

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ  
ตำแหน่งทันตแพทย์ 7 วช. (ด้านทันตกรรม)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (Open Flap Debridement)  
ในการรักษาความพิการของกระดูกขาในฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง บทบาทของระบบการบดเคี้ยวและการสบฟันกับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ

เสนอโดย

นางสาวรังาม วชิรณิต  
ตำแหน่งทันตแพทย์ 6  
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.568)

กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม  
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดทำความสะอาด (Open Flap Debridement) ในการรักษาความพิการของกระดูกขาในฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** มีนาคม 2549 - กันยายน 2551

3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

### 3.1 การประเมินผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบก่อนการรักษาทางทันตกรรม

ในการรักษาทางทันตกรรม ทันตแพทย์มักจะมีการใช้การฉีดยาชาเฉพาะที่เป็นประจำอยู่เสมอ ควรมีการซักประวัติผู้ป่วย ดังนี้

- อาการสำคัญของผู้ป่วย (chief complaint)
  - ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness)
  - ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (past medical history)
  - ประวัติการแพ้ยา และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่
- โรคทางระบบที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ คือ

#### โรคความดันโลหิตสูง

##### การวางแผนการรักษาทางทันตกรรม

ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาควบคุมความดันโลหิตมาอย่างดี ควรมีการซักประวัติการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ได้รับ และอาการแทรกซ้อนที่เคยเป็น มีการตรวจวัดความดันโลหิตทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังการทำศัลยกรรมช่องปาก ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ควบคุมโรคไม่ดีหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อควบคุมความดันโลหิตก่อนที่จะมารับการรักษาทางทันตกรรมหรือถอนฟัน

##### ข้อควรระวังในการรักษาทางทันตกรรม

- ระวังระวังเรื่องความกลัว ความเครียด เพราะมีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยถูกกระตุ้นให้สูงขึ้นได้ ควรป้องกันไม่ให้เกิดหรือทำให้เกิดความเครียดน้อยที่สุด
- ระวังระวังเรื่องเลือดออกมาก เนื่องจากในขณะที่ความดันเลือดสูง จะทำให้มีเลือดออกจากบริเวณแผลผ่าตัดมากกว่าปกติ
- ระวังระวังเรื่องการใช้ยาบีบหลอดเลือด
  - : ควรใช้ปริมาณหรือความเข้มข้นน้อยที่สุด โดยใช้ยาชาที่มี epinephrine ไม่เกิน 0.04 มิลลิกรัม (ยาชาที่มี epinephrine 1:100,000 ไม่เกิน 2 หลอด)
  - : ต้องมีการดูดกลับก่อนการฉีดยาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการฉีดยาเข้าหลอดเลือด

: ห้ามใช้ยาบีบหลอดเลือดในลักษณะของการห้ามเลือดเฉพาะที่ ด้วยการใส่ผ้าก๊อชชุบด้วย epinephrine กดตรงแผล เพราะความเข้มข้นของยาบีบหลอดเลือดสูงมาก จะผ่านเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมาก

- ระมัดระวังเรื่องความดันเลือดตก เมื่อลุกนั่งหรือเปลี่ยนท่าทรงตัวเร็ว ต้องควบคุมเก้าอี้ทำฟันให้ค่อย ๆ เปลี่ยนจากท่านอนของผู้ป่วยให้เป็นท่านั่งช้า ๆ และให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ลุกจากเก้าอี้
- ผู้ป่วยที่ได้รับยากันเลือดแข็งตัว (anticoagulant drug) เช่น แอสไพริน ซึ่งจะมีปัญหาเลือดหยุดยาก ควรมีการปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยา 5-7 วัน ก่อนถอนฟันหรือผ่าตัด

### 3.2 ความรู้และทักษะในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ

โรคปริทันต์อักเสบมีสาเหตุจากจุลชีพที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ หินน้ำลาย ซึ่งยึดเกาะกับผิวฟันใกล้กับขอบเหงือกและใต้เหงือก ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ ได้แก่ เหงือก กระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone) เอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) และเคลือบรากฟัน (cementum) อาการแสดงที่สำคัญ คือ เหงือกมีสีแดง บวม มีเลือดออกจากร่องเหงือกเมื่อตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ (periodontal probe) มีร่องลึกปริทันต์ และอาจพบมีการทำลายของกระดูกเบ้าฟันจากภาพรังสี

ความพิการของกระดูกเบ้าฟัน (osseous defect) เป็นลักษณะอย่างหนึ่งที่บ่งบอกว่ามีการกระจายของโรคไปยังกระดูกเบ้าฟัน ซึ่งนอกจากจะเกิดจากการสะสมของแบคทีเรียในหินน้ำลายในบริเวณนั้นแล้ว ยังเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การบาดเจ็บเหตุสบฟัน (occlusal trauma) เศษอาหารติดซอกฟัน (food impaction) หรือลักษณะที่ก่อให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ในบริเวณนั้น เช่น ขอบวัสดุอุดเกิน (overhang margin) มีรูฟันที่อยู่ใกล้กับขอบเหงือก ขอบของครอบฟันหรือวัสดุอุดฟันที่ลึกล้ำความกว้างทางชีวภาพ (biologic width) โดยลักษณะและความรุนแรงของการเกิดการละลายของกระดูกเบ้าฟันจะมีผลต่อการวางแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค พบว่าตำแหน่งที่มีความผิดปกติของกระดูกเบ้าฟันจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดการทำลายของอวัยวะปริทันต์ได้มากกว่า ภายหลังการได้รับการขูดหินน้ำลาย เคลือบรากฟันในเบื้องต้นแล้ว

โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกเบ้าฟันจากลักษณะสรีระ (physiologic form) จนเปลี่ยนไปเป็นลักษณะพยาธิ (pathologic form) มีรูปร่างลักษณะต่าง ๆ ดังนี้<sup>(1)</sup>

1. รอยโรคมีผนังกระดูกด้านเดียว (one – wall defect) หรือมีผนังกั้นกระดูกเบ้าฟันครึ่งซีก (hemisepta)
2. รอยโรคมีผนังกระดูกสองด้าน (two – wall defect) หรือแอ่งกระดูก (crater)
3. รอยโรคมีผนังกระดูกสามด้าน (three – wall defect) หรือรอยโรคในสันกระดูกเบ้าฟัน (intrabony lesion)
4. รอยโรครวมผนังกระดูกด้านเดียว หรือสองด้าน ร่วมกับผนังกระดูกสามด้าน (one or two and three wall combination)
5. รอยโรคได้สันกระดูกรอบรากฟัน (circumferential defect)

## 6. รอยโรคที่ช่องรากฟันกราม (bi or trifurcation involvement)

เป้าหมายสูงสุดในการรักษาโรคปริทันต์ คือ มีการสร้างอวัยวะปริทันต์ขึ้นมาใหม่ ได้แก่ มีการสร้างใหม่ของเคลือบรากฟันและกระดูกเบ้าฟัน และมีการยึดติดของเอ็นยึดปริทันต์ระหว่างผิวเคลือบฟันกับกระดูกเบ้าฟัน การขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน และการทำความสะอาดฟันเพื่อควบคุมการเกิดคราบจุลินทรีย์ ให้ผลดีในการรักษาโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบที่มีร่องลึกปริทันต์ไม่เกิน 4 มิลลิเมตร<sup>(2)</sup> ส่วนในบริเวณที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร บริเวณที่มีลักษณะรูปร่างของรากฟันที่โค้งเว้า (root concavity) และบริเวณช่องรากฟัน (furcation) ซึ่งเป็นบริเวณที่นำเครื่องมือเข้าทำได้ยาก ทำให้ประสิทธิภาพของการเกลารากฟันลดลง โดยเฉพาะบริเวณที่มีความวิการของกระดูกเบ้าฟันร่วมด้วย มีหลายการศึกษาพบว่า ในบริเวณที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร การรักษาโดยการขูดหินน้ำลาย เกลารากฟันเพียงอย่างเดียว จะมีการซ่อมแซมของกระดูกขึ้นมาใหม่น้อยมาก และในบริเวณที่มีการละลายของกระดูกเบ้าฟันตามแนวตั้ง (vertical bone loss) ไม่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของรอยโรคภายหลังการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน<sup>(4, 5, 6)</sup>

การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือก (open flap) จะทำให้มีทางเข้าไปยังกระดูกและรากฟัน สามารถเกลารากฟัน กำจัดเนื้อเยื่อปริทันต์ที่อักเสบได้จากการเห็นโดยตรง และยังเป็น การกำจัดหรือลดความลึกของร่องลึกปริทันต์ ทำให้เกิดการสร้างขึ้นใหม่ของกระดูกเบ้าฟัน เอ็นยึดปริทันต์ และเคลือบรากฟัน โดยการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกจะทำในรายที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีการรักษาเบื้องต้น คือ การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน

สำหรับการรักษารอยโรคของกระดูกเบ้าฟัน สามารถทำได้ 2 วิธี คือ

- การเติมกระดูกใหม่ แบ่งเป็น
  - : การขูดรักษารอยโรคในสันกระดูกเบ้าฟัน
  - : การปลูกกระดูก (bone graft)
- ศัลยกรรมกระดูก (osseous surgery)
  - : ศัลยกรรมตกแต่งกระดูก (osteoplasty)
  - : ศัลยกรรมตัดกระดูก (ostectomy)

Prichard<sup>(7)</sup> รายงานว่าการขูดเพื่อรักษารอยโรคในสันกระดูกเบ้าฟันประสบความสำเร็จสูง ในรอยโรคที่มีผนังสามด้านที่แคบและลึกเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์ว่าแหล่งกำเนิดของการสร้างกระดูกและเนื้อเยื่อไพรมิทิว เมเซนไคมอล (primitive mesenchymal tissue) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่จำเป็นในการสร้างอวัยวะปริทันต์ขึ้นมาใหม่นั้นจะอยู่ในช่องปริทันต์ (periodontal space) และในรอยโรคที่มีผนังกระดูกสามด้านที่แคบและลึกจะมีเนื้อเยื่อนี้เป็นจำนวนมาก ส่วนรอยโรคที่มีผนังกระดูกสามด้านที่ตื้นและกว้าง รอยโรคที่มีผนังกระดูกด้านเดียว หรือมีผนังกระดูกสองด้าน และหลุมในสันกระดูกเบ้าฟัน จะเหนี่ยวนำให้เกิดการสร้างการยึดติดใหม่น้อยมาก จึงต้องใช้การปลูกกระดูกช่วยเสริมการสร้างการยึด

