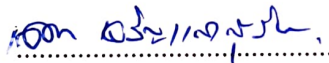


แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๑๓๕๕ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕
ซึ่งข้าพเจ้า (๑) นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สังกัด กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กทม.
(๒) นายพฤติ สันติภาพ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
สังกัด กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กทม.
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตรประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
จัดโดย ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์
เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๘,๐๐๐ บาท (แปดพันบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

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



(นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ



(นายพฤติ สันติภาพ)
ทันตแพทย์ชำนาญการ

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา.....
อายุ ๔๘ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน วิทยาเอ็นโดดอนต์.....

๑.๒.๑ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

๑. ตรวจ วินิจฉัย รักษา และพยากรณ์โรคหรือความผิดปกติในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

๒. รับปรึกษาและตรวจรักษาผู้ป่วยด้านวิทยาเอ็นโดดอนต์ที่ส่งปรึกษาจากแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

๑.๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นายพดุมิ สันติภาพ.....
อายุ ๓๖ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล.....

๑.๒.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

๑. ตรวจ วินิจฉัย รักษา และพยากรณ์โรคหรือความผิดปกติในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

๒. รับปรึกษาและตรวจรักษาผู้ป่วยสาขาศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลที่ส่งปรึกษามาจากแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมวิชาการ ประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๕
เพื่อ ศึกษา ผิกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๘,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผิกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการตรวจรักษาด้านวิทยาเอ็นโดดอนต์และสาขาศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาเกี่ยวกับด้านทันตกรรมด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาขยายงานด้านการให้บริการผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นและสามารถนำมาเผยแพร่ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย และเป็นการเตรียมการรองรับการขยายตัวของโรงพยาบาลในอนาคต

๒.๒ เนื้อหา

วันจันทร์ที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

09.00 – 12.00 น. Prefabricated Post Cementation and Core Built-up in Endodontically

Treated Tooth : Choosing of Suitable Materials and Techniques : อ.ทพ.นทีธร พุกษ์วัชรกุล

ฟันหลังรักษาคลองรากฟันจำเป็นต้องได้รับการบูรณะทุกซี่ เพื่อให้ฟันซี่นั้นสามารถใช้งานและคงอยู่ในช่องปากได้ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการทำเดือยฟันและครอบฟัน มีบางกรณีที่สามารถอุดฟัน หรือ ครอบฟันอย่างเดียว ซึ่งทันตแพทย์เป็นผู้ประเมินเป็นเคสต่อเคสไป ทันตแพทย์จะอธิบายและพูดคุยกับคนไข้ถึงขั้นตอนการรักษา จำนวนครั้งที่รักษา ค่าใช้จ่าย รวมไปถึงความคุ้มค่าในการเก็บฟันซี่นั้น

หลักการบูรณะฟันภายหลังการรักษาคลองรากฟันจะขึ้นอยู่กับปริมาณเนื้อฟันที่เหลืออยู่ และตำแหน่งของฟันในช่องปาก

1. ปริมาณเนื้อฟันที่เหลืออยู่

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาฟันที่รักษาคลองรากฟันแล้วว่า มีปริมาณเนื้อฟันเพียงพอที่จะทำการบูรณะได้หรือไม่ และควรบูรณะด้วยอะไร ได้แก่

1.1 เฟอรู (ferrule)

Ferrule คือ เนื้อฟันที่เหลืออยู่ เหนือจากขอบ (margin)ของรอยกรอเพื่อทำครอบฟัน (preparation) โดยอุดมคติควรมีความสูงอย่างน้อย 2 มิลลิเมตร โดยรอบฟัน

1.2 โพรงเนื้อเยื่อในฟัน (Pulp chamber) ควรมีความสูงมากกว่า 4 มิลลิเมตร (โดยเฉพาะในฟันกราม) ในกรณีที่มีความสูงของ Pulp chamber ไม่ถึง 4 มิลลิเมตร อาจพิจารณาตัด gutta percha เพื่อเพิ่มความลึกให้เพียงพอต่อการยึดอยู่ (retention) ของวัสดุบูรณะแกนฟัน(Core)

1.3 คุณภาพและปริมาณของเนื้อฟันบริเวณคอฟัน(cervical)เนื้อฟันบริเวณคอฟันที่ดีและมีความหนาของเนื้อฟันบริเวณคอฟันอย่างน้อย 2 มิลลิเมตร หากหนาไม่พอให้ใส่เดือยฟัน

