

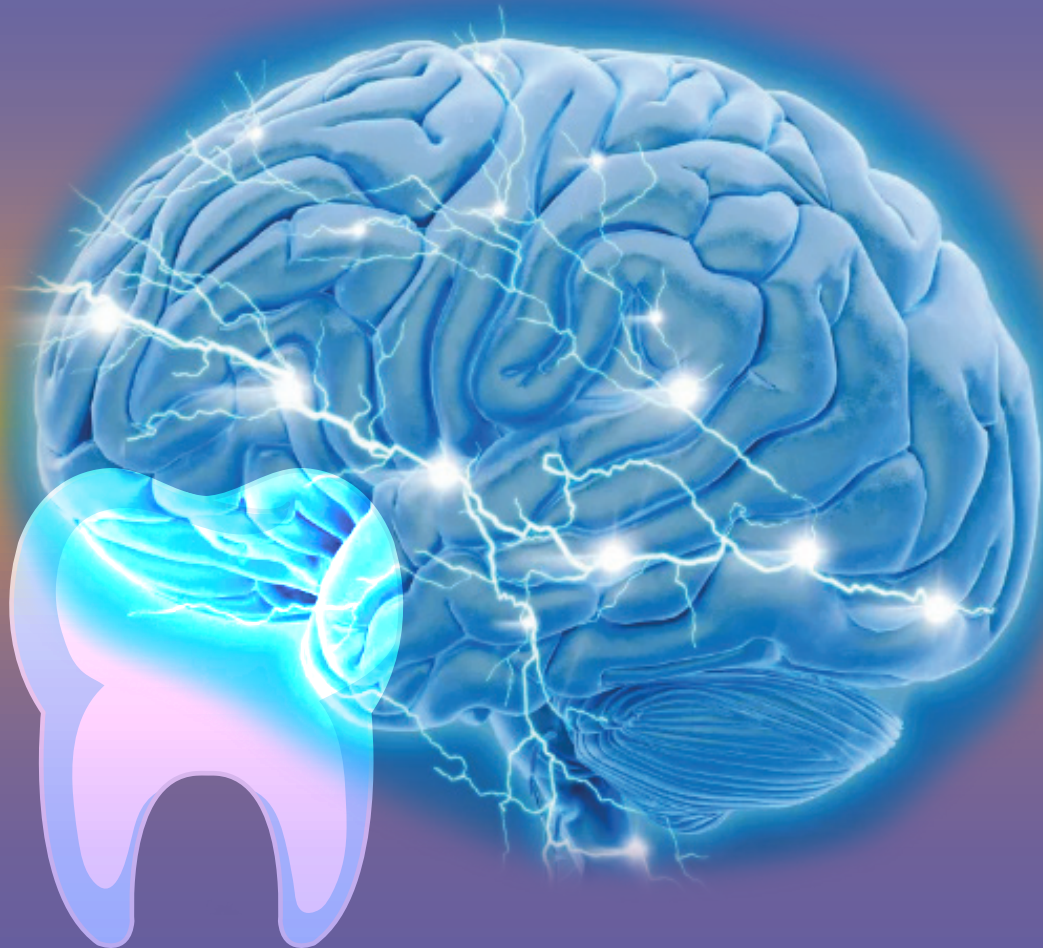
แนวทางการรักษาทางทันตกรรม ในผู้ป่วยโรคลมชัก



สำหรับบุคลากรทางทันตกรรม



Clinical Dental Practice Guideline for Epilepsy



สถาบันประสาทวิทยา
Neurological Institute of Thailand



INSTITUTE OF DENTISTRY
สถาบันทันตกรรม



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

โดย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
(ฉบับสมบูรณ์ 2568)

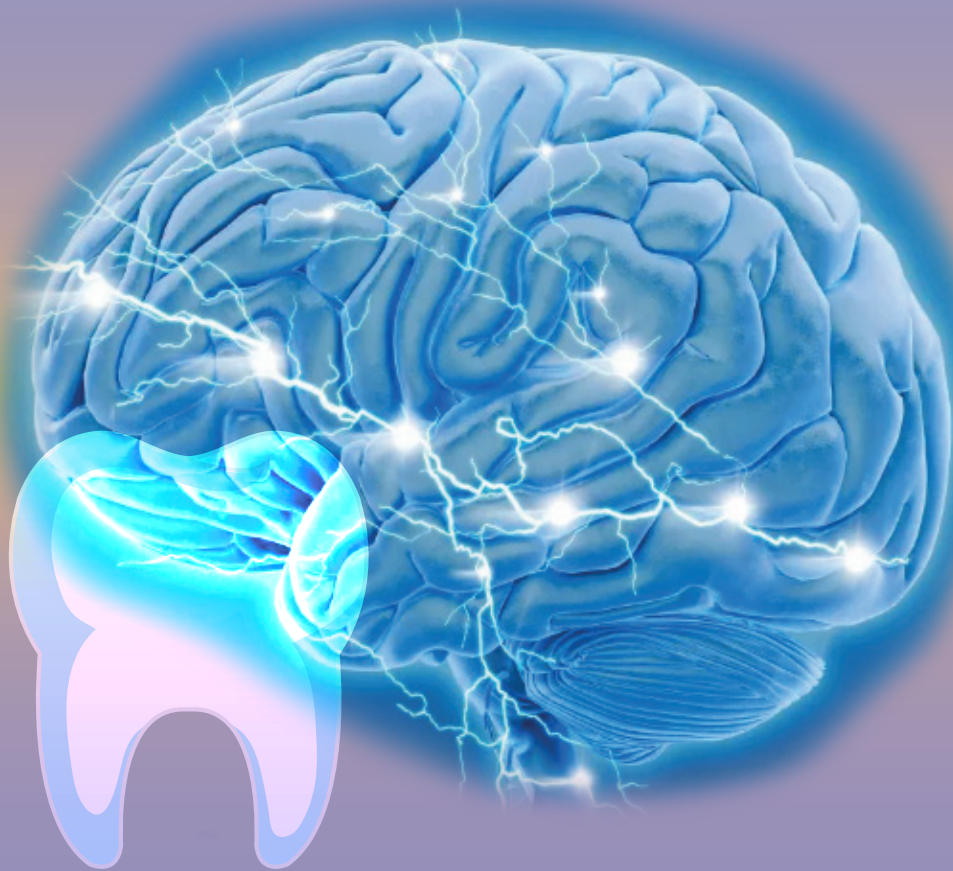
แนวทางการรักษาทางทันตกรรม ในผู้ป่วยโรคลมชัก



สำหรับบุคลากรทางทันตกรรม



Clinical Dental Practice Guideline for Epilepsy



สถาบันประสาทวิทยา
Neurological Institute of Thailand



INSTITUTE OF DENTISTRY
สถาบันทันตกรรม



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

โดย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
(ฉบับสมบูรณ์ 2568)

แนวทางการรักษานี้เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพ
ในการบริการด้านทันตกรรมที่เหมาะสม
โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีประสิทธิภาพข้อเสนอแนะต่าง ๆ
ในแนวทางการรักษานี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ
แต่หากมุ่งหวังเพื่อการดูแลทางทันตกรรมของผู้ป่วยโรคลมชักเป็นสิ่งสำคัญ

ISBN (e-book) 978-616-11-5600-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2568

จัดทำโดย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 312 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
<https://nit.go.th>

บรรณาธิการ ทันตแพทย์หญิงอรชร ทองบุราณ
ทันตแพทย์หญิงนภัสวรรณ เศรษฐศาสตร์ศิริ

คำนิยม

โรคลมชัก (epilepsy) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของกระแสไฟฟ้าในสมอง ส่งผลให้เกิดอาการชักซ้ำ โดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน เป็นโรคที่สามารถพบได้ทุกช่วงอายุ และมีโอกาสเกิดปัญหาในช่องปากได้หลากหลาย จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม การได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมโดยทันตบุคลากร เพื่อวางแผนแนวทางการป้องกันการเกิดโรค การรักษาโรค และการบูรณะฟันพู่ภายในช่องปากจึงเป็นสิ่งสำคัญ

สถาบันประสาทวิทยา เป็นสถาบันชั้นนำทางวิชาการเฉพาะทางด้านโรคระบบประสาทและสมอง ตระหนักถึงความจำเป็นในการดำเนินการจัดทำแนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชักสำหรับทันตบุคลากรขึ้น โดยมีการปรับปรุงและเพิ่มเติมเนื้อหาจากแนวทางการรักษาในผู้ป่วยทางทันตกรรมโรคลมชัก ปี พ.ศ. 2552 เนื่องจากมีการพัฒนาการรักษาให้มีความก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2568 สถาบันประสาทวิทยาจึงได้จัดประชุมพัฒนาปรับปรุงแนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชัก

อย่างไรก็ตาม แนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชักนี้ เป็นคำแนะนำในสิ่งที่ควรแก่การปฏิบัติเท่านั้น ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงขึ้นกับดุลยพินิจของทันตแพทย์ และบุคลากรทางทันตกรรมที่ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสำคัญ

สุดท้ายนี้ สถาบันประสาทวิทยาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชักฉบับนี้ จะเกิดประโยชน์สำหรับทันตบุคลากรที่จักนำไปประยุกต์ใช้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน ในโอกาสนี้ ขอขอบคุณโรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมการแพทย์ และสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดภาคเอกชน และคณะทันตแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่ให้การสนับสนุน และความร่วมมือเป็นอย่างดีในการจัดทำ รวมทั้งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการดำเนินงานอย่างดียิ่ง

ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิง



(นภา ศิริวิวัฒนากุล)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

บทนำ

การให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก เป็นการให้การรักษาที่สำคัญที่ทันตบุคลากรในทุกภาคส่วนจำเป็นต้องเรียนรู้ และรับมืออย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักมีอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป มีหลายระดับความรุนแรง ในผู้ป่วยบางรายอาจพบความพิการทางสติปัญญา บกพร่องทางร่างกาย สูญเสียความสามารถในการให้ความร่วมมือ รวมถึงมีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำการรักษาได้ การเรียนรู้ในส่วนนี้จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการดูแลในทุกมิติ ทั้งผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลหรือญาติที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การจัดทำแนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชักนี้ มีจุดประสงค์เพื่อให้ทันตบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและเป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก โดยได้ปรับปรุงให้ทันสมัยเพิ่มขึ้น และให้ข้อมูลในหลายส่วน ทั้งความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชัก การชักประวัติทางทันตกรรม แนวทางการจัดการทางพฤติกรรม แนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคลมชักในคลินิกทันตกรรมภายใต้ยาชา ภายใต้ยาสงบปานกลางและยาดมสลบ แนวทางรักษาภาวะฉุกเฉินขณะรักษาทางทันตกรรม และแนวทางทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและเป็นแนวทางเดียวกัน แต่สามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาวะและบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยที่แนวทางการรักษานี้เป็นเพียงแนวทาง (guideline) ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่เผยแพร่ให้แก่บุคลากรสุขภาพเพื่อช่วยในการตัดสินใจ แต่ไม่ใช่มาตรฐานตามกฎหมายที่ต้องทำตามทุกอย่าง (gold standard) โดยละเอียดหรือไม่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของทันตบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยที่สภาวะใดสภาวะหนึ่งในขณะนั้น และนำไปใช้ในการปรับปรุงระบบบริการ การดูแลทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน เพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ รวมถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องขอขอบคุณคณะกรรมการทุกท่านที่ได้ช่วยกันจัดทำแนวทางการรักษาฉบับนี้

คณะผู้จัดทำ

รายนามที่ปรึกษาและคณะทำงาน

โครงการจัดทำแนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชัก

1.	ทพ.บุญชู	สุรียพงษ์	ที่ปรึกษา
2.	ทพ.สุมนา	โพธิ์ศรีทอง	ที่ปรึกษา
3.	ทพ.พสธร	ฉันทแดนสุวรรณ	ที่ปรึกษา
4.	ทพ.อรชร	ทองบุราณ	ประธาน
5.	ทพ.จิรภัทร	มงคลขจิต	รองประธาน
6.	ทพญ.ภาวิตา	วานิชย์ห่านนท์	คณะทำงาน
7.	ทพญ.ดลนภา	น้ำประเสริฐ	คณะทำงาน
8.	รอ.หญิงจีนาร์ตน์	ดวงสุวรรณ	คณะทำงาน
9.	ทพญ.ศศิ	ลออพิพัฒน์	คณะทำงาน
10.	อ.ทพ.ภาณพล	คุณะสารพันธ์	คณะทำงาน
11.	นต.ภาณุ	จักรวาลพิทักษ์	คณะทำงาน
12.	น.ต.หญิง ธนภา	พุทธานุภาพ	คณะทำงาน
13.	ทพ.กิตติพศ	ชื่องหลิม	คณะทำงาน
14.	ทพญ.กรองกาญจน์	ดีเอี่ยม	คณะทำงาน
15.	ทพญ.กรกมล	นิยมศิลป์	คณะทำงาน
16.	ทพญ.ประไพ	ชอุณหรัตน์	คณะทำงาน
17.	ทพญ.ภัตติมา	ชวีเชียร	คณะทำงาน
18.	ทพ.ธนกฤต	นพคุณวิชัย	คณะทำงาน
19.	ทพญ.วินิรมล	ศรีวัฒนา	คณะทำงาน
20.	นพ.ภูพิงค์	เอกะวิภาต	คณะทำงาน
21.	ทพ.สุวลี	ถาวรรุ่งโรจน์	คณะทำงาน
22.	ทพ.ศรีประภา	ภูริธนสาร	คณะทำงาน
23.	ทพ.พิชชาพร	ปีตวงค์	คณะทำงาน
24.	นางสาวทิวากรณ์	ทองชูป	คณะทำงาน
25.	นางสาวพิสมัย	เกษรราช	คณะทำงาน
26.	นางสาวพนมพร	พูนเกษม	คณะทำงาน
27.	นางจุฑาภรณ์	บุญธง	คณะทำงาน
28.	นางยุวพร	สุวรรณรราช	คณะทำงาน
29.	นางสาวอรอนงค์	บุญโสภา	คณะทำงาน
30.	ทพ.นภัสวรรณ	บุญฤทธิ	เลขานุการ
31.	นางสาววาสนา	ทีงาม	ผู้ช่วยเลขานุการคณะทำงาน 1
32.	นางลภัสสรดา	ศักดิ์ทอง	ผู้ช่วยเลขานุการคณะทำงาน 2
33.	นางสาวสวรรรยา	ธนะพันธุ์	ผู้ช่วยเลขานุการคณะทำงาน 3

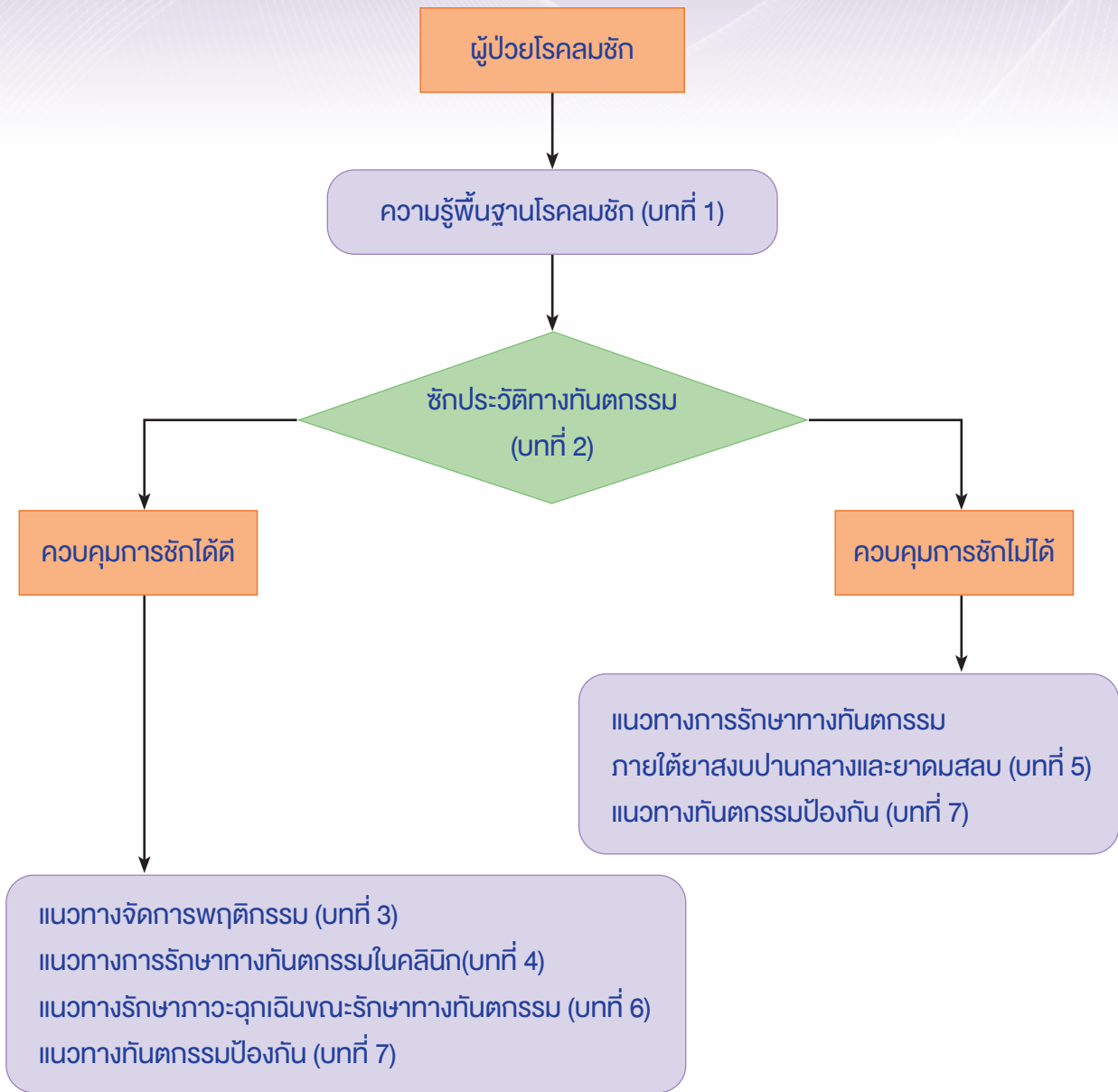
ขอขอบคุณแพทย์และทันตแพทย์ที่เข้าร่วมประชุม/สัมมนา
การปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชัก
ในวันที่ 23 กันยายน 2567 เวลา 9.00 - 15.00 น.
ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร


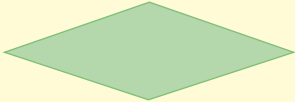

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. ทพ.บุญชู สุรีย์พงษ์ | ที่ปรึกษา |
| 2. ทพญ.ประไพ ชุณหาคล้าย | ที่ปรึกษา/คณะทำงาน |
| 3. ทพญ.อรชร ทองบุราณ | ประธาน/คณะทำงาน |
| 4. นางสาวศรัณยา กลัดแก้ว | สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ |
| 5. ทพญ.ศศิธร ทวีเดช | สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ |
| 6. นางสุพิชญา สถาผลเดชา | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 7. นางสาวธัญชนก บุรีศรี | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 8. นางสาวธัญรดา เจริญวัฒน์พันธ์ | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| 9. ทพญ.วินิรมล ศรีวัฒนา | โรงพยาบาลสงฆ์ |
| 10. นางนราวัลลภ เชี่ยววิทย์ | โรงพยาบาลศิริราช |
| 11. นางลมโซย วศิณะเมฆินทร์ | โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 12. นางสาวปาลิตา โลกโบัว | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว |
| 13. ทพ.กิตติพิศ ช้องหลิม | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว |
| 14. นายณัฐกร แซ่เห่ง่า | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี |
| 15. ทพญ.นภัสวรรณ เศรษฐศักดิ์ดาศิริ | สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ |
| 16. นางสาววาสนา ทิงาม | สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ |
| 17. นางสาวสวรรรยา ณะพะพันธุ์ | สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ |
| 18. นางสาวทิวากรณ์ ทองชุบ | สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ |
| 19. นายติสรณ์ ณะนะชัย | สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ |
| 20. รอ.หญิงจินารัตน์ ดวงสุวรรณ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 21. ทพญ.กรรองกาญจน์ ดีเอี่ยม | โรงพยาบาลโพทะเล |
| 22. ทพญ.ศศิ ลอพิพัฒน์ | โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 23. นพ.ณัฐพงศ์ เลปนนานนท์ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 24. ทพญ.โซติมา ลาภนิมิตรอนันต์ | กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. |

สารบัญ

บทหน้า	หน้า
บทที่ 1	ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชัก 9
บทที่ 2	การชักประวัติทางพันธุกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก..... 17
บทที่ 3	แนวทางการจัดการทางพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก 23
บทที่ 4	แนวทางการรักษาทางพันธุกรรมในผู้ป่วยโรคลมชักในคลินิกพันธุกรรม..... 27
บทที่ 5	แนวทางการรักษาทางพันธุกรรมภายใต้ยาสงบปานกลางและยาดมสลบ 37
บทที่ 6	แนวทางรักษาภาวะฉุกเฉินขณะรักษาทางพันธุกรรม..... 49
บทที่ 7	แนวทางพันธุกรรมป้องกันในผู้ป่วยโรคลมชัก 89

แผนภูมิที่ 1 แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก



	= ข้อความภายในกรอบเป็นปัญหา: disease, syndrome
	= ข้อความภายในเป็นการตัดสินใจปฏิบัติ: investigation, observation, treatment
	= ข้อความภายในเป็นคำอธิบาย/ข้อแนะนำ health education

บทที่ 1

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชัก

นพ.กิตพพากร ตุ่มนาค

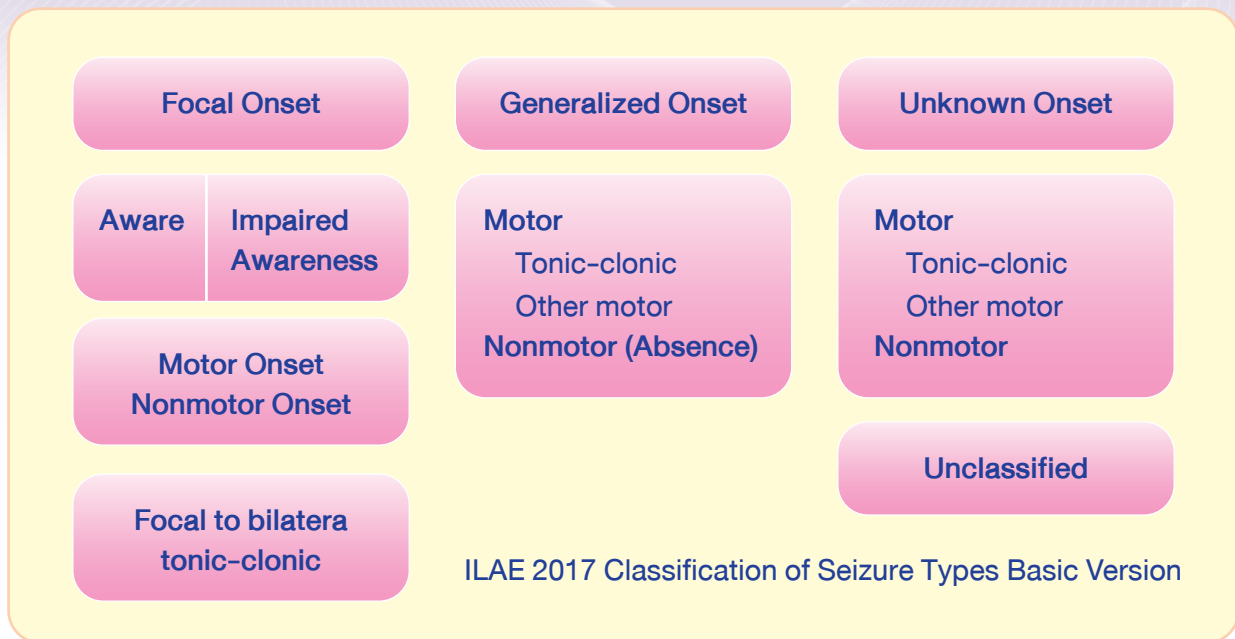
อาการชักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ มีอุบัติการณ์เกิดราวร้อยละ 8-10 ในกลุ่มประชากรทั่วไป และอาการชักอาจเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินได้ราวร้อยละ 1-2 อาการที่พบบ่อยหลังจากผู้ป่วยมีอาการชัก คือ มีแผลฉีกข้างที่ด้านข้างของลิ้น ฟันหัก เหงือกฉีกขาด และอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบ้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการชัก มักมาพบแพทย์หลังเกิดการชักแล้ว การชักประวัติจึงมีความสำคัญมากในเวชปฏิบัติ นอกจากผู้ป่วยแล้ว ผู้เห็นเหตุการณ์ที่มาด้วยก็มีความสำคัญ เนื่องจากตัวผู้ป่วยอาจไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และบางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจไม่ได้สงสัยว่าเป็นอาการชัก บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนจึงมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัย

ประวัติปัจจุบัน ประกอบด้วยอาการนำ (prodrome) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นเวลาก่อนจะมีอาการชัก โดยไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการชัก พบได้ไม่ทุกรายและไม่ได้พบทุกครั้งก่อนมีอาการชัก อาการขณะชัก (seizure semiology) เป็นประวัติส่วนที่มีสำคัญมาก มักมีอาการใกล้เคียงกันทุกครั้ง ที่คนไข้มีอาการชัก ประกอบด้วย

1. อาการเตือน (aura) เป็นอาการเริ่มต้นที่ผู้ป่วยมีอาการชัก ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยยังคงมีสติ และยังสามารถจดจำอาการนั้น ๆ ได้ เช่น รู้สึกโหวง ๆ ในช่องท้อง รู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ในอดีต ได้กลิ่นมองเห็นแสงหรือภาพที่ด้านในของตา ซึ่งอาการเตือนมักพบร่วมกับอาการเฉพาะที่ (focal seizure) และอาการเตือนเป็นอาการที่สามารถบ่งบอกถึงบริเวณของสมองที่อาจเป็นจุดกำเนิดชัก หากผู้ป่วยยังคงมีสติ บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุระหว่างชักที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถควบคุมสติได้

2. อาการชัก อาการชักเป็นอาการที่จะมีลักษณะเหมือนเดิมในผู้ป่วยคนเดียวกัน มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ใช้เวลาประมาณ 1-2 นาที และไม่ควรมีเกิน 5 นาที หากมีอาการชักต่อเนื่องโดยไม่หยุด (status epilepticus) หรือผู้ป่วยไม่มีสติจะเป็นภาวะเร่งด่วนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยอาการชักสามารถแบ่งได้หลายชนิด

