

รายงานการฝึกอบรม

การนำเสนอผลงานและเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านทันตกรรม FDI World Dental Congress ๒๐๒๔

ระหว่างวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๗ - ๑๕ กันยายน ๒๕๖๗

ณ เมืองอิสตันบูล สาธารณรัฐตุรกี

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นางสาวสุภาพร วิริยะจิรกูล

อายุ ๕๐ ปี

การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วยทันตกรรม

ชื่อเรื่อง หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ให้ความรู้เบาหวาน

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา

ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ โดยเบิกค่าลงทะเบียน

๑. จากเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุมและดูงานในประเทศและต่างประเทศ เป็นเงิน ๙๔,๗๑๙ บาท (เก้าหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยสิบเก้าบาทถ้วน)

วัน เดือน ปี ระหว่างวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๗ - ๑๕ กันยายน ๒๕๖๗

สถานที่ ณ เมืองอิสตันบูล สาธารณรัฐตุรกี

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ไม่มี

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา / ฝึกอบรม / ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์ และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ มีความรู้และความชำนาญขั้นสูงในการถ่ายทอดความรู้ด้านทันตกรรมและสามารถนำมาใช้ในการให้การรักษาผู้ป่วย

๒.๑.๒ มีความรู้ด้านการวิจัยเบื้องต้น สามารถสืบค้นความรู้อย่างต่อเนื่องจากงานวิจัยต่างๆ รวมทั้งการผลิตนวัตกรรมสื่อการสอน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย

๒.๑.๓ มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณที่ดีแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติงาน

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

๑. การนำเสนอผลงานเรื่องนีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม: รายงานโรคทางพันธุกรรมที่หายากในผู้ป่วย ๑ ราย

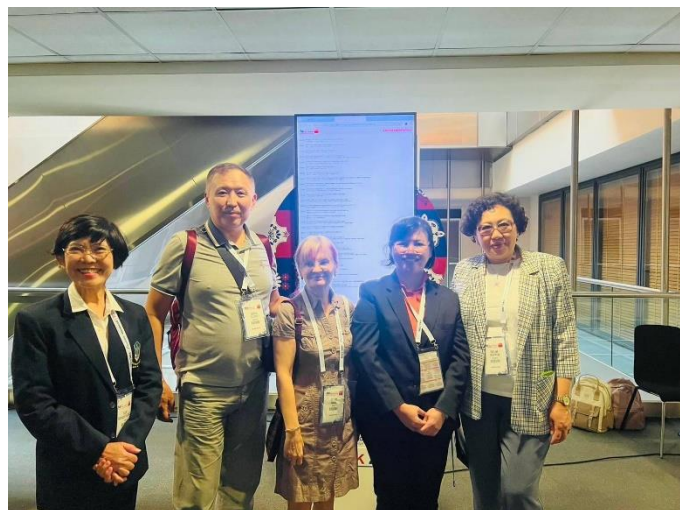
นีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม (Nevoid basal cell carcinoma syndrome, NBBCS) หรือกอร์ลิน-กอลซ์ ซินโดรม (Gorlin-Goltz syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคทางพันธุกรรมที่พบได้ยาก กลุ่มอาการนี้มีการถ่ายทอดผ่านทางยีนเด่น (autosomal dominant) และเกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย

ทำให้มีการแสดงออกของอาการหลายอย่าง เช่น ถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรหลายตำแหน่ง (multiple jaw bone cysts) มะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (basal cell carcinoma) และความผิดปกติของกระดูกบางตำแหน่ง ดังนั้นการวินิจฉัยและการรักษากลุ่มอาการนี้อย่างรวดเร็ว จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรง รายงานผู้ป่วยรายนี้เป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนี้ โดยอธิบายตั้งแต่การซักประวัติในครอบครัว การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย และการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครบถ้วน

นีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม (Nevoid basal cell carcinoma syndrome, NBBCS) หรือ กอร์ลิน-กอลซ์ ซินโดรม (Gorlin-Goltz syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคทางพันธุกรรมที่พบได้ยากโรคหนึ่ง มีการถ่ายทอดผ่านทางยีนเด่น (autosomal dominant) พบว่ากลุ่มอาการนี้เกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย เช่น ระบบกระดูก ระบบตา ระบบผิวหนังระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท ในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของกลุ่มอาการนี้มาจากการเปลี่ยนแปลงของยีนที่ชื่อว่า PTCH๑ ยีน (gene PTCH๑) ที่อยู่บนโครโมโซม ๙q๒๒.๓-๓๑ โดยตัวโปรตีน PTCH๑ นี้เกี่ยวข้องกับระบบการส่งสัญญาณของ Hedgehog (The Hedgehog signaling pathway) ซึ่งเป็นระบบการส่งสัญญาณที่สำคัญในการสร้างและพัฒนาในระยะตัวอ่อนให้เป็นอวัยวะของร่างกาย ทำให้กลุ่มอาการนี้เกิดความผิดปกติหลายอย่างในหลายระบบของร่างกาย เช่น มะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (๕๐-๙๗%) การเกิดจุดบนฝ่ามือ ฝ่าเท้า (๖๐-๙๐%) ความผิดปกติของกระดูกบางตำแหน่ง เช่นการเชื่อมติดกันของกระดูกซี่โครง (๔๐%) ความผิดปกติของกระดูกไขสันหลัง และถุงน้ำไอตอนโตเจนนิคเคอราโตซิสในกระดูกขากรรไกรหลายตำแหน่ง (๗๕%)

เมื่อกล่าวถึงความชุกของนีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรมพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มอาการนี้มักพบในช่วงอายุ ๑๐-๓๐ ปี อัตราการเกิดของโรคคือ ๑: ๕๗,๐๐๐ ถึง ๑๖๔,๐๐๐ ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบได้หลากหลายเชื้อชาติ ในปัจจุบันมีการกล่าวถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้มากขึ้น แต่พบว่าไม่มีการศึกษาใดที่ให้ข้อสรุปเกี่ยวกับความไว และความจำเพาะที่แน่นอนได้ในการให้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่มีลักษณะการแสดงออกแบบรวมกัน ของนีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม ดังนั้นเกณฑ์ในการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้จึงใช้จากการศึกษาลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางภาพถ่ายรังสีของหลายการศึกษาคือ ๑. อาการหลัก ๑ อย่างและมีการยืนยันในระดับโมเลกุล ๒. อาการหลัก ๒ อย่าง ๓. อาการหลัก ๑ อย่างและอาการรอง ๒ อย่าง

รายงานผู้ป่วยรายนี้เป็นการรายงานกลุ่มอาการของโรคที่พบน้อยและมีความสำคัญเพราะมีอาการที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย อาการบางอย่างมีความจำเป็นที่ต้องให้การรักษาที่รวดเร็วและถูกต้องเช่น การเกิดมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ในหลายตำแหน่งของร่างกาย การให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็วจึงมีความสำคัญมากและเนื่องจากกลุ่มอาการของโรคนี้พบน้อย จึงอาจทำให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาผิดพลาดได้ ดังนั้นรายงานผู้ป่วยรายนี้จึงเป็นการทบทวนความรู้ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้การวินิจฉัย และการรักษาที่ครบถ้วน



๒. การใช้ยารักษาในกลุ่มบิสฟอสเฟต กับภาวะกระดูกตายหลังใช้ยา คีโรที่ซ่อนอยู่

โรคกระดูกขากรรไกรตายที่เกี่ยวข้องกับยา โรคกระดูกขากรรไกรตายเป็นปัญหาสำคัญที่อาจเกิดขึ้นในผู้ที่รับประทานยาบางชนิด เช่น bisphosphonates และ denosumab สามารถใช้รักษาโรคกระดูกพรุนหรือมะเร็งได้ การได้รับสารบิสฟอสเฟต โรคและขั้นตอนทางทันตกรรม อายุ เพศ ปัจจัยทางกายวิภาค ปัญหาทางการแพทย์ และปัจจัยทางพันธุกรรม ล้วนเป็นตัวแปรที่เพิ่มความเสี่ยงของโรคกระดูกขากรรไกรตาย แม้ว่าโรคกระดูกขากรรไกรตายและยาต้านจุลชีพจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ยังไม่ทราบพยาธิสรีรวิทยาของโรคกระดูกขากรรไกรตาย การเตรียมฟันอย่างระมัดระวังและคำแนะนำด้านสุขอนามัยช่องปากช่วยลดความเสี่ยงของภาวะกระดูกพรุนของขากรรไกรได้อย่างมาก เหมาะอย่างยิ่งที่จะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาทางทันตกรรมตามที่กำหนด ไม่มีข้อห้ามและความเสี่ยงต่ำในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านจุลชีพแบบรับประทานเป็นเวลาน้อยกว่า ๓ ปี การหยุดใช้ยาเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าเสนอเพื่อจัดการกับโรคกระดูกขากรรไกรตาย

ตามที่สมาคมศัลยแพทย์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลแห่งสหรัฐอเมริกา (AAOMS) ระบุว่า คำจำกัดความของภาวะกระดูกพรุนที่เกี่ยวข้องกับยา (MRONJ) เป็นภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับประทานหรือรับประทานยาต้านการกลืนกินหรือยาต้านการสลายตัวของกระดูก ส่งผลให้กระดูกมองเห็นได้ที่ยังคงอยู่นานกว่าแปดสัปดาห์โดยไม่มีประวัติการฉายรังสีรักษา ในปี ๒๐๑๔ และเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนของขากรรไกรที่เพิ่มขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาแบบไม่ใช้บิสฟอสเฟต ภาวะดังกล่าวจึงถูกเปลี่ยนชื่อเป็น MRONJ แทน "โรคกระดูกพรุนที่เกี่ยวข้องกับบิสฟอสเฟตของขากรรไกร"

ความชุกแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยปัจจุบันอยู่ที่ ๐.๐๐๑% ในแคนาดา ๐.๐๐๔% ในสกอตแลนด์ และ ๐.๐๐๓% ในเยอรมนี ส่วนความชุกในสหรัฐอเมริกาค่อนข้างสูง โดยอยู่ระหว่าง ๐.๑% ถึง ๐.๒% ในผู้ป่วยที่ได้รับ bisphosphonates แบบรับประทานเป็นระยะเวลาเกินสี่ปี

ในการวินิจฉัยผู้ป่วยด้วย MRONJ จะพบในผู้ป่วย:

๑. มีการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่องด้วยยาต้านการสลายตัวหรือยาต้านการเจริญเติบโตของหลอดเลือด
๒. มีกระดูกที่มองเห็นได้หรือลึกถึงกระดูกที่อยู่ต่อเนื่องกันนานกว่าแปดสัปดาห์
๓. ไม่มีประวัติการรักษาด้วยรังสีในบริเวณใบหน้าขากรรไกร

AAMOS แบ่งโรคกระดูกขากรรไกรตาย ออกเป็นสามระยะ โดยพิจารณาจากความรุนแรงของอาการและอาการแสดง โดยพบช่องนอกช่องปากเป็นหนึ่งในสัญญาณลักษณะเฉพาะของโรคกระดูกขากรรไกรตายระยะที่ ๓ มีการเสนอว่าความสามารถในการวัดเครื่องหมายการหมุนเวียนของกระดูก (BTM) เช่น เทโลเปปไทด์ที่ปลาย C ในซีรัมของคอลลาเจน CTX ชนิดที่ ๑ สามารถใช้เป็นเครื่องมือพยากรณ์ของโรคกระดูกขากรรไกรตาย ได้เช่นเดียวกับการพยากรณ์โรค การเชื่อมโยงข้ามเทโลเปปไทด์ที่ปลาย C (CTX) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกที่สามารถวัดได้ในเลือด มีการแนะนำก่อนหน้านี้ว่าระดับซีรัมของ CTX จะค่อยๆ ลดลงด้วยการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ และกลับสู่ระดับปกติหลังจากหยุดการรักษา ดังนั้นจึงสามารถใช้เพื่อทำนายโรคกระดูกพรุนได้ แม้ว่าจำเป็นจะต้องมีตัวทำนายที่เชื่อถือได้สำหรับโรคกระดูกขากรรไกรตาย แต่ American Academy of Oral Medicine ระบุว่าไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะพิสูจน์ให้เห็นถึงการใช้ CTX ในการทำนายโอกาสของโรคกระดูกขากรรไกรตาย

ในบรรดาต้านการสลายตัวของกระดูกได้แก่ บิสฟอสเฟต ยาเหล่านี้ออกฤทธิ์ในระดับเซลล์ โดยมุ่งเป้าไปที่เซลล์สร้างกระดูกและกระบวนการทำงานของพวกมัน เราสามารถให้บิสฟอสเฟตทางหลอดเลือดดำหรือทางปากขึ้นอยู่กับความแรง บิสฟอสเฟตถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีไนโตรเจน และกลุ่มที่ไม่มีไนโตรเจน โดยมีประสิทธิภาพมากในการลดโอกาสกระดูกหักที่เกิดจากโรคกระดูกพรุน รวมทั้งยับยั้งการทำงานของเซลล์สร้างกระดูก บิสฟอสเฟตทำงานโดยการยับยั้งโหมดการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มความหนาแน่นของกระดูก บิสฟอสเฟตมีแรงดึงดูดกระดูกสูงและมีปฏิกิริยากับผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ ตามที่แนะนำโดยการศึกษา

หลายรายการ ยาเหล่านี้ทำงานโดยการห้ามการทำงานของกระดูกซึ่มกลับและกระตุ้นการตายของเซลล์สร้างกระดูก นอกจากนี้ พวกมันอาจมีผลกระทบ เช่น ออกฤทธิ์ทางอ้อมต่อเซลล์สร้างกระดูกโดยการห้ามการสร้างความแตกต่าง ผลกระทบนี้เห็นได้จากการลดลงที่เกิดจากไซโตไคน์ของเซลล์สร้างกระดูกที่ยับยั้งความสามารถในการรักษากระดูก ครึ่งชีวิตของบิสฟอสโฟเนตสามารถดำเนินต่อไปได้หรือนานกว่าหนึ่งทศวรรษเนื่องจากมีความเชื่อมโยงที่ดีกับผลึกกระดูก แม้ว่า ๙๕% ของยาจะถูกขับออกภายในไม่กี่ชั่วโมง

ส่วนการรักษากระดูกตายจากยาถือว่ายาก ความพยายามจึงมุ่งเน้นไปที่การป้องกันกระดูกตายด้วยแนวทางสหสาขาวิชาชีพ ก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วยยาบิสฟอสโฟเนต ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจช่องปากอย่างละเอียดพร้อมคำแนะนำด้านสุขอนามัยช่องปาก และได้รับความรู้เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดกระดูกตาย อาการและอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดกระดูกตาย การรักษาทางทันตกรรมที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนที่รุกราน เช่น การถอน ควรทำก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วยยาเตรียมฟันอย่างระมัดระวังและคำแนะนำด้านสุขอนามัยช่องปากช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและกระดูกตายได้อย่างมาก ดังนั้นควรติดต่อผู้ให้บริการที่ส่งจ่ายยาก่อนการผ่าตัดเหงือกและฟัน ในกรณีที่ต้องรักษาด้วยยาต้านการอักเสบเป็นเวลานานกว่า ๓ ปี เพื่อยุติการใช้ยาต้านการอักเสบในช่องปากเป็นเวลา ๒ เดือนก่อนการผ่าตัดในช่องปาก (เช่น การหยุดยา) การรักษาด้วยยาต้านการให้ยาทางหลอดเลือดดำและการรักษามะเร็งอย่างต่อเนื่องเป็นข้อห้ามเด็ดขาดสำหรับการผ่าตัดทางทันตกรรมใดๆ รวมถึงการใส่รากฟันเทียม ฟอรัจนาโต และคณะ ระบุว่า การใช้เกล็ดเลือดเข้มข้นแบบ autologous อาจมีประโยชน์ในการป้องกันกระดูกตายจากการใช้ยา เนื่องจากคุณสมบัติในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันเฉพาะที่และการเร่งการสร้างเส้นเลือดใหม่ที่เป็นไปได้ โดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อร้ายของขากรรไกรกับยาต้านการละลาย พยาธิสรีรวิทยาและกลไกของโรคกระดูกพรุนที่เกี่ยวข้องกับยาของขากรรไกรยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างถ่องแท้ ในทางกลับกัน Bisphosphonates ถูกนำมาใช้เพื่อรักษาความผิดปกติของกระดูกและมะเร็งหลายชนิด นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากยังใช้บิสฟอสโฟเนตเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดอีกด้วย กลุ่มที่พบบ่อยที่สุดประกอบด้วยสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อรักษาโรคกระดูกพรุน แนวทางการทำงานร่วมกันซึ่งรวมถึงทันตแพทย์ แพทย์ และเภสัชกร ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการพัฒนาของโรคกระดูกขากรรไกรตาย

๓. การวินิจฉัย และรักษารอยแผลในช่องปาก

แผลในช่องปากมักจะเจ็บปวดมากและเป็นสาเหตุของการปรึกษาหารือบ่อยครั้ง กระบวนการติดเชื้อเนื้องอก โรคระบบทางเดินอาหาร ความผิดปกติของเลือด โรคไขข้อ โรคทางภูมิคุ้มกัน รอยโรคจากการบาดเจ็บ และปัจจัยอื่นๆก็เป็นสาเหตุหนึ่ง การวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ที่สามารถทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ได้ แผลสามารถเป็นแผลหลักได้ เมื่อไม่ได้เกิดรอยโรคก่อนหน้า (ในกรณีของแผลเปื่อย) หรือแผลรอง (aphthoid) จากการบาดเจ็บ หรือตุ่มพองหรือตุ่มที่แตกออก

แผลเปื่อยที่ฮิปโปเครติสอธิบายไว้เมื่อ ๔๐๐ ปีก่อนคริสตกาล มักอยู่ในเยื่อเมือกในช่องปาก (ริมฝีปาก ลิ้น ฟันปาก เพดานอ่อน ลิ้นไก่ ฯลฯ) และเยื่อบุคอหอย นอกจากนี้ยังสามารถสังเกตได้ในบริเวณอวัยวะเพศด้วย รอยโรคหลักไม่ใช่ตุ่มหรือตุ่มพอง แต่เป็นแผลโดยตรงเนื่องจากเนื้อร้ายของเยื่อบุผิวซึ่งกินเยื่อหุ้มชั้นใต้ดินเผยให้เห็นปลายประสาทและทำให้รู้สึกไม่สบายหรือเจ็บปวด หากกลายเป็นรอยโรคใหญ่จะสามารถทิ้งรอยแผลเป็นไว้ได้หลังการรักษา ในทางการแพทย์ มักมีแผลที่เจ็บปวด ขนาดต่างๆ เป็นรูปกลมหรือวงรี และมีขอบที่สะอาด อวัยวะเนื้อตายถูกปกคลุมไปด้วยสารคัดหลั่งสีขาวอมเหลือง และบริเวณรอบนอกของมันถูกล้อมรอบด้วยเส้นขอบหรือรัศมีสีแดงที่มีต้นกำเนิดจากภาวะเลือดในเลือดสูง และมีแนวโน้มที่จะกำเริบอีก แผลเปื่อยเป็นแผลทุติยภูมิ ซึ่งมักจะติดเชื้อ ซึ่งเริ่มต้นด้วยรอยโรคที่สำคัญ: ตุ่มหรือตุ่มหนอง มีความแตกต่างทางคลินิกและทางจุลพยาธิวิทยาจากแผลเปื่อยที่แท้จริง แผลพุพองอื่นๆ มีต้นกำเนิดที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บโดยมีการลุกลามแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เพื่อตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เยื่อเมือกซ้ำๆ และต่อเนื่อง บางราย

มีแนวโน้มที่จะเป็นเรื้อรังและอาจเกิดขึ้นอีก ภาวะอะพอฟโทซิสเป็นกระบวนการบางอย่างที่เกิดขึ้นกับแผลเปื่อยหรือแผลในเพดานลิ้น และมักส่งผลกระทบต่ออย่างเป็นระบบ ในกระบวนการเหล่านี้ แผลอาจอยู่ในเยื่อบุในช่องปากและบริเวณอื่นๆ เช่น อวัยวะเพศ ทวารหนัก หรือเยื่อหูตา

ขั้นตอนแรกในการวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องคือเวชระเบียน ประวัติการรักษาของผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่จำเป็นในการระบุประเภทของรอยโรค ควรตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ (ครอบครัวและประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับโรคทางระบบหรือผิวหนัง ยา อาการแพ้ อาหาร และนิสัยที่เป็นพิษ) ควรกำหนดสิ่งต่อไปนี้โดยตั้งคำถามประวัติผู้ป่วย: เวลาที่ปรากฏของรอยโรคครั้งแรก ระยะเวลาการลุกลามหรือระยะเวลาของรอยโรค หากเกิดขึ้นอีก ได้รับผลกระทบทางปาก

การวินิจฉัยและการรักษารอยโรคในช่องปากมักเป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากแพทย์มีข้อจำกัดในการตรวจกับสภาวะการเกิดรอยโรคที่ปรากฏที่คล้ายคลึงกัน แม้ว่าแผลในช่องปากหลายๆ แผลจะเป็นผลมาจากการบาดเจ็บเรื้อรัง แต่บางแผลก็อาจบ่งบอกถึงสภาวะทางระบบที่สำคัญ เช่น ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน หรือโรคผิวหนัง การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายอย่างถูกต้องถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเยื่อเมือกในช่องปาก โรคเหล่านี้บางชนิดเป็นโรคติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะมีการเรื้อรัง และมีอาการ ลอกออก การรักษาต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทางภูมิคุ้มกันวิทยาของรอยโรค วิธีการแยกแยะและวินิจฉัยแผลในช่องปากประเภทต่างๆ และให้แนวทางการรักษา

แผลในปากส่วนใหญ่จะหายเองภายใน ๑-๒ สัปดาห์ ข้อปฏิบัติในการรักษาแผลในช่องปากคือ:

๑. ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนเพื่อลดความเจ็บปวด
๒. บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากน้ำเกลืออุ่น ๆ
๓. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้มีอาการปวดแสบ เช่น อาหารรสเผ็ดหรือเป็นกรด
๔. หลีกเลี่ยงการเคี้ยวหมากฝรั่ง
๕. เลือกอาหารที่อ่อนกว่าที่จะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแสบ
๖. ใช้หลอดดื่มของเหลวเย็น (ไม่ร้อน) เพื่อไม่ให้สัมผัสแผลในปาก
๗. ใช้น้ำยาพาราเซตามอลเพื่อบรรเทาอาการปวด

การใช้ยารักษาแผลในปาก

หากแผลในปากของคุณทำให้เกิดอาการปวดมาก มียาที่สามารถช่วยบรรเทาอาการปวด ป้องกันบริเวณที่เป็นแผล ลดการอักเสบ หรือป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติมได้ การเลือกใช้น้ำยาสามารถพูดคุยกับเภสัชกรเกี่ยวกับทางเลือกต่อไปนี้:

๑. น้ำยาบ้วนปากฆ่าเชื้อ (เช่น คลอเฮกซีดีน) ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยการหยุดการสะสมของแบคทีเรีย
๒. แผ่นป้องกัน (เช่น Orabase®) ทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันเมื่อทาบบนแผล
๓. ยาพอกที่มีสเตียรอยด์ (เช่น Kenalog ใน Orabase® และ Oracort®) ช่วยบรรเทาอาการปวด อาการอักเสบ (รอยแดง) ความรู้สึกไม่สบาย และเร่งการรักษาให้เร็วขึ้น
๔. ยาแก้ปวดเฉพาะที่ (ยาแก้ปวดที่ทาบริเวณนั้น) จะอยู่ในรูปของน้ำยาบ้วนปาก สเปรย์ เจลหรือครีม และช่วยบรรเทาอาการปวดบริเวณ รอบๆ แผลในและรอบๆ แผล
๕. ครีมต้านไวรัสมีจำหน่ายหากแผลในปากเกิดจากไวรัสเริม

๔. การให้การวินิจฉัยและการรักษาความเจ็บปวดบริเวณใบหน้าที่มีสาเหตุมาจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ฟัน

อาการปวดช่องปากและใบหน้าเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคต่าง ๆ มากมาย แม้ว่าอาการปวดฟันซึ่งเป็นรูปแบบอาการปวดช่องปากและใบหน้าที่พบได้บ่อยที่สุด และส่วนใหญ่เกิดจากฟัน แต่ก็ยังมีบางครั้ง

ที่ไม่เกี่ยวกับฟัน ที่สามารถเลียนแบบความเจ็บปวดทางทันตกรรมหรือแสดงออกในทำนองเดียวกัน ความเจ็บปวดที่ไม่ได้เกิดจากฟันเกิดขึ้นในกรณีที่ไม่มีพยาธิสภาพที่เห็นได้ชัดทางคลินิกในฟัน เนื้อเยื่อรอบนอก หรือเนื้อเยื่อปริทันต์และโครงสร้างที่อยู่ติดกัน ตัวอย่างของอาการดังกล่าว ได้แก่ ความเจ็บปวดจากกล้ามเนื้อมัดเล็ก (myofascial pain) ความเจ็บปวดจากโรคเกี่ยวกับเส้นประสาท (neuropathic pain) ความเจ็บปวดจากโรคหลอดเลือดบริเวณช่องปากและใบหน้า (orofacial neurovascular pain) อาการปวดหัวใจ (cardiac pain) และความผิดปกติของไซนัส และอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งเป็นเรื่องท้าทายสำหรับทันตแพทย์ในการให้การวินิจฉัยสาเหตุของความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดฟันผิดปกติ

กระบวนการแยกแยะสาเหตุต่างๆ ของอาการปวดฟันเป็นสิ่งสำคัญ การวินิจฉัยแยกโรค ความเจ็บปวดทางทันตกรรมอย่างละเอียดทำให้มั่นใจได้ว่าแหล่งที่มาของความเจ็บปวดได้รับการกำหนดอย่างถูกต้อง นำไปสู่การรักษาทางทันตกรรมที่แม่นยำและเหมาะสมยิ่งขึ้น การพิจารณาสาเหตุที่เป็นไปได้ทั้งหมดของอาการปวดฟันยังช่วยลดโอกาสของการทำหัตถการที่ไม่ได้ผลหรือไม่จำเป็น และปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยในท้ายที่สุด International Classification of Orofacial Pain ฉบับพิมพ์ครั้งที่ ๑ (ICOP-๑) ได้รับการตีพิมพ์ในปี ๒๐๒๐ เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการด้านการแพทย์สามารถแยกแยะความเจ็บปวดประเภทต่างๆ ได้ดีขึ้น ไม่ว่าจะผ่านทางทันตกรรม กล้ามเนื้อและกระดูก หรือโรกระบบประสาทที่มีต้นกำเนิด ของอาการปวดประเภทต่างๆ ที่กระทบต่อช่องปาก ใบหน้า และศีรษะ ในที่นี้ เราจะตรวจสอบกรณีทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีอาการปวดฟัน และสำรวจลักษณะทางคลินิกและวิธีการวินิจฉัยที่ช่วยในการแยกความแตกต่างระหว่างความเจ็บปวดจากการรักษาฟันและความเจ็บปวดที่ไม่เกิดจากฟัน ตามคำจำกัดความ ICOP-๑

ICOP-๑ เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงในการวินิจฉัยที่สำคัญและเป็นแนวทางสำหรับการจัดการไม่เฉพาะ ความเจ็บปวดในโพรงฟัน และฟันทั้งหมดเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงแหล่งที่มาของความเจ็บปวดที่ไม่เกิดจากรากฟันด้วย อาการปวดจากโรกระบบประสาทในช่องปากมักเป็นการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติ ซึ่งหมายความว่าแหล่งที่มาของความเจ็บปวดอื่นๆ เช่น การติดเชื้อมาก่อนที่ฟัน ฟันร้าว หรืออาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกี่ยวข้องกับฟัน จะต้องถูกตัดออกด้วยการตรวจทางคลินิกและการถ่ายภาพรังสีที่ครอบคลุม

ICOP-๑ แบ่งระบบการจำแนกประเภทความเจ็บปวดที่เกิดจากศีรษะและคอที่เผยแพร่ล่าสุด โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับอาการปวดฟัน อาการปวดกล้ามเนื้อมัดเล็กของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ปวดข้อ TMJ ปวดจากโรกระบบประสาท และความผิดปกติของอาการปวดศีรษะ ICOP-๑ ร่วมกับประวัติโดยละเอียดและการตรวจทางคลินิกและการถ่ายภาพรังสี สามารถช่วยให้ทันตแพทย์วินิจฉัยกรณีของอาการปวดเรื้อรังหรือซับซ้อนในช่องปากได้

เมื่อพิจารณาจากประวัติทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและการใช้ยาหลายชนิดในปัจจุบันสำหรับอาการปวดเรื้อรังและอารมณ์ จึงมีการค้นหาและการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพโดยประสานงานกับ ผู้ให้บริการดูแลเบื้องต้น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความเจ็บปวด ผู้ป่วยอาจเริ่มพบปะกับนักจิตวิทยาเป็นประจำมากขึ้นเพื่อบรรเทาอาการและเพิ่มกิจกรรมประจำวันเพื่อยุติความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดบนใบหน้าได้

ICOP-๑ ให้คำจำกัดความของความเจ็บปวดหลังเหตุการณ์กระทบกระเทือนเกี่ยวกับเส้นประสาท ไตรเจมินัล (PTTN) ว่าเป็นความเจ็บปวดเรื้อรังที่ช่องปากและใบหน้าในการกระจายตัวของเส้นประสาทไตรเจมินัลที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่เส้นประสาท และ/หรือการค้นพบว่ามีรอยโรคของเส้นประสาท ความเจ็บปวดควรเกิดขึ้นภายใน ๖ เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บ ไม่ว่าจะเป็นการบาดเจ็บทางกล ความร้อน สารเคมี หรือการฉายรังสีที่เส้นประสาทไตรเจมินัลส่วนปลาย ต่างจากการบาดเจ็บเฉียบพลันที่หายได้ด้วยการรักษา ความเจ็บปวดจากโรกระบบประสาทหลังเหตุการณ์สะเทือนใจควรคงอยู่หรือเกิดขึ้นซ้ำเป็นเวลามากกว่า ๓ เดือน สาเหตุทั่วไปของอาการปวดเส้นประสาทจากเหตุบาดเจ็บ ได้แก่ การถอนฟันกรามซี่ที่ ๓ (ซึ่งคิดเป็น ๔๘% ของผู้ป่วยทั้งหมด) การปลุกถ่ายฟันเทียม (๑๓%) การถอนฟัน (ฟันกรามที่ไม่ใช่ซี่ที่สาม ๑๓%) การฉีดยา

ยาเฉพาะที่ (๑๑%), การรักษารากฟัน (๘%) และการบาดเจ็บ (๗%) ในผู้ป่วยเหล่านี้ อาการอาจแตกต่างกันอย่างมากในด้านคุณภาพ ความเร็วจริง และความรุนแรง โดยมีอาการปวดเล็กน้อยถึงรุนแรง ขึ้นอยู่กับขอบเขตของการบาดเจ็บของเส้นประสาท

๕. รอยโรคในช่องปากที่เกิดจากโรคทางระบบ

การตรวจช่องปากบางครั้งจะเห็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสภาวะทางระบบที่สำคัญ และช่วยให้สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่เนิ่นๆ การตรวจควรรวมถึงการประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก การอักเสบของโรคปริทันต์ และสภาพทั่วไปของฟัน การค้นพบภาวะโลหิตจางในช่องปากอาจรวมถึงสีซีดของเยื่อเมือก โรคตุ่มรับรสที่ลิ้นอักเสบ และเชื้อราแคนดิดา ผลในช่องปากอาจพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคลูปัส อิริทีมาโตซุส (lupus erythematosus), เพมฟิกัส วัลการิส (pemphigus vulgaris) หรือโรคคอห์น (Crohn) การค้นพบในช่องปากเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่เป็นโรคโครห์นอาจรวมถึงการบวมของเยื่อเมือกแบบกระจาย เยื่อเมือกที่ปูด้วยหินกรวด และเหงือกอักเสบเฉพาะที่ เม็ดสีเมลานินที่กระจายอาจเป็นอาการเริ่มแรกของโรคแอดดีสัน อาการปริทันต์อักเสบหรือมีเลือดออกอย่างรุนแรงควรกระตุ้นให้มีการสอบสวนสภาวะต่างๆ เช่น เบาหวาน การติดเชื้อไวรัสจากโรคมูมิคุ้มกันบกพร่องในมนุษย์ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในผู้ป่วยที่เป็นโรคกรดไหลย้อน บูลิเมีย หรือเบื่ออาหาร การที่เคลือบฟันสัมผัสกับสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารที่เป็นกรดอาจทำให้เกิดการกัดเซาะของฟันอย่างถาวร การกัดเซาะอย่างรุนแรงอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการบูรณะฟัน

การค้นพบในช่องปากในผู้ป่วยโรคโลหิตจางอาจรวมถึงสีซีดของเยื่อเมือก โรคตุ่มรับรสที่ลิ้นอักเสบ และเชื้อราแคนดิดา สีซีดของเยื่อเมือกในช่องปากอาจมองเห็นได้ยาก โรคลิ้นอักเสบฝ่อปรากฏเป็นอาการเป็นหย่อม ๆ ของลิ้น ซึ่งเกิดจากการฝ่อของปุ่มลิ้น โรคลิ้นอักเสบฝ่อคือการค้นพบที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่สามารถเกิดขึ้นได้ร่วมกับโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคโลหิตจางที่เป็นอันตราย/การขาดวิตามินบีรวม และอาการอื่นๆ อีกมากมาย การฝ่อสามารถสังเกตได้ง่ายที่สุดบนลิ้นหลัง แม้ว่าบริเวณอื่นอาจได้รับผลกระทบก็ตาม อาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนและเกิดผื่นแดงร่วมด้วย เชื้อราแคนดิดาเป็นการค้นพบพร้อมกันหรือเป็นสาเหตุอื่นของผื่นแดง แสบร้อน และฝ่อ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (การติดเชื้อที่ริมฝีปากที่เกิดจาก *Candida albicans* หรือ *Staphylococcus aureus*) ซึ่งจะปรากฏเป็นเม็ดเลือดแดงรอยแยก และเปลือกแข็งที่มุมปาก

นอกจากผลที่เป็นแผลหรือการกัดกร่อนแล้ว รอยโรคสีขาวหรือผื่นแดงที่ไม่เฉพาะเจาะจงอาจบ่งบอกถึงโรคทางระบบได้ โรคลูปัส อิริทีมาโตซุส ความถี่ที่รายงานของรอยโรคในช่องปากอยู่ระหว่าง ๘ ถึง ๔๕ เปอร์เซ็นต์ในผู้ป่วยที่เป็นโรคลูปัส อิริทีมาโตซุสแบบระบบ และ ๔ ถึง ๒๕ เปอร์เซ็นต์ในคนไข้ที่เป็นโรคลูปัส อิริทีมาโตซุสชนิดดิสคอยด์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือบริเวณที่มีการแบ่งเขตของเม็ดเลือดแดง ฝ่อ หรือแผลเปื่อยล้อมรอบด้วยแถบสีขาวที่แผ่กระจาย รอยโรคเหล่านี้ปรากฏคล้ายกับที่พบในผู้ป่วยที่มีเลือดหนาสีที่ถูกกัดกร่อนในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ แผ่นรังผึ้ง

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานและโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก ซึ่งรวมถึงโรคเหงือกอักเสบ (การอักเสบของเหงือก) และโรคปริทันต์อักเสบ (การอักเสบและการทำลายเอ็นปริทันต์และกระดูกงูลมที่ยึดฟันไว้) มีหลักฐานปรากฏให้เห็นถึงความสัมพันธ์แบบสองทาง โรคเบาหวานสามารถนำไปสู่สุขภาพปริทันต์ที่ไม่ดี และสุขภาพปริทันต์ที่ไม่ดีอาจทำให้ควบคุมโรคเบาหวานได้ยาก ๒๐ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดีจะสูญเสียความผูกพันกับปริทันต์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี - โรคเบาหวานที่ควบคุมได้หรือผู้ที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน นอกจากนี้การรักษาโรคปริทันต์อักเสบอาจช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการค้นพบนี้ นอกจากนี้ โรคปริทันต์ที่รุนแรงอาจเป็นตัวทำนายที่ชัดเจนของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานต่างๆ รวมถึงโรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือด

เลือดสมอง การขาดเลือดชั่วคราว หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลว สหพันธ์โรคเบาหวานระหว่างประเทศแนะนำว่าการดูแลเบื้องต้นสำหรับโรคเบาหวานควรรวมถึงการสอบถามเกี่ยวกับอาการของโรคเหงือกเป็นประจำทุกปี (เช่น มีเลือดออกเมื่อแปรงฟัน เหงือกบวมหรือมีรอยแดง) และสนับสนุนให้มีการประเมินและการรักษาอย่างสม่ำเสมอโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพฟัน

ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

ในหลายกรณี ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (จำนวนเกล็ดเลือดมักจะน้อยกว่า 50×10^3 ต่อ μL [50×10^9 ต่อลิตร]) อาจตรวจพบได้ในขั้นต้นเนื่องจากการพัฒนาของรอยโรคในช่องปาก การบาดเจ็บเล็กน้อยที่เยื่อเมือกในช่องปากระหว่างการทำความสะอาดตามปกติ (เช่น การเคี้ยวหรือการกลืน) อาจทำให้เกิดรอยโรคเลือดออกได้หลายประเภท รวมถึงผิวหนังชั้นนอก จ้ำจ้ำ ผื่นแดง ริดสีดวงทวาร และการเกิดเม็ดเลือดแดง นอกจากนี้ เลือดออกตามเหงือกอาจเป็นผลมาจากการบาดเจ็บเล็กน้อยหรือเกิดขึ้นเอง

มะเร็งเม็ดเลือดขาว

อาการทางปากของมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาจรวมถึงเลือดออกจากเยื่อเมือก แผลเปื่อย และเหงือกขยายใหญ่ขึ้นหรือเฉพาะที่ การแทรกซึมของเหงือกโดยเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวเกิดขึ้นบ่อยที่สุดในมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด monocytic เฉียบพลันและมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน myelomonocytic เหงือกอาจรู้สึกเป็นหนองและมีเลือดออกโดยมีหรือไม่มีแผลร่วมด้วย การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทุติยภูมิในช่องปาก เช่น เชื้อราแคนดิดา การติดเชื้อไวรัสเริม และการสูญเสียมวลกระดูกในปริทันต์

การสึกกร่อนของฟัน

โรคกรดไหลย้อน

การค้นพบในช่องปากที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ น้ำลายไหล (น้ำลายไหลเพิ่มขึ้นเป็นระยะ ๆ), อาการซีโรสโตเมีย (ปากแห้ง), ความรู้สึกแสบร้อน, กลืนปาก, เพดานปากแดง และการสึกกร่อนของฟัน รูปแบบการสึกกร่อนในผู้ป่วยโรคสะท้อนกลับของหลอดอาหารมีแนวโน้มที่จะขอบฟันผิวสบฟันของฟันล่างด้านหลังและฟันผิวลิ้นของฟันหน้าบน ฟันที่ได้รับผลกระทบจะแสดงเคลือบฟันสึกหรือและเป็นมันเงา อาจปรากฏเป็นสีเหลืองและไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิเมื่อเนื้อฟันที่อยู่ด้านล่างถูกเปิดออก การสึกกร่อนของฟันไม่สามารถรักษาให้หายได้และอาจต้องได้รับการบูรณะฟัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง การค้นพบในช่องปากอื่นๆ มักจะแก้ไขได้ด้วยการจัดการทางการแพทย์ของโรคสะท้อนกลับกระเพาะอาหารและหลอดอาหารบูลิเมียและอาการเบื่ออาหาร

การค้นพบที่อาจเกิดขึ้นในช่องปากหรือศีรษะและคอของบูลิเมียและอาการเบื่ออาหาร ได้แก่ การสึกกร่อนของฟัน ภาวะซีโรสโตเมีย อัตราการเกิดฟันผุที่เพิ่มขึ้น และไซลาดีโนซิส การอาเจียนจะทำให้ฟันสัมผัสกับกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งนำไปสู่การกัดเซาะของเคลือบฟัน รูปแบบการสึกกร่อนมีแนวโน้มที่จะเกี่ยวข้องกับฟันผิวลิ้นของฟันหน้าบน และในกรณีที่รุนแรงอาจรวมถึงฟันผิวแก้มของฟันล่างด้านหลัง ผู้ป่วยอาจมีความไวต่อฟันต่อสิ่งเร้าที่เย็นหรือหวาน อาการซีโรสโตเมียอาจเกิดจากยาที่มักใช้โดยผู้ป่วยบูลิเมียหรืออาการเบื่ออาหาร (เช่น ยาแก้ซึมเศร้า ยาขับปัสสาวะ ยาระบาย) รวมถึงการอาเจียนและการออกกำลังกายมากเกินไป เนื่องจากคุณสมบัติในการขับเพอร์และการทำความสะอาดน้ำลายมีความสำคัญในการป้องกันฟันผุ ภาวะปากแห้ง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคฟันผุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ภาวะไซลาดีโนซิส (sialadenosis) ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบูลิเมียประมาณร้อยละ ๒๕

กล่าวโดยสรุปคือ ทันตแพทย์จะเป็นบุคคลแรกที่สามารถตรวจพบอาการทางระบบที่แสดงออกภายในช่องปาก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการให้การรักษาผู้ป่วยทางระบบ ดังนั้นทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาก็จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการสังเกตและให้การรักษาที่ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการรักษาอย่างรวดเร็ว

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ**๒.๓.๑ ต่อตนเอง**

๒.๓.๑.๑ ได้เพิ่มพูนความรู้ด้านทันตกรรม ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เกิดความมั่นใจ ที่จะนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

๒.๓.๑.๒ สามารถสืบค้นข้อมูลความรู้ตลอดจนงานวิจัยต่าง ๆ นำมาคิดค้นและพัฒนานวัตกรรม ในการเสริมสร้างการเรียนรู้ สร้างความเข้าใจ การตั้งเป้าหมาย

๒.๓.๑.๓ ได้จัดระบบความคิดของตนเอง ทำให้มีผลต่อการจัดระบบในการทำงาน การบริหารจัดการเวลาในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๒.๓.๒.๑ การพัฒนาระบบกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น

๒.๓.๒.๒ นำแนวความคิดต่างๆ มาพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยให้มีความทันสมัย และได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

๒.๓.๒.๓ สามารถสืบค้นข้อมูลตลอดจนงานวิจัย และนวัตกรรมที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้กับ ผู้ป่วยทางทันตกรรม

๒.๓.๒.๔ สามารถให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกทันตกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

ไม่มี

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การประชุมวิชาการด้านทันตกรรม FDI World Dental Congress จะมีการจัดประชุมทุกปี ทำให้ได้พบปะกับทันตแพทย์ทั่วโลก ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และได้รับประสบการณ์มาก ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการนำเสนอและเข้าร่วมประชุมวิชาการทันตแพทย์โลกทุกปี

ลงชื่อ ผู้รายงาน

(นางสาวสุภาพร วิริยะจิรกูล)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ

(ผศ.สุภกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

การประชุม FDI WORLD DENTAL CONGRESS 2024



การให้การวินิจฉัยและรักษาในกลุ่มความเจ็บปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากฟัน

ความเจ็บปวดบริเวณใบหน้ามีได้หลายสาเหตุทั้งที่มาจากฟันและไม่ได้มาจากฟัน โดย สาเหตุที่ไม่ได้มาจากฟันจะมีสาเหตุจากกล้ามเนื้อ เส้นประสาท ไซนัส

การใช้ยารักษาในกลุ่ม บิสฟอสเฟตกับภาวะกระดูกตายหลังใช้ยา

ยาที่รักษาโรคกระดูกพรุน กลุ่มบิสฟอสเฟต มีผลต่อการหายของกระดูกหลังการถอนฟัน ซึ่งทำให้แผลถอนฟันไม่หายได้ ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาต้องมีความระมัดระวังในการให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดโอกาสการเกิดกระดูกตายหลังถอนฟัน



การวินิจฉัย และรักษารอยแผลในช่องปาก

รอยแผลในช่องปากมีได้หลายแบบ ซึ่งเป็นบกบาทของทันตแพทย์ที่จะต้องให้การวินิจฉัย และให้การรักษาที่ครอบคลุม เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

รอยโรคในช่องปากที่เกิดจากโรคทางระบบ

ทันตแพทย์จะเป็นกลุ่มสำคัญกลุ่มแรกๆ ที่สามารถให้การวินิจฉัยรอยโรคที่มีสาเหตุจากทางระบบได้ เช่น รอยโรคที่เกี่ยวกับมะเร็ง เบ็ดเลือดรโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคปอด ซึ่งสามารถช่วยในการให้การวินิจฉัย เริ่มต้นได้อย่างรวดเร็ว



การนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานทันตกรรม

นำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานทันตกรรมเพื่อเพิ่มโอกาสสำเร็จในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นและขยายขอบเขตงานทันตกรรมขององค์กรให้กับสมัยมากขึ้น