1.4 การสบฟันปกติการเช็คการสบฟันว่า มีการสบฟันปกติหรือไม่ให้พิจารณาเช็คทั้ง 2 ตำแหน่ง คือ ตำแหน่ง Centric occlusionและ Eccentric occlusion โดยสามารถตรวจเช็คเบื้องต้นได้จากภาพถ่ายรังสี เช่น มี PDL space thickening หรือไม่ วัสดุอุดมีรอยแตกหักที่แสดงว่าอาจมีการรองรับแรงที่มากเกินไป การโยกของฟันที่มีความผิดปกติ ทดสอบ fremitus test โดยการเอานิ้วแตะไปที่ด้าน buccal ของฟัน เวลาเอียง หากมีการสบกระแทกแสดงว่าอาจมีความผิดปกติของการสบฟัน

1.5 มีการบูรณะฟันโดยครอบคลุมปุ่มฟันทั้งหมด(cuspal coverage) เพื่อป้องกันการเกิด การแตกของฟันที่บูรณะไม่ได้ (unrestorable fracture)ถ้าพิจารณาปัจจัยทุกข้อแล้ว พบว่ามีปริมาณเนื้อฟันไม่เพียงพอ หรือฟันมีการรับแรงมาก ควรต้องบูรณะฟันร่วมกับการใส่เดือยฟันด้วย

2. ตำแหน่งของฟันในช่องปาก

ในฟันหน้าจะมีการรับแรงในแนว lateral force และ shear force เป็นหลัก ดังนั้นในกรณีที่มีการสูญเสียเนื้อฟันมากกว่าการเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟัน เช่น มีรอยผุในด้าน proximal ร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องใส่เดือยฟันร่วมกับครอบฟัน การเลือกเดือยฟันต้องพิจารณาปัจจัย 3 อย่างได้แก่

2.1 ขนาดของเดือยฟัน (post size)

เดือยฟันควรมีขนาดพอดีกับรูปร่างคลองรากฟัน ไม่หลวมเกินไป การยึดติดของ fiber post จะยึดติดได้ดี ถ้าไม่มีช่องว่างระหว่างผนังคลองรากฟันกับเดือยฟัน โดยจะเกิดเป็น Monoblock Tooth-Post-Restoration ซึ่ง fiber post จะทำหน้าที่ทั้ง retain core, reinforce และ stress distribution ไปตลอดความยาวของเดือยฟัน

2.2 ความยาวของเดือยฟัน (post length)

ความยาวของเดือยฟันวัดจากขอบบนของ ferrule ถึงปลายเดือยฟัน อย่างน้อยควรเท่ากับความสูงของตัวฟัน (clinical crown)

2.3 รูปร่างเดือยฟัน (post shape)

เดือยฟันควรมีรูปร่าง double taper เพื่อให้แนบกับคลองรากฟันได้ดี และหากมีลักษณะเดือยเป็นเกลียวร่วมด้วย จะช่วยให้ยึดติดกับ cement และ core

กรณีที่ใส่เดือยฟันแล้วเกิดความล้มเหลว (failure) จะเกิดได้ 2 แบบ ดังนี้

1. restorable fracture เป็นการแตกหักที่สามารถบูรณะได้ เช่น การหลุดของเดือยฟัน หรือวัสดุบูรณะ โดยที่เนื้อฟันยังมี ferrule โดยรอบอยู่ร่วมกันพบในกรณีที่ มีการบูรณะด้วย fiber post หรือ composite resin
2. unrestorable fracture เป็นการแตกที่ไม่สามารถบูรณะได้ เช่น มีรากฟันแตกร่วมด้วย มักพบในกรณีที่มีการบูรณะด้วยเดือยฟันแบบเหวี่ยง (casting post) โดยสรุปฟันหน้า ในกรณีเสียเนื้อฟันเพียงแค่ว่า Endodontic access ควรบูรณะด้วย composite resin ร่วมกับการฟอกสีฟัน แต่หากสูญเสียเนื้อฟันมาก ให้บูรณะด้วย post and core with crown

13.30 – 16.30 น.