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งชนิดของอาการชัก



3. อาการหลังชัก (postictal) เป็นอาการระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังเปลี่ยนกลับมา มีสติเป็นปกติอีกครั้ง อาจพบอาการอ่อนแรงแขนขาในด้านใดด้านหนึ่ง ปวดศีรษะ สับสน ไม่เข้าใจภาษา ไม่พูด หรือมีอาการอะอะโวยวาย คล้ายมีอาการทางจิตได้ชั่วระยะ

4. ปัจจัยกระตุ้นอาการชัก (trigger factors) โดยปกติ หากผู้ป่วยควบคุมอาการชักได้ดี และกลับมาชักซ้ำ มักมีปัจจัยที่ส่งเสริมได้แก่ การลืมนานยาชัก มีอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ ถ่ายเหลว มีอาการเครียดทำให้ออนไม่หลับ การอดนอน การใช้สารเสพติด หรือการใช้ยาบางประเภท ในหญิงวัยเจริญพันธุ์การมีประจำเดือน หรือการตกไข่ระหว่างรอบเดือน อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นชักได้

ประวัติอดีต ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการชักหลังจากได้รับอุบัติเหตุกระทบกระเทือนทางสมอง หรืออาจเกิดจากการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น การติดเชื้อในสมอง จำพวก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคเนื้องอกในสมอง และโรคเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุของการชักได้ เช่น โรคตับ โรคไต

ประวัติครอบครัว อาการชักอาจสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมหลายประเภท และผู้ป่วยอาจมีประวัติครอบครัวเป็นโรคลมชัก หรือโรคความผิดปกติทางระบบเมตาบอลิซึม

เมื่อผู้ป่วยมีอาการชักแบบไม่พบปัจจัยอื่น ๆ กระตุ้น 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันมากกว่า 24 ชม. หรือผู้ป่วยมีอาการชัก 1 ครั้ง และได้รับการสืบค้นโดยแพทย์ว่าอาจมีโอกาสชักครั้งต่อไป มากเกินกว่า 60% ผู้ป่วยจะได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก โดยแพทย์มักจะเริ่มให้รับประทานยากันชักและแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคลมชัก มักจะได้รับยากันชักเป็นเวลานานเพื่อควบคุมอาการชัก ยากันชักที่ดีจะต้องออกฤทธิ์ได้นาน ไม่ทำให้ง่วงนอน หรือดื้อยา สามารถใช้กับโรคลมชักได้หลายชนิด ไม่มีผลข้างเคียงต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และทำให้ EEG ปกติ หลักการเลือกยากันชักมักจะใช้ยาตัวเดียวรักษา มากกว่าใช้ยาหลายตัว จนกระทั่งยานั้นใช้ไม่ได้ผลหรือเริ่มเป็นพิษ เมื่อผู้ป่วยกินยากันชักและไม่มีอาการชักอย่างน้อย 2 ปี ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาจากแพทย์เพื่อหยุดยา โดยแพทย์จะค่อย ๆ ลดยากันชักลงช้า ๆ ในการหยุดยากันชักกะทันหันจะทำให้ผู้ป่วยชักแบบ status epilepticus

ตารางที่ 2 แสดงชื่อยากันชักที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติและผลข้างเคียง

ชื่อยากันชัก	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย (Common side effect)	ชื่อยากันชัก	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย (Common side effect)
Carbamazepine	คลื่นไส้ เดี๋ยวเซ เห็นภาพซ้อน	Lacosamide	คลื่นไส้ เห็นภาพซ้อน
Phenobarbital	ง่วงซึม อ่อนเพลีย	Oxcarbazepine	คลื่นไส้ เดี๋ยวเซ เห็นภาพซ้อน
Phenytoin	เวียนศีรษะ เดี๋ยวเซ คลื่นไส้ อาเจียน เหงือกโต หน้าหยาบ สิว มวลกระดูกลดลง	Perampanel	ง่วงซึม มึนศีรษะ
Sodium valproate	ผมร่วง มือสั่น มีสิวล ทานเก่ง	Pregabalin	ง่วงซึม มึนศีรษะ
Gabapentin	ง่วงซึม	Rufinamide	ง่วงซึม มึนศีรษะ อ่อนเพลีย
Lamotrigine	มึนศีรษะ เดี๋ยวเซ เห็นภาพซ้อน	Zonisamide	มึนศีรษะ ง่วง น้ำหนักลด
Levetiracetam	ง่วงซึม มึนศีรษะ หงุดหงิด	Nitrazepam	ง่วงซึม อ่อนเพลีย
Topiramate	มึนศีรษะ น้ำหนักลด น้ำค้ำพุดไม่ออก	Vigabatrin	มึนศีรษะ ง่วง

ตารางที่ 3 แสดงประเภทของอาการชัก

ประเภท	คำนิยาม
อาการชักแบบ Focal onset	
Motor	
Automatism	การเคลื่อนไหวของร่างกายที่ไม่ประสานงานแบบปกติ (more or less coordinated) ขณะเกิดอาการส่วนใหญ่จะไม่รู้ตัวและมักจะจำไม่ได้หลังจากนั้น บางครั้งลักษณะของการเคลื่อนไหวอาจจะคล้ายกับตั้งใจ แต่การเคลื่อนไหวนั้นจะไม่เข้ากับสถานการณ์ก่อนที่จะเกิดอาการชักนั้น
Atonic	มีการสูญเสียหรือลดลงของความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่บริเวณศีรษะ ลำตัว กราม หรือแขนขาโดยทันทีที่ไม่มีอาการสะดุ้งหรือเกร็งนำมาก่อน อาการอยู่ในช่วง 1-2 วินาที
Clonic	อาการกระตุกเป็นจังหวะของกลุ่มกล้ามเนื้อเดียวกัน เกิดขึ้นได้ทั้งแบบพร้อมกันหรือไม่พร้อมกันทั้งสองข้าง
Epileptic spasms	อาการชักที่มีลักษณะคล้ายผวา แบบโอบเข้าหรือกางออกของแขน ขา และลำตัว หรือพบทั้งสองแบบปนกัน ลักษณะของกล้ามเนื้อจะพบเกร็งนานกว่าอาการชักแบบสะดุ้ง (myoclonic) แต่สั้นกว่าอาการชักแบบเกร็ง (tonic) อาจพบลักษณะพิเศษที่จำกัดเฉพาะส่วนของร่างกาย (limited forms) ที่พบได้ เช่น แสยะยิ้ม (grimacing) ผงกศีรษะ (head nodding) หรือการเคลื่อนไหวบางอย่างที่ไม่เด่นชัดนักของตา (subtle eye movement) อาการชักชนิดนี้มักจะเกิดขึ้นเป็นชุด ๆ ส่วนใหญ่เกิดในวัยเด็กเล็ก แต่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกวัย
Hyperkinetic	ลักษณะอาการชักในรูปแบบการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ขยับไปมาอย่างรุนแรงหรือถีบขาไปมาคล้ายถีบจักรยาน
Myoclonic	อาการชักแบบกระตุกที่คล้ายการสะดุ้งสั้นๆ (< 100 milliseconds) ของกล้ามเนื้อมัดเดียวหรือหลายมัด ควบคุมไม่ได้ เกิดขึ้นได้หลายตำแหน่ง เช่น กล้ามเนื้อที่ลำตัวหรือที่รยางค์ส่วนต้นหรือส่วนปลาย กระตุกเป็นจังหวะไม่สม่ำเสมอระยะเวลาไม่นาน ซึ่งจะต่างจากอาการชักแบบ clonic ที่มีความเป็นจังหวะและเกิดขึ้นนานกว่า
Tonic	อาการชักแบบเกร็งค้างของกล้ามเนื้อ ระยะเวลาหลายวินาทีหรืออนาที

ประเภท	คำนิยาม
Non-motor	
Autonomic	อาการชักที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ระบบของหลอดเลือดและหัวใจ รูม่านตา กระเพาะ ลำไส้ ต่อมเหงื่อ (sudomotor) การหดขยายตัวของเส้นเลือดผิวหนัง (vasomotor) การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (thermoregulatory)
Behavior arrest	อาการชักที่มีลักษณะหยุดนิ่งค้าง ไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ
Cognitive	อาการชักที่เกี่ยวข้องกับด้านการคิดสติปัญญา และหน้าที่ของสมองระดับสูง (higher cortical functions) ที่จะเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น พุด รับรู้ จำ กระทำสิ่งที่เคยทำได้ (praxis) นอกจากนั้นการที่รู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้น (Déjà vu) หรือรู้สึกเหมือนไม่เคยพบเหตุการณ์นั้นมาก่อน (Jamais vu) ก็จัดอยู่ในการชักประเภทนี้ในอดีตจะเรียกการชักนี้ว่า psychic seizure type
Emotional	อาการชักที่มีลักษณะของอารมณ์ที่ผิดไปจากปกติ และเด่นชัดในช่วงแรกหรือตลอดช่วงของอาการชัก เช่น อารกรกลัว อารมณ์ รื่นเริง หัวเราะ หรือร้องไห้
Sensory	อาการชักที่มีสภาวะของการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ เช่น รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก
อาการแบบ Generalized onset	
Tonic-clonic	อาการชักแบบเกร็งและตามมาด้วยอาการกระตุก
Clonic	รายละเอียดเช่นเดียวกับ clonic seizure ใน focal onset
Tonic	รายละเอียดเช่นเดียวกับ tonic seizure ใน focal onset
Myoclonic	รายละเอียดเช่นเดียวกับ myoclonic seizure ใน focal onset
Myoclonic-tonic-clonic	มีอาการชักแบบกระตุกคล้ายสะดุ้ง หนึ่งครั้งหรือ 2-3 ครั้ง ที่รยางค์ทั้งสองข้าง และตามมาด้วยอาการเกร็งกระตุก ซึ่งอาการกระตุกสะดุ้งช่วงแรกอาจเป็นได้ทั้ง clonus หรือ myoclonus features โดยโรค Juvenile myoclonic epilepsy มักจะมีอาการชักลักษณะนี้
Myoclonic - atonic	อาการชักที่มีอาการแบบกระตุกคล้ายสะดุ้ง และตามมาด้วยการสูญเสียการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ (atonic component) การชักประเภทนี้อธิตเรียกว่า myoclonic-astatic seizure
Atonic	รายละเอียดเช่นเดียวกับ atonic seizure ใน focal onset
Epilepsy spasms	รายละเอียดเช่นเดียวกับ epileptic spasms ใน focal onset

ประเภท	คำนิยาม
Non-motor (absence)	
Typical	อาการชักที่เกิดขึ้นฉับพลัน ทำให้ผู้ป่วยหยุดทำกิจกรรมทุกอย่างในขณะนั้น ร่วมกับมีอาการมองเหม่อและอาจมีเหลือบตาขึ้นบนสั้น ๆ จะไม่สามารถโต้ตอบได้เมื่อเรียก อาการเป็นอยู่หลายวินาทีจนถึงครึ่งนาที และกลับมาเป็นปกติอย่างรวดเร็ว EEG ในขณะมีอาการชักจะมีความผิดปกติ อาการชักชนิดนี้ถือเป็น generalized onset ซึ่งคำว่า typical absence จะไม่เท่ากับอาการเหม่อ (blank stare) ซึ่งใช้ใน focal onset ด้วย
Atypical	อาการชักแบบเหม่อที่จุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของอาการชักจะสังเกตได้ไม่ชัดเจน และไม่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใดเหมือน typical absence
Myoclonic absence	อาการชักที่คล้าย absence seizure แต่มีการกระตุกของแขนเข้าหาลำตัวด้วยอัตรา 3 ครั้ง/วินาที และอาจลามไปเป็นแขนยกขึ้นมักพบความผิดปกติของ EEG แบบ 3 Hz generalized spike/ wave discharges ระยะเวลาที่เกิดอาการนาน 10-60 วินาที สูญเสียความรู้สึกตัวระหว่างมีอาการชักแม้ว่าจะไม่ชัดเจนนัก อาจพบได้ในโรคลมชักที่มีสาเหตุจากพันธุกรรม แต่อาจเกิดขึ้นโดยไม่พบปัจจัยเกี่ยวข้องใด ๆ ได้
Eyelid myoclonia	มีอาการกระตุกของเปลือกตา ความถี่ประมาณ 3 ครั้ง/วินาที มักพบร่วมกับการเหลือบตาขึ้นบน (upward eye deviation) ระยะเวลาสั้นน้อยกว่า 10 วินาที กระตุ้นให้เกิดอาการได้โดยการหลับตา ขณะเกิดอาการอาจมีหรือไม่มี การสูญเสียความรู้สึกตัวได้

การสืบค้นเพื่อหาสาเหตุการชัก

หลังจากแพทย์ได้ทำการซักประวัติอาการชัก วินิจฉัย จำแนกประเภท และเริ่มการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักแล้ว การสืบค้นหาสาเหตุของการชักเป็นหนึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวินิจฉัย จำแนกอาการชัก หรือกลุ่มอาการชัก ระบุตำแหน่งของสมองที่ถูกกระตุ้น สืบค้นหาสาเหตุของอาการชัก เพื่อติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยการสืบค้นประกอบไปด้วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจการทำงานของคลื่นไฟฟ้าสมอง การตรวจลักษณะทางกายภาพของสมอง

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อเป็นการติดตามโรค การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งบุคคลในครอบครัวและสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยการดูแลมักประกอบด้วย ติดตามการตอบสนองต่อการรักษาโรคลมชัก การปรับกลุ่มยากันชักให้เหมาะสม อาการแพ้ยากันชัก ปฏิกริยาระหว่างยากันชักและยาชนิดอื่น ๆ การประเมินผลข้างเคียงของยากันชัก ทบพจนโรคประจำตัวที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

อาจมีการดูแลที่แตกต่างกันในผู้ป่วยลมชักในด้านต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยลมชักที่มีโรคร่วมอื่น ๆ ผู้ป่วยลมชักในวัยต่าง ๆ วัยเด็ก อาจเน้นเรื่องการดูแลเรื่องพัฒนาการ การช่วยเหลือตนเอง การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ในวัยเจริญพันธุ์การให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และการมีบุตร วัยสูงอายุอาจต้องระมัดระวังเรื่องโรคร่วมและการพลัดตกหกล้ม วัยทำงาน เช่น การออกกำลังกาย การเดินทางและการดำเนินชีวิต การประกอบวิชาชีพต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคลมชักอาจต้องหลีกเลี่ยงอาชีพเสี่ยงอันตรายบางประเภทเมื่อมีอาการชักเกิดขึ้นจะไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที การให้คำแนะนำการปฐมพยาบาลแก่ผู้ป่วยลมชักกับครอบครัวของผู้ป่วย เช่น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การทานยา กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตที่ควรระมัดระวัง คำแนะนำเหล่านี้จะช่วยลดการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยในระยะยาว



เอกสารอ้างอิง

1. Foldvary-Schaefer N, Unnwongse K. Localizing and lateralizing features of auras and seizures. *Epilepsy Behav* 2011;20:160-166
2. Nowacki TA, Jirsch JD. Evaluation of the first seizure patient: Key points in the history and physical examination. *Seizure* 2017;49:54-63
3. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1985;26:268-78.
4. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30:389-99.
5. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and eletro-encephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981;22:489-501.
6. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia* 2010;51:676-685.
7. Berg AT, Millichap JJ. The 2010 revised classification of seizures and epilepsies. *Continuum (MinneapMinn)*2013;19(3):571-597
8. Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, French JA, Haut SR, Higurashi N, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* 2017;58(4):531-542.
9. Tatum WO, Rubboli G, Kaplan PW, Mirsafari SM, Radhakrishnan K, Gloss D, et al. Clinical utility of EEG in diagnosing and monitoring epilepsy in adults. *Clin Neurophysiol.* 2018; 129:1056-82
10. Greenwood RS. Adverse effects of antiepileptic drugs. *Epilepsia*2000;41 (suppl,2): s42-s52.
11. Tatum WO, Rubboli G, Kaplan PW, Mirsafari SM, Radhakrishnan K, Gloss D, et al. Clinical utility of EEG in diagnosing and monitoring epilepsy in adults. *Clin Neurophysiol.* 2018; 129:1056-82.
12. ทินนกร ยาดิ. แนวทางแนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชัก สำหรับแพทย์ (ฉบับสมบูรณ์ 2564) Clinical Practice Guidelines for Epilepsy สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2564

บทที่ 2

การซักประวัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาทางทันตกรรม

ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้ให้บริการทันตกรรมควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นความสามารถในการควบคุมโรค อาการแสดง ยาที่รับประทาน สภาพาร่างกาย ภาวะพร้อมสติปัญญา ภาวะอารมณ์ ตลอดจนปัญหาด้านพฤติกรรม และการสื่อสารของผู้ป่วย โดยอาศัยแนวทางจากการซักประวัติจากผู้ป่วย ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล การตรวจร่างกายภายนอกและภายในช่องปาก เพื่อนำสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1. การซักประวัติและประเมินสภาวะร่างกาย

1.1 ประวัติเกี่ยวกับอาการชักของผู้ป่วย

- 1) สอบถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยตรงว่า ผู้ป่วยเป็นโรคลมชักหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองตระหนักถึงภาวะโรคของผู้ป่วยร่วมด้วย
- 2) การซักประวัติโรคร่วม โรคทางพันธุกรรม ภาวะพร้อมหรือกลุ่มอาการที่มีโรคลมชักร่วมด้วย

3) รายละเอียดของอาการชัก

3.1) อาการก่อนชัก (preictal symptoms)

- อาการนำ (prodrome) อาจเกิดขึ้นได้เป็นเวลานานหลายนาที ถึงหลายชั่วโมงก่อนมีอาการชัก โดยลักษณะอาการจะมีลักษณะที่ไม่จำเพาะ เช่น รู้สึกไม่ค่อยสบาย ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย เป็นต้น

- อาการเตือน (aura)

เป็นอาการแรกของอาการชัก อาการนี้เป็นส่วนหนึ่งของอาการชัก อาการมักจะแตกต่างกันตามตำแหน่งสมองที่เป็นต้นกำเนิดของการชัก อาการมักมีลักษณะแบบเดิมทุกครั้ง และมักจะเตือนก่อนชักนานไม่เกิน 10 นาที

ผู้ป่วย Partial seizure จะมีระยะ aura ก่อนจะเกิดการชัก 2-3 วินาที ซึ่งสัมพันธ์กับตำแหน่งของสมองที่มีความผิดปกติ เช่น ได้กลิ่นหรือรสชาติแปลก ๆ มีภาพหลอนหรือเสียงผิดปกติ มีความรู้สึกกลัว ความรู้สึกแปลก ๆ เช่น ชาที่แขนขาหรือการเคลื่อนไหวที่แปลกไป ได้แก่ การเคลื่อนไหวของศีรษะหรือตา มีการเกร็งของแขนขา

อาการเหล่านี้จะเป็นการเตือนให้ทันตแพทย์ทราบล่วงหน้า เพื่อหยุดทำการ
บำบัดทางทันตกรรมและเตรียมการรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

3.2) อาการชัก (seizure symptoms)

การสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะอาการชัก จะช่วยให้ทันตแพทย์สามารถป้องกัน
อันตรายที่จะเกิดขึ้นในภาวะที่ผู้ป่วยเกิดอาการชักบนเก้าอี้ทำฟันได้อย่างเหมาะสม โดยสอบถามรายละเอียดดังนี้

- กิจกรรมที่ทำแล้วส่งผลให้เกิดการชัก เช่น ขณะรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย
เรียน หรือทำงาน
- ปัจจัยกระตุ้นอาการชัก เช่น ภาวะไข้ อดนอน ต้มแอลกอฮอล์ เสียงดัง แสงไฟจ้า
ความเครียด หรือภาวะกดดัน
- ช่วงเวลาที่เกิดอาการชัก เช่น กลางวัน หรือขณะนอนหลับ
- ระยะเวลาของอาการชักนานแค่ไหน โดยสามารถให้ผู้ดูแลเป็นนาที่ วินาที
นานเท่าไรจึงหายชัก
- จำนวนครั้งและความถี่ของอาการชัก ก็ครั้งต่อวันหรือต่อเดือน และให้ระบุ
ครั้งล่าสุดที่ชักก่อนมาพบทันตแพทย์
- ระดับความรู้สึกตัวขณะชัก รู้สึกตัวหรือไม่ จดจำเหตุการณ์ได้หรือไม่ สามารถ
สื่อสารกับคนรอบข้างได้หรือไม่
- ลักษณะของอาการชัก เช่น เอียงลำคอไปด้านใดด้านหนึ่ง กรอกตาขึ้นลง หรือมองไป
ทางเดียว กระตุกสั้น ๆ ทั้งตัว มีการเกร็งของแขนและขา 1 หรือ 2 ข้างพร้อมกัน
เกร็งร่วมกับมีอาการกระตุกทั้งตัว หรือเคลื่อนไหวแบบเดิมซ้ำ ๆ เช่น กระพริบตาถี่
เคี้ยวปาก หรือหยิบจับขยี้เสื้อผ้าเล่น
- ความผิดปกติทางการออกเสียง เช่น ไม่สามารถพูดได้ เสียงเพี้ยน เป็นต้น
- ความผิดปกติของการหายใจ เช่น หยุดหายใจ ตัวเขียว น้ำลายฟูมปาก ซึ่งเป็น
สิ่งสำคัญที่ควรทราบ เพื่อให้รับมือได้อย่างเหมาะสม
- ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออก อาเจียน หัวใจเต้น
ผิดปกติ ไข้สวามหรืออุณหภูมิร่างกาย
- การบาดเจ็บจากอาการชัก เช่น กัดลิ้น ศีรษะกระแทก กระดูกหัก

ผู้ป่วย Generalized tonic-clonic seizure (GTCS) มักจะหยุดชักได้เองภายใน 2-5 นาที
และฟื้นคืนมาภายใน 10-15 นาที และกลับคืนสภาพก่อนการชักภายในเวลา 2 ชั่วโมง ระยะเวลาการชักมี
ความสำคัญในการให้การรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เพิ่งหยุดชักส่วนมากมักจะไม่วิ่งซ้ำอีก ยกเว้น status epilepticus
ซึ่งจะมีการชักต่อเนื่อง

3.3) อาการหลังชัก (postictal symptoms)

อาการที่เกิดขึ้นหลังจากอาการชักจนกระทั่งผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติดังเดิม ผู้ป่วยมักจะ
มีอาการหลังชัkdังต่อไปนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ซึม หลับ สับสน หรือมีอาการภาพหลอน บางรายไม่สามารถสื่อสาร
ได้อย่างปกติ เช่น ไม่เข้าใจคำถาม หรืออาจไม่สามารถพูดได้ อาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงเป็นข้างใดข้างหนึ่ง เช่น



แขนซ้ายไม่สามารถขยับได้ (Todd's paralysis) ควรถามระยะเวลาหลังอาการชักด้วยว่านานเท่าใดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ

1.2 ประเภทของอาการชัก ดังรายละเอียดในบทที่ 1

ประเภทของอาการชักเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน และแนวทางการรักษาทางทันตกรรมให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยชักแต่ละชนิด มีลักษณะการชัก ท่าทางการชัก เวลาและจำนวนการชักที่แตกต่างกันออกไป

1.3 ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

ควรซักถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา ความต่อเนื่องในการทานยา และการทานยาในวันที่ทำหัตถการ เนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักมักจะได้รับยากันชักเป็นเวลานานเพื่อควบคุมอาการชัก ซึ่งยาจะสามารถควบคุมอาการชักได้ดี เมื่อผู้ป่วยกินยากันชักและไม่มีอาการชักอย่างน้อย 2 ปี ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาจากแพทย์เพื่อหยุดยา ดังนั้น ควรทำหัตถการให้แก่ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และรับประทานยามาปกติในวันที่ทำหัตถการ

ผู้ป่วยชนิด Generalized tonic-clonic seizure ที่กินยากันชักสามารถป้องกันการชักได้ดีจะมีประมาณร้อยละ 70 ส่วนที่เหลืออาจจะไม่ชักมาหลายปี หรืออาจชัก 1 หรือ 2 ครั้งต่อปี และบางรายอาจมีอาการชักหลายครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีอาการชักชนิด Petit mal อาจมีการชักร้อยครั้งใน 1 วัน เป็นเวลาหลายวัน กรณีผู้ป่วยกินยาควบคุมการชักไม่ดี จะมีโอกาสเกิดอาการชักขณะบำบัดรักษาทางทันตกรรม ทันตแพทย์อาจจำเป็นต้องเตรียมรับมือ หรือเลือกหัตถการที่ทำ เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดต่อผู้ป่วย

1.4 โรคประจำตัวร่วม การมีโรคประจำตัวอื่น ร่วมด้วยกับโรคลมชักจะเพิ่มความเสี่ยงในการทำหัตถการมากขึ้น

1.5 ตรวจการสื่อสารและการใช้ภาษา

โรคลมชักสามารถเกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ในบางกรณีผู้ป่วยโรคลมชักอาจจะมีภาวะบกพร่องของสติปัญญา เนื่องมาจากสาเหตุหรือมีความผิดปกติของสมอง เนื้องอก หรือโรคมะเร็งบริเวณสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคลมชัก หรือในบางกรณีมีภาวะชักจนส่งผลให้เกิดความผิดปกติของสมองได้เช่นกัน

การประเมินการสื่อสาร ความเข้าใจภาษาของผู้ป่วยจากการสังเกตผู้ป่วย หรือสอบถามจากผู้ดูแล จะช่วยประเมินโอกาสได้รับความร่วมมือของผู้ป่วย การสื่อสารของทันตแพทย์ต่อผู้ป่วย และการประเมินว่า จะสามารถทำการรักษาภายในคลินิกทันตกรรม หรือจำเป็นจะต้องทำหัตถการภายใต้ยาสลบหรือไม่

หลังจากชักประวัติ ตรวจและประเมินผู้ป่วย ทันตแพทย์ควรวางแผนการรักษาที่เหมาะสม โดยได้จำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามความรุนแรงของโรคลมชัก ในกรณีที่ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาได้ตามปกติ เพื่อการรักษาทางทันตกรรมดังนี้

ผู้ป่วยโรคลมชักที่ควบคุมการชักได้ดี กินยากันชักสม่ำเสมอ ไม่มีอาการชักมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และมีความรู้ถึงปัจจัยที่จะทำให้เกิดการชัก สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมทำได้ตามปกติด้วยความระมัดระวัง

ผู้ป่วยโรคลมชักที่ควบคุมการชักได้ไม่ดี อยู่ระหว่างกินยากันชัก มีการชักมากกว่า 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา การบำบัดทางทันตกรรมต้องเตรียมพร้อมในกรณีที่จะมีการชักในคลินิกทันตกรรม หรือพิจารณาทำหัตถการเฉพาะฉุกเฉิน

แผนภูมิที่ 2 แสดงการแบ่งความสามารถในการควบคุมอาการชัก



ผู้ป่วยโรคลมชักที่ควบคุมการชักไม่ได้ ผู้ป่วยมีการชักมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ การบำบัดทางทันตกรรมจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อทำการควบคุมการชักให้ดีขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ชักประวัติเกี่ยวกับปัญหาและความเจ็บปวดในช่องปาก ตรวจภายนอกและภายในช่องปาก

- ให้ความสำคัญกับสถานะที่ส่งผลต่อความเจ็บปวด การรับประทานอาหาร และการดำรงชีวิตตามความเหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดโรคซ้ำ และโรคใหม่ ลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อภายในช่องปากและทางระบบ เช่น โรคปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (aspiration pneumonia) การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

3. การวางแผนการรักษา นัดหมาย และตรวจรักษา

- เน้นการวางแผนที่ไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำได้ง่าย ยั่งยืน ลดจำนวนครั้งในการรักษา เพื่อลดความยุ่งยากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Bryan RB, Sullivan SM. Management of dental patients with seizure disorders. Dent Clin N Am 2006;50:607-23.
2. Robbins MR. Dental management of special needs patients who have epilepsy. Dent Clin N Am 2009;53:295-309.
3. Jacobsen PL, Eden O. Epilepsy and the dental management of the epileptic patient. J Contemp Dent Pract. 2008;9(1):54-62.
4. Miriam R. Robbins. Dental Management of Special Needs Patients Who Have Epilepsy. 2009;53(2);0-309.
5. Mehmet Y, Senem O, Sulun T, Humeyra K. Management of epileptic patients in dentistry. Surg Sci 2012; 3: 47-52.



บทที่ 3

แนวทางจัดการพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก

ผู้ป่วยโรคลมชัก เป็นโรคที่สามารถเกิดได้ในทุกวัย เป็นได้ตั้งแต่เกิด วัยเด็ก วัยทำงาน หรือแม้กระทั่งผู้สูงอายุ ส่งผลให้แนวทางการจัดการ และวางแผนการรักษามีความหลากหลาย ข้อควรระวัง หรือโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคลมชัวยังมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องสติปัญญา หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอาจอยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงควรประเมินเพื่อวางแผนการจัดการที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่สามารถให้การบำบัดรักษาทางทันตกรรมได้ตามปกติ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสุขภาพช่องปาก หรือมีอาการเฉียบพลัน เช่น ปวดฟัน บวม รับประทานอาหารไม่ได้ โดยอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติตามที่ได้กล่าวมาในบทที่ 2 เพื่อประเมินและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น รวมถึงวางแผนเมื่อเกิดเหตุการณ์ชักขึ้นขณะทำหัตถการ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย และผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษาที่เป็นประโยชน์ และลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุให้กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ความร่วมมือของผู้ป่วยมีหลายปัจจัยที่จะต้องพิจารณาร่วมกัน ได้แก่ อายุ ระดับสติปัญญา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความพิการของร่างกาย และความเอาใจใส่ของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการช่วยรักษาอนามัยในช่องปาก อังอิงให้สอดคล้องไปตามการจำแนกพฤติกรรมของผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมของ Wright ได้แบ่งระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ให้ความร่วมมือ (Cooperative)

ส่วนใหญ่แล้ว เด็กหรือผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมจะเป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่ม ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยประเภทนี้เวลามาทำฟันจะรู้สึกผ่อนคลายหรืออาจมีความหวาดหวั่น หรือวิตกกังวลบ้างเพียงเล็กน้อย บางครั้งมีความสนใจและกระตือรือร้นที่จะมาพบทันตแพทย์ เขาจะสนทนากับทันตแพทย์ได้ดีด้วยดี มีการเข้าใจกระบวนการรักษา สามารถทำตามคำสั่งได้เป็นอย่างดี ทำให้การทำงานของทันตแพทย์เป็นไปได้ดี

กลุ่มนี้ทันตแพทย์สามารถใช้วิธีการทางจิตวิทยาธรรมดา ๆ แบบตรงไปตรงมาในการปรับพฤติกรรม ใช้วิธีการลดความรู้สึกกลัวอย่างเป็นระบบ (Systemic desensitization) หรือวิธีการจัดการพฤติกรรม (Behavior shaping) โดยวิธีการ บอก-แสดง-กระทำ (Tell-show-do) ได้ กลุ่มนี้จะ

ให้ความร่วมมือ ความร่วมมือของกลุ่มนี้มักขึ้นอยู่กับ การถูกเตรียมตัวมาอย่างดีสำหรับการทำฟัน ถึงแม้จะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทันตแพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และบางครั้งยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้การจัดการวิธีอื่น ๆ ที่เหมาะสม เพื่อให้คงความร่วมมือที่ได้นั้นไว้

2. ขาดความสามารถในการให้ความร่วมมือ (Lacking of cooperative ability)

กลุ่มที่ขาดความสามารถในการให้ความร่วมมือ ได้แก่ เด็กเล็กมาก ๆ ที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้เข้าใจกันได้หรือยังไม่เข้าใจถึงกระบวนการรักษา มีความพิการทางสมองหรือร่างกาย ผู้ป่วยที่พร้อมสติปัญญา ไม่สามารถเข้าใจหรือทำตามสั่ง ไม่สามารถตอบโต้หรือสื่อสารได้ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว กลุ่มนี้จึงไม่สามารถที่จะให้ความร่วมมือได้ ซึ่งความรุนแรงของความผิดปกติจะทำให้จำกัดความสามารถของผู้ป่วยที่จะให้ความร่วมมือได้และต้องใช้วิธีการพิเศษอื่น ๆ ในการจัดการทางพฤติกรรม

3. มีความร่วมมือแอบแฝง หรือมีความเป็นไปได้ที่จะให้ความร่วมมือ (Potentially cooperative ability)

กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม กลุ่มนี้จะแตกต่างจากกลุ่มขาดความสามารถในการให้ความร่วมมือ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีความสามารถที่จะให้ความร่วมมือได้ ถ้าทันตแพทย์ใช้วิธีการจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถให้ความร่วมมือได้ จะพบได้ในเด็กอายุระหว่าง 3 ปีจนถึงวัยรุ่น หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้ สื่อสาร ทำตามคำสั่งเพียงเล็กน้อย มักจะแสดงออกจากความกลัว ความไม่คุ้นชิน ซึ่งกลุ่มนี้จะแสดงซึ่งพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปหลายรูปแบบ อาจจำเป็นต้องอาศัยการปรับพฤติกรรม อาศัยระยะเวลา จำนวนครั้งในการพบทันตแพทย์ เพื่อให้เกิดความคุ้นชิน การปรับตัว โดยควรประเมินพฤติกรรมเป็นระยะ เพื่อปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสม

นอกจากพิจารณาพฤติกรรมและความสามารถในการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยแล้ว สภาวะภายในช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล สภาวะทางสังคมความเป็นอยู่ เศรษฐฐานะ ที่พ่อกาตัยก็มีความสำคัญทั้งหมด เพราะจะส่งผลต่อการวางแผนการรักษาทั้งหมด โดยจำแนกประเภทของผู้ป่วยจากปัจจัยความสามารถในการให้ความร่วมมือ ปัญหาสุขภาพในช่องปาก ความเอาใจใส่ของผู้ป่วย ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่สามารถให้ความร่วมมือได้ดี ภาวะรอยโรคในช่องปากไม่มีความซับซ้อน

ผู้ป่วยโรคลมชักในกลุ่มนี้ มักไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากมากนัก เนื่องจากสามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากได้ตามช่วงวัย และมีแนวโน้มสามารถควบคุมอาการชักได้ดี ทันตแพทย์สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมภายในคลินิกทันตกรรม โดยอาศัยการจัดการพฤติกรรมได้ตามปกติ

ใช้หลักการควบคุมหรือลดความเครียด (ภาคผนวกที่ 1) และในเด็กสามารถเลือกใช้วิธี Tell show do ทันตแพทย์สามารถสอนการแปรงฟันและทันตสุขศึกษา สุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงสามารถให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปาก

การควบคุมความเจ็บปวด โดยการใช้ยาเฉพาะที่เป็นสิ่งสำคัญ ไม่มีรายงานผู้ป่วยชักจากการฉีดยาในทางทันตกรรมทุกชนิด หัตถการสามารถทำได้ตามความเหมาะสม ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียดต่อร่างกายผู้ป่วยมากเกินไป

2. ผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ที่จะให้ความร่วมมือ หรือขาดความร่วมมือ ภาวะรอยโรคในช่องปาก ไม่มีความซับซ้อน

ผู้ป่วยโรคลมชักในกลุ่มนี้ มักมีปัญหาทางพร้อมสติปัญญา มีความพิการของสมองหรือร่างกายบางส่วน แต่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล สามารถดูแลทำความสะอาดได้ดี ส่งผลให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วย มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพช่องปากไม่มากนัก ทันตแพทย์สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมภายในคลินิกทันตกรรม ให้การตรวจสุขภาพช่องปาก ค่อย ๆ ทำหัตถการ หรือเสริมฟลูออไรด์ ให้ผู้ป่วย โดยสนับสนุนการดูแลทำความสะอาดของผู้ดูแล ควรวางแผนการรักษาให้เหมาะสม เพื่อลดจำนวนครั้งในการมาทำการรักษา

3. ผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ที่จะให้ความร่วมมือ หรือขาดความร่วมมือ ภาวะรอยโรคในช่องปาก มีความซับซ้อน

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบมีฟันผุจำนวนมากในช่องปาก (rampant caries) ฟันบางซี่ผุทะลุโพรงประสาท มีรูหนองเปิดที่เหงือก มีหินปูนและแผ่นคราบจุลินทรีย์เกาะที่ตัวฟันเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดกลิ่นปาก ผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดทางทันตกรรม การรักษา มักจะต้องทำร่วมกับการใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้สามารถทำหัตถการได้ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงในการกระตุ้นการชักของผู้ป่วยขณะทำหัตถการ และควรพูดคุยกับผู้ดูแลถึงการดูแลทำความสะอาดภายหลังการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ได้ประโยชน์และคุ้มค่าต่อคนไข้มากที่สุด





บทที่ 4

แนวทางการรักษาทางทันตกรรม ในผู้ป่วยโรคลมชักในคลินิกทันตกรรม

นพญ.ประไพ ชุนทดาลัย

การบริการทางทันตกรรมทั้งด้านการป้องกัน การรักษา และฟื้นฟูในช่องปากในผู้ป่วยโรคลมชักเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อที่จะสามารถส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีให้กับผู้ป่วยและป้องกันการเกิดโรคในช่องปากขึ้นใหม่ ตลอดจนควบคุมโรคที่กำลังเป็นอยู่ไม่ให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมได้ตามปกติ แต่ต้องระมัดระวังในการซักประวัติ เพื่อให้ทราบชนิดของการชัก ลักษณะอาการ ความรุนแรง ปฏิกิริยาระหว่างยา และอาการข้างเคียงที่อาจจะพบของยากันชัก กรณีผู้ป่วยโรคลมชักที่มีความพิการทางร่างกาย และสติปัญญา การรักษาทางทันตกรรมจะทำได้ยากกว่าปกติ อีกทั้งยากันชักบางตัวยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความสัมพันธ์ต่อยาชนิดอื่นที่ได้รับด้วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคลมชักมีความหลากหลายทั้งอายุ ความพิการ ความพร้อมสติปัญญา โรคร่วมต่าง ๆ จึงส่งผลต่อแนวทางการจัดการพฤติกรรมและการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการพิจารณาการเลือกใช้ยาชาเฉพาะที่ การดมยาที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว (conscious sedation) ตลอดจนถึงการให้ยาระงับความรู้สึก (General anesthesia) และแนวทางการทันตกรรมป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพในช่องปากกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยเกิดผลดีที่สุด

การดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

1. Pretreatment phase การพูดคุย ประเมิน เรียนรู้ ทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เรียนรู้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและเศรษฐานะของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างแท้จริง

2. Systemic phase การประเมินโรคทางระบบของผู้ป่วย ประกอบด้วยโรคประจำตัวใดบ้าง อยู่ในระยะโรคใดและสามารถควบคุมโรคดังกล่าวได้หรือไม่ มีอาการและอาการแสดงของโรคทางร่างกาย การสื่อสาร และทางด้านจิตใจอย่างไร รวมถึงข้อจำกัด ข้อควรระวังในการเกิดผลข้างเคียง หรืออาการแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพ และการรักษาของผู้ป่วย

การส่งปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินโรคทางระบบของผู้ป่วย รวมถึงโรคทางระบบที่สงสัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการวางแผนการรักษาร่วมกัน และตัดสินใจเลือกหัตถการที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วย

3. Urgent phase การให้บริการทันตกรรมเร่งด่วนแก่ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด หรืออาการที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อนของผู้ป่วย เช่น การปวดฟันมาก หรือการติดเชื้ออย่างรุนแรง ฟันที่โยกมากอาจจะหลุดเข้าคอ เป็นต้น

4. Disease control phase การให้การรักษาทางทันตกรรมที่เน้นการควบคุมโรค และการติดเชื้อภายในช่องปาก ทั้งในส่วนการให้ทันตกรรมป้องกัน การบูรณะฟัน การรักษาคลองรากฟัน การรักษาโรคปริทันต์อักเสบ การรักษาภาวะเจ็บปวดจากกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกร ศัลยศาสตร์ช่องปาก เพื่อรักษาโรคที่มีอยู่เดิม และป้องกันไม่ให้เกิดโรคใหม่ขึ้น

5. Corrective phase การฟื้นฟูสภาพในช่องปากให้แก่ผู้ป่วยเพื่อทดแทนอวัยวะที่สูญเสีย และเพิ่มสมรรถภาพในการดำรงชีวิตให้แก่ผู้ป่วย การบูรณะฟันที่ได้รับการรักษารากฟัน หรือฟันที่มีการแตกเสียหาย การใส่ฟันเทียมให้ผู้ป่วย

6. Maintenance phase แผนการดูแลให้ผู้ป่วยรักษาสภาพในช่องปากให้ได้อย่างยั่งยืน โดยการนัดตรวจเป็นระยะทุก 3-6 เดือน ขึ้นอยู่กับการประเมินสภาวะช่องปาก การให้ความร่วมมือ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตรวจประเมินการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ การเกิดโรคใหม่ และวางแผนปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม

แนวทางการรักษาทางทันตกรรมโรคลมชักผู้ป่วยเด็ก

วัตถุประสงค์ในการจัดทำเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับทันตแพทย์ในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลสูงสุดทั้งในด้านการรักษาทางทันตกรรมและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยมีนโยบายหลักคือ ทันตแพทย์ทุกท่านทราบแนวทางเวชปฏิบัติทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชัก และสามารถให้การรักษา และส่งต่ออย่างถูกต้องเป็นระบบ และผู้ป่วยโรคลมชัก ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจนเสร็จสมบูรณ์และปลอดภัย

แนวทางการปฏิบัติ

1. ทันตแพทย์ควรซักประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก เช่น ลักษณะอาการชัก ระยะเวลาที่ชัก ความถี่ของการชัก ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการชัก อาการเตือนก่อนชัก ยาที่กินเป็นประจำ ชักครั้งสุดท้ายเมื่อใด เป็นต้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคลมชัก ควรปรึกษาแพทย์ประจำ

ตัวเด็ก และ/หรือแพทย์ทางระบบประสาท เพื่อทราบข้อมูลต่อไปนี้ คือ การวินิจฉัยโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค การรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อควรระวัง และสถานะของผู้ป่วยในขณะนั้น

2. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน เอกซเรย์ และวางแผนการรักษาทั้งหมด โดยพิจารณาถึงจำนวนงานที่ต้องทำ และความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3. ให้คำแนะนำในการใช้ฟลูออไรด์อย่างเหมาะสม การฉีกหลุมร่องฟัน ควรเน้นฟี่เลี้ยงและผู้ดูแลให้ทำความสะอาดฟันและช่องปากอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอและถูกวิธี เนื่องจากเด็กโรคลมชักบางคนจะมีภาวะสติปัญญาบกพร่องร่วมด้วย และให้กลับมาพบทันตแพทย์ทุก 3 เดือน เพื่อติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากให้มีคุณภาพและป้องกันโรคลุกลามกรณีไม่สามารถแปรงฟันได้ดี การรักษาทางทันตกรรม ควรให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยขณะทำการรักษาทางทันตกรรม ถ้าผู้ปกครองสามารถอยู่ได้

4. การบำบัดทางทันตกรรมในผู้ป่วยลมชัก ที่ควบคุมอาการชักได้ดีแล้ว สามารถทำฟันได้เหมือนคนปกติทั่วไป และผู้ป่วยต้องรับประทานยากันชักตามปกติไม่มีการงดก่อนมาทำฟัน ยกเว้นแพทย์สั่งงด การให้การรักษาโดยการอุดฟัน รักษารากฟันควรใส่แผ่นยางกันน้ำลายทุกครั้ง และในเด็กลมชักไม่ควรทำทันตกรรมนานเกิน 30-45 นาที/ครั้ง

5. การบำบัดทางทันตกรรมในผู้ป่วยลมชักที่ยังควบคุมอาการชักไม่ได้ และมีความจำเป็นต้องทำฟันอย่างรีบด่วน ควรปรึกษาแพทย์ทางระบบประสาท หรือกุมารแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมของการรักษา เช่น ทำ heparin lock และเตรียมยา parenteral anticonvulsant เช่น diazepam IV เป็นต้น

6. การควบคุมความเจ็บปวด

- หลีกเลี่ยงการทำ nerve block เพราะจะทำให้ซ่านานเด็กอาจกัดปากเป็นแผล
- การให้ยาระงับความรู้สึกหรือการดมยาสลบ เป็นทางเลือกที่ดีทางหนึ่ง ซึ่งสามารถวางแผนการรักษาทางทันตกรรมให้เสร็จสิ้นภายในครั้งเดียวเนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักบางรายอาจมีปัญหาทางสติปัญญาบกพร่องร่วมด้วย และไม่สามารถให้ความร่วมมือ ได้จากการศึกษา พบว่าการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบจะมีประโยชน์หลายประการคือ สามารถให้การรักษาในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ โดยผู้ป่วยจะทำให้ระงับความรู้สึกและไม่รับรู้ต่อความเจ็บปวดและไม่สามารถจดจำได้หลังหัตถการเสร็จสิ้น รวมถึงขนาดยาจะถูกปรับให้ได้ขนาดที่เหมาะสม

แต่อย่างไรก็ตามการทำฟันภายใต้การดมยาสลบก็มีข้อพึงระวังคือจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย protective reflexes ขณะดมยา และสัญญาณชีพถูกกด รวมถึงมีอัตราการภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังทำหัตถการที่สูงกว่าการทำทันตกรรมโดยใช้ยาชา (local anesthesia) ดังนั้น การทำทันตกรรม

ภายใต้การดมยาสลบจึงต้องการอุปกรณ์ที่เฉพาะเจาะจงพร้อมใช้งานและมีประสิทธิภาพสูงและการดูแลโดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่ได้ผ่านการฝึกอบรมอย่างดีซึ่งสำคัญมากเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังทำหัตถการภายใต้การดมยาสลบ

ผลข้างเคียงจากการใช้ยากันชักและข้อควรระวังในการใช้ยาทางทันตกรรม

1. ภาวะเหงือกโต พบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา phenytoin โดยมักเกิดขึ้นเมื่อรับประทานยาเป็นเวลาตั้งแต่ 1-2 เดือน และในปัจจุบันมีรายงานเพิ่มเติมสามารถพบได้ในการรับประทานยากันชักตัวอื่นร่วมด้วยเช่นกัน โดยมีปัจจัยกระตุ้นจากการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินปูน เหงือกจะสามารถกลับมามีขนาดเล็กลงได้หลังจากหยุดยาภายในเวลา 1-6 เดือน อาศัยการเปลี่ยนชนิดยากันชักร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง และให้ผู้ป่วยใช้ยาอมบ้วนปากคลอเฮกซีดีนความเข้มข้นร้อยละ 0.12 ในกรณีที่เหงือกยังยุบไม่หมดจะต้องให้การรักษาโดยการทำศัลยกรรมปริทันต์ เช่น การตัดแต่งเหงือก (gingivoplasty) หรือการตัดเหงือก (gingivectomy)



ภาพที่ 1 แสดงผู้ป่วยลมชักที่มีภาวะเหงือกโต

กระบวนการเกิดเหงือกโตจากยา (Mechanism of drug-induced gingival hyperplasia) Phenytoin ที่ได้รับจะทำให้กรดโฟลิก (folic acid) เข้าเซลล์ได้ลดลง จึงเกิดภาวะพร่องกรดโฟลิกมากขึ้น ทำให้เกิดการสร้าง protein activator ต่าง ๆ ลดลง เช่น trypsin ส่งผลให้สร้าง collagenase ได้ลดลง ผลคือเกิดกระบวนการสลายคอลลาเจนของเหงือก (gingival connective tissue catabolism) ลดลง จึงทำให้การเกิดภาวะเหงือกโตขึ้นได้

2. ปากแห้ง (xerostomia) ลิ้นอักเสบ (glossitis) แผลในช่องปากและปากอักเสบ (stomatitis) จากการใช้ยา carbamazepine อาจจะต้องระมัดระวังในการทำหัตถการ ให้ความรู้ในการลดความแห้งของช่องปาก

3. เชื้ออิมมูนิทิง มินง ปวดศีรษะ และปริมาณเกล็ดเลือด (platelet count) ลดลงจากการใช้ยา กลุ่ม Sodium Valproate เป็นเวลานาน เพราะฉะนั้นควรระวังในการทำหัตถการผู้ป่วยที่ได้รับ

ยากลุ่มนี้ ในผู้ป่วยที่ใช้ยานี้เป็นเวลานาน ทันตแพทย์อาจจะมีการตรวจปริมาณเกล็ดเลือดร่วมด้วย กรณีมีการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงเลือดออกสูง

4. ยาที่สั่งโดยทันตแพทย์จะมีผลต่อยากันชัก

metronidazole, fluconazole, aspirin และ NSAIDs จะยับยั้งการเมแทบอลิซึมของ phenytoin ยาปฏิชีวนะ erythromycin จะยับยั้งการเมแทบอลิซึมของ carbamazepine และ sodium valproate กลไกดังกล่าวจะทำให้เพิ่มความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือด จะมีผลให้ผู้ป่วยมีน็ีระยะมากขึ้น แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ประจำตัว หรือเภสัชกรเพื่อปรับยาให้เหมาะสม ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวเพื่อการรักษา

5. การใช้ยากันชักที่เป็น syrup เป็นเวลานาน ซึ่งมักมีส่วนผสมของน้ำตาล จึงทำให้เกิดฟันผุได้ง่ายมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก อาจมีความจำเป็นต้องใช้ฟลูออไรด์เสริมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น น้ำยาบ้วนปาก ฟลูออไรด์วานิช (fluoride varnish) ฟลูออไรด์เจล (fluoride gel) หรือกลุ่ม tooth mousse เป็นต้น ยาที่ผู้ป่วยรับประทานแนะนำเป็นแบบไม่ผสมน้ำตาล (sugar-free medicine)

6. ภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออก (bleeding complication) พิจารณาและให้ความสำคัญอย่างมากจากผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจจะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ได้แก่ ยา valproic acid ที่พบว่ามีการกดไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะ leukopenia และ/หรือทำให้เกิด thrombocytopenia ส่งผลต่อการหายของแผล เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และเกิด postoperative bleeding โดยทำหน้าที่ไปลดปริมาณของเกล็ดเลือด และการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้หน้าที่ของเกล็ดเลือดเสียไป

7. ยาเพิ่มโอกาสการแตกหักของกระดูกได้มากขึ้น เนื่องจากยากันชัก จำพวก Phenytoin Phenobarbital Carbamazepine ส่งผลต่อการเมแทบอลิซึมและการขับออกของวิตามินดี ซึ่งสัมพันธ์กับโรคกระดูก (osteopenia และ osteomalacia)

ประเภทของการรักษาทางทันตกรรมที่ให้กับผู้ป่วย

1. ทันตกรรมป้องกัน

การตรวจสุขภาพในช่องปากอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการให้ความรู้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลประกอบกับหัตถการหลายอย่างร่วมกัน เช่น การฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ฟลูออไรด์ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น ประเภทอาหารและความถี่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และการเคลือบหลุมร่องฟัน จะช่วยส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีให้กับผู้ป่วย ตลอดจนป้องกันการเกิดโรคในช่องปากขึ้นใหม่ได้

2. ศัลยศาสตร์ช่องปาก

การทำศัลยกรรมช่องปากต้องคำนึงถึงภาวะโรคลมชักร่วมกับยากันชักที่ผู้ป่วยได้รับ และภาวะโรคร่วม (comorbid diseases) ตลอดจนภาวะเสี่ยงจากการเกิดเลือดออกผิดปกติภายหลังจากการทำหัตถการ (postoperative bleeding) จากยาที่ผู้ป่วยรับประทาน จึงจำเป็นต้องประเมินทั้งสภาพร่างกาย ความร่วมมือของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาโดยมีมาตรการช่วยการห้ามเลือด เช่น การกดแผลให้นานขึ้น หรือใช้ surgical stent การเย็บแผล การใช้สารเพื่อช่วยการแข็งตัวของเลือด (hemostatic agents)

3. ทันตกรรมหัตถการและทันตกรรมประดิษฐ์

การอุดฟันด้วยอมัลกัมในรูฟันที่มีขนาดใหญ่อาจเกิดการแตกหักได้ มีรายงานเกี่ยวกับการกลืนเอาฟันหรือชิ้นส่วนของวัสดุอุดฟันเข้าไป ดังนั้นจึงควรบูรณะฟันด้วยการครอบฟัน วัสดุที่ใช้ทำครอบฟันควรเป็นชนิดโลหะหรือเซรามิกทั้งชิ้น เพื่อป้องกันการแตกหัก แต่การบูรณะที่ต้องใช้วิธีการที่ยุ่งยากและต้องการความร่วมมือของผู้ป่วย อาจจะต้องพิจารณาทำการรักษาภายใต้ยาสลบ กรณีบูรณะหลายซี่

