**คำนำ**

เอกสารหมายเลข 4

หน่วยบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการ

ด่านแรกสุดที่ประชาชนผู้ต้องการรับบริการทันตกรรมจะสามารถเข้าถึง เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ใกล้ชิดชุมชนและสะดวกต่อการเดินทางสำหรับประชาชนผู้อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามขีดความสามารถการจัดบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีข้อจำกัดอยู่หลายด้านทั้งเรื่องของอาคารสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ ความชำนาญของผู้ปฏิบัติงานและขีดความสามารถในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินรวมไปถึงการส่งต่อผู้ป่วยสู่การรักษาระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างทันท่วงที ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความเสี่ยงและความไม่มั่นใจต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางระบบ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมีมาตรฐานการพิจารณาในการให้การรักษาที่แตกต่างกันแล้วแต่ประสบการณ์ โดยอาจส่งผลให้บางท้องที่ดำเนินการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือในบางท้องที่พิจารณาส่งต่อการรักษาในรายที่ไม่จำเป็นทำให้ผู้ป่วยเกิดความยากลำบากในการเดินทางและอาจเลือกปฏิเสธการรักษา

 ดังนั้นทางกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจึงได้จัดทำ **แนวทางพิจารณารักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ปฏิบัติ งานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** โดยหวังอย่างยิ่งว่าจะผู้ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระแก้วจะสามารถนำแนวทางฉบับนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดสำหรับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

**สารบัญ**

**หัวข้อ หน้า**

การบริการทันตกรรมพื้นฐานใน รพ.สต. 2

การประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษา 4

การสัมภาษณ์ประวัติและการเก็บข้อมูลเบื้องต้น 6

แนวทางการให้บริการถอนฟัน 9

แนวทางการให้บริการอุดฟัน 11

แนวทางการให้บริการขูดหินปูน 13

โรคความดันโลหิตสูง 14

โรคเบาหวาน 16

ผู้ป่วยที่ได้รับยาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด 18

แนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีเลือดออก 19

ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 20

แนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีปัญหาอุดกั้นทางเดินหายใจ 21

แนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ 22

บทสรุป 23

เอกสารอ้างอิง 24

**การบริการทันตกรรมพื้นฐานใน รพ.สต.**

1. ด้านทันตกรรมป้องกัน

1.1 การใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันโรคฟันผุ

1.2 การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันโรคฟันผุ

1.3 การขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

2. ด้านทนตกรรมบำบัดฉุกเฉิน

2.1 บำบัดฉุกเฉินด้านทันตกรรมเบื้องต้น เพื่อลดความเจ็บปวด เช่น การจ่ายยาตามบัญชี

 ยาหลัก การล้าง แผลบริเวณช่องปากและใบหน้า

2.2 ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาทางทันตกรรม เช่น

 ภาวะเลือดออกมาก เป็นลมหมดสติ (Flow chart)

2.3 คัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ (systemic

 disease)

3. ด้านทันตกรรมบําบัด

3.1 ตรวจวินิจฉัยและคัดแยกโรคภายในช่องปาก

3.2 ถอนฟันที่ขึ้นปกติ กรณีที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ เช่น ฟันน้ำนมหลุดช้า ฟันผุ

 ทะลุโพรงประสาทฟันโดยไม่สามารถรักษารากฟัน รากฟันตกค้าง ฟันแท้โยก ทั้งนี้

 ต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการติดเชื้อรุนแรง

3.3 อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน เช่น การทํา PRR, การอุดฟันชั่วคราว, การ

 อุดฟันที่ผุถึงชั้นเนื้อฟันยังไม่ทะลุโพรงประสาทฟัน

3.4 รักษาโรคเหงือกอักเสบโดยการขูดหินน้ำลาย

**แนวทางการรักษาทางทันตกรรมใน รพ.สต.**

ซักประวัติ, โรคประจำตัว, การแพ้ยา

วัด Vital sign, ตรวจร่างกาย, ตรวจในช่องปาก

ไม่มีโรคประจำตัว

BP ≤160/100 mmHg

มีโรคประจำตัว

BP >160/100 mmHg

PR > 100 times/min

จพ.มีความพร้อมและงานไม่ซับซ้อน

**ส่งต่อโรงพยาบาล**

งานยุ่งยากซับซ้อน

ให้บริการพื้นฐาน

นัดรักษาต่อเนื่อง

หมายเหตุ

1.รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลให้ส่งผู้ป่วยต่อไปยัง รพ.สต.ภายในตำบลเดียวกันที่มีทันตาภิบาล

