



การฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ : รายงานผู้ป่วย

Oral Rehabilitation under GA in Cleft Lip and Palate Children: A Case Report

ปิยนาท บุญตริก^{1*}

Piyanat Boontarig^{1*}

(Received: June 8, 2022; Revised: July 12, 2022; Accepted: July 25, 2022)

บทคัดย่อ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการบนใบหน้าตั้งแต่กำเนิด มีรอยแยกของริมฝีปากบน อาจเป็นไปจนถึงเหงือกและเพดานปาก ทำให้มีปัญหาในการพูด การได้ยิน สุขภาพจิตและสุขภาพช่องปาก เด็กกลุ่มนี้จะมีความกลัวในการทำฟัน เนื่องจากการรักษาทางด้านศัลยกรรมตั้งแต่แรกเกิด การจัดการกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใต้การดมยาสลบ (General anesthesia) บทความนี้รายงานผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 2 ปี 3 เดือน มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่แต่กำเนิด จากการตรวจในช่องปากพบมีสุขอนามัยช่องปากไม่ดี ฟันน้ำนมผุหลายซี่ ร่วมกับมีพฤติกรรมปฏิเสธการรักษา โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการฟื้นฟูสภาพช่องปาก ภายใต้การดมยาสลบ ติดตามผลหลังการรักษาพบว่าได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ

คำสำคัญ: ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบ พฤติกรรมปฏิเสธการรักษา สุขภาพช่องปาก

Abstract

Cleft lip and palate (CL/P) is a congenital anomaly affecting facial structure. It appears as an opening in the lip or palate which can affect a range of functions including speech, hearing, mental health, and oral health. Young children with CL/P experience more dental fear due to the involvement of surgical treatment during the first year of life. Managing these uncooperative children in the dental care office was very challenging, but it can be overcome by General Anesthesia (GA) treatment.

โรงพยาบาลยะลา

¹Yala Regional Hospital

*Corresponding Author: piyanatboontarig@gmail.com



In this case report, there was a 2.3-year-old. Thai girl with congenital cleft lip and palate who has poor oral hygienic conditions and many dental caries. The girl has denied to have a dental treatment, but finally, she was arranged to have an oral rehabilitation under GA. After following up with the patient, the results were obtained satisfactorily.

Keyword: Cleft lip and palate, General anesthesia, Uncooperative child, Oral health

บทนำ

ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษา ทันตแพทย์สามารถใช้วิธีการทางจิตวิทยาในการโน้มน้าวชักจูงให้เด็กยินดีให้ความร่วมมือ และสามารถทำการรักษาในคลินิก ทันตกรรมแบบปกติได้ แต่มีผู้ป่วยเด็กบางคนที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือมีโรคประจำตัวรุนแรงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใต้การดมยาสลบ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเอง ทั้งในด้านความปลอดภัย และประสิทธิภาพของการรักษา (Arunakul, 2012)

การดมยาสลบ (General anesthesia) คือ การทำให้ผู้ป่วยหมดสติโดยการให้ยา โดยที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ในภาวะสลบผู้ป่วยจะสูญเสียความรู้สึกทั้งปวงอย่างชั่วคราว วัตถุประสงค์ของการดมยาสลบได้แก่ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและให้มีประสิทธิภาพ ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ ลดความกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วย ช่วยในการรักษาผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทาง จิตใจ ร่างกาย และสติปัญญา (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021(a))

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติในบริเวณกะโหลกศีรษะและใบหน้าแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และต้องการการดูแลรักษาโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ สาเหตุการเกิดภาวะปากแหว่งหรือเพดานโหว่มีหลายปัจจัยร่วมกัน อาจเนื่องมาจากกรรมพันธุ์ สภาวะแวดล้อม หรือทั้ง 2 สาเหตุร่วมกัน (Pongsupot & Ritthagol, 2020) การแก้ไขลักษณะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผ่านการวางแผนการรักษาร่วมกันในช่วงอายุของผู้ป่วยที่เหมาะสม การดูแลรักษาจะเริ่มตั้งแต่แรกคลอด คือ การปิดแผ่นแถบขาว ช่วยลดความกว้างของริมฝีปากที่แหว่ง และการปรับท่าทางการดูดนมของทารกที่มีภาวะเพดานโหว่ การตรวจว่าทารกมีความผิดปกติในลักษณะของกลุ่มอาการใดหรือไม่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันให้การรักษาได้แก่ ทีมแพทย์สาขาต่างๆ เช่น กุมารแพทย์สาขาต่างๆ ศัลยแพทย์ตกแต่ง โสต ศอ นาสิกแพทย์ วิทยุแพทย์ ทีมทันตแพทย์ เช่น ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน และทันตกรรมประดิษฐ์ เป็นต้น