งานทันตกรรมประดิษฐ์ไม่ควรทำในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ดี เนื่องจากไม่ใช่งานเร่งด่วน เมื่อมีความจำเป็นต้องใส่ฟัน ควรหลีกเลี่ยงกระบวนการต่าง ๆ ที่จะเป็ต้นเหตุให้เกิดอาการชัก เช่น ไม่ควรให้การรักษาติดต่อกันเป็นเวลานานในแต่ละครั้งของการนัดเป็นต้น การเลือกชนิดของฟันเทียมควรหลีกเลี่ยงการใส่สะพานฟันถอดได้ เนื่องจากมีขนาดเล็กและหลุดหลวมได้ง่าย ควรเลือกใช้ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ชนิดโครงโลหะมากกว่าชนิดอะคริลิกเพื่อลดโอกาสแตกหักในช่องปากขณะมีอาการ ถ้าจำเป็นต้องใช้กับอะคริลิกควรเป็นชนิดที่ทนต่อการแตกหักได้สูง ทันตแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอมชนิดถอดได้ออกทันทีที่มีอาการเตือนก่อนเกิดอาการชักและไม่ควรใส่ฟันปลอมขณะหลับ ในฟันหน้าแนะนำให้ใช้เป็นฟันเทียมชนิดติดแน่นดีกว่าชนิดถอดได้ หากจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมแนะนำให้นัดมาตรวจเช็คสม่ำเสมอเพื่อการยึดอยู่ (retention) สม่ำเสมอ

การออกแบบฟันปลอมควรหลีกเลี่ยงส่วนของฟันปลอมที่อาจจะไปรบกวนบริเวณเหงือกครอบฟัน เพราะอาจก่อให้เกิดการอักเสบของเหงือก และที่สำคัญทันตแพทย์ควรเน้น วิธีการดูแลรักษาฟันปลอมและสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภายหลังการใส่ฟัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ทานยากันชักบางกลุ่มมีโอกาสเหงือกโตได้สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป

4. ทันตกรรมจัดฟัน

จัดฟันไม่ได้เป็นข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก การพิจารณาเลือกวิธีการรักษา ควบคุม การชักและการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยที่ควบคุมการชักยังไม่ได้ แนะนำติดแน่นดีกว่าแบบ ถอดได้ แต่ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใส่แบบถอดได้ต้องทำให้มีความแข็งแรงของเครื่องมือเป็นพิเศษ

5. ปริทันตวิทยา

ภาวะเหงือกโตจากการได้รับยากันชัก ได้แก่ phenytoin (phenytoin - induced gingival hyperplasia; PIGH) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยา phenytoin จะต้องมีการเข้มงวดในการควบคุมคราบ จุลินทรีย์ (plaque control) มาก ในระยะแรกการแก้ไขอาจจะต้องมีการตัดเหงือกที่โตออกก่อน (gingivectomy) แต่ต้องระวังผลข้างเคียงของยารักษาโรคลมชัก อาจมีปัญหาทำให้เลือดหยุดยาก จึงควรมีการห้ามเลือดที่เหมาะสม เช่น การกดแผลให้นานขึ้น การเย็บแผล การใช้สารช่วยการแข็งตัวของ เลือด



ภาพที่ 2 แสดงผู้ป่วยลมชักที่มีภาวะเหงือกโต (ซ้าย) และภายหลังตัดเหงือกขากรรไกรบนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (ขวา)

การแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้ไหมขัดฟันเป็นสิ่งที่จะต้องเน้นย้ำ ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลปฏิบัติให้ถูกต้อง ในกรณีที่มีแผลหรือมีการอักเสบในช่องปากมาก สามารถให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.12% chlorhexidine gluconate อมเป็นเวลา 1 นาที หลังแปรงฟัน 30 นาที วันละ 2 ครั้ง (ห่างกัน 12 ชั่วโมง) ในระยะยาวไม่แนะนำให้ใช้ต่อเนื่องนานเกิน 3 เดือน และแนะนำให้ใช้ folic acid 5 mg วันละ 1 ครั้ง ร่วมด้วย ในส่วนของการรักษาโรคปริทันต์ ให้ใช้ตามแนวเวชปฏิบัติโรคปริทันต์ของชมรมปริทันตวิทยา

6. วิทยาเอ็นโดดอนต์

งานรักษาคคลองรากฟันไม่ใช่วิธีการห้ามสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก โดยให้การรักษาตามมาตรฐาน และระมัดระวังเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันเครื่องมือหลุดเข้าคอและน้ำยาล้างคลองรากฟันไปสัมผัสปาก ควรให้การรักษาดด้วยความรวดเร็ว ไม่ให้เกิดความเครียดที่อาจเหนียวน้ำให้เกิดอาการนำ ควรหลีกเลี่ยง การรักษาคคลองรากฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 และ 3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนใช้เวลานาน ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Aragon CE, Burneo JB. Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice. *JCDA* 2007;73:71-6.
2. Subki AH, Mukhtar AM, Saggaf OM, Ali RA, Khalifa KA, Al-Lulu DM, et al. Parental perceptions of dental health and need for treatment in children with epilepsy: a multicenter cross-sectional study. *Pediatric Health Med Ther* 2018;9:165.
3. Mehmet Y, Senem O, Sulun T, Humeyra K. Management of epileptic patients in dentistry. *Surg Sci* 2012;3:47-52.
4. Bryan RB, Sullivan SM. Management of dental patients with seizure disorders. *Dent Clin N Am* 2006;50:607-23.
5. Nonato ER, Borges MA. Oral and maxillofacial trauma in patients with epilepsy: prospective study based on an outpatient population. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69:491-5.
6. Robbins MR. Dental management of special needs patients who have epilepsy. *Dent Clin N Am* 2009;53:295-309.
7. Costa AL, Yasuda CL, Shibasaki W, Nahas-Scocate ACR, de Freitas CF, Carvalho PE, et al. The association between periodontal disease and seizure severity in refractory epilepsy patients. *Seizure* 2014;23:227-30.
8. Borges K, Kaul N, Germain J, Kwan P, O'Brien TJ. Randomized trial of add-on triheptanoin vs medium chain triglycerides in adults with refractory epilepsy. *Epilepsia open* 2019;4:153-163.
9. Gurbuz T, & Tan H. Oral health status in epileptic children. *Pediatr Int.* 2010; 52(2):279-83.
10. John MT. Patients with epilepsy may have an increased risk of tooth loss. *J Evid Based Dent Pract* 2005;5:226-7.
11. Miriam R. Robbins. Dental Management of Special Needs Patients Who Have Epilepsy 2009;53(2):0-309.
12. Pedro Diz Dios, Navdeep Kumar. A Practical Approach to Special Care in Dentistry 2022 John Wiley + Sons Ltd. Published 2022 by John Wiley + Sons Ltd:8-16.
13. Vorkas CK, Gopinathan MK, Singh A, Devinsky O, Lin LM, Rosenberg PA. Epilepsy and dental procedures. A review. *N Y State Dent J* 2008,74:39-43.

14. Robbins, M.R.(2009). Dental management of special needs patients who have epilepay. Dent. Clin. North Am 2009;53:295–309.
15. Robert B. Bryan; Steven M. Sullivan. Management of Dental Patients with Seizure Disorders 2026;50(4),0–623.
16. Gurbuz T, Tan H. Oral health status in epileptic children. Pediatr Int. 2010; 52(2):279-283.
17. Costa, Andre L.F.; Yasuda, Clarissa Lin; Shibasaki, Wendel; Nahás-Scocate, Ana Carla Raphaelli; de Freitas, Claudio Fróes; Carvalho, Paulo Eduardo Guedes; Cendes, Fernando. The association between periodontal disease and seizure severity in refractory epilepsy patients. Seizure. 2014;23(3);227–230.



บทที่ 5

แนวทางการรักษาทางทันตกรรม ภายใต้ยาสงบระดับปานกลางและการดมยาสลบ

นพ.ดร.ไพ ชุณหคล้าย และ นพ.ณัฐพงศ์ เลปนานนท์

การให้ยาสงบระดับปานกลาง (conscious sedation)

การให้ยาสงบระดับปานกลาง (conscious sedation) เป็นวิธีการทำให้ผู้ป่วยสงบ ลดความกลัวและความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยยังสามารถตอบสนองต่อเสียงหรือการสัมผัสเบาๆ ผู้ป่วยยังสามารถควบคุมการหายใจได้ตามปกติ ระบบไหลเวียนโลหิตไม่เปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงน้อยมาก โดยใช้ยาสงบประสาทช่วยและ/หรือก๊าซไนตรัสออกไซด์ มีการนำมาใช้งานในผู้ป่วยที่มีความกังวลสูง มีอาการผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ ควบคุมร่างกาย หรือในผู้ป่วยโรคลมชัก

การเตรียมตัวของการให้ยาสงบระดับปานกลาง

ก่อนที่จะให้ยาสงบระดับปานกลาง จำเป็นต้องมีการประเมินและเตรียมการต่าง ๆ ให้พร้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและทำให้การทำหัตถการต่าง ๆ ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ สิ่งที่ต้องประเมินในผู้ป่วยแต่ละคน ได้แก่

1. ประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรคในปัจจุบัน และโรคประจำตัวอื่นของผู้ป่วย ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประวัติการได้รับการผ่าตัดหรือการระงับความรู้สึก ประวัติการแพ้ยา ประวัติการนอนกรน หรือหายใจเสียงดัง ชนิดของการชัก ความถี่ของการชัก รวมถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการชัก

2. การตรวจร่างกาย ให้ความสำคัญที่ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจ มีภาวะพร่องน้ำหรือไม่ ภาวะอ้วนผิดปกติ รูปร่างลักษณะของใบหน้าผิดปกติ มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของคอหรือขากรรไกรหรือไม่ ระบบทางเดินหายใจ มีการหายใจหอบเหนื่อย จมูกบาน หน้าอกบวมหรือไม่

3. หัตถการหรือการตรวจวินิจฉัยที่ต้องการกระทำ ซึ่งมีผลต่อการเลือกให้ยาเพื่อให้ระดับความลึกของการสงบเหมาะสมเพียงพอ เช่น การตรวจวินิจฉัยบางอย่างต้องการให้ผู้ป่วยอยู่นิ่ง ๆ ในระยะเวลาสั้น ๆ โดยไม่มีความเจ็บปวด ควรเลือกให้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว และหมดฤทธิ์เร็ว แต่หัตถการที่ใช้เวลานานและมีความเจ็บปวด อาจต้องใช้ยาระงับประสาทในปริมาณที่สูงร่วมกับการให้ยาแก้ปวดเป็นต้น

4. การให้ข้อมูล คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ปกครอง และญาติ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการนั้น ๆ ความจำเป็นในการให้ยา ผลของยา รวมถึงผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

5. การงดน้ำงดอาหาร มีความสำคัญมาก ถึงแม้ว่าจะเป็น conscious sedation ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถตอบสนองต่อปฏิกิริยาตอบสนองฉับพลันของทางเดินหายใจ (airway reflex) ยังคงมีโอกาสเกิดภาวะสำลักได้เช่นกัน ดังนั้นก่อนการให้ยาสงบ เพื่อทำหัตถการใด ๆ จะต้องมีการงดน้ำงดอาหารเช่นเดียวกับการเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดภายใต้ยาคมสลบ

6. เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการวัดสัญญาณชีพ วัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจน รวมถึงอุปกรณ์ช่วยหายใจ เครื่องดูดน้ำลาย และยาสำหรับปฏิบัติการกู้ชีพ

วิธีการ

1. เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะการณ้เข้าถึงหลอดเลือดดำ (Intravenous access) ควรมีประเมินในผู้ป่วยทุกราย เพื่อความปลอดภัย เพื่อให้ยาสงบหรือยาแก้อื่น ๆ เมื่อเกิดปัญหาและไม่จำเป็นต้องปลดออกจนกว่าผู้ป่วยจะตื่นดีพ้นระยะเสี่ยง

2. การติดตาม (Monitoring) ระหว่างและหลังหัตถการจนกว่าผู้ป่วยจะตื่นดี

2.1 ระดับความรู้สึกตัว (Level of conscious) ผู้ป่วยที่หลับลึกปลุกไม่ตื่นตอบสนองต่อตัวกระตุ้นความเจ็บปวด (painful stimuli) เท่านั้น ให้ระวังว่าจะเข้าสู่ระยะสลบ (deeply sedated to state of general anesthesia)

2.2 การหายใจ (Respiration) ฝ้าดูการหายใจอย่างใกล้ชิด ระวังการเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) ถูกกดการหายใจ (respiratory depression) ภาวะหยุดหายใจ (apnea) อาจใช้เครื่องวัดค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจที่ขณะหายใจออกสุด (end-tidal CO₂)

2.3 ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Pulse oximetry) ระวังการเกิดภาวะความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำลง (desaturation) และภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (bradycardia)

2.4 ความดันโลหิต (Blood pressure) และคลื่นหัวใจ (ECG) ควรทำทุกรายในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ต้องการทำให้หลับลึกถึงสลบ

3. การให้ออกซิเจน (Oxygenation) ในกรณีที่ให้ยาสงบ ผู้ป่วยในระดับรู้สึกตัว (conscious sedation) จนถึงหลับลึก (deep sedation) ต้องให้ออกซิเจนทุกครั้ง ร่วมกับจัดทำเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง พิจารณาใช้ท่อทางเดินหายใจ (artificial airway equipment) หากไม่สามารถเปิดทางเดินหายใจให้โล่งได้เพียงพอ

4. เจ้าหน้าที่หนึ่งคนทำหน้าที่ดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถช่วยเปิดทางเดินหายใจ ช่วยหายใจและมีทักษะในการทำการกู้ชีพ

กลุ่มยาสงบ

ผู้ป่วยที่การให้ยาสงบประสาทจะช่วยให้ปลอดภัยมากขึ้นขณะรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ (systemic disease) เล็กน้อยหรือควบคุมได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคลมชัก โดยเฉพาะโรคลมชัก ยาสงบประสาทบางตัวสามารถป้องกันการชักได้ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยาสงบประสาทในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบดังกล่าวและยังควบคุมได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดอันตรายได้ การให้ยาสงบประสาทในผู้ป่วยเหล่านี้ควรระมัดระวังเป็นพิเศษและควรพิจารณาให้โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ มีการประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม

Midazolam เป็นยาสงบประสาทที่นิยมใช้มากที่สุด จัดอยู่ในกลุ่ม benzodiazepine สามารถบริหารได้ทั้งชนิดรับประทาน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เหน็บทางทวารหนัก ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และหยอดจมูก

ข้อดี คือออกฤทธิ์เร็ว และมีผลต่อการไหลเวียนโลหิตน้อย นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ระงับอาการชัก ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนคลาย และลืมเหตุการณ์หลังให้ยา (anterograde amnesia) ไม่ทำให้เกิดการหลั่ง histamine สามารถใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหืดได้

ข้อเสีย คือ ไม่มีฤทธิ์ระงับปวด และมีผลกดการหายใจตามขนาดยาที่ให้



ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดยาสงบ

กลุ่มยา	ขนาดของยา	อาการข้างเคียง
Benzodiazepines Midazolam	อายุ 6 เดือน ถึง 12 ปี 0.05-0.1 mg/kg IV สามารถให้ซ้ำได้ทุก 10-15 นาที อายุมากกว่า 12 ปี - 0.01-0.05 mg/kg IV ให้ซ้ำได้ทุก 10-15 นาที แต่ total dose ไม่เกิน 10 mg - 0.25-1 mg/kg/dose oral แต่ไม่เกิน 20 mg/dose - 0.1-0.15 mg/kg/dose IM ก่อนทำ หัตถการประมาณ 30 นาที แต่ไม่เกิน 10 mg/dose - 0.2-0.5 mg/kg Intranasal	ถ้าให้ร่วมกับ opioids อาจเพิ่ม risk ในการ เกิดภาวะการกดทางเดินหายใจ อาจเกิด ปฏิกิริยาปฏิกิริยาคง* (paradoxical excitation) ได้ ระวังภาวะหัวใจล้มเหลว congestive heart failure, pulmonary disease, renal impairment และ hepatic failure อาจทำให้เกิด ภาวะพร่องออกซิเจน ในเลือด (hypoxemia) และความดันต่ำ (hypotension) ได้ ถ้าให้ในขนาดยาสูง

* เป็นรูปแบบปฏิกิริยาจากร่างกายที่ตอบสนองในทางตรงกันข้ามกับข้อบ่งใช้หรือกับฤทธิ์ยาที่แพทย์คาดหวังจากตัวยา การเคลื่อนไหวของร่างกายมากกว่าปกติ พุดมากขึ้น มีอาการตื่นตัว ซึ่งตรงกันข้ามกับฤทธิ์ของยาคลายเครียดที่ช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวล มีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการง่วงนอน เป็นต้น

ก๊าซไนตรัสออกไซด์

นิยมใช้ในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการชักได้ มีความจำเป็นต้องทำงานทันตกรรมแบบไม่เร่งด่วน เพื่อลดความกังวล และไม่แนะนำใช้ในผู้ป่วยโรคลมชักที่มีสาเหตุจากการได้รับอุบัติเหตุสมองและศีรษะเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคลมชักที่ยังควบคุมการชักไม่ได้ ความเสี่ยงในการเกิดอาการชักที่เพิ่มมากขึ้นในเด็กโรคลมชัก ซึ่งอาจมาจากตัวกระตุ้น เช่น ความกังวลจากการทำฟัน ความเจ็บปวด ความเครียด หรือเกิดการติดเชื้อ ก๊าซไนตรัสออกไซด์ไม่ใช่ตัวกระตุ้นให้เกิดลมชัก การใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์เพื่อคลายกังวลในการรักษาทางทันตกรรมในเด็กโรคลมชักต้องมีการประเมินและเตรียมผู้ป่วยไม่ต่างจากการให้ยาสงบประสาท ทั้งเรื่องประวัติการรักษา ชนิดและความถี่ของอาการชัก ตัวกระตุ้นชัก รวมถึงความสม่ำเสมอในการรักษา ข้อควรพิจารณาในเด็กโรคลมชัก โดยเฉพาะในวันทำหัตถการ เด็กต้องได้รับยากันชักตามแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่มีการงดยา และต้องมีการปรึกษาแพทย์ผู้ป่วยถึงประวัติการได้รับยา ยากันชักที่ผู้ป่วยได้รับกับการใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์ซึ่งอาจมีการเสริมฤทธิ์อาจต้องมีการปรับขนาดยา ควรระวังป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ในเด็กโรคลมชักรวมถึงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการชักวิธีการใช้

ก๊าซไนตรัสออกไซด์ในเด็กโรคลมชักไม่แตกต่างจากเด็กปกติสุขภาพแข็งแรง คือยังจำเป็นต้องให้ออกซิเจน 100% ก่อนและหลังการให้ก๊าซไนตรัสออกไซด์ การให้ก๊าซไนตรัสออกไซด์ในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักควรระมัดระวังเป็นพิเศษและควรพิจารณาให้โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ มีการประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมไม่แตกต่างจากการให้ยาสงบประสาท

การให้ยาระงับความรู้สึกหรือการดมยาสลบ (General anesthesia)

การให้ยาระงับความรู้สึกหรือการดมยาสลบจำเป็นต้องส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ โดยมีข้อบ่งชี้ในการส่งปรึกษาดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status ASA III, ASA IV ดังตารางที่ 5 ต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อน และควรให้ยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลโดยวิสัญญีแพทย์เท่านั้น

2. ผู้ป่วยที่มีความพิการทั้งทางกายหรือทางสติปัญญาที่ไม่สามารถสื่อสารหรือประเมินสภาพช่องปากได้ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีภาวะโรคฟันผุ และความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมที่สูงกว่าคนทั่วไป การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบจึงเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการแบบ Extensive โดยที่ยาชาไม่สามารถออกฤทธิ์ได้อย่างเพียงพอ

4. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม

5. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า ช่องปากและ/หรือขากรรไกรร่วมด้วย

6. ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการแบบ Extensive และมีความยากลำบากในการส่งต่อหรือการดูแลผู้ป่วย

7. ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่ใช้เวลานานและต้องการความร่วมมือของผู้ป่วย

การจำแนกผู้ป่วยของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาออกเป็น 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปต่างกัน โดยทั่วไปผู้ป่วยที่จัดอยู่ใน ASA I และ ASA II สามารถให้ยาสงบประสาทระดับต้นหรือระดับปานกลางได้อย่างปลอดภัยในคลินิกทันตกรรมและโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่จัดอยู่ใน ASA III และ ASA IV ควรส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนและควรให้ยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลโดยวิสัญญีแพทย์เท่านั้น

ตารางที่ 5 แสดงการจำแนกผู้ป่วยของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา

การประเมินสุขภาพตาม American Society of Anesthesiologists physical status classification system		
ASA PS classification	Definition	Example, including, but not limited to:
ASA I	A normal healthy patient	Health, non-smoking, no or minimal alcohol use
ASA II	A patient with mild systemic disease	Mild disease only without substantive functional limitations. Examples include (but not limited to): current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30 <BMI <40), well-controlled DM/HTN, mild lung disease
ASA III	A patient with severe systemic disease	substantive functional limitations; One or more moderate to severe disease. Examples include (but not limited to): poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI≥40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, premature infant PCA <60 weeks, history (>3months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents
ASA IV	A patient with severe systemic disease that a constant threat to life	Examples include (but not limited to): recent (<3 months) MI, CVA, TIA, or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, sepsis, DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis

ASA PS classification	Definition	Example, including, but not limited to:
ASA V	A moribund patient who is not expected to survive without the operation	Examples include (but not limited to): ruptured abdominal/ thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction
ASA VI	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes	

* Although pregnancy is not a disease, the parturient's physiologic state is significantly altered from when the woman is not pregnant, hence the assignment of ASA 2 for a woman with uncomplicated pregnancy.

**The addition of "E" denotes Emergency surgery: (An emergency is defined as existing when delay in treatment of the patient would lead to a significant increase in the threat to life or body part)

ARD=acute respiratory distress, ASA PS=American Society of Anesthesiologists physical status, BMI=body mass index, CAD= coronary artery disease, COPD= chronic obstructive pulmonary disease, CVA= cerebrovascular disease, DIC= disseminated intravascular coagulopathy, ESRD= end stage renal disease, HTN= hypertension, MI= myocardial infarction, PCA= post-conceptual age, TIA= transient ischemic attack

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกหรือการดมยาสลบ

จุดมุ่งหมายในการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคลมชักที่มาทำหัตถการทางทันตกรรม คือ ทันตแพทย์สามารถทำหัตถการได้อย่างราบรื่น และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการเกิดภาวะชักขณะให้ยาระงับความรู้สึก จึงควรมีการซักประวัติเกี่ยวกับชนิดของโรคลมชัก อาการและความรุนแรงของโรค ยาที่ใช้ในการรักษา การรักษาอื่นนอกเหนือจากการใช้ยา เช่น Ketogenic diet, การใส่เครื่องกระตุ้นประสาททากัส นอกจากนี้ควรมีการซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติการคลอด, ประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการผ่าตัดหรือการดมยาสลบที่ผ่านมา และประวัติในครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการดมยาสลบ

- ส่งปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยที่ผู้ป่วยรักษาโรคลมชักอยู่และวิสัญญีแพทย์ เพื่อตรวจประเมินและเตรียมร่างกายผู้ป่วยก่อนการดมยาสลบ รวมถึงคำแนะนำการปฏิบัติตนให้สุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นหวัดหรือติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถดมยาได้ นอกจากนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อคลายกังวล และควรให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองรับทราบขั้นตอนและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อดี ข้อเสียและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมทั้งร่วมดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ

- หลีกเลี่ยงและป้องกันสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการชัก เช่น การอดนอน ความเครียด ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียมต่ำ โพแทสเซียมต่ำ เป็นต้น

- ผู้ป่วยโรคลมชักควรได้รับยากันชักต่อเนื่อง จนถึงเช้าวันผ่าตัด และหลีกเลี่ยงการงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานาน ควรให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก ได้ทำผ่าตัดเป็นรายแรก ๆ ในช่วงเช้า

- ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย ketogenic diet ร่วมกับยากันชัก ควรได้รับสารน้ำที่ไม่มีกลูโคส ตั้งแต่เริ่มงดน้ำงดอาหาร และควรมีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจาะปลายนิ้ว และควรมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) ร่วมด้วย และหลังจากเสร็จหัตถการกลับไปหออผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยรับประทาน ketogenic diet ต่อเนื่องโดยทันที ที่ผู้ป่วยตื่นดี

แต่อย่างไรก็ตามการทำฟันภายใต้การดมยาสลบก็มีข้อพึงระวังคือจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย protective reflexes ขณะดมยา และสัญญาณชีพถูกกด รวมถึงมีอัตราภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังทำหัตถการที่สูงกว่าการทำทันตกรรมโดยใช้ยาชา (local anesthesia) ดังนั้นการทำทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบจึงต้องการอุปกรณ์ที่เฉพาะเจาะจงพร้อมใช้งานและมีประสิทธิภาพสูง และการดูแลโดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่ได้ผ่านการฝึกอบรมอย่างดีซึ่งสำคัญมากเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังทำหัตถการภายใต้การดมยาสลบ

ตารางที่ 6 แสดงระยะเวลาที่แนะนำก่อนได้รับยาดมสลบ

ชนิดของน้ำดื่มและอาหารที่รับประทาน	ระยะเวลาอย่างน้อยที่แนะนำให้งดก่อนได้รับยาดมสลบ (ชั่วโมง)
น้ำ น้ำหวาน ชา กาแฟดำ (Clear liquids)	2
นมมารดา (breast milk)	4
Infant formular, nonhuman milk	6
อาหารมื้อเบาๆ (light meals)	6
อาหารทอด อาหารมัน เนื้อสัตว์	8

- การรับประทานยารักษาโรคลมชัก ในผู้ป่วยที่รับประทานยาเป็นประจำ เช่น ยาลดความดันเลือด ยาขยายหลอดลม และยากันชัก เป็นต้น ควรได้รับยาดังกล่าวขึ้นต้นในวันที่มารับการรักษาทางทันตกรรมโดยให้รับประทานยา 2 ชั่วโมง ก่อนการรักษาทันตกรรมร่วมกับน้ำปริมาณที่จะกลืนยาได้ หากทันตแพทย์ไม่แน่ใจว่าควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาประจำหรืองดยาให้ปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยหรือวิสัญญีแพทย์

- การนำญาติที่สามารถดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยได้มารับผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แม้แพทย์ให้ความเห็นชอบให้กลับบ้านได้และผู้ป่วยกลับมาหายใจได้เองตามปกติ แต่อาจยังมีฤทธิ์ของยาดังกล่าวอยู่จึงยังต้องมีผู้ปกครองหรือญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

- การเซ็นตีบอนุญาตให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งจำเป็นโดยต้องชี้แจงให้ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับและปัจจัยเสี่ยงและทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งสามารถทำแทนได้และต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร

- ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมากที่สุดในการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ คือ ปัญหาทางเดินหายใจ ปัญหาการทำงานของหัวใจ ผลของยา อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังการรักษาเสร็จสิ้น ดังนั้นการเฝ้าระวังติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดและแก้ไขจนผู้ป่วยเป็นปกติสามารถจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นได้ ซึ่งจะสามารถทำได้ดีผู้ป่วยต้องอยู่ในระบบโรงพยาบาลและมีห้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะชักระหว่างการระงับความรู้สึก

ปัจจัยที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะชักระหว่างการระงับความรู้สึก

- การไม่ได้รับยากันชักในช่วงที่ต้องงดน้ำงดอาหาร
- ผลจากยาระงับความรู้สึกบางตัว ที่มีฤทธิ์กระตุ้นให้เกิดอาการชักได้ เช่น Enflurane
- ภาวะ hypoxemia
- ภาวะ electrolyte imbalance เช่นภาวะ hyponatremia
- ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ขณะได้รับการระงับความรู้สึก

ตารางที่ 8 สรุปแนวทางการประเมินและให้การดูแลคนไข้โรคลมชักที่มารับการระงับความรู้สึก เพื่อทำหัตถการทางทันตกรรม

Preoperative management

- ประเมินแพทย์โรคระบบประสาท เพื่อร่วมดูแลและประเมินผู้ป่วยร่วมกัน
- ชักประวัติเกี่ยวกับชนิดของการชัก อาการและอาการแสดง ความถี่ของการชัก ยาที่ใช้ ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการชัก รวมถึงการรักษาอื่นๆ เช่น Ketogenic diet, การใส่เครื่อง VNS
- ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อระดับของยาในเลือด รวมถึงดูภาวะ electrolyte imbalance เพื่อทำการแก้ไขก่อนการระงับความรู้สึก
- ให้ผู้ป่วยรับประทานยากันชักต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัด

Intraoperative management

- ฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการชักระหว่างการทำหัตถการ
- ดูแลให้การระงับความรู้สึก ตามมาตรฐาน ให้อารมณ์ระงับความปวดที่เหมาะสม
- ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะทำหัตถการทางทันตกรรม เช่น ท่อช่วยหายใจ เลื่อน หลุด หักงอ

Postoperative management

- ฝ้าระวังปัจจัยการเกิดอาการชักในช่วงเสร็จการทำหัตถการ และหลังจากผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบเช่นเดียวกันกับระยะอื่น ๆ
- ดูแลให้อารมณ์ระงับปวดหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม
- ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นภายหลังการระงับความรู้สึก เช่น ภาวะ hypoxia, airway obstruction, postoperative nausea/vomiting
- ผู้ป่วยที่ได้รับ ketogenic diet เมื่อผู้ป่วยตื่นดีแล้ว ควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารโดยเร็ว

สรุป การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การให้อารมณ์ระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคลมชักต้องทำโดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ระบบประสาท วิสัญญีแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลและผู้ช่วย และมีการเตรียมผู้ป่วย สถานที่ห้องดมยาและอุปกรณ์ที่เฉพาะเจาะจงพร้อมใช้งานและมีประสิทธิภาพสูง และทีมแพทย์เฉพาะทางที่ได้ผ่านการฝึกอบรมเป็นอย่างดีซึ่งสำคัญมากเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังทำหัตถการภายใต้การดมยาสลบเพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคลมชักเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลสูงสุดทั้งในด้านการรักษาทางทันตกรรมและความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Ritwik P., Gupta K. Use of nitrous oxide in children with special health care needs. Clin Dent Rev 2020;4:23.
2. เบญจมาศ อภิพันธุ์, ดวงดี รัมมะศักดิ์. การให้ยาสงบประสาทเพื่อการรักษาทางทันตกรรม. กรุงเทพฯ:โพลีสติก พับลิชชิ่ง; 2560.
3. Dougherty N. The dental patient with special needs: A review of indications for treatment under general anesthesia. Spec Care Dentist. 2009;29(1):17–20.
4. De Nova GMJ, Gallardo LNE, Martn SC, Mourelle MMR, A lonso GY, Garracdo CE. Criteria for selecting children with special need for dental treatment under general anaesthesia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12: E496-503.
5. American Society of Anesthesiologists ASA. Physical Status Classification system; 2014.
6. Vlaho Brailo, Bernard Janković, Marin Lozić, Dragana Gabrić, Tihomir Kuna, Vasilije Stambolija and Željko Verzak. Dental Treatment Under General Anesthesia in a Day Care Surgery Setting 2019;53(1):64–71.
7. American Society of Anesthesiologist. Practice guideline for preoperative fasting and the use of pharmacologic agent to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing procedures. Anesthesiology 2011; 114:495-511.
8. Messieha Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. Spec Care Dentist 2009;29(1):21–5.



บทที่ 6

แนวทางรักษาภาวะฉุกเฉินขณะรักษาทางทันตกรรม

ผู้ป่วยโรคลมชักอาจมีอาการชักขณะได้รับการบำบัดทางทันตกรรม โดยการชักแบบ Generalized tonic clonic seizure (Grand mal) จะหยุดได้เองภายใน 5 นาที ในกรณีที่มีการชักนานเกินกว่า 5 นาที มีโอกาสเป็นชนิด status epilepticus ได้ จึงต้องมีขั้นตอนในการจัดการผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการชักในคลินิกทันตกรรม ดังนี้

อาการของผู้ป่วยโรคลมชักมีหลากหลาย และส่งผลต่ออาการแสดงได้หลายรูปแบบ ดังนั้นทันตแพทย์อาจมีความจำเป็นต้องประเมินอาการดังกล่าวเบื้องต้น โดยอาศัยการซักประวัติ และลักษณะอาการทางคลินิก เพื่อให้สามารถรับมือกับภาวะที่เกิดขึ้นเบื้องต้นในคลินิกทันตกรรมได้

1. อาการเป็นลม (Syncope)

เป็นภาวะที่พบบ่อย เกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ผู้ป่วยมักมีอาการขณะลุกขึ้นยืนอย่างรวดเร็วหรือนาน ๆ โดยเฉพาะในภาวะที่มีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) เช่น อยู่ในที่อากาศร้อน ความเครียดทางอารมณ์ ความเจ็บปวด การใช้แอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดส่วนปลาย ผู้ป่วยมักมีอาการวิงเวียน หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก นำมาก่อนอาการหมดสติ ในบางรายอาจมีอาการเกร็งกระตุกขณะที่หมดสติ

2. ภาวะกลั้นหายใจในเด็ก (Breath holding spell) เกิดเฉพาะในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี

แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 Cyanotic breath holding spell

เกิดเมื่อเด็กถูกขัดใจหรือเกิดตามหลังถูกดุหรือมีอารมณ์โกรธ เด็กจะร้องไห้มาก และกลั้นหายใจจนตัวเขียวและหมดสติชั่วคราว หลังจากนั้นจะกลับมาหายใจปกติ

2.2 Pallid breath holding spell

เกิดขึ้นเมื่อเด็กได้รับความเจ็บปวดอย่างเฉียบพลันหรือตกใจ เด็กมักจะไม่ร้องไห้ แต่จะหน้าซีด กลั้นหายใจแต่ตัวอ่อนนิ่ง เรียกไม่ตอบสนอง อาจมีหัวใจหยุดเต้นนานไม่กี่วินาที (หากไม่เกิน 8 วินาที จะมีอาการเกร็งกระตุกได้) จากนั้นจะกลับมาเป็นปกติ

3. ภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอชั่วคราว (Transient Ischemic Attack or TIA)

มักมีด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงหรือชา วิงเวียนศีรษะ ส่วนใหญ่มีอาการเป็นสั้น ๆ แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการชาเป็นพัก ๆ จำเป็นต้องแยกจากอาการชัก

4. ภาวะหัวใจผิดปกติ (Cardiac disorders)

ภาวะผิดปกติของหัวใจ มีผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของ cardiac output อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นลมหรืออาจเกิดอาการชักทั้งตัวได้

5. การปวดศีรษะแบบไมเกรน (Migraine)

บางชนิดอาจแสดงอาการคล้ายอาการชัก เช่น Classical migraine ผู้ป่วยมักจะมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นตามด้วยอาการปวดศีรษะ เช่น เห็นจุดแสงสว่างหรือแสงวูบวาบ (scintillation) เห็นสีเป็นเส้น ๆ (fortification spectra) หรือตาพร่า ตามัว ตามองไม่ชัดเฉพาะที่ (scotoma) ซึ่งต้องแยกจากอาการชักแบบ partial seizure โดยลักษณะการมองเห็นแสงในผู้ป่วยโรคลมชักมักจะเป็นบริเวณตรงกลาง (centrally localized) ในขณะที่ผู้ป่วย migraine จะเห็นแสงบริเวณรอบๆ (peripherally localized) ร่วมกับข้อมูลทางประวัติของผู้ป่วย

6. Physiologic or nocturnal myoclonus

มีอาการแขนหรือขากระตุกขณะเคลิ้มหลับ แต่จะไม่เกิดขณะตื่น ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเกร็งหรือสับสนตามมา

7. Metabolic disorders ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมหลายตัวมีอาการคล้ายชัก

7.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

อาจทำให้เกิดอาการหมดสติได้หากระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาก ผู้ป่วยมักมีอาการ autonomic symptoms นำมาก่อนอาการหมดสติ ได้แก่ ความรู้สึกหิว ใจสั่น เหงื่อแตก วิงเวียน หน้ามืด

7.2 Hypokalemia / Hyperkalemia

อาจทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (periodic paralysis) โดยที่อาการจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้น จะอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือวัน ภาวะนี้อาจพบร่วมกับโรคต่าง ๆ เช่น hyperthyroidism aldosteronism, renal tubular acidosis เป็นต้น

7.3 Hyponatremia

อาจทำให้สารน้ำที่ไหลเวียนในกระแสเลือดลดลง ทำให้เป็นลมได้

9.2 Non-REM parasomnias (Night terrors and sleep walking)

มักพบในเด็กและอาจมีประวัติอาการดังกล่าวในครอบครัว โดยที่เด็กจะมีอาการละเมอ ตื่นขึ้นมาสับสน อาการจะเกิดในช่วง slow-wave sleep โดยมักจะเป็นนานหลายนาที มีปัจจัยชักนำ ได้แก่ ความเครียดหรือการเปลี่ยนสถานที่นอน กลุ่มอาการดังกล่าวควรแยกจาก partial seizure เช่น nocturnal frontal lobe epilepsy

9.3 Obstructive sleep apnea

ผู้ป่วยมักมีอาการง่วงหรือหลับมากในเวลากลางวัน มีหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ ระหว่างการนอนหลับและอาจมีการกระสับกระส่ายขณะนอนหลับซึ่งคล้ายกับ nocturnal epilepsy ได้

9.4 Restless leg syndrome

ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติที่ขา ทำให้ต้องขยับขาหรือเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ขณะนั่งหรือนอนนาน ๆ ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไป

ภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสพบในผู้ป่วยโรคลมชัก

1. สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจและสำลัก

อาการดังกล่าวจะพิจารณาช่วยเหลือในเมื่อสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจชนิดรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการ คือ หายใจไม่ได้ หายใจลำบาก ไอไม่ได้ พูดไม่มีเสียง พูดไม่ได้ หน้าเริ่มซีดเขียว และใช้มือกุมลำคอตัวเอง ก่อนเริ่มทำการช่วยเหลือให้ถามผู้ป่วย เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วย สำลักใช่หรือไม่

1.1 กรณีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจแต่ผู้ป่วยยังไม่หมดสติ

ขั้นตอนที่ 1 หยุดการทำหัตถการทางทันตกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยรีบยืนขึ้น ทำการช่วยเหลือเพื่อให้สิ่งแปลกปลอมหลุดออก

วิธีที่ 1 การรัดกระดูกที่ท้องเหนือสะดือได้ลึบปี

ผู้ทำการช่วยเหลือเข้าไปยืนข้างหลังผู้ป่วยที่กำลังยืนอยู่ มือข้างที่ถนัด กำหมัดไว้ตรงหน้าท้องระหว่างสะดือกับลึบปี มืออีกข้างโอบรอบกำปั้นหรือใช้วิธีประสานมือสองข้างเข้าด้วยกัน โดยหันนิ้วโป้งเข้าหาตัวผู้ป่วย แล้วรัดกระดูกเข้าหาตัวผู้ทำการช่วยเหลืออย่างแรงหลาย ๆ ครั้งจนพูดออกมาได้ หรือจนกระทั่งเห็นสิ่งแปลกปลอมหลุดออกมาจากปาก

วิธีที่ 2 การรัดกระดูกที่หน้าอก

เป็นวิธีเดียวกับการรัดกระดูกหรือคดกระดูกที่ท้องแต่เลื่อนขึ้นมา ทำที่หน้าอกโดยวางหมัดไว้ที่กึ่งกลางกระดูกหน้าอกแทน ใช้ในคนอ้วนมาก ๆ ที่ท้องมีขนาดใหญ่โอบไม่รอบ หรือใช้ในคนตั้งครรภ์

1.2 กรณีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจจนหมดสติแต่ยังตรวจชีพจรได้
ขั้นตอนที่ 1 โทรศัพท เบอร์ 1669 หรือรถพยาบาลฉุกเฉิน
ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีกดลิ้นและขากรรไกรล่างแล้วล้วงปากด้วยนิ้ว (finger sweep) นำสิ่ง
แปลกปลอมออก เปิดทางเดินลมหายใจแล้วพยายามเป่าลมเข้าปอด ถ้ายังไม่สำเร็จให้จัดทำเปิดทางเดิน
ลมหายใจใหม่และพยายามเป่าอีกครั้ง ถ้าเป่าลมเข้าปอดยังไม่ได้ ให้กดกระแทกที่ท้อง (abdominal
thrust) 5 ครั้ง ทำซ้ำขั้นตอน จนกว่ารถฉุกเฉินมา

2. กรณีผู้ป่วยมีอาการชักจากโรคลมชัก

ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะ aura สามารถแจ้งทันตแพทย์ หรือทันตแพทย์สามารถสังเกตอาการได้
ให้หยุดการทำหัตถการ ปรับผู้ป่วยนอนตะแคง เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะชัก ให้ปฏิบัติดังนี้

1. หยุดการรักษาทางทันตกรรมทุกชนิด เอาวัสดุอุปกรณ์ที่อยู่ในช่องปากออกให้หมด
2. ปรับเตียงทำพินให้อยู่ในแนวราบ จัดท่าผู้ป่วยหันหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง
3. ไม่จำเป็นต้องใส่เครื่องมือใด ๆ ให้ผู้ป่วยกัดขณะชัก เพราะอาจจะก่อให้เกิดอันตราย
ต่ออวัยวะในช่องปาก หลุดติดหลุดหลวม นอกจากนี้ การกระทำได้กล่าวผู้ป่วยอาจจะกัดนิ้วมือของ
ทันตแพทย์ได้

4. ป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย เช่น การตกจากยูนิททำพินหรือได้รับบาดเจ็บบริเวณ
แขนขา เนื่องจากขณะชักไปโดนอุปกรณ์ทันตกรรม โดยการลดระดับยูนิทให้ลงต่ำสุดในท่านอนราบ
และเอาอุปกรณ์ทันตกรรมทั้งหมดออกให้ห่างจากผู้ป่วยโดยเร็ว

5. ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยในขณะที่มีการชัก เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะตกจากยูนิททำพิน ศีรษะฟาดพื้น
ไม่ควรจับผู้ป่วยจนแน่น การจับผู้ป่วยแน่นเกินไปหรือเด็กที่ถูกห่อด้วย Papoose board ควรคลาย
ให้หลวมขึ้นเล็กน้อยเพราะอาจจะทำให้แขนหรือขาหักได้

6. การชักในช่วงสั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องให้ออกซิเจน แต่ถ้ามีการชักต่อเนื่องหรือหยุดชักแล้ว
เริ่มชักใหม่ ต้องให้ออกซิเจนและเรียกทีมฉุกเฉินมาช่วย เมื่อผู้ป่วยหยุดชัก ให้ปรับเก้าอี้ยูนิทนอนราบ
ยกปลายเท้าขึ้นเล็กน้อย สังเกตอาการ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ให้ปรับเก้าอี้ทำพินนั่งปกติ ให้ผู้ป่วยพัก
สอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อพิจารณาทำการหัตถการต่อ หรือเลื่อนหัตถการออกไป

7. กรณีชักนานเกินกว่า 5 นาที หรือหยุดชักแล้วเริ่มชักอีกครั้ง ก่อนส่งต่อผู้ป่วย ควรพิจารณา

7.1 ในผู้ใหญ่ให้ diazepam ขนาด 0.15 mg/kg เข้า เส้นเลือดดำ rate < 2-5 mg/min
หรือให้ midazolam ขนาด 0.2 mg/kg เข้ากล้ามเนื้อ (IM)

7.2 ในเด็กให้ diazepam ขนาด 0.3 mg/kg ทางเส้นเลือดดำ (IV) หรือ 0.2-0.5 mg/kg ให้ทางทวาร
ใช้ insulin syringe โดยไม่ใส่เข็ม ทาสารหล่อลื่นที่ปลาย ฉีดเข้าทางทวาร

8. ส่งต่อแพทย์โดยเร็วที่สุด

โดยมีแนวทางการปฏิบัติตามแนะนำของ epilepsy foundation และกรมการแพทย์ ภาพที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

Seizure First Aid

How to help someone having a seizure

- 1 STAY** with the person until they are awake and alert after the seizure.
✓ Time the seizure ✓ Remain calm
✓ Check for **medical ID**
- 2** Keep the person **SAFE**.
✓ Move or guide away from **harm**
- 3** Turn the person onto their **SIDE** if they are not awake and aware.
✓ Keep **airway clear**
✓ **Loosen tight clothes** around neck
✓ Put **something small and soft** under the head

Call 911 if...

- ▶ Seizure lasts longer than 5 minutes
- ▶ Person does not return to their usual state
- ▶ Person is injured, pregnant, or sick
- ▶ Repeated seizures
- ▶ First time seizure
- ▶ Difficulty breathing
- ▶ Seizure occurs in water

Do NOT

- ✗ Do **NOT** restrain.
- ✗ Do **NOT** put any objects in their mouth.
- ✓ **Rescue medicines can be given** if prescribed by a health care professional

Learn more: epilepsy.com/firstaid

 **EPILEPSY FOUNDATION** | epilepsy.com

24/7 Helpline: 1-800-332-1000

This publication was created by the Epilepsy Foundation, a nationwide network organization, and is part of our END EPILEPSY™ awareness campaign. This publication is made possible with funding from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) under cooperative grant agreement number 1N58DP006256-04-00. Its contents are solely the responsibility of the Epilepsy Foundation and do not necessarily represent the views of the CDC. EFA440/PAB0220 Rev. 02/2020 ©2020 Epilepsy Foundation of America, Inc.

ภาพที่ 3 แสดงแนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยลมชักของ epilepsy foundation



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

โรคลมชัก รู้ก่อน

รักษาได้ หายไว

โรคลมชัก รักษาหายได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่นๆ

อาการ



เหม่อลอย เบลอ
จำอะไรไม่ได้ชั่วขณะ
เป็นเพียงไม่กี่วินาทีแล้วหาย



เห็นภาพหมุน
ภาพเคลื่อนไหว
เร็วกว่าปกติ



เห็นแสงจ้า
สีสันทากหลาย



เห็นภาพหลอน
หูแว่ว



เกร็ง ชัก
กระตุก

การดูแล

เมื่อผู้ป่วยหยุดชักให้นอนตะแคง
ไปด้านใดด้านหนึ่ง

คลายเสื้อผ้าให้หลวม

อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเท

หลีกเลี่ยงกิจกรรม
ที่อาจเกิดอันตรายขณะชัก

วิธีปฐมพยาบาลที่ถูกต้อง



ไม่จับ



ไม่จ้ำง



ไม่ถ่าง



ไม่กด



ไม่ทั้งหมด



ชักหยุดเองได้

“ ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการกำเริบจะมีภาวะชักเกร็ง กระตุก ไม่เกิน 2 นาที
แต่หากชักนานถึง 5 นาที ควรรีบนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด
หรือโทรแจ้งหมายเลข 1669 ”



ขอขอบคุณข้อมูลจาก : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
ติดตามข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมที่ www.dms.moph.go.th



กรมการแพทย์

กรมการแพทย์

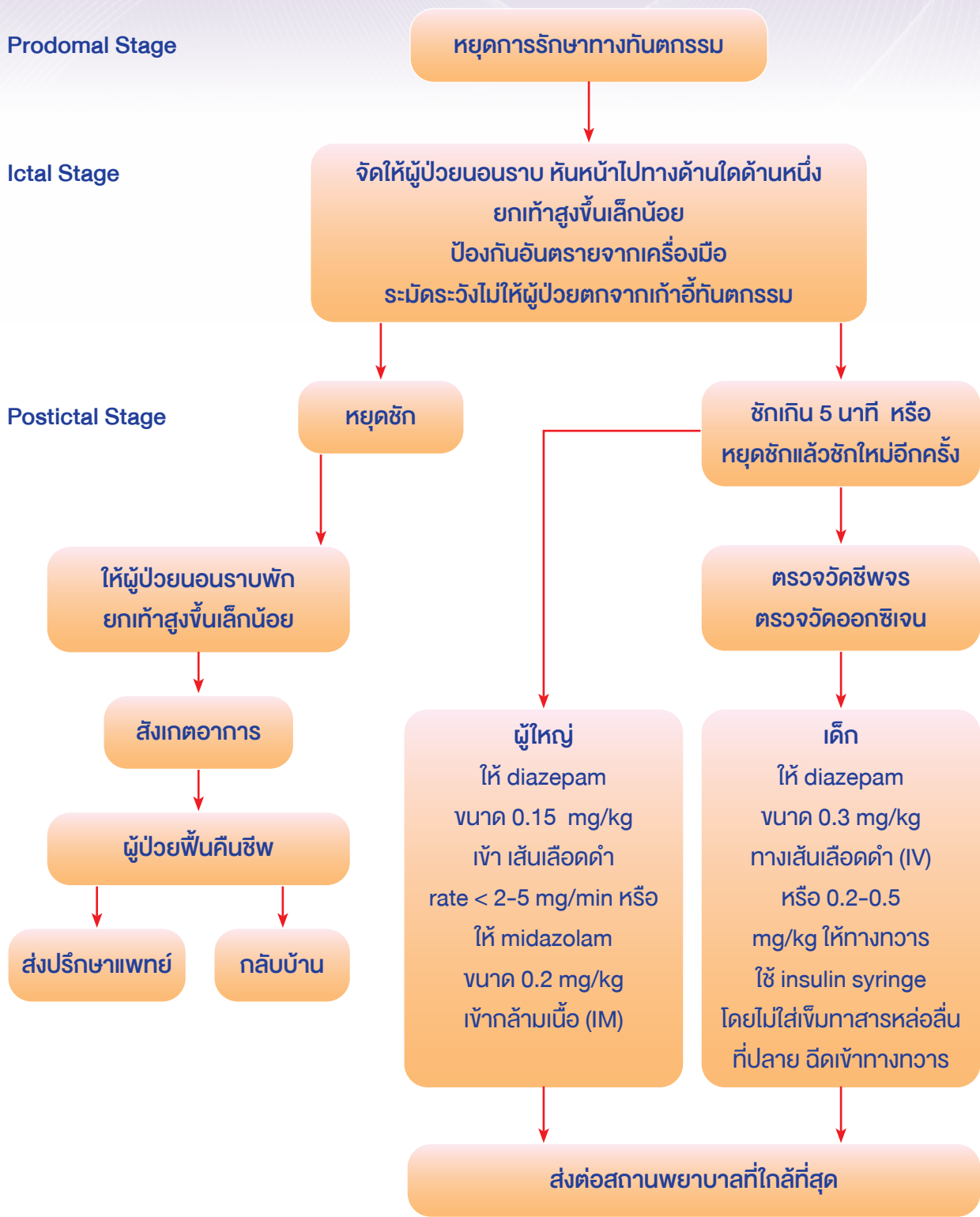
กรมการแพทย์

กรมการแพทย์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4 แสดงแนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยลมชักของกรมการแพทย์

แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนในการจัดการผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการชักขณะรักษาทางทันตกรรม



3. กรณีผู้ป่วยมีภาวะหมดสติ

ขั้นตอนที่ 1 : หยุดการทำหัตถการทางทันตกรรม

ขั้นตอนที่ 2 :

กรณี ตรวจวัดสัญญาณชีพไม่ได้ (คลำชีพจรไม่ได้) หรือความดันโลหิตวัดไม่ได้ โทรศัพท์ เบอร์ 1669 หรือรถพยาบาล และรีบทำ CPR ทันที โดยให้ผู้ป่วยนอนราบโดยเริ่มจากการกดหน้าอก 30 : ช่วยหายใจ 2 และทำตามแผนปฏิบัติ BLS 2020 แสดงในภาพผนวกที่ 3

กรณี ตรวจวัดสัญญาณชีพได้ ให้รีบหาสาเหตุที่เป็นไปได้ของผู้ป่วย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าปกติ (hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ เพื่อแก้ไขในเบื้องต้น ถ้าผู้ป่วยยังอาการไม่ดีขึ้น โทรศัพท์ เบอร์ 1669 หรือรถพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 : เมื่อผู้ป่วยมีสติให้ตรวจวัดสัญญาณชีพ และถ้าสงสัยผู้ป่วยมี hemorrhagic stroke และความดันโลหิตสูงควรจัดศีรษะและหน้าอกให้สูงขึ้น เพื่อลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. Aragon CE, Burneo JB. Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice. JCDA 2007;73:71-6.
2. Chapman PJ. Medical emergencies in dental practice and choice of emergency drugs and equipment: a survey of Australian dentists. Australian dental journal 1997; 42:103-8.





