

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๑๕๒๔ ลงวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๕

ซึ่งข้าพเจ้า (๑) นางสาวปิยมน เครือหงส์

ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สังกัด กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กทม.

(๒) นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กทม.

(๓) นางสาวนุติ เอื้ออิทธิพร

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กทม.

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ

หลักสูตรประชุมวิชาการ ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๕ และการประชุมวิชาการครั้งที่ ๑๑๔ (๒/๒๕๖๕)

ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ จัดโดย ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ณ ห้องบางกอกคอนเวนชัน

เซ็นเตอร์ ชั้น ๒๒ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร

จัดโดยทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อย

บาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ

๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน

๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว

เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น

(นางสาวปิยมน เครือหงส์)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

(นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(นางสาวนุติ เอื้ออิทธิพร)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวปิยมน เครือหงส์.....
อายุ ๕๑ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปริทันตวิทยา.....
- ๑.๒.๑ ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)
๑. ตรวจ วินิจฉัย รักษา และพยากรณ์โรคหรือความผิดปกติในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
๒. รับปรึกษาและตรวจรักษาผู้ป่วยปริทันต์ ที่ส่งปรึกษามาจากแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
- ๑.๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา.....
อายุ ๔๘ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน วิทยาเอนโดดอนท์.....
- ๑.๒.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)
๑. ตรวจ วินิจฉัย รักษา และพยากรณ์โรคหรือความผิดปกติในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
๒. รับปรึกษาและตรวจรักษาผู้ป่วยด้านงานเอนโดดอนติกส์ ที่ส่งปรึกษามาจากแผนกต่าง ๆ
.....ในโรงพยาบาล
- ๑.๑.๓ ชื่อ - นามสกุล นางสาวนุติ เอื้ออิทธิพร.....
อายุ ๔๓ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทันตกรรมประดิษฐ์.....
- ๑.๒.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)
๑. ตรวจ วินิจฉัย รักษา และพยากรณ์โรคหรือความผิดปกติในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
๒. รับปรึกษาและตรวจรักษาผู้ป่วยด้านงานทันตกรรมประดิษฐ์ ที่ส่งปรึกษามาจากแผนกต่าง ๆ
.....ในโรงพยาบาล
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๕ และการประชุมวิชาการ ครั้งที่ ๑๑๔
(๒/๒๕๖๕) ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท
ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์
แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผิกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ทันตกรรมด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาขยายงานด้านการให้บริการผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นและสามารถนำมาเผยแพร่ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย และเป็นการเตรียมการรองรับการขยายตัวของโรงพยาบาลในอนาคต

๒.๒ เนื้อหา

วันพุธที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

Undeniable FACTS We Should Know about TMD and OSA (รศ.ทพ.ดร.สมศักดิ์ โมตรีรัตนกุล, ผศ.ทญ.สุนี พงศ์โรจน์เผ่า, ผศ.ทพ.รัช อธิธิกุล, อ.ทญ.ดร.นามรัฐ ฉัตรไชยยันต์, อ.ทพ.ดร.ชูเกียรติ วชิรลาภไพฑูริย์ และ อ.ทญ.ดร.ณัฐกานต์ ฮ่อศิริลักษณ์)

ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร หรือ Temporomandibular Disorders (TMD) คือกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย

- อาการปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร หรือหน้าไบหู
- ปวดกล้ามเนื้อขากรรไกร
- เจ็บปวดในข้อต่อขากรรไกรเมื่อกัดอาหาร
- มีเสียงดังคลิก (Clicking) หรือดังกึกกัก ขณะอ้าปากและหุบปาก
- ขากรรไกรค้าง ขณะอ้าปากกว้างๆ หัวเราะหรือหาวนอน
- อ้าปากได้น้อยลง
- อ้าปากตรงๆไม่ได้ ขากรรไกรล่างจะเคลื่อนไปด้านข้าง
- ปวดศีรษะ ต้นคอ และไหล่หลายรายอาจปวดลงมาถึงกล้ามเนื้อหลัง
- มีเสียงหวีดในหู หูอื้อ ไปพบแพทย์เฉพาะทางแล้วตรวจไม่พบความผิดปกติในหู
- ปวดศีรษะบ่อยๆ

TMD เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยมากมักเกิดจากการสบฟันที่ผิดปกติ การสบกระแทกและไม่พร้อมกัน นอนกัดฟัน เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณศีรษะและใบหน้า โรคข้อเสื่อม (Degenerative Arthritis) ความเครียด เป็นต้น

ภาวะนอนกรนที่เกิดจากการหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea: OSA) เป็นภาวะที่ระบบทางเดินหายใจส่วนต้นมีการตีบแคบลง ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากกายวิภาคของกล้ามเนื้อในช่องคอที่ตีบแคบหรือ ลิ้นตกไปปิดทางเดินหายใจส่วนต้นโดยเฉพาะขณะหลับ ออกซิเจนไม่สามารถเข้าสู่ปอดไปเลี้ยงร่างกายได้ คนไข้จะมีภาวะตื่นบ่อย (arousals) ออกซิเจนต่ำ มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ อาการที่พบ ได้แก่ กรนหยุดหายใจขณะหลับ หายใจเฮือก หลับไม่สนิท ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน อาจส่งผลต่อภาวะความผิดปกติของหัวใจและความดันโลหิตได้ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศชาย อายุ โรคอ้วน รอบคอกที่กว้าง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การรับประทานยานอนหลับ โรคภูมิแพ้ หรือความผิดปกติในช่องจมูก

การนอนกัดฟัน (Sleep Bruxism) เป็นความผิดปกติของการเคลื่อนไหวขณะนอนหลับ (Sleep disorderd movement) ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด พบว่าร้อยละ ๘๐ เกี่ยวข้องกับการตื่นตัวของสมองขณะนอนหลับ ความเครียด กรรมพันธุ์และ OSA

ข้อบ่งชี้ในการใช้ฝือกสบฟัน (occlusal splint)

- ขจัดความเจ็บปวด และความรู้สึกไม่สบายที่เกิดกับผู้ป่วย TMD
- ป้องกันฟันสึกจากการนอนกัดฟัน
- ควบคุมภัยอันตรายจากการบดเคี้ยว (Trauma from occlusion) ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว
- ช่วยยึดฟันที่โยกให้อยู่กับที่

Myofascial Release x Yoga จบทุกเจ็บ ที่คาดไม่ถึง (ทพ.สมศุทธ์ หมั่นเพียรกร)

ทันตแพทย์มีการนั่งทำงานเคลื่อนไหวอย่างจำกัดหรือนั่งทำท่าทางซ้ำๆกัน เช่น ในท่าที่ศีรษะยื่นไปข้างหน้าและไม่อยู่ในระนาบเดียวกับกระดูกสันหลัง จะทำให้กล้ามเนื้อคอด้านข้างตึงเกร็งไปกดทับหลอดเลือดและเส้นประสาทที่พาดผ่านช่องเปิดบริเวณอกที่ไปเลี้ยงที่มือ ทำให้รู้สึกปวด ชา หรืออาการไม่สบายอื่นๆที่คอ ร้าวลามบ่าลงมาถึงไหล่ แขน ถึงมือและปลายนิ้ว คืออาการ Repetitive stress injuries การใช้งานซ้ำๆ ในขณะที่กล้ามเนื้อด้านตรงข้ามแทบไม่ได้ใช้งานทำให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกายโดยเฉพาะ Myofascial ด้านหน้าของร่างกายเกิดการบาดเจ็บและปวดได้ การนำศาสตร์โยคะมาใช้ในระหว่างการทำงาน โดยประโยชน์ของโยคะคือ

๑. Release tension : คลายความตึงของกล้ามเนื้อ
๒. Active stretch : การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
๓. Strengthen : การเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ
๔. Endurance : ความทนอึดของร่างกาย
๕. Breathing : เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหายใจ
๖. Relaxation : ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ

แม้เราจะนั่งบนเก้าอี้ทำฟัน ก็ควรเปลี่ยนอิริยาบถขณะรอผู้ช่วยทันตแพทย์พาคนไข้ไปเอกซเรย์ ด้วยทำโยคะพื้นฐานแบบง่ายๆคือ ๑. ท่าเงยคอ-ก้มคอ ๒. ท่าหันคอซ้าย-ขวา ๓. ท่าเอียงคอซ้าย-ขวา ๔. ท่ายกไหล่ ๒ ข้าง ๕. ท่ายกไหล่ทีละข้าง ๖. ท่ายืดกระดูกสันหลัง ๗. การบริหารข้อมือ ๘. ท่าบิดตัวไปด้านซ้าย - ขวา เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของระยางค์ร่างกายและขยับแกนกลางกระดูกสันหลัง ในชีวิตประจำวันควรขยับบ่อยๆ เอาที่สะดวกให้เกิด proprioception เกิด synapse ในสมองใหม่ๆ เพื่อให้เกิด good posture จบทุกเจ็บ ที่คาดไม่ถึง

Technique in Dental Extraction, Alveolar Bone Contouring and Wound

Complication Management (ผศ.ทพ. สุรกิจ วิสุทธิวัฒนาการ)

หัตถการศัลยกรรมพื้นฐานที่ทันตแพทย์ปฏิบัติได้ทั่วไป คือ การถอนฟัน ซึ่งหลายกรณีอาจมีความยาก ซับซ้อน ต้องใช้ความสามารถส่วนบุคคล เครื่องมือเฉพาะ รวมถึงกระบวนการที่เรียงลำดับจากเริ่มต้นถึงซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้สามารถกำจัดฟันที่ต้องการถอนออกอย่างสมบูรณ์ กระดูกเบ้าฟันไม่ถูกทำลายและเสียหาย ไม่เกิดผลกระทบต่อฟันและอวัยวะข้างเคียง รวมถึงผู้ป่วย ได้รับการถอนฟัน อย่างปลอดภัยไร้ความเจ็บปวด ทั้งในระหว่างปฏิบัติงานและสิ้นสุดการถอนฟัน ภายหลังการถอนฟันอาจเกิดลักษณะกระดูกที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการใส่ชิ้นงานทันตกรรมประดิษฐ์ ที่เกิดจากรูปร่างกระดูกเบ้าฟันที่เปลี่ยนแปลงไปหลังถอนฟัน เช่น ปุ่มกระดูกแหลมจากขอบเบ้าฟันหลังถอนฟัน เนื้อเยื่ออ่อนได้รับการบาดเจ็บ สูญเสีย รวมถึงกรณีที่มีปัญหาต่อการฝังรากเทียม หากจัดการตกแต่งกระดูกเบ้าฟันให้ได้รูปร่างที่เหมาะสม สามารถทำให้มีการใส่ชิ้นงานทันตกรรมประดิษฐ์ หรือการฝังรากเทียมได้ราบรื่น ดังนั้นพื้นฐานที่ทันตแพทย์ควรทราบมีดังนี้

๑. Basic socket wound healing following dental extraction : ลักษณะการหายของแผลกระดูกเบ้าฟัน ระยะเวลาหลังถอนฟันที่จะใส่ชิ้นงาน และ ระยะเวลาหลังถอนฟันที่จะฝังรากเทียม

- ๒ .Problematic socket wound healing : การจัดการปัญหาการหายของแผลกระดูกเบ้าฟัน
๓. Indication of tooth extraction : ข้อบ่งชี้ในการถอนฟัน
๔. Review anatomy of tooth and jaw relative to dental extraction difficulties : ลักษณะของฟันที่ถอนยากจากภาพรังสีและขณะการใช้เครื่องมือในการขณะถอนฟัน
๕. Dental extraction instrument : เครื่องมือในการถอนฟัน
๖. Extraction procedure: กระบวนการที่สำคัญในการถอนฟัน
๗. Root fracture removal : การจัดการกับรากที่หัก
๘. Socket wound management : การจัดการกระดูกเบ้าฟันที่มีปัญหา
๙. Dental extraction in vestibular space infection case : การติดเชื้อพื้นฐานบริเวณใบหน้า
๑๐. Oroantral communication (OAC) : การจัดการช่องทะลุระหว่างกระดูกเบ้าฟันกับโพรงอากาศ
๑๑. Medication related to dental extraction : ยาที่เกี่ยวข้องกับการถอนฟัน

ปัจจุบันภาวะกระดูกตายหลังการถอนฟันเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาต้านกระดูกพรุนทั้งแบบรับประทานและฉีดมากขึ้น ทันตแพทย์ควรซักประวัติและให้ข้อมูล การปรึกษาแพทย์ก่อนการถอนฟัน เพื่อเตรียมวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังถอนฟันให้ปลอดภัยมากที่สุด

วันพฤหัสบดีที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

ปัญหาตานำรู้สู่หมอฟัน (รศ.นพ.ณัฐวุฒิ รอดอนันต์, รศ.นพ.ธรรมบุญ สุรชาติกำจรกุล และรศ.ทพ.พีรศุขม รอดอนันต์)

ความผิดปกติของตาประเภทต่างๆ

๑. ความผิดปกติของตา ตั้งแต่กำเนิด ถึง วัยก่อนเรียน (Congenital – Preschool)

๑.๑ Leukocoria : รูม่านตาสีขาวในเด็ก

๑.๒ Squint, Strabismus : ตาเข ตาเหล่

๑.๓ Amblyopia : ตาขี้เกียจ

๒. สายตาคิดปกติ (School – Working – Retirement)

๒.๑ Refractive error : สายตาสั้น ยาว เอียง

๒.๒ Presbyopia : สายตายาวในผู้สูงอายุ กำลังการเพ่งลดลง

๒.๓ Cataract : ต้อกระจก เลนส์ตาเปลี่ยนแปลง

การแก้ไขสายตาเปลี่ยนแปลง

- แว่น คอนแทกเลนส์ เลเซอร์แก้ไขสายตา (RELEX, LASIK) ผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม

๓. อาการทางตาจากการใช้สายตา

๓.๑ Asthenopia (eye strain, fatigue) : เมื่อยตา ล้า ปวด

๓.๒ Dry eye, Eye irritation : ตาแห้ง ระคายเคืองตา

๔. ต้อหิน (Glaucoma) ความดันตาและลานสายตาคิดปกติ

ความผิดปกติของตามีสาเหตุจาก

๑. วัณตาเสื่อม (Vitreous Degeneration)

๒. จอตานึกขาด (Retinal break) จอตาลอก (Retinal detachment)

- (Floater, Flashing, Visual Field defect)

๓. จุดภาพชัดเสื่อม (Macular diseases)

- Amsler grid

- การตรวจและประเมิน Retina and Macular

- เยื่อพังผืดที่จุดภาพชัด (Expirretinal membrane)
- จุดภาพชัดเป็นรู (Macular hole)
- จุดภาพชัดเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age related macular degeneration)

๔. โรคตาที่สัมพันธ์กับโรคประจำตัว DM, HT, DLP

- Diabetic retinopathy
- Retinal vascular occlusion

ข้อดีของการใช้ AI ในงาน DR screening

- ลดระยะเวลาการคอยของผู้ป่วย ในการนัดหมายตรวจตา รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจลดลง
- ลดการใช้ทรัพยากรจักษุแพทย์ ในการคัดกรอง (no refer ๖๐ %)
- สามารถลดอัตราการขยายม่านตาได้ ๘๐ % (รวดเร็วขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อน)
- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลทั้งภาพ และข้อมูลอื่นๆ ให้เป็นระบบมากขึ้น รวมถึงสามารถพัฒนาการให้ความรู้ ประเมินความเสี่ยงให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้
- มีประโยชน์ในยุค Covid ลดการ contact ใกล้ชิด ลด contact time

แนวทางการตรวจตาในผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวาน type I ตรวจตา ๓ - ๕ ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

เบาหวาน type II ตรวจตาเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

เบาหวานในหญิงมีครรภ์ ตรวจตาในช่วงตั้งครรภ์ ๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์

เบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดที่เรตินาหรือจอตาได้รับความเสียหายจากน้ำตาลอุดตัน และเลือดไม่สามารถไหลเวียนได้ตามปกติ ในช่วงแรกอาจไม่พบอาการหรืออาจมองเห็นผิดปกติเพียงเล็กน้อย แต่หากมีอาการรุนแรง แล้วปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ในที่สุด

อาการของเบาหวานขึ้นตา ระยะแรกอาจไม่พบอาการหรือความผิดปกติใดๆ แต่เมื่อมีความรุนแรงมากขึ้น อาจพบอาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นได้ เช่น มองเห็นจุดหรือเส้นสีดำคล้ายหยากไย่ลอยไปตามัว วิสัยทัศน์การมองเห็นแย่ง สายตาไม่คงที่ แยกแยะสีได้ยากขึ้น หรือสูญเสียการมองเห็น เป็นต้น

ภาวะเบาหวานขึ้นตา แบ่งเป็น ๒ ชนิด

๑. เบาหวานขึ้นตาระยะเริ่มแรก หรือระยะที่ยังไม่มีเส้นเลือดเกิดใหม่ (Nonproliferative Diabetic Retinopathy : NPDR) ระยะที่ผนังของเส้นเลือดที่จอตาไม่แข็งแรง ส่งผลให้เส้นเลือดโป่งขึ้น อาจทำให้เลือดหรือของเหลวรั่วออกมาในจอตา และเส้นเลือดใหญ่ที่จอตาเริ่มขยายตัวใหญ่ขึ้น เส้นใยประสาทของจอตาและจุดภาพชัด (Macula) อาจเริ่มมีอาการบวม ในระยะเริ่มแรกอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่หากมีการอุดตันของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมากขึ้น อาจทำให้มีอาการรุนแรงได้

๒. เบาหวานขึ้นตาระยะก้าวหน้า หรือระยะที่มีเส้นเลือดเกิดใหม่ (Proliferative Diabetic Retinopathy : PDR) เป็นระยะที่เส้นเลือดเกิดการอุดตันจนเลือดไม่สามารถไหลเวียนได้ตามปกติ ทำให้เกิดการสร้างเส้นเลือดขึ้นใหม่ ซึ่งเส้นเลือดที่สร้างขึ้นใหม่อาจไม่ได้พัฒนาอย่างเหมาะสม ทำให้มีเลือดรั่วซึมออกมาที่บริเวณขั้วตา อาจทำให้เกิดแผลเป็น ซึ่งเป็นสาเหตุให้จอตาลอกออกจากด้านหลังของดวงตาและหากเส้นเลือดใหม่ไปขัดขวางการระบายน้ำออกจากลูกตา จะทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้น เกิดความเสียหายต่อเส้นประสาทที่ส่งภาพจากดวงตาไปสมองและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต้อหินได้

การรักษาเบาหวานขึ้นตา

- การรักษาเบาหวานขึ้นตาระยะเริ่มแรก : ควบคุมระดับน้ำตาล และติดตามอาการ

- การรักษาด้วยเลเซอร์ : Focal laser, Scatter laser
- การผ่าตัดวุ้นตา (Vitrectomy)

แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในประเทศไทย (รศ.ทญ.ดร.ศิริลักษณ์ นครชัย, ผศ.ทญ.พรทิพย์ ผจงวิริยาทร และ ผศ.ทญ.ดร.ศิริพร ส่งศิริระดับบุญ)

การนำเสนอนี้จะครอบคลุมการใช้ฟลูออไรด์ทั้ง ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑. ฟลูออไรด์สำหรับใช้ที่บ้าน (Home-use Fluoride)

๑.๑ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (Fluoride Toothpaste)

ฟันซี่แรกถึงอายุต่ำกว่า ๓ ปี

ความเสี่ยงฟันผุต่ำ-สูง ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑๐๐๐ ppm ขนาดเท่าเม็ดข้าวสาร

ความเสี่ยงฟันผุสูงมาก ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑๔๐๐ -๑๕๐๐ ppm ขนาดเท่าเม็ดข้าวสาร

ผู้ปกครองปรองให้และเช็ดฟองออก

อาจสังเกตได้เองคร่าว ๆ ว่าลูกมีความเสี่ยงสูงเมื่อมีคราบจุลินทรีย์ (หรือซีฟัน) ชัดเจนบนตัวฟัน, หรือมีรอยผุเริ่มแรกหรือผุเป็นรู ฯลฯ

๓ ปีถึงต่ำกว่า ๖ ปี

ความเสี่ยงฟันผุต่ำ ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑๐๐๐ ppm ขนาดเท่าเม็ดข้าวโพด

ความเสี่ยงฟันผุสูง-สูงมาก ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑๔๐๐๐-๑๕๐๐๐ ppm ขนาดเท่าเม็ดข้าวโพด

