

คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลสามโคก

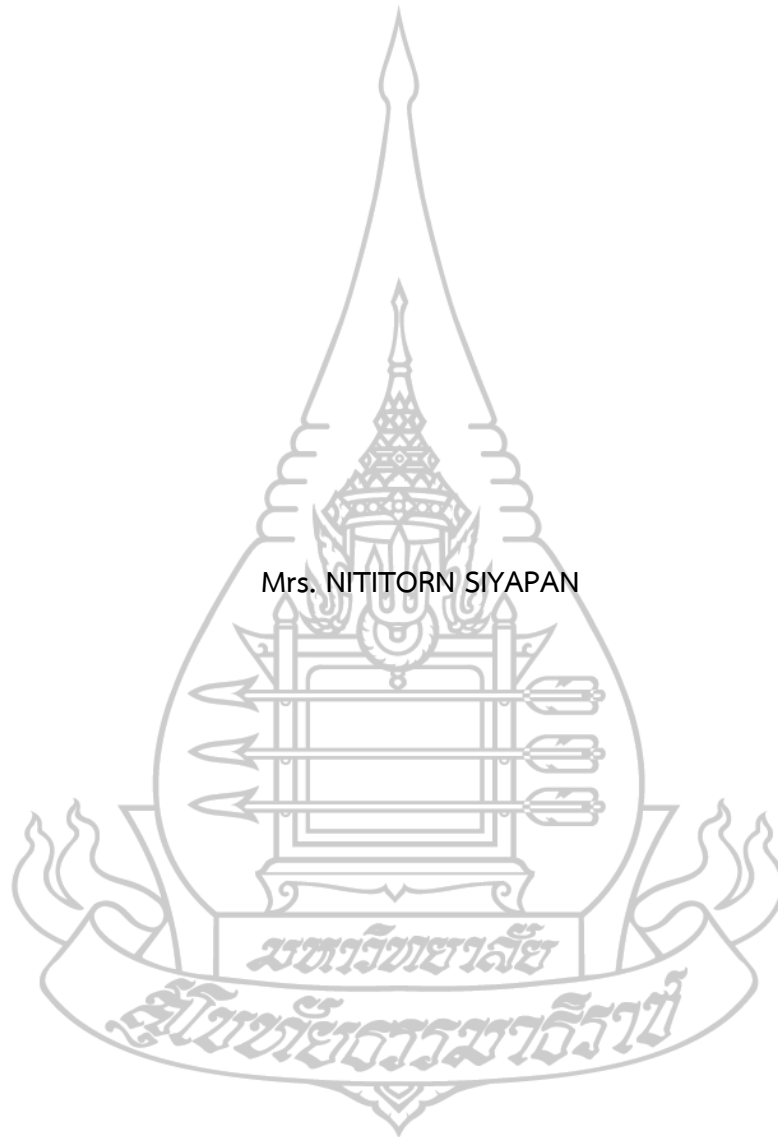


นางนิตธีร ศรียะพันธ์

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

Bedridden Patients' Oral Health Care Handbook for Dental Auxiliaries
Working at Subdistrict Health Promoting Hospitals
under Sam Khok Hospital Network



Mrs. NITITORN SIYAPAN

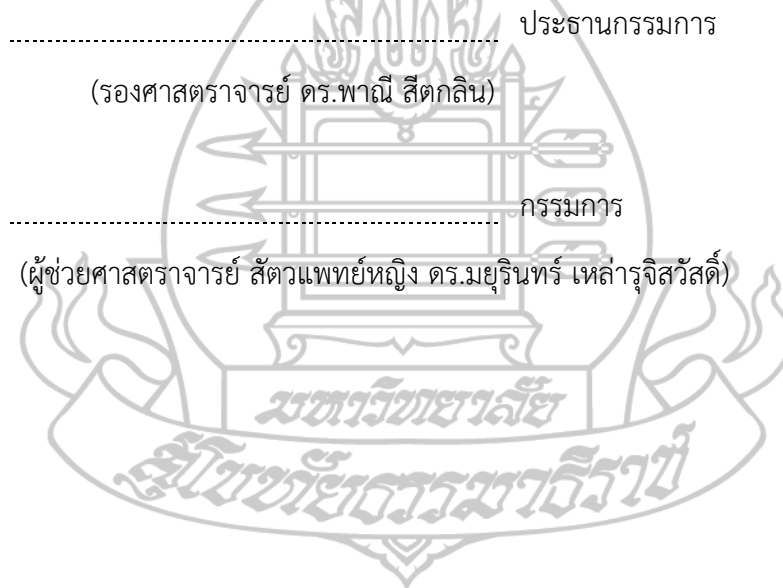
An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก
ชื่อและนามสกุล	นางนิติธร ศรียะพันธ์
แขนงวิชา / วิชาเอก	กลุ่มวิชาบริหารโรงพยาบาล
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีสกลิน

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา คั่นคว่าอิสระ คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสามโคก
ผู้ศึกษา นางนิติธร ศรียะพันธ์ รหัสนักศึกษา 2645000239
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.พานิ สีดกลิน ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงในระดับปฐมภูมิของทันตภิบาลจะต้อง
ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ และมาตรฐานวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับบริบท
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก
การศึกษาคั่นคว่าอิสระนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับ
ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล
สามโคก

การจัดทำคู่มือดังกล่าว ได้ศึกษา คั่นคว่า รวบรวม ทบทวนความรู้ทางทฤษฎี หลักการ
แนวทาง และการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลตามมาตรฐาน
วิชาชีพ รวมถึงศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดทำร่างคู่มือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความ
ตรงของเนื้อหาเอกสารคู่มือ มีค่าความตรงคือ 1.0 และทดลองใช้คู่มือ

ผลการศึกษาได้คู่มือประกอบด้วย บทที่ 1 หลักการ ความจำเป็นและวัตถุประสงค์ของ
การจัดทำคู่มือ บทที่ 2 บทบาทหน้าที่ และมาตรฐานวิชาชีพ หลักการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติด
เตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บทที่ 3 ขั้นตอน
และการปฏิบัติก่อนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง บทที่ 4 ขั้นตอนและการปฏิบัติ
ขณะการดูแล และหลังการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ผลของการใช้คู่มือพบว่าทันตภิบาล
ผู้ใช้เครื่องมือทุกคนสามารถปฏิบัติตามคู่มือได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจและสามารถดูแลสุขภาพช่อง
ปากผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานวิชาชีพ และสามารถให้คำแนะนำ
การปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงให้แก่ผู้ดูแล รวมถึงสมาชิกในครอบครัวได้
อย่างถูกต้อง รวมทั้งมีความพึงพอใจจากการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

คำสำคัญ ทันตภิบาล การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยติดเตียง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Independent Study title: “Bedridden Patients’ Oral Health Care Handbook for Dental Auxiliaries Working at Subdistrict Health Promoting Hospitals under Sam Khok Hospital Network ”

Author: “Mrs. NITITORN SIYAPAN”; ID: “2645000239”;

Degree: Master of Public Health

Independent Study Advisor: Dr. Panee Sitakalin, Associate Professor; Academic year: 2023

Abstract

Taking care of the oral health of bedridden patients at the primary care level, dental auxiliaries must perform their duties correctly according to their roles and responsibilities as well as professional standards. The practices have to be consistent with the context of subdistrict health promoting hospitals of the Sam Khok Hospital health service network. This study aimed to prepare a handbook for oral health care of bedridden patients for dental auxiliaries working in the network’s health promoting hospitals.

The handbook preparation involved the collection and reviews of theoretical knowledge, principles, guidelines, and practices on oral health care of dental auxiliaries for bedridden patients according to professional standards, from relevant documents and research papers, the drafting of the handbook, the correctness checking of the handbook contents (validity value = 1.0) and the trial of the finalized handbook.

As a result of the study, the prepared handbook consists of Chapter 1: Principles, necessity, and objectives of the handbook; Chapter 2: Roles, duties, professional standards, and principles of oral health care for bedridden patients by dental auxiliaries working at Subdistrict Health Promoting Hospitals; Chapter 3: Steps and practices before providing oral health care for bedridden patients; and Chapter 4: Steps and practices during and after oral health care provision for bedridden patients. As for the handbook trial, all the dental auxiliaries who have used it can follow the handbook correctly, be confident and able to take care of the oral health of bedridden patients correctly and completely according to professional standards, and be able to give advice on how to take care of the oral health of bedridden patients to caregivers and family members correctly. They all are satisfied with the oral health care handbook for bedridden patients.

Keywords : Dental auxiliaries, Oral health care, Bedridden patients,
Subdistrict health promoting hospitals

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความกรุณาเป็นอย่างยิ่งที่ได้รับจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สิตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการพัฒนาปรับปรุงจนสมบูรณ์ รวมถึงให้การสนับสนุนและกำลังใจด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาในการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคู่มือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องทุกท่านในการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามโคก เพื่อนร่วมวิชาชีพ ทันตภิบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล สามโคก ทีมสหวิชาชีพในทีมเยี่ยมบ้าน ทีมดูแลผู้ป่วยระยะยาว ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงผู้ป่วยติดเตียงและญาติในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล สามโคก ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณครอบครัว และเพื่อน ๆ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงกัลยาณมิตร ทุกท่านที่เป็นกำลังใจ สนับสนุน และช่วยเหลือจนการศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี



นางนิติธร ศรียะพันธ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
ผู้ที่ใช้คู่มือ.....	5
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	6
บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล.....	6
ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านสุขภาพ (Activity Of Daily Living: ADL).....	9
โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง.....	11
ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดเตียง และการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยติดเตียง.....	14
การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก.....	43
การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก.....	49
การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่.....	57
การแนะนำผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยติดเตียง.....	62
การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก.....	63
การปรึกษาและการส่งต่อ.....	65
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง.....	67
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	72
ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูล.....	72
ทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์.....	72
นำร่างคู่มือไปทดลองใช้.....	73
ปรับปรุงร่างคู่มือตามข้อเสนอแนะ.....	74
บทที่ 4 คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสามโคก.....	75
ตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง.....	76
ตอนที่ 2 ขั้นตอนขณะให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง.....	101
ตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง.....	134
บทที่ 5 สรุปการศึกษา ประโยชน์ ปัญหา/ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ.....	153
สรุปการศึกษา.....	153
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	154
ปัญหา/ อุปสรรค.....	155
ข้อเสนอแนะ.....	155
บรรณานุกรม.....	156
ภาคผนวก.....	160
ก ตัวอย่างยาที่ส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม.....	161
ข แบบประเมินคุณภาพของคู่มือ.....	163
ค แบบแสดงความคิดเห็นจากผู้ใช้คู่มือ.....	166
ประวัติผู้ศึกษา.....	169

ณ

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 จำนวนผู้ป่วยติดเตียงจำแนกตามรายโรค ปีงบประมาณ 2566.....	2
ตารางที่ 4.2 ตาราง check list วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง.....	88



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 4.1 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เชล เอดีแอล ที่ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก.....	78
ภาพที่ 4.2 QR code เอกสารเรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง.....	79
ภาพที่ 4.3 QR code เอกสารเรื่องปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดเตียง.....	80
ภาพที่ 4.4 QR code เอกสารเรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก.....	80
ภาพที่ 4.5 QR code เอกสารเรื่องการใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่.....	81
ภาพที่ 4.6 วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ.....	82
ภาพที่ 4.7 แปรงฟันไฟฟ้า.....	83
ภาพที่ 4.8 แปรงซอกฟัน.....	84
ภาพที่ 4.9 แปรงกระจุกเดี่ยว.....	84
ภาพที่ 4.10 แปรงสำหรับแปรงฟันเทียม.....	85
ภาพที่ 4.11 ไหมขัดฟัน.....	85
ภาพที่ 4.12 ถูงนัว.....	86
ภาพที่ 4.13 วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ.....	87
ภาพที่ 4.14 แผนผังการปฏิบัติกิจกรรมขั้นตอนขณะให้การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยติดเตียง.....	101
ภาพที่ 4.15 ผู้ป่วยในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน.....	102
ภาพที่ 4.16 ผู้ป่วยในท่านอน.....	103
ภาพที่ 4.17 ตำแหน่งที่เหมาะสมของผู้ดูแล.....	103
ภาพที่ 4.18 การตรวจบริเวณริมฝีปากและเหงือกด้านหน้า และด้านข้างแก้ม.....	107
ภาพที่ 4.19 การตรวจบริเวณกระพุ้งแก้ม.....	108
ภาพที่ 4.20 การตรวจบริเวณเพดานแข็ง เพดานอ่อน และเหงือกด้านใน.....	108
ภาพที่ 4.21 การตรวจบริเวณเพดานอ่อน และคอหอย.....	109
ภาพที่ 4.22 การตรวจบริเวณลิ้นด้านบน และด้านข้าง.....	110
ภาพที่ 4.23 การตรวจบริเวณใต้ลิ้น.....	110
ภาพที่ 4.24 การตรวจบริเวณพื้นปาก.....	110
ภาพที่ 4.25 แบบฟอร์มส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก.....	136

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 4.26 ลักษณะไอคอนโปรแกรม HosXP.....	137
ภาพที่ 4.27 การกรอก User Name และ Password (HosXP).....	137
ภาพที่ 4.28 ขั้นตอนเลือกห้องทันตกรรม (HosXP).....	138
ภาพที่ 4.29 ตัวอย่างประกาศในระบบ HosXP.....	138
ภาพที่ 4.30 การเข้าสู่ทะเบียนทันตกรรม และประวัติผู้ป่วย (HosXP).....	139
ภาพที่ 4.31 ตัวอย่าง pop up ในระบบ HosXP.....	139
ภาพที่ 4.32 ตัวอย่าง Note View ในระบบ HosXP.....	140
ภาพที่ 4.33 การบันทึกข้อมูลการรักษา (HosXP).....	140
ภาพที่ 4.34 การบันทึกข้อมูล ซักประวัติ/ วินิจฉัย (HosXP).....	141
ภาพที่ 4.35 การบันทึกข้อมูล รายการยา/ เวชภัณฑ์ (HosXP).....	141
ภาพที่ 4.36 การบันทึกข้อมูล รายละเอียด 2 (HosXP).....	142
ภาพที่ 4.37 การบันทึกข้อมูลเพิ่ม Dental care (HosXP).....	142
ภาพที่ 4.38 ลักษณะไอคอน การคัดกรองมะเร็ง.....	143
ภาพที่ 4.39 การเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน (คัดกรองมะเร็ง).....	143
ภาพที่ 4.40 การบันทึกวันที่ทำการคัดกรอง และ HN ผู้ป่วย (คัดกรองมะเร็ง).....	144
ภาพที่ 4.41 การบันทึก เพศ อายุ และการพบรอยโรค (คัดกรองมะเร็ง).....	144
ภาพที่ 4.42 การบันทึกกรณีไม่พบรอยโรค (คัดกรองมะเร็ง).....	145
ภาพที่ 4.43 การกดส่งข้อมูลเข้าระบบ (คัดกรองมะเร็ง).....	145
ภาพที่ 4.44 ลักษณะไอคอนโปรแกรม JHCIS.....	146
ภาพที่ 4.45 การกรอก User Name และ Password (JHCIS).....	146
ภาพที่ 4.46 การเลือกการให้บริการ (JHCIS).....	147
ภาพที่ 4.47 การ Authen (JHCIS).....	147
ภาพที่ 4.48 การเลือกวันที่ให้บริการ (JHCIS).....	148
ภาพที่ 4.49 การค้นหา และเลือกชื่อผู้รับบริการ (JHCIS).....	148
ภาพที่ 4.50 การบันทึก คำวินิจฉัย - จ่ายยา - เวชภัณฑ์ (JHCIS).....	149
ภาพที่ 4.51 การบันทึกการให้สุขศึกษา (JHCIS).....	149
ภาพที่ 4.52 การบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน (JHCIS).....	150

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 4.53 การบันทึกรายละเอียดการเยี่ยมบ้าน (JHCIS).....	151
ภาพที่ 4.54 การบันทึกให้บริการคัดกรองพันธุกรรม (JHCIS).....	151
ภาพที่ 4.55 บันทึกคำวินิจฉัย (JHCIS).....	152



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงวัย (Age society) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ อัตราการขยายตัวของผู้สูงอายุของไทย เป็นไปในลักษณะเช่นเดียวกับในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย คือ ขยายตัวอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รัฐบาลได้ประกาศให้ “สังคมผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ” และเริ่มขับเคลื่อนตั้งแต่ ธันวาคม พ.ศ. 2561 มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีมากขึ้น รวมถึงมีการจัดทำแผนบูรณาการด้านสุขภาพ และดูแลสุขภาพพระยะยาวที่บ้านและในชุมชนตามระดับความจำเป็น

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก) และอีก 7 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2574 คาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าว คาดการณ์ว่าจะทำให้มีผู้สูงอายุ “กลุ่มติดเตียง” ประมาณร้อยละ 3 (หรือ 4 แสนคน) จากผู้สูงอายุ ประมาณ 13 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มขึ้นมาจากสาเหตุทั้งประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ประชากรเป็นโรคที่นำไปสู่ภาวะติดเตียง ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้นทำให้ประชากร มีชีวิตที่ยืนยาว ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงขึ้น มีแนวโน้มครองโสดถาวร และไม่มีบุตรเพิ่มขึ้น ทำให้มีโอกาสขาดแคลนทั้งบุคลากรและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งในเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เอง จึงมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแต่ละกิจกรรมมีความแตกต่างกัน ตามลักษณะของโรค ความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนของภาวะการเจ็บป่วย

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะ พึ่งพิงเป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน ทางสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย จึงได้พัฒนาหลักสูตรผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) ซึ่งจะต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ มีบทบาทให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการโดยเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามจะต้องให้การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย ดังนั้น ผู้ที่จะเข้ามาเป็นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และประสบการณ์การทำงาน และมีความพึงพอใจในงานด้วย จึงจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นอย่างดี

ผู้ป่วยติดเตียงมักมีปัญหาอนามัยช่องปากที่ไม่ดี เนื่องจากไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเอง จึงตรวจพบเชื้อก่อโรคในน้ำลาย ประกอบกับสูญเสียกลไกการป้องกันตนเองของธรรมชาติ ทำให้มีโอกาสสำลักน้ำลายที่มีเชื้อก่อโรคเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจก่อให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การทำความสะอาดช่องปากสามารถลดเชื้อโรคในน้ำลายได้ ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และช่องปากที่สะอาดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย บริโภคอาหารได้ ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม ผู้ป่วยติดเตียงจึงต้องอาศัยผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายควรได้รับการดูแลช่องปากที่แตกต่างกัน มีความจำเป็นต้องใช้วิธีการ อุปกรณ์ และการจัดบริการเฉพาะที่จะเอื้อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี หากดูแลไม่ดีจะส่งผลต่อภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) และการติดเชื้อ ดังนั้น ทันตบุคลากรจึงควรจัดระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการส่งเสริม และป้องกันโรค โดยเริ่มต้นตั้งแต่ในหอผู้ป่วย ทำงานร่วมกับทีมพยาบาล ฝึกและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน และติดตามดูแลที่บ้านเพื่อเสริมพลังผู้ดูแลในการคงสภาพช่องปากให้ดีต่อไป ฉะนั้น ผู้ดูแลมีบทบาทอย่างมากในการดูแลสุขภาพช่องปาก

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี รับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ 5 ตำบล 33 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 70,159 คน จากข้อมูลปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยติดเตียงทั้งหมด 88 ราย แยกตามรายโรค ดังตาราง

ตารางที่ 1.1 จำนวนผู้ป่วยติดเตียงจำแนกตามรายโรค ปีงบประมาณ 2566

รายโรค	จำนวน (ราย)
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	36
โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง	31
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3
โรคพาร์กินสัน	1
ความผิดปกติทางกายภาพ/ การเคลื่อนไหว	10
โรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง	7
รวมทั้งหมด	88

พบปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การสูญเสียฟัน ฟันผุ รากฟันผุ ฟันสึก โรคปริทันต์ รอยโรคในช่องปาก และสภาวะน้ำลายแห้ง หากผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพ ถูกต้องเหมาะสมในแต่ละบุคคลจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 40 ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาให้มีระบบส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งเดิมระบบการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้านทันตสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก จะเยี่ยมโดยทีมทันตแพทย์จากโรงพยาบาลสามโคก ซึ่งมีทันตแพทย์ทั้งหมดจำนวน 5 คน คิดเป็นสัดส่วน 1: 14,032 ของประชากร ส่วนทันตภิบาลทั้งหมดจำนวน 6 คน คิดเป็นสัดส่วน 1: 11,694 ของประชากร จากสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จะเห็นว่าทันตแพทย์รับผิดชอบดูแลประชากรในสัดส่วนที่มากกว่าทันตภิบาล และเกินสัดส่วนมาตรฐาน (มาตรฐานกำหนด 1: 12,500) และด้วยภาระงานทำให้ทันตแพทย์ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงได้ปีละ 1 ครั้งต่อราย หรือในบางครั้งมอบให้ทันตภิบาลเข้าไปเยี่ยมดูแลแทน แต่ทันตภิบาลยังมีความไม่มั่นใจในองค์ความรู้และวิธีปฏิบัติ/ แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยแต่ละราย หากดูจากบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ทันตภิบาลมีบทบาทหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในช่องปาก และให้อยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ (ทันตแพทย์) ประกอบกับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติงานปฐมภูมิ คำนึงกับประชาชนในพื้นที่ สัดส่วนในการดูแลประชากรน้อยกว่าทันตแพทย์ สามารถดูแลได้ใกล้ชิดและมีความถี่ในการเยี่ยมบ้านได้บ่อยกว่า ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ย่อมส่งผลดีต่อผู้ป่วยติดเตียงที่ควรได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นอย่างใกล้ชิด

ผู้จัดทำ จึงสนใจจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคกขึ้น เพื่อให้ทันตภิบาลสามารุใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพเหมาะสมกับผู้ป่วยติดเตียงแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีสภาพช่องปากที่สามารถใช้งานได้อย่างเหมาะสมตามสมควรแก่สภาพ ไม่มีความเจ็บปวดหรือไม่สบายจากปัญหาในช่องปาก มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงมีระบบปรึกษา ระบบส่งต่อ และช่วยแบ่งเบาภาระงานของทันตแพทย์ ทำให้ทันตแพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการเฉพาะทางได้มากขึ้น ส่งผลต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพโดยรวมของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้แนวคิด การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากในช่องปากของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะยาว การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล และระบบส่งต่อผู้ป่วยสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ให้ทันตภิบาลใช้เป็นแนวทางในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลทันสุขภาพแก่ผู้ป่วยติดเตียง โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

2.1 ทันตภิบาลสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ และมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

2.2 ทันตภิบาลสามารถให้คำแนะนำ/ ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงให้แก่ผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง

3. นิยามศัพท์เฉพาะ

3.1 **ทันตภิบาล** หมายถึง ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก รวมถึงทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสามโคก

3.2 **ผู้ป่วยติดเตียง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ประเมินระดับคะแนน Barthel ADL อยู่ที่ 0-4 คะแนน เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องมีผู้ดูแล นอกจากนี้ยังรวมถึงผู้สูงอายุที่ชราภาพมาก ๆ หรือมีการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder-End Of Life) ซึ่งในคู่มือนี้หมายรวมทั้งผู้ป่วยติดเตียง (Bed Bound Elder) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder-End Of Life)

3.3 **การดูแลสุขภาพช่องปาก** หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำ เพื่อป้องกันโรค/ ปัญหาในช่องปาก และส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เหมาะสม

3.4 **เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก** หมายถึง พื้นที่รับผิดชอบของเขตบริการโรงพยาบาลสามโคกทั้งหมด 5 ตำบล

4. ผู้ที่ใช้คู่มือ

ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ใช้ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสามโคก ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามโคก และใช้ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

5. ประโยชน์ที่ได้รับ

ได้คู่มือสำหรับทันตภิบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคกนี้ ผู้จัดทำได้ศึกษาและทบทวนจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และผลงานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือ โดยมีรายละเอียดประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล
2. ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านสุขภาพ
3. โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง
4. ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดเตียง และการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง
5. การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก
6. การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก
7. การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่
8. การแนะนำผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยติดเตียง
9. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก
10. การปรึกษาและการส่งต่อ
11. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง
12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล

คู่มือนี้ เป็นคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล จึงต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1.1 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2539 ให้บุคคลที่มีวุฒิประกาศนียบัตร

วิชาชีพทันตภิบาล ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตกรรม) ทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ได้ดังต่อไปนี้

1.1.1 ด้านทันตกรรมป้องกัน

- 1) ใช้สารฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ
- 2) ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุ
- 3) ขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

1.1.2 ด้านทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน

- 1) บำบัดฉุกเฉินด้านทันตกรรมป้องกัน เพื่อลดความเจ็บปวด การกรอฟันเพื่อระบายหนอง
- 2) ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาทางทันตกรรม เช่น ภาวะเลือดออกมาก
- 3) คัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ (SYSTEMIC DISEASE)

1.1.3 ด้านทันตกรรมบำบัด

- 1) ตรวจวินิจฉัยและคัดแยกโรคภายในช่องปาก
- 2) อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน
- 3) ถอนฟันที่ขึ้นปกติที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

1.1.4 รักษาโรคเหงือกอักเสบโดยการขูดหินน้ำลาย

และให้บุคคลที่ได้รับมอบหมายทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามระเบียบนี้ สามารถทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้ได้เป็นการเฉพาะรายหรือกรณี โดยให้อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาซึ่งได้มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539, 2539)

1.2 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ให้บุคคลที่มีวุฒิปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข) ทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ ดังนี้

1.2.1 ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยการ

- 1) กระตุ้นให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

- 2) นำความรู้ทางระบาดวิทยาและสังคมวิทยาวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและสุขภาพช่องปากของชุมชน
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 4) วางแผนและดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากบนพื้นฐานองค์ความรู้ทางวิชาการ ร่วมกับสภาพความเป็นจริงทางสังคมของชุมชน
- 5) ติดตามและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ความรู้การมีส่วนร่วมของชุมชน
- 6) สื่อสารให้ชุมชนรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากได้
- 7) ส่งเสริมให้ชุมชนดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าการให้ผู้อื่นมาดูแล
- 8) เพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.2.2 ป้องกันโรคในช่องปาก

- 1) ประเมินภาวะเสี่ยง วินิจฉัย คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและส่งต่อผู้ป่วย
- 2) มาตรการทางทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ การเคลือบหลุมร่องฟัน การใช้วัสดุอุดฟันอื่น ๆ เพื่อการป้องกันและใช้มาตรการต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 3) ประยุกต์หลักจิตวิทยาเพื่อการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในระดับบุคคลและครอบครัว

1.2.3 การรักษาโรคในช่องปาก

- 1) งานทันตกรรมหัตถการ ประกอบด้วย
 - การอุดฟันน้ำนมที่ไม่ถึงโพรงประสาท และรอยุ่ไม่ซับซ้อน
 - การอุดฟันแท้ที่ไม่ถึงโพรงประสาท และรอยุ่ไม่ซับซ้อน
 - การอุดฟันชั่วคราวเพื่อการส่งต่อ ด้วยวัสดุอุดชั่วคราว
- 2) งานดูแลสุขภาพปริทันต์ ประกอบด้วย การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ การขูดหินน้ำลาย และการทำความสะอาดฟันทั้งปากในผู้ป่วยที่เหงือกอักเสบ
- 3) งานทันตศัลยกรรม ประกอบด้วย การถอนฟันน้ำนมที่ขึ้นปกติ โดยการฉีดยาชาเฉพาะที่
- 4) การช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการทันตกรรม
- 5) การจ่ายยาตามบัญญัติยาศูนย์สุขภาพชุมชน

1.2.4 การให้บริการอื่นๆ ได้แก่

- 1) การให้การปฐมพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
- 2) การป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อในงานบริการทันตกรรม (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559, 2559)

จากบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น ในภาวะที่ขาดแคลนทันตแพทย์ ทันตภิบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรคในช่องปากได้ในประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยติดเตียงเช่นกัน ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งก็คือ ทันตแพทย์

ในการเยี่ยมชมติดตามดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นระยะๆ เป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีมากขึ้น ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นส่วนหนึ่งในทีมเยี่ยมบ้าน ที่ทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว และเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้านทันตสาธารณสุข เพราะเป็นบุคคลที่ชำนาญพื้นที่ เข้าถึงปัญหาทันตสุขภาพของประชาชนได้ง่าย สามารถเยี่ยมชมติดตามดูแลที่บ้านได้สม่ำเสมอ ฉะนั้น ทันตภิบาลจึงควรเข้าใจบทบาทที่ชัดเจนของตนเพิ่มมากขึ้นในการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง มีความรู้ความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียงได้

2. ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านสุขภาพ (Activity Of Daily Living: ADL)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน คือ ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยประเมินให้คะแนนจากกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การลุกจากที่นอน เข้าห้องน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ โกงหนวด หวีผม รับประทานอาหาร เคลื่อนที่ภายในที่พัก ขึ้นลงบันได สวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่าย รวม 20 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาใช้แบ่งผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มดีดั่งคมหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well-Elder, Independency)

เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ระดับคะแนนอยู่ที่ 12 – 20 คะแนน สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้อย่างสะดวก สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านสุขภาพ (Activity Of Daily Living: ADL) และกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนโดยใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนืองได้ (Instrumental Activity Of Daily Living: IADL) เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี อาจมีหรือไม่มีโรคเรื้อรัง หากมีโรคเรื้อรังก็สามารถควบคุมได้ ไม่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง

2.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Home Bound Elder, Partial-Dependency) เป็นผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ระดับคะแนนอยู่ที่ 5 - 11 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษช่วย เช่น ไม้เท้า รถเข็น หรือผู้ช่วยเหลือ การรับประทานอาหารต้องมีคนช่วยเตรียมอาหารให้ หรือเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหารเพื่อให้รับประทานอาหารได้ด้วยตัวเอง แต่อาจทำหกละเออะได้ การขับถ่ายต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องน้ำ ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น มักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างอิสระในสังคม รวมถึงกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) ที่มีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ (Instability & Impair Mobility) ทางกายภาพ หรือมีภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านสติปัญญา การคิดรู้ ภาวะหลงลืม และสมองเสื่อม

2.3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (Bed Bound Elder, Fully dependency) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ระดับคะแนนอยู่ที่ 0 - 4 คะแนน อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้อีก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) และกลุ่มระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder-End Of Life) กลุ่มติดเตียงต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและขับถ่าย การเข้าห้องน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงการรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายอาหาร มักจะพบภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักเกิดจากภาวะความรุนแรงของโรคทางสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โรคสมองเสื่อม หรือมีโรคเรื้อรังหลายโรค มีการเจ็บป่วยยาวนาน มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

พูลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) กล่าวว่า แผนการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล ได้จากการประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องในหลายมิติ ได้แก่ สุขภาพทั่วไป สุขภาพช่องปาก ครอบครั้ว ผู้ดูแล เศรษฐกิจ สังคม ประกอบด้วยประเด็นดังนี้

- Oral health: สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ความสะอาดและความสามารถในการใช้งาน
- Systemic disease: โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ
- Capability: ความสามารถในการเคลื่อนที่ (เกณฑ์ ADL) และการทำความสะอาดช่องปาก
- Autonomy: การรับรู้ และตอบสนองในการสื่อสารของผู้สูงอายุ
- Reality: ความสำคัญของช่องปากในมุมมองของผู้สูงอายุเอง และข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการดังกล่าว

3. โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง

3.1 โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต อัมพฤกษ์

แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดตีบ หรืออุดตัน และชนิดแตก ทำให้สมองขาดเลือด อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการใบหน้าบวมเขียว ชาข้างใดข้างหนึ่ง แขน ขา อ่อนแรง ด้านใดด้านหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดสับสน พูดไม่เป็นภาษา เกิดขึ้นทันทีทันใด และอาจมีปัญหารากเส้นด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 2 เดือนแรก และดีขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 2 ปี การให้การดูแลและการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยกลับมาเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ปวดข้อ ข้อติด แผลกดทับ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน หกล้ม สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559)

3.2 โรคพาร์กินสัน

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.2.1 โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease : PD) เกิดจากเซลล์สมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวเสื่อมสลาย

3.2.2 กลุ่มอาการพาร์กินสัน (Parkinsonism) สาเหตุ เกิดจากสมองถดถอยลงเมื่อมีอายุมากขึ้น

การทำงานกล่อมประสาท ยานอนหลับ หรือยาลดความดันโลหิตบางชนิด หลอดเลือดสมองอุดตัน สมองขาดออกซิเจน ได้รับสารพิษที่ทำลายสมอง ศีรษะถูกกระทบกระเทือน การอักเสบของสมอง โรคทางพันธุกรรม เช่น โรควิลสัน หรือได้รับยาต้านแคลเซียมบางประเภท

อาการของโรคพาร์กินสัน ได้แก่ เคลื่อนไหวช้า เคลื่อนไหวน้อยลง, สั่นขณะอยู่เฉย ๆ มักเกิดที่มือมากกว่าขา, แข็งเกร็ง มักเกิดข้างเดียวกับที่มีอาการสั่นและเคลื่อนไหวช้า (ในกลุ่มอาการพาร์กินสันอาจมีอาการทั้งสองด้าน), พบปัญหาเรื่องของการทรงตัวซึ่งอาการอาจจะไม่เด่นชัด ในช่วง 2-3 ปีแรก ผู้ป่วยพาร์กินสันควรได้รับการดูแลจากแพทย์เพื่อให้ยาหรือการผ่าตัด

ภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยพาร์กินสัน เช่น ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาการปวด อาการเหนื่อยหมดแรง เพื่อย นอนไม่หลับ เสื่อมสมรรถนะทางเพศ มีปัญหาในการควบคุมความดันโลหิตเมื่อมีการเปลี่ยนท่า เหงื่อออกมากกว่าปกติ น้ำลายไหลยืด ความคิดความจำถดถอย (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559)

3.3 โรคข้อเข่าเสื่อม

สาเหตุ เกิดจากผิวกระดูกอ่อนเสื่อมสภาพตามวัย ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดข้อเข่าเสื่อม เช่น น้ำหนักตัวที่มากเกินไป อิริยาบถที่สร้างแรงกดต่อข้อเข่า เช่น นั่งพับเพียบ ขัดสมาธิ คุกเข่า เดินขึ้นลงบันไดบ่อย ยืนหรือนั่งนาน และสาเหตุจากพันธุกรรม

อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง หากเป็นนานอาจมีข้อผิดรูปและเกิดความพิการ เคลื่อนไหวลำบากเป็นสาเหตุการนอนติดเตียงได้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559)

3.4 ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจที่มีต่อความสูญเสีย ความผิดหวัง หรืออิทธิพลสิ่งที่ขาดหายไป ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บุคลากรสาธารณสุขจึงควรสังเกตว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ โดยสังเกตจากอาการต่อไปนี้

- ด้านอารมณ์ มีความวิตกกังวลสูง เศร้า หดหู่ ร้องไห้บ่อย ไม่สดชื่น
- ด้านความคิด มักคิดว่าตัวเองเจ็บป่วย คิดซ้ำ ลังเลท้อแท้ คิดว่าตัวเองไร้ค่า มองด้านลบ รู้สึกผิด โทษตนเอง อยากฆ่าตัวตาย
- ด้านความจำ มีความจำแยลง หลงลืมง่าย เหม่อลอย ทำงานผิดๆ ถูกๆ
- ด้านร่างกาย มักอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากผิดปกติ ท้องผูก หลับยาก หรือนอนมากเกินไป
- ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น มักเก็บตัว ไม่ค่อยพูดจา

อาการซึมเศร้า จะมีอาการที่รุนแรงกว่าปฏิกิริยาปกติเมื่อพบกับการสูญเสีย เช่น รู้สึกผิดในเรื่องอื่นๆ นอกเหนือจากที่เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าตนควรทำหรือไม่ควรทำในช่วงที่ผู้ตายเสียชีวิต คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อยากตายแทนหรือตายไปพร้อมกับผู้เสียชีวิต คิดหมกมุ่นว่าตนไร้ค่า ไม่มีความหมาย มีการเคลื่อนไหว และความคิดช้าอย่างชัดเจน มีการบกพร่องของการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทั้งทางสังคม และการงานอย่างมากเป็นเวลานาน มีอาการประสาทหลอน คิดว่าได้ยินเสียงหรือเห็นภาพของผู้ตาย หากมีอาการโรคเศร้า หรือปฏิกิริยาไม่ปกติต่อการสูญเสียยาวนานเกิน 2 เดือน ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559)

3.5 ภาวะสมองเสื่อม

คือ การเสื่อมของการทำงานของสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำ ความคิด พฤติกรรม จนมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

สาเหตุ พบบ่อยที่สุด คือ จากโรคอัลไซเมอร์ สาเหตุอื่นๆ อาจเกิดจากความเสื่อมของสมองประเภทอื่นๆ เช่น ปัญหาเรื่องหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน จากการใช้ยาไทรอยด์ขาดวิตามินบี 12 ซึมเศร้า ช่องในสมองใหญ่จากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง (Normal pressure hydrocephalus)

พฤติกรรมและอารมณ์ที่พบ ได้แก่ غامซ้าซาก ทำให้ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดเกิดความรำคาญ, รับรู้ผิดปกติและหลงผิด เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว ได้กลิ่นได้รสชาติ หรือรู้สึกถึงบางอย่างที่ไม่ได้อยู่ตรงหน้าจริงๆ ทำให้คนใกล้ชิดตกใจกลัว, หลงออกจากบ้าน หาทางกลับบ้านไม่ถูก, ก้าวร้าว อาจมีการทำร้ายเกิดขึ้น พุดจาหยาบคาย และมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ยับยั้งชั่งใจหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ หรืออาจคุกคามผู้ดูแล (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559)

Mili Doshi (2016) กล่าวถึง ภาวะสมองเสื่อมกับสุขภาพช่องปาก ว่า การรับรู้ที่ถดถอยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การสูญเสียความสนใจและความสามารถที่จะดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปรงฟัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะปากแห้งเนื่องจากยาที่ใช้ และมีการหายใจทางปาก อาจพบภาวะกลิ่นลำปากได้

3.6 โรคมะเร็ง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาจเกิดภาวะปากแห้ง เจ็บในช่องปากและเหงือก การรับรสเปลี่ยนไป แสบลิ้น พบการติดเชื้อ และแผลในช่องปาก ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ อาจเกิดภาวะปากแห้ง ฟันผุนรุนแรง สูญเสียการรับรส เจ็บในช่องปากและเหงือก พบการติดเชื้อ กระจกตากรรไกรมีการเปลี่ยนแปลง ข้อต่อขากรรไกรผิด กล้ามเนื้ออักเสบ มีการกัดฟันเนื่องจากความเครียด (มัทนา เกษตระทัต, 2566)

3.7 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มักพบอาการ เช่น ไอ สะอึก เบื่ออาหารเนื่องจากการรับรสของลิ้นเปลี่ยนไป กลิ่นลำปาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ กลิ่นอุจจาระไม่ได้ แผลกดทับ วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง สับสน กลัว มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย หายใจลำบากจากการเหนื่อยหอบ ทำให้ปากแห้ง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มีคราบจุลินทรีย์มาก มีเลือดออก มีอาการเจ็บปวดเนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบหรือมีแผล ฟันผุง่าย มีน้ำลายไหลย่อย มีกลิ่นปาก

เป้าหมายในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ใช่การแก้ปัญหาเรื่องโรค แต่เป็นการบริหารเพื่อบรรเทาอาการที่ไม่พึงประสงค์ ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ลดความเจ็บปวด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพช่องปากแบบประคับประคอง โดยทำความสะอาดปาก และฟันตามความจำเป็น ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือโดยคำนึงถึงสภาวะของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ควรดูแลด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวัง และให้เกียรติ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2559)

4. ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดเตียง และการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยติดเตียง

4.1 ฟันผุ/ รากฟันผุ

สาเหตุ: เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์เปลี่ยนน้ำตาลให้เป็กรดทำลายโครงสร้างฟัน ซึ่งสามารถป้องกันฟันผุได้โดยกำจัดคราบจุลินทรีย์วันละ 2 ครั้ง (ก่อนนอน 1 ครั้ง และระหว่างวัน 1 ครั้ง) ด้วยการแปรงฟันที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และลดการบริโภคน้ำตาล (Mili Doshi, 2016)

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) เสนอว่า หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อฟันผุ และรากฟันผุ ให้จัดการตามความเสี่ยงและความรุนแรง ดังนี้

- ทาฟลูออไรด์วาร์นิชบริเวณรากฟันหรือตัวฟันที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในผู้ที่ฟันเริ่มผุหรือผุ 1-3 ซี่ ความถี่ในการทาฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นขึ้นกับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่น ความสะอาดของช่องปาก ภาวะน้ำลายแห้งมากน้อยเพียงไร เป็นต้น

- ในกรณีที่ต้องอุดฟันควรใช้เทคนิคที่ไม่ต้องกรอฟัน ได้แก่ เทคนิค SMART ใช้วัสดุ Glass Ionomer

- ในผู้ที่มีฟันผุลุกลามหลายซี่ที่ยังสามารถอุดได้ ให้ทำด้วย SDF (Silver Diamine Fluoride) เพื่อหยุดการลุกลามของฟันผุ ก่อนจะอุดฟันในครั้งต่อไป

- หากพบมีฟันผุลุกลามหลายซี่ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาบ้วนปากผสมคลอเฮกซีดีน (0.12% Chlorhexidine mouth wash) บ้วนปาก ถ้าไม่สามารถบ้วนปากได้ ให้ใช้น้ำยาบ้วนปากทาที่คอฟันหลังแปรงฟันหรือก่อนนอน

- แนะนำให้หลีกเลี่ยง หรือลดจำนวนครั้งในการบริโภคอาหาร/ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

4.2 โรคปริทันต์ (Periodontal/gum disease) / ฟันโยก

สาเหตุ: เกิดจากคราบจุลินทรีย์ที่เกาะติดอยู่ที่ฟัน ซึ่งมีเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุให้เกิดการอักเสบ ปัจจัยเพิ่มเติมที่ทำให้เกิดความเสียหายการเกิดโรคปริทันต์ ได้แก่ การสูบบุหรี่ วัยสูงอายุ ยาที่รับประทาน พันธุกรรม โรคทางระบบ เช่น โรคเบาหวาน

อาการแสดง: - เหงือกอักเสบ จะพบเหงือกอักเสบแดง มีเลือดออกเวลาแปรงฟัน และมึลิ้นปาก

- ปริทันต์อักเสบ จะพบฟันโยก เหงือกกร่น กระจุกเก็บฟันถูกทำลาย ฟันหลุด

อาการ: อาจมีอาการเจ็บปวดหรือไม่ก็ได้ หากมีตุ่มหนองจะมีอาการปวดมาก

การดูแล: การกำจัดการบจุลินทรีย์เป็นประจำ และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี จะช่วยลดการดำเนินของโรคปริทันต์อักเสบ หากฟันโยกมากๆ ควรส่งต่อทันตแพทย์อย่างเร่งด่วน เพื่อได้รับการแก้ไข เนื่องจากมีความเสี่ยงฟันหลุดเข้าคอหรือกลืนเข้าไป (Mili Doshi, 2016)

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) เสนอ มาตรการสำคัญในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ คือ การปรับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากที่ไม่มีประสิทธิภาพ การสูบบุหรี่ ดังนี้

- แนะนำทำความสะอาดฟัน ด้วยการแปรงฟัน ร่วมกับใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ แปรงชอกฟันไหมขัดฟัน เพื่อช่วยในการทำความสะอาดช่องปากบริเวณที่เข้าถึงได้ยาก รวมถึงการใช้น้ำยาบ้วนปากหากมีการอักเสบของเหงือก ควรให้ความรู้และฝึกผู้ดูแลให้ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน

- ทำความสะอาดช่องปาก โดยทันตบุคลากร เพื่อรักษาโรคเหงือกอักเสบ
- ประเมินผู้ดูแลเพื่อพัฒนาทักษะในการทำความสะอาดช่องปากให้มีประสิทธิภาพ
- ในผู้ที่สูบบุหรี่ควรแนะนำและช่วยให้เลิกบุหรี่ รวมทั้งให้กำลังใจ
- ในรายที่มีภาวะเหงือกอักเสบ แนะนำให้ผู้ดูแลเน้นการทำความสะอาดบริเวณคอฟัน
- ในผู้ที่มีภาวะปริทันต์อักเสบ นอกจากการเน้นการแปรงฟันแล้ว แนะนำใช้น้ำยาบ้วนปากผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ คลอกเฮกซีดีน ใช้ทาที่คอฟัน และบริเวณขอบเหงือกหลังแปรงฟัน
- ถ้าจำเป็นอาจให้บริการที่เร่งด่วน เช่น การดูดหินน้ำลายด้วยมือเฉพาะที่ เพื่อช่วยให้แปรงฟันได้ดีขึ้น หรือการถอนรากฟันที่คม ต้นเหตุของแผลในปาก เป็นต้น

4.3 ฟันเทียมไม่ถูกสุขลักษณะ และการดูแลฟันเทียม

ความสะอาดของฟันเทียมมีความสำคัญต่อสุขภาพช่องปากที่ดี เศษอาหารและคราบจุลินทรีย์สามารถเกาะติดฟันเทียมได้ง่าย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำจัดออกทุกวัน ในกรณีที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนแบบถอดได้ อาจมีคราบจุลินทรีย์เกาะที่ฟันเทียม ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุของฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก ส่วนเชื้อแคนดิดา ซึ่งเป็นสาเหตุของเชื้อราในช่องปากสามารถเกาะที่ฐานฟันเทียมได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งฟันเทียมฐานอะคลีริก

การทำความสะอาดฟันเทียม ควรทำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หากเป็นไปได้ควรทำความสะอาดฟันเทียมทุกครั้งหลังมื้ออาหาร ก่อนทำความสะอาดฟันเทียม ให้ผู้ดูแลล้างมือให้สะอาด ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้เรียบร้อย ได้แก่ ผ้ากั้นเป็อน แมส หน้ากาก หมวกคลุมผมสวมถุงมือแบบใช้แล้วทิ้ง พร้อมทั้งเตรียมอ่างสำหรับล้างและน้ำ จากนั้นใช้ครีมสำหรับทำความสะอาดฟันเทียม หรือสบู่เหลวที่ไม่มีกลิ่น ป้ายที่แปรงสำหรับฟันเทียม หรือแปรงขนนุ่ม แล้วจึงแปรงเพื่อกำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ แปรงให้ทั่วทุกด้านของฟันเทียม โดยเฉพาะตะขอ ไม่ควรใช้ยาสีฟันเนื่องจากอาจมีสารที่ทำให้ฟันเทียมสึก อาจเกิดรอยบนผิวฟันเทียมได้ง่าย ล้างด้วยน้ำเย็น

แล้วจึงแช่ฟันเทียมในกล่องที่บรรจุน้ำเย็น ไม่ใส่นอนตอนกลางคืน สูดทำยถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และล้างมือให้สะอาด ในกรณีผู้ป่วยมีเชื้อราในช่องปากให้แช่ฟันเทียมใน 0.2% Chlorhexidine นาน 15 นาที แล้วจึงล้างน้ำ นำไปแช่น้ำในกล่องเก็บฟันเทียม (Mili Doshi, 2016)

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2559) ได้แนะนำว่า การดูแลฟันเทียมเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะหากฟันเทียมไม่สะอาดจะทำให้เกิดเชื้อราหรือติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก มีกลิ่นปาก เจ็บคอ เป็นแผล และเจ็บใต้ฐานฟันเทียม จึงได้นำเสนอวิธีการทำความสะอาดฟันเทียมตามชนิดของฟันเทียม ดังนี้

- ฟันเทียมแบบถอดได้ ให้ถอดทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และถอดฟันเทียมก่อนนอนเสมอไม่ว่าช่วงกลางวันหรือกลางคืนเพื่อให้เหงือกได้พักผ่อน หากใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ จะเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อในปอดมากขึ้นถึง 2 เท่า ทำความสะอาดโดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม ใช้น้ำยาล้างจานหรือน้ำสบู่ แปรงให้ครบทุกด้านทั้งด้านนอกและด้านใน ในกรณีฟันเทียมมีตะขอ ให้ระมัดระวังการทำมาสะอาดบริเวณตะขอ ไม่ควรออกแรงแปรงบริเวณตะขอมากเกินไปเนื่องจากอาจทำให้ตะขอผิดรูปได้ ขณะทำความสะอาดควรมีภาชนะรองรับด้านล่างเพื่อป้องกันฟันเทียมตกแตก กรณีมีคราบหินปูนหรือคราบบุหรี่ปะเกะฟันเทียม สามารถใช้ยาเม็ดสำหรับแช่ทำความสะอาดฟันเทียมได้ แต่ต้องเลือกชนิดและศึกษาวิธีใช้งานอย่างละเอียด หรืออาจแช่ฟันเทียมในน้ำส้มสายชูที่ผสมน้ำในอัตราส่วน 1 ต่อ 1 โดยแช่เป็นเวลา 8 ชั่วโมงจนกระทั่งหินปูนนิ่ม แล้วใช้แปรงสีฟันแปรงคราบออก แต่หากเป็นฟันเทียมที่มีโครงหรือตะขอโลหะห้ามแช่ในน้ำส้มสายชู กรณีฟันเทียมสกปรกมากและต้องการแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ ให้ใช้น้ำยาฟอกขาว (sodium hypochlorite) ผสมน้ำโดยใส่น้ำยา 1 ส่วนต่อน้ำ 80 ส่วน (น้ำยา 1 ช้อนโต๊ะ ต่อน้ำ 1 แก้ว) แช่เป็นเวลา 3 นาที แล้วล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่ สำหรับฟันเทียมที่มีโครงหรือตะขอโลหะให้แช่ได้ไม่เกิน 1 นาที หลังจากทำความสะอาดแล้วให้แช่ฟันเทียมในน้ำสะอาดและเปลี่ยนน้ำทุกวันในภาชนะที่มีฝาปิด สาเหตุที่ต้องแช่น้ำก็เพื่อป้องกันฐานพลาสติกแห้งจนแตกชำรุด ห้ามแช่ฟันเทียมในน้ำร้อนเพราะจะทำให้ฟันเทียมบิดเบี้ยว นอกจากนี้ควรรักษาความสะอาดของภาชนะที่เก็บหรือแช่ฟันเทียมด้วย หากผู้ป่วยมีแผลใต้ฟันเทียม ควรหยุดใส่ฟันเทียมจนกว่าแผลจะหาย หากแผลไม่หายภายในระยะเวลาประมาณ 10-14 วัน ควรปรึกษาทันตบุคลากร

- ฟันเทียมแบบติดแน่น ทำความสะอาดโดยแปรงฟันให้ทั่วถึง และใช้แปรงชอกฟันหรือไหมขัดฟันชนิดซูเปอร์ฟลอส (superfloss) โดยสอดไหมเข้าไปทำความสะอาดบริเวณใต้ฟันเทียมและขอบเหงือก เพราะบริเวณนี้เป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์

4.4 รอยโรคของเนื้อเยื่อในช่องปาก

4.4.1 การติดเชื้อราในช่องปาก (*candida/ fungal infection*)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเชื้อราในช่องปาก ได้แก่ ภาวะปากแห้ง ได้รับยา ยาสเตียรอยด์แบบกินหรือพ่นเป็นเวลานาน ได้รับยาปฏิชีวนะ ใส่ฟันเทียมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มี ภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ที่สูบบุหรี่

อาการแสดง: พบฝ้าขาวขูดออกได้ หรือรอยแดง ที่บริเวณเพดานปาก ด้านบนของลิ้น กระจกแก้ม เหงือก หรือบริเวณอื่นๆ พบเชื้อราได้ฐานฟันเทียมแบบถอดได้ในกรณีที่ ไม่ได้ถอดฟันเทียมช่วงนอนตอนกลางคืน ไม่ถอดทำความสะอาดสม่ำเสมอ หรือกรณีใส่ฟันเทียมที่มี อยางตูดกลางเพดาน

อาการ: มักไม่มีอาการใดๆ หรือบางกรณีมีอาการแสบทำให้กินอาหารและ กลืนลำบาก

การรักษา: ส่วนมากการใช้ยาด้านเชื้อราเฉพาะที่ให้ผลดีเพียงพอ แต่กรณีที่ เป็นเรื้อรังสามารถให้การรักษาด้วยยาด้านเชื้อราทางระบบได้ กำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อรา รักษาความสะอาดช่องปาก รักษาภาวะปากแห้ง ถอดฟันเทียมช่วงนอนตอนกลางคืน ทำความสะอาด ฟันเทียม และแช่ในน้ำยาบ้วนปาก 0.2% Chlohexidine นาน 15 นาที วันละ 2 ครั้ง แนะนำเลิกสูบ บุหรี่ หากผู้ป่วยใช้ยาสเตียรอยด์แบบพ่น ให้บ้วนปากด้วยน้ำหลังพ่นยา (Mili Doshi, 2016)

4.4.2 แผลในปาก (*mouth ulcers*)

สาเหตุ: เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การบาดเจ็บจากวัสดุอุดฟันหลุด ฟันแตกมีส่วนแหลมคมบาดเนื้อเยื่อ/ ลิ้น/ กระจกแก้ม การกัดลิ้น/ ริมฝีปาก/ กระจกแก้ม แผลร้อนใน การติดเชื้อ ทั้งจากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย ภาวะเรื้อรัง เช่น ภาวะซีด การสูบบุหรี่ มะเร็งในช่องปาก และไม่ทราบสาเหตุ

อาการแสดง: พบรอยลักษณะกลม รี สีขาวหรือสีครีม ขอบแดงอักเสบ มักพบ บริเวณกระจกแก้ม ริมฝีปาก อาจพบรอยเดี่ยวหรือหลายรอย ขนาดตั้งแต่มีลลิเมตรถึงเซ็นติเมตร

อาการ: ปวด แสบ หากไม่มีอาการปวด หรือไม่หายภายใน 2 สัปดาห์ ควรส่ง ต่อให้ทันตแพทย์เฉพาะทางต่อไป

การรักษา: กำจัดสาเหตุ เช่น พบทันตแพทย์เพื่อแก้ไขฟันหรือฟันเทียมที่ แหลมคมบาดเนื้อเยื่อรักษาความสะอาดช่องปาก ป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำและสารอาหาร หากแผลไม่หายเองภายใน 2 สัปดาห์ ควรส่งต่อให้ทันตแพทย์เฉพาะทางต่อไป (Mili Doshi, 2016)

4.4.3 ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (*Oral mucositis*)

พบได้ทั่วไปจากผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด หรือการ ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการกลืนและทุพโภชนาการ

อาการแสดง: เป็นแผล แดง อักเสบ อาจมีเลือดออกได้

อาการ: ปวด มีผลกระทบต่อกรกลืน และการพูด ทำให้เกิดปัญหาการขาดน้ำ และสารอาหาร น้ำลายข้น และเหนียว

ข้อแนะนำการดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ:

- การให้ยาแก้ปวด
- ทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหารโดยใช้แปรงขนนุ่ม
- ใช้ยาสีฟันที่ปราศจากสาร SLS เพื่อลดการระคายเคือง
- อมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ ไว้ในปาก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก
- รับประทานอาหารอ่อน นิ่ม อุ่นๆ และรสชาติจืด
- ใช้น้ำยาบ้วนปาก หรือสเปรย์พ่น Benzylamine hydrochloride 0.15%

15 มิลลิลิตร ทุก 2-3 ชั่วโมง นาน 7 วัน

- ให้ความชุ่มชื้นช่องปากด้วยด้วยเจลสำหรับปากแห้ง (Mili Doshi, 2016)

Lalla et al. (2014) แนะนำว่า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกราย ทุกกลุ่มอายุ ไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม ควรใช้มาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกัน และยับยั้งภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ดังนี้

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (ผสมเกลือ ¼ ช้อนชา กับ น้ำ 1 แก้ว) หรือ น้ำยาบ้วนปาก Sodium bicarbonate (ผสมโซดาทำขนม ¼ ช้อนชา กับ น้ำ 1 แก้ว) ให้อมวันละ 5-6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 นาที จะช่วยให้รู้สึกสบายในช่องปาก

- ใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน ในผู้ป่วยที่เข้าไปกำจัดคราบจุลินทรีย์ลุ่มปาก
- น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของ 0.5% doxepin จะช่วยบรรเทาอาการปวดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