บทที่ 7

ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยโรคลมชัก

นพ.พูนฤกษ์ ไสการัตน์ และ นพญ.โชติมา ลากนิมิตรอนันต์

ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกัน และความสำคัญของทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยโรคลมชัก

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (Oral health promotion) มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Health promotion คือกระบวนการที่มุ่งเน้นให้เกิดการจัดการทั้งระดับปัจเจกบุคคล และระดับสังคม ควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ เพื่อเอื้อให้ประชาชนสามารถมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ จึงต้องขยายขอบเขตการทำงานไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะที่บุคลากรทางการแพทย์และตัวบุคคลเท่านั้น แต่ครอบคลุมกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล อาทิ ครอบครัว องค์กร ที่ทำงาน และชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต และบริบททางสังคม เพื่อให้ความรู้วิชาการ เข้าสอดคล้องในสังคมนั้นได้อย่างเหมาะสม การสร้างเสริมสุขภาพในเชิงกิจกรรม คือ การจูงใจ หรือการกระทำใด ๆ ที่มีผลยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความรู้ (Health Education) การป้องกัน (Health Prevention) และการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ (Health Protection)

ทันตกรรมป้องกัน เป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในลักษณะกิจกรรมหรือการส่งเสริมพฤติกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปาก หนูนปัจจัยที่มีผลลดความไวของการเกิดโรค หยุดการลุกลามของโรค กรณีเกิดโรคแล้ว ตลอดจนฟื้นฟูสภาพให้กลับมาใช้งานได้กรณีสูญเสียฟัน

จากการที่ผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทยพบเป็นจำนวนมากถึง 29 ใน 1,000 ของประชากร และเป็นไปได้ในทุกเพศทุกวัยตั้งแต่วัยเด็กเล็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ อาการแสดงหลักของโรคลมชัก คือ อาการชักเป็นการหยุดชะงักของการทำงานปกติของสมอง เนื่องจากการคายประจุไฟฟ้าที่มากเกินไป หรือไม่เพียงพอซึ่งเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคลมชัก เพื่อควบคุมอาการ ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนหนึ่งมีสภาวะช่องปากเหมือนคนปกติทั่วไป มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ดี แต่ส่วนหนึ่งมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากที่อาจเกิดจากโรคลมชักและผลข้างเคียงของยาได้มากกว่าบุคคลทั่วไป กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการชักแบบเกร็งกระตุกอาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในช่องปาก ได้แก่ ฟันแตกหัก กัดลิ้น หรือเนื้อเยื่อ

ในช่องปากได้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยา Dilantin Phenytoin เป็นประจำต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจเกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพช่องปาก อาจพบลักษณะเหงือกบวมโต คลุมตัวฟัน ทำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดฟันได้ลำบากเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดสภาวะเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์ตามมา ยา Carbamazepine หรือการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกัน อาจพบลักษณะปากแห้งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อราในช่องปากและเกิดโรคฟันผุได้ง่าย นอกจากนี้ยังอาจมีการอักเสบของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก และการรับรสชาติผิดปกติได้อีกด้วย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักที่พบร่วมกับความพิการทางร่างกาย สมองและ/หรือผู้ป่วยกลุ่มภาวะฟิงฟิงทำให้พบข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการให้บริการทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยโรคลมชักจึงควรจัดให้มีขึ้นควบคู่กับการรักษาทันตกรรมในคลินิกโดยทันตบุคลากร ในหอผู้ป่วยโดยพยาบาล ในศูนย์ดูแลพักพิง ผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล และในบ้านโดยครอบครัว โดยนำมาตรการทางทันตกรรมป้องกันที่หลากหลายมาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้แก่ สภาพร่างกาย ความผิดปกติของสมอง การเรียนรู้ เศรษฐฐานะ สิ่งแวดล้อม สังคมของผู้ป่วย ทักษะ ทักษะ ความคาดหวัง ความรู้ความสามารถของครอบครัวและผู้ดูแล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนและ/หรือได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ดูแลอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก มาตรการ และการให้บริการทันตกรรมป้องกัน

อาจจำแนกผู้ป่วยโรคลมชักได้ 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการดูแลตนเอง ความพิการ และข้อจำกัดที่มีของผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีปัญหาความผิดปกติของสมองไม่ซับซ้อน ไม่รุนแรง ไม่มีข้อจำกัด/ความพิการทางด้านร่างกาย การใช้มือ และสมอง ไม่เกิดร่วมกับโรคหรืออาการร่วม ได้รับการรักษาและติดตามอาการโรคลมชักอย่างต่อเนื่องเหมาะสม ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีชีวิตความเป็นอยู่ได้อย่างปกติ สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองตามช่วงวัยคล้ายคลึงกับคนทั่วไป

2. ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีปัญหาความผิดปกติของสมองที่ซับซ้อน รุนแรงมากขึ้น อาจพบข้อจำกัด/ความพิการทางด้านร่างกาย การใช้มือและสมอง อาจเกิดร่วมกับโรคและอาการร่วม เช่น mental retardation cerebral palsy เดินไม่ได้ แขนขาและข้อมือบิดงอเกร็ง อาการชักเกิดขึ้นบ่อยและชักครั้งละนาน ๆ พบปัญหาน้ำลายยืด การกิน การกลืน การดื่มน้ำ และการพูด ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ผู้ป่วยเหล่านี้อาจพอดูแลช่องปากได้ด้วยตนเองแต่มีข้อจำกัด ต้องอาศัยการปรับอุปกรณ์ ปรับวิธีการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ และตรวจความสะอาดในช่องปากซ้ำโดยผู้ดูแลเพิ่มเติม

3. ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีปัญหาความผิดปกติของสมองที่ซับซ้อน รุนแรงมาก พบข้อจำกัด/ความพิการทางด้านร่างกาย การใช้มือ และสมอง เกิดร่วมกับโรคและอาการร่วมตั้งที่กล่าวข้างต้น ซ้ำซ้อน รุนแรง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดช่องปากให้ทั้งหมด การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และมีคุณภาพเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดรอยโรค การติดเชื้อ และความเจ็บปวดในช่องปากที่จะส่งผลให้เกิดความซับซ้อน ยุ่งยากในการรักษาตามมาในอนาคต

มาตรการทางทันตกรรมป้องกันต่าง ๆ ได้แก่

1. การให้ทันตสุขศึกษา
2. การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก และการจัดการความเสี่ยงโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์
3. การเลือกผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ
4. การเลือกรับประทานอาหาร
5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก
6. การจัดการความเสี่ยงต่อสภาวะปากแห้ง/น้ำลายน้อย
7. การจัดการความเสี่ยงต่อ แผล รอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก
8. การดูแลและทำความสะอาดฟันเทียม
9. การเคลือบหลุมร่องฟัน
10. การจัดการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในช่องปากขณะมีอาการชัก
11. การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ

การให้บริการทันตกรรมป้องกันสามารถเลือกใช้มาตรการเหล่านี้ให้เหมาะสมตามสมรรถภาพ การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วย และ/หรือด้วยผู้ดูแล แบ่งเป็นการให้บริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกทันตกรรม บนหอผู้ป่วย และที่บ้าน

การให้บริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกทันตกรรม

จากการที่ผู้ป่วยโรคลมชักมีความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปากดังที่กล่าวข้างต้น โดยเฉพาะจากผลข้างเคียงของยาต้านการชัก อาจทำให้เกิดอาการเหงือกบวม เกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่าย อาการปากแห้งจากยาทำให้มีน้ำลายไหลน้อยลงนำไปสู่การเกิดโรคฟันผุ รากฟันผุ นอกจากนี้อาจพบการอักเสบของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก การรับรสชาติผิดปกติได้อีกด้วย ควรตรวจวางแผนทั้งปาก (Full mouth examination) ให้ครอบคลุม ฟัน, เหงือก, เนื้อเยื่ออ่อน ประเมินภาวะปากแห้ง-น้ำลายน้อย และปัญหาสุขภาพช่องปากอื่น ๆ ของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรซักประวัติพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาด



ช่องปาก การทานอาหาร เครื่องดื่ม และอื่น ๆ เพื่อสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปาก เลือกมาตรการ และให้บริการทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมถึงให้คำแนะนำกับผู้ดูแล และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม การให้บริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกทันตกรรมโดย ทันตบุคลากร มีดังนี้

1. การให้ทันตสุขศึกษา

ผู้ป่วยโรคลมชักทุกรายและผู้ดูแลควรได้รับการให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญของ สุขภาพช่องปากและฟัน โรคและสาเหตุการเกิดโรคในช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงของโรคลมชักที่มีผลต่อ สุขภาพช่องปากและฟัน การดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น วิธีการทำความสะอาดเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ การเลือกผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น เพื่อให้เกิดความตระหนักและ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคลมชักด้วยตนเอง ทั้งนี้ควรมีการประเมินทัศนคติ ความคาดหวัง ความรู้ ความสามารถทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา การเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเลือกใช้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละราย

2. การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก และการจัดการความเสี่ยงโรคเหงือกอักเสบและ โรคปริทันต์อักเสบ

การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก หมายถึง การประเมินการทำความสะอาด ช่องปากของผู้ป่วย และให้ความรู้ พร้อมฝึกปฏิบัติข้างเก้าอี้เพื่อให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถทำได้จริง สามารถจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก

2.1 ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถฝึกทักษะการทำความสะอาดได้เช่นเดียวกับ คนทั่วไป ประกอบด้วย การแปรงฟัน การทำความสะอาดซอกฟัน และการแปรงลิ้น แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งด้วยแปรงสีฟันขนนุ่ม และยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ใช้แปรงสีฟันหัวเล็กที่เข้าถึง ทุกบริเวณในช่องปาก หน้าตัดขนแปรงตรง มีด้ามจับกระชับพอดีมือผู้ป่วย เลือกใช้ยาสีฟันที่ไม่มีรส เครื่องเทศหรือรสจัดเพราะอาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้ในบางราย หากมีประวัติอาการชักบ่อย ควรแปรงฟันในบริเวณที่มีฟันนุ่มเพื่อลดอันตรายจากการหลั่ง

วิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธีสามารถเลือกใช้วิธีขยับปิดหรือเทคนิคอื่น ๆ ที่สามารถกำจัดคราบ จุลินทรีย์บริเวณคอฟันได้ ทำความสะอาดซอกฟันด้วยไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน โดยเลือกอุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับลักษณะช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย ในบางตำแหน่งอาจจำเป็นต้องมีอุปกรณ์เสริม อื่น ๆ เช่น แปรงกระจุกเดียว เพื่อให้ทำความสะอาดได้ทั่วถึงในบริเวณที่เข้าถึงได้ยาก แนะนำให้ทำ ความสะอาดช่องปากอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน และมีการแปรงทำความสะอาดลิ้น ด้วยทุกครั้ง ใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์และเศษอาหารระหว่างฟัน โดยแนะนำให้ใช้ก่อนการแปรงฟันเพื่อให้ฟลูออไรด์ในยาสีฟันเคลือบบริเวณซอกฟันได้อย่างทั่วถึง

หากมีการอักเสบของเหงือกอาจพิจารณาใช้น้ำยาบ้วนปาก เช่น Chlorhexidine mouthwash ร่วมด้วย ได้ตามความเหมาะสมเพื่อควบคุมเชื้อแบคทีเรีย ป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อย่างไรก็ตามในการแปรงฟันควรทำด้วยความระมัดระวังและช้าๆ หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวรุนแรงที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการชัก หากอาการชักเกิดขณะแปรงฟัน ให้หยุดการแปรงทันที นำสิ่งของที่เป็นอันตรายออก และรอจนกว่าอาการจะสงบ นอกจากนี้กรณีใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าควรเลือกชนิดที่มีระบบปิดอัตโนมัติ เพื่อความปลอดภัยหากเกิดอาการชักขณะแปรงฟัน ระวังผู้ป่วยกัดหัวแปรงสีฟัน และไม่กดแปรงสีฟันแรงเกินไปขณะแปรงฟัน

2.2 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน สำหรับเด็กเล็ก ผู้ปกครองควรช่วยแปรงฟันให้ และสอนวิธีแปรงฟันที่ถูกต้องและปลอดภัย ในเด็กโต ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ควรสนับสนุนให้ดูแลความสะอาดด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด อาจอาศัยการปรับแต่งอุปกรณ์บางอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันด้วยตนเองได้ เช่น การเสริมด้ามแปรงให้ใหญ่กระชับมือมากขึ้น การตัดด้ามแปรงให้โค้งงอ หรือการใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า ไหมขัดฟันอาจเลือกเป็นไหมขัดฟันที่มีด้ามจับ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความสะอาดด้วยตนเอง



ภาพที่ 5 แสดงการปรับแต่งอุปกรณ์ เช่น เสริมด้ามจับแปรง ตัดแปรงให้โค้งงอ

2.3 ผู้ป่วยกลุ่มภาวะฟังกิง ถือเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล ในการช่วยทำความสะอาดช่องปากให้ทั้งหมด แปรงสีฟันที่ใช้ควรเลือกแปรงที่มีหัวแปรงขนาดเล็ก และมีด้ามจับยาวเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจับแปรงได้ถนัด ยาสีฟันควรเลือกยาสีฟันฟลูออไรด์ชนิด ฟองน้อย (ปราศจากสารก่อฟอง เช่น SLS) เพื่อสามารถแปรงแห้ง ป้องกันการสำลักฟองยาสีฟัน ผู้ป่วยที่มีเหงือกอักเสบมากหรือมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ สามารถใช้น้ำยาบ้วนปาก ที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคในช่องปาก เช่น Chlorhexidine gluconate เข้มข้นร้อยละ 0.12 ให้ผู้ป่วยอมบ้วนหรือเช็ดภายในช่องปากเพิ่ม โดยหากมีการใช้น้ำยาบ้วนปาก Chlorhexidine แนะนำให้ใช้คนละช่วงเวลากับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ หรือเว้นเวลาห่างกันอย่างน้อย 30 นาที

ลำดับขั้นตอนการทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีดังนี้

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ แปรงสีฟันขนนุ่ม หัวเล็ก ด้ามยาว ยาสีฟัน ฟลูออไรด์สูตรฟองน้อย แปรงซอกฟันหรือไหมขัดฟัน ผ้าเช็ดปาก ชามรองบ้วนปาก เครื่องดูดน้ำลาย (ถ้ามี) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถร่วมมือในการอ้าปาก อาจต้องมีอุปกรณ์ช่วยอ้าปาก เช่น Open wide mouth rest หรือดัดแปลงโดยการใช้ผ้าก๊อซพันด้ามแปรงสีฟันหรือไม้กดลิ้น



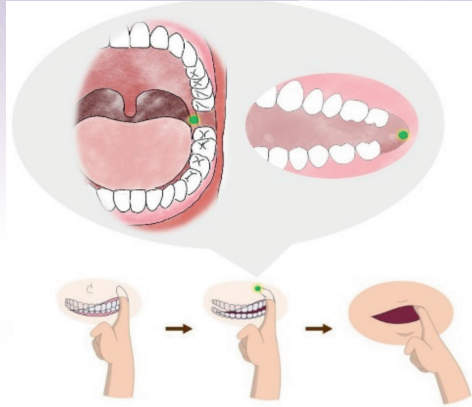
ภาพที่ 6 แสดงอุปกรณ์ช่วยอ้าปาก

2. จัดท่าและตำแหน่งผู้ป่วย หากไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ ให้เอนหลังทำมุม 30-45 องศา และใช้หมอนหนุนศีรษะ



ภาพที่ 7 แสดงการจัดท่าผู้ป่วยให้เอนหลัง 30-45 องศา

3. หากผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก ให้กระตุ้นประสาทสัมผัสด้วยการนวดรอบๆริมฝีปากหรือแตะยาสีฟันที่ริมฝีปาก เมื่อผู้ป่วยเริ่มเปิดริมฝีปาก ให้สอดนิ้วเข้าทางมุมปากไปยังด้านท้ายเพื่อกดในตำแหน่ง K point ซึ่งอยู่ด้านท้ายของซี่ฟัน เมื่อผู้ป่วยอ้าปากให้ใส่อุปกรณ์ช่วยอ้าปากเพื่อค้ำไว้



ภาพที่ 8 แสดงการกดตำแหน่ง K point เพื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก

4. กำจัดเศษอาหารชิ้นใหญ่ๆออกก่อน โดยใช้ผ้าก๊อชพันนิ้วหรือก้านสำลีขนาดใหญ่ (Cotton swab) ชุบน้ำหมาด ๆ หากมีฟันเทียมให้ถอดฟันเทียมออกก่อนทำความสะอาดช่องปาก
5. ทำความสะอาดซอกฟันด้วยแปรงซอกฟันหรือไหมขัดฟัน



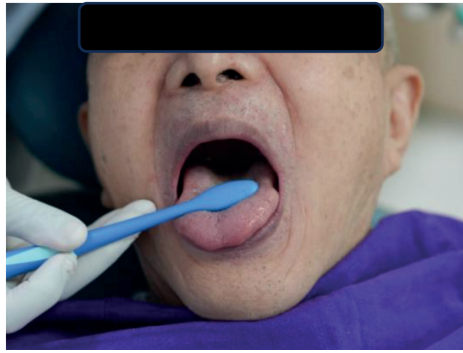
ภาพที่ 9 แสดงการใช้แปรงซอกฟันทำความสะอาดซอกฟันจากด้านนอกและด้านใน

6. แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ โดยให้ผู้ป่วยกัดฟันไว้และเริ่มแปรงจากด้านนอกหรือด้านแก้ม แล้วจึงให้ผู้ป่วยอ้าปากโดยให้กัตุอุปกรณ์ช่วยอ้าปากไว้แล้วแปรงฟันหน้าบน ฟันหลังบน ฟันหน้าล่างและฟันหลังล่างเป็นลำดับสุดท้าย ระหว่างแปรงหากมีน้ำลายหรือฟองจากยาสีฟัน ให้ใช้เครื่องดูดน้ำลาย (ถ้ามี) คอยดูดออก หรือใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำหมาด ๆ คอยซับออกเป็นระยะ



ภาพที่ 10 แสดงการเริ่มแปรงฟันจากด้านนอกของทุกซี่ แล้วจึงแปรงฟันด้านใน โดยแปรงฟันหลังล่างเป็นลำดับสุดท้าย

7. แปรงลิ้น ด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มชุบน้ำหมาด ๆ กวาดลิ้นจากด้านในออกมาด้านนอก



ภาพที่ 11 แสดงการแปรงลิ้น

8. ทาสารให้ความชุ่มชื้นเช่น KY gel ที่บริเวณริมฝีปากก่อนหรือหลังแปรงฟัน

ในการจัดการความเสี่ยงโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ มาตรการสำคัญในการป้องกันนอกจากการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้ว ยังรวมถึงการจัดบริการขูดหินน้ำลาย และทำความสะอาดช่องปากโดยทันตบุคลากร (Professional Mechanical Plaque Removal; PMPR) หากผู้ป่วยสูบบุหรี่ทันตแพทย์ควรช่วยให้คำแนะนำ รวมถึงให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่

3. การเลือกผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ

หนึ่งในมาตรการป้องกันฟันผุคือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นฟลูออไรด์สำหรับใช้ที่บ้าน ได้แก่ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ และฟลูออไรด์เข้มข้นเพื่อป้องกันฟันผุที่ให้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร ได้แก่ ฟลูออไรด์เจล ฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride varnish) และซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride, SDF) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 6 ปี แนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,000 ส่วนในล้านส่วน (ppm) และในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี แนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,500 ส่วนในล้านส่วน วันละ 2 ครั้งในตอนเช้าและก่อนนอน หลีกเลี่ยงการบ้วนน้ำปริมาณมากหรือหลายครั้ง และงดดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาทีหลังแปรงฟันเพื่อคงปริมาณฟลูออไรด์ภายในช่องปาก

น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ควรเลือกชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุระดับปานกลางและสูงที่สามารถควบคุมการกลืนและบ้วนทิ้งได้ งดดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาทีหลังบ้วน และอาจใช้คนละช่วงเวลากับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุ

ฟลูออไรด์เจล ได้แก่ แอซิดูเลตฟอสเฟตฟลูออไรด์ (Acidulated Phosphate Fluoride; APF) ร้อยละ 1.23 และโซเดียมฟลูออไรด์ (Sodium Fluoride) ร้อยละ 2 ใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฟันผุสูงหรือมีรอยโรคฟันผุขาวขุ่นที่สามารถควบคุมการกลืนและให้ความร่วมมือได้ หลังการเคลือบให้งดเว้นการบ้วนน้ำ ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารเป็นเวลา 30 นาที

ฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride varnish) เป็นฟลูออไรด์เฉพาะที่ชนิดเข้มข้นสูง ที่ใช้มากที่สุดคือ 5% โซเดียมฟลูออไรด์ มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 22,600 ส่วนในล้านส่วน มีการศึกษาหลายแหล่งพบว่า การทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 6 เดือนมีประสิทธิภาพในการหยุดยั้งการลุกลามของรากฟันผุได้ แนะนำให้ทาฟลูออไรด์วาร์นิช ปีละ 2 ครั้ง

ข้อบ่งชี้ในการใช้: สามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฟันผุสูงหรือมีรอยโรคฟันผุขาวขุ่นได้ทุกกลุ่มอายุ รวมถึงผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือ

ข้อดี: ใช้งานง่าย ปลอดภัยสูง แข็งตัวได้ในภาวะที่มีความชื้น

ข้อห้าม ข้อควรระวัง: ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้มีประวัติการแพ้วัสดุที่มีลักษณะกาวเหนียวผู้มีแผลในช่องปาก และผู้ที่เป็นโรคหอบหืด

วิธีการทา

- ทำความสะอาดฟันด้วยการขัด หรือแปรงฟัน กั้นน้ำลายด้วยผ้าก๊อช
- เช็ดบริเวณที่จะทาให้แห้ง บริเวณที่ทาได้แก่ รากฟันที่เผยผิวกว่า 4 มม. ฟันผุระยะเริ่มต้น (White spot) ด้านประชิดหรือซอกฟัน ระวังอย่าให้โดนเหงือกเพื่อลดการแพ้หรือการระคายเคือง
- หลังจากทาฟลูออไรด์วาร์นิช ควรเลี่ยงอาหารแข็งอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง และงดการแปรงฟันในวันที่ทาฟลูออไรด์วาร์นิช เพื่อเพิ่มเวลาการยึดติดและการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟัน



ภาพที่ 12 แสดงฟลูออไรด์วานิชจากมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์

ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride; SDF) เป็นสารละลาย 38% ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ประมาณ 44,800-45,283 ส่วนในล้านส่วน (ppm) เป็นสารที่ใช้เพื่อหยุดการลุกลามของฟันผุ ใช้ทาบนฟันที่ผุหรือบริเวณที่เสี่ยงต่อการผุ เพื่อยับยั้งและป้องกันฟันผุ ลดการเสียวฟัน โดยใช้ปริมาณไม่เกิน ครั้งละ 1 หยด (25 ไมโครลิตร) ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม แนะนำให้ทาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จนกว่ารอยโรคจะหยุดผุ หรือรอยผุได้รับการบูรณะให้กลับมาใช้งานตามเดิม

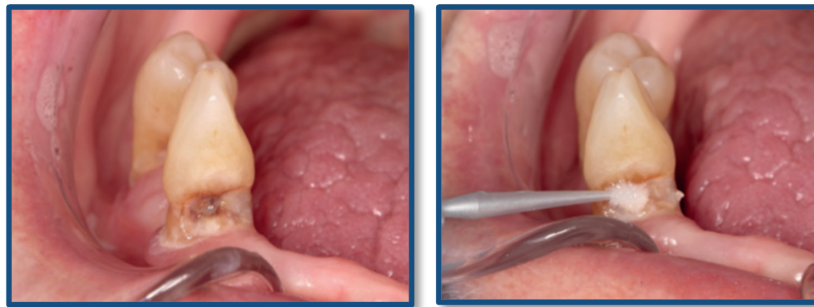
ข้อบ่งชี้ในการใช้: สามารถใช้ทาบริเวณรอยฟันผุที่ยังไม่ถึงขั้นโพรงประสาทฟัน ใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงฟันผุสูง มีรอยผุหลายตำแหน่งที่ไม่สามารถรักษาทั้งหมดได้ภายในครั้งเดียว มีรอยผุที่ทำการรักษาได้ยาก เช่น ฟันผุซ้ำบริเวณขอบของครอบฟัน ฟันผุบริเวณรอยแยกรากฟัน หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงมาก เช่น ผู้ที่รักษาด้วยการฉายรังสีบริเวณใบหน้าและคอ รวมถึง ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนที่ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง และ ผู้พิการ และ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาตามปกติได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำฟันได้

ข้อห้าม : ผู้ที่แพ้โลหะเงิน มีเหงือกอักเสบ เป็นแผล หรือเยื่อในช่องปากอักเสบ

ข้อควรระวังที่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ : ก่อนการทาควรให้ข้อมูล และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ดังนี้ รอยโรคฟันผุที่หยุดผุ (Arrested caries) รวมถึงรอยต่อของวัสดุอุด หรือครอบฟันกับเนื้อฟันจะมีสีน้ำตาล สีดำ โดยเน้นย้ำให้ทราบว่า จะเกิดการติดสีดำบริเวณฟันผุ เมื่อโดนเหงือกหรือผิวหนังจะติดสีฟ้าเทา ซึ่งล้างไม่ออก แต่จะหายไปเองใน 2-3 สัปดาห์ หากเปื้อนสีของหรือเสื้อผ้าอาจจะเช็ดหรือซักไม่ออก เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมให้นัดหมายมาทำการบูรณะฟันตามปกติต่อไป

วิธีการทำ

- กำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์
- ทาวาสตินบริเวณรอบริมฝีปากและเหงือก บริเวณใกล้เคียง ร่วมกับการกั้นน้ำลาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระคายเคืองเนื้อเยื่อ
- เป่าบริเวณรอยฟันให้แห้ง
- ใช้ฟูกันทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์บนรอยฟัน โดยปกติ 1 หยด ใช้ทำได้ประมาณ 5 ซี
- รอให้ ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ซึมลงสู่เนื้อฟันประมาณ 1 นาที
- ซับส่วนเกินออกด้วยสำลี
- งดการเคี้ยวหรือสัมผัสอาหารบริเวณดังกล่าวประมาณ 1-2 ชั่วโมง
- ทันทบุคลากรควรนัดผู้ป่วยเพื่อติดตาม และสามารถทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ซ้ำได้
- ทาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งไปจนกว่ารอยโรคจะหยุดลุ่ หรือรอยฟันได้รับการบูรณะให้กลับมาใช้งานตามเดิม



ภาพที่ 13 แสดงลักษณะฟันผู้ที่พิจารณาเลือกใช้ ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์

4. การเลือกรับประทานอาหาร

อาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การทานอาหารที่หลากหลายครบ 5 หมู่ เน้นอาหารที่มีเส้นใย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน และรสเปรี้ยวจัด หลีกเลี่ยงอาหารเหนียวติดฟัน อาหารแข็ง หรือมีความเป็นกรดสูงที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อเคลือบฟันได้ และควรลด/งดการทานอาหารว่าง รสหวานจัดระหว่างมื้ออาหารหลัก ลดความถี่ในการบริโภคน้ำตาล จำกัดอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุให้อยู่ในมื้ออาหาร หลีกเลี่ยงการทานจุบจิบทั้งวัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากอาจต้องมีการปรับชนิดอาหาร ให้เป็นอาหารเนื้อสัมผัสเดียวหรือเพิ่มความข้นหนืดของเครื่องดื่ม

5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

ปัจจัยที่สำคัญและต้องได้รับการควบคุมในผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ โรคเบาหวานและการสูบบุหรี่ เนื่องจากจะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

6. การจัดการความเสี่ยงต่อสภาวะปากแห้ง/น้ำลายน้อย

การไหลของน้ำลายที่น้อยลง เป็นผลจากยาควบคุมการชักเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะปากแห้ง และส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ การกลืนลำบาก เคี้ยวอาหารไม่ถนัด คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแล มีดังนี้

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มน้ำและรับประทานอาหาร เป็นการจิบน้ำระหว่างวันบ่อย ๆ หรือการดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหารทำให้เกิดความชุ่มชื้นในช่องปากและช่วยให้ง่ายต่อการกลืน เสริมด้วยการจัดอาหารที่มีส่วนผสมเป็นน้ำมากขึ้น เช่น แกงจืด หรืออาหารอ่อน
- ดื่มน้ำให้เพียงพอ เนื่องจากยารักษาโรคลมชักบางชนิด เช่น carbamazepine อาจทำให้เกิดสภาวะปากแห้ง
- ควรบ้วนปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำเปล่า หรือน้ำเกลือ เพื่อช่วยกำจัดเศษอาหารและให้ความชุ่มชื้นแก่เยื่อในช่องปาก ลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดสภาวะปากแห้งมากขึ้น ได้แก่ อาหารที่มีรสเผ็ดและเค็ม เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
- เน้นการดูแลอนามัยช่องปากโดยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ และเฝ้าระวังการติดเชื้อราในช่องปาก
- ใช้สารกระตุ้นและทดแทนน้ำลาย ได้แก่ น้ำลายเทียม เจล น้ำยาบ้วนปาก เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก ซึ่งมีส่วนประกอบของ มิวซิน (mucin) และ คาร์บอกซีเมทิลเซลลูโลส (carboxymethyl cellulose) เหมือนน้ำลายธรรมชาติ แต่มีข้อจำกัดคือ ออกฤทธิ์สั้น รสชาติไม่พึงประสงค์ และมีค่าใช้จ่าย หรือใช้การอมลูกกวาด เคี้ยวหมากฝรั่งที่ปราศจากน้ำตาล เช่น ไซลิทอล หลังรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำลายและช่วยไม่ให้เกิดสภาวะกรด และช่วยกระตุ้นต่อมน้ำลายที่ยังสามารถทำงานได้
- “วุ้นชุ่มปาก” เป็นนวัตกรรมน้ำลายเทียมชนิดเจล (Oral moisturizing jelly) ช่วยให้เนื้อเยื่อในปากชุ่มชื้น บรรเทาอาการในผู้ที่ปากแห้งหรือน้ำลายน้อยรุนแรง หรือในผู้ที่รักษามะเร็งด้วยการฉายรังสีบริเวณลำคอและใบหน้า ทันตบุคลากรสามารถติดต่อขอรับวุ้นชุ่มปากเพื่อจ่ายให้ผู้ป่วยได้จากมูลนิธิทันตนวัตกรรม (มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่เผยแพร่พระราชกรณียกิจของพระบาทสมเด็จพระปรมิหรมหาภูมิพลอดุลยเดช และดำเนินงานสนองพระราชกระแสด้านทันตสาธารณสุข มีพันธกิจในด้านพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก)



ภาพที่ 14 แสดงวันชุ่มปากของมูลนิธิทันตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์

นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายด้วยการฝึกนวดต่อมน้ำลาย บริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น โดยมีวิธีแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ (ตารางที่ 9) ดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงขั้นตอนการบริการกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ลิ้นและนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย

บริเวณที่จะบริหารกล้ามเนื้อ	วิธีนวด
นวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้บริเวณแก้ม 2. นวดบริเวณฟันกรามบน วนจากหลังไปหน้า 10 ครั้ง 3. วางนิ้วโป้งใต้ขากรรไกรล่าง กดจากใต้หู ถึงใต้คาง 5 ตำแหน่ง ทำ 5 ครั้ง 4. กดนิ้วโป้งทั้ง 2 ข้าง ที่คางบริเวณใต้ลิ้น 10 ครั้ง
บริหารกล้ามเนื้อใบหน้า	<ol style="list-style-type: none"> 1. สูดลมหายใจเข้าเต็มปอด 2. ยกแก้มขึ้น พร้อมกับหลับตา ทำ 10 ครั้ง 3. ทำตาโตและปากปอง ทำ 10 ครั้ง 4. ใช้ลมดันกระพุ้งแก้มไปซ้าย-ขวา ทำ 10 ครั้ง
บริหารกล้ามเนื้อลิ้น	<ol style="list-style-type: none"> 1. แลบลิ้นออก-เข้า ทำ 10 ครั้ง 2. แลบลิ้นขึ้น-ลง ทำ 10 ครั้ง 3. แลบลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย-ขวา ทำ 10 ครั้ง 4. ปิดปาก แล้วดันลิ้นไปที่ริมฝีปาก บน-ล่าง ทำ 10 ครั้ง 5. ปิดปาก แล้วดันลิ้นไปที่กระพุ้งแก้ม ซ้าย-ขวา ทำ 10 ครั้ง



f ฟันยังดี @funyoungdee



แจก 3 ท่านิ้ว

จาง่าย ทำง่าย ช่วยคลายปัญหาการเคี้ยว

ท่านิ้วกระตุ้นต่อมน้ำลาย



วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้ บริเวณแก้ม



นวดบริเวณฟันกรามบน โดยวนจาก หลังไปหน้า 10 ครั้ง



วางนิ้วโป้งใต้ขากรรไกรล่าง กดจากใต้หูถึงใต้คาง 5 ตำแหน่ง 5 ครั้ง



กดนิ้วโป้งทั้ง 2 ข้าง ที่คางบริเวณ ใต้ลิ้น 10 ครั้ง

ท่าบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า



สอดลมหายใจ เข้าให้เต็มปอด



ยกแก้มขึ้น + กลับตา ทำ 10 ครั้ง



ทำตาโตและปากป่อง 10 ครั้ง



ใช้ลมดันกระพุ้งแก้ม ไปซ้าย-ขวา 10 ครั้ง

ท่าบริหารกล้ามเนื้อลิ้น



แลลิ้นออก-เข้า 10 ครั้ง



แลลิ้นขึ้น-ลง 10 ครั้ง



แลลิ้นซ้าย-ขวา 10 ครั้ง



ปิดปาก แล้วดันลิ้น ไปที่ริมฝีปาก บน-ล่าง 10 ครั้ง



ปิดปาก แล้วดันลิ้น ไปที่กระพุ้งแก้ม ซ้าย-ขวา 10 ครั้ง



อย่าลืมทำทุกวัน เพื่อชะลอความเสี่ยง ของช่องปากและใบหน้านะครับ!

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

เผยแพร่: 3 มีนาคม 2564

ภาพที่ 15 แสดงการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อลิ้นบริเวณใบหน้า ลิ้น และนวดกระตุ้นต่อมน้ำลายของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

7. การจัดการความเสี่ยงต่อ แผล รอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

อาการเนื้อเยื่ออ่อนอักเสบ แผลจากการกัดฟัน ริมฝีปากที่อาจเกิดจากการซักริมฝีปาก ทันทบบุคลากร ควรให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุม ร่วมกับการซักประวัติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยใช้เครื่องมือตรวจในช่องปากและดูด้วยตา ร่วมกับการคลำ การเข้ดเนื้อเยื่อให้แห้งเพื่อจะให้เห็น รอยโรคชัดเจนขึ้น แบ่งบริเวณที่ตรวจเป็น 9 บริเวณ ได้แก่ ริมฝีปากบนและล่าง กระพุ้งแก้มด้านขวา และด้านซ้าย เหงือกในขากรรไกรบนและล่าง เหงือกด้านหลังฟันกรามล่าง เพดานแข็ง เพดานอ่อน ลิ้นด้านบนและด้านข้าง ไตลิ้น พื้นปาก โดยแผลที่อาจพบ เช่น Aphthous Ulcer Lichen planus Candida มีคำแนะนำดังนี้

- แผลแดงบริเวณมุมปาก (Angular cheilitis) อาจมีสาเหตุจากเชื้อรา การรักษาคือให้ยารักษา เชื้อราชนิดกินหรือชนิดทา เช่น fluconazole
- แผลที่เนื้อเยื่อในปาก ให้มองหาหรือซักถามสาเหตุ เช่น แผลจากการกัด ฟันบิ่น คม จากฟันเทียม แก้ไขสาเหตุเบื้องต้นและติดตามผล 2 สัปดาห์ ถ้าแผลหายหรือขนาดเล็กลง ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและนัดติดตามจนกว่าแผลจะหาย แต่หากผู้ป่วย มีความเจ็บปวดมาก อาจเลือกใช้ยาทาหรือยาพ่นช่วยบรรเทาอาการ เช่น TA oral paste และ กลุ่มยาชา 2% viscous lidocaine
- แผลในปากที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีขนาดใหญ่ขึ้นหลังการติดตามผล 2 สัปดาห์ รอยฝ้าขาว ฝ้าแดง หรือรอยโรคก่อนมะเร็งให้ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย โดยแพทย์หรือทันตแพทย์เฉพาะทาง เพื่อการรักษาต่อไป

8. การดูแลและทำความสะอาดฟันเทียม

ผู้ป่วยที่มีฟันเทียมจะต้องเน้นย้ำการดูแลทำความสะอาด แบ่งได้เป็นฟันเทียมติดแน่นและฟันเทียม ถอดได้ ฟันเทียมติดแน่น เช่น ครอบฟัน สะพานฟัน รากฟันเทียม ดูแลทำความสะอาดได้เช่นเดียวกับ ฟันธรรมชาติ ได้แก่ การแปรงฟันและการทำความสะอาดซอกฟัน ในกรณีสะพานฟันอาจต้องมีอุปกรณ์ พิเศษ เช่น หัวร้อยไหมขัดฟัน หรือไหมขัดฟันที่ปลายด้านหนึ่งเป็นพลาสติกช่วยสอดนำไหมขัดฟัน ไปทำความสะอาดใต้สะพานฟัน ฟันเทียมถอดได้ เช่น ฟันเทียมทั้งปาก ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานโลหะหรือพลาสติก ควรถอดล้างเศษอาหารที่ติดใต้ฐานฟันเทียมหลังมื้ออาหาร ถอดล้างทำ ความสะอาดด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มกับน้ำสบู่น้ำยาล้างจานทุกวัน และไม่ใส่ฟันเทียมตอนนอน อาจใช้ไม้ดัดฟันช่วยทำความสะอาดและฆ่าเชื้อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมด้วย

9. การเคลือบหลุมร่องฟัน

พิจารณาเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุในกลุ่มเด็กที่มีฟันแท้บางซี่เริ่มขึ้นในช่องปากและกลุ่มที่มีความเสี่ยงฟันผุสูง ทำในฟันซี่ที่มีหลุมและร่องฟันลึกซึ่งมักพบบริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกรามและด้านในของฟันหน้า โดยฟันซี่นั้นขึ้นมาในช่องปากแล้วและไม่มีการผุด้าน Proximal การเคลือบหลุมร่องฟันสามารถใช้วัสดุกลุ่ม Resin หรือ Glass ionomer ตามข้อบ่งชี้

10. การจัดการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในช่องปากขณะมีอาการชัก

อุบัติเหตุในช่องปากที่อาจเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยมีอาการชักแบบเกร็งกระตุก เช่น การกัดลิ้นหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก มักพบได้ในผู้ที่มีสันเหงือกกว้าง มีผิวฟันแตกหักคม สามารถป้องกันได้ด้วยการกรอลบแต่งบริเวณผิวฟันไม่ให้มีส่วนที่แหลมคมและการใส่ฟันเทียมเพื่อป้องกันการกัดลิ้นหรือเนื้อเยื่อที่แผ่เข้ามาในบริเวณสันเหงือกกว้าง ในผู้ป่วยบางราย บางกรณีอาจพิจารณาสวมอุปกรณ์ป้องกันขณะนอนหลับ เพื่อป้องกันไม่ให้ฟันสึกกร่อนจากการบดเคี้ยวและขบกรามขณะเกิดอาการชัก

11. การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ

ผู้ป่วยโรคลมชักควรได้รับตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำเพื่อรับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจติดตามเพื่อเฝ้าระวังโรคในช่องปากอย่างต่อเนื่อง ตรวจหาปัญหาสุขภาพช่องปาก ตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะแรก และได้รับการบำบัดรักษาทันทั่วทั้งที่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีเหงือกบวมโต อาจต้องรับการตรวจติดตามที่ถี่ขึ้น เช่น ทุก 3-6 เดือน เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและดูแลอนามัยช่องปากได้ยากมากกว่าปกติ

ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยเด็ก

ปัจจุบันได้มีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในระดับสูงถึงสูงมากจากการได้รับยากันชักบางชนิด เช่น Dilantin ทำให้มีเหงือกบวมโตเป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์ได้ง่าย โดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ได้เริ่มจัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (caries risk assessment) ระดับบุคคลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 และพัฒนาต่อมาจนปัจจุบัน เป็นแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ พ.ศ. 2566 จึงแบ่งแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุตามช่วงอายุ รวมถึงการปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน เพื่อให้การประเมินแม่นยำมากขึ้น สามารถบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ของผู้ป่วยในกลุ่มอายุนั้น นำไปสู่การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงและการเกิดโรค และใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังตารางที่ 10-17

ตารางที่ 10 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk assessment) ในเด็ก <3 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
ส่วนที่ 1 - สถานะสุขภาพ		
มีภาวะที่ทำให้การทำความสะอาดช่องปากมีประสิทธิภาพลดลง หรือน้ำลายน้อย	1	0
ส่วนที่ 2 - การตรวจช่องปาก		
พบคราบจุลินทรีย์ที่เห็นได้ชัดเจนบริเวณฟันหน้าบน	3	0
พบฟันผุ รอยโรคขุ่นขาวบนผิวเคลือบฟัน (white spot lesions) หรือพบฟันผุเป็นรู	หรือยังไม่มี ฟันขึ้น 0	1
ส่วนที่ 3 - ปัจจัยอื่น ๆ		
แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (ตั้งแต่ 1,000 ppm F ขึ้นไป) อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน ดูดนมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานจากขวดนม	1	0
ดูดนมระหว่างการนอน หรือใช้การดูดนมกล่อมนอนหลังอายุ 12 เดือน	1	หรืออายุ ≤ 12 เดือน 0
รับประทานอาหาร/ ขนม / เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนอกมื้ออาหาร > 2 ครั้ง/วัน	1	0
ผู้ดูแลหลักมีฟันผุเป็นรู หรือได้รับการถอนฟันเนื่องจากฟันผุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	1	0



ตารางที่ 11 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็กอายุตั้งแต่ 3-6 ปี

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk assessment) ในเด็ก 3 - <6 ปี สำหรับทันตบุคลากร	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
ส่วนที่ 1 - สถานะสุขภาพ		
มีภาวะ* ที่ทำให้การทำความสะอาดช่องปากมีประสิทธิภาพลดลง หรือน้ำลายน้อย	1	0
ส่วนที่ 2 - การตรวจช่องปากและภาพรังสี		
พบคราบจุลินทรีย์ที่เห็นได้ชัดเจน	3	0
พบรอยโรคขุนขาวที่มีการดำเนินของโรคบนผิวเคลือบฟัน (Active white spot lesions) หรือพบฟันผุเป็นรูหรือพบฟันผุจากภาพรังสี	3	0
ส่วนที่ 3 - ปัจจัยอื่น ๆ		
แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตั้งแต่ 1,000 ppm F ขึ้นไป อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน	0	1
ยังไม่เลิกขวดนม	1	0
ดูดนมระหว่างการนอน	1	0
รับประทานอาหาร/ขนม / เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนอกมื้ออาหาร** > 2 ครั้ง/วัน	1	0
ใส่เครื่องมือในช่องปาก	1	0
พี่หรือน้องมีฟันผุ***	1	หรือ ไม่มีฟัน 0

หมายเหตุ * ภาวะที่ต้องการการดูแลพิเศษ มีโรคประจำตัว มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญา หรือได้รับผลจากยา

* นอกมื้ออาหาร หมายถึง ห่างจากอาหารมื้อหลัก มากกว่า 30 นาที

*** จากการซักประวัติ

ตารางที่ 12 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็กอายุตั้งแต่ 6-12 ปี

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk assessment) ในเด็ก 6 - <12 ปี สำหรับทันตบุคลากร	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
ส่วนที่ 1 - สถานะสุขภาพ		
มีภาวะที่ทำให้การทำความสะอาดช่องปากมีประสิทธิภาพลดลง หรือน้ำลายน้อย	1	0
ส่วนที่ 2 - การตรวจช่องปากและภาพรังสี		
พบรอยโรคขุนขาวที่มีการดำเนินของโรคบนผิวเคลือบฟัน (Active white spot lesions) หรือพบฟันผุเป็นรูหรือพบจากภาพรังสี	3	0
พบคราบจุลินทรีย์ที่เห็นชัดเจน	1	0
พบความผิดปกติของโครงสร้างฟัน	1	0
ส่วนที่ 3 - ปัจจัยอื่น ๆ		
รับประทานอาหาร/ ขนม / เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนอกมื้ออาหาร** 2 ครั้ง/วัน	2	0
ใส่เครื่องมือในช่องปาก	2	0
แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตั้งแต่ 1,000 ppm F ขึ้นไป อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน	0	1
พี่หรือน้องมีฟันผุ**	1	หรือ ไม่มีพี่น้อง 0

หมายเหตุ * ภาวะที่ต้องการการดูแลพิเศษ มีโรคประจำตัว มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญา หรือได้รับผลจากยา

** นอกมื้ออาหาร หมายถึง ห่างจากอาหารมื้อหลัก มากกว่า 30 นาที

*** จากการซักประวัติ

เกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงฟันผุตามคะแนนรวม

> 6 คะแนน = เสี่ยงสูงมาก หมายถึง มีแนวโน้มสูงมากที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา 6 เดือน และมีโอกาสเกิดฟันผุใหม่หลายด้าน

3-5 คะแนน = เสี่ยงสูง หมายถึง มีแนวโน้มสูงที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา 6 เดือน

0-2 คะแนน = เสี่ยงต่ำ หมายถึง มีแนวโน้มที่จะไม่มีฟันผุใหม่ ถ้ายังมีพฤติกรรมการกินอาหาร และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 13 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 12 ปี

ปัจจัย	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
ส่วนที่ 1 - สภาวะสุขภาพ		
- มีความบกพร่องที่ทำให้การทำความสะอาดช่องปาก มีประสิทธิภาพลดลง	2	0
- รับประทานหรือมีภาวะที่มีผลทำให้การไหลของน้ำลายลดลง**	1	0
ส่วนที่ 2 - การตรวจช่องปากและภาพรังสี		
- พบฟันผุระยะลุกลามแบบเป็นรูหรือไม่เป็นรู (Active cavitated or non-cavitated lesion) หรือพบฟันผุจากภาพรังสี ***	6	0
- มีการสูญเสียฟันหรือบูรณะฟัน เนื่องจากฟันผุภายใน 36 เดือน ที่ผ่านมา	2	0
- พบความผิดปกติของผิวฟันรูปร่างฟัน หลุมร่องฟันลึก หรือวัสดุบูรณะฟันที่มีผลต่อการทำความสะอาด	1	0
- ฝิรรากฟันผุฝัง	1	0
- ปากแห้งรุนแรง****	6	0
ส่วนที่ 3 - ปัจจัยอื่น ๆ		
- แปร่งฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตั้งแต่ 1,000 ppm F ขึ้นไป อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน	0	2
- รับประทานอาหารว่างหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนอกมื้ออาหาร (>1 ครั้ง/วัน)	4	0
- ใส่เครื่องมือในช่องปากหรือฟันเทียม (ชนิดติดแน่นหรือถอดได้) หมายเหตุ	1	0

* การมีโรคประจำตัว ติดแอลกอฮอล์ สารเสพติด มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ ที่ทำให้การทำความสะอาดช่องปากมีประสิทธิภาพลดลง รวมทั้งกรณีผู้ดูแลไม่สามารถช่วยทำความสะอาดช่องปากได้

** ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลลดอัตราการไหลของน้ำลาย ได้แก่ กลุ่มยาคลายกังวล และยาจิตเวช (antidepressants) เช่น ยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine), เซอร์ทราลีน (Sertraline), อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline), นอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline), โอลานซาปิน (Olanzapine), โคลซาปิน (Clozapine) กลุ่มยารักษาความดันโลหิตสูง เช่น ยาแคปโตพริล (Captopril), โคลนิดีน (Clonidine), เมทิลโดปา (Methyldopa) กลุ่มยาแก้แพ้ (antihistamines) เช่น ยาเซทริซีน (Cetirizine), คลอเฟนิรามีน (Chlorpheniramine), ไซโปรเฮปทาดีน (Cyproheptadine), ไดเฟนไฮดรามีน (Diphenhydramine), ไฮดรอกซี อะมิทริปไทลีน ซีน (Hydroxy Amitriptyline zine) กลุ่มยา คลายกล้ามเนื้อ ลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ยาออกซี โทนิน (Oxybutylin), โทลเทโรดีน (Tolterodine) และยารักษาพาร์กินสัน เช่น ยาเลโวโดปา (Levodopa), คาร์บิโดปา (Carbidopa) เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะซึ่งส่งผลทำให้การไหลของน้ำลายลดลง เช่น กลุ่มอาการระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคไซเคริน (Sjögren's Syndrome), โรคแพ้ภูมิ ตัวเอง (Systemic Lupus Erythematosus; SLE), โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) โรคเบาหวาน โรคไตระยะสุดท้าย โรคติดเชื้อ เช่น เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus; HIV), โรคไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus) โรคตับแข็ง การฉายรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ

*** หมายถึงฟันผุทั้งบริเวณตัวฟันและรากฟัน โดยลักษณะรอยผุลุกลามที่ไม่เป็นรูบนเคลือบฟันมีผิวขรุขระ อาจมีสีขุ่นขาวหรือเหลือง ร่วมกับมีการสะสมของแผ่นคราบ จุลินทรีย์ รอยผุลุกลามที่เป็นรูบนรากฟันมีลักษณะขรุขระ เขียวเข้ม อาจมีสีเหลืองหรือน้ำตาลอ่อน และในส่วนรอยผุลุกลามที่เป็นรูมีลักษณะเป็นโพรง เขียวเข้ม มีการสะสมของ แผ่นคราบจุลินทรีย์ อาจอยู่ในชั้นเคลือบฟันหรือเนื้อฟันก็ได้

**** ปากแห้งรุนแรง ประเมินโดยใช้ CODS (clinical oral dryness score) โดยมีลักษณะในช่องปากเหล่านี้ อย่างน้อย 7 ลักษณะ ได้แก่ 1) กระจัดติดเยื่อเมือกด้านแก้ม 2) กระจัดติดลิ้น 3) น้ำลายเป็นฟองขนาดเล็ก 4) ไม่มีน้ำลายสะสมที่พื้นปาก 5) สูญเสียปุ่มบนลิ้น 6) เหงือกเปลี่ยนแปลงไปจากปกติหรือเรียบมัน 7) เยื่อเมือกในช่องปากเป็นมันวาวโดยเฉพาะเพดานปาก 8) ลิ้นเป็นลอนหรือมีรอยแยก 9) มีฟันผุระยะลุกลามหรือเพิ่งอุดมาในระยะเวลา 6 เดือน หรือมีรอยผุคอฟันอย่างน้อย 2 รอยโรค 10) มีคราบ อาหารที่เพดานปากโดยไม่รับประทานได้ ฐานฟันเทียม



ตารางที่ 14 แสดงการจัดการตามความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี

		ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk)	ความเสี่ยงสูง (High) (3 - 5 คะแนน)	ความเสี่ยงสูงมาก (Extremely High) (≥6 คะแนน)
		เสี่ยงต่ำ (Low) (0 - 2 คะแนน)	ความเสี่ยงสูง (High) (3 - 5 คะแนน)	ความเสี่ยงสูงมาก (Extremely High) (≥6 คะแนน)
การจัดการที่บ้าน (Home care)	วิถีชีวิตสุขภาพ (Healthy lifestyle)	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเลิกนมติดก้นในช่วงอายุ 6-12 เดือน - ไม่ให้กินนมในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี - ไม่ใช้ขวดนมใส่เครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลหรือมีรสหวานให้เด็ก - เลือกรับประทานเครื่องดื่มระหว่างมื้อที่ไม่เติมน้ำตาลหรือไม่มีรสหวาน - ดื่มนมจากแก้วหรือกล่อง งดใช้ขวดนมเป็นภาชนะเมื่อเด็กอายุ 18 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเลิกนมเมื่ออายุ 2 ปี 	
	การควบคุมคราบจุลินทรีย์เชิงกล (Mechanical plaque control)		แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์โดยผู้ดูแล	
	ฟลูออไรด์สำหรับใช้ที่บ้าน (Home-use fluoride)	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,000 ส่วนในล้านส่วน (part per million; ppm) ปริมาณเท่ากับเม็ดช็อคโกแลตหรือแปรงฟัน	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,000 ส่วนในล้านส่วน (part per million; ppm) ปริมาณเท่ากับเม็ดช็อคโกแลตหรือแปรงฟัน	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ส่วนในล้านส่วน (part per million; ppm) ปริมาณเท่ากับเม็ดช็อคโกแลตหรือแปรงฟัน
การดูแลโดยทันตบุคลากร (Professional care)	การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง (Risk factor modification)	<ul style="list-style-type: none"> - สอนวิธีทำความสะอาดช่องปากด้วยการลงมือทำ (hands-on) - การให้คำปรึกษาทางโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ควรใช้วิธีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) 		
	ฟลูออไรด์ที่ให้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร (Professionally applied fluoride)		5% โซเดียมฟลูออไรด์วานิช ทุก 3-6 เดือน	5% โซเดียมฟลูออไรด์วานิช ทุก 3 เดือน
	การเคลือบหลุมร่องฟันน้ำนม (Sealant)	ไม่แนะนำ (not indicated)		ฟันที่หลุมร่องฟันระดับ CDAS 1-3
	การจัดการฟันผุ (Cavity management) (ICDAS 4-6 without pulpal involvement)	-	<ul style="list-style-type: none"> - 38% ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride, SDF) สำหรับรอยฟันผุในเนื้อฟัน (dentin lesion) - การบูรณะฟันชั่วคราว (Interim therapeutic restoration; ITR) - การบูรณะฟันแบบอนุรักษ (minimal invasive restoration) ควรเลือกใช้วัสดุที่ปลดปล่อย ฟลูออไรด์ เช่น เรซินมอดิฟายด์กลาสไอโอโนเมอร์ (resin modified glass ionomer; RMGIC) 	
	การกลับมารว (Recall)	6-12 เดือน	6 เดือน	3 เดือน

ตารางที่ 15 แสดงการจัดการตามความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็กอายุตั้งแต่ 3-6 ปี

การจัดการ		ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk)	ความเสี่ยงสูง (High) (3 - 5 คะแนน)	ความเสี่ยงสูงมาก (Extremely High) (≥6 คะแนน)
การดูแลที่บ้าน (Home care)	วิถีชีวิตสุขภาพดี (Healthy lifestyle)	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเลิกนมเมื่อเด็กในช่วงอายุ 6-12 เดือน - ไม่ให้ใช้น้ำผลไม้ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี - ไม่ใช้ขวดนมใส่เครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลหรือมีรสหวานให้เด็ก - ตัดผมจากแก้วหรือกล่อง งดใช้ขวดนมเป็นระยะเมื่อเด็กอายุ 18 เดือน 	ความเสี่ยงสูง (High) (3 - 5 คะแนน)	ความเสี่ยงสูงมาก (Extremely High) (≥6 คะแนน)
	การควบคุมคราบจุลินทรีย์เชิงกล (Mechanical plaque control)	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเลิกนมเมื่อเด็กในช่วงอายุ 6-12 เดือน - ไม่ให้ใช้น้ำผลไม้ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี - ไม่ใช้ขวดนมใส่เครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลหรือมีรสหวานให้เด็ก - ตัดผมจากแก้วหรือกล่อง งดใช้ขวดนมเป็นระยะเมื่อเด็กอายุ 18 เดือน 	ความเสี่ยงสูง (High) (3 - 5 คะแนน)	ความเสี่ยงสูงมาก (Extremely High) (≥6 คะแนน)
การดูแลโดยทันตบุคลากร (Professional care)	ฟลูออไรด์สำหรับใช้ที่บ้าน (Home-use fluoride)	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ส่วนในล้านส่วน (part per million; ppm) ปริมาณ เท่ากับเม็ดขัดขาวสารหรือตะขบแปรงพอกเปียก	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ส่วนในล้านส่วน (part per million; ppm) ปริมาณ เท่ากับเม็ดขัดขาวสารหรือตะขบแปรงพอกเปียก	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ส่วนในล้านส่วน (part per million; ppm) ปริมาณ เท่ากับเม็ดขัดขาวสารหรือตะขบแปรงพอกเปียก
	การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง (Risk factor modification)	<ul style="list-style-type: none"> - สอนวิธีทำความสะอาดช่องปากด้วยการลงมือทำ (hands-on) - การให้คำปรึกษาทางโภชนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ควรใช้วิธีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) 	59% โซเดียมฟลูออไรด์วาร์นิช ทุก 3-6 เดือน	5% โซเดียมฟลูออไรด์วาร์นิช ทุก 3 เดือน
	การเคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant)	ไม่แนะนำ (not indicated)	ฟันผุที่หลุมร่องฟันระดับ ICDAS 1-3	
	การจัดการฟันผุ (Cavity management) (ICDAS 4-6 without pulpal involvement)	-	<ul style="list-style-type: none"> - 38% ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride; SDF) สำหรับรอยฟันผุในชั้นเนื้อฟัน (dentin lesion) - การบูรณะฟันชั่วคราว (interim therapeutic restoration; ITR) - การบูรณะฟันแบบบอญรักซ์ (minimal invasive restoration) ควรเลือกใช้วัสดุที่ปลดปล่อย ฟลูออไรด์ เช่น เรซินอมติฟายด์กลาสไอโอโนเมอร์ (resin modified glass ionomer; RMGIC) 	6 เดือน
การกลับมามาตรวจ (Recall)	6-12 เดือน	6 เดือน	3 เดือน	

ตารางที่ 16 แสดงการจัดตามความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็กอายุตั้งแต่ 6-12 ปี

การจัดฟันผุ		ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk)	ความเสี่ยงสูง (High) (3 - 5 คะแนน)	ความเสี่ยงต่ำ (Low) (0 - 2 คะแนน)
การดูแลที่บ้าน (Home care)	วิถีชีวิตสุขภาพดี (Healthy Lifestyle)	เลือกอาหารระหว่างมื้อและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหรือไม่มีรสหวาน และไม่เคี้ยววันแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์		
	การควบคุมคราบจุลินทรีย์เชิงกล (Mechanical plaque control) ฟลูออไรด์สำหรับใช้ที่บ้าน (Home-use fluoride)	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ppm ปริมาณเท่ากับความยาวของแปรง	บ้านปากด้วยน้ำยาล้างปากฟลูออไรด์ (0.05% โซเดียมฟลูออไรด์ วันละ 1 ครั้ง หรือ 0.2% โซเดียมฟลูออไรด์ สีสบตาหัดครั้งแรก หรือสองสัปดาห์ครั้ง)	บ้านปากด้วยน้ำยาล้างปากฟลูออไรด์ (0.05% โซเดียมฟลูออไรด์ วันละ 2 ครั้ง หรือ 0.2% โซเดียมฟลูออไรด์ สีสบตาหัดครั้งแรก หรือสองสัปดาห์ครั้ง)
การดูแลทันตบุคลากร (Professional care)	การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง (Risk factor modification)	<ul style="list-style-type: none"> - สอนการทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธี - การให้คำปรึกษาทางโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) 	<ul style="list-style-type: none"> - ฟลูออไรด์เจล 1.23% แอซิด เลคทอสเฟต ฟลูออไรด์ ในเด็กที่สามารถให้ความร่วมมือในการเคลือบเงา หรือ 5% โซเดียมฟลูออไรด์ วารินิชทุก 6 เดือน - กรณีพบรอยฟันขาวขุ่น (white spot lesion) ใช้ฟลูออไรด์วานิช หรือฟลูออไรด์เจททดแทน (หากไม่มีฟลูออไรด์วานิช) ทุก 3-6 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - ฟลูออไรด์เจล 1.23% แอซิด เลคทอสเฟต ฟลูออไรด์ ในเด็กที่สามารถให้ความร่วมมือในการเคลือบเงา หรือ 5% โซเดียมฟลูออไรด์ วารินิชทุก 6 เดือน - กรณีพบรอยฟันขาวขุ่น (white spot lesion) ใช้ฟลูออไรด์วานิช หรือฟลูออไรด์เจททดแทน (หากไม่มีฟลูออไรด์วานิช) ทุก 3-6 เดือน
	การเคลือบหลุมร่องฟันแท้ (Sealant)	ฟันไม่ผุ (ICDAS 0) แต่มีหลุมร่องฟันลึกและมีความเสี่ยงที่จะเกิดฟันผุ		
	การจัดการรูฟันผุ (Cavity management) (ICDAS 4-6 without pulpal Involvement)	-	<ul style="list-style-type: none"> - 38% ซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride; SDF) กรณีฟันผุ (สำหรับผู้มีปัญหาด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตหรือพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำไปตามปกติได้) - การบูรณะฟันแบบอนุรักษ์ (minimal invasive restoration) ควรเลือกใช้วัสดุที่ปลดปล่อยฟลูออไรด์ 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 เดือน - ถ้าภาพรังสีแบบกัดปีก (bite-wing radiographs) 6 เดือน
การกลับมามาตรวจ (Recall)			<ul style="list-style-type: none"> - 6-12 เดือน - ถ้าภาพรังสีแบบกัดปีก (bite-wing radiographs) 12-24 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - 6-12 เดือน - ถ้าภาพรังสีแบบกัดปีก (bite-wing radiographs) 12-24 เดือน

ตารางที่ 17 แสดงการจัดการตามความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 12 ปี

ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk)		ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk)		
การจัดการ	เสี่ยงต่ำ (Low) (0 - 1 คะแนน)	เสี่ยงปานกลาง (Moderate) (2 - 5 คะแนน)	เสี่ยงสูงมาก (High) (>6 คะแนน)	
การดูแลที่บ้าน (Home care)	วิถีชีวิตสุขภาพดี (Healthy Lifestyle)	<ul style="list-style-type: none"> รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดความถี่หรือเสี้ยวอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลนอกมื้ออาหาร ได้รับน้ำเพียงพอในแต่ละวัน (6-8 แก้ว/วัน) 	<ul style="list-style-type: none"> แปรงฟันวันละ 2 ครั้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 	<ul style="list-style-type: none"> ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ppm** ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ppm** (อาจใช้ 5,000 ppm ในผู้บวอายุ 12 ปีขึ้นไป) บ้วนปากด้วยน้ำยาล้างปากฟลูออไรด์ (0.05% โซเดียมฟลูออไรด์ วันละ 1 ครั้ง หรือ 0.2% โซเดียมฟลูออไรด์ สัปดาห์ละครั้งหรือสองสัปดาห์ครั้ง)
	การควบคุมคราบจุลินทรีย์เชิงกล (Mechanical plaque control)	ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ppm**	<ul style="list-style-type: none"> ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ppm** บ้วนปากด้วยน้ำยาล้างปากฟลูออไรด์ (0.05% โซเดียมฟลูออไรด์ วันละ 1 ครั้ง หรือ 0.2% โซเดียมฟลูออไรด์ สัปดาห์ละครั้งหรือสองสัปดาห์ครั้ง) 	<ul style="list-style-type: none"> ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1,400-1,500 ppm** บ้วนปากด้วยน้ำยาล้างปากฟลูออไรด์ (0.05% โซเดียมฟลูออไรด์ วันละ 2 ครั้ง หรือ 0.25% โซเดียมฟลูออไรด์ สัปดาห์ละครั้งหรือสองสัปดาห์ครั้ง)
การดูแลโดยทันตบุคลากร (Professional care)	การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง (Risk factor modification)	<ul style="list-style-type: none"> สอนการทำความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธี การให้คำปรึกษาทางโภชนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ควรใช้วิธีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) 		
	ฟลูออไรด์ที่ได้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร (Professionally applied fluoride)		<ul style="list-style-type: none"> ทาฟลูออไรด์วาร์นิชหรือซิลเวอร์ไดอามีน ฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride; SDF) ทุก 6 เดือน บริเวณ รากฟันผุที่มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่รีไซเคิล*** 	<ul style="list-style-type: none"> ทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 3-6 เดือน ทาซิลเวอร์ไดอามีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride; SDF) บริเวณรากฟันผุฝังทุก 6 เดือน***
	การเคลือบหลุมร่องฟันแท้ (Sealant)	<ul style="list-style-type: none"> ฟันไม่ผุ (ICDAS 0) แต่มีหลุมร่องฟันลึกและมีความเสี่ยงที่จะเกิดฟันผุ 	<ul style="list-style-type: none"> ฟันผุบริเวณหลุมร่องฟันระดับ CDAS 3 	<ul style="list-style-type: none"> มีฟันผุบริเวณหลุมร่องฟันระดับ KCDAS 1-2 ระยะ ลูกกลาม
การจัดการรูฟันผุ (Cavity management) (ICDAS 4-6 without pulpal Involvement)				<ul style="list-style-type: none"> 38% ซิลเวอร์ไดอามีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride; SDF) ทุก 6 เดือน (สำหรับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพหรือสุขภาพจิตหรือพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำฟันตามปกติได้) การบูรณะฟันแบบอนุรักษ์ (minimal invasive restoration) ควรเลือกใช้วัสดุที่ปลดปล่อยฟลูออไรด์

ตารางที่ 17 แสดงการจัดการตามความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในผู้ที่มีความมากกว่า 12 ปี (ต่อ)

		ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries risk)		
การจัดการ		เสี่ยงต่ำ (Low) (0 - 1 คะแนน)	เสี่ยงปานกลาง (Moderate) (2 - 5 คะแนน)	เสี่ยงสูงมาก (High) (≥6 คะแนน)
การดูแลโดยทันตบุคลากร (Professional)	น้ำลาย (Saliva)		กรณีที่ได้รับประทานยาหรือมีภาวะที่ทำให้เกิดการไหลของน้ำลายลดลง <ul style="list-style-type: none"> • จิบน้ำบ่อย ๆ • ใช้ผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นในปาก เช่น น้ำลายเทียม วนชุ่มปาก • หมากฝรั่งปราศจากน้ำตาล 	กรณีปากแห้งมาก <ul style="list-style-type: none"> • จิบน้ำบ่อย ๆ • ใช้ผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นในปาก เช่น น้ำลายเทียม วนชุ่มปาก • อาจใช้ยากระตุ้นน้ำลาย เช่น พิโลคาร์ปิน (Pilocarpine)****
	การกลับมามาตรวจ (Recall)	<ul style="list-style-type: none"> - 6 เดือน - ถ่ายภาพรังสีแบบกัดบิก (bite-wing radiographs) 24-36 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - 6-12 เดือน - ถ่ายภาพรังสีแบบกัดบิก (bite-wing radiographs) 18-24 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - 3-6 เดือน - ถ่ายภาพรังสีแบบกัดบิก (bite-wing radiographs) 6-18 เดือน

หมายเหตุ

* กรณีคนไข้มีภาวะ ลายน้อยหรือกลิ่นลำปาก แนะนำให้เสี่ยงยาฟลูออไรด์ที่มีส่วนผสมของโซเดียมลอริลซัลเฟต (sodium lauryl sulfate) ควรใช้ฟลูออไรด์ที่มีฟอสฟอรัสหรือไม่มีฟอสฟอรัส

** บ้วนน้ำลายและฟองในปากออก ไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจบ้วนน้ำ 1 ครั้ง (ประมาณ 1 อังมือ หรือ 5-10 มล.)

*** ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีวิวัฒนาการของฟันผุ เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ โดยทันตแพทย์ควรแจ้งผู้ป่วยถึงการใช้ยารักษาฟันหลังจาก SDF ก่อนการรักษา

**** ทีโลคาร์ปิน (Pilocarpine) 5 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด ทุก 8 ชม. หรือ 1-2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง 30 นาที ก่อนมีอาหาร รับประทาน 30 มก. ต่อวัน ใช้ในคนไข้กลุ่มที่มีการทำงานของต่อมน้ำลายบกพร่อง (hypofunction of salivary gland) และห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด (uncontrolled asthma) และโรคต้อหินชนิดมุมปิด (angle closure glaucoma)

การให้บริการทันตกรรมป้องกันบนหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคลมชักที่ต้องรับการรักษาคือผู้ป่วยในบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลควรได้รับการดูแลอนามัยช่องปาก โดยเฉพาะการควบคุมคราบจุลินทรีย์และการป้องกันฟันผุ เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และมีความเสี่ยงต่อการสำลักเชื้อโรคในช่องปากทำให้ปอดติดเชื้อ (Aspiration Pneumonia) การให้บริการทันตกรรมป้องกันบนหอผู้ป่วยโดยบุคลากรการแพทย์มีดังนี้

1. การตรวจประเมินโดยพยาบาลหรือผู้ดูแล

พยาบาลหรือผู้ดูแลสามารถช่วยประเมินสถานะช่องปากเบื้องต้น โดยใช้เครื่องมือตรวจประเมินช่องปาก เช่น เครื่องมือประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงฉบับภาษาไทย (Oral Health Assessment Tool; OHAT) ในการตรวจคัดกรองเบื้องต้น กรณีพบความผิดปกติควรมีการสื่อสารไปยังทันตบุคลากรเพื่อรับการตรวจ ให้คำแนะนำ ตลอดจนการบำบัดรักษาและให้การดูแลตามความจำเป็น

ตารางที่ 18 แสดงเครื่องมือประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงฉบับภาษาไทย

Oral Health Assessment Tool (OHAT) ฉบับภาษาไทย

ดัดแปลงจาก Chalmers J. et al. (2004) J Gerontol Nurs. Nov; 30(11):5-12 ลิขสิทธิ์ฉบับภาษาไทยโดยมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... ชื่อ-นามสกุลผู้ตรวจ วันที่ตรวจ/...../.....

การให้คะแนน : ให้คะแนนเป็นตัวเลขและสามารถวงกลมรอบคำอธิบายตามลักษณะที่พบ				
* หากพบว่ามีใครแน่น 1 หรือ 2 กรุณานัดทันตแพทย์เพื่อตรวจช่องปากผู้ป่วยอีกครั้ง				
ลักษณะที่พบ	0 = ปกติ	1 = เริ่มมีปัญหา ต้องได้รับการดูแล*	2 = มีปัญหาต้องได้รับการดูแลโดยเร็ว*	คะแนน
ริมฝีปาก	ความชุ่มชื้น เรียบ มีสีชมพู	แห้ง แดง หรือสีแดง มุมปาก	บวมหรือมีก้อนเนื้อ มีรอยสีขาวหรือสีแดง มีแผล มีเลือดออกหรือมีแผลที่มุมปาก	
ลิ้น	ปกติ ชุ่มชื้น ผิวหยาบหรือไม่เรียบ มีสีชมพู	มีรอยสีแดง ลิ้นเรียบหรือเลี่ยน มีร่องหรือรอยแยก มีคราบบนลิ้น	มีรอยสีแดงและ/หรือรอยสีขาว เป็นแผล บวม	
เหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก	มีความชุ่มชื้น เรียบ มีสีชมพู ไม่มีเลือดออก	แห้ง เป็นเงา ขรุขระ แดง บวม มีแผล รอยแดงหรือระคายเคืองจากฟันเทียมกดทับ 1 ตำแหน่ง	บวม มีเลือดออก เป็นแผล มีรอยสีขาวหรือสีแดงโดยทั่วไป บริเวณใต้ฐานฟันเทียม	
น้ำลาย	เนื้อเยื่ออ่อนชุ่มชื้น น้ำลายไม่ข้น ไม่ลื่น	เนื้อเยื่ออ่อนแห้ง น้ำลายเหนียว น้ำลายน้อย ผู้ป่วยรู้สึกปากแห้ง	เนื้อเยื่ออ่อนแห้งแดง มีน้ำลายน้อยมากหรือข้นมาก หรือไม่มีน้ำลายเลย ผู้ป่วยบ่นว่าปากแห้ง	
ฟันธรรมชาติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไม่มีหัวฟันหรือแตก ไม่มีเศษซากฟัน	ตัวฟันสึกมาก มีฟันหรือฟันแตกหรือเศษซากฟัน 1-3 ซี่	ฟันสึกมาก มีฟันผุหรือเศษซากฟัน ตั้งแต่ 4 ซี่ขึ้นไป หรือมีฟันเหลือน้อยกว่า 4	
ฟันเทียม <input type="checkbox"/> มีระบุ บน/ล่าง <input type="checkbox"/> ไม่มี	ใส่ฟันเทียมชุดนี้เป็นประจำ มีส่วนแตกหักชำรุด	มีส่วนแตก หัก ชำรุด 1 ตำแหน่ง ใส่ฟันเทียมเพียง 1-2 ชั่วโมง/วัน ฟันเทียมหลวมชนิดน้อย	มีส่วนแตก หัก ชำรุด 1 ตำแหน่ง ฟันเทียมหายหรือไม่ได้ใส่ ฟันเทียมหลวมและต้องใช้กาวยึดฟันเทียม	
ความสะอาดภายในช่องปาก	สะอาด และไม่มีเศษอาหารหรือหินปูนติดที่ฟันหรือฟันเทียม	พบเศษอาหาร หรือคราบจุลินทรีย์หรือหินปูน 1-2 ตำแหน่ง ในช่องปากหรือบางตำแหน่งของฟันเทียมหรือมีกลิ่นปาก	พบเศษอาหาร หรือคราบจุลินทรีย์หรือหินปูนเกาะเกือบทั่วไปในช่องปาก หรือฟันเทียมแทบทุกส่วนหรือมีกลิ่นปากรุนแรง	
อาการเจ็บปวด	ไม่บ่นว่าเจ็บหรือปวด มีพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดหรืออาการแสดงในช่องปาก	บ่นว่าเจ็บปวดและ/หรือพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวด เช่น กัดริมฝีปาก ไม่รับประทานอาหาร อารมณ์ไม่ดี ก้าวร้าว เอามือดึงบริเวณใบหน้า	มีอาการแสดงชัดเจน เช่น เหงือกบวม ฟันแตก บวมบริเวณแก้มหรือเหงือก มีแผล บ่นว่าเจ็บปวดและ/หรือมีพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวด เช่น ไม่รับประทานอาหาร อารมณ์ไม่ดี ก้าวร้าว เอามือดึงบริเวณใบหน้า	
<input type="checkbox"/> *นัดตรวจกับแพทย์ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> วางแผนดูแลอนามัยช่องปากและเริ่มให้การดูแลแล้ว <input type="checkbox"/> วางแผนประเมินซ้ำในวันที่.../.../....				รวม...../16

2. การควบคุมคราบจุลินทรีย์

การควบคุมคราบจุลินทรีย์ทำได้โดยการทำความสะอาดช่องปาก ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและช่วยเหลือตนเองได้ สามารถให้แปรงฟัน ทำความสะอาดซอกฟันและแปรงลิ้นได้ด้วยตนเอง โดยอาจจัดหาอุปกรณ์ ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน และอุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยแปรงบนเตียงผู้ป่วยเองได้ ในกรณีผู้ป่วยวิกลจริตหรือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลและ/หรือพยาบาลสามารถช่วยทำความสะอาดช่องปากให้เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มภาวะพึ่งพิง โดยหากมีเครื่องดูดเสมหะสามารถใช้เป็นอุปกรณ์ในการช่วยดูดน้ำลายขณะแปรงฟันร่วมด้วยได้

3. การป้องกันฟันผุ

การป้องกันฟันผุบนห่อผู้ป่วยทำได้โดยการทำความสะอาดช่องปากเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ ร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์

เอกสารอ้างอิง

1. Little JW, Miller CS, Rhodus NL. Little and Falace's dental management of the medically compromised patient. 9th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.; 2018.
2. Robbins MR. Dental management of special needs patients who have epilepsy. Dent Clin N Am 2009;53:295-309.
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาทางทันตกรรมผู้ป่วยโรคลมชัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2552.
4. ชมรมวิชาชีพทันตกรรม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ. 2558.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุสำหรับทันตบุคลากร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์;2564.
6. ศิริรักษ์ นครชัย, ฤดี สุราฤทธิ์, วรางคณา จิรรัตนโสภา, ศิริพร ส่งศิริประดับบุญ, อรนิดา วัฒนรัตน์, พรทิพย์ ผจงวิริยาทร, และคณะ. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ทางทันตกรรม. J Dent Assoc Thai 2023;73:92-103.
7. วิรชา แสงจันทร์, ทิพย์ฤทัย ประยูรวงษ์, มัทนา เกษตระทัต และจุฑารัตน์ นิมีเรือง. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงฉบับภาษาไทย. ใน: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการเสนอ

ผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 46; 17-18 พฤษภาคม 2561; โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2561. หน้า 138-148.

8. Joshi SR, Pendyala GS, Saraf V, Choudhari S, Mopagar V. A comprehensive oral and dental management of an epileptic and intellectually deteriorated adolescent. Dent Res J 2013 Jul;10(4):562-7.
9. Goswami M, Johar S, Khokhar A. Oral Health Considerations and Dental Management for Epileptic Children in Pediatric Dental Care. Int J Clin Pediatr Dent 2023;16(1):170-176.
10. Edelman, Carole L., and Carol Lynn Mandle. Health Promotion Throughout the Lifespan. 3rd ed. Mosby, 1994.
11. Pender, N. J. (2011). Health promotion in nursing. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Aragon CE, Burneo JG. Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice. J Can Dent Assoc 2007;73(1):71-6.
12. วรางคณา เวชวิณี สุปราณี ดาโลตม นนทลี วีรัชย์ ผลการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชในการป้องกัน รากฟันผุในกลุ่มผู้สูงอายุ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2560, ปีที่: 40 ฉบับที่ 1 หน้า 49-64
13. Mei, ML, Chu CH, Lo ECM. And Samaranayake Fluoride and Silver concentration of silver diamine fluoride solution for dental use. IntJ Paediatric Dent 2013;23(4): 279-85
14. Facebook page ฟันยังดี ของกรมอนามัย <https://www.facebook.com/funyoungdee/photos/a.118874136383383/251262143144581/>
15. ศิริรักษ์ นครชัย, ฤดี สุราฤทธิ์, วรางคณา จิรรัตน์โสภา, ศิริพร ส่งศิริประดับบุญ, อรนิดา วัฒนรัตน์ และคณะ: แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในทางทันตกรรม 6 (Guideline on Use of Fluoride in Dentistry; J DENT ASSOC THAI 2023;73(2)
16. ศิริรักษ์ นครชัย, ภัทรวดี ลีลาทวิวุฒติ, พิภพ สายแก้ว, นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา, กัญยรัตน์ คอวนิช, อรุมา อังวรารวงศ์, อ้อยทิพย์ ชาญการคำ, สุพิชชา ตลิ่งจิตร, ขวัญชนก อยู่เจริญ: แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและการจัดการ, J DENT ASSOC THAI 2023;73(4)





