



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ชบ ๐๐๓๓/ ๕๐๒๘

วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสตกท้วงเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทยาศึกษา ผู้บริหารโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบกรคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน ๒ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายกฤษณ์ สกฤตแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางณัฐรามา มัคครากุล	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานทันตกรรม
๒	นางสาวเพ็ญพิชชา เอี่ยมระหงษ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานทันตกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายพงศ์สิษฐ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางณัฐรา มัคครากุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานทันตกรรม		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานทันตกรรม		
		ทันตแพทย์ชำนาญการ (ด้านทันตกรรม)	๘๕๗๖๕	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)	๘๕๗๖๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	การทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้าบน (Esthetic crownlengthening)				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					

สุภาว อมาตยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้าบน (Esthetic crownlengthening)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ - ตุลาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน การทำการทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟัน เป็นหนึ่งในวิธีที่ใช้ในการรักษากภาวะยืมแล้วเห็นเหงือก ซึ่งในด้านของการรักษา ทันตแพทย์จะต้องประเมินและตรวจทั้งภายนอกช่องปากและภายในช่องปาก รวมถึงถ่ายภาพรังสี เพื่อประเมินให้ได้ถึงสาเหตุทั้งหมด ซึ่งส่วนมากเกิดได้หลายปัจจัย และมักเกิดร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านโครงสร้างของกระดูก ฟัน และเนื้อเยื่ออ่อน เมื่อตรวจและพบสาเหตุแล้ว ก็จะต้องรักษาตามสาเหตุ เพื่อให้ได้การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในบางครั้งจำเป็นจะต้องมีการปรึกษาทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟัน และสาขาแม็กซิลโลเฟเชียล เพื่อให้ได้การรักษากภาวะยืมแล้วเห็นเหงือกได้อย่างสมบูรณ์

ถ้าหากสาเหตุของการยืมแล้วเห็นเหงือกมากจากส่วนโครงสร้างของกระดูก ในการรักษาจะต้องมีการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร อาจจะรวมกับการจัดฟันหรือไม่ก็ได้ ถ้าสาเหตุจากฟันที่มีตำแหน่งไม่เหมาะสม การรักษาจะต้องจัดฟัน และในฟันมีรูปร่างที่เตี้ยและสั้น ก็ต้องประเมินว่าสาเหตุเกิดจากว่าเกิดจากเหงือกอย่างเดียว หรือมีสาเหตุจากกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย ซึ่งการรักษาอาจจะตัดเหงือกเพียงอย่างเดียว หรือตัดเหงือกร่วมกับการก่อแต่งกระดูกร่วมกัน สุดท้ายถ้าสาเหตุของการยืมแล้วเห็นเหงือกที่เกิดจากเนื้อเยื่ออ่อน ก็จะต้องประเมินความยาวของริมฝีปากบนว่าสั้นหรือไม่ มีการทำงานของกล้ามเนื้อริมฝีปากที่มากเกินไป หรือมีภาวะเหงือกโต และการรักษาก็จะทำการผ่าตัดเปลี่ยนตำแหน่งของริมฝีปาก การฉีดโบท็อก และการตัดแต่งเหงือกตามลำดับ

การตรวจและประเมินในผู้ป่วยในเคสนี้ ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้ง ๓ ส่วน ทั้งส่วนของโครงสร้างของกระดูกขากรรไกร ฟัน และเนื้อเยื่ออ่อน ส่วนของโครงสร้างของกระดูกขากรรไกรบนและล่างมีความผิดปกติเล็กน้อย มีการเอียงของกระดูกขากรรไกรบนและฟันบน ซึ่งจะเห็นได้ชัดเมื่อมองผู้ป่วยจากด้านหน้า ในส่วนของฟันมีรูปร่างฟันที่เตี้ยและสั้นนั้น ซึ่งเกิดจากการเคลื่อนของเหงือกไม่สมบูรณ์ภายหลังฟันขึ้น และส่วนของเนื้อเยื่ออ่อน ผู้ป่วยมีลักษณะริมฝีปากปิดไม่สนิทเมื่ออยู่ในระยะพัก

สำหรับแผนการรักษาผู้ป่วย จำเป็นจะต้องจัดฟันรวมกับการผ่าตัดขากรรไกร การทำการทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันรวมกับการศัลยกรรมปรับระดับริมฝีปาก และอาจทำรวมกับการฉีดโบท็อก เพื่อแก้ไขความผิดปกติของทั้งโครงสร้างของกระดูกขากรรไกร ฟัน และเนื้อเยื่ออ่อน

ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะแก้ไขในส่วนของโครงสร้างกระดูกขากรรไกรและเนื้อเยื่ออ่อน ต้องการแก้ไขเฉพาะส่วนของฟันเท่านั้น

การพูดคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลของสาเหตุการเกิดภาวะยืมแล้วเห็นเหงือก แผนการรักษา ข้อดีและข้อจำกัดในแต่ละแผนการรักษา นำมาสู่การตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเอง โดยที่ผู้ป่วยรับทราบถึงผลการรักษาที่ได้ นำมาสู่การให้รักษาที่และผลการรักษาที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

แนวทางการรักษา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันก่อนทำวีเนียร์
๒. ชักประวัติโรคประจำตัว ประวัติทางทันตกรรม และอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ และความคาดหวังของการรักษาของผู้ป่วย
๓. ตรวจนอกช่องปากและในช่องปาก ถ่ายภาพใบหน้าผู้ป่วย ถ่ายภาพในช่องปากและถ่ายภาพรังสี
๔. อธิบายสิ่งที่ตรวจได้ให้คนไข้เข้าใจ ทั้งปัญหาโครงสร้างใบหน้า ริมฝีปาก เนื้อเยื่ออ่อน และฟัน ที่ส่งผลต่อความสวยงามของรอยยิ้มของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคปริทันต์ จำเป็นจะต้องรักษาก่อนเริ่มการทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้าบน
๕. ในขั้นตอนของการรักษาโรคปริทันต์ จะมีการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคปริทันต์ การดูแล การรักษา และการป้องกันให้กับผู้ป่วย รวมถึงการสอนการดูแลอนามัยช่องปาก การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องวิธี
๖. ทำการรักษาโรคปริทันต์ ด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน รวมถึงเน้นย้ำการดูแลอนามัยช่องปากของผู้ป่วยในทุกครั้งที่มาทำการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้
๗. หลังการรักษาโรคปริทันต์ ๑ เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาวะช่องปาก มีการตรวจเหงือกและวัดร่องเหงือกซ้ำ เพื่อประเมินว่ายังเหลือร่องลึกปริทันต์หรือไม่ ผู้ป่วยไม่มีร่องลึกปริทันต์ที่มากกว่า ๕ มิลลิเมตร จึงไม่จำเป็นต้องทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าว
๘. ทำการตรวจและถ่ายรูปทั้งในและนอกช่องปากอีกครั้ง เพื่อเก็บข้อมูลซึ่งนำไปใช้ในการวางแผนการรักษา ศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้า การตรวจในช่องปากรวมถึงทำการตรวจหาระยะระหว่างขอบเหงือกถึงกระดูกรองรับรากฟัน (bone sounding) วัดระยะของเหงือกที่มีเคอราทิน วัดความสูงของฟันของฟันซี่ ๑๕-๒๕
๙. ปรึกษาปรึกษาทันตแพทย์สาขาทันตกรรมจัดฟันและสาขาแมกซิโลเฟเชียล สำหรับแผนการรักษา ความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกรและฟันหน้าที่เอียง ซึ่งจำเป็นต้องจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา
๑๐. อธิบายทางเลือกในการรักษา ทั้งแผนการรักษา และผลการรักษาที่ได้
๑๑. วางแผนร่วมกับทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ โดยทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ได้แต่งซี่ฝังเพื่อจำลองรูปร่างฟันหลังทำวีเนียร์ รวมถึงทำแผ่นนำศัลยกรรม (surgical guide)
๑๒. ทำการผ่าตัดทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้าบน
๑๓. ติดตามผลการรักษา
๑๔. บูรณะฟันหน้าบนที่สึกและบิ่นจากคลอรีนชั่วคราวระหว่างรอการหายของเหงือกด้วยเรซินคอมโพสิต
๑๕. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการทำวีเนียร์
๑๖. ติดตามผู้ป่วยหลังการทำวีเนียร์และประเมินสภาวะปริทันต์

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยมีฟันยาวขึ้น มีเหงือกที่มีสุขภาพดี และยิ้มแล้วเห็นเหงือกลดลง มีรอยยิ้มที่มั่นใจมากขึ้นพร้อมกับรูปร่างฟันที่สวยงาม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงคุณภาพ

ติดตามผลการรักษาที่ ๑ ปี ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดี และสามารถทำความสะอาดในช่องปากได้ดี มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ทั้งปาก (plaque score) ร้อยละ ๑๒.๕ ปัจจุบันไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ และไม่มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร โดยทั่วไปสภาพเหงือกมีสุขภาพดีขึ้น ขอบเหงือกมีชมพู มีเหงือกที่มีเคอราตินกว้างประมาณ ๒-๑๐ มิลลิเมตร ในบริเวณฟันหน้าบนมีเหงือกที่มีเคอราตินกว้าง ๒-๗ มิลลิเมตร มีร่องลึกปริทันต์อยู่ในช่วง ๑-๔ มิลลิเมตร ฟันหน้าบนตั้งแต่ฟันซี่ ๑๕-๒๕ ได้รับการทำวีเนียร์เรียบร้อยแล้ว ขอบของวีเนียร์ดี คลำฟันและเคาะฟันปกติ ฟันไม่โยก จากภาพรังสีพบว่าบริเวณฟันซี่ ๔๗ ซึ่งเดิมมีการทำลายกระดูกแบบแนวตั้ง (vertical bone loss) โดยมีมุมที่กว้าง ภายหลังการรักษาก็ยังคงพบว่าการทำลายกระดูกแบบแนวตั้งแต่มีมุมที่แคบลง ส่วนภาพรังสีบริเวณอื่นๆ พบว่าระดับกระดูกรองรับรากฟันอยู่ในระดับปกติ และมีเอ็นยึดปริทันต์ปกติตลอดรอบรากฟัน นอกจากนี้ผู้ป่วยได้มีความมั่นใจในรอยยิ้มมากขึ้น ยิ้มแล้วเห็นเหงือกลดลง และฟันมีรูปร่างฟันที่สวยงาม

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ (ด้านปริทันต์วิทยา)				
งาน		หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ๑ ต.ค. ๖๖ - ๓๐ ก.ย. ๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ๑ ต.ค. ๖๗ - ๓๐ เม.ย. ๖๘
งานรักษาโรคปริทันต์			หน่วย	หน่วย
ปริทันต์ ๔				
	เกลารากฟัน	ส่วน	๑๖๗	๑๒๐
ปริทันต์ ๕				
	ผ่าตัดฝังผิวด้านลิ้น	ตำแหน่ง	๑	๐
	Gingivectomy	ตำแหน่ง	๔	๒
ปริทันต์ ๖				
	Crownlengthening	ตำแหน่ง	๑	๐
	Modified Widman flap	ตำแหน่ง	๑	๐
ปริทันต์ ๘				
	Osseous Resective surgery	ตำแหน่ง	๐	๑