- พบทันตแพทย์ทั้งช่วงก่อน/ ขณะ/ หลังการได้รับรังสีรักษา เพื่อตรวจหาปัญหาในช่องปากและได้รับการรักษาอย่างทันที่

4.4.4 มะเร็งช่องปาก (Oral cancer)

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวิริยกุล (2555) กล่าวว่า รอยโรคที่อาจเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ เช่น ก้อนบวมนิ่มหรือแข็ง แผ่นคราบสีแดง สีขาว รอยแผลเรื้อรังเป็นมานานกว่า 2 สัปดาห์ หรือมีอาการปวด ชาเป็นเวลานาน หรือมีเลือดไหลซึมจากบริเวณใดบริเวณหนึ่ง ลักษณะผิดปกติดังกล่าวจำเป็นต้องพบแพทย์โดยด่วน เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

สำนักทันตสาธารณสุข (2562) กล่าวถึง ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดมะเร็งช่องปาก ได้แก่

- การสูบบุหรี่หรือยาเส้น หมายถึง การสูบบุหรี่ของ บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ใบจากยาเส้น ทั้งที่เคยสูบแต่เลิกแล้ว หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ยกเว้นมีความถี่ในการสูบน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกสัปดาห์)

- ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ สุรา เบียร์ ไวน์ ฯลฯ ทั้งที่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว หรือปัจจุบันยังดื่มอยู่ ยกเว้นมีความถี่ในการดื่มน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ไม่ได้ดื่มทุกสัปดาห์)

- การเคี้ยวหมากหรือยาเส้น หมายถึง การเคี้ยวหมากพลู ยาเส้น ทั้งที่เคยเคี้ยวแต่เลิกแล้ว หรือปัจจุบันยังเคี้ยวอยู่ ยกเว้นมีความถี่ในการเคี้ยวหมากน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ไม่ได้เคี้ยวทุกสัปดาห์)

- ฟันเทียมหลวม/ไม่พอดี

สำนักทันตสาธารณสุข (2562) ได้แนะนำว่า

- หากตรวจพบเนื้อเยื่อที่มีลักษณะเป็นมะเร็งช่องปากชัดเจน ได้แก่ แผลเรื้อรัง มีเลือดออก มีฟันโยกผิดปกติ กลืนลำบาก คลำพบก้อนที่คอ ให้ส่งต่อแพทย์/ทันตแพทย์ เพื่อตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

- หากตรวจพบเนื้อเยื่อลักษณะสีแดง สีขาว เป็นแผลในปากนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ หรือพบก้อนที่ไม่ปกติ ให้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ และให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก กระตุ้นให้ผู้ป่วยงดปัจจัยเสี่ยง และให้รักษาเบื้องต้น ได้แก่ กำจัดสิ่งระคายเคือง นัดติดตามผล 2 สัปดาห์ หากทันตภิบาลเป็นผู้ตรวจพบรอยโรค ให้ส่งตรวจยืนยันโดย แพทย์/ทันตแพทย์อีกครั้ง

- หากติดตามผล 2 สัปดาห์ รอยโรคมิขนาดเล็กลง ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและนัดติดตามจนกว่ารอยโรคจะหายหรืออย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

- หากติดตามผล 2 สัปดาห์ รอยโรคไม่เปลี่ยนแปลงหรือมีขนาดใหญ่ขึ้น ให้ส่งต่อแพทย์/ทันตแพทย์ เพื่อวินิจฉัย

Mili Doshi (2016) กล่าวว่า มะเร็งช่องปากมีหลากหลายชนิด พบได้ที่บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น เพดานปาก ต่อม้ำลาย กล่องเสียง และคอหอย การได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา บริเวณศีรษะและลำคอส่งผลกระทบต่อช่องปากและทำให้เกิดอาการเจ็บปวด การดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีจะช่วยป้องกันการติดเชื้อราและเชื้อแบคทีเรีย คำแนะนำที่ช่วยลดอาการเจ็บปวดในช่องปาก ดังนี้

- ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม ขนาดเล็ก ทำความสะอาดช่องปาก วันละ 2 ครั้ง

- ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีรสชาติอ่อนๆ หรือไม่มีรสชาติ

- บ้วนเอาเศษอาหารออกด้วยน้ำเกลือหลังอาหารทุกมื้อ

- ใช้น้ำยาบ้วนปาก Chlohexidine ที่ปราศจากแอลกอฮอล์ หรือน้ำยาบ้วน

ปาก Benzylamine hydrochloride

- ทันตแพทย์พิจารณาใช้ยาสีฟันหรือน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์เข้มข้นในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฟันผุสูงจากน้ำลายแห้ง

4.5 มุมปาก

อาการที่พบ คือ เนื้อเยื่อมุมปากมีสีซีด ยู่ย เป็นแผลแตก ระคายเคือง เจ็บปวด ขณะอ้าปาก สาเหตุเกิดจากมุมปากแห้ง น้ำลายเอ่อมุมปาก ขนาดของฟันเทียมไม่ถูกต้อง ทานยาปฏิชีวนะมานาน หรือขาดวิตามินบี นอกจากนี้ อาจมีการติดเชื้อราาร่วมด้วย การดูแลเบื้องต้นทำได้โดยใช้ผ้าสะอาดเช็ดน้ำลายที่มุมปากให้แห้งเสมอ ทาลิปมันหรือวาสลีนบรรเทาอาการปากแห้ง และส่งให้ทันตแพทย์รักษาและแก้ไขสาเหตุต่อไป (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2559)

Mili Doshi (2016) กล่าวถึง โรคปากนกกระจอก (Angular cheilitis) ว่า คือภาวะอักเสบที่เกิดขึ้นตรงมุมปาก จะมีอาการเจ็บปาก ปากแห้ง และแตกเป็นแผล อาจมีรอยแดง บวม และติ่งที่มุมปากข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง อาจมีอาการเพียง 2-3 วัน หรือนานกว่านั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดปากนกกระจอก

สาเหตุ: พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมไม่เหมาะสม น้ำลายไหลมาก มีปัญหาเรื้อรังเกี่ยวกับลำไส้ ขาดธาตุเหล็ก หรือวิตามินบี อาจทำให้ติดเชื้อรา หรือเชื้อแบคทีเรีย พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน และโรคเบาหวาน

อาการแสดง: มุมปากแดง บวม ลอก แตก เปื่อย

อาการ: ในบางรายอาจไม่มีอาการใดๆ แต่ในรายที่เป็นรุนแรงจะมีอาการปวดมาก

การดูแล: รักษาตามสาเหตุ ลดการอักเสบโดยให้ความชุ่มชื้นด้วยเจล ครีม หรือขี้ผึ้งทาปาก หากมีการติดเชื้อแบคทีเรียให้ใช้ครีม 1% Hydrocortisone ทาที่มุมปาก หากติดเชื้อราให้ทาด้วย Micronazole หรือ Nystatin gel ผู้ป่วยที่ใช้ยาฟันสเตรียรอยด์ให้บ้วนปากทุกครั้งหลังใช้เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมไม่เหมาะสม หรือยังไม่ได้ใส่ฟันเทียม ให้ส่งพบทันตแพทย์ต่อไป

4.6 ภาวะปากแห้ง (Dry mouth, xerostomia)

Mili Doshi (2016) กล่าวว่า ภาวะปากแห้ง เป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปในผู้ป่วยที่สูงอายุ ภาวะปากแห้งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในช่องปาก เกิดจากสาเหตุที่หลากหลาย เช่น การสูญเสียน้ำจากไข้ เหงื่อออกมาก อาเจียน ท้องเสีย เสียเลือด, ผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว เช่น ยารักษาภาวะซึมเศร้า ยาระงับปวดเส้นประสาท ยาแก้แพ้ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด, โรคทางระบบ เช่น เบาหวาน รูมาตอยด์ อัลไซเมอร์, การได้รับยาเคมีบำบัด มีผลต่อการผลิตน้ำลาย แต่หลังจากการรักษาเสร็จสิ้นจะกลับสู่ภาวะปกติ การได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ มีผลต่อต่อมน้ำลาย และการหายใจทางปาก

อาการแสดง: มีน้ำลายปริมาณน้อย เหนียว แห้ง ริมฝีปากแตก ริมฝีปากบ่นล่าง เหนียวติดกัน ลื่นติดกับเพดานปาก ฟันติดกับแก้ม ลื่นแตกเป็นร่อง พบฟันผุเพิ่มขึ้น พบการติดเชื้อรา

อาการ: รู้สึกปากแห้ง เจ็บเวลาทานอาหาร กลืน หรือพูด ไอแห้ง รู้สึกแสบไหม้

การดูแล: จิบน้ำเย็น หรืออมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หากไม่มีข้อจำกัดในเรื่องการบริโภค น้ำ, การเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล จะช่วยกระตุ้นต่อมน้ำลายให้ผลิตน้ำลายมากขึ้นในผู้ป่วยบางราย, ใช้เจลหรือสเปรย์ที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบพื้นฐานสำหรับเพิ่มความชุ่มชื้นก่อนทำความสะอาดช่องปาก และก่อนรับประทานอาหาร จะช่วยลดความเจ็บปวด, ควบคุมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล เพื่อช่วยป้องกันการเกิดฟันผุ และใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ปริมาณเข้มข้นตามคำแนะนำของทันตแพทย์, ตรวจสอบเชื้อราในช่องปากทุกวัน, ใช้ยาสีฟันที่ปราศจากสาร SLS จะช่วยลดการระคายเคืองและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีลักษณะแห้ง เพราะทำให้กลืนยาก และเจ็บเวลารับประทาน

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) กล่าวว่า ภาวะน้ำลายแห้ง อาจเกิดจากการที่ต่อมน้ำลายผลิตน้อยลง และจากการรับยารักษาโรคประจำตัวบางประเภท ซึ่งควรแนะนำการดูแลเบื้องต้น ดังนี้

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มน้ำและรับประทานอาหาร จิบน้ำระหว่างวัน หรือการดื่มน้ำ ระหว่างมื้ออาหารจะช่วยให้เกิดความชุ่มชื้นในช่องปาก และช่วยให้ง่ายต่อการกลืนอาหาร เสริมด้วยการจัดอาหารที่มีส่วนผสมเป็นน้ำมากขึ้น เช่น แองจืด หรืออาหารอ่อนง่ายต่อการกลืน

- ดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การบ้วนปากบ่อยๆ จะช่วยกำจัดเศษอาหารและให้ความชุ่มชื้นแก่เยื่อในช่องปาก โดยอาจใช้น้ำเปล่า หรือน้ำเกลือ

- ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเผ็ดและเค็ม งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม งดการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

- ใช้สารกระตุ้นและทดแทนน้ำลาย ได้แก่ น้ำลายเทียม ซึ่งมีส่วนประกอบของมิวซิน (Mucin) และคาร์บอกซีเมทิลเซลลูโลส (Carboxymethyl Cellulose) เหมือนน้ำลายธรรมชาติ แต่มีข้อจำกัดคือ ออกฤทธิ์สั้น รสชาติไม่พึงประสงค์ และมีค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังอาจใช้วิธีการอมลูกกวาด หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อช่วยกระตุ้นต่อมน้ำลายที่ยังสามารถทำงานได้ ทางมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ดำเนินงานสนองพระราชกระแสด้านทันตสาธารณสุข มีพันธกิจในด้านพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ได้แก่ “วุ้นชุ่มปาก” ซึ่งเป็นนวัตกรรม น้ำลายเทียมชนิดเจล (Oral Moisturizing Jelly) ช่วยให้เนื้อเยื่อในปากชุ่มชื้น บรรเทาอาการในผู้ที่ปากแห้ง หรือน้ำลายน้อยรุนแรง หรือในผู้ที่รักษาเมื่งด้วยการฉายรังสีบริเวณลำคอและใบหน้า ทันตบุคลากรสามารถติดต่อขอรับวุ้นชุ่มปาก เพื่อจ่ายให้ผู้ป่วยได้

- ฝึกนวดต่อมน้ำลาย บริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยในกระบวนการบดเคี้ยวและการกลืน ป้องกันการสำลักอาหารและน้ำ ดังนี้

นวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย

ท่าที่ 1 วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้บริเวณแก้ม แล้วนวดบริเวณฟันกรามบน วนจากหลังไป หน้า 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 วางนิ้วโป้งใต้ขากรรไกรล่าง กดจากใต้หู ถึงใต้คาง 5 ตำแหน่ง ทำ 5 ครั้ง

ท่าที่ 3 กดนิ้วโป้งทั้ง 2 ข้าง ที่คางบริเวณใต้ลิ้น 10 ครั้ง

บริหารกล้ามเนื้อใบหน้า โดย สูดลมหายใจเข้าเต็มปอด แล้วยกแก้มขึ้น พร้อมกับหลับตา ทำ 10 ครั้ง จากนั้นทำตาโตและปากป่อง ทำ 10 ครั้ง แล้วจึงใช้ลมดันกระพุ้งแก้มไปซ้าย - ขวา ทำ 10 ครั้ง

บริหารกล้ามเนื้อลิ้น

ท่าที่ 1 แลบลิ้นออก - เข้า ทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 แลบลิ้นขึ้น - ลง ทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 แลลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย - ขวา ทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4 ปิดปาก แล้วดันลิ้นไปที่ริมฝีปาก บน - ล่าง ทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 5 ปิดปาก แล้วดันลิ้นไปที่กระพุ้งแก้ม ซ้าย - ขวา ทำ 10 ครั้ง

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล (2555) แนะนำว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายน้อย น้ำลายเหนียว และกลิ่นลำบาก ควรใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ แต่ไม่ควรใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ ผู้ดูแลอาจใช้ผ้าชุบน้ำยาบ้วนปากเช็ดช่องปาก ฟัน เหงือก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้นให้ผู้ป่วย

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคนา เวชวิธ (2554) แนะนำว่า อาจหาอาหารชนิดที่เห็นแล้ว ทำให้น้ำลายไหล เช่น สะเดา น้ำปลาหวาน มะขามป้อม แต่ต้องระวังอย่าให้หวานมากเกินไป เพราะตุ่มรับรสที่ลิ้นรับรสได้น้อยลง ส่วนยาที่ใช้กระตุ้นการหลั่งน้ำลายยังไม่แพร่หลาย และราคาแพง ปัจจุบันประเทศไทยเริ่มทดลองผลิตยาลดปากแห้งจากवानทางจระเข้ โดยทั่วไปถ้าริมฝีปากแห้ง ปกติใช้ลิปมันทาได้ แต่ถ้าเป็นผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ ไม่ควรใช้ เนื่องจากลิปมันเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของไขมัน หรือวาสลีน ถ้าทาแล้วมีบางส่วนหลุดเข้าบริเวณปอดเป็นสิ่งแปลกปลอม ควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีไขมันผสม เช่น KY jelly ส่วนยาที่ใช้กระตุ้นการหลั่งของน้ำลายทางระบบ เช่น Pilocarpine มักจะหลีกเลี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียง ควรใช้แบบเฉพาะที่ ซึ่งมีทั้งรูปแบบของเหลว, เจล หรือสเปรย์สำหรับพ่นเข้าไปในปาก

4.7 ภาวะน้ำลายไหลมาก (Excessive drooling)

สาเหตุหลักเกิดจากปัญหาเรื่องท่าทาง และการควบคุมกล้ามเนื้อ หรือจมูกอุดตัน ทำให้ไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ น้ำลายไหลออกจากปาก และยังพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน

อาการแสดง: พบน้ำลายไหลออกจากปาก ที่นอน หมอน เปียกชื้น

อาการ: มุมปากเปียก อักเสบ ทำให้เกิดอาการเจ็บ

การดูแล: เช็ดรอบ ๆ ปากให้แห้ง ใช้ครีมทาใบหน้า เจลทาริมฝีปาก เพื่อให้ความชุ่มชื้น ในบางรายอาจต้องส่งไปฝึกกลืน บางรายอาจต้องพบแพทย์เพื่อสั่งยาลดการหลั่งของน้ำลาย (Mili Doshi, 2016)

4.8 ภาวะกลืนลำบาก

ชมพูนุช พงษ์อัคคีธา และคณะ (2562) กล่าวว่า ภาวะกลืนลำบาก เป็นภาวะที่เกิดจากอวัยวะที่ควบคุมการกลืนผิดปกติหรือทำงานบกพร่อง เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ทางเดินหายใจอุดกั้น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ ภาวะฟุ้งฟิง ภาวะซีมีเศร่า คุณภาพชีวิตลดลง

กระบวนการกลืน เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนต้องอาศัยการทำงานที่ประสานกันเป็นอย่างดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ระบบการรับรู้สัมผัสและประสาทสั่งการการทำงานภายใต้การควบคุมของจิตใจและกลไกรีเฟล็กซ์ ศูนย์ควบคุมการกลืนอยู่ที่สมองใหญ่ สมองน้อยและก้านสมอง กระบวนการกลืนที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะในช่องปาก เรียกว่า ระยะเวลาช่องปาก Oral phase ริมฝีปากที่ปิดสนิท ลิ้นที่เคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อที่ใช้ ในการบดเคี้ยว เป็นกลไกสำคัญในการกลืน เมื่ออาหารแข็งเข้าปากจะวางบนลิ้น จากนั้นลิ้นจะพาอาหารแข็งไปยังตำแหน่งของฟันเพื่อผ่านการบดเคี้ยวให้อาหารมีขนาดเล็กลง การบดเคี้ยวจะกระตุ้นการหลั่งน้ำลายมาคลุกเคล้ากับอาหารให้นุ่มลง โดยกระบวนการทั้งหมดเป็นการเคลื่อนไหวที่เชื่อมต่อกัน ตั้งแต่ขากรรไกร ลิ้น แก้ม และเพดานอ่อน ผู้ป่วยติดเตียงมักจะมีอาการปากแห้งจากการสร้างน้ำลายลดลง ร่วมกับการไม่มีฟัน และกำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการบดเคี้ยวลดลง ทำให้ใช้เวลาในการบดเคี้ยวอาหารเพิ่มขึ้น กำลังและการประสานการทำงานของริมฝีปากและลิ้นลดลง ทำให้ระยะเวลาช่องปากใช้เวลานานขึ้น และมีประสิทธิภาพลดลง จึงต้องมีการกลืนหลายครั้งกว่าอาหารจะหมดจากช่องปาก บางรายอาจมีอาหารเหลือค้างในปาก จึงเป็นแหล่งสะสมของเชื้อก่อโรคเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก

โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาทที่ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), ภาวะบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic brain injury), โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor), โรคของเส้นประสาทสมอง (Cranial nerve palsy), ภาวะบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ, โรคพาร์กินสัน, โรคสมองเสื่อม, โรค Multiple sclerosis, โรค Motor neuron disease, โรค Myasthenia gravis, ภาวะผิดปกติของสมองแต่กำเนิด (Congenital) และ สมองพิการ (Cerebral palsy) เป็นต้น

ความบกพร่องด้านการกลืนลำบาก มักพบได้ทันทีภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมการกลืน การทำงานไม่สัมพันธ์กันของระบบการกลืนอาหาร และน้ำ ส่งผลให้มีอาหาร น้ำ และสารคัดหลั่งค้างค้ำในช่องปาก ฉะนั้นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบากก่อนเริ่มรับประทานอาหาร น้ำ หรือยา โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝน และใช้เครื่องมือการประเมินที่มีคุณภาพ ซึ่งการคัดกรองภาวะกลืนลำบากและการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อได้

ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากมักจะมีปัญหาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาโภชนาการ ปัญหาสำลัก ปัญหาเสมหะคั่งค้างในปอด ปัญหาเรื่องการพูดการสื่อสาร ปัญหาสุขอนามัยช่องปาก และฟัน เป็นต้น ปัจจุบันขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางด้านฟื้นฟูการกลืน ดังนั้นแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย พยาบาล และนักโภชนบำบัด รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข ควรสามารถคัดกรอง ประเมิน ให้คำแนะนำการรักษาเบื้องต้น และส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

ลักษณะทางคลินิกของภาวะกลืนลำบากที่มีพยาธิสภาพจากช่องปากและคอหอย

- น้ำลายไหล มีน้ำลายกอง ไหลย้อนมุมปาก มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปากหรือจมูก
- มุมปากตก เบี้ยว หรือปิดปากไม่สนิท
- การเคี้ยวบกพร่อง
- รู้สึกกลืนไม่หมด กลืนติด
- มีอาการตกค้างในช่องปาก คอหอย
- มีการเคลื่อนไหวของลิ้นบกพร่อง ลิ้นอ่อนแรง
- ไม่สามารถกลืนได้ หรือกลืนได้ช้ากว่าปกติ
- มีเสียงขึ้นจมูก/ เครือ/ แหบ ไอ สำลักก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืนน้ำ หรืออาหาร
- ทานอาหารได้ช้าลง
- ติดเชื้อในปอดไม่ทราบสาเหตุหลายครั้ง
- น้ำหนักลดไม่ทราบสาเหตุ
- พฤติกรรมการทานอาหารเปลี่ยนไป

ลักษณะทางคลินิกของภาวะกลืนลำบากที่มีพยาธิสภาพที่หลอดอาหาร

- อาการกลืนลำบากเป็นของแข็ง (solid) มากกว่าของเหลว (liquid)
- มีอาการอื่นร่วม เช่น อาการเรอ กรดไหลย้อน แสบอก กลืนแล้วเจ็บ
- มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด
- มีอาการทางระบบหู คอ จมูก ควรส่งต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์

ศัลยแพทย์ แพทย์เฉพาะทางด้านหู คอ จมูก

สิริมา กุลวานิช (2566ก) กล่าวว่า ปัญหาในช่องปากของผู้ป่วยกลืนลำบาก ได้แก่

- เศษอาหารติดค้างที่บริเวณกระพุ้งแก้ม, เพดานปาก, ซอกฟัน เนื่องจากความรู้สึก

ในช่องปากลดลง การควบคุมลิ้นและกล้ามเนื้อเชื่อมลง

- ปากแห้ง น้ำลายน้อย เนื่องจากไม่สามารถจับ/ ตีมน้ำทางปาก หรือผลจากยาที่ใช้ในการรักษา

- ความเสี่ยงฟันผุสูงขึ้น เนื่องจากมีเศษอาหารตกค้างในช่องปากมาก ได้รับอาหารเสริมทดแทนที่มีน้ำตาลสูง ละลายการแปรงฟัน หรือไม่สามารถแปรงได้ดี หรือบ้วนปากอย่างเดียว

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ, (2564) แนะนำว่า ผู้ป่วยมักมีประวัติการสำคัญอาหาร ในช่วง 1 - 3 เดือน กินอาหารไม่ได้ หรืออยู่ในระยะการรักษามะเร็ง หรือมีอาการทางสมอง ได้แก่ สมองเสื่อม จึงแนะนำให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องปากและลิ้น แนะนำให้กินอาหารอ่อน ช่วยให้กลืนง่ายขึ้น ประสานขอการสนับสนุนเจลลี่โภชนา ซึ่งเป็นอาหารเสริมที่ช่วยให้พลังงานในรูปแบบของเจลลี่ เพื่อสะดวกในการกินและกลืน ช่วยในรายที่มีปัญหา กินอาหารไม่ได้ จากมูลนิธิทันตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ และประสานนักกิจกรรมบำบัดให้ดูแลอย่างเหมาะสม

ชมพูนุช พงษ์อัคคีธา และคณะ (2562) เสนอให้มีการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปากที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (Oro-muscular exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนเนื้ออ่อนแรง ควบคุมริมฝีปาก ลิ้นและขากรรไกรไม่ดี ควรบริหารก่อนการรับประทานอาหาร ส่วนจำนวนและความถี่ในการบริหารขึ้นกับความพร้อมและสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

การบริหารริมฝีปาก (Lip exercise) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการน้ำลายไหลย่อยอาหารรั่วออกจากปาก กัดริมฝีปาก มีเศษอาหารติดอ้อยู่ในช่องระหว่างฟันหน้ากับริมฝีปาก

- วิธีฝึก:
- ฝึกอ้าปากกว้าง
 - ฝึกการดูด เช่น ดูดน้ำ ดูดหลอด
 - ฝึกการเป่า เช่น เป่ากระดาษ เป่าเทียน เป่านกหวีด เป่าน้ำ เป็นต้น
 - ใช้นิ้วริมฝีปากแน่น ๆ แล้วคลายออก ใช้นิ้วปาก/ คาบของด้วยริมฝีปาก
 - ห่อปากสลับกับยิ้มกว้าง ฝึกห่อปากเป็นรูปตัว O ยิ้มสลับทำปากจู๋ หรือออกเสียง “อู” สลับเสียง “อี”
 - ฝึกพูด “พะๆๆๆ” ให้ชัด (สิริมา กุลวานิช, 2566ก)

บริหารกล้ามเนื้อรอบปากโดยใช้นิ้วโป้งกดลง ตรงกลางริมฝีปากบนแล้ววนเป็นวงกลม (ตามเข็มนาฬิกา) ลงมายังริมฝีปากล่าง ก่อนจะกลับมาบรรจบที่จุดตั้งต้น ทำทั้งหมด 5 ครั้ง จากนั้นใช้นิ้วชี้แตะในทิศทางต่าง ๆ (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2559)

การบริหารแก้ม (Cheek exercise) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการกัดแก้ม มีเศษอาหารติดอ้อยู่ใน ช่องระหว่างฟันหลังกับกระพุ้งแก้ม

- วิธีฝึก:
- กักลมในปากให้แก้มป่อง ขยับซ้ายขวาเหมือนจะบ้วนปาก แล้วปล่อยลมออกจากปากช้าๆ

- ใช้ไม้กดลิ้น/นิ้วดันแก้มออกมา
- ฝึกดูดแก้ม (สิริมา กุลวานิช, 2566ก)

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล (2555) แนะนำการบริหารใบหน้าในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลควรช่วยบริหารให้ ดังนี้

ท่าที่ 1 ให้ผู้ป่วยหลับตา แล้ววางนิ้วมือทั้ง 2 ข้างที่เปลือกตา จากนั้นเคลื่อนนิ้วมือไปรอบๆ อย่างนุ่มนวล

ท่าที่ 2 ใช้นิ้วมือจับกล้ามเนื้อรอบริมฝีปากบนและล่าง บีบ 10 วินาทีแล้วปล่อย

ท่าที่ 3 ดึงแก้มทั้งซ้ายขวา 10 วินาที แล้วปล่อยมือ จากนั้นดึงแก้มขึ้นเล็กน้อย ขยับไปซ้ายขวา 10 วินาที แล้วปล่อยมือ

การบริหารลิ้น (Tongue Exercise) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการควบคุมอาหารในปากไม่ได้ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไอ สำลักอาหาร มีเศษอาหารตกค้างในปาก

วิธีฝึก: - ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้ง 2 ข้างสลับกัน

- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้างสลับกัน ถ้าผู้ป่วยทำได้ให้ผู้ดูแลออกแรงต้านโดยเอานิ้วดันบริเวณแก้มของผู้ป่วยในทิศทางตรงข้าม

- ให้ผู้ป่วยแกลบลิ้นออกมาข้างหน้า หรือให้เลียไอศกรีมหรืออมยิ้ม โดยให้ไอศกรีมหรืออมยิ้มอยู่ห่างออกมาทางด้านหน้าเล็กน้อย

- ให้ผู้ป่วยแตะลิ้น

- ให้ผู้ป่วยพูดคำต่อไปนี้ให้เร็วและต่อเนื่องนานที่สุดเท่าที่จะทำได้

(ลาลาลา / คาคาคา / คาลาลาลาลาลา)

- ใช้ขนมหวาน น้ำหวาน แตะบริเวณริมฝีปากบนและล่าง และมุมปาก

ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นเลียบริเวณดังกล่าว

- ให้ผู้ป่วยยกลิ้นแตะเหงือก แล้วให้เคลื่อนลิ้นจากด้านหน้าไปด้านหลัง ทำซ้ำๆ

- ให้ผู้ป่วยอ้าปาก แล้วยกปลายลิ้นแตะเหงือกบนด้านใน อาจใช้ไม้กดลิ้นหรือไม้พันสำลีวางบนลิ้น ให้ผู้ป่วยยกลิ้นแตะค้างไว้ไม่ให้ไม้กดลิ้นหรือไม้พันสำลีหล่นลงมา

- การบริหารลิ้นแบบให้แรงต้าน โดยให้ผู้ป่วยดันลิ้นออกมานอกปาก แล้วผู้ดูแลใช้ไม้กดลิ้นดันลิ้นไปในทิศทางตรงกันข้าม ทั้งทิศทางหน้าหลัง หรือทิศซ้าย - ขวา

- ใช้นิ้วของผู้ดูแล หรือช้อนวางบนลิ้น แล้วให้ผู้ป่วยออกแรงผลักนิ้วหรือช้อนไปด้านหน้า นาน 6-10 วินาที ทำซ้ำ 5 รอบ

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวีริยกุล (2555) แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อลิ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจะเป็นผู้ปฏิบัติให้ โดยทำก่อนรับประทานอาหาร วิธีการคือ ใช้ผ้าก๊อซดึงลิ้นแล้วขยับไปข้างหน้า ทางซ้ายและขวา ใช้เวลาประมาณ 10 วินาที ทำซ้ำ 3 ครั้ง จะช่วยให้การเคลื่อนไหวของลิ้น และการหลั่งของน้ำลายดีขึ้น

การบริหารขากรรไกร (Jaw Exercise) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ้าปากกว้างไม่ได้ ขยับขากรรไกรเอียงซ้ายขวา ขณะบดเคี้ยวได้ไม่ดี

วิธีฝึก: - อ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง “อา” แล้วปิดปากให้ฟัน
กระทบกัน

- ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรลงไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที
(ทำสลับซ้าย-ขวา)

- เคลื่อนไหวขากรรไกรในลักษณะการเคี้ยวข้าว ทำซ้ำ 5 - 10 รอบ

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวีริยกุล (2555) แนะนำการบริหารต่อมน้ำลาย เพื่อกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลาย ให้ผลิตน้ำลายมากขึ้น แนะนำให้กระตุ้นต่อมน้ำลายทั้ง 3 ตำแหน่ง โดยทำก่อนรับประทานอาหาร ให้ทำตามขั้นตอน 1-3 แล้วทำซ้ำอีก 2-3 ครั้ง

ขั้นที่ 1 กระตุ้นต่อมใต้หู วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้ไว้ที่แก้ม หน้าตึงหู แล้วขยับนิ้วหมุนเป็นวงวนจากข้างหลังไปข้างหน้า 10 ครั้ง

ขั้นที่ 2 กระตุ้นต่อมใต้คาง วางนิ้วโป้งตรงส่วนที่นุ่มใต้กระดูกคาง กดตั้งแต่ใต้หูจนถึงใต้คาง ประมาณ 5 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 5 ครั้ง ตามลำดับ

ขั้นที่ 3 การกระตุ้นต่อมใต้ลิ้น ใช้นิ้วโป้งของทั้ง 2 มือ กดลงซ้ำๆ ที่ใต้คางบริเวณใต้ลิ้น 10 ครั้ง การฝึกไอ เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเอาเศษอาหาร/ น้ำที่ค้างในทางเดินหายใจเวลาสำลักให้หลุดออกมาได้ โดยให้นั่งตัวตรง หายใจเข้าลึกๆ ให้ท้องป่อง แล้วกลืนหายใจไว้ เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องแล้วไอออกมาแรงๆ (หรือพ่นลมจากคอออกมาแรงๆ) (สิริมา กุลวานิช, 2566ก)

สิริมา กุลวานิช (2566ข) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชืหลังทำหัตถการ และลดโรคในช่องปาก โดยมีหลักสำคัญ ได้แก่

- Mechanical cleaning การทำความสะอาด โดยการเช็ดหรือแปรงเอาสิ่งตกค้างในปากออกก่อนเสมอ

- Chemical/ protective factors หากเสี่ยงฟันผุ (กรณียังกินทางปาก หรือฝึกกลืนอยู่) ให้ใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟอส และที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์อย่างน้อย 1000 ppm หากเสี่ยงโรคปริทันต์หรือติดเชื้อ ให้ใช้ Chlorhexidine ชนิดเจล หรือสเปรย์

- Safety & comfort (ลดโอกาสสำลักระหว่างแปรงฟัน) โดยมีการปรับท่านั่ง มีการใช้เครื่องดูดน้ำลาย และผลิตภัณฑ์ให้ความชุ่มชื้น โดย

- สังเกตการเปลี่ยนแปลงในช่องปากก่อนเสมอ
- หากนอนราบ และผู้ดูแลเป็นผู้แปรงให้ ให้ปรับเตียงผู้ป่วยเอนขึ้น 30 - 45 องศา และใช้หมอนรองศีรษะ/ หมอนข้างหนุนให้เอียงมาทางด้านข้าง
- ถ้าบ้วนน้ำลายเองไม่ได้ ให้เตรียมเครื่องดูดน้ำลาย/ ผ้าซับให้พร้อมเสมอ
- เช็กระดับออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) ก่อนเสมอ

ชมพูนุช พงษ์อัคคีรา และคณะ (2562) ได้เสนอขั้นตอนในการดูแลทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก

ขั้นที่ 1 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม โดยอยู่ในท่าเอนตัว (reclining position) แพนหลังทำมุมกับพื้น 30 - 45 องศา พร้อมหมอนรองต้นคอ (cervical pillow/ neck support) หากผู้ป่วยได้รับการประเมินความสามารถในการกลืนในท่าต่างๆ แล้ว ก็สามารถจัดท่าอื่นๆ ที่เหมาะสมได้ตามที่แพทย์หรือนักกิจกรรมบำบัดแนะนำ

ขั้นที่ 2 กำจัดเศษอาหารหรือคราบเสมหะ (secretion) ภายในช่องปาก โดยใช้ก้านฟองน้ำ (oral foam swab) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่นิยมใช้ในการทำความสะอาดช่องปาก สามารถใช้กำจัดเศษอาหารตามกระพุ้งแก้มหรือคราบเสมหะที่เพดานปาก อีกทั้งใช้นวดสัมผัสเพื่อกระตุ้นการกลืนได้ แต่ให้ระวังการใช้ oral foam swab ทุกยี่ห้อ หลังจากมีรายงานอุบัติการณ์มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการที่ก้อนโฟมหลุดออกจากก้านแล้วปิดกั้นทางเดินหายใจ หากต้องการใช้ oral foam swab จะต้องตรวจสอบให้แน่ใจถึงความแข็งแรงก่อนการใช้งานและจุ่มน้ำเพียงเล็กน้อยให้ชื้น (moist) แล้วใช้งานได้เลย ไม่ให้แช่น้ำจนชุ่ม (soak) เนื่องจากจะทำให้กาวละลายและทำให้ส่วนโฟมหลุดออกจากก้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำทำความสะอาดช่องปาก นอกจากนี้ ยังสามารถใช้นิ้วที่พันด้วยผ้าก๊อช หรือไม้พันสำลี (sterile cotton swab) หรือไม้พันสำลีพันผ้าก๊อช หรือแปรงขนนุ่มพิเศษเพื่อกำจัดเศษอาหาร คราบเมือก/เสมหะ ก่อนการทำความสะอาดขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 3 ดูดซับน้ำลาย สารคัดหลั่ง และสิ่งแปลกปลอม ตลอดการทำความสะอาดช่องปาก ด้วยสายดูดสำหรับใช้ในปากและจมูก หรือที่ดูดน้ำลายแบบใช้แล้วทิ้งของทางทันตกรรม หากไม่มีอุปกรณ์ช่วยดูดน้ำลาย ให้ใช้ผ้าสะอาดซับน้ำลายแทน ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดขณะทำการทำความสะอาดช่องปาก

ขั้นที่ 4 แปรงฟัน หากผู้ป่วยมีฟันธรรมชาติ ให้แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยแปรงสีฟันขนาดหัวแปรงเล็ก ขนนุ่ม หรือนุ่มพิเศษ อาจใช้แปรงไฟฟ้าก็ได้ ร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่มีปริมาณฟลูออไรด์อย่างน้อย 1000 ppm โดยให้บิบบยาสีฟันขนาดเท่าเม็ดถั่วลันเตา ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 3 ปี ประเด็นสำคัญในผู้ป่วยกลืนลำบาก คือ การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีฟองน้อย

หรือไม่มีฟอง ทำให้ใช้เทคนิค “แปรงแห้ง” ได้ โดยให้ผู้ป่วยบ้วนยาสีฟัน หรือคุด/ ซับออกด้วยผ้าสะอาดหลังแปรงฟันเสร็จ โดยไม่ต้องบ้วนน้ำหรือฉีดน้ำเข้าไปในช่องปาก หรืออาจแปรงด้วยแปรงสีฟันที่ไม่มียาสีฟันก่อน จนกำจัดคราบจุลินทรีย์เสร็จแล้วค่อยใช้ยาสีฟันมีฟลูออไรด์แปรงเคลือบเป็นการเสริมแร่ธาตุให้กับฟัน แล้วบ้วนทิ้งหรือเช็ดออก หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงโรคฟันผุสูง แนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูง 5000 ppm ที่สั่งจ่ายโดยทันตแพทย์ ให้แปรงเป็น brush on gel บาง ๆ บนตัวฟันแล้วทิ้งไว้ ไม่ต้องบ้วนน้ำตาม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคฟันผุสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารเสริม หรือมีการใช้สารปรับความหนืดข้น หรือมีการใช้สารที่ผสมน้ำตาลในการประเมินทดสอบหรือฝึกกลืน แม้ผู้ป่วยจะได้รับอาหารทาง NG tube เป็นหลัก แต่ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลแม้เพียงเล็กน้อยก็ถือว่ามีความเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการทำทำความสะอาดช่องปาก การจับแปรงแบบปากกา (pen grip) ก็อาจช่วยทำให้การแปรงฟันทำได้สะดวกขึ้น

ขั้นที่ 5 ทำความสะอาดฟันเทียม ให้ถอดฟันเทียมออกมาแปรงล้างทำความสะอาดด้วยแปรงสีฟันหรือแปรงฟันเทียมโดยเฉพาะก็ได้ ไม่ควรใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันเทียมเนื่องจากผงขัดในยาสีฟันอาจทำให้ฟันเทียมฐานพลาสติกเป็นรอยขีดข่วนได้ ให้ใช้น้ำสบู่ทำความสะอาดฟันเทียมแปรงฟันเทียมให้ครบทุกด้านทั้งด้านที่มีตัวฟันและด้านที่สัมผัสกับเหงือก/ เพดานปาก แปรงตามซอกของตะขอให้สะอาดด้วย โดยบางครั้งอาจต้องใช้แปรงขนาดเล็กๆ ร่วมด้วย ยังไม่มีงานวิจัยในประเทศเขตร้อนว่าอุณหภูมิร้อนจะมีผลทำให้พลาสติกที่เป็นส่วนประกอบของฟันเทียมบิดตัวได้ขนาดที่มีผลต่อการใส่ฟันหรือไม่ จึงแนะนำให้แช่ในน้ำปิดฝากล่อง และต้องนำฟันเทียมมาทำความสะอาดก่อนใช้งานเสมอ แนะนำให้ฆ่าเชื้อบนฟันเทียมด้วยการแช่ sodium hypochlorite เจือจาง หรือ 2% Chlorhexidine digluconate solution เป็นเวลาอย่างน้อย 3 นาที (ฟันเทียมที่มีโครงหรือตะขอโลหะให้แช่ใน sodium hypochlorite เจือจางนานเพียง 1 นาที)

ขั้นที่ 6 ใช้ Chlorhexidine ทำความสะอาดช่องปาก (เฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 6 ปี) ในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการแปรงฟัน ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง (tube fed) หรือผู้ป่วยมีสภาพเหงือกอักเสบแดงบวม หรือมีหนอง ผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ (periodontitis) แนะนำให้ใช้ 0.12% Chlorhexidine gluconate mouthwash ทุก 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากไม่ควรบ้วนน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันการสำลัก ควรเปลี่ยนไปใส่น้ำยาบ้วนปากในขวดสเปรย์หรือซุบผ้าก๊อชเช็ดเหงือก และเยื่อช่องปาก (mucosa) ในต่างประเทศมีน้ำยาบ้วนปาก Chlorhexidine gluconate ชนิดปราศจากแอลกอฮอล์ (ethanol) ซึ่งยังไม่สามารถหาซื้อได้ทั่วไปในประเทศไทย หากผู้ป่วยแสบปากให้ผสมน้ำยาบ้วนปาก Chlorhexidine gluconate 50:50 กับน้ำเกลือ หรือน้ำสะอาด ใช้ครั้งต่อครั้ง ไม่ให้ผสมเก็บไว้ใช้ระยะยาว แต่ยังไม่มีการวิจัยว่าความเข้มข้นที่เปลี่ยนไปจะมีผลต่อการป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อหรือไม่อย่างไร

Chlorhexidine ไม่สามารถใช้ร่วมกับยาสีฟัน จึงแนะนำให้แปรงฟันด้วยยาสีฟันช่วงเช้าและก่อนนอน และเช็ดช่องปากด้วยน้ำยา Chlorhexidine ช่วงกลางวันและเย็น

ขั้นที่ 7 แปรงลิ้น ด้วยแปรงสำหรับแปรงลิ้นโดยเฉพาะ หรือแปรงสีฟัน ไม่ขูดลิ้น ด้วยที่ขูดลิ้นโลหะหรือพลาสติก

ขั้นที่ 8 ทำให้ริมฝีปาก และภายในช่องปากชุ่มชื้น เพราะภาวะปากแห้งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยกลืนลำบากจนต้องได้รับอาหารทางสายยาง มักทำให้ผู้ป่วยอ้าปากจนทำให้ปากแห้ง ดังนั้น การทำให้ริมฝีปาก และภายในช่องปากชุ่มชื้น จึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภูมิต้านทานต่ำ แนะนำให้ใช้สารหล่อลื่นสูตรน้ำ (water-based moisturizer) แทนปิโตรเลียมเจลในการทาริมฝีปาก เนื่องจากปิโตรเลียมเจลมีความเสี่ยงที่จะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค

4.9 ผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก/ ผู้ป่วยกัด

จิรเกษม มาตลิกโกวิท-ลาวเวอร์ธู (2566) กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่ยอมอ้าปาก อาจเกิดจาก

- มีอาการปวด หรือเสียวฟันเมื่อเจอความเย็น แนะนำให้เปลี่ยนเป็นใช้น้ำอุ่นแทน เพื่อหลีกเลี่ยงอาการเสียวฟัน

- ผู้ป่วยกลัว แนะนำให้ใช้เทคนิค tell-show-do

- ช่วงเวลาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี จึงไม่ให้ความร่วมมือ ให้กลับมาดูแลช่วงเวลาอื่นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมืออ้าปากในการดูแลสุขภาพช่องปาก

- ให้ผู้ป่วยช่วยคิด/ ตัดสินใจ เช่น ต้องการแปรงฟันก่อน หรือหลังรับประทานอาหารเมื่อเช้าวันนี้ต้องการใช้แปรงสีฟันสีน้ำเงิน หรือสีแดง

- ให้เหตุผล เช่น การเอาเศษอาหารออกจากฟันจะทำให้สบายขึ้น แปรงฟันให้เรียบร้อยก่อนที่หลานๆ จะมาเยี่ยม

- ปรับสภาพแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวน หรือดึงดูดความสนใจ เช่น ปิดทีวี หรือแปรงฟันเมื่อดูรายการทีวีจบ แต่ในบางครั้งสิ่งที่ดึงดูดอาจช่วยได้ เช่น เปิดทีวีขณะแปรงฟัน หรือถอด/ ลูบสัตว์เลี้ยง

- วิธีช่วยเปิดปากให้กว้างขึ้น โดยวางแปรงสีฟันไว้ที่ริมฝีปาก แล้วค่อยๆ สอดด้ามช้อนกาแฟไปที่มุมปาก แล้วจึงดึงกระพุ้งแก้มออก แล้วเริ่มแปรงด้านนอกของฟัน

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2559) แนะนำเทคนิคช่วยในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก ดังนี้

ขั้นที่ 1 นวดสัมผัส (desensitize) โดยใช้ปลายนิ้วสัมผัสที่ริมฝีปากของผู้ป่วย นวดเพียงเบาๆ รอบๆ ริมฝีปาก และแก้ม

ขั้นที่ 2 สอดนิ้วเข้าไปตรงช่องว่างระหว่างฟันกับกระพุ้งแก้มจนถึงตำแหน่งเลยท้าย ฟันกรามล่างที่สุดท้ายไปเล็กน้อย ใช้ปลายนิ้วกดเบาๆ (สวมถุงมือและตัดเล็บให้สั้น) ตรงตำแหน่ง K point จะทำให้ผู้ป่วยอ้าปากได้

ขั้นที่ 3 เมื่อผู้ป่วยอ้าปากแล้ว ให้ผู้ป่วยกัดตามแปรงสีฟันที่พันผ้าก๊อช โดยให้ใช้ฟัน หลังกัดเสมอ ห้ามใช้ฟันหน้ากัด ปรับความหนาของผ้าก๊อชตามความเหมาะสม เพื่อให้มีที่ว่างในช่อง ปากพอที่จะเข้าไปทำความสะอาดฟันได้

4.10 ผู้ป่วยเลือดออกง่าย

ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาจมีภาวะเลือดออกง่ายเฉพาะที่ในบางบริเวณ การทำความสะอาด ควรเลือกแปรงขนนุ่ม ระวังอย่าให้แปรงโดนเหงือก หรือเนื้อเยื่อช่องปาก หากมีเลือดออกให้ พิจารณาห้ามเลือดโดยให้อมน้ำยาบ้วนปาก 5 % tranexamic acid โดยเตรียมจาก ยาฉีด tranexamic ขนาด 500 มิลลิกรัม ผสมน้ำเกลือ 5 มิลลิลิตร อมทุก 4 ชั่วโมง หรือ แคปซูล tranexamic acid 250 มิลลิกรัม แคบ 2 แคปซูล ผสมน้ำเปล่า 10 ซีซี อมทุก 2 ชั่วโมง (มัทนา เกษตรหัตถ์, ม.ป.ป.)

4.11 การแปรงฟัน

มัทนา เกษตรหัตถ์ (ม.ป.ป.) ได้นำเสนอ ขั้นตอนการแปรงฟันในผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิง แบบทั่วไป ดังนี้

ขั้นที่ 1 เตรียมความพร้อม โดยจัดทำผู้ป่วยให้มีฟันผุ มีที่รองท้ายทอย ไม่นอนราบ จัดทำผู้ดูแลให้เข้าทำงานได้สะดวก ไม่ต้องก้มมากจนปวดคอ/ หลัง สถานที่ ไม่จำเป็นต้องเป็นห้องน้ำ ถ้ากลิ่นลำบาก/เสียงสำคัญ หรือบอกให้บ้วนแต่กลิ่น ให้ใช้น้ำให้น้อยที่สุด หากผู้ป่วยกลืนได้ บ้วนได้ ยังพอใช้น้ำได้เล็กน้อย (15 มิลลิลิตร) อาจนั่ง หรือนอนก็ได้

ขั้นที่ 2 ถ้าปากแห้งมาก ให้ทาริมฝีปากให้ชุ่มชื้นก่อน ในกรณีที่ร่างกายอ่อนแอมาก ต้องใส่สายออกซิเจน หรือเครื่องช่วยหายใจ ให้หลีกเลี่ยงการใช้ปิโตรเลียมเจล เพราะเป็นไขมันที่หาก เข้าปอดจะกำจัดเองไม่ได้เหมือนตอนร่างกายแข็งแรง ให้ใช้เจลที่เป็น water-based intraoral moisturizers แทน

ขั้นที่ 3 เอาเศษอาหารที่ตกค้างออกก่อน เช็ดคราบต่างๆ อย่าลืมนวดที่เพดานปากด้วย

ขั้นที่ 4 แปรงฟันเอาคราบจุลินทรีย์ออก โดยยังไม่ต้องใช้ยาสีฟัน จับแปรงแบบจับปากกา จะใช้แปรงไฟฟ้า หรือแปรงธรรมชาติก็ได้ แนะนำแบบด้ามจับถนัดมือ หัวแปรงเล็ก ขนนุ่ม กรณีใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีนร่วมด้วยให้แยกมือ เช่น ใช้ยาสีฟันมือเข้า/ ก่อนนอน ใช้คลอเฮกซิดีนหลังอาหารกลางวัน/ เย็น

ขั้นที่ 5 แปรงลิ้น แต่ไม่ขูดลิ้น

ขั้นที่ 6 บ้วนปาก ถ้าบ้วนเองได้ (ใช้น้ำน้อยๆ น้อยกว่า 15 มิลลิลิตร หรือใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์) ถ้าบ้วนไม่ได้ ให้เช็ดส่วนเกิน หรือใช้เครื่องดูดน้ำลาย (แบบถอดปลายออกไม่ได้)

ขั้นที่ 7 อาจเพิ่มการใช้น้ำลายเทียม และทาริมฝีปากให้ชุ่มชื้น

จินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2559) ได้เสนอลำดับขั้นตอนการแปรงฟัน ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำจัดเศษอาหาร โดยให้ผู้ป่วยกัดฟัน แล้วสังเกตว่ามีอาหารค้างอยู่ที่กระพุ้งแก้มหรือไม่ โดยเฉพาะกระพุ้งแก้มข้างที่กล้ำเนื้ออ่อนแรง หากมีเศษอาหารตกค้างให้ใช้แปรงหรือนิ้วฟันผ้าก๊อชชุบน้ำหมาดๆ กวาดเอาเศษอาหารและคราบต่างๆ ออกก่อน จากนั้นใช้แปรงสีฟัน หรือผ้าชุบน้ำ หรือน้ำเกลือหมาดๆ เช็ดในช่องปากเบาๆ ทั่วบริเวณฟัน กระพุ้งแก้ม และลิ้น เพื่อกำจัดเสมหะ หรือน้ำลายเหนียวๆ ออกมาให้มากที่สุด

ขั้นที่ 2 แปรงฟัน ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม และยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ไม่ต้องเอาแปรงจุ่มน้ำเพื่อจะได้ลดปริมาณน้ำและฟองในปาก อาจใช้แปรงสีฟัน 2 อัน อันหนึ่งใช้แปรงฟัน ส่วนด้านแปรงอีกอันใช้รั้งช่องปาก หรืออาจใช้วิธีฟันผ้าก๊อชหนาๆ ที่ด้านแปรงให้ผู้ช่วยกัด เพื่อให้มีพื้นที่ว่างในช่องปากพอที่จะทำความสะอาดฟันได้ ควรเริ่มแปรงจากด้านนอกให้ครบทุกซี่ก่อน ขณะแปรงด้านนอก หรือด้านกระพุ้งแก้ม ควรให้ผู้ช่วยกัดฟันไว้แล้วแปรงไล่ไปที่ลิ้นซี่ จากนั้นจึงแปรงฟันด้านใน การแปรงด้านในของฟันเริ่มจากแปรงฟันหน้าบน ฟันหลังบน แล้วจึงแปรงฟันหน้าล่าง สุดท้ายคือฟันหลังล่าง ขณะแปรงฟันให้ขนแปรงสัมผัสขอบเหงือกด้วย หลังจากแปรงฟันเสร็จควรแปรงลิ้นต่อ อาจใช้แปรงสีฟันทั่วไป หรือแปรงสำหรับแปรงลิ้นโดยเฉพาะ ลากแปรงจากโคนลิ้นออกมายังปลายลิ้น ประมาณ 4 - 5 ครั้ง เมื่อแปรงฟันและลิ้นเสร็จแล้วให้ใช้ผ้าเช็ดฟองที่เหลือ หรือหากจำเป็นต้องบ้วนน้ำ พยายามบ้วนน้ำให้น้อยที่สุด

ขั้นที่ 3 การทำความสะอาดฟันที่ห่างมากๆ รวมถึงฟันซี่ใน และฟันที่อยู่เดี่ยวๆ ให้ใช้ผ้าก๊อชพับเป็นแถบแบน ยาวประมาณ 5 - 6 นิ้ว กว้างประมาณความสูงของตัวฟัน คล้องผ้าตรงตำแหน่งช่องว่างแล้วถูไปมา หรืออาจพันผ้าไว้กับนิ้วมือแล้วเช็ดทำความสะอาดบริเวณฟัน เหงือก ลิ้น และใช้ขัดฟันโดยถูไปตามแนวนอน 5 - 6 ครั้ง

ขั้นที่ 4 กรณีผู้ป่วยไม่มีฟันทั้งปาก ให้ใช้แปรงขนนุ่มแปรงบริเวณสันเหงือก กระพุ้งแก้ม และลิ้น วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น การแปรงลิ้นจะช่วยลดกลิ่นปากได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีฟันแท้ในปากแล้ว แต่หากมีคราบสกปรกติดลิ้น อาจเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปอดอักเสบได้เช่นกัน

ขั้นที่ 5 กรณีผู้ป่วยใส่ฟันเทียม ต้องถอดฟันเทียมออกก่อนทำความสะอาดปาก และฟัน ทำความสะอาดฟันเทียมด้วยทุกครั้ง ควรตรวจสภาพฟันเทียมว่าอยู่ในสภาพดีหรือไม่ หลวม หลุดง่ายหรือไม่ ฟันเทียมบาดเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นแผลหรือไม่ บริเวณใต้ฐานฟันเทียมมีร่องรอยอักเสบหรือไม่ ถ้าพบความผิดปกติให้ปรึกษาทันตบุคลากรต่อไป ให้ผู้ดูแลสังเกตว่ามีฝ้าขาว แผลเนื้องอก ก้อนที่ผิดปกติ หรือมีเชื้อราหรือไม่

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคนา เวชวิธ (2554) ได้เสนอให้ใช้แปรง 2 อัน อันหนึ่งใช้แปรงฟัน อีกอันหนึ่งใช้ด้ามแปรงช่วยเรียงช่องปาก อาจปรับปรุงปร่างทำให้ด้ามแปรงอ่อนเป็นมุมเหมือนกระจกส่องปาก (mouth mirror) โดยใช้ความร้อน นอกจากนี้อาจใช้ไม้กลัดฟันผ้าก๊อชหนาๆ ให้กั๊ด หรือใช้โพนียี่ห้อ open wide ให้ผู้ป่วยกั๊ดได้เลย ซึ่งจะกว้างกว่าแปรงสีฟัน มีที่รองให้นิ้วจับได้ถนัด ใช้ครั้งเดียวทิ้ง หรือจะใช้ฟองน้ำที่เรียกว่า oral swab เพื่อเอาเศษอาหารก้อนใหญ่ออกตามด้วยการแปรงฟัน หรือใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำ เพราะผู้ที่ดูแลตัวเองไม่ได้ ข้างกระพุ้งแก้ม มักจะมีเศษอาหารติดค้างอยู่ Oral Swab มี 2 แบบ คือ แบบที่ไม่ชุบอะไรเลย ถ้าเอามาชุบน้ำยาบ้วนปากก็ช่วยให้รู้สึกสดชื่นขึ้น แต่ไม่มีผลต่อความสะอาด และแบบที่ชุบ lemon glycerin ชนิดนี้ห้ามใช้ในผู้สูงอายุ เพราะยิ่งใช้เนื้อเยื่อจะยิ่งแห้ง นอกจากนี้ ในปัจจุบันแปรงสีฟันไฟฟ้าใช้ได้ดี สะดวกสำหรับผู้ดูแลที่จะแปรงให้ หัวแปรงแบบกลม หมุนๆ จะมีประสิทธิภาพดีที่สุด

ตำแหน่ง (position) ที่เหมาะสม คือ ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมมีอ่างหรือชามรูปไตรอง ถ้าวางไม่ได้ให้ใช้ผ้าขนหนูรองซับน้ำที่ตำแหน่งนั้น ผู้ช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลอาจจะอยู่ทางด้านหลัง จะได้ไม่ปวดหลังหรืออยู่ด้านข้าง หรือให้ผู้ป่วยหนุนคอก

ลำดับขั้นตอนวิธีการแปรงฟัน ควรทำเป็นระบบ โดย

ขั้นที่ 1 เอาเศษอาหารก้อนใหญ่ๆ ออกก่อน โดยใช้ Oral Swab หรือผ้าก๊อช

ขั้นที่ 2 แปรงด้านนอก โดยให้ผู้ป่วยกั๊ดฟันไว้ แล้วแปรงด้านนอกให้ครบทุกซี่

ขั้นที่ 3 แปรงด้านใน ซึ่งมักจะมีปัญหาว่าผู้ป่วยไม่อ้าปาก ให้เอามือลูบแก้ม

ทั้ง 2 ข้าง ใช้นิ้วลูบริมฝีปากให้รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วค่อยๆ เอานิ้วล้วงลงไปให้อ้าปาก สำหรับด้านในจะเริ่มจากแปรงฟันหน้าบนก่อน โดยวางแปรงในแนวตั้ง แปรงฟันหลังบน แล้วค่อยแปรงฟันหน้าล่าง ฟันหลังล่างเป็นตำแหน่งสุดท้าย

ขั้นที่ 4 คอยซับน้ำลายและเศษอาหารตลอดเวลา ใช้ผ้าซับกั๊ดที่ไม่มีที่ดูดน้ำลาย แต่ถ้ามีปัญหาอื่นๆ เช่น กลืนลำบาก ควรมีที่ดูดน้ำลายที่บ้าน

ผู้ป่วยสมองเสื่อม บางคนอาจจะกั๊ด เตะ ตี ต้องใจเย็นๆ เวลาดูแล เคล็ดลับสำหรับผู้ดูแล คือ ให้ยึดหยุ่น อาจจะไม่ต้องแปรงเข้า และเย็นเสมอไป แปรงเวลาไหนก็ได้ เพราะบางทีตอนเช้าผู้ดูแลมีกิจกรรมมาก เช่น เช็ดตัว กินข้าว ย้ายจากเตียงมานั่ง เปลี่ยนเวลาแปรงฟันตอนบ่ายก็ได้

ข้อควรระวังสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ ใช้แปรงที่จับได้ถนัดทั้ง 2 ด้าม ใส่ถุงมือเสมอ อย่าเอานิ้วไปอยู่ระหว่างฟัน ถอดฟันเทียมก่อนเสมอ แล้วนำฟันเทียมมาแปรงข้างนอก ขณะแปรงฟันให้ผู้ป่วยชูมือขึ้น ผู้ดูแลถอดจากด้านหลัง หรือให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ใช้เทคนิคลูบหน้า ลูบริมฝีปากเพื่อให้อ้าปาก และควรมีวิชาชีพอื่น นอกเหนือจากทันตบุคลากรเข้ามาช่วย สิ่งสำคัญ คือ ต้องสื่อสารกับญาติหรือผู้ดูแลให้เข้าใจ

วารางคณา เวชวิธี และคณะ (2559) ได้นำเสนอว่า การแปรงฟัน ให้ยืดหยุ่น อาจจะไม่ต้องแปรงตอนเช้า หรือเย็นเสมอไป แต่อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ผู้ดูแลแปรงฟันพร้อมกับช่วงทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น หลังกินข้าว หลังเช็ดตัว หลังเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น ขึ้นอยู่กับสภาวะอารมณ์ความยินยอมของผู้ป่วย แนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟอง หรือมีฟองน้อย

อุปกรณ์ที่ใช้ในการแปรงฟัน ได้แก่ แปรงสีฟัน 1-2 ด้าม ยาสีฟัน น้ำสะอาด แก้วน้ำ ผ้าขนหนูผืนเล็ก ขามรูปไต หรือกระโถน

ขั้นตอนการแปรงฟัน

ขั้นที่ 1 บอกผู้ป่วยให้ทราบก่อนว่ากำลังจะทำอะไร ก่อนลงมือปฏิบัติ และต้องสื่อสารกับญาติ

ขั้นที่ 2 ปรับตำแหน่งผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการแปรงฟัน โดยอาจจะเป็น

- ท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน ควรพยุงผู้ป่วยขึ้นนั่งเอนหลัง ให้ศีรษะสูงจากพื้นท่ามุมประมาณ 30 - 45 องศา อาจใช้หมอนหนุนบนเตียง หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียงประมาณ 1 ฟุต จะเป็นท่าที่ปลอดภัย และไม่เกิดการสำลัก หรือในคนที่ศีรษะไม่อยู่นิ่ง ควรให้ผู้ป่วยนั่ง และผู้ดูแลอยู่ด้านหลัง ใช้แขนข้างหนึ่งโอบศีรษะ และอีกข้างหนึ่งถือแปรงเข้าปาก หรือกรณีที่ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้เองไม่ได้ อาจต้องใช้ คน 2 คนช่วยกัน โดยคนหนึ่งใช้แขนกอดจากด้านหลังของผู้ป่วย เพื่อกอดไหล่ และแขนของผู้ป่วยไว้กับพนักเก้าอี้ ส่วนอีกคนช่วยแปรงฟันให้

- ท่านอน ให้เลื่อนตัวผู้ป่วยชิดริมเตียงข้างที่ผู้ดูแลอยู่ จัดให้นอนตะแคง วางผ้ากันเปื้อนที่หน้าอกป้องกันไม่ให้น้ำหกเลอะที่นอน เสื้อผ้า วางขามรูปไตด้านขวาแนบกับแก้ม ผู้ป่วยให้สนิท (ถ้าไม่มีก็ใช้ภาชนะอื่น แต่ต้องรองผ้าขนหนูกันเปื้อนบริเวณใต้คอเพื่อซับน้ำ)

ขั้นที่ 3 ตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการแปรงฟันของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลอาจจะอยู่ทางด้านข้าง หรืออยู่ด้านหลัง ใช้แขนข้างหนึ่งประคองศีรษะของผู้ป่วยไว้ หรือให้ผู้ป่วยหนุนคอก

ขั้นที่ 4 วิธีการแปรงฟัน

กรณีผู้ป่วยบ้วนน้ำได้ อ้าปากได้

- เริ่มด้วย ใช้น้ำจากแก้วหรือหลอดดูดเล็กน้อย เพื่อให้ช่องปากมีความชื้น
- ผู้ดูแลแปรงฟันให้โดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อน และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

เล็กน้อย

- ควรระวัง อย่าใช้แปรงขนาดใหญ่ หรือใช้แปรงสอดเข้าไปในลำคอลึกเกินไป เพราะอาจทำให้อาเจียนได้ แปรงให้ทั่วทุกซอกทุกด้านจนสะอาด รวมทั้งกระพุ้งแก้มและเพดานปากด้วย

- หยุดพัก ให้บ้วนน้ำลาย หรืออมน้ำเล็กน้อย บ้วนลงในชามอ่างใบเล็ก ก่อนแปรงต่อ สลับการหยุดพัก ๒-๓ ครั้ง

กรณีผู้ป่วยบ้วนน้ำไม่ได้ อ้าปากลำบาก กลืนลำบาก

- จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง หันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก
- บอกให้ผู้ป่วยรู้ตัวก่อนว่า กำลังจะแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันและบริเวณริมฝีปากเล็กน้อยเพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกตัว

- ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำสะอาด พันนิ้วมือ กวาดเศษอาหารก้อนใหญ่ข้างกระพุ้งแก้มออก

- เริ่มแปรงจากด้านนอก หรือด้านกระพุ้งแก้ม โดยใช้แปรงสีฟัน 2 อัน เลือกด้ามแปรงที่มีขนาดใหญ่ใช้ช่วยรั้งช่องปาก อาจปรับรูปร่างทำให้ด้ามแปรงงอเป็นมุมเหมือนกระจกสองปาก ส่วนอีกอันหนึ่งใช้สำหรับแปรงฟัน

- แปรงด้านใน โดยใช้ด้ามแปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่ หรือใช้ไม้กดลิ้นช่วยทำให้ผู้ป่วยอ้าปาก หรือใช้ไม้กดลิ้นพันผ้าก๊อชหนาๆ ให้แน่น หรือใช้ด้ามซ้อนพันผ้าก๊อชหนาๆ ให้ผู้ป่วยกัด

- ระหว่างแปรง ใช้น้ำใส่กระบอกฉีดยา ค่อยๆ ฉีดน้ำที่ละน้อย สลับใช้ที่ดูดน้ำลายที่บ้านดูดน้ำ และคราบยาสีฟันออกจากปาก แต่ถ้าผู้ป่วยสำลักง่าย ไม่ควรใช้น้ำ ให้ชุบแปรงให้ชื้นเป็นระยะ แล้วแปรงโดยไม่ใช้น้ำ

- หลังแปรง เช็ดปากให้แห้ง ถ้าริมฝีปากแห้ง มุมปากแห้งแตก ให้ใช้วาสีฟันปลายไม้ชุบกลีเซอรินโบแรกซ์ หรือเจลล่อลิ้นสูตรน้ำ หรือลิปมันทาริมฝีปากด้วย ข้อควรระวัง คือ ไม้ใช้วาสลีน หรือลิปมันในผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (frail) เพราะมีความเสี่ยงต่อการอุดตัน และติดเชื้อทางเดินหายใจ และปอดได้

Mili Doshi (2016) แนะนำการแปรงฟันกรณีมีการสูญเสียฟัน เช่น ฟันสึก ฟันกร่อน ได้แก่ หลีกเลียงการแปรงฟันให้ผู้ป่วยประมาณ 30 นาที หลังจากผู้ป่วยอาเจียนหรือกรดไหลย้อน เลือกแปรงฟันที่มีหัวแปรงขนาดเล็ก ขนนุ่ม ใช้แรงน้อยๆ ในการแปรงฟัน แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง บ้วนยาสีฟันทิ้งโดยไม่ต้องกลืนน้ำ เพื่อให้ฟลูออไรด์ในยาสีฟันติดอยู่กับผิวฟันให้มากที่สุด

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวิริยกุล (2555) กล่าวว่า เวลาที่ใช้แปรงฟันมีความสัมพันธ์กับความสะอาดของช่องปาก และความสามารถในการขจัดคราบจุลินทรีย์ การแปรงฟันแต่ละครั้งควรใช้เวลา ประมาณ 2 นาที เพื่อให้ฟลูออไรด์ในยาสีฟันมีเวลาได้สัมผัสผิวฟัน และสามารถแปรงฟันได้ทั่วถึงทั้งปาก ควรแปรงฟันให้ได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยครั้งที่สำคัญที่สุด คือ การแปรงฟันก่อนนอน เพราะช่วงนอนหลับร่างกายขับน้ำลายออกมาน้อยกว่าเวลาตื่น ถ้ามีอาหารตกค้างในช่องปาก จะเกิดการบูดเน่าทำให้มีกลิ่นปากรุนแรง และจุลินทรีย์จะสร้างกรดได้ต่อเนื่อง รวมทั้งกรดที่เกิดขึ้นจะคงอยู่ในช่องปากเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่มีน้ำลายช่วยเจือจาง และสะเทินความเป็นกรด อย่างไรก็ตามการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้งจะมีผลในการขจัดเศษอาหารตกค้างในช่องปากได้ดีที่สุด

4.11 การแปรงเหงือก

สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ (2560) ได้กล่าวถึงการแปรงเหงือก ว่า การแปรงฟันไม่ได้มีจุดประสงค์หลักเพื่อกำจัดเศษอาหาร ฉะนั้นก่อนแปรงเหงือกจึงควรกำจัดเศษอาหารออกด้วยวิธีต่างๆ ก่อน เช่น ใช้ไหมจิ้มฟัน การบ้วนน้ำแรงๆ ใช้ไหมขัดฟัน ซึ่งการใช้ไหมขัดฟันสามารถกำจัดได้ทั้งเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ และยังเป็นการเปิดผิวฟันออกให้ผิวฟันสัมผัสกับฟลูออไรด์จากยาสีฟันได้มากขึ้น สำหรับคราบจุลินทรีย์ที่ถูกกำจัดออกมาระหว่างแปรงฟันจะถูกบ้วนออกมาพร้อมกับฟองยาสีฟันและน้ำลาย จากนั้นบ้วนยาสีฟัน แล้วเริ่มแปรงฟันได้เลย ไม่ต้องนำแปรงสีฟันไปจุ่มน้ำก่อน แปรงสีฟันพร้อมยาสีฟันจะเข้าสู่ปากในสภาพค่อนข้างแห้ง แต่ถ้าหากนำแปรงสีฟันไปจุ่มน้ำ จะทำให้ยาสีฟันละลายอย่างรวดเร็ว ไม่เกาะกับผิวฟันตั้งแต่เริ่มแปรงฟัน ฟองยาสีฟันจะไหลย่อยเลอะออกนอกปาก อาจทำให้ต้องรีบบ้วนทิ้งไม่สามารถแปรงฟันได้นานถึง 2 นาทีตามคำแนะนำสากล การแปรงเหงือกช่วยให้ยาสีฟันเกาะติดผิวฟันดีกว่า คงตัวอยู่ในช่องปากได้ดีกว่า และสามารถแปรงได้นาน ทำให้ฟลูออไรด์ทำงานป้องกันฟันผุได้ดีกว่า

คำแนะนำเรื่องการแปรงฟันเพื่อป้องกันและควบคุมโรคฟันผุอย่างครบถ้วน มีดังนี้ ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ตั้งแต่ 1000 ppm ขึ้นไปในทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น แต่ควบคุมปริมาณอย่างเคร่งครัดในเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี แปรงฟันวันละ 2-3 ครั้ง แปรงนานอย่างน้อย 2 นาที แนะนำการ “แปรงเหงือก” โดยถ่มทิ้ง ไม่ต้องบ้วนน้ำ หรือบ้วนเพียง 1 จิบเล็กๆ และไม่กิน หรือดื่มหลังแปรงฟันเสร็จอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

4.12 การทำความสะอาดซอกฟัน

พูลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) กล่าวว่า ซอกฟัน (Interdental Space) เป็นช่องว่างจากขอบเหงือกขยับร่นลง ทำให้เกิดเป็นช่องระหว่างซี่ฟันที่ติดกัน พบมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพเหงือกที่เปลี่ยนไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น หรือเป็นผลหลังการรักษาโรคปริทันต์ ซึ่งการแปรงฟันไม่สามารถทำให้ซอกฟันสะอาดได้เพียงพอ ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วย ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงกระจุกเดียว การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับขนาดของซอกฟัน และทักษะของผู้ใช้

อุปกรณ์ช่วยทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน ได้แก่

- ไหมขัดฟัน (Dental Floss/ Tape) มีลักษณะเป็นเส้น หรือแถบแบนๆ ใช้กับช่องว่างระหว่างฟันขนาดเล็ก ไม่ห่าง มีเหงือกใต้ซอกฟันร่นไม่มาก

- แปรงซอกฟัน (Interdental Brush/ Proxa Brush) มีลักษณะเหมือนแปรงล้างขวด ใช้กับช่องว่างระหว่างฟันขนาดใหญ่ ซอกฟันห่าง มีเหงือกใต้ซอกฟันร่น ควรเลือกขนาดให้พอดีผ่านซอกฟันได้โดยไม่ทำอันตรายเหงือก ควรเตรียมไว้หลายขนาดตามความกว้างของซอกฟัน

- แปรงกระจุกเดี่ยว (Single Tuft Brush) เป็นแปรงหัวเล็ก มีขนแปรงกระจุกเดี่ยว ใช้ในบริเวณที่มีฟันซ้อนเก รอบรากเทียม บริเวณที่ไม่มีฟันประชิด เช่น ฟันที่อยู่เดี่ยวๆ ไม่มีฟันข้างเคียง ด้านท้ายของฟันซี่ในสุด

4.13 การดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

Mili Doshi (2016) กล่าวว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจมีปฏิกิริยาที่ทำให้การแปรงฟันยาก เช่น ปิดปาก กัดฟัน กัดมือผู้ดูแล หรือสับสนหรือกลัว จึงมีข้อเสนอแนะการดูแลช่องปาก ดังนี้

- การดูแลช่องปากให้ทำเป็นกิจวัตร ณ เวลาเดิม
- การดูแลต้องใช้เวลา ใจเย็นๆ และอดทน
- ให้อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยเป็นคนช่วยในการดูแลช่องปาก
- สื่อสารด้วยประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย
- ใช้ด้ามแปรงสีฟันอีกอันช่วยเปิดช่องปากให้ง่ายต่อการเข้าดูแลช่องปาก
- เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยด้วยการร้องเพลง หรือให้ผู้ป่วยถือสิ่งของไว้ในมือ
- ใช้เทคนิค Hand-over-hand คือ การใช้มือผู้ดูแลจับมือผู้ป่วยช่วยในการแปรงฟัน
- ใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟอง
- ผู้ป่วยบางรายอาจต่อต้านการดูแลช่องปาก ผู้ดูแลต้องหยุดการดูแลช่องปากก่อน และบันทึกไว้ว่าผู้ป่วยไม่ยินยอม แล้วจึงลองใหม่ในเวลาอื่น หรือวันอื่น

ชมพูนุช พงษ์อัคคีศิริ และคณะ (2562) ได้แนะนำการทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ป่วย สมองเสื่อมที่มีปัญหาการกลืน มีปัญหาการรับรู้/เรียนรู้ ดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ ประกอบด้วย

- แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หัวแปรงเล็ก ด้ามจับถนัด
- ก๊อช ขนาด 3x3 หรือ 4x4 สำหรับฟันนิ้ว หรือไม้ฟันสาลี
- ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ (ฟองน้อย เพื่อป้องกันการสำลักฟอง)
- น้ำยาบ้วนปาก 0.12% Chlorhexidine หรือน้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
- Bland rinse (น้ำอุ่น 1 แก้ว ผสมเกลือ ¼ ช้อนชา อาจผสมโซดาทำขนม (โซเดียมไบคาร์บอเนต) อีก ¼ ช้อนชา ใช้ในผู้ป่วยปากแห้ง มีเสมหะแห้งกรัง หรือผู้ป่วยเยื่อช่องปากอักเสบ)
- ถูงมือแบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง
- แก้วน้ำ พร้อมน้ำสะอาด
- ผ้าขนหนูผืนเล็ก และผ้ารองกันเปื้อน
- สารหล่อลื่นที่ไม่มีปิโตรเลียม เช่น KY หรือ lanolin สำหรับทาปาก

ขั้นตอนดำเนินการ

- ล้างมือให้สะอาดก่อนทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ป่วย
- ใช้ผ้ากันเปื้อนรองบริเวณหน้าอกเพื่อป้องกันน้ำเปื้อนเสื้อผ้าผู้ป่วย
- จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ประคองบริเวณคอให้ตั้งตรง ใช้หมอนรองท้ายทอย
- ใส่ถุงมือ
- ควบคุมอาหารค้างอยู่ที่กระพุ้งแก้ม ลิ้น หรือมีคราบเสมหะที่เพดานปากหรือไม่ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ กวาดเศษอาหารออก หรือใช้แปรงขนนุ่มแปรงเศษอาหารออกได้ให้มากที่สุด หากผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก ให้ใช้วิธี desensitize และกด K Point
 - แปรงฟันด้วยแปรงสีฟันอ่อนนุ่ม และยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ โดยไม่ต้องจุ่มน้ำ คอยใช้ผ้าซับน้ำ และน้ำลายเป็นระยะ เมื่อแปรงเสร็จแล้วให้ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดปากให้สะอาด หากมีเครื่องดูดเสมหะสามารถใช้เครื่องดูดเสมหะดูดน้ำ และน้ำลายได้
 - กรณีไม่มีฟัน ใช้แปรงขนอ่อนนุ่มแปรง หรือใช้ผ้าเช็ดบริเวณ เหงือก เพดาน กระพุ้งแก้ม และลิ้น
 - แปรงด้านนอกของฟันบนและล่างโดยวางแปรงทำมุม 45° กับแนวเหงือก ขยับไปมา 1-2 ซี่ และขยับปิด แปรงจนครบทุกซี่
 - เมื่อผู้ป่วยอ้าปากแล้วให้แปรงฟันด้านบดเคี้ยว โดยวางขนแปรงด้านบนขนานกับแนวบนฟัน แล้วถูแปรงไปมาจากกรามด้านในออกมาด้านนอกให้ทั่วฟันกรามด้านบน และด้านล่าง
 - แปรงผิวด้านในของฟันซี่บน วางแปรงทำมุม 45° กับแนวเหงือก ขยับไปมา 1-2 ซี่ และปิดลงแปรงจนครบทุกซี่
 - แปรงผิวด้านในของฟันหน้าซี่ล่าง/ บน วางแปรงลงและดึงออกไม่ออกแรงกด แปรงอย่างนุ่มนวล
 - แปรงผิวด้านในของฟันซี่ล่างเป็นตำแหน่งสุดท้าย เพราะเสี่ยงล้มมากที่สุด วางแปรงทำมุม 45° กับแนวเหงือก ขยับไปมา 1-2 ซี่ และปิดขึ้น โดยแปรงจากซี่ในสุดออกมายังซี่นอกสุด
 - ควรใช้แปรงชอกฟันหลังแปรงฟันเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ตามซอกระหว่างฟันด้วยในทุกขั้นตอนของการแปรงฟัน หากแปรงสีฟันเปื้อนให้จุ่มน้ำสะอาดและซับให้แห้งก่อนแปรงและเปลี่ยนน้ำใหม่ หากมีการปนเปื้อน ดูดซับน้ำลาย และสารคัดหลั่งตลอดการทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟันด้วยยาสีฟัน วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้า และก่อนนอน
 - แปรงลิ้น โดยแปรงให้ชิดโคนลิ้น เพื่อป้องกันการคราบสะสม วางแปรงแนวขวาง แปรงลิ้นวันละ 1 ครั้ง

- ใช้ผ้าเช็ดปากให้ผู้ป่วย หากมีความเสี่ยงภาวะปอดอักเสบสูง แนะนำให้ใช้ 0.12% Chlorhexidine rinse เช็ดปากระหว่างวัน หลังให้อาหารทางสายยางช่วง กลางวัน และ เย็น
- ทาปากให้ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นหลังทำความสะอาดทุกครั้ง หากผู้ป่วยมี ภูมิคุ้มกันต่ำ หรือได้รับออกซิเจน ไม่แนะนำให้ใช้ลิปบาล์มที่มีปิโตรเลียม ให้เลียงไปใช้สารหล่อลื่นอื่น เช่น KY หรือ lanolin แทน
- เอาผ้ากันเปื้อนออก และการจัดท่านอนที่เหมาะสม
- เก็บอุปกรณ์ไปล้างทำความสะอาดให้เรียบร้อย
- ล้างมือให้สะอาด 7 ขั้นตอน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
- ตรวจสอบสุขภาพช่องปากทุกวัน และแนะนำพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน

4.14 การดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการฉายรังสี

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) ได้กล่าวถึง ภาวะแทรกซ้อนที่พบในช่องปาก หลังการฉายรังสี ได้แก่

1. ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ที่ได้รับการรักษา มะเร็งศีรษะและลำคอโดยการฉายรังสี ความรุนแรงจะแตกต่างกัน และเพิ่มขึ้นแปรผันกับ ปริมาณรังสีที่ไปยังช่องปาก โดยพบอาการเริ่มต้นจากเยื่อในช่องปากแดง ต่อมา มีแผลคล้ายแผลร้อน ใน บางรายแผลนั้นรวมกันเป็นปื้นใหญ่ ส่งผลทำให้การรับรสเปลี่ยนไป และเจ็บเมื่อรับประทาน อาหาร ร่างกายอ่อนเพลีย คุณภาพชีวิตแยกลง ในรายที่เป็นรุนแรงจะเจ็บอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ซึ่งทำให้ต้องใส่สายให้อาหารเนื่องจากรับอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ
2. ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) น้ำลายจะมีลักษณะเหนียวมากขึ้น และปริมาณ ลดลง ทำให้เกิดโรคฟันผุ ซึ่งพบได้บ่อยและเป็นหลายซี่ เนื่องจากรังสีส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ของสภาพความเป็นกรด - ด่างของน้ำลาย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดกระดูกกรามตายได้

ฉะนั้น วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี จึงมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การรักษาความสะอาด และเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ซึ่งควรดำเนินการ อย่างสม่ำเสมอหากมีอาการเจ็บปวดมาก หรือภาวะแทรกซ้อนให้อยู่ในการดูแลของบุคลากร การแพทย์

วิธีดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ฉายรังสี

- แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อน นุ่ม เพื่อลดการเกิดแผลช่องปาก ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และรสอ่อน ไม่ระคายเคืองต่อ เนื้อเยื่อในปาก

- หากมีอาการเจ็บในช่องปาก เป็นแผล หรือเลือดออกจากแผลในช่องปากให้เปลี่ยนจากการใช้แปรงสีฟันเป็นไม้พ่นสาลีเช็ดฟันแทน เพื่อลดอาการระคายเคือง และการบาดเจ็บของเยื่อช่องปาก

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ใช้อัตราส่วน น้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร : เกลือ ½ ช้อนโต๊ะ ใช้แล้ว 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที การบ้วนปากนอกจากจะช่วยล้างคราบน้ำลาย หรือเศษอาหารต่างๆ ที่ติดในช่องปากออก แล้วยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อผิวในช่องปาก หรืออาจใช้ Bicarbonate Rinse (Baking Soda ครึ่งช้อนชา ละลายในน้ำเปล่า 2 แก้ว) บ้วนปากก่อน และหลังอาหาร แต่อาจมีรสเฝื่อน ไม่สบายปาก (ไม่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผลิตทางการค้า เพราะมักมีแอลกอฮอล์ผสม ซึ่งจะทำให้เยื่อช่องปากแห้ง และแสบ) MASCC (multinational association of supportive care in cancer) แนะนำ ใช้เกลือ 1 ช้อนชา และ baking soda 1 ช้อนชา ผสมน้ำเปล่า 1 ลิตร เก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง และผสมใหม่ทุกวัน ใช้วันครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ บ้วนซ้ำ 2-3 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง ช่วยขจัดคราบสารคัดหลั่งที่เหนียวให้หลุดออก ให้ความชุ่มชื้น และลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เนื่องจาก Sodium bicarbonate ช่วยเพิ่มความเป็นด่างให้สภาพแวดล้อมในช่องปาก ป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย

- เพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก เพื่อลดการบาดเจ็บ โดยดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตรวัน ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ด้วยการจิบน้ำบ่อยๆ ระหว่างวัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ทาวาสลีนบริเวณริมฝีปากระหว่างวัน เพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

- อาจให้อมลูกอม หรือหมากฝรั่งที่ใช้สารทดแทนความหวาน เช่น ไซลิตอล (Xylitol) เพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย หรือกรณีที่น้ำลายแห้งมาก อาจใช้น้ำลายเทียม หรือวุ้นชุ่มปาก

- หลีกเลี่ยงอาหาร หรือเครื่องดื่มที่จะระคายเคือง เช่น อาหารรสจัด รสเปรี้ยว น้ำอัดลม อาหารแห้ง สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่

ทันตบุคลากรสามารถประเมินสภาพในช่องปาก เพื่อตรวจหาสาเหตุของอาการเจ็บปวดในช่องปาก เช่น ปัญหาการทำความสะอาดได้ไม่ดีเกิดการติดเชื้อ ทันตบุคลากรสามารถช่วยในการทำสะอาด และแนะนำการดูแล นอกจากนี้ อาจพบการติดเชื้อรา เชื้อไวรัส เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด มักมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ หรือยาด้านเชื้อราที่เหมาะสม และในรายที่ไม่สามารถกินอาหารปกติได้ แนะนำให้ขอการสนับสนุนเจลลี่โภชนา จากมูลนิธิทันตนวัตกรรม

มีทนา เกษตระทัต (2566) ได้แนะนำ การดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

- การใช้ไหมขัดฟัน หากสามารถใช้ไหมขัดฟันได้ ให้ใช้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หากจำเป็นอาจใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมยาชาก่อนการใช้ไหมขัดฟัน

- การแปรงฟัน หากจำเป็นอาจใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมยาชาก่อนการแปรงฟัน ทำให้ขนแปรงนุ่มด้วยน้ำร้อน แปรงฟันอย่างนุ่มนวลหลังมื้ออาหาร และก่อนนอน และใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำยาบ้วนปากทำความสะอาดช่องปาก

- การบ้วนปาก บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากหลังแปรงฟัน หลังใช้ไหมขัดฟัน หลังรับประทานอาหาร บ้วนปากทุก 1 - 2 ชั่วโมง หากผู้ป่วยตื่น ป้องกันฟันผุด้วยการใช้ฟลูออไรด์เจล หรือยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

- การให้ความชุ่มชื้นในช่องปาก ให้ความชุ่มชื้นด้วยน้ำยาบ้วนปากและผลิตภัณฑ์หล่อลื่นบ่อยๆ หลีกเลี่ยงวาสลินและกลีเซอริน เคี้ยวหมากฝรั่ง หรือยอมปราศจากน้ำตาล อาจช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย แต่ไม่ควรทำหากมีอาการปวดในช่องปาก

- การดูแลริมฝีปาก ให้ทาด้วยผลิตภัณฑ์หล่อลื่นที่ทำจากซีผึ้ง น้ำ หรือน้ำมัน บ่อยๆ ไม่ให้ใช้วาสลิน

4.15 การดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Mili Doshi (2016) ได้ให้ข้อแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปาก ดังนี้ ควรปรับผู้ป่วยเป็นท่านั่ง หรือท่ากึ่งนั่ง ในการแปรงฟัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยบ้วนปากเองหลังการดูแลอนามัยช่องปาก ใช้เทคนิค Hand - over - hand ดูแลภาวะปากแห้งอย่างสม่ำเสมอ ใช้ด้ามแปรงฟันอีกอันในการช่วยอำปาก หรืออาจใช้ mouth guard หรือ finger prop ช่วย พิจารณาปรับด้ามแปรงสีฟันให้จับง่าย กระชับ หรือใช้แปรงฟันไฟฟ้า ซึ่งมีด้ามจับใหญ่และใช้งานง่าย พิจารณาใช้เครื่องดูดน้ำลายช่วย

4.16 การดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) กล่าวว่า เมื่อถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย รูปแบบการดูแลจะค่อยๆ เปลี่ยนไป เป็นการดูแลแบบประคับประคอง หรือที่เรียกว่า Palliative Care ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค โดยให้การป้องกัน และบรรเทาอาการ ความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแล คือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ การดูแลในช่องปากจำเป็นต้องมีการวางแผนดูแลให้ผู้ป่วยมีความสบาย ลดความเจ็บปวดที่เกิดจากช่องปาก มีหลักสำคัญ คือ “สร้างความรู้สึกสบาย ลดความเจ็บปวด คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” โดยมีกระบวนการที่ทันตบุคลากรควรปฏิบัติประกอบด้วย

- ประเมินสภาพช่องปาก โดยดูที่ความชุ่มชื้น ความสะอาด สภาพน้ำลาย แผลต่างๆ และสอบถามอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล โดยประเมินอาการแสดงในช่องปาก 6 ตำแหน่ง

1) ริมฝีปาก หากมีแผล รอยแตกแห้ง ให้ทาด้วย TA oral paste หรือสารให้ความชุ่มชื้น

2) เนื้อเยื่ออ่อน/ กระพุ้งแก้ม หากมีเยื่อช่องปากอักเสบ หรือแห้ง ให้ออม และบ้วนปากด้วยน้ำเย็น งดการแปรงฟัน และงดการใส่ฟันเทียมจนกว่าอาการจะทุเลาลง

3) ลิ้น/ เพดานปาก หากมีฝ้าขาว หรือคราบเชื้อรา แดกแห้ง ให้แปรงหรือเช็ดทำความสะอาดเบาๆ

4) ฟัน หากมีฟันโยกที่สร้างความเจ็บปวด หรือเป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาดช่องปาก ให้พิจารณาถอนฟันโยก

5) เหงือก หากมีภาวะอักเสบ บวม มีคราบจุลินทรีย์ตามคอฟัน ให้แปรง หรือเช็ดทำความสะอาดตามคอฟันด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ chlohexidine 0.12% ชุบสำลีเช็ดตามขอบเหงือก

6) ความชุ่มชื้นในช่องปาก หากมีลักษณะแห้ง น้ำลายข้น ให้ใช้น้ำลายเทียม หรือน้ำอุนชุบให้ความชุ่มชื้น แนะนำให้ทำประมาณ 2 - 4 ครั้งต่อวัน

- รักษาแบบประคับประคอง เช่น อาจถอนฟันที่โยก ชูดก้าจัดคราบหินน้ำลายด้วยมือ ใช้ TA oral paste ทาบริเวณที่เป็นแผล

- เน้นให้เกิดความชุ่มชื้นในช่องปาก อาจให้จิบน้ำทุก 2 ชั่วโมง และทาวาสลินตามริมฝีปาก

- ส่งเสริมให้ครอบครัว ผู้ดูแล และ อสม. สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม

Lalla et al., (2014) ได้เสนอว่า ควรเน้นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายในช่องปากเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนี้

- ในกรณีปากแห้งให้ใช้เจลสำหรับภาวะปากแห้ง หรือให้ความชุ่มชื้นในช่องปากด้วยการใช้แปรงฟันขนนุ่มจุ่มในน้ำ หรือสเปรย์น้ำอย่างนุ่มนวล

- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

- ทำความสะอาดฟันเทียมอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ถอดฟันปลอมตอนกลางคืน และแช่น้ำไว้

- พิจารณาใช้ยาลดความเจ็บปวดเฉพาะที่ หรือน้ำยาบ้วนปาก

- กำจัดสารคัดหลั่งจากช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการใช้เครื่องดูดน้ำลายอย่างนุ่มนวล หรือแปรงสีฟัน

5. การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก

พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) ได้นำเสนอเกณฑ์ประเมินสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุติดเตียงโดยทันตบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

1. การสูญเสียฟัน
 - นับจำนวนฟันแท้ใช้งานได้ในปาก ยกเว้น (ไม่นับ) ฟันผุที่หลือแต่ราก หรือฟันโยก มากจนไม่สามารถเก็บไว้ได้
 - นับจำนวนคู่สบฟันหลัง (ฟันกรามน้อย ซี่ที่ 1 ถึงฟันกรามซี่สุดท้าย) ทั้งฟันแท้ และ ฟันเทียม รวมกัน ทั้งซ้าย - ขวา (ต้องไม่เกิน 10 คู่สบ)
2. ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม พิจารณาจากจำนวนซี่ฟัน และคู่สบ
3. สภาวะโรคฟันผุ
 - 3.1 ฟันผุ/ รากฟันผุ
 - ให้ระบุจำนวนซี่ฟันที่ตัวฟันผุ/ รากฟันผุ
 - ก่อนตรวจ ควรเช็ดคราบจุลินทรีย์บริเวณผิวฟัน/ รากฟัน ไม่ควรใช้ Explorer ปลายแหลม เขี่ย จิก ที่ฟัน และรากฟัน เพราะอาจทำลายผิวส่วนนอกให้เป็นรู
 - 3.2 รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือก เสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ
 - บริเวณที่เสี่ยงต่อการผุ ได้แก่ ซอกฟัน ฟันที่อยู่เดี่ยว ฟันล้ม โดยเฉพาะด้านที่ ติดช่องว่าง (Mesial/Distal) คอฟัน รากฟัน
 - รากฟันผุระยะแรก อาจมีสีน้ำตาลอ่อน ผิวเริ่มยุ่ยๆ ระวังอย่าใช้ explorer จิก เพราะจะทำลายผิววนอก ซึ่งจะทำให้เกิดรู การคงผิววนอกไว้แล้วดูแลความสะอาดได้ดี และได้รับ ฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่จะทำให้รากฟันผุระยะแรกสามารถคืนกลับได้ ไม่ผุต่อ
4. เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์
 - ตรวจสอบสะอาดคราบจุลินทรีย์และดูฟันโยก
 - ประวัติโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน
5. แผล/ มะเร็งช่องปาก
 - บริเวณที่ตรวจ ได้แก่ ริมฝีปากนอก - ใน กระพุ้งแก้ม ลิ้น (ข้างลิ้น โคนลิ้น) พื้นปาก เพดานปาก เหงือก
 - ตรวจสอบลักษณะเสี่ยงอื่นๆ ในช่องปากที่อาจก่อให้เกิดแผล หรือความไม่สบาย เช่น ฟันบิ่นคม ฟันเทียมหลวม
6. สภาวะปากแห้ง/ น้ำลายน้อย ตรวจสอบริมฝีปาก มุมปาก เนื้อเยื่อในช่องปาก

7. ฟันสึก

8. การดูแลอนามัยช่องปาก

วารางคณา เวชวิธี และคณะ (2559) ได้นำเสนอ การตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ ดังนี้

- ตรวจความสะอาด: มีเศษอาหารติดข้างกระพุ้งแก้มชัดเจน เศษอาหารติดตามซอกฟัน
มึกลิ้น
- ตรวจฟัน: มีรูผุที่ฟัน/ คอฟัน/ รากฟัน มีเศษรากฟัน มีฟันคมบาดลิ้น แก้ม ปวดฟัน
เสียวฟัน
- ตรวจสภาพเหงือก: เหงือกบวม แดง มีเลือดออก ฟันโยกชัดเจน
- ตรวจเนื้อเยื่อ: ลิ้น เพดาน กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก มีแผล มีฝ้าขาว แดง ริมฝีปาก แตก/
แห้ง มุมปากเป็นแผล
- ตรวจฟันเทียม: ขยับ/ หลุดง่าย แตก หรือมีรอยแตก ฟันเทียมไม่สะอาด เหงือกที่ได้
ฟันเทียมบวม แดง เจ็บ

พูลพุกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) เสนอว่า ทันตบุคลากรควรตรวจเนื้อเยื่อในช่องปากในการตรวจรักษาตามปกติ โดยใช้เครื่องมือตรวจช่องปาก, ตรวจด้วยตา (Visual Examination) ร่วมกับการคลำ ควรเช็ดเนื้อเยื่อให้แห้ง เพื่อจะทำให้เห็นรอยโรคชัดเจนขึ้น แบ่งบริเวณที่ตรวจเป็น 9 บริเวณ ได้แก่ Lip (ริมฝีปากบนและล่าง), Buccal Mucosa (กระพุ้งแก้มด้านขวาและด้านซ้าย), Gingiva (เหงือกบนและล่าง), Retromolar Area (เหงือกด้านหลังฟันกรามล่าง), Hard Palate (เพดานแข็ง), Soft Palate (เพดานอ่อน), Dorsal And Lateral Tongue (ลิ้นด้านบนและด้านข้าง), Ventral Tongue (ใต้ลิ้น) และ Floor Of Mouth (พื้นปาก) ตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ปีละ 1 ครั้ง โดยตรวจ

- แผลแดงบริเวณมุมปาก (Angular Chelitis) อาจมีสาเหตุจากเชื้อรา ซึ่งการรักษาคือให้ยารักษาเชื้อรา ชนิดกินหรือทา เช่น fluconazole
- แผลที่เนื้อเยื่อในปาก ให้มองหาหรือซักถามสาเหตุ เช่น แผลจากการกัด ฟันบิ่นคม จากฟันเทียม แก้วเสียดแทง และติดตามผล 2 สัปดาห์ ถ้าแผลหายหรือขนาดเล็กลงให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก และนัดติดตามจนกว่าแผลจะหาย
- แผลในปากที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีขนาดใหญ่ขึ้น หลังการติดตามผล 2 สัปดาห์ รอยฝ้าขาว ฝ้าแดง หรือรอยโรคก่อนมะเร็ง ให้ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย โดยแพทย์ ทันตแพทย์
- รอยโรคก่อนมะเร็ง ให้ส่งตรวจยืนยันกับแพทย์/ ทันตแพทย์อีกครั้ง

สรสัณฑ์ รังสิยานนท์ และ เปี่ยมกมล วัชรโรทยางกูร (2561) ได้แนะนำการตรวจด้วยตา และการตรวจด้วยการคลำ ดังนี้

- การตรวจด้วยตา ต้องมีแหล่งแสงไฟที่เหมาะสม ถอดฟันปลอมชนิดถอดได้ออกเพื่อจะได้ตรวจส่วนด้านข้างของลิ้น และพื้นช่องปากได้อย่างชัดเจน การตรวจส่วนกระพุ้งแก้ม แนะนำให้ใช้กระจกส่องในปาก 2 อัน หรืออุปกรณ์แหวกส่วนแก้ม (cheek retractor) เพื่อช่วยให้มองเห็นได้ชัดเจน ส่วนการตรวจลิ้น ให้ใช้ผ้าก๊อชจับส่วนปลายของลิ้น ดึงลิ้นเพื่อตรวจสอบบน ด้านข้าง ใต้ลิ้น และพื้นช่องปาก (ควรแจ้งผู้ป่วยก่อน) ควรตรวจดูทั้งขนาด ลักษณะผิว และสี แล้วจึงตรวจตอม น้ำเหลืองของศีรษะและลำคอเพื่อประเมินการบวมโต อันอาจเนื่องมาจากการกระจายของมะเร็งซึ่งมีต้นกำเนิดมาจากช่องปากและลำคอ

- การตรวจด้วยการคลำ คลำด้วยมือที่ใส่ถุงมือ เป็นขั้นตอนสำคัญของการตรวจรอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อน เพราะสามารถให้ข้อมูลความยืดหยุ่นของรอยโรค รวมไปถึงลักษณะการกดแข็ง (induration) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงลักษณะของรอยโรคมะเร็ง การคลำด้วยมือ 2 ข้างพร้อมๆ กัน ช่วยในการตรวจรอยโรคบริเวณริมฝีปาก ข้างแก้ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่พื้นช่องปาก

สำนักทันตสาธารณสุข (2561) ได้กล่าวว่า การตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้นอย่างมาก ทันตแพทย์สามารถทำการตรวจโดยใช้ชุดตรวจที่ทันตแพทย์ใช้ตรวจผู้ป่วยอยู่เป็นประจำโดยมีแสงสว่างที่เพียงพอ โดยผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ผู้ตรวจอยู่ในตำแหน่งนั่งหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ตรวจโดยการมองด้วยตา ร่วมกับการคลำในบริเวณต่างๆ ในช่องปาก อย่างเป็นระบบ ทำการเช็ดเนื้อเยื่อให้แห้งด้วยผ้าก๊อช หรือเป่าลม จะทำให้เห็นพยาธิสภาพชัดเจน

การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก แบ่งเป็น 6 บริเวณ ดังนี้

1. ริมฝีปาก และเหงือกทางด้านหน้า และด้านข้างแก้มบน และล่าง
2. กระพุ้งแก้มซ้าย และขวา
3. เพดานแข็ง เพดานอ่อน และเหงือกฟันบนด้านใน
4. เพดานอ่อน และคอหอย
5. ลิ้นด้านบน และด้านข้าง
6. ใต้ลิ้น และพื้นปาก

1. การตรวจบริเวณริมฝีปาก และเหงือกด้านหน้า และด้านข้างแก้ม

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยปิดปาก สังเกตสี รูปร่าง และความยืดหยุ่นของริมฝีปากล่าง รวมทั้งความผิดปกติใดๆ ที่บริเวณขอบปาก (vermillion border) ให้ผู้ป่วยอ้าปากเล็กน้อย เปิดริมฝีปากล่างลง ให้เห็นเนื้อเยื่ออ่อนด้านในริมฝีปาก ใช้นิ้วมือคลำที่ริมฝีปากด้านในจากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่งเพื่อตรวจดูว่ามีก้อนอยู่ในริมฝีปากหรือไม่ ตรวจดูสีของเหงือก และเยื่อเมือกทางด้านหน้า

ทั้งหมด จากนั้นใช้กระจกเปิดแก้มออกที่ละข้างพร้อมกับให้ผู้ป่วยหันหน้าไปทางด้านตรงข้ามเพื่อตรวจเหงือกด้านข้างแก้ม และ mucobuccal fold ของฟันล่างทั้งหมด เนื้อเยื่ออ่อนที่ปกติจะมีสีของเยื่อเมือกที่สม่ำเสมอ ผิวเรียบ ไม่มีรอยแดง รอยขาว หรือเป็นแผล ตรวจแบบเดียวกันที่ริมฝีปากบน เยื่อเมือก และเหงือกฟันบน

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป ความยืดหยุ่นของริมฝีปาก โดยเฉพาะที่บริเวณขอบปาก แผล หรือก้อนที่ริมฝีปาก โดยเฉพาะริมฝีปากล่าง

2. การตรวจบริเวณกระพุ้งแก้ม

วิธีการตรวจ: ตรวจกระพุ้งแก้มที่ละข้าง โดยเริ่มจากข้างขวา ก่อน โดยให้ผู้ป่วยเอียงหน้าไปทางขวา และอ้าปากกว้าง ตรวจดูสี และลักษณะเยื่อเมือกกระพุ้งแก้มทั้งหมด ตั้งแต่บริเวณมุมปาก (labial commissure) ไปยัง retromolar area ใช้นิ้ว หรือกระจกจี้ริมฝีปาก และกระพุ้งแก้มเพื่อตรวจไปถึงด้านบน และด้านล่างที่ต่อกับ mucobuccal fold ควรให้แน่ใจว่าไม่มีบริเวณใดที่ถูกมองข้ามไป เช่น บริเวณที่ถูกบดบังด้วยนิ้วมือ หรือกระจก บริเวณกระพุ้งแก้มอาจตรวจพบเส้นนูนเป็นสันสีขาวบางๆ ที่กึ่งกลางกระพุ้งแก้มตามแนวเดียวกับการสบฟัน (linea alba) ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในคนที่ท้วม มีเนื้อแก้มมาก หรือมีนิสัยเคี้ยวข้างแก้ม จัดเป็นลักษณะปกติ ทำการตรวจหาก่อนในกระพุ้งแก้ม โดยใช้นิ้วชี้ข้างหนึ่งกดเบาๆ ไปตามกระพุ้งแก้มพร้อมกับเอานิ้วชี้และนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่งด้านแรงที่ภายนอก (bimanual palpation) ตรวจแบบเดียวกันที่กระพุ้งแก้มข้างซ้าย

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป ลายลูกไม้สีขาวคล้ายไลเคน รอยถลอก หรือแผล รอยฝ้าขาว และแดงบริเวณมุมปาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ถ้ามี) เป็นกับกระพุ้งแก้มข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง

3. การตรวจบริเวณเพดานแข็ง เพดานอ่อน และเหงือกด้านใน

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างพร้อมกับแหงนศีรษะไปทางด้านหลัง ใช้แสงส่องให้เห็นทั่วทั้งบริเวณได้อย่างชัดเจน อาจใช้กระจกกดบริเวณโคนลิ้นลงอย่างนุ่มนวล เพื่อให้เห็นบริเวณเพดานอ่อน เริ่มมองจากเพดานแข็งเข้าไปยังเพดานอ่อน พร้อมกับตรวจดูสี และลักษณะของเหงือกด้านใน บางรายมีก้อนนูนแข็งที่บริเวณแนวกึ่งกลางของเพดานแข็ง ซึ่งเป็นปุ่มกระดูกเพดานปาก (torus palatinus) อาจสงสัยว่าเป็นก้อนเนื้อออก

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป รอยโรคสีขาว หรือสีแดง รอยถลอก หรือแผล แผลเกิดจากฐานฟันเทียมที่หลวม พื้นผิวเยื่อเมือกมีลักษณะขรุขระ หรือเป็นก้อนบวม

4. การตรวจบริเวณเพดานอ่อน และคอหอย

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยแหงนศีรษะไปทางด้านหลังเล็กน้อย อ้าปากกว้าง และผ่อนคลายลิ้น อาจใช้กระจกกดบริเวณโคนลิ้นลงอย่างนุ่มนวลเพื่อให้เห็นบริเวณเพดานอ่อน ลิ้นไก่ และ

ด้านข้างคอหอยบริเวณต่อมทอนซิลทั้งสองข้างได้มากขึ้น คุณลักษณะเยื่อเมือกตั้งแต่เพดานอ่อนไปทางด้านหลัง ลิ้นไก่จะห้อยลงในแนวกึ่งกลาง ไม่เบ้ ตรวจบริเวณคอหอย และซอกที่อยู่ของทอนซิล โดยใช้กระจกทดลองที่กึ่งกลางลิ้นใกล้กับฐานลิ้น พร้อมกับให้ผู้ป่วยออกเสียง "อาห์" และประเมินโดยการมองลักษณะโครงสร้างอวัยวะทั้งสองข้างคอหอยซ้าย และขวาจะต้องมีความสมมาตร ใช้กระจกดันบริเวณโคนลิ้นออกห่างจากฟันกรามล่างเพื่อตรวจดูเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ระหว่างฟันกรามล่างกับลิ้น และ retromolar area ด้านลิ้น

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป รอยถลอก หรือแผล ก้อนบวม การมีสีแดงจัด หรือมีอาการของการติดเชื้อ

5. การตรวจบริเวณลิ้นด้านบน และด้านข้าง

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยอ้าปากเล็กน้อยและผ่อนคลายลิ้น คุณลักษณะลิ้นด้านบน และปลายลิ้นในขณะพัก สังเกตการมีก้อนบวม แผลที่ลิ้น คราบบนลิ้น รวมทั้งสี และลักษณะปุ่มลิ้น (tongue papillae) ที่เปลี่ยนไป จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยอ้าปากกว้าง และแลบลิ้นออกมาข้างหน้า คุณลักษณะการเคลื่อนไหวของลิ้น คุพื้นผิวของลิ้นจากปลายลิ้นไปถึงส่วนโคนลิ้น ควรรู้จักปุ่มบนลิ้นขนาดใหญ่ที่เรียงเป็นแถวรูปตัว V ที่ลิ้นด้านบนส่วนในที่เรียกว่า circumvallate papillae ด้านข้างลิ้นเป็นตำแหน่งที่เกิดมะเร็งได้บ่อยที่สุดตำแหน่งหนึ่งของช่องปาก การตรวจทำได้โดยให้ผู้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมาและยื่นไปด้านข้าง หรือผู้ตรวจใช้ผ้าก๊อชจับปลายลิ้น และดึงไปด้านข้างพร้อมกับรั้งกระพุ้งแก้มไปทางด้านตรงข้าม เริ่มด้วยการตรวจข้างลิ้นด้านขวา ก่อน ควรรู้จักต่อมทอนซิลที่ลิ้น (lingual tonsils) โดยเฉพาะที่อยู่ด้านข้างลิ้นทางด้านหลัง เนื่องจากอาจมีขนาดใหญ่ขึ้นเป็นก้อนในบางราย สัมพันธ์กับอาการเจ็บคอ อาจสงสัยว่าเป็นก้อนเนื้องอกหรือมะเร็ง ใช้นิ้วมือคลำลิ้นในส่วนที่มองเห็น ให้ทำแบบเดียวกันอีกข้างหนึ่ง

สังเกต: ลิ้นไม่สมมาตร ปุ่มลิ้นเปลี่ยนแปลง มีฝ้าขาว ปื้นแดง แผล มีก้อนที่ลิ้น รู้สึกว่าขอบลิ้น หรือขอบแผลมีลักษณะแข็งเป็นไต (induration)

6. การตรวจบริเวณใต้ลิ้น และพื้นปาก

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยใช้ปลายลิ้นแตะเพดานปาก บันทึกลักษณะที่เปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือกใต้ลิ้น และพื้นปาก จากนั้นทำการคลำบริเวณพื้นปากโดยใช้นิ้วชี้กดเบาๆ พร้อมกับใช้นิ้วมืออีกข้างหนึ่งต้านแรงที่ภายนอก

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป แผ่นฝ้าสีขาว หรือสีแดง รอยถลอก หรือแผล และก้อนที่พื้นปาก

ชมพูช พงษ์อัคคีรา และคณะ (2562) แนะนำว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ควรได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล และได้รับการทำความสะอาดช่องปากประจำวันเป็นประจำสม่ำเสมอ นอกจากนี้หากผลการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม เช่น การขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน การใช้น้ำลายเทียม การกระตุ้นต่อมน้ำลายเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก การตกแต่งแผลเป็นภายในช่องปากที่เกิดจากการผ่าตัด ควรส่งปรึกษาทันตบุคลากร

การประเมินภาวะกลืนลำบากทางคลินิกเบื้องต้น (Basic swallowing evaluation)

- การซักประวัติ สอบถามอาการที่บ่งถึงภาวะกลืนลำบาก รวมทั้งประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาการ อาการแสดง และประวัติที่อาจบ่งถึงภาวะกลืนลำบาก, ความรู้สึกกลืนลำบาก กลืนติด กลืนเจ็บ หรือต้องกลืนซ้ำหลายครั้ง, ประวัติการไอ สำลัก ทั้งก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืน, เสียงเปลี่ยน เสียงแหบหลังกลืน, การหายใจผิดปกติระหว่าง หรือหลังกลืน รวมถึงประวัติโรคปอดอักเสบ

- ประวัติเพิ่มเติม ได้แก่ พยาธิสภาพของโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น มีก้อนเนื้องอกบริเวณคอหอย ภาวะกระดูกคอเสื่อม และหนาตัว, เคยได้รับการผ่าตัด หรือฉายรังสีบริเวณใบหน้า และลำคอ หรือที่มี tracheostomy (ท่อหลอดลมคอ), โรคอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการกลืน เช่น ภาวะกรดไหลย้อน หรือการกลืนลำบากจากภาวะทางจิตเวช, ประวัติการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อ การกลืน, ประวัติโภชนาการ เช่น น้ำหนักตัวลดลง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือลักษณะอาหารที่รับประทานเปลี่ยนไป ใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานกว่าปกติ และประวัติฟัน ฟันเทียม และการรักษาที่ผ่านมา

- การประเมินความพร้อมในการกลืน ให้พิจารณาระดับความรู้สึกตัว ระดับการรู้คิด (cognition), ความสามารถในการสื่อสาร และคุณภาพเสียง, ความสามารถในการนั่งทรงตัวและ ประคองศีรษะ, การควบคุมน้ำลาย, การไต่ตามคำสั่ง, ระบบหายใจ เช่น อัตราการหายใจ oxygen saturation (SpO2) ปริมาณเสมหะ

สิริมา กุลวานิช (2566ก) ได้แนะนำสิ่ง que ควรตรวจในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ สุขภาพช่องปาก และความผิดปกติของเนื้อเยื่อ ความชุ่มชื้นภายในช่องปาก สภาพฟันธรรมชาติ และ ฟันเทียม การบดเคี้ยว การควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้น และริมฝีปาก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (แรงต้าน) และการกลืน และแนะนำการคัดกรองภาวะกลืนลำบากอย่างง่าย ดังนี้

- คัดกรองด้วยการกลืนน้ำลาย (Repetitive saliva swallowing test- RSST/ Dry swallowing test) ว่าคุณป่วยสามารถควบคุมสั่งการกลืนได้หรือไม่ (voluntary swallow) โดยการยก ตัวของกล่องเสียงได้อย่างคร่าวๆ 3 ครั้งใน 30 วินาที

- คัดกรองด้วยการกลืนน้ำ (water swallowing test - small volume 3-5 ml) เพื่อตรวจสอบการสำคัญของเหลว และการตอบสนองของหลังการสำลัก หากผู้ป่วยสามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย อาจพิจารณาเพิ่มปริมาณน้ำให้มากขึ้นได้
- คัดกรองด้วยการกลืนน้ำ (water swallowing test – large volume 30-100 ml) โดยดื่มจากแก้ว/หลอด สิ่งที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่ พฤติกรรมการจิบ/ ดื่ม (ปริมาณต่ออีก, ดื่มช้า/เร็ว), ไม่กลืน หรือกลืนไม่หมด มีน้ำเหลือในช่องปาก, มีน้ำรั่วออกมาจากริมฝีปาก, ต้องพยายามออกแรงกลืน, อมน้ำในปาก ไม่กลั๊กลิ้น, อาการสำลัก /เสียงเปลี่ยน /หายใจเปลี่ยนไป/ ค่าออกซิเจนในเลือดลดลง

6. การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

6.1 แปรงสีฟัน

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคนา เวชวิธีย์ (2554) ได้อธิบายว่า แปรงสีฟันเป็นอุปกรณ์หลักที่ใช้ในการทำความสะอาดช่องปากที่ประชาชนทั่วไปสามารถเลือกซื้อจากร้านค้าเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก American Dental Association (ADA) ได้กำหนดคุณลักษณะของแปรงสีฟันไว้ว่า

- ต้องมีประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ เป็นหน้าที่หลัก
- ต้องลดโรคเหงือกอักเสบได้ ซึ่งเป็นผลมาจากหน้าที่หลัก
- ต้องไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟันในขณะที่แปรงฟัน

ดังนั้น แปรงสีฟันที่ดีจึงต้องผ่านการทดสอบคุณสมบัติทั้ง 3 ข้อนี้ของ ADA

การเลือกซื้อแปรงสีฟัน

สิ่งที่สำคัญ คือ ความนุ่มของขนแปรงและการมนปลาย การเลือกซื้อแปรงสีฟันจะดูที่ 3 จุดใหญ่ๆ ได้แก่ หัวแปรง ขนแปรง และด้ามแปรง ซึ่งสามารถดูได้จากฉลากแปรงสีฟัน

- หัวแปรง ปลายหัวแปรงเมื่อลูบดูแล้วต้องไม่มีความคม เพราะจะบาดเหงือก หรือเนื้อเยื่อในช่องปากได้ในขณะที่แปรงฟัน หัวแปรงควรมีขนาดพอเหมาะ คือ มีความยาวประมาณ 2-3 ซี่ฟัน หัวแปรงเล็กจะเข้าไปทำความสะอาดซี่ฟันได้ดีกว่าหัวแปรงที่ใหญ่มากๆ รูปร่างหัวแปรงมีให้เลือกหลากหลายมาก ถ้าเป็นรูปสี่เหลี่ยมจะมีพื้นที่ทำความสะอาดมาก แต่จะเข้าไปทำความสะอาดในจุดเล็กๆ ซอกเล็กๆ ของฟันได้ไม่ดีพอ ถ้าเป็นรูปวงรี หรือข้าวหลามตัด หรือรูปไข่ หรือรูปรีวงเล็ก (taper) จะทำความสะอาดซอกเล็กๆ ลึกๆ ได้ดี

- ขนแปรง ขนแปรงสีฟันเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด เพราะทำหน้าที่ในการทำความสะอาดฟัน กำจัดคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ขณะเดียวกันต้องไม่ทำให้เกิดแผล จึงแนะนำให้ใช้ขนแปรงสีฟันนุ่ม

หรือนุ่มพิเศษ หรือนุ่มปานกลาง และเลือกขนแปรงที่ได้รับการนคลายทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการ ออกแบบขนแปรงที่บริษัทอ้างว่าเพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ เช่น ช่วยนวดเหงือกขณะแปรงฟัน หรือช่วยขัดฟัน หรือช่วยทำความสะอาดด้านหลังของฟันซี่ในสุด เป็นต้น และการเรียงตัวของขนแปรงในทิศทางต่างๆ เป็นจุดขายของบริษัท แต่จะออกแบบอย่างไรก็ตามให้ยึดถือหน้าที่ของขนแปรงในการทำความสะอาดฟัน คือ กำจัดคราบจุลินทรีย์ โดยไม่ทำให้เกิดแผล โดยแนะนำขนแปรงนุ่ม ปลายมนตามมาตรฐาน

- ด้ามแปรงสีฟัน เลือกที่จับถนัดมือของคนแปรง มีทั้งชนิดที่เป็นยางหรือพลาสติก มาตรฐานที่สำนักทันตสาธารณสุขกำหนด คือ ความยาวของด้ามแปรงสีฟันไม่ควรต่ำกว่า 150 มิลลิเมตร ถ้าสั้นมากๆ ก็จับไม่ถนัด และที่ควรระวังคือ แปรงสีฟันที่ใช้แล้วหรือด้ามแปรงที่เป็น พลาสติกชนิดใส มักจะเปราะหักง่าย หากแปรงแรงๆ อาจจะหักได้ มีการออกแบบด้ามแปรงสีฟันให้มี ร่องบนด้ามจับ เพื่อไม่ให้ลื่นขณะที่แปรงฟัน

อายุการใช้งานของแปรงสีฟัน

ควรเปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อเริ่มบาน เนื่องจากทำให้แปรงฟันไม่สะอาด และอาจทำ อันตรายต่อเหงือกได้ ซึ่งแต่ละคนแปรงสีฟันเริ่มบานไม่เท่ากัน จึงแนะนำเป็นกลางๆ ว่า ควรเปลี่ยน แปรงสีฟันทุก 3 เดือน หรือเมื่อสังเกตได้ว่าขนแปรงบาน

การดูแลแปรงสีฟัน

ให้ทำความสะอาดแปรงสีฟัน หลังจากแปรงฟันเสร็จ โดยล้างแปรงให้สะอาด สะบัดน้ำออกให้แห้ง ไม่ต้องลวกน้ำร้อน เก็บแปรงสีฟัน โดยวางแปรงในแนวตั้ง ในที่โปร่ง อากาศ ระบายได้ดี ไม่ควรเก็บแปรงสีฟันในกล่อง หรือใส่ผ้าครอบตลอดเวลา เพราะจะทำให้แปรงขึ้น หรือ อาจเกิดเชื้อราตรงโคนกระดูกขนแปรง

6.2 แปรงฟันไฟฟ้า

Mili Doshi (2016) แนะนำให้ใช้แปรงฟันไฟฟ้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการ เคลื่อนไหว/ การใช้มือ เนื่องจากมีด้ามจับขนาดใหญ่ หัวแปรงขนาดเล็ก และใช้งานง่าย

6.3 ยาสีฟัน

สุปราณี ดาโลตม และ วรางคณา เวชวิธี (2554) กล่าวถึงคุณสมบัติยาสีฟันที่ดี ได้แก่ สามารถทำความสะอาดฟันได้ดี ไม่ทำอันตรายต่อเหงือก และฟัน ไม่ระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก ป้องกันฟันผุ มีกลิ่น รสดี เนื้อยาสีฟันเป็นเนื้อเดียวกันตลอด ไม่แยกชั้น มีรูปแบบที่สะดวก และราคา ไม่แพง

ยาสีฟันที่มีจำหน่ายมีหลายชนิดให้เลือกใช้ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ยาสีฟัน สมุนไพร ยาสีฟันทำให้ฟันขาว ยาสีฟันแก้เสียวฟัน ยาสีฟันขจัดคราบบุหรี่ยาและซากาแฟ เป็นต้น โดยทั่วไป จะแนะนำให้ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพื่อช่วยป้องกันฟันผุ การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เป็นช่องทางในการได้รับฟลูออไรด์ที่ดี กระบวนการที่ฟลูออไรด์เข้าไปเสริมความแข็งแรงของผิว

เคลือบฟันจะเกิดขึ้นขณะที่เราแปรงฟัน จึงควรแปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที เพื่อให้ฟลูออไรด์ในยา
สีฟันมีเวลาพอที่จะเข้าไปจับกับผิวเคลือบฟันได้

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2566) ได้แนะนำ
การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นการป้องกันฟันผุ แนะนำให้ใช้ในทุกกลุ่มอายุ และทุกระดับความ
เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

วิธีใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ได้แก่ แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์วันละ 2 ครั้ง
คือ เช้า และก่อนนอน หลีกเลี่ยงการบ้วนน้ำปริมาณมาก หรือหลายครั้งเพื่อคงประสิทธิภาพในการ
ป้องกันฟันผุของฟลูออไรด์ และภายหลังการแปรงฟัน ให้หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร
อย่างน้อย 30 นาที

ปริมาณและความเข้มข้นยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
แนะนำ ดังนี้

- ฟันซี่แรกขึ้น - อายุต่ำกว่า 3 ปี ใช้ความเข้มข้น 1,000 ppm ปริมาณแตะขนแปรง
พอเปียก/ เท้าเมล็ดข้าวสาร โดยผู้ปกครองแปรงให้ และเช็ดฟองออก

- อายุ 3 ปี - อายุต่ำกว่า 6 ปี ใช้ความเข้มข้น 1,000 ppm ปริมาณเท่ากับความ
กว้างของแปรง/ เท้าเมล็ดข้าวโพด โดยผู้ปกครองบิยาสีฟันให้ และช่วยแปรงฟัน คอยเตือนให้เด็ก
บ้วนน้ำลาย และฟองทิ้งระหว่างแปรงฟัน และหลังแปรงฟัน แต่ไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจบ้วนน้ำ 1
ครั้ง (ประมาณน้ำ 1 อู้งมือ หรือ 5 - 10 มิลลิลิตร)

- อายุ 6 ปีขึ้นไป ใช้ความเข้มข้น 1,400 - 1,500 ppm ปริมาณเท่ากับความยาว
ของแปรงสีฟันโดยหลังแปรงฟันควรบ้วนน้ำลาย และฟองในปากออก โดยไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรืออาจ
บ้วนน้ำ 1 ครั้ง (ประมาณ 1 อู้งมือ หรือ 5 - 10 มิลลิลิตร)

ส่วนยาสีฟันฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูง มีสารประกอบสำคัญ คือ โซเดียมฟลูออไรด์ที่มี
ความเข้มข้นร้อยละ 1.1 หรือมีฟลูออไรด์ 5,000 ส่วนในล้านส่วน การนำไปใช้ต้องได้รับการสั่งจ่ายจาก
ทันตแพทย์เท่านั้น และควรเก็บให้พ้นมือเด็กเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดพิษชนิดเฉียบพลัน ใช้ในผู้ที่มีอายุ
ตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ได้รับการฉายรังสีบำบัดบริเวณใบหน้าและ
ขากรรไกร มีสภาวะน้ำลายน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุที่รากฟัน รวมถึงผู้ที่ใส่เครื่องมือจัดฟัน
หรือฟันปลอมถอดได้

Mili Doshi (2016) กล่าวว่า สาร Sodium Lauryl Sulphate (SLS) ที่เป็นส่วนประกอบ
ในยาสีฟันเพื่อทำให้เกิดฟอง มีผลทำให้เนื้อเยื่อช่องปากแห้ง ฉะนั้นจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ
ปากแห้ง และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสำคัญ

6.4 น้ำยาบ้วนปาก

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล (2555) กล่าวว่า น้ำยาบ้วนปากเป็นสิ่งที่ใช้เสริมการแปรงฟันเท่านั้น ไม่สามารถทดแทนการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันได้ โดยทั่วไปให้ใช้บ้วนปากหลังการแปรงฟัน และทำความสะอาดซอกฟันแล้ว ให้อมกลั้วให้น้ำยาสัมผัสเหงือกและฟันทั่วปาก แล้วบ้วนทิ้ง ห้ามกลืน

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคณา เวชวิธี (2554) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของน้ำยาบ้วนปากที่ชัดเจน คือ ทำให้รู้สึกสดชื่นในปาก และลดกลิ่นปากชั่วคราว โดยทั่วไปจะควบคุมกลิ่นปากได้ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะมีเชื้อโรคขึ้นมาใหม่ กลิ่นปากก็จะกลับมาเหมือนเดิม ดังนั้น จึงควรรักษาสาเหตุของกลิ่นปาก เช่น โรคฟันผุ โรคปริทันต์ หรือโรคทางเดินหายใจ การใช้ยาบ้วนปากโดยที่สาเหตุของกลิ่นปากยังคงอยู่ อาจทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น น้ำยาบ้วนปากทุกชนิดใช้เสริมจากการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันเท่านั้น ไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล (2555) ได้แบ่งน้ำยาบ้วนปากเป็น 2 ประเภทตามจุดประสงค์ของการใช้ คือ

1. ใช้บ้วนปากเพื่อช่วยให้เศษอาหารหลุดง่ายขึ้น ลดเชื้อจุลินทรีย์ในปาก และช่วยลดกลิ่นปากทำให้รู้สึกสดชื่น น้ำยาบ้วนปากที่จำหน่ายในท้องตลาดส่วนใหญ่เป็นน้ำยาบ้วนปากประเภทนี้ สามารถซื้อมาใช้ได้ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามถ้าแปรงฟันให้สะอาดทั่วถึง และใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟันเป็นประจำ ไม่จำเป็นต้องใช้น้ำยาบ้วนปากอีก

2. ใช้เพื่อป้องกัน หรือบำบัดรักษา ได้แก่ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ น้ำยาบ้วนปากควบคุมคราบจุลินทรีย์ และป้องกันเหงือกอักเสบ ซึ่งมีส่วนผสมของสารที่มีฤทธิ์ทำลายเชื้อจุลินทรีย์ จึงควรใช้ภายใต้คำแนะนำของทันตแพทย์ แบ่งเป็น

- น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ แนะนำให้ใช้ในผู้ที่มีฟันผุง่าย ผู้ที่ใส่เครื่องมือจัดฟัน หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษามะเร็งบริเวณช่องปากและลำคอ

- น้ำยาบ้วนปากผสมสารสกัดจากพืชหรือสมุนไพร สารสกัดจากพืชหรือสมุนไพร ช่วยให้น้ำยาบ้วนปากมีกลิ่นหอมและรสชาติดีขึ้น ช่วยระงับกลิ่นปาก และช่วยลดการอักเสบในช่องปากได้ เนื่องจากมีคุณสมบัติเป็นสารฆ่าเชื้อ และช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้บ้าง พืชหรือสมุนไพรที่นิยมใช้ ได้แก่ มังคุด เปลือกทุเรียน ชาเขียว ไพล ใบฝรั่ง ว่านหางจระเข้ ชะเอม กานพลู เป็นต้น

- น้ำยาบ้วนปากผสมคลอเฮกซีดีน คลอเฮกซีดีนมีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และ ยึดเกาะผิวฟัน และเนื้อเยื่อในช่องปากได้ดี จึงคงประสิทธิผลในการฆ่าเชื้อในปากได้นาน ส่วนใหญ่ใช้ควบคุมการติดเชื้อในช่องปาก เช่น ใช้ระหว่างหรือหลังการรักษาโรคปริทันต์ หลังการผ่าตัดในช่องปาก หรือใช้ลดความรุนแรงเฉียบพลันของโรคปริทันต์ ซึ่งจะใช้ในระยะเวลาสั้นๆ

นอกจากนี้ ยังใช้เสริมการทำความสะอาดช่องปากในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีข้อจำกัดทางการแพทย์บางประการ เช่น ผู้ป่วย ผู้พิการ การใช้น้ำยาบ้วนปากชนิดนี้ติดต่อกันนานๆ จะทำให้เกิดคราบสีน้ำตาลบนตัวฟัน ลึน และวัสดุอุดฟัน อาจทำให้การรับรสอาหารเสียไป ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้สารคลอเฮกซีดีน

Mili Doshi (2016) กล่าวว่า คุณสมบัติของคลอเฮกซีดีนจะสูญเสียไปจากสารที่เป็นส่วนประกอบในยาสีฟัน ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน ควรใช้ห่างกันอย่างน้อย 30 นาที ส่วนน้ำยาบ้วนปากผสมเอสเซนเชียลช่วยลดกลิ่นปาก และลดคราบจุลินทรีย์ ลดการอักเสบของเหงือกเมื่อใช้อย่างต่อเนื่อง มีสารสำคัญในเอสเซนเชียลซึ่งละลายในแอลกอฮอล์ จึงมีข้อควรระวัง การใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เพราะอาจทำให้รู้สึกแสบร้อนในปาก และเป็นอันตรายหากกลืนกินลงไป นอกจากนี้ น้ำยาบ้วนปากหลายชนิด หากใช้ในความเข้มข้นสูง อาจทำให้เกิดคราบสีติดผิวฟัน เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่ออ่อนในปาก เกิดแผลในปากทำให้เจ็บปวด การรับรสผิดปกติ เกิดอาการชา และเสียบริเวณรากฟันได้

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2566) ได้แนะนำการใช้ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ โดยให้ใช้ในผู้ที่มีรอยโรคฟันผุขาวขุ่น (white spot lesion) หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุระดับปานกลาง และสูง อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปที่สามารถควบคุมการกลืนและบ้วนทิ้งได้ โดยใช้ปริมาณ 5 -10 มิลลิลิตร อม และกลั้วให้ทั่วปากเป็นเวลาอย่างน้อย 1 นาที แล้วบ้วน ไม่ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารหลังใช้อย่างน้อย 30 นาที และเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความถี่ของการสัมผัสกับฟลูออไรด์ ควรใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ควบคู่เวลากับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

6.5 การใช้อุปกรณ์เสริม

6.5.1 ไหมขัดฟัน (dental floss)

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวิริยกุล (2555) ได้กล่าวว่า การแปรงฟันไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่ซอกฟันได้หมด ด้านของฟันที่ชิดติดกันจึงมีโอกาสเกิดฟันผุ และเหงือกบริเวณซอกฟันเกิดการอักเสบได้ง่าย การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากให้ดีอยู่เสมอ ต้องกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณซอกฟันเป็นประจำทุกวัน โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดฟันในบริเวณนี้เป็นประจำอย่างน้อยวันละครั้ง ก่อน หรือหลังการแปรงฟัน หรือก่อนนอน ส่วนใหญ่จะแนะนำให้ใช้วันละ 1 ครั้งก่อนนอน การใช้ก่อนแปรงฟันจะช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณซอกฟัน และทำให้ฟลูออไรด์จากยาสีฟันสามารถเข้าไปเกาะกับผิวเคลือบฟันได้มาก

ไหมขัดฟัน เป็นกลุ่มของเส้นใยไนลอนหลายๆ เส้นอยู่รวมกัน เมื่อแทรกอยู่ระหว่างซี่ฟัน และถูกดึงให้โอบรอบตัวฟัน ขยับไป - มา ขึ้น - ลง เส้นใยจะแตกออกช่วยครูดคราบจุลินทรีย์ และเศษอาหารที่ติดอยู่ตามซอกฟันออกมา ไหมขัดฟันส่วนใหญ่มีสีขาว มีการแต่งกลิ่น และมีทั้งชนิดที่เคลือบ และไม่เคลือบขี้ผึ้ง ไหมขัดฟันทั้งสองชนิดมีประสิทธิภาพเหมือนกันหากใช้ถูกวิธี

ถ้าใช้ไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเหงือกได้ จึงต้องฝึกวิธีใช้ให้ถูกต้อง การใช้ในครั้งแรกๆ ควรเลือกไหมขัดฟันชนิดเคลือบขี้ผึ้ง เพราะจะใช้ได้ง่ายกว่า

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคณา เวชวิธิ (2554) ได้อธิบายถึงไหมขัดฟันรูปแบบต่างๆ ได้แก่

- Superfloss เป็นเส้นแถบ ซึ่งมีแถบแบนกว้างกว่าไหมขัดฟันปกติ ใช้สำหรับคนไข้จัดฟัน หรือใส่สะพานฟัน หรือตามที่ทันตแพทย์แนะนำ โดยสอดส่วนปลายที่แข็งผ่านซอกฟัน แล้วดึงส่วนที่เป็นฟองน้ำมาโอบแนบด้านข้างของฟันโดยใช้นิ้วบังคับ ขัดจากขอบเหงือกไปทางด้านบดเคี้ยว 6 ครั้ง จากนั้นใช้ฟองน้ำทำความสะอาดซอกฟันอีกซี่ที่อยู่ข้างๆ

- Floss threader ใช้ทำความสะอาดบริเวณที่ใส่สะพานฟัน และบริเวณที่ใส่ลวดจัดฟันเช่นเดียวกับ Superfloss แต่รูปร่างเป็นห่วงพลาสติกคล้องเส้นใยขัดฟัน โดยตัดไหมขัดฟันยาวประมาณฟุตครึ่งหรือ 18 นิ้ว ใส่ลงไปในห่วง ปลายเข็มสอดไปได้สะพานฟัน ไหมขัดฟันก็จะผ่านเข้าไปตรงบริเวณใต้สะพานฟัน หรือทำความสะอาดตรงบริเวณใต้สะพานฟัน หรือลวดจัดฟัน

- แบบมี Floss holder เป็นเครื่องจับเส้นใยสำเร็จ จะมีไหมติดอยู่กับด้ามจับแทนการพันนิ้วมือ ทำให้ใช้ได้สะดวกขึ้น โดยวางลงไประหว่างซี่ฟันตรงๆ แต่มีข้อเสียคือ ประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควรเนื่องจากไม่สามารถโอบรอบซี่ฟัน และอาจทำให้บาดเจ็บเหงือกได้ การใช้แบบพันนิ้วมือมีประสิทธิภาพดีกว่ามากถ้าใช้ถูกวิธี

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคณา เวชวิธิ (2554) ได้แนะนำวิธีการใช้ไหมขัดฟันดังนี้

ขั้นที่ 1 ตัดไหมขัดฟันยาวประมาณฟุตครึ่ง หรือ 18 นิ้ว นำมาพันรอบนิ้วกลางกับนิ้วนาง (หรือนิ้วกลางนิ้วเดียวกันก็ได้ แต่ไม่แนะนำพันกับนิ้วชี้) ให้แน่นพอที่จะทำให้ไม่ลื่นหลุดและไม่แน่นเกินไปจนบาดนิ้วหรือทำให้นิ้วเจ็บ เหลือเส้นไหมไว้ระหว่างมือประมาณ 3 -4 นิ้ว เพื่อใช้ทำความสะอาดฟัน หรือบางคนไม่ถนัดอาจผูกไหมขัดฟันเป็นวงกลมก็ได้

ขั้นที่ 2 ใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้จับเส้นไหมไว้สำหรับทำความสะอาดฟัน ให้เส้นไหมเหลืออยู่ระหว่างนิ้วมือ 2 ข้าง ประมาณ 1/2 นิ้วจนถึงนิ้วครึ่ง

ขั้นที่ 3 ค่อยๆ สอดเส้นไหมเข้าไประหว่างซี่ฟันเบาๆ ระวังอย่าให้เส้นไหมกระแทก หรือบาดเจ็บเหงือก ทำความสะอาดฟันทีละซี่โดยการใส่เส้นไหมโอบล้อมฟันคล้ายรูปตัวซี ('C')

ขั้นที่ 4 ออกแรงถูเส้นไหมบนผิวฟันเบาๆ ในแนวนอน อย่าออกแรงในแนวตั้ง เพื่อป้องกันอันตรายต่อเหงือก ถูเส้นไหมบนผิวฟันเบาๆ ขึ้นบ้างลงบ้างซี่ละ 2 - 3 รอบ โดยเริ่มจากส่วนบนสุดของซี่ฟันลงไปใต้แนวเส้นเหงือกเล็กน้อย แล้วกลับขึ้นไปใหม่

ขั้นที่ 5 อย่าออกแรงกดเส้นไหมบนเหงือก ซึ่งจะทำให้เหงือกช้ำเป็นแผล หรือเกิดการอักเสบได้ วิธีสังเกตว่าเราออกแรงกดบนเหงือกหรือไม่ คือ ขณะที่ใช้ให้ดูในกระจกว่ามีรอยกด

ของเส้นไหมบนเหงือกขณะใช้หรือไม่ ถ้าทำถูกวิธีจะไม่มีรอยกด การใช้ไหมขัดฟัน ถ้าใช้ไม่ถูกจะทำให้
อันตรายต่อเหงือก ปกติเส้นไหมไม่ควรขาดขณะใช้ แต่ถ้าเส้นไหมขาดอยู่เสมอบริเวณใด แสดงว่าอาจมี
ฟันผุหรือฟันที่อุดไว้บริเวณนั้นอาจมีปัญหา หรือมีหินปูน แนะนำให้ไปตรวจกับทันตบุคลากรเพื่อแก้ไข
ปัญหาของการใช้ไหมขัดฟันที่สำคัญ คือ ไขยาก ต้องฝึกฝน และถ้าระหว่างที่
ฟันสัมผัสกันแน่นมากก็จะยากขึ้น อาจต้องใช้แรงกดจนโดนเหงือกข้างล่าง

6.5.2 แปรงชอกฟัน (Proxabrush, Interdental brush)

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคณา เวชวิธี (2554) อธิบายว่า แปรงชอกฟัน
ใช้สำหรับทำความสะอาดบริเวณชอกฟันในกรณีที่มีฟันห่าง หรือฟันล้มเอียง มีช่องระหว่างฟัน
ชอกฟันใหญ่ มีช่องระหว่างรากฟันในกรณีที่เหงือกร่น หรือไม่มีฟันด้านข้าง หรือด้านหลังของฟันซี่
สุดท้าย ซึ่งการใช้ไหมขัดฟันมีประสิทธิภาพไม่ดีเพราะไม่สามารถแนบเข้าไปกับตัวฟันได้

แปรงชอกฟันมีลักษณะคล้ายแปรงล้างขวดอันเล็กๆ หัวแปรงมีสองแบบ คือ
แบบทรงกระบอก (cylinder) และแบบต้นสน (taper) มีทั้งชนิดที่มีด้ามจับ (Proxabrush) และที่ไม่มี
ด้ามจับ (Interdental brush)

การเลือกแปรงชอกฟัน ต้องเลือกขนาดให้เหมาะสมกับขนาดของชอกฟัน
ถ้าเลือกขนาดที่เล็กเกินไปแปรงจะไม่สัมผัสกับชอกฟัน ถ้าขนาดใหญ่เกินไปก็ต้องออกแรงดันมาก
อาจทำให้เกิดการอักเสบได้ หากมีฟันห่าง หรือมีช่องชอกฟันกว้าง การใช้แปรงชอกฟันมีส่วนช่วยได้
มาก แต่หากช่องชอกฟันแคบไม่ควรใช้แปรงชอกฟัน ให้ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดแทนเพื่อป้องกัน
แรงกดจากแปรงที่อาจทำให้ฟันสึกหรือเหงือกร่น

วิธีใช้ สอดแปรงเข้าไปตรงช่องว่างระหว่างซี่ฟัน จากนั้นวางแปรงบนเหงือกให้
แนบกับด้านหนึ่งของชอกฟัน ให้ขนแปรงชิดผิวฟัน แล้วถูเข้าถูออกประมาณ 3 - 4 ครั้ง แล้วเบนแปรง
มาแนบอีกด้านหนึ่ง ถูเข้าถูออก 3 - 4 ครั้ง ทำเช่นนี้กับชอกฟันที่มีช่องว่าง โดยเข้าจากด้านกระพุ้ง
แก้ม และเข้าจากด้านลิ้นด้วย ถ้าใช้ Proxabrush จะเข้าได้ทั้ง 2 ด้าน ส่วน Interdental brush
นั้นใช้เข้าจากด้านกระพุ้งแก้มเท่านั้น

6.5.3 แปรงกระจุกเดี่ยว (single tufted brush)

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล (2555) แนะนำว่า แปรงกระจุก
เดี่ยวเป็นแปรงเสริม ใช้ทำความสะอาดฟันบริเวณที่เข้าถึงยาก เช่น ด้านท้ายสุดของฟันล่าง ฟันเก
ฟันล้มเอียง หรือผู้ที่ใส่เครื่องมือจัดฟัน แนะนำให้ใช้บริเวณด้านในของฟันล่าง หรือบริเวณฟันด้านหลัง
ใช้หลังจากการแปรงฟันตามปกติแล้ว โดยกวาดขนแปรงไปตามคอฟัน เมื่อถึงชอกฟันให้ขยับขนแปรง
อยู่กับที่ แล้วปัดออกทางด้านบดเคี้ยว ทำเช่นนี้กับฟันทุกซี่ที่ต้องการแปรง

6.5.4 แปรงสำหรับแปรงลิ้น ไม้ชุดลิ้น

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวิริยกุล (2555) กล่าวว่า ด้านบนของลิ้นเป็นที่กักเก็บคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของกลิ่นปาก จึงควรทำความสะอาดลิ้นเป็นประจำทุกวัน อาจใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม เพื่อป้องกันการอักเสบ และเลือดออกที่ลิ้น หรือใช้อุปกรณ์ที่ผลิตมาเฉพาะทำความสะอาดลิ้น ซึ่งมีลักษณะแบนทำให้ไม่โดนเพดานปากในขณะใช้ และไม่ทำให้เกิดอาการขย้อน อุปกรณ์ทำความสะอาดลิ้นที่ดีต้องไม่แหลมคม มีด้ามจับถนัดมือ โดยครูดหรือแปรงที่ด้านบนของลิ้น ไม่ต้องใช้ยาสีฟัน กวาดจากโคนลิ้นออกมาทางปลายลิ้นในทิศทางเดียว แปรงลิ้นเบาๆ ไม่ควรถูเข้า - ออก เพราะจะกระตุ้นให้อายากาเจียน ข้อควรระวัง คืออย่าใช้แรงมากเกินไปจะทำอันตรายต่อตุ่มรับรสบนลิ้นได้

6.5.5 ไม้จิ้มฟัน

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวิริยกุล (2555) กล่าวว่า ไม้จิ้มฟัน ใช้สำหรับเขี่ยเศษอาหารที่ติดชอกฟัน และทำความสะอาดชอกฟัน มีทั้งชนิดที่ทำด้วยไม้ หรือพลาสติก ไม้จิ้มฟันที่ดีต้องมีผิวเรียบ ไม่เป็นขุย หรือมีรอยฉีก สะอาดไม่มีสิ่งเจือปน หรือผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ควรเลือกใช้ไม้จิ้มฟันที่มีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมปลายเรียวแหลม (triangular shape) เพื่อให้สามารถเข้าตามช่องว่างระหว่างฟัน และเหงือกได้ โดย สอดปลายแหลมของไม้เข้าไปประหว่งชอกฟัน ให้ฐานของสามเหลี่ยมอยู่ที่เหงือก ด้านข้างของไม้จิ้มฟันแนบด้านข้างของฟันซี่ใดซี่หนึ่ง แล้วถูเข้าออก 4 - 5 ครั้ง ทำเช่นนี้ทุกชอกฟันที่มีช่องว่างระหว่างฟัน

ข้อควรระวัง ได้แก่ ห้ามใช้ไม้จิ้มฟันทุกประเภทในลักษณะดัน แคะ หรือจัดเพื่อกำจัดเศษอาหาร เพราะจะทำอันตรายต่อเหงือก และอาจทำให้วัสดุอุดฟันชำรุดเสียหาย ในผู้ที่เหงือกร่น รากฟันโผล่ การใช้ไม้จิ้มฟันอย่างรุนแรงจะทำให้ผิวรากฟันสึกได้ การเสียบไม้จิ้มฟันค้างไว้ตรงชอกฟัน หรือหมუნไม้จิ้มฟันในชอกฟัน จะทำให้เกิดช่องว่างระหว่างฟันมากขึ้น และทำให้เหงือกร่นได้

สุปราณี ดาโลดม และ วรางคนา เวชวิชิ (2554) กล่าวว่า ไม้จิ้มฟัน เป็นอุปกรณ์เสริมที่ทันตแพทย์ไม่ค่อยแนะนำให้ใช้ เนื่องจากจะมีปัญหาตามมา แต่เป็นอุปกรณ์ที่ถูกใช้มากที่สุด สามารถใช้ได้ทันทีหลังมื้ออาหาร ใช้สะดวก โดยทั่วไปไม้จิ้มฟันมีหน้าที่กำจัดเศษอาหารชิ้นใหญ่ที่ติดตามชอกฟัน แต่ไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้

ปัญหาของการใช้ไม้จิ้มฟัน คือ ไม้จิ้มฟันที่มีขายอยู่ มีเพียงมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรมควบคุม แต่ยังไม่มีการควบคุมคุณภาพ ส่วนใหญ่จะแข็งเกินไป ถ้าใช้นานๆ และออกแรงมากเกินไปจะทำให้หัก ทำอันตรายต่อเหงือก ทำให้เหงือกร่น และทำให้ฟันห่างเกิดช่องว่างระหว่างซี่ฟันมากขึ้น ส่งผลให้เศษอาหารติดบริเวณดังกล่าวง่ายขึ้นกว่าเดิม การใช้ที่ถูกต้องคือ ใช้ไม้จิ้มฟันเขี่ยเศษอาหารออกเบาๆ ไม่ควรใช้แรงแคะ หรือจัดเพื่อกำจัดเศษอาหาร ถ้าเศษอาหารติดแน่นระหว่างชอกฟันเป็นประจำ ควรหาสาเหตุอื่นๆ และรีบแก้ไข เช่น อาจมีฟันผุชอกฟัน หรือ

ฟันที่อุดหรือครอบไว้มีปัญหา เป็นต้น บางครั้งพบว่า ไม้จิ้มฟันไม่สะอาด อาจมาจากขั้นตอนการผลิต หรือการเก็บในภาชนะเปิด ผู้ที่เป็นโรคปริทันต์ไม่ควรใช้ เพราะอาจติดเชื้อจากไม้จิ้มฟันที่ไม่สะอาดได้ และถ้าใช้อย่างไม่ระวัง ไม้จิ้มฟันอาจตกลงในคอได้

6.5.6 Foam swab

Mili Doshi (2016) กล่าวถึงการใช้ Foam swab ในผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้ง โดยชุบน้ำช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในปาก ในบางครั้งใช้กำจัดสารคัดหลั่งในผู้ป่วยที่มีการหลั่งสารคัดหลั่งมาก เพื่อลดความเสี่ยงการสำลัก การใช้ Foam swab ไม่มีประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ จึงไม่ควรใช้ทดแทนแปรงสีฟัน ข้อควรระวัง คือระวังหัว Foam swab หลุดเข้าคอผู้ป่วยขณะใช้งาน ฉะนั้นจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มักกักของในปาก และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถคายสิ่งแปลกปลอมออกมาได้

6.5.7 Dry mouth moisturizing products

Mili Doshi (2016) แนะนำว่า ผลิตภัณฑ์ให้ความชุ่มชื้นในช่องปากจะช่วยบรรเทาอาการปากแห้ง ทำให้สารคัดหลั่งที่แห้งติดในช่องปากนิ่มขึ้นสามารถกำจัดออกได้ง่าย มีทั้งในรูปแบบเจล สเปรย์ น้ำยาบ้วนปาก แบบเจลสามารถทาแล้ววนได้ทั่วปาก ทั้งบริเวณแก้ม เพดานปาก ลิ้น โดยใช้นิ้วหรือแปรงสีฟัน อาจหาก่อนมีอาหารจะช่วยให้อาหารได้สบายขึ้น หรือหาก่อนการแปรงฟันในกรณีที่เจ็บในช่องปาก หากผสมเจลกับน้ำเล็กน้อยจะให้น้ำใช้มากขึ้น

7. การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2566) ได้แนะนำการใช้ฟลูออไรด์ที่ให้โดยทันตแพทย์ หรือทันตบุคลากร ดังนี้

7.1 ฟลูออไรด์เจล

สารประกอบฟลูออไรด์ที่ใช้ ได้แก่ แอซิดูเลตฟอสเฟตฟลูออไรด์ (acidulated phosphate fluoride; APF) ร้อยละ 1.23 หรือโซเดียมฟลูออไรด์ (sodium fluoride; NaF) ร้อยละ 2 ซึ่งโดยทั่วไป แนะนำให้ใช้แอซิดูเลตฟอสเฟตฟลูออไรด์ ร้อยละ 1.23 เนื่องจากมีประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุชัดเจน แต่ฟลูออไรด์ชนิดนี้มีความเป็นกรดอาจก่อให้เกิดความระคายเคืองในช่องปาก เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) จึงแนะนำให้ใช้โซเดียมฟลูออไรด์ ร้อยละ 2 แทน

ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง และอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้ความร่วมมือในการเคลือบฟลูออไรด์ และใช้กับรอยโรคฟันผุขาวขุ่น โดยใช้ทดแทนในกรณีที่ไม่มีฟลูออไรด์วาร์นิช

ข้อห้าม ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี หรือเด็กที่ไม่สามารถควบคุมการกลืนได้ดี
วิธีเคลือบฟลูออไรด์เจล

1. แปรงฟัน หรือขัดฟันในรายที่มีคราบจุลินทรีย์ชัดเจน
2. เลือกขนาดถาด (tray) ที่เหมาะสมกับจำนวนฟันในช่องปาก
3. ใส่ปริมาณฟลูออไรด์เจลประมาณไม่เกิน 2 ใน 5 ของความสูงของถาด
4. ควรจัดตำแหน่งของผู้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจลให้นั่งตรง ไม่นอนราบ
5. วางถาดที่มีฟลูออไรด์เจลครอบฟันบน และฟันล่าง ให้กดไว้เป็นเวลา 4 นาที
6. ขณะที่เคลือบฟลูออไรด์ ให้ใช้ที่ดูดน้ำลายตลอดเวลาที่ถาดฟลูออไรด์เจลอยู่ในปาก เพื่อป้องกันการกลืน และหลังจากเคลือบให้ดูดเจลส่วนเกินออก และให้บ้วนเจลส่วนเกินออกให้หมด
7. ภายหลังจากเคลือบฟลูออไรด์เจล ห้ามบ้วนน้ำ ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร เป็นเวลา 30 นาที

7.2 ฟลูออไรด์วาร์นิช

เป็นโซเดียมฟลูออไรด์ ร้อยละ 5 ซึ่งมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 22,600 ส่วนในล้านส่วน มีปริมาณฟลูออไรด์ 22.6 มิลลิกรัมฟลูออไรด์/ มิลลิลิตร

ข้อบ่งชี้ ใช้ได้ทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี หรือผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง มีรอยโรคฟันผุขาวขุ่น

ข้อห้าม ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติการแพ้วัสดุที่มีลักษณะขาวเหนียวเป็นส่วนประกอบ เช่น พลาสติกเรซิน หรือวัสดุทางทันตกรรมอื่นๆ เช่น วัสดุพิมพ์ปาก ยาปิดแผลปริทันต์ (periodontal dressing) ซีเมนต์ และสารยึดติดต่าง ๆ (adhesive) ที่มักมีสารโคโลโฟนี (colophony) เป็นส่วนประกอบ, ผู้ที่มีแผลในปาก มีโรคเหงือก หรือมีการอักเสบของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก และผู้ที่เป็นโรคหอบหืด

ข้อพึงระวังในการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิช เด็กที่ต้องการฟลูออไรด์วาร์นิช แนะนำให้งดการทานฟลูออไรด์เสริม (dietary fluoride supplements) เป็นเวลา 1 - 2 วัน

วิธีการทาฟลูออไรด์วาร์นิช

1. ทำความสะอาดฟันโดยเช็ดฟัน ขัดฟัน หรือแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันในกรณีที่มีด้านประชิด
2. กั้นน้ำลายและเช็ดผิวฟันให้แห้ง
3. ใช้ฟู่กันขนาดเล็ก (microbrush) หรือก้านฟองน้ำขนาดเล็ก (microspunge) ทาฟลูออไรด์วาร์นิชบางๆ บนผิวฟันที่มีรอยโรคฟันผุขาวขุ่น และบนด้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ด้านประชิด และด้านบดเคี้ยว เป็นต้น หลีกเลี่ยงการทาโดนเนื้อเยื่ออ่อน เพื่อลดโอกาสการแพ้ หรืออาการระคายเคือง

4. ภายหลังจากทาฟลูออไรด์วาร์นิช ควรเลี่ยงอาหารแข็งอย่างน้อย 2 - 4 ชั่วโมง และงดการแปรงฟันในวันที่ทาฟลูออไรด์วาร์นิช เพื่อเพิ่มเวลาการยึดติด และการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟัน

7.3 ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride: SDF)

ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์เป็นสารละลายสีที่ใช้ทาบนฟันผุ เพื่อหวังผลในการหยุดยั้งฟันผุ รวมทั้งลดอาการเสียวฟัน ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ร้อยละ 38 (มีฟลูออไรด์ 44,800 ส่วนในล้านส่วน) เป็นความเข้มข้นที่ได้รับการแนะนำให้ใช้ในปัจจุบัน

ข้อบ่งชี้

1. ทาในรอยผุของฟันน้ำนมระยะลุกลามที่ไม่ทะลุโพรงเนื้อเยื่อในฟัน ในผู้ป่วยกลุ่มต่อไปนี้

- ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงมาก เช่น น้ำลายพร่องหน้าที่ (salivary dysfunction), ปากแห้ง และน้ำลายน้อย (xerostomia and hyposalivation), เด็กปฐมวัยที่มีฟันผุแบบรุนแรง (severe early childhood caries)

- ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต หรือพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำฟันตามปกติได้ เช่น เด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ, ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (immunocompromised patient)

- ผู้ที่มีรอยผุมากหลายตำแหน่ง และไม่สามารถทำการรักษาทั้งหมดได้ภายในครั้งเดียว

- ผู้ที่อาจต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ แต่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือยังไม่สามารถดมยาสลบได้

- ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรม

2. ทาในรอยผุที่รากฟันแท้ หรือรากฟันแท้ที่เผยฝัง

3. ทาในรอยผุของฟันแท้ที่ทำการรักษาได้ยาก เช่น ฟันผุซุ้มบริเวณขอบของครอบฟัน ฟันผุบริเวณง่ามรากฟัน เป็นต้น

ข้อห้าม ห้ามใช้ในรอยผุที่ทะลุโพรงเนื้อเยื่อในฟัน (pulp) หรือมีอาการบ่งชี้ว่ามีการอักเสบของเนื้อเยื่อในฟัน, ผู้ที่แพ้โลหะเงิน (silver allergy), ผู้ที่มีเหงือกอักเสบเป็นแผล (gingivitis), ผู้ที่มีเยื่อช่องปากอักเสบ (stomatitis)

ข้อควรระวังในการใช้ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์

1. การทาในรอยผุที่ลึกใกล้โพรงประสาทฟัน ต้องมีการติดตามผลอย่างใกล้ชิด

2. ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์จะทำให้เกิดการติดสีดำบนที่ต่างๆ ดังนี้ ผิวฟันที่มีรูพรุนได้แก่ ฟันผุชนิดที่เป็นรู รอยโรคฟันผุขาวขุ่น รากฟันที่ไม่ผุ แต่จะไม่ติดสีบนผิวฟันปกติ, วัสดุอุด หรือ

ครอบฟันอาจจะติดสีได้ สามารถกำจัดออก โดยการขัด ยกเว้นส่วนขอบ หรือรอยต่อของวัสดุกับเนื้อฟันที่อาจจะไม่สามารถขัดออกได้, ผิวหนัง หรือเหงือกจะติดสีน้ำตาลเทาที่ล้างไม่ออก แต่จะหายไปเองใน 2 - 3 สัปดาห์, สิ่งของ หรือเสื้อผ้าอาจจะเซ็ด หรือซักไม่ออก

3. หากสัมผัสโคบอลต์ จะมียาสีฟันของโลหะซึ่งเด็กอาจจะไม่ชอบ

4. หากสัมผัสโคบอลต์เหงือกอาจทำให้เหงือกกระคายเคือง พบรอยโรคสีขาว (white lesion) ซึ่งจะหายไปเองภายใน 48 ชั่วโมง

5. การใช้ซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์ และฟลูออไรด์วาร์นิชในครั้งเดียวกัน ต้องเพิ่มความระมัดระวัง โดยเฉพาะในการใช้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี

วิธีการทาซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์

ขั้นที่ 1 ก่อนทาควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก ทางเลือกในการรักษา ข้อดี ข้อเสียของการทาซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์ ตลอดจนความจำเป็นในการกลับมาติดตามผล และแผนการรักษาในอนาคต

ขั้นที่ 2 ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและ/ หรือผู้ปกครองทราบว่าจะเกิดการติดสีดำบริเวณรอยโรคที่สัมผัสสาร

ขั้นที่ 3 บุคลากร และผู้ป่วยควรใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม เพื่อป้องกันตา ร่างกาย และเสื้อผ้าจากการกระเด็นของสาร

ขั้นที่ 4 กำจัดเศษอาหาร และคราบจุลินทรีย์ ไม่จำเป็นต้องกำจัดเนื้อฟันผุออก

ขั้นที่ 5 กันน้ำลายบริเวณพื้นที่มีรอยผุด้วยก๊อช หรือม้วนสำลี หากรอยผุอยู่ใกล้เหงือกให้ทาวาสลินบนเหงือกบริเวณใกล้เคียงนั้น

ขั้นที่ 6 เช็ดหรือเป่าให้รอยผุแห้ง

ขั้นที่ 7 ใช้ก้านฟองน้ำขนาดเล็ก (microsponge) ทาซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์บนรอยผุ โดยปริมาณที่แนะนำให้ใช้ในแต่ละครั้ง คือ ไม่เกิน 1 หยดต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม

ขั้นที่ 8 รอให้ซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์ซึมลงสู่เนื้อฟันประมาณ 1 นาที และกำจัดส่วนเกินด้วยก๊อช หรือม้วนสำลี อาจทำการเป่าลมเบาๆ จนแห้ง

ขั้นที่ 9 หากสามารถทำได้ หลังทาซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์ ควรประเมินการหยุดยั้งของรอยโรคฟันผุในอีก 2 - 4 สัปดาห์ หากรอยโรคยังไม่หยุดลุกลาม แนะนำให้ทาซ้ำ

ขั้นที่ 10 กรณีรอยโรคฟันผุในชั้นเนื้อฟัน ควรติดตามผล และทาซ้ำทุก 6 เดือน จนกว่ารอยผุหยุดลุกลาม รอยผุได้รับการบูรณะ หรือฟันหลุดไปตามธรรมชาติ ในรากฟันแท้ที่ผุ หรือรากฟันแท้ที่เผยฝัง แนะนำให้ทาซ้ำ ทุก 1 ปี

ขั้นที่ 11 เมื่อผู้ป่วย และปัจจัยอื่นๆ มีความพร้อม อาจพิจารณาทำการบูรณะฟันตามปกติต่อไป

พลพฤกษ์ โสภรัตน์ และคณะ (2564) ได้แนะนำเพิ่มเติมในการใช้ฟลูออไรด์ ดังนี้ ฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride varnish) การทาทุก 6 เดือน จะมีประสิทธิผลในการหยุดยั้งการลุกลามของรากฟันผุได้ จึงแนะนำให้ทาปีละ 2 ครั้ง ในผู้สูงอายุที่มีรากฟันโผล่ และเสี่ยงสูงต่อฟันผุ ข้อดีของฟลูออไรด์วาร์นิช คือ ใช้งานง่าย ปลอดภัยสูง แข็งตัวได้ในภาวะที่มีความชื้น หลังจากทาฟลูออไรด์วาร์นิช ไม่ตื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที

ซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์ แนะนำให้ทาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จนกว่ารอยโรคจะหยุดหรือรอยผุได้รับการบูรณะ โดยปกติใช้ 1 หยด ทาได้ประมาณ 5 ซี่ และงดการเคี้ยว หรือสัมผัสอาหารบริเวณดังกล่าวประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ใช้ในผู้ที่มีรอยฟันผุมาก หลายตำแหน่ง มีรอยผุที่ทำการรักษาได้ยาก เช่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงมากในผู้ที่รักษาด้วยการฉายรังสีบริเวณใบหน้าและคอ, ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนที่ ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้พิการ และใช้ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำหัตถการตามปกติได้ เนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย/ จิต เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาตามปกติได้ เป็นต้น

มีทนา เกษตระทัต (2566) แนะนำว่า ฟลูออไรด์เจล 1.1% neutral pH sodium fluoride gel หรือ 0.4% stannous fluoride gel ใช้ป้องกันฟันผุ และการสูญเสียแร่ธาตุของโครงสร้างฟันที่มีสาเหตุจากภาวะปากแห้งในผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งระยะยาว หรือถาวร ให้ใช้ฟลูออไรด์เจลทุกวันโดยใช้ถาดส่วนบุคคล ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งชั่วคราวให้แปรงฟลูออไรด์เจลที่ฟันทุกวัน น้ำยาบ้วนปากที่ผสมฟลูออไรด์ไม่เพียงพอต่อการป้องกันฟันผุ ควรใช้ neutral pH fluoride ในผู้ป่วยที่มีครอบฟันพอร์ซเลน

สุปราณี ดาโลดม และ วรวงศนา เวชวิธิ (2554) กล่าวถึง การใช้ฟลูออไรด์ในผู้สูงอายุว่า ทั้งฟลูออไรด์วาร์นิช และฟลูออไรด์เจล ให้ผลในการป้องกัน หรือยับยั้งฟันผุบริเวณด้านเรียบ (smooth surface) แต่จะใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชมากกว่าเพราะใช้ง่าย ใช้ปริมาณน้อย ไม่ต้องใช้ถาด ในผู้สูงอายุไม่ควรใช้ ฟลูออไรด์เจลเพราะต้องระวัง airway obstruction การทาฟลูออไรด์วาร์นิช ให้ทาโดยเว้นระยะห่างสม่ำเสมอขึ้นอยู่กับความเสี่ยง ถ้าเสี่ยงปานกลางให้ใช้ทุก 6 เดือน ถ้าเสี่ยงสูงให้ใช้ทุก 3 เดือน ในการทาให้ใช้ผ้าก๊อช หรือไม้พันสำลีเช็ดผิวฟันให้พอแห้ง หรือเอาเศษอาหารชิ้นใหญ่ออกเท่านั้น ไม่ต้องแห้งมาก เพราะฟลูออไรด์วาร์นิชทนน้ำได้ และจะ set ตัวเมื่อน้ำ จากนั้นใช้ฟูกันหรือไม้พันสำลีทาเฉพาะบริเวณรากฟันที่เผยผิ่ เท่านั้น ทาบางๆ ทั่วๆ พยายามอย่าให้โดนเหงือก เพราะอาจจะแพ้ได้ ไม่ต้องเป่าให้แห้ง

8. การแนะนำผู้ดูแลในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยติดเตียง

พุลฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ (2564) ได้แนะนำว่า หากพบปัญหาความสะอาดของช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ให้ฝึกปฏิบัติแก่ญาติ หรือผู้ดูแล ให้แปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียง โดยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เน้นที่คอฟัน หรือใช้อุปกรณ์ช่วยอื่นๆ เช่น แปรงชอกฟัน

วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมผู้ป่วยก่อนการทำความสะอาดช่องปาก

- 1) จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ผ้าก๊อช ชันน้ำ หรือแชมพูไต
- 2) จัดตำแหน่งผู้ป่วย ชั้นศีรษะขึ้น 30 - 45 องศา
- 3) ล้างมือ ใส่ถุงมือ

ขั้นตอนที่ 2 กำจัดคราบจุลินทรีย์ หรือคราบอาหารตกค้าง

- 1) ใช้ผ้าก๊อชพันนิ้ว และชุบน้ำเกลือ เช็ดคราบอาหารที่ตกค้างตามคอฟัน และกระพุ้งแก้ม ทำให้ทั่วทั้งปาก ด้านซ้าย และขวา
- 2) แปรงฟันโดยใช้แปรงขนาดเล็ก ขนนุ่ม ใช้ยาสีฟันเพียงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการสำลัก (ใช้ยาสีฟันที่ไม่ผสมสาร Sodium Lauryl Sulfate: SLS)
- 3) ทำความสะอาดทีละด้าน ทั้งบน และล่าง แล้วเช็ดออกด้วยผ้าก๊อช
- 4) ใช้แปรงชอกฟันทำความสะอาดบริเวณชอกฟัน
- 5) แปรงลิ้นโดยลากจากโคนลิ้นไปปลายลิ้น 4 - 5 ครั้ง
- 6) ทำความสะอาดสายช่วยหายใจ หรือสายให้อาหาร

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความชุ่มชื้น และรักษาแผลในช่องปาก

- 1) ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน หรือสารให้ความชุ่มชื้นชนิดน้ำ (Water-based lubricating agent)
- 2) หากมีแผลให้ใช้ยาชาเฉพาะที่ หรือยา TA 0.1% oral paste ป้าย เพื่อลดความเจ็บปวด
- 3) กรณีมีเหงือกบวม อักเสบ แนะนำให้ใช้ Chlorhexidine 0.12 % เช็ดตามขอบเหงือกให้ทั่วเพื่อควบคุมเชื้อจุลินทรีย์ โดยไม่แนะนำให้ใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (ใช้ตามคำแนะนำของทันตแพทย์)

สำนักทันตสาธารณสุข (2563) ได้แนะนำการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุพึ่งพิงสำหรับผู้ดูแล (Caregiver) และญาติในการดูแลช่องปาก หลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ดังนี้

- ผู้ดูแลที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงต้องระมัดระวังในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเน้นให้มีการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปในที่ชุมชน และล้างมืออย่างถูกต้อง หากเป็นไปได้เมื่อกลับมาจากที่ชุมชนให้อาบน้ำก่อนทำกิจกรรมอื่นเสมอ
- ผู้ดูแลต้องมีการประเมินอาการตนเองก่อนปฏิบัติงาน หากพบอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้หยุดปฏิบัติงาน และรีบไปพบแพทย์ทันที
- ก่อนทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ หรือ เจลแอลกอฮอล์ และใส่อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ หน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม และถุงมือ
- ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงบริเวณที่จะกระตุ้นการไอ จาม เช่น โคนลิ้น เพดานปากด้านในคอ
- ล้างแปรงสีฟัน และอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก จัดเก็บในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเท เป็นสัดส่วน แยกเป็นส่วนตัว ไม่ปะปนผู้อื่น
- หลังปฏิบัติงานเสร็จให้เก็บถุงมือ และสิ่งปฏิกูลต่างๆ ในถุงขยะมัดให้มิดชิด และแยกทิ้ง เพื่อรอกำจัดต่อไป
- หากพบความผิดปกติในช่องปาก ให้ประสานนัดหมายเพื่อพบทันตแพทย์
- เพิ่มช่องทางการสื่อสารทั้งกับครอบครัวผู้สูงอายุ และทันตบุคลากร เช่น ช่องทางออนไลน์เพื่อสื่อสารองค์ความรู้ และติดตามสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

9. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก

คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม, คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คู่มครองผู้บริโภคทางทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ, และคณะกรรมการทันตแพทย์สภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556-2559) (2558) ได้แนะนำการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

9.1 การล้างมือ

- ควรล้างมือให้สะอาดก่อนสวมถุงมือ และหลังจากถอดถุงมือ หรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลที่มีความเข้มข้น 60 - 80 %
- หากไม่สวมถุงมือ ต้องล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน

- ไม้ไผ่เสียบยาว และไม่สวมเสียบปลอม ซึ่งเป็นแหล่งเก็บกักเชื้อโรค

9.2 การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment)

เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา

- ถุงมือ ใช้ครั้งเดียวทิ้ง และภายหลังการใช้งานให้ถือเป็นขยะติดเชื้อ (ในระหว่างรักษาถ้าถอดออกแล้ว ห้ามนำกลับมาใช้อีก) เมื่อสวมถุงมือแล้ว ระหว่างการรักษาต้องไม่สัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อน หากจำเป็นต้องสัมผัส หลังการสัมผัสต้องเปลี่ยนถุงมือคู่มือใหม่

- แมสค์ (Mask) อย่างน้อยควรมีประสิทธิภาพในการกรอง 95 % สำหรับอนุภาคขนาด 0.3 ไมครอน

- แว่นป้องกัน (Protective Eyewear) หรือแผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield) ควรสวมร่วมกับแมสค์ทุกครั้งที่เกิดละออง หรือละอองฝอยในระหว่างการรักษา แว่นป้องกันควรมีขอบทางด้านข้าง และด้านบน และสวมทับบนแว่นสายตา ควรล้างทำความสะอาด หรือล้างทำความสะอาด และฆ่าเชื้อภายหลังให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละราย หรือเมื่อเห็นว่าสกปรก

- เสื้อกาวน์ ควรสวมทับเสื้อผ้าที่สวมอยู่ มีแขนยาว ปลายแขนรัดบริเวณข้อมือ คอปิด หลีกเลียงการมีเข็มขัด หรือกระเป่าซึ่งเป็นที่ยกเก็บสิ่งสกปรก เพื่อการป้องกันที่สมบูรณ์ เมื่อสวมถุงมือควรจัดให้ขอบถุงมือคลุมปลายแขนเสื้อกาวน์ ไม่ควรสวมออกนอกบริเวณที่ให้การักษา และควรเปลี่ยนอย่างน้อยวันละครั้ง หรือเมื่อเห็นว่าสกปรก

9.3 การจัดการขยะทางทันตกรรม

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2564) ได้แบ่งประเภทของขยะ ดังนี้

- ขยะทั่วไป เช่น ถุงพลาสติก กล่องโฟม เศษอาหาร เศษแก้ว ซองซีลใช้แล้ว
- ขยะติดเชื้อ ได้แก่ ขยะที่มีเชื้อโรค และเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อ ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วย, วัตถุที่ได้จากร่างกายมนุษย์ เช่น เลือด ฟัน เนื้อเยื่อ และสิ่งคัดหลั่ง เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ น้ำลาย, วัสดุทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยเปื้อนเลือด และสิ่งคัดหลั่งจากมนุษย์ เช่น สำลี ผ้าก๊อช ท่อระบายต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย เข็ม ของมีคม ใบมีด ผ้าพันแผล ถุงมือใช้แล้วที่เปื้อนเลือด หรือน้ำลาย หลอดดูดน้ำลายที่ใช้แล้ว หน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม ชุดคลุมกันน้ำชนิดใช้แล้วทิ้ง

- ขยะจากห้องปฏิบัติการ เช่น จานเลี้ยงเชื้อ เครื่องมือต่างๆ
- ขวดวัคซีนต่างๆ
- ขยะอันตราย ได้แก่ ขยะที่มีพิษ และขยะที่ไม่มีพิษที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่มนุษย์และสภาพแวดล้อม เช่น ยาหมดอายุ ขยะปนเปื้อนรังสี ขวด/ อุปกรณ์เคมี ปะอศ หลอดไฟ แบตเตอรี่ และขยะพิษจากห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

การทิ้งขยะ/ การจัดเก็บขยะ

- ถุงสีดำ สำหรับขยะทั่วไป ได้แก่ ขยะมีคม เช่น เศษแก้ว ให้ห่อด้วยกระดาษ หรือ ทิ้งในกล่องก่อนทิ้งลงถังขยะ และขยะไม่มีคม เช่น เศษอาหาร เปลือกผลไม้ กล่องโฟม ทิ้งลงถังให้เรียบร้อย

- ถุงสีแดง สำหรับขยะติดเชื้อ ได้แก่ ขยะมีคม เช่น เข็มทุกชนิด ใบมีด ให้ทิ้งลงกล่อง หรือภาชนะที่มีดัดชิดก่อนทิ้งลงถังขยะ, ขยะไม่มีคม เช่น ชิ้นเนื้อ ส้าลี ผ้าก๊อซ ถุงเลือด ทิ้งลงถังให้เรียบร้อย และ ของเหลวที่เป็นขยะติดเชื้อ เช่น เลือด หนอง น้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระ ให้เทลงท่อชักโครกที่จัดเตรียมไว้เพื่อลงบ่อบำบัดน้ำเสีย

การนำขยะใส่ถุง ควรใส่ไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของถุง ไม่ให้มีลมในถุง โดยไล่ลมออกจากถุงให้หมด ใช้เชือกฟางมัดปากถุงให้แน่น โดยผูกเป็นเงื่อนตาย แล้วนำส่งจุดพักขยะ เพื่อรอการทำลายต่อไป

10. การปรึกษาและการส่งต่อ

10.1 การปรึกษา

นันทมนัส แยมบุตร และคณะ (2564) ได้ศึกษาระบบทันตกรรมทางไกล (teledentistry) พบว่า เป็นการผสมผสานเทคโนโลยีการสื่อสาร กับการดูแลสุขภาพช่องปาก สำหรับให้บริการ ให้คำปรึกษา และสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ประชาชน รวมถึงการจัดการข้อมูล เพื่อสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพช่องปากแก่ประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข การนำระบบทันตกรรมทางไกลมาใช้จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างทันที่ โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) ซึ่งเป็นการผนวกกันระหว่างเทคโนโลยีสารสนเทศ และงานทางการแพทย์ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างไร้ข้อจำกัดในเรื่องเวลา และสถานที่

รูปแบบของระบบทันตกรรมทางไกล จำแนกตามประเภทของการสื่อสารระหว่างบุคคล ข้อมูลที่สื่อสาร หรือชนิดของสื่อที่ใช้ในการสื่อสารได้เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. การให้บริการแบบ real time (synchronous) คือ การโต้ตอบสองทางระหว่างบุคคล (ผู้ป่วยและทันตบุคลากร) มีการพูดคุย ปรึกษา ให้คำแนะนำผ่านภาพเคลื่อนไหว และเสียงในเวลาเดียวกัน เช่น การให้คำแนะนำระหว่างทันตบุคลากร และผู้ป่วย เพื่อจัดการปัญหาในช่องปากตนเองเบื้องต้น หากมีอาการที่ไม่รุนแรง หรือการให้คำปรึกษาระหว่างทันตแพทย์ และทันตบุคลากรที่

ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล โดยทันตบุคลากรจะเป็นผู้อธิบายอาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ทันตแพทย์ จากนั้นทันตแพทย์จะให้คำวินิจฉัยและวางแผนการรักษาร่วมกัน

2. การให้บริการแบบ store and forward (asynchronous) คือ การส่งข้อมูลสุขภาพที่บันทึกไว้จากการซักประวัติและตรวจช่องปากผู้ป่วย เช่น อาการ ภาพถ่ายรังสี ภาพถ่ายวิดีโอ ผ่านระบบสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่ปลอดภัยไปยังทันตบุคลากร เพื่อประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการรักษา เช่น การบันทึก ประวัติ และภาพรอยโรคในช่องปากผู้ป่วยเก็บไว้ก่อน โดยบุคลากรสาธารณสุข และส่งต่อให้ทันตแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัย และวางแผนการรักษา หรือการบันทึกประวัติการรักษา และภาพรอยโรคในช่องปากผู้ป่วยภายหลังการรักษาโดยทันตแพทย์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยส่วนใหญ่การส่งต่อข้อมูลนี้จะผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e - mail) แหล่งจัดเก็บข้อมูลที่นิยมใช้เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน คือ “คลาวด์ (cloud)” หรือระบบจัดเก็บข้อมูลนอกเซิร์ฟเวอร์ และทำการดึงข้อมูลด้วยรหัสผ่าน

การให้บริการทั้งสองแบบจำเป็นต้องใช้ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ อุปกรณ์เชื่อมต่อระบบโทรคมนาคมต่าง ๆ ที่ดีเพียงพอและผู้ให้บริการต้องมีความสามารถด้านการใช้เทคโนโลยีในการส่งข้อมูลการซักประวัติการรักษา ภาพถ่าย อาการผู้ป่วย และภาพเอกซเรย์ การให้บริการแบบ real time จำเป็นต้องมีกล้องและสัญญาณอินเทอร์เน็ตคุณภาพสูง เพื่อช่วยให้มีการอภิปรายอาการ ปัญหาด้านสุขภาพ และ แผนการรักษา ร่วมกันได้โดยละเอียด

ขอบข่ายการประยุกต์ใช้ระบบทันตกรรมทางไกลในประเทศไทย สามารถเริ่มต้นจากการตรวจคัดกรองสถานะทันตสุขภาพ และรอยโรคในช่องปาก ให้คำปรึกษา และดูแลในกรณีที่มีอาการเร่งด่วน ได้แก่ มีอาการปวดฟันรุนแรง เหงือกอักเสบ บวม เป็นหนอง หรือมีการติดเชื้อในช่องปาก ฟันแตก ฟันโยก หรือหลุดจากเบ้าฟัน สาเหตุมาจากการได้รับอุบัติเหตุ เครื่องมือจัดฟันหลุด ทำให้เกิดแผลในช่องปาก รวมถึงการติดตามการรักษาจากสถานบริการ นวัตกรรม และสามารถขยายขอบเขตสู่การให้คำปรึกษาระหว่างทันตบุคลากรสำหรับให้บริการ และอำนวยความสะดวกในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย

ระบบทันตกรรมทางไกลต้องการโครงสร้างพื้นฐาน และอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีคุณภาพ เช่น เครือข่ายอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ กล้องถ่ายภาพในช่องปาก เพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการพัฒนาการระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีความปลอดภัย ทั้งส่วนของข้อมูลผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาในส่วนนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดข้อบังคับ หรือการใช้กฎหมายด้วย เนื่องจากการให้บริการทันตกรรมทางไกลจัดเป็นบริการทางการแพทย์แบบหนึ่งที่ต้องเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคล จึงต้องมีกฎหมายมาควบคุมกำกับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งได้มีการประกาศใช้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2563 ข้อกำหนดหนึ่งที่เกี่ยวข้องคือ ต้องได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล (clear and affirmative consent) และอ้างถึงสิทธิผู้ป่วย

10 ข้อ ที่ประกาศโดยสภาวิชาชีพของประเทศไทย ที่ว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย”

10.2 การส่งต่อ

Mili Dosh (2016) ได้แบ่งระดับความเร่งด่วนในการส่งต่อ ดังนี้
กรณีเร่งด่วน ได้แก่

- มีอาการปวดรุนแรง จนมีผลกระทบต่อกรนอน การกิน การดื่ม
- มีการติดเชื้อในช่องปาก ใบหน้าบวม มีหนองที่ฟัน
- มีการบาดเจ็บที่ฟัน มักเกิดจากการพลัดตก หกล้ม
- ฟันโยก จนมีความเสี่ยงจะหลุดเข้าคอ สำลัก
- ฟันเทียมแตกหักหรือหาย
- เป็นแผลในปาก อาจเกิดจากฟันแตกหรือฟันเทียมแตก

กรณีไม่เร่งด่วน ได้แก่

- ฟันแตก วัสดุอุดฟันแตก ฟันเทียมแตก แต่ไม่ได้ทำให้มีอาการเจ็บ
- ฟันเทียมหลวม
- ทัศนกรรมด้านความสวยงาม

11. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง

สายฝน กัณฐมาลี และคณะ (2561) ได้กล่าวถึง แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว “INHOMESSS” มาใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

I: Immobility ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ รวมถึงการประเมินการทำกิจวัตรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด การจัดยารับประทานได้เอง เป็นต้น

N: Nutrition ประเมินว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอย่างไร ลักษณะของอาหารชนิดของอาหารที่รับประทาน พฤติกรรมการรับประทาน เช่น ก่อน หรือหลังรับประทานอาหารต้องสูบบุหรี่ รวมถึงวิธีการปรุงอาหาร การจัดเก็บอาหาร

H: Housing ประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน และรอบบ้านที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความแออัด การถ่ายเทอากาศภายในบ้าน

O: Other people เป็นการประเมินบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านว่าใครมีหน้าที่ทำอะไร ใครสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ ใครทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ

M: Medication ประเมินว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอะไร ทานยาอะไรบ้าง จัดยาอย่างไร ควรสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง การได้รับยาสมุนไพร และอาหารเสริมอื่นๆ

E: Examination ตรวจประเมินร่างกายของผู้ป่วย เช่น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก

S: Safety การประเมินความปลอดภัยภายในบ้านเพื่อช่วยแนะนำในการปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้

S: Spiritual health การประเมินความเชื่อ ค่านิยม โดยการซักถามผู้สูงอายุ หรือญาติที่ดูแล เพื่อให้รู้จัก และสามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และครอบครัว

S: Services เป็นการชี้แจงให้ญาติ และผู้สูงอายุให้เข้าใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการเยี่ยมบ้านแผนการรักษา และการดูแลในอนาคต รวมถึงสอบถามเกี่ยวกับความสะดวกในการเข้ารับบริการต่างๆ

สามารถนำหลัก “INHOMESSS” มาประยุกต์ใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ดังนี้

I: Immobility การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประเมินความสามารถในการทำ ความสะอาดช่องปาก

N: Nutrition ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหาร ประเมินการเคี้ยว จำนวนฟันคู่สบ การกลืน และความเสี่ยงในการสำลัก

H: Housing สิ่งแวดล้อม (ในบ้าน/ รอบบ้าน/ เพื่อนบ้าน) ความเหมาะสมของสถานที่ในการดูแลช่องปาก

O: Other people บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านที่ส่งผลต่อการดูแลช่องปาก และ การทำฟัน

M: Medication โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน ยาที่ส่งผลต่อช่องปาก หรือส่งผลต่อการ รักษาทางทันตกรรม

E: Examination การตรวจร่างกาย ตรวจประเมินช่องปากของผู้ป่วย เหงือก ฟัน เนื้อเยื่อในช่องปาก และฟันเทียม

S: Safety ความปลอดภัยในบ้าน ความปลอดภัย และความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลช่องปาก

S: Spiritual health ความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับช่องปาก และฟัน

S: Services แผนการดูแล/ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประเมินแผนการดูแลช่องปาก การเข้าถึงบริการทันตกรรม

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (2564) ได้แนะนำ การเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือ สำหรับการออกเยี่ยมบ้านทางทันตกรรม ดังนี้

1. ชุดตรวจ ประกอบด้วย Explorer, Mouth mirror, Cotton plier
 2. อุปกรณ์ช่วยแหวกกระพุ้งแก้ม สามารถประยุกต์ใช้ด้ามแปรงสีฟันโดยตัดด้ามแปรงสีฟันให้โค้งงอ ซึ่งวิธีการตัดด้ามแปรงสีฟันมีหลายวิธี เช่น การใช้ไคร์เป่าผมเป่าให้ร้อนแล้วตัดด้ามแปรงให้โค้งงอ การแช่ด้ามแปรงสีฟันในน้ำร้อนแล้วตัดให้โค้งงอ เป็นต้น อุปกรณ์ดังกล่าวนอกจากใช้แหวกกระพุ้งแก้มระหว่างการตรวจช่องปาก หรือแปรงฟันในผู้สูงอายุแล้ว หากนำผ้าก๊อชมาพันบริเวณด้ามแปรงให้หนาขึ้นสามารถนำมา ประยุกต์ใช้ในการช่วยอำปากในกรณีที่สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือได้

3. ไฟฉาย ควรเลือกไฟฉายชนิดแสง LED ซึ่งจะให้แสงสว่างที่พอเหมาะ สามารถเห็นสภาพช่องปากได้อย่างชัดเจน

4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลอนามัยช่องปากเบื้องต้น หลังจากคัดกรองสถานะช่องปากของผู้สูงอายุเสร็จแล้ว ควรให้คำแนะนำวิธีการดูแลช่องปากให้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลในวันนั้นเลย ดังนั้นจึงควรเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลช่องปากเบื้องต้นไปด้วย ซึ่งอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ตัวอย่างอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ เช่น

- ผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ หรือสำลีพันก้านด้ามยาว ใช้สำหรับกวาดเศษอาหารขนาดใหญ่ที่ตกค้างตามกระพุ้งแก้ม โดยก่อนใช้ควรนำผ้าก๊อชหรือสำลีชุบน้ำสะอาด หรือน้ำเกลือก่อน เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อช่องปาก

- แปรงสีฟันขนนุ่ม ควรเลือกใช้หัวแปรงที่มีขนาดเล็ก เพื่อให้เข้าถึงบริเวณต่างๆ ได้ง่าย

- ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ควรหลีกเลี่ยงยาสีฟันที่มีส่วนผสมของ Sodium lauryl sulfate ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดฟอง อาจก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปากได้

- Fluoride varnish ใช้ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูง โดยทาหลังจากทำความสะอาดช่องปากแล้ว

- น้ำยาบ้วนปาก 0.12% Chlorhexidine ใช้ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์สูง ผู้สูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือได้รับอาหารทางสายยางทางจมูก ทั้งนี้เพื่อควบคุมปริมาณเชื้อ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia)

5. อุปกรณ์สำหรับป้องกันการติดเชื้อ การควบคุมการติดเชื้อเป็นหน้าที่ของสมาชิกทุกคนในทีมเป็นการป้องกันเชื้อจากผู้สูงอายุสู่บุคลากรทีมให้บริการ ครอบครัวหรือชุมชน อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการติดเชื้อที่อาจมาจากบุคคลากรไปสู่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนด้วย ตัวอย่างอุปกรณ์

ที่ควรเตรียมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (หมวกคลุมผม หน้ากากป้องกัน ใบหน้า) หน้ากากอนามัย ถุงมือ น้ำยาล้างมือ หรือเจลแอลกอฮอล์

- ถุงขยะ ควรมีการแยกประเภทของขยะติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อให้ชัดเจน กรณีขยะติดเชื้อควรใส่ถุงสีแดง (หากไม่มีควรมีการเขียนชัดเจนว่าเป็นขยะติดเชื้อ)

6. แบบคัดกรองสุขภาพช่องปากพร้อมคู่มือ

12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุไร คำมาก และคณะ (2565) ได้ศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่า รูปแบบการทำความสะอาดช่องปากมี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ดูแล, การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก, การจัดทำผู้ป่วย, วิธีการทำความสะอาดช่องปาก และการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาณัติ มาตระกุล และคณะ (2560) ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุที่บ้าน และปัจจัยของผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง โดยเป็นการศึกษาชนิดตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ศึกษาในผู้สูงอายุติดเตียงภายใน จ.กระบี่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมของผู้ดูแล พบจากตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก ลักษณะอาหารที่รับประทาน และพบจากผู้ดูแล ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ ความรู้ และทัศนคติในการจัดการกับอุปสรรคจากความร่วมมือของผู้สูงอายุในการทำความสะอาดช่องปาก และแรงจูงใจในการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า

- ผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาสุขภาพช่องปากหลายประการ เช่น การมีโรคฟันผุ ฟันสึก การมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี มีคราบจุลินทรีย์ และคราบหินน้ำลายสูง

- ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่ทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เหมาะสม จะเป็นผู้ดูแลที่มีความรู้ และทัศนคติเชิงลบในการจัดการกับอุปสรรคจากความร่วมมือของผู้สูงอายุในการทำความสะอาดช่องปาก และขาดแรงจูงใจในวิธีการทำความสะอาด

- พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยติดเตียง โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยจากตัวผู้ป่วย และตัวผู้ดูแล โดยในส่วนที่สัมพันธ์กับตัวผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีปัญหาทางการบดเคี้ยว และการรับประทานอาหาร จะได้รับการดูแลช่องปากที่ไม่เหมาะสม

อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุดังกล่าวไม่ได้พึ่งพาอาศัยผู้ดูแลมากนักในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก เช่น การกิน การบดเคี้ยว ประกอบกับบางรายสามารถใช้มือหยิบจับแปรงฟันได้ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้ให้ความสำคัญในการทำความสะอาดช่องปากให้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้ ในขณะที่ปัจจัยจากผู้ดูแล พบความสัมพันธ์กับประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล กับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยติดเตียง ฉะนั้นการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงที่ถูกต้อง โดยการให้คำแนะนำดังกล่าวควรเป็นการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการทำความสะอาด และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำความสะอาดที่เหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุต่อไป

ชิสา ตันตะกุล (2562) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน หรือติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี มีข้อเสนอแนะว่า

- ทันตภิบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ และเป็นพี่เลี้ยง ทั้งฝึกทักษะ และติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิดของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นพี่เลี้ยงทันตภิบาล และรับการส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อการรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากโดยภาระหน้าที่กำหนดไว้ว่าทันตภิบาลไม่สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุได้

- การพัฒนาระบบเทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ทีมติดต่อได้ตลอดเวลา ทำให้สามารถนำข้อมูลมาช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถติดตามดูแลช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ทีมงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน ควรส่งเสริมให้ใช้เทคโนโลยีที่ทีมใช้กันอยู่แล้ว เช่น ไลน์กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการประชุมประจำเดือนที่พบปะหน้ากันก็ยังเป็นสิ่งจำเป็น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล โดยศึกษาจากเอกสารทางวิชาการ หนังสือ บทความ แนวทาง/ คู่มือการปฏิบัติงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูล

ผู้จัดทำได้ศึกษาค้นคว้า และรวบรวมข้อมูล ความรู้ เกี่ยวกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เรื่องบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล ทบทวนความรู้ทางทฤษฎี หลักการ มาตรฐาน และแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล ศึกษาเนื้อหาการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โรคและปัญหาสุขภาพทั่วไป/ สุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดเตียง การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ เฉพาะที่ การดูแลผู้ป่วยระยะยาว การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล และระบบส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ศึกษามาเรียบเรียงให้สอดคล้องกัน เพื่อจัดทำคู่มือให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และเป็นไปตามมาตรฐานสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

2. ทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์

นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมและศึกษาค้นคว้า มาจัดทำกระบวนการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงภายใต้หลักวิชาการ เป็นร่างคู่มือ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

1. ตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

1.1 เตรียมความรู้ เรื่องโรคและปัญหาสุขภาพทั่วไป/ สุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดเตียง, การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก, การใช้ฟลูออไรด์

1.2 เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง

- 1.3 เตรียมแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง
- 1.4 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย
2. ตอนที่ 2 ขั้นตอนขณะให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง
 - 2.1 การจัดทำผู้ป่วย
 - 2.2 ชักประวัติผู้ป่วย
 - 2.3 การตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก
 - 2.4 การวางแผนการรักษา/ การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปาก
 - 2.5 การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง พร้อมแนะนำและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ดูแล
 - 2.6 การบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ในใบหน้า และการนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย
 - 2.7 การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกำจัดขยะ
 - 2.8 การบันทึกข้อมูลการรักษา/ การดูแลสุขภาพช่องปาก
3. ตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง
 - 3.1 การปรึกษา
 - 3.2 การส่งต่อ
 - 3.3 การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เมื่อได้ร่างคู่มือแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า 1.0 พร้อมข้อเสนอแนะ ได้ทำการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ได้แก่ เพิ่มรายละเอียดในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง การตรวจรอยโรคในช่องปาก และเพิ่มรูปอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อเข้าใจง่ายขึ้น

3. นำร่างคู่มือไปทดลองใช้

ให้ทันตภิบาลทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย จำนวน 6 คน เป็นผู้ทดลองใช้ร่างคู่มือ พร้อมทั้งให้ผู้ทดลองใช้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงร่างคู่มือให้เหมาะสม หลังการทดลองใช้ร่างคู่มือ พบว่า ทันตภิบาลยังไม่ค่อยมั่นใจวิธีการตรวจรอยโรคในช่องปาก

4. ปรับปรุงร่างคู่มือตามข้อเสนอแนะ

ได้ทำการปรับปรุงร่างคู่มือตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการ สุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ฉบับสมบูรณ์ โดยเพิ่มรูปประกอบในเรื่องวิธีการตรวจรอยโรคในช่องปาก และคำอธิบายการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตภิบาล สามารถช่วยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้



บทที่ 4

คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก เป็นคู่มือสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง สามารถตรวจคัดกรองอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้น ประเมิน วินิจฉัย ให้การดูแลสุขภาพช่องปาก แนะนำ/ ฝึกผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง หากเกิดข้อสงสัยสามารถปรึกษาทันตแพทย์ และส่งต่อได้

วัตถุประสงค์

เป็นคู่มือสำหรับทันตภิบาลใช้เป็นแนวทางในการออกเยี่ยมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ทันตภิบาลสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ และมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย
2. ทันตภิบาลสามารถให้คำแนะนำ/ ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงให้แก่ผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง

ผู้ใช้คู่มือ

ทันตภิบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก รวมถึงทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสามโคก

คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

1.1 เตรียมความรู้

1.2 เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง

1.3 เตรียมแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

1.4 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ขั้นตอนขณะให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

2.1 การจัดทำผู้ป่วย

2.2 ซักประวัติผู้ป่วย

2.3 การตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก

2.4 การวางแผนการรักษา/ การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.5 การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง พร้อมแนะนำและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ดูแล

2.6 การบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ในใบหน้า และการนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย

2.7 การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกำจัดขยะ

2.8 การบันทึกข้อมูลการรักษา/ การดูแลสุขภาพช่องปาก

ตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

3.1 การปรึกษา

3.2 การส่งต่อ

3.3 การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

1.1 **เตรียมความรู้** ก่อนออกเยี่ยมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ทันตภิบาลต้องมีความรู้ในด้านต่างๆ ได้แก่

1.1.1 **ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านสุขภาพ (Activity Of Daily Living: ADL)**

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน คือ ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยประเมินให้คะแนนจากกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การลุกจากที่นอน เข้าห้องน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ โกงหนวด หวีผม รับประทานอาหาร เคลื่อนที่ภายในที่พัก ขึ้นลงบันได สวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่าย รวม 20 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาใช้แบ่งผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well-Elder, Independency) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ระดับคะแนนอยู่ที่ 12 – 20 คะแนน สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้อย่างสะดวก สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านสุขภาพ (Activity Of Daily Living: ADL) และกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนโดยใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนืองได้ (Instrumental Activity Of Daily Living: IADL) เป็นผู้ที่มีความสุขภาพทั่วไป อาจมีหรือไม่มีโรคเรื้อรัง หากมีโรคเรื้อรังก็สามารถควบคุมได้ ไม่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง

2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Home Bound Elder, Partial-Dependency) เป็นผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนืองบางประการ ระดับคะแนนอยู่ที่ 5 - 11 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษช่วย เช่น ไม้เท้า รถเข็น หรือผู้ช่วยเหลือ การรับประทานอาหารต้องมีคนช่วยเตรียมอาหารให้ หรือเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหารเพื่อให้รับประทานอาหารได้ด้วยตัวเอง แต่อาจทำหกละเอะหะได้ การขับถ่ายต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องน้ำ ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น มักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญที่มีผลต่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระในสังคม รวมถึงกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) ที่มีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ (Instability & Impair Mobility) ทางกายภาพ หรือมีภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านสติปัญญา การคิดรู้ ภาวะหลงลืม และสมองเสื่อม

3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (Bed Bound Elder, Fully dependency) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ระดับคะแนนอยู่ที่ 0 - 4 คะแนน อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้อีก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) และกลุ่มระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder-End Of Life) กลุ่มติดเตียงต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและขยับตัว การเข้าห้องน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงการรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายอาหาร มักจะพบภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักเกิดจากภาวะความรุนแรงของโรคทางสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โรคสมองเสื่อม หรือมีโรคเรื้อรังหลายโรค มีการเจ็บป่วยยาวนาน มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

บ้านพัก.....สวนสูง.....เบอร์โทรติดต่อ..... ประวัติการแพ้ยาและอาหาร.....

โรคประจำตัว.....

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียม สำรับไว้หรือเตรียมดองหน้า	<input type="checkbox"/> (0) ไม่สามารถทำได้	<input type="checkbox"/> (1) ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย	<input type="checkbox"/> (2) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2. ล้างหน้า หรือแปรงฟัน โยนขวด ในระยะเวลา 1-2 วันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (0) ต้องการความช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> (1) ทำเองได้ (รวมทั้งทำตัวเอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. ลูกนั่งจากที่นั่ง หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	<input type="checkbox"/> (0) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)	<input type="checkbox"/> (1) ต้องการความช่วยเหลือ อย่างมากจึงจะนั่งได้	<input type="checkbox"/> (2) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
4. ใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	<input type="checkbox"/> (0) ช่วยตัวเองไม่ได้	<input type="checkbox"/> (1) ทำเองได้บ้างอย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ	<input type="checkbox"/> (2) ช่วยตัวเองได้ดี
5. การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือในบ้าน	<input type="checkbox"/> (0) เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	<input type="checkbox"/> (1) ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้ เคลื่อนที่ได้เองไม่ต้องมีคนเข็นให้	<input type="checkbox"/> (2) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม
6. การสวมใส่เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> (0) ต้องมีคนสวมใส่ให้	<input type="checkbox"/> (1) ช่วยตัวเองได้ประมาณ ครึ่งหนึ่งที่เหลือต้องมีคนช่วย	<input type="checkbox"/> (2) ช่วยตัวเองได้ดี
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> (0) ไม่สามารถทำได้	<input type="checkbox"/> (1) ต้องการคนช่วย	<input type="checkbox"/> (2) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดินเช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. การอาบน้ำ	<input type="checkbox"/> (0) ต้องมีคนช่วย หรือทำให้	<input type="checkbox"/> (1) อาบน้ำเองได้	
9. การก้นการถ่ายอุจจาระใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (0) กลับไม่ได้	<input type="checkbox"/> (1) กลับไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์)	<input type="checkbox"/> (2) กลับได้ปกติ
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (0) กลับไม่ได้	<input type="checkbox"/> (1) กลับไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์)	<input type="checkbox"/> (2) กลับได้ปกติ

สรุปผลรวม ADL คะแนน.....คะแนน



แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 20 คะแนนเต็ม

- ดิตเตียง ADL 0-4 คะแนน
- ดิตบ้าน ADL 5-11 คะแนน
- ดิตสังคม ADL 12-20 คะแนน

คัดกรองวันโรค

ไม่มีอาการ

มีอาการ สงบตรวจวินิจฉัย

ไอเรื้อรัง ≥ 2 สัปดาห์

ไอมีเลือดปน

ใช้เรื้อรัง

น้ำหนักลด

เหนื่อยออกผิดปกติตอนกลางวัน

แบบสอบถามเพิ่มเติม สำหรับทำทะเบียน

1. มีผู้ดูแลประจำหรือไม่

ไม่มี ถูกญาติทอดทิ้ง ไม่มี อยู่ตามลำพังไม่มีญาติ มี ครอบครัวดูแล มี เพื่อนบ้านดูแล

2. ได้รับเงินสงเคราะห์ หรือไม่

ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

3. เป็นสมาชิกชมรมใดๆ หรือไม่

ไม่ได้เป็น ชมรมผู้สูงอายุ คลังปัญญา

ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา อื่นๆ โปรดระบุ.....

ภาพที่ 4.1 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล ที่ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

1.1.2 โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยดิตเตียง ได้แก่

- 1) โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต อัมพฤกษ์
- 2) โรคพาร์กินสัน
- 3) โรคข้อเข่าเสื่อม
- 4) ภาวะซึมเศร้า
- 5) ภาวะสมองเสื่อม

6) โรคมะเร็ง

7) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม โดยสแกน QR code ภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 QR code เอกสารเรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเชื้อ

1.1.3 ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อ ได้แก่

- 1) ฟันผุ/ รากฟันผุ
- 2) โรคปริทันต์ (Periodontal/ gum disease)/ ฟันโยก
- 3) ฟันเทียมไม่ถูกสุขลักษณะ
- 4) รอยโรคของเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น การติดเชื้อรา (candida/ fungal infection), แผลในปาก (mouth ulcers), ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis), มะเร็งช่องปาก (Oral cancer)
- 5) มุมปากเปื่อย, โรคปากนกกระจอก (Angular cheilitis)
- 6) ภาวะปากแห้ง (Dry mouth, xerostomia)
- 7) ภาวะน้ำลายไหลมาก (Excessive drooling)
- 8) ภาวะกลิ่นลำบาก
- 9) ผู้ป่วยไม่ยอมอม้ำปาก/ ผู้ป่วยกัด
- 10) ผู้ป่วยเลือดออกง่าย

สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม โดยสแกน QR code ภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 QR code เอกสารเรื่องปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้ป่วยติดตึง

1.1.4 การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ แปรงสีฟัน, แปรงฟันไฟฟ้า, ยาสีฟัน, น้ำยาบ้วนปาก, ไหมขัดฟัน (dental floss), แปรงซอกฟัน (Proxabrush, Interdental brush), แปรงกระจุกเดียว (single tufted brush), แปรงสำหรับแปรงลิ้น, ไม้จิ้มฟัน, Foam swab, ผลิตภัณฑ์ให้ความชุ่มชื้นในช่องปาก (Dry mouth moisturizing products) สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม โดยสแกน QR code ภาพที่ 4.4



ภาพที่ 4.4 QR code เอกสารเรื่องการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

1.1.5 การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ ได้แก่ ฟลูออไรด์เจล, ฟลูออไรด์วาร์นิช, ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver Diamine Fluoride: SDF) สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม โดยสแกน QR code ภาพที่ 4.5



ภาพที่ 4.5 QR code เอกสารเรื่องการใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่

1.2 เตรียมวัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเย็บผู้ป่วยติดเตียง

1.2.1 วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ ดังภาพที่ 4.6

พร้อมถาด

- 1) ชุดตรวจฟัน ประกอบด้วย กระจกส่องปาก, explorer และ cotton plier
- 2) แก้วน้ำพลาสติกแบบใช้แล้วทิ้ง
- 3) ผ้าก๊อซ/ สำลีก้อน
- 4) ไฟฉาย
- 5) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา
- 6) เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย
- 7) เครื่องวัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว
- 8) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง



ภาพที่ 4.6 วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ

1.2.2 วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

- 1) แปรงสีฟัน
- 2) แปรงไฟฟ้า ดังภาพที่ 7
- 3) แปรงซอกฟัน ดังภาพที่ 8
- 4) แปรงกระจกเดี่ยว ดังภาพที่ 9
- 5) แปรงสำหรับแปรงฟันเทียม (หากมี) ดังภาพที่ 10
- 6) ไหมขัดฟัน ดังภาพที่ 11
- 7) ไม้จิ้มฟัน
- 8) ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
- 9) น้ำยาบ้วนปาก: น้ำยาบ้วนปากผสมคลอเฮกซิดีน
- 10) ฟลูออไรด์วานิช
- 11) พู่กันสำหรับทาฟลูออไรด์วานิช (micro brush application)
- 12) น้ำเกลือ
- 13) syringe ขนาด 20 ซีซี
- 14) ผ้าก๊อซ
- 15) ไม้พันสำลี หรือ Foam swab (หากมี)
- 16) ถูงนิ้ว ดังภาพที่ 12

- 17) นิ้วเหล็ก/ finger guard
- 18) mouth gag/ prop หรือ Foam mouth rest
- 19) ไม้กดลิ้น
- 20) กระดาษเช็ดปาก
- 21) กระดาษกันเปื้อน
- 22) ซามรูปไต
- 23) Dry mouth moisturizing products เช่น KY- gel ลิปปาล์ม วาสลีน
- 24) ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์
- 25) น้ำยาล้างจาน/ น้ำสบู่



ภาพที่ 4.7. แปรงฟันไฟฟ้า



ภาพที่ 4.8 แปรงซอกฟัน



ภาพที่ 4.9 แปรงกระจุกเดียว



ภาพที่ 4.10 แปรงสำหรับแปรงฟันเทียม



ภาพที่ 4.11 ไหมขัดฟัน



ภาพที่ 4.12 ถุงมือ

1.2.3 วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ดังภาพที่ 4.13

- 1) แมสทางการแพทย์
- 2) หมวกคลุมผมแบบใช้ครั้งเดียว
- 3) เสื้อกาวน์กันน้ำแบบใช้ครั้งเดียว
- 4) Face shield/ แว่นตา
- 5) ถุงมือสำหรับตรวจโรคแบบใช้ครั้งเดียว
- 6) แอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ หรือสบู่ล้างมือชนิดฆ่าเชื้อ
- 7) กระดาษเช็ดมือ
- 8) สำลีชุบแอลกอฮอล์สำเร็จรูป
- 9) กระดาษชุบน้ำยาฆ่าเชื้อแบบใช้ครั้งเดียว สำหรับทำความสะอาดพื้นผิว
- 10) กล่องพลาสติกมีฝาปิดมิดชิดสำหรับใส่เครื่องมือสกรปรก
- 11) ถุงขยะติดเชื้อ (สีแดง)
- 12) ถุงขยะทั่วไป (สีดำ)

ที่ปนเปื้อน



ภาพที่ 4.13 วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ



ตารางที่ 4.2 ตาราง check list วัสดุ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง

การตรวจ	การดูแลสุขภาพช่องปาก	การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
<input type="checkbox"/> ชุดตรวจฟัน ประกอบด้วย	<input type="checkbox"/> แปรงสีฟัน	<input type="checkbox"/> แมสทางการแพทย์
<input type="checkbox"/> กระจกส่องปาก, explorer	<input type="checkbox"/> แปรงไฟฟ้า	<input type="checkbox"/> หมวกคลุมผมแบบใช้ครั้งเดียว
<input type="checkbox"/> และ cotton plier	<input type="checkbox"/> แปรงชอกฟัน	<input type="checkbox"/> เสื้อกาวน์กันน้ำแบบใช้ครั้งเดียว
<input type="checkbox"/> พร้อมถาด	<input type="checkbox"/> แปรงกระจกเดี่ยว	<input type="checkbox"/> Face shield/ แวนตา
<input type="checkbox"/> แก้วน้ำพลาสติกแบบใช้แล้วทิ้ง	<input type="checkbox"/> แปรงสำหรับแปรงฟัน	<input type="checkbox"/> ถุงมือสำหรับตรวจโรคแบบใช้ครั้งเดียว
<input type="checkbox"/> ผ้าก๊อช/ สำลีก้อน	<input type="checkbox"/> ปลอดภัย	<input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ หรือสบู่ล้างมือชนิดฆ่าเชื้อ
<input type="checkbox"/> ไฟฉาย	<input type="checkbox"/> ไหมขัดฟัน	<input type="checkbox"/> กระจกตา
<input type="checkbox"/> เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา	<input type="checkbox"/> ไม้จิ้มฟัน	<input type="checkbox"/> ถุงมือสำหรับตรวจโรคแบบใช้ครั้งเดียว
<input type="checkbox"/> เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย	<input type="checkbox"/> ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	<input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ หรือสบู่ล้างมือชนิดฆ่าเชื้อ
<input type="checkbox"/> เครื่องวัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว	<input type="checkbox"/> น้ำยาบ้วนปากผสมคลอโรฟิลล์	<input type="checkbox"/> กระจกตา
<input type="checkbox"/> แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง	<input type="checkbox"/> ฟลูออไรด์วานิช	<input type="checkbox"/> สำลีชุบแอลกอฮอล์สำเร็จรูป
	<input type="checkbox"/> พู่กันสำหรับทาฟลูออไรด์วานิช	<input type="checkbox"/> กระจกตาชุบน้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับทำความสะอาดพื้นผิวที่ปนเปื้อน
	<input type="checkbox"/> วานิช	<input type="checkbox"/> กล่องพลาสติกมีฝาปิดมิดชิด
	<input type="checkbox"/> ซิลเวอร์ไดออกไซด์ฟลูออไรด์	<input type="checkbox"/> ถุงขยะติดเชื้อ (สีแดง)
	<input type="checkbox"/> Dry mouth moisturizing products เช่น KY gel, ลิปปาล์ม	<input type="checkbox"/> ถุงขยะทั่วไป (สีดำ)
	<input type="checkbox"/> น้ำเกลือ	
	<input type="checkbox"/> syringe ขนาด 20 ซีซี	
	<input type="checkbox"/> ผ้าก๊อช	
	<input type="checkbox"/> ไม้พันสำลี หรือ Foam swab	
	<input type="checkbox"/> ถุงนิ้ว	
	<input type="checkbox"/> นิ้วเหล็ก/ finger guard	
	<input type="checkbox"/> mouth gag/ prop หรือ Foam mouth rest	
	<input type="checkbox"/> ไม้กดลิ้น	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

การตรวจ	การดูแลสุขภาพช่องปาก	การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
	<input type="checkbox"/> กระจกตาขีดปาก <input type="checkbox"/> กระจกตาอักเสบ <input type="checkbox"/> ซามรูปไต <input type="checkbox"/> น้ำยาล้างจาน/ น้ำสบู่	



1.3 เตรียมแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลสามโคกสำหรับทันตภิบาล (มีทั้งหมด 10 หน้า) ดังนี้

1
<p>แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก</p> <p>(สำหรับทันตภิบาล)</p>
<p>ชื่อ – สกุล..... เพศ</p> <p>เลขที่บัตรประชาชน HN.</p> <p>วัน/ เดือน/ ปี เกิด อายุ ปี</p> <p>สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา</p> <p>สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หม้าย</p> <p>สิทธิการรักษา</p> <p>ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง</p> <p>อำเภอ/เขต จังหวัด</p> <p>เบอร์โทร.บ้าน มือถือ</p> <p>เขตรับผิดชอบ รพ.สต. โรงพยาบาล</p> <p>ชื่อผู้ดูแล 1. ความสัมพันธ์</p> <p>เบอร์โทร.</p> <p>2. ความสัมพันธ์</p> <p>เบอร์โทร.</p>

ข้อมูลประวัติทางการแพทย์

วันที่บันทึก

ผู้บันทึก

โรคประจำตัว ไม่มี หัวใจและหลอดเลือด..... ความดันโลหิตสูง ไชมันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน สมองเสื่อม เบาหวาน ไต..... ตับ..... อื่นๆ ระบุ โรคเลือด..... มะเร็ง..... วัณโรค หอบหืด ลมชัก ไทรอยด์..... กระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้า

การรักษาที่ได้รับ

 ได้รับยาชนิดรับประทาน ได้รับยาชนิดฉีด ผ่าตัด ส่งกล้อง นัดติดตามอาการ อื่นๆ ระบุ

ประวัติการได้รับเคมีบำบัด/ รังสีรักษาบริเวณศีรษะและใบหน้า

 การได้รับเคมีบำบัด

รายละเอียด

.....

 การได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและใบหน้า

รายละเอียด

.....

ยาที่ใช้

ชื่อยา	ขนาด	ข้อบ่งใช้	วิธีใช้	หมายเหตุ

ประวัติการแพ้ยา

ชื่อยา

อาการ

ยาที่ส่งผลการวางแผนการรักษาทางทันตกรรม

- ยาด้านเกร็ดเลือด ไม่มี มี ระบุ- ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ไม่มี มี ระบุ- ยาที่ยั้งการสร้างหลอดเลือด ไม่มี มี ระบุ- ยาที่ยั้งการละลายของกระดูก ไม่มี มี ระบุ

การใช้สมุนไพร/ อาหารเสริม

เช่น น้ำมันปลา, แปะก๊วย, วิตามินอีที่มีความเข้มข้นสูง, สารสกัดเข้มข้นจากโสม, พริกไทย, มหาหิงค์, กระเทียม, สะค้าน, เหงือกู๋หลาน, ดีปลี, เห็ดหลินจือ รวมถึง กัญชา และกระท่อม เป็นต้น

หากมีการใช้ ให้ระบุ

.....

สภาพความเป็นอยู่

- สมาชิกในครอบครัว ระบุ
- สภาพที่พักอาศัย ระบุ
- ลักษณะเตียง ระบุ
- อุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพทั่วไป ระบุ
- อุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ระบุ
- อื่นๆ ระบุ

การเคลื่อนไหว

- คะแนน ADL คะแนน ระบุรายละเอียด
- ความสามารถในการใช้มือ ใช้มือได้ทั้ง 2 ข้าง
 ใช้มือได้ 1 ข้าง ระบุ ขวา ซ้าย
 ไม่สามารถใช้มือได้ทั้ง 2 ข้าง
 อื่นๆ ระบุ

การได้ยิน

- หูได้ยินทั้ง 2 ข้าง หูได้ยิน 1 ข้าง ระบุ ขวา ซ้าย
- หูไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง อื่นๆ ระบุ

การมองเห็น

- ตามองเห็นทั้ง 2 ข้าง ตามองเห็น 1 ข้าง ระบุ ขวา ซ้าย
- ตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง อื่นๆ ระบุ

ความสามารถในการรับประทานอาหาร

- ทานอาหารได้เอง ผู้ดูแลป้อน ได้รับความช่วยเหลือทางสายอาหาร
- อื่นๆ ระบุ

ลักษณะอาหารที่รับประทานทางปาก

- อาหารปกติ อาหารอ่อน อาหารข้นหนืด
- อื่นๆ ระบุ

ข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ

วันที่บันทึก

ผู้บันทึก

* การตรวจภายนอกช่องปาก ปกติ ไม่ปกติ ระบุ

* ฟันและการสบฟัน

- จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้ ซี่ ระบุซี่

- จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด ซี่ ระบุซี่

- จำนวนฟันแท้ (ตัวฟันผุ/รากฟันผุ) ที่ไม่ได้อุด ซี่ ระบุซี่

- จำนวนรากฟันโผล่พ้นขอบเหงือกที่เสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ ซี่ ระบุซี่

- ฟันโยก ระดับ 3 ไม่มี มี ระบุซี่- ฟันสึก ไม่มี มี ระบุซี่- คอฟัน ไม่มี มี ระบุซี่- ฟันแตก ไม่มี มี ระบุซี่- ปวดฟัน ไม่มี มี ระบุซี่- วัสดุบูรณะฟันหลุด/แตก ไม่มี มี ระบุซี่

- จำนวนคู่สบฟันหลัง ฟันแท้กับฟันแท้ คู่

ฟันแท้กับฟันเทียม คู่

ฟันเทียมกับฟันเทียม คู่

- ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม บนและล่าง บน ล่าง ไม่ต้องใส่

* เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์

 ปกติ เหงือกอักเสบ มีหินน้ำลาย โรครปริทันต์

*สภาพฟันเทียม

- ไม่ได้ใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ ใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ ระบุ
- ฟันเทียมแตก มีรอยแตก/ร้าว ไม่มี ใช่ ระบุตำแหน่ง
- ตะขอฟันเทียมหัก/ชำรุด ไม่มี ใช่ ระบุตำแหน่ง
- ฟันเทียมขยับหลุดง่าย เมื่อขยับปาก ไม่มี ใช่
- ใส่ฟันเทียมแล้วเจ็บฟัน/กัดฟันไม่ได้ ไม่มี ใช่
- ฟันเทียมไม่สะอาด ไม่มี ใช่
- ใส่ฟันเทียมนอน ไม่มี ใช่

*สภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย

- ไม่พบปัญหา พบปัญหา

*การกลืน

- สำลักบ่อยขึ้น สำลักก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืนน้ำ หรืออาหาร ไม่มี ใช่
- ใช้เวลารับประทานอาหารมากขึ้น ปริมาณที่รับประทานน้อยลง ไม่มี ใช่
- ไม่สามารถกลืนได้ หรือกลืนได้ช้ากว่าปกติ ไม่มี ใช่
- รู้สึกกลืนไม่หมด กลืนติด มีอาการคั่งค้างในช่องปาก คอหอย ไม่มี ใช่
- มุมปากตก เบี้ยว หรือปิดปากไม่สนิท ไม่มี ใช่
- น้ำลายไหล มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปากหรือจมูก ไม่มี ใช่
- มีการเคลื่อนไหวของลิ้นบกพร่อง ลิ้นอ่อนแรง ไม่มี ใช่
- ติดเชื้อในปอดไม่ทราบสาเหตุหลายครั้ง ไม่มี ใช่

*แผล/ มะเร็งช่องปาก

- ไม่พบปัญหา พบปัญหา ได้แก่ รอยฝ้าขาว รอยฝ้าแดง รอยฝ้าขาวปนแดง
 มีอาการปวดแสบปวดร้อนในปาก แผลที่มุมปาก
 แผลใต้ฐานฟันปลอม แผลขอบไม้ขัด
 ก้อนเรื้อรัง อื่น ๆ.....
 ตำแหน่งที่พบ
 ลักษณะของรอยโรคและอาการ

 ขนาด จำนวนรอยโรค
 ระยะเวลาของรอยโรค

ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปาก

- ไม่พบ
 พบ ได้แก่ สูบบุหรี่/ยาเส้น จำนวน มวน/วัน ระยะเวลาปี
 ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นประจำ บางโอกาส ระยะเวลา.....ปี
 เลี้ยวหมาก ระยะเวลา ปี
 อาการระคายเคืองจาก
 ได้รับแสงอาทิตย์โดยตรงบริเวณใบหน้าและลำคอเป็นประจำ
 บุคคลในครอบครัวมีประวัติโรคมะเร็งช่องปาก, ทางเดินอาหาร
 มีประวัติติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น HIV, HPV
 มีแผลในช่องปากที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์
 ฟันเทียมไม่ถูกสุขลักษณะ
 อื่น ๆ ระบุ

*ความสะอาดในช่องปาก

- มีคราบจุลินทรีย์ที่เห็นชัดเจน ไม่มี มี
- มีคราบ/ฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น ไม่มี มี
- มีเศษอาหารเหลือค้างที่แก้มข้างที่เป็นอัมพาต ไม่มี มี
- มีเศษอาหารติดตามซอกฟัน ไม่มี มี
- มีกลิ่นปาก ไม่มี มี

*การดูแลสุขภาพช่องปาก

- ความสามารถในการทำความสะอาดช่องปาก

ทำเองได้ ไม่มีข้อจำกัด ทำเองได้ มีข้อจำกัด ทำเองไม่ได้

- ความถี่ในการแปรงฟัน วันละ ครั้ง เช้า ก่อนนอน อื่น ๆ

- ระยะเวลาแปรงฟันนาน นาที

- ยาสีฟันที่ใช้ ระบุ

- น้ำยาล้างปาก ไม่ใช้ ใช้ ระบุ

- การทำความสะอาดซอกฟัน ไม่ทำ ทำ โดยใช้ ไหมขัดฟัน

แปรงซอกฟัน

แปรงกระดูกเดี้ยว

ไม้จิ้มฟัน

อื่น ๆ ระบุ

- การทำความสะอาดลิ้น ไม่ทำ ทำ

- พบทันตบุคลากร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่ใช้ ใช้

แผนการรักษาทางทันตกรรม

- เร่งด่วน

ระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ไม่เร่งด่วน

ระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แผนการดูแลสุขภาพช่องปาก

ระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบบันทึกการรักษา/ การดูแลสุขภาพช่องปาก

วัน เดือน ปี	เขตพื้นที่/ บริเวณ	การวินิจฉัย/สิ่งที่พบ	การรักษา/การดูแล	ผู้ปฏิบัติ

1.4 เตรียมศึกษาข้อมูลผู้ป่วย

โดยประสานขอข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้จากการคัดกรอง โดยทีมเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และอ.ส.ม. นำรายละเอียดมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก (สำหรับทันตภิบาล) ข้อมูลที่ได้มีทั้ง ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อใช้วางแผนเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลจากการคัดกรองโดย อ.ส.ม. มีประเด็นดังนี้

1. มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่ อาหารแข็ง หมายถึงอาหารที่ต้องผ่านการบดเคี้ยวให้มีขนาดเล็กลง หรือนุ่มขึ้นเพื่อจะสามารถกลืนได้ การสูญเสียฟันส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ทำให้จำกัดชนิด และประเภทของอาหารที่รับประทาน ทำให้มีแนวโน้มที่จะขาดสารอาหาร มีภาวะท้องผูก

2. มีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่ การเจ็บปวดเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรคฟันผุ ติดเชื้อในปาก แผลในปาก มีผลต่อความไม่สบายกายและใจ และการติดเชื้ออาจลุกลามไปยังระบบอื่นของร่างกาย

3. มีปัญหาปากแห้ง น้ำลายน้อย หรือไม่ จากการเสื่อมโดยธรรมชาติ หรือผลจากการได้รับยารักษาโรคเรื้อรังบางอย่าง ทำให้น้ำลายน้อยลง ชื้นขึ้น และความต้านทานโรคลดลง ส่งผลต่อการกลืน มีปัญหาในการรับรส อาจทำให้เกิดอาการแสบร้อนเนื้อเยื่อในปาก

4. มีปัญหาการกลืนลำบาก สำลักน้ำ หรืออาหาร มีความลำบากในการกลืนอาหาร น้ำ หรือยา ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเรื่องการขาดน้ำ ขาดอาหาร และภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินหายใจได้

5. มีปัญหาในการทำความสะอาดช่องปาก

ข้อมูลจากการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ พยาบาลเยี่ยมบ้าน มีประเด็นดังนี้

1. ปัญหาการเคี้ยวอาหาร

- ฟันผุ รากฟันผุ: พบฟัน รากฟันผุ ที่ไม่ได้รับการรักษา

- เหงือกบวม ฟันโยก: พบเหงือกบวม ฝึหนอง ฟันโยก

- จำนวนฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์: นับจำนวนฟันแท่นที่มีในปาก แล้วพบว่า มีฟันแท่น

น้อยกว่า 20 ซี่ และไม่ได้ใส่ฟันเทียม

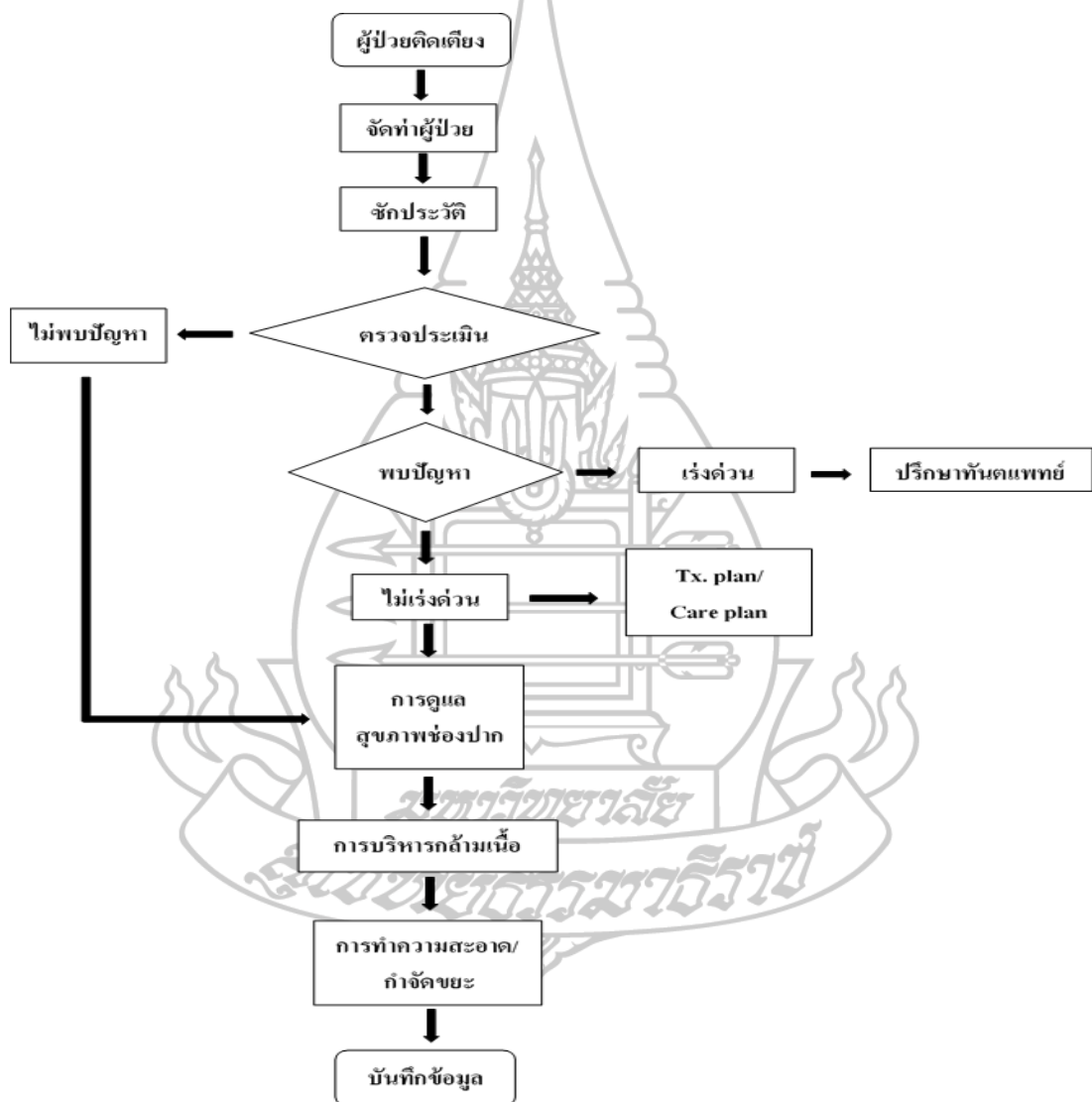
2. ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก: พบมีก้อน รอยแดง รอยขาว แผลเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์

3. ปัญหาปากแห้งน้ำลายน้อย: พบริมฝีปาก มุมปากแห้งแตก ลิ้นลิ้นไม่มีรอยลื่นแห้งติดเพดานบ่อย มีปัญหาการกลืนอาหาร/ น้ำ/ ยา ลำบาก ต้องดื่มน้ำตามเพื่อช่วยกลืนบ่อยครั้ง

4. สภาพความสะอาดของช่องปาก: พบฟันหน้าทั้งบน และล่าง มีคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน และขอบเหงือก หรือมีหินน้ำลาย พบคราบอาหารตกค้างกรณีไม่มีฟันเหลือในปาก

ตอนที่ 2 ขั้นตอนขณะให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเอง บอกผู้ป่วยให้ทราบก่อนว่ากำลังจะทำอะไร ก่อนลงมือปฏิบัติ และต้องสื่อสารกับญาติ ญาติ และผู้ดูแลที่อยู่ด้วยตลอดเพื่อรับทราบข้อมูลและวางแผนการดูแลร่วมกัน รับทราบสิ่งที่จะต้องปฏิบัติต่อ รวมถึงฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย



ภาพที่ 4.14 แผนผังการปฏิบัติกิจกรรมขั้นตอนขณะให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

2.1 การจัดทำผู้ป่วย

ในการปฏิบัติกิจกรรม จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม ให้มีพนักพิง ผู้ดูแลสามารถเข้าทำงานได้สะดวก ไม่ต้องก้มมากจนปวดคอ/ หลัง (วรางคณา เวชวิธ และคณะ, 2559)

- ท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน ควรพยุงผู้ป่วยขึ้นนั่งเอนหลัง ให้ศีรษะสูงจากพื้น ศีรษะและแผ่นหลังทำมุมประมาณ 30-45 องศา อาจใช้หมอนรองต้นคอ หรือหมอนหนุนบนเตียง หรือไขว่เตียง ให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียงประมาณ 1 ฟุต จะเป็นท่าที่ปลอดภัย และไม่เกิดอาการสำลัก หรือในคนที่ศีรษะไม่อยู่นิ่ง ควรให้ผู้ป่วยนั่ง และผู้ดูแลอยู่ด้านหลัง ใช้แขนข้างหนึ่งโอบศีรษะ และอีกข้างหนึ่งถือแปรงเข้าปาก หรือกรณีที่ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้เองไม่ได้ อาจต้องใช้ คน 2 คนช่วยกัน โดยคนหนึ่งใช้แขนกอดจากด้านหลังของผู้ป่วยเพื่อกอดไหล่และแขนของผู้ป่วยไว้กับพนักเก้าอี้ ส่วนอีกคนช่วยแปรงฟันให้ ดังภาพที่ 4.15



ภาพที่ 4.15 ผู้ป่วยในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน

หมายเหตุ. จาก "การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล" โดย วรางคณา เวชวิธ, นนทลี วีรัชชัย, นพวรรณ โพนบุญกุล, พงศธร จินตกานนท์, และ ณิชฎพล ธนรัชต์สกุล, 2559, (พิมพ์ครั้งที่ 1), น. 8

- ท่านอน ให้เลื่อนตัวผู้ป่วยชิดริมเตียงข้างที่ผู้ดูแลอยู่ จัดให้นอนตะแคง วางผ้ากันเปื้อนที่หน้าอกป้องกันไม่ให้น้ำหกเลอะที่นอน เสื้อผ้า วางขามรูปไตด้านเว้าแนบกับแก้มผู้ป่วยให้สนิท (ถ้าไม่มีก็ใช้ภาชนะอื่น รองผ้าขนหนูกันเปื้อนบริเวณใต้คอเพื่อซับน้ำ) ดังภาพที่ 16



ภาพที่ 4.16 ผู้ป่วยในท่านอน

หมายเหตุ. จาก "การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล" โดย วรางคณา เวชวิธี, นนทลี วีรชัย, นพวรรณ โปชนุกุล, พงศธร จินตกานนท์, และ ณิชกุล ธนรัชต์สกุล, 2559, (พิมพ์ครั้งที่ 1), น. 8

- ตำแหน่งที่เหมาะสมของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลอาจจะอยู่ทางด้านข้าง หรืออยู่ด้านหลัง ใช้แขนข้างหนึ่งประคองศีรษะของผู้ป่วยไว้ หรือให้ผู้ป่วยหนุนคอก ดังภาพที่ 17



ภาพที่ 4.17 ตำแหน่งที่เหมาะสมของผู้ดูแล

หมายเหตุ. จาก "การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล" โดย วรางคณา เวชวิธี, นนทลี วีรชัย, นพวรรณ โปชนุกุล, พงศธร จินตกานนท์, และ ณิชกุล ธนรัชต์สกุล, 2559, (พิมพ์ครั้งที่ 1), น. 9

2.2 ซักประวัติผู้ป่วยติดเตียง

เริ่มจากการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าระดับออกซิเจนในเลือดที่วัดจากปลายนิ้ว น้ำหนัก ส่วนสูง แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก (สำหรับทันตภิบาล) (หน้าที่ 10)

ซักประวัติผู้ป่วย และบันทึก ตามรายละเอียดในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก (สำหรับทันตภิบาล) (หน้าที่ 1 - 4) ซึ่งอาจได้รายละเอียดเพิ่มเติมจากข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองประเด็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และ อ.ส.ม.

2.3 การตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก

ก่อนตรวจช่องปาก ถ้าปากแห้งมากให้ทาริมฝีปากให้ชุ่มชื้นก่อน อาจอมน้ำจากแก้วหรือหลอดดูดเล็กน้อย เพื่อให้ช่องปากมีความชื้น แล้วจึงเริ่มตรวจประเมินสภาวะทันตสุขภาพตามรายละเอียดในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก (สำหรับทันตภิบาล) (หน้าที่ 5 - 8) และบันทึก ดังนี้

2.3.1 การตรวจนอกช่องปาก

- การดู สังเกต: โดยดูความสมมาตรของใบหน้า ริมฝีปาก ดูว่ามีก้อน หรือ บวม แดง หรือไม่ บริเวณใด
- การคลำ: คลำว่ามีก้อนนูนหรือไม่ ก้อนแข็งหรือนิ่ม กดเจ็บหรือไม่ คลำต่อมน้ำเหลืองว่าโตหรือไม่

2.3.2 ฟันและการสบฟัน

การตรวจสภาพฟัน ใช้การพิจารณา มองด้วยตาเปล่า หรือใช้เครื่องมือชุดตรวจใช้ explorer เขี่ยภายใต้แสงจากไฟฉาย ตรวจนับจำนวนคู่สบฟันหลัง ตั้งแต่ฟันกรามน้อยซี่ที่ 1 ถึงฟันกรามซี่ที่ 3

- นับจำนวนฟันแท้ใช้งานได้ในปาก ยกเว้น (ไม่นับ) ฟันผุที่เหลือแต่ราก หรือ ฟันโยกมากจนไม่สามารถเก็บไว้ได้ พร้อมทั้งระบุซี่ฟัน
- จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด พร้อมทั้งระบุซี่ฟัน
- จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ตัวฟันผุ/ รากฟันผุ) พร้อมทั้งระบุซี่ฟัน ให้ระบุจำนวนซี่ฟันที่ตัวฟันผุ/รากฟันผุ ก่อนตรวจ ควรเช็คคราบจุลินทรีย์บริเวณผิวฟัน/รากฟัน ไม่ควรใช้ Explorer ปลายแหลม เขี่ย จิก ที่ฟันและรากฟัน เพราะอาจทำลายผิวส่วนนอกให้เป็นรู ฟันหรือรากฟันผุ หมายถึง มีรูผุ ฟันนิ่มชัดเจน ไม่นับรอยดำ น้ำตาล หรือฟันแข็ง ซึ่งเป็นการผุที่หยุดลุกลาม (Arrested Caries)

- จำนวนรากฟันโผล่พ้นขอบเหงือกที่เสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ พร้อมทั้งระบุซี่ฟัน รากฟันผุระยะแรก อาจมีสีน้ำตาลอ่อน ผิวเริ่มยุ่ยๆ ระวังอย่าใช้ explorer จิก เพราะจะทำให้ทำลายผิวนอก ซึ่งจะทำให้เกิดรู พิจารณาการมีเหงือกกร่น มีรากฟันโผล่ > 4 มิลลิเมตร และมีคราบจุลินทรีย์ปกคลุม

- ตรวจดู ฟันโยกระดับ 3 พร้อมทั้งระบุซี่ฟัน ตรวจระดับการโยกของฟัน โดยใช้ปลายด้ามจับของกระจกส่องปาก วางที่ด้านใกล้ลิ้น หรือใกล้แก้มแล้วออกแรง (ฟันโยกระดับ 3 คือ ฟันโยกเท่ากับหรือมากกว่า 1 มิลลิเมตร)

- ตรวจดู ฟันสึก, ตอฟัน, ฟันแตก, ปวดฟัน, วัสดุบูรณะฟันหลุด/แตก พร้อมทั้งระบุซี่ฟัน

- นับจำนวนคู่สบฟันหลัง (ฟันกรามน้อย ซี่ที่ 1 ถึงฟันกรามซี่สุดท้าย) ทั้งฟันแท้ และฟันเทียม รวมกัน ทั้งซ้าย - ขวา (ต้องไม่เกิน 10 คู่สบ)

- ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม พิจารณาจากจำนวนซี่ฟันและคู่สบ มีความจำเป็นใส่ฟันเทียม เมื่อไม่มีฟันเทียม มีการสูญเสียฟันแท้หลายซี่จนเคี้ยวไม่ได้ หรือมีฟันเทียมเดิม ฟันเทียมเดิมหลวม/ แตกหัก/ สึก จนเคี้ยวไม่ได้ มีการสูญเสียฟันแท้เพิ่ม หรือเสียฟัน abutment ทำให้เคี้ยวไม่ได้

2.3.3 เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์

พิจารณาดูคราบจุลินทรีย์ เหงือกอักเสบ มีเลือดออก หลังการแปรงฟัน มีหินปูนที่ตัวฟันและขอบเหงือก ภาวะปริทันต์อักเสบจะพบฟันโยกระดับ 3

2.3.4 สภาพฟันเทียม

- ให้ระบุว่า เป็นฟันเทียมแบบถอดได้ชนิดใด ฐานอะคริลิก หรือฐานโลหะ ใส่ฟันเทียมขากรรไกรบนหรือล่าง ใส่ฟันกี่ซี่

- พิจารณาว่า ฟันเทียมแตก มีรอยแตก/ ร้าว, ตะขอฟันเทียมหัก/ ขำรูดหรือไม่ หากมีให้ระบุตำแหน่ง

- พิจารณาว่า ฟันเทียมขยับหลุดง่าย เมื่อขยับปาก, ใส่ฟันเทียมแล้วขบฟัน/ กัดฟันไม่ได้ หรือฟันเทียมไม่สะอาด หรือไม่

- สอบถามเรื่องการใส่ฟันเทียมนอน

2.3.5 สภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย

ตรวจดู - ริมฝีปาก มุมปาก เนื้อเยื่อในช่องปาก ว่าแห้งแตกหรือไม่

- กระจกส่องปากติดข้างแก้ม ติดลิ้น หรือไม่

- น้ำลายเหนียวข้น/ ไม่มีน้ำลาย หรือไม่

- กินอาหารแห้งๆ แล้วต้องจิบน้ำตาม หรือไม่

2.3.6 การกลืน

ให้สังเกต/ สอบถาม ลักษณะทางคลินิก ดังนี้

- สำลักบ่อยขึ้น สำลักก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืนน้ำ หรืออาหาร
- ใช้เวลารับประทานอาหารมากขึ้น ปริมาณที่รับประทานน้อยลง
- ไม่สามารถกลืนได้ หรือกลืนได้ช้ากว่าปกติ
- รู้สึกกลืนไม่หมด กลืนติด มีอาการตกค้างในช่องปาก คอหอย
- มุมปากตก เบี้ยว หรือปิดปากไม่สนิท
- น้ำลายไหล มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปากหรือจมูก
- มีการเคลื่อนไหวของลิ้นบกพร่อง ลิ้นอ่อนแรง
- ติดเชื้อในปอดไม่ทราบสาเหตุหลายครั้ง

2.3.7 แผล/ มะเร็งช่องปาก

ตรวจรอยโรคเนื้อเยื่อในช่องปาก (oral lesions) โดยใช้เครื่องมือตรวจช่องปาก, ตรวจด้วยตา (Visual Examination) ร่วมกับการคลำ คลำด้วยมือที่ใส่ถุงมือ เพราะการคลำสามารถให้ข้อมูลความยืดหยุ่นของรอยโรค รวมไปถึงลักษณะการกดแข็ง (induration) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงลักษณะของรอยโรคมะเร็ง ในกรณีมีฟันเทียมแบบถอดได้ ให้ถอดฟันเทียมเพื่อตรวจเนื้อเยื่อบริเวณใต้ฐานฟันเทียมด้วย ทำการเช็ดเนื้อเยื่อให้แห้งด้วยผ้าก๊อซ จะทำให้เห็นพยาธิสภาพชัดเจน

ตรวจบริเวณต่าง ๆ ในช่องปากอย่างเป็นระบบ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) โดยแบ่งเป็น 6 บริเวณ ดังนี้

- 1) การตรวจบริเวณริมฝีปากและเหงือกด้านหน้า และด้านข้างแก้ม

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยปิดปาก สังเกตสี รูปร่าง และความยืดหยุ่นของริมฝีปากล่าง รวมทั้งความผิดปกติใด ๆ ที่บริเวณขอบปาก (vermillion border) ให้ผู้ป่วยอ้าปากเล็กน้อย เปิดริมฝีปากล่างลง ให้เห็นเนื้อเยื่ออ่อนด้านในริมฝีปาก ใช้นิ้วมือคลำที่ริมฝีปากด้านในจากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่งเพื่อตรวจว่ามีก้อนอยู่ในริมฝีปากหรือไม่ ตรวจดูสีของเหงือกและเยื่อเมือกทางด้านหน้าทั้งหมด จากนั้นใช้กระจกเปิดแก้มออกที่ละข้าง พร้อมกับให้ผู้ป่วยหันหน้าไปทางด้านตรงข้ามเพื่อตรวจเหงือกด้านข้างแก้ม และ mucobuccal fold ของฟันล่างทั้งหมด เนื้อเยื่ออ่อนที่ปกติจะมีสีของเยื่อเมือกที่สม่ำเสมอ ผิวเรียบ ไม่มีรอยแดง รอยขาว หรือเป็นแผล ตรวจทำนองเดียวกันที่ริมฝีปากบน เยื่อเมือก และเหงือกฟันบน ดังภาพที่ 4.18

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป ความยืดหยุ่นของริมฝีปาก โดยเฉพาะที่บริเวณขอบปาก แผล หรือก้อนที่ริมฝีปาก โดยเฉพาะริมฝีปากล่าง



ภาพที่ 4.18 การตรวจบริเวณริมฝีปากและเหงือกด้านหน้า และด้านข้างแก้ม

หมายเหตุ. จาก "คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร"
โดย สำนักทันตสาธารณสุข, 2561, (พิมพ์ครั้งที่ 6), น. 33

2) การตรวจบริเวณกระพุ้งแก้ม

วิธีการตรวจ: ตรวจกระพุ้งแก้มที่ละข้าง โดยเริ่มจากข้างขวา ก่อน โดยให้ผู้ป่วยเอียงหน้าไปทางขวา และอ้าปากกว้าง ตรวจสอบดูสีและลักษณะเยื่อเมือกกระพุ้งแก้มทั้งหมด ตั้งแต่บริเวณมุมปาก (labial commissure) ไปยัง retromolar area ใช้นิ้วหรือกระจกจิ้งจิมฝีปาก และกระพุ้งแก้มเพื่อตรวจไปถึงด้านบน และด้านล่างที่ติดกับ mucobuccal fold ควรให้แน่ใจว่าไม่มีบริเวณใดที่ถูกมองข้ามไป เช่น บริเวณที่ถูกบังด้วยนิ้วมือ หรือกระจก บริเวณกระพุ้งแก้มอาจตรวจพบเส้นนูนเป็นสันสีขาวบาง ๆ ที่กึ่งกลางกระพุ้งแก้มตามแนวเดียวกับการสบฟัน (linea alba) ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในคนที่ท้วม มีเนื้อแก้มมากหรือมีนิสัยเคี้ยวข้างแก้ม จัดเป็นลักษณะปกติ ทำการตรวจหาก่อนในกระพุ้งแก้ม โดยใช้นิ้วชี้ข้างหนึ่งกดเบา ๆ ไปตามกระพุ้งแก้มพร้อมกับเอานิ้วชี้ และนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่งต้านแรงที่ภายนอก (bimanual palpation) ตรวจทำนองเดียวกันที่กระพุ้งแก้มข้างซ้าย ดังภาพที่ 4.19

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป ลายลูกไม้สีขาวคล้ายไลเคน รอยถลอกหรือแผล รอยฝ้าขาวและแดงบริเวณมุมปาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ถ้ามี) เป็นกับกระพุ้งแก้มข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง



ภาพที่ 4.19 การตรวจบริเวณกระพุ้งแก้ม

หมายเหตุ จาก "คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร"
โดย สำนักทันตสาธารณสุข, 2561, (พิมพ์ครั้งที่ 6), น. 34

3) การตรวจบริเวณเพดานแข็ง เพดานอ่อน และเหงือกด้านใน

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยถ่างปากกว้างพร้อมกับแขนศีรษะไปทางด้านหลัง ใช้แสงส่องให้เห็นทั่วทั้งบริเวณได้อย่างชัดเจน อาจใช้กระจกดบริเวณโคนลิ้นลงอย่างนุ่มนวล เพื่อให้เห็นบริเวณเพดานอ่อน เริ่มมองจากเพดานแข็งเข้าไปยังเพดานอ่อน พร้อมกับตรวจดูสี และลักษณะของเหงือกด้านใน บางรายมีก้อนนูนแข็งที่บริเวณแนวกึ่งกลางของเพดานแข็ง ซึ่งเป็นปุ่มกระดูกเพดานปาก (torus palatinus) อาจสับสนว่าเป็นก้อนเนื้องอก ดังภาพที่ 4.20

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป รอยโรคสีขาวหรือสีแดง รอยถลอกหรือแผล แผลเกิดจากฐานฟันเทียมที่หลวม ฟันผิวเยื่อเมือกมีลักษณะขรุขระ หรือเป็นก้อนบวม



ภาพที่ 4.20 การตรวจบริเวณเพดานแข็ง เพดานอ่อน และเหงือกด้านใน

หมายเหตุ จาก "คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร"
โดย สำนักทันตสาธารณสุข, 2561, (พิมพ์ครั้งที่ 6), น. 35

4) การตรวจบริเวณเพดานอ่อน และคอหอย

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยแหงนศีรษะไปทางด้านหลังเล็กน้อย อ้าปากกว้าง และผ่อนคลายนลิ้น อาจใช้กระจกคอบริเวณโคนลิ้นลงอย่างนุ่มนวลเพื่อให้เห็นบริเวณเพดานอ่อน ลิ้นไก่ และด้านข้างคอหอยบริเวณต่อมทอนซิลทั้งสองข้างได้มากขึ้น คุณลักษณะเยื่อเมือกตั้งแต่เพดานอ่อนไปทางด้านหลัง ลิ้นไก่จะห้อยลงในแนวกึ่งกลาง ไม่เบ้ ตรวจบริเวณคอหอย และซอกที่อยู่ของทอนซิล โดยใช้กระจกคดลงที่กึ่งกลางลิ้นใกล้กับฐานลิ้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยออกเสียง "อา" และประเมินโดยการมอง ลักษณะโครงสร้างอวัยวะทั้งสองข้างคอหอยซ้าย และขวาจะต้องมีความสมมาตร ใช้กระจกคอบริเวณโคนลิ้นออกห่างจากฟันกรามล่างเพื่อตรวจดูเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ระหว่างฟันกรามล่างกับลิ้น และ retromolar area ด้านลิ้น ดังภาพที่ 4.21

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป รอยถลอกหรือแผล ก้อนบวม การมีสีแดงจัด หรือมีอาการของการติดเชื้อ



ภาพที่ 4.21 การตรวจบริเวณเพดานอ่อน และคอหอย

หมายเหตุ. จาก "คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร"
โดย สำนักทันตสาธารณสุข, 2561, (พิมพ์ครั้งที่ 6), น. 36

5) การตรวจบริเวณลิ้นด้านบน และด้านข้าง

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยอ้าปากเล็กน้อย และผ่อนคลายนลิ้น คุณลักษณะลิ้นด้านบนและปลายลิ้นในขณะพัก สังเกตการมีก้อนบวม แผลที่ลิ้น คราบบนลิ้น รวมทั้งสี และลักษณะปุ่มลิ้น (tongue papillae) ที่เปลี่ยนไป จากนั้นให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้าง และแลบลิ้นออกมาข้างหน้า คุณลักษณะการเคลื่อนไหวของลิ้น ดูพื้นผิวของลิ้นจากปลายลิ้นไปถึงส่วนโคนลิ้น ตุ่มบนลิ้นขนาดใหญ่ที่เรียงเป็นแถวรูปตัว V ที่ลิ้นด้านบนส่วนในเรียกว่า circumvallate papillae ด้านข้างลิ้นเป็นตำแหน่งที่เกิดมะเร็งได้บ่อยที่สุดตำแหน่งหนึ่งของช่องปาก ตรวจโดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมา และยื่นไปด้านข้างหรือผู้ตรวจ

ใช้ผ้าก๊อชจับปลายลิ้นและดึงไปด้านข้างพร้อมกับรั้งกระพุ้งแก้มไปทางด้านตรงข้าม เริ่มด้วยการตรวจข้างลิ้นด้านขวาก่อน ต่อมาทอนซิลที่ลิ้น (lingual tonsils) โดยเฉพาะที่อยู่ด้านข้างลิ้นทางด้านหลังอาจมีขนาดใหญ่ขึ้นเป็นก้อนในบางราย สัมพันธ์กับอาการเจ็บคอ อาจสับสนว่าเป็นก้อนเนื้ออักเสบหรือมะเร็งใช้นิ้วมือคลำลิ้นในส่วนที่มองเห็น ทำเหมือนกันทั้งสองข้าง ดังภาพที่ 4.22

สังเกต: ลิ้นไม่สมมาตร ปุ่มลิ้นเปลี่ยนแปลง มีฝ้าขาว ปื้นแดง แผล มีก้อนที่ลิ้น รู้สึกว่าขอบลิ้น หรือขอบแผลมีลักษณะแข็งเป็นไต



ภาพที่ 4.22 การตรวจบริเวณลิ้นด้านบน และด้านข้าง

หมายเหตุ. จาก "คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร"

โดย สำนักทันตสาธารณสุข, 2561, (พิมพ์ครั้งที่ 6), น. 37

6) การตรวจบริเวณใต้ลิ้น และพื้นปาก

วิธีการตรวจ: ให้ผู้ป่วยใช้ปลายลิ้นแตะเพดานปาก บันทึกลักษณะที่เปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือกใต้ลิ้น และพื้นปาก จากนั้นทำการคลำบริเวณพื้นปากโดยใช้นิ้วชี้กดเบา ๆ พร้อมกับใช้นิ้วมืออีกข้างหนึ่งต้านแรงที่ภายนอก ดังภาพที่ 4.23 และ 4.24

สังเกต: สีเยื่อเมือกที่เปลี่ยนไป แผ่นฝ้าสีขาวหรือสีแดง รอยถลอกหรือแผล และก้อนที่พื้นปาก



ภาพที่ 4.23 การตรวจบริเวณใต้ลิ้น



ภาพที่ 4.24 การตรวจบริเวณพื้นปาก

หมายเหตุ. จาก "คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร"

โดย สำนักทันตสาธารณสุข, 2561, (พิมพ์ครั้งที่ 6), น. 38

นอกจากนี้ ควรตรวจต่อมน้ำเหลืองของศีรษะและลำคอเพื่อประเมินการบวมโต อันอาจเนื่องมาจากการกระจายของมะเร็งซึ่งมีต้นกำเนิดมาจากช่องปากและลำคอ

หากพบรอยฝ้าขาว/ รอยฝ้าแดง/ รอยฝ้าขาวปนแดง/ อาการปวดแสบปวดร้อนในปาก/ แผลที่มุมปาก/ แผลใต้ฐานฟันปลอม/ แผลขอบไม้ขีด/ ก้อนเรื้อรัง ให้บันทึกตำแหน่งที่พบ, ลักษณะของรอยโรค และอาการ, ขนาด และระยะเวลาของรอยโรค

สอบถามปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ได้แก่

- สูบบุหรี่/ ยาเส้น กี่มวน/ วัน เป็นระยะเวลากี่ปี
- ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นระยะเวลากี่ปี
- เคี้ยวหมาก เป็นระยะเวลากี่ปี
- มีอาการระคายเคืองหรือไม่ หาสาเหตุของอาการระคายเคือง
- ได้รับแสงอาทิตย์โดยตรงบริเวณใบหน้าและลำคอเป็นประจำหรือไม่
- บุคคลในครอบครัวมีประวัติโรคมะเร็งช่องปาก, ทางเดินอาหาร หรือไม่
- มีประวัติติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น HIV, HPV หรือไม่
- มีแผลในช่องปากที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์ หรือไม่
- มีฟันเทียมไม่ถูกสุขลักษณะ หรือไม่

2.3.8 ความสะอาดในช่องปาก

- ตรวจดู - มีคราบจุลินทรีย์ที่เห็นชัดเจน หรือไม่
- มีคราบ/ ฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น หรือไม่
 - มีเศษอาหารเหลือค้างที่แก้มข้างที่เป็นอัมพาต หรือไม่
 - มีเศษอาหารติดตามซอกฟัน หรือไม่
 - มีกลิ่นปาก หรือไม่

2.3.9 การดูแลสุขภาพช่องปาก

ให้สอบถามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- ความสามารถในการทำความสะอาดช่องปาก สามารถทำได้เองโดยไม่มีข้อจำกัด หรือทำได้เองแต่มีข้อจำกัด เช่น ต้องมีการปรับด้ามแปรงสีฟัน หรือไม่สามารถทำได้ต้องให้ผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้

- แปรงฟันวันละกี่ครั้ง ตอนไหน
- แปรงฟันนานกี่นาที
- ยาสีฟันที่ใช้
- ใช้น้ำยาบ้วนปากหรือไม่ ถ้าใช้ให้ระบุ

- ทำความสะอาดซอกฟัน หรือไม่ ถ้าทำ ใช้อุปกรณ์เสริมอะไรบ้าง เช่น ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงกระจุกเดี่ยว ไม้จิ้มฟัน หรืออื่น ๆ ให้ระบุ
- ทำความสะอาดลิ้น หรือไม่
- พบทันตบุคลากร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือไม่

2.4 การวางแผนการรักษา/การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปาก

ให้บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก (สำหรับทันตภิบาล) (หน้าที่ 9) โดยมีแนวทางพิจารณาดังต่อไปนี้

2.4.1 ฟันและการสบฟัน และความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม

1) การสูญเสียฟัน การสบฟัน และความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม

กรณีพบปัญหา/ ความเสี่ยง

- กรณีไม่มีฟันเทียม หากพบมีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลัง น้อยกว่า 4 คู่สบ หรือสูญเสียฟันแท้หลายซี่จนเคี้ยวไม่ได้ ให้ปรึกษาทันตแพทย์เพื่อใส่ฟันเทียม
- กรณีมีฟันเทียมเดิม หากฟันเทียมเดิมหลวม/ แตกหัก/ สึก จนเคี้ยวไม่ได้ มีการสูญเสียฟันแท้เพิ่ม หรือเสียวฟัน abutment ทำให้เคี้ยวไม่ได้ ให้ปรึกษาทันตแพทย์เพื่อซ่อมแซมฟันเทียมเดิมที่ชำรุด หรือพิจารณาทำใหม่

กรณีไม่พบปัญหา: ให้คำแนะนำการดูแลฟันแท้ที่เหลือ (ถ้ามี) และแนะนำการทำความสะอาดฟันเทียม

2) ฟันผุ/ รากฟันผุ/ รากฟันโผล่

กรณีพบปัญหา/ ความเสี่ยง

หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อฟันผุ และรากฟันผุ รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือกที่เสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ มีเหงือกกรัน รากฟันโผล่ > 4 มิลลิเมตร ให้วางแผนจัดการตามความเสี่ยงและความรุนแรง (พุลพฤษ์ ไส่ภารัตน์ และคณะ, 2564) ดังนี้

- ทาฟลูออไรด์วาร์นิชบริเวณรากฟันหรือตัวฟันที่เสี่ยงต่อฟันผุ เพื่อป้องกันฟันผุในผู้ที่ฟันเริ่มผุหรือผุ 1-3 ซี่ ความถี่ในการทาฟลูออไรด์ชนิดเข้มข้นขึ้นกับความถี่ของการเกิดฟันผุ เช่น ความสะอาดของช่องปาก ภาวะน้ำลายแห้งมากน้อยเพียงไร เป็นต้น
- ในผู้ที่มีฟันผุลุกลามหลายซี่ที่ยังสามารถอุดได้ ให้ทาด้วย SDF (Silver Diamine Fluoride) เพื่อหยุดการลุกลามของฟันผุ ก่อนจะอุดฟันในครั้งต่อไป
- ในกรณีที่จำเป็นต้องอุดฟันควรใช้เทคนิคที่ไม่ต้องกรอฟัน ได้แก่ เทคนิค SMART ใช้วัสดุ Glass Ionomer
- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาบ้วนปากผสมคลอเฮกซีดีน (0.12% Chlorhexidine mouth wash) หรือถ้าไม่สะดวกในการบ้วนให้ใช้ทาที่คอฟันหลังแปรงฟัน หรือก่อนนอน

- หากพบมีฟันผุหลากหลายซี่ แนะนำให้หลีกเลี่ยงหรือลดจำนวนครั้งในการบริโภคอาหาร/ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลผสม

- พิจารณาส่งต่อทันตแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ซับซ้อน

กรณีไม่พบปัญหา: ฟึกและเน้นแปรงฟัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ใช้อุปกรณ์เสริม เช่น แปรงซอกฟัน/ ไหมขัดฟันและน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ร่วมด้วย หากพบว่า มีฟันผุหลากหลาย และมีปัญหาในการแปรงฟัน

3) ฟันโยก หากพบฟันโยกมากๆ ควรส่งต่อทันตแพทย์อย่างเร่งด่วนเพื่อได้รับการแก้ไข เนื่องจากมีความเสี่ยงฟันหลุดเข้าคอ หรือกลืนเข้าไป

4) ฟันสึก, มีต่อฟัน, ฟันแตก, ปวดฟัน/ เสียวฟัน, วัสดุบูรณะฟันหลุด/ แตก

กรณีพบปัญหา/ ความเสี่ยง: ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อพิจารณาการบูรณะฟัน

กรณีไม่พบปัญหา: แนะนำหลีกเลี่ยง/ลดการเคี้ยวของกรอบ/ แข็ง หรือ การบริโภคอาหารเครื่องดื่มรสเปรี้ยวจัด

2.4.2 เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์

กรณีพบปัญหา/ ความเสี่ยง: พบคราบจุลินทรีย์ เหงือกอักเสบ มีเลือดออกหลังการแปรงฟัน มีหินปูนที่ตัวฟัน และขอบเหงือก ภาวะปริทันต์อักเสบ พบฟันโยกระดับ 3

มาตรการสำคัญในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ (พุลฟอกซ์ โสภารัตน์ และคณะ, 2564) ได้แก่

- แนะนำทำความสะอาดฟัน คอฟัน ซอกฟัน ด้วยการแปรงฟัน ร่วมกับ อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ แปรงซอกฟัน ไหมขัดฟัน เพื่อช่วยในการทำความสะอาดช่องปากบริเวณที่เข้าถึงได้ยาก รวมถึงการใช้ยาบ้วนปากผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ คลอเฮกซีดีน ทาที่คอฟัน และบริเวณขอบเหงือกหลังแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน

- ทำความสะอาดช่องปาก โดยทันตบุคลากร (Professional Mechanical Plaque Removal: PMPR) เพื่อรักษาโรคเหงือกอักเสบ

- ประเมินผู้ดูแลเพื่อพัฒนาทักษะในการทำความสะอาดช่องปากให้มีประสิทธิภาพ

- ในผู้ที่สูบบุหรี่ควรแนะนำ และช่วยให้เลิกบุหรี่ รวมทั้งให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่

- ถ้าจำเป็นอาจให้บริการที่เร่งด่วน เช่น การขูดหินน้ำลายด้วยมือเฉพาะที่ เพื่อช่วยให้แปรงฟันได้ดีขึ้น หรือการถอนรากฟันผุที่คม ต้นเหตุของแผลในปาก เป็นต้น

2.4.3 ฟันเทียม

กรณีพบปัญหา

- ฟันเทียมแตก มีรอยแตก/ร้าว, ตะขอฟันเทียมหัก/ชำรุด, ฟันเทียมขยับหลุดง่าย เมื่อขยับปาก, ใส่ฟันเทียมแล้วขอบฟัน/กััดฟันไม่ได้ ให้ส่งปรึกษาทันตแพทย์

- ฟันเทียมไม่สะอาด ให้แนะนำการทำความสะอาด และเก็บรักษาฟันเทียม

2.4.4 สภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย

กรณีพบปัญหา ริมฝีปาก มุมปาก เนื้อเยื่อในช่องปากแห้งแตก, ทดสอบโดยใช้กระจกส่องปากพบว่าติดข้างแก้ม ติดลิ้น, น้ำลายเหนียวข้น/ไม่มีน้ำลาย หรือกินอาหารแห้งๆ แล้วต้องจิบน้ำตาม ให้จิบน้ำบ่อย ๆ, ทาริมฝีปากด้วยผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้น, ใช้ยาสีฟันที่ปราศจากสาร sodium lauryl sulphate (SLS) จะช่วยลดการระคายเคือง, ตรวจเชื้อราในช่องปากทุกวัน, ฝึกนวดกระตุ้นกล้ามเนื้อช่องปากและต่อมน้ำลาย, ในรายที่น้ำลายแห้งมากแนะนำให้ใช้น้ำลายเทียม (ประสานขอการสนับสนุนวุ้นชุ่มปาก) หากเป็นมากให้ประสานทันตแพทย์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม

กรณีไม่พบปัญหา: ให้บริหารกล้ามเนื้อช่องปาก และต่อมน้ำลาย

2.4.5 การกลืน

กรณีพบปัญหาการกลืนลำบาก

- แนะนำให้กินอาหารอ่อน ช่วยให้การกลืนง่ายขึ้น

- ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องปากและลิ้น

- ประสานขอการสนับสนุนเจลลี่โภชนา ซึ่งเป็นอาหารเสริมที่ช่วยให้พลังงานในรูปแบบของเจลลี่ เพื่อสะดวกในการกินและกลืน ช่วยในรายที่มีปัญหาการกินอาหารไม่ได้ จากมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์

- ประสานนักกิจกรรมบำบัดให้ดูแลอย่างเหมาะสม

2.4.6 แผล/ มะเร็งช่องปาก

กรณีพบปัญหา ให้ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อตรวจยืนยัน และวางแผนการรักษา ติดตามอาการและผลการรักษา

กรณีไม่พบปัญหา แนะนำทำความสะอาดเนื้อเยื่อ ลิ้น เป็นประจำ และสังเกตความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปากและลิ้นอย่างสม่ำเสมอ

กรณีปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปาก แนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น เลิกบุหรี่ เลิกเคี้ยวหมาก และตรวจคัดกรองรอยโรคช่องปากโดยทันตบุคลากร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.4.7 ความสะอาดในช่องปาก

หากพบปัญหาช่องปากไม่สะอาด เน้นฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแลแปรงฟันให้ผู้ติดเตียง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เน้นที่คอฟัน สนับสนุนอุปกรณ์ช่วยอื่นๆ เช่น แปรงชอกฟัน ไม้ขัดฟัน

แผนการรักษา แบ่งเป็น

กรณีเร่งด่วน ได้แก่

- มีอาการปวดรุนแรง จนมีผลกระทบต่อกรนอน การกิน การดื่ม
- มีการติดเชื้อในช่องปาก ใบหน้าบวม มีหนองที่ฟัน
- มีการบาดเจ็บที่ฟัน มักเกิดจากการพลัดตก หกล้ม
- ฟันโยก จนมีความเสี่ยงจะหลุดเข้าคอ สำลัก
- ฟันเทียมแตกหักหรือหาย
- เป็นแผลในปาก อาจเกิดจากฟันแตกหรือฟันเทียมแตก

กรณีไม่เร่งด่วน ได้แก่

- ฟันแตก วัสดุอุดฟันแตก ฟันเทียมแตก แต่ไม่ได้ทำให้มีอาการเจ็บ
- ฟันเทียมหลวม
- ฟันผุชนิดไม่ลุกลาม
- ทัศนกรรมด้านความสวยงาม

2.5 การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง พร้อมแนะนำและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ดูแล

ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ให้ยืดหยุ่น อาจจะไม่ต้องแปรงตอนเช้า หรือ เย็นเสมอไป แปรงเวลาไหนก็ได้ เพราะบางทีตอนเช้าผู้ดูแลมีกิจกรรมมาก เช่น เช็ดตัว กินข้าว ย้ายจากเตียงมานั่ง เปลี่ยนเวลาแปรงฟันตอนบ่ายก็ได้ แต่อย่างน้อยให้ทำวันละ 1 ครั้ง ผู้ดูแลอาจทำพร้อมกับช่วงทำกิจวัตรประจำวัน เช่น หลังกินข้าว หลังเช็ดตัว หลังเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น ขึ้นอยู่กับสภาวะอารมณ์ความยินยอมของผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพช่องปาก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดโรคในช่องปาก ลดความเสี่ยงภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (สิริมา กุลวานิช, 2566) โดยมีหลักสำคัญ ได้แก่

- Mechanical cleaning การทำความสะอาด โดยการเช็ดหรือแปรงเอาสิ่งตกค้างในปากออกก่อนเสมอ

- Chemical/ protective factors หากเสี่ยงฟันผุ (กรณียังกินทางปาก หรือฝึกกลืนอยู่) ให้ใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟอง และที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์อย่างน้อย 1500 ppm หากเสี่ยงโรคปริทันต์หรือติดเชื้อ ให้ใช้น้ำยาบ้วนปากผสม Chlorhexidine

- Safety & comfort (ลดโอกาสสำลักระหว่างแปรงฟัน) โดยมีการปรับท่านั่ง มีการใช้ที่ดูดน้ำลาย และผลิตภัณฑ์ให้ความชุ่มชื้น

ในที่นี้จะแบ่งการดูแลสุขภาพช่องปาก ออกเป็น

2.5.1 กรณีผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเองได้ ต้องให้ผู้ดูแลทำให้

2.5.2 กรณีผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเองได้ ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือบางกิจกรรม

2.5.3 กรณีผู้ป่วยติดเตียงที่มีประเด็นต้องพิจารณาเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่

- 1) มะเร็งช่องปาก/มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการฉายรังสี
- 2) ผู้ป่วยสมองเสื่อม
- 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.5.1 กรณีผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเองได้ ต้องให้ผู้ดูแลทำให้มีขั้นตอนการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ล้างมือก่อนปฏิบัติกิจกรรม
 ขั้นตอนที่ 2 สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง
 ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก
 ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเลือดออกง่าย
 ขั้นตอนที่ 5 การดูแลความชุ่มชื้นช่องปากก่อนปฏิบัติกิจกรรม
 ขั้นตอนที่ 6 หากผู้ป่วยใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ ให้ถอดฟันเทียมออกก่อนทำความสะอาดช่องปาก

ขั้นตอนที่ 7 การกำจัดเศษอาหาร

ขั้นตอนที่ 8 การทำความสะอาดซอกฟัน

ขั้นตอนที่ 9 การแปรงฟัน และการแปรงลิ้น

ขั้นตอนที่ 10 การใช้น้ำยาบ้วนปาก

ขั้นตอนที่ 11 การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ (โดยทันตบุคลากร)

ขั้นตอนที่ 12 การดูแลความชุ่มชื้นช่องปากหลังปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 13 การดูแลฟันเทียม

ขั้นตอนที่ 14 ล้างมือหลังปฏิบัติกิจกรรม

ก่อนเริ่มปฏิบัติกิจกรรม ต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากให้พร้อม และเตรียมถุงขยะ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 ล้างมือให้สะอาดก่อนสวมถุงมือ หรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ที่มีความเข้มข้น 60-80% หากไม่สวมถุงมือ ต้องล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน

ขั้นตอนที่ 2 สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ สวมเสื้อกาวน์กันน้ำแบบใช้แล้วทิ้ง, หมวกคลุมผมแบบใช้แล้วทิ้ง, แมส (Mask) ชนิด N95 หรือ KN 95, แว่นป้องกัน (Protective Eyewear) หรือแผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield) และสวมถุงมือชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง เมื่อสวมถุงมือแล้ว ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมต้องไม่สัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อน หากจำเป็นต้องสัมผัส หลังการสัมผัสต้องเปลี่ยนถุงมือคู่มือใหม่ ในระหว่างรักษาถ้าถอดถุงมือออกแล้ว ห้ามนำกลับมาใช้อีก

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่ยอมอ้าปาก อาจเกิดจากปวด หรือเสียวฟันเมื่อเจอความเย็น ให้เปลี่ยนเป็นใช้น้ำอุ่นแทนเพื่อหลีกเลี่ยงอาการเสียวฟัน หากผู้ป่วยกลัว แนะนำให้ใช้เทคนิค tell - show - do ถ้าหากช่วงเวลาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ไม่ให้ความร่วมมือให้กลับมาดูแลช่วงเวลาอื่น

เทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมืออ้าปากในการดูแลสุขภาพช่องปาก(จิระเกษม มาตลิกโกวิท-ลาวเวอร์ญ, 2566)

- ให้ผู้ป่วยช่วยคิด/ ตัดสินใจ เช่น ต้องการแปรงฟันตอนไหน วันนี้ต้องการใช้แปรงสีฟันสีอะไร

- ให้เหตุผล เช่น ให้ช่วยเอาเศษอาหารออกจากฟันจะทำให้สบายขึ้น แปรงฟันให้เรียบร้อยก่อนที่หลานๆ จะมาเยี่ยม

- ปรับสภาพแวดล้อม ไม่ให้มีสิ่งรบกวนหรือดึงดูดความสนใจ ปิดทีวี หรือแปรงฟันเมื่อดูรายการที่วิจิบ แต่ในบางครั้งสิ่งที่ดึงดูดอาจช่วยได้ เช่น เปิดทีวีขณะแปรงฟัน หรือกอด/ ลูบสั้วเล็กน้อย

กรณีผู้ป่วยไม่ยอมอ้าปาก ช่วยเปิดปาก (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2559) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การนวดสัมผัส (desensitize) โดยใช้ปลายนิ้วสัมผัสที่ริมฝีปากของผู้ป่วย นวดเพียงเบาๆ รอบๆ ริมฝีปาก และแก้ม

ขั้นที่ 2 ค่อยๆ สอดด้ามกระจกส่องปาก หรือช้อนกาแฟไปที่มุมปาก แล้วดึงกระพุ้งแก้มออก

ขั้นที่ 3 สอดนิ้วเข้าไปตรงช่องว่างระหว่างฟันกับกระพุ้งแก้ม จนถึงตำแหน่งเลยท้ายฟันกรามล่างที่สุดท้ายไปเล็กน้อย ใช้ปลายนิ้วกดเบา ๆ ตรงตำแหน่ง K point จะทำให้ผู้ป่วยอ้าปากได้

ขั้นที่ 4 เมื่อผู้ป่วยอ้าปาก ให้ผู้ป่วยกัดด้ามแปรงสีฟันที่พันผ้าก๊อซ โดยให้ใช้ฟันหลังกัดเสมอ อย่ากัดที่ฟันหน้า ปรับความหนาของผ้าก๊อซตามความเหมาะสม เพื่อให้มีที่ว่างในช่องปากพอเข้าไปทำความสะอาดฟันได้

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเลือดออกง่าย ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะเลือดออกง่ายเฉพาะที่บางบริเวณ การทำความสะอาดควรเลือกแปรงขนนุ่ม ระวังอย่าให้แปรงโดนเหงือกหรือเนื้อเยื่อช่องปาก หากมีเลือดออกพิจารณาห้ามเลือดโดยให้น้ำยาบ้วนปาก 5 % tranexamic acid โดยเตรียมจาก ยาฉีด tranexamic ขนาด 500 มิลลิกรัม ผสมน้ำเกลือ 5 มิลลิตร หมดทุก 4 ชั่วโมง หรือ แคปซูล tranexamic acid 250 มิลลิกรัม แกะ 2 แคปซูล ผสมน้ำเปล่า 10 ซีซี หมดทุก 2 ชั่วโมง (มีทนา เกษตรระทัต, ม.ป.ป.)

ขั้นตอนที่ 5 การดูแลความชุ่มชื้นช่องปากก่อนปฏิบัติกิจกรรม ถ้าปากแห้งมาก ให้ทาริมฝีปากให้ชุ่มชื้นก่อน ในกรณีที่ต้องใส่สายออกซิเจน หรือเครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (frail) ให้หลีกเลี่ยงการใช้วาสลีน หรือลิปมัน เพราะมีความเสี่ยงต่อการอุดตัน และติดเชื้อทางเดินหายใจและปอดได้ เพราะไขมันที่หากเข้าปอดจะกำจัดเองไม่ได้เหมือนตอนร่างกายแข็งแรง ให้ใช้เจลที่เป็น water-based intraoral moisturizers แทน

ขั้นตอนที่ 6 หากผู้ป่วยใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ ให้ถอดฟันเทียมออกก่อนทำความสะอาดช่องปาก

ขั้นตอนที่ 7 การกำจัดเศษอาหาร สิ่งเคี้ยวที่มีอาหารค้างอยู่ที่กระพุ้งแก้มหรือไม่ โดยเฉพาะกระพุ้งแก้มข้างที่กล้ามเนื้ออ่อนแอ หากมีให้ใช้แปรง หรือถุงนิ้ว หรือนิ้วพันผ้าก๊อซชุบน้ำหมาดๆ กวาดเอาเศษอาหารและคราบต่างๆ ออกก่อน หากมีเศษอาหารติดซอกฟัน อาจใช้ ไหมขัดฟัน ใช้ไม้จิ้มฟัน หรือการบ้วนน้ำแรงๆ จากนั้นใช้แปรงสีฟันหรือผ้าที่ชุบน้ำหรือน้ำเกลือหมาด ๆ เช็ดในช่องปากเบา ๆ ทั่วบริเวณฟัน กระพุ้งแก้ม เพดานปากและลิ้น เพื่อกำจัดเศษหรือ น้ำลายเหนียวๆ ออกให้มากที่สุด ในบางครั้งใช้ Foam swab กำจัดสารคัดหลั่งในผู้ป่วยที่มีการหลั่งสารคัดหลั่งมาก เพื่อลดความเสี่ยงการสำลัก ข้อควรระวัง คือ ระวังหัว Foam swab หลุดเข้าคอผู้ป่วยขณะใช้งาน ฉะนั้นจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีก้นกดของในปาก และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถคายสิ่งแปลกปลอมออกมาได้

ขั้นตอนที่ 8 การทำความสะอาดซอกฟัน ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วย ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงกระจุกเดียว การเลือกใช้ขึ้นกับขนาดของซอกฟัน และความสามารถในการฝึกทักษะของผู้ใช้

8.1 ไหมขัดฟัน (Dental Floss/ Tape) ใช้กับช่องว่างระหว่างฟันขนาดเล็ก ไม่ห่าง มีเหงือกใต้ซอกฟันร่นไม่มาก การใช้ก่อนแปรงฟันจะช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณซอกฟัน และทำให้ฟลูออไรด์จากยาสีฟันสามารถเข้าไปเกาะกับผิวเคลือบฟันได้มาก วิธีการใช้ไหมขัดฟัน (สุปราณี ดาโลดม และ วรางคณา เวชวิธ, 2554) ดังนี้

1) ตัดไหมขัดฟันยาวประมาณฟุตครึ่ง หรือ 18 นิ้ว นำมาพันรอบนิ้วกลางกับนิ้วนาง หรือนิ้วกลางนิ้วเดียวก็ได้ ให้แน่นพอที่จะทำให้ไม่ลื่นหลุด และไม่แน่นเกินไปจนบาดนิ้วหรือทำให้นิ้วเจ็บ เหลือเส้นไหมไว้ระหว่างมือประมาณ 3-4 นิ้ว เพื่อใช้ทำความสะอาดฟันหรือบางคนไม่ถนัดอาจผูกไหมขัดฟันเป็นวงกลมก็ได้

2) ใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้จับเส้นไหมไว้สำหรับทำความสะอาดฟันให้เส้นไหมเหลืออยู่ระหว่างนิ้วมือ 2 ข้าง ประมาณ 1/2 นิ้วถึงนิ้วครึ่ง

3) ค่อยๆ สอดเส้นไหมเข้าไประหว่างซี่ฟันเบาๆ ระวังอย่าให้เส้นไหมกระแทก หรือบาดเหงือก ทำความสะอาดฟันทีละซี่โดยการใช้นิ้วไหมโอบล้อมฟันคล้ายรูปตัวซี (C)

4) ออกแรงถูเส้นไหมบนผิวฟันเบาๆ ในแนวนอน อย่าออกแรงในแนวตั้งเพื่อป้องกันอันตรายต่อเหงือก ถูเส้นไหมบนผิวฟันเบาๆ ขึ้นบ้างลงบ้างซี่ละ 2 - 3 รอบ โดยเริ่มจากส่วนบนสุดของซี่ฟันลงไปใต้แนวเส้นเหงือกเล็กน้อย แล้วกลับขึ้นไปใหม่ อย่าออกแรงกดเส้นไหมบนเหงือก ซึ่งจะทำให้เหงือกช้ำเป็นแผล หรือเกิดการอักเสบได้ วิธีสังเกตว่าเราออกแรงกดบนเหงือกหรือไม่ คือ ขณะที่ใช้ดูในกระจกว่ามีรอยกดของเส้นไหมบนเหงือกขณะใช้ไหมขัดฟันหรือไม่ ถ้าทำถูกวิธีจะไม่มีรอยกดนี้เลย

ส่วนไหมขัดฟันในรูปแบบอื่นๆ มีวิธีใช้ (สุปราณี ตาโลดม และ วรางคนาเวชวิธีย์, 2554) ดังนี้

- Superfloss เป็นเส้นแถบซึ่งมีแถบแบนกว้างกว่าไหมขัดฟันปกติ ใช้สำหรับคนไข้จัดฟัน หรือใส่สะพานฟัน หรือตามที่ทันตแพทย์แนะนำ วิธีใช้ คือ สอดส่วนปลายที่แข็งแรงผ่านซอกฟัน แล้วดึงส่วนที่เป็นฟองน้ำมาโอบแนบด้านข้างของฟันโดยใช้นิ้วบังคับ ขัดจากขอบเหงือกไปทางด้านบนเคี้ยว 6 ครั้ง จากนั้นใช้ฟองน้ำทำความสะอาดซอกฟันอีกซี่ที่อยู่ข้างๆ

- Floss threader ใช้ทำความสะอาดบริเวณที่ใส่สะพานฟัน และบริเวณที่ใส่ลวดจัดฟันเช่นเดียวกับ Superfloss แต่รูปร่างเป็นห่วงพลาสติกคล้องเส้นใยขัดฟัน วิธีใช้ ตัดไหมขัดฟันยาวประมาณฟุตครึ่งหรือ 18 นิ้ว ใส่ลงไปในห่วงของ Floss Threader ปลายเข็มสอดไปได้สะพานฟัน ไหมขัดฟันก็จะผ่านเข้าไปตรงบริเวณใต้สะพานฟัน ทำความสะอาดตรงบริเวณใต้สะพานฟัน หรือลวดจัดฟัน

- แบบมี Floss holder เป็นเครื่องจับเส้นใยสำเร็จ จะมีไหมติดอยู่กับด้ามจับแทนการพันนิ้วมือ ทำให้ใช้ได้สะดวกขึ้น โดยวางลงไประหว่างซี่ฟันตรงๆ

การใช้ไหมขัดฟัน ถ้าใช้ไม่ถูกจะทำอันตรายต่อเหงือกปกติเส้นใยไม่ควรขาดขณะใช้ แต่ถ้าเส้นใยขาดอยู่เสมอบริเวณใด แสดงว่าอาจมีฟันผุหรือฟันที่อุดไว้บริเวณนั้นอาจมีปัญหา หรือมีหินปูน แนะนำให้ไปตรวจกับทันตบุคลากรเพื่อแก้ไข

8.2 แปรงซอกฟัน (Interdental Brush/Proxa Brush) ใช้ในกรณีมีช่องว่างระหว่างฟัน ซอกฟันห่าง มีเหงือกใต้ซอกฟันร่น ช่องว่างระหว่างรากฟัน ฟันล้มเอียง ไม่มีฟันด้านข้าง หรือด้านหลังของฟันซี่สุดท้าย ซึ่งการใช้ไหมขัดฟันไม่สามารถแนบเข้าไปกับตัวฟันได้ ควรเลือกขนาดให้พอดีผ่านซอกฟันได้โดยไม่ทำอันตรายเหงือก ควรเตรียมไว้หลายขนาดตามความกว้างของซอกฟัน วิธีใช้ สอดแปรงเข้าไปตรงช่องว่างระหว่างซี่ฟัน จากนั้นวางแปรงบนเหงือกให้แนบกับด้านหนึ่งของซอกฟัน ให้ขนแปรงชิดผิวฟัน แล้วถูเข้าถูออกประมาณ 3-4 ครั้ง แล้วเบนแปรงมาแนบอีกด้านหนึ่ง ถูเข้าถูออก 3 - 4 ครั้ง ทำเช่นนี้กับซอกฟันที่มีช่องว่าง โดยเข้าจากด้านกระพุ้งแก้ม และเข้าจากด้านหลังด้วย (สุปราณี ตาโลดม และ วราจนา เวชวีธี, 2554)

8.3 แปรงกระจุกเดียว (Single Tuft Brush) เป็นแปรงหัวเล็ก มีขนแปรงกระจุกเดียว ใช้ในบริเวณที่เข้าถึงยาก เช่น ด้านท้ายสุดของฟันล่าง ฟันซ้อนเก ฟันล้มเอียง หรือผู้ที่ใส่เครื่องมือจัดฟัน รอบรากเทียม บริเวณที่ไม่มีฟันประชิด ฟันที่อยู่เดี่ยวๆ ไม่มีฟันข้างเคียง แนะนำให้ใช้บริเวณด้านในของฟันล่าง หรือบริเวณฟันด้านหลัง วิธีใช้ กวาดขนแปรงไปตามคอฟัน เมื่อถึงซอกฟันให้ขยับขนแปรงอยู่กับที่ แล้วบิดออกทางด้านบดเคี้ยว ทำเช่นนี้กับฟันทุกซี่ที่ต้องการแปรง (เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555)

ขั้นตอนที่ 9 การแปรงฟัน และการแปรงลิ้น ถ้าผู้ป่วยบ้วนน้ำไม่ได้ อ้าปากลำบาก กลืนลำบาก ให้จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง หันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก บอกให้ผู้ป่วยรู้ตัวก่อนว่ากำลังจะแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันและบริเวณริมฝีปากเล็กน้อยเพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ควรแปรงฟันวันละ 2-3 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อย 1500 ppm ในผู้ป่วยอายุ 6 ปี ขึ้นไป ในปริมาณเท่ากับความยาวแปรงสีฟัน จะใช้แปรงไฟฟ้า หรือแปรงธรรมดาก็ได้ แนะนำแบบด้ามจับถนัด หัวแปรงเล็ก ขนนุ่ม โดยมีขั้นตอนการแปรงฟัน ดังนี้

9.1 ถ้าผู้ป่วยบ้วนน้ำได้ ให้อมน้ำจากแก้วหรือหลอดดูดเล็กน้อย เพื่อให้ช่องปากมีความชื้น

9.2 แปรงฟันเอาคราบจุลินทรีย์ออก โดยไม่ต้องใช้ยาสีฟัน จับแปรงแบบจับปากกา

9.3 บีบยาสีฟัน แปรงฟันโดยไม่ต้องนำแปรงสีฟันไปจุ่มน้ำก่อน เพื่อจะได้ลดปริมาณน้ำและฟองในปาก (อาจใช้แปรงสีฟัน 2 อัน อันหนึ่งใช้แปรงฟัน ส่วนด้ามแปรงอีกอันใช้ล้างช่องปาก อาจปรับรูปร่างทำให้ด้ามแปรงงอเป็นมุมเหมือนกระจกส่องปาก (mouth mirror) โดยใช้ความร้อน หรืออาจใช้วิธีพันผ้าก๊อชหนา ๆ ที่ด้ามแปรงให้ผู้ช่วยกด เพื่อให้มีพื้นที่ว่างในช่องปาก พอที่จะทำความสะอาดฟันได้ หรือใช้โพมยี่ห่อ open wide ให้ผู้ช่วยกดได้เลย จะกว้างกว่าแปรงสีฟัน มีที่รองให้นิ้วจับได้ถนัด ใช้ครั้งเดียวทิ้ง) แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที

9.4 เริ่มแปร่งจากด้านบนนอกให้ครบทุกซี่ก่อน ขณะแปร่งด้านบนนอกหรือด้านกระพุ้งแก้ม ควรให้ผู้ป่วยกัดฟันไว้แล้วแปร่งไล่ไปที่ละซี่ โดยวางแปร่งทำมุม 45° กับแนวเหงือก ขยับไปมา 1 - 2 ซี่ และขยับปิด แปร่งจนครบทุกซี่

9.5 แปร่งฟันด้านใน ขณะแปร่งฟันให้ชนแปร่งสัมผัสขอบเหงือกด้วย

- เริ่มจากแปร่งฟันหน้าบนก่อน วางแปร่งลง และดึงออกไม่ออกแรงกด แปร่งอย่างนุ่มนวล
- แปร่งฟันหลังบน วางแปร่งทำมุม 45° กับแนวเหงือก ขยับไปมา 1 - 2 ซี่ และปิดลงแปร่งจนครบทุกซี่
- แปร่งฟันหน้าล่าง วางแปร่งลง และดึงออกไม่ออกแรงกด แปร่งอย่างนุ่มนวล

- สุดท้ายคือฟันหลังล่าง เพราะเสี่ยงล้มล้มมากที่สุด วางแปร่งทำมุม 45° กับแนวเหงือกขยับไปมา 1-2 ซี่แล้วปิดขึ้น โดยแปร่งจากซี่ในสุดออกมาข้างขึ้นนอกสุด

9.6 แปร่งฟันด้านบดเคี้ยว โดยวางชนแปร่งด้านบนขวากับแนวบนฟัน แล้วถูแปร่งไปมาจากกรามด้านในออกมาด้านบนนอกให้ทั่วฟันกรามด้านบน และด้านล่าง

9.7 การทำความสะอาดฟันที่ห่างมากๆ (เช่น ฟันซี่ใน หรือฟันที่อยู่เดี่ยวๆ) ให้ใช้ผ้าก๊อซพับเป็นแถบแบน ยาวประมาณ 5 - 6 นิ้ว กว้างประมาณความสูงของตัวฟัน คล้องผ้าตรงตำแหน่งช่องว่างแล้วถูไปมา หรืออาจพันผ้าไว้กับนิ้วมือแล้วเช็ดทำความสะอาดบริเวณฟันเหงือก ลิ้น และใช้ขัดฟันโดยถูไปตามแนวนอน 5-6 ครั้ง หรือใช้นิ้วถูรอบๆ ซี่ฟัน

9.8 กรณีมีการสูญเสียผิวฟัน เช่น ฟันสึก ฟันกร่อน หลีกเลียงการแปร่งฟันให้ผู้ป่วยประมาณ 30 นาที หลังจากผู้ป่วยอาเจียนหรือกรดไหลย้อน ใช้แรงน้อยๆ ในการแปร่งฟัน

9.9 คอยซับน้ำลาย และเศษอาหารตลอดเวลา ใช้ผ้าซับกรณีที่ไม่มีเครื่องดูดน้ำลาย

9.10 เมื่อแปร่งฟัน และลิ้นเสร็จแล้ว ให้บ้วนน้ำลาย และพองในปากออก โดยไม่ต้องบ้วนน้ำตาม หรือหากจำเป็นต้องบ้วนน้ำ พยายามบ้วนน้ำให้น้อยที่สุด อาจบ้วนน้ำ 1 ครั้ง (ใช้น้ำน้อยๆ ประมาณ 1 อังมือ หรือ 5 - 10 มิลลิลิตร) ให้ใช้ผ้าเช็ดพองที่เหลือ หรือใช้เครื่องดูดน้ำลาย (แบบถอดปลายออกไม่ได้)

9.11 ทำความสะอาดลิ้น อาจใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม เพื่อป้องกันการอักเสบ และเลือดออกที่ลิ้น หรือใช้อุปกรณ์ที่ผลิตมาเฉพาะทำความสะอาดลิ้น ซึ่งมีลักษณะแบนทำให้ไม่โดนเพดานปากในขณะแปร่ง และไม่ทำให้เกิดอาการช้อนเวลาแปร่ง อุปกรณ์ทำความสะอาดลิ้นที่ดีต้องไม่แหลมคม มีด้ามจับถนัดมือ โดยครูดหรือแปร่งที่ด้านบนของลิ้น โดยไม่ต้องใช้ยาสีฟัน ลากแปร่ง

กวาดจากโคนลิ้นออกมาทางปลายลิ้นในทิศทางเดียวประมาณ 4 - 5 ครั้ง แปรงลิ้นเบาๆ ไม่ควรถูเข้า-ออก เพราะจะกระตุ้นให้หายากอาเจียน ข้อควรระวัง คืออย่าใช้แรงมากเกินไปจะทำอันตรายต่อตุ่มรับรสบนลิ้นได้

9.12 หลังแปรงฟัน และลิ้นเสร็จแล้ว ให้เช็ดปากให้แห้ง ถ้าริมฝีปากแห้ง มุมปากแห้งแตก ให้ทาริมฝีปากให้ชุ่มชื้น ข้อควรระวัง คือ ไม่ใช้วาสลีนหรือลิปมันในผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (frail) เพราะมีความเสี่ยงต่อการอุดตัน และติดเชื้อทางเดินหายใจ และปอดได้ กรณีปากแห้งอาจเพิ่มน้ำลายเทียม

9.13 ไม่กิน หรือดื่ม หลังแปรงฟันเสร็จอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 10 การใช้น้ำยาบ้วนปาก

- กรณีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมการกลืน และบ้วนทิ้งได้

หากใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ให้ใช้ปริมาณ 5 - 10 มิลลิลิตร อมและกลั้วให้ทั่วปากเป็นเวลาอย่างน้อย 1 นาที แล้วบ้วนทิ้ง ไม่ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารหลังใช้อย่างน้อย 30 นาที และเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความถี่ของการสัมผัสกับฟลูออไรด์ ควรใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์คนละเวลากับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

หากใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน ให้แยกมือ โดยใช้น้ำยาบ้วนปากมือเช้า/ ก่อนนอน ใช้คลอเฮกซิดีนหลังอาหารกลางวัน/ เย็น เพราะคุณสมบัติของคลอเฮกซิดีนจะสูญเสียไปจากสารที่เป็นส่วนประกอบในยาสีฟัน ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน หากผู้ป่วยแสบปากให้ผสมน้ำยาบ้วนปาก Chlorhexidine gluconate 50:50 กับ Normal Saline หรือน้ำสะอาด ใช้ครั้งต่อครั้ง โดยไม่ให้ผสมเก็บไว้ใช้ระยะยาว

- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการกลืน และบ้วนทิ้งได้ ให้ใช้ผ้าก๊อซพันนิ้ว หรือถูนิ้ว ชุบน้ำยาบ้วนปากแล้วเช็ดฟัน, เหงือก และเยื่อช่องปากให้ทั่วช่องปาก

ขั้นตอนที่ 11 การใช้ฟลูออไรด์พาเซที (โดยทันตบุคลากร) (ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2566)

- กรณีใช้ฟลูออไรด์เจล

- 1) แปรงฟัน หรือขัดฟันในรายที่มีคราบจุลินทรีย์ชัดเจน
- 2) เลือกขนาดถาด (tray) ที่เหมาะสมกับจำนวนฟันในช่องปาก
- 3) ใส่ปริมาณฟลูออไรด์เจลประมาณไม่เกิน 2 ใน 5 ของ

ความสูงของถาด

- 4) ควรจัดตำแหน่งของผู้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจลให้นั่ง

ตรง ไม่นอนราบ

5) วางภาชนะที่มีฟลูออไรด์เจลครอบฟันบน และฟันล่าง ให้กัดไว้เป็นเวลา 4 นาที

6) ขณะที่เคลือบฟลูออไรด์ ให้ใช้ที่ดูดน้ำลายตลอดเวลาที่ ภาชนะฟลูออไรด์เจลอยู่ในปากเพื่อป้องกันการกลืน หลังจากเคลือบให้ดูดเจลส่วนเกินออก และให้บ้วน เจลส่วนเกินออกให้หมด

7) ภายหลังจากเคลือบฟลูออไรด์เจล ห้ามบ้วนน้ำ ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารเป็นเวลา 30 นาที

ในผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งระยะยาวหรือถาวร ให้ใช้ฟลูออไรด์ เจลทุกวันโดยใช้ภาชนะส่วนบุคคล ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งชั่วคราวให้แปรงฟลูออไรด์เจลที่ฟันทุกวัน ในผู้สูงอายุไม่ควรใช้ ฟลูออไรด์เจลเพราะต้องระวัง airway obstruction

- กรณีใช้ฟลูออไรด์วาร์นิช

1) ทำความสะอาดฟันโดยเช็ดฟัน ขัดฟัน หรือแปรงฟัน และ ใช้ไหมขัดฟันในกรณีที่มีด้านประชิด

2) กั้นน้ำลาย และเช็ดผิวฟันให้แห้ง ด้วยผ้าก๊อช หรือไม้พันสำลี

3) ใช้พู่กันขนาดเล็ก (microbrush) หรือก้านฟองน้ำขนาดเล็ก (microsponge) ทาฟลูออไรด์วาร์นิชบาง ๆ บนผิวฟันที่มีรอยโรคฟันผุขาวขุ่น และบนด้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ด้านประชิด, ด้านบดเคี้ยว และผิวรากฟันที่โผล่พ้นเหงือก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการทาโดนเนื้อเยื่ออ่อน เพื่อลดโอกาสการแพ้หรืออาการระคายเคือง

4) ภายหลังจากทาฟลูออไรด์วาร์นิช ไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30 นาที ควรเลี่ยงอาหารแข็งอย่างน้อย 2 - 4 ชั่วโมง และงดการแปรงฟันในวันที่ ทาฟลูออไรด์วาร์นิช เพื่อเพิ่มเวลาการยึดติด และการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟันหลังจากทาฟลูออไรด์- วาร์นิช

- กรณีใช้ซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์

1) ก่อนทาควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก ทางเลือกในการรักษา ข้อดี ข้อเสียของการทาซิลเวอร์ไดอะมินฟลูออไรด์ ตลอดจนความจำเป็นในการ กลับมาติดตามผล และแผนการรักษาในอนาคต

2) ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทราบว่า จะเกิดการติดสีดำบริเวณรอยโรคที่สัมผัสสาร

3) กำจัดเศษอาหาร และคราบจุลินทรีย์ ไม่จำเป็นต้องกำจัด เนื้อฟันผุออก

- 4) กั้นน้ำลายบริเวณฟันที่มีรอยผุด้วยก๊อชหรือสำลี หากรอยผุอยู่ใกล้เหงือกให้ทาวาสลินบนเหงือกบริเวณใกล้เคียงนั้น
- 5) เช็ดหรือเป่าให้รอยผุแห้ง
- 6) ใช้ก้านฟองน้ำขนาดเล็ก (microsponge) ทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์บนรอยผุ โดยปริมาณที่แนะนำให้ใช้ในแต่ละครั้ง คือไม่เกิน 1 หยดต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม
- 7) รอให้ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ซึมลงสู่เนื้อฟันประมาณ 1 นาที และกำจัดส่วนเกินด้วยก๊อช หรือสำลี อาจทำการเป่าลมเบา ๆ จนแห้ง
- 8) งดการเคี้ยวหรือสัมผัสอาหารบริเวณดังกล่าวประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง
- 9) หลังทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ควรประเมินการหยุดยั้งของรอยโรคฟันผุ ในอีก 2 - 4 สัปดาห์ หากรอยโรคยังไม่หยุดลุกลาม แนะนำให้ทำซ้ำ
- 10) ในรอยโรคฟันผุในชั้นเนื้อฟัน ควรติดตามผล และทำซ้ำทุก 6 เดือน จนกว่ารอยผุหยุดลุกลาม หรือรอยผุได้รับการบูรณะ ในรากฟันแท้ที่ผุหรือรากฟันแท้ที่ผ่ฝ่ียง แนะนำให้ทำซ้ำ ทุก 1 ปี
- 11) เมื่อผู้ป่วย และปัจจัยอื่น ๆ มีความพร้อม ให้พิจารณาทำการบูรณะฟันตามปกติต่อไป

ขั้นตอนที่ 12 การดูแลความชุ่มชื้นช่องปากหลังปฏิบัติการ

ทาผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นแก่ช่องปาก โดยทาแล้ววนวดให้ทั่วปาก ทั้งบริเวณแก้ม เพดานปาก ลิ้น โดยใช้นิ้วหรือแปรงสีฟัน ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ แนะนำให้ใช้สารหล่อลื่นสูตรน้ำ (water-based moisturizer) แพนปีโตรเลียมเจล เนื่องจากปิโตรเลียมเจลมีความเสี่ยงในการสะสมเกาะตัวของเชื้อโรค อาจทำให้สำลักเกิดปอดอักเสบได้

ขั้นตอนที่ 13 การดูแลฟันเทียม

กรณีฟันเทียมแบบถอดได้ ควรทำความสะอาดฟันเทียมอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หากเป็นไปได้ควรทำความสะอาดฟันเทียมทุกครั้งหลังมื้ออาหาร และถอดฟันเทียมก่อนนอนเสมอไม่ว่าช่วงกลางวันหรือกลางคืนเพื่อให้เหงือกได้พักผ่อน

- เตรียมอ่างสำหรับล้างพร้อมน้ำ
- ใช้แปรงสำหรับฟันเทียมหรือแปรงขนนุ่ม
- ใช้ครีมสำหรับทำความสะอาดฟันเทียม หรือสบู่เหลวที่ไม่มี

กลิ่น หรือน้ำยาล้างจาน ป้ายที่แปรงเพื่อกำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ แปรงให้ทั่วทุกด้านของฟันเทียม ทั้งด้านนอกและด้านใน ในกรณีฟันเทียมมีตะขอ ให้ระมัดระวังการทำมาสะอาดบริเวณ

ตะขอ ไม่ควรออกแรงแปรงบริเวณตะขอมากเกินไปเนื่องจากจะทำให้ตะขอผิดรูปได้ ไม่ควรใช้ยาสีฟันในการแปรงฟันเทียม เนื่องจากอาจมีสารที่ทำให้ฟันเทียมสึก เกิดรอยบนผิวฟันเทียมได้

- กรณีมีคราบหินปูนหรือคราบบุหรืเกาะฟันเทียม สามารถใช้ยาเม็ดสำหรับแช่ทำความสะอาดฟันเทียมได้ หรืออาจแช่ฟันเทียมในน้ำส้มสายชูที่ผสมน้ำในอัตราส่วน 1 ต่อ 1 โดยแช่เป็นเวลา 8 ชั่วโมงจนกระทั่งหินปูนนุ่ม แล้วใช้แปรงสีฟันแปรงคราบออก แต่หากเป็นฟันเทียมที่มีโครงหรือตะขอโลหะห้ามแช่ในน้ำส้มสายชู

- กรณีฟันเทียมสกปรกมากและต้องการแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ ให้ใช้น้ำยาฟอกขาว (sodium hypochlorite) ผสมน้ำ โดยใส่น้ำยา 1 ส่วนต่อน้ำ 80 ส่วน (น้ำยา 1 ช้อนโต๊ะ ต่อน้ำ 1 แก้ว) แช่เป็นเวลา 3 นาที แต่สำหรับฟันเทียมที่มีโครงหรือตะขอโลหะให้แช่ได้ไม่เกิน 1 นาที แล้วล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่

- ในกรณีผู้ป่วยมีเชื้อราในช่องปากจากฟันเทียม ให้แช่ฟันเทียมใน 0.2% Chlorhexidine นาน 15 นาที แล้วจึงล้างน้ำ

- ล้างด้วยน้ำเย็น แล้วจึงแช่ฟันเทียมในกล่องมีฝาปิดที่บรรจุน้ำเย็นที่สะอาด และเปลี่ยนน้ำทุกวัน ห้ามแช่ฟันเทียมในน้ำเดือดหรือน้ำร้อนเพราะจะทำให้ฟันเทียมบิดเบี้ยว นอกจากนี้ควรรักษาความสะอาดของภาชนะที่เก็บหรือแช่ฟันเทียมด้วย ต้องนำฟันเทียมมาทำความสะอาดก่อนใช้งานเสมอ

กรณีฟันเทียมแบบติดแน่น ทำความสะอาดโดยแปรงฟันให้ทั่วถึง ใช้แปรงซอกฟันหรือไหมขัดฟันชนิด superloss โดยสอดไหมเข้าไปทำความสะอาดบริเวณใต้ฟันเทียม และขอบเหงือก เพราะบริเวณนี้เป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์

ขั้นตอนที่ 14 ล้างมือหลังปฏิบัติกิจกรรมเสร็จสิ้น

2.5.2 กรณีผู้ป่วยติดเตียงทั่วไป สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเองได้ ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือบางกิจกรรม มีขั้นตอนในการดูแลสุขภาพช่องปากเช่นเดียวกับกรณีที่ผู้ดูแลทำให้ โดยผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ ดังนี้

- เตรียมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ป่วย พิจารณาเลือกปรับด้ามแปรงสีฟันให้มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยหุ้มด้ามแปรงด้วยวัสดุต่าง ๆ เช่น ฟองน้ำ ด้ามจักรจักรยาน ผ้าขนหนู หรือเพิ่มสายรัดยึดด้ามแปรงสีฟันไว้กับมือ โดยใช้วัสดุที่มีน้ำหนักเบา เช่น สายน้ำเกลือ แผ่นยาง หรือเพิ่มความยาวของด้ามแปรงด้วยไม้ตะเกียบ หรือด้ามพลาสติกสำหรับผู้ป่วยที่ข้อศอกงอพับ

- คอยอำนวยความสะดวก ในขณะที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

- หลังจากผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ดูแลช่วยตรวจสอบความสะอาดช่องปาก โดยตรวจดูว่ามีคราบจุลินทรีย์ที่เห็นชัดเจน/ มีคราบ หรือฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น/ มีเศษอาหารเหลือค้างที่แก้มข้างที่เป็นอัมพาต/ มีเศษอาหารติดตามซอกฟัน หรือไม่

- ผู้ดูแลช่วยเก็บข้อมูลกรณีในการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.5.3 กรณีผู้ป่วยติดเตียงที่มีประเด็นต้องพิจารณาเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพ

ช่องปาก

1) ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก/ มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการฉายรังสี มีข้อแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก (มัทนา เกษตรระทัต, 2566) ดังนี้

(1) การใช้ไหมขัดฟัน

- หากสามารถใช้ไหมขัดฟันได้ ให้ใช้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- หากจำเป็นอาจใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมยาชาก่อนการใช้ไหมขัดฟัน

(2) การแปรงฟัน

- หากจำเป็นอาจใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมยาชาก่อนการแปรงฟัน
- ทำให้ขนแปรงนุ่มด้วยน้ำร้อน
- แปรงฟันอย่างนุ่มนวลหลังมื้ออาหารและก่อนนอน
- ป้องกันฟันผุด้วยการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

(3) การบ้วนปาก

- บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก หลังแปรงฟัน หลังใช้ไหมขัดฟัน

หลังรับประทานอาหาร

- บ้วนปากทุก 1 - 2 ชั่วโมง หากผู้ป่วยตื่น
- ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำยาบ้วนปากทำความสะอาดช่องปาก

(4) การให้ความชุ่มชื้นในช่องปาก

- ให้ความชุ่มชื้นด้วยน้ำยาบ้วนปาก และผลิตภัณฑ์หล่อลื่นบ่อยๆ

หลีกเลี่ยงวาสลิ้น และกลีเซอริน

- การเคี้ยวหมากฝรั่งหรือยอัมปราศจากน้ำตาล อาจช่วยกระตุ้นการ

หลั่งของน้ำลาย แต่ไม่ควรทำหากมีอาการปวดในช่องปาก

(5) การดูแลริมฝีปาก

- ทาผลิตภัณฑ์หล่อลื่นที่ทำจากซีผึ้ง น้ำ หรือน้ำมัน บ่อยๆ ไม่ให้ใช้วาสลีน

การดูแลภาวะแทรกซ้อนที่พบในช่องปากหลังการฉายรังสี (พุลพฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ, 2564) ได้แก่

(1) ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) ความรุนแรงจะแตกต่างกัน

และเพิ่มขึ้นแปรผันกับปริมาณรังสีที่ไปยังช่องปาก โดยพบอาการเริ่มต้นจากเยื่อในช่องปากแดง ต่อมาจะมีแผลคล้ายแผลร้อนใน บางรายแผลนั้นรวมกันเป็นปื้นใหญ่ ส่งผลทำให้การรับรสเปลี่ยนไป และเจ็บเมื่อรับประทานอาหาร ร่างกายอ่อนเพลีย คุณภาพชีวิตแย่ง ในรายที่เป็นรุนแรงจะเจ็บอยู่ตลอดเวลา

ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ซึ่งทำให้ต้องใส่สายให้อาหารเนื่องจากรับประทานอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ มีวิธีดูแล ดังนี้

- ทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหารโดยใช้แปรงขนนุ่ม
- ใช้ยาสีฟันที่ปราศจากสาร SLS เพื่อลดการระคายเคือง
- อมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ ไว้ในปาก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก
- รับประทานอาหารอ่อน นิ่ม อุ่นๆ และรสชาติจืด
- ใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีน ในผู้ป่วยที่เข้าไปกำจัดคราบจุลินทรีย์ลำบาก
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (ผสมเกลือ ¼ ช้อนชา กับ น้ำ 1 แก้ว) หรือ

น้ำยาบ้วนปาก Sodium bicarbonate (ผสมโซดาทำขนม ¼ ช้อนชา กับ น้ำ 1 แก้ว) ให้อมวันละ 5-6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 นาที ช่วยให้อุณหภูมิในช่องปาก

(2) ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) น้ำลายจะมีลักษณะเหนียวมากขึ้น และปริมาณลดลง ทำให้เกิดโรคฟันผุ ซึ่งพบได้บ่อยและเป็นหลายซี่ เนื่องจากรังสีส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของสภาพความเป็นกรด-ด่างของน้ำลาย และน้ำลายมีปริมาณน้อย ฉะนั้น จึงมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การรักษาความสะอาด และเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก มีวิธีดูแล ดังนี้

- แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม เพื่อลดการเกิดแผลช่องปาก ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรสอ่อน ปราศจากสาร sodium lauryl sulphate (SLS) จะทำให้ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก

- หากมีอาการเจ็บในช่องปาก แผล หรือเลือดออกจากแผลในช่องปาก ให้เปลี่ยนจากการใช้ แปรงสีฟันเป็นไม้พันสำลีเช็ดฟันแทน เพื่อลดอาการระคายเคืองและการบาดเจ็บของเยื่อช่องปาก

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (น้ำสะอาด 1 แก้ว : เกลือ¼ ช้อนชา) ใช้แล้ว 4 ครั้ง/ วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที หรืออาจใช้ Bicarbonate Rinse (Baking Soda ¼ ช้อนชา ละลายในน้ำเปล่า 1 แก้ว) บ้วนปากก่อน และหลังอาหาร แต่อาจมีรสฝืด ไม่สบายปาก การบ้วนปากนอกจากจะช่วยล้างคราบน้ำลาย หรือเศษอาหารต่าง ๆ ที่ติดในช่องปากออก แล้วยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อผิวในช่องปาก และลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เนื่องจาก Sodium bicarbonate ช่วยเพิ่มความเป็นด่างให้สภาพแวดล้อมในช่องปาก ป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย (ไม่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผลิตทางการค้า เพราะมักมีแอลกอฮอล์ผสม ซึ่งจะทำให้เยื่อช่องปากแห้งและแสบปาก) ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมไว้ในอุณหภูมิห้อง และผสมใหม่ทุกวัน

- เพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปากด้วยเจลสำหรับปากแห้ง ทาวาสลินบริเวณริมฝีปากระหว่างวัน เพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล ช่วยลดการบาดเจ็บ หรือตีมน้ำ

อย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตร/วัน ในกรณีที่ไม่ต้องจำกัดปริมาณน้ำ จิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวัน หรืออมน้ำแข็งก้อนเล็ก ๆ หรือจัดอาหารที่มีส่วนผสมเป็นน้ำมากขึ้น เช่น ต้มจืด

- อาจให้อมลูกอม หรือเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดปราศจากน้ำตาล เพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย หรือกรณีที่น้ำลายแห้งมาก อาจใช้น้ำลายเทียม หรือวุ้นชุ่มปากตามแผนการรักษาของแพทย์

- หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่จะระคายเคือง เช่น อาหารที่มีลักษณะแห้ง รสจัด รสเปรี้ยว/ เผ็ดและเค็ม น้ำอัดลม อาหารแห้ง สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และงดสูบบุหรี่ ในรายที่ไม่สามารถกินอาหารปกติได้ แนะนำให้ขอการสนับสนุน เจลลี่โภชนา จากมูลนิธิทันตนวัตกรรม

- ควบคุมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล เพื่อช่วยป้องกันการเกิดฟันผุ

- ตรวจสอบเชื้อราในช่องปากทุกวัน โดยสังเกตฝ้าขาวที่ขูดออกได้ หรือฝ้าแดง หรือฝ้าขาวปนแดง มักพบบริเวณ ลิ้น กระพุ้งแก้ม เพดานปาก

- ฝึกนวดต่อมน้ำลาย บริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ช่วยใน กระบวนการบดเคี้ยวและการกลืน ป้องกันการสำลักอาหารและน้ำ

(3) กรณีติดเชื้อรา กำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อรา รักษาความสะอาดช่องปาก รักษาภาวะปากแห้ง ถอดฟันเทียมช่วงนอนตอนกลางคืน ทำความสะอาดฟันเทียม แช่ในน้ำยาบ้วนปาก 0.2% Chlorhexidine นาน 15 นาที วันละ 2 ครั้ง แนะนำเลิกสูบบุหรี่ หากผู้ป่วยใช้ยาสเตียรอยด์แบบพ่น ให้บ้วนปากด้วยน้ำหลังพ่นยาทุกครั้ง การดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีจะช่วยป้องกันการติดเชื้อราและเชื้อแบคทีเรีย คำแนะนำที่ช่วยลดอาการเจ็บปวดในช่องปาก ดังนี้

- ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม ขนาดเล็ก ในการทำความสะอาดช่องปาก วันละ 2 ครั้ง

- ใช้ยาสีฟันที่มีรสชาติอ่อน ๆ หรือไม่มีรสชาติ

- บ้วนเอาเศษอาหารออกด้วยน้ำเกลือหลังอาหารทุกมื้อ

- ใช้น้ำยาบ้วนปาก Chlorhexidine ที่ปราศจากแอลกอฮอล์ หรือน้ำยา

บ้วนปาก Benzylamine hydrochloride

- ทันตแพทย์พิจารณาใช้ยาสีฟันหรือน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์เข้มข้น ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฟันผุสูงจากน้ำลายแห้ง

2) ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจมีปฏิกิริยาที่ทำให้การแปรงฟันยาก เช่น ปิดปาก กัดฟัน กัดมือผู้ดูแล หรือสับสนศีรษะ จึงมีข้อแนะนำการดูแลช่องปาก (Mili Doshi, 2016) ดังนี้

- การดูแลช่องปากให้ทำเป็นกิจวัตร ณ เวลาเดิม

- การดูแลต้องใช้เวลา ใจเย็นๆ และอดทน

- ใ้บุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคยเป็นคนช่วยในการดูแลช่องปาก
- สื่อสารด้วยประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย
- ใช้ด้ามแปรงสีฟันอีกอันช่วยเปิดช่องปากให้ง่ายต่อการเข้าดูแลช่องปาก
- เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยด้วยการร้องเพลง หรือใ้ผู้ป่วยถือสิ่งของไว้ในมือ
- ใช้เทคนิค Hand - over - hand คือ การใช้มือผู้ดูแลจับมือผู้ป่วยช่วยในการแปรงฟัน
- ใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟอส (SLS free)
- ผู้ป่วยบางรายอาจต่อต้านการดูแลช่องปาก ผู้ดูแลต้องหยุดการดูแลช่องปากก่อน และบันทึกไว้ว่าผู้ป่วยไม่ยินยอม แล้วจึงลองใหม่ในเวลาอื่น หรือวันอื่น

3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักพบอาการ เช่น ไอ สะอึก เบื่ออาหารเนื่องจากการรับรสของลิ้นเปลี่ยนไป กลืนลำบาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กลั้นอุจจาระไม่ได้ แผลกดทับ วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง สับสน กลัว มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย หายใจลำบากจากการเหนื่อยหอบ ทำให้ปากแห้ง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มีคราบจุลินทรีย์มาก เลือดออก มีอาการเจ็บปวดเนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบหรือมีแผล ฟันผุง่าย มีน้ำลายไหลย่อย มีกลิ่นปาก ฉะนั้น เป้าหมายในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ใช่การแก้ปัญหาเรื่องโรค แต่เป็นการบริหารเพื่อบรรเทาอาการ ใ้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ลดความเจ็บปวด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เมื่อถึงระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย รูปแบบการดูแลจะค่อย ๆ เปลี่ยนไป เป็นการดูแลแบบประคับประคอง โดยใ้การป้องกันและบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแล คือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และใ้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ การดูแลในช่องปาก จำเป็นต้องมีการวางแผนดูแลใ้ผู้ป่วยมีความสบาย ลดความเจ็บปวดที่เกิดจากช่องปาก ทำความสะอาดปากและฟันตามความจำเป็น ดูแลด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวัง และใ้เกียรติ มีหลักสำคัญ “สร้างความรู้สึกรู้สึกสบาย ลดความเจ็บปวด คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” โดยมีกระบวนการที่ทันตบุคลากรควรปฏิบัติประกอบด้วย

1) ประเมินสภาพช่องปาก โดยดูที่ความชุ่มชื้น ความสะอาด สภาพน้ำลาย แผลต่างๆ และสอบถามอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล โดยประเมินอาการแสดงในช่องปาก (พูลฤกษ์ โสภารัตน์ และคณะ, 2564) ดังนี้

- ริมฝีปาก หากมีแผล รอยแตกแห้ง ให้ทาด้วย Triamcinolone acetonide oral paste หรือสารใ้ความชุ่มชื้น

- เนื้อเยื่ออ่อน/ กระพุ้งแก้ม หากมีเยื่อช่องปากอักเสบ หรือแห้ง ให้อมและบ้วนปากด้วยน้ำเย็น งดการแปรงฟันและงดการใส่ฟันเทียม จนกว่าอาการจะทุเลาลง

- ลิ้น/ เพดานปาก หากมีฝ้าขาว หรือคราบเชื้อรา แดกแห้ง ให้แปรงหรือเช็ดทำความสะอาดเบาๆ

- ฟัน หากมีฟันโยกที่สร้างความเจ็บปวด หรือเป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาดช่องปาก ให้พิจารณาถอนฟัน

- เหงือก หากมีภาวะอักเสบ บวม มีคราบจุลินทรีย์ตามคอฟัน ให้แปรงหรือเช็ดทำความสะอาดตามคอฟันด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ chlorhexidine 0.12% ชุบสำลีเช็ดตามขอบเหงือก

- ความชุ่มชื้นในช่องปาก หากมีลักษณะแห้ง น้ำลายข้น ให้ใช้น้ำลายเทียมหรือน้ำอุ่นชุบให้ความชุ่มชื้น แนะนำให้ทำประมาณ 2 - 4 ครั้งต่อวัน ในกรณีปากแห้งให้ใช้เจลสำหรับภาวะปากแห้ง หรือให้ความชุ่มชื้นในช่องปากด้วยการใช้แปรงฟันขนนุ่มจุ่มในน้ำหรือสเปรย์น้ำอย่างนุ่มนวล

2) เน้นให้เกิดความชุ่มชื้นในช่องปาก อาจให้จิบน้ำทุก 2 ชม. และทาเจลที่ริมฝีปาก

3) แปรงฟันวันละ 2 ครั้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

4) หากไม่สามารถแปรงฟันได้ให้ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำสะอาด หรือน้ำยาบ้วนปาก 0.12% คลอเฮกซีดีน เช็ดบริเวณกระพุ้งแก้มและสันเหงือกให้ทั่ว โดยทำทุก 4-6 ชั่วโมงหรือหลังมื้ออาหาร

5) ทำความสะอาดฟันเทียมอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ถอดฟันปลอมตอนกลางคืนและแช่น้ำไว้

6) พิจารณาใช้ยาลดความเจ็บปวดเฉพาะที่ หรือน้ำยาบ้วนปาก

7) กำจัดสารคัดหลั่งออกจากช่องปากอย่างสม่ำเสมอ

8) รักษาแบบประคับประคอง เช่น อาจถอนฟันที่โยก ชูดกำจัดคราบหินน้ำลายด้วยมือ ใช้ Triamcinolone acetonide oral paste ทาบริเวณที่เป็นแผล

9) ส่งเสริมให้ครอบครัว ผู้ดูแล และ อสม. สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม

ข้อแนะนำสำหรับผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง
(สำนักทันตสาธารณสุข, 2563) มีดังนี้

1) ผู้ดูแลต้องระมัดระวังในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเน้นให้มีการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปในที่ชุมชน และล้างมืออย่างถูกต้อง หากเป็นไปได้เมื่อกลับมาจากที่ชุมชนให้อาบน้ำก่อนทำกิจกรรมอื่นเสมอ

2) ผู้ดูแลต้องมีการประเมินอาการตนเองก่อนปฏิบัติงาน หากพบอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้หยุดปฏิบัติงานและรีบไปพบแพทย์ทันที

3) ก่อนปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียง ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ และใส่อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ หน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม ชุดกันเปื้อน และถุงมือ

4) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากให้พร้อม

5) จัดตำแหน่งผู้ป่วยให้เหมาะสม ป้องกันการสำลัก และเหมาะสมกับท่าทางการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล

6) ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงบริเวณที่จะกระตุ้น การไอ จาม เช่น โคนลิ้น เพดานปากด้านในคอ

7) ดูแลความชุ่มชื้นในช่องปากผู้ป่วยด้วยผลิตภัณฑ์ให้ความชุ่มชื้น

8) จัดท่านอนที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยหลังเสร็จกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ให้มีความสุขสบาย

9) ล้างแปรงสีฟัน และอุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก จัดเก็บในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเท เป็นสัดส่วน แยกเป็นส่วนตัว ไม่ปะปนผู้อื่น

10) หลังปฏิบัติกิจกรรมเสร็จให้ทั้งถุงมือ และสิ่งปฏิกูลต่างๆ ในถุงขยะแยกตามประเภท มัดให้มิดชิด และแยกทิ้ง เพื่อรอกำจัดต่อไป

11) ตรวจสอบสุขภาพช่องปากทุกวัน ให้สังเกตเนื้อเยื่อที่ผิดปกติด้วย เช่น บวม แดง มีแผลที่ไม่หายเองภายใน 2 สัปดาห์ มีฝ้าขาว/แดง มีก้อน หากพบความผิดปกติในช่องปากให้ประสานกับทันตบุคลากรเพื่อรับการดูแลต่อไป

12) แนะนำการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน

2.6 การบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ในใบหน้า และการนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย

2.6.1 บริหารกล้ามเนื้อใบหน้า (เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณณี ศรีวิริยกุล, 2555)

ดังนี้

1) สูดลมหายใจเข้าเต็มปอด

2) ยกแก้มขึ้น พร้อมกับหลับตา ทำ 10 ครั้ง

3) ทำตาโตและปากปอง ทำ 10 ครั้ง

4) ใช้ลมดันกระพุ้งแก้มไปซ้าย - ขวา ทำ 10 ครั้ง

การบริหารใบหน้าในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลควรช่วยบริหารให้ ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยหลับตา วางนิ้วมือทั้ง 2 ข้างที่เปลือกตา จากนั้นเคลื่อนนิ้วมือไป

รอบๆ อย่างนุ่มนวล

2) ใช้นิ้วมือจับกล้ามเนื้อรอบริมฝีปากบนและล่าง บีบ 10 วินาทีแล้วปล่อย

3) ดึงแก้ม โดยดึงทั้งฝั่งซ้ายขวา 10 วินาที แล้วปล่อยมือ จากนั้นดึงแก้มขึ้นเล็กน้อย ขยับไปซ้ายขวา 10 วินาที แล้วปล่อยมือ

2.6.2 การบริหารกล้ามเนื้อลิ้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการควบคุมอาหารในปากไม่ได้ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไอ สำลักอาหาร มีเศษอาหารตกค้างในปาก (เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณศรีศรีวิริยกุล, 2555) ดังนี้

1) แลบลิ้นออก - เข้า ทำ 10 ครั้ง

2) แลบลิ้นขึ้น - ลง ทำ 10 ครั้ง

3) แลบลิ้นแตะมุมปาก ซ้าย - ขวา ทำ 10 ครั้ง

4) ปิดปาก แล้วดันลิ้นไปที่ริมฝีปาก บน - ล่าง ทำ 10 ครั้ง

5) ปิดปาก แล้วดันลิ้นไปที่กระพุ้งแก้ม ซ้าย - ขวา ทำ 10 ครั้ง ให้ผู้ดูแลออก

แรงต้านโดยเอานิ้วดันบริเวณแก้มของผู้ป่วยในทิศทางตรงข้าม

6) ให้ผู้ป่วยพูดคำต่อไปนี้ให้เร็วและต่อเนื่องนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ลาลาลา/คาคาคา/ คาลาคาลาคาลา)

การบริหารกล้ามเนื้อลิ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจะเป็นผู้ปฏิบัติให้ โดยทำก่อนรับประทานอาหาร วิธีการ คือ ใช้ผ้าก๊อซขึงลิ้นแล้วขยับไปข้างหน้า ทางซ้ายและขวา ใช้เวลา ประมาณ 10 วินาที ทำซ้ำ 3 ครั้ง จะช่วยให้การเคลื่อนไหวของลิ้น และการหลั่งน้ำลายดีขึ้น

2.6.3 การบริหารริมฝีปาก เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการน้ำลายไหลย่อย อาหารรั่วออกจากปาก กัดริมฝีปาก มีเศษอาหารติดอึดอยู่ใน vestibule ที่บริเวณฟันหน้า (สิริมา กุลวานิช, 2566) ดังนี้

1) ฝึกอ้าปากกว้าง

2) ฝึกการดูด เช่น ดูดน้ำ ดูดหลอด

3) ฝึกการเป่า เช่น เป่ากระดาษ เป่าเทียน เป่านกหวีด เป่าน้ำ เป็นต้น

4) เม้มริมฝีปากแน่น ๆ แล้วคลายออก เม้มปาก/คาบของตัวริมฝีปาก

5) ห่อปากสลับกับยิ้มกว้าง ฝึกห่อปากเป็นรูปตัว O ยิ้มสลับทำปากจู๋ หรือออกเสียง “อู” สลับเสียง “อี”

6) ฝึกพูด “พะๆๆๆ” ให้ชัด

2.6.4 การบริหารกล้ามเนื้อรอบปาก โดยใช้นิ้วโป้งกดลงตรงกลางริมฝีปากบนแล้ววนเป็นวงกลม (ตามเข็มนาฬิกา) ลงมายังริมฝีปากล่าง ก่อนจะกลับมาบรรจบที่จุดตั้งต้น ทำทั้งหมด 5 ครั้ง จากนั้นใช้นิ้วชี้แตะในทิศทางต่าง ๆ (จินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2559)

2.6.5 การบริหารแก้ม เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการกัดแก้ม มีเศษอาหารติดอยู่ที่ vestibule ที่บริเวณฟันหลัง (สิริมา กุลวานิช, 2566ก) ดังนี้

1) กักลมในปากให้แก้มป้อง ขยับซ้ายขวาเหมือนจะบ้วนปาก แล้วปล่อยลมออกจากปากช้าๆ

2) ใช้ไม้กดลิ้น/ นิ้วดันแก้มออกมา

3) ฝึกดูดแก้ม

2.6.6 การบริหารขากรรไกร เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ้าปากกว้างไม่ได้ ขยับขากรรไกรเอียงซ้าย - ขวา ขณะบดเคี้ยวได้ไม่ดี ดังนี้

1) อ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง “อา” แล้วปิดปากให้ฟันกระทบกัน

2) ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที (ทำสลับข้างซ้าย - ขวา)

3) เคลื่อนโหวขากรรไกรในลักษณะการเคี้ยวข้าว ทำซ้ำ 5 - 10 รอบ

2.6.7 การบริหารต่อมน้ำลาย ช่วยให้ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายมากขึ้น ต่อมน้ำลายมี 3 ตำแหน่ง แนะนำให้กระตุ้นทั้ง 3 ตำแหน่ง โดยทำก่อนรับประทานอาหาร วิธีการปฏิบัติ ให้ทำตามขั้นตอน 1 - 3 แล้วทำซ้ำอีก 2 - 3 ครั้ง (เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555) ดังนี้

1) กระตุ้นต่อมใต้หู วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้ไว้ที่แก้ม หน้าตึงหู แล้วขยับนิ้วหมุนเป็นวง วนจากข้างหลังไป ข้างหน้า 10 ครั้ง

2) กระตุ้นต่อมใต้คาง วางนิ้วโป้งตรงส่วนที่นุ่มใต้กระดูกคางกดตั้งแต่ใต้หูจนถึงใต้คาง ประมาณ 5 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 5 ครั้ง ตามลำดับ

3) การกระตุ้นต่อมใต้ลิ้น ใช้นิ้วโป้งของทั้ง 2 มือ กดลงช้าๆ ที่ใต้คางบริเวณใต้ลิ้น 10 ครั้ง

2.6.8 การฝึกไอ เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเอาเศษอาหาร/ น้ำที่ค้างในทางเดินหายใจ เวลาสำลักให้หลุดออกมาได้ (สิริมา กุลวานิช, 2566ก) ดังนี้

1) นั่งตัวตรง หายใจเข้าลึกๆ ให้ท้องป่อง

2) กลั้นหายใจไว้ เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องแล้วไอออกมาแรงๆ (หรือพ่นลมจากคอออกมาแรงๆ)

2.7 การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกำจัดขยะ ดังนี้

- ทำความสะอาดแปรงสีฟัน หลังจากแปรงฟันเสร็จ โดยล้างแปรงให้สะอาด สะบัดน้ำออกให้แห้ง ไม่ต้องลวกน้ำร้อน เก็บแปรงสีฟัน วางแปรงในแนวตั้ง ในที่โปร่ง อากาศระบายได้ดี ไม่ควรเก็บแปรงสีฟันในกล่อง หรือใส่ฝาคาบตลอดเวลา เพราะจะทำให้แปรงขึ้น หรืออาจเกิดเชื้อราตรงโคนกระดูกขนแปรง

- ผ้าขนหนู ผ้าเช็ดปาก ถุงนู้ว นำไปซักด้วยน้ำยาซักผ้า ตากให้แห้ง นำกลับมาใช้ซ้ำได้
- อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น ชุดตรวจฟัน ถาด ใส่ไว้ในกล่องพลาสติกมีฝาปิดมิดชิด เพื่อนำส่งหน่วยจ่ายกลางที่โรงพยาบาล เพื่อนำไปทำให้ปราศจากเชื้อ นำกลับมาใช้ใหม่
- เช็ดพื้นผิวที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งด้วยกระดาษชุบน้ำยาฆ่าเชื้อ ทิ้งในถุงสีแดง สำหรับขยะติดเชื้อ
- ขยะทั่วไป เช่น ซองซิลที่ใช้แล้วแต่ไม่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง กระดาษเช็ดมือ ให้ทิ้งในถุงสีดำ
- ขยะติดเชื้อ เช่น สำลี ผ้าก๊อซ ถุงมือ วัสดุ หมวกคลุมผม ชุดคลุมกันน้ำชนิดใช้แล้วทิ้ง ให้ทิ้งในถุงสีแดง
- มัดปากถุงขยะให้แน่น โดยผูกเป็นเงื่อนตาย ไล่อมออกจากถุงให้หมด ไม่ให้มีลมในถุง นำส่งหน่วยกำจัดขยะที่โรงพยาบาล

2.8 บันทึกข้อมูลการรักษา/ การดูแลสุขภาพช่องปาก

ให้บันทึกการแนะนำ/ การดูแลสุขภาพช่องปาก/ การรักษาที่ได้ทำใน visit นี้ และ สิ่งสนับสนุนที่มอบให้ ลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเชื้อ เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสามโคก (สำหรับทันตภิบาล) (หน้าที่ 10)

ตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเชื้อ

3.1 การปรึกษา

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ได้จัดระบบการดูแลงานทันตกรรมและ ทันตสาธารณสุขของเครือข่าย โดยมี Buddy Dent คือ ทันตแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นที่ปรึกษา ของแต่ละ รพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ฉะนั้นการปรึกษาจึงผ่าน Buddy Dent ซึ่ง สามารถปรึกษาได้หลายช่องทาง ทั้งทางโทรศัพท์, ทาง e-mail, ทางแอปพลิเคชันรูปแบบต่าง ๆ เช่น ไลน์ เป็นต้น การปรึกษาทางไกลมี 2 ลักษณะ คือ

1. การโต้ตอบสองทางระหว่างบุคคล (ทันตภิบาลกับทันตแพทย์ Buddy Dent หรือผู้ดูแลกับทันตบุคลากร) มีการพูดคุย ปรึกษา ให้คำแนะนำผ่านภาพเคลื่อนไหวและเสียงในเวลา เดียวกัน ได้แก่ ทางโทรศัพท์, ทางโทรไลน์, ทาง Video call เช่น การให้คำแนะนำระหว่างทันต บุคลากรกับผู้ดูแล เพื่อจัดการปัญหาในช่องปากตนเองเบื้องต้นที่มีอาการที่ไม่รุนแรง หรือการให้ คำปรึกษาระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาลในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเชื้อ โดยทันตภิบาล

จะเป็นผู้อธิบายอาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ทันตแพทย์ จากนั้นทันตแพทย์จะให้คำวินิจฉัยและวางแผนการรักษาร่วมกัน

2. การส่งข้อมูลสุขภาพที่บันทึกไว้จากการซักประวัติและตรวจช่องปากผู้ป่วยให้แก่ทันตแพทย์ภายหลัง โดยส่ง รูป วิดีโอ ผ่านระบบสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัย อาจเป็นการส่งต่อข้อมูลนี้ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ข้อความทางไลน์ ไปยังทันตแพทย์ เพื่อประเมินวินิจฉัย และวางแผนการรักษา เช่น การบันทึกประวัติและภาพรอยโรคในช่องปากผู้ป่วย เก็บไว้ก่อนแล้วจึงส่งต่อให้ทันตแพทย์ หรือการบันทึกประวัติการรักษา และภาพรอยโรคในช่องปากผู้ป่วย ภายหลังการรักษาโดยทันตแพทย์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการดูแลโดยทันตภิบาลในพื้นที่

3.2 การส่งต่อ

3.2.1 กรณีเร่งด่วน ได้แก่

- มีอาการปวดรุนแรง จนมีผลกระทบต่อกรนอน การกิน การดื่ม
- มีการติดเชื้อในช่องปาก ใบหน้าบวม มีหนองที่ฟัน
- มีการบาดเจ็บที่ฟัน มักเกิดจากการพลัดตก หกล้ม
- ฟันโยก จนมีความเสี่ยงจะหลุดเข้าคอ สำลัก
- ฟันเทียมแตกหักหรือหาย
- เป็นแผลในปาก อาจเกิดจากฟันแตกหรือฟันเทียมแตก

3.2.2 กรณีไม่เร่งด่วน ได้แก่

- ฟันแตก วัสดุอุดฟันแตก ฟันเทียมแตก แต่ไม่ได้ทำให้มีอาการเจ็บ
- ฟันเทียมหลวม
- ทัศนธรรมด้านความสวยงาม

โดยต้องเขียนใบส่งต่อตามระบบให้ถูกต้องครบถ้วน ตามแบบฟอร์มส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ดังภาพที่ 4.25

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

HN.....

เลขที่..... / วันที่.....เดือน.....ปี.....

จากโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี (โทรศัพท์ 02-199-3796-8 , แฟกซ์ 02-199-3795)
ถึง.....

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ.....มาเพื่อโปรด :-

รับไว้รักษาต่อ ตรวจชั้นสูตร คุมไว้สังเกต ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

.....

.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

๓. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

.....

.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

.....

.....

๖. สาเหตุที่ส่งและรายละเอียดอื่น ๆ

๗. เลขที่บัตร..... เลขบัตรประชาชน.....
เรียกเก็บเงิน.....ใช้ได้.....
(ถ้าเป็นโรคติดต่อ แข็งความแล้ว ยังไม่ได้แข็ง)

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)
...../...../.....
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536

ใช้ได้เฉพาะโรคระบุ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ไม่เกินวันที่.....

กรณี ผู้ป่วยนอกเรียกเก็บ รพ.สามโคก

กรณี ผู้ป่วยใน เรียกเก็บ สปสช.สระบุรี

กรณี ค่าใช้จ่ายสูงเรียกเก็บ สนง.ประกันสุขภาพ

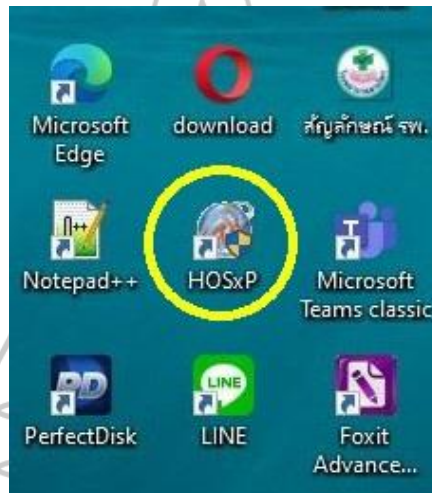
ภาพที่ 4.25 แบบฟอร์มส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

3.3 การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

จากการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ข้อมูลที่บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก (สำหรับทันตภิบาล) จะเป็นข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุมสำหรับการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาล, โปรแกรม JHCIS ของ รพ.สต. และการบันทึกการคัดกรองรอยโรคช่องปาก ของจังหวัดปทุมธานี

3.3.1 การบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาล มีขั้นตอน ดังนี้

- 1) เข้าโปรแกรม HosXP

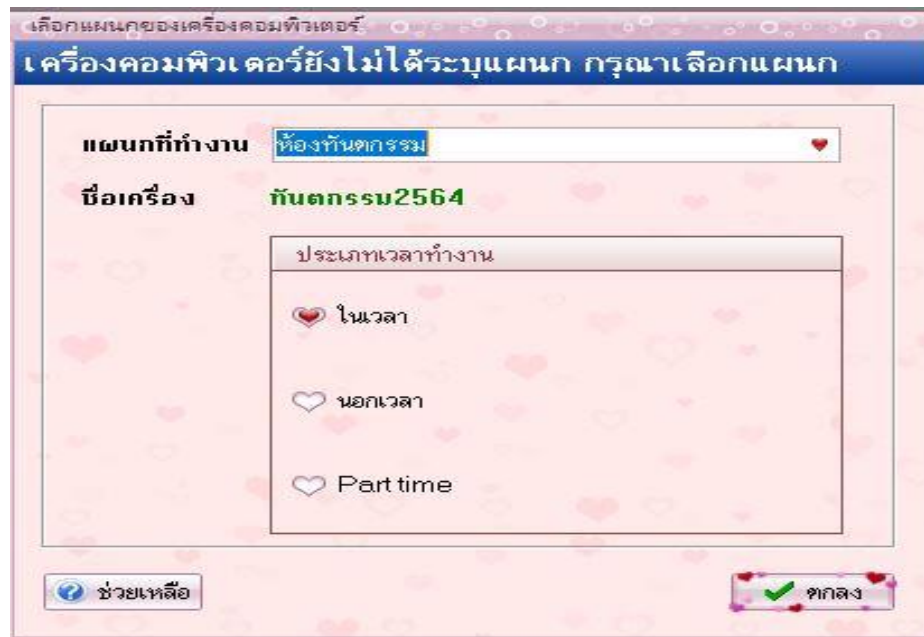


ภาพที่ 4.26 ลักษณะไอคอนโปรแกรม HosXP

- 2) พิมพ์ User Name และ Password กด “ตกลง”

ภาพที่ 4.27 การกรอก User Name และ Password (HosXP)

3) เลือก “ห้องทันตกรรม” “ในเวลา” กด “ตกลง”



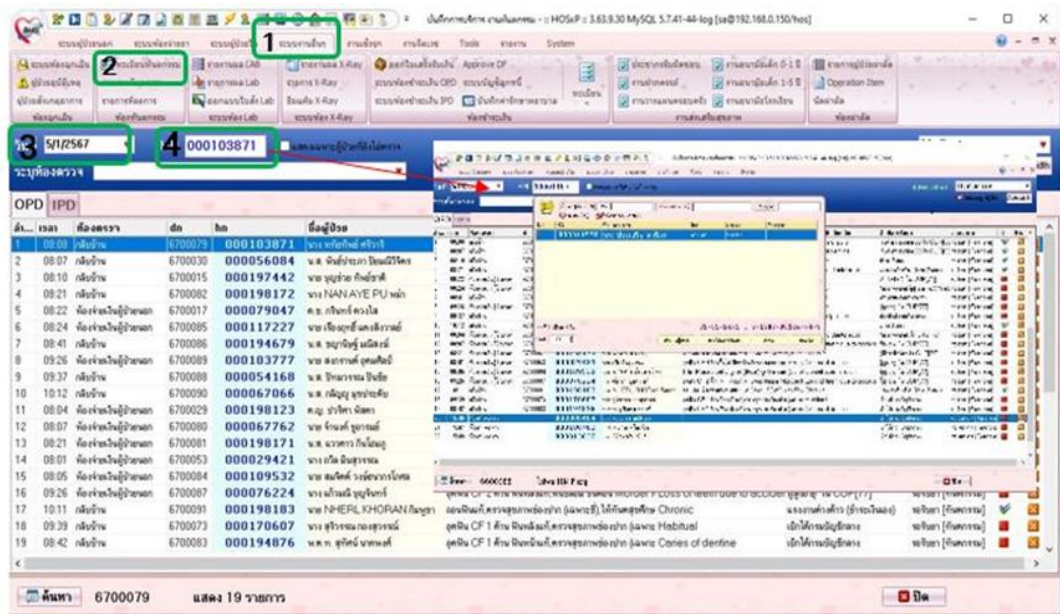
ภาพที่ 4.28 ขั้นตอนเลือกห้องทันตกรรม (HosXP)

4) หน้าแรก จะแจ้งให้ทราบชื่อผู้ใช้งาน และประกาศต่างๆ เมื่ออ่านแล้วให้กด “ปิด”



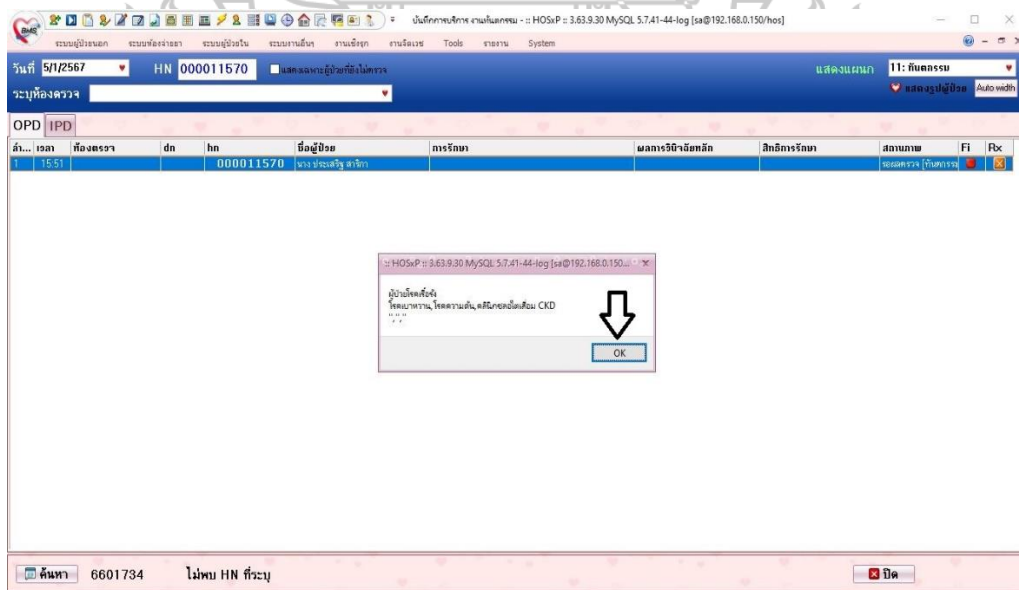
ภาพที่ 4.29 ตัวอย่างประกาศในระบบ HosXP

5) เลือก (1) “ระบบงานอื่นๆ”, (2) “ทะเบียนทันตกรรม”, (3) “วันที่”, (4) พิมพ์ “HN” แล้วดับเบิ้ลคลิกที่ชื่อ จะปรากฏข้อความให้อ่าน

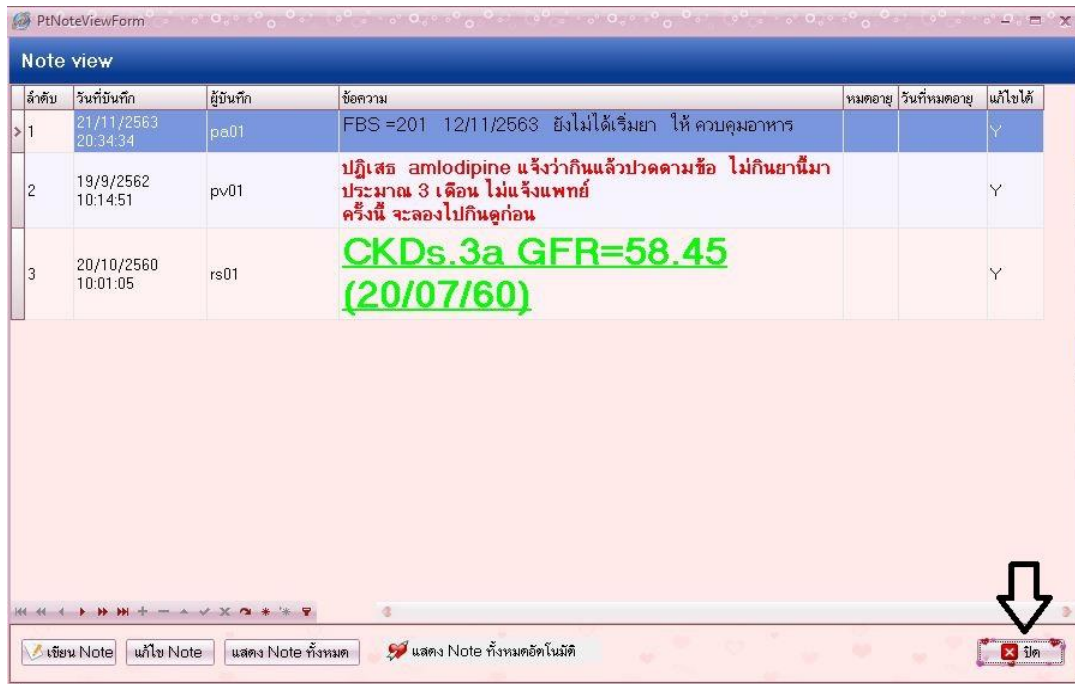


ภาพที่ 4.30 การเข้าสู่ทะเบียนทันตกรรม และประวัติผู้ป่วย (HosXP)

6) เมื่ออ่านข้อความแล้ว กด “OK”, แล้วจึงกด “ปิด”