ผู้ปกครองบิบบยาสีฟันให้และช่วยปรองฟัน เดือนให้เด็กบ้วนน้ำลายและฟองยาสีฟันทิ้งโดยไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจบ้วนน้ำ ๑ ครั้ง (ปริมาณเท่า ๑ อุ้งมือ หรือ ๕-๑๐ ซีซี หรือประมาณ ๑-๒ ช้อนชา)

อายุมากกว่า ๖ ปี

ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑๔๐๐๐-๑๕๐๐๐ ppm ขนาดเต็มหน้าปรองสีฟันเด็ก

บ้วนน้ำลายและฟองยาสีฟันทิ้งโดยไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจบ้วนน้ำ ๑ ครั้ง (ปริมาณเท่า ๑ อุ้งมือ หรือ ๕-๑๐ ซีซี หรือประมาณ ๑-๒ ช้อนชา)

๑.๒ ยามบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ (Fluoride Mouthrinse หรือ Fluoride Mouthwash)

- ใช้ในผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุระดับปานกลางถึงสูง

- ใช้ในเด็กอายุ ๖ ปีขึ้นไปที่สามารถควบคุมการกลืนและบ้วนทิ้งได้

๑.๓ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงพิเศษ (๕๐๐๐ ppm จ่ายโดยทันตแพทย์เท่านั้น)

- ใช้ในผู้ที่มีอายุ ๑๔ ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง

๑.๔ ฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน (จ่ายโดยทันตแพทย์เท่านั้น)

- เด็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี **ไม่จำเป็นต้องกิน**

- แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุ ๖ ปีขึ้นไปที่ไม่สามารถใช้ฟลูออไรด์รูปแบบอื่น ๆ ได้ (เช่นเด็กที่มี

ภาวะพิเศษ) ซึ่งต้องพิจารณาจ่ายตามปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มที่เด็กได้รับ

๒. ฟลูออไรด์ที่ให้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร (Professionally-applied Fluoride) ได้แก่ ฟลูออไรด์เจล (Fluoride Gel) ฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride Varnish) ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride, SDF)

๓. ฟลูออไรด์สำหรับใช้ในชุมชน (Community-use Fluoride) ได้แก่ การเติมฟลูออไรด์ในนม (Milk Fluoridation) การเติมฟลูออไรด์ในน้ำ (Water Fluoridation)

DAT Caries Risk Assessment and Management 2022 (ผศ.ทญ.ดร.อ้อยทิพย์ ชาญการคำ, ผศ.ทญ.ขวัญชนก อยู่เจริญ และอ.ทญ.ดร.สุพิชชา ตลิ่งจิตร)

การจัดการโรคฟันผุซึ่งเป็นหนึ่งในโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและสูญเสียฟันมากที่สุดในทุกช่วงวัย เป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับประเทศไทย เป็นที่ทราบกันดีว่าการจัดการโดยการบูรณะฟันเพียงอย่างเดียว ไม่เป็นการรักษาโรค และไม่เพียงพอในการป้องกันการเกิดฟันผุใหม่ แต่จำเป็นต้องมีการจัดการเชิงบูรณาการ ทั้งรักษาและป้องกันที่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ เครื่องมืออย่างหนึ่งที่สามารถนำมาช่วยตัดสินใจเลือกการจัดการที่เหมาะสม คือ แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ผ่านการใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุแบบมุ่งเป้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร ทันตแพทย์สมาคมฯตระหนักถึงข้อจำกัดของการนำแบบประเมินจากต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างกับประชากรอื่น ทั้งในแง่หัวข้อที่นำมาใช้ประเมินและการจำแนกระดับความเสี่ยง จึงได้ริเริ่มทำแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุสำหรับใช้ในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. ๒๕๕๕ และฉบับปรับปรุงในปี พ.ศ. ๒๕๖๐

Management of Dental Hypomineralization (รศ.ทญ.ดร.วราณุช ปิติพัฒน์, รศ.ทญ.อรอุมา อังวรารวงศ์ และ ผศ.ทญ.ปญญาพร ัญญะคุปต์)

Fluorosis มักพบรอยขาวขุ่น หลายๆซี่ เป็นเกือบทั้งปาก

MIH เป็นที่ ฟันหน้า / molar บางซี่

ภาวะการสะสมแร่ธาตุพร่อง (Hypomineralization) เป็นความผิดปกติของเคลือบฟัน ที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนาการของฟัน ในช่วง Maturation stage , Ratio Ca : phosphorus ผิดปกติ ปัญหาที่พบในฟันที่ผิดปกติ คือ เสียวฟัน ฟันแตกและผุง่าย สูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ปัญหาด้านความสวยงาม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สาเหตุของการเกิด ยังไม่ชัดเจน อาจเป็นได้ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อในช่วงพัฒนาการของฟัน เช่น ความเจ็บป่วย และการได้รับยา เป็นต้น การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญ Early detection ทันตแพทย์จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยต้องมองหลายปัจจัยเช่น การร่วมมือของผู้ป่วย (Patient cooperation) ,ระยะของการสร้างฟัน (Stage of dental development) สาเหตุของการก่อโรค: Third trimester, alcohol, nicotine, Hypoxia at birth, preterm, low birth weight, cesarian section, complication during vaginal, delivery antibiotic < ๓ ปี , Gene, environment ความรุนแรงของโรค (Defect severity) เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา

การจัดการทางทันตกรรม

๑. ทันตกรรมป้องกัน

- Sealant ฟัน ยังไม่แตก แต่ ฟัน MIH sealant หลุดง่าย ต้องติดตามผลการรักษา
- Hypersensitivity : ใช้ fluoride varnish, CPPACP ผลไม่ต่างกัน การลดเสียว
- Remineralization : การใช้ fluoride varnish, CPPACP ผลไม่ต่างกัน ทำให้เกิด remineralization

ได้ทั้งในบริเวณฟันหน้าและหรือฟันหลังของผู้ป่วย ตั้งแต่การทาสารลดการเสียวฟัน

๒. Minimal invasive Treatment

- การฟอกสีฟัน (Bleaching)
- Enamel microabrasion
- เรซินอินฟิลเทรชัน (Resin infiltration)

๓. การบูรณะฟัน Direct / Indirect restoration

- การบูรณะด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน เช่น กลาสไอโอโนเมอร์ เรซินคอมโพสิต
- การบูรณะด้วยวัสดุอมัลกัม
- การทำครอบฟัน SSC
- Veneer, Onlay, Crown

๔. การถอนฟัน

วันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

Regenerative Endodontics (รศ.ทญ.ดร.จิรภัทร จันทรัตน์, รศ.ทพ.ดร.ไพโรจน์ หลินสุนนท์ และ รศ.ทญ.ดร.ธนิศา ศรีสุวรรณ)

งาน Regenerative Endodontics คือ การรักษา Renewal restoration of pulp and dentine of tooth. Murray PE ๒๐๐๗ เน้นการรักษาแบบ Biologically based procedures designed to replace damaged structures, including dentin and root structure, and cells of the pulp-dentin complex มีความสัมพันธ์กับ Tissue engineering concept อาศัย ๓ องค์ประกอบ คือ

๑. Scaffold โครงร่างให้เซลล์ยึดเกาะ
๒. เซลล์ในบริเวณที่ต้องการซ่อมแซมหรือที่มีการใส่เข้าไปใหม่เพื่อช่วยให้เกิดการฟื้นฟู
๓. Signal การให้สิ่งกระตุ้นให้บริเวณที่เราต้องการซ่อมแซมหรือซ่อมสร้างมีสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้เกิดเนื้อเยื่อใหม่

ในปีค.ศ.๒๐๐๑-๒๐๐๔ เริ่มต้นงาน regenerative Endodontics ในฟันปลายรากเปิดที่เนื้อเยื่อในตาย มีรอยโรคปลายรากฟัน โดยการทำให้ Lesion sterilization แต่งาน Vital pulp therapy ของฟันที่เนื้อเยื่อในมีชีวิตที่มีภาวะการอักเสบเพื่อ Preserve pulp vitality เป็นงานคู่ขนานของ Regenerative Endodontics ที่ปัจจุบันมีการพัฒนา Bioactive material ทำให้งาน Vital pulp therapy ได้แก่ ๑. Indirect pulp capping ๒. Select carious ๓. Stepwise excavation ๔. Direct pulp capping ๕. Partial pulpotomy ๖. Full pulpotomy ประสบความสำเร็จมากขึ้นได้รับการยอมรับของ AAE๒๐๒๑ และ ESE๒๐๑๙

เนื้อเยื่อในตายในฟันที่ยังไม่เจริญเต็มวัยทำให้รากฟันหยุดการเจริญ Banch and trope ในปี ค.ศ. ๒๐๐๔ รายงานเคสผู้ป่วยที่มีการนำ Regenerative Endodontics มาใช้เห็นย่นำให้ปลายรากฟันปิดเรียกว่า Pulp revascularization ทำให้ผนังคลองรากฟันมีความหนาตัวขึ้น และลดโอกาสการแตกหักของรากฟัน แทนการเห็นย่นำให้ปลายรากฟันปิดแบบดั้งเดิม หรือแบบการใช้ MTA ซึ่งไม่สามารถเพิ่มความหนาตัวของผนังคลองรากฟันได้ การรักษาเป็น ๒ ขั้นตอน คือ กำจัดจุลชีพโดยการใช้ Additional device ทำ passive ultrasonic , ๑.๕% NaOCl , ๑๗% EDTA แนะนำให้ใช้ Triple Antibiotic (๓ Mixed -MP ของ Horzino) Ciprofloxacin + Metronidazole+Minocycline ร่วมกับกระสายยา Macrogol และ Propylene glycol ผสมแล้วใส่หลอดฉีดขนาดเล็กฉีดลงในคลองรากฟันต่ำกว่า CEJ มีการทำ Bonding บริเวณตัวฟันป้องกัน การเปลี่ยนสีของตัวฟันภายหลัง ไม่ควรใช้ Ca(OH)₂ เพราะ เป็นพิษต่อ stem cell หลังจากนั้น ๒-๓ สัปดาห์ เรียกคนไข้กลับมาตรวจทางคลินิก ถ้าไม่มีอาการ มีการสร้าง Blood clot หลายการศึกษาพบว่าเซลล์ ต้นกำเนิดบริเวณปุ่มปลายรากฟัน เป็นเซลล์ที่สำคัญในการทำ Regenerative Endodontics ขั้นตอนการ กระตุ้นให้มีเลือดออกจากเนื้อเยื่อปลายรากฟันทางคลินิกนั้น ที่เข้ามาซ่อมสร้าง เช่น TGF-B, EGF-๒ ,VEGF สามารถถูกปลดปล่อยออกมาจากท่อเนื้อฟันจากการล้าง ด้วยสารเคมี ๑๗% EDTA หลังการใส่ยาแคลเซียม ไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟันก่อนหน้านี้นี้ต้องล้างด้วยน้ำเกลือก่อนสร้าง blood clot แต่ถ้าใช้ PRP หรือ PRF ไม่จำเป็นต้องล้างน้ำเกลือหลังการล้างด้วย ๑๗% EDTA หลังการสร้าง blood clot เรียบร้อยให้ปิดด้วย Bioceramic material