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้าของผู้ป่วยรายนี้ ทำให้เห็นว่าในทุกๆ ขั้นตอนของการรักษาจำเป็นที่จะต้องตรวจอย่างละเอียด และเก็บข้อมูลให้เรียบร้อย เพราะการตรวจที่ละเอียดจะทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ นำมาสู่การวางแผนการรักษาอย่างเป็นขั้นตอน มีแนวทางเลือกที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย สามารถทำการผ่าตัดได้ดี และได้ผลที่คาดการณ์ได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในขั้นตอนการตรวจของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ทราบว่า มีลักษณะใบหน้าที่ไม่สมมาตรเล็กน้อยและมีฟันเอียง เมื่อมองจากด้านหน้า ข้อนี้ทำให้แผนการรักษาการทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้า ต้องมีแผนการรักษาเพิ่มเติม คือ การจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรเพื่อแก้ไขความผิดปกติของใบหน้าและขากรรไกร ก่อนที่จะเพิ่มความยาวตัวฟัน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในตอนนี้ แต่อาจจะกลับไปจัดฟันที่บ้านที่ต่างจังหวัดอีกครั้ง (เคยจัดฟันไปแล้วเมื่อประมาณ ๑๐ ปีที่แล้ว) ไม่ต้องการแก้ไขในส่วนนี้ ต้องการแค่ให้ยิ้มแล้วเห็นเหงือกลดลง มีฟันที่ยาวขึ้นและการแก้ไขรูปร่างฟันที่สึกและบิ่นจากคลอรีนเท่านั้น

ความซับซ้อนของผู้ป่วยรายนี้ คือ ความต่อเนื่องของการรักษา การติดตามผลการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ที่ต่างจังหวัด และจะต้องย้ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกร เมื่อไม่ได้รับการแก้ไขความผิดปกติของขากรรไกรที่ทำให้ฟันหน้าเอียง การทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันก็ไม่สามารถที่จะจัดการขอบเหงือกให้สวยงามและขนานกับระดับเส้นสมมุติระหว่างรูม่านตา (interpupillary line) และสร้างรอยยิ้มที่สวยงามให้กับผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยยิ้มก็อาจจะยังเห็นขอบเหงือกเอียงไปกับรูปร่างฟันเดิมได้ ทำให้ดูไม่กลมกลืนกับใบหน้าได้ ซึ่งผู้ป่วยยอมรับได้ โดยต้องการแค่ให้ยิ้มแล้วเห็นเหงือกลดลง มีฟันที่ยาวขึ้นและการแก้ไขรูปร่างฟันที่สึกและบิ่นจากคลอรีนเท่านั้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในช่วงแรกหลังการทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันไป ผู้ป่วยไม่ค่อยกล้าที่จะแปรงฟันในบริเวณที่ทำการผ่าตัดไป เพราะกลัวเจ็บ จึงทำให้เห็นขอบเหงือกที่มีสีแดงเล็กน้อย และมีคราบจุลินทรีย์สะสม จึงเน้นย้ำการดูแลอนามัยช่องปากให้กับผู้ป่วย รวมถึงเน้นให้ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดบริเวณซอกฟันอีกด้วย และในช่วงที่ต้องติดตามการรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อได้ เป็นระยะเวลา ๒ เดือน ทำให้ขาดตอนการติดตามผลการรักษา

๙. ข้อเสนอแนะ

การทำศัลยกรรมเพิ่มความยาวตัวฟันในฟันหน้าบน เป็นหัตถการที่ต้องตรวจให้ละเอียด ทั้งการตรวจนอกช่องปาก เช่น การถ่ายรูปใบหน้าผู้ป่วย ในอิริยาบถต่างๆ ทั้งด้านหน้า และด้านข้าง ดูแนวรอยยิ้มของผู้ป่วย ดูการทำงานของกล้ามเนื้อเย็บปากบน วัดความยาวของริมฝีปากบน เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของการยิ้มแล้วเห็นเหงือกของผู้ป่วย ตรวจภายในช่องปาก ก็จะมีการตรวจวัดขนาดของฟัน ความกว้างและความยาวของตัวฟัน วัดร่องเหงือก วัดความกว้างของเหงือกที่มีเคอราติน (keratinized gingiva) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ซึ่งจะนำมาสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และผลการรักษาที่คาดการณ์ได้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

งานประชุมวิชาการด้านทันตกรรมและด้านทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖ วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางณัฐรา มัครากุล

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) น.ส. ณัฐรา มัครากุล

(นางณัฐรา มัครากุล)

(ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 15 / ๗ / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางณัฐวรา มัคครากุล	ณัฐวรา มัคครากุล

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กุลณรี บริสุทธิ
(นางสาวกุลณรี บริสุทธิ)

(ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
(วันที่) 15 / พฤษภาคม / ๒๕๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) สุพจน์ พวงลำไย
(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง
(วันที่) 21 / พฤษภาคม / ๒๕๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) นายฤทธิ สกลแพทย์
(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี)

(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๑๘ / มิ.ย. / ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์ (Periodontal Emergencies) เป็นกลุ่มอาการเฉียบพลันที่เกิดขึ้นที่อวัยวะปริทันต์ ซึ่งครอบคลุมถึงเนื้อเยื่อเหงือก เอ็นยึดปริทันต์ กระดูกเบ้าฟัน และเคลือบรากฟัน ภาวะเหล่านี้มักมีลักษณะเด่น คือ มีการอาการเริ่มต้นอย่างรวดเร็ว อาการปวดที่รุนแรง บวมเฉพาะที่ มีหนอง ฟันโยก หรืออ้าปากลำบาก และมีการทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์อย่างรวดเร็ว โดยหากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที อาจทำให้เกิดการลุกลามของการติดเชื้อ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำลายอวัยวะปริทันต์ได้อย่างรวดเร็ว และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งช่องปากและร่างกายได้ เช่น การแพร่กระจายของเชื้อไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง หรือเข้าสู่กระแสเลือดได้ในกรณีที่รุนแรง

ในทางคลินิก ภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์ ในที่นี้จะขอรวมรอยโรคปริทันต์เฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย ได้แก่ ฝีปริทันต์ (periodontal abscess) โรคปริทันต์เนื้อตาย (necrotizing periodontal diseases) รอยโรคระหว่างเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ (endo-periodontal lesion) และภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝีเหงือกอักเสบ (pericoronitis) และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อปริทันต์จากอุบัติเหตุ (trauma-related periodontal tissue) เป็นต้น ซึ่งการจำแนกประเภทของภาวะฉุกเฉินเหล่านี้อย่างถูกต้องนั้น จำเป็นต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจในช่องปาก ตรวจทางคลินิก และภาพถ่ายรังสีเพื่อวินิจฉัยแยกโรค จากโรคอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น ฝีปลายรากฟัน เป็นต้น

การรักษาภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการเฉียบพลันของผู้ป่วย เช่น ปวด บวม หรือมีหนอง และควบคุมการลุกลามของโรคในระยะสั้น รวมถึงวางแผนการรักษาในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดโรคในตำแหน่งอื่น ผู้ป่วยควรได้รับการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการปรับพฤติกรรมเสี่ยงร่วมด้วย

ดังนั้น การส่งเสริมให้ทันตบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการตรวจ วินิจฉัย และรักษาภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์อย่างถูกต้องและเป็นระบบ จึงมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพช่องปากของประชาชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
 แนวทางการตรวจ วินิจฉัยและการรักษาภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์
 บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์หมายถึงภาวะอักเสบหรือบาดเจ็บเฉียบพลันของเนื้อเยื่อปริทันต์ (periodontium) ซึ่งประกอบด้วยเหงือก เอ็นยึดปริทันต์ กระดูกเบ้าฟัน และเคลือบรากฟัน ผู้ป่วยมักมีอาการปวดรุนแรง บวม มีหนอง หรือฟันโยก จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อบรรเทาอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรง เช่น การทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์อย่างรวดเร็ว การสูญเสียฟัน หรือการแพร่กระจายของการติดเชื้อไปสู่อวัยวะข้างเคียงและระบบร่างกาย นอกจากนี้ ภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์บางชนิดอาจสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงทางระบบ เช่น ฝีปริทันต์ที่เกิดซ้ำในหลายตำแหน่ง อาจบ่งชี้ถึงภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของผู้ป่วย ในขณะที่โรคปริทันต์อักเสบเนื้อตาย มักพบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือมีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย การทราบสถานะเหล่านี้ตั้งแต่ระยะแรก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งต่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมและลดโอกาสเกิดความรุนแรงตามมา บทความนี้จะกล่าวถึงประเภทของภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์ที่พบบ่อย ได้แก่ ฝีปริทันต์ โรคปริทันต์อักเสบเนื้อตาย รอยโรคร่วมระหว่างเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ ฝาเหงือกอักเสบ และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อปริทันต์จากอุบัติเหตุพร้อมทั้งลักษณะทางคลินิก แนวทางการรักษาในภาวะฉุกเฉิน และวิธีป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ประเภทของภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์

ภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์สามารถจำแนกออกได้หลายประเภท โดยมีภาวะที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญดังนี้:

๑. ฝีปริทันต์ เป็นการติดเชื้อเฉียบพลัน โดยจะมีการสะสมของหนองและสารคัดหลั่ง (purulent exudate) ภายในผนังร่องลึกปริทันต์เฉพาะที่ ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง โดยมีอาการหลัก ได้แก่ ปวด มีหนอง มีร่องลึกปริทันต์ และมีการเคลื่อนของฟัน
๒. โรคปริทันต์เนื้อตาย กลุ่มโรคปริทันต์เฉียบพลันที่มีลักษณะเนื้อเยื่อตาย ได้แก่ โรคเหงือกอักเสบเนื้อตาย (necrotizing gingivitis) และ โรคปริทันต์อักเสบเนื้อตาย (necrotizing periodontitis) ซึ่งอาจลุกลามจนเกิดเป็นโรคเยื่อช่องปากอักเสบเนื้อตาย (necrotizing stomatitis) ในรายที่รุนแรง โรคกลุ่มนี้มีจุดเด่น คือ มีแผลหรือการตายของเนื้อเยื่อเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (papilla ulceration/necrosis) เหงือกเลือดออกง่าย และมีอาการปวดรุนแรง
๓. รอยโรคร่วมระหว่างเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์ เป็นรอยโรคร่วมกันระหว่างการติดเชื้อของระบบโพรงประสาทฟัน (endodontic origin) และการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ (periodontal origin) ซึ่งอาจมีต้นกำเนิดจากอันใดอันหนึ่ง หรือทั้งสองพร้อมกัน ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นได้จากมีช่องทางติดต่อระหว่างโพรงประสาทฟันกับเนื้อเยื่อปริทันต์ ได้แก่ เอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) รากฟันด้านข้าง (lateral canals) และรูเปิดปลายรากฟัน (apical foramen)
๔. ฝาเหงือกอักเสบเป็นการอักเสบติดเชื้อของเหงือกที่ปกคลุมฟันที่กำลังขึ้น และมักขึ้นไม่เต็มซี่ (มักเกิดขึ้นกับฟันกรามล่างซี่ที่สาม) เหงือกบริเวณดังกล่าว (operculum) จะมีลักษณะบวมแดง เจ็บ และอาจมีหนอง ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอ้าปากได้จำกัดหรือปวดร้าวไปที่ลำคอและหูได้

๕. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อปริทันต์จากอุบัติเหตุ เป็นความเสียหายต่อเนื้อเยื่อปริทันต์อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือแรงกระแทก ทำให้เกิดการเคลื่อนของฟันหรือหลุดออกจากเบ้าฟันทันที ภาวะเหล่านี้ นับเป็นอุบัติเหตุทางทันตกรรมที่ต้องรักษาเร่งด่วน ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียฟัน หลังเกิดอุบัติเหตุได้

ลักษณะทางคลินิกของแต่ละสภาวะ

๑. ฝีปริทันต์

การสะสมของหนองและ สารคัดหลั่ง ภายในผนังร่องลึกปริทันต์เฉพาะที่ ร่วมกับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ ซึ่งสัมพันธ์กับอาการและ/หรืออาการแสดงดังต่อไปนี้