คิดใหม่ สำหรับผลการรักษาที่ได้ พบว่าจะมีการลดลงของร่องลึกปริทันต์ประมาณ 2 มิลลิเมตร และมีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่ประมาณ 1.2 มิลลิเมตร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและรูปร่างของรอยโรค โดยพบว่าถ้ามุมระหว่างผิวรากฟันกับผนังของกระดูกเบ้าฟันน้อยกว่า 45 องศา จะมีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่ประมาณ 1.22 มิลลิเมตร แต่ถ้ามุมระหว่างผิวรากฟันกับผนังของกระดูกเบ้าฟันอยู่ระหว่าง 45 - 90 องศา จะมีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่เพียง 0.05 มิลลิเมตรเท่านั้น<sup>(8)</sup>

ความจำเป็นในการกำจัดรอยโรคของกระดูกเบ้าฟัน ก็เพื่อเป็นการกำจัดร่องลึกปริทันต์ที่สมบูรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดกำจัดคราบแบคทีเรีย และสามารถคงสภาพอนามัยในช่องปากได้ด้วยตนเอง หากยังคงมีรอยโรคของกระดูกอยู่ ผู้ป่วยย่อมไม่สามารถแปรงฟันทำความสะอาดบริเวณได้สุดของรอยโรคได้ การกำจัดคราบแบคทีเรียที่ไม่สมบูรณ์มีโอกาสที่จะเกิดโรคอีกได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง การรักษาจะล้มเหลว จึงควรมีการนัดผู้ป่วยมาคงสภาพหลังการรักษาเป็นระยะ ตรวจสอบสุขภาพของเหงือกและระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ (probing depth) ลักษณะการมีเลือดออกเมื่อตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ (bleeding on probe) ประเมินอนามัยช่องปากโดยใช้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (plaque index) และถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจระดับความสูงของกระดูกเบ้าฟัน โดยในช่วงแรกควรนัดมาขัดทำความสะอาดฟัน (professional prophylaxis) ทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลสภาพอนามัยช่องปากได้ดี ก็นัดมาทุก 3 เดือน หรือไม่ควรเกิน 6 เดือน

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การรักษาโรคปริทันต์อักเสบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การรักษาขั้นทั่วร่าง (systemic phase) การประเมินโรคทางระบบของผู้ป่วย ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรม
2. การรักษาขั้นต้น (initial phase) การให้การรักษาโรคปริทันต์อักเสบขั้นต้นโดยการขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน การตรวจสอบและปรับการสบฟัน และให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีอนามัยช่องปากที่ดี
3. การรักษาขั้นแก้ไข (corrective phase) การทำศัลยกรรมปริทันต์โดยการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือก เพื่อขูดทำความสะอาดรักษารอยโรคในสันกระดูกเบ้าฟัน เพื่อแก้ไขความพิการของกระดูกเบ้าฟันและกำจัดร่องลึกปริทันต์ ให้ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดกำจัดคราบแบคทีเรียได้ด้วยตนเอง
4. การรักษาขั้นคงสภาพ (maintenance phase) การประเมินสภาวะปริทันต์ในช่วงการรักษาขั้นคงสภาพ และแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ ไม่มี ”

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้ขอรับการประเมินได้ดำเนินการด้วยตนเองทั้งหมด ตามขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์อักเสบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ประวัติผู้ป่วย** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการเหงือกบวมเป็นหนองที่บริเวณ # 35

### 6.1 การซักประวัติทางการแพทย์และการรักษาทางทันตกรรม

ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาประมาณ 15 ปี ผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากที่คลินิกทันตกรรมเป็นประจำทุก 6 เดือน

### 6.2 การตรวจสภาพภายในช่องปาก

พบว่าฟัน # 35 มีเหงือกบวมเป็นหนองทางด้านแก้ม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ไม่มีรูเปิดหนอง มีความลึกของร่องลึกปริทันต์บริเวณแนวบรรจบด้านแก้มไกลกลาง (disto-buccal line angle) และบริเวณแนวบรรจบด้านลิ้นไกลกลาง (disto – lingual line angle) 10 มิลลิเมตร เมื่อใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์สอดลงไปพบว่ามีหนองซึมออกมาจากร่องลึกปริทันต์ ฟันโยกระดับ 2 พบรอยสึก (attrition) ของฟันทางด้านบดเคี้ยว ตรวจพบความสั่นสะเทือน (fremitus) ของฟันที่ # 25 , # 35 และ # 36 สภาพโดยทั่วไปมีการสะสมของคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายปานกลางทั้งเนื้อเหงือกและใต้เหงือก