Bioceramic ในงานวิทยาเอ็นโดดอนต์ มีประโยชน์ คือ เข้ากันกับเนื้อเยื่อในร่างกาย ไม่เป็นพิษ ไม่หดตัว เสถียร ต้านเชื้อโรค ไม่กระตุ้นการเกิดอักเสบอย่างรุนแรงเมื่ออุดเกินปลายราก กระตุ้นการเกิด การสร้างไฮดรอกซีอะพาไทต์ ทำให้เกิดการเชื่อมของวัสดุคลองรากฟันกับเนื้อฟัน เข้ากับความชื้นใน คลองรากฟัน แบ่งตามการใช้งาน

๑. Bioceramic sealer เช่น MTA fillapex, Endosequence
๒. Bioceramic cement เช่น MTA , Theracal , Biodentine

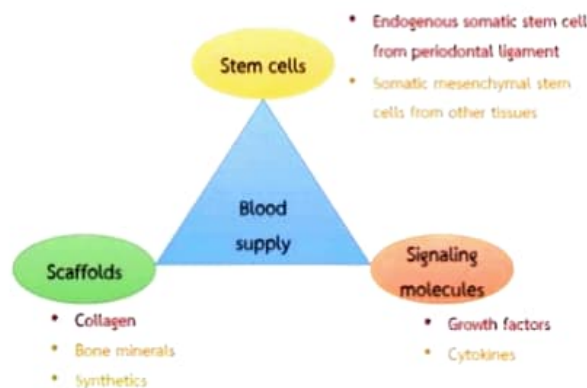
การตัดสินใจความสำเร็จคือการติดตามทางคลินิก ผู้ป่วยไม่มีอาการ ฟันไม่เปลี่ยนสี ใช้งานตามปกติ การตอบสนองต่อความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในด้วยการกระตุ้นด้วยอุณหภูมิกระแสไฟฟ้า และภาพรังสี รวมถึง CBCT ไม่มีรอยโรคปลายรากฟัน ผงคอลลอยด์รากฟันยาวและมีความหนาตัว ปลายรากฟันปิดสมบูรณ์ ติดตามอาการในระยะเวลา ๖ เดือน ไปจนถึง ๒ ปี และหลังจากนั้นถึง ๕ ปี

Current and Future Trend in Periodontal Regeneration (อ.ทญ.ดร.วิชุดันต์ สกฤภาพทอง และ อ.ทพ.ดร.สุพลเทพ ตีระกนก)

Periodontal Regeneration เป็นวิธีการรักษาเพื่อให้เกิดการสร้างใหม่ของเนื้อเยื่อปริทันต์ วิธีการที่ใช้กันทั่วไปในปัจจุบัน คือการใช้แผ่นกันเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์ (Guided tissue regeneration, GTR) ความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับปริมาณเซลล์ต้นกำเนิด ที่เหลืออยู่ในบริเวณรอยโรค ซึ่งมีความไม่แน่นอน ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดในการนำเซลล์ต้นกำเนิดมาปลูกถ่ายในบริเวณที่มีรอยโรคปริทันต์

หลักการของวิศวกรรมเนื้อเยื่อ (Tissue engineering) อาศัยองค์ประกอบ ได้แก่

๑. เซลล์ (cell) ที่มีคุณสมบัติในการเป็นเซลล์ต้นกำเนิด สามารถเพาะเลี้ยงและกระตุ้นให้เจริญไปเป็นเซลล์ที่ต้องการ
๒. โมเลกุลส่งสัญญาณ (signaling molecules) ควบคุมสภาพแวดล้อมรอบๆเซลล์ให้เหมาะสมต่อการเจริญและพัฒนาของเซลล์
๓. โครงสร้าง (scaffold) เป็นโครงสร้างที่ลอกเลียนธรรมชาติ ให้เซลล์ยึดเกาะเพื่อการเจริญและพัฒนา



