

2

ข้อควรรู้โรคทางระบบของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับงานศัลยกรรมช่องปาก

นักศึกษาทันตแพทย์มักพบปัญหาเกี่ยวกับโรคหรือภาวะทางระบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยอยู่เสมอ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมในการทำศัลยกรรมช่องปาก เนื้อหาในบทนี้จะขอนำองค์ความรู้บางอย่างที่ต้องใช้ หรือพบบ่อย ๆ ในการปฏิบัติงานคลินิก ศัลยศาสตร์ช่องปากมากล่าวไว้ ส่วนในรายละเอียดอื่น ๆ นักศึกษาควรศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคทางระบบต่อไป

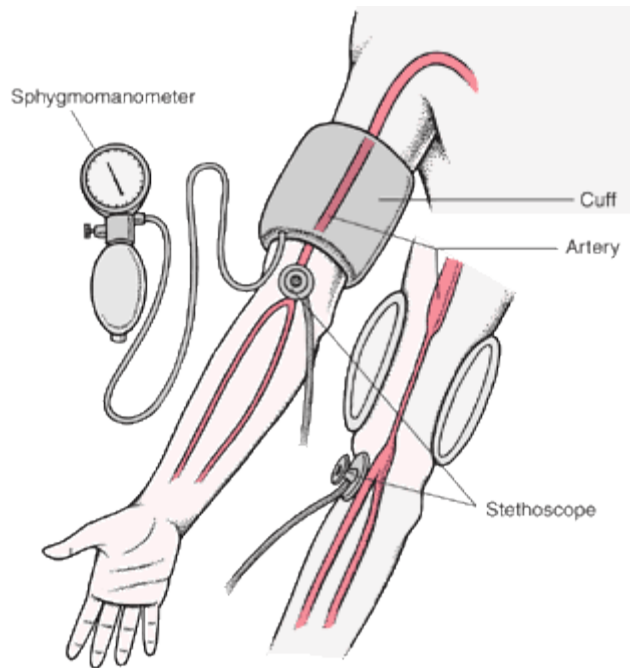
1. การตรวจสัญญาณชีพ (Vital Signs Examination)

สัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันเลือด (blood pressure), ชีพจร (pulse rate), การหายใจ (respiration rate) และอุณหภูมิร่างกาย (body temperature)

ความดันเลือด (Blood Pressure)

ความดันเลือด คือ ความดันที่เกิดระหว่างการบีบตัวของหัวใจในระบบหลอดเลือดแดง ค่าสูงสุด เรียกว่า systolic และค่าต่ำสุดเรียกว่า diastolic มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) และระหว่างค่าสูงสุดและต่ำสุดเรียกว่าแรงดันชีพจร (pulse pressure)

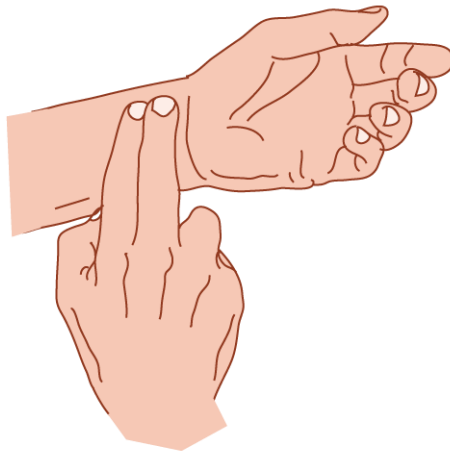
วิธีการวัด ใช้ที่พันแขน (cuff) ขนาดพอเหมาะพันเหนือข้อพับแขน 1 นิ้ว เริ่มวัดโดยบีบกระเปาะบีบลมเพิ่มความดันให้ปรอทขึ้นไปในระดับสูง แล้วค่อย ๆ ปล่อยลดความดันลง เมื่อคลำชีพจรได้ก็จะได้ค่าความดัน systolic โดยประมาณ จากนั้นให้วางเครื่องตรวจฟัง (stethoscope) บนหลอดเลือดแดง brachial แล้วเพิ่มความดันให้ปรอทขึ้นไปสูงกว่าค่าความดัน systolic ที่คลำได้ 30 มม.ปรอท แล้วค่อย ๆ ลดความดันลงช้า ๆ ระดับสูงสุดที่เริ่มได้ยินเสียงตบ ๆ จะเป็นค่าความดัน systolic และระดับที่เสียงหายไปจะเป็นค่าความดัน diastolic (รูปที่ 21)



รูปที่ 21 การวัดความดันเลือดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (sphygmomanometer) และ เครื่องตรวจฟัง (stethoscope)

ชีพจร (pulse)

ชีพจร คือ คลื่นความดันที่มาจากหลอดเลือดแดงจากการบีบตัวของหัวใจในแต่ละครั้ง ตำแหน่งที่สามารถตรวจชีพจรได้คือ ข้อมือ ข้อพับ ข้างคอ การตรวจชีพจรมักใช้ตำแหน่ง ข้อมือ คือหลอดเลือดแดง radial ให้ผู้ป่วยหงายมือขึ้น ผู้ตรวจวางนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนางบน ตำแหน่งของชีพจรตรงข้อมือให้มีแรงกดพอประมาณและวางนิ้วหัวแม่มือไว้ทางด้านหลังข้อมือ ผู้ป่วย (รูปที่ 22)



รูปที่ 22 การตรวจชีพจรหลอดเลือดแดง radial ที่ข้อมือ

การหายใจ (Respiration)

การหายใจ เป็นการตรวจการเคลื่อนไหวของระบบการหายใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นประจำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ

1. อัตราการหายใจ ในผู้ใหญ่จะนับได้ 14 – 18 ครั้งต่อนาที
2. จังหวะการหายใจ คือ ความสม่ำเสมอในการหายใจเข้า หายใจออก
3. ชนิดการหายใจ เช่น

3.1 Abdominal respiration การหายใจ โดยใช้กะบังลมและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ

3.2 Kussmaul respiration ภาวะหิวอากาศ (air hunger) ซึ่งมีการหายใจลึกและเร็ว พบได้ในผู้ป่วยโคมา หรือภาวะกรดจากเบาหวาน (diabetic acidosis)

อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature)

อุณหภูมิในร่างกาย ใช้เครื่องมือวัด คือ เทอร์โมมิเตอร์ โดยให้ผู้ป่วยอมใต้ลิ้น ให้ผู้ป่วยหุบปาก และจับเทอร์โมมิเตอร์ไว้ประมาณ 2 นาที ค่าปกติจะเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส หรือในช่วง 35.8 – 37 องศาเซลเซียส ถ้าอุณหภูมิสูงกว่าค่าปกติ ถือว่าผู้ป่วยมีไข้ การใช้

เทอร์โมมิเตอร์วัดในปาก จะต้องสะอาดเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้ปรอทลงไปอยู่ในกระเปาะก่อน แล้วสอดไว้ใต้ลิ้นผู้ป่วย

2. ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่ภาวะความดันโลหิตสูงพบบ่อยในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยละเลยการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เพราะภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ผู้ป่วยจึงไม่ตระหนักถึงผลแทรกซ้อนที่จะตามมาในระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด เป็นต้น

ตารางที่ 1 Classification ของความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยอายุ 18 ปี หรือมากกว่า (วิทยา ศรีตามา)

Category	Systolic (มม.ปรอท)		Diastolic (มม.ปรอท)
Optimal	<120	และ	<80
Normal	<130	และ	<85
High-normal	130 ถึง 139	หรือ	85 ถึง 89
ความดันโลหิตสูง			
Stage 1	140 ถึง 159	หรือ	90 ถึง 99
Stage 2	160 ถึง 179	หรือ	100 ถึง 109
Stage 3	≥ 180	หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	หรือ	< 90

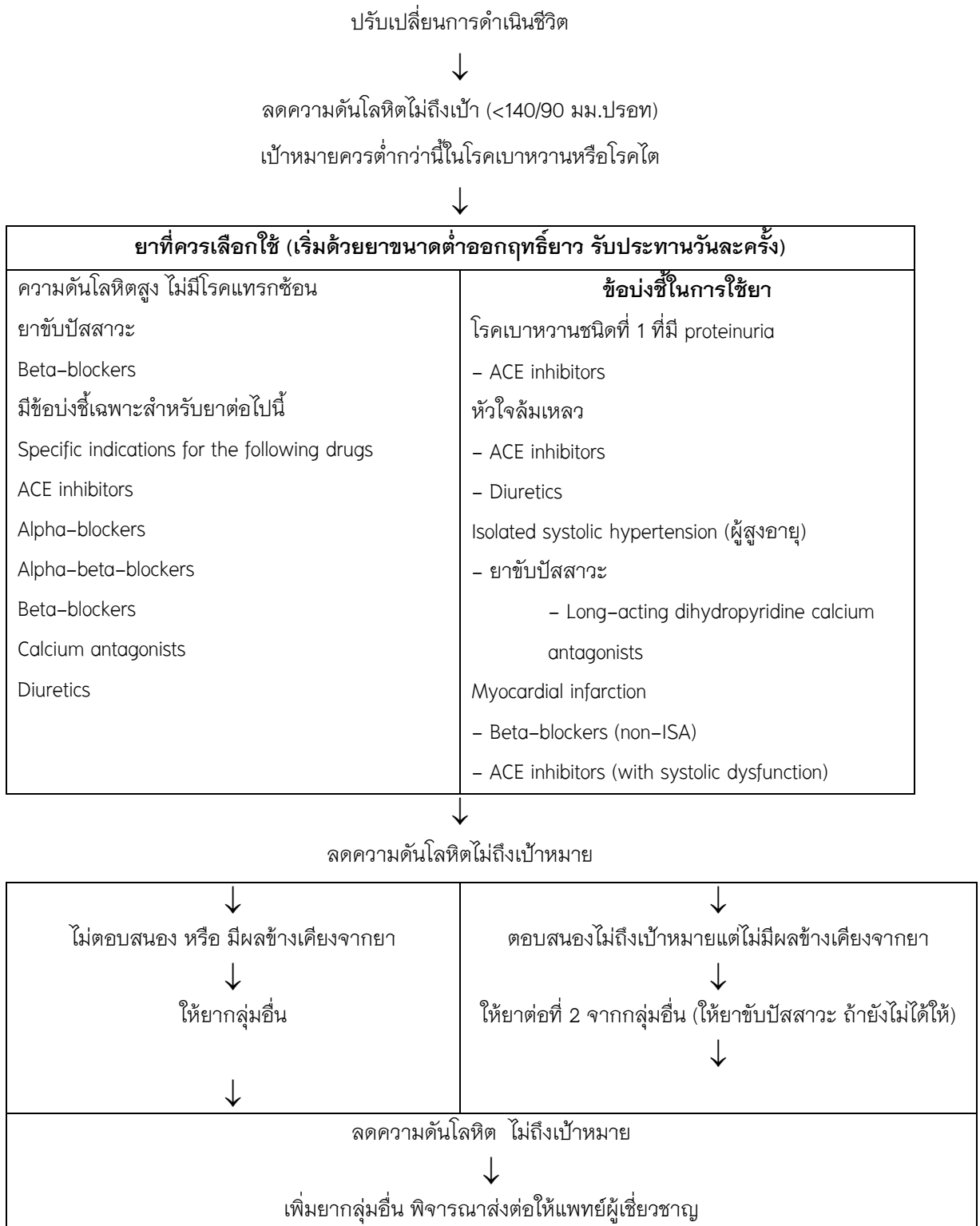
ตารางที่ 2 ข้อเสนอแนะในการติดตามผู้ป่วยโดยขึ้นกับความดันโลหิตครั้งแรกสำหรับ
ผู้ใหญ่ (วิทยา ศรีตามมา)

Systolic	Diastolic	การติดตาม
<130	<85	ตรวจซ้ำใน 2 ปี
130-139	85-89	ตรวจซ้ำใน 1 ปี
140-159	90-99	ตรวจซ้ำใน 2 เดือน และแนะนำการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต
160-179	100-109	ประเมินภายใน 1 เดือน
≥ 180	≥ 110	ประเมินหรือส่งต่อทันที หรือภายใน 1 สัปดาห์ ขึ้นกับอาการทาง คลินิก

ตารางที่ 3 Risk Stratification and Treatment (วิทยา ศรีตามมา)

ความดันโลหิต stages (มม.ปรอท)	Risk Group A (ไม่มี risk factor (RF, TOD, CCD)	Risk Group B (1RF, ไม่เป็นเบาหวาน ไม่ มี TOD, CCD)	Risk Group C (TOD, CCD และ/ หรือเบาหวาน, มี/ หรือไม่มี RF อื่น ๆ)
High normal 130-139/85-89	Life style Modification	Life style Modification	รักษาโดยยา
Stage I 140-159/90-99	Life style Modification ได้ถึง 12 เดือน	Life style Modification ได้ถึง 6 เดือน	รักษาโดยยา
Stage I-III >160/>100	รักษาโดยยา	รักษาโดยยา	รักษาโดยยา

ตารางที่ 4 Algorithm สำหรับการรักษาความดันโลหิต (วิทยา ศรีตามมา)



3. ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งมักเกิดจากการถูกทำลายของระบบ micro vascular และ macro vascular ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคไต ตา หลอดเลือดอุดตัน หรือแผลที่เท้า การควบคุมเบาหวานอย่างเข้มงวดสามารถลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน

ตารางที่ 5 เป้าหมายในการควบคุม (วิทยา ศรีสยามา)

ก. ตาม European NIDDM policy group

	หน่วย	ดี	พอใช้	ต้องปรับปรุง
Plasma glucose				
- Fasting	มก./ดล.	80-120	๑๓๐	๑๖๐
- Post prandial	มก./ดล.	80-160	<180	>200
HbA _{1c}	%	<6.5	<7.5	>7.5
Urine glucose	%	0	<0.5	>0.5
Total cholesterol	มก./ดล.	<200	<250	≥250
HDL-cholesterol	มก./ดล.	>40	>35	<35
Fasting triglycerides	มก./ดล.	<150	<200	>200
Body mass index				
- ชาย	กก/ม ²	20-25	<27	>27
- หญิง	กก/ม ²	19-20	<26	>26
ความดันโลหิต	มม.ปรอท	<140/90	<160/95	>160/95
สูบบุหรี่		งดสูบบุหรี่	ลดการสูบบุหรี่	ยังสูบบุหรี่อยู่

ข. ตาม American Diabetic Association (ADA)

	ปกติ	เป้าหมาย	ควรปรับการรักษา
Fasting / preprandial glucose	<110	80–120	>140
Bedtime glucose	<120	100–140	<100 sinv >160
HbA1c	<6	<7	<8

การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจุบันมี 4 กลุ่ม คือ

1. Sulfonylureas (SU) ออกฤทธิ์กระตุ้นให้มีการหลั่งของอินซูลินเพิ่มขึ้น
2. Biguanides, Metformin ออกฤทธิ์ลดการสร้างกลูโคสจากตับ
3. α -glucosidase inhibitor ออกฤทธิ์ยับยั้งการย่อยสลายของ disaccharides (maltose, sucrose) และ oligosaccharides (dextrin) เป็น glucose และ fructose
4. Thiazolidinedione ออกฤทธิ์เพิ่มการทำงานของอินซูลิน

4. Cardiac disease

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ยังควบคุมโรคไม่ได้ เช่นผู้ป่วยที่ขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ภาวะที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจากหลอดเลือดอุดตัน ผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาต้านเลือดแข็งตัว (anti-coagulant) โรคเส้นหัวใจพิการ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ควรส่งปรึกษาแพทย์เพื่อการตรวจรักษาและเตรียมผู้ป่วยก่อน

5. Blood dyscrasia

ผู้ป่วยที่มีโรคเลือดและเสี่ยงต่อการเลือดไหลไม่หยุด เช่น การทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติ (thrombocytopathia) ภาวะขาดเกล็ดเลือด (thrombocytopenia) ความผิดปกติในการสร้างลิ่มเลือด (coagulopathy) ได้แก่ ฮีโมฟีเลีย (hemophilia) และ Von Willebrand's disease (pseudohemophilia) ผู้ป่วยโรคโลหิตจาง (aplastic anemia) ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulated patient) ส่วนมากจะเป็นยารับประทานเช่น Warfarin หรือ Coumarin แอสไพริน และ persartin ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้ ได้แก่โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้ป่วยใส่ลิ้นหัวใจเทียม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, cerebrovascular accident, thrombophlebitis และ pulmonary thrombosis เป็นต้น การผ่าตัด

