experts”

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๕,๘๐๐ บาท

ในวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุม Grand Ballroom โรงแรมเอส ๓๑ สุขุมวิท กรุงเทพมหานคร

๑.๑ นายธเรศ เต็มสุขเกษม

อายุ ๔๕ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และประกาศนียบัตรบัณฑิต
ชั้นสูงสาขาวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลเฟเชียล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการด้านทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก
และแม็กซิลเฟเชียล

๒.๑ นางสาวเกตุร ตูลาการวงศ์

อายุ ๓๘ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และประกาศนียบัตรบัณฑิต
ชั้นสูงสาขาวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลเฟเชียล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

๒.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการด้านทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก
และแม็กซิลเฟเชียล

๓.๑ นายธนัทชัย ลิ้มปัสวดีไพศาล

อายุ ๓๖ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอนุปริญญา
ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลเฟเชียล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๓.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการด้านทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก
และแม็กซิลเฟเชียล

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่องในระหว่างปฏิบัติวิชาชีพ พัฒนาความรู้ความก้าวหน้าทางวิชาการและการรักษาในสาขาทันตกรรมเพื่อจะนำมาบูรณาการ จัดการแก้ไข ปรับปรุงการดูแลทั้งผู้ป่วยและตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ สรุปเนื้อหา

โรครอบรากเทียม (Peri-implant disease) เชื้อแบคทีเรียในช่องปากสามารถสะสมบนผิวครอบฟัน บนรากเทียมเกิดเป็นคราบจุลินทรีย์ซึ่งก่อให้เกิดการอักเสบของเหงือกรอบรากเทียมและลุกลามทำลายกระดูกได้เช่นเดียวกับในฟันธรรมชาติ โรครอบรากเทียมแบ่งตามความรุนแรงของโรคได้เป็น ๒ ชนิดคือ โรคเยื่อเมือกรอบรากเทียมอักเสบ (periimplant mucositis) และโรครอบรากเทียมอักเสบ (periimplantitis) โรคเยื่อเมือกรอบรากเทียมอักเสบมีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคเหงือกอักเสบ คือพบเหงือกบวม แดง มีเลือดออก เมื่อหยั่งร่องเหงือก แต่ไม่มีการทำลายกระดูกรอบรากเทียม ส่วนโรครอบรากเทียมอักเสบมีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคปริทันต์อักเสบ คือพบเหงือกบวม แดง มีร่องเหงือกลึก มีเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือก และอาจพบหนอง ร่วมด้วย อาการสำคัญของโรค คือ การทำลายกระดูกรอบรากเทียม จากภาพถ่ายรังสีพบ การทำลายของกระดูกในแนวตั้งและมักถูกทำลายเป็นแอ่งคล้ายถ้วย (saucer-shape) โดยที่ยังคงมีการยึดของกระดูกอยู่ทาง ด้านปลายรากของรากเทียม หากไม่ได้รับการรักษากระดูกรอบรากเทียมอาจถูกทำลายไปเรื่อยๆ จนทำให้รากเทียมโยกและต้องถอนออก โดยทั่วไปโรครอบรากเทียมอักเสบไม่ค่อยมีอาการเจ็บ นอกจากกรณีที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันหรือเมื่อรากเทียมโยก อุบัติการณ์ของโรครอบรากเทียมอักเสบประมาณค่อนข้างยากเนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้รายงานไว้ นอกจากนี้ ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนและเห็นพ้องกันที่จะใช้ในการแบ่งแยกระหว่างภาวะปกติและภาวะที่เป็นโรค

การวินิจฉัยโรครอบรากเทียม โรครอบรากเทียมอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้รากเทียมล้มเหลวในระยะท้าย (late implant failure) โรครอบรากเทียมอักเสบในระยะรุนแรงสามารถให้การวินิจฉัยได้ไม่ยาก โดยสังเกตจากการทำลายกระดูกรอบรากเทียมในภาพถ่ายรังสี ร่วมกับเหงือกอักเสบและมีร่องลึก อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยและตรวจพบโรครอบรากเทียมได้ตั้งแต่ในระยะแรกจะเป็นประโยชน์มากในการให้การรักษาและป้องกันการสูญเสียกระดูกรอบรากเทียมได้ทันทั่วทั้งที่ เนื่องจากโรคปริทันต์และโรครอบรากเทียม มีลักษณะใกล้เคียงกัน ตัวแปร (parameter) ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคปริทันต์จึงนำมาปรับใช้เพื่อวินิจฉัยโรครอบรากเทียมได้ ตัวแปรที่ใช้ได้แก่ คราบจุลินทรีย์ ความลึกร่องเหงือกรอบรากเทียม การมีเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือก การมีหนอง ภาพถ่ายรังสีแสดงระดับกระดูกรอบรากเทียม รวมทั้งอาการโยกและเจ็บ

การมีเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือก ในฟันธรรมชาติการมีเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือกเป็นตัวบ่งชี้ว่ามี การอักเสบของเหงือก และสามารถทำนายการเกิดการลุกลามของโรคปริทันต์อักเสบได้ถูกต้องเพียงร้อยละ ๒๐ ถึงร้อยละ ๓๐ จึงไม่เป็นตัวชี้วัดที่ดีที่จะเกิดการลุกลามของโรค แต่การไม่พบเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือกเป็นตัวชี้วัดที่ดีมากกว่าเหงือกนั้นปกติและไม่มีการลุกลามของโรคเช่นเดียวกับฟันธรรมชาติ การศึกษาในรากเทียมพบว่า การไม่พบเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือกบ่งชี้ได้แม่นยำว่าเหงือกรอบรากเทียมนั้นปกติและไม่มีการลุกลามของโรค ส่วนการมีเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือกรอบรากเทียมนั้น พบว่าสามารถทำนายการลุกลามของโรครอบรากเทียม ได้ดีกว่าการทำนายการลุกลามของโรคปริทันต์อักเสบ การมีหนอง อาการมีหนองมักพบร่วมกับโรครอบรากเทียมอักเสบ การศึกษาทางจุลกายวิภาคของเนื้อเยื่อเหงือกบริเวณที่พบโรครอบรากเทียมอักเสบ พบว่ามีเซลล์อักเสบ ได้แก่ โพลีมอร์ฟนิวเคลียร์ลิวโคไซด์ (polymorphonuclear leukocyte) แมคโคร

ฟาจ (macrophage) ลิมโฟไซต์ (lymphocytes) มาสะสมกันอยู่อย่างหนาแน่น การสะสมตัวอย่างหนาแน่นของเซลล์อักเสบเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดหนองบริเวณรากเทียมที่เป็นโรครอบรากเทียมอักเสบ

การรักษารากเทียมเพื่อคงสภาพ (Implant maintenance) ปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในระยะยาวของรากเทียม คือการดูแลอนามัยช่องปากของผู้ป่วยและการกลับมาตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบผู้ป่วยควรทำการทบทวน ประวัติทางการแพทย์ ตรวจและประเมินสภาพในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสภาพเหงือก รอบรากเทียมโดยการประเมินคราบจุลินทรีย์ และหินน้ำลาย ความลึกร่องเหงือก การมีเลือดออกเมื่อหยั่งร่องเหงือก การตรวจสภาพฟันที่บูรณะบนรากเทียมว่า ไม่มีการหลุดหลวม และไม่มีการสบฟันที่ก่อการบาดเจ็บ (traumatic occlusion) การตรวจการสบฟันเป็นระยะ เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะเมื่อในช่องปากยังมีฟันธรรมชาติเนื่องจากฟันธรรมชาติมีการเคลื่อนตัวและสึกเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ในขณะที่รากเทียมไม่เคลื่อน ขยับ การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของฟันธรรมชาติอาจทำให้เกิด แรงบดเคี้ยวที่มากเกินไปบนรากเทียม (occlusal overload) และ ทำให้รากเทียมล้มเหลวได้ นอกจากนี้ควรถ่ายภาพรังสี เพื่อตรวจระดับสันกระดูกรอบรากเทียมเป็นระยะ ภายหลังการตรวจ ทันตแพทย์จึงให้การวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งแนะนำและกระตุ้นเรื่องการดูแลอนามัยช่องปาก ความถี่ ในการพบผู้ป่วยขึ้นกับความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สิ่งสำคัญคือควรมีข้อมูลเบื้องต้น ของรากเทียมและฟันธรรมชาติทั้งทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี ก่อนเข้าสู่การรักษาระยะคงสภาพ เนื่องจากโรครอบรากเทียม มักไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด ทำให้โรคอาจลุกลามไปได้มาก หากผู้ป่วยไม่มาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจรักษาเป็นระยะ ดังนั้น การมาตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สามารถตรวจพบโรคได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นและให้การรักษาได้ทันก่อนที่โรคจะลุกลามจนต้องสูญเสียรากเทียมในที่สุด

การทำรากเทียมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ

1. ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานควรคุมระดับน้ำตาลไม่เกิน ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร เนื่องจากถ้ามีระดับน้ำตาลสูงเกินไปทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานได้น้อยลง ทำให้แผลผ่าตัดรากเทียมมีโอกาสติดเชื้อได้
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถทำรากเทียมได้ปกติ แต่ความดันโลหิตไม่ควรเกิน ๑๘๐/๑๑๐ ในผู้ป่วยที่เป็น white coat hypertension แนะนำอาจใช้ยา short acting hypertensive drug
3. ผู้ป่วยที่มีโรคกระดูกพรุน จากงานวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างในแง่ความสำเร็จของการทำรากเทียมระหว่างคนปกติ กับผู้ป่วยที่เป็นโรคกระดูกพรุน โดยผู้ป่วยที่มีโรคกระดูกพรุนที่รับประทานยา oral bisphosphonate ไม่เกิน ๔ปี สามารถทำรากเทียมได้ตามปกติโดยไม่ต้องหยุดยา แต่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคกระดูกพรุนและรับประทานยา oral bisphosphonate เกิน ๔ ปี หรือผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วยเช่น เบาหวานหรือรับประทานยา steroid และทานยา oral bisphosphonate ไม่เกิน ๔ ปี แนะนำหยุดยาก่อนทำรากเทียม ๒ เดือน และหลังทำ ๒ เดือน เพื่อให้กระดูกรอบรากเทียมมีการหายก่อน แต่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและจำเป็นต้องได้รับยา antiresorptive agent ผ่านทางเส้นเลือด ไม่แนะนำให้ทำรากเทียมในกรณีนี้ก็ตาม
4. ผู้ป่วยที่ได้รับยา antiplatelet เช่น ผู้ป่วยทำบายพาสหัวใจ สามารถทำรากเทียมได้ตามปกติ โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา antiplatelet ก่อน

๕. ผู้ป่วยที่ได้รับยา anticoagulant เช่น ผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดดำอุดตัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะเช่น cardiac arrhythmias การทำรากเทียมจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนทำรากเทียม โดยดูจากค่าแข็งตัวของเลือด INR ในงานรากเทียม ๑-๓ ซึ่งไม่มีการเปิดแผลมากนัก ค่า INR ที่สามารถทำได้ไม่ควรเกิน ๓.๐ แต่ในงานรากเทียมที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและจำเป็นต้องปลุกกระดูกร่วมด้วย ค่า INR ที่ยอมรับคือ ๒.๐-๒.๕ ถ้าผู้ป่วยที่มีค่าแข็งตัวของเลือด INR สูงกว่าปกติที่จะทำรากเทียมควรส่งปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยา WARFARIN ๕ วัน หรือ DOAC ๑-๒ วัน ก่อนทำรากเทียม และอาจต้องทำ bridging therapy โดยการฉีด heparin แทนยา anticoagulant ก่อนทำรากเทียม

การพิจารณาการทำรากเทียมแบบตัวสั้น (short implant) หรือการยกไซนัส (sinus lift) เพื่อเพิ่มความสูงของกระดูก แต่มีข้อจำกัดของการทำการยกไซนัสในผู้ป่วยที่มีปัญหาไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic sinusitis) หรือผู้ป่วยที่มีกายวิภาคของไซนัสที่มีผนังกันในไซนัส (septum) และไม่ทำการรักษาการทำการยกไซนัสมีสองวิธี คือ

๑. การยกไซนัสผ่านทางสันกระดูก (crestal sinus lift) เป็นการยกไซนัสผ่านทางรูเจาะรากเทียม โดยทั่วไปสามารถเพิ่มความสูงของกระดูกได้ประมาณ ๒ มิลลิเมตร โดยไม่ต้องปลุกกระดูกเพิ่ม และสามารถเพิ่มความสูงของกระดูกได้ ๒-๔ มิลลิเมตร ถ้ามีการปลุกกระดูกร่วมด้วย

