

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการและงานประชุมใหญ่สามัญประจำปี ครั้งที่ ๑๑๒ (๑/๒๕๖๔) โดย
ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๒,๔๐๐ บาท

ในวันที่ ๑๕ - ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ ในรูปแบบออนไลน์

๑.๑ นางสาวรักงาม วชิรธนิต

อายุ ๔๗ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และประกาศนียบัตรบัณฑิต
สาขาวิชาปริทันตวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล

๑.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการด้านทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเฉพาะทางด้านปริทันต์

๒.๑ นางสาวเกยูร ตุลาการวงศ์

อายุ ๓๗ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และประกาศนียบัตรบัณฑิต
ชั้นสูงสาขาวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

๒.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการด้านทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก
และแม็กซิลโลเฟเชียล

๓.๑ นางลัดดา เกียรติปานอภิกุล

อายุ ๓๖ ปี การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร และประกาศนียบัตรสาขา
ทันตกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๓.๒ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการด้านทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเฉพาะทางด้านรักษาคลองรากฟัน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่องในระหว่างปฏิบัติวิชาชีพ พัฒนาความรู้ความก้าวหน้าทางวิชาการและการ
รักษาในสาขาทันตกรรมเพื่อนำมาบูรณาการ จัดการแก้ไข ปรับปรุงการดูแลทั้งผู้ป่วยและตนเองได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

๒.๒ สรุปเนื้อหา

หัวข้อ กัญชาสมุนไพรเพื่อสุขภาพ

กัญชา ชื่อวิทยาศาสตร์ *Cannabis indica* เป็นชื่อของพืชล้มลุกชนิดหนึ่ง ในวงศ์คันทนาปัสไอ ลักษณะเด่นคือมีใบมนแฉกเล็กเข้าไปทางก้านหลายแฉก ดอกสีเขียวช่อดอกเพศผู้และช่อดอกเพศเมียอยู่ต่างต้นกัน ใบและช่อดอกเพศเมียที่แห้งใช้สูบมีสรรพคุณทำให้มีเมามา เปลือกลำต้นใช้ทำเชือกป่านและทอผ้า มีกลิ่นเป็นเอกลักษณ์

กัญชา Marijuana – *Cannabis sativa* L. indica

กัญชง Hemp – *Cannabis sativa* L. sativa

สารออกฤทธิ์ในกัญชากัญชงมีสองชนิด คือ THC (tetrahydrocannabinol) และ CBD (Cannabidiol) ในประเทศไทยมีประกาศคณะกรรมการควบคุมสารเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดลักษณะกัญชงให้มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC ในใบและช่อดอกไม่เกินร้อยละ ๑.๐ ต่อน้ำหนักแห้งก่อนจะใช้เป็นยา เราใช้ใบกัญชาทอผ้าเนื่องจากเส้นใยมีความเหนียวแข็งแรง

เมื่อ ๕๐๐๐ ปีก่อน จีนเป็นที่แรกที่นำกัญชามาใช้รักษาโรคมะเร็งเกี่ยวกับการท้องผูก ไขข้ออักเสบ ใจลอย เหน็บชา ลดอาการปวดประจำเดือนของสตรี ลดการเจ็บปวดหลังผ่าตัด หมอฮั่วโต ใช้หมาเพียวชาน แปลว่าไร้ความรู้สึกแผ่ชานเป็นยาสลบหรือยาชาเข้าใจกันว่าคือกัญชา ร่างกายจะเมินชาไร้ความรู้สึกใดๆ คล้ายกับวิสัญญีวิทยาในปัจจุบันมาก

ที่อินเดียเมื่อ ๓๐๐๐ปีก่อน หมออินเดียโบราณใช้กัญชารักษาทุกโรค ทั้งกินและสูดดม สูดดมเรียกว่า บัง ทางยุโรปและอเมริกา พบในปีค.ศ. ๑๖๒๑ ว่ามีใช้กัญชารักษาโรคซึมเศร้า โรคลมชัก

ค.ศ. ๑๘๙๐ มีบันทึกในวารสารแลนเซตว่านำมาใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ โรคซึมเศร้า

ค.ศ. ๑๙๖๑ อเมริกาประกาศให้กัญชาเป็นสารเสพติดจึงหยุดใช้กัญชาไปนับแต่นั้นมา

๑๖ ตำรับยาแพทย์แผนไทยที่มีกัญชาเป็นองค์ประกอบ โดยในตำราพระโอสถพระนารายณ์ มีสูตรตำรับยาทิพภาคและตำรับยาสุขไสยาสน์ที่มีส่วนประกอบหลักเป็นกัญชา ใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ ช่วยเจริญอาหาร รักษาอาการปวดต่างๆ ที่เอเซียกลางเป็นที่แรกที่นำกัญชามาใช้เพื่อความสำเร็จ

การกิน ให้ผลช้าและสะสมในร่างกาย มีโอกาสที่จะสะสมร่างกายมากเกินไปถ้ากินไปหลายๆส่วนการสูบให้ผลเร็วมาก THC ทำให้เกิดภาพหลอน อารมณ์ดี และเสพติด กัญชาพันธุ์ไทยจะมี THC สูงมากกว่า ๔% ส่วนกัญชงมี THC น้อยกว่ากัญชา แต่ก็มี CBD น้อยด้วย fiber เยอะทำให้การสกัดเอาสารออกฤทธิ์ไม่คุ้มค่า ประเทศที่มีการปลดล็อกด้านกฎหมายก็จะใช้ผสมกัน ปัจจุบันการสกัด CBD ให้ได้ล้วนๆทำได้ยากมาก ที่มีขายทั่วไปจะมี THC น้อยกว่า ๐.๒% สายพันธุ์ที่มี THC น้อยกว่าคือเป็นกัญชงอนุญาตให้ปลูกในบ้านได้ แต่ก็ต้องขออนุญาต อย.ก่อนถ้าจะนำมาใช้ ส่วนที่นำมาใช้ผสมในอาหารจะมีสารออกฤทธิ์น้อยมากประมาณ ๐.๐๑-๐.๓% ถ้าจะกินกัญชาต้องระวังเรื่องdose มีสะสมอยู่ในร่างกาย

ผลของTHC

ในด้านดี THC ทำให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล การใช้ในขนาดที่เหมาะสม ยังช่วยลดอาการปวดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อและลดอาการคลื่นไส้ โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้จากการรับการรักษามะเร็ง

อีกด้านทำให้เกิดอาการเมาเคลิ้ม ใจสั่น เกิดภาพหลอน และหากใช้ในระยะเวลายาวจะทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ระดับไอคิวและการเรียนรู้ลดลง รวมทั้งมีปัญหาด้าน motor skill ที่ลดลง ผลของ CBD

- ไม่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ไม่ทำให้จิตใจเลื่องลอย จึงไม่เป็นสารเสพติด
- CBD ทำให้เป็นสารบริสุทธิ์โดยไม่มี THC ปะปนนั้นทำได้ยากมากในทางปฏิบัติ
- มีการเสนอแนวคิดที่ CBD น่าจะนำมาใช้ในการรักษาโรคและบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น ฟื้นฟูระบบสมอง การทำให้ผู้ป่วยอยากอาหารมากขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยให้หลับได้ดีขึ้นบรรเทาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบ และระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน

- ต้องหาปริมาณที่เหมาะสมในการนำมาใช้งาน

ยาัญญาในไทยยังใช้ได้ภายใต้มีใบสั่งยาของแพทย์ถึงจะไปซื้อได้ กระทรวงสาธารณสุขรับรองการรักษาผู้ป่วยโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่พิสูจน์แล้วว่าอาการหรือโรคที่รักษาแล้วได้ผลดีคือ

๑. nausea and vomiting from chemotherapy อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด
๒. epilepsy ลมชักรักษายาก
๓. อาการเกร็งจากปลอกหุ้มประสาทอักเสบ
๔. neuropathic pain ปวดระบบประสาท

ส่วนการรักษาที่น่าจะได้ประโยชน์ ยังอยู่ในระยะวิจัย คือ

๑. พาร์กินสัน (Parkinson)
๒. อัลไซเมอร์ (Alzheimer)
๓. ปลอกประสาทอักเสบ (Multiple sclerosis)
๔. โรควิตกกังวล (Anxiety disorder)
๕. มะเร็งระยะสุดท้าย (Cancer, end stage)
๖. โรคอื่นๆ ระยะสุดท้าย (Severe diseases, end stage)

ร่างกายเราสามารถสกัดสารออกฤทธิ์จากพืชได้ภายในร่างกายอยู่แล้ว Human endocannabinoid system ร่างการมี receptor CB1 มีเยื่อใน neuron และ CB2 มีเยื่อใน immune cell ทำให้รู้จัก THC และ CBD ได้

สารคล้ายสารสกัดจากพืชที่ร่างกายสร้างได้และเป็นที่ยอมรับคือ anandamide (AEA) ๒-arachidonoylglycerol (๒-AG) ไปกระตุ้น receptor ทำให้รู้สึกเหมือนได้รับกัญชาได้ endocannabinoids ช่วยลดความเครียด ป้องกันอันตรายต่อร่างกาย ช่วยให้ระบบในร่างกายกลับเข้าสู่สมดุล ช่วยให้เรารับมือกับความเครียดและมีความสุข ส่วนที่สกัดจากพืชเรียกว่า phytocannabinoids

จริงๆ แล้วร่างกายมีระบบที่ช่วยให้เรารับมือกับอันตราย ทั้งต่อทางร่างกายและจิตใจหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นสาร serotonin acetylcholine oxytocin endorphine dopamine phenylethylamine norepinephrine melatonin โดยทำงานประสานกันทั้ง physical barrier, immune system, hormonal system และ endocannabinoid system

endocannabinoid system ช่วยให้ผ่อนคลาย อารมณ์ดี มีความทรงจำที่ดี เจริญอาหาร ควบคุมการเจ็บปวด ลดการวิตกกังวล ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าการได้รับ phytocannabinoids เพิ่มเติมจะให้ผลอย่างไร ถ้าระบบ endocannabinoid system เสียสมดุลจะเกิด ๑.โรคไมเกรน ๒.กลุ่มอาการปวดเรื้อรังของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและเนื้อเยื่ออ่อนของร่างกาย fibromyalgia ๓.โรคลำไส้แปรปรวน พบการทำงานผิดปกติของระบบทางเดินอาหารโดยที่ไม่พบความผิดปกติอะไรที่โครงสร้างของอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร และไม่มีพยาธิสภาพอื่นใด Irritable Bowel Syndrome ส่วนโรคอื่นยังไม่ได้รับการพิสูจน์ชัดเจนว่าสัมพันธ์กัน การใช้กัญชากรักษาจะต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์

ระบบกัญชาที่มีอยู่ทั่วร่างกาย ทำให้เราสามารถดูดซึมกัญชาได้อย่างรวดเร็ว ถ้าได้รับ phytocannabinoids จะมีผลต่อ

- สมอง ส่งผลต่อการทำงานการกิน ความวิตกกังวล การเรียนรู้และความจำ
- ลำไส้ ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร ลดอาการของโรคลำไส้อักเสบ โรคลำไส้แปรปรวนและโรคอ้วน
- ระบบประสาทการนอน ผลวิจัยชี้ชัดว่าสามารถปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ ลดการรบกวนการนอนหลับ และทำให้หลับลึกและเร็วขึ้น

- ทางเดินหายใจ ช่วยขยายหลอดลม เปิดทางเดินหายใจให้ดีขึ้น ลดการอักเสบในโรคหอบหืด การใช้ Phytocannabinoids สามารถทดแทน endogenous cannabinoid ได้หรือไม่ยังเป็นคำถาม นักวิจัยสนใจการทำงานในส่วนของ

central nervous system : neuron regeneration, memory

GI : reduce inflammation

hormone : physiological balance

immune system : suppress cytokines release

metabolism : insulin release

ทิศทางคือต้องการทำให้ CBD ทำงานได้โดยไม่ต้องอาศัย THC โดยจะมี antiinflammation, promote healing, reduce pain ผลด้านการอักเสบ เสริมการหายของแผล (suppress immune and promote healing) ในทางทันตกรรมมีการทดสอบในส่วนของการลดความเจ็บปวดให้ผลว่าลด acute pain ได้จริง ส่วน chronic pain อยู่ในระหว่างทดสอบ ประเด็นเรื่องความปลอดภัยยังเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง

ทางทันตกรรมปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ผลิตออกมาจากศูนย์พัฒนากระบวนการผลิตชีวเภสัชภัณฑ์จากพืชเพื่อการประยุกต์ใช้ทางทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือยาทาแผลในช่องปาก ใช้เพื่อลดอาการเจ็บปวด อยู่ในช่วง clinical trial คาดว่านำมาใช้ได้ในปี ๒๕๖๕

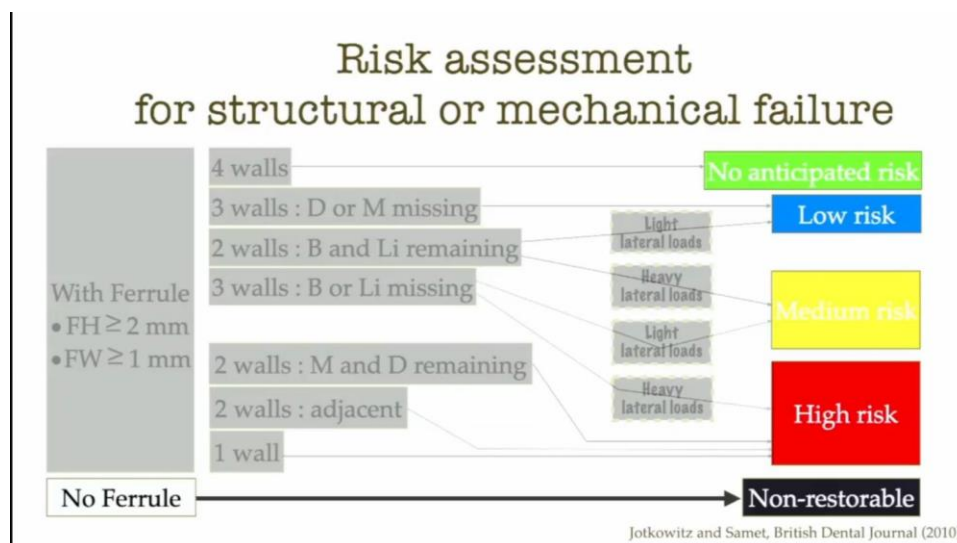
หัวข้อ Multidisciplinary based decision making in implant dentistry

การเลือกตัดสินใจเก็บหรือถอนฟันซี่หนึ่งเพื่อทดแทนด้วยรากฟันเทียมเป็นศาสตร์และศิลป์ ต้องพิจารณาหลายปัจจัยประกอบกัน ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ถูกนำมาพิจารณาคือว่าสามารถบูรณะฟันให้ใช้งานต่อได้ปกติหรือไม่

สิ่งที่นำมาพิจารณาเพื่อดูโอกาสในการเก็บฟัน (๔ main criteria for analysis of individual tooth prognosis)

๑. periodontal condition and alveolar bone support
๒. Restorability, ie, remaining sound tooth structure
๓. Endodontic condition and condition of previously treated tooth
๔. Occlusal plane and tooth position

Risk assessment for structural or mechanical failure (Jotkowitz and Samet, British Dental Journal ๒๐๑๐)



หากต้องการเก็บฟันอาจมีการรักษาเพิ่มเติมคือ crown lengthening, orthodontic extrusion เพื่อสร้าง ferrule แต่หากมี compromised periodontal support, compromised crown:root ratio, esthetic complications, damage to adjacent teeth ก็ไม่สมควรจะทำพิจารณาถอนฟันแทน

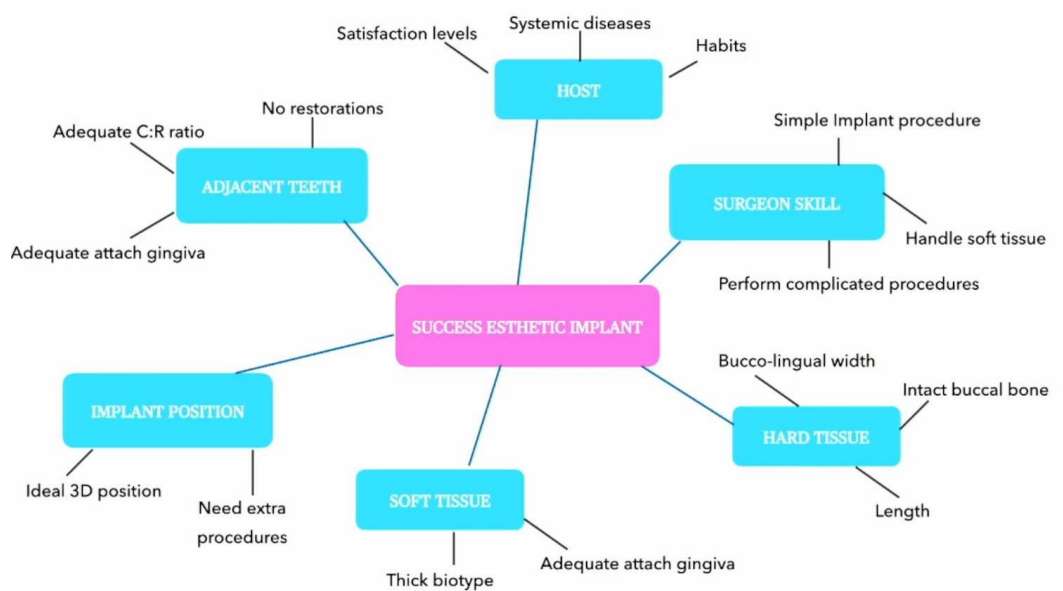
การสบฟันที่ดีและทำให้ฟันอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญ การสบฟันที่ดีจะป้องกันการเกิดปัญหาที่ข้อต่อขากรรไกร ฟันมีการสัมผัสด้านข้างกับฟันข้างเคียงลดการติดของอาหารที่ไม่เหมาะสม และการเสียหายของอวัยวะปริทันต์ได้ หัตถการที่ช่วยปรับระดับ occlusal plane และ tooth position ได้แก่ enameloplasty , RCT+cuspal coverage restoration , orthodontics และถอนฟันเมื่อฟันผิดตำแหน่งมาก

Osseointegration และ Foreign body reaction

	Old Scandinavian concept	Foreign body reactions
Relationship between teeth and implants	Yes in both health and disease	No close relationship
Titanium	Biocompatible material can establish osseointegration	Foreign body result in Foreign body reaction
Bone resorption	May occur in first year of implantation due to bone remodeling	May occur in first year of function due to bone remodeling
Bone loss	Marginal bone loss after 1 year will cause clinical problems	Marginal bone loss after 1 year will not cause clinical problems
Periodontal index	BOP, PD are important part of diagnosis	BOP, PD should be avoided . Cause trauma to peri-implant tissues
Peri-implantitis	Occurs in 5-30% during 10 years follow up	Occurs in 1-2% when proper placed
Peri-implantitis	Difficult to treat successfully	Difficult to treat successfully

Periodontology 2000, Volume: 73, Issue: 1, Pages: 41-50, First published: 21 December 2016, DOI: (10.1111/prd.12176)

รากเทียมที่ประสบความสำเร็จ มีปัจจัยที่ส่งผลดังนี้



Host and dental implant

- นิโคตินในบุหรี่ส่งผล ยับยั้ง growth, proliferation และ differentiation ของ osteoblasts, contract blood vessels, retard bone remodeling

- ผู้ป่วยที่ใช้ยา proton pump inhibitors (PPI) เช่น Prevacid Prilosec รักษาโรคแผลทางเดินในอาหารเป็นเวลานาน จะมีผลต่อการดูดซึมแคลเซียมในลำไส้ เกิดการลดการสร้างกระดูกและเพิ่มแคลเซียมในเลือด อาจเกิดภาวะกระดูกพรุน พบมีรายงานว่ามีการล้มเหลวของรากเทียม ๑๒% เมื่อเทียบกับไม่ใช้ยา ๔.๕%

- Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ก็มีผลยับยั้ง osteoclast – osteoblast function, ลด bone density, เพิ่ม risks of fractures พบมีรายงานว่ามีการล้มเหลวของรากเทียม ๑๐.๖% เมื่อเทียบกับไม่ใช้ยา ๔.๖%

- คนไข้โรคกระดูกพรุน จะได้รับยาที่มีผลต่อ Osteoclast ยับยั้งการละลายตัวของกระดูก คือยาในกลุ่ม Bisphosphonates, Denosumab ส่วนยาที่มีผลต่อ Osteoblast กระตุ้นการสร้างของกระดูก เป็นกลุ่มยา Medical related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) ที่ต้องระมัดระวังและพบมีรายงานว่ามีการล้มเหลวของรากเทียม

- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลต่อการยึดอยู่ของรากเทียมในช่วง ๒-๖ สัปดาห์แรก จึงไม่ควรทำ immediate load และควรควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีในช่วงนั้น

Hard tissue ดูทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพของกระดูก ถ้าจะทำรากเทียมแบบ immediate ต้องดูตำแหน่งกระดูกในแนว sagittal ร่วมด้วยว่าเหมาะสมหรือไม่ เหงือกแบบ thick biotype ให้ผลประสบความสำเร็จของรากเทียมในระยะยาวที่ดี ปัจจัยด้านความสวยงามควรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยให้ทราบก่อนว่ารับได้หรือไม่ก่อนเริ่มการรักษา การปลูกกระดูกมีหลายเทคนิคต้องอาศัยหัตถการที่คาดหวังผลได้ดี autogenous block ยังเป็น gold standard สำหรับการปลูกกระดูกเพื่อใส่รากฟันเทียม

การทำรากเทียมในฟันหน้าต้องสร้างรูปเหงือกด้วยการใส่ฟันชั่วคราวหลังใส่รากเทียมเสมอ สามารถเปลี่ยนแปลงความหนาของเนื้อเยื่ออ่อนได้ หน้าที่เพื่อดูว่าเหงือกเพียงพอหรือไม่ ใช้สื่อสารกับผู้ป่วย และสื่อสารกับแล็บในการขึ้นงานฟันตัวจริง ควรมีความรู้และมุมมองในหลายมิติประกอบกันเพื่อให้สามารถให้การรักษารากฟันเทียมให้ใช้งานในช่องปากได้นาน

หัวข้อ Caries fighters : SDF and fluoride toothpaste

Silver Diamine Fluoride (SDF)

SDF มีการใช้งานกันมานานมากกว่า ๕๐ ปีในประเทศญี่ปุ่น และเป็นที่ยอมรับของ WHO ตั้งแต่ปี ๒๐๐๙ ในการนำมาใช้ในการป้องกันควบคุมการเกิดฟันผุ เหมาะที่จะนำไปใช้เป็น caries prevention ในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหรือกลุ่มผู้ป่วยพิเศษที่ไม่สามารถดูแลช่องปากตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มี high risk caries กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีที่มีภาวะ xerostomia มี extensive lesions หรือ root caries หรือในสถานะที่ไม่สามารถให้การรักษารอกฟันได้ เช่น ในสถานะที่มีการระบาดของโรค covid ๑๙

SDF มีหลายสูตร แต่สูตรที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ ๓๘% SDF solution ซึ่งประกอบไปด้วย ๒๕% silver (๒๕๕,๐๐๐ ppm) , ๕% fluoride (๔๔,๘๐๐ ppm) และ ๘% ammonia ซึ่งเป็นสัดส่วนของฟลูออไรด์ที่สูงที่สุดที่มีใช้กันอยู่ในปัจจุบัน มีใช้กันในหลายประเทศ เช่น Saforide (pH ๑๐) ในประเทศญี่ปุ่น Advantage arrest (pH๑๐) ในประเทศออสเตรเลีย และ Topamine(pH๘) ในประเทศไทย

ผลของ SDF ต่อ demineralized lesion

SDF เมื่อทาลงไปตรงบริเวณ caries lesion ทิ้งไว้เป็นระยะเวลา ๑ - ๒ สัปดาห์ จะเห็นบริเวณ caries เปลี่ยนเป็นสีดำ เนื่องจากส่วนประกอบที่สำคัญของ SDF ๒ ส่วนคือ

๑. Silver ion (Ag+) ซึ่งจะไปจับกับโปรตีนใน dentine และ cell wall ของแบคทีเรีย เกิดเป็น silver protein ไปอุดช่องของ dentinal tubule และไปมีผลจุ่มแบคทีเรีย เป็นการปรับสภาพของช่องปาก ให้แบคทีเรียไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

๒. Fluoride ion (F-) ไปจับกับแร่ธาตุในเนื้อฟัน เกิดเป็น calcium phosphate ทำให้เนื้อฟันมีความแข็งแรงมากขึ้น ด้านทานต่อการเกิดฟันผุได้ดีขึ้น

ดังนั้น SDF จึงมีคุณสมบัติเป็น topical antimicrobial และ remineralizing agent เหมาะที่จะใช้กับ arrested caries ช่วยควบคุมการเกิดฟันผุ และช่วยลดอาการเสียวฟันได้

Contraindication ห้ามใช้ SDF ในกรณีดังต่อไปนี้

๑. ในรายที่แพ้ silver , fluoride หรือ ammonia
๒. ในผู้ป่วยที่มี open ulceration lesions
๓. ในกรณีที่ฟันที่รู้สึกถึงโพรงประสาทฟันแล้ว
๔. ในฟันที่เป็น irreversible pulpitis

ขั้นตอนการใช้งาน SDF

๑. ชักประวัติ ว่าผู้ป่วยแพ้ silver , fluoride หรือ ammonia หรือไม่

๒. Oral hygiene advice อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบอย่างชัดเจนถึงขั้นตอนการรักษาและสิ่งที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม อาจต้องให้มีการเซ็นยินยอมรับการรักษาร่วมด้วย

๓. ขัดผิวฟันให้สะอาด กั้นน้ำลายให้แห้ง ใช้ cotton pellet หรือ microbrush แต้ม SDF ๑ หยด ทาตรงบริเวณฟันผุประมาณ ๓๐ วินาที หลังจากนั้นเนื้อฟันมีสีเข้มขึ้น และสองอาทิตย์ต่อมาส่วนที่เป็น decalcified surface จะเปลี่ยนเป็นสีดำ สามารถทาสีได้ใน ๒ อาทิตย์ โดยต้องมีการนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ

พบว่า SDF ใช้ได้ผลดีทั้งในบริเวณที่เป็น incipient interproximal caries ส่วนในกรณีที่เป็น occult caries หรือฟันที่มี crack line ที่ยังไม่มี pulp symptom พบว่าการทำ Silver-modified atraumatic restorative technic (SMART) คือกรอเฉพาะส่วนที่เป็น soft caries ออกเท่าที่จำเป็น ไม่ให้มีการสูญเสีย tooth structure มาก แล้วใช้ SDF ร่วมกับการอุดฟันด้วย GIC ก็ได้ผลดีเช่นกัน

๑๕๐๐ ppm Fluoride toothpaste

ในประเทศไทยมีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์กันมาเป็นเวลานาน โดยความเข้มข้นของฟลูออไรด์ที่ใช้คือ ๑,๐๐๐ ppm แต่ในปัจจุบันมีผลการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ที่เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๕๐๐ ppm ว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดฟันผุได้ดีกว่า ทั้งในฟันถาวรและฟันน้ำนม ได้ผลทั้งในฟันที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มต่ำหรือสูง สอดคล้องกับข้อกำหนดขององค์การอาหารและยาที่กำหนดไว้ว่า ความ

เข้มข้นสูงสุดของฟลูออไรด์ในเครื่องสำอางค์พร้อมใช้ในช่องปากจะต้องไม่เกิน ๐.๑๕% w/w หรือ ๑,๕๐๐ ppm

ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูงขึ้น จะมีแรงผลักดันฟลูออไรด์เข้าไปในแผ่นคราบจุลินทรีย์ และรอยโรคฟันผุระยะแรกได้มากกว่า ทำให้ฟลูออไรด์เข้าไปในบริเวณ proximal surfaces และ deep pit and fissures ได้ดีกว่า และทำให้ฟลูออไรด์คงอยู่ในน้ำลายและคราบจุลินทรีย์ได้นานกว่า ลดการเกิด demineralization เพิ่มการเกิด remineralization จึงมีผลในการป้องกันการเกิดฟันผุได้ดีกว่า เป็นลักษณะของ dose response relationship โดยพบว่าความเข้มข้น ๑,๕๐๐ ppm สามารถช่วยลดการเกิดฟันผุได้ถึง ๙.๗ % เมื่อเทียบกับความเข้มข้น ๑,๐๐๐ ppm ซึ่งจะเป็นประโยชน์หากมีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ร่วมกับโครงการทันตสุขภาพในโรงเรียน ก็จะสามารถลดการเกิดฟันผุในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง

Fluoride toothpaste and dental fluorosis

ข้อคำนึงเกี่ยวกับปริมาณฟลูออไรด์ที่เพิ่มขึ้นว่าจะมีผลต่อการเกิด fluorosis ที่เพิ่มขึ้นด้วยหรือไม่นั้น ให้พิจารณาจากปริมาณฟลูออไรด์ที่ได้รับในแต่ละวัน ซึ่งสามารถได้รับจากน้ำดื่ม อาหาร รวมถึงฟลูออไรด์ในยาสีฟัน โดยปริมาณที่แนะนำต่อวัน คือ ๐.๐๕-๐.๐๗ mgF/kg/day ปริมาณสูงสุดของฟลูออไรด์ต่อวันที่ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ คือ ๐.๑ mgF/kg/day ในเด็กอายุน้อยกว่า ๘ ปี และ ๑๐ mgF/kg/day ในเด็กที่อายุมากกว่า ๘ ปีขึ้นไป

สำหรับฟลูออไรด์ในยาสีฟัน จาก meta analysis พบว่าการเริ่มใช้ยาสีฟันเร็ว และความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในยาสีฟันมีความสัมพันธ์กับการเกิด fluorosis แต่ case ที่พบส่วนใหญ่จะเกิดเป็น mild fluorosis สำหรับความสัมพันธ์ของความถี่ของการแปรงฟันและปริมาณของยาสีฟันที่ใช้กับการเกิด fluorosis ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน จึงสรุปได้ว่ามีบางปัจจัยเกี่ยวกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กที่เพิ่มโอกาสการเกิด mild fluorosis แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันผลความสัมพันธ์ของการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์กับการเกิด moderate / severe fluorosis

จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑,๕๐๐ ppm ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผลต่อ total fluoride intake เพียงเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม ถ้ามีฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม ๑ ppm ร่วมกับการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑,๕๐๐ ppm จะมีโอกาสเกิด mild / very mild fluorosis และถ้ามีฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม ๒.๕ ppm ร่วมกับการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ๑,๕๐๐ppm จะมีโอกาสเกิด moderate fluorosis ได้ ดังนั้นในกรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี อาจพิจารณาเลือกใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ตามความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ แนะนำให้แปรงฟันวันละ ๒ ครั้ง โดยต้องมีการแนะนำการบิยาสีฟันให้ผู้ดูแล เตือนให้ผู้ดูแลระมัดระวัง และคอยอยู่ควบคุมดูแลระหว่างแปรงฟัน เพื่อป้องกันเด็กกลืนหรือตั้งใจกินยาสีฟัน

แนวทางการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สำหรับประเทศไทย แบ่งตามกลุ่มอายุ ดังนี้

๑. ฟันซี่แรก - ๓ ขวบ ใช้ ๑๐๐๐ ppm ปริมาณยาสีฟันที่ใช้เป็นลักษณะ smear หรือขนาดเม็ดข้าว
๒. อายุ ๓ - ๖ ขวบ ใช้ ๑๐๐๐ ppm ปริมาณยาสีฟันตามความกว้างของแปรงสีฟัน หรือขนาดเม็ดข้าวโพด

โดยในเด็กอายุต่ำกว่า ๖ ขวบ อาจพิจารณาใช้ ๑๕๐๐ ppm ได้ในกรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงฟันผุสูง โดยพิจารณาและควบคุม fluorosis risk จากปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม การกลืนของเด็ก และการมีผู้ปกครองคอยกำกับดูแล

๓. อายุตั้งแต่ ๖ ขวบขึ้นไป ให้ใช้ ๑๕๐๐ ppm ได้ เนื่องจากเป็นวัยที่ควบคุมการกลืนได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิด fluorosis ต่ำ มาตรการการป้องกันฟันผุยังน้อย โดยสามารถรณรงค์ให้ใช้อย่างกว้างขวางทั้งในระดับบุคคลและชุมชน

หัวข้อ Pain and anxiety control

Pain เป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ อาจเกิดจากรู้สึกทางด้านจิตใจเพียงอย่างเดียว หรือความรู้สึกทางร่างกายร่วมด้วย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลาย เป็น subjective experience คือสิ่งกระตุ้นแบบเดียวกันอาจก่อให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

Type of pain แบ่งเป็น ๓ ประเภท คือ

๑. Acute pain พบได้บ่อยมากกว่า ๘๐ % ของอาการเจ็บปวดทั้งหมด เป็นอาการปวดที่มักทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยความรวดเร็ว มีการดำเนินของโรคน้อยกว่า ๖ เดือน การรักษาจึงไม่ยุ่งยาก

๒. Chronic pain ความปวดชนิดเรื้อรัง พบได้ประมาณ ๑๕ -๒๐ % การรักษามีความยุ่งยากมากกว่า acute pain เนื่องจากการหาสาเหตุได้ยาก

๓. Cancer pain คืออาการปวดจากโรคมะเร็ง

Pain assessment การประเมินความปวด ประเมินได้จาก

๑. Severity ประเมินโดยใช้ visual analogue scale หรือ numerical rating scale ในกรณีผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความจำบกพร่อง อาจประเมินโดยใช้ faces pain rating scale การประเมินในลักษณะ scale นี้เป็นการประเมินถึงความรุนแรงของการปวด เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเร่งด่วนในการให้การรักษา และการเลือกใช้ยาแก้ปวด

๐ = no pain

๑-๓ = mild pain เลือกใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม non-opioid analgesic เช่น paracetamol

๔-๖ = moderate pain เลือกใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม weak - opioid ± non -opioid analgesics เช่น Tramadol , NSAIDs

๗-๙ = severe pain เลือกใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม strong- opioid ± non-opioid เช่น morphine , phentanyl

๑๐ = ปวดมากที่สุดเท่าที่จะมากได้

๒. Characteristic

๒.๑ type of pain - acute/chronic/cancer

๒.๒ nature of pain

: nociceptive pain อาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บโดยตรงของการทำลายเนื้อเยื่อจะปวดแบบตื้อ ๆ หรือจี๊ด ๆ ขึ้นกับตำแหน่งของอวัยวะที่เกิดการบาดเจ็บ

: neuropathic pain เป็นอาการปวดจากเส้นประสาท จะปวดแปล็บ ๆ หรือยุบยิบ ๆ

๒.๓ ตำแหน่งและ pattern ของการปวด ว่าปวดแบบคงที่ หรือปวดแบบเป็นพัก ๆ

๒.๔ Quality of pain : burning , shooting , cramping

๒.๕ Onset และ duration ปวดมานานเท่าไร

๒.๖ ปัจจัยที่มีส่วนทำให้ปวดมากขึ้น / ปวดลดลง

๒.๗ การรักษาที่เคยได้รับมาก่อน

๓. ประเมินถึงผลกระทบที่เกิดจากความปวดในแง่ของการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน

Anxiety เป็นภาวะทางอารมณ์อย่างหนึ่งเมื่อเจอกับสิ่ง/สถานการณ์ที่เรากลัว การเกิด Dental anxiety พบได้มากถึง ๑ ใน ๖ ของจำนวนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่

Anxiety assessment มี score ที่ใช้ในการประเมินหลายชนิด เช่น

๑. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) ซึ่งเป็น scale แรก ๆ ที่นำมาใช้ในการประเมิน anxiety ในผู้ป่วย เป็นการประเมินการตอบสนองทั้งหมดของผู้ป่วยต่อการรักษา มี ๑๔ parameters ใช้เวลาในการทำ ๑๕ - ๒๐ นาที

๒. Modified dental Anxiety Scale (MDAS) พัฒนามาจาก Corah's Dental Anxiety Scale ซึ่งใช้เวลาในการทำสั้นกว่า ทำง่ายกว่าและให้ผลที่ค่อนข้างแม่นยำ ประกอบไปด้วย ๕ คำถาม ถ้าได้คะแนนมากกว่า ๑๙ ขึ้นไป ถือว่าเป็น highly dentally anxious patient หรืออาจเป็น dental phobia

ซึ่ง Anxiety และ fear มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับ pain โดยเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น จะส่งผลต่อจิตใจ ทำให้สมองมีการจดจำต่อความเจ็บปวดนั้น เกิดเป็นความกังวลและความกลัวตามมาในอนาคต พบว่าคนไข้ที่มี dental anxiety จะทำให้มี pain threshold สูงขึ้น และจะมีการรายงานว่ามีอาการปวดได้มากกว่าคนไข้ที่ไม่มี dental anxiety รวมทั้งยังมีผลต่อ psychological / physiological response ทำให้มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น มีความดันเพิ่มมากขึ้น เกิด stroke หรือ hyperventilation

Dental anxiety มีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม คือ ทำให้คนไข้หลีกเลี่ยงการมาทำฟัน ส่งผลทำให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี เมื่อมารับการรักษาจะทำให้การรักษายุ่งยาก ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับคนไข้

การควบคุม dental anxiety สามารถทำได้ ๓ วิธี คือ

๑. Psychological method วิธีการทางจิตวิทยา คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย

๑.๑ Good communication การสื่อสารด้วยคำพูดที่ดี ใช้โทนเสียงที่เหมาะสม แสดงความเห็นอกเห็นใจ เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย

๑.๒ Providing control เป็นการทำให้คนไข้รู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การทำ Tell-show-do ในผู้ป่วยเด็ก , Explain-ask-show-do ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ , การมีจังหวะให้ผู้ป่วยได้หยุดพักระหว่างการรักษา , การทำ distraction เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา หรือการควบคุมการหายใจให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

๒. Physical method เช่น การจัดสถานะแวดล้อมในคลินิกให้ผ่อนคลาย อาจเปิดเสียงเพลงเบา ๆ บุคลากรมีความยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความรู้สึกห่วงใยผู้ป่วย ที่สำคัญคือไม่ควรให้ผู้ป่วยรอรับการรักษานาน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความกังวลเป็นระยะเวลานาน

๓. Pharmacological method การใช้ยาลดความเจ็บปวด เช่น paracetamol , NSAIDS , การใช้ยาชา , การใช้ inhalation sedation ด้วย nitrous oxide gas , การทำ IV sedation ด้วย midazolam รวมถึงการให้การรักษากายใต้การใช้ general anesthesia ในกรณีที่เป็น major surgery ในผู้ป่วยเด็กที่ต้องมีการถอนฟันหลายซี่พร้อม ๆ กัน ในผู้ป่วยพิการที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ดี และในผู้ป่วยที่แพ้ยาชา

หัวข้อ Comprehensive dental treatment in daily life

ทันตกรรมพร้อมมูล (comprehensive dental care) เป็นการให้การรักษาดูแลสุขภาพองค์รวม คือ การคำนึงถึงมิติของความเป็นมนุษย์ จึงเป็นการบริหารที่ใช้หลักการของการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยให้การบริหารที่ผสมระหว่าง “การให้บริการทางการแพทย์” กับ “ชีวิตและความเป็นมนุษย์” ซึ่งก็คือ การบริหารที่มีการเอามิติด้าน “ความสามารถ” และมิติด้าน “ความใส่ใจ ของทันตแพทย์” มาใช้ร่วมกัน

ทันตกรรมพร้อมมูลเป็นการรวมหลักวิชาการเข้ากับมิติทางจิตใจ คือ การบริหารผู้ป่วยอย่างมีเหตุผลและตามความจำเป็นซึ่งต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทันตแพทย์ การบริหารทันตกรรมพร้อมมูลจะยึดตามกรอบแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic health care concept) ซึ่งก็คือ การตรวจวินิจฉัยอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ การจูงใจและ การได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคในช่องปาก เน้นการดำรงรักษาไว้ซึ่งการมีสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ มีการวางแผนการรักษาที่ครอบคลุมในทุกด้าน ซึ่งต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจในแผนการรักษา เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย กระบวนการรักษาต้องสอดคล้องกับข้อจำกัดทางการแพทย์ สภาวะจิตใจ สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงสามารถดำรงรักษาสภาวะของสุขภาพที่ดีให้คงอยู่ตลอดไป ทั้งนี้ การดูแลด้วยหัวใจได้เสนอกระบวนการในการบริหารทันตกรรมพร้อมมูลในรูปแบบ ของ S-O-A-P โมเดล โดย S (Subjective) คือ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเริ่มจากการบริหารอาการสำคัญที่มาพบทันตแพทย์ O (Objective) คือ การหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการสำคัญ รวมถึงปัจจัยทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางกาย สังคม จิตใจและเศรษฐกิจ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจทั้งภายนอกและภายใน ช่องปาก A(Assessment) คือ การวินิจฉัยโดยเอาข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และ P (Plan) คือ การเสนอแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่จะสามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้

การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) เป็นแนวทางการให้การบริหารผู้ป่วยที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่งในวงการสาธารณสุขในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคชรา ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่ต้องใช้การดูแลการเยียวยาในทุกมิติของการเจ็บป่วย ในบางกรณีต้องให้การดูแลกันอย่างต่อเนื่องยาวนานตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย สร้างทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโดยมี หลักว่าการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจในมิติ ความเป็นคนของผู้ป่วย นั่นคือ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยเน้นการดูแลโดยเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งมีเป้าหมายในการดูแล คือ การช่วยให้ค้นพบ ภาวะสมดุลสภาพของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ นั่นคือการดูแลไม่ใช่แค่ปรัชญาและสิ่งที่เป็นนามธรรม แต่คือสิ่งที่ปฏิบัติและสัมผัสได้

โรคในช่องปาก ก็เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ของวิชาชีพทันตแพทย์ในการให้การดูแลรักษา ความเป็นศิลป์ของวิชาชีพ หมายถึง ความมีศิลปะที่จะเข้าใจมนุษย์ และทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนอย่างเข้าใจถึงความมีชีวิตจิตใจ และมองเห็นความแตกต่างระหว่างคนแต่ละคน รวมไปถึงความแตกต่างระหว่างคนไข้กับเรา และสามารถให้การรักษาคอนไซ์บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่มนุษย์พึงมีต่อมนุษย์

หัวข้อ รักษาทางทันตกรรมอย่างไรในผู้ป่วยมะเร็ง

บทบาทของทันตแพทย์ในคนไข้มะเร็ง ทันตแพทย์สามารถช่วยในการวินิจฉัยรอยโรคในช่องปาก โดยเฉพาะ oral cancer วิธีการเตรียมคนไข้ก่อนรับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการฉายรังสีรักษาหรือการรับเคมีบำบัดซึ่งทันตแพทย์ไม่จำเป็นที่จะต้องถอนฟันผู้ป่วยทั้งปากขึ้นอยู่กับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เราจะมองหาฟันที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในอนาคต เนื่องจากการฉายรังสีรักษาจะมีผลในระยะยาวต่อผู้ป่วย ดังนั้นเราควรสื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจก่อนที่จะทำการรักษา ยิ่งหากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับรังสีรักษาในปริมาณสูง ยิ่งต้องตระหนักถึงความสำคัญเนื่องจากมีโอกาสเกิดกระดูกตายได้สูง (osteoradionecrosis) ส่วนการให้เคมีบำบัดส่งผลในระยะสั้น

ในผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในฟันบนควรถอนฟันก่อนการรักษาอย่างน้อย ๕ วัน ฟันล่างอย่างน้อย ๗ วัน และการผ่าตัดเล็กอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ก่อนการให้เคมีบำบัด และหากทำการรักษาเคมีบำบัดเสร็จ สามารถมาทำหัตถการหลังการรักษาประมาณ ๓ สัปดาห์

ในผู้ป่วยที่จะได้รับการฉายรังสีรักษา ควรจะถอนฟันอย่างน้อย ๓ สัปดาห์ก่อนการฉายรังสี หรืออย่างน้อยที่สุด ๒ สัปดาห์ เพื่อลดโอกาสการเกิด bone exposed ดังนั้นทันตแพทย์ควรวางแผนการรักษาพร้อมกับแพทย์รักษามะเร็งและผู้ป่วย หากมีระยะเวลาจำกัดควรถอนฟันก่อนอันดับแรก ส่วนการอุดฟันหรือขูดหินปูนทำในเวลาต่อมาก่อนการฉายรังสีรักษา

การเตรียมคนไข้ก่อนการฉายรังสีและให้เคมีบำบัดควรดูผลเลือดของผู้ป่วย ค่า CBC, ค่าเกร็ดเลือด, ดูภาวะ bleeding, ความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อดูลำดับการรักษาของคุณหมอที่ทำการรักษาโรคมะเร็ง คุณหมอมจะทำวางแผนการรักษาอย่างไร อย่างเช่นการฉายรังสีก่อนหรือการให้เคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยก่อนเพื่อทันตแพทย์จะได้วางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง

กล่าวคือในระหว่างการรักษาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีรักษา ไม่ควรทำหัตถการใดๆ แนะนำควรทำก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือฉายรังสีรักษาและหลังการรักษาเสร็จ ควรนัดผู้ป่วยเพื่อมาติดตามอาการ ดูภาวะน้ำลายน้อย ให้ฟลูออไรด์ระหว่างวัน และหากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับการรักษา แนะนำเป็นการอุดฟัน รักษาคลองรากฟันแทน แต่หากจำเป็นต้องถอนฟันก็พิจารณาให้ Hyperbaric oxygen(HBO)

ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในการบำบัดมะเร็งช่องปาก ลำคอ และศีรษะ มักได้รับผลกระทบจากรังสีที่มีต่อเนื้อเยื่ออวัยวะในช่องปากและโดยรอบ รวมถึงกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า กระดูกขากรรไกร ต่อม้ำลาย เยื่อช่องปาก เหงือก ลิ้น ฟัน และเส้นเลือดเป็นต้น ในกรณีของต่อม้ำลาย รังสีรักษาจะมีผลข้างเคียงทำให้ผลิตน้ำลายได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย ผู้ป่วยจะมีน้ำลายลดน้อยลงมากทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้มีภาวะปากแห้งตลอดเวลาพร้อมกับน้ำลายข้นเหนียวและเป็นกรด จึงเกิดแผลและมีอาการแสบร้อนในช่องปากได้ง่าย รวมทั้งเกิดฟันผุลุกลามและเหงือกอักเสบมากขึ้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นหากสุขภาพช่องปากไม่ดีมาก่อนที่จะรับ

การฉายรังสี นอกจากนี้อาจการถอนฟันในช่วงฉายรังสีหรือหลังจากฉายรังสีแล้วจะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น osteoradionecrosis ได้มากขึ้น ดังนั้นทันตแพทย์จึงจำเป็นต้องวางแผนป้องกันและรักษาอวัยวะในช่องปากและฟันของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพดีก่อนที่จะฉายรังสี และต่อเนื่องตลอดไปทั้งระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษาด้วยรังสีแนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางรังสีมีดังนี้

๑. ตรวจสอบสภาพการอักเสบของเนื้อเยื่อ (mucositis) มักเกิดสัปดาห์ที่ ๔-๖ ของการรักษาทางรังสีมักจะหายได้เอง แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำหรือน้ำเกลือบ่อยๆ สักง่าย Triamcinolone paste แต่ถ้าเจ็บปวดมากให้ใช้ Xylocaine mouthwash หรือ Benzylamine (Difflam solution®) เพื่อบรรเทาอาการ

๒. แนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง ใช้ Topical Fluoride เป็นประจำทุกวันเพื่อลดการเกิดฟันผุ โดยการใช้ Fluoride gel เข้มข้นอย่างน้อย ๑% ชนิดไม่เป็นกรด ใส่ในถาดพลาสติกหรือโพนให้ผู้ป่วยเคลือบด้วยตนเองเป็นประจำทุกวันตั้งแต่ระยะแรกๆของการฉายรังสีโดยช่วง ๒ สัปดาห์แรกที่ได้รับรังสี ให้เคลือบวันละ ๒ ครั้ง ครั้งละ ๕ - ๑๐ นาที หลังจากนั้นใช้วันละ ๑ ครั้ง รวมทั้งให้ใช้น้ำยาบ้วนปากผสม fluoride และยาสีฟันผสม fluoride เป็นประจำตลอดไป

๓. หากพบฟันผุที่สามารถถอดได้ให้ทำการรักษาโดยการถอดได้ตามปกติแต่ถ้าไม่สามารถรักษาโดยการถอดได้พิจารณารักษารากฟันในกรณีที่ไม่มียารักษาโรคลายรากฟัน แต่หากจำเป็นต้องถอนฟันให้ขอประวัติการรักษาละเอียดจากแพทย์เพื่อทราบข้อมูลในการรักษาจากนั้นส่งต่อให้ผู้ชำนาญเฉพาะทาง เช่น Oral and Maxillofacial surgeon เพื่อถอนฟันโดยส่งเข้า HBO ที่ ๒.๔ ATA ก่อนถอน ๒๐ session และหลังถอน ๑๐ session และถอนฟันด้วยวิธี Atraumatic และเย็บ Primary closure แต่ถ้าปริมาณรังสีรักษาไม่เกิน ๕๖๐๐ cGy หรือตำแหน่งฟันที่จะถอนไม่อยู่ในแนวรังสีรักษา หรือเคยได้ HBO ไปภายใน ๓ ปี อาจไม่จำเป็นต้อง HBO ก่อนและหลังถอนฟัน

๔. ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาบริเวณข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อที่ยึดเกาะอยู่กับกระดูกขากรรไกรมักเกิดการอ้าปากได้จำกัด (trismus) เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ควรแนะนำให้ผู้ป่วยบริหารการอ้าปากให้คงที่อย่างต่อเนื่อง อาจใช้ที่ถ่างปากใส่บริเวณฟันหลัง เพื่อ Exercise ฝึกอ้าปาก โดยมักต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของการฉายรังสี โดยส่วนมากไม่เกิน ๑ ปี แต่ถ้าไม่ฝึกอ้าปากตั้งแต่แรกๆ และเกิน ๑ ปี ไปแล้วมักจะไม่ได้ผลเพราะกล้ามเนื้อที่ยึดเกาะเป็นพังพืดไปแล้ว ก็ให้คำแนะนำในการดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ได้

๕. การใส่ฟันปลอมในผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายรังสีรักษาควรรอประมาณ ๑๒ - ๑๘ เดือนหลังเสร็จสิ้นรังสีรักษา และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ้าปากได้น้อย ปากตึงน้ำลายน้อย เหงือกเป็นแผลง่าย โดยเฉพาะปุ่มกระดูกข้างใต้ บางกรณีอาจพิจารณาใส่ฟันปลอมถอดได้โดยใช้ฐานชนิดนิ่มเพื่อป้องกันการเกิดแผลในช่องปากที่อาจลุกลามไปถึงกระดูกขากรรไกรและเกิด osteoradionecrosis ขึ้นได้ จึงควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้นำความรู้มาใช้ในการตรวจ ให้การรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพทางทันตกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเองในฐานะผู้ปฏิบัติงาน และประยุกต์ใช้ความรู้รวมทั้งพัฒนาความรู้ทางทันตกรรมให้เป็นปัจจุบัน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงานนำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ต่อผู้ร่วมงาน และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

๒.๓.๓ อื่น ๆ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ควรมีการเข้าร่วมประชุมวิชาการอยู่เสมอ

๓.๒ การพัฒนา นำเอาความรู้ที่ได้จากการประชุมมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

งานด้านทันตแพทย์มีความสำคัญและในปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว นวัตกรรมเครื่องมือที่นำมาใช้รักษาโรคในช่องปากได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ประชาชนได้รับการรักษาในมาตรฐานที่สูงในระดับเดียวกับนานาชาติ จึงสมควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดอายุงาน ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ให้ก้าวหน้าและทันสมัยสมกับที่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง

ลงชื่อ.....

(นางสาวรังกาม วชิรธนิต)

ลงชื่อ.....

(นางสาวเกยูร ตุลาการวงศ์)

ลงชื่อ.....

(นางลัดดา เกียรติปานอภิกุล)