

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

การดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยภายหลังรังสีรักษา : รายงานผู้ป่วยและบทความปริทัศน์

Oral Care for Post-radiotherapy Patient : A Case Report and Review Article

ธีระ ศิริบุรานนท์ ท.บ., ส.ม.

ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสามพราน
จังหวัดนครปฐม

Theera Siriburanon D.D.S., M.P.H.

Public Dental Health Division, Sampran Hospital,
Nakhonpathom Province

บทคัดย่อ

รังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาที่มีความสำคัญยิ่งในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ อย่างไรก็ตาม ปริมาณรังสีที่สูงก่อให้เกิดผลข้างเคียง การดูแลสุขภาพช่องปากมีบทบาทสำคัญในการป้องกันผลแทรกซ้อนเหล่านั้น ดังนั้นควรเริ่มต้นกระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากทันที เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนต่อฟันและอวัยวะในช่องปาก บทความนี้เป็นการทบทวนภาวะแทรกซ้อนในช่องปากหลังรับรังสีรักษา รวมถึงการป้องกัน และจัดการภาวะเหล่านั้น และรายงานถึงผู้ป่วยรายหนึ่งที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็ง บริเวณพื้นช่องปากโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสามพรานเพื่อรับการดูแลช่องปากภายหลังรังสีรักษา ทันตแพทย์ได้ให้ความรู้และเสริมกำลังใจผู้ป่วยพร้อมทั้งสอนวิธีดูแลอนามัยช่องปาก และให้การรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยรายนี้ พบว่าสภาพช่องปากของผู้ป่วยเป็นที่น่าพอใจหลังดูแลติดตาม 5 ปี บทความนี้เน้นย้ำว่าทันตบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับสถานบริการปฐมภูมิ มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลช่องปากของผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นระยะก่อน ระหว่าง หรือหลังรังสีรักษาก็ตาม

คำสำคัญ : การดูแลช่องปาก : รังสีรักษา

ABSTRACT

Radiation therapy is a significant treatment modality in the management of head and neck cancers. However, high dose of radiation is also associated with side effects. Oral health care plays an important role in preventing these complications. Therefore it is mandatory to initiate prompt oral health care that can prevent the associated orodental complications. This article is a review on oral complications associated with radiation therapy, their prevention and management. And also mentions one patient who had received combined surgical and radiotherapy for curing cancer lesion at floor of the mouth. The patient came to

Sampran Hospital for post-radiotherapy oral care. The dentist provided appropriate knowledge and motivation, then gave proper oral hygiene instruction and dental treatments for this patient. The result after five years follow-up period was satisfactory. This article emphasizes that dental personnel have important roles in giving oral care for cancer patients, regardless pre-treatment, during treatment or post-treatment, especially the primary care level.

Keywords : oral care : radiotherapy

บทนำ

ประเทศไทยพบมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง อัตราตายจากโรคมะเร็งทุกชนิดต่อแสนประชากร พ.ศ. 2545 และ 2549 มีค่า 73.3 และ 83.1 ตามลำดับ¹ อัตราการเกิดมะเร็งช่องปากและคอต่อแสนประชากรปี พ.ศ. 2541-2543 ของเพศชาย และหญิงเท่ากับ 9.4 และ 6.5 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความหวาดกลัว วิดกกังวล เศร้าโศก หดหู่ แต่ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ² โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เนื่องจากเป็นที่ตั้งของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพ และความเป็นบุคคล วิธีการรังสีรักษาก็มีผลกระทบกับผู้ป่วยการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอไม่ทราบพยากรณ์ของโรค ผู้ป่วยมักรู้สึกกลัวเสียชีวิตและกลัวความเจ็บปวดจากการฉายแสง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและกังวล ขณะเดียวกันผลข้างเคียงจากการรักษาและปัญหาด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างรับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีจิตใจฟุ้งซ่าน เป็นห่วงครอบครัว อยู่กับความไม่แน่นอน ท้อแท้กับการรักษา กังวลกินไม่ได้ นอนหงาย และกลัวทรมาน³ ภายหลังรับรังสีรักษา 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ ปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก คลื่นไส้ และเหนื่อยล้า เป็นต้น⁴ ผลกระทบเหล่านี้ยังส่งผลต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องรับประทานอาหาร

การดูแลด้านความสุขสบายของร่างกาย ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมทั้งต้องทำหน้าที่ในการสื่อสารแทนผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร นอกจากนี้ต้องดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นเรื่องที่ยากมาก⁵

ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งในทีมที่ให้การรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วย ย่อมมีบทบาทในการช่วยบรรเทาอาการจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น การให้คำอธิบายจะช่วยลดความวิตกกังวลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งให้การรักษาฟื้นฟูสภาพในช่องปาก ทั้งก่อน ระหว่างและภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา⁶

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอ จำกัดอยู่กับมะเร็งที่บริเวณส่วนบนของระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งช่องปาก คอหอยหลังช่องปาก (Oropharynx) คอหอยหลังโพรงจมูก (Nasopharynx) กล่องเสียง (Larynx) คอหอย (Pharynx) บริเวณโพรงจมูก ไชนัส ไฮโปฟาลิงค์ (Hypopharynx) หูชั้นกลาง และต่อมน้ำลาย⁷ บริเวณที่พบมาก ได้แก่ บริเวณช่องปาก และคอหอย ชนิดของมะเร็งมากกว่าร้อยละ 90 เป็นเยื่อบุสแควมัส (Squamous cell carcinomas)⁸

สาเหตุของมะเร็งศีรษะและคอเชื่อกันว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงจากการระคายเคือง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา โดยเฉพาะเมื่อร่วมกับการสูบบุหรี่จะเป็นการเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง อมยาเส้น การเคี้ยวหมาก สูบ

กัญชา การตากแดดจัดนาน ๆ สุขภาพช่องปากไม่ดี
มลพิษจากการทำงาน เช่น ฝุ่นผงจากงานไม้ สารเคมี การ
ทำเหมืองนิเกิล การสัมผัสเส้นใยทอผ้า ภาวะภูมิคุ้มกัน
ต่ำ ไวรัสบางชนิด เช่น HPV, EPSTEIN-BARR VIRUS^{8,9} Gas-
troesophageal reflux disease (GERD) การมีกรดไหลย้อน
กลับจากกระเพาะอาหารสู่หลอดอาหาร¹⁰ ผักและผลไม้
สามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งบริเวณนี้¹¹ วิตามิน A, C
และ carotenoids สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้^{12,13}

ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมา
พบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงต่าง ๆ กัน แล้วแต่
ตำแหน่งของโรคที่เป็น เช่น มะเร็งกล่องเสียงจะมาด้วย
อาการเสียงแหบหรือเสียงเปลี่ยนร้อยละ 40.51 เจ็บคอ
ร้อยละ 17.36 เหนื่อยหอบ กลืนลำบาก กลืนเจ็บ เลือด
ออกในคอ เป็นต้น มะเร็งหลังโพรงจมูกมักมาด้วยอาการ
ทางจมูก เช่น อาจมีเสมหะปนเลือดไหลลงคอจากด้าน
หลังโพรงจมูก แน่นจมูก มีกลิ่นเหม็นในจมูก เลือดกำเดา
ไหล ต่อมาน้ำเหลืองบริเวณลำคอโต ปวดหรือชาใบหน้า
อาการทางตา เช่น มองเห็นภาพซ้อน ตาเหล่ อาการทางหู
เช่น หูอื้อ มีเสียงในหู และอาการอื่น ๆ เช่น ตาโปน ส่วน
มะเร็งช่องปาก มาหาแพทย์ด้วยอาการมีก้อนหรือแผล
เรื้อรัง มักจะไม่มีอาการปวดในระยะแรก ๆ แต่ถ้าผู้ป่วยมี
อาการปวดมากเฉพาะที่ แสดงว่ามะเร็งนั้นอาจลุกลามลึก
ลงไปในส่วนนั้น ๆ หรือลุกลามไปตามเส้นประสาทหรือ
กระดูก ผู้ป่วยจะมาด้วยต่อมน้ำเหลืองที่คอโตประมาณ
ร้อยละ 36-47¹⁴⁻¹⁶

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

รังสีรักษาเป็นให้สารกัมตภาพรังสีเพื่อให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ทำให้เซลล์มะเร็งซึ่งมักมีการ
แบ่งตัวเร็วเกิดความผิดปกติขึ้น โดยทั่วไปเซลล์มะเร็งไม่ได้
ตายทันทีที่ได้รับแสง แต่จะเกิดความผิดปกติภายในจาก
แบ่งตัวไร้ขีดจำกัด มาเป็นการแบ่งตัวใน 2-3 ชั่วโมงหล่น
และสลายไปในที่สุด (mitotic death)¹⁷ ก่อนการรักษาโรค
มะเร็งที่มพบแพทย์ที่ให้การรักษ จะทำความเข้าใจวิธีการ

รักษา ข้อมูลด้านการรักษา โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นใน
การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ แล้วต้องนำมาใช้ในการประกอบ
การตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติของ
ผู้ป่วยด้วย¹⁸ วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดและตามด้วยการ
ฉายแสง หรือการฉายแสงแล้วทำการผ่าตัด หรือในกรณีที่
ผ่าตัดไม่ได้ใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ซึ่งหลักการ
แพทย์พบประโยชน์ของการให้เคมีบำบัดและการให้รังสี
รักษาพร้อมกัน¹⁹ สำหรับในกรณีการฉายแสงหลังการผ่าตัด
มีการศึกษาแบบสุ่มระยะที่สาม^{20,21} ถึงบทบาทการให้เคมี
บำบัดร่วมกับรังสีรักษาหลังผ่าตัด เทียบกับการฉายแสง
หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีโรค
กลับซ้ำ ผลการศึกษายังไม่พบความแตกต่างของอัตราการ
อยู่รอดใน 3 ปี อย่างไรก็ตาม พบผลข้างเคียงมีการอักเสบ
ของเยื่อช่องปากเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ให้เคมีบำบัดอย่างชัดเจน
มีพัฒนาการรักษาด้วยการใช้รังสีที่ถูกดัดแปลงความเข้ม
(IMRT Intensity-Modulated Radiation Therapy)²² เพื่ออัตรา
การหายขาด และลดการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง ส่วน
มะเร็งระยะแพร่กระจายนอกบริเวณศีรษะและลำคอ
(ระยะที่ 4 B) ใช้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นหลัก ซึ่งผล
การตอบสนองประมาณ 30% เท่านั้น ผลการรักษาขึ้นอยู่กับ
ระยะโรคของผู้ป่วย สุขภาพและโรคทางอายุรกรรมของ
ผู้ป่วย โดยทั่วไปการรักษาในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งระยะต้น
และมีสุขภาพแข็งแรง จะมีอัตราการอยู่รอดมากกว่า 80%
ใน 5 ปี ในผู้ป่วยระยะลุกลามจะมีอัตราการอยู่รอดไม่ถึง
30-40% ใน 5 ปี²³

ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยรังสี (Radiation Complication)^{6,24}

แบ่งเป็นผลกระทบเฉียบพลันและผลระยะยาว ผล
กระทบเฉียบพลันเกิดขึ้นขณะที่รับรังสีรักษาและหลังหยุด
รับรังสีรักษาภายใน 6 เดือน มักเกิดขึ้นชั่วคราวและไม่
รุนแรงนัก เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อที่เซลล์มีการแบ่งตัวบ่อย
และมาก เช่น เซลล์เยื่อช่องปากและเซลล์ผิวหนัง ผล
กระทบระยะยาว เกิดขึ้นหลังหยุดรังสีรักษาหลายเดือน

หรือหลายปี อาจเกิดจากรังสีรักษาได้ทำลายการหล่อเลี้ยงของหลอดเลือดในตำแหน่งนั้นจนส่งผลให้เซลล์หรืออวัยวะเสียหายที่ไป อีกความเชื่อกล่าวว่ารังสีได้ทำลายเซลล์ของเนื้อเยื่อที่เป็น parenchyma หรือ stroma แล้วจึงค่อย ๆ เกิดผลในระยะยาวขึ้น ผลกระทบระยะยาวนี้มีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ใช้และเนื้อเยื่อที่ได้รับรังสี

ผลต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Skin & Subcutaneous tissue)

ระยะเฉียบพลันอาการที่พบคือ ผิวแดง (erythema) ผิวลอกแห้ง (peeling dry desquamation) ผิวเกรียม (tanning) ผู้ป่วยอาจบอกอาการว่า คัน แสบ อาการนี้มักจะหายไปประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังหยุดการให้รังสี ผลระยะยาวมีการฝ่อลีบในชั้น epidermis (epidermal atrophy) ทำให้ผิวหนังบางและแห้ง สูญเสียหน้าที่ของต่อมเหงื่อและต่อมไขมัน อาจมีจุดแดงของหลอดเลือดฝอย (telangiectasis) ไม่มีขน ไม่พบสิ่ว สำหรับเนื้อเยื่อเกี่ยวพันบริเวณใต้ผิวหนังจะมีการเปลี่ยนแปลงในเวลา 6-12 สัปดาห์ ภายหลังการเริ่มให้รังสีรักษา สูญเสียความยืดหยุ่น อาจแข็งเป็นกระดวนและยึดเข้ากับชั้นผิวหนัง ไม่มีอาการเจ็บปวด แต่จะสูญเสียหน้าที่ เช่น อ้าปากไม่ได้ กลืนไม่ลง สูญเสียความรู้สึกรู้สึก

ผลต่อกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร (Masticatory muscles & TMJ)

มักมีผลระยะยาว รังสีรักษาในขนาดสูงทำให้กล้ามเนื้อลายเปลี่ยนแปลงเป็น fibrosis ทำให้การเคลื่อนไหวของกระดูกขากรรไกรกระทำได้อย่างจำกัด โดยธรรมชาติของข้อต่อขากรรไกรนั้น มักทนต่อรังสีไม่ถูกทำให้เสียหายที่ได้ง่าย เว้นแต่จะถูกเบียดแทรกจากเนื้องอกก่อนและได้รับรังสีซ้ำ การอ้าปากได้อย่างจำกัดมากหรือน้อยก็ตามทำให้ระบบบดเคี้ยวและสิ่งแวดล้อมในช่องปากเสียไปได้ ก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนตามมา เช่น การติดเชื้อของฟัน เหงือก และเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก เป็นต้น

ผลต่อเยื่อช่องปาก คอ จมูก (Mucous membrane)

ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอในเวลา 1 สัปดาห์ ด้วยรังสี 200 cGy ต่อวัน จะพบเยื่อแดง (mucosal erythema) อย่างชัดเจน 2 สัปดาห์ต่อมาจะเกิดฝ้าขาว (small white patch) ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 2-3 มิลลิเมตร อาการเช่นนี้เรียกกันว่า ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis)

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากรังสีรักษาเป็นผลที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้ ก่อให้เกิดความไม่สบาย การติดเชื้อ ความเจ็บปวดในช่องปาก คอ ทั้งขณะทำหน้าที่ เช่น กลืน พูด ขยับปากแปรงฟัน หรือแม้อยู่เฉย ๆ ก็ตาม ผู้ป่วยอาจมีปัญหาในการนอนพักผ่อนเนื่องจากความไม่สบายของปากและคอ ขาดอาหาร ขาดน้ำเนื่องจากกินและกลืนไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตตามปกติสุขได้ แม้กระทั่งอาจทนไม่ได้ต้องยกเลิกการรักษาด้วยรังสีไปก็มี ซึ่งอาจหมายถึงโอกาสรอดชีวิตจากมะเร็งน้อยลง

ผลต่อระบบน้ำลายและภาวะปากแห้ง (Salivary changes and xerostomia)

ผลระยะเฉียบพลัน พบว่าหน่วยสร้างน้ำลายชนิดใส (serous acini) สนองต่อการทำลายจากรังสีมากกว่าหน่วยสร้างชนิดหนืดข้น (mucous acini) ผลที่เกิดขึ้นคือปริมาณน้ำลายลดลง ภาวะปากแห้ง ตามด้วยคุณภาพน้ำลายเปลี่ยนไป ความเข้มข้นของโซเดียมในน้ำลายมากขึ้น ความเป็นกรดมากขึ้น ข้อต่อการเพิ่มขึ้นของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ข้ำเดิมภาวะเยื่อช่องปากอักเสบให้รุนแรงขึ้น ฟันผุง่าย เกิดโรคปริทันต์ง่าย สูญเสียหน้าที่พื้นฐานของช่องปาก คือ การกิน การกลืน การพูดและแนวป้องกันของร่างกายในช่องปาก ผลระยะยาวพบว่าเนื้อเยื่อของต่อมน้ำลายถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อคอลลาเจน ซึ่งทำให้ต่อมน้ำลายสูญเสียหน้าที่โดยถาวร ภาวะนี้จะเกิดขึ้นเมื่อต่อมน้ำลายนั้น ๆ ได้รับรังสีเกิดกว่า 3,500 cGy ขึ้นไป ภาวะปากแห้งจะเกิดอย่างถาวรได้ เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปาก การดำรงชีวิตในสภาวะปากแห้งเป็นความทุกข์อย่างสาหัส

ผลต่อฟันผุเปื่อยจากรังสี (Radiation caries)

พบฟันผุเปื่อยจากรังสีที่ตำแหน่งด้านแก้มหรือลิ้น บริเวณคอฟันและด้านกัด ลักษณะต่างจากรอยผุของการติดเชื้อ เริ่มต้นจากจุดขาวจากนั้นจะขยายตัวรอบ ๆ คอฟัน ต่อมาเปื่อยเห็นเนื้อฟันมีสีน้ำตาล นิมิ กล่าวว่ารังสีเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของผิวเคลือบฟันเนื้อฟัน ผิวรากฟัน ทำให้เซลล์หลุดลอกและประสาทมีการเปลี่ยนแปลง และพบปริมาณเชื้อ H.mutans เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราเพิ่มจาก 1.6% เป็น 43.8% หลังได้รับรังสีรักษา

ผลต่ออวัยวะปริทันต์ (Periodontium)

ระยะยาวหลอดเลือดที่มหาล่องเลี้ยงอวัยวะปริทันต์ลดจำนวนและคุณภาพลง ดังนั้นหากมีการติดเชื้อหรือบาดเจ็บจากสาเหตุใดก็ตามโอกาสที่อวัยวะปริทันต์จะป้องกันต่อต้าน หรือซ่อมแซมรักษาตัวเองยากมาก หากมีการรักษาปริทันต์วิทยาโอกาสเกิดการยึดใหม่ของอวัยวะปริทันต์น้อยมาก ตรงข้ามอาจเป็นช่องทางการติดเชื้อรุนแรงขึ้น ตามมาด้วยการติดเชื้อของกระดูกที่ได้รับรังสี

ผลต่อกระดูก (Bone changes)

เนื้อเยื่อกระดูกหนาแน่นมากกว่าเนื้อเยื่ออ่อนโดยทั่วไป 1.8 เท่า การดูดซับพลังงานและผลกระทบจากรังสีย่อมมีมากกว่าเนื้อเยื่ออ่อน กระดูกขากรรไกรล่างได้รับผลกระทบมากกว่ากระดูกขากรรไกรบน เพราะความหนาแน่นและกำเนิดของกระดูกต่างกัน ระยะแรกผลจะเกิดที่เส้นเลือดฝอยในกระดูกก่อน ผนังหลอดเลือดหนาตัว เกิดการอุดตัน มีการขาดเลือด ภาวะนี้รุนแรงมากขึ้นตามขนาดของรังสีและเวลา จนเซลล์หน่วยกระดูกสูญเสียหน้าที่ของตนเอง เมื่อมีการตายของเนื้อเยื่อกระดูกเป็นจุด ๆ ก็ไม่สามารถซ่อมแซมตนเองได้ดีพอ ไชกระดูกมีเซลล์เหลือน้อยลงเรื่อย ๆ ถูกแทนที่ด้วย fibrous tissue และ fat เกิดภาวะ fatty degeneration

สำหรับเยื่อหุ้มกระดูกชั้นนอกพบว่าบางส่วนถูกแทนที่ด้วย fibrous tissue ทำให้หน้าที่สำคัญของเยื่อหุ้มกระดูกเสียไปด้วย เป็นภาวะที่เนื้อเยื่อกระดูกใกล้ตายหรือ

ตายแล้ว หากกระดูกนั้นยังมีเยื่อหุ้มกระดูกกล้ำเนื้อ หรือเหงือกหุ้มอยู่ อาการยังไม่ชัดเจนทางคลินิก แต่หากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน หรือมีทางเข้าของเชื้อ เช่น กระเป่าปริทันต์ ภาวะกระดูกเน่าตายจะปรากฏชัดเจน

ภาวะที่กระดูกขาดเลือดหล่อเลี้ยงจนเซลล์ตายลงเป็นระยะอันเนื่องมาจากผลของรังสีขนาดสูง ๆ ที่กระดูกได้รับ คือ สาเหตุของกระดูกตายจากรังสีรักษา (Osteoradionecrosis - ORN) ตำแหน่งที่ควรระวังคือ ตำแหน่งปุ่มกระดูกสันคมกระดูกทั้งจากการถอนฟัน หรือกายวิภาคปกติ เพราะง่ายต่อการบาดเจ็บและการติดเชื้อ อาการทางคลินิกพบอาการปวดลึกถึงกระดูก กดเจ็บ มีรูหนองที่ผิวหนัง รูหนองในปาก ผิวหนังเน่าตายและเหม็น อ้าปากไม่ได้หากการนำนั้นลุกลามเข้ากล้ำเนื้ออ้าหุบปาก

ผลของรังสีรักษาต่อการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกรับรส (effects on taste alteration)

การเปลี่ยนแปลงและสูญเสียรสชาติของอาหาร (dysgeusia) จะพบหลังจากได้รับรังสีรักษา 2 สัปดาห์ ซึ่งจะได้ปริมาณรังสี ~ 2,000 cGy เป็นผลโดยตรงของรังสีต่อต่อมรับรสและต่อมน้ำลาย บางรายจะกลับคืนปกติ 20-60 วัน หลังจากได้รับรังสี ถ้าน้ำลายไหลเพียงพอ อาจใช้เวลาเพิ่ม 60-120 วัน ที่จะให้น้ำลายโดยสมบูรณ์ แต่ถ้าได้รับรังสีมากกว่า 6,000 cGy. จะสูญเสียการรับรสถาวรได้ การรับรสและเปรี้ยวจะพบสูญเสียก่อน การรับรสเค็มและหวานจะสูญเสียเมื่อได้รับรังสีต่อเนื่องนานกว่าการรับประทานอาหารเสริมที่มีธาตุสังกะสีเป็นส่วนประกอบจะช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวได้

ผลกระทบต้อจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย คนรอบข้างและสังคม

ผลกระทบที่รุนแรงและลึกซึ้งกว่าแก้ไขได้ยากกว่าคือผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งส่งผลย้อนกลับไปที่สภาพร่างกาย ผลกระทบที่ได้รับระหว่างได้รับรังสีรักษานั้น มิได้มาจากโรคมะเร็งและความกดดันจากการรักษาเท่านั้น หากยังมาจากความสิ้นหวัง ขาดกำลังใจ หนี้สินเพิ่มพูน ทรัพย์สินที่มีอยู่ก็สูญเสียไปกับการรักษาที่บอกอนาคตไม่ได้

ผลกระทบเหล่านี้ทันตแพทย์ควรเรียนรู้จากผู้ป่วย เข้าใจและสนใจ เพราะเป็นปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาอื่น ๆ อย่างแยกกันไม่ออกระหว่างกายและจิต การรักษาสมัยใหม่ ความเชื่อ ศรัทธา การประนีประนอม ระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย เรียกว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวม

การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยระยะก่อน ระหว่าง และหลังได้รับรังสีรักษา²⁴

ไม่มีสูตรแบบแผนสำเร็จรูป หลักการทั่วไปคือทันตแพทย์ต้องทำให้ผู้ป่วย ญาติ มีความรู้ความเข้าใจต่อโรคและวิธีดูแลระหว่างและหลังการได้รับรังสีรักษา เกือบเหมือนผู้ป่วยเป็นหมอกคนหนึ่งที่กำลังจะได้รับรังสีรักษา ให้การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากให้สมบูรณ์ที่สุดในขณะนั้น กำจัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผลกระทบจากรังสีรักษา หรือไม่ให้เกิดผลแทรกซ้อนโดยไม่ควรเกิด ให้ทันตสุขศึกษามีความรู้และสามารถดูแลช่องปากตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบจากรังสี เช่น รู้ว่าช่องปากต้องพยายามทำให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอควรหล่อลื่นอย่างไร อาจจะทำน้ำยาบ้วนปากได้น้อยลงเนื่องจากกลืนน้ำแข็งจากรังสี เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังหรือเยื่อบุลดความยืดหยุ่น ข้อต่อขากรรไกรมีการเปลี่ยนแปลงต้องฝึกทำปากตั้งแต่เริ่มต้นได้รับรังสีรักษาอย่างนี้เป็นต้น

1. การดูแลก่อนการให้รังสีรักษา

การเตรียมผู้ป่วย

ก. บอกรายละเอียดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรังสีรักษา และสภาพที่จะบรรเทาหลังหยุดรังสี

ข. ให้กำลังใจและชี้แจงถึงปัญหาต่าง ๆ อันเป็นผลจากรังสี เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจว่าจะเตรียมสภาพช่องปากมากน้อยเพียงใด โดยประเด็นสำคัญต้องอธิบายให้เข้าใจเรื่องความเสี่ยงต่อการตายของกระดูกเพราะรังสี

ค. แนะนำให้เข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเอง การแปรงฟัน การอมน้ำยาบ้วนปาก การใช้เครื่องมือและสาร

ต่าง ๆ ในช่วงระหว่างและหลังการได้รับรังสี เป็นต้น

ง. แนะนำเรื่องโภชนาการและอาหารที่ควรบริโภค หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารหยาบแข็ง รสจัด หรือมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่ออ่อนหรือฟันได้ รวมทั้งให้เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เคี้ยวหมาก เป็นต้น

จ. ชี้แจงหัตถการที่ต้องทำก่อนรับรังสีรักษา อธิบายถึงความจำเป็นและความสำคัญของการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับรังสีรักษา

ฉ. พิจารณาการให้ฟลูออไรด์ในผู้ป่วย พยากรณ์โรคที่ดี มีฐานะเศรษฐกิจเพียงพอที่จะซื้อและใช้ฟลูออไรด์ในระยะยาว

การถอนฟัน (Preirradiation extractions) ข้อสรุปสำหรับการถอนฟัน ก่อนให้รังสีรักษา คือ

1. ผู้ป่วยที่จะได้รับรังสีรักษาปริมาณสูง การพยากรณ์โรคมะเร็งดี แต่ฟันมีพยาธิสภาพ

ถอนฟันหลังที่ดูแลยากออกให้หมด ถ้าฟันหน้าเหงือก มีพยาธิสภาพ แต่การพยากรณ์โรคของฟันและเหงือกดี ให้รักษาและเก็บฟันหน้าอย่างเร่งด่วนไม่ว่าทางปริทันต์ การบูรณะ หรือการรักษาครอบรากฟัน (เฉพาะ CUP ถ้าเป็น CDAA ควรถอนออก) ถ้าเงื่อนไขผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยที่จะดูแลได้ให้ถอนฟันทั้งหมด

2. ผู้ป่วยที่จะได้รับรังสีต่ำ การพยากรณ์โรคมะเร็งดี และฟันไม่มีพยาธิสภาพ

ถอนฟันกรามใหญ่ทั้งหมด ฟันคุดที่อาจก่อโรคทั้งหมด ฟันผุลึกมาก ไม่ปรากฏเงาของโรค อาจจะไม่จำเป็นต้องเอาออก

3. ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคมะเร็งไม่ดี

ถอนฟันที่มีพยาธิสภาพ ที่อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงภายใน 1 ปี ไม่จำเป็นต้องถอนฟันที่อาจอยู่ได้ใน 1 ปี แม้จะมีพยาธิสภาพก็ให้รักษาเท่าที่จะทำได้ (palliative treatment)

4. ฟันที่อยู่ในขอบเขตเนื้อร้าย ไม่จำเป็นต้องถอน

5. เทคนิคการถอนฟัน

ถอนให้เนื้อเยื่อขอบเข้าน้อยที่สุด กระดูกเบ้าฟันต้องถูกตกแต่งไม่ให้มีคม ควรเย็บแผลทุกจุด ถ้ามีแรงดึงให้แต่งกระดูกก่อนเย็บเพื่อลดแรงดึง ควรถอนทีละ 1 หรือมากกว่า 1 quadrant ถ้าทำได้ ควรถอนพร้อมกับการผ่าตัดมะเร็ง ควรทำ preprosthetic surgery ก่อนการให้รังสีรักษา แนะนำให้ถอนฟันให้เสร็จก่อนที่ได้รับรังสีรักษาประมาณ 21 วัน

การบูรณะ (Restorative protocol)

1. อุดฟันที่จะรักษาไว้ ด้วยวัสดุที่ไม่ควรใช้โลหะ
2. รื้ออุดใหม่ถ้าวัสดุเดิมเป็นโลหะ
3. การอุด ไม่ว่าจะเป็วัสดุหรือเทคนิคที่ใช้ ต้องไม่ให้เกิดอันตรายต่อฟันได้
4. รักษาคลองรากฟัน ถ้าจำเป็นรักษาด้วยเทคนิคที่แม่นยำไม่ให้เกิดพยาธิสภาพภายหลังได้
5. รักษาโรคปริทันต์ที่มีการพยากรณ์ดี สำหรับฟันที่คิดจะรักษาไว้
6. ต้องคิดว่าในระหว่างการได้รังสี 5-7 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีโอกาสรับการรักษาทันตกรรมน้อยมาก ซึ่งมีผลต่อการวางแผนรักษาก่อนการได้รังสีของทันตแพทย์

2. การดูแลผู้ป่วยระหว่างการรับรังสีรักษา

แนะนำผู้ป่วยฝึกอ้าปากทุกวันโดยอาจใช้जूไม้คอร์ก เครื่องมือเกลียวกันหอย เครื่องมือที่ประดิษฐ์เหมือนก๊ีบหนีบผ้าขนาดใหญ่ ช่วยถ่างปากป้องกันหรือลดโอกาสเกิดภาวะอ้าปากได้น้อย

ลดหรือป้องกันเยื่อเมือกอักเสบโดยการกลั้วปากด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่เยื่อเมือก โดยผสมเกลือป่นสะอาด 1 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ 1 ลิตร ต้มสุก อมกลั้วบ้วนปากทุกวัน อย่างน้อยวันละ 10 ครั้ง ร่วมกับใช้ฉีดยาล้างตามซอกฟัน เหงือก กระพุ้งแก้ม เพื่อชะเศษสกปรกออก หากมีอาการเจ็บปวด อาจจ้ยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของยาชาหรือยาระงับปวดให้แก่ผู้ป่วย

เช่น Benzoxonium chloride หรือ Benzydamine hydrochloride

ทันตแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยควรให้กำลังใจ ดูแลใกล้ชิด เข้าใจผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยกินได้ต้องเลือกอาหารที่มีคุณค่าอาหารสูง หรือพิจารณาให้สารน้ำตามความเหมาะสม

3. การดูแลรักษาหลังการหยุดรังสีรักษา

เป็นเรื่องสำคัญที่ทันตแพทย์ต้องนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามสภาพช่องปาก ในครึ่งปีแรกนัดดูอาการ ทุก 1 เดือน ต่อไปนัดดูอาการ ทุก 3 เดือน ในปีที่ 3 หลังหยุดรังสีนัดทุก 6 เดือน เช่น ผู้ป่วยทั่วไป การนัดหมายมีประเด็นที่ต้องดูแลเรื่องต่อไปนี้

1. ผลกระทบระยะสั้น เช่น ภาวะเยื่อเมือกอักเสบ การรบกวน
2. อาการปากแห้ง และผลของภาวะปากแห้ง
3. อาการอ้าปากเคลื่อนไหวขากรรไกรล่างได้ยาก
4. ฟันผุเปื่อย และโรคปริทันต์
5. ภาวะเนื้อเยื่ออ่อนและกระดูกตาย
6. ภาวะติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา
7. การใช้ฟลูออไรด์และผลของการใช้ ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง

การบูรณะฟันด้วยการอุดฟัน การรักษารากฟัน หรือฟันเทียมชนิดติดแน่นสามารถทำได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการถอนฟันโดยไม่จำเป็น หากรักษาคคลองรากแล้วเก็บฟันไว้ได้ก็ควรกระทำ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงการเกิด ORN จากการถอนฟันภายหลังรังสีรักษา

ส่วนการทดแทนการสูญเสียฟันด้วยฟันเทียมชนิดถอดได้ ควรรอให้เยื่อเมือกหายดีเสียก่อน ซึ่งส่วนใหญ่แนะนำว่าควรรอประมาณ 1 ปี อย่างไรก็ตามก็ต้องไม่ลืมว่าการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมและความสามารถของอวัยวะ เช่น กล้ามเนื้อบดเคี้ยว กล้ามเนื้อไบหน้าและรอบ ๆ ของปาก ลิ้น รวมไปถึงน้ำลาย ช่วยทำให้ฟันเทียมยึดอยู่ในช่องปากและทำหน้าที่ได้

การรักษา ORN²⁵

หลักการควรให้การดูแลสุขภาพช่องปากให้สะอาด ควบคุมการติดเชื้อ โดยชะล้างกำจัดเนื้อเยื่อที่เน่าตาย ถ้าแผลลึกซึ้ง bethadine ปิดไว้เปลี่ยนบ่อย ๆ เข้าเย็นจนกว่าหนองจะน้อยลงและรอให้แผลดีขึ้นมีเนื้อมาปกคลุม ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม วิธีนี้ได้ผลดีกรณีที่กระดูกถูกทำลายไม่มาก ในรายที่รุนแรงกว่านี้อาจจะต้องผ่าตัดขึ้นกระดูกที่ตายออกจนถึงบริเวณที่กระดูกดี ทำให้กระดูกขาดตอน โบหน้าพิการ ได้มีการนำ Hyperbaric oxygen (HBO) มาใช้รักษาผู้ป่วยล่งหน้าและตามหลังการถอนฟันเพื่อป้องกัน ORN HBO คือการให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน 100% ที่ระดับความดัน 13.7 เมตรใต้ระดับน้ำทะเล หรือ 1.38 Bar เทียบเท่ากับ 2.36 ATAs (atmosphere absolute) เป็นเวลา 90 นาทีต่อวัน เชื่อว่าสามารถเพิ่มออกซิเจนแก่เนื้อเยื่อและกระตุ้นเส้นเลือดออกไปยังตำแหน่งที่เลือดเลี้ยงไม่พอได้ มีผลยับยั้งการเจริญของเชื้อโรคทำให้เชื้อโรคถูกทำลายได้ง่ายขึ้นด้วยยาปฏิชีวนะและเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น เพิ่ม fibroblastic activity ทำให้เนื้อเยื่อซ่อมสร้างได้เร็วขึ้น

อย่างไรก็ดี Annane D. และคณะ²⁶ วิจัยและทำการผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัด และเกิด ORN ในขากรรไกรล่าง 68 ราย ผลการผ่าตัดใน 1 ปี พบว่ามีการหายของ ORN ในกลุ่ม HBO 6 รายจาก 31 ราย (19%) และมีการหายของ ORN ในกลุ่ม placebo 12 รายจาก 37 ราย (32%) เปรียบเทียบผล 2 กลุ่มคือค่า (Relative risk = 0.60 ; 95% CI = 0.25-1.41 ; P = 0.23) Time to treatment failure (Hazard ratio = 1.33 ; 95% CI = 0.68-2.60 : P = 0.41) และ Time to pain relief (Hazard ratio = 1.00 ; 95%CI = 0.52-1.89 : P = 0.99) จะเห็นว่าผลการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบภายในช่องปากและวิธีการรักษา ตลอดจนแนวทางการวางแผนรักษาทางทันตกรรม การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยโสดอายุ 56 ปี เป็นพระภิกษุ มาพบทันตแพทย์ที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสามพราน เพื่อตรวจดูแลสุขภาพช่องปาก

ประวัติทางการแพทย์

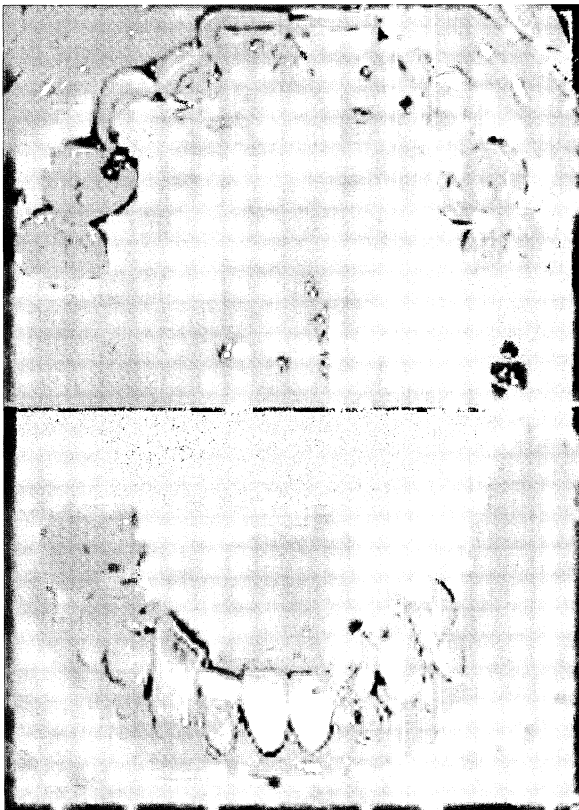
ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเป็นมะเร็งที่ฟันช่องปาก ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา ซึ่งแพทย์ได้ตัดต่อมน้ำลายออกพร้อมกับการผ่าตัดมะเร็งที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประมาณ 4 เดือนที่แล้ว แพทย์แนะนำให้พบทันตแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคทางระบบ ปฏิเสธการแพ้ยา ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องสุขภาพ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพช่องปากกับการเกิดมะเร็งซ้ำ จึงต้องการที่จะดูแลสภาพช่องปากเพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังจากรังสีรักษาและรับการตรวจเฝ้าระวังรอยโรคที่อาจเกิดขึ้นใหม่

การตรวจภายนอกช่องปาก

ใบหน้าของผู้ป่วยมีความสมมาตร สามารถอำหุบปากได้ปกติ ไม่พบความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว อีกทั้งไม่พบการบวมโตและความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณใบหน้าและลำคอ

การตรวจภายในช่องปาก

ผู้ป่วยมีฟันบนซี่ #16 ถึง #25 และฟันล่างซี่ #37 ถึงซี่ #44 ฟันมีลักษณะสีคล้ำไปเป็นหลุมลึกถึงชั้นเนื้อฟันทั้งบริเวณปลายฟันของฟันหน้าและบนด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง (รูปที่ 1) ผู้ป่วยมีอาการเสียวฟันเป็นบางครั้ง ส่วนสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยมีเหงือกอักเสบเล็กน้อยร่วมกับมีหินน้ำลายสะสมทั่วไปไม่มีฟันซี่ใดโยก ครอบฟัน #31, #41 บริเวณฟันช่องปากด้านซ้ายตั้งแต่ซี่ #34 ถึง #36 พบแผลเป็นหลังการผ่าตัดยาว 3 เซนติเมตร (รูปที่ 2) เนื้อเยื่อเมือกในช่องปากปกติ ช่องปากค่อนข้างแห้ง ผู้ป่วยพกขวด



รูปที่ 1 รอยโรคฟันผุจากรังสีรักษา



รูปที่ 2 รอยแผลเป็นจากการผ่าตัด #34 - #36

น้ำไว้จิบอยู่เป็นระยะเนื่องจากคอแห้ง

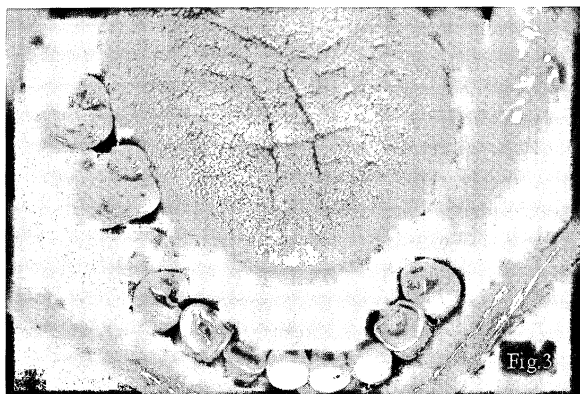
แผนการรักษา

การรักษาเริ่มตั้งแต่เสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้ที่รับรังสีรักษา วางแผนการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยแนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยวิธีมอดิฟายแบรส ด้วยแปรงสีฟันชนิดขนแปรงอ่อนร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2-4 ครั้งหลังรับประทานอาหาร อมน้ำยาบ้วนปากโซเดียมฟลูออไรด์ วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 3 นาที และนัดมาทาฟลูออไรด์วานิช (Duraphat® Colgate-Palmolive (UK) Ltd.) เดือนละหนึ่งครั้ง ให้จิบน้ำบ่อย ๆ ลดอาหารหรือน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว งดอาหารหวานจัดและเหนียวติดฟัน เนื่องจากอาหารดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

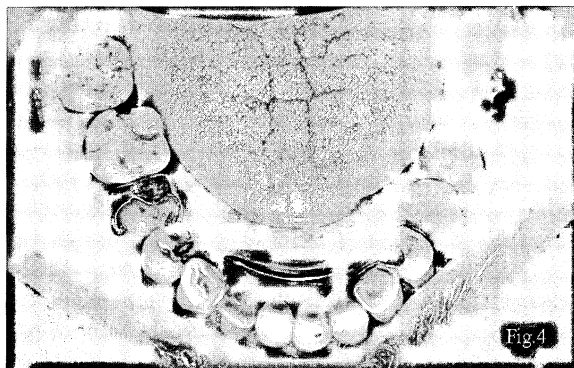
แนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ไม่แข็งจนเกินไปและมีกากใยเพื่อช่วยขัดฟัน การตรวจช่องปากทุกครั้งต้องกระทำอย่างรอบคอบเพื่อสังเกตว่าเนื้อเยื่อบริเวณใดเกิดเปลี่ยนแปลงและมีโอกาสเป็นรอยโรคก่อนเกิดมะเร็ง (precancerous lesion) หรือไม่

การรักษาและติดตามผล

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มาตรงตามนัดสม่ำเสมอและสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี ในเดือนที่ 6 หลังเริ่มรักษา พบการฉีกขาดของเนื้อเยื่อเมื่ออภิบริเวณสันเหงือกกลางด้านขวาและมีกระดูกทางด้านใกล้ลิ้นบริเวณฟันที่ #45 และ #46 ฝังฟันออกมาเป็นสันแหลมคมขนาด 0.3×2 เซนติเมตร ลักษณะกระดูกสีขาวซีด ไม่พบการอักเสบของเยื่อเมือกรอบ ๆ และไม่พบลักษณะของการติดเชื้อ ผู้ป่วยไม่มีอาการนอกจากรู้สึกรำคาญและกลัวว่าจะเกิดเป็นมะเร็งขึ้นอีก จากภาพรังสีกระดูกมีลักษณะปกติให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะกระดูกตายหลังการฉายแสงระดับ¹ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อรับการรักษาด้วยออกซิเจนภายใต้แรงดันสูง ผู้ป่วยปฏิเสธเนื่องจากหลังการฉายรังสีมีความจำเป็น



รูปที่ 3 ฟันล่างผู้ป่วยก่อนใส่ฟันปลอม



รูปที่ 4 ฟันล่างผู้ป่วยขณะใส่ฟันปลอม

ต้องถอนฟัน #46 และได้รับการส่งตัวไปโรงพยาบาลดังกล่าว ทันตแพทย์ให้การรักษาโดยไม่ใช้ออกซิเจนภายใต้แรงดันสูงเนื่องจากคิวยามาก และไม่สามารถไปรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนได้เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูง พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาดังกล่าวทุกเดือนแต่ผู้ป่วยไม่ยินยอม ติดตามอาการบริเวณกระดูกตายเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่ารอยโรคมีขนาดเท่าเดิม และไม่พบการอักเสบหรือติดเชื้อ ผู้ป่วยต้องการใส่ฟันปลอม จึงจำเป็นต้องเตรียมสันเหงือกบริเวณรอยโรค โดยอธิบายข้อดีข้อเสียของการผ่าตัดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยรับทราบและยินยอม ทำการผ่าตัดภายใต้ยาชาลิโดเคน 2% ผสมอีเฟดริน 1 ต่อ 100,000 จีดสกัดที่เส้นประสาทอินฟีเรียเดนทัล โดยไม่จีดยาชาบริเวณใกล้รอยโรคเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการขาดเลือดมาเลี้ยงเนื่องจากฤทธิ์บีบหลอดเลือดของอีเฟดริน กำจัดเนื้อเยื่อแกรนูเลชันร่วมกับขลิบกระดูกตายบริเวณรอยโรคออกด้วยวิธีที่นุ่มนวลเพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เมื่อกำจัดเนื้อเยื่อตายออกแล้ว พบว่าเนื้อเยื่อส่วนที่เหลือมีหลอดเลือดมาเลี้ยงปกติโดยสังเกตจากภาวะเลือดออกในบริเวณดังกล่าว ทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือล้างแผล 0.9% เย็บปิดแผลหลังผ่าตัด (primary wound closure) ด้วยไหมขนาด 3/0 ฉายยาปฏิชีวนะม็อกซิซิลลิน 500 มิลลิกรัม และเมโทรนิดาโซล 400 มิลลิกรัม วันละ 3 เวลา หลัง

อาหารเช้า กลางวันและเย็น ต่อเนื่องเป็นเวลา 14 วัน ยาแก้ปวดพาราเซตามอล 1,000 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการและตัดไหม 7 วัน 1 สัปดาห์หลังผ่าตัดพบว่าแผลมีรอยปริเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 3 มิลลิเมตร ล้างแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล 0.9% แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนยาหมด 14 วันหลังการผ่าตัด พบว่าแผลปิดสนิททั้งหมด ผู้ป่วยมาติดตามผลและหาฟลูออไรด์วานิชทุกเดือน หลังการผ่าตัด 1 ปี

จากภาพรังสีฟันอราไมกไม่พบการเปลี่ยนแปลงของกระดูกขากรรไกรล่าง ได้ใส่ฟันเทียมถอดได้ชนิดโครงโลหะให้แก่ผู้ป่วย (รูปที่ 3, 4) ติดตามผลการใส่ฟันเทียมเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าใช้บดีเยี่ยมไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยการอุดฟัน ขัดฟันและหาฟลูออไรด์วานิชตามที่ทันตแพทย์แนะนำ ติดตามผลการรักษาเป็นระยะ 5 ปี ในปีที่ 5 ได้บูรณะฟันซี่ #42 ด้วยครอบฟันโลหะเคลือบด้วยพอร์ซเลนเนื่องจากวัสดุบูรณะหลุดบอยและฟันสึกมาก

พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าใจถึงรอยโรคและสภาวะช่องปากภายหลังรับรังสีรักษา สามารถคลายความวิตกกังวลต่อการเกิดมะเร็งซ้ำเนื่องจากได้รับการดูแลโดยทันตแพทย์เป็นระยะสม่ำเสมอ

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มารับบริการทางทันตกรรมภายหลังได้รับรังสีรักษาแล้ว แพทย์แนะนำให้มาพบทันตแพทย์ดูแลใกล้บ้าน อีกทั้งผู้ป่วยเองตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปโดยง่าย และได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ นอกจากนี้ การเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยและการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยมีส่วนช่วยส่งเสริมผลสำเร็จของการรักษาอีกด้วย เนื่องจากถ้าผู้ป่วยมีกำลังใจดี ให้ความร่วมมือจะช่วยลดการเกิดพยาธิสภาพเพิ่มและลดปัญหาแทรกซ้อนที่อาจตามมาได้ มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มารับการรักษาในระยะแรก ส่วนใหญ่มักมารับการรักษาเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอบ่อยครั้งสามารถป้องกันได้และหากตรวจพบระยะ 1 และ 2 สามารถรักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 95 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3 และ 4 มีโอกาสลดลงมาก ในผู้ป่วยบางรายหวังเพียงผลยืดชีวิตให้ยาวนาน หรือลดอาการปวดและทุกข์ทรมานจากโรค⁸

ผลของรังสีต่อการทำงานของต่อมน้ำลายทำให้ผู้ป่วยมีน้ำลายน้อยลง เยื่อเมือกแห้ง อักเสบได้ง่าย และช่องปากมีความเป็นกรดสูง การซ่อมแซมเนื้อเยื่อเกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ หักตกริดใด ๆ ที่กระทำควรยังผลให้มีการบอบซ้ำของเนื้อเยื่อน้อยที่สุด เนื่องจากการรักษาตัวของเนื้อเยื่อที่รับรังสีเกิดขึ้นได้ยากกว่าปกติ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องถอนฟัน #46 หลังรังสีรักษาแล้ว 6 เดือนต่อมาพบ ORN ซึ่งปัญหานี้จะมาจากการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมก่อนรับรังสีรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการใส่ฟันปลอมถอดได้ชนิดโครงโลหะ และครอบฟันที่มุมขา พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทานอาหารได้ดี ความวิตกกังวลต่อรอยโรคที่เป็นลดลง ติดตามผลหลังการใส่ฟันเทียมเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าใช้งานได้ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ การพิจารณาใส่ฟันเทียมแม้เป็นเรื่องจำเป็นแต่ควรรอไว้อย่างน้อย 12-18 เดือนหลังเสร็จสิ้นรังสีรักษา^{6,24} เพื่อให้เนื้อเยื่อ

ฟื้นตัว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้ มักมีน้ำลายน้อย เยื่อเมือกเป็นแผลได้ง่ายแต่หายยาก

โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา²⁷ ศึกษาระบบดูแลรักษาช่องปากผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่รับรังสีรักษา พบภาวะแทรกซ้อนเยื่อเมือกอักเสบและปากแห้งทุกราย อ้าปากได้น้อยร้อยละ 70.7 ติดเชื้อร้อยละ 12.2 ORN ร้อยละ 0.3 Epstein J.B. และคณะ²⁸ รายงานผลแทรกซ้อนจากรังสีรักษามะเร็งศีรษะและคอ พบว่ามีปัญหาการกินและเคี้ยวอาหารร้อยละ 43 ปากแห้งร้อยละ 91.8 การรับรสเปลี่ยนร้อยละ 75.4 ภาวะกลืนลำบากร้อยละ 63.1 ปัญหาการพูดร้อยละ 50.8 ฟันผุเพิ่มร้อยละ 38.5 ความเจ็บปวดร้อยละ 58.4 และขัดขวางกิจกรรมประจำวันร้อยละ 30.8 ซึ่งกระทบถึงคุณภาพชีวิต หลายประการเกิดจากการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รังสีรักษาไม่เพียงพอ ไม่ว่าในเรื่องของระบบร่างกาย หรือจิตใจ²⁴ ทันตแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะทันตแพทย์ที่ทำงานเป็นฐานของการให้บริการในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญคือระดับโรงพยาบาลชุมชน

การแนะนำผู้ป่วยรายนี้ให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมโซเดียมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุและบรรเทาอาการเยื่อเมือกอักเสบ จากการศึกษาผลของน้ำยาบ้วนปากโซเดียมฟลูออไรด์ต่อการตายของเซลล์มะเร็งช่องปากชนิดสความัสเซลล์ฟันฐานเอพิไธลิโอมา²⁹ พบว่าน้ำยาบ้วนปากโซเดียมฟลูออไรด์มีความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งชนิดสความัสและความเข้มข้นร้อยละ 0.02 สามารถเหนี่ยวนำเซลล์มะเร็งเกิดเซลล์เดี่ยวแตกได้ ดังนั้นน้ำยาบ้วนปากโซเดียมฟลูออไรด์ที่ใช้ในปัจจุบันขายตามท้องตลาด นอกจากมีสรรพคุณตามวัตถุประสงค์ของน้ำยาบ้วนปากแล้ว ยังอาจสามารถใช้ร่วมการรักษามะเร็งช่องปากของคนไข้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและรังสีรักษาเพื่อช่วยทำลายเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่

สรุป

การวางแผนดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่ได้รับรังสี

รักษาริเวณศีรษะและคอรายนี้ ประสบความสำเร็จโดยเริ่มจากการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การสร้างแรงจูงใจและบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงผลกระทบหลังรักษาเสียก่อน ทำให้ผู้ป่วยลดความหวาดกลัวและวิตกกังวลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดจนการนัดติดตามการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยลดและบรรเทาอาการของผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการรักษา รวมทั้งทำการบูรณะและฟื้นฟูสภาพในช่องปาก

รังสีแพทย์ตระหนักว่ามีความจำเป็นต้องปรึกษาทันตแพทย์ก่อนให้รังสีรักษา เพื่อลดผลแทรกซ้อนจากรังสีให้เหลือน้อยที่สุด ผลแทรกซ้อนจากรังสีมีตั้งแต่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงมากและอาจส่งผลร้ายแรงต่อผู้ป่วยในที่สุด การเตรียมช่องปากให้เหมาะสม เพียงพอ อย่างผู้ที่รู้เท่าทันผลที่อาจเกิดภายหลัง อย่างผู้มีประสบการณ์ในสิ่งที่เกิดขึ้นมาแล้ว จะมีส่วนอย่างสำคัญในการป้องกัน หรือลดผลแทรกซ้อนที่รุนแรง ในประเทศไทยผู้ป่วยประเภทนี้มีอยู่มาก กระจายไปในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในแผนการให้รังสีรักษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ป่วยมักมีสาเหตุจากการเตรียมช่องปากของทันตแพทย์นั่นเอง จึงจำเป็นที่ทันตแพทย์ต้องให้ความสนใจในเรื่องนี้มากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีส่วนร่วมในการแนะนำแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ท.พ.ญ.สุนทรี ลิ้มสวรรค์ โรงพยาบาลห้วยพหล เอื้อเฟื้อหนังสือ เอกสาร และ ท.พ.ฉัตรพล แจ่มศิริโรจน์รัตน์ โรงพยาบาลสามพราน ผู้ช่วยตรวจบทความและบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลสถิติสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับของกลุ่มสาเหตุ

- การตาย 10 กลุ่มแรก (ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2545-2549. (cited 2008 Sep 9) ; from : URL:<http://203.157.10.15/moph/LinkClick.aspx?fileticket=ii3/n187WAK%3d&tabid=57&mid=431>
2. สกล สิงหะ. สังคมเกื้อกูลผู้ป่วยได้อย่างไร. ใน : สกล สิงหะ, ลักขมี ชาญเวช. บรรณานุกรม. คืบสูเหี้ยา กลับเข้าสู่สังคม การช่วยเหลือด้านจิตสังคมผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ ; 2547 : 37-47.
3. อังศุมา อภิชาติ, กานดาศรี ตูลารธรรมกิจ. ประสบการณ์ในการใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ : 2547.
4. Barsevick AM, Sweeney C, et al. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2002 ; 29(1) : 73-84.
5. Lundberg PC, Trichorb K. Thai Buddhist patients with cancer undergoing radiation therapy : feelings, coping and satisfaction with nurse-provided education and support. *Cancer Nurs* 2001 ; 24(6) : 469-75.
6. สุริยาญ บุญเรือง. แนวทางการดูแลรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในบริเวณช่องปากและใบหน้า. *Chula Med J* 2005 ; 49(11) : 657-70.
7. Brady LW, Heilmann HP, Molls M. Radiation Oncology for Cure and Palliation. New York : Springer : 2003 : 187-234.
8. Sanderson RJ, Ironside JA. Squamous cell carcinomas of the head and neck. *Br Med J* 2002 ; 325 : 822-7.
9. Vokes EE, Weichselbaum RR, Lippman SM, Hong

- WK. Head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993 ; 328(3) : 184-94.
10. Qadeer MA, Colabianchi N, Vaezi MF. Is GERD a risk factor for laryngeal cancer?. *Laryngoscope* 2005 ; 115(3) : 486-91.
11. Pavia, Maria, Pileggi, Claudia, Nobile, Carmelo GA, Angelillo, Italo F. Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer : a meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr* 2006 ; 83 : 1126-34.
12. Block G. Vitamin C and cancer prevention : the epidemiologic evidence. *Am J Clin Nutr* 1991 ; 53 : 270S-282.
13. La Vecchia C, Negri E, D'Avanzo B, Franceschi S, Decarli A, Boyle P. Dietary indicators of laryngeal cancer risk. *Cancer Res* 1990 ; 50 : 4497-500.
14. Buckley JG, Lennan KM. Cervical node metastases in laryngeal and hypopharyngeal cancer : A prospective analysis of prevalence and distribution. *Head & Neck* 2000 ; 22(4) : 380-5.
15. Woolgar JA. Histological distribution of cervical lymph node metastases from intraoral/ oropharyngeal squamous cell carcinomas. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999 ; 37(3) : 175-80.
16. Lindberg RD. Distribution of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 1972 ; 29 : 1446-9.
17. นิวัติ เพียรไทย, สุนิยา นามประเสริฐ. คู่มือการดูแลช่องปากผู้ป่วยรับรังสีรักษามะเร็งศีรษะและคอ. *ลพบุรี : ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์* ; 2548 : 2-8.
18. Louis CJ. Tumors Basic Principle and Clinical Aspects. New York : Churchill Livingstone ; 1978 : 95-102.
19. Pignon JP, Bourhis J et al. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma : three meta-analyses of updated individual data. MACH-NC Collaborative Group. Meta-Analysis of Chemotherapy on Head and Neck Cancer. *Lancet* 2000 ; 355(9208) : 949-55.
20. Bernier J, Domette C, Eschwede F, et al. Chemo-Radiotherapy, as Compared to Radiotherapy Alone, Significantly Increases Disease-Free and Overall Survival in Head and Neck Cancer Patients After Surgery : Results of EORTC Phase III Trial 22931. *Proceeding of ASTRO 2001 Plenary I*.
21. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, et al. Postoperative concurrent radiochemotherapy in high-risk SCCA of the head and neck : initial report of RTOG 9501/intergroup phase III trial. *Proceeding of ASCO 2002 abstract number 903*.
22. ขวลิต เลิศบุษยานุกูล, ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ, กาญจนา โชติเลิศศักดิ์ และคณะ. การรักษามะเร็งศีรษะและลำคอด้วยการฉายรังสีแบบปรับความเข้ม รายงานแรกในประเทศไทย. *J Med Assoc Thai* 2006 ; 89 (12) : 2068-76.
23. Chan SW, Mukesh BN, Sizeland A. Treatment outcome of N3 nodal head and neck squamous cell carcinoma. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 2003 ; 129(1) : 55-60.
24. ศุภผล เอี่ยมเมธาวี. รังสีรักษามะเร็งศีรษะและคอ ผลแทรกซ้อนและการจัดการ. เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมวิชาการของสถาบันมะเร็ง อุบลราชธานี. 15 มีนาคม พ.ศ. 2545 : ณ สถาบัน

- มะเร็ง อุดรราชธานี : 2545.
25. วรณี อันวีระวัฒนา. ความสัมพันธ์ระหว่างการ
รักษาด้วยไฮเปอร์แบริคออกซิเจนกับโรคกระดูกขา
กรรไกรตายในผู้ป่วยรังสีบำบัด. Chula Med J 2005
; 49(7) : 425-34.
26. Annane D, Depondt J, Aubert P, Villart M,
Gehanno P, Gajdos P, Chevert S. Hyperbaric
Oxygen Therapy for Radionecrosis of the jaw : A
Radomized Placebo-Controlled, Double-Blind Trial
From the ORN 96 Study Group. J Clin Oncol
2004 ; 22(24) : 4893-900.
27. วิวัฒน์ จัตรวงศ์วาน, วาริน จงเจริญกมล. ระบบดูแล
รักษาช่องปากผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่
รับรังสีรักษา : ประสพการณ์ 5 ปีในโรงพยาบาล
มหาสารคามราชสีมา. ว.ศัลย์ช่องปาก-แม็กซิลโลเฟ-
เชียล 2551 ; 22(1) : 20-30.
28. Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, Le ND,
N, Stevenson-Moore P, Osoba D. Quality of life
and oral function following radiotherapy for head
and neck cancer. : Head Neck 1999 ; 21(1) :
1-11.
29. ทวีพงษ์ อารยะพิศิษฐ และคณะ. ผลของน้ำยาบ้วน
ปากไฮเดียมฟลูออไรด์ต่อการตายของเซลล์มะเร็ง
ช่องปากชนิดสควamous. ว. ทันต มหิดล 2550 ;
27(3) : 187-94.