2.โรคประจำตัวที่ควรส่งต่อได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคตับแข็ง โรคเลือด ไทรอยด์ วัณโรค โรคหอบหืด โรคลมชัก ซึ่งไม่สามารถควบคุมโรคได้

**การประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษา**

ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ การพิจารณาว่าจะให้การรักษาเองหรือส่งต่อการรักษามีข้อพึงพิจารณาอยู่ 3 ด้านดังนี้

 1.โรคประจำตัวของผู้ป่วย

 2.ลักษณะการรักษาที่จะให้

 3.ความพร้อมของผู้ให้บริการและสถานบริการ

 **1.โรคประจำตัวของผู้ป่วย**

1.1พิจารณาว่าโรคประจำตัวของผู้ป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรมหรือไม่ เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอาจมีความเสี่ยงในการติดเชื้อภายหลังการทำหัตถการ หรืออาจเกิดภาวะช็อกจากน้ำตาลในเลือดต่ำเฉียบพลันได้ แต่ในส่วนของโรคประจำตัวบางโรคอาจไม่มีหรือมีผลกระทบต่อการรักษาน้อยมาก เช่น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หรือโรคเท้าแสนปม เป็นต้น

1.2พิจารณาว่าโรคนั้นมีระดับความรุนแรงของโรคเพียงใด เช่น ผู้ป่วย ก. เป็นโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล 230 มก./ดล. มีแผลที่เท้า ในลักษณะนี้ควรส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วย ข.เป็นโรคเบาหวานทานยาอยู่เป็นประจำมีระดับน้ำตาลอยู่ที่ 140 มก./ดล. สามารถรักษาที่ รพ.สต. ได้เป็นต้น

 **2.ลักษณะการรักษาที่จะให้**

ควรพิจารณาถึงระดับความยากง่ายของการรักษาที่จะให้ โดยในผู้ป่วยคนเดียวกันนั้นแม้จะเป็นโรคทางระบบและสภาวะต่างๆเหมือนกัน แต่ชนิดของการรักษามีความเสี่ยงที่แตกต่างกันก็อาจพิจารณาให้การรักษาที่ไม่เหมือนกันได้ เช่น นาย ค. เป็นโรคความดันวัดระดับความดันได้ 162/95 มม.ปรอท ถ้าเป็นหัตถการถอนฟันควรพิจารณาให้ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นหัตถการอุดฟัน Class I ธรรมดาตื้นๆ สามารถพิจารณาทำที่ รพ.สต. ได้เลย

 **3.ความพร้อมของผู้ให้บริการและสถานบริการ**

ผู้ปฏิบัติงานควรพิจารณาตนเองว่ามีประสบการณ์เท่าใด มีความสามารถที่จะทำการรักษานั้นได้ดีเพียงไร และสถานพยาบาลของเรามีความพร้อมหรือไม่ เช่น ในกรณี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 159/89 มม.ปรอท ที่มาทำการถอนฟัน ถ้าผู้ปฏิบัติงานพิจารณาแล้วว่าสามารถทำการถอนฟันได้ไม่ยาก ในเวลารวดเร็ว และถ้ามีปัญหาสามารถจัดการได้หรือมีบุคคลากรอื่นคอยให้การสนับสนุนในกรณีเกิดปัญหาได้ทันท่วงที สามารถพิจารณาให้การรักษาใน รพ.สต.ได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยรายเดิมแต่ผู้ให้การรักษาที่มีประสบการณ์ไม่มาก คาดว่าอาจใช้เวลานาน เช่นรากหัก ทำให้ผู้ป่วยเครียด หรือต้องเติมยาชาหลายหลอด ไม่มีอุปกรณ์ช่วยห้ามเลือด ไม่มีบุคคลากรอื่นช่วยเหลือยามฉุกเฉิน ไม่สามารถส่งต่อได้ทันท่วงที ควรพิจารณาให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นต้น