- มีเหงือกบวม กดเจ็บ ร่วมกับมีอาการปวด โดยตำแหน่งที่บวม
- มักเป็นตำแหน่งด้านข้างของผิวดรากฟัน
- มีการอักเสบที่มีหนองภายในร่องลึกปริทันต์ เมื่อใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์พบได้ร้อยละ ๖๖ - ๙๓ โดยไม่มีทางทะลุ (fistula tract)
- มีร่องลึกปริทันต์ ที่มีความลึกเฉลี่ย ๗-๙ มิลลิเมตร
- เลือดออกเมื่อใช้เครื่องมือปริทันต์ตรวจ
- ฟันโยก
- มีการละลายตัวของกระดูกฟัน
- สภาพทั่วไปร่างกายปกติ (ไม่มีไข้) ยกเว้นในบางรายอาจมีอาการไข้ร่วมด้วย เนื่องจากการติดเชื้อแพร่กระจายมากหรือการบวมลุกลามไปแก้มหรือลำคอ

๒. โรคปริทันต์เนื้อตาย

กลุ่มโรคปริทันต์เฉียบพลันที่มีลักษณะเนื้อเยื่อตายการวินิจฉัยโรคจะต้องมีลักษณะจำเพาะทางคลินิก ๓ ประการ ดังนี้

- มีแผลหรือการตายของเนื้อเยื่อเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (papilla ulceration /necrosis)
- เลือดออกบริเวณเหงือก
- มีอาการปวด

โดยการแบ่งโรคได้เป็น ๓ กลุ่มย่อย ซึ่งขึ้นกับชนิดของเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องและความรุนแรงของโรค ได้แก่

โรคเหงือกอักเสบเนื้อตาย ตรวจพบลักษณะจำเพาะทางคลินิก ๓ ประการ และรอยโรคจำกัดอยู่เฉพาะที่เนื้อเยื่อเหงือก ยังไม่มีการสูญเสียยึดเกาะของฟัน ถ้าได้รับการรักษาจะหายได้โดยไม่มี ความเสียหายถาวร แต่หากปล่อยทิ้งไว้ โรคจะลุกลามกลายเป็นโรคปริทันต์อักเสบเนื้อตาย

โรคปริทันต์อักเสบเนื้อตาย ตรวจพบลักษณะจำเพาะทางคลินิก ๓ ประการ และมีการทำลายของกระดูกอย่างรวดเร็ว ฟันอาจโยกและเกิดช่องว่างระหว่างฟันมากขึ้น ผู้ป่วยระยะนี้อาจมีไข้ หนาวสั่น และต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้คางและลำคอโตเจ็บได้

โรคเยื่อช่องปากอักเสบเนื้อตาย ตรวจพบลักษณะการอักเสบอย่างรุนแรงของอวัยวะปริทันต์และเนื้อเยื่ออื่นๆ ในช่องปาก และพบการตายของเนื้อเยื่อเหงือกและกระดูกรองรับรากฟันเป็นวงกว้าง โรคอาจลุกลามต่อไปสู่เนื้อเยื่ออ่อนของกระพุ้งแก้มหรือเพดานปาก เกิดเป็นภาวะเนื้อตายของใบหน้าจากการติดเชื้อ ซึ่งรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต แต่พบได้ยากมากและมักเกิดในเด็กที่ขาดสารอาหารอย่างรุนแรงในประเทศด้อยพัฒนา

ส่วนใหญ่โรคปริทันต์เนื้อตายสามารถวินิจฉัยได้จากประวัติและตรวจในช่องปาก โดยมีปัจจัยส่งเสริม: โรคกลุ่มนี้มักเกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ป่วยมักมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง เช่น การติดเชื้อเอชไอวีหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องอื่นๆ การสูบบุหรี่จัด ความเครียดสูง พักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะการขาดโปรตีน หรือมีประวัติเป็นโรคนี้มาก่อนทำให้มีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก การรับทราบปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

๓. รอยโรคร่วมระหว่างเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์

ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดฟัน มีเหงือกบวม มีหนอง อาจมีอาการปวดขึ้นมาเอง หรือเคี้ยวเจ็บเคาะเจ็บได้ ร่วมกับการมีร่องลึกปริทันต์ที่ลึก ซึ่งมักจะลึกถึงปลายรากฟัน มีฟันโยก เมื่อทดสอบความมีชีวิตของฟันอาจจะไม่ตอบสนอง เมื่อตรวจทางภาพรังสีจะพบลักษณะการสูญเสียของกระดูกบริเวณรากฟันหรือง่ามรากฟัน

๔. ฝาเหงือกอักเสบ

ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดและบวมบริเวณเหงือก โดยเฉพาะรอบๆ ฟันคุด (มักเป็นฟันกรามล่างซี่ที่สาม) เหงือกบริเวณฝาปิด จะบวมแดง เจ็บ และกดเจ็บ อาจมีหนองไหลออกจากใต้เหงือกที่คลุมฟัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังสามารถรับประทานอาหารได้แต่จะรู้สึกเจ็บเมื่อเคี้ยวบริเวณนั้น หากการอักเสบรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการอ้าปากได้จำกัด มีอาการปวดร้าวไปหูหรือคอ และคลำพบต่อมน้ำเหลืองใต้คางโตและเจ็บได้ ในบางกรณีที่มีการติดเชื้อแพร่กระจาย ผู้ป่วยอาจมีใบหน้าบวมบริเวณขากรรไกรล่างด้านที่เป็นหรือมีไข้ร่วมด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (แม้พบไม่บ่อย) คือการติดเชื้อกระจายเข้าสู่พื้นที่เนื้อเยื่อลึกบริเวณคอ ทำให้เกิดฝีลูกกลมในช่องคอหรือช่องใต้คาง ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายต่อทางเดินหายใจ

๕. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อปริทันต์จากอุบัติเหตุ

ลักษณะทางคลินิก การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุสามารถทำให้เกิดความเสียหายกับฟันและอวัยวะปริทันต์ได้หลายรูปแบบ ลักษณะสำคัญที่พบได้มีดังนี้

ฟันได้รับแรงกระแทกแต่ไม่มีการเคลื่อนออกจากตำแหน่งเดิม (concussion) หรือมีเพียงการเคลื่อนเล็กน้อย (subluxation) ฟันจะยังอยู่ในตำแหน่งเดิม แต่มีอาการเจ็บเมื่อสัมผัสหรือโยกเล็กน้อย เหงือกรอบฟันอาจมีเลือดออกซึมๆ ฟันตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตปกติหรือช้าลงเล็กน้อย การบาดเจ็บระดับนี้บางครั้งอาจตรวจพบยาก ต้องอาศัยการตรวจการโยกของฟันและสอบถามอาการปวดของผู้ป่วย

ฟันเคลื่อนออกมานอกเบ้าฟันเล็กน้อย (Extrusive luxation) ทำให้ฟันดูยาวขึ้นกว่าปกติ เหงือกรอบๆ ฉีกขาดเล็กน้อย ฟันจะโยกมากและเจ็บมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการยื่นออกมา และการสบฟันที่ไม่เหมือนเดิม

ฟันเคลื่อนออกจากตำแหน่งไปทางด้านข้าง (Lateral luxation) ฟันอาจเคลื่อนออกจากตำแหน่งไปทางด้านแก้มหรือเพดานปาก มักมีการแตกหักของกระดูกเบ้าฟันร่วมด้วย ฟันอาจดูเอียงหรือเคลื่อนจากแนวเดิม พบว่าฟันไม่โยกเพราะถูกกระดูกที่หักยึดไว้อยู่ แต่ตำแหน่งฟันจะเปลี่ยนไปจากเดิมชัดเจน เหงือกอาจฉีกขาดและซ้ำได้

ฟันถูกดันเข้ากระดูกเบ้าฟัน (Intrusive luxation) ฟันจะดูสั้นลงหรือเข้าไปในเหงือก อาการนี้รุนแรงที่สุดในกลุ่มการเคลื่อนของฟัน (luxation) เพราะมีการทำลายเอ็นยึดปริทันต์และกระดูกอย่างมาก ฟันมักไม่โยก (เพราะถูกกระดูกล้อมรอบแน่น) แต่ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิต การบาดเจ็บแบบฟันถูกดันเข้ากระดูกเบ้าฟัน มักสัมพันธ์กับกระดูกเบ้าฟันที่หักยุบตัวร่วมด้วย

ฟันหลุดทั้งซี่ (Tooth avulsion) ฟันทั้งซี่หลุดออกมาจากเบ้าฟันอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจะพบว่าฟันหายไปจากช่องปาก เหลือแต่เบ้าฟันที่ว่างและมีเลือดออกมาก การตรวจต้องระวังว่าฟันที่หายไปอาจไม่ได้หลุดออกนอกร่างกาย แต่อาจหลุดเข้าไปในหลอดลมหรือกลืนลงทางเดินอาหารได้ (โดยเฉพาะในผู้บาดเจ็บหมดสติหรือตอนเกิดอุบัติเหตุ) ดังนั้นหากหาเศษฟันในที่เกิดเหตุไม่พบควรสงสัยการสูดสาลักไว้ด้วย

การวินิจฉัย: ควรทำการตรวจฟันและกระดูกโดยละเอียดร่วมกับถ่ายภาพรังสี พาโนรามิกหรือภาพรังสีรอบปลายราก เพื่อประเมินการแตกหักของกระดูกขาฟัน รากฟันที่แตกหรือฟันที่ฝังอยู่ นอกจากนี้ควรตรวจดูการสบฟัน การโยกของฟัน และทดสอบความมีชีวิตฟันของฟันทุกซี่ที่ได้รับบาดเจ็บ สำหรับฟันหลุดทั้งซี่ หากพบฟันที่หลุด ควรเก็บรักษาในน้ำนมหรือสารละลายเกลือแร่ทันทีเพื่อลดการทำลายของเซลล์เอ็นยึดปริทันต์ระหว่างรอปลูกฟันกลับเข้าไปในตำแหน่งเดิม

แนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

๑. ฝีปริทันต์

การรักษาในภาวะฉุกเฉิน: เป้าหมายหลัก คือ การระบายหนองและขจัดก้างจัดต้นเหตุของการติดเชื้อ เพื่อลดอาการปวดและการทำลายเนื้อเยื่อ การรักษาประกอบด้วย

๑) การระบายหนอง ซึ่งอาจทำได้โดยกรีดเปิดบริเวณฝีที่เหงือกหรือการใช้เครื่องมือเข้าไปขูดเปิดร่องลึกปริทันต์เพื่อให้หนองไหลออก

๒) การทำความสะอาด ด้วยการขูดหินน้ำลาย เกลารากฟันและกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณร่องลึกปริทันต์

๓) การให้อัมบ้วนปากด้วยน้ำเกลืออุ่นหรือน้ำยาคลอร์เฮกซิดีน ๐.๑๒% วันละ ๒ ครั้ง

๔) การใช้ยาปฏิชีวนะ ในบางกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการบวมกระจาย มีไข้ หรือมีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การใช้ยาปฏิชีวนะควรครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งพบมากในฝีปริทันต์ โดยยาที่ใช้ได้แก่ อะม็อกซิซิลลิน หรือ คลินดามัยซิน เป็นระยะเวลา ๗ วัน ทั้งนี้ การให้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีการรักษาระบายหนองและขูดทำความสะอาดนั้นไม่เพียงพอ เพราะหนองที่คั่งค้างจะทำให้ยาเข้าไปไม่ถึงเชื้อที่อยู่ในฝี

หลังการรักษาฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดตึงเหงือกลดลงอย่างรวดเร็วภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง และควรนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการใน ๑-๒ สัปดาห์ เพื่อตรวจการสบฟันหลังจากขูดหินปูนเกลารากฟัน เนื่องจากฟันที่เป็นฝีปริทันต์อาจจะมีการยื่นยาว และสบฟันกระแทกกับฟันซี่ตรงข้ามได้ ถ้าตรวจพบจำเป็นต้องแก้ไขการสบฟัน เพื่อไม่ให้ฟันกัดกระแทกและปวดได้มากขึ้น นอกจากนี้ ต้องมีการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ การขูดหินปูนและเกลารากฟันทั้งปาก เพื่อรักษาโรคปริทันต์ที่เป็นต้นเหตุ รวมถึงสอนการดูแลอนามัยช่องปาก หรือรักษารากฟัน/ถอนฟันกรณีฟันขึ้นนั้นมีพยาธิสภาพอื่นร่วมด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฝีซ้ำขึ้นมาอีก และควรประเมินสภาวะปริทันต์ภายหลังการรักษา หากมีร่องลึกปริทันต์หลงเหลือ อาจจะมีการพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์เพิ่มเติม เพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าว

๒. โรคปริทันต์เนื้องอก

การรักษาในภาวะฉุกเฉิน โรคนี้ต้องการการดูแลอย่างรวดเร็วเพื่อลดอาการเจ็บปวดและหยุดการลุกลามของเนื้องอก หลักการรักษา คือ กำจัดคราบจุลินทรีย์และเนื้อเยื่อตายอย่างนุ่มนวลและการควบคุมการติดเชื้อ โดยขั้นตอนการรักษาประกอบด้วย

๑.๐ การทำความสะอาดและกำจัดคราบจุลินทรีย์เบื้องต้น: ใช้สำลีก้านชุบน้ำยาคลอร์เฮกซิดีน ๐.๑๒% เช็ดทำความสะอาดคราบเนื้องอก (pseudo membrane) ออกจากเหงือกที่เป็นแผลเบาๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บและเลือดออกได้ในขั้นตอนนี้ เพื่อเปิดทางให้ยาฆ่าเชื้อเข้าถึงเนื้อเยื่อที่อักเสบได้ จากนั้นใช้น้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำเกลือล้างบริเวณแผลให้สะอาด

๒. การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน (ถ้าทำได้): หากสภาพของผู้ป่วยทนได้ จะทำการขูดหินน้ำลายและคราบจุลินทรีย์บริเวณเหงือกและรากฟันที่มีแผลอักเสบภายใต้ยาชาเฉพาะที่ อย่างไรก็ตามในระยะที่มีการอักเสบเฉียบพลันที่ผู้ป่วยปวดมาก การรักษาอาจทำไม่ได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงมาทำการรักษาต่อภายหลังที่อาการปวดลดลงแล้ว (ภายใน ๑-๒ สัปดาห์)

๓. การใช้ยาปฏิชีวนะ: เมโทรนิดาโซล ถือเป็นยาปฏิชีวนะหลักที่แนะนำสำหรับโรคนี้ เพราะมีประสิทธิภาพครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียไม่ใช้ออกซิเจนที่เป็นสาเหตุสำคัญ ขนาดยาที่ใช้คือ ๒๕๐-๕๐๐ มิลลิกรัม ทุก ๖-๘ ชั่วโมง นาน ๗ วัน ในกรณีที่ไม่สามารถใช้เมโทรนิดาโซลได้ อาจพิจารณา ใช้ อะม็อกซิซิลลิน ๕๐๐ มิลลิกรัม ทุก ๘ ชั่วโมง นาน ๗ วัน นอกจากนี้ อาจให้อะม็อกซิซิลลินร่วมกับ เมโทรนิดาโซลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา หากผู้ป่วยแพ้ยาคลัมเพนิซิลลินให้ใช้คลินดามัยซินตามความเหมาะสม การให้ยาปฏิชีวนะจะช่วยบรรเทาอาการเฉพาะในระยะเฉียบพลันเท่านั้น จำเป็นต้องทำความสะอาดเนื้อเยื่อควบคู่ไปกับการให้ยาด้วย

การดูแลอื่นๆ: ให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำยาคลอร์เฮกซิดีน ๐.๑๒% วันละ ๒ ครั้ง แนะนำให้พักผ่อนมากๆ ลดความเครียด รับประทานอาหารอ่อนและมีคุณค่าทางโภชนาการและงดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรให้ยาแก้ปวดตามความจำเป็นและสามารถใช้ยาลดไข้ได้ถ้ามีไข้

หลังการรักษาในช่วงแรก ผู้ป่วยมักรู้สึกเจ็บลดลงชัดเจนภายใน ๑-๒ วัน และแผลจะค่อยๆ ดีขึ้น ควรนัดผู้ป่วยมาติดตามหลังให้ยาไปครบ ๑ สัปดาห์ และทำการรักษาเพิ่มเติม เช่น การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปาก เมื่อผู้ป่วยหายเจ็บแล้ว รวมถึงการให้คำแนะนำปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำ

๓. รอยโรคระหว่างเนื้อเยื่อและโรคปริทันต์

การรักษาในภาวะฉุกเฉิน เพื่อลดอาการปวดฟัน โดยการรักษาลองรากฟันและฟันโยก อาจจะถอนฟัน โดยจะทำการรักษาจะพิจารณาตามสาเหตุของการเกิดโรคก่อน โดยมีการรักษาตามสภาวะดังนี้

๓.๑ รอยโรคเนื้อเยื่อในปฏุมภูมิและโรคปริทันต์ทุติยภูมิ (Primary endodontic lesions with secondary periodontal involvement)

ลักษณะนี้ คือ มีฟันที่ผุ ลึก ทะลุโพรงประสาท ร่วมกับมีร่องลึกปริทันต์ที่มีลักษณะลึกและแคบ โดยฟันซี่อื่นๆ ในปากมักไม่พบว่าเป็นโรคปริทันต์

การรักษาลองรากฟันเพียงอย่างเดียวก็อาจจะเพียงพอในกรณีที่เป็นอย่างนี้ได้ในเวลาไม่นาน ในกรณีที่เป็โรคปริทันต์อักเสบเหตุเนื้อเยื่อในโพรงฟันอักเสบ (retrograde periodontitis) จะพบว่า มีร่องลึกปริทันต์ที่แคบและลึก ที่เกิดจากการมีระยะของเชื้อผ่านทางเอ็นยึดปริทันต์ออกมา จะให้การรักษาเฉพาะรักษาลองรากฟัน โดยยังไม่รักษาทางปริทันต์ หลังจากนั้นประเมินว่ามีการหายหรือไม่ ซึ่งต้องใช้เวลาในการติดตามผลประมาณ ๓-๖ เดือน ในบางกรณีที่เป็นมาเรื้อรัง การรักษาลองรากฟันอย่างเดียวก็อาจไม่เพียงพอ ที่จะทำให้อวัยวะปริทันต์หายได้ เนื่องจากอาจมีหินน้ำลายที่อยู่ใต้ผิวรากฟันด้านบนขัดขวางอยู่ ทำให้เกิดเป็นโรคปริทันต์ขึ้นมา จึงจำเป็นที่จะต้องรักษาทางปริทันต์ร่วมด้วย

๓.๒ รอยโรคโรคปริทันต์ปฏุมภูมิและโรคเนื้อเยื่อในทุติยภูมิ (Primary periodontal lesions with secondary endodontic involvement)

ลักษณะนี้จะพบว่าฟันมีการสูญเสียอวัยวะปริทันต์ไปถึงปลายรากฟัน จนสามารถทำให้เกิดช่องทางการติดต่อกับโพรงประสาทฟันทางปลายรากฟันได้ และมักพบว่าในปากของผู้ป่วยมีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันโดยทั่วไป

โดยฟันที่เป็นรอยโรคปริทันต์ปฏุมภูมิและโรคเนื้อเยื่อในทุติยภูมิ มักจะมีการพยากรณ์โรคเป็น questionable หรือ hopeless โดยขึ้นอยู่กับกระดูกรองรับรากฟันที่เหลือ ในฟันที่มีการพยากรณ์โรคเป็น hopeless จะทำการถอนฟันซี่นั้น ส่วนถ้ามีการพยากรณ์โรคเป็น questionable การรักษาจะทำการรักษาลองรากฟันก่อน เพื่อกำจัดเชื้อในคลองรากฟัน โดยอาจจะทำถึงขั้นตอนขยายคลองรากเสร็จและใส่ยา ร่วมกับการรักษาโรคปริทันต์แบบไม่ผ่าตัด (non-surgical treatment) และดูการตอบสนองภายหลังรักษา ถ้าฟันไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้พิจารณาถอน แต่หากฟันตอบสนองต่อการรักษา โดยร่องลึกปริทันต์ลดลง

ฟันโยกน้อยลง ไม่มีอาการปวด หรือบวม ก็จะรักษาคอลงรากฟันให้เสร็จ อาจจะทำร่วมกับการทำศัลยกรรมปริทันต์ร่วมด้วย

๓.๓ รอยโรคร่วมระหว่างเนื้อเยื่อในและโรคปริทันต์อย่างแท้จริง (True-combined lesion)

การพยากรณ์โรคของฟันขึ้นอยู่กับกระดูกรองรับรากฟันที่เหลือ โดยประเมินจากรอยโรคว่ามีการทำลายกระดูกไปมากหรือไม่ ถ้ามีด้านเดียวก็อาจจะเก็บรักษาฟันไว้ได้ แต่ถ้าเป็นมากก็จำเป็นที่จะต้องถอนกรณีที่สามารรถเก็บรักษาฟันไว้ได้ การรักษาจะเริ่มต้นด้วยการรักษาคอลงรากฟันก่อนเพื่อลดการติดเชื้อ เมื่อการจัดการติดเชื้อในคอลงรากฟันได้แล้วจึงเริ่มการรักษาทางปริทันต์ได้

๔. ผ่าเหงือกอักเสบ

การรักษาในภาวะฉุกเฉิน วัตถุประสงค์ คือ การลดการอักเสบและปวด โดยการทำความสะอาดบริเวณเหงือกที่คลุมฟันคุดซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ โดยเริ่มจากการใช้น้ำเกลืออุ่นหรือน้ำยาฆ่าเชื้ออ่อนๆ ฉีดล้างใต้ฝ่าเหงือกเพื่อกำจัดเศษอาหารและหนองออก ผู้ป่วยควรได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วยยาแก้ปวดตามความรุนแรงของอาการ (เช่น พาราเซตามอลหรือไอบูโพรเฟน) กรณีมีหนองหรือฝีขนาดใหญ่ อาจพิจารณาการระบายหนองร่วมด้วย หลังทำการตัดการควรแนะนำให้ผู้ป่วย บ้วนน้ำเกลืออุ่นหรือน้ำยาคลอร์เฮกซิดีน

โดยทั่วไปผ่าเหงือกอักเสบระดับไม่รุนแรงที่ยังจำกัดเฉพาะบริเวณเหงือก สามารถหายได้ด้วยวิธีการทำความสะอาดเฉพาะที่และการดูแลสุขอนามัยช่องปากที่ดี แต่ในกรณีที่มีการติดเชื้อกระจายหรืออาการรุนแรง เช่น มีไข้ หน้าบวม อ้าปากได้จำกัด ควรให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยทันที โดยให้รับประทานอะม็อกซิซิลลิน ๕๐๐ มก. ทุก ๘ ชั่วโมง ๗ วัน หรือ เมโทรนิดาโซล ๔๐๐ มก. ทุก ๘ ชั่วโมง ๗ วัน (สามารถให้ยาร่วมกันได้ในรายที่มีการติดเชื้อที่มาก) หากผู้ป่วยแพ้เพนิซิลลิน ให้ใช้ยาในกลุ่มคลินดาไมซิน ตามความเหมาะสม แนะนำพักผ่อนให้เพียงพอ และรักษาสุขอนามัยช่องปากเพื่อลดปัจจัยส่งเสริม

