

รายงานผู้ป่วย

Case Report

รายงานการรักษาทันตกรรมพร้อมมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย หลังได้รับรังสีรักษามะเร็งหลังโพรงจมูก

Dental Comprehensive Care in Post- radiation Therapy for Nasopharyngeal Cancer Patient

จริยภรณ์ นิคมชัยประเสริฐ, ท.บ. ส.ม. ทันตกรรม*

Chariyaporn Nikhomchaiprasert, D.Ds, MPH. Dental *

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพนสนิคม จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20140

*Department of Dental, Phanatnikhom Hospital, Chonburi Province, Thailand, 20140

Corresponding author, E-mail address: nudent9@gmail.com

Received: 30 Jun 2025. Revised: 24 Oct 2025. Accepted: 29 Nov 2025.

บทคัดย่อ

มะเร็งหลังโพรงจมูก จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูล เพราะผู้ป่วยมักได้รับรังสีรักษา ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก โดยเฉพาะภาวะปากแห้ง เป็นอาการข้างเคียงที่ส่งผลกระทบระยะยาวและต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากต่อมน้ำลายเสียหาย ภาวะปากแห้งเพิ่มความเสี่ยงอย่างมากต่อการเกิดฟันผุ อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากแบบองค์รวมตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังการฉายรังสีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษานี้เป็นรายงานผู้ป่วยรายกรณี (case study) ในผู้ป่วยชายอายุ 66 ปี ซึ่งเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกชนิด Squamous cell carcinoma ระยะ T2N2M0 และได้รับรังสีรักษาขนาด 70 เกรย์ร่วมกับเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีประวัติการเตรียมช่องปากก่อนฉายรังสีในปีพ.ศ. 2558 จากการตรวจช่องปากในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะปากแห้งระดับปานกลางตามเกณฑ์ CODS 4 คะแนน มีการสูญเสียฟันหลายซี่ จึงมีการนัดหมายเพื่อรับการรักษาทันตกรรมพร้อมมูล จำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง ประกอบด้วย การตรวจวางแผนการรักษา การบูรณะฟันผุ การใช้สารหล่อลื่นช่องปากและการฟื้นฟูด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดโครงโลหะ การออกแบบในขากรรไกรบนใช้ส่วนโยงหลักเป็นแบบ Palatal strap ขากรรไกรล่างส่วนโยงหลักเป็นแบบ Lingual bar โดยมีขั้นตอนการทำฟันเทียมได้แก่ พิมพ์ปากทำแบบศึกษา ลองแทนกััด ลองฟันใส่ฟัน และมีการนัดติดตามหลังใส่ฟันเทียม 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังได้รับรังสีรักษามะเร็งหลังโพรงจมูก ได้แก่ การจัดการภาวะปากแห้ง อดฟันและการฟื้นฟูฟันที่สูญเสียไป เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว การใช้สารหล่อลื่นช่องปากเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการปากแห้งได้ การเลือกวัสดุอดฟันเพื่อบูรณะฟันที่ผุอย่างเหมาะสมมีความสำคัญ การติดตามดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ : มะเร็งหลังโพรงจมูก การรักษาทันตกรรมพร้อมมูล ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดโครงโลหะ สารหล่อลื่นช่องปาก

ABSTRACT

Nasopharyngeal cancer is a significant public health problem and requires comprehensive dental treatment. Patients often receive radiation therapy, which can lead to oral complications, particularly dry mouth, a long-term and lifelong side effect due to damaged salivary glands. Dry mouth significantly increases the risk of tooth decay, leading to further complications. Therefore, comprehensive oral health care is crucial before, during, and after radiation therapy. This study investigated a 66-year-old male patient diagnosed with T2N2M0 squamous cell carcinoma of the nasopharyngeal cavity and received 70-gray radiation therapy combined with chemotherapy. The patient had a history of oral preparation prior to radiation therapy in 2015. An oral examination in May 2014 revealed moderate dry mouth, with a CORDS score of 4, and multiple tooth loss. Ten appointments were scheduled for comprehensive dental treatment, including treatment planning and dental restoration. The use of oral lubricants and restoration with a removable partial denture with a metal frame. The upper jaw uses a palatal strap as the major connector, while the lower jaw uses a lingual bar as a major connector. The prosthetic procedure includes impression taking, bite registration, and insert prosthesis. Follow-up appointments are scheduled for 1 week, 1 month, and 3 months after placement, respectively.

A comprehensive dental treatment case study of a patient undergoing radiation therapy for nasopharyngeal cancer includes dry mouth management, fillings, and restoration of lost teeth to improve quality of life and prevent long-term complications. The use of oral lubricants is an option to alleviate dry mouth symptoms. Selecting the appropriate filling material to restore decayed teeth is important. Continuous oral health monitoring is essential for this patient group.

Keywords : Nasopharyngeal cancer, Comprehensive dental care, Removable partial denture with metal framework, Oral lubricant.

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นโรคที่พบบ่อยในคนเอเชีย โดยเฉพาะประเทศจีน ฮองกงและไต้หวัน รวมถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก 3.4 คนต่อประชากรแสนคนต่อปีในเพศชาย และ 1.2 คนต่อประชากรแสนคนต่อปีในเพศหญิง⁽¹⁾ จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 มะเร็งหลังโพรงจมูกพบเป็นอันดับที่ 7 ของมะเร็งทั้งหมด⁽²⁾ สาเหตุของมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก นอกจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อาจมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสเอปส์ไตน์-บาร์ Epstein-Barr Virus, (EBV)⁽³⁾ มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยีน HLA และยีน CYP2E1 กับโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก

ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างยีน HLA กับโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกในกลุ่มประชากรของประเทศแถบเอเชีย ส่วนยีน CYP2E1 พบในกลุ่มประชากรจีนของประเทศไต้หวัน ในคนไทยยีน pIgR เป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อผิว (Epithelial Cell) ของเชื้อ EBV ส่วนยีน CYP2E1 เป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกระบวนการสันดาปของเซลล์ (Metabolism) ของสารจำพวกสารที่เปลี่ยนแปลงเป็นสารก่อมะเร็ง (Procarcinogen) เช่น สารประกอบ nitrosamine⁽⁴⁾

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกส่วนใหญ่ที่พบประมาณร้อยละ 60-70 มักมาพบแพทย์ด้วยก้อนที่คอโตโดยที่ไม่มีอาการเจ็บปวด

รองลงมาประมาณร้อยละ 40-70 ได้แก่ อาการทางจมูก เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล เลือดกำเดาออก และประมาณร้อยละ 40-60 มีอาการทางหู เช่น ปวดหู หูอื้อ มีน้ำไหลออกจากหู อีกประมาณร้อยละ 20 อาจมาด้วยอาการทางระบบประสาท เช่น การกดทับของเส้นประสาทสมอง โดยพบได้บ่อยที่สุดคือ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 และ 6 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้าชา ตามองเห็นภาพซ้อน กลอกตาได้ไม่สุด⁽⁵⁾ ผู้ป่วยต้องพบแพทย์หูคอจมูก ตรวจหาต้นเหตุของอาการ ตรวจเพิ่มเติมด้วยการถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือภาพเอ็มอาร์ การตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา วิธีที่ใช้บ่อย คือ การตัดชิ้นเนื้อผ่านกล้อง และใช้เข็มเจาะผ่านก้อนต่อมน้ำเหลืองบริเวณคิ่วล่าคอเพื่อวินิจฉัย พยาธิสภาพของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก⁽⁶⁾ ร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มคาร์ซิโนมา (Carcinoma) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO Classification) ออกเป็น 3 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 WHO type I: Keratinizing Squamous Cell Carcinoma ชนิดที่ 2 WHO type II: Non-Keratinizing Squamous Cell Carcinoma (NK-SCCA) แบ่งเป็นชนิดย่อย คือ WHO type IIA: NK-SCCA, differentiated และ WHO type IIB: NK-SCCA, undifferentiated ชนิดที่ 3 WHO type III: Basaloid Squamous Cell Carcinoma WHO type II เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบในชาวเอเชีย และสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Epstein-Barr Virus (EBV) โดย differentiated และ undifferentiated NK-SCCA พบได้ร้อยละ 30-40 และ ร้อยละ 40-50 ตามลำดับในทางกลับกัน WHO type I พบเพียงร้อยละ 20 และพบได้บ่อยในชาวตะวันตก ในปีค.ศ. 2016 แวง และคณะได้นำเสนอ การจำแนกประเภททางจุลพยาธิวิทยาของมะเร็งหลังโพรงจมูกแบบใหม่ เพื่อปรับปรุงการพยากรณ์โรคและความสามารถในการคาดการณ์การตอบสนองต่อการรักษาโดยแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ คาร์ซิโนมาชนิดเยื่อบุผิว (Epithelial Carcinoma (EC)), คาร์ซิโนมาชนิดซาร์โคมาตอยด์ผสมเยื่อบุผิว (Mixed Sarcomatoid-Epithelial Carcinoma (MSEC)), คาร์ซิโนมาชนิดซาร์โคมาตอยด์ (Sarcomatoid Carcinoma (SC)) และ คาร์ซิโนมาชนิดสแควมัสเซลล์ (Squamous Cell Carcinoma (SCC)) การจำแนกประเภทที่เสนอนั้น

สามารถแยกแยะอัตราการรอดชีวิตโดยรวม 5 ปีได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เช่น SC และ SCC และอาจเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจให้การรักษาด้วยเคมีรังสีบำบัด (RCT) เทียบกับการฉายรังสีบำบัดเพียงอย่างเดียว (RT) ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มย่อยได้ดีกว่าระบบ WHO เดิม⁽⁶⁾

รังสีรักษา (Radiotherapy) ถือเป็นการรักษาหลักสำหรับมะเร็งศีรษะและคอ ความเข้มของรังสีที่ได้รับสำคัญในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ⁽⁷⁾ การพัฒนาเทคนิคการฉายรังสีรักษามะเร็งโพรงจมูก มีการพัฒนาจากการใช้รังสีรักษาแบบเทคนิคดั้งเดิม (Conventional Radiotherapy) 2 มิติและ 3 มิติ - Chemoradiotherapy CRT: ซึ่งใช้ภาพรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์นำมาจำลองการกำหนดขอบเขตลำรังสี (Field) โดยอาศัยตำแหน่งกระดูก ในการกำหนดขอบเขตไปสู่รังสีรักษาแบบปรับความเข้ม (Intensity-Modulated Radiation Therapy, IMRT): ในปัจจุบัน IMRT ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เพราะช่วยเพิ่มผลการรักษา ลดผลข้างเคียง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถลดอัตราการเกิดภาวะน้ำลายแห้ง (xerostomia) เรื้อรังจากร้อยละ 82.1 ในเทคนิคดั้งเดิมเหลือเพียงร้อยละ 39.3 เพื่อลดผลข้างเคียงเรื้อรัง (โดยเฉพาะภาวะน้ำลายแห้ง) และการพัฒนาแนวทางการให้ยาเคมีบำบัดจากการฉายรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวนำไปสู่ Concurrent Chemoradiotherapy (CCRT) คือ การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ช่วยเพิ่มอัตราการปลอดโรคและอัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ อีกแนวทางการรักษาหลักสำหรับโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ในปัจจุบันคือการนำ Induction Chemotherapy มาใช้ก่อน CCRT เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่มีการลุกลามมาก การรักษาหลักสำหรับโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกตั้งแต่ระยะที่ 2 ขึ้นไป คือ การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (Combined chemoradiation) ซึ่งมีการพัฒนาลำดับการให้ยาอย่างต่อเนื่อง: Induction Chemotherapy (ICT) ตามด้วย CCRT: แม้ว่า ICT เพียงอย่างเดียวจะยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าเพิ่มอัตราการรอดชีวิต แต่การให้ ICT ตามด้วย CCRT ได้แสดงผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยมในผู้ป่วยระยะลุกลามเฉพาะที่⁽⁵⁾

การได้รับรังสีในช่องปาก ต่อม้าน้ำลายในปริมาณสูง อาจส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย อาการเฉียบพลันที่พบได้บ่อยที่เกี่ยวข้องกับรังสีรักษา ได้แก่ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral Mucositis) ปากแห้ง (Xerostomia) ช่องปากติดเชื้อรา (Oral Candidiasis) เสียการรับรส กลืนลำบาก เจ็บคอเนื่องจากการบวมของกล่องเสียง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ส่งผลให้มีอาการปวดรับประทานอาหารได้น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เกิดภาวะติดเชื้อ ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา⁽⁷⁾ การรักษาหลักของมะเร็งหลังโพรงจมูก คือ การฉายรังสี 6-7 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่เป็นระยะที่สองขึ้นไป ต้องได้รับยาเคมีบำบัดร่วมด้วย หากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่หรือตรวจพบเชื้อ EBV ในกระแสเลือดสูง จะมีการให้ยาเคมีบำบัดนำก่อนฉายรังสีรักษา การฉายรังสีกระทบบริเวณช่องปากและต่อมน้ำลาย ทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง ซึ่งเป็นเหตุให้ความเป็นกรด-ด่างในช่องปากผิดปกติ ทำให้ฟันผุได้ง่าย จึงมีความจำเป็นต้องทำการรักษาทันตกรรมพร้อมมูล คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่การวินิจฉัย วางแผนการรักษา ไปจนถึงการรักษาและการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นและสามารถดูแลตนเองต่อไปได้ การรักษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีสภาพช่องปากที่ปราศจากโรค สามารถทำงานได้ตามปกติ และคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น สุขภาพกาย สุขภาพใจ สภาพเศรษฐกิจและสังคมด้วย ทันตแพทย์จึงมีบทบาทต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ตั้งแต่ก่อนการฉายรังสี ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมช่องปาก อันได้แก่ การอุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันที่ผุหรือไม่สามารถรักษาได้ออก เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี ไม่ติดเชื้อระหว่างการฉายแสง หลังฉายรังสีผู้ป่วยควรตรวจฟันทุก 6 เดือนเพื่อรักษาฟันผุ หากมีการติดเชื้อของกระดูกขากรรไกรและเนื้อเยื่อโดยรอบ จะนำไปสู่การรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา มีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งการฉายแสง ขนาดของรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ^(8,9) การจัดการอาการข้างเคียงที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่การหยุดชะงักของการรักษาได้

ผู้ป่วยอาจต้องการการบำบัดฟื้นฟูอาการข้างเคียงทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในระบบ การจัดการหลังการฉายรังสีรักษา⁽¹⁰⁾

1. การจัดการภาวะปากแห้ง (Xerostomia)
2. ป้องกันภาวะขากรรไกรแข็ง (Trismus) ของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวหรือหากเกิดขึ้นแล้วให้การรักษาเพื่อลดภาวะขากรรไกรแข็ง
3. ป้องกันหรือรักษาฟันผุ
4. ป้องกันหรือจัดการกระดูกตายหลังการฉายรังสี (Osteonecrosis)
5. ประเมินการติดเชื้อราในช่องปาก ทำการป้องกันและรักษาตามอาการทางคลินิก
6. ควรปรึกษาแพทย์มะเร็งรังสีวิทยาผู้ทำการรักษาก่อนทำรากฟันเทียมหรือถอนฟัน
7. ระยะเวลาในการตรวจช่องปากซ้ำขึ้นอยู่กับความเสี่ยงอย่างน้อยที่สุดควรตรวจฟันทุก 6 เดือนหรือบ่อยขึ้นหากมีลักษณะผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี

รายงานผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 014-2568 วันที่รับรอง 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและรับการรักษาที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ทำการรวบรวมข้อมูลอาการ อาการแสดง ผลตรวจทางรังสีวิทยา การรักษา และการติดตามผลหลังการรักษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชาย อายุ 66 ปี ภูมิลำเนาอำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพ ขับรถส่วนตัวรับส่งนักเรียน

อาการสำคัญ: มาตามนัดรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลพนสนิมคม เพื่อติดตามอาการหลังรักษาโรคเหงือก 6 เดือนในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

ประวัติทางการแพทย์: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดหลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง และโรคไขมันในเลือดสูงได้รับยา Simvastatin 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร เคยสูบบุหรี่ดื่มสุราแต่เลิกแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2551

ประวัติทางทันตกรรม: เคยรับการรักษาได้แก่ การอุดฟัน ขูดหินน้ำลาย และถอนฟัน จากการค้นประวัติย้อนหลังจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ได้ข้อมูลดังนี้ ผู้ป่วยมารับบริการทันตกรรมครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 โดยได้รับการส่งต่อจากแพทย์เฉพาะทาง ด้านหูคอจมูก เพื่อปรึกษากรณีเตรียมช่องปากผู้ป่วยก่อนไปฉายแสงรังสีรักษา ในขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยให้ประวัติปฏิเสธการแพ้ยา ความดันโลหิตและชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับการวินิจฉัยเป็น SCC (Squamous Cell Carcinoma), Poorly differentiated. ที่หลังโพรงจมูก ระยะ T2N2M0⁽¹¹⁾ (8th AJCC. 2017) แพทย์ส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยได้รับเตรียมช่องปากโดยถอนฟันจำนวน 6 ซี่ ได้แก่ 16 17 18 37 47 และ 48 ที่โรงพยาบาลพนัสนิคม ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาขนาด 70 เกรย์ และเคมีบำบัด 5 ครั้ง ที่ศูนย์มะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี จนครบ ผู้ป่วยกลับมารับบริการทันตกรรม ที่รพ.พนัสนิคมอีกครั้งในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 เนื่องจากมีฟันผุในปิงบประมาณ 2565-2567 ผู้ป่วยมาอุดฟัน และขูดหินน้ำลายทุก 3-6 เดือน ติดตามผลหลังรักษา มะเร็งโพรงจมูกโดยแพทย์หูคอจมูกโรงพยาบาลพนัสนิคม

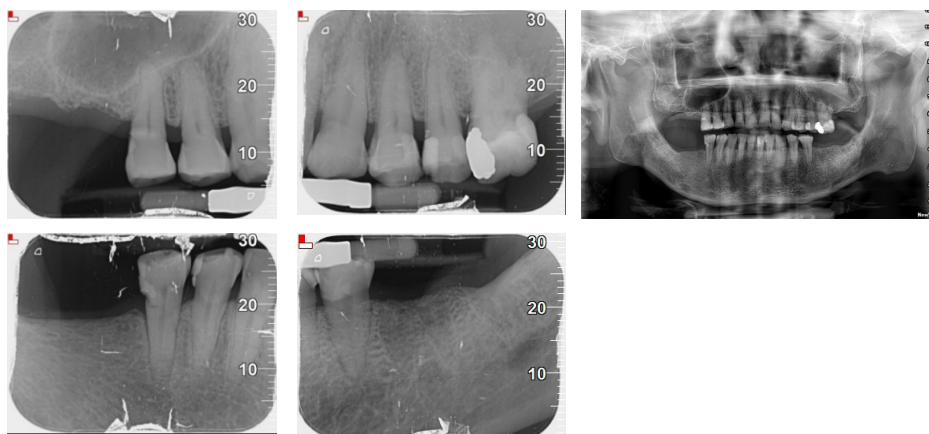
ทุก 6 เดือน ครั้งล่าสุดวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 อาการปกติ

การตรวจภายนอกช่องปาก : ใบหน้าของผู้ป่วยสมมาตร ริมฝีปากแห้งเป็นสะเก็ด มุมปากตกเล็กน้อย ตรวจข้อต่อขากรรไกรไม่มีการบวมหรือกดเจ็บ ไม่มีเสียงผิดปกติขณะอ้าปากหุบปากได้กว้าง 5 ซม. ไม่พบการเบี่ยงเบนของแนวการเคลื่อนที่ของขากรรไกร ไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกร ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยฟังเนื่องจากมีปัญหาการได้ยิน

การตรวจในช่องปากผู้ป่วย : โดยทั่วไปผู้ป่วยสุขภาพอนามัยช่องปากดี มีเลือดออกที่ขอบเหงือกเมื่อทำการวัดร่องลึกปริทันต์ เยื่อบุภายในช่องปากบริเวณแก้ม เพดานปากมีสีแดงจัด ลิ้นเลื่อน มีรอยแตก ฟันปากไม่มีน้ำลาย ขากรรไกรบนเหลือฟัน 11 ซี่ มีร่องลึกปริทันต์ (Probing pocket depth) 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกรัน 1-2 เหลือฟันมิลลิเมตร ไม่มีฟันโยก ฟันซี่ 25 อุดด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตขนาดใหญ่ ถ่ายภาพรังสีเพื่อดูรอยโรคปลายราก มีวัสดุอุดคอฟันเกือบทุกซี่ในช่องปาก ขากรรไกรล่างเหลือฟัน 10 ซี่ มีร่องลึกปริทันต์ (Probing Pocket Depth) 2-3 มิลลิเมตร เหงือกกรัน 1-3 มิลลิเมตร ไม่มีฟันโยก ไม่สามารถจำแนกการสบฟันได้เนื่องจากสูญเสียฟันหลักหลัง



ภาพที่ 1-6 แสดงลักษณะช่องปากผู้ป่วย ประกอบด้วย กัดฟันหน้าตรง กัดกันข้างซ้ายขวา Occusal View บนล่าง



ภาพที่ 7-11 ภาพถ่ายรังสีชนิดรอบปลายรากฟันจำนวน 4 ภาพ และภาพรังสีชนิดพาโนรามา

ประเมินภาวะปากแห้งทางคลินิกตามเกณฑ์ The Clinical Oral Dryness Score (CODS) การตรวจประเมินภาวะปากแห้งทางคลินิกตามเกณฑ์ (CODS) ใช้การตรวจช่องปาก 10 จุดได้แก่^(12,13) 1) กระจากเกาะติดกับกระพุ้งแก้ม 2) กระจากเกาะติดกับลิ้น 3) น้ำลายเป็นฟอง 4) ไม่มีน้ำลายขังอยู่ที่บริเวณพื้นปาก 5) ลิ้นเลื่อน 6) มีการเปลี่ยนแปลงของเหงือก เหงือกผิวสัมผัสเรียบ 7) เยื่อบุโดยเฉพาะเพดานปากเรียบ มัน 8) ลิ้นเป็นลูกคลื่นหรือมีรอยแยกปาก เหงือกแห้งมาก และมีสีแดงจัดลิ้นเลื่อนมีรอยแยก 9) มีการผุบริเวณคอฟัน หรือบูรณะล่าสุด 6 เดือนที่ผ่านมา (2 ขึ้นไป) 10) พบเศษอาหารบนเพดาน (ไม่รวมภายใต้ฟันปลอม) แบ่งระดับความรุนแรงได้ดังนี้ 1-3 คะแนน คือ มีภาวะปากแห้งเล็กน้อย (Mild Dryness) 4-6 คะแนน คือ มีภาวะปากแห้งปานกลาง (Moderate Dryness) 7-10 คะแนน คือ มีภาวะปากแห้งรุนแรง (Severe Dryness) ในกรณีนี้พบจุดที่แสดงถึงลักษณะความแห้งในปากดังนี้ 1. ไม่มีน้ำลายขังที่บริเวณพื้นปาก 2. ลิ้นเลื่อน 3. ลิ้นมีรอยแตกดังภาพ 4. มีฟันผุบริเวณคอฟันที่อุดภายหลัง 6 เดือนที่ผ่านมา รวมคะแนน CODS ได้ 4 คะแนน เข้ากับเกณฑ์วินิจฉัยภาวะปากแห้งระดับปานกลาง (Moderate Dryness)

ผลการตรวจทางคลินิกและภาพตรวจรังสีกระดูกรอบปลายรากฟันปกติ มีการสูญเสียกระดูกแนวราบประมาณร้อยละ 5-10 ของความยาวราก

ฟันซี่ 31 41 และ 42 อัตราส่วนระหว่างตัวฟันและรากฟัน คือ 1:1.1-1.2 ฟันซี่ 33 34 35 43 44 และ 45 อัตราส่วนระหว่างตัวฟันและรากฟัน คือ 1:1.5 ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น #16 17 36 37 46 47 สันเหงือกว่างปกติ (Normal Edentulous Area) ในช่องปากพบฟันซี่ 26 อุดอมัลกัมและเรซินคอมโพสิตขนาดใหญ่ด้านใกล้กลางและด้านบดเคี้ยว ฟันซี่ 24 และ 25 อุดด้วยเรซินคอมโพสิตขนาดใหญ่ด้านใกล้กลางและด้านบดเคี้ยว ทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยเครื่อง Electrical Pulp Test เป็นบวกทั้ง 3 ซี่

การวางแผนการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะปากแห้งระดับปานกลาง จึงให้การรักษาโดยจ่ายสารหล่อลื่นช่องปาก (Mucosal lubricants) GC dry mouth gel ใช้ครั้งละ 5 ซีซี ให้ผู้ป่วยอม 2-3 ชม.หรือ 3-4 ชม. ก่อนอาหารเพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น ไม่เกิดผลจากการเสียดสีจากความหยาบของอาหารที่รับประทาน ให้ความรู้เรื่องการนัดกระตุ้นต่อน้ำลาย ติดตามอาการผู้ป่วยทุก 1 เดือน ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคเหงือกมาแล้ว จึงได้วางแผนการรักษาอุดฟันและใส่ฟันเทียมชนิดฐานโลหะทั้งขากรรไกรบนและล่าง เนื่องจากต้องการเปิดคอฟันให้ได้มากที่สุด เพื่อให้ทำความสะอาดได้ง่ายไม่เกิดความเสียหายจากจุดปิดอับจากการใส่ฟันมากเกินไป

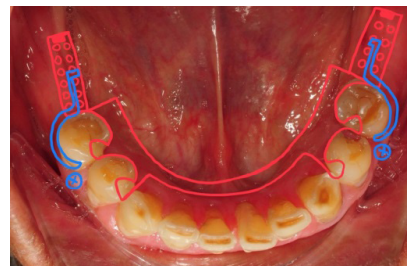
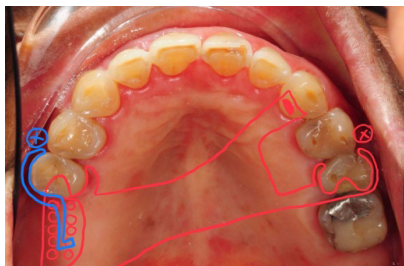
ครั้งที่ 1 ชักประวัติ ตรวจวินิจฉัย ถ่ายภาพรังสีในช่องปาก ถ่ายภาพในช่องปาก วางแผนการรักษาและเริ่มเตรียมช่องปากโดยการอุดฟัน ด้านแก้มของฟันซี่

33 35 22 และ 11 อุดด้วยวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ ซีเมนต์ (GC II light cured : Glasslonomer Cement) ฟันซี่ 21 ด้านลิ้นไกลกลางอุดด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต ฟันซี่ 33 ด้านแก้มอุดด้วยวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glasslonomer Cement)

ครั้งที่ 2 เตรียมช่องปากโดยการอุดฟัน ฟันซี่ 24 25 26 45 ด้านใกล้แก้ม อุดด้วยวัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (GC II light cured) และทำการพิมพ์ปากขึ้นต้นด้วยอัลจินตเพื่อทำแบบจำลองขึ้นต้นสำหรับการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา สำนักรวหาความคอดของฟันโดยรอบ ออกแบบโครงโลหะฟันเทียม จำแนกเป็นขากรรไกรบน - Kennedy Class II ขากรรไกรล่าง - Kennedy Class I และตำแหน่งส่วนพักฟันเทียมบนส่วนโยงหลักเป็นแผ่นมีความกว้าง อยู่ห่างจากขอบเหงือก 6 มิลลิเมตรใช้ฟันซี่ 15 และ 25 เป็นฟันหลักยึด (Abutment) มีส่วนพักไกลกลาง (Distal Rest) บนด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ 15 และ 25 และส่วนพักด้านเพดาน (Cingulum Rest) ของฟันซี่ 23 ฟันเทียมล่างมีส่วนโยง

หลักเป็นแท่งด้านลิ้นที่มีบางส่วนเป็นตารางโปรง (lingual Bar) แบบมีที่ว่างสำหรับให้เป็นที่อยู่ของอะคริลิกเรซินเพื่อต่อการเติมฟัน ใช้ฟันซี่ 33 34 35 43 44 และ 45 เป็นฟันหลักยึด อัตราส่วนของตัวฟันต่อรากฟันเท่ากับ 1:1.5 ในฟันซี่ 33 34 35 43 44 ยกเว้นซี่ 45 อัตราส่วนของตัวฟันต่อรากฟันเท่ากับ 1:1.3 ส่วนโยงรองบนสันเหงือกกว้างเป็นแบบตะแกรง (Mesh Construction) มีส่วนพักใกล้กลาง (Mesial Rest) บนด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ 34 35 43 44 และ 45 ส่วนตะขอพิจารณาใช้ตะขอผสมจับส่วนคอดด้านแก้ม-ใกล้กลางของฟันซี่ 35 45

ครั้งที่ 3 กรอฟันตามตำแหน่งฟันหลักยึดตามแผนการรักษาเพื่อปรับปรุงร่างฟัน สร้างระนาบนำและแอ่งรับเพื่อรองรับฟันเทียมดังนี้ ส่วนพักด้านไกลกลาง ฟันซี่ 15 และ 25 ส่วนพักด้านไกลกลาง 34 35 44 และ 45 ลึก 1.5 มิลลิเมตร ทำมุม 45 องศา พิมพ์ปากด้วยวัสดุอัลจินต ออกแบบโครงโลหะตามแบบที่ได้วางแผนไว้



ภาพที่ 12-13 การออกแบบฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานโลหะในขากรรไกรบนและส่วนโยงหลักและส่วนโยงย่อยของโครงโลหะในขากรรไกรบนใช้ชนิด Palatal strap ในขากรรไกรล่างใช้ชนิด Lingual Bar สีฟ้า คือ ตะขอลดตัดทำหน้าที่ตะขอยึด (Retentive arm)

ครั้งที่ 4 ลองโครงโลหะในขากรรไกรบนและล่าง ตรวจดูความแนบสนิทของโครงโลหะกับตัวฟัน ตรวจและปรับแต่งการสบฟัน พิมพ์เนื้อเยื่อด้วยวิธีใช้แรงกด (Functional Impression) โดยเสริมอะคริลิกบริเวณโครงโลหะส่วนสันเหงือกกว้างด้านท้าย บั้นขอบด้วยวัสดุคอมปาวด์สีเซียว และพิมพ์ปากขั้นสุดท้ายด้วยซิลิโคน ส่งรอยพิมพ์และขึ้นหล่อหลักให้ห้องปฏิบัติการทำขึ้นหล่อเปลี่ยนฐาน และทำแท่นกัดส่งกลับเพื่อบันทึกการสบฟัน

ครั้งที่ 5 ทำการเลือกสีซี่ฟันเทียม โดยเทียบสีจากฟันตำแหน่งข้างเคียงกับช่องว่างที่จะใส่ฟันเทียม ได้สี A3 ระบบยามานาชิ ลองแท่นกัดในขากรรไกรบนและล่าง และบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง ด้วยซี่ฝัองอะลูมิเนียมโดยแช่น้ำอุ่นให้นุ่ม แล้วม้วนแร็กซ์เป็นแท่งให้มีขนาดพอดีกับแท่นกัด ให้ผู้ป่วยกัดในตำแหน่งฟันสบสนิทที่สุด (maximum intercuspation) ขณะที่ซี่ฝัองยังนิ่ม ร่องจนวัสดุแข็งจึงนำออกจากช่องปาก

ครั้งที่ 6 ลองฟัน โดยการลองขึ้นงานโครงโลหะ ที่ได้เรียงฟันบนแท่งกีด ให้ผู้ป่วยลองสบฟันและเคี้ยว หลังจากนั้นทำการปรับแก้ด้านบดเคี้ยวของฟันหลังด้วย หัวกรรอนนอกช่องปาก

ครั้งที่ 7 ใส่ฟันเทียมในขากรรไกรบนและล่างให้กับผู้ป่วย ปรับแต่งฟันเทียมให้ลงตำแหน่งโดยสังเกต ส่วนพักจะต้องแนบสนิทกับแอ่งรับ ตรวจสอบ

การกดเกินบริเวณสันเหงือกด้วยครีมทดสอบจุดกดเกิน (Disclosing Paste) หลังจากนั้นปรับแต่งแก้ไขการสบในศูนย์และนอกศูนย์ตามลำดับ แนะนำวิธีการถอดใส่และทำความสะอาดฟันเทียม ไม่แนะนำให้ทานอาหารแข็งและเหนียวเกินไปเพราะจะทำให้เจ็บเหงือกบริเวณฟันเทียม และมีผลต่อฟันแท้ที่เหลืออยู่ด้วย



ภาพที่ 14-18 ลักษณะช่องปากผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม ประกอบด้วย กัดฟันหน้าตรง กัดกันข้างซ้ายขวา
Occusal View บนล่าง

ผลการรักษา และการนัดติดตามผลการรักษา

ครั้งที่ 8 ติดตามผลหลังใส่ฟันเทียมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอนามัยช่องปากดี พบจุดกดเกินที่สันเหงือกบริเวณสันเหงือกกลางขาส่วนปลายไรฟันหลังฟันเทียม ซี 47 ไม่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ฟันเทียมแน่นดีทั้งบนล่าง ได้ทำการตรวจจุดกดเกินด้วยครีมทดสอบจุดกดเกิน (Disclosing Paste) และปรับแต่งแก้ไข หลังจาก que ผู้ป่วยได้รับสารหล่อลื่นช่องปาก จึงทำการประเมินภาวะปากแห้งพบว่าภาวะปากแห้งดีขึ้น โดยประเมินการตรวจประเมินภาวะปากแห้งทางคลินิกตามเกณฑ์ The Clinical Oral Dryness Score ไม่พบริมฝีปากที่แห้งเป็นสะเก็ดพบจุดที่แสดงถึงลักษณะความแห้งในปากเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ประเมินภาวะปากแห้งได้ระดับน้อย ผู้ป่วยรู้สึกว่ปากชุ่มชื้นขึ้นไม่เจ็บเหมือนก่อน

ครั้งที่ 9 ติดตามผลหลังใส่ฟันเทียมเป็นเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยมีอนามัยช่องปากดี ใส่เคี้ยวอาหารได้ไม่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ฟันเทียมแน่นดีทั้งบนล่าง

ครั้งที่ 10 ติดตามผลหลังใส่ฟันเทียมเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีอนามัยช่องปากดี ใส่เคี้ยวอาหารได้ไม่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ฟันเทียมแน่นดีทั้งบนล่าง ทำการประเมินภาวะปากแห้งพบว่าภาวะปากแห้งดีขึ้น โดยประเมินการตรวจประเมินภาวะปากแห้งทางคลินิกดีขึ้นมาก ลิ้นและกระพุ้งแก้มไม่แห้ง ได้ทำการจ่ายสารหล่อลื่นช่องปาก (Mucosal lubricants) เพิ่มและนัดต่อเนื่องทุก 3 เดือน

อภิปรายผล

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีรักษาครบเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ การติดตามอาการอย่างต่อเนื่องช่วยลดความไม่สบายในช่องปาก การจัดการหลังการฉายรังสีรักษาจึงมีความสำคัญ มีการศึกษาที่จัดทำแนวทางการจัดการหลังการฉายรังสีดังนี้⁽¹⁰⁾ 1. การจัดการภาวะปากแห้ง (Xerostomia) 2. ป้องกันภาวะขากรรไกรแข็ง (Trismus) ของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวหรือหากเกิดขึ้นแล้วให้การรักษาเพื่อลดภาวะขากรรไกรแข็ง 3. ป้องกันหรือรักษาฟันผุ 4. ป้องกันหรือจัดการกระดูกตายหลังการฉายรังสี (Osteonecrosis) 5. ประเมินการติดเชื้อราในช่องปาก ทำการป้องกันและรักษาตามอาการทางคลินิก 6. ควรปรึกษาแพทย์มะเร็งรังสีวิทยาผู้ทำการรักษาก่อนทำรากฟันเทียมหรือถอนฟัน 7. ระยะเวลาในการตรวจช่องปากซ้ำ ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงอย่างน้อยที่สุดควรตรวจฟันทุก 6 เดือนหรือบ่อยขึ้น หากมีลักษณะผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี ผู้ป่วยรายนี้กลับมารักษาทางทันตกรรม หลังจากฉายรังสีไปแล้วเป็นเวลา 2 ปี จึงมีฟันผุจำนวนหลายซี่ การตัดสินใจเลือกใช้วัสดุอุดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจึงควรพิจารณาจากสภาวะช่องปากของผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ตำแหน่งและขนาดของรอยผุ รวมถึงระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการฉายรังสีรักษา⁽¹⁴⁾ การเลือกวัสดุอุดสำหรับอุดฟันผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงบริเวณศีรษะและลำคอ ควรใช้วัสดุยึดเกาะฟันที่ป้องกันฟันผุซ้ำซ้อน การรักษาความสะอาดในช่องปากและการใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น ภาวะกระดูกตายที่เกิดจากการฉายรังสีรักษา⁽¹⁵⁾ วัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass Ionomer Cement) เป็นวัสดุที่สามารถปล่อยฟลูออไรด์ได้ มีความสามารถในการปรับสมดุลกรดต่างและมีฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย จากการศึกษาทางคลินิกเป็นเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่มีภาวะปากแห้งหลังการฉายรังสี พบว่า วัสดุนี้ช่วยยับยั้งฟันผุบริเวณขอบวัสดุได้เล็กน้อย อย่างไรก็ตาม วัสดุนี้สูญเสียรูปร่างทางกายวิภาคและลักษณะการแนบกับขอบฟันได้ง่าย แม้จะมีการยึดติดทางเคมีกับโครงสร้างฟัน แต่ก็มิ

รายงานการหลุดของวัสดุ อาจสันนิษฐานได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อฟันที่รองรับอาจเป็นสาเหตุของการหลุดของกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass Ionomer Cement)⁽¹⁵⁾ วัสดุเรซินคอมโพสิต (Resin Composite) เป็นวัสดุที่เหมาะสมกับแนวคิดการรักษาแบบอนุรักษ์ (Minimal Intervention) ไม่จำเป็นต้องมีการกรอเตรียมโพรงฟันเพิ่มเติมระหว่างขั้นตอนการบูรณะ ข้อควรพิจารณาสำคัญในบริบทการฉายรังสีรักษา เรซินคอมโพสิตไม่มีความสามารถในการปรับสมดุลกรดต่างหรือฤทธิ์ต้านจุลชีพ มีการศึกษาที่พบว่าหลังจากอุดฟันไปแล้ว 2 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิดฟันผุบริเวณขอบวัสดุได้สูงกว่ากลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์⁽¹⁴⁾

เนื่องจากฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐาน⁽¹⁶⁾ มีส่วนรองรับแรง 2 ส่วน คือฟันและเนื้อเยื่ออ่อน ในส่วนของฟันแรงจะเคลื่อนลงสู่กระดูกโดยผ่านทางเอ็นยึดบริทันต์ ขณะที่เนื้อเยื่ออ่อนแรงลงจากฟันเทียมสู่เนื้อเยื่อโดยตรง ทำให้มีการขยับเคลื่อนที่ได้มากกว่า จึงควรออกแบบให้ลดแรงกระทำต่อฟันหลัก เช่น การใช้ตะขอที่บีบรัดฟันหลักน้อย (Stress breaker) และขยายฐานฟันเทียมออกให้กว้างเท่าที่จะทำได้ โดยใช้การพิมพ์เนื้อเยื่อด้วยวิธีใช้แรงกด (functional impressing) และการทำอัลเทอร์แคส (Altered Cast) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้การกระจายแรงบดเคี้ยวในบริเวณสันเหงือกกว้างไร้ฟันหลักหลัง (Free-End Saddles) ทำให้บริเวณฐานฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดฐานโลหะส่วนปลายไร้ฟัน (Distal Extension) มีความมั่นคง และยังช่วยปรับปรุงการรองรับสำหรับความสัมพันธ์ของการสบฟันของฟันคู่สบ และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดฐานโลหะทำให้มีการสบฟันที่ดีซึ่งจะคงอยู่ได้นาน เทคนิคอัลเทอร์แคสช่วยให้สันเหงือกซึ่งถูกบันทึกในรูปทรงขณะใช้งานสามารถถูกนำมาเชื่อมโยงกับฟันได้ ทำให้เมื่อใส่ฟันเทียมแล้ว ฟันเทียมจะได้รับการรองรับไปพร้อมๆ กันทั้งจากฟันและจากฐานฟันเทียม การขยายฐานฟันเทียมอย่างเหมาะสมยังช่วยกระตุ้นกระดูกที่รองรับและกระจายแรงอย่างสม่ำเสมอ รักษาแนวกระดูกที่ยังคงเหลืออยู่ การปรับปรุงการกระจายแรง ลดการอัดของอาหาร ทั้งหมดนี้นำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

ลดจำนวนครั้งในการปรับหลังการใส่ฟันเทียม เพื่อให้ฟันเทียมมีการยึดอยู่และมั่นคง สัดส่วนตัวฟันและรากฟันของฟันหลักยึดที่เหมาะสมคือ 1:2 น้อยที่สุดที่ยอมรับได้คือ 1:1 เพื่อให้มีการกระจายแรงบดเคี้ยวได้เป็นบริเวณกว้างฟันเทียมจึงควรออกแบบให้มีส่วนพักหลายตำแหน่ง ในกรณีผู้ป่วยใส่ฟันเทียมถอดได้ เนื่องจากอาจมีภาวะปากแห้งจากน้ำลายน้อยหากไม่มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมอาจทำให้มีการกดเจ็บจากการใส่ฟันเทียมได้ วิธีการจัดการภาวะปากแห้ง (Xerostomia) หลายวิธีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความไม่สบาย ในช่องปากของผู้ป่วย และเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก การรักษาบรรเทาอาการ (Palliative Treatment)⁽¹⁵⁾ การใช้สารทดแทนน้ำลาย เช่น เจล สเปรย์ น้ำมัน หรือสารเมือก การใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย (Sialogogues) เช่น ไพโลคาร์ปิน (Pilocarpine) หรือเซวิมีลีน (Cevimeline) อาจช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่ไม่ส่งผลให้อัตราการหลั่งน้ำลายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมียา หรือผลิตภัณฑ์ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก เช่น การใช้ยากระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย (Saliva Stimulants) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบพาราซิมพาเทติก ทำให้มีผลข้างเคียง คือ เหงื่อออกมาก หลุดลมหุดตัว ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า ปัสสาวะบ่อย และห้ามใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรือผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทานยากลุ่มเบต้าอะดรีเนอร์จิกบล็อกเกอร์ อีกทั้งยามีราคาแพง จึงไม่ค่อยเป็นที่นิยมในประเทศไทย⁽¹⁴⁾ การใช้น้ำลายเทียม (Saliva Substitutes) เป็นสารที่มีลักษณะของน้ำลายธรรมชาติแต่มีความข้นหนืดมากกว่า ประกอบด้วย แคลเซียมฟอสเฟตอ้อน สารคาร์บอกซีเมทิลเซลลูโลส หรือสารไฮดรอกซีเอทิลเซลลูโลส สารแต่งกลิ่น นอกจากนี้ยังมีสารกันเสีย (Preservatives) ทำให้ไม่สามารถกลืนได้ การใช้สารหล่อลื่นช่องปาก (Mucosal Lubricants) นำเข้าจากต่างประเทศ ได้แก่ GC dry mouth gel มีส่วนประกอบ คือ คาร์บอกซีเมทิลเซลลูโลส (Carboxymethyl Cellulose) กลีเซอรอล (Glycerol) และน้ำใช้เป็นคาร์ราจีแนน (Carrageenan)

เป็นสารเพิ่มความข้นหนืดใช้สารเอทิลพาราเบน (Ethyl p-hydroxybenzoate) ซึ่งเป็นสารกันเสีย อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์นำเข้าจากต่างประเทศ แม้จะได้ผลดีแต่มีราคาค่อนข้างสูง สิ่งที่ยากที่สุดที่ต้องทำ คือ การเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิต ดังนี้⁽¹²⁾ ดื่มน้ำให้เพียงพอต่อวัน และดื่มน้ำบ่อยเพิ่มความชุ่มชื้น หลีกเลี่ยงการระคายเคืองเนื้อเยื่อในช่องปากจากยาสูบ และอาหารที่แข็ง ส่งเสริมการใช้สารทดแทนน้ำลาย (เช่น เจลที่มีไลโซไซม์ แลคโตเฟอร์ริน เพอร์ออกซิเดส สารละลายแคลเซียมฟอสเฟตอ้อนตัวยิงยวด) และใช้น้ำยาบ้วนปากปราศจากแอลกอฮอล์ อาจพิจารณาใช้ยาช่วยกระตุ้นน้ำลาย แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีคลอรีนไดออกไซด์ 0.1% การใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีค่า pH 6.7 หรือสูงกว่าเพื่อช่วยป้องกันการสูญเสียแร่ธาตุในเนื้อฟัน

สรุป

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังได้รับรังสีรักษามะเร็งหลังโพรงจมูก รวมถึงการจัดการภาวะปากแห้งได้แก่ การประเมินภาวะปากแห้ง ไปจนถึงการรักษาที่เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และควรพิจารณาคุณสมบัติป้องกันฟันผุของวัสดุ เช่น กلاسไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ ซึ่งปล่อยฟลูออไรด์ได้ และมีฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย เป็นตัวเลือกที่น่าสนใจในการช่วยจัดการความเสี่ยงนี้ แม้ว่าอาจมีความท้าทายด้านความแข็งแรง และการคงอยู่ของวัสดุ แม้ว่าความทนทานอาจจำกัด การใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดโครโมไทต์เป็นวิธีการฟื้นฟูฟันที่สูญเสียไป แต่ควรพิจารณาการออกแบบที่เหมาะสม เพื่อลดแรงต่อฟันหลักยึด โดยคำนึงถึงสัดส่วนตัวฟันต่อรากฟัน การเลือกใช้วัสดุอุดฟันในการบูรณะฟัน การติดตามดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
2. หน่วยงานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลพ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ; 2567.
3. ขวลิติ เลิศบุษยานุกุล, สาริน กิจพานิชย์. 100 เรื่อง รู้จัก รู้รักษา โรคมะเร็งหู คอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ไอดี ออล ดิจิตอลพริ้นท์ ; 2563.
4. นริศร คงรัตนโชค. ลักษณะทางพันธุกรรมที่ส่งเสริมการเกิดมะเร็งโพรงหลังจมูก. [ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์, หลักสูตรวิทยาศาสตรการแพทย์, คณะแพทยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2544.
5. อนุสสร่า ประยงค์รัตน์. รังสีรักษาในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL: https://www.chulacancer.net/uploads/articles_attc/2023_02/400_attach_1676810209.pdf.
6. Wang HY, Chang YL, To KF, Hwang JS, Mai HQ, Feng YF, et al. A new prognostic histopathologic classification of nasopharyngeal carcinoma. *Chin J Cancer* 2016;35:41. doi: 10.1186/s40880-016-0103-5.
7. Sunaga T, Nagatani A, Fujii N, Hashimoto T, Watanabe T, Sasaki T. The association between cumulative radiation dose and the incidence of severe oral mucositis in head and neck cancers during radiotherapy. *Cancer Rep (Hoboken)* 2021;4(2):e1317. doi: 10.1002/cnr2.1317.
8. Palmieri M, Sarmento DJS, Falcão AP, Martins VAO, Brandão TB, Morais-Faria K, et al. Frequency and Evolution of Acute Oral Complications in Patients Undergoing Radiochemotherapy Treatment for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Ear Nose Throat J* 2021;100(5_suppl):449S-455S. doi: 10.1177/0145561319879245.
9. Gupta V Hicks D, Liu J, Sharma S, Bakst R. The Effect of Radiation Dose to the Pharyngeal Constrictor Musculature on Weight Loss During Treatment and Feeding Tube Dependence in Head and Neck Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2020;108(2):E45. DOI:10.1016/j.ijrobp.2020.02.573
10. อรรถพล ยงวิกุล, สัญญา เรืองสิทธิ์. การประเมินและการจัดการช่องปากในผู้ป่วยที่รับรังสีรักษาที่ศีรษะและลำคอ. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์* 2568;75(2):54-61.
11. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti III A. *AJCC cancer staging manual*. 7th. ed. New York : Springer ; 2009.
12. Jager DHJ, Bots CP, Forouzanfar T, Brand HS. Clinical oral dryness score: evaluation of a new screening method for oral dryness. *Odontology* 2018;106(4):439-44. doi: 10.1007/s10266-018-0339-4.
13. ญฐิตา อยู่ชุ่ม. แนวทางการดูแลภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2565;37(4):557-63.
14. Salik M, Bakir E. Dental caries and demineralization in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *J Dent Sci Educ* 2024;2(1):24-9. DOI:10.51271/JDSE-0028

15. สุภณัฐ ธาราพันธ์. ผลของวันชุ่มปากต่อเชื้อราแคนดิดาในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังจบบรรังสีรักษาที่มีภาวะปากแห้ง. [วิทยาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาวิทยาการช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล, คณะทันตแพทยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2561.
16. LEUPOLD RJ, KRATOCHVIL FJ. AN ALTERED-CAST PROCEDURE TO IMPROVE TISSUE SUPPORT FOR REMOVABLE PARTIAL DENTURES. J Prosthet Dent 1965;15:672-8. doi: 10.1016/0022-3913(65)90038-7.