### 6.3 ลักษณะภาพถ่ายรังสี

ฟัน # 35 ด้านไกลกลางมีการละลายของกระดูกเบ้าฟันตามแนวโค้งประมาณ  $\frac{1}{2}$  ของความยาวรากฟัน ไม่พบผิวกระดูกเบ้าฟัน (lamina dura) ทั้งบริเวณยอดกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) และรอบปลายรากฟัน (periapical) มีความกว้างของช่องปริทันต์ (periodontal space) เพิ่มขึ้น ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ฟัน # 36 ไม่พบผิวกระดูกเบ้าฟันที่รอบปลายรากฟัน

### 6.4 การวินิจฉัยโรค

# 35 Severe localized chronic periodontitis

### 6.5 การวางแผนการรักษาและวิธีการรักษา

#### การรักษาขั้นต้น

สอนการทำความสะอาดช่องปาก แนะนำวิธีการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน ขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน และขัดฟันทั้งปาก รวมทั้งตรวจสอบและกรอปรับการสบฟันเฉพาะที่ (occlusal adjustment) ที่ #35 โดยมีการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง ดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1

วัดความดันโลหิตเพื่อประเมินสถานะโรคทางระบบของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ( ค่าความดันโลหิต = 109 / 75 มิลลิเมตรปรอท) จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านเลือดแข็งใจ ๆ ทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันที่บริเวณฟันล่างด้านซ้าย (quadrant 3)

ภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่ด้วย 2 % lidocaine ที่มี epinephrine 1: 100,000 จำนวน 1 หลอด บริเวณ # 35 ทำการขูดเหงือกช่วงล่าง (subgingival curettage) เพื่อกำจัดเนื้อเยื่อปริทันต์ที่อักเสบ ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะ Amoxicillin ขนาด 500 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 แคปซูล ก่อนอาหาร ตอนเช้าและเย็น เป็นเวลา 5 วัน เขียนจดหมายปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินเกี่ยวกับสภาวะโรคทางระบบของผู้ป่วยและชนิดของยาที่ได้รับ สำหรับวางแผนการรักษาทางทันตกรรม

### สัปดาห์ที่ 2

จากการปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยมีการพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมโรคทางระบบได้ดี ทำการประเมินสภาวะอนามัยช่องปากโดยใช้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (คิดเป็นร้อยละ 68.2) สอนการทำทำความสะอาดช่องปากด้วยวิธีโมดิฟายด์ เบส (modified bass technic) ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน ขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันที่บริเวณฟันบน ติดตามอาการ # 35 พบว่าสภาพเหงือกยังมีการอักเสบเล็กน้อย เมื่อใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์สอดลงไป ไม่พบหนองซึมออกมาจากร่องลึกปริทันต์

### สัปดาห์ที่ 3

ประเมินสภาวะอนามัยช่องปากโดยใช้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (คิดเป็นร้อยละ 45.6) ขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันบริเวณฟันล่างด้านขวา (quadrant 4) ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์

### สัปดาห์ที่ 5

พบว่าผู้ป่วยสามารถแปรงฟันและทำความสะอาดฟันได้ดี ดัชนีคราบจุลินทรีย์คิดเป็นร้อยละ 32.8 ไม่พบการสะสมของหินน้ำลาย สภาพเหงือกโดยทั่วไปยังมีการอักเสบเพียงเล็กน้อย ตรวจพบลักษณะการมีเลือดออกเล็กน้อยเมื่อตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ที่ # 26 และ # 35 ตรวจสอบการสบฟันก่อนบดเจ็บ (traumatic occlusion) พร้อมทั้งกรอปรับการสบฟันที่ # 35 และขัดทำความสะอาดฟันทั้งปาก ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 เดือน

### สัปดาห์ที่ 9

พบว่าผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดี ดัชนีคราบจุลินทรีย์คิดเป็นร้อยละ 28.5 สภาวะปริทันต์ทั่วไปอยู่ในสภาพดี วัดความลึกของร่องลึกปริทันต์ได้ประมาณ 3-4 มิลลิเมตร ยกเว้น # 35 มีความลึกของร่องลึกปริทันต์ทางด้านไกลกลาง 6 มิลลิเมตร ตรวจสอบการสบฟันไม่พบว่ามี การสบฟันก่อนบดเจ็บ ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 เดือน

### สัปดาห์ที่ 21

พบว่าผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดี ดัชนีคราบจุลินทรีย์คิดเป็นร้อยละ 29.8 สภาวะปริทันต์ทั่วไปอยู่ในสภาพดี มีการสะสมของหินน้ำลายและคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกเล็กน้อย วัดความลึกของร่องลึกปริทันต์ได้ประมาณ 3 มิลลิเมตร ยกเว้น # 35 มีความลึกของร่องลึกปริทันต์ทางด้านไกลกลาง 6 มิลลิเมตรและมีฟันโยกระดับ 1 ทำการขูดหินน้ำลายและขัดฟันทั้งปาก ครั้งต่อไปนัดผู้ป่วยมาทำศัลย์ปริทันต์