หลังอาการดีขึ้นจำเป็นต้องวางแผนรักษาฟันคุดซึ่งต้นเหตุในระยะยาว โดยทางเลือกประกอบด้วย การผ่าฟันคุด หรือการผ่าตัดตกแต่งเหงือก (operculectomy) คือ การตัดเอาเนื้อเหงือกที่คลุมฟันคุดออกหากเห็นว่าฟันมีโอกาสขึ้นได้อยู่ในตำแหน่งที่ดีและสามารถทำความสะอาดได้ ซึ่งวิธีนี้ช่วยลดการกักเศษอาหารและทำความสะอาดง่ายขึ้น

๕. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อปริทันต์จากอุบัติเหตุ

การรักษาจะแตกต่างกันไปตามลักษณะการบาดเจ็บของฟันและเนื้อเยื่อปริทันต์ โดยอิงตามแนวทางมาตรฐานของ International Association of Dental Traumatology (IADT) ๒๐๒๐ ดังนี้

ฟันได้รับแรงกระแทกแต่ไม่เคลื่อนจากตำแหน่งเดิมหรือเคลื่อนเล็กน้อย (Concussion/Subluxation) ในกรณีที่ฟันไม่มีการเคลื่อนจากกระดูกเบ้าฟัน แต่มีอาการเจ็บหรือโยกเล็กน้อย ยังไม่จำเป็นต้องจัดตำแหน่งฟันใหม่ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนและหลีกเลี่ยงการใช้ฟันในซีกนั้นเคี้ยวให้ระวังการกระแทกซ้ำ

ฟันได้รับแรงกระแทกและเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม (subluxation) อาจพิจารณายึดฟัน (splint)ชั่วคราวแบบยึดหยุ่น โดยใช้ลวดและวัสดุเรซินคอมโพสิตยึดฟันที่บาดเจ็บเข้ากับฟันข้างเคียง เพื่อให้ฟันอยู่นิ่ง ไม่ขยับประมาณ ๒ สัปดาห์ แล้วค่อยเอาออก ในระหว่างนี้ให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดด้วยการแปรงฟันเบาๆ และใช้น้ำยาบ้วนปากคลอร์เฮกซิดีนร่วมด้วย

ฟันเคลื่อนออกจากตำแหน่งหรือเคลื่อนออกทางด้านข้าง (Extrusive/Lateral luxation) กรณีฟันถูกกระแทกจนเคลื่อนออกจากตำแหน่ง ต้องรีบจัดฟันกลับเข้าไปที่ตำแหน่งเดิมทันทีด้วยมือหรือคีมถอนฟัน โดยฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อช่วยลดความเจ็บปวด จากนั้นทำการยึดฟันกับฟันข้างเคียง นานประมาณ ๔ สัปดาห์ หลังจากจัดฟันให้กลับไปตำแหน่งเดิมและยึดฟันแล้ว ให้ตรวจสอบการสบฟันและแก้ไขไม่ให้ฟันสบกระแทก นอกจากนี้ฟันที่เคลื่อนออกด้านข้างมักเกิดการตายของโพรงประสาทฟันตามมา โดยเฉพาะในฟันที่รากปิดแล้วจึงอาจจำเป็นต้องรักษาคอลงรากฟัน ในช่วง ๒-๓ สัปดาห์หลังบาดเจ็บเพื่อป้องกันการเกิดหนองปลายราก

ฟันถูกดันเข้ากระดูกเข้าฟัน (Intrusive luxation) ฟันถูกกดลึกเข้าไปในกระดูกเข้าฟันมากกว่า ๑-๒ มิลลิเมตร ขึ้นไป ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินรุนแรง แนวทางการรักษาขึ้นกับความลึกที่ฟันเข้าไปในกระดูก

ฟันเข้าไปในกระดูกเข้าฟันไม่มาก คือ น้อยกว่า ๓ มิลลิเมตร และผู้ป่วยอายุน้อยที่รากฟันยังเจริญไม่เต็มที่ อาจเลือกวิธี ฝ้าดูและรอให้ฟันเคลื่อนออกมาเอง ได้ภายในไม่กี่สัปดาห์

ฟันเข้าไปในกระดูกเข้าฟันลึกมาก มากกว่า ๓-๗ มิลลิเมตร หรือตรวจพบกระดูกเข้าฟันหัก หรือในผู้ใหญ่ที่รากฟันปิดแล้ว ควรช่วยดึงฟันออกมาทันทีหรือภายในไม่กี่วันหลังบาดเจ็บ วิธีดึงทำได้โดยการจัดฟัน หรือการดึงฟันออกด้วยคีมถอนฟันแล้วยึดฟันไว้ ฟันที่ถูกดันเข้ากระดูกเข้าฟันมักต้องยึดฟันนาน ประมาณ ๔ สัปดาห์หรือมากกว่า และเกือบทุกรายที่รากฟันปิดแล้วจะเกิดโพรงประสาทฟันตาย จำเป็นต้องรักษาลongรากฟันภายใน ๒-๓ สัปดาห์หลังเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันภาวะรากฟันละลายหรือปลายรากเป็นหนองตามมา

ฟันหลุดทั้งซี่ (Avulsion) ถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่สุดทางทันตกรรม ในการบาดเจ็บของฟัน ผู้รักษาควรรีบปลูกฟันกลับเข้าที่กระดูกเข้าฟันทันที (replantation) หากสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในที่เกิดเหตุหรือในคลินิก ยิงนำฟันกลับเข้าสู่กระดูกเข้าฟันเร็วเท่าไร โอกาสที่ฟันจะกลับมามีชีวิตอยู่ได้ก็มากขึ้นเท่านั้น

แนวทางปฏิบัติคือ หากฟันหลุดมีความสะอาดพอประมาณ ให้จับที่ตัวฟัน ใส่กลับเข้าที่กระดูกเข้าฟันและกดให้เข้าที่ จากนั้นยึดฟันด้วยลวดและเรซินคอมโพสิต ประมาณ ๒ สัปดาห์ กรณีฟันสกปรกมาก ควรล้างด้วยน้ำเกลือสะอาดเบาๆ ห้ามขัดถูรากฟัน แล้วรีบนำปลูกกลับ ที่สำคัญ ห้ามจับหรือขูดที่ผิวรากฟันส่วนที่มีเอ็นยึดปริทันต์อยู่ เพราะจะทำลายเซลล์ที่จำเป็นต่อการยึดกับกระดูกเข้าฟัน กรณีที่ไม่สามารถปลูกฟันกลับได้ทันที (เช่น ผู้ป่วยยังบาดเจ็บรุนแรงต้องรักษาอย่างอื่นก่อน หรืออยู่ในที่ที่ไม่สะดวกทำ) ให้เก็บฟันที่หลุดใน สารละลายที่เหมาะสม เช่น แซะในนมสด (อุณหภูมิห้อง) หรือในน้ำลายผู้ป่วย (เช่น ใต้ลิ้น) หรือน้ำเกลือปกติ ห้ามปล่อยฟันไว้ในสภาพแห้งเป็นเวลานานเกิน ๓๐-๖๐ นาที เพราะเซลล์เอ็นยึดปริทันต์จะแห้งตายและโอกาสยึดติดใหม่จะลดลงมาก หลังปลูกฟันกลับเข้าไปในกระดูกเข้าฟันและยึดฟันแล้ว ควรให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ เช่น อะม็อกซิซิลลินหรือเตตราไซคลีน (ถ้าอายุเกิน ๘ ปี) เป็นเวลา ๑ สัปดาห์ รวมทั้งฉีดกระตุ้นวัคซีนบาดทะยักถ้าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ ฟันที่ปลูกกลับนี้มักเกิดภาวะโพรงประสาทตายเช่นกัน จึงควรได้รับการรักษาลongรากฟันหลังจากนั้นประมาณ ๑-๒ สัปดาห์ ในฟันที่รากปิดแล้ว ส่วนฟันรากเปิดอาจติดตามดูการสร้างเนื้อเยื่อประสาทฟันก่อน ขณะเดียวกันต้องนัดติดตามประเมินการยึดของฟันที่ปลูกกลับเป็นระยะยาวหลายเดือน

การดูแลหลังการรักษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการบาดเจ็บของฟันและปริทันต์ควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงการใช้ฟันที่ยึดในการกัดเคี้ยว ทำความสะอาดช่องปากอย่างระมัดระวัง (แปรงฟันเบาๆ และใช้น้ำยาคลอร์เฮกซิดีนบ้วนปาก) และมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจประเมินและเอาลวดยึดฟันออกตามกำหนด ฟันที่ได้รับบาดเจ็บควรได้รับการทดสอบความมีชีวิตของฟันและถ่ายภาพรังสีติดตามเป็นระยะ (เช่น ๑, ๓, ๖ และ ๑๒ เดือนแรก) เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การละลายตัวของรากฟัน หรือการติดเชื้อปลายราก หากพบจะได้รับการรักษาได้ทันการณ์

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ทันตภิบาล และทันตแพทย์ สามารถประเมินภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วให้การรักษาเบื้องต้น เพื่อลดอาการปวด บวม และการติดเชื้อ ซึ่งเป็นการบรรเทาอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ก่อนส่งต่อทันตแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

- ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ โดยการวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ต้นและการรักษาที่เหมาะสมตามแนวทางที่กำหนด ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การลุกลามของการติดเชื้อ หรือการสูญเสียฟัน อีกทั้งยังสามารถวางแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- แนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน ช่วยให้ทันตภิบาล ทันตแพทย์มีการตัดสินใจที่แม่นยำ ส่งผลให้การวางแผนรักษามีความรัดกุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ช่วยให้สามารถอธิบายแผนการรักษาและความจำเป็นของการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างทีมทันตกรรม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์ก่อนรักษา ตามมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐
- ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์ ได้รับการรักษาฉุกเฉินเบื้องต้นภายในวันที่มาตรวจ อย่างน้อยร้อยละ

๕๐

- ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์ ได้รับการรักษาภายใน ๑ - ๒ เดือน ร้อยละ ๑๐๐
- อุบัติการณ์เกิดโรคซ้ำจากการรักษาไม่สมบูรณ์ลดลง
- อุบัติการณ์การล้มการรักษาที่ผิดพลาดหลังการรักษา เช่น เกิดเหงือกบวม เลือดไหลไม่หยุด ลดน้อยลง