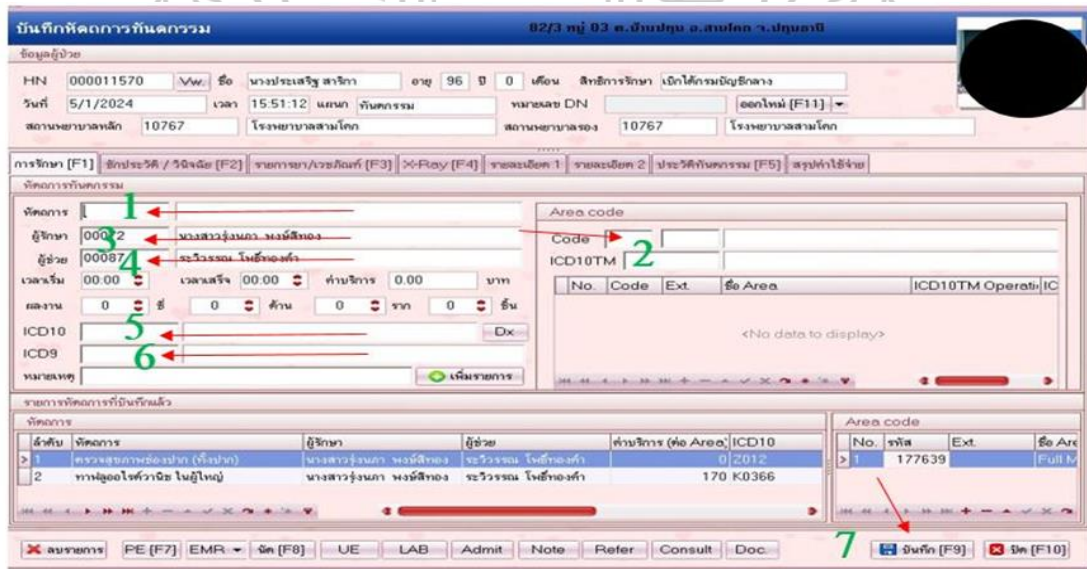


ภาพที่ 4.31 ตัวอย่าง pop up ในระบบ HosXP



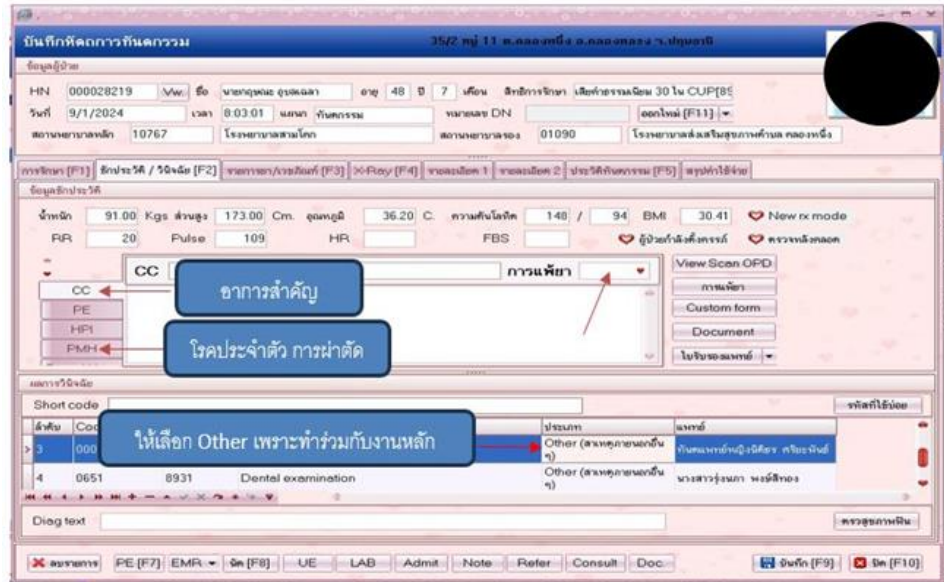
ภาพที่ 4.32 ตัวอย่าง Note View ในระบบ HosXP

7) บันทึกข้อมูลการรักษา (F1): (1) รหัสหัตถการ, (2) code คือรหัสชี้พื้น, รหัส ICD10TM, (3) ผู้รักษา, (4) ผู้ช่วย, (5) รหัส ICD10, (6) รหัส ICD9 แล้วกด “เพิ่มรายการ” จนครบ แล้วกด “บันทึก” (7)



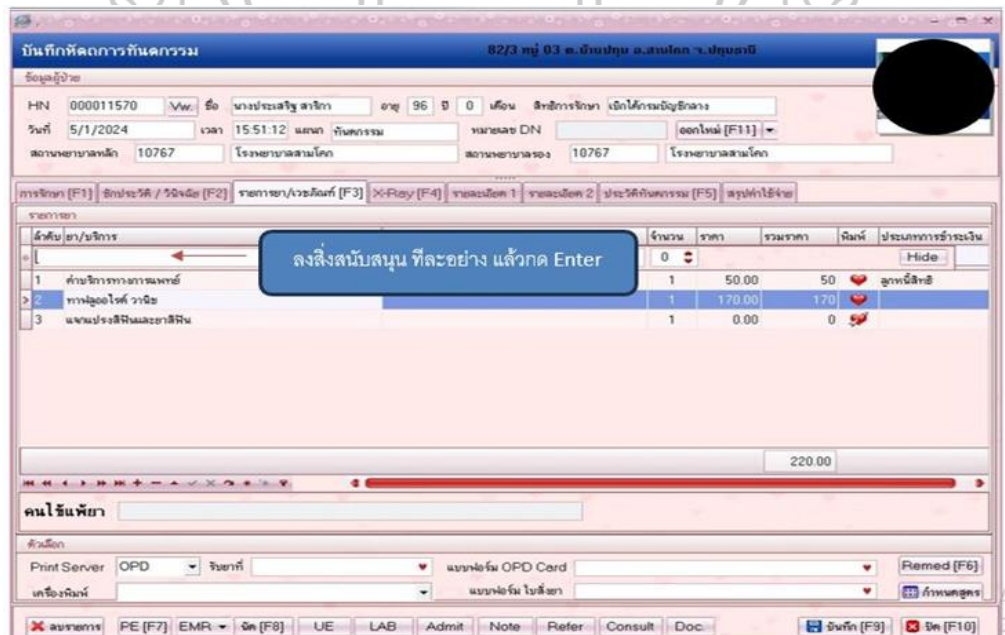
ภาพที่ 4.33 การบันทึกข้อมูลการรักษา (HosXP)

8) บันทึกข้อมูล ชักประวัติ/ วินิจฉัย (F2) โดยบันทึก CC (อาการสำคัญ), PMH (โรคประจำตัว, การผ่าตัด), การแพ้ยา, เลือก Other เพราะทำร่วมกับงานหลัก (สำหรับงานหลัก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จะเป็นผู้บันทึกข้อมูล) แล้วจึงกด “บันทึก”



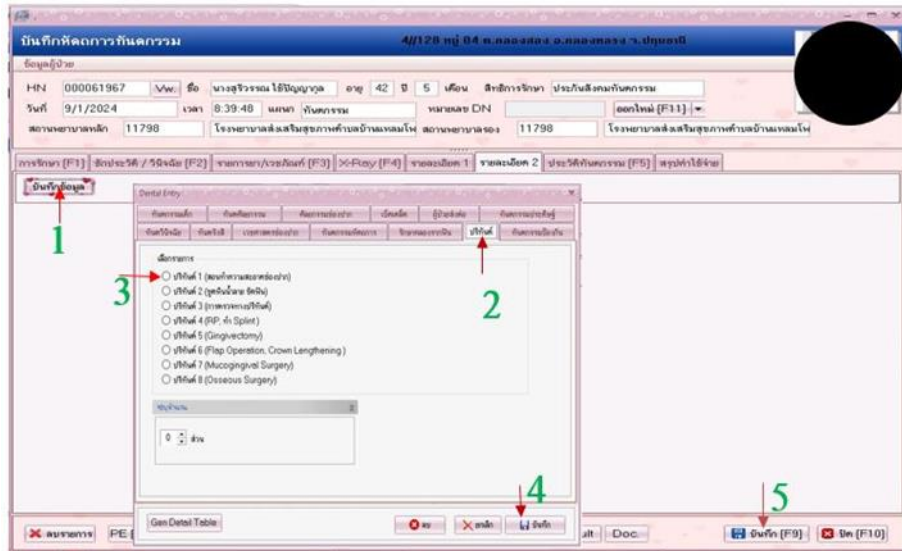
ภาพที่ 4.34 การบันทึกข้อมูล ชักประวัติ/ วินิจฉัย (HosXP)

9) บันทึกข้อมูล รายการยา/ เวชภัณฑ์ (F3) โดยบันทึกสิ่งสนับสนุนที่ละรายการ แล้วกด “บันทึก”



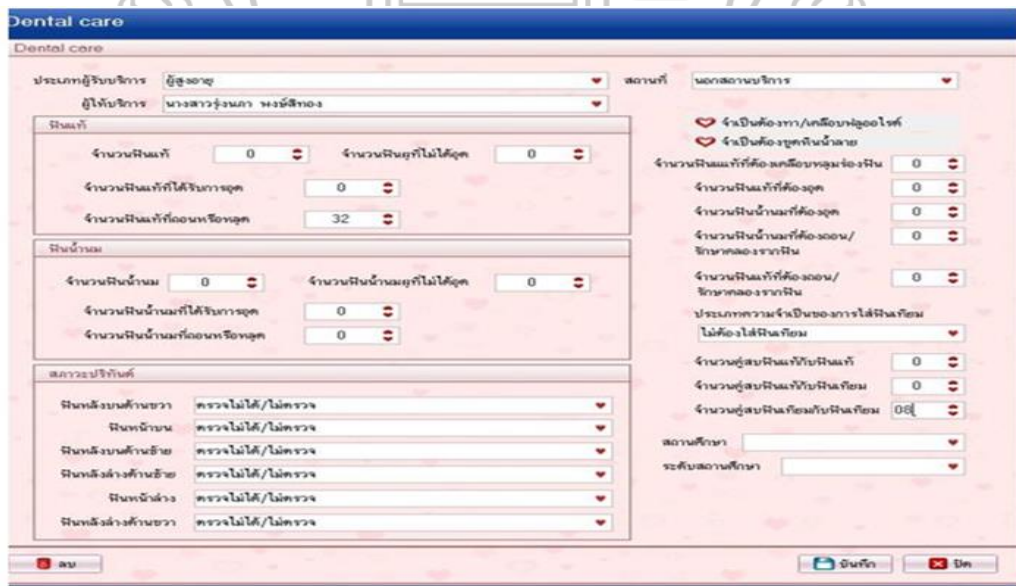
ภาพที่ 4.35 การบันทึกข้อมูล รายการยา/ เวชภัณฑ์ (HosXP)

10) บันทึกข้อมูล รายละเอียด 2 กด “บันทึกข้อมูล” (1), ปริ้นต์ (2), ปริ้นต์ 1 (สอนทำความเข้าใจช่องปาก) (3), บันทึก (4, 5)



ภาพที่ 4.36 การบันทึกข้อมูล รายละเอียด 2 (HosXP)

11) บันทึกข้อมูลเพิ่ม Dental care ให้ลงข้อมูลทุกช่อง ถ้าไม่มี ให้ใส่ “0” สำหรับช่องสถานศึกษา และระดับสถานศึกษา ให้ลงเฉพาะในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน และวัยเรียน เท่านั้น แล้วกด “บันทึก”



ภาพที่ 4.37 การบันทึกข้อมูลเพิ่ม Dental care (HosXP)

3.3.2 การบันทึกการคัดกรองรอยโรคช่องปาก

ให้เข้าลิงค์ <https://docs.google.com/forms> ที่จัดทำขึ้นโดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี



ภาพที่ 4.38 ลักษณะไอคอน การคัดกรองมะเร็ง

- 1) เลือกสถานที่ปฏิบัติงาน
- 2) กด “ถัดไป”

ภาพที่ 4.39 การเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน (คัดกรองมะเร็ง)

- 3) เลือกวันที่ทำการคัดกรอง
- 4) บันทึก HN ของผู้ป่วย

(CUP สามโคก) ปิงบประมาณ 2567 คัดกรอง มะเร็ง บันทึกข้อมูลรายบุคคล

dentsamkok@gmail.com สลับบัญชี
ไม่ใช้ร่วมกัน บันทึกฉบับร่างแล้ว

* ระบุว่าเป็นคำถามที่จำเป็น

การคัดกรองมะเร็งช่องปาก

วันที่ทำการคัดกรอง *
วันที่
01/05/2024 **3**

HN ของผู้ป่วย *
11570 **4**

ภาพที่ 4.40 การบันทึกวันที่ทำการคัดกรอง และ HN ผู้ป่วย (คัดกรองมะเร็ง)

- 5) เลือกเพศของผู้ป่วย
- 6) บันทึกอายุของผู้ป่วย
- 7) บันทึกการพบรอยโรค
- 8) กด “ถัดไป”

เพศของผู้ป่วย *
 ชาย **5**
 หญิง

อายุของผู้ป่วย (ปี) *
6
91

ผู้ป่วยรายนี้พบรอยโรคในช่องปากหรือไม่ *
 ไม่พบรอยโรค **7**
 พบรอยโรค

8

กลับ ถัดไป ล้างแบบฟอร์ม

ภาพที่ 4.41 การบันทึก เพศ อายุ และการพบรอยโรค (คัดกรองมะเร็ง)

9) กรณีไม่พบรอยโรค และไม่มีปัจจัยเสี่ยง

10) กรณีไม่พบรอยโรค แต่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง เลือกลงข้อมูลตามรายละเอียด

ลงข้อมูลตามรายละเอียด

กรณีไม่พบรอยโรคในช่องปาก

กรณีที่ไม่พบรอยโรค *

ไม่พบรอยโรค และไม่มีปัจจัยเสี่ยง **9**

ไม่พบรอยโรค แต่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ **10**

- อายุ
- เพศ
- สูบบุหรี่
- ดื่มแอลกอฮอล์
- เบาหวาน
- รับประทานยาลดภูมิคุ้มกัน
- รับประทานยาต้านไวรัส HIV, CMV, HSV
- รับประทานยาต้านมะเร็ง / ฮอร์โมน
- รับประทานยาลดกรด
- รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน
- รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน

กลับ ถัดไป ล้างแบบฟอร์ม

ภาพที่ 4.42 การบันทึกกรณีไม่พบรอยโรค (คัดกรองมะเร็ง)

11) กด “ส่ง”

(CUP สามโคก) pingประมาณ 2567 คัดกรอง มะเร็ง บันทึกข้อมูลรายบุคคล

dentsamkok@gmail.com สลับบัญชี

ไม่ใช้ร่วมกัน

คลิกส่งเมื่อเสร็จ

กลับ **ส่ง** **11** ล้างแบบฟอร์ม

ห้ามส่งรหัสผ่านใน Google ฟอร์ม

เนื้อหาที่มีได้ถูกสร้างขึ้นหรือรับรองโดย Google ใช้งานการละเมิด - ข้อกำหนดในการให้บริการ - นโยบายความเป็นส่วนตัว

Google ฟอร์ม

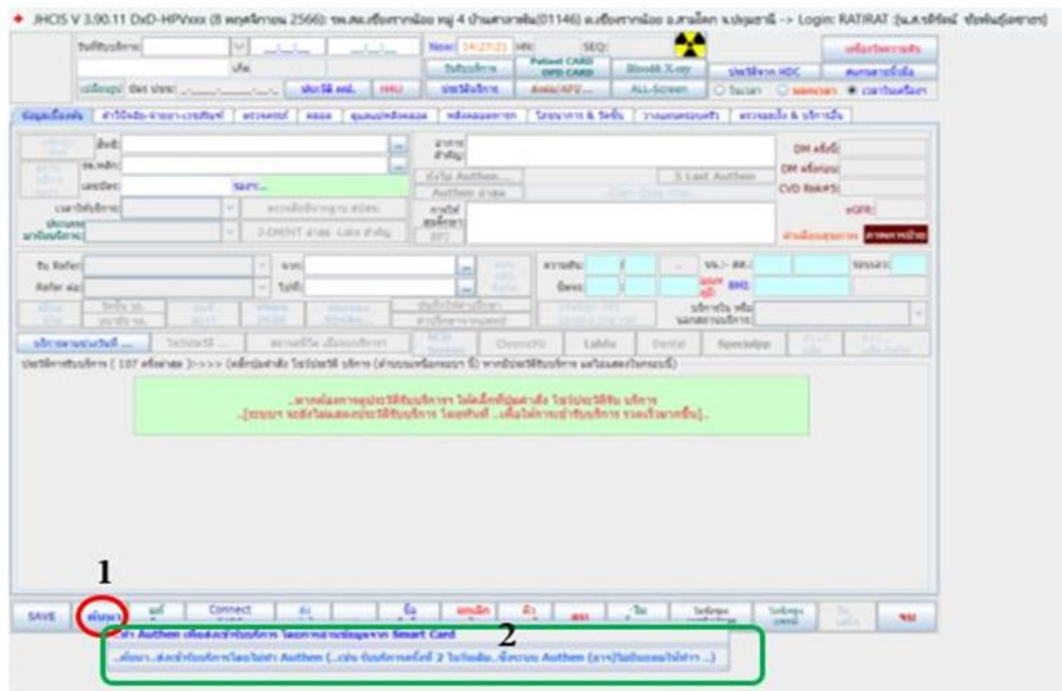
ภาพที่ 4.43 การกดส่งข้อมูลเข้าระบบ (คัดกรองมะเร็ง)

3) เลือกการให้บริการ



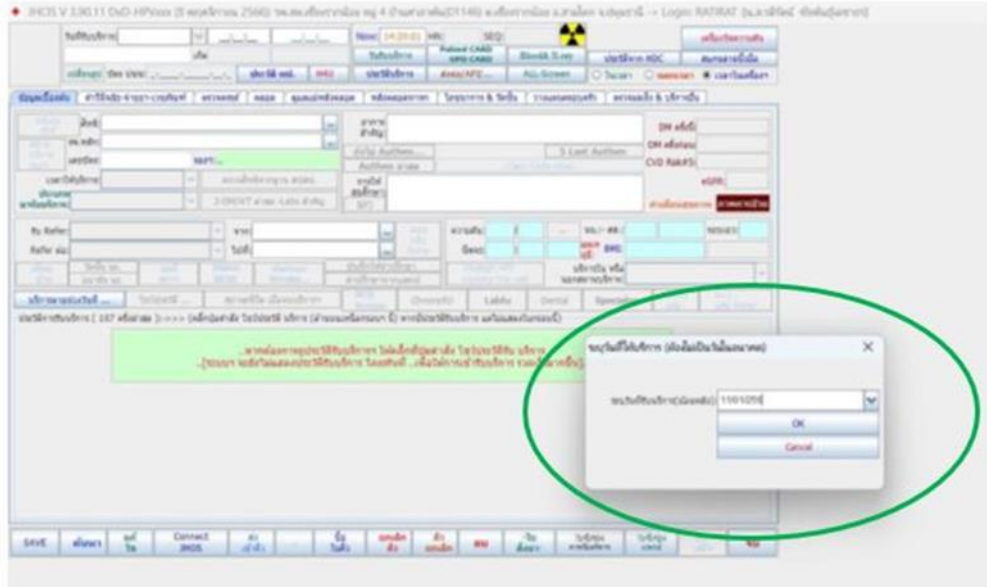
ภาพที่ 4.46 การเลือกการให้บริการ (JHCIS)

4) เลือก “ค้นหา” (1), “Authen” (2)



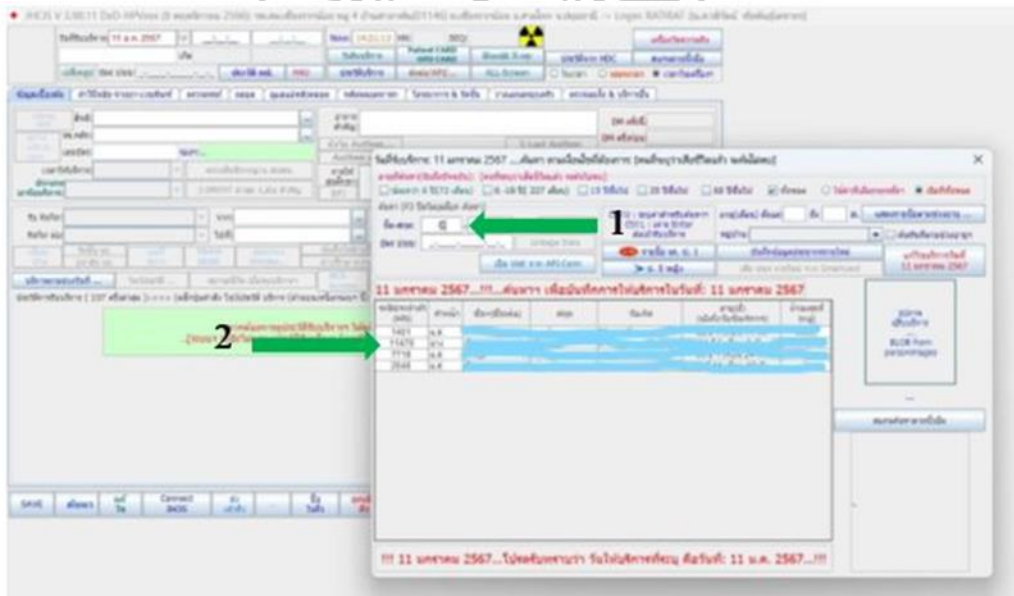
ภาพที่ 4.47 การ Authen (JHCIS)

5) เลือกวันที่ให้บริการ



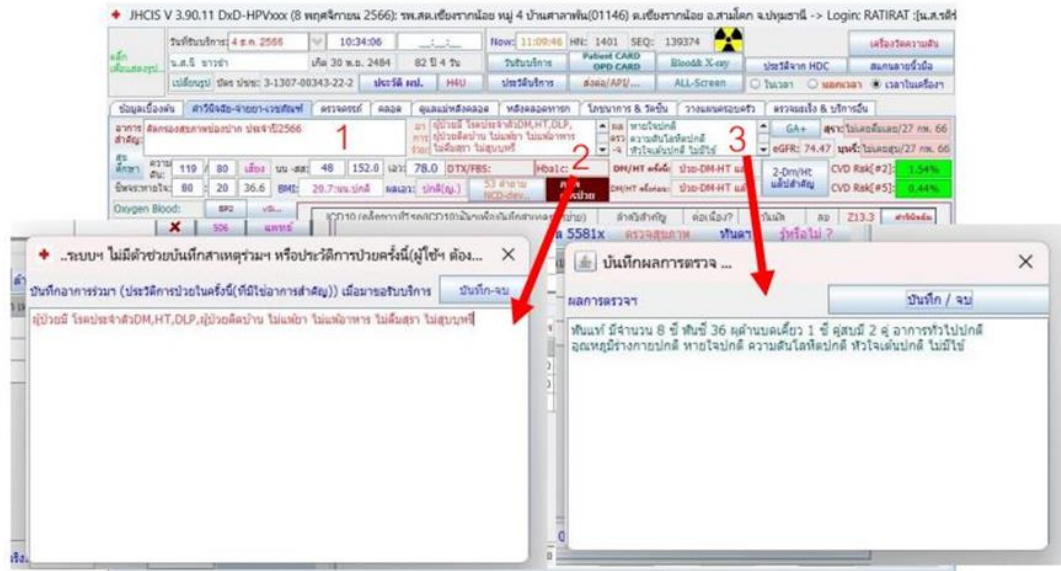
ภาพที่ 4.48 การเลือกวันที่ให้บริการ (JHCIS)

6) ค้นหาชื่อผู้รับบริการ (1), เลือกผู้รับบริการ (2)



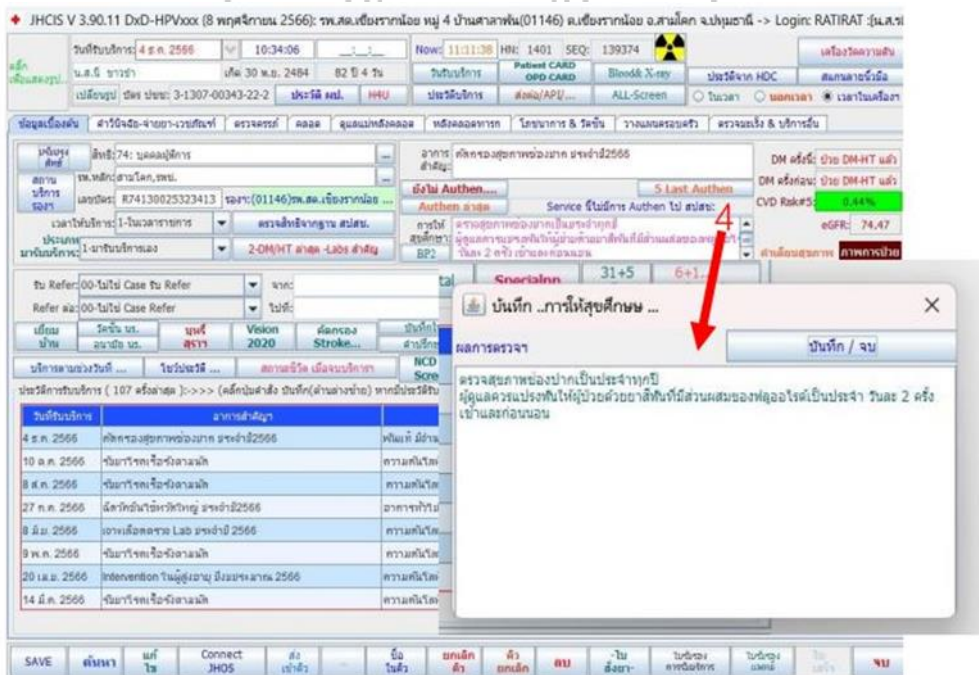
ภาพที่ 4.49 การค้นหา และเลือกชื่อผู้รับบริการ (JHCIS)

- 7) บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง โดยลงรายละเอียดข้อมูล ดังนี้
เลือก “คำวินิจฉัย - จ่ายยา - เวชภัณฑ์” แล้วบันทึก (1) อาการสำคัญ, (2) อาการร่วม, (3) ผลการตรวจ



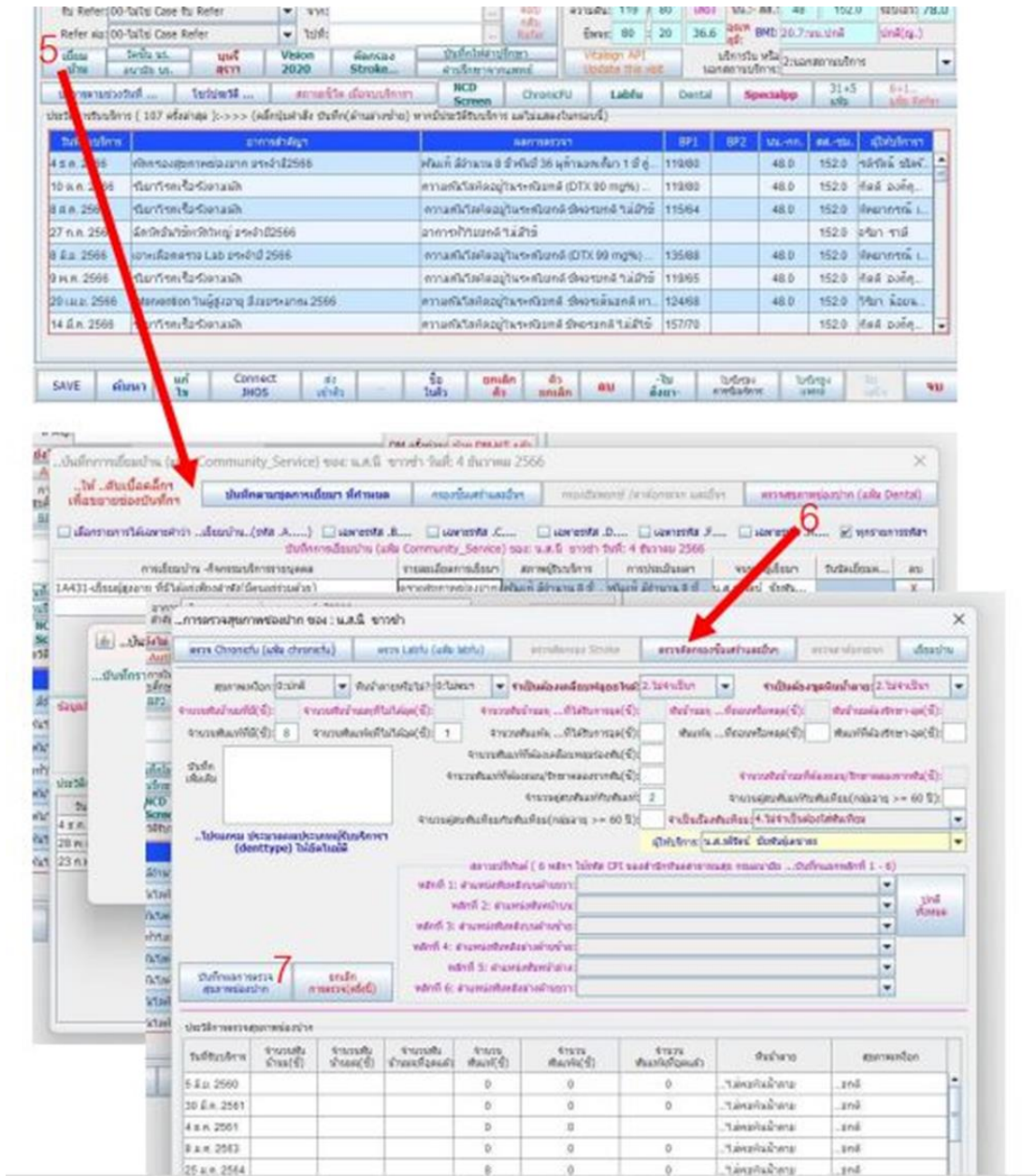
ภาพที่ 4.50 การบันทึก คำวินิจฉัย - จ่ายยา - เวชภัณฑ์ (JHCIS)

(4) การให้สุขศึกษา



ภาพที่ 4.51 การบันทึกการให้สุขศึกษา (JHCIS)

- (5) เยี่ยมบ้าน, (6) การตรวจสุขภาพช่องปาก (เพิ่ม Dental),
- (7) บันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก

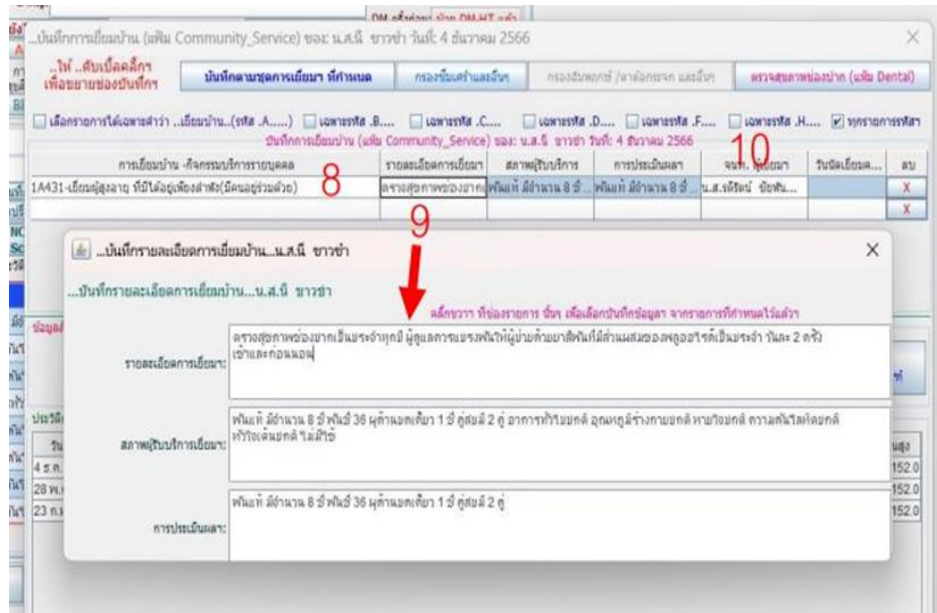


ภาพที่ 4.52 การบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน (JHCIS)

(8) บันทึกการเยี่ยมบ้าน (แฟ้ม Community_Service),

(9) รายละเอียดการเยี่ยมบ้าน (ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก), (10) บันทึกชื่อ

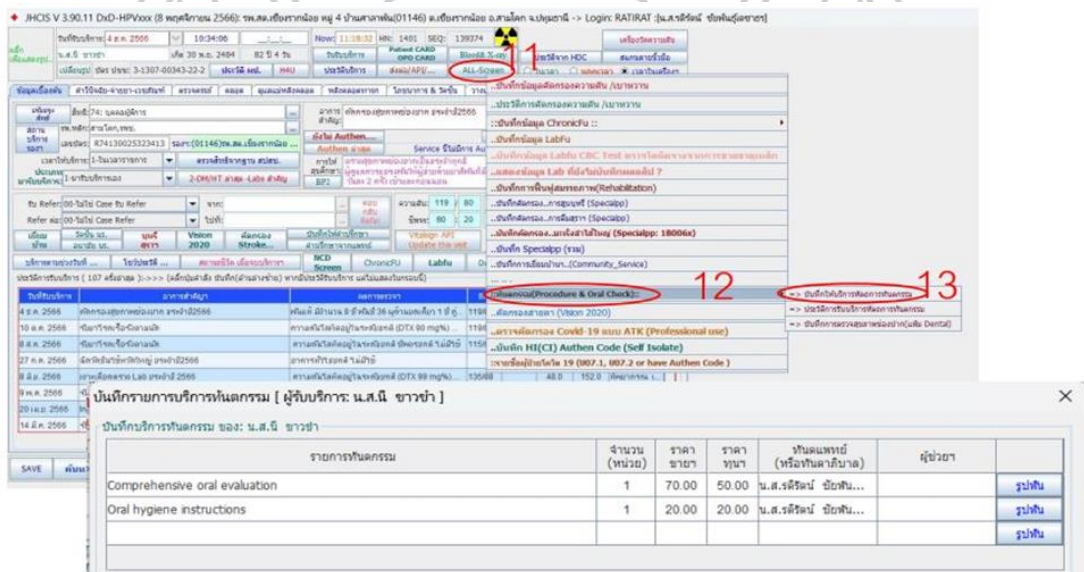
เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม



ภาพที่ 4.53 การบันทึกรายละเอียดการเยี่ยมบ้าน (JHCIS)

(11) All Screen, (12) ทันทกรรม (Procedure & Oral Check),

(13) บันทึกให้บริการหัตถการทันตกรรม



ภาพที่ 4.54 การบันทึกให้บริการหัตถการทันตกรรม (JHCIS)

(14) บันทึก ICD10, (15) บันทึกคำวินิจฉัย

JHCIS V 3.90.11 DxD-HPVxxx (8 พฤศจิกายน 2566): รพ.ศ.ต.เชียงใหม่ หมู่ 4 บ้านศาลาหิน(01146) ต.เชียงใหม่ อ.สามเวิ้ง จ.ปทุมธานี -> Login: RATIRAT :[น.สรตี]

วันที่รับบริการ: 4 ส.ค. 2566 10:34:06 Now: 11:09:46 HN: 1401 SEQ: 139374 เครื่องวัดความดัน

น.ส.น.ี ขาวข่า เกิด 30 พ.ย. 2484 82 ปี 4 วัน รับบริการ Patient CARD OPD CARD Blood& X-ray ประวัติจาก HDC สแกนลายนิ้วมือ

เปลี่ยนรูป ปศร ปชช: 3-1307-00343-22-2 ประวัติ ผล. HHU ประวัติบริการ ส่งต่อ/API/... ALL-Screen ในเวลา นอกเวลา เวลาในเครื่อง

ข้อมูลเบื้องต้น คำวินิจฉัย-จ่ายยา-เวชภัณฑ์ ตรวจครีเอต คลอด ดูแลแม่หลังคลอด หลังคลอดทารก โภชนาการ & วิตามิน วางแผนครอบครัว ตรวจแรง & บริการอื่น

อาการ: คลองหลอดอาหารอักเสบ ปวดท้อง 2566

สาเหตุ: ผู้ป่วยมี โรคประจำตัว DM, HT, DLB, ภาวะ ผู้ป่วยติดเบา ไม่แพ้อาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

สูง: 119 ซม. น้ำหนัก: 80 กก. BMI: 36.6 นน-สส: 48 152.0 เลว: 78.0 DTX/FBS: Hba1c: DM/HT ระดับ: ป่วย-DM-HT แล้ว 2-Dm/Ht: CVD Risk[#2]: 1.54%
ชีพจร: 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต: 20/36.6 มม.ปรอท ผลแล: ปกติ(ญ.) 53 ค่าตาม NCD-dev... DM/HT ระดับ: ป่วย-DM-HT แล้ว 2-Dm/Ht: CVD Risk[#5]: 0.44%

Oxygen Blood: BP2 v5...

360 Dental canes. 15

ICD10 (คลิกขวาที่โรค(ICD10)เพื่อดูบันทึกสาเหตุการป่วย)	คำทับศัพท์	ต่อเนื่อง?	วันที่	ลบ	Z13.3	คำวินิจฉัย
Z01.2-การตรวจฟัน	04-Others	0:ป่วยใหม่		X	506	แพทย์
Z12.8-การตรวจคัดกรองไตสำหรับเนื้องอกของไต	01-Principle DX	0:ป่วยใหม่		X	506	แพทย์
Z71.8-การให้คำปรึกษาอื่นที่ระบุรายละเอียด	04-Others	0:ป่วยใหม่		X	506	แพทย์

ยา-เวชภัณฑ์-บริการ-ทดสอบ-ทันตกรรม ฯลฯ

Re Med.	แพทย์	แพทย์ทหาร	โปรแกรมแพทย์ / ยา	ในเวลา	นอกเวลา	ล้างผล 5581x	ตรวจสอบยา	ทันตา	ทันใจไหม?
ชื่อยา (คลิกคลิก: เพื่อค้นหา)	จำนวน	ขนาดหน่วย	ราคาเงิน	วิธีจ่าย (คลิกขวา เพิ่ม-ลบวิธีจ่าย)	ผู้จ่าย	ราคาหน่วย	ลบ		
Comprehensive oral evaluation	1	70.00	70.00	การส่งเสริม	RATIRAT	50.00	X		
Oral hygiene instructions	1	20.00	20.00	การส่งเสริม	RATIRAT	20.00	X		

ยาชุด: คิลดาธา รวม(ขาย): 90.00 รวม(ทุน): 70.00 เงินรับจิง: 0.00 เบิกไม่ใ้: 0.0 จลาทยา

SAVE ค้นหา แก้ไข Connect JHOS ส่ง เข้าคิว ... ชื่อ ในคิว ยกเลิก คำ ยกเลิก ลบ -ใบสั่งยา- ใบจ่ายของ ค่ายอื่นคิดร. ใบจ่ายของ แพทย์ ใบ เลจฯ จบ

ภาพที่ 4.55 บันทึกคำวินิจฉัย (JHCIS)



บทที่ 5

สรุปการศึกษา ประโยชน์ ปัญหา/ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการศึกษา

ผู้จัดทำได้ค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรม เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก โดยคู่มือประกอบไปด้วย ขั้นตอนก่อนให้การดูแล ขั้นตอนขณะให้การดูแล และขั้นตอนหลังให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน มีค่า 1.0

ก่อนใช้คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล ทันตภิบาลทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก จำนวน 6 คน ร้อยละ 100 ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง และไม่มั่นใจในการอธิบาย/ สอนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

หลังใช้คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล ในทันตภิบาล จำนวน 6 คน พบว่า

1. ร้อยละ 100 ของทันตภิบาล มีความมั่นใจและสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ร้อยละ 100 ของทันตภิบาล สามารถให้คำแนะนำ/ ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงให้แก่ผู้ดูแล รวมถึงสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง
3. ร้อยละ 100 ของทันตภิบาล มีความพึงพอใจจากการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล เนื่องจากคู่มือมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนชัดเจน เป็นระบบ ครบถ้วน เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้อง ตั้งแต่ขั้นตอนก่อนให้การดูแล ขณะให้การดูแล และหลังให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง

2. ประโยชน์ที่ได้รับ

2.1 ทันตภิบาลใช้คู่มือเป็นแนวทางในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยติดเตียง และเป็นการเพิ่มพูนความรู้วิชาการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดเตียงแก่ทันตภิบาล ทำให้ทันตภิบาลสามารถปฏิบัติกรดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงได้ง่ายขึ้น ครอบคลุม ครบถ้วน เป็นลำดับ เป็นระบบ ลดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน ทำให้การออกเยี่ยมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจริง และมีผลทำให้ใช้เวลาในการดูแลต่อเคสลดลง และสามารถแนะนำ/ ฝึกผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงได้

2.2 เมื่อทันตภิบาลมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น ทำให้เกิดการเยี่ยมและดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการตรวจคัดกรอง และดูแลอนามัยช่องปาก เป็นผลให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการดูแล/แก้ไขทันเวลา ลดความรุนแรงของสภาวะช่องปากที่ไม่พึงประสงค์ ลดความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงเกิดความสุขสบายในช่องปาก ทำให้อยากอาหาร สดภาวะทุพโภชนาการ ป้องกันการอักเสบ ติดเชื้อ เป็นแผลในปาก ซึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น มีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว

2.3 เกิดมาตรฐานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก ทำให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกันในเครือข่าย

2.4 มีส่วนช่วยฟื้นฟูการกลืน ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดการสำลัก

2.5 มีระบบการปรึกษาทางไกลด้านทันตกรรม ทำให้เกิดการปรึกษาแบบทันเวลาทันที และเข้าถึงง่าย ลดขั้นตอน และระยะเวลา

2.6 มีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล หรือมีการวางแผนจัดทีมทันตแพทย์ไปให้การรักษาในชุมชน

2.7 มีระบบเฝ้าระวัง และติดตามอาการ ในผู้ป่วยที่มีภาวะไม่พึงประสงค์ในช่องปาก

2.8 ทันตแพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางมากขึ้น

2.9 การบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ง่าย และสมบูรณ์

3. ปัญหา/ อุปสรรค

3.1 ผู้ป่วยติดเตียงบางรายไม่มีผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลไม่ได้อยู่เฝ้าตลอดเวลา ทำให้ไม่ได้ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย และไม่ได้รับทราบสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย รวมถึงการฝึกดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย

3.2 ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ทำให้การเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยต้องค่อยเป็นค่อยไป ต้องใช้เวลา และการฝึกปฏิบัติบ่อยครั้ง

3.3 ผู้ป่วยบางรายไม่มีอุปกรณ์สำหรับดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น กะละมังใช้สำหรับบ้วนปาก ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เป็นต้น

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ทันตภิบาลควรมีการศึกษาหาความรู้วิชาการที่เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ เช่น แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลิตภัณฑ์สำหรับดูแลช่องปาก เป็นต้น

4.2 ทันตภิบาลควรศึกษารายละเอียดในคู่มือ และเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ก่อนปฏิบัติงาน

4.3 ควรมีผู้ช่วยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคกสำหรับทันตภิบาล ผู้ช่วยบันทึกควรศึกษาแบบบันทึกดังกล่าวก่อน และควรมีการซักซ้อมทำความเข้าใจกับผู้ช่วยบันทึกด้วย

4.4 ชี้แนะช่องทางการจัดหาอุปกรณ์/ ผลิตภัณฑ์สำหรับดูแลช่องปากแก่ญาติผู้ป่วย และหากเป็นไปได้อาจทำโครงการ/ หาแหล่งสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดหาอุปกรณ์/ ผลิตภัณฑ์สำหรับดูแลช่องปากแก่ผู้ป่วย

4.5 ในการลงปฏิบัติงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ ควรมีการนัดหมายผู้ดูแล/ ญาติล่วงหน้า เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย รวมถึงการทราบความก้าวหน้าของการดูแลรักษา

4.6 ในอนาคตแนะนำให้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจ และปฏิบัติตามขั้นตอนได้ง่ายขึ้น และจัดให้มีช่องทางการสื่อสาร/ ประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมราชา

บรรณานุกรม

- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก. (2564).
แนวทางการให้บริการทันตสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เขตสุขภาพที่ 2
(พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.พ.
- คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม, คณะอนุกรรมการส่งเสริม
จรรยาบรรณของทันตแพทย์, คຸ້ມគອງຜູ້ບຣິໂກທາງທັນຕຣຣມ ແລະ ພັດນາຣະບບຄຸນຄຳ
ບຣິກາຣ, ແລະ ຄະນະກຣມກາຣທັນຕຣຣສກາ ວາຣະທີ່ 7 (ພ.ສ. 2556-2559). (2558).
แนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.พ.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2564). แนวปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อและ
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.พ.
- จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ชื่นตา วิชชาวุธ, ฉวีวรรณ ภักดีธนากุล, อัญชลี เนาวรัตน์โสภณ, วราภรณ์ เวชวิธ,
ศุภลักษณ์ เข็มทอง, สุณี วงศ์คงคาเทพ, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, และ รัชณี ลิ้มสวัสดิ์.
(2559). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: ช่องปากสุข (พิมพ์ครั้งที่ 1). โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์.
จิรเกษม มาติลโกวิท-ลาวเวอร์ญ. (2566). *Oral Care for People with Cognitive Impairment*
[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชมพูนุช พงษ์อัคคีธา, นภัสกรณ โภมารทัต, และ ศิริลักษณ์ มานะพันธ์โสภี. (2562). แนวทางทาง
เวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะกลิ่นลำบาก. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- ชิสา ตันตะกุล. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติด
เตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2566, เมษายน-มิถุนายน). แนวทางการ
ใช้ฟลูออไรด์ในทางทันตกรรม. *J DENT ASSOC THAI*, 73(2), 92-103.
- นันทมนัส แยมบุตร, นพวรรณ โพชนุกูล, พูลพฤกษ์ โสภารัตน์, และ พัชรวรรณ สุขุมาลินท์. (2564,
เมษายน-มิถุนายน). ทันตกรรมทางไกลเพื่อการพัฒนาบริการทันตสุขภาพ.
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 44(2), 11-23.
- พูลพฤกษ์ โสภารัตน์, พัชรวรรณ สุขุมาลินท์, วาสิณี เกียรติอดิสร, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา
และ มณัญญา เรือจิตร. (2564). แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปาก
ในผู้สูงอายุ สำหรับทันตบุคลากร (พิมพ์ครั้งที่ 1). สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

- มีทันนา เกษตรระทัต. (2566). *Oral Care for Cancer Patients*. [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (ม.ป.ป.). *การดูแลสุขภาพช่องปาก*. [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะทันตแพทยศาสตร์,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เมธินี คุปพิทยานันท์, และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตุ...
สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา
องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น
หรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุม
ของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2539. (2539, 30 ตุลาคม).
ราชกิจจานุเบกษา (เล่ม 113 ตอนพิเศษ 35 ง, น. 25-28).
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา
องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น
หรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุม
ของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559.
(2559, 13 กรกฎาคม). *ราชกิจจานุเบกษา* (เล่ม 133 ตอนพิเศษ 155 ง, น. 1-4).
- วรางคณา เวชวิธ, นนทลี วีรัชย์, นพวรรณ โพนบุญกุล, พงศธร ลินตกานนท์, และ ณัฐพล ธนรัชต์สกุล.
(2559). *การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัว
และผู้ดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). แก้วเจ้าจอม.
- สรสัณฑ์ รังสิยานนท์, และ เปี่ยมกมล วัชรโรทยางกูร. (2561). *Atlas of Oral Diseases : A Guide
for Daily practice ฉบับภาษาไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เฟิสท์ ออฟเซท (1993).
- สายฝน กันธมาลี, ชัชวาล วงศ์สารี, และ นันทนา พันชนะ. (2561). การเยี่ยมบ้านของพยาบาล
เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับ
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(3), 107-117.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ในช่องปากภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (New normal)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กิจการโรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2562). *แนวทางการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปาก*.
(พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.พ.

สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร*.

(พิมพ์ครั้งที่ 6). สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน, ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, สันติ ลากเบญจกุล, อัญญพร สุทัศน์วรวิฑู, ศุภลักษณ์ เข็มทอง, และ สมคิด เพื่อนรัมย์. (2559). *คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ไชเบอร์พริ้นท์ กรุ๊ป.

สิริมา กุลวานิช. (2566ก). *บทบาททันตบุคลากรในการบำบัดฟื้นฟูการกลืน*. [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].

คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____. (2566ข). *Oral care for patients with dysphagia*. [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].

คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุดาดวง ฤกษ์ภาพงษ์. (2560, กันยายน-ตุลาคม). แปร่งแห่ง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 348-359.

สุปราณี ดาโลดม, และ วรางคนา เวชวิสี. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่ม 3 :*

การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

อาณัติ มาตระกุล, จริญญา หุ่นศรีสกุล, และ อัจฉรา วัฒนาภา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล ในจังหวัดกระบี่.

การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560

(น. 813-825).

อุไร คำมาก, ศุภชัย รักแก้ว, ปิยรัตน์ อินทโชติ, ศิรินทิยา พูลโคก, ปิยานุช ลาหาล้าเลิศ, วรณพรรณ สาสุขวัฒน์, และ ธนาวดี สุขสวัสดิ์. (2565, มกราคม-เมษายน). โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *TUH Journal online*, 7(1), 57-73. สืบค้นจาก

file:///C:/Users/A_R_T/Desktop/IS%20Literature/17.review%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%8A%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%99%E0%B8%A5%E0%B8%B3%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%81%20%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5%20%E0%B8%A1%E0%B8%98.pdf

Lalla et al. 2014, 15 May. clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 120(10), 1453-61.

Mili Doshi. (2016). *Mouth Care Matters A guide for hospital healthcare professionals*.

file:///C:/Users/A_R_T/Desktop/IS%20Literature/3.Mouth%20Care%20Matters.pdf



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศรี

ศรีนครินทรวิโรฒราชวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างยาที่ส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม

ตัวอย่างยาที่ส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม

1. ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs)

Aspirin**, Clopidogrel**, Ticlopidine, Dipyridamole, Abciximab

2. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants drugs)

Warfarin**, Heparin, กลุ่ม NOACs (Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants)
ได้แก่ Dabigatran (Pradaxa), Rivaroxaban (Xarelto), Apixaban (Eliquis), Edoxaban (Lixiana)

3. ยายับยั้งการสร้างหลอดเลือด (Antiangiogenic drugs)

Sunitinib (Sutent), Sorafenib (Nexavar), Bevacizumab (Avastin), Sirolimus
(Rapanune)

4. ยายับยั้งการละลายของกระดูก (Antiresorptive drugs)

Alendronate (Fosamax), Risedronate (Actonel), Ibandronate (Bonival),
Pamidronate (Aredia), Zoledronate (Zomela, Reclast), Denosumab (Xgeva, Prolia)

หมายเหตุ ** คือ ยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลสามโคก
ยาที่มีใช้ใน รพ.สต. ได้แก่ Aspirin



แบบประเมินคุณภาพของคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิ
 บาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพ
 โรงพยาบาลสามโคก

คำชี้แจง

แบบประเมินคุณภาพของคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่
 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก จัดทำ
 ขึ้นเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของคู่มือดังกล่าวในประเด็นต่าง ๆ พร้อมให้ข้อเสนอแนะ
 เพื่อให้ผู้จัดทำได้นำไปแก้ไขปรับปรุงคู่มือให้มีคุณภาพเหมาะสม มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนที่จะ
 นำไปใช้งานจริงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

ขอความกรุณาท่านผู้ทรงคุณวุฒิประเมินให้คะแนนคุณภาพคู่มือ พร้อมทั้งให้ความคิดเห็น
 และข้อเสนอแนะต่อคู่มือดังกล่าว โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนตามความคิดเห็นของ
 ท่าน และหากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสามารถเขียนในช่องข้อเสนอแนะท้ายประเด็น หรือเขียน
 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้

เกณฑ์การประเมิน มีดังนี้

- + 1 เมื่อเนื้อหาตรง และสอดคล้องกับคู่มือ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจ หรือไม่สามารถตัดสินใจได้
- 1 เมื่อเนื้อหาไม่ตรง และไม่สอดคล้องกับคู่มือ

ทางผู้จัดทำ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นิติธร ศรียะพันธ์

แบบประเมินคุณภาพของคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่
ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

รายละเอียด/ประเด็น	คะแนนประเมิน คุณภาพ			ข้อเสนอแนะ
	+ 1	0	- 1	
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง/การดูแลผู้ป่วยติดเตียง				
การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก				
แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง				
การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก				
การวางแผนการรักษา/การดูแลสุขภาพช่องปาก				
การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียง				
การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์				
คู่มือมีการเรียงเรียงเนื้อหาที่ต่อเนื่อง และลำดับ การนำเสนอมีความเหมาะสม				
ภาษาที่ใช้ในคู่มือมีความถูกต้องเหมาะสม เข้าใจง่าย				
การนำคู่มือไปปฏิบัติได้จริง				

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

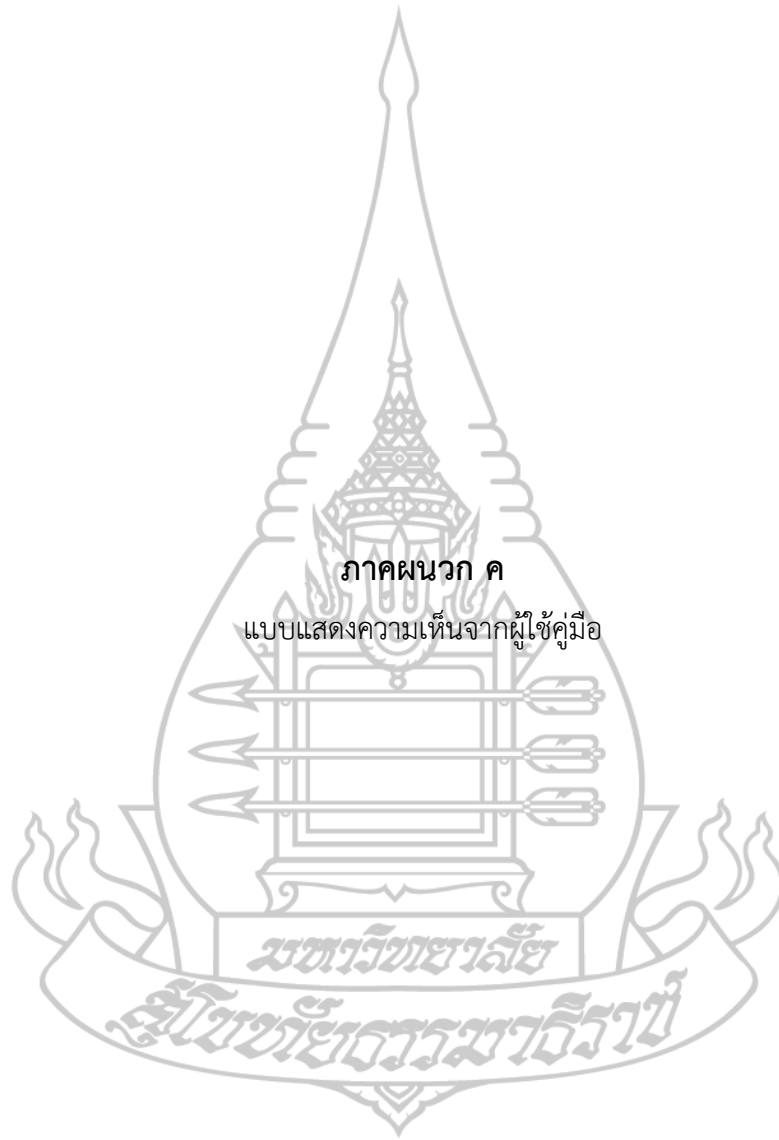
.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ทรงคุณวุฒิ

(.....)

วันที่.....



ภาคผนวก ค
แบบแสดงความเห็นจากผู้ใช้คู่มือ

แบบแสดงความคิดเห็นจากผู้คุมมือ

บทที่ 3 คุมมือขั้นตอนก่อนให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาลที่
ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

- ปัญหาอุปสรรคจากการใช้คุมมือ

- ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้คุมมือ



- ข้อเสนอแนะหลังใช้คุมมือ เพื่อการพัฒนาปรับปรุง

แบบแสดงความคิดเห็นจากผู้คุมมือ

บทที่ 4 คุมมือขั้นตอนขณะ และหลังให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดเตียงสำหรับทันตภิบาล
ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสามโคก

- ปัญหาอุปสรรคจากการใช้คุมมือ

- ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้คุมมือ



- ข้อเสนอแนะหลังใช้คุมมือ เพื่อการพัฒนาปรับปรุง

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อสกุล	นางนิติธร ศรียะพันธ์
วัน เดือน ปี เกิด	8 ตุลาคม 2517
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2542 ประกาศนียบัตรบัณฑิต สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ พ.ศ. 2550
ประวัติการทำงาน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