โดยสรุปแล้วการพิจารณาให้การรักษาหรือไม่นั้นควรคิดคำนึงถึงปัจจัยทั้งสามด้านร่วมกันจึงได้การพิจารณาที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากที่สุด

**การสัมภาษณ์ประวัติและการเก็บข้อมูลเบื้องต้น**

 การสัมภาษณ์ประวัติและการเก็บข้อมูลเบื้องต้นเป็นสิ่งแรกสุดที่ควรกระทำเมื่อพบกับผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ประวัตินี้โดยหลักแล้วคือการที่ผู้ให้การรักษาพยายามรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดเพื่อที่จะนำไปสู่การตัดสินใจได้ว่าจะให้การรักษาหรือไม่อย่างไร

 การสัมภาษณ์ประวัติและการเก็บข้อมูลที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาได้ ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัว หรือพยายามปกปิดข้อมูลเพราะกลัวว่าจะถูกปฏิเสธการรักษา เมื่อรวบรวมข้อมูลให้ดีแล้วจะทำให้ทราบได้ว่ามีความเสี่ยงอะไรซ่อนอยู่หรือไม่แม้ผู้ป่วยจะไม่ได้เอ่ยปากออกมาก็ตาม

 **การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 วิธี คือ**

**1.ปฐมภูมิ** คือการสัมภาษณ์ ซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง สังเกตอาการ การตรวจทาง

 ร่างกายและภายในช่องปาก การวัดความดัน เป็นต้น

**2.ทุตติยภูมิ** คือการเก็บข้อมูลที่ได้ถูกรวบรวมไว้ก่อนอยู่แล้ว เช่น การอ่านแฟ้มประวัติ

 ผู้ป่วย สมุดบันทึกประจำตัวการแพ้ยา เป็นต้น

 **ขั้นตอนการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย**

**1.อาการสำคัญของผู้ป่วย**

 คืออาการที่นำผู้ป่วยมาหาเรา ลักษณะเป็นข้อมูลสั้นๆแต่ได้ใจความเช่น ปวดฟัน

เป็นต้น แต่จะต้องไม่ใช่ความต้องการโดยอ้อมเช่น เมื่อผู้ป่วยบอกว่าต้องการยากินแก้ปวด ในลักษณะนี้ไม่ใช่อาการสำคัญ เมื่อสอบถามต่อจะสามารถนำไปสู่อาการสำคัญได้ว่าคนไข้ปวดฟัน

**2.ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

คือรายละเอียดของอาการสำคัญ การดำเนินโรครวมถึงการแก้ไขก่อนที่จะมาพบ เช่น ปวดฟันแบบตุบๆมา 3 วันแล้ว เป็นๆหายๆ ปวดมากตอนกลางคืน ทานยาแก้ปวดแล้วไม่หาย

**3.ประวัติโรคประจำตัวและการแพ้ยา**

ถามถึงโรคต่างๆที่ผู้ป่วยเคยเป็นและการรักษาและประวัติการเจ็บป่วยของโรคนั้นๆ รวมไปถึงประวัติการแพ้ยาด้วย

**4.การตรวจร่างกายโดยทั่วไป**

การตรวจร่างกายโดยทั่วไปเพื่อดูสภาพความผิดปกติของร่างกายส่วนต่างๆ และสามารถแปลผลความผิดปกติหรือแสดงออกถึงสภาวะร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งการตรวจนี้อาจสามารถพบโรคประจำตัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้ให้ประวัติเอาไว้ด้วย

\*\* ลักษณะสังเกตที่น่าสนใจ

1.ภาวะซีดจากเลือดจาง (anemia) สีของเยื่อตา ริมฝีปาก ลิ้น เยื่อเมือกช่องปาก เล็บ ฝ่ามือ และผิวหนังทั่วไป จะซีด

2.ภาวะดีซาน สีของส่วนตาขาว (sclera) และผิวหนังทั่วไปจะเหลืองกว่าปกติ ทั้งนี้ดีซ่านมีหลายสาเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยเป็นดีซ่านเนื่องจากตับอักเสบเรื้อรั้ง อาจพบท้องมานร่วมกับประวัติดื่มสุรา ข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออาจมีปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดได้

3.ภาวะเขียวคล้ำ โดยดูสีของริมฝีปาก ลิ้น เยื่อเมือกช่องปาก เล็บ และผิวหนังทั่วไป

4.ผู้ป่วย Hyperthyroidism สามารถพบก้อนโตที่คอได้ ทดสอบได้โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย ต่อมไทรอยด์จะเคลื่อนตามการกลืน ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจพบอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกเยอะ และทนต่อความเครียดได้ต่ำ

**5.การวัดสัญญาณชีพ**

สัญญาณชีพที่สำคัญมี 4 ตัว คือ ระดับความดัน อัตราการเต้นหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย และอัตราการหายใจ ซึ่งจะสามารถบ่งบอกสภาวะของร่างกายได้ในเบื้องต้น

อาจทำให้ทราบหรือตั้งข้อสงสัยถึงโรคประจำตัวของผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้วสัญญาณชีพที่สำคัญสำหรับการรักษาทางทันตกรรมควรจะวัดทุกครั้งคือ **ระดับความดัน** และ**อัตราการเต้นของหัวใจ** ส่วนอัตราการหายใจและอุณหภูมิสามารถสังเกตภายนอกหรือตรวจเพิ่มในกรณีที่สงสัยได้

หมายเหตุ

อัตราการเต้นของหัวใจปกติเท่ากับ 60 – 100 ครั้ง/นาที

ค่าปกติของอัตราการหายใจเท่ากับ 14-20 ครั้ง/นาที

**แนวทางให้บริการถอนฟัน**

ซักประวัติ, โรคประจำตัว, การแพ้ยา

วัด Vital sign, ตรวจร่างกาย, ตรวจในช่องปาก

ไม่มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยง

BP ≤140/90 mmHg

มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยง

BP >140/90 mmHg

PR > 100 times/min

FBS >160 mg/dl. หรือ DTX>200 mg/dl. mg/dl.

งานยุ่งยากซับซ้อน

งานเร่งด่วน

งานไม่ซับซ้อน

ให้บริการถอนฟัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

**ส่งต่อโรงพยาบาล**

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

ข้อบ่งชี้ในการถอนฟัน

1. ฟันผุลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน

2. โรคปริทันต์ที่ไม่สามารถเก็บรักษาได้

3. มีการติดเชื้อหรือพยาธิสภาพบริเวณปลายรากฟัน

4. ฟันที่ไม่สามารถบูรณะได้

5. ฟันที่ไม่มีชีวิต (Pulp necrosis)

6. ฟันที่มี internal/external resorption

7. มีความผิดปกติของตัวฟัน/รากฟัน ที่เป็นปัญหาต่อการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์

 หรือการบูรณะฟัน

8. ฟันขึ้นผิดตําแหน่งโดยไม่ได้อยู่ในแนวสบฟัน

ข้อยกเว้นในการถอนฟันและให้ส่งต่อเพื่อพบทันตแพทย์

1. ข้อพิจารณาทางทันตกรรมจัดฟัน

2. ฟันที่อยู่ในแนวกระดูกขากรรไกรหัก

3. ฟันที่มีความเกี่ยวข้องกับรอยโรคที่เป็นพยาธิสภาพ เชน เนื้องอกในช่องปาก

4. ข้อบ่งชี้ก่อนการรักษาทางการแพทย์ เช่น ได้รับเคมีบำบัด , ได้รับรังสีรักษา

5. ป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ เช่น การถอนฟัน natal teeth , psychiatric or motor disorder

**แนวทางให้บริการอุดฟัน**

ฟันผุ

อาการ :

-ปวดขึ้นได้เอง หรือปวดกลางคืน

-เคาะปวด

-เคยบวมหรือมีตุ่มหนอง

-ฟันโยก

-ปวดเวลาเคี้ยวอาหาร

อาการ :

-ปวดเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น น้ำร้อน น้ำเย็น

-เคาะไม่ปวด

-ไม่เคยบวมหรือมีตุ่มหนอง

-ฟันไม่โยก

ฟันผุถึงโพรงประสาทฟัน

ฟันผุถึงชั้นเนื้อฟัน

ถอนฟัน

อุดชั่วคราว

อุดฟัน

**ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อรักษารากฟัน**

ข้อบ่งชี้ในการอุดฟัน

1. รอยโรคที่เกิดจากฟันผุ

2. รอยโรคที่ไม่ได้เกิดจากฟันผุ เช่น attrition, abrasion

3. รอยอุดเก่ามีปัญหา แตก บิ่น

4. ฟันบิ่น แตกหัก ไม่ถึงโพรงประสาทฟัน

5. ฟันที่ได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้วสามารถบูรณะได้ด้วยการอุดฟัน

ข้อยกเว้นในการอุดฟันและส่งตอเพื่อพบทันตแพทย์

1. เป็นการอุดฟันแบบ indirect restoration และอุดฟันเพื่อความสวยงาม

2. รอยอุดเก่าที่มีปัญหา

3. ฟันที่ได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้วสามารถบูรณะได้ด้วยการอุดฟัน

**แนวทางการให้บริการขูดหินปูน**

โรคทางระบบที่คุมไม่ได้

ประเมินโรคประจำตัว Vital sign

ให้ความรู้ทันตสุขภาพ ส่งเสริมอนามัยช่องปาก

โรคเหงือกหรือปริทันต์อักเสบเรื้อรัง

วินิจฉัยโรค

ปริทันต์อักเสบฉุกเฉิน

โรคเหงือก

โรคปริทันต์อักเสบเรื้อรัง

เฉพาะที่

ทั้งปาก

-Pocket ≤ 3mm.

-No furcation involvement

-Pocket > 3mm.

-Furcation involvement

จ่าย 0.12% chlorhexidine mouthwash

30 วืนาที หลังแปรงฟัน เช้า-เย็น

ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

ขูดหินน้ำลายด้วยเครื่องขูดหินปูนไฟฟ้า

**ส่งต่อโรงพยาบาล**

กลับบ้าน

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

หมายเหตุ

1.กรณีที่ควรส่งต่อได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยวัณโรคระยะติดต่อ ผู้ป่วยเหงือกบวมที่สงสัยว่าอาจมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพอื่นๆ เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น

2.กรณีผู้ป่วย HIV ควรใช้เครื่องขูดหินปูนไฟฟ้า ร่วมกับ high power suction

**โรคความดันโลหิตสูง**

**โรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันภายในหลอดเลือดแดง ขณะหัวใจบีบตัวสูงกว่า 140 มม.ปรอท หรือ ขณะหัวใจคลายตัวสูงกว่า 90 มม.ปรอท โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้ใช้เกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงโดยอ้างอิงจากสมาคมอายุรแพทย์หัวใจยุโรปปี 2007 (**European Society of Cardiology 2007**)ไว้ตามตารางที่ 1 ดังนี้



ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งระดับของโรคความดันโลหิตสูง

**ข้อควรระวังในการรักษาทางทันตกรรม**

1.ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเครียด ความเจ็บปวด อาจทำให้ความดันโลหิตพุ่งขึ้นฉับพลันซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนฉับพลันที่อันตราย เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือเส้นเลือดในสมองแตก เป็นต้น

2.ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาจทำให้มีเลือดออกจากบริเวณแผลถอนฟันมากกว่าปกติ หรือในการขูดหินปูนอาจพบว่ามีเลือดออกตามเหงือกมากกว่าปกติ

3.ผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาลดความดัน อาจมีผลข้างเคียงคือความดันตกลงเมื่อเปลี่ยนท่านั่ง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยนอนแล้วปรับท่าเป็นนั่งหรือลุกขึ้นยืนอาจทำให้เกิดการหน้ามืดและเป็นลมได้

4.สาร Epinephrine ที่อยู่ภายในยาชาอาจส่งผลให้ความดันเลือดของผู้ป่วยสูงขึ้นได้ โดยปริมาณ Epinephrine ที่กำหนดให้สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือ ไม่เกิน 0.04 mg หรือเท่ากับให้ยาชาไม่เกิน 2 หลอด