(ลงชื่อ) น.ส. นกนกกุล

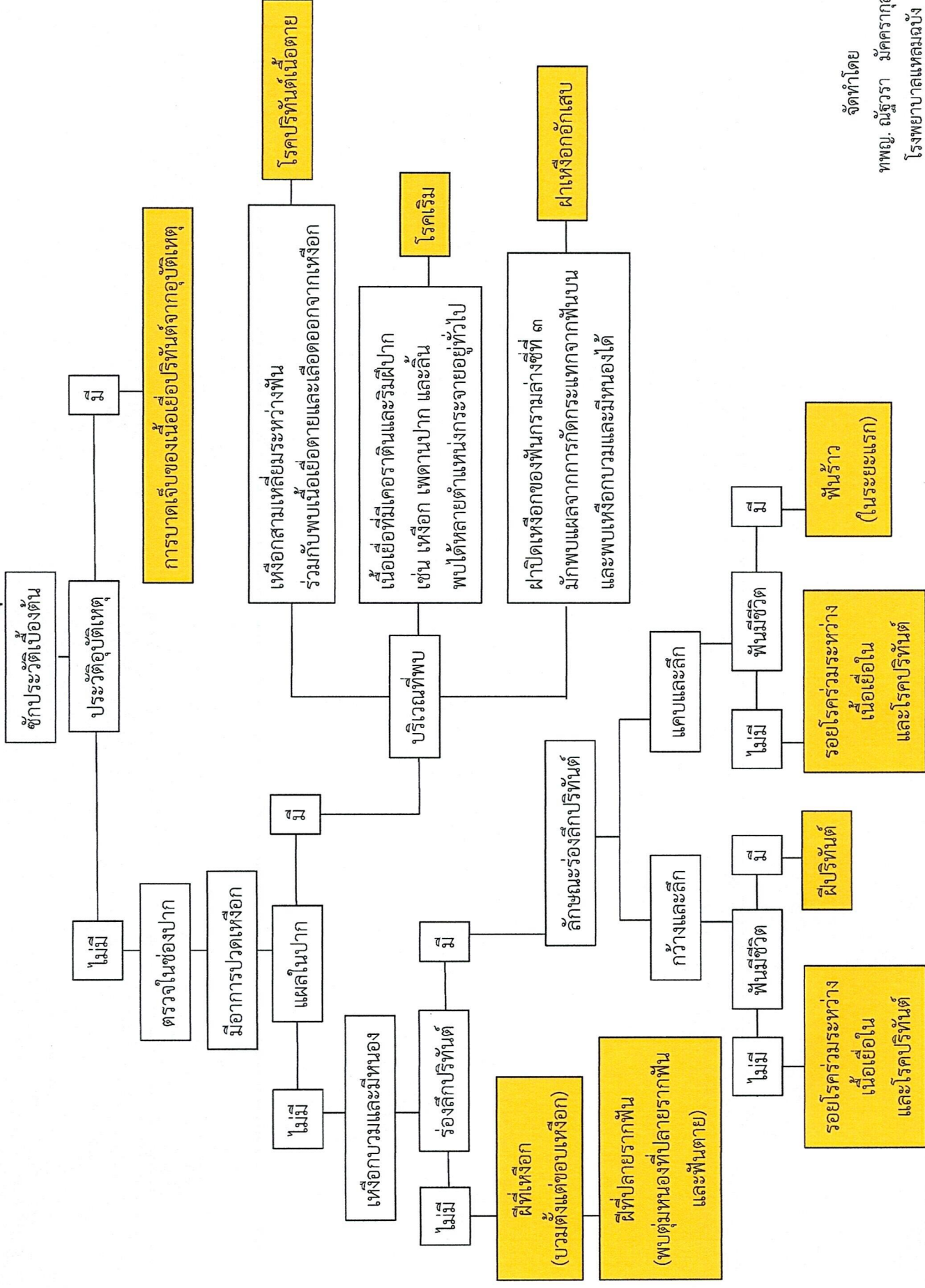
(นางณัฐรดา มัคครากุล)

(ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 15 / พฤษภาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

การวิจัยแยกโรคภาวะฉุกเฉินทางปริทันต์



จัดทำโดย

ทพญ. ญัฐวรา มัคครากุล
โรงพยาบาลแหลมฉบัง

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ	
๒	นางสาวเพ็ญพิชชา เอี่ยมระหงษ์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลแหลมฉบัง</u> <u>กลุ่มงานทันตกรรม</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลแหลมฉบัง</u> <u>กลุ่มงานทันตกรรม</u>			
		ทันตแพทย์ชำนาญการ (ด้านทันตกรรม)	๘๕๗๖๕	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)	๘๕๗๖๕	เลื่อนระดับ	
		ชื่อผลงานส่งประเมิน				การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบ	๑๐๐%
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน				แนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบ	สุเทพ อุดมทอง
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ HN ๖๑๐๘๗๔๘๑๙

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบในผู้ป่วยเด็ก ทันตแพทย์จะต้องพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนและประเมินความจำเป็นในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาภายใต้การดมยาสลบ จึงควรพิจารณาเป็นทางเลือกการรักษาที่ใช้เป็นแนวทางสุดท้าย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และควรพิจารณาปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนให้การรักษาภายใต้การดมยาสลบ และปรึกษาร่วมกับกุมารแพทย์และวิสัญญีแพทย์ โดยตรวจประเมินร่างกาย ตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการและถ่ายภาพรังสีที่จำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนให้การรักษาภายใต้การดมยาสลบ

การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ทันตแพทย์ต้องมีประสบการณ์ มีทักษะและความชำนาญในการรักษา เพื่อให้ตัดสินใจวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องและทำการรักษาทางทันตกรรมได้อย่างรวดเร็ว

ในระหว่างการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ทันตแพทย์ต้องประเมินการรักษาและประสานงานกับวิสัญญีแพทย์อยู่ตลอดเวลา เพื่อประเมินสภาวะของผู้ป่วย และแจ้งระยะเวลาในการรักษาทางทันตกรรม ให้วิสัญญีแพทย์พิจารณาการใช้อาตรมสลบกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

ทันตแพทย์จำเป็นต้องมีประสบการณ์ในการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ และสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการรักษา เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย หากเกิดการภาวะแทรกซ้อนขึ้นภายหลังการรักษา

ทันตแพทย์ควรมีความรู้ทางทันตกรรมป้องกันเป็นอย่างดี เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเป็นรายบุคคลหลังการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบซ้ำในภายหลัง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๔ ปี ๘ เดือน มาด้วยอาการสำคัญ คือ “มีฟันผุหลายซี่ และเคยมีหนองที่ฟันหน้าบน คุณพ่อกลัวว่าจะเป็นอันตรายจึงพามาตรวจฟัน” จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็น Autism spectrum disorder (ASD) เมื่ออายุ ๓ ปี ๖ เดือน ปฏิเสธการแพ้ยา สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี พบแพทย์ที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง รับประทานยา risperidone ๐.๕ mg. ทุกวันก่อนนอน

ประวัติทางทันตกรรม

ผู้ป่วยไม่เคยพบทันตแพทย์และไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อน

การตรวจสภาพร่างกาย

ผู้ป่วยมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างมาก ส่วนสูงตามเกณฑ์

การตรวจภายในช่องปาก

- ชุดฟันน้ำนม มีขนาดและรูปร่างฟันปกติ ตรวจในช่องปากพบฟันน้ำนม ๒๐ ซี่ ลักษณะฟันผุลุกลาม มีสถานะเหงือกอักเสบและมีคราบจุลินทรีย์สะสมโดยทั่วไป
- สภาพเนื้อเยื่ออ่อนของริมฝีปาก, ลิ้น, กระพุ้งแก้ม, เพดานปากของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- รูปร่างของขากรรไกรบนและล่างมีความสมมาตร การสบฟันปกติ ไม่มีสภาวะฟันสบคร่อมหรือซ้อนเก

การตรวจทางภาพรังสี

ภาพรังสีในช่องปาก ภาพรังสีรอบปลายราก (Periapical film) จำนวน ๖ फिल्म

- ซี่ ๕๔ พบรอยเงาดำทะลุโพรงประสาทฟันบริเวณตัวฟัน มีเงาดำขนาดใหญ่บริเวณปลายรากฟันด้านใกล้กลาง และมีการละลายของรากฟัน เกิน ๑/๒ ของความยาวรากฟัน
- ซี่ ๕๓, ๖๓, ๖๔, ๗๔, ๘๔ พบรอยเงาดำทะลุโพรงประสาทฟันบริเวณตัวฟัน ไม่พบพยาธิสภาพบริเวณปลายรากฟัน
- ซี่ ๕๒, ๕๑, ๖๑ รากฟันคั่งในเหงือก
- ซี่ ๖๒ พบรอยเงาดำทะลุโพรงประสาทฟันบริเวณตัวฟัน และมีการละลายของรากฟัน เกิน ๑/๒ ของความยาวรากฟัน
- ซี่ ๗๓, ๗๒, ๘๒, ๘๓, ๘๕ พบรอยเงาดำบริเวณตัวฟันในชั้นเนื้อฟัน ไม่พบพยาธิสภาพบริเวณปลายรากฟัน
- ซี่ ๗๑, ๘๑ มีการละลายของรากฟัน เกือบทั้งหมดของความยาวรากฟัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เนื่องจากการเป็นการให้การรักษาในช่วงสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค Covid-๑๙ จึงมีการส่งตรวจ SAR- CoV-๒ Ag ก่อนได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ผลตรวจของผู้ป่วยเป็น negative พหุติกรรมและความร่วมมือของผู้ป่วย

ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจฟัน (Uncooperative Behavior) ผู้ป่วยไม่สามารถพูดสื่อสาร เพื่อบอกความต้องการได้ ผู้ป่วยร้องไห้ ดิ้นทั้งตัวตั้งแต่หน้าห้องทันตกรรม คุณพ่อเป็นคนอุ้มเข้ามาที่ห้องตรวจ ตรวจฟันภายใต้การควบคุมการเคลื่อนไหวโดยใช้ผ้าห่อตัว ผู้ป่วยสามารถอ้าปากให้ตรวจฟันได้ในช่วงเวลาสั้นๆ จะสะบัดหน้า พุดชมเชยผู้ป่วยในขณะที่ตรวจฟันเป็นระยะ

การวินิจฉัย

- ซี่ ๕๕, ๖๕, ๗๓, ๗๒, ๘๒, ๘๓, ๘๕ Dental caries
- ซี่ ๕๔ Pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis
- ซี่ ๕๓, ๖๒, ๖๓, ๖๔, ๗๔, ๘๔ Asymptomatic irreversible pulpitis with asymptomatic apical periodontitis
- ซี่ ๕๒, ๕๑, ๖๑ Retained root
- ซี่ ๗๕ Enamel caries
- ซี่ ๗๑, ๘๑ Physiologic root resorption
- Generalized Gingivitis

การวางแผนการรักษา

เป้าหมายหลักของการให้การรักษาทันตกรรม ในผู้ป่วยรายนี้ คือ กำจัดรอยโรคฟันผุและบูรณะฟันให้กลับมามีชีวิตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงได้วางแผนการรักษาเป็น ๒ ส่วน คือ

๑. การรักษาทันตกรรม โดยเมื่อพิจารณาปัจจัยด้านต่างๆของผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยมีปริมาณงานมากร่วมกับมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาทันตกรรมได้ หากวางแผนการรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา และใช้อุปกรณ์ควบคุมการเคลื่อนไหว จะต้องได้รับการรักษาหลายครั้งและใส่ยาชาทุกครั้ง คุณพ่อไม่สะดวกพาผู้ป่วยมารักษาหลายครั้ง อีกทั้งคุณพ่อต้องการรักษาทันตกรรมให้เสร็จ ก่อนจะย้ายภูมิลำเนาไปต่างจังหวัด ดังนั้น หลังจากได้พูดคุยกับผู้ปกครอง จึงพิจารณาถึงทางเลือกทางรักษาในผู้ป่วยรายนี้ คือการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ

๒. ทันตกรรมป้องกัน โดยให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ได้แก่ การแปรงฟันให้ผู้ป่วยด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เข้มข้น ๑๕๐๐ ส่วนในล้านส่วน การใช้ไหมขัดฟันให้ผู้ป่วย การให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการติดตามและตรวจฟันกับทันตแพทย์ทุก ๓ เดือนเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบซ้ำอีกในภายหลัง

ขั้นตอนการรักษาทันตกรรม

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้ป่วยนัดปรึกษากับทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมสำหรับเด็ก เนื่องจากมีฟันผุหลายซี่และเคยมีหนอง จากการซักประวัติ ตรวจภายในช่องปาก ประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุและประเมินพฤติกรรมและความร่วมมือของผู้ป่วย วางแผนการรักษาเบื้องต้น อธิบายข้อดี ข้อด้อย ประโยชน์และความเสี่ยงของการจัดการพฤติกรรมแบบวิธีไม่ใช้ยาและการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบให้แก่ผู้ปกครอง และวางแผนการรักษาร่วมกันโดยผู้ปกครองเลือกการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ให้คำแนะนำในด้านทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ปกครอง แจกใบบันทึกการรับประทานอาหาร

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้ป่วยที่นัดหมายเพื่อรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบตอนปลายเดือนเดือนนัดหมาย จึงได้นัดหมายผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาแทน ให้คุณพ่อลงชื่อในใบยินยอมรับการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ประเมินสภาวะสุขภาพตรวจในช่องปาก วางแผนการรักษาทันตกรรม ประเมินการแพทย์และวิสัญญีแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ

ครั้งที่ ๓ วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้ป่วยได้รับการตรวจ SAR- CoV-๒ Ag ก่อนรับตัวเข้าหอผู้ป่วยใน เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาในวันถัดไป ซักถามสภาวะสุขภาพ เน้นย้ำการดูแลผู้ป่วย งดน้ำงดอาหารก่อนการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ และรับใบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมาวิเคราะห์

ครั้งที่ ๓ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- วิสัญญีแพทย์ดมยาสลบผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก
- ทันตแพทย์ให้การรักษาทางทันตกรรม โดยรักษารากฟันและครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม ๕ ซี่ ครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม ๔ ซี่ ถอนฟัน ๗ ซี่ อุดฟัน ๓ ซี่ เคลือบหลุมร่องฟัน ๑ ซี่ และเคลือบฟลูออไรด์
- วิสัญญีแพทย์นำท่อช่วยหายใจออก สังเกตอาการผู้ป่วยในห้องพักฟื้น จนผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่นดี จึงส่งกลับไปสังเกตอาการและดูแลต่อที่หอผู้ป่วยใน

ผลการรักษา : ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมเสร็จสมบูรณ์ทั้งปาก ในวันรุ่งขึ้นหลังจากตรวจประเมินภายในช่องปาก และประเมินสภาวะร่างกาย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน จึงได้ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่ได้วิเคราะห์จากใบบันทึกการรับประทานอาหาร เน้นย้ำการดูแลช่องปากและจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕ (๒ สัปดาห์ หลังการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ)

ทันตแพทย์ตรวจในช่องปาก วัสดุบูรณะอยู่ในสภาพดี แผลถอนฟันปกติไม่มีลักษณะติดเชื้อ พบว่าเหงือกแดงและพบคราบจุลินทรีย์สะสมเล็กน้อยที่ฟันเขี้ยวบนและฟันกรามล่างบริเวณโคนลิ้น จึงได้ให้ฝึกฝนการดูแลช่องปาก กระตุ้น เน้นย้ำความสำคัญของการดูแลความสะอาดช่องปากและนัดติดตามอาการอีกครั้ง ๓ เดือน

ครั้งที่ ๕ วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖ (๖ เดือน หลังการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ)

ผู้ป่วยโทรเลื่อนนัดหมายติดตามอาการระยะ ๓ เดือนหลังการรักษา เนื่องจากตอนนี้ย้ายภูมิลำเนาไปต่างจังหวัด หลังจากนั้นอีก ๓ เดือน คุณพ่อขอกลับมานัดหมายต่อเนื่อง

ติดตามผลการรักษาจากการตรวจในช่องปากและถ่ายภาพรังสี ผู้ป่วยมีสภาวะอนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี มีคราบจุลินทรีย์สะสมบริเวณฟันหน้าล่าง วัสดุบูรณะอยู่ในสภาพดี ไม่มีฟันผุเพิ่ม สอนคุณย่าให้แปรงฟันบริเวณฟันหน้าล่างอีกครั้ง และนัดติดตามอาการอีกครั้ง ๓ เดือน

ครั้งที่ ๖ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ (๙ เดือน หลังการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ)

ติดตามผลการรักษาจากการตรวจในช่องปาก ผู้ป่วยมีสภาวะอนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี วัสดุที่บูรณะยังอยู่ในสภาพดี ไม่มีรอยผุเพิ่มเติม บริเวณฟันหน้าล่างแปรงได้ดีขึ้น มีคราบจุลินทรีย์สะสมน้อย

ครั้งนี้ ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ก่อนย้ายย้ายภูมิลำเนาไปต่างจังหวัดถาวร จึงได้เน้นย้ำการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการเลือกอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน และให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพาไปติดตามอย่างต่อเนื่องกับทันตแพทย์เฉพาะทางสำหรับเด็ก เพื่อสภาวะสุขภาพช่องปากที่ยั่งยืนของผู้ป่วยต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันตกรรมพร้อมมูลภายใต้การดมยาสลบ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ผู้ป่วยมีสภาวะอนามัยช่องปากที่ดีขึ้น ไม่มีรอยโรคฟันผุเกิดขึ้นใหม่ สามารถใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารได้ และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลากหลายขึ้น ผู้ปกครองมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและการรักษาทางทันตกรรมที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน ตามเป้าหมายของการรักษาที่ได้วางไว้

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ (ด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก)					
งาน	หน่วย นับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ต.ค. ๖๕ ถึง ๓๐ ก.ย. ๖๖)		ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ต.ค. ๖๖ ถึง ๓๐ มิ.ย. ๖๖)	
		หน่วยงาน	เฉพาะตัว	หน่วยงาน	เฉพาะตัว
๘.งานทันตกรรมสำหรับเด็ก ๘.๑ ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๑ - การจัดการพฤติกรรมเด็กซึ่งมีปัญหาในด้าน ความร่วมมือโดยวิธีการต่างๆ - จัดการโดยการหว่านล้อมด้วยคำพูด - จัดการโดยการใช้ Papoose Board	งาน	๓๗๘	๒๔๓	๒๙๐	๒๑๓
๘.๒ งานทันตกรรมเด็ก ๒ - พิมพ์ปาก ลง band - Recement Space Maintainer - เจาะ/ล้าง/ขยาย/ใส่ยา รักษาโรคฟันน้ำนม ก่อนการอุด	งาน งาน งาน	๓ ๐ ๓๔	๓ ๐ ๒๕	๑ ๑ ๓๑	๑ ๑ ๒๐
๘.๓ งานทันตกรรมเด็ก ๓ - pulpotomy ในฟันน้ำนม	งาน ชี้	๐ ๐	๐ ๐	๑ ๑	๐ ๐
๘.๔ งานทันตกรรมเด็ก ๔ - pulpectomy หรือ RCT ฟันน้ำนมที่อุดรากฟัน	งาน ชี้	๓๔ ๑๓๖	๒๕ ๘๕	๓๑ ๑๑๔	๒๐ ๗๑
๘.๕ งานทันตกรรมเด็ก ๕ - Polycarbonate Crown - Stainless Steel Crown - Composite Resin Crown	งาน ชี้	๕๙ ๒๒๘	๓๑ ๙๕	๓๕ ๑๑๙	๒๒ ๗๖
๘.๖ งานทันตกรรมเด็ก ๖ - ใส่เครื่องมือกันที่ถอดได้ - ใส่เครื่องมือกันที่ติดแน่น	งาน ชี้	๓	๓	๑	๑
๘.๗ งานทันตกรรมเด็ก ๗ การจัดการพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาโรคทางระบบ หรือมีปัญหาในด้านความร่วมมือ โดยใช้ยาและ แก๊ส หรือการดมยาสลบในการทำ Full Mouth Rehabilitation	งาน	๒	๒	๒	๒

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ
- นำไปพัฒนาระบบการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นออทิสซึม ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ทำให้มีอุปสรรคในการรักษาที่ไม่อาจสื่อสารกับผู้ป่วยได้โดยตรง ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารโดยใช้ภาษากาย การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากที่สุด อีกทั้งผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้านชัดเจน ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตรวจฟันและถ่ายภาพรังสี เพื่อวางแผนการรักษาทางทันตกรรมก่อนดมยาสลบได้อย่างละเอียด ดังนั้น ในวันที่ให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบจึงต้องตรวจฟันและถ่ายภาพรังสีในห้องผ่าตัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาจากแผนการรักษาเบื้องต้นที่ประเมินไว้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจฟันและถ่ายภาพรังสี จึงต้องทำการถ่ายภาพรังสีในห้องผ่าตัดหลังจากดมยาสลบแล้ว แต่ทว่าในห้องผ่าตัด ไม่มีเครื่องถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม ทำให้การวินิจฉัยทางภาพรังสี จำเป็นต้องใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีชนิดเคลื่อนที่ในห้องผ่าตัด แล้วนำฟิล์มไปผ่านกระบวนการล้างฟิล์มที่กลุ่มงานทันตกรรม แล้วจึงบันทึกภาพและส่งภาพถ่ายรังสีกลับมาให้ทันตแพทย์เพื่อวินิจฉัย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาภายใต้การดมยาสลบที่มากขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

- การประเมินผู้ป่วยเพื่อรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ควรพิจารณาปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยแต่ละคน และพิจารณาเลือกการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบโดยมีความเสี่ยงน้อยที่สุด
- การให้ความรู้ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีหลังการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ เพื่อสภาวะช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน และไม่ต้องรับการรักษาภายใต้การดมยาสลบในภายหลัง
- การรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กพิเศษภายใต้การดมยาสลบ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ กุมารแพทย์ วิศวณแพทย์ และทันตแพทย์สำหรับเด็ก เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย, ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งทันตแพทย์ต้องเลือกการรักษาที่เหมาะสมของฟันแต่ละซี่ ประเมินการละลายของรากฟันน้ำนมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบในผู้ป่วยรายนี้มากที่สุด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

งานประชุมวิชาการด้านทันตกรรมและด้านทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖ วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ผู้ขอรับการคัดเลือกเป็นผู้ปฏิบัติเองทั้งหมดร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวเพ็ญพิชชา เอี่ยมระหงษ์ (ผู้ขอประเมิน) สืบส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) เพ็ญพิชชา เอี่ยมระหงษ์
 (..... เพ็ญพิชชา เอี่ยมระหงษ์)
 (ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการ
 (วันที่) 15 / พฤษภาคม / 2568
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเพ็ญพิชชา เอี่ยมระหงษ์	<u>เพ็ญพิชชา เอี่ยมระหงษ์</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กุลณี บริสุทธิ์
 (นางสาวกุลณรี บริสุทธิ์)
 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) 15 / พฤษภาคม / 2568

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]
 (นายสุพจน์ พวงลำไย)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง
 (วันที่) 21 / พฤษภาคม / 2568

(ลงชื่อผู้ประเมิน) [ลายเซ็น]
 (นายภุชงค์ สกลแพทย์)
 ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
 (วันที่) ๑๘ มิ.ย. ๒๕๖๘ /

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบ

๒. หลักการและเหตุผล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง ให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรักษาทางทันตกรรมโดยไม่ใช้ยาและการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาทางทันตกรรมให้กับผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น ผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม หรือ มีโรคทางระบบที่มีข้อจำกัดในการรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบยังไม่มากนัก จึงไม่ได้มีห้องผ่าตัดเพื่อใช้ในการรักษาทางทันตกรรม ภายใต้การดมยาสลบโดยเฉพาะ เมื่อทันตแพทย์ประเมินว่าผู้ป่วย ควรได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ จะประสานงานนัดหมายวันที่จะให้การรักษากับทางห้องผ่าตัดเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเป็นรายกรณี

โดยที่ผ่านมา ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบ รวมถึงไม่มีแนวทางการประสานงานสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดปัญหา ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ เช่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเคสผู้ป่วย แต่ข้อมูลที่หอผู้ป่วย ยังเป็นข้อมูลของผู้ป่วยรายเดิม หรือ เมื่อมีผู้ป่วยเลื่อนนัดหมายหรือไม่ยืนยันนัดหมายและติดต่อกับผู้ป่วยไม่ได้ ทำให้เสียประโยชน์ในการใช้ห้องผ่าตัดในการรักษาผู้ป่วยรายอื่น