Zero Bone Loss Implant Concept เป็นเรื่องจริงหรือภาพมายา

ผศ.ดร.ทพ.พิสัยศิษฐ์ชัยจรินทร์ รศ.ทพ.ศุภชัย สุพรรณกุล และ ผศ.ดร.ทพ.ชัยมงคล เปี่ยมพริ้ง

รากเทียมจะมีการละลายตัวของกระดูก 1.5 mm ในช่วงปีแรกหลังจากที่ทำการใส่ฟันให้ผู้ป่วย หลังจากนั้นจะมีการละลายตัวประมาณ 0.2 mm ต่อปี

ซึ่งลักษณะการตอบสนองของกระดูกต่อรากเทียมนั้นแบ่งเป็น zero bone loss, stable remodeling, progressive bone loss, demineralization and remineralization, corticallization and bone growth

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด zero bone loss ในส่วนของ surgical part

1 implant design factor ถ้าในกรณีของ matching platform จะทำให้เกิด microgap บริเวณระหว่างรอยต่อของ implant กับ abutment ซึ่ง platform switching ที่ abutment เล็กกว่า implant 0.4 mm จะช่วยป้องกันการเกิดการละลายตัวของกระดูกบริเวณโดยรอบรากเทียมได้

2 implant placement depth ในกรณีของ bone level implant with platform switching

- ถ้ามี ความหนาของ soft tissue มากกว่า 3 mm ให้ปักรากเทียมในตำแหน่ง crestal position

- ถ้า ถ้ามี ความหนาของ soft tissue น้อย ให้ปักรากเทียมในตำแหน่ง subcrestal position ไม่ควรต่ำกว่า bone เกิน 3 mm

3 vertical soft tissue thickness

- ในกรณีที่ ความหนาของ soft tissue น้อยกว่า 3 mm แต่ ความสูงกระดูก มากกว่า 12 mm ให้ใช้วิธีการปักรากเทียมแบบ subcrestal placement หรือ กรอกระดูกให้ต่ำลง

- ในกรณีที่ ความหนาของ soft tissue น้อยกว่า 3 mm แต่ ความสูงกระดูก น้อยกว่า 12 mm ให้ใช้วิธีการปักรากเทียมแบบ tent-pole technique หรือ ทำการปลุกกระดูกเสริมความสูง

4 attached tissue รอบรากเทียม ซึ่งถ้าบริเวณโดยรอบรากเทียม มี attach tissue ที่ไม่เพียงพอจะนำไปสู่การละลายตัวของกระดูกรอบรากเทียม ซึ่งแนะนำให้ควรมี attach tissue อย่างน้อย 2 mm โดยรอบรากเทียม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด zero bone loss ในส่วนของ prosthetic part

1 cement-screw retain restoration

- cement retain restoration มีข้อดีคือ สวยกว่าและการใช้งานดีกว่า แต่มีข้อเสีย คือ เศษ cement ที่อาจเหลืออยู่หลังการยึดครอบฟัน ซึ่ง cement remnant จะเกิดขึ้นได้มากถ้า margin อยู่ต่ำกว่าขอบเหงือกมากกว่า 1.5 mm และ

- screw retain restoration มีข้อดีคือ สามารถกลับเข้าไปแก้ไขได้ แต่มีข้อเสียคือ จะเกิดแรงไม่พึงประสงค์ถ้าทำ restoration ออกมาไม่แน่นยำ

ซึ่งมีการใช้ hybrid cement/screw retention มาช่วยมากขึ้น

2 การเลือกใช้ abutment

- ในกรณีที่มีการปักรากเทียมได้ในตำแหน่งที่เหมาะสม ให้ใช้ cement/screw restoration

- ในกรณีที่มีการปักรากเทียมได้ในตำแหน่งไม่เหมาะสม สามารถเลือกใช้เป็น custom abutment ช่วยในการทำ restoration ถ้าในตำแหน่งฟันหลังแนะนำให้ทำเป็น supragingival margin ส่วนบริเวณฟันหน้า ให้ทำเป็น sbgingival margin ต่ำกว่าเหงือก 0.5 mm หรือเลือกใช้เป็น angulate abutment ในการปรับทิศทางได้

3 emergence profile

emergence profile ขึ้นอยู่กับ shape and height ซึ่งลักษณะของ abutment-crown ที่กว้าง และบริเวณ titanium base ที่สั้น จะทำให้เกิดแรงกดที่มาก ลงบริเวณกระดูกรอบรากเทียม ทำให้เกิดการละลายตัวของกระดูก ซึ่ง emergence profile angle ที่แนะนำคือ 15-25 องศา

4 subgingival material

Zirconia

- ในเรื่องของความสวยงาม มีค่า pink esthetic score สูง

- มี high biocompatibility

- lack of bacteria adhesion

- soft tissue cell adhesion

วันอังคารที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

09.00 - 12.00 น.

“To Save or To Extract : Periodontally Involved Tooth?”

อ.ทพญ.เกศสุตา ไทวนิช อ.ทพญ.ณาทยา นพรัตนกานต์ อ.ดร.ทพญ.วิชาญา วิชาญรัฐศรีมวงค์

รศ.ทพญ.ฐิติวรรณ บุรณะวิเศษฐกุล และ ผศ.ทพญ.อนัญญา พรหมสุทธิ

โรคปริทันต์ระยะลุกลามมักเกี่ยวข้องกับการสูญเสียฟันที่รองรับอย่างรุนแรง ยังมีแรงกระทำด้านบดเคี้ยวมากเกินไป ส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะปริทันต์ที่รองรับอย่างรวดเร็ว ในกรณีนี้ผู้ป่วยต้องการปลูกรากเทียมทดแทน ควรทำการรักษา ซ่อมแซม และคงสภาพอวัยวะปริทันต์รอบรากฟันเทียมปกติ(Peri-implant health) ลักษณะทางคลินิกพบเหงือกปกติไม่มีอาการบวมแดง หรือ มีเลือดออกเมื่อใช้เครื่องมือตรวจรอบๆตำแหน่งรอบรากฟันเทียมที่มีกระดูกรองรับ ไม่มีการเพิ่มขึ้นของร่องปริทันต์เมื่อเวลาผ่านไป นอกจากนี้การสลายของกระดูก (bone resorption) หลังการหายของแผลระยะแรกหลังการ ผิงรากฟันเทียมไม่ควรเกิน 2 มิลลิเมตร เนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ (peri-implantitis) เป็นการอักเสบของเหงือกและเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียม ร่วมกับมีการสลายของกระดูกที่รองรับที่สัมพันธ์กับคราบจุลินทรีย์ที่พบบริเวณเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียม บริเวณที่เกิดการอักเสบรอบรากฟันเทียมมักพบอาการของการอักเสบ การพบร่องลึกปริทันต์เมื่อหยั่งด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ และ/หรือร่วมกับการมีหนอง การเพิ่มขึ้นของร่องเหงือก และ/หรือ การร่นของเหงือก และพบการสลายของกระดูกภายใน 1 ปี ภายหลังจากใส่ฟันเทียมบนรากฟันเทียม ในกรณีที่ไม่มีการถ่ายภาพรังสีเริ่มต้นจะวินิจฉัยการอักเสบรอบรากฟันเทียมเมื่อพบการ สลายของกระดูกในภาพถ่ายรังสีมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิเมตร และ/หรือพบร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตรร่วมกับการมีเลือดออกเมื่อหยั่งด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์

นอกจากนี้ “รอยโรคระยะเอ็นโด” เป็นสิ่งที่ทำลายสำหรับทันตแพทย์ รอยโรคปริทันต์และเอ็นโดดอนต์ อาจเกี่ยวข้องกับฟันซี่เดียว พยาธิวิทยาของ “รอยโรคปริเอ็นโดดอนต์-ปริทันต์” จำแนกเป็น (1)รอยโรคที่มีสาเหตุมาจากทางเอ็นโดดอนต์อย่างเดียว (2) รอยโรคที่มีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์อย่างเดียว หรือ (3) รอยโรคร่วม การเกิดโรคปริทันต์มีผลกระทบต่อรอยโรครอบปลายรากฟันตามมา และในทางกลับกัน รอยโรคทางเอ็นโดดอนต์มีผลกระทบต่อโรคปริทันต์ตามมา ดังนั้นด้วยความเข้าใจความสัมพันธ์ “รอยโรคปริเอ็นโดดอนต์-ปริทันต์” สาเหตุ และการเกิดโรคจะช่วยส่งเสริมแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและประเมินการพยากรณ์โรค การซักประวัติทางคลินิกและการตรวจภาพรังสีเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่ผลสำเร็จการรักษา อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญของการรักษาปริทันต์ให้ประสบความสำเร็จนั้นยังคงเป็นความทั่วถึงการขจัดสิ่งสกปรกทางกล การกำจัดสาเหตุทั้งในระบบและเฉพาะที่ และคราบจุลินทรีย์ที่เหมาะสมที่สุดของผู้ป่วย การควบคุมระหว่างการรักษา ปริทันต์โดยไม่ผ่าตัด ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญบทบาทในการพิจารณาว่า “จะรักษาหรือถอนฟันที่เกี่ยวข้องกับปริทันต์”