นักตรวจการได้ยื่น นักบำบัดการพูดนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/นักฝึกพูด นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ (Watted, Watted, & Abu-Hussein, 2020)

ทันตแพทย์สำหรับเด็กมีบทบาทในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลเด็กกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่การทำเพดานเทียม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดนม การดูแลสุขภาพช่องปาก และฟันของเด็กตลอดช่วงอายุการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในด้านทันตสุขภาพ และประสานการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม เด็กกลุ่มนี้พบฟันน้ำนมและฟันแท้ขึ้นผิดตำแหน่ง โดยเฉพาะฟันซี่ที่อยู่ด้านข้างของบริเวณสันเหงือกโหว่ การทำความสะอาดฟันทำได้ยาก มักพบฟันผุได้ง่ายและลุกลาม หากสูญเสียฟันจะทำให้มีปัญหามากขึ้น ทั้งในด้านการบดเคี้ยว ความสวยงาม ตลอดจนมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกรองรับฟัน (Luzzi et al., 2021)

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (early childhood caries, ECC) เป็นโรคฟันผุติดเชื้อที่มีความรุนแรง พบได้ในเด็กทั่วโลก ทำให้เกิดความเจ็บปวดและเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา สมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กแห่งอเมริกา ในปี พ.ศ. 2564 ได้ให้คำจำกัดความว่า คือ ลักษณะของฟันผุที่เกิดกับฟันน้ำนม ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 71 เดือน (ทั้งชนิดรอยบุ๋ม ขาว และเป็นหลุม) ฟันที่หายไปเนื่องจากฟันผุ หรือมีฟันที่ได้รับการบูรณะแล้วอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง โรคฟันผุนรุนแรงในเด็กปฐมวัย (Severe early childhood caries, S-ECC) คือฟันผุที่มี ลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ 1) ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีอาการแสดงของฟันผุที่บริเวณด้านผิวเรียบ (smooth surface) ของฟัน 2) ในเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีลักษณะฟันผุเป็นหลุม มีฟันหายไปเนื่องจากฟันผุหรือฟันที่ได้รับการบูรณะแล้วบริเวณด้านผิวเรียบของฟันหน้าบน อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง และ 3) ในเด็กอายุ 3 ปี ที่มีค่า dmfs มากกว่า 4.4 ในเด็กอายุ 4 ปี ที่มีค่า dmfs มากกว่า 5.5 ในเด็กอายุ 5 ปี ที่มีค่า dmfs มากกว่า 6 ซึ่งเด็กปฐมวัยที่มีฟันผุนรุนแรง มักจะมีพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ต้องอาศัยการจัดการพฤติกรรมให้เหมาะสม และในขณะการรักษาถ้าเด็กไม่ให้ความร่วมมือมีโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจได้แก่ ทางเดินหายใจอุดตันและการสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าปอดได้ การฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบ จะทำให้เกิดความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ (Arunakul, 2012) รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กปากแห้งเพดานโหว่ มีฟันผุนรุนแรงในเด็กปฐมวัย ที่มีพฤติกรรมปฏิเสธการรักษาตลอดจนการติดตามการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม



รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 2 ปี 3 เดือน ส่งปรึกษาเรื่องฟันผุจากทันตแพทย์สัลยกรรมช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล ผู้ป่วยมีลักษณะปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดสองด้านแบบสมบูรณ์ (bilateral complete cleft lip and palate) ผู้ป่วยมีประวัติปากแหว่งเพดานโหว่แต่กำเนิด และผ่าตัดเย็บริมฝีปากเมื่ออายุ 3 เดือน ผ่าตัดเย็บเพดานอายุ 1 ปี 1 เดือน ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา เคยรักษาทางทันตกรรมด้วยการเคลือบฟลูออไรด์ มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการทำฟัน จัดอยู่ในกลุ่มระดับที่ 2 ปฏิเสธการรักษา ตามการจำแนกของ Frankl behavior rating scale (Frankl, Shiere, & Fogels, 1962)