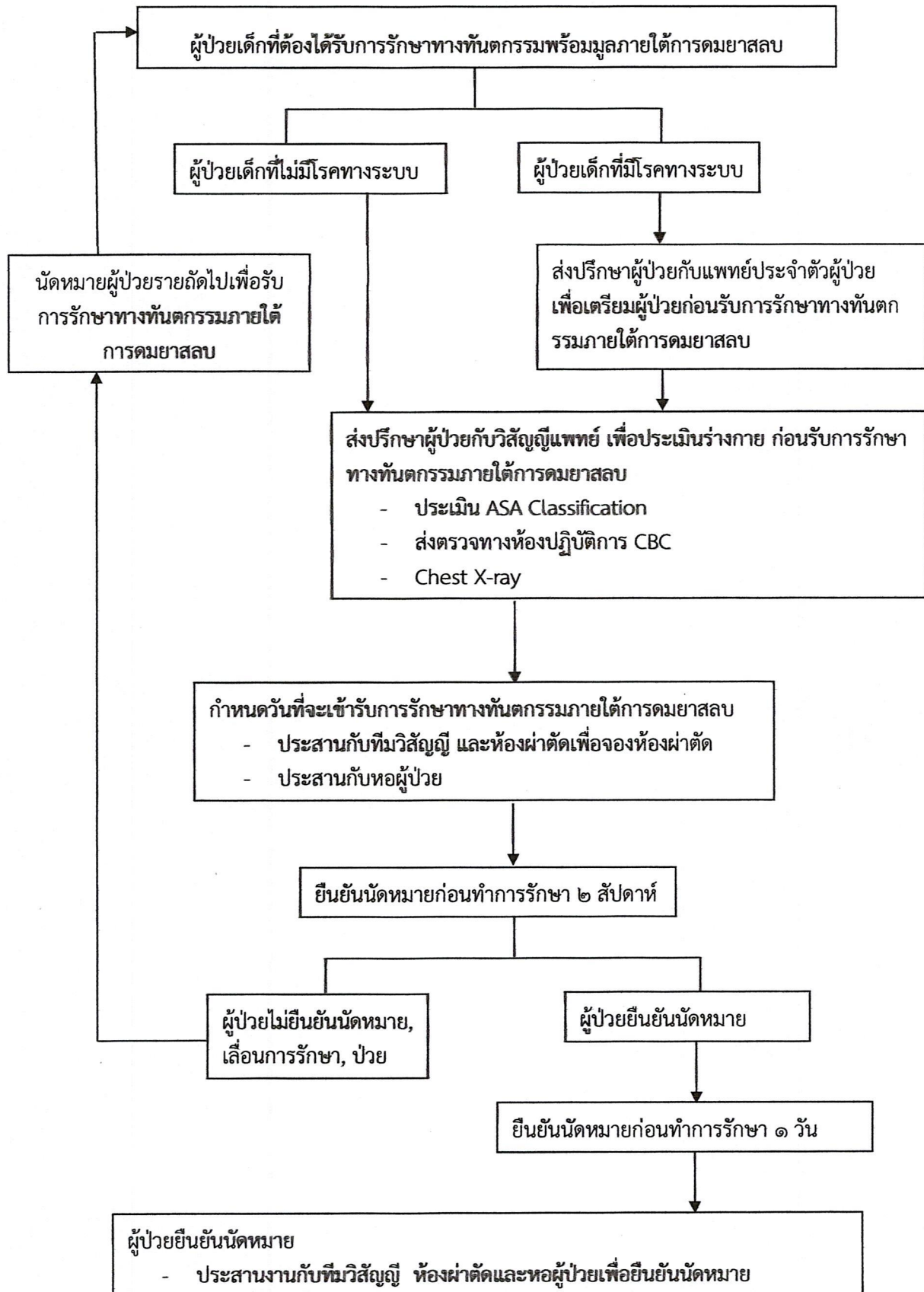
การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง ทันตแพทย์จะทำการตรวจและประเมินในช่องปาก ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม เพื่อวางแผนการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ ผู้ป่วยเด็กที่ให้ความร่วมมือได้ จะทำการถ่ายภาพรังสีเพื่อวินิจฉัยที่ กลุ่มงานทันตกรรมให้แล้วเสร็จ ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพรังสี จะทำการถ่ายภาพรังสี ในห้องผ่าตัดโดยใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีชนิดเคลื่อนที่ แล้วนำฟิล์มเอกซเรย์ไปผ่านกระบวนการล้างฟิล์มที่กลุ่มงาน ทันตกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลาค่อนข้างมาก จากระยะทางระหว่างกลุ่มงานทันตกรรมและห้องผ่าตัดที่ไกล และความไม่ชำนาญในการช่วยงานรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบของผู้ช่วยทันตกรรม ทำให้ผู้ป่วย ต้องใช้เวลาในการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบนานขึ้น

จึงเป็นที่มาของการจัดทำแนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนในการรักษาและใช้เป็นแนวทางในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบเป็นไปอย่างราบรื่น รวดเร็ว และปลอดภัยกับผู้ป่วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากปัญหาในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบข้างต้น ปัญหาการ ประสานงานสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกิดจากการขาดระบบการประสานงานที่ดีและขั้นตอนการเตรียม ผู้ป่วยก่อนรับการรักษาภายใต้การดมยาสลบที่ไม่ชัดเจน ได้เสนอแนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็ก ภายใต้การดมยาสลบ ดังนี้

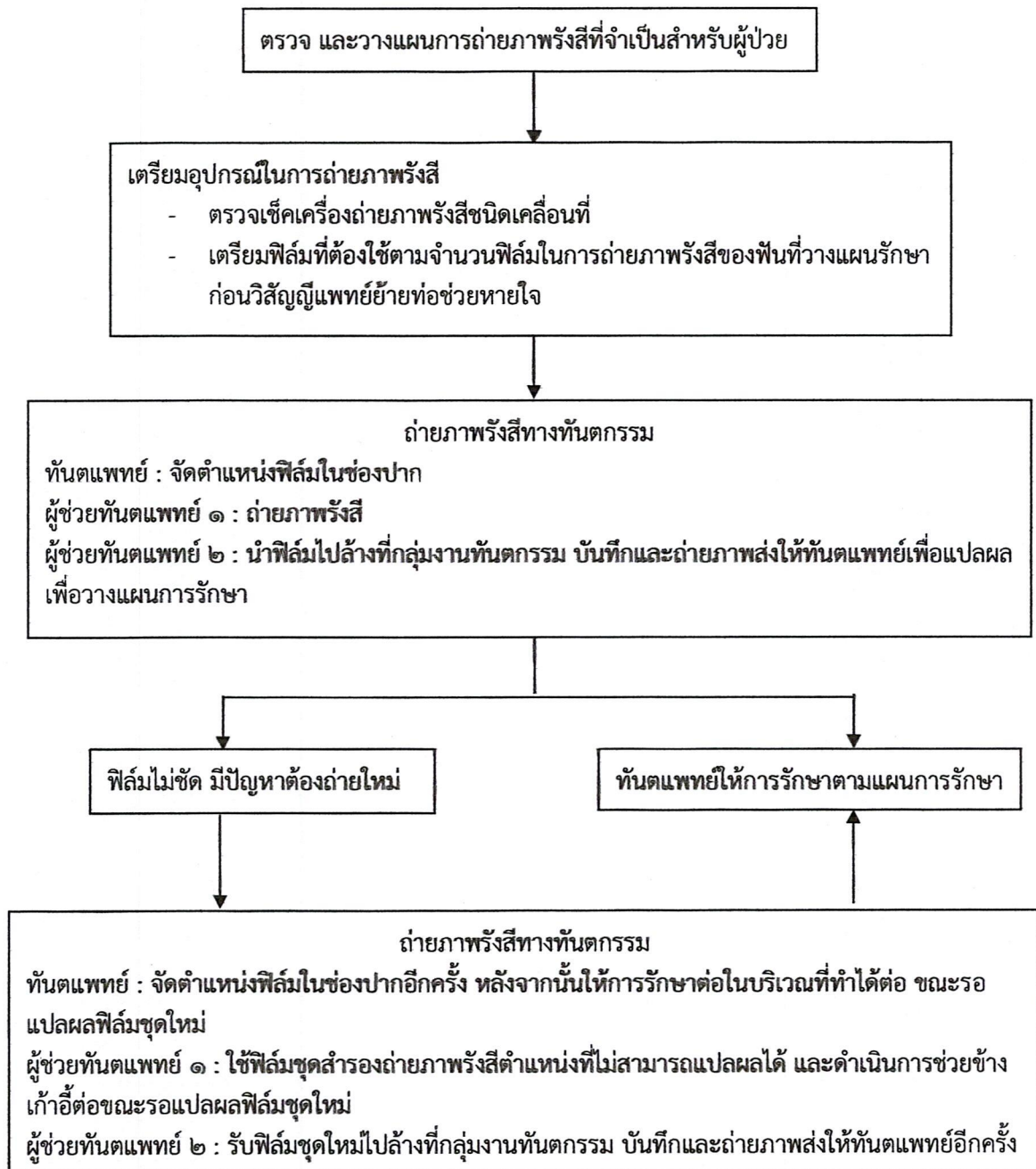
แนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กภายใต้การดมยาสลบ



ในการให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบในผู้ป่วยเด็ก จะมีผู้ช่วยทันตกรรมเข้าช่วยงานทั้งสิ้น ๒ คน โดยทำหน้าที่ช่วยเหลือข้างแก้อี ๑ คน และทำหน้าที่ช่วยเหลือทั่วไป บริหารจัดการเครื่องมือให้พร้อมใช้งานในขั้นตอนถัดไป ๑ คน ทั้งสองคนจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการช่วยงานในห้องผ่าตัดเป็นอย่างดี รวมถึงการถ่ายภาพรังสีในห้องผ่าตัดด้วย ปัญหาข้อจำกัดด้านการถ่ายภาพรังสีในห้องผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างมาก ได้เสนอแนวทางการแก้ไขโดยการฝึกอบรมผู้ช่วยทันตกรรมในกลุ่มงาน ให้สามารถช่วยงานในห้องผ่าตัดได้อย่างมีความรู้ความสามารถ เพื่อลดระยะเวลาในการรักษา หรือกรณีที่ผู้ช่วยลา จะได้ไม่เกิดปัญหาการขาดกำลังคนและความไม่ชำนาญในการถ่ายภาพรังสี ดังแนวทางต่อไปนี้

แนวทางการถ่ายภาพรังสีในการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ

กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพรังสีที่ห้องทันตกรรม



ในอนาคต หากผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบมีปริมาณมากขึ้น วางแผนที่จะขอห้องผ่าตัดเพื่อใช้ในการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาโดยเฉพาะ เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ สะดวกรวดเร็วมากขึ้น และวางแผนติดตั้งเครื่องถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรมที่ห้องผ่าตัด เพื่อการรักษาที่ราบรื่น และใช้เวลาการให้การรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบลดลง

หลังจากผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการ ติดตามผลการรักษาภายใต้การดมยาสลบ และสำรวจความพึงพอใจของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการ รักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ เพื่อในข้อมูลมาพัฒนาปรับปรุงการให้การรักษาทันตกรรมต่อไป

แบบประเมินความพึงพอใจในการรับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบของผู้ป่วยเด็ก

หัวข้อ	แย่มาก = ๑	แย่มาก = ๒	พอใช้ = ๓	ดี = ๔	ดีมาก = ๕
๑. ระยะเวลารอคอยการนัดหมายเพื่อปรึกษาการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ					
๒. การให้ข้อมูลการรักษาและคำแนะนำก่อนการรักษาทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ					
๓. ระยะเวลารอคอยการนัดหมายเพื่อเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ					
๔. ผลการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ					
๕. การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ					

ข้อเสนอแนะ

.....

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบได้รับการรักษาที่เป็นไปตามขั้นตอนที่ชัดเจนและสามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อให้การรักษาทันตกรรมได้ราบรื่น รวดเร็ว และปลอดภัยกับผู้ป่วย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ความพึงพอใจของบิดามารดา หรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ มากกว่า ๘๐ %

- ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีและแปลผลภาพรังสี ไม่เกิน ๑๕ นาที

(ลงชื่อ)
 (.....)
 (ตำแหน่ง)
 (วันที่) 15 / พฤษภาคม / 2565

ผู้ขอประเมิน