

การจัดการทางทันตกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำลายน้อย จากโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์: กรณีศึกษา Dental Management of Hyposalivation Secondary to Thyroid Cancer in an Elderly Patient: A Case Report

นางฉัตร มีขำนะ ท.บ., วท.ม.
ทันตกรรมผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยพิเศษ
(นานาชาติ)
กลุ่มภารกิจด้านทันตกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Nawachat Meechumna D.D.S., M.Sc.
Geriatric Dentistry and Special Patients
Care (International Program)
Dental Department
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

ภาวะปากแห้งเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ โดยมักให้ประวัติว่าเคี้ยวอาหารลำบาก มีการรับรสเปลี่ยนไป ไม่สามารถรับประทานอาหารรสจัด มีปัญหาในการใส่ฟันเทียมและปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งสาเหตุของภาวะปากแห้ง ได้แก่ การได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและใบหน้า โรคระบบภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อตนเอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจเรื้อรัง ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของระบบประสาท โรคติดเชื้อ ความผิดปกติของฟันอุดกรรม ภาวะขาดน้ำ และการใช้ยาที่ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายประเภทเนื่องจากโรคประจำตัวที่มากขึ้น พบว่ายาจำพวกแอนติโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drug) และยาแอนติมัสคารินิก (antimuscarinic drug) มีผลลดการหลั่งน้ำลายก่อให้เกิดภาวะปากแห้ง ทันตแพทย์มีบทบาทสำคัญในการตรวจ วินิจฉัยภาวะปากแห้ง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยการให้การรักษาที่เหมาะสม บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 69 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ได้รับการผ่าตัดและกลืนแร่ ปัจจุบันโรคอยู่ในระยะสงบ มีอาการปากแห้งร่วมกับการรับรสเปลี่ยนแปลงไป แสบร้อนเมื่อรับประทานอาหารรสจัด จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย พบว่ามีภาวะปากแห้งร่วมกับภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง มีสันเหงือกทั่วทั้งขากรรไกรบนและล่าง มีการอักเสบบริเวณมุมปาก (angular cheilitis) เมื่อได้รับการรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ การใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร่วมกับการรักษาอาการปากแห้ง พบว่าช่องปากชุ่มชื้นขึ้น รับประทานอาหารได้ปกติ ความรู้สึกปากแห้งลดลง

คำสำคัญ: ภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง ภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ ภาวะปากแห้ง มะเร็งต่อมไทรอยด์
วารสารแพทยเขต 4-5 2568 ; 44(4) : 631-647.

Abstract

Xerostomia is a common concern leading patients to seek dental care, often presenting with difficult chewing, altered taste, inability to tolerate spicy foods, denture-related issues, and other oral health problems. Causes include head and neck radiotherapy, autoimmune diseases, chronic inflammatory bowel disease, musculoskeletal disorders, endocrine disorders, neurological disorders, infections, genetic abnormalities, dehydration, and medications (especially anticholinergic and antimuscarinic drugs, which are frequently used in the elderly with multiple comorbidities and contribute to reduced salivary flow). Dentists play a crucial role in the examination, diagnosis, and prevention of complications through appropriate management. This article reports the case of a 69-year-old Thai female with a history of surgically and radioiodine-treated thyroid cancer (currently in remission), presenting with xerostomia, dysgeusia, and oral burning sensation upon ingesting spicy food. Clinical history and examination revealed xerostomia with salivary gland hypofunction, edentulous ridges in both maxilla and mandible, and angular cheilitis. Following comprehensive dental treatment, including the provision of complete dentures and management of xerostomia, the patient experienced improved oral moisture, normal dietary function, and reduced subjective feeling of dry mouth.

Keywords: hyposalivation, xerostomia in the elderly, xerostomia (dry mouth), malignant neoplasm of thyroid gland.

Received: Oct 16, 2025; Revised: Oct 30, 2025; Accepted: Dec 15, 2025

Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(4) : 631–647.

บทนำ

ภาวะปากแห้ง (xerostomia) เป็นความรู้สึกแห้งในช่องปาก อาจมีความผิดปกติหรือไม่มีความผิดปกติของการหลั่งน้ำลาย ความผิดปกติของการหลั่งน้ำลายวัดได้โดยหาอัตราการไหลของน้ำลายโดยรวมทั้งขณะพักและขณะได้รับการกระตุ้น ผู้ป่วยที่มีการหลั่งน้ำลายลดลงเรียกว่าภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง (salivary gland hyposalivation) มีค่าอัตราการไหลของน้ำลายขณะพักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.1 มิลลิลิตรต่อนาที และค่าอัตราการไหลของน้ำลายขณะกระตุ้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อนาที โดยภาวะปากแห้งและภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลงสามารถเกิด

ร่วมกันหรือไม่ก็ได้¹⁻³ จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ในผู้สูงอายุไทยช่วงอายุระหว่าง 60–74 ปี จำนวน 4,134 ราย พบมีความรู้สึกแห้งในช่องปาก ร้อยละ 16.5, มีปัญหารับประทานอาหารแห้งต้องดื่มน้ำตามทันที ร้อยละ 21.5, มีอาการลิ้นแห้งติดเพดาน ร้อยละ 8.6, และมีอาการกระจุกตรวจช่องปากติดเยื่อเมือกด้านแก้มและลิ้น ร้อยละ 4.8 พบว่าภาวะปากแห้งเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁴

น้ำลายผลิตจากต่อมน้ำลายขนาดใหญ่ 3 คู่ ได้แก่ ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร (submandibular gland)

ผลิตน้ำลายขณะพักสั้ส่วน ร้อยละ 65, ต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid gland) ผลิตน้ำลายขณะพักสั้ส่วน ร้อยละ 20, และต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (sublingual gland) ผลิตน้ำลายขณะพักสั้ส่วน ร้อยละ 5 นอกจากนี้ยังมีต่อมน้ำลายขนาดเล็กที่สามารถผลิตน้ำลายได้ในสั้ส่วน ร้อยละ 10 โดยต่อมน้ำลายขนาดเล็กกระจายอยู่ตามเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณกระพุ้งแก้ม ด้านในริมฝีปาก เพดาน ลิ้น เนื้อเยื่อใต้ลิ้น และแผ่นนมท่ายพันกรรกลาง^{5,6} องค์ประกอบหลัก ร้อยละ 99 คื้ น้ำ และร้อยละ 1 ประกอบด้วยอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ โซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม แมกนีเซียม ไบคาร์บอเนต และฟอสเฟต สารประกอบอินทรีย์ ได้แก่ แอนติบอดี โปรตีน เอนไซม์ ยูเรีย และแอมโมเนีย ค่าความเป็นกรดต่าง คื้ 6-7 น้ำลายปกป้องอวัยวะในช่องปากทั้งเนื้อเยื่อแข็งและเนื้อเยื่ออ่อน ป้องกันฟันผุด้วยการปรับสมดุลความเป็นกรดต่างให้เหมาะสมต่อกระบวนการส่งเสริมการคืนกลับของแร่ธาตุเข้าสู่ผิวฟัน (remineralization) และยับยั้งการสลายแร่ธาตุบริเวณผิวฟัน (demineralization) ด้านเชื้อจุลชีพก่อโรคทั้งแบคทีเรีย ไวรัส และรา ส่งเสริมการหายของแผลและซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ช่วยกระบวนการย่อยอาหาร การกลืน การพูด และการเคี้ยว^{5,7}

สาเหตุของภาวะปากแห้ง

การชักประวัติผู้ป่วยมีความสำคัญเนื่องจากภาวะปากแห้งมีความสัมพันธ์กับโรคต่าง ๆ ดังนี้

กลุ่มอาการ โชเกรน (Sjögren's syndrome) เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภูมิต่อต้านเนื้อเยื่อตัวเอง โดยมีลักษณะสำคัญของโรคคื้ มีการอักเสบเรื้อรังของต่อมน้ำตา และต่อมน้ำลาย จากการแทรกซึมของเซลล์ลิมโฟไซต์เข้าไปทำลายต่อมดังกล่าว ส่งผลให้เกิดอาการตาแห้ง ปากแห้ง⁸

โรคหนังแข็ง (scleroderma) เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภูมิต่อต้าน

เนื้อเยื่อตัวเอง โดยการกระตุ้นเซลล์ไฟโบรลาสต์ให้สร้างคอลลาเจนสะสมในผิวหนังและอวัยวะภายใน อาการทางคลินิกที่พบบ่อยคื้ ผิวหนังตึงแข็ง กำมือลำบาก ปาลายนิ้วมีสีเขียวคล้ำเมื่อสัมผัสอากาศเย็น ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปากแห้ง อาการกลืนลำบาก⁹

โรคแพ้ภูมิตัวเอง (systemic lupus erythematosus) เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภูมิต่อต้านเนื้อเยื่อตัวเอง โดยการสร้างแอนติบอดีต่อต้านตัวเอง เกิดการอักเสบในอวัยวะต่าง ๆ อาการทางคลินิกที่พบบ่อย คื้ ผื่นวง แผลแสง มีผื่นรูปผีเสื้อสีแดงบริเวณโหนกแก้ม และจมูก ปวดข้อ ผู้ป่วยมักมีภาวะปากแห้ง และมีแผลในช่องปาก¹⁰

โรคทางระบบอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์อักเสบ และโรคไตวายเรื้อรัง⁹ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอมีอัตราการไหลของน้ำลายขณะกระตุ้นลดลง เนื่องจากเซลล์อะซินาร์ (acinar cell) ถูกทำลาย โดยรังสีมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในโครโมโซม ทำให้เซลล์สูญเสียความสามารถในการแบ่งตัว ระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งและเยื่อเมือกอักเสบขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ และตำแหน่งที่ฉายรังสีพบว่าภาวะปากแห้งสามารถเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี โดยในอาทิตย์แรกผู้ป่วยจะมีอัตราการไหลของน้ำลายลดลงครั้งหนึ่ง และลดลงมากถึง ร้อยละ 80 ในสัปดาห์ที่ 7 ซึ่งภาวะปากแห้งนี้จะเกิดขึ้นนานถึง 6-8 เดือนหลังการรักษาด้วยการฉายรังสี นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีภาวะปากแห้งต่อเนื่องถึง 1 ปี¹¹

ความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการไหลของน้ำลายที่ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรลดลงทั้งขณะพักและขณะกระตุ้น ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดภาวะปากแห้ง

ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ การรับประทานยาจำพวก แอนติโคลิเนอร์จิก หรือการรับประทานยาที่ใช้ชะลอ การลุกลามของโรคอัลไซเมอร์ เช่น ยาเมแมนทีน ไฮโดรคลอไรด์ (memantine hydrochloride) เป็นต้น¹²

ภาวะปากแห้งที่เกิดจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ¹³⁻¹⁵ ยาแอนติโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drug) และ ยาแอนติมัสคารินิก (antimuscarinic drug) มีฤทธิ์ ยับยั้งการทำงานของอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาท ส่วนปลาย (central and peripheral nervous system) โดยออกฤทธิ์เป็น competitive inhibitions ยับยั้ง การจับของอะเซทิลโคลีนต่อตัวรับมัสคารินิกอะเซทิลโคลีน (muscarinic acetylcholine receptor) ส่งผลให้ลด อัตราการไหลของน้ำลาย

ยาด้านซึมเศร้า (antidepressant drugs) เช่น ยา fluoxetine เป็นยาในกลุ่ม SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitor) ออกฤทธิ์เพิ่มระดับ ของสารสื่อประสาทชนิดเซโรโทนิน (serotonin) โดย ยับยั้ง neuronal reuptake ของสารสื่อประสาท ในสมอง ส่งผลให้ลดอัตราการไหลของน้ำลาย นอกจากนี้ ยาด้านอาการทางจิต (antipsychotics) ที่อยู่ในกลุ่มยา แอนติโคลิเนอร์จิก สามารถลดอัตราการไหลของน้ำลาย ได้เช่นกัน

ยาลดความดันโลหิตสูง (antihypertensive drugs) ชนิด angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE inhibitors) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ angiotensin converting enzyme ที่เปลี่ยน angiotensin I เป็น angiotensin II พบผู้ป่วย ที่รับประทานยา captopril, ยา enalapril, และยา lisinopril เกิดภาวะปากแห้ง ร้อยละ 8

ยาคลายกังวล (anxiolytic, sedative, and opiate drugs) มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง ในผู้ป่วยที่ใช้ยาประเภทนี้เป็นระยะเวลานาน

ยาด้านฮิสตามีนรุ่นแรก (first generation antihistamine) จัดอยู่ในกลุ่มยาแอนติโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drug) ลดอัตราการไหลของน้ำลาย เช่น ยา chlorpheniramine, ยา diphenhydramine, ยา cyproheptadine, และยา hydroxyzine

ยาอื่น ๆ เช่น ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (non-steroidal analgesics), ยาลด ความอยากอาหาร (anorexigen drugs), ยารักษาสิว (anti-acne drugs), ยารักษาโรคพาร์กินสัน (anti-parkinson drugs), และยาช่วยเลิกบุหรี่ (anti-smoking drugs)

สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อ ความผิดปกติ ของฟันรุกรม และภาวะขาดน้ำ เป็นต้น^{14,15}

ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง มีลักษณะเนื้อเยื่อในช่องปากที่แสดงอาการทางคลินิก ที่สามารถนำไปสู่การวินิจฉัย ประเมินความรุนแรง ของภาวะปากแห้ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะปากแห้ง (Clinical Oral Dryness Score: CODS) ที่ปรับปรุง
และเสนอโดย Challacombe¹⁶ ใน ค.ศ. 2015

หัวข้อ	มี (1 คะแนน)/ ไม่มี (0 คะแนน)
1. กระจกส่องปากติดที่กระพุ้งแก้ม	
2. กระจกส่องปากติดที่ลิ้น	
3. น้ำลายมีลักษณะเป็นฟองขนาดเล็ก	
4. ไม่พบน้ำลายที่พื้นปาก	
5. ปุ่มรับรสบนลิ้นมีลักษณะฝ่อลีบ	
6. เหงือกมีลักษณะเรียบมันวาว	
7. เยื่อเมือกในช่องปากมีลักษณะเรียบมันวาว	
8. ขอบของลิ้นมีลักษณะเป็นลอน หรือบนลิ้นมีรอยแยก	
9. ภายใน 6 เดือน มีคอฟันผุมากกว่า 2 ซี่	
10. เพดานปากมีเศษอาหารติด	

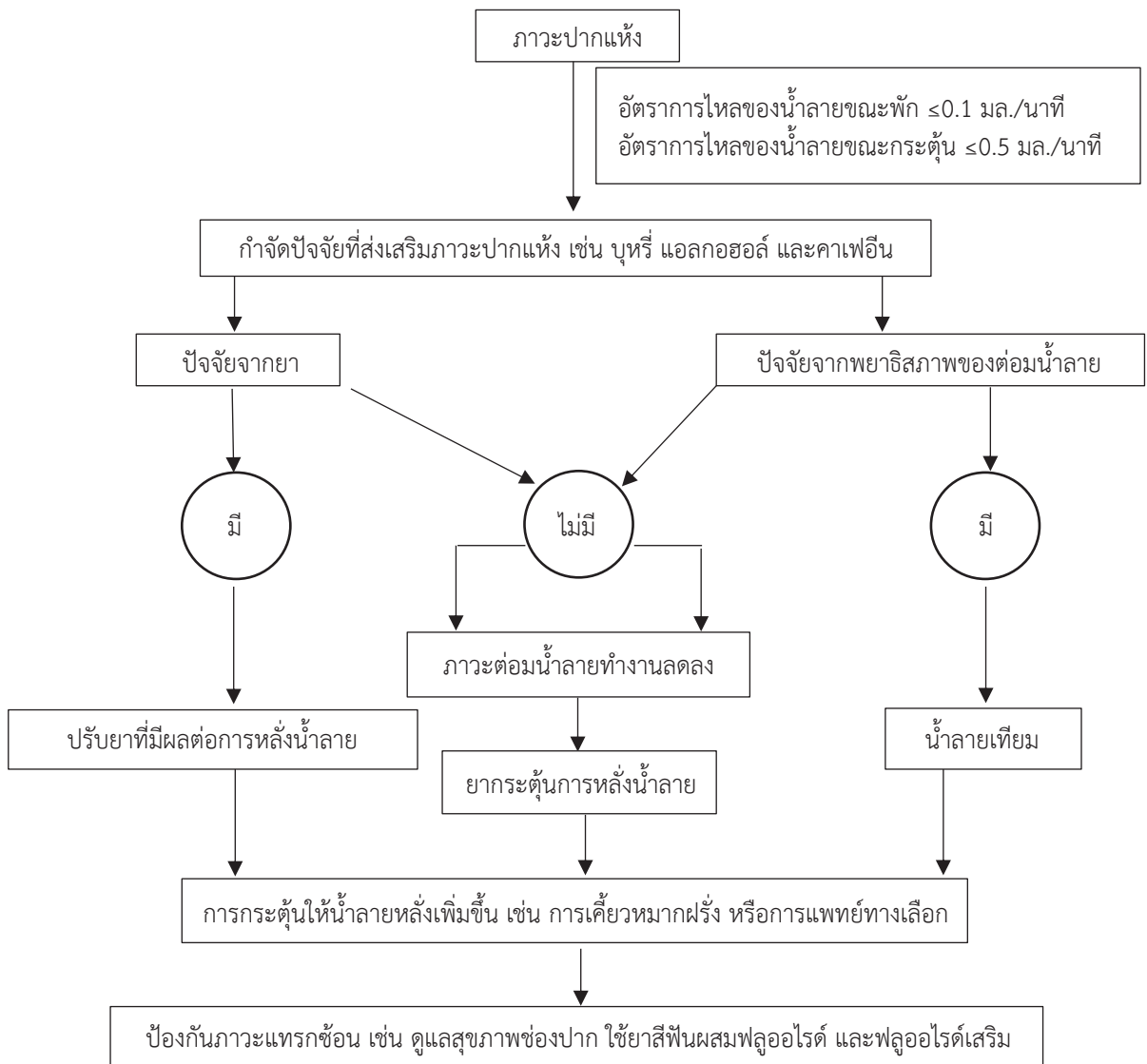
การแปลผลเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของ
ภาวะปากแห้ง

- คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะ
ปากแห้งน้อย แนะนำให้เคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล
15 ถึง 20 นาที 2 ครั้งต่อวัน และจิบน้ำบ่อย ๆ

- คะแนน 4 ถึง 6 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะ
ปากแห้งปานกลาง แนะนำให้เคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มี
น้ำตาล ใช้น้ำลายเทียม ฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร่วมกับการ
ใช้ยาสัฟฟอนที่มีฟลูออไรด์

- คะแนน 7 ถึง 10 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะ
ปากแห้งรุนแรง แนะนำให้ใช้น้ำลายเทียม ใช้ฟลูออไรด์
เฉพาะที่ร่วมกับการใช้ยาสัฟฟอนที่มีฟลูออไรด์ และ
หาสาเหตุของภาวะปากแห้งโดยแพทย์และทันตแพทย์

แนวทางการจัดการภาวะปากแห้งรายละเอียด
ในแผนภูมิที่ 1 การวางแผนการรักษาควรกำจัดการปัจจัย
ที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะปากแห้ง เช่น สูบบุหรี่ แอลกอฮอล์
และคาเฟอีน เมื่อกำจัดการปัจจัยเสี่ยงแล้ว จึงหาสาเหตุ
พยาธิสภาพของต่อมน้ำลาย หากต่อมน้ำลายไม่สามารถ
ผลิตน้ำลายได้ จึงพิจารณาให้น้ำลายเทียม ในกรณีที่
ต่อมน้ำลายไม่มีพยาธิสภาพสามารถให้การรักษา
ด้วยยากระตุ้นการหลั่งน้ำลาย ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มี
ผลให้เกิดภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง สามารถปรับ
ยาร่วมกับแพทย์เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว การรักษา
มุ่งเน้นบรรเทาอาการจากภาวะปากแห้ง เพิ่มความ
ชุ่มชื้นช่องปาก และลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ
ปากแห้ง^{17,18}



แผนภูมิที่ 1 แนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้ง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 69 ปี ภูมิลำเนา จ.นครปฐม
ศาสนาพุทธ อาชีพเย็บผ้า อยู่กับหลานวัยประถม

อาการสำคัญ

มาพบทันตแพทย์เนื่องจากมีอาการปากแห้ง
ร่วมกับการรับรสที่เปลี่ยนแปลงไป มีอาการแสบร้อน
เมื่อรับประทานอาหารรสจัด ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร
ต้องการใส่ฟันเทียม

อาการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการแพ้อาหาร แพ้ยา หรือสารเคมี
ไม่มีใช้สารเสพติด ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และไม่ดื่มกาแฟ
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ (malignant
neoplasm of thyroid gland) ชนิดพาพิลลารี
(papillary thyroid carcinoma) พ.ศ. 2664 ได้รับการ
การผ่าตัด ตัดต่อมไทรอยด์ (total thyroidectomy)
วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2564 และกลืนแร่ (radioactive

iodine therapy) เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลศิริราช ปัจจุบันโรคอยู่ในระยะสงบ ได้รับยา eltroxin 50 mcg, eltroxin 0.1 mg, calcitriol cap 0.25 ug, lorazepam 0.5 mg, calcium carbonate 1,250 mg

การตรวจภายนอกช่องปาก

1. ใบหน้าตรงมีลักษณะสมมาตร (symmetry) รูปร่างสี่เหลี่ยมและสามเหลี่ยม (square tapering) ดังรูปที่ 1
2. ใบหน้าด้านข้างมีความสัมพันธ์ของใบหน้าประเภท Class I normal profile ดังรูปที่ 2
3. การตรวจต่อน้ำลาย ผิวหนังมีสีปกติ เมื่อคลำต่อน้ำลายภายนอกช่องปากบริเวณหน้าหู



รูปที่ 1 ใบหน้าตรง



รูปที่ 2 ใบหน้าด้านข้าง

(parotid gland) และใต้ขากรรไกร (submandibular gland) ไม่มีอาการเจ็บ

4. การตรวจการทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 โดยให้ผู้ป่วยแสดงสีหน้าไม่พบความผิดปกติ
5. ไม่พบการติ่งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและลำคอ
6. ข้อต่อขากรรไกรทั้งสองข้าง ไม่มีเสียงและอาการเจ็บ สามารถอำ หุบได้ปกติ
7. ริมฝีปากบนลักษณะยุบ (unsupported lip contour) ร่องจมูก-ริมฝีปาก (nasolabial fold) ลึก มีร่องมุมปากตื้นเล็กน้อยและมุมปากอักเสบ (angular cheilitis) ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 ลักษณะริมฝีปากและมุมปากอักเสบ

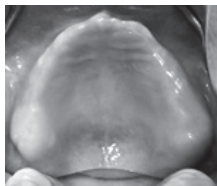
การตรวจในช่องปาก

1. ผู้ป่วยมีสันเหงือกกว้างทั้งขากรรไกรบนและล่าง (complete edentulous ridge) รูปแบบส่วนโค้งของขากรรไกรบนรูปกลมรี (ovoid) ไม่พบปุ่มกระดูกเพดานปาก (torus palatinus) ไม่พบกระดูกส่วนนอก (bony exostosis) ไม่พบเนื้อเยื่ออ่อนนุ่ม (flabby tissue) การเกาะของเนื้อเยื่อยึด (frenal attachment) ปกติ ดังรูปที่ 4 และ 6
2. ขากรรไกรล่างมีรูปแบบส่วนโค้งรูปกลมรี (ovoid) ไม่พบปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง (torus mandibularis) ไม่พบเนื้อเยื่ออ่อนนุ่ม (flabby tissue) การเกาะของเนื้อเยื่อยึด (frenal attachment) ปกติ ดังรูปที่ 5 และ 6

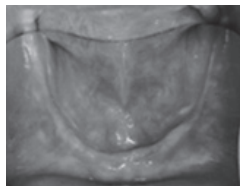
3. ระยะระหว่างสันเหงือกบนและล่างเหมาะสมและขนานกับระนาบสบฟัน (favorable) (ทราบได้ในขั้นตอนการลองแท่นกัดสบ)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างสันเหงือกบนและล่าง เป็น Class I normal ridge relation (ทราบได้ในขั้นตอนการลองแท่นกัดสบ)
5. รูปร่างผนังด้านข้างของช่องคอ (lateral throat form) เป็น Class II (Nei E. classification)
6. ความโค้งของผนังช่องคอ (palatal throat form) เป็น Class I (MM. classification)
7. ลิ้นมีขนาดปกติ
8. เมื่อคลำบริเวณรูเปิดของต่อมน้ำลายภายในช่องปากบริเวณหน้าหู (parotid gland) และใต้

ขากรรไกร (submandibular gland) ไม่มีอาการเจ็บ
ไม่มีก้อน ไม่พบลักษณะบวมแดง ร้อน

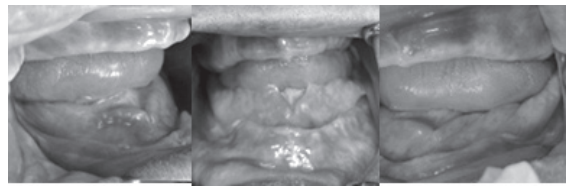
9. การตรวจเยื่อเมือกบริเวณกระพุ้งแก้มด้าน
ขวาและซ้าย ตำแหน่งเพดานมีลักษณะแห้ง มันวาว
ดังรูปที่ 7



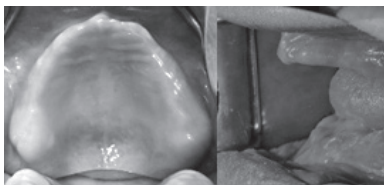
รูปที่ 4 ขากรรไกรบน



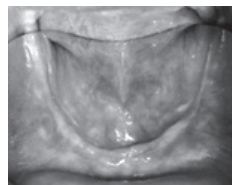
รูปที่ 5 ขากรรไกรล่าง



รูปที่ 6 ขากรรไกรบนและล่าง



รูปที่ 7 เยื่อเมือกแห้ง มันวาว



รูปที่ 8 ฟันปากไม่พบน้ำลาย

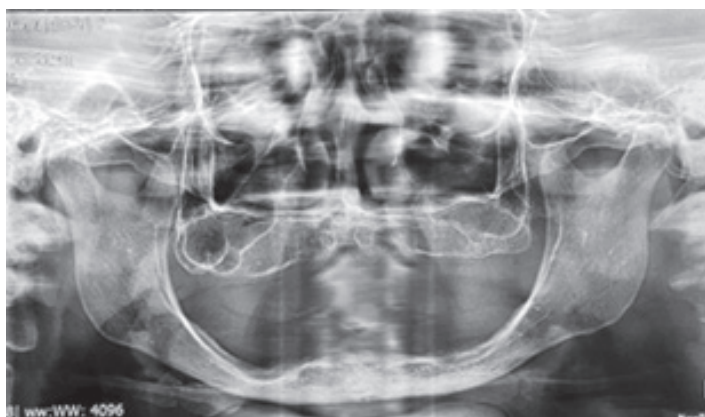


รูปที่ 9 Mirror test

ประเมินความรุนแรงของภาวะปากแห้งโดย
การตรวจลักษณะทางคลินิกโดยใช้ Clinical Oral
Dryness Score พบว่าได้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะปากแห้งปานกลาง

ภาพถ่ายรังสี

ภาพถ่ายรังสีทั้งปาก (panoramic film)
ไม่พบความผิดปกติขึ้นได้เยื่อเมือก กระดูกขากรรไกรบน
และล่างมีความหนาจำกัด เมนทิลฟอราเมนด้านซ้าย
และขวาอยู่ใกล้กับสันเหงือก ดังรูปที่ 10



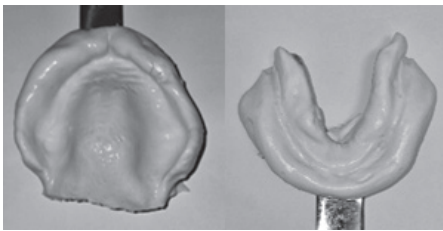
รูปที่ 10 ภาพถ่ายรังสีทั้งปาก

การตรวจเพิ่มเติม

ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัตราการไหลของน้ำลายขณะพัก โดยดื่มน้ำและอาหารก่อนการตรวจ 90 นาที ให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้และก้มศีรษะลง ทำการเก็บน้ำลายโดยวิธีขั้วน้ำลาย (splitting) ใส่ภาชนะที่เตรียมไว้ใช้เวลาทั้งหมด 5 นาที พบว่าผู้ป่วยอัตราการไหลของน้ำลายขณะพัก ≤ 0.1 มิลลิลิตร/นาที

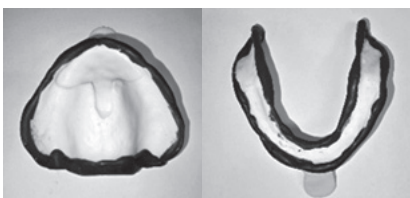
การวินิจฉัย

1. ขากรรไกรบนและล่างเป็นสันเหงือกว่าง (complete maxilla and mandibular edentulism)
2. ผู้ป่วยมีภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง (salivary gland hyposalivation)
3. มุมปากอักเสบ (angular cheilitis)



รูปที่ 11 รอยพิมพ์ปากขั้นต้น

3. ลองกดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลในปาก ผู้ป่วยทั้งขากรรไกรบนและล่าง กรอขอบส่วนเกินออก เสริมแต่งขอบกดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล (border molding) ด้วย green stick impression compound (Kerr®; USA) ดังรูปที่ 13 พิมพ์ปากด้วยกดพิมพ์ปาก

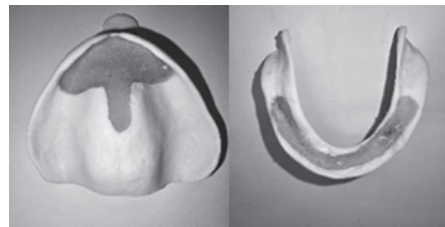


รูปที่ 13 การเสริมแต่งขอบกดพิมพ์ปาก

การรักษาทางทันตกรรมการใส่ฟันปลอมถอดได้ทั้งปาก

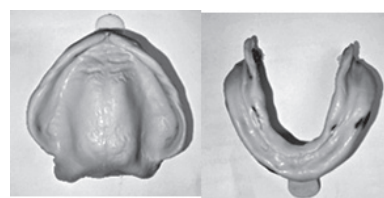
1. พิมพ์ปากบนและล่างโดยกดพิมพ์ปากสำเร็จรูปด้วยวัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์ผันกลับไม่ได้ (irreversible hydrocolloid) ชนิดอัลจินเต regular set (Jeltrate® Densply; USA) ดังรูปที่ 11 เทรยพิมพ์ด้วย Type III dental stone เพื่อทำขึ้นหล่อศึกษา (study model)

2. กำหนดขอบเขตในขึ้นหล่อศึกษาและทำกดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล (individual trays) ด้วยอะคริลิกเรซินชนิดบ่มตัวด้วยตัวเอง (chemical-activated acrylic resin) กดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลประเภทเลือกแรงกดเฉพาะตำแหน่ง (selective pressure tray) ดังรูปที่ 12



รูปที่ 12 กดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล

เฉพาะบุคคล (final impression) ด้วย polysulfide impression material ชนิด light bodies (Kerr®; USA) โดยวิธีเลือกแรงกดเฉพาะตำแหน่ง (selective pressure technique) ดังรูปที่ 14



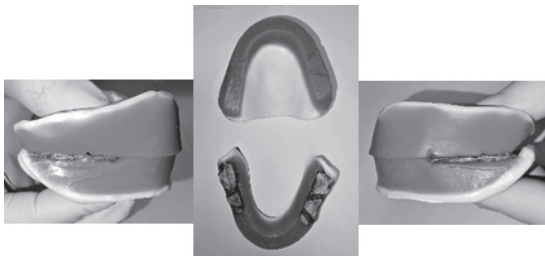
รูปที่ 14 รอยพิมพ์ขั้นสุดท้าย

4. เทรอยพิมพ์ชิ้นหล่อปฏิบัติงาน (master casts) สร้าง posterior palatal seal ทำแท่นกัดสบ (occlusal rim) บนและล่าง

5. การลองแท่นกัดสบ สำหรับขากรรไกรบนหาระนาบการสบฟัน (occlusal plane) ด้วยแผ่นตรวจระนาบสบฟันของฟอกซ์ (Fox's occlusal plane indicator) โดยด้านหน้าขนานกับแนวระหว่างรูمانةตา และด้านข้างขนานกับแนวปีกจมูกไปยังติ่งหน้าหู (ala-tragus line) ความสูงของแท่นกัดสบบนหาโดยให้ออกเสียง “ฟ” เมื่อออกเสียงจะสัมผัสกับขอบของริมฝีปากล่าง การหาระยะมิติแนวตั้งของใบหน้าขณะพัก (rest vertical dimension) โดยทำเครื่องหมายที่ปลายจมูกและบริเวณส่วนนูนสุดของคาง ให้ออกเสียง “เอมมา (Emma)” วัดระยะดังกล่าว ปรับแท่นกัดสบล่างให้ได้ตามระยะแนวตั้งขณะพัก จากนั้นทำการลด

ความสูงแท่นกัดสบล่างลง 2–4 มิลลิเมตร เป็นระยะปลอดสบ (freeway space) จะได้ระยะมิติแนวตั้งของการสบฟัน (vertical dimension of occlusion) ให้ออกเสียงพยัญชนะเสียงเสียดแทรก (sibilant sound) เช่น ส ซ จะพบว่าแท่นกัดบนและล่างเกือบสัมผัสกันแต่ไม่กระทบกันขณะออกเสียง ชีตเส้น canine line, midline, และ smile line บันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ (centric relation) ด้วย Alu wax (Alu wax Dental Product Co.) ดังรูปที่ 15 เลือกสีและขนาดของซี่ฟันรูปแบบการสบฟันแบบระนาบเดียว (monoplane)

6. การลองฟัน ดังรูปที่ 16 ทดสอบความสัมพันธ์ของมิติแนวตั้งและแนวราบ ความสวยงาม การออกเสียง ส่งห้องปฏิบัติการเพื่อลงพลาสติกและอัดด้วยอะคริลิกเรซินชนิดบ่มตัวด้วยความร้อน (heat-activated acrylic resin)



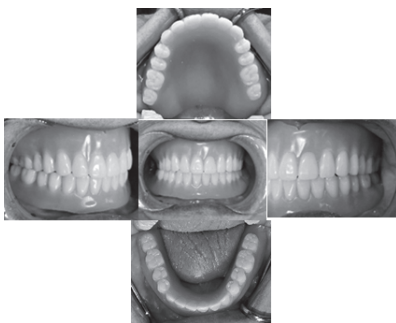
รูปที่ 15 การบันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์



รูปที่ 16 การเรียงฟัน

7. ใส่ฟันปลอมให้ผู้ป่วย ประเมินขอบเขตโดยรอบ การฉีกบริเวณขอบ และแรงยึด ตรวจจุดกดเจ็บด้วยครีม (pressure indicator paste: PIP,

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ) ตรวจการสบฟัน แนะนำการใช้งานและการดูแลรักษา ดังรูปที่ 17 และรูปที่ 18



รูปที่ 17 การใส่ฟันปลอมให้ผู้ป่วย



รูปที่ 18 ใบหน้าผู้ป่วยหลังใส่ฟันปลอม

คำแนะนำและการดูแลผู้ป่วยภายหลังการรักษา

1. การเคี้ยวอาหารอาจไม่สะดวกในระยะแรก ควรแบ่งอาหารเป็นคำเล็ก ๆ เคี้ยวช้า ๆ เริ่มรับประทานอาหารอ่อนก่อน งดอาหารที่เป็นเม็ดเล็ก ๆ เช่น น้ำตาลทราย ถั่วบด พริกป่น พยายามหัดเคี้ยวบริเวณฟันกรามหลังพร้อมกันทั้งสองข้างเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันเทียมกระดกข้างใดข้างหนึ่ง อย่าใช้ฟันหน้ากัดอาหารแข็ง

2. ทำความสะอาดฟันเทียมและช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนร่วมกับน้ำสบู่ ไม่แนะนำให้ใช้ยาสีฟันเนื่องจากมีผงขัด ทำให้ผิวฟันเทียมสึกเป็นผิวขรุขระเป็นที่สะสมคราบอาหารและคราบจุลินทรีย์ ควรทำความสะอาดฟันเทียมเหนือภาชนะที่มีน้ำรองรับอยู่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันเทียมแตกหักทำหลุดมือ ห้ามใช้น้ำร้อนทำความสะอาดฟันเทียมเพราะอาจทำให้เกิดการบิดเบี้ยวของฐานฟันเทียม

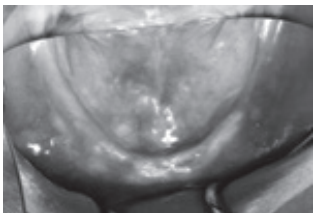
3. เนื้อเยื่อในช่องปากใช้แปรงขนอ่อนแปรงเบา ๆ หรือใช้ผ้านุ่ม ๆ เช็ด เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์และคราบอาหารที่ทำให้เนื้อเยื่ออ่อนอักเสบ หลังแปรง

เนื้อเยื่อควรใช้น้ำวันวดให้ทั่ว แนะนำให้ผู้ป่วยแปรงลิ้นด้วย

4. กลางคืนควรถอดฟันเทียมออก แห้งในภาชนะใส่น้ำมีฝาปิด เพื่อป้องกันฟันเทียมแห้งหรือบิดเบี้ยว

5. เมื่อใส่ฟันเทียมใหม่ในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกแปลก ไม่คุ้นชิน น้ำลายจะออกมามาก แนะนำให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย ร่างกายจะมีการปรับตัวและรู้สึกดีขึ้น เมื่อใส่ไประยะหนึ่งประมาณ 2-3 สัปดาห์ หากผู้ป่วยรู้สึกปากแห้งอาจให้จิบน้ำบ่อย ๆ

6. นัดหมายติดตามผลการรักษาระยะเวลา 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการเจ็บสันเหงือกกลางบริเวณ #43 ขณะเคี้ยวอาหาร ดังรูปที่ 19 เมื่อทาครีมตรวจจุดกดด้านในของฟันเทียม พบบริเวณกดเกินจึงกรอแก้ไข ดังรูปที่ 20 ติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ผู้ป่วยแจ้งทางโทรศัพท์ว่าสามารถเคี้ยวอาหารได้ไม่เจ็บ ติดตามผลการรักษา 3 เดือน ไม่พบอาการเจ็บและผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดได้ดี ดังรูปที่ 21



รูปที่ 19 รอยกดเจ็บขากรรไกรล่าง



รูปที่ 20 รอยกดเกินในฟันเทียมล่าง



รูปที่ 21 ติดตามการรักษา 3 เดือน

การติดตามผลการรักษาของภาวะต่อมน้ำลายลดลง และมุมปากอักเสบ

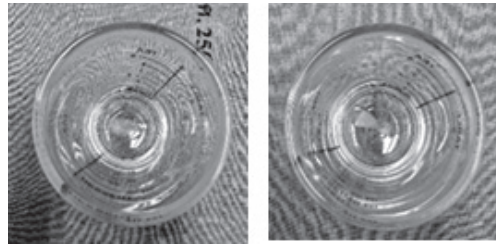
ภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง

1. ปริมาณน้ำลาย

อัตราการไหลของน้ำลายขณะพักเมื่อแรกรับ ≤ 0.1 มิลลิตร/นาที วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง วิเคราะห์หาสาเหตุพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาเมเร็งต่อมไทรอยด์โดยการผ่าตัดร่วมกับ

การรักษาด้วยสารกัมมันตรังสี ไอโอดีน-131 (radioiodine, iodine-131) ซึ่งมีผลต่อต่อมน้ำลายทำให้เกิดภาวะปากแห้ง การได้รับยาในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ lorazepam ขนาด 1 มิลลิกรัม วันละครั้งเม็ด เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ เป็นปัจจัยเสริมลดการไหลของน้ำลาย เมื่อปรึกษาแพทย์พบว่าไม่สามารถเปลี่ยนชนิดของยาได้

การติดตามผลการรักษาเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการไหลของน้ำลายคงที่ คือ อัตราการไหลของน้ำลายขณะพัก ≤ 0.1 มิลลิลิตร/นาที ดังรูปที่ 22



รูปที่ 22 แสดงปริมาณน้ำลายที่เก็บภายในเวลา 5 นาทีเมื่อเริ่มการรักษา รูปที่ 2 เมื่อระยะเวลา 3 เดือน

2. การนวดต่อมน้ำลาย

ผู้ป่วยมีภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง จึงสอนให้ผู้ป่วยนวดกระตุ้นต่อมน้ำลายด้วยตนเอง ได้แก่ การนวดต่อมน้ำลายหน้าหู โดยวางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้บริเวณแก้มและนวดบริเวณฟันกรามบน วนจาก

ด้านหลังไปด้านหน้า 10 ครั้ง การนวดต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง โดยวางนิ้วโป้งใต้ขากรรไกรล่าง กดจากใต้หูถึงใต้คาง 5 ตำแหน่ง 5 ครั้ง การนวดต่อมน้ำลายใต้ลิ้น โดยกดนิ้วโป้งทั้ง 2 ข้างที่ได้คางบริเวณใต้ลิ้น 10 ครั้ง โดยให้นวดทุกวัน วันละ 3-4 ครั้ง ดังรูปที่ 23



รูปที่ 23 การนวดกระตุ้นต่อมน้ำลายด้วยตนเอง

ติดตามผลการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยจำทำทางการนวดได้ และทำทุกวัน ไม่แสบร้อนภายในช่องปาก รับประทานอาหารรสจัดได้ และเมื่อนวดกระตุ้นจะมีความรู้สึกที่น้ำลายไหลออกมา ไม่มีปัญหาฟันเทียมหลุด

3. ประเมินความรุนแรงของภาวะปากแห้งโดยการตรวจลักษณะทางคลินิกโดยใช้ CODS พบว่า คะแนนลดลงจากเดิม 4 คะแนน เป็น 2 คะแนน (ติดตามผลการรักษา 3 เดือน) แปลผลว่า อาการปากแห้งของผู้ป่วยลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย

4. การแนะนำการใช้สารเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก สารทดแทนน้ำลาย น้ำลายเทียม

แนะนำให้ใช้วันชุ่มปากโดยตักครั้งละ 1 ช้อนชา อมให้ความชุ่มชื้นในช่องปากก่อนก่อนกลืน ทุก 2-3 ชั่วโมง เมื่อเปิดใช้งานแล้วเก็บได้ 24 ชั่วโมง และควรเก็บในตู้เย็น ห้ามนำไปทาบริเวณริมฝีปาก

ติดตามผลการรักษา 3 เดือน พบว่าอาการปากแห้งของผู้ป่วยลดลง (จากผลการประเมิน CODS)

มุมปากอักเสบ (Angular cheilitis)

เป็นการติดเชื้อราในช่องปากชนิดทุติยภูมิ (secondary form of oral candidiasis) ลักษณะทางคลินิกคือ รอยโรคสีแดง, การเกิดแผลเปื่อย, หรือรอยแยกบริเวณมุมปาก (red, ulcerated, or fissured lesions at the corners of the mouth) มีอาการเจ็บปวดและแสบร้อน สัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การลดลงของมิติแนวตั้งของการสบฟัน (decreased vertical

dimension) และขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency) รวมถึงขาดวิตามินบี 12 (vitamin B12 deficiency) การรักษาด้วยยา nystatin suspension (ยาน้ำแขวนตะกอน, 100,000 U/ml) ครั้งละ 4–6 มิลลิลิตร โดยกลืนปากให้นานที่สุดจากนั้นค่อยกลืน วันละ 4 ครั้ง 7–14 วัน และวิตามินบี 12 การใส่ฟันเทียมเพื่อเพิ่มมิติแนวตั้งของการสบฟัน ผลการรักษาผู้ป่วยหายเป็นปกติ ดังรูปที่ 24



รูปที่ 24 แสดงการหายของมุมปากอักเสบ

บทวิจารณ์

อุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ (thyroid cancer) เพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง มีรายงานอัตราเพิ่มขึ้นถึง 2.4 เท่า ในช่วง 35 ปีที่ผ่านมา¹⁹ สำหรับประเทศไทยข้อมูลบ่งชี้ถึงอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น เพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 5.6 ต่อ 100,000 ประชากร ในช่วงปีพ.ศ. 2556–2558 เป็น 6.9 ต่อ 100,000 ประชากร ในช่วง พ.ศ. 2559–2561 ในเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 1.4 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 1.6 ต่อ 100,000 ประชากร ในเวลาเดียวกัน²⁰ มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดพาพิลลารี (papillary thyroid carcinoma: PTC) เป็นชนิดย่อยที่พบบ่อยที่สุด สัดส่วนร้อยละ 80 ถึง 85 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีการแพร่กระจายช้าและพยากรณ์โรคดีเยี่ยม (excellent prognosis) รักษาด้วยการผ่าตัด (thyroidectomy) โดยอาจมีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วยกรณีแพร่กระจาย การรักษาด้วยรังสีไอโอดีน (radioactive iodine (RAI) therapy) ลดความเสี่ยงของ

การเกิดซ้ำของเซลล์มะเร็งไทรอยด์ และการให้ฮอร์โมนไทรอยด์ทดแทน (thyroid hormone replacement therapy) เนื่องจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดส่งผลให้เกิดภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism)^{21,22}

แม้กระบวนการรักษาโรคเมริงโตมโทรอยด์จะสิ้นสุดลง แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สำหรับการทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยรายนี้ หากใช้เทคนิค digital complete denture จะสามารถช่วยลดจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลได้ แต่ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานพยาบาล หรือใช้วิธีการลดขั้นตอนบางส่วน เช่น การลองแท่นกัดสบบนและล่างพร้อมการเสริมแต่งขอบ (border molding) และพิมพ์สันเหงือกข้างขึ้นสุดท้าย สามารถลดขั้นตอนได้เช่นกัน แต่ขึ้นอยู่กับความชำนาญของทันตแพทย์

สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ด้วยสารกัมมันตรังสี ไอโอดีน-131 (radioactive iodine

131 [RAI 131]) พบว่าเมื่อสารกัมมันตภาพรังสีถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด สามารถสะสมภายในเนื้อเยื่อของต่อมน้ำลายได้ โดยพบปริมาณ RAI 131 ในน้ำลายสูงกว่าระดับในเลือดถึง 20 เท่า ส่งผลให้ต่อมน้ำลายอักเสบเฉียบพลันในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ถึง 2 สัปดาห์ และต่อมน้ำลายอักเสบเรื้อรังในระยะ เวลา 3 สัปดาห์ถึง 1 ปีขึ้นไป พบบ่อที่ต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid gland)²³ โดยอุบัติการณ์การเกิดต่อมน้ำลายอักเสบหลังการรักษาด้วย RAI 131 ในประเทศไทย ได้แก่ ร้อยละ 22.9²⁴ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอายุที่มากกว่า 45 ปี^{25,26} อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยต่อมน้ำลายหน้าหูสามารถจับกับ RAI 131 ได้มากกว่าต่อมน้ำลายชนิดอื่น ๆ กลไกการสะสมของ RAI 131 โดยการแลกเปลี่ยนทางชีวเคมี ผ่าน epithelium ของผนังท่อต่อมน้ำลาย ส่งผลให้ท่อต่อมน้ำลายและเซลล์ซีรัสอะซิน (serous acini cell) ถูกทำลายทำให้การหลั่งน้ำลายประเภทใส (serous) ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการปากแห้งเพราะภายในช่องปากมีเฉพาะน้ำลายชนิดเหนียว (mucous saliva) ที่สร้างจากต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่างและต่อมน้ำลายใต้ลิ้น²⁷ สำหรับต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรและต่อมน้ำลายใต้ลิ้นเมื่อเกิดการอักเสบทำให้การผลิตน้ำลายชนิดเหนียว (mucous saliva) ลดลง ผู้ป่วยจึงกลืนอาหารได้ลำบากมากขึ้น เมื่อเกิดการทำลายของ endothelial cell ทำให้โปรตีนรั่วออกนอกเซลล์ ฟอสเฟตในน้ำลายลดลง สมดุลกรดต่างเปลี่ยนแปลง ทำให้ฟันผุมากขึ้น พบการติดเชื้อภายในช่องปากเพิ่มขึ้นเพราะต่อมน้ำลายไม่สามารถสร้างสารอิมมูโนโกลบูลินเอ (immunoglobulin A; IgA) แลคโตเฟอร์ริน (lactoferrin) และแลคโตเพอร์ออกซิเดส (lactoperoxidase) และต่อมน้ำลายลดการสร้างเอนไซม์อะไมเลส (amylase enzyme) ที่ย่อยแป้งเป็นน้ำตาลมอลโทส (maltose) และเดกซ์ทริน (dextrin) ส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร²³

การได้รับยาประเภท xerogenic drugs ทำให้ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายลดลง ในผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถ

ปรับเปลี่ยนชนิดของยาได้ จึงไม่สามารถกำจัดปัจจัยด้านยาออกไปได้

การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยรายนี้ ต้องคำนึงถึงภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลงจากการถูกทำลายด้วยสารกัมมันตรังสี ไอโอดีน-131 โดยมีเป้าหมายในการรักษาเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากภาวะปากแห้ง แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง ซึ่งสามารถประเมินความรุนแรงได้จาก Clinical Oral Dryness Score¹⁶ ในรายที่มีภาวะปากแห้งรุนแรงสามารถพิจารณาจ่ายยาช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย ได้แก่ ยาพิโลคาร์ปีน¹⁷ มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษามะเร็งศีรษะและลำคอ หรือกลุ่มอาการโซเกรน (Sjögren's syndrome) ได้ดีกว่าการให้สารทดแทนน้ำลายและการฝังเข็ม²⁸ กรณีที่ต่อมน้ำลายถูกทำลายอย่างรุนแรงไม่สามารถผลิตน้ำลายได้ การพิจารณาบรรเทาอาการด้วยน้ำลายเทียม เช่น วนชุ่มปากซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายน้ำลายธรรมชาติ จากการศึกษาพบว่า วนชุ่มปากช่วยกระตุ้นการกลืนอาหาร ผู้ป่วยมีการรับรสอาหารที่ดีขึ้น หลังจากใช้ 2 สัปดาห์ มีภาวะปากแห้งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสามารถปรับสมดุลความเป็นกรดต่างในช่องปาก และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย^{29,30}

สรุป

การรักษาทางทันตกรรมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและการกลืนสารกัมมันตรังสีไอโอดีน - 131 ต้องคำนึงถึงภาวะต่อมน้ำลายทำงานลดลง โดยผู้ป่วยรายนี้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก น้ำลายจึงเป็นส่วนสำคัญในการยึดอยู่ของฟันเทียมรวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว การνωดกระตุ้นต่อมน้ำลายในผู้ป่วยที่ต่อมน้ำลายสามารถผลิตน้ำลายได้ สามารถกระตุ้นการไหลของน้ำลายให้ผู้ป่วย การใส่ฟันเทียมยังเพิ่มมิติแนวตั้งของไบหน้าลดการเกิดมุมปากอักเสบและติดเชื้อราได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ยินยอมให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป ทันตแพทย์ ญัตติธรรพ จงจรพงษ์ ที่ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการทำฟันเทียมทั้งปาก และโรงพยาบาลนครปฐมที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Gerodontology*. 2012;29(2):e107–15. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00420.x.
2. Castrejon-Perez RC, Borges-Yáñez SA, Gutiérrez-Robledo LM, Ávila Funes JA. Oral health conditions and frailty in Mexican community dwelling elderly: a cross sectional analysis. *BMC Public Health*. 2012;12:773. doi: 10.1186/1471-2458-12-773.
3. Alaraudanjoki V, Laitala ML, Tjäderhane L, Pesonen P, Lussi A, Ronkainen J, et al. Influence of intrinsic factors on erosive tooth wear in a large-scale epidemiological study. *Caries Res*. 2016;50(5):508–16. doi: 10.1159/000448292.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนัก; 2567.
5. Pedersen A, Sørensen CE, Proctor GB, Carpenter GH. Salivary functions in mastication, taste and textural perception, swallowing and initial digestion. *Oral Dis*. 2018;24(8):1399–416. doi: 10.1111/odi.12867.
6. Valstar MH, de Bakker BS, Steenbakkers RJHM, de Jong KH, Smit LA, Klein Nulent TJW, et al. The tubarial salivary glands: A potential new organ at risk for radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2021;154:292–8. doi: 10.1016/j.radonc.2020.09.034.
7. Vila T, Rizk AM, Sultan AS, Jabra-Rizk MA. The power of saliva: Antimicrobial and beyond. *PLoS Pathog*. 2019;15(11):e1008058. doi: 10.1371/journal.ppat.1008058.
8. Jonsson R, Brokstad KA, Jonsson MV, Delaleu N, Skarstein K. Current concepts on Sjögren's syndrome - classification criteria and biomarkers. *Eur J Oral Sci*. 2018;126 Suppl 1(Suppl Suppl 1):37–48. doi: 10.1111/eos.12536.
9. Sreebny LM. The causes of dry mouth: a broad panoply. In: Sreebny LM, Vissink A, editors. *Dry mouth, the malevolent symptom: a clinical guide*. Ames: Wiley-Blackwell; 2010. 103–22.
10. Rhodus NL, Johnson DK. The prevalence of oral manifestations of systemic lupus erythematosus. *Quintessence Int*. 1990;21(6):461–5.

11. Dirix P, Nuyts S, van den Bogaert W. Radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a literature review. *Cancer*. 2006;107(11):2525–34. doi: 10.1002/cncr.22302.
12. Gil-Montoya JA, Barrios R, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, et al. Prevalence of drug-induced xerostomia in older adults with cognitive impairment or dementia: An observational study. *Drugs Aging*. 2016;33(8):611–8. doi: 10.1007/s40266-016-0386-x.
13. Miranda-Rius J, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Farré M. Salivary secretory disorders, inducing drugs, and clinical management. *Int J Med Sci*. 2015;12(10):811–24. doi: 10.7150/ijms.12912.
14. Hall JE. Secretory functions of the alimentary tract. In: Hall JE, editor. *Guyton & Hall textbook of medical physiology*, 12th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2011. 773–6.
15. Agostini BA, Cericato GO, Silveira ERD, Nascimento GG, Costa FDS, Thomson WM, et al. How common is dry mouth? Systematic review and meta-regression analysis of prevalence estimates. *Braz Dent J*. 2018;29(6):606–18. doi: 10.1590/0103-6440201802302.
16. King's College London. The Challacombe scale of clinical oral dryness [internet]. 2018 [cited 2025 April 27]; Available from: URL: https://www.ccmed.co.uk/wp-content/uploads/2018/03/Chall_Scale-A4.pdf
17. Pilocarpine hydrochloride [package]. Columbus, OH: Roxane Laboratories; 2010.
18. Radvansky LJ, Pace MB, Siddiqui A. Prevention and management of radiation-induced dermatitis, mucositis, and xerostomia. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70(12):1025–32. doi: 10.2146/ajhp120467.
19. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973–2002. *JAMA*. 2006;295(18):2164–7. doi: 10.1001/jama.295.18.2164.
20. Rojanamatin J, Ukranun W, Suppattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, et al, editors. *Cancer in Thailand Vol. X, 2016–2018*. 2021;10:60–1.
21. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer : The American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1–133. doi: 10.1089/thy.2015.0020.
22. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2006;16(2):109–42. doi: 10.1089/thy.2006.16.109.

23. Mandel SJ, Mandel L. Radioactive iodine and the salivary glands. *Thyroid*. 2003;13(3):265–71. doi: 10.1089/105072503321582060.
24. ธาราทิพย์ รามคา, ณิชากัฏฐ พุฒิกามิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะต่อมน้ำลายอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ขนาดสูง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 2564;24(1):34–45.
25. Hollingsworth B, Senter L, Zhang X, Brock GN, Jarjour W, Nagy R, et al. Risk factors of 131I-induced salivary gland damage in thyroid cancer patients. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(11):4085–93. doi: 10.1210/jc.2016-1605.
26. Millsop JW, Wang EA, Fazel N. Etiology, evaluation, and management of xerostomia. *Clin Dermatol*. 2017;35(5):468–76. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.06.010.
27. Van Nostrand D. Sialoadenitis secondary to 131I therapy for well-differentiated thyroid cancer. *Oral Dis*. 2011;17(2):154–61. doi: 10.1111/j.1601-0825.2010.01726.x.
28. Lovelace TL, Fox NF, Sood AJ, Nguyen SA, Day TA. Management of radiotherapy-induced salivary hypofunction and consequent xerostomia in patients with oral or head and neck cancer: meta-analysis and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014;117(5):595–607. doi: 10.1016/j.oooo.2014.01.229.
29. Dalodom S, Lam-ubol A, Jeanmaneechotechai S, Takamfoo L, Intachai W, Duangchada K, et al. Influence of oral moisturizing jelly as a saliva substitute for the relief of xerostomia in elderly patients with hypertension and diabetes mellitus. *Geriatric Nurs*. 2016;37(2):101–9. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.10.014.
30. Thatreenaranon S. The efficacy of oral moisturizing jelly in alleviating symptoms of xerostomia in psychiatric patients. *J Mental Health Thai*. 2018;26(2):129–41.