จากการตรวจภายนอกช่องปาก (ภาพที่ 1) พบว่า ใบหน้าไม่สมมาตร มีแผลบริเวณริมฝีปากบนซ้ายและด้านข้างของปีกจมูกซ้ายบนจากการเย็บแก้ไขปากแหว่ง จากการตรวจในช่องปาก (ภาพที่ 2) พบ cleft palate มีคราบจุลินทรีย์ทั่วไปและมีฟันน้ำนมผุหลายซี่ ในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จะมีทางเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของเด็ก และความรุนแรงของโรคในช่องปาก ซึ่งในกรณีนี้เลือกวิธีการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในและรักษาด้วยการฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบ

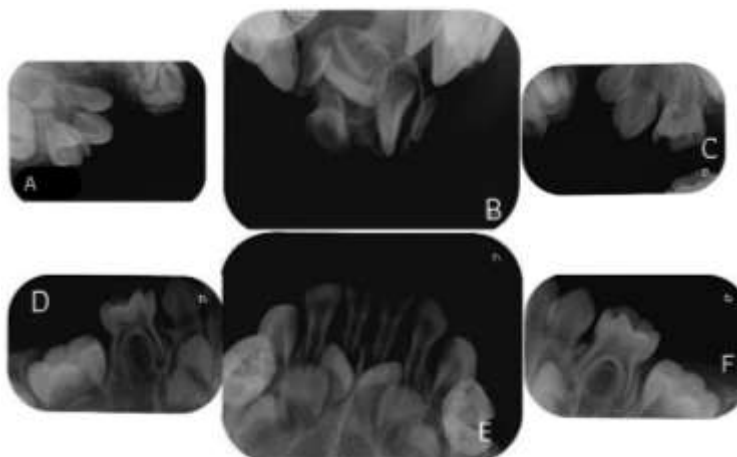


ภาพที่ 1 ภาพถ่ายใบหน้าผู้ป่วย (A) ใบหน้าด้านตรง (B) ใบหน้าด้านซ้าย (C) ใบหน้าด้านขวา

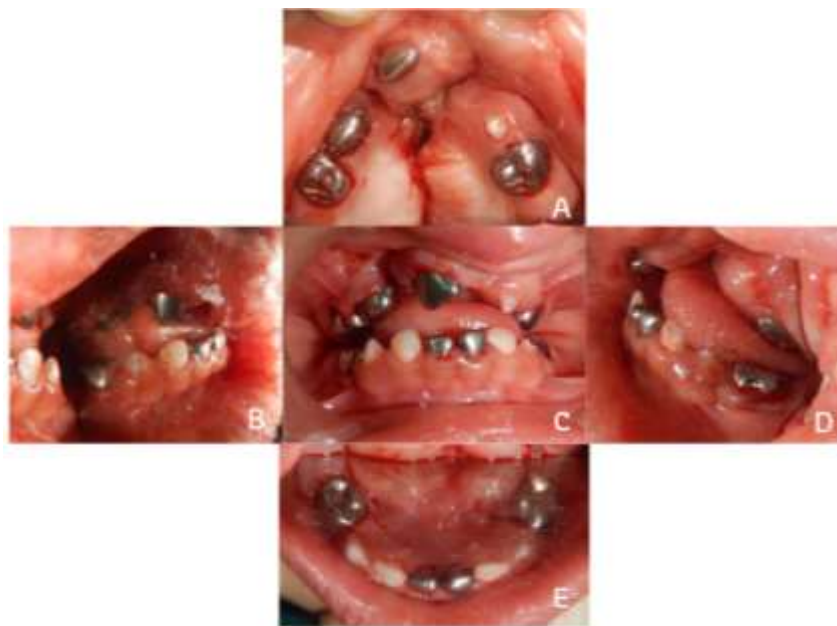
เริ่มต้นการรักษาโดยวิสัญญีแพทย์ใช้ยานำสลบ (Induction drugs) เป็น Thiopental 40 มิลลิกรัม IV ใส่ท่อหายใจทางปาก (Orotracheal tube) ชนิด reinforce tube (Armored tube) เมื่อผู้ป่วยสลบอยู่ในระยะของการเริ่มการรักษา ทันตแพทย์ปิดลำคอผู้ป่วยเด็กด้วยผ้าก๊อช (Throat pack) ทำการถ่ายภาพรังสี (ภาพที่ 3) ทำความสะอาดภายในช่องปาก ตรวจและวางแผนการรักษา (ตารางที่ 1)