๒. การยกไซนัสโดยการเจาะผนังกระดูกด้านข้างไซนัส เป็นการยกไซนัสผ่านทางผ่านการเจาะรูผนังกระดูกด้านข้างของไซนัส และจำเป็นต้องปลุกกระดูกร่วมด้วยและปิดกระดูกด้วยแผ่นเนื้อเยื่อเทียมชนิดคอลลาเจน (collagen membrane) โดยทั่วไปสามารถเพิ่มความสูงของกระดูกได้ประมาณมากกว่า ๕ มิลลิเมตรขึ้นไป

รากเทียมขนาดทั่วไปจะมีความยาวตั้งแต่ ๘ มิลลิเมตรขึ้นไป แต่ในคนไข้บางรายที่มีสันกระดูกเตี้ย หรือมีกายวิภาคข้างเคียงกับบริเวณที่ทำรากเทียม เช่นมีการย้อยของโพรงไซนัส หรือมีเส้นประสาท inferior alveolar nerve เข้ามาเกี่ยวข้อง อาจพิจารณาใช้รากเทียมชนิดสั้น (short implant) ขนาดความยาว ๖-๘ มิลลิเมตร หรือใช้รากเทียมชนิดสั้นมาก (ultra short implant) ที่มีขนาดความยาวน้อยกว่า ๖ มิลลิเมตร แต่การใช้รากเทียมขนาดสั้น รากเทียมควรมี primary stability ที่ดี เพราะฉะนั้นความหนาแน่นของกระดูกที่สามารถฝังรากเทียมขนาดสั้นควรเป็นระดับ D๑-๒ และไม่แนะนำการใช้รากเทียมขนาดสั้นในคนไข้ที่มีความหนาแน่นของกระดูกระดับ D๓-๔ และแนะนำรากเทียมที่มีเกลียว (thread) ลักษณะคม เพื่อให้มีการยึดเกาะของกระดูกมากขึ้น และไม่ควรใช้รากเทียมขนาดสั้น ในงานที่เป็นแบบ cantilever หรือ bridge เนื่องจากรากเทียมขนาดสั้นจะรับแรงได้ไม่ดี

Horizontal and vertical ridge augmentation using biomaterials

การประเมินความจำเป็นในการเสริมกระดูก เริ่มจากการกำหนดตำแหน่งพื้นที่ที่ต้องการก่อนเสมอ เพื่อ กำหนดตำแหน่งของรากเทียมที่ต้องการ นำไปสู่การพิจารณาวางแผนผ่าตัดในระยะเวลาที่เหมาะสม ทั้ง early placement, immediate placement และ delayed placement โดยการพิจารณาทำการเพิ่มปริมาณ ความกว้างและความสูงของสันกระดูก หากมีความวิการรุนแรงต้องเสริมกระดูกปริมาณมากอาจต้องทำเป็น bone block technique แต่ในรายทั่วไปสามารถเสริมกระดูกด้วยวิธี guided bone regeneration (GBR) ตามความต้องการของตำแหน่งรากเทียมที่ต้องการมีหลักสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จคือ

๑.เย็บปิดแผลได้สมบูรณ์ (Primary closure) ด้วยการทำให้ periosteal releasing incision ที่สมบูรณ์ แผ่นเหงือกไม่ตึงรั้ง สามารถปิดคลุมวัสดุที่ใช้ปลูกกระดูกได้สนิท

๒.มีการเตรียมพื้นผิวกระดูกที่เหมาะสมสำหรับช่วยกระตุ้นการสร้างกระดูกใหม่ด้วยการกรอ Cortical bone ให้ทะลุถึง cancellous bone เพื่อเปิดโอกาสให้มี osteoprogenitor cells เข้ามาในบริเวณที่ต้องการ ปลูกกระดูก ส่งเสริมการสร้างเส้นเลือดใหม่และกระดูกใหม่ในบริเวณที่ต้องการ

๓.มีการเตรียมพื้นที่สำหรับวัสดุปลูกกระดูกที่คงตัว โดยใช้วัสดุที่เหมาะสมเป็นโครงสร้าง (Scaffold) โดยอาจเลือกใช้ Autogenous graft, allograft, xenograft ในกรณีที่ต้องการเพิ่มความกว้างและความสูงมาก มีรายงานการใช้วัสดุสองชนิดร่วมกัน โดยวาง autogenous graft ไว้ด้านใน และปิดทับด้วย allograft หรือ xenograft ที่ละลายตัวได้ช้ากว่าไว้ด้านนอก สามารถให้ผลสำเร็จในการรักษาดี

ในกรณีที่ต้องการเพิ่มความสูงของสันกระดูก การใช้เทคนิค Tenting screw โดยใช้ หมุดไทเทเนียม ปักลงในกระดูกลึก ๓ มม. สามารถช่วยค้ำยันไม่ให้วัสดุยุบตัวลงร่วมกับการใช้แผ่นคอลลาเจน (Collagen membrane) หรือแผ่นตาข่ายไทเทเนียม (Titanium mesh) จะสามารถช่วยคงรูปร่างของกระดูกที่ต้องการ ปลูกได้ดี

๔.ความเสถียรของแผลผ่าตัดและรากเทียม ไม่มีการขยับใน เพื่อให้การสร้างกระดูกใหม่ไม่ถูกรบกวน การเลือกใช้แผ่นคอลลาเจนชนิดละลายตัวช้ามากกว่า ๔ เดือน หรือใช้แผ่นตาข่ายไทเทเนียมยึดด้วยสกรูที่ เหมาะสมจะช่วยคงสภาพไม่ให้กระดูกยุบลงได้

พบว่าการทำ Hybrid bone regeneration ใช้ Allograft ร่วมกับ Xenograft ปิดด้วย Titanium mesh membrane เสริมด้วย Platelet-derived growth factors (PDGF) หรือ Platelet rich fibrin (PRF) สามารถสร้างกระดูกใหม่ได้ถึง ๗๐%

การทำ Immediate placement implant มีข้อดีในด้านใช้เวลาน้อยสามารถใส่ครอบชั่วคราวกับผู้ป่วย ได้ทันที ซึ่งมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยในกรณีฟันหน้า แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดเหงือกกรนในอนาคต

ปัจจุบันพบว่าสิ่งที่มีนัยสำคัญคือคุณภาพเนื้อเยื่ออ่อนที่ดีมีผลต่อความเสถียรของรากเทียมอย่างมาก แนวโน้มการรักษาเป็นไปในทิศทาง non-invasive, increased bone density, Biomolecules and stem cells therapy

ถอนแล้วจะใส่... แพลนยังงี้ให้เป๊ะ...

ถอนฟันด้วย atraumatic technique ทุกครั้งไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งที่ต้องการใส่รากเทียมหรือไม่ การถอนฟันที่นุ่มนวลรวดเร็วทำให้เกิดความบอบช้ำต่อกระดูกและเนื้อเยื่อน้อยที่สุด เครื่องมือที่ดีที่สุดช่วยให้ถอนฟันได้นุ่มนวลลดการทำลายกระดูกข้างเคียง แนะนำให้ใช้ luxator บางๆ ในการถอนฟัน หลังการถอนฟันพิจารณาทำ Socket preservation คือ การคงสภาพบริเวณที่ถอนฟันให้มีการเปลี่ยนแปลงของสันกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนน้อยที่สุดโดยใส่วัสดุหรือเนื้อเยื่อปลูกถ่าย (grafting materials) ตามความจำเป็น เทคนิคที่ใช้ในการช่วยคงสภาพกระดูกขึ้นกับระยะเวลาใส่ฟันที่วางแผนในผู้ป่วยรายนั้นๆ ซึ่งมี ๓ รูปแบบคือ

๑. ใส่รากเทียมทันที (Immediate implant placement) แบบนี้ทำได้ในรายที่มีกระดูกเพียงพอให้เกิดความเสถียรเริ่มแรกหลังใส่รากเทียมและมีปริมาณคุณภาพเนื้อเยื่ออ่อนดีสามารถเติมกระดูกในส่วนที่จำเป็นที่เหลือได้เลย หากมีกระดูกชั้นนอกเพียงพอ และมีระยะห่างระหว่างกระดูกกับผิวรากเทียมน้อยกว่า ๒ มม. ไม่ต้องเติมกระดูกได้

๒. ใส่รากเทียมในระยะแผลถอนฟันหาย (Early implant placement) ใช้ในกรณีต้องการรอเนื้อเยื่ออ่อนให้หายมีปริมาณและคุณภาพที่ดีขึ้นจึงใส่รากเทียม ระยะนี้จะเริ่มมีการสร้างเซลล์กระดูกที่เอื้อต่อการยึดเกาะของรากเทียม สามารถเติมกระดูกในส่วนที่จำเป็นที่เหลือได้ ผู้ป่วยที่ถอนฟันแล้วรอการใส่รากเทียมแบบ early implant placement จะใส่วัสดุพวกเติมช่องว่าง มีลักษณะคล้ายฟองน้ำช่วยพยุงลิ่มเลือดไว้ภายหลังการถอนฟัน เช่น collagen plug แต่วัสดุชนิดนี้มีการละลายตัวเร็วไม่สามารถทำหน้าที่เป็น scaffold ที่ดีได้

๓. ใส่รากเทียมหลังกระดูกแผลถอนฟันหายสมบูรณ์ไปแล้ว (Late implant placement) ใช้การวางแผนตำแหน่งรากเทียมจากตำแหน่งฟันที่ต้องการใส่จึงจะเลือกวัสดุหรือเนื้อเยื่อปลูกถ่ายให้เหมาะสม วัสดุแต่ละชนิดก็มีข้อดีข้อเสียให้เลือกแตกต่างกันไป

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้นำความรู้มาใช้ในการตรวจ ให้การรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพทางทันตกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเองในฐานะผู้ปฏิบัติงาน และประยุกต์ใช้ความรู้รวมทั้งพัฒนาความรู้ทางทันตกรรมให้เป็นปัจจุบัน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงานนำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ต่อผู้ร่วมงาน และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

๒.๓.๓ อื่น ๆ

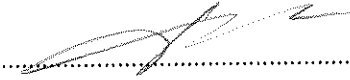
ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ควรมีการเข้าร่วมประชุมวิชาการอยู่เสมอ

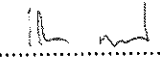
๓.๒ การพัฒนา นำเอาความรู้ที่ได้จากการประชุมมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

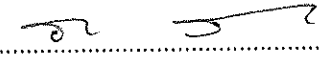
งานด้านทันตแพทย์มีความสำคัญและในปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว นวัตกรรมเครื่องมือที่นำมาใช้รักษาโรคในช่องปากได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ประชาชนได้รับการรักษาในมาตรฐานที่สูงในระดับเดียวกับนานาชาติ จึงสมควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดอายุงาน ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพความรู้ให้ก้าวหน้าและทันสมัยสมกับที่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง

ลงชื่อ.....

(นายรเชศ เต็มสุขเกษม)

ลงชื่อ.....

(นางสาวเกียร ตุลาการวงศ์)

ลงชื่อ.....

(นายธนทัชชัย ลิ้มปัสวัสดิ์ไพศาล)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

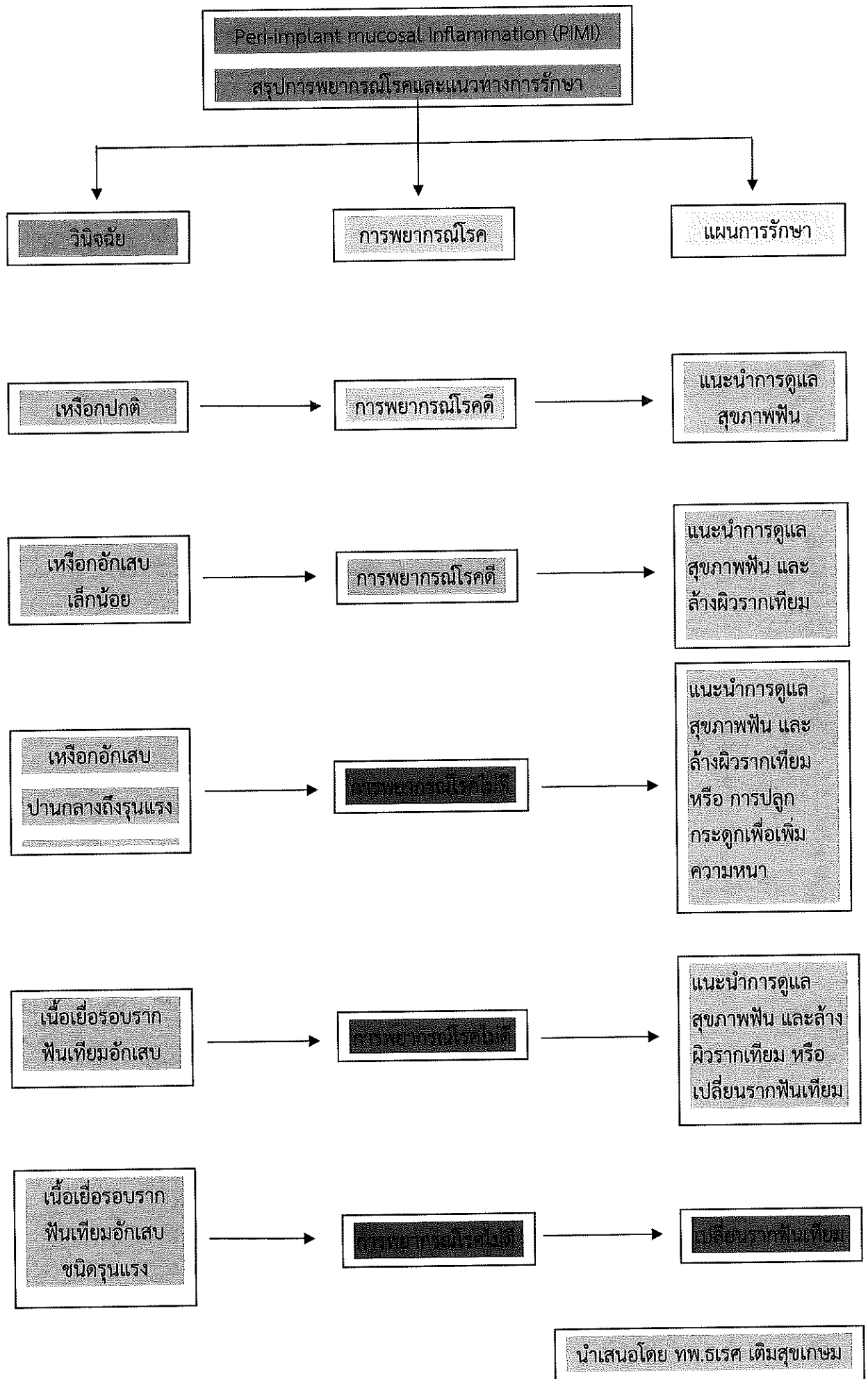
สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการประชุม เกี่ยวกับการตรวจและการรักษาผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพทางทันตกรรม และเผยแพร่แก่เพื่อนร่วมงาน

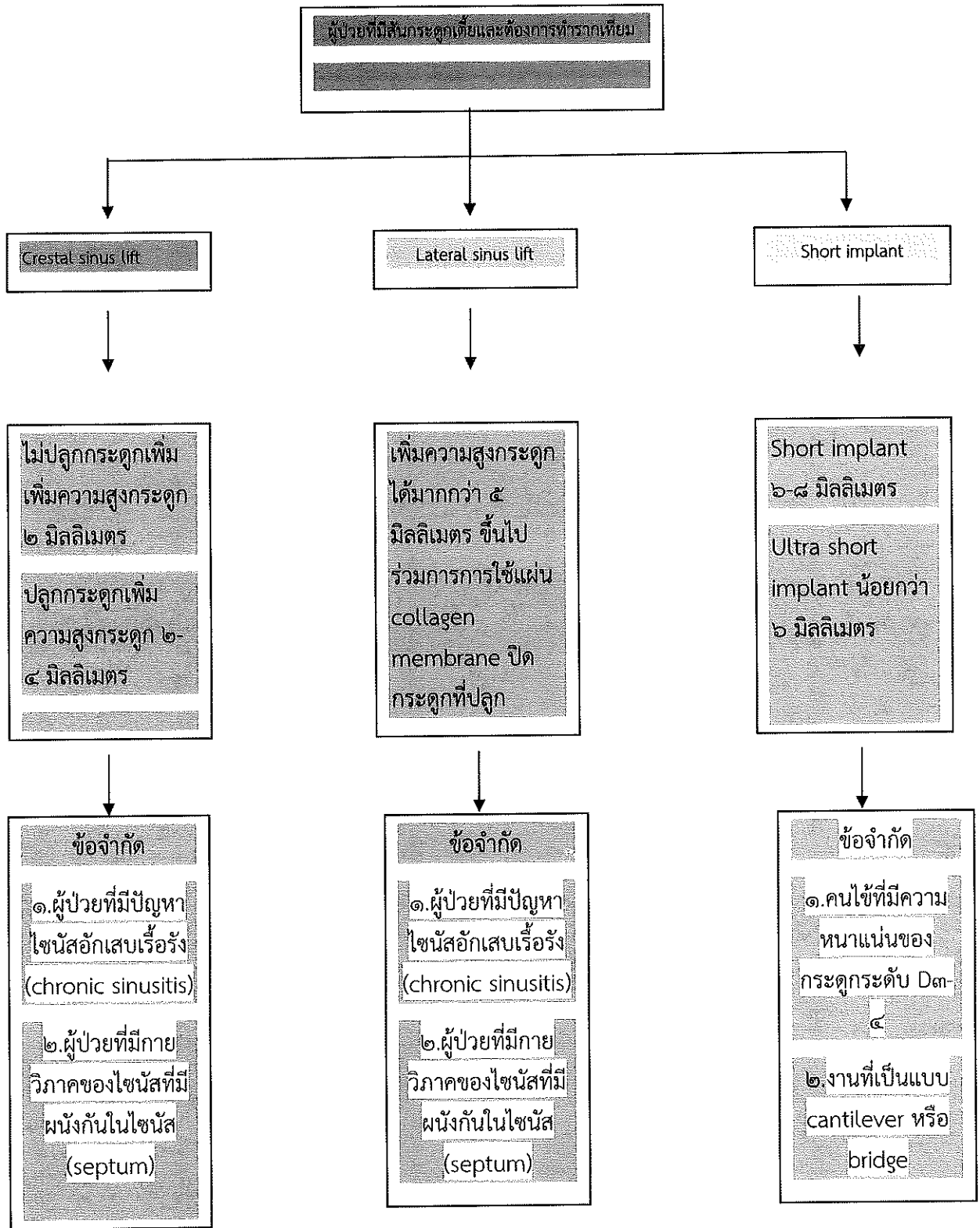


(นายพรเทพ แซ่เฮ้ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์







นำเสนอโดย ทพ.ธนัชชัย ลิ้มปัสวดีไพศาล

รากฟันเทียม

การบูรณะ

ใช้การจำลองการใส่ฟันและใส่รากในการวางแผนการรักษา (virtual implant planning + proper 3D implant position)
ใช้การบูรณะชั่วคราวเตรียมเนื้อเยื่ออ่อนให้ได้มิติที่ดี

กระดูกรองรับรากฟันเทียม ปริมาณพอและคุณภาพดี มีกระดูกด้านแก้มหนา 2 มม. ความสูงรากที่ยอมรับเหมาะสม รากฟันเทียมขนาดสั้น 6-8 มม. เลือกใช้ได้ผลสำเร็จไม่แตกต่างกัน กระดูกไม่พอไม่แน่นอนหรือความสูงมีการปลูกกระดูก ยกเว้นส คุณภาพไม่ดีเพิ่มความหนาแน่นกระดูกและเลือกชนิดรากฟันเทียมที่ใช้

รากยึดติดเมื่อได้ความเสถียรปฐมภูมิในวันใส่รากฟันเทียม

รากฟันเทียมที่ประสบความสำเร็จ
= ใช้งานได้ดี สบาย ในระยะยาว

เนื้อเยื่ออ่อน เป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ความยาวของรากฟันเทียม เทคนิคที่ใช้เพิ่มคุณภาพเนื้อเยื่ออ่อนรอบรากฟันเทียม

- Local flap modification
- Free gingival graft
- Free connective tissue graft
- De-epithelized connective tissue graft
- Pedicle Subepithelial connective tissue graft
- Alternative acellular dermal connective tissue

เวลาเหมาะสมที่จะใส่รากฟันเทียมหลังถอนฟัน

- ทันที (immediate) ทันทีในฟันหลังไม่ควรให้รับแรงทันที ทำได้เนื้อเยื่ออ่อนต้องดี เลียงรายที่ปริทันต์ลุกลามถึงง่ามราก ฟัน มีหนอง กระดูกด้านแก้มเสียหาย
- เจริญหาย (Early) 2-4 สัปดาห์หลังถอน
- กระดูกหาย (Delayed) 4-6 เดือนหลังถอน

การสื่อสารทำความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและทันตแพทย์ในการทำรากฟันเทียม ทันตแพทย์ใส่รากฟันเทียม+ทันตแพทย์ใส่ฟัน+ช่างแลบ) มีความสำคัญอย่างยิ่งให้ได้งานที่ทนสวยตลอดกาล การเรียนรู้และพัฒนาทักษะจำเป็นต้องการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

นำเสนอโดย น.ส. เกตุร ดุลดาการวงศ์

ประชุมสมาคมทันตศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลแห่งประเทศไทย 6/12/2565