**การวางแผนการรักษาทางทันตกรรม**

1.ต้องซักประวัติโรคประจำตัว ความดันในอดีต และยาที่รับประทานอยู่ทุกครั้ง

2.ตรวจวัดความดันและบันทึกทุกครั้ง

3.ควรลดความเครียดของผู้ป่วยด้วยการพูดคุย หรือเปิดเพลงให้ฟัง การรักษาแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานและถ้าเป็นไปได้ควรทำการรักษาในช่วงเช้า

4.ระวังในการเปลี่ยนท่านั่งผู้ป่วย ควรค่อยๆปรับเก้าอี้ช้าๆ และให้ผู้ป่วยค่อยๆลุกจากเก้าอี้

**การประเมินผู้ป่วยและแนวทางปฏิบัติ**

1.ถ้าความดันเลือดของผู้ป่วยไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท ให้ทำการรักษาทางทันตกรรมได้เหมือนคนปกติ

2.ถ้าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 141-160/91-100 มม.ปรอท ให้ทำการรักษาได้ภายใต้วิธีการลดความวิตกกังวล การห้ามเลือดที่ดี และระวังในการใช้ยาชา

3.ถ้าความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงกว่า 160/100 มม.ปรอท ควรให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

**ข้อพิจารณาในการใช้ยาชา**

โดยทั่วไปยาชาที่ใช้ในทางทันตกรรมจะมีส่วนผสมของ Epineprine อยู่เล็กน้อยเพื่อช่วยให้ยาชาคงอยู่ ณ บริเวณตำแหน่งที่ฉีดได้นาน โดยในคนปกติแล้วไม่ควรได้รับ Epineprine เกิน 0.2 มก. แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรได้เกิน 0.04 มก. หรือ ประมาณคร่าวๆ คือ 2 หลอดของยาชาที่ผสม Epineprine อัตราส่วน 1:100,000

**โรคเบาหวาน**

โรคเบาหวาน คือสภาวะที่ร่างกายมีปัญหาในการนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้เป็นพลังงานซึ่งอาจเกิดมาจากการขาด ฮอร์โมนอินซูลิน ฮอร์โมนอินซูลินที่ผลิตทำหน้าที่ไม่ได้ หรือร่างกายมีการดื้อต่ออินซูลิน ทำให้น้ำตาลกลูโคสไม่สามารถเข้าสู่เซลล์ได้ส่งผลให้มีผลกระทบต่อระบบการเผาผลาญพลังงาน โดยโรคเบาหวานแบ่งได้เป็น 4 ชนิด ใหญ่ๆคือ

1.โรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ตั้งแต่กำเนิด ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ด้วยการฉีดฮอร์โมนอินซูลินเป็นประจำ เป็นชนิดที่พบได้น้อยมาก

2.โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะที่ร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ ฮอร์โมนอินซูลินที่ผลิตทำหน้าที่ไม่ได้ หรือร่างกายมีการดื้อต่ออินซูลิน โดยมากมักไม่ได้เป็นแต่กำเนิด และเป็นชนิดที่พบได้มากที่สุด

3.โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่เกิดเฉพาะในหญิงขณะกำลังตั้งครรภ์ จะเป็นอยู่เพียงชั่วครู่แล้วหายไป หรือในบางรายอาจกลายเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างถาวร

4.โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะโรคทางระบบอื่นๆ เช่น การรับประทานยาสเตียลอยด์ ต่อเนื่องนานๆ

 ภาวะเบาหวานจากโรคภูมิต้านทานตนเอง เป็นต้น

โดยแนวทางฉบับนี้จะกล่าวถึงเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นสำคัญ

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้กำหนดเกณฑ์ค่ากลูโคสในกระแสเลือดไว้โดยอิงจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, ADA) ไว้ดังนี้

1.ตรวจกลูโคสในเลือดหลังอดอาหารไม่น้อยกว่า 8 ชม. (Fasting blood sugar, FBS) แล้วพบระดับกลูโคส ≥ 126 มก./ดล.

2.มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับผลตรวจกลูโคสในเลือด ณ เวลาใดเวลาหนึ่งไม่ขึ้นกับอาหารแล้วพบระดับกลูโคส ≥ 200 มก./ดล.

3.การตรวจ  Glucose Tolerance Test (OGTT) โดยรับประทานกลูโคส 75 กรับ ก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง ≥ 200 มก./ดล.

**ข้อควรระวังในการรักษาทางทันตกรรม**

1.แผลอาจมีการติดเชื้อได้เนื่องจาก ภาวะน้ำตาลสูงจะทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการจับเชื้อโรคกินลดลง

2.แผลหายช้าเนื่องจากหลอดเลือดฝอยที่นำอาหารและออกซิเจนไปสู่แผลเสื่อมสภาพทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง

3.ภาวะช็อคจากน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่กินยารักษาเบาหวาน

4.ภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของคีโตน เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปสร้างเป็นพลังงานได้จึงหันไปสร้างพลังงานจากไขมันมากเกินไปเกิดการสะสมของคีโตนส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเร็ว อาจหมดสติและช็อคได้

**การวางแผนการรักษาทางทันตกรรม**

1.ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประเภทที่หนึ่งควรส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกรณี

2.สามารถทำการรักษาทางศัลยกรรม(ถอนฟัน)ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในภาวะอดอาหารไม่น้อยกว่า 8 ชม.(FBS)ไม่ควรเกิน 160 มก./ดล. หรือ ไม่เกิน 200 มก./ดล. ในภาวะไม่ได้อดอาหาร ถ้าเกินกว่านี้แนะนำให้รับการรักษาในโรงพยาบาล

3.น้ำตาลในเลือดไม่ควรต่ำกว่า 70 มก./ดล. ภาวะน้ำตาลต่ำมักจะเกิดกับผู้ป่วยที่ทานยารักษาเบาหวานโดยอาจให้ผู้ป่วยที่พบว่ามีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำทานน้ำหวานประมาณ 1 แก้วก่อนทำการรักษา

4.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบว่ามีการติดเชื้อจากฟันมีไข้และมีการบวมของเนื้อเยื่อควรส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ผู้ป่วยที่ได้รับยาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด**

ในปัจจุบันพบผู้ป่วยที่ทานยายับยั้งการแข็งตัวมากขึ้นเนื่องจากยาเหล่านี้ใช้ทานเพื่อป้องกันโรคทางระบบหลายๆโรค เช่น โรคหลอดเลือดในสมองตีบ หรือในผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม โดยพบแบ่งยาที่พบได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ

1.ยาต้านการทำงานของเกร็ดเลือด เช่น Asprin, Clopidogrel( Plavix® ), Ticlopidine ( Ticlid® )

2.ยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด เช่น Wafarin, Heparin

**ข้อควรระวังในการรักษาทางทันตกรรม**

1.ภาวะเลือดหยุดยาก

**การวางแผนการรักษาทางทันตกรรม**

1.สามารถทำหัตถการทางอนุรักษ์ เช่นอุดฟันได้ดังเช่นคนปกติ

2.สามารถทำการรักษาทางศัลยกรรมได้ในผู้ป่วยที่แพทย์ได้สั่งให้หยุดยาแล้วไม่น้อยกว่า 7 วัน สำหรับยากลุ่มต้านการทำงานของเกร็ดเลือด และ 5 วันสำหรับผู้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด

3.ไม่ควรสั่งให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง เนื่องจากผู้ป่วยที่ทานยากลุ่มนี้มักมีโรคทางระบบอยู่

4.หากมีความจำเป็นต้องทำอย่างเร่งด่วนควรแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาโรงพยาบาล

**แนวปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีเลือดออก (Bleeding)**

สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการเลือดออก - ปัญหาเลือดออกภายหลังการทำศัลยกรรม

 - ปัญหาจากโรคปริทันต์

 - ปัญหาจากโรคทางระบบ

 - ปัญหาจากการบาดเจ็บ เป็นต้น

ซักประวัติ, โรคประจำตัว และยาที่รับประทาน

มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยง

BP >140/90 mmHg หรือ < 90/60 mmHg.

- อ่อนเพลีย

- มีจ้ำเลือดตามร่างกาย

ไม่มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยง

-BP 90/60 – 140/90 mmHg.

-ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย

-ไม่มีจ้ำเลือด

กัดผ้ากอซชุบน้ำเกลือ

กัดผ้ากอซชุบน้ำเกลือสังเกตการณ์ 15 นาที

**ส่งต่อโรงพยาบาล**

เลือดไม่หยุดไหล

ให้คำแนะนำผู้ป่วยและให้กลับบ้าน

เลือดหยุดไหล

**หญิงตั้งครรภ์**

 การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาหลายอย่าง ตั้งแต่ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบฮอร์โมน ระบบหายใจ และระบบย่อยอาหาร ฯลฯ รวมไปถึงเนื้อเยื่อในช่องปากด้วย นอกจากนี้การรักษาหญิงตั้งครรภ์ยังต้องคำนึงถึงความไม่ปลอดภัยของทารกในครรภ์ด้วย

**การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมในหญิงตั้งครรภ์**

1.ควรเน้นการดูแลสุขภาพช่องปาก การตรวจฟันมากกว่าการรักษา

2.ไม่ควรให้การรักษาทางทันตกรรมในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ยกเว้นในกรณีที่รีบด่วนเนื่องจากในช่วงนี้เป็นช่วงที่มีอาการแพ้ท้อง และคลื่นไส้ และเป็นช่วงที่ทารกกำลังสร้างอวัยวะ

3.สามารถให้การรักษาได้ในช่วงเดือนที่ 4-6 แต่ไม่ควรใช้เวลานาน

4.ควรหลีกเลี่ยงการรักษาทางทันตกรรมในกรณีที่ไม่รีบด่วน และควรจัดท่าผู้ป่วยในท่านอนตะแคงเพื่อป้องกันภาวะความดันต่ำจากการกดทับเส้นเลือด

**แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีปัญหาอุดกั้นทางเดินหายใจ**

ผู้ป่วยมีปัญหาอุดกั้นทางเดินหายใจ

หยุดการทำงาน

ประเมินความรุนแรง

Severe airway obstruction

ไอไม่ได้มีประสิทธิภาพ

Mild airway obstruction

ไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยไม่มีสติสติ

ผู้ป่วยมีสติ

กระตุ้นให้ไอ หาสาเหตุของการอุดกั้นการหายใจ

เปิดทางเดินหายใจ

เริ่มทำ CPR

Back blow 5 ครั้ง สลับกับ

Abdominal thrust 5 ครั้ง



Abdominal thrust

(Heimlich maneuver)

Back blow

**แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ**

ผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ

หยุดการทำงาน

ขอความช่วยเหลือ

ปรับเก้าอี้นอนหัวต่ำ หนุนขาสูง

ให้ดมแอมโมเนีย หรือแกงไตปลา

วัด Vital sign

ติดต่อ Refer ผู้ป่วยสู่โรงพยาบาล

Monitor vital sign เป็นระยะจนกว่าอาการจะดีขึ้น

Monitor vital sign เป็นระยะResuscitation ตามอาการระหว่างรอส่งต่อ

จัดการการรักษาที่ค้างอยู่เท่าที่จำเป็น

ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

**สรุป**

แนวทางพิจารณารักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบสำหรับผู้ปฏิบัติ งานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ฉบับนี้ได้กล่าวถึงโรคที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อการรักษาทางทันตกรรมเพียงไม่กี่โรคเท่านั้น ในกรณีผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบอื่นๆที่ไม่ได้กล่าวถึงไว้ควรพิจารณาเป็นกรณีไป ในโรคที่ไม่แน่ใจว่าสามารถรักษาได้อย่างปลอดภัยควรส่งต่อให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดย เขียนใบส่งตัว และประวัติโดยละเอียด พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยพกยาที่รับประทานอยู่มาพบแพทย์เพื่อสะดวกในการวินิฉัยและรักษา หรือสามารถโทรมาขอคำปรึกษาได้ที่ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้ที่เบอร์ 0-3724-3018-20 ต่อ 180

**เอกสารอ้างอิง**

1. อรสา ไวคกุล, จิรพันธ์ พันธ์วุฒิกร, วัชรี จังศิริวัฒนธำรง. การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ : พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2552.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2551.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2551.
4. วสันต์ สุเมธกุล, ปัญหาทางอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ : พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : ออฟเซ็ต ครีเอชั่น ; 2553.