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายภายในช่องปากก่อนการรักษา (A) ขากรรไกรบน (B) การสบฟันด้านขวา (C) การสบฟันด้านหน้า (D) การสบฟันด้านซ้าย (E) ขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสีก่อนการรักษา (A) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันบนขวา (B) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันหน้าบน (C) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันบนซ้าย (D) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันล่างขวา (E) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันหน้าล่าง (F) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันล่างซ้าย



ภาพที่ 4 ภาพถ่ายภายในช่องปากหลังการรักษาทันที (A) ขากรไกรบน (B) การสบฟันด้านขวา (C) การสบฟันด้านหน้า (D) การสบฟันด้านซ้าย (E) ขากรไกรล่าง

ตารางที่ 1 การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพรังสี การวินิจฉัย และการรักษา

Tooth & Area	Clinical examination	Radiographic Interpretation	Diagnosis	Treatment
Area 55	Edentulous area	x-ray ไม่ครอบคลุมฟันซี่ 55	Unerupted teeth	Observe
54 O. B	Dental caries	Radiolucent area of caries involved inner ½ of dentin, incomplete root formation	Dental caries	Stainless steel crown
53 M	Dental caries	Radiolucent area of caries involved inner ½ of dentin, incomplete root formation	Dental caries	Stainless steel crown
52 All surface	Retained root, no pus exudate	Radiolucent area of caries involved pulp, has root resorption	Pulp necrosis	Extraction
51 All surface	Dental caries exposed pulp	Radiolucent area of caries involved pulp, no rarefied area at apex of root, no root resorption	Pulp necrosis	Vitapex pulpectomy, Stainless steel crown



ตารางที่ 1 (ต่อ)

Tooth & Area	Clinical examination	Radiographic Interpretation	Diagnosis	Treatment
61 All surface	Retained root, no pus exudate	Radiolucent area of caries involved pulp, has root resorption	Pulp necrosis	Extraction
62, 63	Sound tooth	Normal crown, no dental caries	Sound tooth	Apply fluoride varnish
64 O, B	Dental caries	Radiolucent area of caries involved inner ½ of dentin, incomplete root formation	Dental caries	Stainless steel crown
65	Edentulous area	x-ray ไม่ครอบคลุมฟันซี่ 65	Unerrupted teeth	Observe
75	Edentulous area	Complete crown formation	Unerrupted teeth	Observe
74 O, B	Dental caries	Radiolucent area of caries involved inner ½ of dentin, incomplete root formation	Dental caries	Stainless steel crown
72 La,	White spot lesion	No rarefied area at periapical area	Sound tooth	Apply fluoride
73 La	No cavity clinically			varnish
71 La, Li	Dental caries exposed pulp	Radiolucent area of caries involved pulp. Rarefied area at apex of root, has root resorption	Asymptomatic irreversible pulpitis with asymptomatic apical periodontitis	Vitapex pulpectomy, Stainless steel crown
81 La, M, Li	Dental caries exposed pulp	Radiolucent area of caries involved pulp. Rarefied area at apex of root, has root resorption	Asymptomatic irreversible pulpitis with asymptomatic apical periodontitis	Vitapex pulpectomy, Stainless steel crown
82 La,	White spot lesion	No rarefied area at periapical area	Sound tooth	Apply fluoride
83 La	No cavity clinically			varnish
84	Dental caries	Radiolucent area of caries involved inner ½ of dentin, incomplete root formation	Dental caries	Stainless steel crown
85	Edentulous area	Complete crown formation	Unerrupted teeth	Observe



แผนการให้บริการทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่

1. การให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง เรื่องการเกิดโรคฟันผุในช่องปาก และการควบคุมคราบจุลินทรีย์เพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก
 2. การฝึกทักษะแปรงฟันที่ถูกต้องด้วยยาสีฟันเคลือบฟลูออไรด์ และเน้นย้ำแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
 3. การปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปาก โดยการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน เช่น การรับประทานอาหารจำพวก non cariogenic potential แทนอาหารจำพวกที่มีน้ำตาล การจำกัดอาหารจำพวกอาหารที่มีศักยภาพที่ทำให้เกิดฟันผุสูง (high cariogenic potential) ให้อยู่ในเฉพาะมื้ออาหาร
 4. การตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบฟลูออไรด์วานิชเป็นประจำทุก 3 เดือน
- ไม่พบปัญหาแทรกซ้อนในขณะให้ยาสลบ และภายหลังการให้ยาสลบ ภายหลังการนัดผู้ป่วยมาตรวจฟันซ้ำทุก 3 เดือน พบคราบจุลินทรีย์สะสมระดับปานกลางและไม่พบฟันผุเพิ่ม เน้นย้ำเรื่องการทำความสะอาดภายในช่องปาก และเคลือบฟลูออไรด์วานิชทุก 3 เดือนตามนัด

การส่งต่อและแผนการรักษา

1. ปรึกษาศัลยแพทย์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล เพื่อประเมินความผิดปกติของโครงสร้างขากรรไกร
2. ปรึกษาทันตแพทย์จัดฟัน เพื่อประเมินความผิดปกติของการสบฟันในระยะฟันน้ำนม
3. ปรึกษาศัลยกรรมตกแต่ง เพื่อประเมินความสวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน
4. ปรึกษาโสต ศอ นาสิกแพทย์ เพื่อประเมินและตรวจการได้ยินของหู ประเมินความผิดปกติของจมูก เพื่อการวางแผนในการศัลยกรรมจมูก
5. ปรึกษากุมารแพทย์ เพื่อประเมินการพัฒนาร่างกาย จิตใจ และวัคซีนที่เหมาะสมตามกลุ่มอายุ
6. ปรึกษานักแก้ไขการพูด เพื่อตรวจประเมินปัญหาในการออกเสียง กระตุ้นการพูดและฝึกพูด

วิจารณ์

จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติของ ประเทศไทยครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี คือ ร้อยละ 52.9 เพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมาร้อยละ 1 และเด็กอายุ 5 ปี มีความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมร้อยละ 75.6 โดยลดลงจากการสำรวจครั้งที่ผ่านมา



ร้อยละ 2.9 (Bureau of Dental Health Ministry of Public Health, 2017) โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มปากแหว่งเพดานโหว่ มักพบว่าจะมีอัตราฟันผุสูงกว่าเด็กปกติ เนื่องจากฟันน้ำนมและฟันแท้ขึ้นผิดตำแหน่ง ฟันซี่ที่อยู่ด้านข้างของบริเวณสันเหงือกโหว่ทำให้การทำความสะอาดฟันทำได้ยาก (Grewcock, Innes, Mossey, & Robertson, 2022; Worth et al., 2017) เมื่อฟันผุลุกลามจะส่งผลกระทบต่อเด็กเช่น มีอาการปวดฟัน รับประทานอาหารได้น้อยลง มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (Ogawa, Ogi, Nakamura, Nakamura, & Izawa, 2021) มีความบกพร่องในการออกเสียง เกิดความรู้สึกด้อยค่า และขาดความมั่นใจในตนเอง ศักยภาพในการพัฒนาการของเด็กลดลง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (Masumo, Bardsen, Mashoto, & Åström, 2012; Lima, Santana, Paschoal, Paiva, & Ferreira, 2018)

ในผู้ป่วยรายนี้พบฟันผุเป็นจำนวนมาก และมีพฤติกรรมปฏิเสธการรักษา เนื่องจากได้รับการผ่าตัดบริเวณใบหน้าหลายครั้ง และมีประสบการณ์การปวดฟัน การผ่าตัดถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว เครียด และวิตกกังวล เด็กต้องเผชิญหน้ากับเครื่องมือในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลที่ทำการรักษาประกอบกับเด็กยังมีความสามารถในการควบคุมสติและการปรับสภาพจิตใจให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้น้อย ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกหวาดกลัวเป็นอย่างมาก (Price & Gwin, 2012)

มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบได้แก่ เด็กมีพฤติกรรม ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากความพิการทางกาย ทางจิต มีความผิดปกติทางอารมณ์ เด็กเล็กที่มีฟันผุลุกลาม เด็กที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น ได้รับอุบัติเหตุ มีการติดเชื้อรุนแรง สำหรับข้อห้ามใช้ได้แก่ เด็กเล็กที่มีฟันผุนานเล็กน้อยหรือสามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้ โรคประจำตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถดมยาสลบได้ (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021(a)) และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ จะมีแนวโน้มได้รับการฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบมากกว่าการทำฟันด้วยวิธีปกติ (Patel, Vaidyanathan & Bhujel, 2022) นอกจากนั้นการฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบ เป็นที่ยอมรับในสังคมมากขึ้นรวมถึงผู้ปกครองมีความมั่นใจในการรักษาด้วยวิธีนี้ (Chen, Hsieh, Hsu, Wu, & Shih, 2017) เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีฟันผุจำนวนมาก มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และการทำฟันด้วยวิธีปกติต้องใช้เวลาหลายครั้งเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ฟันที่สามารถรักษาได้อาจต้องถูกถอนก่อนกำหนดเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่า จึงตัดสินใจร่วมกับผู้ปกครองให้การรักษาด้วยวิธีการฟื้นฟูสภาพช่องปากภายใต้การดมยาสลบ โดยมีการปรึกษากุมารแพทย์และวิสัญญีแพทย์ในการเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย อย่างไรก็ตามวิธีนี้ก็ยังมีข้อแทรกซ้อนในการรักษาที่ควรเฝ้าระวังได้แก่ ความปวดหลังการรักษา ความอ่อนเพลีย กระวนกระวาย ไข้ และไอ (Zhang et al., 2020)



การรักษาฟันที่ผุในช่องปากทั้งหมดได้รับการบูรณะด้วยครอบฟันโลหะเหล็กไร้สนิม เนื่องจากพบว่ามีอัตราความสำเร็จสูงกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น อมัลกัมหรือคอมโพสิต (Boyd et al., 2021; Chisini et al., 2018) การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยภาวะปากแห้งเพดานโหว่มีความสำคัญ เพราะต้องได้รับการรักษาฟันฟุสภาพ และติดตามผลเป็นระยะยาวตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 19-20 ปี การได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็น เพื่อให้ผลการรักษาออกมาเป็นที่น่าพึงพอใจ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในที่สุด (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021(b)) ภายหลังการรักษาพร้อมกับติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดฟัน สามารถใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ มีสภาพช่องปากที่ดีขึ้นรวมทั้งผู้ปกครองมีความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเป็นอย่างดี มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรับบริโภค เลิกนมขวดหลักเลี่ยงการรับประทานลูกอมขนมหวาน น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบเหนียวติดฟัน และผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน หลังจากนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน พบว่าสถานะอนามัยช่องปากผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และสามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรมที่ดีขึ้นโดยสามารถขัดฟันและทาฟลูออไรด์วานิชภายใต้ผ้าห่อตัว (papoose board) ได้ และส่งกระตุ้นพัฒนาการฝึกพูดตามภาวะความผิดปกติ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของการพูดและพัฒนาการทางภาษา สำหรับการติดตามผลการรักษาครั้งถัดไปคือ 3 เดือนโดยมีการติดตามสถานะทันตสุขภาพ และพัฒนาการทางด้านภาษาอย่างต่อเนื่อง (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021(b))

สรุป

การทำฟันภายใต้การดมยาสลบเพื่อลดความกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีฟันผุเป็นจำนวนมาก และมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็ก และลดพฤติกรรมไม่ดีที่สัมพันธ์กับการปวดฟันเมื่อมารักษาครั้งถัดไป โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ ควรรักษาสุขภาพช่องปากเป็นอย่างดี เพื่อลดโอกาสการเกิดฟันผุและการป้องกันการกลับมาผุใหม่ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และจูงใจผู้ปกครองดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก และพาเด็กมาพบทันตแพทย์ทุก 3 เดือน นอกจากนี้การติดตามการรักษาตามระยะที่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด



ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และเด็กกลุ่มที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับใบหน้าและช่องปากในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติตั้งแต่แรกเกิด โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง ดังนี้ในเด็กแรกเกิด – 6 เดือน เมื่อฟันซี่แรกเริ่มขึ้นมาในช่องปาก ควรจะเริ่มแปรงฟันให้เด็กทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควรมีการตรวจฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ เมื่อผู้ปกครองพาเด็กไปฉีดวัคซีน ควรพาเด็กไปรับการตรวจฟันด้วย และ ควรพาเด็กไปพบทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 3-4 ครั้ง เพื่อทาฟลูออไรด์วานิชหรือเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันฟันผุรวมถึงการส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการรักษาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องตามวัยที่เหมาะสม นอกจากนี้หากเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ควรเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