### สัปดาห์ที่ 23

วัดความดันโลหิตก่อนการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าความดันโลหิต = 127/85 มิลลิเมตรปรอท) ทำศัลยกรรมปริทันต์โดยวิธีการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือก เพื่อขูดทำความสะอาด อารอยโรคในสันกระดูกเบ้าฟัน และวิธีศัลยกรรมกระดูกแบบตกแต่งกระดูก (osteoplasty) ภายใต้การนิยดาชาเฉพาะที่ด้วย 2 % lidocaine ที่มี epinephrine 1:100,000 จำนวน 1 หลอด ใช้มีดเบอร์ 15c ทำรอยผ่าพลิกเข้าไป (internal bevel incision) ระยะห่างจากขอบเหงือก 0.5 – 1 มิลลิเมตร ตั้งแต่แนวบรรจบด้านแก้มไกลกลาง (disto-buccal line angle) ของฟัน # 33 ผ่านตามแนวของขอบเหงือกจนถึงแนวบรรจบด้านแก้มไกลกลางของ # 36 ทั้งด้านแก้มและด้านใกล้ลิ้น ร่วมกับรอยผ่าในแนวนอน (horizontal incision) ตรงบริเวณสันเหงือกกว้าง # 34 และ # 37 เพื่อแยกเยื่อบุผิวร่องลึกปริทันต์ (pocket epithelium) และเนื้อเยื่อยึดต่อที่อักเสบออกจากเนื้อเยื่อยึดต่อที่ปกติ และทำรอยผ่าภายในร่องเหงือก (intrasulcular incision) บริเวณฟัน # 35 , # 36 ทั้งด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้น เปิดแผ่นเหงือกเต็มที (full thickness flap) ทั้งด้านแก้มและด้านลิ้น กำจัดเยื่อบุผิวร่องลึกปริทันต์ เนื้อเยื่อยึดต่อที่อักเสบ และเกลารากฟันให้เรียบด้วยเครื่องมือควิเรตต์โคลัมเบีย 4R / 4L บริเวณที่มีความ विकารของกระดูกเบ้าฟัน ให้ขูดทำความสะอาดกำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) ออกให้หมด ล้างด้วยน้ำเกลือให้สะอาด จากนั้นใช้หัวกรอก้านสันชนิดกลม (micromotor round steel bur) ขนาด 016 กรอแต่งกระดูกทางด้านแก้มให้ได้ลักษณะทางกายวิภาค เย็บแผ่นเหงือกทั้งสองด้านด้วยไหมเย็บขนาด 4/0 ปิดแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์ (periodontal pack) ให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด Ibuprofen ขนาด 400 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง หลังอาหารทันที เป็นเวลา 3-5 วัน ใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีนบ้วนปากเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และนัดตัดไหมหลังผ่าตัด 7 วัน

### สัปดาห์ที่ 24

นำยาปิดแผลปริทันต์ออก ตัดไหมและล้างบริเวณแผลด้วยน้ำเกลือให้สะอาด พบว่าเหงือกบริเวณแผลยังมีลักษณะบวมแดงเล็กน้อย ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดใด ๆ แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากได้ตามปกติ แล้วนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาต่อไป

## 6.6 การติดตามผลการรักษา

นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามอาการในช่วงแรกทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินสภาวะอนามัยในช่องปากและสภาวะปริทันต์ ทำความสะอาดฟัน (professional prophylaxis) และตรวจเช็คการสบฟันก่อนบาดเจ็บที่ # 35 จากนั้นนัดมาติดตามอาการทุก 3 – 6 เดือน

ถ่ายภาพรังสีเพื่อประเมินสภาพกระดูกรองรับฟันทุก 6 เดือน จากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าผู้ป่วยสามารถแปรงฟันและทำความสะอาดฟันได้ดี วัดความลึกของร่องเหงือกได้ประมาณ 3 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 1 มีเหงือกอักเสบเล็กน้อย พบหินน้ำลายและมีคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกเล็กน้อย จากภาพรังสีไม่พบความ विकารของกระดูกเบ้าฟันในแนวเฉียงทางด้านไกลกลาง



ของ # 35 สามารถมองเห็นผิวกระดูกเบ้าฟันได้โดยตลอดทั้งที่บริเวณยอดเบ้าฟันและรอบปลายรากฟัน ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ตามปกติ และสามารถใช้เป็นหลักยึด(abutment) ของฟันปลอมได้ในระดับหนึ่ง

ภาพถ่ายรังสีของฟัน # 35



ก่อนการผ่าตัด



หลังการผ่าตัด 1 ปี



หลังการผ่าตัด 2 ปี

## 7. ผลสำเร็จของงาน

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้เป็นผลสำเร็จในการรักษาฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2 ซึ่งเป็นโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง ร่วมกับการมีเหตุบาดเจ็บเหตุสบฟัน มีความพิการของกระดูกเบ้าฟันตามแนวตั้งทางด้านไกลกลางประมาณ  $\frac{1}{2}$  ของความยาวรากฟัน ได้รับการพยากรณ์โรคเป็นระดับไม่ดี (poor prognosis) ทำศัลยกรรมปริทันต์โดยการผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือก แล้วขูดทำความสะอาดรอยโรคในกระดูกเบ้าฟัน จากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าผู้ป่วยสามารถแปรงฟันและทำความสะอาดบริเวณซอกฟันได้ดี ไม่พบว่ามีอาการอักเสบของฟัน สภาวะปริทันต์ทั่วไปอยู่ในสภาพดี สามารถใช้ฟันได้ตามปกติ จากภาพถ่ายรังสีพบว่ามีความหนาแน่นของกระดูกเบ้าฟันเพิ่มขึ้น สามารถเห็นผิวกระดูกเบ้าฟันได้โดยตลอดทั้งที่ยอดกระดูกเบ้าฟันและรอบรากฟัน

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

การรักษาความพิการของกระดูกเบ้าฟันมีหลายวิธี การพิจารณาเลือกวิธีที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกเพื่อขูดรักษาโรคในสันกระดูกเบ้าฟันเป็นการกำจัดหรือลดความลึกของร่องลึกปริทันต์ ทำให้เกิดการสร้างขึ้นใหม่ของกระดูกเบ้าฟัน โดยจะใช้ได้ผลดีในรอยโรคที่มีผนังกระดูกสามด้านที่ลึกและแคบเท่านั้น ซึ่งถ้าเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม ก็จะทำให้สามารถเก็บฟันธรรมชาติไว้ใช้งานได้ตามปกติ เป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนของการขูดเทียม หรือค่าใช้จ่ายในส่วนของการใส่ฟันเทียมในกรณีที่ต้องถอนฟันซี่นั้นออกไป และถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มีการกลับมาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้ได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยรายอื่นได้ต่อไป

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การเลือกวิธีการทำศัลยกรรมปริทันต์ในผู้ป่วยแต่ละราย ทันตแพทย์ควรพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ ข้อดี ข้อด้อยของวิธีการรักษาแต่ละวิธีอย่างรอบคอบ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการรักษา การพยากรณ์ผลการรักษา การปฏิบัติตนภายหลังการทำศัลยกรรมปริทันต์ และผลสำเร็จของการรักษา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาอนามัยช่องปาก และการกลับมาติดตามผลภายหลังการรักษาอย่างต่อเนื่องทุก 3-6 เดือน การควบคุมการดำเนินของโรคเพื่อป้องกันการกลับมามีอาการของโรคซ้ำขึ้นมาใหม่ก็จะทำได้ยาก ผลการรักษาก็จะล้มเหลว

## 10. ข้อเสนอแนะ

โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคผสมผสานเรื้อรัง สาเหตุหลักเกิดจากการสะสมของคราบแบคทีเรีย และยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ดังนั้นในการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคเพื่อวางแผนการรักษา นอกจากจะเน้นถึงการกำจัดควบคุมหินน้ำลายและคราบจุลินทรีย์แล้ว ควรพิจารณาถึงสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น โรคทางระบบของผู้ป่วย รอยผุหรือขอบวัสดุอุดที่อยู่ใกล้กับขอบเหงือก หรือการบาดเจ็บเหตุสบฟัน เพื่อจะได้ทำการแก้ไขให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม และสามารถพยากรณ์โรคได้แน่นอนขึ้น

และเนื่องจากโรคปริทันต์เป็นโรคอักเสบเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมได้ การควบคุมและป้องกันการเกิดคราบจุลินทรีย์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการกลับมาเป็นโรคซ้ำใหม่ ทันตแพทย์จึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงลักษณะของโรค ขั้นตอนในการรักษา โดยเฉพาะผลสำเร็จในการรักษาซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาอนามัยช่องปาก และการกลับมาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ การรักษาขั้นคงสภาพหรือการรักษาขั้นประคับประคองเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ ทันตแพทย์ควรนัดผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุก 3-6 เดือนภายหลังจากการรักษาขั้นแก้ไขแล้ว เพื่อประเมินผลภายหลังการรักษา ประเมินสภาวะอวัยวะปริทันต์ ทำการขูดหินน้ำลาย เคลารากฟัน และทบทวนวิธีการดูแลรักษาอนามัยช่องปากของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพปกติของอวัยวะปริทันต์ให้ได้ยาวนานที่สุด ป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบกลับเป็นซ้ำ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวร็กงาม วชิรชนิต)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นายสุรินทร์ ตั้งสุภูมิ)

(ขณะดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ 10 วช. (ด้านทันตกรรม)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์)

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

(ขณะดำรงตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์)

...../...../.....

## เอกสารอ้างอิง

1. Goldman HM, Cohen WD. The infrabony pocket : Classification and treatment. *J Periodontol* 1958 ; 29 : 272.
2. Caffesse RG , Sweeney PL and Smith BA. Scaling and root planning with and without periodontal flap surgery. *J Clin Periodontol* 1986 ; 13 : 205-210.
3. O’Learly TJ. The impact of research on scaling and root planning. *J Periodontol* 1986 ; 57 : 69-75.
4. Warehaug J. Healing of the dento- epithelial junction following subgingival plaque control – As observed on extracted teeth. *J Periodontol* 1978 ; 49 : 119-134.
5. Brayer WK, et al. Scaling and root planning effectiveness. *J Periodontol* 1989 ; 60 : 67-72.
6. Sherman PR , et al. The effectiveness of subgingival scaling and root planning. *J Periodontol* 1990 ; 61 : 3-8.
7. Prichard J. A technique for treating infrabony pockets based on alveolar process morphology. *Dent Clin Nort Am* 1960 ; 4 : 85-105.
8. Niklaus P Lang. Focus on intrabony defect – Conservative therapy. *Periodontol 2000* 2000 ; 22 : 51-58.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวรังกาม วชิรชนิต

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ 7 วช. ด้านทันตกรรม  
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 568) สังกัดกลุ่มบริการทางการแพทย์  
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
เรื่อง บทบาทของระบบการบดเคี้ยวและการสบฟันกับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ

### หลักการและเหตุผล

โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคที่มีการอักเสบของเหงือกและอวัยวะปริทันต์ที่เกิดจากแบคทีเรียที่อยู่ในแผ่นคราบแบคทีเรียโดยเฉพาะชนิดที่อยู่ใต้ขอบเหงือกโดยจะมีการสูญเสียการยึดของเนื้อเยื่อยึดต่อ (connective tissue attachment) ลงไปทางปลายรากฟัน เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์ ซึ่งนอกจากจะเกิดจากเชื้อแบคทีเรียแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรคอีกหลายสาเหตุ เช่น การบาดเจ็บเหตุสบฟัน (occlusal trauma) พบว่าถ้าเป็นโรคปริทันต์อักเสบร่วมกับการบาดเจ็บเหตุสบฟัน จะทำให้การดำเนินของโรคปริทันต์เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและรวดเร็ว มีการทำลายของกระดูกเบ้าฟันและเนื้อเยื่อยึดต่อมากขึ้น และเร็วกว่าที่เกิดขึ้นจากโรคปริทันต์อักเสบเพียงอย่างเดียว<sup>(1,2)</sup> ดังนั้นในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ นอกจากจะเน้นที่การควบคุมคราบแบคทีเรียแล้ว การตรวจรักษาและดูแลระบบการบดเคี้ยวและการสบฟัน ควรเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการรักษาโดยรวมในการรักษาโรคปริทันต์ด้วย

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้วินิจฉัยถึงสาเหตุของโรค สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง และพยากรณ์ผลการรักษาได้แน่นอนขึ้น

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การบาดเจ็บเหตุสบฟันจะมีผลโดยตรงต่ออวัยวะปริทันต์ อาการที่เห็นเด่นชัดทางคลินิก คือ การมีฟันโยก อาจพบมีอาการปวดหรือเสียวฟันร่วมด้วย เมื่อดูจากภาพรังสี พบว่ามีความกว้างของช่องปริทันต์ (periodontal space) มากขึ้น โดยเฉพาะที่บริเวณยอดของกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) อาจพบมีการเปลี่ยนแปลงของผิวกระดูกเบ้าฟัน (lamina dura) และที่บริเวณช่องรากฟัน (furcation) ขึ้นกับความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดการบาดเจ็บเหตุสบฟันนั้น

ในฟันที่แข็งแรง มีอวัยวะปริทันต์ที่สมบูรณ์ เมื่อได้รับแรงบดเคี้ยวที่มากเกินไป ร่างกายอาจปรับตัวได้ ฟันอาจมีการโยกบ้างเล็กน้อยตามความรุนแรงของแรงที่มากกระทำ แต่การโยกจะไม่เพิ่มมากขึ้น ช่องเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament space) จะกว้างมากขึ้น แต่ไม่มีการสูญเสียการยึด

ของอวัยวะปริทันต์ กรณีนี้อาจไม่จำเป็นต้องให้การรักษา การแก้ไขทำได้โดยวิธีการปรับการสบฟัน (occlusal adjustment) เพื่อกำจัดการบาดเจ็บนั้นให้หมดไป ส่วนในฟันที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งมีโครงสร้างรองรับ (supporting structure) เหลืออยู่น้อย เมื่อมีแรงมากระทำ แม้แรงนั้นไม่รุนแรงเกินไปก็ยังสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อฟันซี่นั้นได้ และถ้ามีการบาดเจ็บเหตุสบฟันร่วมด้วย ก็จะยิ่งส่งเสริมให้มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงและรวดเร็วขึ้น

การตรวจดูระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์อักเสบ สามารถพิจารณาได้จาก

1. การโยกของฟัน ตรวจสอบทั้งในแนวตั้งและแนวนอน โดยใช้ค้ำของเครื่องมือสองอันดันฟันในแนวแก้มและลิ้น (bucco-lingual) เปรียบเทียบกับฟันข้างเคียง ถ้าฟันโยกในแนวตั้ง คือกดลงไปเข้าฟันได้ แสดงว่าการบาดเจ็บลงไปถึงปลายรากแล้ว กรณีนี้จะมีพยากรณ์โรคไม่ดี (poor prognosis)
2. การสั่นสะเทือนของฟัน (fremitus) เป็นการวัดความสั่นสะเทือนของฟันเมื่อฟันสบกันและเคลื่อนที่ไป โดยใช้ความรู้สึกของนิ้วมือวางไว้ที่ด้านหน้าของฟัน
3. การตรวจดูการสบฟัน โดยใช้ ขี้ผึ้งชี้จุดสบ (occlusal indicator wax) และแถบกระดาษหารอยสบฟัน (articulating paper)
4. พิจารณาจากภาพรังสี โดยพบว่า
  - มีความกว้างของช่องเอ็นยึดปริทันต์มากขึ้น
  - ผิวกระดูกเบ้าฟันหนาตัว ขาดความต่อเนื่อง
  - อาจพบการละลายของกระดูกเบ้าฟันในแนวตั้ง (vertical bone loss) หรือมีการละลายของรากฟัน (root resorption)

โดยในการตรวจควรมีความสัมพันธ์กันทั้งตำแหน่งที่เกิดและแรงที่มากระทำ ถ้ามีการโยกของฟันแต่ไม่มีการสบกระแทก หรือถ้ามีการสบกระแทกและมีฟันโยกด้วยแต่น้อยกว่าที่คาด ในกรณีนี้ควรตรวจดูโครงสร้างรองรับที่เหลืออยู่ว่ามีเหลือมากน้อยแค่ไหน เพื่อพิจารณาว่าควรให้การรักษาทางด้านการสบฟันหรือไม่ ทั้งนี้ในการให้การรักษาทางด้านการสบฟันนั้น ไม่ควรทำในขณะที่เหงือกยังมีการอักเสบอยู่ ควรให้การรักษาลงจากที่ได้ให้การรักษาโรคปริทันต์ขั้นพื้นฐานแล้ว ได้แก่ การควบคุมแผ่นคราบแบคทีเรีย ขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน เพื่อกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ก่อน เมื่อสามารถควบคุมโรคปริทันต์อักเสบให้คงที่ได้แล้ว จึงค่อยตรวจดูระบบการบดเคี้ยวอีกครั้ง

เมื่อสามารถวิเคราะห์โรคว่ามีการบาดเจ็บเหตุสบฟันร่วมด้วยแล้ว การรักษาที่จำเป็นคือ

1. การกำจัดการกีดขวางการสบฟัน (occlusal interference) สร้างให้เกิดความสมดุลของฟันบนและฟันล่างที่สบกันอยู่
2. ทำเฟือกฟัน (splint) ร่วมด้วยในกรณีที่จำเป็น
3. ถอนฟัน ในกรณีที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีโครงสร้างรองรับเหลือน้อยเกินไปจนรับแรงไม่ได้

4. ไม่จำเป็นต้องรักษาทางการแพทย์ ในกรณีที่หลังจากให้การรักษาโรคปริทันต์อักเสบในขั้นต้นแล้ว ฟันที่เคยสบกระแทกและโยกนั้นมีลักษณะแน่นขึ้น ซึ่งถ้าให้การรักษาได้อย่างถูกต้องเมื่อแก้ไขการสบฟันแล้ว ฟันควรจะแน่นขึ้น ความกว้างของช่องเอ็นยึดปริทันต์จะแคบเข้า และฟันจะอยู่ในลักษณะที่เสถียรมากขึ้น

5. ในการรักษาทางการแพทย์ฟันนี้จะไม่ทำเพียงครั้งเดียว ควรนัดผู้ป่วยกลับมาเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินผลและติดตามผลการรักษาด้วย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน ซึ่งการบาดเจ็บเหตุสบฟันเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้การดำเนินของโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงและรวดเร็วมากขึ้น ในการรักษาถ้าสามารถควบคุมได้ทั้งโรคปริทันต์อักเสบและการบาดเจ็บเหตุสบฟันจะทำให้การหายของเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) และการเกิดใหม่ของกระดูกเบ้าฟันเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นในการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรค ควรมีการตรวจหาปัจจัยร่วมอื่นที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรคด้วย จะทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง พยากรณ์ผลการรักษาได้แน่นอนขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้สามารถเก็บฟันไว้ใช้งานได้ต่อไป

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละ 60 ของฟันที่มีการแก้ไขการสบฟันก่อนบาดเจ็บ จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นของความลึกของร่องลึกปริทันต์ต่อปีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแก้ไข

ลงชื่อ.....

(นางสาวรังงาม วชิรชนิด)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....

เอกสารอ้างอิง

1. Harrel SK. Occlusal forces as a risk factor for periodontal disease. *Periodontol 2000* 2003 ; 32 : 111-117.
2. Harrel SK. The effect of occlusal discrepancies on periodontitis. II Relationship of occlusal treatment to the progression of periodontal disease. *J Periodontol* 2001 ; 72 : 495-505.