หรือถอนฟันจะทำให้เลือดออกและหยุดยากได้ การหยุดยา การลดขนาดยา หรือเปลี่ยนแปลงการใช้ยา อาจทำให้เกิดอันตรายจากลิ่มเลือดอุดตันได้ ควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยก่อนเสมอ เพื่อให้ทำงานได้โดยปลอดภัย โดยใช้ค่า Prothombin time (PT) และ INR เป็นตัวบ่งชี้ ค่า PT ปกติ ประมาณ 12-14 วินาที ถ้าค่า PT ประมาณ 18 วินาที และค่า INR ในคนปกติ จะมีค่า INR ประมาณ 1-1.2 และสำหรับในผู้ป่วย จะมีเป้าหมาย INR อยู่ในช่วง 2.0-3.0 ทั้งนี้ ขึ้นกับโรคและปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยที่มีค่าต่างๆเหล่านี้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมอาจทำการผ่าตัดเล็กหรือถอนฟันได้ แต่ควรทราบว่า จะมีเลือดซึมออกจากแผลได้นานกว่าปกติด้วย ทันตแพทย์ควรประเมินผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยให้ได้ว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือภาวะผิดปกติใดๆ ก่อนที่จะให้การรักษาทางทันตกรรม ในรายที่สงสัยให้ปรึกษาแพทย์ หรือตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยเบื้องต้น และวางแผนในการรักษาให้รัดกุม

6. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของโรคไต ผู้ป่วยที่ใช้ไตเทียมหรือล้างไต hemodialysis or continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) ควรปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาถึงปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ควรชะลอการรักษาทางทันตกรรมไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการล้างไต ผู้ป่วยพวกนี้จะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ควรควบคุม และป้องกันการแพร่เชื้อทางทันตกรรมอย่างเข้มงวด ควรให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก เพิ่มความระมัดระวังในการให้ยาและสารต่าง ๆ เพราะได้มีหน้าที่ขยับถ่ายของเสียและสารพิษในร่างกาย

7. โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism)

ให้ปรึกษาแพทย์ก่อน และชะลอการให้การรักษาทางทันตกรรม โดยเฉพาะการถอนฟันหรือการทำศัลยกรรมช่องปาก จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและควบคุมโรคได้แล้ว ถ้าจำเป็น เพราะมีปัญหากลูกเห็บ ให้รักษาแบบอนุรักษ์ไปก่อนผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีแล้ว (euthyroid) อาจพิจารณาให้ใช้ epinephrine โดยบางในปริมาณน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ควรทำอย่างปราศจากเชื้อและให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

8. ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน ๆ

ควรวางแผนการรักษาให้ดีเพื่อป้องกัน adrenal crisis โดยปรึกษาแพทย์ผู้รักษา อาจพิจารณาให้ยาสเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผลิต glucocorticoid ที่สำคัญคือ cortisol ได้พอเพียง ทั้งนี้โดยให้ปริมาณสูงไว้ก่อนล่วงหน้า ให้ในวันที่ทำ และให้หลังทำการรักษาทางทันตกรรมด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการติดเชื้อง่าย แผลหายช้า ควรทำอย่างปราศจากเชื้อและให้ยาตามจุลชีพด้วย

9. ผู้ป่วยตั้งครรภ์

ในช่วงไตรมาสแรก (3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์) และไตรมาสที่ 3 (เดือนที่ 7 - 9) ของการตั้งครรภ์เป็นช่วงที่ควรชะลอการรักษา ได้แก่ การถอนฟัน และศัลยกรรมช่องปากอื่นๆ ไว้ก่อน เพราะระยะแรกเป็นการสร้างอวัยวะของทารก และระยะที่ 3 เป็นระยะที่มดลูกไวต่อฮอร์โมน จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ควรเลือกให้การรักษาเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ ในระยะไตรมาสที่ 2 จะทำได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามก็尽量不要ใช้เวลาในการรักษานาน เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดไม่สบาย ควรเลือกทาแอนแทนการนอนราบ และให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านั่งได้บ่อย ๆ ควรคำนึงถึงการให้ยาด้วย เพราะยาอาจผ่านรกไปทำให้เกิดอันตรายแก่เด็กได้