ปัจจุบันมีการพัฒนาวัสดุที่ใช้สำหรับ Periodontal regeneration ดังนี้

- Collagen materials : Bio- Gide, Ossix Volume Max, Muco – graft, Fibro – Gide, Bioxclude (Amnion Chorion Allograft)
- Bone grafting materials
 - Autogenous bone
 - Allogeneic bone substitutes - Fresh-frozen (FFBA), FDBA and DFDBA
 - Xenogeneic bone substitutes จากหมู วัว
 - Alloplastic bone substitutes
- Biological agents
 - Amelogenins / EMD
 - Amnion growth factor liquid
 - Platelet – derived growth factor
 - Bone morphogenic proteins (BMPs)
 - Platelet concentrated

Bioactive Materials and Regeneration in Operative Dentistry (ผศ.ทพ.ดร.ปิยะพงษ์ พรรณพิสุทธิ์ และอ.ทพ. บุณทริก นิตติวัฒน์ชาญชัย)

Regeneration ในงานทันตกรรมหัตถการ เป็นการพัฒนาวัสดุชีวภาพกลุ่ม Bioactive / Bio-interactive materials ให้มีความสามารถปล่อยไอออนได้และควบคุมการเกิดไบโอฟิล์ม (biofilm) เพื่อลดการเกิดฟันผุซ้ำหลังการบูรณะฟัน (secondary caries)

วัสดุบูรณะฟันที่ส่งเสริมให้เกิด regeneration ควรมีความสมบัติดังนี้

๑. ยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย (Antibacterial action)
๒. ส่งเสริมให้เกิดการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ (Remineralizing action)
๓. ลดการยึดจับของโปรตีน (Reduce protein adhesion)

กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass Ionomer Cement, GIC) มีความสมบัติเด่นคือสามารถเกิดพันธะเคมีกับผิวฟัน มีการแลกเปลี่ยนไอออน ปลดปล่อยและสะสมฟลูออไรด์ มีความเข้ากันทางชีวภาพที่ดี จึงได้นำมาใช้หลายรูปแบบ ได้แก่ ใช้เป็นวัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน อุดรอยผุที่รากฟัน ใช้เป็นกาวยึดชิ้นงาน เป็นต้น มีการพัฒนาวัสดุบูรณะฟันเพื่อนำมาใช้ในงานทันตกรรมหัตถการ ได้แก่

Clearfil SE Protect[®] ใช้ Quaternary ammonium monomers (QAMs) ซึ่งผลการศึกษาในหลอดทดลอง มีผลยับยั้งเชื้อแบคทีเรียได้ดีกว่า bonding แบบเดิม แต่ยังไม่มียผลการศึกษาทางคลินิกที่ชัดเจน

Activa[®] เป็น Dual – cured resin composite ที่มีการเติม bioactive glass ซึ่งผลการศึกษาในหลอดทดลองพบว่าสามารถปล่อยแคลเซียมและฟอสเฟตไอออน ส่งเสริมให้มีการสร้าง apatite (CaF₂)

Cention N[®] เป็น GIC ที่สามารถปล่อยไอออน Ca, Sr, F ลดความเป็นกรด ลดการละลายแร่ธาตุ (Demineralization) ผลการศึกษาทางคลินิก ๑ ปี พบว่าให้ผลการบูรณะฟันน้ำนมได้ดีกว่าการใช้ GIC แบบเดิม

Zirconia reinforced glass ionomer cement มีความแข็งแรงใกล้เคียงวัสดุอมัลกัม การยึดติดกับเนื้อฟันใกล้เคียงกับ GIC แบบเดิม

อย่างไรก็ตามต้องยอมรับว่าการเลือกใช้วัสดุบูรณะฟันที่เหมาะสม ต้องทำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำด้านอาหาร โภชนาการ และการดูแลอนามัยช่องปากของผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดฟันผุซ้ำหลังการบูรณะฟัน

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

- ๒.๓.๑ ต่ตนเอง ได้รับความรู้ทางด้านวิชาการที่ทันสมัยสามารถนำมาพัฒนางานด้านปริทันตวิทยา เอนโดดอนติกส์ และทันตกรรมประดิษฐ์ให้ดียิ่งขึ้น
- ๒.๓.๒ ต่หน่วยงาน ให้การดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และได้เรียนรู้หลักการและวิธีการรวมทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ นำมาพัฒนาการทำงานทันตกรรมสหสาขาต่อไปในอนาคต
- ๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) สามารถนำความรู้ในด้านการพัฒนาวัสดุทันตกรรมมาปรับใช้ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

-

๓.๒ การพัฒนา

-

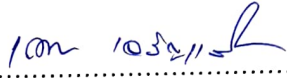
ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันงานทันตกรรมในสาขาต่างๆ มีความซับซ้อนมากขึ้น มีการนำเทคนิคและวัสดุใหม่ๆ เข้ามาเพิ่มศักยภาพการให้การรักษามากขึ้น ทันตแพทย์จึงต้องมีการเรียนรู้เทคนิคที่มีการเปลี่ยนแปลงตามองค์ความรู้ที่พัฒนามากขึ้น เห็นควรส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อจะได้รองรับความก้าวหน้าในงานทันตกรรมสหสาขา ควรมีการส่งข้าราชการไปประชุม / อบรม อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำความรู้มาใช้ประโยชน์สูงสุด

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปิยมน เครือหงส์)
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวนฤดี เอื้ออิทธิพร)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การอบรมในครั้งนี้สร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

(ลงชื่อ) 

(นางฉัตรินทร์ เจียมศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง