

รายงานการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน
ประชุมวิชาการร่วมระหว่าง สมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย และสมาคมทันตกรรมประดิษฐ์ไทย
เรื่อง “Comprehensive Prosthodontics : From Bone to Restorations”

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ณ โรงแรม The Marriott Marquis Queen's Park กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายเรืองยศ จุฑาหะวงค์

อายุ ๓๗ ปี การศึกษา ปริญญาตรีทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปริทันตวิทยา

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้การรักษาทันตกรรมทั่วไป และให้การรักษางานเฉพาะ
ทางด้านปริทันตวิทยา

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมวิชาการร่วมระหว่าง สมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย และสมาคม
ทันตกรรมประดิษฐ์ไทย เรื่อง “Comprehensive Prosthodontics : From Bone to
Restorations”

สาขา -

เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

สถานที่ ห้องไทยจิตรลดา โรงแรม The Marriott Marquis Queen's Park

กรุงเทพมหานคร

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกรอบม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์
และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒

ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องการผ่าตัดตรันเหงือก
๒. เพิ่มพูนความรู้เรื่องการผ่าตัดตรันเหงือก
๓. เพิ่มพูนความรู้การทำงานเป็นทีม ระหว่างสาขาปริทันตวิทยาและทันตกรรมประดิษฐ์
๔. เพิ่มพูนความรู้ แนวทางการบูรณะฟัน

๒.๒ เนื้อหา

ข้อบ่งชี้การผ่าตัดร่นเหงือก

ฟันที่มีรอยผุหรือแตกลงไปใต้เหงือก ฟันที่มีรูทะลุจากการรักษารากฟันหรือการบูรณะฟันด้วยเดือยฟัน ฟันที่มีความสูงไม่เพียงพอที่จะบูรณะด้วยครอบฟันให้เกิดการยึดอยู่ที่เหมาะสม เช่น ฟันสึกมาก หรือ ฟันที่ได้รับการรักษารากแล้วเนื้อฟันไม่เพียงพอต่อการทำ Ferrule ซึ่งต้องมีความสูงจากขอบของครอบฟันประมาณ ๑ - ๒ มม. โดยรอบเพื่อต้านทานการหลุดและแตกหักจากแรงบดเคี้ยว นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ในฟันที่ต้องการความสวยงาม เช่น ระดับขอบเหงือกไม่เท่ากันกับฟันข้างเคียง ภาวะยิ้มเห็นเหงือกเยอะ ฟันที่มี Delayed passive eruption

ข้อพิจารณาการผ่าตัดร่นเหงือกของงานปริทันต์และทันตกรรมประดิษฐ์

ข้อที่ควรพิจารณาในการทำผ่าตัดร่นเหงือก อย่างแรกที่ต้องคำนึงคือฟันซี่ดังกล่าวเหมาะสมกับการเก็บไว้เพื่อบูรณะหรือไม่ และจะบูรณะด้วยวิธีไหน ต้องการปริมาณเนื้อฟันเพิ่มขึ้นเท่าไร โดยพิจารณาจาก

๑. พิจารณาจากภาพถ่ายรังสี เพื่อพิจารณา อัตราส่วนของตัวฟันและรากฟัน ดูว่ามีสัดส่วนที่เหมาะสมหรือไม่ (Ideal C:R ratio คือ ๑ : ๒) โดยควรมี อัตราส่วนของตัวฟันและรากฟัน อย่างน้อย ๑ : ๑ จึงจะเหมาะสมต่อการบูรณะ

๒. กำหนดตำแหน่ง ขอบฟัน หรือรอยต่อวัสดุบูรณะในอนาคต เพื่อใช้เป็น ตำแหน่งอ้างอิงของ biologic width โดย Garguilo และคณะ ได้ศึกษาพบว่าความกว้างเฉลี่ยของ dentogingival junction มีค่าเท่ากับ ๒.๐๔ มม. ประกอบด้วย epithelial attachment ๐.๙๗ มม. และ connective tissue attachment ๑.๐๗ มม. ซึ่งเมื่อได้ตำแหน่งที่ต้องการแล้วต้องเพิ่มระยะ biologic width อีกประมาณ ๓ มม. ด้วย

๓. พิจารณาความกว้างของเหงือกเคอราทินว่ามีเพียงพอหรือไม่ แนะนำว่าควรมีเหงือกยึดอย่างน้อย ๓ มม. ในกรณีที่จะบูรณะใต้ขอบเหงือก หากพิจารณาแล้วว่าไม่พอ อาจพิจารณาทำร่นแผ่นเหงือก ดังภาพ

๔. ลักษณะกายวิภาคของฟัน โดยเฉพาะในฟันหลายรากที่มี Root trunk สั้นจะเป็นข้อจำกัดในการทำผ่าตัดร่นเหงือก ดังภาพ

๕. ลักษณะของเหงือก โดยภายหลังการผ่าตัดมักพบว่าเกิดเหงือกร่นกลุ่มเหงือกบางได้มากกว่า กลุ่มเหงือกหนารวมถึงพบการดันของเหงือกได้มากในกลุ่มเหงือกหนา ดังนั้นในการผ่าตัดร่นเหงือกในผู้ป่วยกลุ่ม เหงือกหนาอาจพิจารณารอกระดูกเพื่อให้อาการดีขึ้นกว่าระยะที่ต้องการปกติเล็กน้อย

เทคนิคการผ่าตัดร่นเหงือก

Allen ได้แบ่งเทคนิคในการผ่าตัดร่นเหงือก สามารถได้เป็น ๓ ประเภท ดังนี้

๑. Gingivectomy มักใช้ในกรณี เหงือกที่โตมีขนาดใหญ่มาก ไม่สวยงาม โดยวิธีการทำการลง External beveled incision ที่บริเวณใกล้ต่อ MGJ โดยมีทิศทาง Coronally เข้าตัวฟัน การทำวิธีนี้จะทำให้มีการหายของแผลแบบ secondary healing

๒. Flap Surgery เป็นการทำให้ internal beveled gingivectomy โดยการลง scalloped incision และ Sulcular incision และกำจัด tissue collar ออก ในกรณีที่มีเหงือกไม่เพียงพออาจพิจารณา ลงเฉพาะ Sulcular incision โดยเปิดเป็น mucoperiosteal flap และร่น เหงือกมาทาง apical แล้วเย็บปิดที่ตำแหน่งใหม่ (ระดับต่ำกว่าตำแหน่งเดิม)

๓. Flap with osseous surgery

ทำเพื่อลดระดับเหงือกและกระดูกที่รองรับลงไป เพื่อช่วยให้สามารถบูรณะฟันได้โดยไม่รบกวน biologic width ทำโดยการเปิด mucoperiosteal flap และทำ ostectomy ให้ได้ความสูงของตัวฟันที่ต้องการ และ osteoplasty ให้ได้ physiologic contour ด้วย Rotary instrument และ chisel รวมถึงมีการกำจัดส่วน thick margin, bony ledge, exostoses ออก เพื่อให้ง่ายต่อการ apically positioned flap

การผ่าตัดร่นเหงือกเพื่อความสวยงาม

ภาวะยัมเห็นเหงือก เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนไข้มารับการรักษากการผ่าตัดร่นเหงือกเพื่อความสวยงาม สิ่งที่ต้องทราบก่อนให้การรักษาคือ สาเหตุของการยัมเห็นเหงือก จากการศึกษาของ Camargo และคณะ ในปี ๒๐๐๗ ได้อธิบายสาเหตุ การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาภาวะยัมเห็นเหงือก ในกรณีที่ไม่ต้องบูรณะฟันไว้ดังนี้

๑. ระยะมิติตั้งขากรรไกรบนมากเกินไป พิจารณาทำการจัดฟัน หากผู้ป่วยมีโครงสร้างใบหน้า (skeletal classification) ผิดปกติ อาจทำร่วมกับ การผ่าตัดกระดูกขากรรไกร

๒. ริมฝีปากบนสั้น พิจารณาทำผ่าตัดเลื่อนตำแหน่งริมฝีปากบน

๓. Altered/delayed passive eruption พิจารณา ทำศัลยกรรมปริทันต์

ซึ่งจากการศึกษาของ Kao และคณะ ได้ให้การวินิจฉัยโดยพิจารณาจาก ๒ ปัจจัย ดังนี้

๑. Attached gingiva(AG) - crown relationship

Type I ขอบเหงือกอยู่ Coronal ต่อ CEJ ร่วมกับมีความกว้างของเหงือกยึดมากกว่าปกติ การรักษาสามารถทำการตัดเหงือกได้

Type II ขอบเหงือกอยู่ Coronal ต่อ CEJ ร่วมกับมีความกว้างของเหงือกยึดปกติ การรักษาทำการร่นแผ่นเหงือกเพื่อ รักษาปริมาณเหงือกยึด

๒. Alveolar crest - CEJ relationship

Subgroup A ระดับ Alveolar crest อยู่ Apical ต่อ CEJ ๑.๕ - ๒ มม. ในกรณีนี้ไม่จำเป็นต้องทำการกรอตัดกระดูก

Subgroup B ระดับ Alveolar crest อยู่ที่ตำแหน่ง CEJ จำเป็นต้องทำการกรอตัดกระดูกร่วมด้วย เพื่อสร้างพื้นที่สำหรับ Biologic width ประมาณ ๓ มม.

เมื่อพิจารณาปัจจัยข้างต้นแล้วจะได้แนวทางการทำ การผ่าตัดร่นเหงือกเพื่อความสวยงาม ดังนี้

Gingival width& Alveolar crest location	Category	Treatment
Wide zone of AG(>1.5-2 mm) apical to CEJ	Type I-A	Gingivectomy with gingivoplasty
Wide zone of AG at CEJ	Type I-B	Gingivectomy with osseous resective surgery
Normal zone of AG apical to CEJ	Type II-A	Apically positioned flap.
Normal zone of AG at CEJ	Type II-B	Flap with Osseous resective surgery

นอกจากนี้ Chiche ได้เสนอหลักในการประเมินความสวยงามบริเวณฟันหน้า โดยทำ Esthetic analysis โดยมีหลักการพอสังเขปดังนี้

๑. Smile line ลักษณะของ Smile line ที่อาจพบได้คือ Convex, Flat และ Concave ร่วมกับรูปร่างของริมฝีปากล่าง

๒. Incisal profile โดยความสัมพันธ์กับริมฝีปากล่าง ขณะทำ "F" และ "V" sound ปลายฟันควรอยู่ที่ Vermillion border ของ ริมฝีปากล่าง และวัดมุมระหว่าง Incisal third ของ Central incisor กับ Posterior maxillary occlusal plane หากปกติ ควรได้เป็นมุมฉาก

๓. Incisal length วัดปลายฟันที่มองเห็น โดยปกติในขณะที่พัก ผู้หญิงจะมีปลายฟันที่เห็นได้ประมาณ ๒ - ๔.๕ มม. และในผู้ชายเท่ากับ ๑ - ๓ มม.

๔. Proportions of central incisors ควรให้มีสัดส่วนความกว้างต่อความยาวของฟัน Central incisors ประมาณ ๗๕-๘๐%

๕. Tooth-to-tooth proportion สัดส่วนของฟันปกติ Central incisor จะกว้างมากกว่า Lateral Incisor ประมาณ ๖๐% ในขณะที่ Lateral incisors จะกว้างมากกว่า Mesial part ของ Canine ๖๐%

๖. Gingival outline ดูความสมมาตรในสองข้าง ดูขอบเหงือกของฟัน โดยปกติ ขอบเหงือกของฟัน lateral incisor ควรอยู่ coronal ต่อ ขอบเหงือกของฟัน ของฟัน central incisor และ canine ๑ - ๑.๕ มม. และดูความสัมพันธ์กับริมฝีปากบน โดย gingival outline ควรคล้องตามเส้นแนวริมฝีปากบน

๗. Desired fullness ประเมิน Buccal corridor ขณะยิ้ม จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยเพื่อทราบความต้องการของผู้ป่วยและ ข้อจำกัดของการรักษา

ผลลัพธ์ของการผ่าตัดร่นเหงือก

ในแง่ของ Functional crown lengthening ผลที่ได้ คือมี ความยาวซี่ฟันสูงมากขึ้นทำให้การยึดอยู่ สำหรับการบูรณะฟันเพิ่มขึ้น เพิ่มความสะดวกในการเข้ากำจัดรอยฝุ่ จับ Clamp ในงานรักษาคลองรากฟัน Tooth preparation และ Final impression ในบริเวณที่ต้องการวางขอบวัสดุบูรณะไว้ได้เหงือกได้ดีขึ้น ในแง่ของการผ่าตัดร่นเหงือกเพื่อช่วยเพิ่มความสวยงาม เพิ่มความสูงของตัวฟัน จาก Delayed passive eruption ลดสัดส่วนของเหงือกใน ภาวะยิ้มเห็นเหงือกเยอะ

จากการศึกษาของ Bragger และคณะในปี ๑๙๙๒ ได้ติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของระดับเนื้อเยื่อปริทันต์ ภายหลังการผ่าตัดร่นเหงือก ในฟัน ๔๓ ซี่ระยะเวลา ๖ เดือน พบว่าส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของขอบเหงือกไม่เกิน ± 1 mm และ ๑๒% เกิดเหงือกร่น ๒ - ๔ มม. ในช่วง ๖ สัปดาห์ถึง ๖ เดือน จากการศึกษาของ Pontoriero และคณะในปี ๒๐๐๑ พบว่าในการร่นแผ่นเหงือกร่วมกับการกรอกระดูก ถ้าขอบของแผ่นเหงือก มาปิดในระดับพอดีกับ สันกระดูก จะเกิด Vertical gain ของ Soft tissue ประมาณ ๓ มม. แต่ถ้าระดับของแผ่นเหงือก ปิดอยู่เหนือต่อสันกระดูก จะเกิด Vertical gain น้อยกว่า ในกรณีที่ต้องการบูรณะฟันดังกล่าวต่อ โดยเฉพาะบริเวณที่ต้องการความสวยงาม ควรรอประมาณ ๖ เดือนจึงค่อยทำ Final preparation และ Final impression

จากการศึกษาของ Wise ที่ระบุว่า การบูรณะฟันควรรอหลังการผ่าตัดร่นเหงือก ประมาณ ๓ - ๖ เดือน เนื่องจาก เนื้อเยื่ออ่อนจะเกิดการหดตัวทำให้ระดับของขอบเหงือกร่นลงไปมากขึ้น อย่างไรก็ตามการทำ Tooth preparation เหนือหรือพอดีขอบเหงือกไม่ได้มีผลต่อขอบเหงือกแต่อย่างใด และไม่อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการความสวยงามอาจไม่ต้องรอนานถึง ๖ เดือน แต่กรณีที่อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการความสวยงาม การผ่าตัดมี

การกำจัดกระดูกออกไปมาก เปิดแผ่นเหงือก เป็นบริเวณกว้างหรือเนื้อเยื่อได้รับอันตรายมากอาจรอนานขึ้น ประมาณ ๓ เดือน เพื่อติดตามระดับของเนื้อเยื่ออ่อนภายหลังทำ

การจัดการเนื้อเยื่อรอบรากเทียม

การวางแผนการรักษารากเทียมในบริเวณฟันหน้า นั้นอย่างแรกที่ต้องมีคือการ มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง ชีววิทยาเนื้อเยื่อ โดยต้องเข้าใจถึง biologic width ของรากเทียมเพื่อที่จะเห็นภาพถึงธรรมชาติของ รากเทียมที่จะฝังในขากรรไกรได้ และต้องทราบเกี่ยวกับวิธีในการประเมินรากเทียมเบื้องต้น

ความคาดหวังของผู้ป่วย

ในผู้ป่วยที่มีความคาดหวังสูง ในบางครั้งประเมินแล้วอาจไม่ได้ผลการรักษาตามที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ ควรมีการแจ้ง และทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยทราบและยอมรับก่อนการรักษา เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังการรักษา

ระดับปริมาตรฟัน

จะสัมพันธ์กับการมองเห็นฟัน ขณะที่ผู้ป่วยเคี้ยว พูด หรือยิ้ม ซึ่งแบ่งได้ ๓ ระดับคือ ต่ำ, กลาง และ สูง โดย ระดับสูง จะมีความเสี่ยงต่อความสวยงามมากที่สุดเนื่องจากสามารถเห็นตัวฟันทั้งหมด รวมถึงเหงือกโดยรอบด้วย แต่กรณีผู้ป่วยเป็นระดับต่ำ จะเห็นฟันหน้าเพียงบางส่วน (<๗๕%) ทำให้ช่วยลดปัญหาเรื่องความสวยงามของฟันหน้าลงไปได้

ชนิดของเนื้อเยื่อ

สามารถแบ่งได้ ๓ ระดับ คือ หนา ปานกลาง และบาง การมีเหงือกที่หนาจะช่วยต้านทานต่อการเกิดเหงือกร่นได้มากกว่า และยังช่วยปิดสีของโลหะของรากเทียม รวมถึงส่วนของโลหะอื่น ๆ ที่อยู่ใต้เหงือกได้ ในทางกลับกันหากผู้ป่วยมีเหงือกที่เหงือกบาง จะมีความเสี่ยงสูงต่อ ความสวยงาม เนื่องจากเกิดเหงือกร่นได้ง่ายกว่า อาจทำให้เห็นลักษณะของช่องว่างสีดำระหว่างฟันได้ในบริเวณซอกของฟันหน้า

รูปร่างของฟัน

หากมีลักษณะรูปร่างของฟันเป็นสามเหลี่ยมบ่อยครั้งมักพบร่วมกับบริเวณประชิดของฟัน จะอยู่ค่อนข้างไปทางปลายฟัน ทำให้ง่ายต่อการร่นของเหงือกบริเวณซอกฟัน ขณะที่ฟันที่เป็นสี่เหลี่ยม จะมีบริเวณประชิดของฟันที่ยาวในแนวปลายฟันคอฟันมากกว่าและอยู่ค่อนข้างไปทางคอฟันกว่าช่วยแก้ไขช่องว่างสีดำระหว่างฟันได้

ระดับกระดูกของฟันด้านประชิด

โดยระดับกระดูกของฟันข้างเคียงมีผลต่อเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันมีหากระยะบริเวณประชิดของฟันห่างจากกระดูก ๓ - ๕ มม. จะสามารถเกิดเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันปิดที่บริเวณซอกได้เต็ม โดยไม่ปรากฏ ช่องว่างสีดำระหว่างฟันแต่หากระยะบริเวณประชิดของฟันห่างจากกระดูก ๖ มม. จะพบว่าเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันปิดที่บริเวณซอกฟันได้แค่ ๕๕% ยิ่งไปกว่านั้นหากระยะ บริเวณประชิดของฟันห่างจากกระดูกตั้งแต่ ๗ มม. ขึ้นไป จะมีเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันที่บริเวณซอกฟันได้แค่ ๒๕% เท่านั้น

การบูรณะของฟันข้างเคียง

การมีฟันข้างเคียงที่มีขอบของวัสดุอุดอยู่ใต้เหงือกอาจทำให้เกิดเหงือกร่นภายหลังการฝังรากเทียมได้ ซึ่งอาจพิจารณาทำการป้องกันการเกิดเหงือกร่นโดยการปรับเปลี่ยนแนวการลง กอมีดผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดเหงือกร่นตามมาได้

ความกว้างของสันเหงือก

โดยผลสำเร็จในการรักษาของการฝังรากเทียม ๑ ตัวจะมากกว่าการฝังรากเทียมตั้งแต่ ๒ ตัวขึ้นไป โดยต้องมีระยะห่างจากฟันธรรมชาติข้างเคียงในแนวใกล้กลางไกลกลางอย่างน้อย ๑.๕ มม. ด้วย

ลักษณะเนื้อเยื่ออ่อน

โดยการมี รอบวิธีการที่เนื้อเยื่ออ่อนจะมีผลต่อความสวยงามโดยตรง จำเป็นต้องมีการทำ
ปลูกเหงือกก่อนหรือร่วมกับการฝังรากเทียม

ลักษณะกระดูกที่จะฝังรากเทียม

การทำการปลูกกระดูกในแนวนอน จัดอยู่ในความเสี่ยงระดับกลาง เนื่องจากเป็นวิธีที่มีโอกาส
สำเร็จสูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ ขณะที่ การมีการปลูกกระดูกในแนวตั้ง จัดอยู่ในกลุ่ม
เสี่ยงสูงเนื่องจากทำยากกว่าและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการร่นของเหงือกสูง

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

พัฒนาความรู้เฉพาะทางด้านการผ่าตัดเหงือก

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

เพิ่มขีดความสามารถด้านการผ่าตัดเหงือก

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

การผ่าตัดเหงือกกร่นเหงือก เป็นกุญแจสำคัญต่อความสำเร็จของการบูรณะฟัน

ให้ประสบความสำเร็จ และสามารถดูแลได้ในระยะยาว

ส่วนที่ ๓

ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

แนวทางการผ่าตัดร่นเหงือกที่มีประสิทธิภาพ

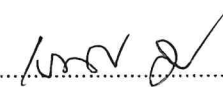
๓.๒ การพัฒนา

พัฒนาวิธีและแนวทางการผ่าตัดร่นเหงือก เพื่อการบูรณะฟันที่ดีมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๔

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

พัฒนาวิธีและแนวทางการผ่าตัดเหงือก จะนำไปสู่ผลสำเร็จของการรักษาปริทันต์ในระยะยาว

ลงชื่อ..... .....ผู้รายงาน

(นายเรืองยศ จุฑาหะวงค์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ส่วนที่ ๕

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ..... .....

(นายขจร อินทรบุหรั่น)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

Comprehensive Perio-Prosth Multidisciplinary: From Bone to Restorations

ข้อบ่งชี้การผ่าตัดร่นเหงือก

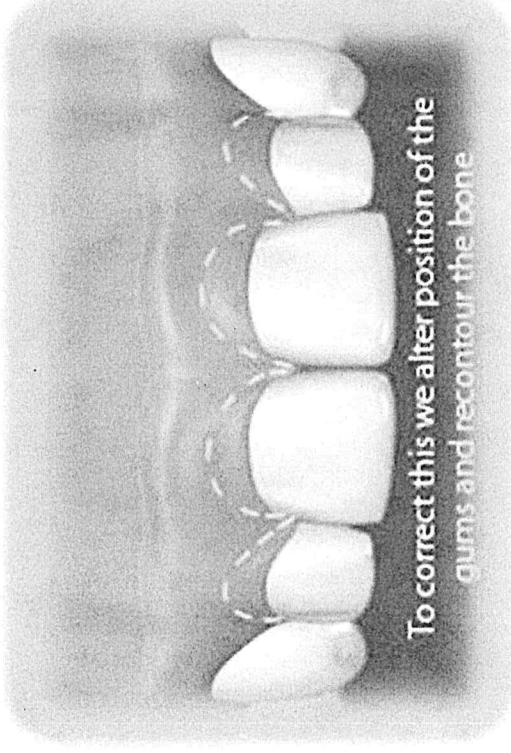
- รอยผุหรือแตกลงไปใต้เหงือก
- รุทระดูจากการรักษาโรคฟัน
- ฟันที่มีความสูงไม่เพียงพอที่จะบูรณะด้วยครอบฟัน
- ภาวะยิ้มเห็นเหงือกเยอะ

ข้อพิจารณาการผ่าตัดร่นเหงือกของงานปริทันต์และทันตกรรมประดิษฐ์

- อัตราส่วนของตัวฟันและรากฟัน
- ตำแหน่ง ขอบฟัน หรือรอยต่อวัสดุบูรณะในอนาคคต
- ความกว้างของเหงือกเคอราทิน
- ลักษณะกายวิภาคของฟัน
- ลักษณะของเหงือก

การนำไปใช้ประโยชน์

- นำความรู้ที่ได้มาใช้สอนบุคลากรในกลุ่มงานทันตกรรม
- นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์กับงานทันตกรรมสหสาขาอื่นในคลินิก



โดย ทพ. เรืองยศ จุลาหะวงค์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน