

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน 90 วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ 90 วันขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ - นามสกุล นางสาวโศภิตา ตัณฑลีลา

อายุ ๕2 ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-.....

1.2 ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ให้การตรวจรักษาทางทันตกรรมและปฏิบัติงานในตำแหน่ง
หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

1.3 ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 113 (1/2565) หน่วยงานผู้จัดโดย ทันตแพทย์ -
สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา

ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๑,๕๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๘ - 1๐ มิถุนายน 2565 สถานที่ ณ ห้องบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ชั้น ๒๒

โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ.....-.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์

2.1.1 เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการในการให้บริการทางทันตกรรม

๒.๑.๒ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางวิชาการเพื่อนำกลับมาพัฒนาระบบงานให้มี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 เนื้อหา

- เมื่อไม่มีอะมัลกัม แล้วจะทำอะไร Clinical tips for alternative materials

ปัจจุบันมีการจำกัดใช้อะมัลกัมในทางทันตกรรมลดลง เหลือเฉพาะรูปแบบแคปซูล เนื่องจากการคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อม อันตรายของสารปรอท รวมทั้งแนวความคิดในการรักษาแบบการกรรอตตัดฟันธรรมชาติให้น้อยที่สุด (minimal intervention) มากขึ้น นำไปสู่การหาวัสดุทางเลือกอื่น ได้แก่ เรซินคอมโพสิต, ซิวกัมมันต์เรซินคอมโพสิต (Bioactive Resin composite), เรซินมอดิฟายด์กลาสไอโอไอโนเม

อร์ซีเมนต์ชนิดปลดปล่อยฟลูออไรด์ (Resin-based Fluoride releasing RMGIC), กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง (HVGIC), กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดดั้งเดิม (Conventional GIC)

๑. เรซินคอมโพสิต (Resin composite) แบ่งเป็นหลายชนิดตามการพัฒนาารูปแบบการผลิตได้แก่

คอมโพสิตชนิดกดอัด (Packable composite)

คอมโพสิตชนิดไหลแผ่ได้ (Flowable composite)

นาโนคอมโพสิต (Nano composite)

ไซโรเลนส์ (SIROLANES)

คอมโพสิตชนิดบัลค์ฟิลล์ (Bulk fill composite) เช่น Surefil (ซัวร์ฟิล)

คอมโพสิตที่เสริมความแข็งแรงด้วยเส้นใยไฟเบอร์ (Fiber-reinforced composite)

คอมโพสิตที่ยึดได้ด้วยตัวเอง (Self-adhering composite)

คอมโพสิตชีวกำมันต์ (Bioactive composite) เช่น Activa (แอคทีวา), BioActive restorative (ไบโอแอคทีฟ เรสตอเรทีฟ), Cention N (เซนชั่น เอ็น), Surefil One (ซัวร์ฟิล วัน)

อัตราการคงอยู่ของกับเรซินคอมโพสิต (จากการศึกษาที่ทำเฉพาะอุดฟันคลาสทูในฟันหลัง)

ปี	อัตราการคงอยู่ของวัสดุ
หลังจาก ๓ ปี	90.7 %
หลังจาก ๕ ปี	89.5 %
หลังจาก ๗ ปี	89.3 %
หลังจาก ๑0 ปี	75.6 %

จากการศึกษาเปรียบเทียบอะมัลกัมกับเรซินคอมโพสิตพบว่า อุดด้วยเรซินคอมโพสิตมีโอกาสล้มเหลวมากกว่าอะมัลกัม ๒ เท่า และโอกาสเกิดฟันผุที่เกิดซ้ำภายหลังการอุดฟันในฟันหลังมากกว่าอะมัลกัม การอุดด้วยเรซินคอมโพสิตแตกหักน้อยกว่าอะมัลกัมเป็นไปได้ขึ้นกับหลายปัจจัย

อัตราความสำเร็จของการอุดด้วยเรซินคอมโพสิต ขึ้นกับ

เทคนิคการใช้งานที่ถูกต้อง

ความรู้ ความชำนาญของทันตแพทย์

และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รูปแบบฟัน จำนวนด้านที่อุด สุขภาพช่องปากของคนไข้

เทคนิคในการเลือกอุดด้วยเรซินคอมโพสิตให้สำเร็จ คือ คนไข้ไม่แพ้ต่อวัสดุที่เลือกใช้ ไม่เป็นช่องว่างใหญ่ที่รับแรงมากหรือจุดสบตรง การอุดควบคุมความชื้นได้ดี คนไข้มีสุขภาพช่องปากที่ดี

ปัญหาที่พบบ่อยในการอุดด้วยเรซินคอมโพสิต คือ จุดสัมผัสฟันข้างเคียงไม่แน่น อุดแล้วหลุด มีอาการเสียวฟันหลังอุด การแตกหักของคอมโพสิต การเกิดฟันผุที่เกิิดซ้ำภายหลังการอุดฟัน

การแก้ไขปัญหาอุดคอมโพสิตแล้ว จุดสัมผัสฟันข้างเคียงไม่แน่น ทำได้โดย การแต่งรูปร่าง แผ่นกันฟันทุกครั้งให้ได้ส่วนป้องกันที่มีรูปร่างเหมาะสมแนบกับฟันข้างเคียง ร่วมกับการใช้วงแหวนกันฟันกับลิ้ม และเวลาอุดสำคัญต้องทำผนังด้านใกล้ขอบเหงือกก่อน โดยอุดทีละชั้น ระวังเรื่องไฟส่องสว่าง เพราะถ้าเข้มเกินไป จะทำให้เกิดการหดตัวของวัสดุอย่างรวดเร็ว

๒. กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass ionomer cements, GIC) แบ่งออกเป็น

กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดดั้งเดิม (Conventional Glass ionomer cement)

กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง (High viscosity GIC, HVGIC)

เรซินมอดิฟายด์กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดปลดปล่อยฟลูออไรด์ (Resin modified Glass ionomer cement, RMGIC)

- ข้อดีของกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ คือ

มีการปลดปล่อยฟลูออไรด์

มีการแลกเปลี่ยนประจุ เกิดขบวนการสะสมกลับของแร่ธาตุที่ผิวฟัน (Remineralization)

การป้องกันการผุตามขอบ (Marginal caries protection)

การเข้ากันได้กับขอบเหงือก (Gingival biocompatibility)

- ข้อเสียของกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ คือ สึก เปราะ แตกหักได้ง่าย

กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดดั้งเดิม ไม่สามารถใช้แทนอะมัลกัมได้ ส่วน กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดความหนืดสูง กับเรซินมอดิฟายด์กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ใช้แทนอะมัลกัมได้ในบางกรณี

- ข้อบ่งใช้กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ จากการศึกษาพบว่า

ใช้ในกรณีฟันน้ำนม

ฟันแท้ใช้ได้ ในกรณีที่เป็นด้านเดียว

ใช้สำหรับเป็นการอุดชั่วคราว

ทำเทคนิคการบูรณะฟันโดยกำจัดเนื้อฟันผุออกโดยสูญเสียเนื้อฟันน้อยที่สุด (ARI)

ใช้อุดปรับสภาพในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อฟันผุสูง (high caries risk)

ทำก้อแกนฟัน

ทำเคลือบหลุมร่องฟัน

ทำบูรณะด้วยวิธีแซนด์วิชแบบเปิด (open sandwich technique)

ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำลายน้อย

- ข้อควรพิจารณาในการใช้กาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์

๑. การเตรียมผิวฟัน (surface preparation)

พื้นผิวสะอาด ทำให้เกิดรูพรุน เหมาะกับการยึดติด

ห้ามผิวฟันที่จะอุดแห้งเด็ดขาด เพราะจะไม่เกิดปฏิกิริยา การยึดทางเคมีทำให้หลุดได้

ง่าย

ไม่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่ข้ามบริษัทกัน

ความหนาของชั้นกาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ < 0.5 มม. บางเกินไปไม่ทนต่อแรงการหด

ตัวทำให้เกิดรูพรุนได้

ความหนาของชั้นกาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ > 1 มม. จะได้รับการยึดอยู่ที่ดี

๒. ขั้นตอนการอุดและส่งต่อ (mixing and delivery methods)

ชนิดผสมด้วยมือ ถ้าใช้อัตราส่วนของผงกับน้ำตามที่บริษัทกำหนด จะให้ผลไม่แตกต่างจากแบบแคปซูล แต่ยากที่จะทำให้ได้อัตราส่วนที่ถูกต้องทุกครั้ง ส่วนข้อเสียของแบบชนิดแคปซูล คือ เกิดรูพรุนเยอะกว่า และก่อนอุดทุกครั้งควรลองก่อนว่าเครื่องมือชนิดไหนที่จะนำกาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์เข้าได้ถึงผนังขอบเหงือก

๓. การเตรียมพื้นผิวฟัน ควรทำทุกครั้งหลังอุดเพื่อ

ป้องกันการรับและสูญเสียน้ำในตัววัสดุ

เพิ่มความแข็งแรงวัสดุ

เพื่อลดการสึกทางคลินิก

โดยใช้วัสดุของบริษัท หรือใช้วาสลินแทนได้ แต่วาสลินอยู่ไม่ได้นาน

๔. การนัดติดตามอาการ ควรนัดคนไข้กลับมาเป็นระยะ โดยเฉพาะคนไข้ที่มีภาวะน้ำลาย

น้อย

มีความเสี่ยงสูงในการเกิดฟันผุ นัด ๓ เดือน และ ภาพรังสีกัดปีก ทุก ๖-๑๒ เดือน

มีความเสี่ยงปานกลางในการเกิดฟันผุ นัด ๔-๖ เดือน

มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดฟันผุ นัด ๙-๑๒ เดือน

- การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ

การประเมินความเสี่ยงของโรคทางระบบ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การซักประวัติ เกี่ยวกับ โรคประจำตัว ยาที่กินเป็นประจำ ประวัติการรักษาในอดีตที่สำคัญ ทั้งทางการแพทย์ และทางทันตกรรม

สภาวะร่างกายและสิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ แบ่งกลุ่มโรคตามภาวะที่เราต้องระมัดระวัง

กลุ่มที่ ๑ กลุ่มที่มีเป้าหมายที่ต้องควบคุม ได้แก่

Hypertension (ความดันโลหิตสูง)

ความดันโลหิต(มม.ปรอท)	การรักษาทางทันตกรรม
<160/100	ให้การรักษาทางทันตกรรมไม่เร่งด่วนได้ด้วยความสะดวก
160-179/100-109	ทำเฉพาะกรณีเร่งด่วน และต้องคอยวัดค่าความดันโลหิตเป็นระยะ
≥180/110	เลื่อนการรักษาทางทันตกรรม และส่งปรึกษาแพทย์

DM (เบาหวาน)

HIV (ภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อไวรัส)

Asthma (หอบหืด)

COPD (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

Epilepsy (ลมชัก)

Thyroid disease (ไทรอยด์)

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่ต้องระวังปัญหาเลือดไหลไม่หยุด ได้แก่

Stroke (โรคหลอดเลือดสมอง)

History of MI (มีประวัติโรคหัวใจขาดเลือด)

Coronary artery diseases (โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน)

Valvular heart diseases (โรคลิ้นหัวใจ)

Prosthetic heart valve/ Pacemaker (ลิ้นหัวใจเทียม/ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ)

Hemophilia (โรคฮีโมฟีเลีย)

Chirrhosis (ตับแข็ง)

ESRD with hemodialysis (โรคไตเสื่อมต้องได้รับการฟอกไต)

Von Willebrand disease (โรควอนวิลลิแบรนด์)

กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่ต้องระวังเรื่องการติดเชื้อ ได้แก่

SLE (โรคแพ้ภูมิตัวเอง)

Rheumatoid arthritis (โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์)

Autoimmune disease (โรคภูมิคุ้มกันตนเอง)

Organ transplant (การปลูกถ่ายอวัยวะ)

กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่ต้องระวังเรื่องการหายของแผล ได้แก่

Osteoporosis (กระดูกพรุน)

History of head and neck cancer (มีประวัติฉายรังสีตำแหน่งบริเวณศีรษะและลำคอ)

Multiple myeloma (มะเร็งไขกระดูกมัลติโพลีไมเอโลมา)

กลุ่มที่ ๕ กลุ่มที่ต้องระวังเรื่องปฏิกิริยาต่อกันของยา (Drug action/interactions) ได้แก่

Pregnancy (หญิงตั้งครรภ์)

Advanced age (ผู้สูงอายุ)

G6PD (ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD)

Chronic kidney disease (โรคไตเรื้อรัง)

Chirrhosis (ตับแข็ง)

Peptic ulcer disease (แผลในกระเพาะอาหาร)

นอกจากนี้ข้อที่ควรประเมินและระมัดระวังเพิ่มเติมคือ ภาวะความเครียดต่อการทำฟันของผู้

ป่วยด้วย

- รอยโรคในช่องปาก

ขั้นตอนในการตรวจวินิจฉัยแยกโรค

๑. การซักประวัติ

๒. การตรวจร่างกายและช่องปาก

๓. การตรวจเพิ่มเติม ได้แก่

ตรวจเลือด

ตรวจปัสสาวะ

การดูภาพทางรังสีวินิจฉัย

อัลตราซาวด์

รังสีวินิจฉัยภายในและภายนอกช่องปาก

การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

CT and CBCT scan (คอมพิวเตอร์ลำรังสีรูปกรวย)

4. การวินิจฉัยโรค

๕. การขอคำปรึกษาควรเตรียมช่องปากก่อนส่งต่อ เพื่อให้การรักษาต่อทำได้อย่างรวดเร็วขึ้น

- การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนควรตรวจก่อนตรวจฟันที่เป็นอาการสำคัญด้วยทุกครั้ง

โดยเริ่มจากการคลำนอกช่องปาก ดูบริเวณใต้คาง ต่อด้วยริมฝีปาก แห้ง มีแผล ยิ้ม มีอาการปากเปี้ยวหรือไม่เปิดดูเนื้อเยื่อริมฝีปากทั้งบนล่าง แห้ง มีเชื้อราหรือไม่ ดูกระพุ้งแก้มทั้งซ้ายขวา ดูเหงือก ดูลิ้น ให้อ่อนและแก้มซ้ายขวาและยกขึ้นเพื่อดูพื้นช่องปาก (floor of mouth) แห้ง คลำพื้นช่องปาก (floor of mouth) ตรวจการบวมของต่อมน้ำลาย ดูเพดาน และเพดานอ่อน

- การวินิจฉัยแยกโรคในช่องปากด้วยสี

สีขาว รอยโรคมี ๒ แบบ ชูดอกหรือไม่ออก

สีแดง รอยโรคมีลักษณะเลื่อนหรือเป็นก้อน

สีน้ำเงิน แสดงว่ารอยโรคอยู่ค่อนข้างลึกหรือมีการคั่งค้างของเลือด

สีน้ำตาล เกี่ยวข้องกับเม็ดสีเมลานิน

สีเหลือง เป็นหนองหรือกลุ่มไขมัน

- การวินิจฉัยแยกโรคในช่องปากด้วยตำแหน่ง

ริมฝีปาก

เนื้อเยื่อด้านริมฝีปากและด้านแก้ม

เหงือก

พื้นช่องปาก (floor of mouth)

ลิ้น

เพดานแข็ง

เพดานอ่อน

- การวินิจฉัยแยกโรคในช่องปากด้วยสาเหตุ

การพัฒนาของรอยโรค (Developmental lesions)

รอยโรคจากการบาดเจ็บ/ที่เกิดจากการกระทำ (Trauma/reactive lesions) จากความ

ร้อน สารเคมี ยา เป็นต้น

การติดเชื้อ แบคทีเรีย รา หรือไวรัส

ถุงน้ำ หรือเนื้องอก

รอยโรคในช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคประจำตัว

2.3 ประโยชน์ที่ได้รับ

2.3.1 **ต่อตนเอง** เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเทคโนโลยีใหม่ๆในการรักษา

2.3.2 **ต่อหน่วยงาน** สามารถนำความรู้กลับมาเผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรในกลุ่มงาน และนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

2.3.3 **อื่น ๆ - ไม่มี -**

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

3.1 การปรับปรุง

เนื่องจากการรักษารอยโรคต่างๆในช่องปากในระยะเริ่มต้น โอกาสหายจะสูงกว่าถ้าสามารถตรวจพบรอยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก เพราะฉะนั้นทันตแพทย์ควรให้ความสำคัญในการตรวจเนื้อเยื่ออ่อนก่อนด้วยทุกครั้ง ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมนอกจากจะมุ่งเน้นด้านการรักษาฟันที่เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ควรดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมโดยเฉพาะด้านการป้องกันการลุกลามของโรค ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือและสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้มากขึ้นด้วย

3.2 การพัฒนา

สิ่งที่ต้องพัฒนา คือ ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ เทคโนโลยีที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาโรคทางทันตกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้ดิจิทัลมาช่วยในงานทันตกรรม การใช้เครื่องมือในช่องปาก ช่วยทำงานแลบฟันปลอมสะดวกเร็วมากขึ้น การใช้แว่นขยาย (Loupes) ซึ่งเป็นเลนส์ที่ช่วยขยายการมองเห็นของทันตแพทย์ให้สามารถทำการรักษาทางทันตกรรม เช่น การแคะรากฟันที่หัก การหาคอลงรากฟันในงานรักษารากฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

นอกจากได้รับความรู้เพิ่มเติมในงานทันตกรรมทั่วไปและงานทันตกรรมเฉพาะทางหลายสาขา ทั้งเรื่องวัสดุอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ทางทันตกรรม วิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก การแก้ไขปัญหายุ่งยากของการรักษาคอลงรากฟัน การดูแลรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ มาปรับใช้ในการดูแลคนไข้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นแล้ว ยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับโดยเฉพาะเรื่องวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก มาใช้ให้เป็นประโยชน์กับตนเอง ครอบครัว และถ่ายทอดให้กับบุคลากรในกลุ่มงาน ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องมีการติดตาม/เพิ่มเติมความรู้เพื่อนำกลับมาใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวไศภิดา ตัณฑลีลา)

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา _____.

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นายอดิสร วิตตากร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