- American Academy of Pediatric Dentistry. (2021)(a). *The reference manual of pediatric dentistry*. American Academy of Pediatric Dentistry, 252-257.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2021)(b). *The reference manual of pediatric dentistry*, American Academy of Pediatric Dentistry, 539-540.
- Arunakul, M. (2012). *Behavior management for dental treatment*. (2nd ed.). Bangkok: P.A. LIVING Printing. (in Thai)
- Boyd, D.H., Thomson, W.M., Leon de la Barra, S., Fuge, K.N., van den Heever, R., Butler, B.M., ... Foster Page, L.A. (2021). A Primary Care Randomized Controlled Trial of Hall and Conventional Restorative Techniques. *JDR Clinical and Translational Research*, 6(2), 205-212.
- Bureau of Dental Health, Ministry of Public Health. (2017). *The 8th Thai Oral Health Survey Year 2017*. Nonthaburi: Sam Charoenpan (Bangkok) Co., Ltd. 2018. (in Thai)
- Chen, Y.P., Hsieh, C.Y., Hsu, W.T., Wu, F.Y., & Shih, W.Y. (2017). A 10-year trend of dental treatments under general anesthesia of children in Taipei Veterans General Hospital. *Journal of the Chinese Medical Association*, 80(4), 262-268.
- Chisini, L.A., Collares, K., Cademartori, M.G., de Oliveira, L., Conde, M., Demarco, F.F., & Correa, M.B. (2018). Restorations in primary teeth: a systematic review on survival and reasons for failures. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 28(2), 123-139.



- Frankl, S., Shiere, F., & Fogels, H. (1962). Should the parent remain with the child in the dental operatory. *Journal of Dentistry for Children*, 29, 150-163.
- Grewcock, R.E., Innes, N., Mossey, P.A., & Robertson, M.D. (2022). Caries in children with and without orofacial clefting: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*, 28(5), 1400-1411.
- Lima, S., Santana, C., Paschoal, M., Paiva, S.M., & Ferreira, M.C. (2018). Impact of untreated dental caries on the quality of life of Brazilian children: population-based study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 28(4), 390-399.
- Luzzi, V., Zumbo, G., Guaragna, M., Di Carlo, G., Ierardo, G., Sfasciotti, G. L., ... Polimeni, A. (2021). The Role of the Pediatric Dentist in the Multidisciplinary Management of the Cleft Lip Palate Patient. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9487.
- Masumo, R., Bardsen, A., Mashoto, K., & Åstrøm, A.N. (2012). Prevalence and socio-behavioral influence of early childhood caries, ECC, and feeding habits among 6-36 months old children in Uganda and Tanzania. *BMC Oral Health*, 12, 24.
- Ogawa, M., Ogi, H., Nakamura, D., Nakamura, T., & Izawa, K.P. (2021). Association between Insufficient Sleep and Dental Caries among Preschoolers in Japan: A Cross-Sectional Multicentre Study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(1), 1-10.
- Patel, M., Vailanathan, M., & Bhujel, N. (2022). Clefts and Dental General Anesthesia: The South Thames Experience. *The Cleft Palate-craniofacial journal: official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 59(1), 66-71
- Pongsupot, S., & Ritthagol, W. (2020). Etiology of Cleft Lip and Cleft Palate. *The Online Journal of Thai Association of Orthodontists*, 9(2), 41-49.
- Price, D.L., & Gwin, J.F. (2012). *The school-agechild*. In: Gwin JF, Price DL. Pediatric nursing: an introductory text (11th ed.) Texas: Elsevier.
- Watted, A., Watted, N., & Abu-Hussein, M. (2020). Multidisciplinary Treatment in Cleft Lip and Palate Patients. *Journal of Dental Oral Health*, 2(1), 12.
- Worth, V., Perry, R., Ireland, T., Wills, A. K., Sandy, J., & Ness, A. (2017). Are people with an orofacial cleft at a higher risk of dental caries? A systematic review and meta-analysis. *British Dental Journal*, 223(1), 37-47.



Zhang, Q., Deng, X., Wang, Y., Huang, R., Yang, R., & Zou, J. (2020). Postoperative complications in Chinese children following dental general anesthesia: A cross-sectional study. *Medicine*, 99(45).