วันอังคารที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

13.30 – 16.00 น.

Regional Acceleratory Phenomenon

รศ. ดร. ทพ. บัญชา สำราญเบญจกุล

Regional Acceleratory Phenomenon(RAP) การตอบสนองของร่างกายต่อ noxious stimulus ซึ่งทำให้เนื้อเยื่อเจริญเติบโตเร็วกว่าปกติ ซึ่งการเกิด RAP เริ่มพบในหนู ซึ่งจะพบในช่วง 10 วัน หลังการผ่าตัด mucoperiosteal flap และจะสูงที่สุด ในช่วง 3 สัปดาห์

RAP ในขากรรไกรบนและล่างนั้นจะเกิดขึ้นได้จากการหายของผลจากการถอนฟันที่เข้าฟันแตก การปิดรากเทียม หลังการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ หรือหลังจากการเคลื่อนฟันจากการจัดฟัน

การทำให้เกิด RAP แบ่งเป็น

1. Drug เช่น vit D, platelet
2. Mechanical and physical stimuli เช่น laser, vibration
3. Surgical method เช่น corticotomy, corticotomy with bone graft,

piazocision technique and laser corticotomy เป็นต้น

โดยเมื่อมีการทำ corticotomy เพื่อทำให้เกิด RAP ซึ่ง RAP จะเริ่มพบเพียงไม่กี่วันหลังมีการผ่าตัด และจะสูงที่สุดในช่วง 1-2 เดือน หลังผ่าตัด และจะคงอยู่ประมาณ 4-6 เดือน

การทำ selective alveolar corticotomy ร่วมกับ particular bone graft หลังจากแผลหาย 1-2 สัปดาห์ จะเริ่มทำการเคลื่อนฟัน หลังจากนั้นจะปรับเครื่องมือให้คนไข้ทุก 2 สัปดาห์

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

- ๒.๓.๑ ต่อบุคคลเอง ได้รับความรู้ทางด้านวิชาการที่ทันสมัยสามารถนำมาพัฒนางานในการบริการผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
- ๒.๓.๒ ต่อบริษัทฯ ให้การดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และได้เรียนรู้หลักการและวิธีการรวมทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ นำมาพัฒนางานด้านวิทยาเอ็นโดดอนต์ และทันตกรรมรากเทียม เผยแพร่ให้กับทันตแพทย์ในหน่วยงาน
- ๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) นำมาจัดทำการศึกษาความรู้สู่ประชาชนเรื่องรากแท้กับรากเทียม

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

-

๓.๒ การพัฒนา

-

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันการเก็บรักษาฟันธรรมชาติในงานรักษาลงรากฟันมีการนำเทคนิคและวัสดุใหม่ๆ มาเพิ่มศักยภาพการให้การรักษามากขึ้น หรือกรณีที่ต้องถอนฟันธรรมชาติมีการนำเทคโนโลยีเรื่องการปลูกรากเทียมเพื่อทดแทนในตำแหน่งที่มีการสูญเสียฟันธรรมชาติไป ทันตแพทย์จึงต้องมีการเรียนรู้เทคนิคที่มีการเปลี่ยนแปลงตาม

องค์ความรู้ที่พัฒนามากขึ้น เห็นควรส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำมาถ่ายทอดให้ประชาชนรับทราบและมี
ทางเลือกในการรักษามากขึ้น

(ลงชื่อ)
(นางสาวเกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ)
(นายพฤตม์ สันติภาพ)
ทันตแพทย์ชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การอบรมในครั้งนี้สร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์
สูงสุดและเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

(ลงชื่อ)
(นางค์ชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง