



DOMICILIARY ORAL CARE

แนวทางการจัดบริการทางทันตกรรมที่บ้าน



<https://dental.anamai.moph.go.th>









0 2590 4117





สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

DOMICILIARY ORAL CARE







ที่ปรึกษา

- | | |
|---|---|
|  พญ.อัมพร เบลจพลาพิทักษ์ | อริบดีกรมอนามัย |
|  นพ.ปองพล วรปาณี | รองอริบดีกรมอนามัย |
|  ทพ.ดำรง รำรงเลาหะพันธ์ุ | ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
|  ทพญ.นพวรรณ โพชนุกูล | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
|  อ.ดร.ทพญ.มัทนา เกษตระกูล | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
|  ผศ.ทพญ.ดร.กันยารัตน์ คอวนิช | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |

บรรณาธิการ

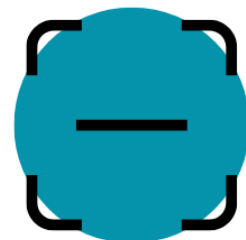
- | | |
|--|------------------------------------|
|  ทพ.พุลพฤษ โสภารัตน์ | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
|  น.ส.มณีนุชา เรือจิตร | ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย |

ผู้เขียน

- | | |
|--|---|
|  รศ.ทพญ.วิไลรัตน์ สฤกษ์ชัยกุล | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
|  รศ.ดร.ทพ.ปิยะพงษ์ พรรณพิสุทธิ์ | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
|  ทพญ.สุราสินี อินทร์ชัย | โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย |
|  ทพ.ธนพงษ์ สันติอุดมชัย | โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก |
|  ทพญ.ธัญชนก บุรีศรี | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
|  ทพ.พุลพฤษ โสภารัตน์ | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |

จัดทำโดย

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2568



Ebook and Download

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สารบัญ	ก
คำนำ	ค
1. บทนำ	1
2. การบริการทางการแพทย์ที่บ้าน	3
2.1 การบริการทางการแพทย์ที่บ้านของประเทศไทย	3
2.2 การจัดบริการทันตกรรมที่บ้านในประเทศต่าง ๆ	4
2.3 การประเมินความจำเป็นในการจัดบริการทางทันตกรรมที่บ้าน	6
2.4 แนวทางการประเมินเพื่อจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน	10
3. แนวคิดการวางแผนการให้บริการสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความต้องการพิเศษ	11
4. แนวทางการให้บริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม	13
4.1 การป้องกันและจัดการโรคฟันผุ	13
4.2 การฝึกหัดทำความสะอาดช่องปาก	17
5. แนวทางการให้บริการรักษาทางทันตกรรม	20
5.1 การจัดบริการทางทันตกรรม กรณีการถอนฟัน	20
5.2 การจัดบริการทางทันตกรรม กรณีการอุดฟันน้ำลาย/การเกลารากฟัน	24
5.3 การจัดบริการทางทันตกรรม กรณีการใส่ฟันเทียมถอดได้	27
5.4 จัดการความเจ็บปวดเนื่องจากแผลในช่องปาก	31
6. การควบคุมการติดเชื้อและการจัดการขยะ	33
6.1 การควบคุมการติดเชื้อ	33
6.2 การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ	34

เรื่อง	หน้า
7. อุปกรณ์สนับสนุนการฉดบริการที่บ้าน	35
7.1 อุปกรณ์สนับสนุนการฉดบริการที่บ้าน	35
7.1.1 เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Fingertip Pulse Oximeter)	35
7.1.2 Sphygmomanometer หรือ เครื่องวัดความดัน	35
7.1.3 Saliva Suction pump	36
7.1.4 Portable x-ray หรือ Handheld portable x-ray machine	37
7.1.5 Emergency kit	38
7.2 สรุพหัตถการทันตกรรมและข้อควรระวังตามสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	40
8. การให้บริการทางไกล	41
บทสรุป	42
อ้างอิง	44
ภาคผนวก	48

คำนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนพิการที่มีข้อจำกัดในการเดินทางไปรับบริการทางทันตกรรมที่สถานพยาบาล ส่งผลให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมที่จำเป็น

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพองค์รวมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและคนพิการ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อย เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน ความเจ็บปวดจากรากฟันเทียม และภาวะน้ำลายแห้ง ล้วนส่งผลกระทบต่อ การรับประทานอาหาร การพูด การสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อีกทั้งยังอาจเป็นสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการและโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ

การจัดบริการทางทันตกรรมที่บ้าน หรือ Domiciliary Oral Care จึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคนพิการ โดยมุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกที่บ้านหรือที่พักอาศัย เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ บรรเทาความเจ็บปวด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การจัดการดังกล่าวต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ทันตแพทย์ ทันตภิบาล พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแล

แนวทางการจัดบริการทางทันตกรรมที่บ้านฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบและทิศทางการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การให้บริการทางทันตกรรม การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรค ตลอดจนการติดตามและอุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ

การพัฒนาระบบบริการทางทันตกรรมที่บ้านจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคนพิการ ลดภาระของครอบครัวและผู้ดูแล ตลอดจนเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศให้มีความครอบคลุม เป็นธรรม และยั่งยืน สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทนำ

อย่างที่เรารู้กันโดยทั่วไปว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมามีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 โดยในตอนนี้จะมีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) ในระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)¹ ทั้งหมด 329,736 คน และได้มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ที่เรียกว่า Care plan กว่าร้อยละ 95 โดยผู้สูงอายุจะได้รับการจัดบริการดูแลด้านสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตามพบว่ามีปัญหาสำคัญประเด็นหนึ่งของผู้สูงอายุที่พบ คือ ปัญหาสุขภาพปาก ได้แก่ ฟันผุเป็นรู เหงือกบวมแดง มีแผลบริเวณริมฝีปาก เนื้อเยื่อ มีรอยฝ้าขาวตามลิ้น มีกลิ่นปาก มีคราบอาหารตกค้าง ซึ่งล้วนสร้างความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สะอาด และยิ่งอาจก่อให้เกิดภาวะที่รุนแรง และความเจ็บป่วยที่มากขึ้น เช่น ภาวะปอดบวมจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) การติดเชื้อบริเวณใบหน้าและขากรรไกร (Dental space abscess) ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว สอดคล้องกับการทบทวน พบว่าผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น จากการศึกษาในประเทศเบลเยียม² ในปี 2017 ได้มีการสำรวจสภาพช่องปากผู้สูงอายุจำนวน 1,226 คนในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 83.9 ปี) มีฟันผุที่รอการรักษากว่าร้อยละ 77 (อุดฟันร้อยละ 31.4 และถอนฟันร้อยละ 67.7) ในขณะที่ประเทศสวีเดน³ มีการประเมินสภาพช่องปากผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินที่เรียกว่า ROAG-J ในปี 2017 จำนวน 20,000 ราย พบว่า ร้อยละ 68 มีโรคฟันผุ และร้อยละ 90 เป็นโรคปริทันต์ระดับปานกลางถึงสูง ส่วนในประเทศญี่ปุ่น ได้มีการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพช่องปากอย่างเป็นรูปธรรม เรียกว่า “80-20 campaign”⁴ โดยเริ่มในปี 1989 และบรรลุเป้าหมายในปี 2016 คือ ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 51.2 มีฟันถาวรอย่างน้อย 20 ซี่จนถึงอายุ 80 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ จะพบปัญหาโรคในช่องปากมากขึ้น ทำให้มีความจำเป็นในการดูแลและเข้ารับบริการทางทันตกรรมที่มากขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในเอกสาร Oral Health for Ageing Populations⁵ ขององค์การอนามัยโลกในปี 2022 “ผู้สูงอายุที่ยังคงมีฟันธรรมชาติอยู่จำนวนมากมีความเสี่ยงสูงที่จะประสบปัญหาสุขภาพช่องปาก เนื่องจากมีความยากลำบากในการดูแลรักษา ความสะอาดช่องปากและฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายหรือการเคลื่อนไหว”

ในขณะที่ประเทศไทย แม้จะยังไม่มีการสำรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ แต่จากข้อมูลการประเมินเพื่อจัดทำแผนการดูแล (Care plan) ในระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ก็พบว่ามีปัญหาด้านช่องปากไม่ต่างจากประเทศอื่น ๆ ได้แก่ ฟันผุไม่ได้รับการรักษา เศษอาหารติดตามซอกฟัน และคอฟัน เหงือกบวม มุมปากเป็นแผล รวมถึงช่องปากไม่ค่อยสะอาดร่วมกับมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการในสถานพยาบาล ที่ต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยในการจัดการ ซึ่งขึ้นอยู่กับทักษะ ความพร้อมด้านเวลาของผู้ดูแล

รวมถึงระบบบริการที่ยังไม่เอื้อ หรือ ไม่มีการรองรับที่ชัดเจน ส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก และการรักษาที่ทันเวลา นำไปสู่การเจ็บปวด ต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจให้ผู้สูงอายุในระยะยาว

ทีมหมอครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลปฐมภูมิ โดยเฉพาะการเยี่ยมและดูแลที่บ้าน ซึ่งทันบุคลากรที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากได้กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากตั้งแต่ การประเมินสุขภาพช่องปาก การประเมินความสามารถในการดูแลอนามัยช่องปากประจำวัน และการฝึกทำความสะอาดช่องปากสำหรับผู้ดูแล รวมถึงการจัดบริการทางทันตกรรมที่บ้าน เช่น ทาฟลูออไรด์ อุดฟันชั่วคราว ซ่อมฟันเทียม เป็นต้น ในขณะที่เหตุการณ์ที่มีความซับซ้อน และความเสี่ยสูง เช่น ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ยังคงต้องไปรับบริการที่สถานพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานในท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขในการจัดระบบที่เอื้อในการให้บริการได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่การขนย้ายผู้ป่วย การจัดระบบนัดหมายล่วงหน้าที่ไม่ต้องรอคิว การมีระบบทันตกรรมทางไกล สำหรับประเมินอาการเบื้องต้น และติดตามการดูแล

จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และการจัดการเมื่อมีปัญหา ต้องอาศัยผู้ดูแล ในการช่วยดูแล ซึ่งขึ้นอยู่กับทักษะ ความพร้อม และการจัดการเวลาของผู้ดูแล การเดินทางไปรับบริการทันตกรรม และระบบบริการที่ยังไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนที่ เป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาและป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านของทันตบุคลากรจึงมีความจำเป็น เพื่อสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้อย่างทันเวลา อันจะนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาปัญหาสุขภาพช่องปากต่อไป

การบริการทางการแพทยที่บ้าน

2.1 การบริการทางการแพทยที่บ้านของประเทศไทย

การให้บริการทางการแพทยที่บ้านของประเทศไทย มีการดำเนินการมาตั้งแต่ในอดีต พบว่ามีตั้งแต่การไปเยี่ยมตามบ้านของหมอประจำตำบล การไปทำคลอดที่บ้านของหมอต้าแย จนมาถึงการปฏิรูประบบสาธารณสุข เริ่มมีโรงพยาบาลเพื่อจัดการโรคระบาดที่เกิดจากการติดเชื้อ ทำให้การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย การพัฒนาเครื่องมือเทคโนโลยีในการรักษา และการสร้างหน่วยบริการในระดับต่าง ๆ ส่งผลต่อรูปแบบการให้บริการทางการแพทย ประชาชนต้องไปรับบริการที่สถานพยาบาล ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ความแออัดของผู้รับบริการในหน่วยบริการ โดยเฉพาะในหน่วยบริการที่ศักยภาพสูง ทำให้ประชากรในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ที่มีความลำบากในการเดินทาง ประกอบกับสภาพสังคมในปัจจุบัน ทั้งจากสภาพร่างกายและการพึ่งพาผู้อื่น ในการรับส่งสถานพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care)

ภายใต้แนวคิด Community Home - Based Care (CHBC)⁵ ขององค์การอนามัยโลก คือ การดูแลทุกรูปแบบที่มอบให้แก่ผู้คนที่ล้มป่วย ณ บ้านของเขาเหล่านั้น ซึ่งการดูแลนั้น ครอบคลุม เรื่องทางกาย จิต สังคม การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลทางจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมาย คือ การส่งมอบความหวังผ่านการดูแลที่มีคุณภาพสูงและเหมาะสมเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงรักษาการดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง และสามารถบรรลุถึงคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ในขณะที่การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)⁶ หมายถึง การบริหารให้มีการจัดบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย และความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานงานกับทีมรักษาว่าจะให้รักษาที่บ้าน หรือ ส่งต่อรักษาที่สถานพยาบาล รวมถึง การประเมินความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือน ซักเสื้อผ้า น้ำกิน น้ำใช้ ไฟฟ้า ความปลอดภัยของทรัพย์สินในบ้าน เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานรัฐอื่น ๆ เช่น อบต. หรือ เทศบาล และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ มาร่วมวางแผนสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)⁶ เป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกไปพบผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นการไปติดตามผลการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือ การไปเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ ๆ ที่ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพครอบครัวที่เปลี่ยนไป ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเกิดสมดุลที่ดีของระบบครอบครัวต่อไป

โดยสรุป การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) จึงหมายถึง การจัดบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริม

สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบการดูแล ครอบครัวตั้งแต่การดูแลสุขภาพอนามัยประจำวัน การจัดการอาหาร การจัดการสถานที่นอนพักผ่อน และการบำบัดเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถปรับตัว และจากโลกนี้ไปอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยในที่เดิม (Ageing In Place) เป็นแนวทางที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในบ้าน ในครอบครัว หรือ ในชุมชนเดิมของตนเอง ให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่ต้องย้ายไปอาศัยอยู่ในสถานบริการระยะยาวประเภทต่าง ๆ และมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุยังคงได้รับบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมอย่างเหมาะสม

สำหรับบริการด้านสุขภาพช่องปากในการจัดบริการที่บ้าน อาจใช้คำว่า Domiciliary Oral Health Care⁷ คือ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ออกไปดำเนินให้ผู้ที่ไม่สามารถออกมารับบริการที่หน่วยบริการได้ รวมถึงแต่กิจกรรมการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทางทันตกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวด ส่งเสริมการคงสภาพช่องปากและป้องกันโรค ในกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดจากด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านร่างกาย และการเคลื่อนที่ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตสุขภาพ อันจะนำไปสู่ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม

2.2 การจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน ในประเทศต่าง ๆ

การจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน หรือ ที่พักพิงของผู้สูงอายุ ได้ถูกพัฒนาเป็นระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนที่ ให้ได้รับการดูแลทางทันตกรรมโดยทันตบุคลากร ซึ่งประกอบไปด้วย ทันตแพทย์, Dental Hygienist, Dental Therapist โดยในแต่ละประเทศมีตัวอย่างรูปแบบ ดังต่อไปนี้

2.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา (USA) การบริการทางทันตกรรมที่บ้านมีหน่วยงานที่ดำเนินการทั้งจากของรัฐ เอกชน และองค์กรการกุศลอื่น ๆ เช่น Medicaid Home and Community-Based Services (HCBS) Waivers, Geriatric House Call Dentistry⁷, Enable dental⁸ เป็นต้น โดยมีกลุ่มประชาชนหลัก คือ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับสมอง เช่น สมองเสื่อม ซึ่งมีกิจกรรมหลัก ได้แก่ การตรวจช่องปาก การทำความสะอาดช่องปาก และการฝึกผู้ดูแลในการดูแลช่องปาก รวมถึงการรักษาเพื่อบำบัดอาการเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน นอกจากนี้ยังมีการใส่ฟันปลอมและแก้ไขฟันปลอมด้วย ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรม

2.2.2 ประเทศราชอาณาจักร (UK)⁹ มีชื่อเรียกว่า Domiciliary oral healthcare (DOHC) โดยหน่วยงานระดับประเทศ คือ NHS (The National Health Service) ได้ออกนโยบาย และแนวทางกลางให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นไปปรับให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถจัดบริการทางทันตกรรม สำหรับประชาชนผู้ที่มีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่คลินิกทันตกรรม ไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพทางร่างกายจิตใจ (รวมถึงผู้คนที่มีความกลัว Agoraphobia: โรคกลัวชุมชน ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลขั้นรุนแรง ไม่สามารถออกมาในที่โล่งแจ้ง การอยู่ท่ามกลางผู้คน การเดินทางในที่สาธารณะ) ซึ่งจะมีการจัดบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การบำบัดรักษาอาการที่เป็นปัญหา การทำความสะอาดช่องปากประจำ 3 - 6 เดือน การปรับแก้ไขฟันปลอม เป็นต้น

ซึ่งการให้บริการดังกล่าว ประชาชนต้องเรียกขอใช้บริการผ่านหน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ (Primary Care Unit) และต้องมีการนัดหมายวัน เวลาที่ชัดเจน

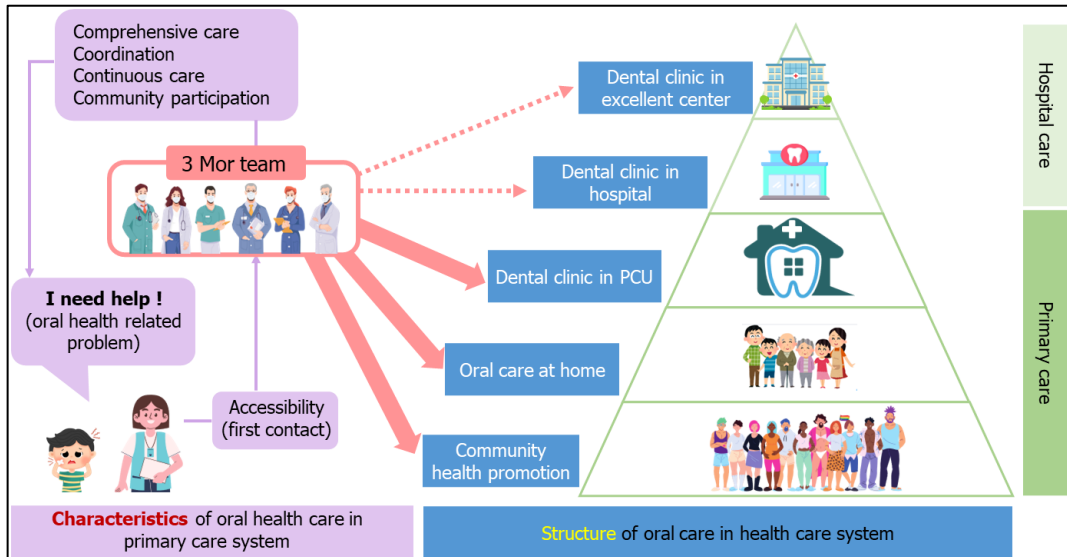
2.2.3 ประเทศออสเตรเลีย¹⁰ มีรูปแบบที่เรียกว่า Home Dental Service (HDS) ให้บริการดูแลทันตกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน สถานดูแลผู้สูงอายุ และสถานที่อื่น ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลออสเตรเลีย และดำเนินการโดยเครือข่ายคลินิกทันตกรรมเอกชน นอกจากนี้ยังมี Royal Flying Doctor Service (RFDS)¹¹ ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรในประเทศออสเตรเลีย ที่ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้คนในชนบทและห่างไกล มีฐานปฏิบัติการมากกว่า 60 แห่ง ทั่วทุกภูมิภาคของออสเตรเลีย โดยจะใช้เครื่องบินขนาดเล็กเป็นพาหนะหลักในการออกให้บริการ บริการที่ให้ ได้แก่ การตรวจฟัน ทำความสะอาดช่องปาก ซ่อมฟันปลอม ถอนฟัน และอุดฟัน แต่หากเป็นงานศัลยกรรมช่องปากที่ซับซ้อนจะมีระบบส่งต่อรักษาที่คลินิกทันตกรรมหรือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน ในส่วนของค่ารักษาทางทันตกรรมประชาชนจะรับผิดชอบ ประมาณร้อยละ 25 ของค่ารักษากลางที่รัฐกำหนดไว้

2.2.4 ประเทศญี่ปุ่น¹² การจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน ได้เริ่มการระบุในค่าใช้จ่ายตามบัญชีค่ารักษาพยาบาลให้ผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2008 “Dental Clinics to Support Home Dental” ซึ่งคลินิกเอกชนสามารถดำเนินการได้ โดยมีผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นในระยะแรกจนถึงปี ค.ศ. 2020 ประมาณร้อยละ 25 ของคลินิกร่วมให้บริการทันตกรรมที่บ้าน ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีความต้องการบริการลักษณะนี้มากขึ้น ในปี ค.ศ. 2024 กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ พยายามจะส่งเสริมให้มีการจัดบริการทันตกรรมที่บ้านเพิ่มมากขึ้น โดยจะเสนอให้การดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน (Domiciliary Dental Health) เป็นหนึ่งของแผนการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ ที่ในการการทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลสุขภาพ (8th medical plan) โดยได้ตั้งเป้าไว้ที่ร้อยละ 40 ของคลินิกทันตกรรมให้บริการทันตกรรมที่บ้านและศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

โดยสรุป บริการทันตกรรมที่บ้าน ในที่นี้ขอใช้คำว่า **Domiciliary Oral Care** เป็นบริการที่หลายประเทศจัดขึ้นมาเป็นส่วนหนึ่งระบบสุขภาพด้านช่องปาก เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดทั้งทางร่างกาย จิตใจ หรือ มิติทางสังคมอื่น ๆ โดยทุกประเทศจะมีการประกาศออกมาเป็นนโยบาย ข้อตกลง การเบิกจ่ายที่ชัดเจน ทั้งประชาชนในกลุ่มที่เป็นเป้าหมาย ลักษณะบริการทางทันตกรรม เพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งรัฐและเอกชนต้องจัดให้ประชาชน โดยอาจกำหนดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์และมีการร่วมจ่ายบางส่วน

อย่างไรก็ดี สำหรับประเทศไทยไม่ใช่เรื่องใหม่ แม้ยังไม่มีการกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจน แต่มีทันตบุคลากรหลายคน มีประสบการณ์ในการลงไปให้บริการทางทันตกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งทำร่วมกับทีมสหวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ รวมถึงการลงเยี่ยมบ้านในกลุ่มหญิงหลังคลอด เพื่อส่งเสริมให้แม่สามารถทำความสะอาดช่องปากของลูกได้ ในการลงเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม โดยจะทำการประเมินสภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากประจำวัน และความจำเป็นในการรับบริการ เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล (Individual Oral Care Plan) ร่วมกันกับผู้ดูแล รวมทั้งการฝึกสอนให้ผู้ดูแลสามารถช่วยผู้ป่วยในการดูแลอนามัย

ช่องปากตนเองได้ หลังจากนั้นอาจจะกลับไปติดตามเป็นระยะ เมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วยหรือทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งหากมีความจำเป็นและ สามารถจัดการความเสี่ยงได้เหมาะสม อาจจัดบริการที่บ้านของผู้ป่วยได้ เช่น ทา ฟลูออไรด์ อดฟันชั่วคราว ถอนฟันอย่างง่าย เสริมฐานฟันเทียม ซ่อมฟันเทียม เป็นต้น ส่วนเหตุการณ์ที่มีความ จำเป็นต้องไปรับบริการที่สถานพยาบาลก็จะทำการประสานงานส่งต่อและนัดหมายให้บริการอย่างทันเวลาต่อไป



อ้างอิง: แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ, คณะอนุกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 มกราคม 2565

2.3 การประเมินความจำเป็นในการจัดบริการทางทันตกรรมที่บ้าน

ในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย (Long Term Care; LTC) ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living; ADL) โดยจะแบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม (12 - 20 คะแนน) คือ ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้ดี กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน (5 - 11 คะแนน) และติดเตียง (0 - 4 คะแนน) ซึ่งในการดูแลระยะยาวจะมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยผู้จัดการการดูแล (Care Manager) และมีการดูแลตามแผนดังกล่าวร่วมกันของญาติ อาสาสมัครผู้ดูแล (Caregiver) และทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ด้านสุขภาพช่องปาก จะเริ่มจากการประเมินสภาพช่องปากโดยอาจใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง¹³ ฉบับภาษาไทย (OHAT - Thai version) เพื่อนำมาจัดทำแผนการดูแลช่องปากในการทำแผน การดูแลรายบุคคลต่อไป

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้ในการประเมินอาจพอแบ่งเป็นกลุ่มได้ 3 ลักษณะ คือ ปกติ เริ่มมีปัญหา และมีปัญหาต้องได้รับการดูแล รายละเอียดดังตัวอย่างตามตาราง

Oral Health Assessment Tool (OHAT) ฉบับภาษาไทย			
ให้คะแนนโดยวงกลมตามลักษณะที่พบ หากพบข้อที่ให้คะแนน 1 หรือ 2 กรุณานัดพบทันตแพทย์เพื่อตรวจช่องปากผู้ป่วยอีกครั้ง			
ลักษณะที่พบ	ปกติ = 0	1 = เริ่มมีปัญหา	2 = มีปัญหาต้องได้รับการดูแล
ริมฝีปาก	มีความชุ่มชื้น เรียบ มีสีชมพู	แห้ง แตก หรือมีสีแดงที่มุมปาก	บวม หรือมีก้อนเนื้อ มีรอยสีขาวหรือสีแดง มีแผล มีเลือดออก หรือมีแผลที่มุมปาก
ลิ้น	ปกติ ชุ่มชื้น ผิวหยาบ หรือ ไม่เรียบ มีสีชมพู	มีรอยสีแดง ลิ้นเรียบหรือเลี่ยน มีร่องหรือ รอยแยก มีคราบขึ้นบนลิ้น	มีรอยสีแดงและ/หรือรอยสีขาว เป็นแผล บวม
เหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก	มีความชุ่มชื้น เรียบ มีสีชมพู ไม่มีเลือดออก	แห้ง เป็นเงา ขรุขระ แดง บวม มีแผลหรือ มีจุดกดเจ็บใต้ฐานฟันเทียม 1 ตำแหน่ง	บวม มีเลือดออก เป็นแผล มีรอยสีขาวหรือสีแดง โดยทั่วไป บริเวณใต้ฐานฟันเทียม
น้ำลาย	เนื้อเยื่ออ่อนชุ่มชื้น น้ำลายไม่ข้น - ไหลลื่น	เนื้อเยื่ออ่อนแห้ง น้ำลายเหนียว น้ำลาย น้อย หรือ ผู้ป่วยรู้สึกปากแห้ง	เนื้อเยื่ออ่อนแห้ง แดง มีน้ำลายน้อยมากหรือข้นมาก หรือไม่มี น้ำลายเลย หรือผู้ป่วยบ่นว่าปากแห้ง
ฟันธรรมชาติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไม่มีตัวฟันผุหรือแตก ไม่มีเศษซากฟัน	ตัวฟันสึกมาก มีตัวฟันผุหรือแตก หรือเศษซากฟัน 1-3 ซี่	ฟันสึกมาก มีฟันผุหรือแตก หรือเศษซากฟัน ตั้งแต่ 4 ซี่ขึ้นไป หรือมีฟันน้อยกว่า 4 ซี่
ฟันเทียม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ใส่ฟันเทียมชุดนี้เป็นประจำ ไม่มีส่วนแตกหัก ชำรุด	มีส่วนแตกหัก ชำรุด 1 ตำแหน่ง ใส่ฟันเทียมเพียง 1-2 ชั่วโมง/วัน ฟันเทียมหลวม เล็กน้อย	มีส่วนแตกหัก ชำรุด มากกว่า 1 ตำแหน่ง ฟันเทียม หายหรือไม่ได้ใส่ ฟันเทียมหลวมและต้องใช้กาวยึด ฟันเทียม
ความสะอาดภายในช่องปาก	สะอาด และไม่มีเศษอาหารหรือหินปูนติดที่ฟันหรือฟันเทียม	พบเศษอาหาร หรือคราบจุลินทรีย์ หรือหินปูน 1-2 ตำแหน่ง ในช่องปาก หรือบางตำแหน่งของฟันเทียม หรือมีกลิ่นปาก	พบเศษอาหาร หรือคราบจุลินทรีย์ หรือหินปูนเกาะเกือบทั่วไปในช่องปาก หรือฟันเทียมแทบทุกส่วน หรือมีกลิ่นปากรุนแรง
อาการเจ็บปวด	ไม่บ่นว่าเจ็บหรือปวด ไม่มีพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดหรืออาการแสดงในช่องปาก	บ่นว่าเจ็บปวดและ/หรือมีพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวด เช่น กัดริมฝีปาก ไม่ทานอาหาร อารมณ์ไม่ดี ก้าวร้าว เอามือตบบริเวณใบหน้า	มีอาการแสดงชัดเจน เช่น เหงือกบวม ฟันแตก บวมบริเวณแก้มหรือเหงือก มีแผล บ่นว่าเจ็บปวด และ/หรือมีพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวด เช่น ไม่รับประทานอาหาร อารมณ์ไม่ดีก้าวร้าว เอามือตบบริเวณใบหน้า
วันที่ประเมิน/...../..... ประเมินจำนวนที่/...../..... คะแนนรวม/16 ผู้ประเมิน			

อ้างอิง: แบบประเมิน OHAT ฉบับภาษาไทย การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงฉบับ ภาษาไทย วริชา แสงจันทร์, 2561

นอกจากนี้อาจใช้ลักษณะทางคลินิกในช่องปากของผู้สูงอายุ ร่วมกับ ประวัติอาการเจ็บปวดจากอวัยวะในช่องปาก ที่แสดงให้เห็นถึง ภาวะเร่งด่วนทางทันตกรรม โดยเฉพาะการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันและเหงือก (Odontogenic infection) 14 ได้แก่ ปวด บวมบริเวณฟันหรือเหงือก มีตุ่มหนอง มีเลือดไหลตามขอบเหงือก ฟันโยก ผู้สูงอายุอาจมีไข้ หนาวสั่น และเบื่ออาหาร กลืนลำบาก รวมถึงการมีกลิ่นไม่พึงประสงค์จากช่องปาก (Mouth Odor)

จะเห็นว่าผู้ป่วยจากโรค หรือ ความผิดปกติในช่องปากจะสร้างความเจ็บปวด ปัญหาในการบดเคี้ยว ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน และการติดเชื้อที่รุนแรงภายหลัง ทำให้ทันตบุคลากรต้องวางแผน จัดบริการที่เหมาะสม เพื่อกำจัด และควบคุมไม่ให้โรคในช่องปากลุกลาม การจัดการทันตกรรมที่บ้าน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการวางแผน และประเมินความเสี่ยงให้เหมาะสมก่อนให้บริการ โดยเฉพาะในงานรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟันและการขูดหินน้ำลายด้วยมือ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมอย่างมีส่วนร่วมทั้งจากทันตบุคลากร และครอบครัวของผู้ป่วย ในที่นี้ได้มีการวางหลักคิดในการวางแผนของการจัดการบริการดังกล่าว โดยที่มุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งต้องอาศัย

ข้อมูลจากหลายส่วนประกอบการตัดสินใจทั้งจากสภาพของผู้สูงอายุ สภาพครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน รายละเอียดดังนี้

2.3.1 สภาพผู้สูงอายุ: เป็นประเด็นแรกในการประเมิน มีหลักคิดคือ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โดยให้ดูจากสภาพร่างกาย ความเจ็บป่วย โรคประจำตัวที่มีผลต่อการเคลื่อนย้าย และอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน รวมถึงความสามารถของครอบครัวในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ให้ประเมินดังนี้

- ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มักจะมีระดับคะแนนการประเมิน ADL น้อยกว่า 4 (กลุ่มติดเตียง) ส่วนมากจะนอนอยู่บนเตียง กลุ่มนี้มักจะมีปัญหาในการมารับบริการที่หน่วยบริการ
- ความเจ็บป่วย หรือ โรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้าย: มีปัญหาการเคลื่อนไหว เช่น ความผิดปกติของกระดูกสันหลัง มีภาวะพิการจากอุบัติเหตุ รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน: ผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้การเคลื่อนย้ายมีข้อจำกัด และเป็นไปด้วยความยุ่งยาก
- การเดินทางมารับบริการทันตกรรม: ผู้สูงอายุที่อยู่โดดเดี่ยว อยู่อาศัยตามลำพัง หรือจำเป็นต้องพึ่งพาญาติ/ผู้ดูแลในการพามาใช้บริการทางทันตกรรม ซึ่งมักประสบปัญหาในการเดินทาง ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย และระยะเวลา

2.3.2 สภาพครอบครัว: การดูแลและการสนับสนุนของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกตลอดจนบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ (Family Hierarchy) มีความสำคัญอย่างยิ่ง หากครอบครัวขาดความใกล้ชิดหรือการแบ่งบทบาทที่เหมาะสม ภาระการดูแลมักตกอยู่กับสมาชิกเพียงบางคน ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลในชีวิตประจำวัน ดังนั้น ทันตบุคลากรจึงควรประเมิน และสื่อสารด้วยความเข้าใจ เพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก อีกทั้งการจัดบริการเชิงรุกยังอาจช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ได้รับการสนับสนุน และมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2.3.3 การสนับสนุนจากชุมชน: การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมารับบริการที่หน่วยบริการ เป็นภารกิจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในปัจจุบันหลายพื้นที่ได้ดำเนินการโดยใช้ทรัพยากรของท้องถิ่น เพื่อช่วยอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2.3.4 ความยุ่งยากของหัตถการทางทันตกรรม:

- **หัตถการที่ไม่ยุ่งยาก** เป็นหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงเล็กน้อย มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขอนามัยช่องปากที่ดี ได้แก่
 - การฝึกทำความสะอาดช่องปาก
 - การเคลือบฟลูออไรด์อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพืงสูง อาจจำเป็นต้องเตรียมเครื่องมือเพิ่มเติม เช่น เครื่องดูดน้ำลายแรงดันสูง เพื่อป้องกันการสำลัก

○ **หัตถการที่มีความยุ่งยากปานกลาง** เป็นหัตถการที่ต้องมีการเตรียมเครื่องมือและเกี่ยวข้องกับการรักษาฟันหรือเหงือก ได้แก่

- การอุดฟัน
- การขูดหินน้ำลายด้วยมือ (hand instrument)
- การทำฟันเทียม

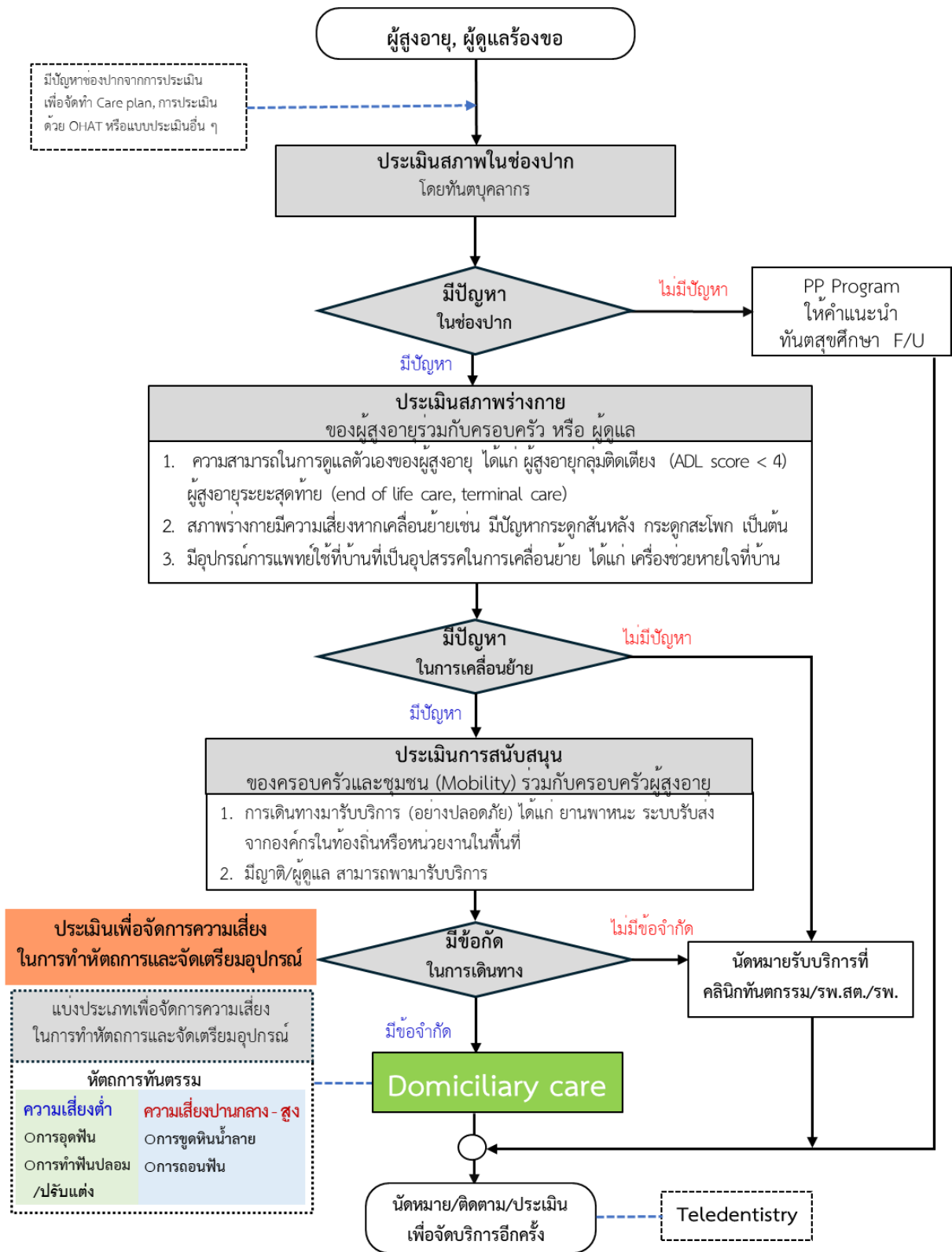
โดยทั่วไปควรมีการปรึกษาหรือวางแผนร่วมกับแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยก่อนให้บริการ

○ **หัตถการที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน** เป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องมีการเตรียมอุปกรณ์และบุคลากรสนับสนุนในการจัดบริการ ได้แก่

- การถอนฟัน
- การเกลารากฟัน
- การขูดหินน้ำลายด้วยเครื่องขูดหินน้ำลาย



2.4 แนวทางการประเมินเพื่อจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน



แนวคิดการวางแผน การให้บริการสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความต้องการพิเศษ

เนื่องจากผู้สูงอายุ หรือ กลุ่มคนที่มีความต้องการพิเศษ แต่ละคนมีพื้นฐานสุขภาพแตกต่างกัน^{15, 16} เช่น ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความจำ จิตใจ รวมทั้งโรคทางระบบที่มีความซับซ้อนกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องวางแผนให้บริการสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคลที่แตกต่างกันตามสถานะสุขภาพ และมิติต่าง ๆ ของผู้ป่วย³ เพื่อให้สามารถบริการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มคนเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงทางทันตกรรมที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาให้น้อยที่สุด ทั้งนี้ ควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก⁴ ดังนี้

- ความต้องการรับบริการทางทันตกรรม มาจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว หรือผู้ดูแล
- Patient Dental Needs: ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่
- ปัญหาในช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือไม่
- ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- ความสามารถในการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาทางทันตกรรม
- โรคทางระบบที่ส่งผลต่อการวางแผนการรักษา และการให้การรักษาทันตกรรม
- เศรษฐฐานะทางการเงิน
- การพยากรณ์โรค และความสำเร็จของการรักษา

3.1 Final Rational treatment plan ^{17,18}

เมื่อพิจารณาความเสี่ยง ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนมิติทางสุขภาพต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างรอบด้านแล้ว (ดังแผนภาพที่ 1) แนวทางการให้บริการสามารถสรุปได้ดังนี้

3.1.1 Emergency care – disease control

- ให้การบำบัดฉุกเฉิน เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด
- ควบคุมการติดเชื้อไม่ให้ลุกลาม

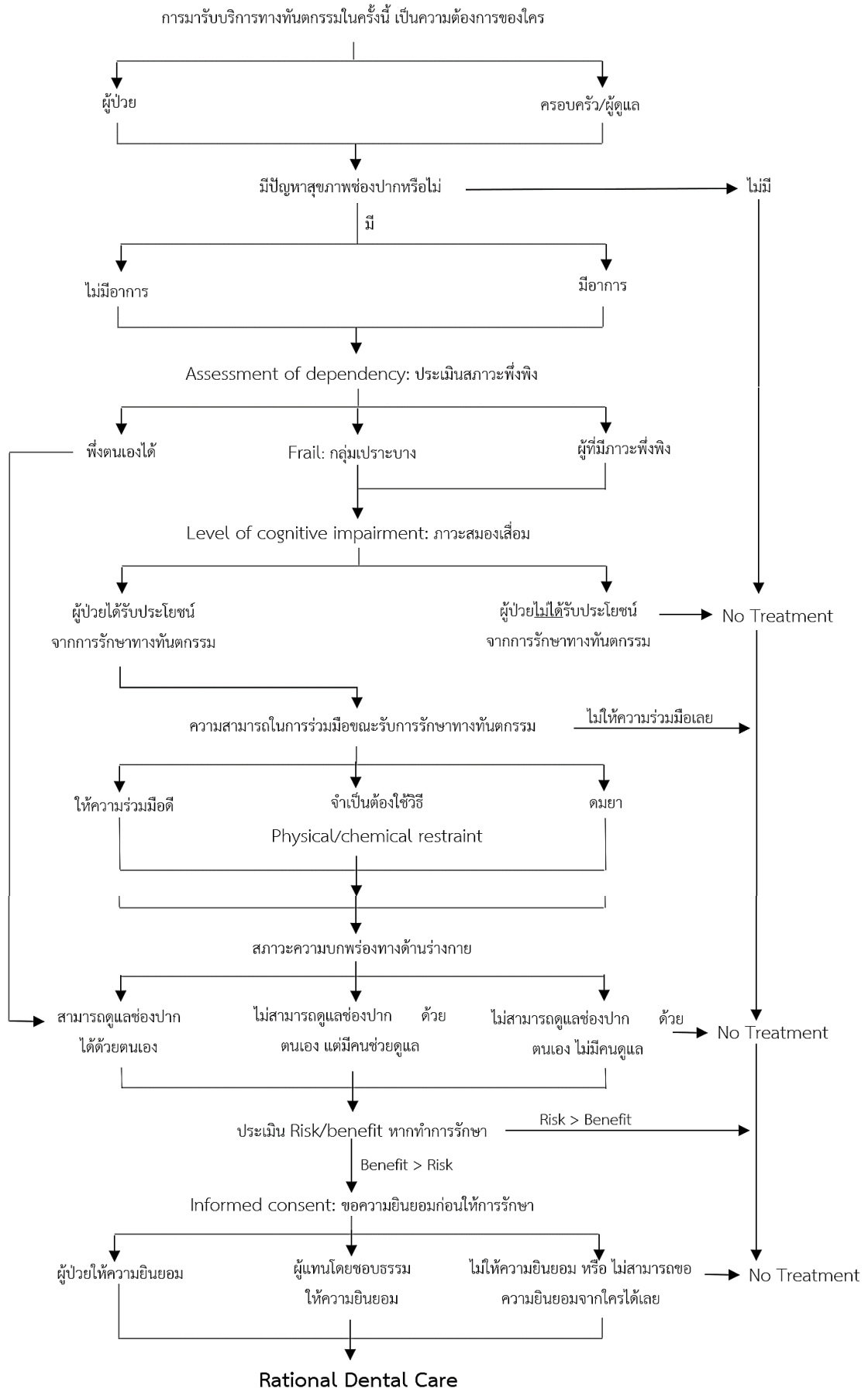
3.1.2 Rehabilitative and reconstructive – maintain "Key teeth"

- พยายามรักษาฟันถาวรที่สำคัญไว้ในช่องปาก เช่น ฟันที่สามารถเป็น abutment เพื่อรองรับฟันเทียม หรือคู่สบฟันถาวรที่จำเป็นต่อการบดเคี้ยว
- หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการบูรณะฟันทั้งช่องปาก (full mouth rehabilitation) ควรพิจารณาด้านเศรษฐฐานะของผู้ป่วยร่วมด้วย

3.1.3 Maintenance and monitoring – recall

- การดูแลอนามัยช่องปากประจำวัน
- การเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก
- การทำความสะอาดฟันเทียม

แผนภาพที่ 1: การตัดสินใจเพื่อวางแผนการให้บริการสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล⁴



แนวทางการให้บริการ ส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม

4.1 การป้องกัน และจัดการโรคฟันผุ:

เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ รวมถึงควบคุมไม่ให้ฟันที่ผุลุกลาม หรือเป็นแหล่งสะสมของเศษอาหารและจุลินทรีย์ มีขั้นตอน ดังนี้

4.1.1 การประเมินลักษณะรอยผุ: รอยผุนบนตัวฟัน และรากฟันในผู้สูงอายุ อาจพบได้ในหลายลักษณะ ดังนี้

- รอยผุบริเวณคอฟัน: มักเห็นเป็นลักษณะรูปตัว V บริเวณคอฟันติดกับเหงือก และอาจพบขอบรอยผุอยู่ใต้เหงือก
- รอยผุบริเวณด้านประชิด: พบบริเวณด้านประชิดของฟัน 2 ซี่ เป็นจุดที่เศษอาหารมักติดสะสมได้ง่าย
- รอยผุด้านบดเคี้ยว หรือ ปลายฟัน:



4.1.2 การจัดการรอยผุโดยใช้ฟลูออไรด์¹⁹

1) กรณียังไม่มีการสูญเสียโครงสร้างฟัน หรือ รากฟันโผล่: เหมาะสำหรับรากฟันที่โผล่ รากฟันผุระยะเริ่มต้น ด้านประชิด หรือซอกฟัน

- วัสดุที่แนะนำ: ฟลูออไรด์วานิช (Topical Fluoride Varnish) เป็นฟลูออไรด์เฉพาะที่ ชนิดเข้มข้นสูง ฟลูออไรด์วานิชที่ใช้มากที่สุดคือ 5% โซเดียมฟลูออไรด์ มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 22,500 ส่วนในล้านส่วน (ppm) หรือ ฟลูออไรด์เฉพาะที่สูตรน้ำ (Water-base topical fluoride) ซึ่งเป็นนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ใหม่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 9500 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ปราศจากสารโรซิน และสารก่อภูมิแพ้ทั่วไป ออกฤทธิ์เร็ว ปล่อยฟลูออไรด์ทันที สามารถใช้ลักษณะเดียวกับฟลูออไรด์วานิช
- ข้อดีที่สำคัญ คือ
 - ใช้งานง่าย ปลอดภัยสูง
 - แข็งตัวได้แม้ในสถานะที่มีความชื้นในช่องปาก

วิธีการทา

1. ทำความสะอาดฟันด้วยการขัดหรือแปรงฟัน
2. กั้นน้ำลายด้วยผ้าก๊อช และเช็ดบริเวณที่จะทาให้แห้ง
3. ทาฟลูออไรด์วานิชบาง ๆ ด้วยพู่กัน โดยกวนวัสดุให้เข้ากันก่อนทา
 - ระวังอย่าให้โดนเหงือกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพ้หรือระคายเคือง
 - หลังการทาฟลูออไรด์วานิช:
 - งดดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที
 - ควรเลี่ยงอาหารแข็ง 2-4 ชั่วโมง
 - งดการแปรงฟันในวันเดียวกับที่ทา เพื่อเพิ่มเวลาการยึดติดและการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟัน
4. แนะนำให้ทาฟลูออไรด์วานิช ปีละ 2 ครั้ง สำหรับผู้สูงอายุที่มีรากฟันโผล่ และมีความเสี่ยงสูงต่อฟันผุ



ภาพการทาฟลูออไรด์วานิชบริเวณคอฟัน

* ข้อควรระวังในการใช้ฟลูออไรด์วานิช: ผู้ที่มีประวัติอาการหอบหืด ผู้ที่มีประวัติแพ้สาร Colophony (Rosin, ยางสนเหลือง) หากไม่แน่ใจอาจให้ทดสอบที่ผิวหนังด้วยพลาสติกก่อนใช้ ผู้ป่วยที่มีแผลหรือการอักเสบในช่องปาก

2) กรณีเป็นรอยผุแต่ยังไม่ทะลุโพรงประสาท²¹:

- บริเวณที่มีการผุที่ผิวรากฟัน วัสดุที่แนะนำคือ Silver diamine fluoride เป็นสารละลาย 38% ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 44,800 - 45,283 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ใช้ทาบนฟันที่ผุหรือบริเวณที่เสี่ยงต่อการผุ เพื่อยับยั้งการผุ และลดอาการเสียวฟัน โดยใช้ปริมาณ ไม่เกิน 1 หยด (25 μ L) ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม
- ข้อห้าม: ผู้ที่แพ้โลหะเงิน หรือ ผู้ที่มีเหงือกอักเสบเป็นแผล หรือ มีเยื่อช่องปากอักเสบ หลีกเลียงฟันผุที่ลึกใน class I หรือ II เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยปวดฟัน

○ วิธีการทา

1. ทำความสะอาดบริเวณรอยผุ โดยใช้ spoon excavator ตักเอาเนื้อฟันผุที่อยู่ และคราบจุลินทรีย์ออกก่อน
2. ทาวาสลิน (หากผู้สูงอายุมีปัญหาการกลืน ให้ระวัง หรือ อาจใช้สูตรน้ำแทน) บริเวณรอบริมฝีปากและเหงือก บริเวณใกล้เคียง ร่วมกับการกั้นน้ำลาย เพื่อ ป้องกันการติดเชื้อและการระคายเคืองเนื้อเยื่อ
3. เป่าฟันและรอยผุให้แห้ง
4. ใช้ฟลูออไรด์ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์บนรอยผุ
 - ปริมาณ: 1 หยด ใช้ได้ประมาณ 5 ซี
 - รอให้ ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ ให้นานเท่าที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือซึม อย่างน้อยประมาณ 8 วินาที – 60 วินาที
 - ซับส่วนเกินออกด้วยสำลี
5. หลังทา ควรงดการเคี้ยวหรือสัมผัสอาหารบริเวณดังกล่าวประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง
6. ควรทาซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ซ้ำ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ไปจนกว่ารอยโรคจะ หยุดผุ หรือ รอยผุได้รับการบูรณะ โดยรอยโรคฟันผุที่หยุดผุ (Arrested caries) จะมีสีน้ำตาล ดำ ส่วนผิวหรือเนื้อฟันปกติจะไม่ติดเชื้อ ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อน

4.1.3 การอุดปิดรอยผุ

ฟันที่มีรูมีลักษณะอาหารติดค้าง เป็นแหล่งสะสมของจุลินทรีย์ที่ทำให้ฟันผุลุกลาม การอุดปิดด้วยวัสดุอุด หลังจากกำจัดเนื้อฟันผุที่ติดเชื้อ จะช่วยให้การทำความสะอาดช่องปากทำได้สะดวกขึ้น และลดความเสี่ยงฟันผุลุกลาม โดยเฉพาะการอุดแบบ Atraumatic Restorative Treatment (ART) ซึ่งเหมาะกับรอยผุในหลุมบริเวณคอฟัน และด้าน บดเคี้ยว ที่ขอบเขตชัดเจนไม่อยู่ใต้เหงือก มีวิธีการดังนี้

- 1) ประเมินบริเวณรอยผุว่ายังอยู่ในชั้นของผิวเคลือบฟัน หรือ เนื้อฟัน โดยให้ประเมินให้ชัดเจน ว่ารอยโรคไม่ลุกลามถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ซึ่งอาจสอบถามอาการแสดงของผู้สูงอายุเพิ่มเติม ได้ เช่น เคยมีอาการปวด เคยมีอาการบวมหรือไม่
- 2) ทำความสะอาดบริเวณที่จะอุดด้วยผ้าก๊อซ เช็ดกำจัดคราบ plaque และเศษอาหาร
- 3) กำจัดรอยผุโดยใช้ Hand instrument เช่น Spoon ตักเอาเนื้อฟันที่นิ่มออก **โดยเน้นให้ได้ ขอบโดยรอบที่แข็งแรงประมาณ 2 มม. หลีกเลี่ยงการตักเนื้อฟันผุบริเวณด้านที่ใกล้กับ โพรงประสาทฟัน โดยสามารถพิจารณา เหลือฟันผุ ที่นิ่ม หรือ แน่น (Soft หรือ firm dentin) ในบริเวณที่ลึกใกล้โพรงประสาทฟันได้ เพื่อป้องกันตกจนทะลุโพรงประสาทฟัน**
- 4) ปรับสภาพผิวเนื้อฟันด้วยสารปรับสภาพผิวเนื้อฟัน (Dentin Conditioner) เช่น 10% polyacrylic acid ทิ้งไว้ 20 วินาที แล้วเช็ดออกด้วยสำลีชุบน้ำหมาด ๆ

5) บุรณะด้วย กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ชนิดตั้งเดิม โดยทำการผสมตามคำแนะนำของ บริษัทผู้ผลิต และใส่ในโพรงฟัน รอยจันวัสดุหยาบมันวาวจึงทำการปาดด้วยเครื่องมือเช่น plastic instrument, Ball burnisher ให้วัสดุแนบกับโพรงฟัน เมื่อวัสดุเริ่มหนืดมากขึ้นอาจใช้ เครื่องมือปลายแหลม เช่น Sickel ทำการสะกิดแต่งบริเวณขอบให้แนบ จากนั้น ทาวาสลีน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของน้ำลาย รอแข็งตัวประมาณ 4-6 นาทีหรือตามคำแนะนำของ บริษัทผู้ผลิต



วัสดุ GI ที่แนะนำ เป็นประเภทที่มีการทำให้แข็งแรงและมีคุณสมบัติที่ดีขึ้น (Reinforcing concept)

สรุปการจัดการรอยโรคฟันผุ

ลักษณะรอยผุ	ข้อแนะนำในการจัดการ	ข้อควรระวัง
● ฟันผุเริ่มต้น (White spot)	- ฟลูออไรด์วานิช - ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	- ผู้ที่มีอาการหอบหืด แพ้ Rosin ที่เป็น ส่วนผสม / มีแผลในปาก
● ฟันผุถึงเนื้อฟัน โดยเฉพาะบริเวณ ผิวยากฟัน หรือ ฟันฉีกเรียบต่าง ๆ	- ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์(SDF) - การอุดฟันด้วยเทคนิค ART	- อาจเกิดอาการระคายเคืองต่อเหงือก และติดสีดำ - กรณีมีรอยผุลึกมากไม่แน่ใจว่าทะลุ โพรงประสาทไม่ควรใช้SDF อาจทำให้เกิดการอุดตันและปวดได้
● ฟันผุทะลุโพรงประสาท	- วางแผนถอนฟัน หรือ รักษาซากฟัน กรณีผู้สูงอายุสะดวกไปรักษาที่ สถานพยาบาล	- ควรจัดเตรียมอุปกรณ์จัดการความ เสี่ยงให้พร้อม(Emergency kit) หาก ตัดสินใจจะถอนฟันที่บ้านผู้สูงอายุ และให้ปรึกษาแพทย์ประจำตัวก่อน ทุกครั้ง
● ฟันผุ เหลือแต่ต่อฟัน	- วางแผนถอนฟัน	

4.2 การฝึกหัดทำความสะอาดช่องปาก

ให้ระวังเรื่องการสำลัก แม้ผู้สูงอายุจะสามารถทำเองได้ โดยมีคำแนะนำ ดังนี้

4.2.1 กรณีผู้สูงอายุสามารถทำความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเอง

- แปรงสีฟัน: สามารถใช้ได้ทั้งแปรงสีฟันไฟฟ้าและแบบธรรมดา
 - ด้ามจับถนัดมือ ไม่ลื่น
 - หัวแปรงขนาดเล็ก หน้าตัดตรง ขนแปรงอ่อนนุ่ม
 - ถ้ามีแผล หรือเลือดออกง่ายมาก ควรใช้แบบขนแปรงอ่อนนุ่มพิเศษ
- ควรใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์อย่างน้อย 1500 ppm.
- ผู้ที่มีข้อจำกัดการขยับข้อมือ: อาจใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า และปรับขนาดด้ามแปรงให้เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจับด้ามแปรงสีฟันได้มั่นคงขึ้น หรืออาจต้องปรึกษานักกายอุปกรณ์/นักกิจกรรมบำบัดเพื่อออกแบบอุปกรณ์เสริมให้เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล



4.2.2 กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง

การดูแลทำความสะอาดช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรคำนึงถึงความยืดหยุ่นและความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้สูงอายุ และความสามารถของผู้ดูแล การแปรงฟันไม่จำเป็นต้องทำทุกเช้า และเย็นเสมอไป แต่สามารถปรับเวลาให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและผู้ดูแล เช่น ในกรณีที่เข้ามีภาระกิจมาก อาจเลื่อนการแปรงฟันไปเป็นช่วงบ่าย หรือแปรงวันละครั้งก็เพียงพอ โดยเน้นร่วมกับการใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์ ผู้ดูแลอาจต้องมีมากกว่าหนึ่งคนเพื่อช่วยในการทำทำความสะอาดช่องปาก หากไม่สะดวกในช่วงเวลาอื่น สามารถใช้วิธีเช็ดหรือบ้วนปากเพื่อลดเศษอาหารตกค้างได้

ขั้นตอนการทำความสะอาดช่องปาก

ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมผู้สูงอายุก่อนการทำความสะอาดช่องปาก

- 1.1) ชี้แจง และสื่อสารให้ผู้สูงอายุทราบว่ากำลังจะทำอะไร
- 1.2) จัดเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากให้พร้อม ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (1,500 ppm) ผ้าก๊อซ อุปกรณ์ช่วยอำปาก แปรงชอกฟัน และแปรงลิ้น
- 1.3) จัดตำแหน่งผู้สูงอายุ โดยปรับระดับความชันศีรษะขึ้นประมาณ 30–45 องศา
- 1.4) ล้างมือ และสวมถุงมือก่อนเริ่มทำความสะอาด

ขั้นตอนที่ 2: การกำจัดคราบจุลินทรีย์ และเศษอาหารตกค้าง

- 2.1) ใช้ผ้าก๊อซหรือผ้าสะอาดพันนิ้ว ชุบน้ำเกลือ เช็ดคราบ/เศษอาหารที่ตกค้างภายในช่องปาก ตามคอฟัน และกระพุ้งแก้มทั้งซ้าย และขวา
- 2.2) ใช้แปรงซอกฟัน หรือ ไหมขัดฟันกำจัดเศษอาหารที่ติดตามซอกฟัน
- 2.3) แปรงฟันเพื่อกำจัดเศษอาหารในช่องปากโดยยังไม่ต้องใช้ยาสีฟัน แล้วค่อยแปรงด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ (เน้น 1,500 ppm.) เพื่อป้องกันการส้าลัก (อาจใช้ยาสีฟันที่ไม่ผสมสาร SLS) หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการอ้าปากให้ใช้อุปกรณ์ช่วยอ้าปาก
- 2.4) ทำความสะอาดที่ละด้าน ทั้งบนและล่าง แล้วเช็ดออกด้วยผ้าก๊อซ แปรงฟันกรามด้านในเป็นขั้นตอนสุดท้ายเพื่อลดการกระตุ้นการส้าลัก
- 2.5) แปรงลิ้นโดยลากจากโคนลิ้นไปปลายลิ้นประมาณ 4-5 ครั้ง
- 2.6) ทำความสะอาดสายช่วยหายใจหรือสายให้อาหารตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3: การสร้างความชุ่มชื้น และการรักษาแผลในช่องปาก

- 3.1) ทาครีมฝีปากด้วยวาสลีน หรือสารให้ความชุ่มชื้นชนิดน้ำ (water-based lubricating agent) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการส้าลัก
- 3.2) ในกรณีมีแผลในช่องปาก ใช้ยาชาเฉพาะที่หรือ TA 0.1% oral paste เพื่อลดความเจ็บปวด
- 3.3) หากมีเหงือกบวมและอักเสบ แนะนำให้ใช้ Chlorhexidine 0.12% เช็ดตามขอบเหงือก เว้นระยะ 2 ชั่วโมง ก่อนหรือหลังแปรงฟัน และไม่ควรใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานตามคำแนะนำของทันตแพทย์



ภาพแสดงการบีบยาสีฟันที่ใช้ในแต่ละครั้ง

4.2.3 กรณีผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ มักมีอาการเจ็บในช่องปากจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral Mucositis) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่มีการอักเสบหรือแผลเกิดขึ้นในช่องปากและลำคอ เป็นสาเหตุสำคัญของความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และอาจส่งผลให้เกิดการขาดช่วงของการรักษา (Treatment Interruption) เป็นเหตุให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร โดยความรุนแรงจะแตกต่างกันและเพิ่มขึ้นแปรผันกับปริมาณรังสีที่ไปยังช่องปาก โดยอาจพบอาการเริ่มต้นจากเยื่อในช่องปากแดง ต่อมาจะมีแผลคล้ายแผลร้อนใน ในบางรายอาจพบว่าแผลนั้นรวมกันเป็นปื้นใหญ่ (Confluent) ส่งผลทำให้การรับรสเปลี่ยนไป และเจ็บปวดเมื่อรับประทานอาหาร ในรายที่เป็นรุนแรงจะเจ็บอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายอ่อนเพลีย คุณภาพชีวิตแย่มาก

วิธีการดูแลสุขอนามัยช่องปากเบื้องต้น

- 1) การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ 4 - 6 ครั้งต่อวัน หรืออาจใช้ Bicarbonate Rinse (Baking Soda ครั้งซ้อนชา ละลายในน้ำเปล่า 2 แก้ว)²¹ บ้วนปากก่อนและหลังอาหาร
- 2) ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม เพื่อลดการเกิดแผลช่องปาก
- 3) การตรวจหาสาเหตุของอาการเจ็บในช่องปากอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อในช่องปาก เช่น เชื้อรา เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด มักมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้ติดเชื้อเหล่านี้ได้ง่ายขึ้น และจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม
- 4) แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรด เช่น อาหารรสเปรี้ยว น้ำอัดลม อาหารรสจัด อาหารแห้ง
- 5) แนะนำพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 6) ควรใช้ยาสีฟันที่มีปริมาณฟลูออไรด์สูง เช่น 5000 ppm เพื่อป้องกันฟันผุ
- 7) กรณีมีอาการปากแห้ง อาจใช้น้ำลายเทียมในรูปแบบต่างๆ เช่น เจล วััน สเปรย์ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

แนวทางการให้บริการ รักษาทางทันตกรรม

ภายหลังการประเมินสภาพช่องปาก หากพบว่าผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพหรือการติดเชื้อ เช่น ฟันผุ และรากฟันผุ เหงือกอักเสบ บวม แผลในช่องปาก รวมถึงการแตกหักของซี่ฟันจากการบดเคี้ยว ภาวะเหล่านี้ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การนอนหลับ และอาจทำให้การติดเชื้อแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ความผิดปกติดังกล่าวยังเป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาดช่องปากประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีนี้ ทันตบุคลากรสามารถพิจารณาดำเนินการรักษาที่บ้านผู้สูงอายุ โดยยึดตามแนวทางปฏิบัติที่ได้แนะนำไว้ข้างต้น

5.1 การจัดบริการทางทันตกรรม กรณีการถอนฟัน

ผู้สูงอายุที่ลักษณะของฟันมีการผุเป็นรู ทะลุโพรงประสาท แตกหักเหลือเป็นต่อฟัน รวมถึงมีการโยกเนื่องจากอวัยวะปริทันต์ถูกทำลาย อาจพบว่ามีอาการอักเสบ หรือ ตุ่มหนอง ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด และเป็นแหล่งสะสมของเชื้อก่อโรค ทันตบุคลากรอาจพิจารณาถึงการถอนเพื่อกำจัดเชื้อโรค และบรรเทาอาการเจ็บปวดให้ผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนดังนี้



ภาพแสดงตัวอย่างของลักษณะฟันที่มีปัญหา ควรจะพิจารณาถอน

5.1.1 การประเมินผู้ป่วย (Patient assessment):

- 1) ทันทบุคลากรควรประเมินความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับการพิจารณาสถานะของโรค (state of disease) เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัย
- 2) ลักษณะฟันที่เป็นสาเหตุของความเจ็บปวด ตัวฟันเป็นรู แตกบิ่น เช่น ฟันโยกเสี่ยงหลุดลงคอ ฟันผุเหลือแต่ตอ ฟันแตกบิ่นเป็นคม พิจารณาความเหมาะสมในการถอนฟัน โดยประเมินเงื่อนไข ดังนี้
 - สามารถถอนฟันได้ภายในระยะเวลา 30 นาที
 - สามารถห้ามเลือดหลังการถอนฟันได้
 - มีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการถอนฟัน
- 3) ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (Level of consciousness): AVPU scale²²⁻²⁵
 - ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (Alert): ผู้ป่วยมักจะลืมตารับรู้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ (follow commands)
 - ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางวาจา (Verbally Responsive): ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ความรู้สึกตัวลดลง มักไม่ลืมตาเอง แต่จะลืมตาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางวาจา และสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้โดยตรงและเข้าใจความหมาย
 - ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บปวด (Painfully Responsive): ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ความรู้สึกตัวลดลง มักไม่ลืมตาเอง แต่อาจลืมตา ขยับหรือร้องออกมาเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บปวดโดยตรง
 - ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Unresponsive): ผู้ป่วยมีอาการซึมชัดเจนน มักไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางวาจาหรือสิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บปวด

**ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง (ระดับ VPU scale) ให้คำนึงถึงความเสี่ยงของการล้มขณะทำหัตถการ (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538431/>) หากจำเป็นต้องทำให้ ประจักษแพทย์/ทันตแพทย์เฉพาะทางก่อนนัดทำหัตถการ

นอกจากนี้ยังมีข้อแนะนำในการจัดบริการที่บ้าน ควรถอนฟันในช่วงเช้า เพื่อให้สามารถติดตามผลการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการและสามารถติดตามแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้เร็วรวดในช่วงบ่าย กรณีหัตถการทางทันตศัลยกรรมที่มีความซับซ้อนหรือหัตถการที่มีความเสี่ยง เช่น การถอนฟันกรามที่เข้าทำหัตถการยาก หรือการมีภาวะติดเชื้อหรือเสี่ยงติดเชื้อร่วมด้วย ให้ปรึกษาทันตแพทย์ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ร่วมในการจัดบริการ

- 4) ประเมินสัญญาณชีพ (Vital sign):
 - ความดันโลหิต (Blood pressure) < 160/100 มิลลิเมตรปรอท
 - อัตราการเต้นของหัวใจ (Pulse rate) 60 – 100 ครั้งต่อนาที
 - อัตราการหายใจ (Respiratory rate) 12 – 20 ครั้งต่อนาที
 - อุณหภูมิ (Body temperature) 37 ± 0.5 องศาเซลเซียส

- 5) การประเมินร่างกายด้านอื่นเพิ่มเติม เช่น การวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (Oxygen saturation) > 95% Oxygen saturation อยู่ในเวลาที่แพทย์ประจำตัวแนะนำสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล ร่วมกับอัตราการหายใจ < 20 ครั้งต่อนาที

5.1.2 การจัดท่าผู้ป่วย (Patient position adjustment):

- 1) ควรจัดศีรษะของผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งสูงกว่าลำตัว เพื่อป้องกันการสำลัก (aspirate prevention) อาจจะใช้หมอนหนุนตำแหน่งศีรษะในรายที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บกระดูกคอ
- 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจะเสี่ยงต่อการสำลัก เพราะ Loss of Gag Reflex แนะนำให้ปรับ upright หรือ semi-supine position พร้อมทั้งเตรียม suction ขณะทำหัตถการให้พร้อม
- 3) ผู้ป่วยที่มี apraxia จำเป็นต้องได้ใช้ mouth gag (หุ้มยาง) หรือ mouth rest ช่วยในการอ้าปากและควรได้รับการรองรับศีรษะอย่างเหมาะสมในขณะทำหัตถการ



ภาพตัวอย่างการจัดท่าผู้ป่วย

5.1.3 การถอนฟัน และการห้ามเลือด (Dental extraction and hemorrhagic control)

- 1) ข้อบ่งชี้ในการถอนฟัน²⁶
 - อาการปวดเฉียบพลัน (Acute pain) ได้แก่ pulpitis, trauma from occlusion (periodontitis / traumatic ulcer from biting)
 - อาการติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute infection) ได้แก่ pulpitis, periodontal abscess
 - อาการเลือดผิดปกติจากฟันที่มีภาวะอักเสบหรือติดเชื้อ (bleeding from chronic infected tooth / unrestorable tooth)
- 2) ควรเลือกใช้ยาชาชนิดที่มีส่วนผสมของสารบีบหลอดเลือด (vasoconstrictor) เพื่อให้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวนานขึ้นและสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้อย่างเพียงพอ ทั้งนี้ ควรใช้ยาชาในปริมาณที่เหมาะสมกับเทคนิคการฉีดยาชาแต่ละวิธี
- 3) ในผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูง และได้รับยาในกลุ่ม non-selective beta blockers เช่น propranolol รวมถึงผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ควรจำกัดปริมาณสารบีบหลอดเลือดชนิด

epinephrine ไม่ให้เกิน 0.04 มิลลิกรัม (เทียบเท่ากับยาชาชนิดที่มีสารบีบหลอดเลือด 1:100,000 จำนวน 2 หลอด หรือ 1:200,000 จำนวน 4 หลอด)²⁷

4) การเลือกใช้อุปกรณ์ และเทคนิคการถอนฟัน

ควรเลือกใช้คีมถอนฟันที่เหมาะสมกับตำแหน่งของฟัน เช่น

- คีมถอนฟันบน (150)
- คีมถอนฟันล่าง (151)
- คีมถอนฟันบนชนิด three beak (88R, 88L)
- คีมถอนฟันล่างชนิด cow-horn (23)

ถอนฟันด้วย atraumatic technique แนะนำการถอนฟันเฉพาะที่เป็นสาเหตุ โดยระหว่างการทำให้ตกลการ สามารถใช้แผ่นก๊อชขนาด 4x4 นิ้ว ช่วยป้องกันการบาดเจ็บทางด้านเพดานปาก ลิ้นและฟันช่องปากจากเครื่องมือ

5) ควรพิจารณาการใส่ resorbable hemostatic agent ชนิด gel foam หรือ surgicel เพื่อป้องกันการภาวะการมีเลือดออกมาก (post operative bleeding) หากทำการเย็บปิดแผลถอนฟัน แนะนำใช้ resorbable suture with atraumatic needle เพื่อป้องกันการซึมหลุดขณะเย็บแผล ประเมินหรือสังเกตการมีเลือดออกนานผิดปกติ (prolonged bleeding) อย่างน้อย 5 - 10 นาที

5.1.4 การดูแลหลังถอนฟัน (Post-operative care) ควรมีการติดตามดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

- ประเมินการหยุดไหลของเลือดจากแผลถอนฟันภายใน 24 ชั่วโมง (1 วัน)
- ประเมินการติดเชื้อของแผลถอนฟันภายในระยะเวลา 4 วัน ถึง 1 สัปดาห์
- การหายของแผลถอนฟันและกระดูกขากรรไกรภายในระยะเวลา 1 - 2 เดือน

การให้ยา (Medication management)

1) ยาบรรเทาปวด (Analgesic):

- Paracetamol (325 – 500 mg) 1tab oral prn for pain q 6 h
รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด
- Tramadol (50 mg) 1tab oral prn for pain q 8 h
รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด แนะนำให้ใน 1 – 2 วันแรก
เมื่อมีอาการปวดระดับปานกลาง (pain score > 4)

2) ยาต้านจุลชีพ (Antibiotics): พิจารณาให้ยาต้านจุลชีพหลังทำการหัตถการในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ การติดเชื้อเฉียบพลัน (acute infection) ได้แก่ acute apical abscess, vestibular space cellulitis เป็นต้น

- Amoxicillin (500 mg) 1cap oral tid pc
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร

- Roxithromycin (150 mg) 1tab oral bid pc
รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร (ใช้ในกรณีแพ้ penicillin)
- Clindamycin (300 mg) 1cap oral tid pc
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร (ใช้ในกรณีแพ้ penicillin)

5.1.5 อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้วาน

- 1) ชุดตรวจฟัน: tray, cotton plier, mouth mirror, explorer
- 2) อุปกรณ์ช่วยในการอำปาก: mouth gag (หุ้มยาง) mouth rest (กรณีใช้ mouth prop ขนาดเล็ก ควรผูกไหมขัดฟันเพื่อป้องกันการหลุดปิดกั้นทางเดินหายใจ)
- 3) ยาชาชนิดที่มีสารบิบบลอลอดเลียด (เช่น lidocaine with epinephrine)
- 4) อุปกรณ์ทำความสะอาดเข้าฟัน: curette, arterial clamp
- 5) อุปกรณ์ถอนฟัน:
 - คีมถอนฟันบน (150)
 - คีมถอนฟันล่าง (151)
 - คีมถอนฟันบนชนิด three beak (88R, 88L)
 - คีมถอนฟันล่างชนิด cow - horn (23)
 - อุปกรณ์ช่วยถอนรากฟัน: bayonet elevator, root tip pick
- 6) อุปกรณ์ห้ามเลือด needle holder, scissor resorbable suture with atraumatic needle resorbable, hemostatic agent (gel foam หรือ surgicel), tranexamic acid (ขนาด 250 mg ให้แกะ capsule นำผงผสมน้ำ 1 ช้อนชา หรือ 5ml. อม 5 นาทีแล้วบ้วน)
- 7) อุปกรณ์ช่วยจัดตำแหน่ง หมอนหนุน โคมไฟ/ไฟฉาย/headlight

5.2 การจัดบริการทางทันตกรรม กรณีการขูดหินน้ำลาย/การเกลารากฟัน

ก่อนการทำหัตถการ ควรเริ่มจากการประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะโรคประจำตัวที่อาจส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับ หรือโรคไต รวมถึงการใช้ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) หรือยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการทำหัตถการ

นอกจากนี้ควรตรวจสอบการใช้ยาที่มีผลข้างเคียงต่อเหงือก เช่น amlodipine, phenytoin หรือ cyclosporine ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะเหงือกบวมโต (gingival enlargement) เมื่อมีการสะสมของคราบจุลินทรีย์มากขึ้น

เมื่อประเมินความเสี่ยงเรียบร้อยแล้ว จึงกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถติดตามผลได้ต่อเนื่อง ทั้งนี้ การวางแผนควรทำร่วมกับแพทย์ผู้รักษาประจำในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคซับซ้อนหรือใช้ยาหลายชนิด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพช่องปาก และสุขภาพโดยรวม

5.2.1 วิธีการประเมินสภาวะปริทันต์เบื้องต้น

- 1) ประเมินระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์: โดยพิจารณาว่ามีฟันซี่ใดที่เป็นโรคปริทันต์ อักเสบรุนแรง มีพยากรณ์โรคไม่ดี หรือช่องว่างการใส่ฟันเทียมซึ่งอาจจำเป็นต้องถอนออกรวมทั้งประเมินฟันซี่ที่เหลือเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป
- 2) ประเมินลักษณะเลือดออก (bleeding): เนื่องจากในกรณีที่เหงือกอักเสบง่ายต่อการมีเลือดออกมาก ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกมากหลังการทำหัตถการ จึงจำเป็นต้องระมัดระวังในการห้ามเลือด และติดตามผลอย่างใกล้ชิดในรายที่ห้ามเลือดให้หยุดไหลยาก
- 3) ประเมินลักษณะเหงือกโต ซึ่งบางครั้งเกิดจากการสะสมหินน้ำลายหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา ในบางกรณีอาจต้องประเมินความจำเป็นในการตัดเหงือกหลังจากการขูดหินน้ำลาย และควบคู่ไปกับการให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
- 4) การประเมินความสามารถในการทำความสะอาดช่องปาก: ความสะอาดช่องปากมีบทบาทสำคัญในการลดการอักเสบของเหงือกและช่วยให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในรายที่ยังไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการฝึก และ สนับสนุนอุปกรณ์ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุ และญาติสามารถทำได้



ภาพแสดงลักษณะทางคลินิกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเหงือกบวมโต (gingival enlargement) ร่วมกับการสะสมของหินน้ำลาย (calculus deposit) โดยมีประวัติการใช้ยากลุ่มแคลเซียมแชนเนลบล็อกเกอร์ (calcium channel blocker) ชนิด amlodipine ประกอบกับการทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเหงือกและเพิ่มความรุนแรงของการบวมโต

5.2.2 การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันที่บ้าน

- 1) เครื่องมือที่ควรจัดเตรียม
 - ชุดตรวจฟันและเหงือก: tray, mouth mirror, explorer, cotton plier, periodontal probe
 - สำลีหรือผ้าก๊อซ สำหรับกันน้ำลาย และเช็ดเศษหินปูน เพื่อป้องกันเศษหินปูนร่วงลงคอผู้ป่วยจนเกิด aspiration
 - เครื่องขูดหินน้ำลาย พร้อมเครื่องดูดน้ำลายแรงดูดสูง (High volume saliva suction)
 - อุปกรณ์ขูดหินน้ำลายด้วยมือ เช่น sickle scalers
 - ในกรณีที่จำเป็นอาจเสริมด้วยอุปกรณ์เกลารากฟัน เช่น Gracey curette (3/4, 7/8, 11/12, 13/14) และ Columbia universal curette (2R/2L, 4R/4L)
 - โคมไฟส่องปาก/ไฟฉาย
 - อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปากไว้สำหรับสาธิตการใช้งานแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 2) คำแนะนำในการทำหัตถการ
 - เมื่อเริ่มทำหัตถการ ควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วย จำนวนซีฟัน และกำหนดจำนวนครั้งที่จะต้องนัดทำตามระดับความรุนแรงของโรคและปริมาณหินน้ำลาย หากพบว่ามีหินน้ำลายมากจนเกินความสามารถของเครื่องมือ hand instrument ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปทำในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ที่มีอุปกรณ์เพียงพอ และสามารถ suction เพื่อควบคุมปริมาณน้ำไม่ให้ลงคอผู้ป่วยได้
 - ระหว่างทำหัตถการควรจัดท่าของผู้ป่วยให้เหมาะสม อาจใช้หมอนหนุนหรือปรับตำแหน่งศีรษะเพื่อป้องกันการสำลัก
 - ใช้สำลีหรือผ้าก๊อซในการกันน้ำลาย และเช็ดคราบเลือดขณะทำหัตถการ สามารถช่วยให้ง่ายต่อการมองเห็นหินน้ำลายที่เหลืออยู่
- 3) ข้อควรระมัดระวัง
 - หากมีเลือดออกมาก หรือห้ามเลือดได้ยาก ควรติดตามผลภายใน 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเลือดออกจากรโรคประจำตัว อาจทดลองขูดเพียง 1-3 ซีก่อน
 - กรณีใช้เครื่องขูดหินน้ำลาย ต้องใช้ร่วมกับเครื่องดูดน้ำลายแรงดูดสูง (High volume saliva suction) ทุกครั้ง และความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย รวมถึงความพร้อมในการควบคุมการติดเชื้อ การฟุ้งกระจายของละอองฝอย
 - นอกจากนี้ควรเน้นการดูแลรักษาภาวะปริทันต์อย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการคงสภาพสภาวะปริทันต์ (Periodontal maintenance) โดยนัดติดตามทุก 3 - 6 เดือน ควบคู่ตามสภาวะปริทันต์ และความสามารถในการทำมาสะอาดของผู้ป่วย

5.2.3 การใช้น้ำยาเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์

น้ำยาบ้วนปากอาจช่วยกำจัดเศษอาหาร ลดกลิ่นปาก และลดแบคทีเรียได้บ้าง อย่างไรก็ตาม น้ำยาบ้วนปากยังไม่สามารถใช้ทดแทนการแปรงฟันและการใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดบริเวณซอกฟันได้ ทั้งนี้ อาจใช้เป็นการเสริมในผู้ป่วยที่มีเหงือกอักเสบรุนแรง แต่ควรระมัดระวังการเลือกใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก จึงควรสังเกตอาการผิดปกติหลังการใช้งาน

5.3 การจัดบริการทางทันตกรรม กรณีการใส่ฟันเทียมถอดได้

การสูญเสียฟันอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ทั้งปัจจัยในเรื่องของการบดเคี้ยวที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ²⁸ หรือความมั่นใจในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นการทำฟันเทียมอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้^{28,29} สำหรับผู้ที่มีภาวะฟังก้องที่สูญเสียฟัน ทันตแพทย์ควรพิจารณาความจำเป็นในการปรับแต่งฟันเทียมชุดเดิม หรือทำฟันเทียมชุดใหม่ โดยคำนึงถึงหลัก Rational Dental Care^{30,31} และสอบถามความต้องการของผู้ป่วย (patient's need/request) ก่อนตัดสินใจให้บริการ^{30,31} รวมถึงการพิจารณาว่าการให้บริการสามารถดำเนินการที่บ้านได้หรือไม่

5.3.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนทำฟันเทียม³²

นอกจากการประเมินความพร้อมของสภาพช่องปากก่อนทำฟันเทียมแล้ว ทันตแพทย์ควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการวางแผนการรักษา การให้บริการ หรือการออกแบบฟันเทียมสำหรับผู้ที่ มีภาวะฟังก้องดังนี้

1) ความสามารถทางการรักษา (Therapeutic Capability):

- ความสามารถในการเดินทางและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น หากผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้านได้ ทันตแพทย์สามารถจัดบริการที่ รพ.สต. แทนได้
- Restrictions on patient positioning สามารถจัดตำแหน่งทำฟันของผู้ป่วยได้หรือไม่
- ความสามารถของผู้ป่วยในการทนต่อการรับบริการที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง และใช้เวลาในการอ้าปากนาน ๆ
- ความเสี่ยงจากโรคประจำตัว และยา
- ความสามารถในการปรับตัวต่อฟันเทียมชุดใหม่

2) ความสามารถในการทำความสะอาดช่องปาก (Oral hygiene ability):

- Manual dexterity and Gripping ability: ทักษะการใช้มือ และความแข็งแรงของมือ ในการจับแปรงเพื่อทำความสะอาดช่องปาก/ฟันเทียม หรือการถอด-ใส่ฟันเทียม
- Visual acuity ความสามารถในการมองเห็นขณะทำความสะอาดช่องปาก/ฟันเทียม
- ระดับความยาก/ง่าย ในการทำความสะอาดช่องปาก/ฟันเทียม
- หากผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดช่องปาก/ฟันเทียมได้ด้วยตนเอง หรือต้องการความช่วยเหลือในบางครั้ง ควรพิจารณาว่าผู้ป่วยมีผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือหรือไม่

3) ความรับผิดชอบต่อตนเอง (Self – responsibility):

- สามารถรับรู้ปัญหาของช่องปาก แสดงความต้องการ/ตัดสินใจที่จะรับการรักษาด้วยตนเอง
- ความสามารถในดูแลตนเอง หรือปฏิบัติตามคำแนะนำภายหลังจากเข้ารับบริการทางทันตกรรม
- หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ให้พิจารณาว่ามีผู้แทนโดยชอบธรรมที่สามารถตัดสินใจแทนได้หรือไม่

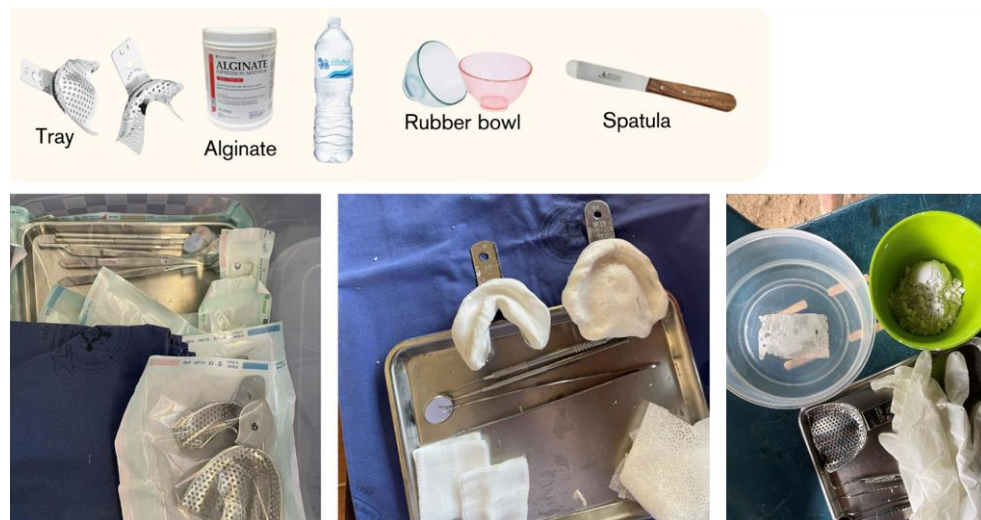
5.3.2 หลักการออกแบบฟันเทียมถอดได้สำหรับผู้ที่มีภาวะผิ้วผิ้ว

ปัจจัยหลักพื้นฐานสำหรับการออกแบบฟันเทียมชนิดถอดได้³³ ที่ทำให้สามารถใช้งานฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ Retention หรือความสามารถในการยึดอยู่ของฟันเทียม Stability หรือเสถียรภาพของฟันเทียม และ Support หรือส่วนรองรับของฟันเทียมที่ดี³⁴ สำหรับผู้ที่มีภาวะผิ้วผิ้ว หรือผู้สูงอายุในการออกแบบฟันเทียมนั้น ทันตแพทย์ควรวางแผนเผื่ออนาคต กรณีผู้ป่วยอาจมีภาวะผิ้วผิ้วเพิ่มขึ้น เกิดภาวะหง่อม (frail) แรงแน้อยลง จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ด้วยเช่นกัน³⁵

สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทันตแพทย์ควรคำนึงถึงอนาคตที่ความบกพร่องทางด้านความจำของผู้ป่วยอาจเพิ่มขึ้น การออกแบบฟันเทียมชนิดถอดได้ควรแข็งแรง ตะขอที่จับไม่ควรแน่นเกินไปจนผู้ป่วยไม่สามารถถอด - ใส่ได้ด้วยตนเอง และง่ายต่อการดูแลทำความสะอาดสำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแล³⁶

ตัวอย่างการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำฟันเทียมที่บ้าน

1) Primary impression

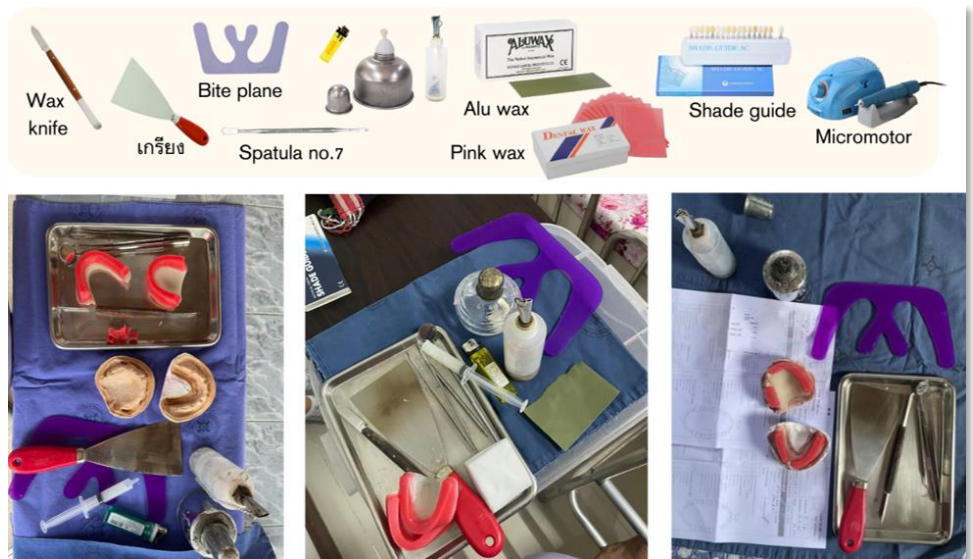


2) Secondary impression - border molding & final impression



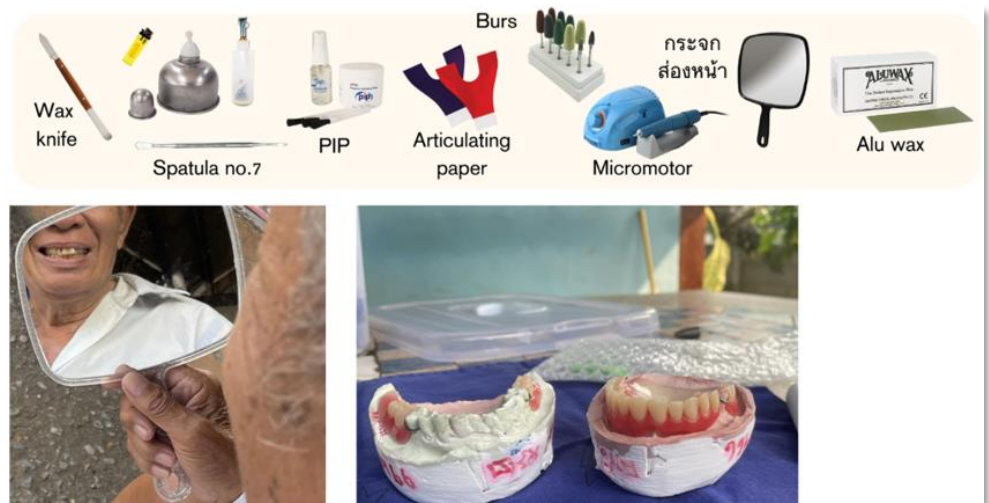
*หมายเหตุ ทันตแพทย์สามารถเลือกวัสดุในการพิมพ์ปากได้ตามถนัด นอกจากนี้ควรระวังเรื่องความชื้นเหน็ดของวัสดุพิมพ์ที่อาจไหลลงคอผู้ป่วยจนทำให้สำลัก (aspiration) ได้

3) Jaw registration: บันทึกการสบฟัน

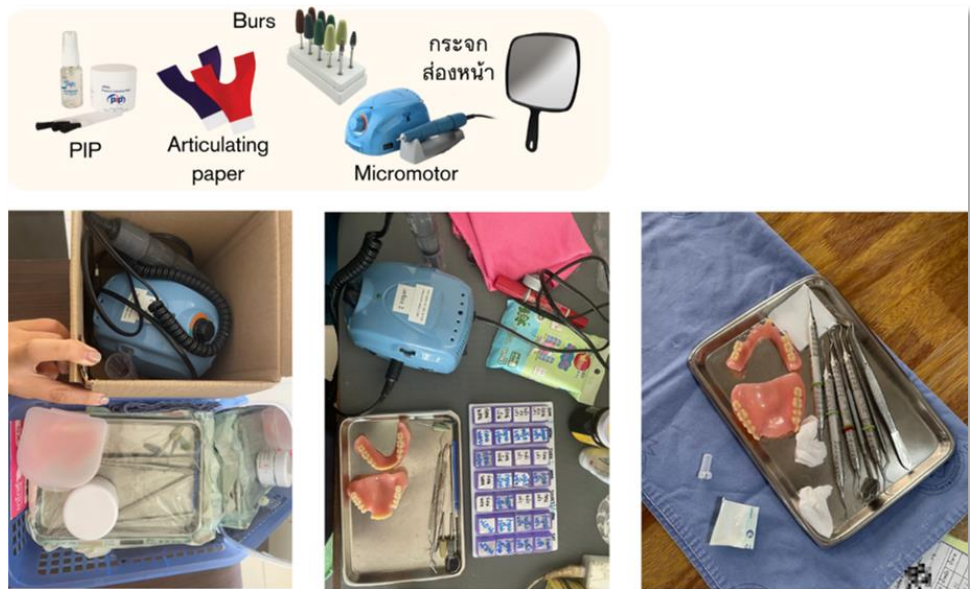


*หมายเหตุ ทันตแพทย์สามารถเลือกวัสดุบันทึกการสบฟันได้ตามถนัด

4) Try in teeth: ลองฟัน

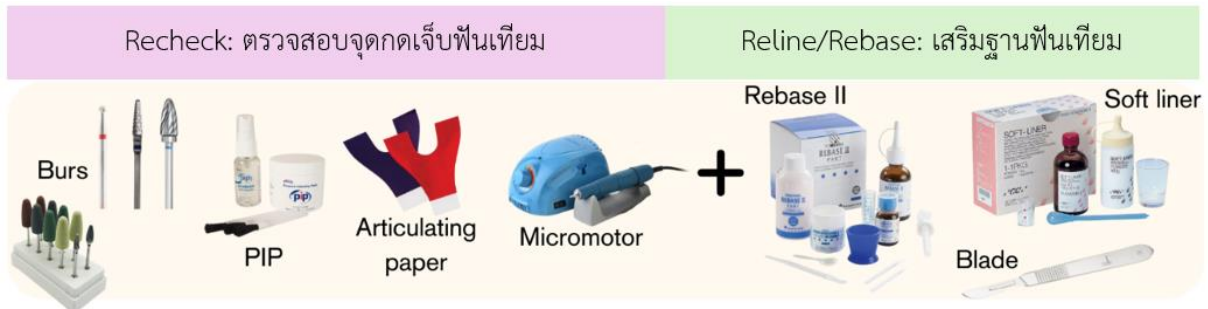


5) Insert: ใส่ฟัน



การจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการปรับแต่งฟันเทียมที่บ้าน

ประกอบไปด้วย การตรวจสอบจุดกดเจ็บฟันเทียม การเปลี่ยนฐานหรือเสริมฐานฟันเทียม การซ่อมฟันเทียม



ทั้งนี้การเตรียมอุปกรณ์ขึ้นอยู่กับงานที่ทำ เช่น ฟันเทียมหักแต่ยังสามารถต่อกันได้แบบสนิท ดังรูป ทันตแพทย์สามารถนำฟันเทียมนั้น ๆ ส่งช่างทันตกรรมเพื่อซ่อม แล้วเข้าไปใส่ฟันให้ผู้ป่วยที่บ้านได้ภายหลัง หรือหากทันตแพทย์ต้องการพิมพ์ปากและบันทึกการสบฟันเพื่อเปลี่ยนฐานฟันเทียม หรือ พิมพ์ปากเพื่อเติมซี่ฟัน ก็จำเป็นต้องเตรียมวัสดุพิมพ์ปาก และวัสดุบันทึกการสบฟันไปเพิ่มเติม



5.4 การจัดการความเจ็บปวด เนื่องจากแผลในช่องปาก

นอกเหนือจากอาการเจ็บปวดจากฟันผุ เหงือกอักเสบ ผู้สูงอายุอาจมีการเจ็บปวดที่เกิดจากความผิดปกติ หรือ โรคที่เนื้อเยื่ออ่อน โดยเฉพาะภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral Mucositis) คือ ปฏิกิริยาการอักเสบของเยื่อ ชั้นอีพิทีเรียลเซลล์ (Epithelial cells) และใต้ชั้นอีพิทีเรียลเซลล์ (Subepithelial cells) ภายในช่องปาก ส่วนมากมักพบในผู้ป่วยที่รักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัด และมักจะสร้างความเจ็บปวดในช่องปาก ซึ่งจะกระทบต่อการกินและกลืนอาหารที่ลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง นำไปสู่การมีภาวะทุพโภชนาการ และมีผลย้อนกลับทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากรุนแรงมากขึ้น การฟื้นฟูหายของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบช้าลง ดังนั้น การจัดการความเจ็บปวดในช่องปากจึงเป็น ส่วนสำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

5.4.1 เบื้องต้นให้ลดปัจจัยที่จะสร้างความเจ็บปวด ลดความระคายเคือง ดังนี้

- หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสจัด รสเปรี้ยว ร้อนจัดหรือเย็นจัด
- งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่

- ควรปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารเป็นอาหารอ่อนนุ่ม ลื่น เช่น ก๋วยเตี๋ยวน้ำ ข้าวต้ม โจ๊ก หรือไข่ตุ๋น
- หากอยู่ในช่วงการฉายรังสีรักษา และมีอาการระคายเคือง เจ็บมาก อาจต้องใช้อาหารเหลว เช่น น้ำซุปร้อนหรือใส นม น้ำเต้าหู้ หรือ อาหารทางการแพทย์

5.4.2 การใช้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดในช่องปากและคอ

อย่างไรก็ดี หากประเมินแล้วผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดมาก จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อจัดการความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในที่นี้มี 2 ประเภท ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่ และยาระงับปวด โดยการใช้ยาชาเฉพาะที่นั้น เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ได้แก่ 2% viscous lidocaine Benzocaine Dibucaine และ Tetracaine โดยที่นิยมใช้มากที่สุดคือ 2% viscous lidocaine ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ แบบอมและแบบพ่น แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ยาชาเฉพาะที่ จะมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวดได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่มีความปวดระดับรุนแรง อาจจำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดร่วมด้วย โดยในการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ลำดับชั้น คือ ชั้นที่ 1 ยาระงับปวด ประเภทไม่ใช่ยาเสพติด (Non-opioid drugs) ชั้นที่ 2 ยาระงับปวดประเภทเสพติดระดับอ่อน (Weak - opioid drugs) และชั้นที่ 3 ยาระงับปวดประเภทเสพติดอย่างแรง (Strong opioid drug) โดยประสิทธิภาพของการจัดการความปวด และการใช้ยาระงับปวดนี้ ขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างระดับความเจ็บปวดกับประเภทของยาระงับปวดที่ได้รับ

ยาที่ใช้บ่อยเพื่อระงับความเจ็บปวดในช่องปากและคอจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ประเภทยา	ชื่อยา	วิธีการใช้	หมายเหตุ
Topical analgesics	- Benzylamine HCl (Difflam®)	15 มล. กลั้วปากและคอแล้ว บ้วนทิ้งทุก ๆ 2 - 3 ชม.	แนะนำให้ออม/กลั้วยาชา ก่อนรับประทานอาหาร ตามแผนการรักษาของ แพทย์ เพื่อลดความเจ็บปวดขณะกลืนอาหาร
	- 2% lidocaine HCl (Xylocaine viscous®)	5 - 10 มล. อมกลั้วให้ทั่วปากและคอ แล้วกลืนช้า ๆ ก่อนรับประทานอาหาร 15 นาที	
Systemic analgesics	- Acetaminophen (Paracetamol®, Tylenol®)	1 - 2 เม็ด ทุก 4 - 6 ชม. เวลาปวด	การฉีดยาระงับปวดให้ประสาทมึนแพทย์ หรือ พยาบาลเพื่อประเมินร่วมกันก่อนทุกครั้ง
	- Acetaminophen with codeine (TWC®)	1 - 2 เม็ด ทุก 4 - 6 ชม. เวลาปวด	
	- Tramadol (Tramal®)	1 เม็ด ทุก 6 ชม. เวลาปวด	
	- Morphine sulfate (Morphine syrup®)	2 - 5 มก. ทุก 2 - 4 ชม. เวลาปวด ปรับยาตาม ระดับความปวด ใช้ในกรณีที่	
	- Morphine sustained-release (MST®)	ควบคุมความปวดจากยา กลุ่ม Immediate release ได้แล้ว โดยเริ่มต้น ที่ 10 มก. ทุก 12 ชม. ปรับยาตาม ระดับ ความปวด	

การควบคุมการติดเชื้อ และการจัดการขยะ

เมื่อวางแผนจะจัดบริการที่บ้านสิ่งสำคัญที่ต้องมีการจัดเตรียมให้พร้อมด้วย คือ การควบคุมการติดเชื้อ และการจัดการขยะที่เกิดจากการให้บริการ โดยเฉพาะการทำหัตถการที่มีการฟุ้งกระจาย หรือ อาจมีความเสี่ยงของการกระจายของสารคัดหลั่งในช่องปาก เช่น เลือด น้ำลาย ได้แก่ การถอนฟัน การขูดหินน้ำลายด้วยมือ การทำและปรับแต่งฟันเทียม รวมถึง การทำความสะอาดช่องปากที่ใช้เครื่องมือช่วย เช่น เครื่องฉีดพ่นทำความสะอาดด้วยน้ำ เป็นต้น

6.1 การควบคุมการติดเชื้อ

6.1.1 การจัดการอุปกรณ์ป้องกันตัวของผู้ให้บริการ³⁷: Standard PPE

- หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ที่แนบสนิทกับใบหน้า (Sealed Surgical mask) หรือ หน้ากาก ทางการแพทย์ชนิด N95
- ชุดกาวน์ยาวแขนจุ่มคลุมถึงข้อมือ (gown)
- กระจกป้องกันใบหน้า หรือ แว่นป้องกันตา (Face shield/Goggle)
- หมวกคลุมผม (Hair net)
- ถุงมือตรวจโรคทั่วไปชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง (Disposable gloves)



ภาพแสดงตัวอย่างการแต่งตัวขณะให้บริการที่บ้าน

6.1.2 การจัดเตรียมพื้นที่ให้บริการ

ควรเป็นพื้นที่ที่เปิดโล่ง แสงสว่างเพียงพอ สะดวกในการเคลื่อนย้าย (หากมีเหตุฉุกเฉิน) ทันตบุคลากรและญาติเข้าทำได้สะดวก มีน้ำสะอาดไว้สำหรับทำความสะอาด รวมถึงการล้างมือ

6.2 การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ³⁸

6.2.1 ขยะที่เกิดจากการให้บริการทางทันตกรรม ที่ต้องมีการจัดการและนำกลับมากำจัดที่หน่วยบริการอาจพอแบ่งได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่สงสัยว่าปนเปื้อนสิ่งสกปรกที่ก่อให้เกิดโรค เช่น แบคทีเรีย ไวรัส ปรสิต เชื้อรา ที่มีความเข้มข้นหรือปริมาณเพียงพอที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคได้ รวมถึง สิ่งของที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ จากร่างกาย นอกจากนี้ยังรวมถึงเนื้อเยื่อ อวัยวะ ซี่ฟัน และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เลือด สารคัดหลั่งจากร่างกาย ที่เกิดจากการทำหัตถการ
- 2) มูลฝอยประเภทมีคม คือสิ่งของที่ใช้ในการผ่าตัดบาดแผล การเย็บ การฉีดยาในช่องปาก การใช้มีดผ่าตัดขนาดเล็ก และใบมีดอื่น ๆ ชุดน้ำเกลือ ถึงแม้ว่าสิ่งของเหล่านี้ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค แต่เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ควรมีการจัดการด้วยวิธีเดียวกับมูลฝอยติดเชื้อ

6.2.2 ขั้นตอนการเก็บขยะติดเชื้อ (อ้างอิงการจับเก็บขยะติดเชื้อที่บ้านช่วงสถานการณ์ Covid-19)³⁹

- 1) เก็บรวบรวมขยะติดเชื้อหลังทำหัตถการเสร็จ
- 2) ทิ้งขยะในถุงพลาสติก 2 ชั้น โดยใช้ถุงแดงหรือเขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ” ให้เห็นชัดเจน ควรเตรียมขนาดของถุงที่พอเหมาะ ไม่ใหญ่ หรือ เล็กเกินไป
- 3) ถุงชั้นแรกมัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น เช็ดปากถุงด้วยสารฆ่าเชื้อ เช่น น้ำยาฟอกขาวผสมน้ำ หรือแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 จากนั้นใส่ในถุงชั้นที่ 2 มัดปากถุงให้แน่นแล้วเช็ดด้วยสารฆ่าเชื้ออีกครั้ง
- 4) เคลื่อนย้ายขยะกลับไปพร้อม และนำไปยังจุดรับทิ้งขยะติดเชื้อที่จัดไว้โดยเฉพาะ เพื่อรอการจัดเก็บจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ



ภาพแสดงตัวอย่างการมัดปากถุงขยะติดเชื้อ ภายหลังจากการให้บริการ

อุปกรณ์สนับสนุน การฉับบริการที่บ้าน

การทำหัตถการทางทันตกรรม ผู้สูงอายุอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายจากความกังวลใจ ความกลัว การสูญเสียเลือด ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดตก หรือ ระดับน้ำตาลต่ำลง เป็นต้น ทันตบุคลากร จึงควรเตรียมอุปกรณ์แบบพกพาไปด้วย เพื่อช่วยในการตรวจจับสัญญาณชีพต่าง ๆ ได้ทันเวลา ดังนี้

7.1 อุปกรณ์สนับสนุนการฉับบริการที่บ้าน

7.1.1 เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Fingertip Pulse Oximeter)³⁹ เป็นเครื่องตรวจวัดร้อยละของฮีโมโกลบินที่จับอยู่กับออกซิเจนในเลือดแดง ซึ่งจะบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของปอด และระบบทางเดินหายใจ ว่าการทำงานอยู่ในระดับใดและมีการเปลี่ยนแปลงที่แย่งลง หรืออยู่ในระดับปกติ โดยค่าออกซิเจนในเลือด (SpO2) ไม่ควรต่ำกว่า 95% และค่าชีพจร (Pulse Rate) ควรอยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้ง/นาที

วิธีการใช้

- 1) ทำความสะอาดนิ้วมือให้สะอาดก่อนใช้งาน และเช็ดให้แห้ง
- 2) แนะนำให้ใช้นิ้วกลาง นิ้วชี้ หรือ นิ้วนาง
- 3) สอดนิ้วเข้าไปในเครื่องให้กระชับ และให้เครื่องอ่านค่าประมาณ 2 - 3 นาที
- 4) ขณะทำหัตถการควรใส่ไว้ตลอดเวลา และคอยสังเกตค่าตัวเลขอยู่เสมอ

ลักษณะอาการที่แสดงว่าเริ่มมีความผิดปกติ ผลตรวจระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ต่ำกว่า 95 หรือต่ำลงเรื่อย ๆ มีการหายใจเร็วมากขึ้น และแย่งลงภายใน 1 ชั่วโมง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจรู้สึกหนาวและเหงื่อออกหน้าซีดหรือผิวหนังเป็นตุ่มแดงและอาจมีการไอเป็นเลือด

7.1.2 Sphygmomanometer หรือ เครื่องวัดความดัน⁴⁰ โดยทั่วไปจะมี 3 แบบ คือ

- 1) แบบปรอท (Mercury): ใช้ปรอทในหลอดแก้วเป็นตัววัดความดัน แม่นยำสูงแต่ปัจจุบันใช้น้อยลง เนื่องจากความเป็นพิษของปรอท
- 2) แบบ Aneroid: ใช้กลไกสปริงในการวัด น้ำหนักเบา พกพาสะดวก
- 3) แบบดิจิทัล: ใช้เซ็นเซอร์อิเล็กทรอนิกส์ ใช้งานง่าย แสดงผลเป็นตัวเลข ซึ่งส่วนมากจะใช้แบบนี้ในการลงเยี่ยมบ้าน

วิธีการใช้ โดยทั่วไปเป็นเครื่องมือแพทย์ที่พบได้ที่บ้าน มีการใช้งานไม่ยาก โดยเฉพาะแบบดิจิทัล อย่างไรก็ตามเพื่อความแม่นยำ มีคำแนะนำในการเตรียมตัวผู้สูงอายุเบื้องต้นก่อนการวัดความดัน ได้แก่

- 1) ให้นั่งพักนิ่ง ๆ ทำให้จิตใจสบาย ไม่กังวล ประมาณ 5 นาที
- 2) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย ต้มเครื่องดื่มกระตุ้น เช่น กาแฟหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 30 นาที ก่อนการวัด

- 3) หลีกเลี่ยงการวางผ้าพันแขนไว้ที่ด้านข้างของเต้านม หรือรักแร้ที่ได้รับการผ่าตัดทุกประเภท
- 4) ไม่ตรวจความดันโลหิตกับแขน/ขา ที่มีการใช้ยาทางหลอดเลือดดำ ที่มีการแบ่งหลอดเลือดหรือทวาร หรือได้รับบาดเจ็บ หรือความผิดปกติบางประเภท

นอกจากนี้กรณีผู้สูงอายุที่นอนบนเตียง อาจต้องมีการจัดเตรียม วิธีเฉพาะและข้อควรระวัง ดังนี้

- 1) ให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง
- 2) ปรับหัวเตียงให้อยู่ในระดับ 30 - 45 องศา หากสามารถทำได้และไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์
- 3) จัดให้แขนของผู้ป่วยอยู่แนบลำตัว
- 4) วางแขนบนเตียงหรือหมอน เพื่อให้อยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ
- 5) เลือกขนาดผ้าพันแขนที่เหมาะสมกับขนาดแขนของผู้ป่วย
- 6) พันผ้ารัดแขนเหนือข้อพับประมาณ 2 - 3 นิ้ว
- 7) ตรวจสอบว่าผ้าพันแขนไม่แน่นหรือหลวมเกินไป
- 8) ดำเนินการวัดตามขั้นตอนปกติ
- 9) ระวังไม่ให้สายของเครื่องวัดความดันพันกับอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ

7.1.3 Saliva Suction pump⁴¹ เครื่องดูดน้ำลาย พร้อมสายดูด

เป็นเครื่องมือที่ใช้หลักการแรงดันลบ ในการดูดของเหลว มี 2 ระบบคือ แบบดูดต่อเนื่อง และดูดเป็นระยะ โดยสามารถปรับระดับแรงในการดูดได้ ในส่วนของหัวต่อเพื่อดูดของเหลวมีหลายแบบ ในที่นี้แนะนำแบบ Yankauer⁴² ซึ่งมีลักษณะเป็นท่อเรียวยาว ที่ปลายล้อมรอบด้วยหัวกระเปาะและมีช่องเปิดสำหรับดูดของเหลว โดยจะไม่ทำให้เนื้อเยื่ออ่อนเป็นแผล

ในปัจจุบันเป็นเครื่องมือที่พบได้ที่บ้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาการกลืน เนื่องจากพยาธิสภาพจากโรคทางสมอง เช่น สมองเสื่อม post - stroke รวมถึงผู้สูงอายุที่มีเสมหะมาก อาจเกิดการสำลักได้ขณะแปรงฟันทำความสะอาดประจำวัน และการรักษาทางทันตกรรม



ภาพประกอบจากอินเทอร์เน็ต

วิธีการใช้

- 1) ล้างมือและใส่ถุงมือก่อนดูดเสมหะทุกครั้ง
- 2) ไม่ควรใช้แรงดันที่สูงมากเกินไป หากเสมหะไม่ได้เหนียวข้นผิดปกติ ให้ค่อย ๆ สังเกตและเพิ่มแรงดันขึ้นทีละน้อย
- 3) ไม่ควรใช้เวลาในการดูดเสมหะต่อรอบ นานเกินไป ให้ระยะเวลาประมาณ 10 - 20 วินาที หรือกำหนดรอบที่จะดูดเสมหะ เพื่อป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนได้
- 4) ควรสังเกตอาการของผู้ใช้งานเครื่องดูดอย่างใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยให้มีการใช้เครื่องมือเพียงลำพัง
- 5) หลังการดูดเสมหะเสร็จสิ้นแล้ว ให้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุหายใจเข้าและออกเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้มีการไหลเวียนของอากาศเข้าสู่ปอด ป้องกันการเกิดภาวะเนื้อปอดแฟบ หรือ Atelectasis
- 6) ทำความสะอาดสายดูด ทิ้งและจัดการเสมหะให้เป็นที่ ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

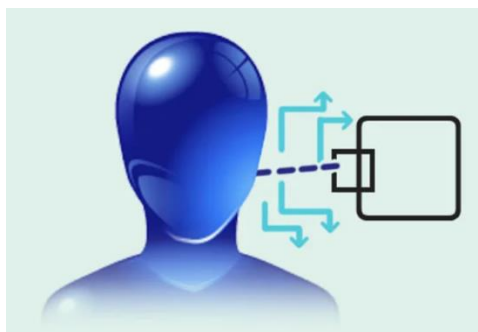
7.1.4 Portable x-ray หรือ Handheld portable x-ray machine⁴³

เครื่องเอกซเรย์แบบพกพานั้น โดยมากจะมีลักษณะคล้ายกล้องถ่ายรูป หรือ คล้ายกับเครื่องฉายแสง ในส่วนตัวเครื่องมีหน้าปัดดิจิทัล เพื่อแสดงค่าการใช้งาน (kVp mA และเวลา) และกระบอกรังสียื่นออกมา มีทั้งแบบ short cone และ long cone การใช้เครื่องเอกซเรย์แบบพกพานั้น ควรใช้ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถใช้เครื่องเอกซเรย์แบบปกติได้ เนื่องจากรังสีจากเครื่องเอกซเรย์แบบพกพา จะมีคุณภาพด้อยกว่า รวมถึงผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยจะได้รับรังสีในปริมาณที่สูงกว่ารังสีจากเครื่องเอกซเรย์แบบปกติ เครื่องเอกซเรย์ประเภทนี้ จึงเหมาะกับการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ห้องผ่าตัด หรือห้องฉุกเฉินที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ ซึ่งควรจัดสถานที่ให้เหมาะสม และจำกัดพื้นที่ ให้บุคคลที่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณนั้น

การใช้งานและข้อควรระวัง⁴³

ผู้ใช้งานต้องเข้าใจ และใช้อุปกรณ์พร้อมดำเนินการป้องกันอันตรายจาก 'รังสี' ตามมาตรฐานคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทางการแพทย์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี พ.ศ. 2562 อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ใช้เวลาในการปฏิบัติงานให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น อยู่ห่างจากแหล่งกำเนิดรังสีให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ และให้มีอุปกรณ์ป้องกัน 'รังสี' ดังนี้

- 1) เครื่องเอกซเรย์ต้องได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องและความปลอดภัย ตามคู่มือมาตรฐานคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี พ.ศ.2562
- 2) ผู้ปฏิบัติงานควรใส่เสื้อตะกั่ว และถุงมือตะกั่วทุกครั้ง และใส่ backscatter shield ที่เครื่อง เพื่อป้องกันตัวเองจาก secondary radiation or scatter radiation



- 3) ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย เป็นผู้จับผู้ป่วยให้นิ่ง และต้องใส่เสื้อตะกั่ว ป้องกันรังสี
- 4) ขณะถ่ายภาพหรือเครื่องในระดับกึ่งกลางลำตัว (mid – torso level) ซึ่งเป็นระดับที่ค่อนข้างปลอดภัยต่ออวัยวะที่ไวต่อรังสี และให้กระบอกรังสีชิดผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 5) ใช้เวลาในการถ่ายตามที่บริษัทกำหนด แต่ไม่ควรเกิน 1 วินาที เนื่องจากจะเกิด movement artifact ได้ง่าย
- 6) ควรเลือกใช้ F - speed film หรือ digital receptor เพื่อลดปริมาณรังสีที่ใช้
- 7) ตรวจสอบให้แบตเตอรี่ของเครื่องเอกซเรย์เต็มอยู่เสมอ และควรชาร์จไฟทุกวัน
- 8) เก็บเครื่องไว้ในกล่องกันรังสี และอนุญาตให้ใช้งานได้เฉพาะผู้ปฏิบัติงานทางรังสีเท่านั้น

7.1.5 Emergency kit ชุดช่วยชีวิตแบบพกพา

การให้บริการทันตกรรมที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือ เคลื่อนไหวลำบาก จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยเป็นพิเศษ หนึ่งในมาตรการสำคัญคือการ เตรียม Emergency Kit หรือชุดปฐมพยาบาลฉุกเฉินสำหรับทันตกรรม เพื่อช่วยชีวิตหากเกิดเหตุฉุกเฉิน ระหว่างทำหัตถการ เช่น เลือดออกมาก หายใจติดขัด หรือหมดสติ เป็นต้น

Emergency Kit ควรมีทั้งอุปกรณ์ปฐมพยาบาลพื้นฐาน อุปกรณ์เฉพาะทางทันตกรรม และ อุปกรณ์ช่วยชีวิตเบื้องต้น องค์ประกอบหลัก ๆ ในการจัดเตรียมชุดช่วยชีวิตประกอบด้วย^{44 - 46}

- 1) ยาฉุกเฉินที่จำเป็น (Emergency Drugs) ยาเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่สุดของชุดช่วยชีวิต ฉุกเฉิน และควรเก็บในรูปแบบที่พร้อมฉีดยาและมีอายุการใช้งานที่เพียงพอ ได้แก่
 - Epinephrine (1:1,000 ชนิดฉีดยา): เป็นยาที่สำคัญที่สุด ใช้สำหรับภาวะแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) และหอบหืดรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น ควรมีในรูปแบบพร้อมฉีดยา เช่น preloaded syringe เพื่อความรวดเร็ว
 - Histamine-blocker (ชนิดฉีดยา): เช่น Diphenhydramine (Benadryl) ใช้สำหรับ อาการแพ้ทั่วไป
 - Nitroglycerin (ยาอมใต้ลิ้นหรือสเปรย์): ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจาก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Angina) หรือหัวใจวาย
 - Bronchodilator (ยาพ่นแก้หอบหืด): เช่น Salbutamol (Ventolin) ใช้สำหรับผู้ป่วย หอบหืด
 - Aspirin: ชนิดเคี้ยวเร็ว (non-enteric coated tablets) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บ หน้าอกที่สงสัยว่าเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - Sugar (แหล่งกลูโคสอย่างรวดเร็ว): เช่น น้ำส้ม หรือกลูโคสเจล สำหรับผู้ป่วยภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำ
 - Hydrocortisone (ชนิดฉีดยา): สเตียรอยด์ที่อาจใช้ป้องกันการเกิด Anaphylaxis ช้ำ หรือจัดการภาวะ Adrenal Crisis

2) อุปกรณ์ช่วยชีวิตและปฐมพยาบาล

- ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ให้ (Oxygen with positive-pressure administration capability): ควรเป็นแบบพกพา (Mobile units) ที่สามารถเคลื่อนย้ายไปยังบริเวณต่างๆ ในคลินิกได้ เพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจ
- หน้ากากช่วยหายใจ CPR (CPR Pocket Mask): สำหรับช่วยหายใจแบบปากต่อปากได้อย่างปลอดภัย
- เครื่องวัดความดันโลหิต (Blood pressure monitoring equipment)
- หลอดฉีดยา (Syringes) และ สายรัดแขน (Tourniquets)
- อุปกรณ์ดูดเสมหะปริมาณมาก (High-volume suction and aspiration tips/tonsillar suction)
- Aromatic Ammonia: สำหรับผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ
- เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED): เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องมีตามข้อกำหนดในบางพื้นที่ แต่แนะนำให้มีและบุคลากรควรได้รับการฝึกอบรมการใช้งาน

สำหรับทันตบุคลากร สามารถปรึกษาและขอสนับสนุนได้จากแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งมีความพร้อม และมีความรู้ ทักษะในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ อย่างชำนาญ และก่อนออกให้บริการควรตรวจสอบและเติมของในชุด Emergency Kit อย่างสม่ำเสมอ พร้อมประสานงานกับหน่วยแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ก่อนออกให้บริการทุกครั้ง

7.2 สรุปหัตถการทันตกรรมและข้อควรระวังตามสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลำดับ	หัตถการทันตกรรม	ข้อบ่งชี้	ข้อควรระวัง	หมายเหตุ
1	เคลือบฟลูออไรด์วานิช (Fluoride varnish)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ - รอยโรคฟันผุขาขึ้น (ฟันผุระยะแรกเริ่ม) หรือรากฟันโผล่ที่มีความเสี่ยงต่อการผุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่มีประวัติแพ้วัสดุที่มีลักษณะกาวเหนียว หรือประวัติแพ้สารประกอบ Colophony เช่น <ul style="list-style-type: none"> ○ พลาสเตอร์ยา ○ วัสดุทางทันตกรรมบางชนิด เช่น วัสดุปิดแผลปริทันต์ (periodontal dressing) ซีเมนต์ - ผู้ที่มีแผลในช่องปาก หรือการอักเสบของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก - ผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) 	
2	การใช้ Silver diamine fluoride (SDF)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีรอยผุหลายตำแหน่ง และไม่สามารถทำการรักษาได้ทั้งหมดในครั้งเดียว - รอยผุที่รักษายาก เช่น ฟันผุซ้ำบริเวณขอบครอบฟัน หรือฟันผุบริเวณรอยแยกง่ามรากฟัน - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ใน <ul style="list-style-type: none"> ○ ฟันผุที่ทะลุโพรงประสาทฟัน ○ ผู้ที่แพ้โลหะเงิน ○ ผู้ที่มีเหงือกอักเสบเป็นแผล (Ulcerative gingivitis) ○ ผู้ที่มีเยื่อช่องปากอักเสบ (Stomatitis) - รอยโรคฟันผุที่หยุดผุ (Arrested caries) จะมีสีน้ำตาล-ดำ - หาก SDF สัมผัสกับเหงือกหรือผิวหนัง จะติดเป็นสีฟ้า-เทา ซึ่งล้างไม่ออก แต่จะจางไปเองภายใน 2-3 สัปดาห์ 	หลังชะลอการลุกลามของฟันผุแล้ว หากผู้ป่วย และปัจจัยอื่น ๆ พร้อม อาจพิจารณาทำการบูรณะฟันตามปกติ
3	การอุดฟัน	ฟันผุที่เป็น cavity -> Active lesion (ฟันผุกำลังลุกลาม) -> Uncleanable area (ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่สามารถทำความสะอาดได้ หรือทำความสะอาดได้ยาก)	พิจารณาการเลือกวัสดุอุดฟันให้เหมาะสมกับการใช้งาน และสภาพฟันผู้สูงอายุ เช่น resin composite หรือ resin-modified/ conventional glass-ionomer cement ขึ้นกับความสวยงาม และการควบคุมความชื้น	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำเทคนิค ART - ส่วนฟันผุที่ Cleansable area ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลควรแปรงทุกวัน ทำความสะอาดรอยผุที่เข้าถึงได้ -> Non-Invasive Interventions
4	ขูดหินน้ำลายด้วยมือ (Hand scaling)	มีคราบหินปูน และคราบจุลินทรีย์สะสม	<ul style="list-style-type: none"> - โรคที่มีความเสี่ยงเลือดออกง่าย มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือทายาต้านการแข็งตัวของเลือด - โรคหัวใจที่ต้องทานยา prophylaxis 	หากใช้เครื่องขูดหินน้ำลายให้ระวังเรื่องการสำลักของผู้สูงอายุให้ใช้พร้อมเครื่องดูดน้ำลายทุกครั้ง
5	- การถอนฟัน	<ul style="list-style-type: none"> - ฟันที่สร้างความเจ็บปวด ไม่สะดวกสบายเป็นแหล่งสะสมของการติดเชื้อ - ฟันโยกเสี่ยงหลุดลงคอ 	<ul style="list-style-type: none"> - โรคที่มีความเสี่ยงเลือดออกง่าย มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือทายาต้านการแข็งตัวของเลือด - โรคหัวใจที่ต้องทานยา prophylaxis 	ควรประเมินสภาพร่างกายโรคประจำตัว และยาก่อน, อาจต้องส่งต่อหากความเสี่ยงสูง
6	ฟันเทียม (ถอดได้) - อาจพิจารณาทำฟันเทียมชุดใหม่หรือปรับชุดเดิม	ผู้ที่สูญเสียฟันธรรมชาติบางส่วน/ทั้งหมด โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยเองเป็นหลัก		ออกแบบให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย ง่ายต่อการถอด-ใส่ และทำความสะอาด

การให้บริการทางไกล

ทันตกรรมทางไกล (Tele-dentistry)

ทันตกรรมทางไกล¹ เป็นการผสมผสานของเทคโนโลยีการสื่อสารกับเทคโนโลยีดิจิทัลบนมือถือมาใช้ในการดูแลทางทันตสุขภาพ โดยสามารถใช้ในการปรึกษา ติดตามการดูแลและนัดหมายรับบริการได้สะดวก

ทันตบุคลากรสามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ผ่านการสื่อสารทางไกล ด้วยมือถือ แท็บเล็ต (Tablet) หรือ คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล โดยสามารถทำได้ 2 แบบ คือ แบบไม่พร้อมกัน (Asynchronous) โดยจะมีการส่งข้อความ ภาพ หรือ วิดีโอ ในช่องทาง หรือ e-mail เพื่อให้ทันตบุคลากรรับรู้ข้อมูล แล้วตอบให้คำแนะนำ ส่วนอีกรูปแบบคือ แบบพร้อมกัน หรือ ทันที (Real time หรือ Synchronun) ซึ่งต้องมีการนัดหมายเวลาให้ตรงกัน เพื่อสื่อสารกันทันเวลา

ในการสื่อสารต้องมีการเตรียมระบบ ซึ่ง ผู้ดูแล หรือ ญาติที่อยู่ประจำ รวมถึง อสม. จะต้องมีการฝึกใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในที่นี้แนะนำ “หมอพร้อม”² ของกระทรวงสาธารณสุข หรือ “รักยิ้ม”³ ของกรมอนามัยซึ่งเป็น mobile application ที่ใช้ในการสื่อสารได้อย่างปลอดภัย ซึ่งทันตบุคลากรสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือแนวทางการจัดบริการทันตกรรมทางไกล (teledentistry) ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม และคู่มือการใช้งานรักยิ้มแอปพลิเคชัน



บทสรุป

การฉดบริการทางทันตกรรมที่บ้าน หรือ Domiciliary Oral Care เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคนพิการ โดยมุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกที่บ้านหรือที่พักอาศัย เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ บรรเทาความเจ็บปวด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการจัดบริการทันตกรรมที่บ้านต้องเริ่มต้นจากการประเมินความจำเป็นอย่างรอบด้าน

โดยพิจารณาปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ ดังนี้ สภาพร่างกายผู้สูงอายุ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้าย อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ที่บ้าน และความสามารถในการเดินทางมารับบริการ รวมถึงสภาพและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว การดูแลและการสนับสนุนของครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการสนับสนุนจากชุมชน การส่งผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยบริการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน

ทันตบุคลากรสามารถจัดบริการที่บ้านได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันไปจนถึงการรักษาเบื้องต้น ดังนี้

การฉดบริการส่งเสริมและป้องกัน

- การประเมินสุขภาพช่องปาก เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง
- การฝึกทำความสะอาดช่องปากสำหรับผู้ดูแล และการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยทำความสะอาดเฉพาะราย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การใช้ฟลูออไรด์ในการป้องกันและหยุดรอยโรคฟันผุ

การฉดบริการรักษาเบื้องต้น

- การอุดฟันชั่วคราว
- การถอนฟันอย่างง่าย
- การซ่อมและปรับแต่งฟันเทียม
- การขูดหินน้ำลายด้วยมือ

อย่างไรก็ดี **ทัศนบุคลิกการควรมีการเตรียมความพร้อม** เพื่อให้การจัดบริการที่บ้านทำได้อย่างปลอดภัยประกอบด้วย

- ทักษะการประเมินและวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล
- ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อและการจัดการขยะ
- การใช้อุปกรณ์แบบพกพาและเทคโนโลยีสนับสนุน
- ทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว

รวมถึง มีการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับให้บริการทันตกรรมให้พร้อม สะดวกในการใช้งาน



ภาพตัวอย่าง ชุดทันตกรรมเคลื่อนที่แบบมีปั๊มลมในตัว
(comfortable mobile dental unit)

อุปกรณ์สนับสนุน ได้แก่ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องดูดน้ำลาย เครื่องเอกซเรย์แบบพกพา ชุดปฐมพยาบาลฉุกเฉิน

นอกจากนี้ยังควร **ประสานงานกับสหวิชาชีพ** ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และผู้ดูแล เพื่อให้กระบวนการดูแลสอดประสานอย่างเป็นองค์รวม ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคนพิการ ลดภาระของครอบครัวและผู้ดูแล ตลอดจนเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศให้มีความครอบคลุม เป็นธรรมและยั่งยืน สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

อ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login>
2. Janssens B, Vanobbergen J, Petrovic M, Jacquet W, Schols JMGA, Visschere L. The oral health condition and treatment needs of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Community Dent Health*. 2017;34(3):143–51.
3. Bellander L, Andersson P, Nordvall D, Hägglin C. Oral health among older adults in nursing homes: A survey in a national quality register, the Senior Alert. *Nurs Open*. 2021;8(3):1262–74.
4. Okamoto E. Japan's dental care facing population aging: how universal coverage responds to the changing needs of the elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9359.
5. World Health Organization. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/42523>
6. สายพิณ หัตถิรัตน์, และคณะ. คู่มือหมอมืออาชีพฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
7. Geriatric House Call Dentistry [Internet]. [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.geriatrichousecalldentistry.com/>
8. Enable Dental Services [Internet]. [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://enabledental.com/services/>
9. Lewis D, Fiske J. Guidelines for the delivery of a domiciliary oral healthcare service. British Society for Disability and Oral Health; 2009.
10. Australian Institute of Health and Welfare. Oral health and dental care in Australia [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/dental-oral-health/oral-health-and-dental-care-in-australia>

11. Royal Flying Doctor Service. Primary Health Care [Internet]. [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.flyingdoctor.org.au/what-we-do/primary-health-care/>
12. Japan Dental Association. Vision of Dental Care Toward 2040: Dentistry in the Reiwa Era. Tokyo: Japan Dental Association; 2020.
13. วิรัช สแสงจันทร์, ประวีณา โสภภาพอมร, ธนิตา โพธิ์ดี, สุภาพร แสงอ่วม, ภัชกรพล สำเนียง, ทิพย์ฤทัย ประยูรวงษ์, และคณะ. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงฉบับภาษาไทย. ใน: การประชุมวิชาการและการประกวดนวัตกรรมบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ; 2561.
14. Ogle OE. Odontogenic infections. Dent Clin North Am. 2017;61(2):235–52. 15.
15. Marchini L, Ettinger RL. The prevention, diagnosis, and treatment of rapid oral health deterioration (ROHD) among older adults. J Clin Med. 2023;12(7):1–13. 16.
16. Pretty IA, Ellwood RP, Lo EC, MacEntee MI, Muller F, Rooney E, et al. The Seattle Care Pathway for securing oral health in older patients. Gerodontology. 2014;31(Suppl 1):77–87.
17. Ettinger RL. Treatment planning concepts for the ageing patient. Aust Dent J. 2015;60(Suppl 1):71–85.
18. Ettinger RL. Rational dental care: Part 2. A case history. J Can Dent Assoc. 2006;72(5):447–52. 19.
19. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในทางทันตกรรม. กรุงเทพฯ: ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย; 2562.
20. Mei ML, Chu CH, Lo EC, Samaranayake LP. Fluoride and silver concentration of silver diamine fluoride solution for dental use. Int J Paediatr Dent. 2013;23(4):279–85.
21. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe DM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 2014;120(10):1453–61.
22. Wasserman EB, Shah MN, Jones CM, Cushman JT, Caterino JM, Bazarjian JJ, et al. Identification of a neurologic scale that optimizes EMS detection of older adult traumatic brain injury patients. Prehosp Emerg Care. 2015;19(2):202–12.
23. Hoffmann F, Schmalhofer M, Lehner M, Zimatschek S, Grote V, Reiter K. Comparison of the AVPU scale and the Pediatric GCS in prehospital setting. Prehosp Emerg Care. 2016;20(4):493–8.
24. Trefan L, Houston R, Pearson G, Edwards R, Hyde P, Maconochie I, et al. Epidemiology of children with head injury: a national overview. Arch Dis Child. 2016;101(6):527–32.

25. Zadavec FJ, Tien L, Robertson-Dick BJ, Yuen TC, Twu NM, Churpek MM, et al. Comparison of mental-status scales for predicting mortality on the general wards. *J Hosp Med.* 2015;10(10):658–63.
26. Little JW, Miller CS, Rhodus NL. Dental management of the medically compromised patient. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
27. Robbins MR. Neurologic diseases in special care patients. *Dent Clin North Am.* 2016;60(3):707–35.
28. Liu F, Song S, Ye X, Huang S, He J, Wang G, et al. Oral health-related multiple outcomes of holistic health in elderly individuals: An umbrella review. *Front Public Health.* 2022;10:1021104.
29. Martins AM, Campos CH, Küchler EC, Maia LC, et al. The effect of complete dentures on edentulous patients’ oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Dent Res J (Isfahan).* 2021;18(65).
30. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention. Part I: Retention. *J Prosthet Dent.* 1983;49(1):5–15.
31. Müller F, Schimmel M. Revised success criteria: a vision to meet frailty and dependency in implant patients. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016;31(2):256–60.
32. Nitschke I, Wendland A, Weber S, Jockusch J, Lethaus B, Hahnel S. Considerations for the prosthetic dental treatment of geriatric patients in Germany. *J Clin Med.* 2021;10(2):1–17.
33. Schaper S, Meyer-Rotz S, Bartels C, Wiltfang J, Rodig T, Schott BH, et al. Dental care of patients with dementia: a survey on practice equipment, training, and dental treatment. *Front Oral Health.* 2021;2:682139.
34. Sant Ana G, Normando AGC, De Toledo I, Dos Reis PED, Guerra ENS. Topical Treatment of Oral Mucositis in Cancer Patients: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2020 Jul 1;21(7):1851-1866. doi: 10.31557/APJCP.2020.21.7.1851. PMID: 32711408; PMCID: PMC7573410.
35. Mucositis [Internet]. [cited 2024 Jun 10]. Available <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24181-mucositis>
36. สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด-19 ระยะโรคประจำถิ่น. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.
37. กรมอนามัย. แนวทางการจัดตั้งศูนย์แยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) กรณีการระบาดของโรคโควิด-19. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2564.

38. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Fingertip Pulse Oximeter) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8740>
39. Sphygmomanometer: blood pressure monitor [device description].
40. รัตนเดชสกุล น. Toothbrush with saliva suction tube for bedridden patients. J Health Sci Thailand. 2022;31(5):896–902.
41. Germed USA. What are Yankauer suction tubes, and how to use them? [Internet]. [cited 2025 May 15]. Available from: <https://www.germedusa.com/blog/what-are-yankauer-suction-tubes-and-how-to-use-them.aspx>
42. Martins GC, Rocha TG, de Lima Azeredo T, de Castro Domingos A, Visconti MA, Villoria EM. Hand-held dental X-ray device: Attention to correct use. Imaging Sci Dent. 2023;53(3):265–6.
43. American Dental Association. ADA recommendations for emergency kit for dental offices [Internet]. [cited 2025 May 15]. Available from:
<https://www.sinahealthmed.com/single-post/2017/04/26/cda-recommendation>
44. American Dental Association. Medical emergencies in the dental office [Internet]. [cited 2025 May 15]. Available from: <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/medical-emergencies-in-the-dental-office>
45. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ทันตกรรมทางไกลเพื่อการพัฒนาาระบบบริการทันตสุขภาพ (แก้ไขครั้งที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://moph.cc/dental-anamai_teledentistry
46. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการจัดบริการทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://moph.cc/dental-anamai_teledent-policy-and-benefits
47. Application รักยิ้ม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rakyim.anamai.moph.go.th>

ภาคผนวก

รายการผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ
รายชื่อผู้จัดจำหน่าย และ ราคา ของสินค้าที่หาซื้อได้ยาก

หมวด 1 แปรงสีฟันไฟฟ้า

หมวด 2 แปรงซอกฟันและไหมขัดฟัน แบบมีด้าม


หมวด 3 แปรง Suction / ตัวรัด Suction


หมวด 4 ยาสีฟันไม่มีฟอง ไม่ผสมสาร Sodium Lauryl Sulfate: SLS

หมวด 5 ที่พักฟัน Mouth Rest

หมวด 6 ผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

หมวด 7 น้ำยาฆ่าเชื้อในช่องปาก

หมวด	ชื่อผลิตภัณฑ์ /รูป ตัวอย่าง	รายละเอียด (กลไก คุณสมบัติ วิธีใช้)	ราคาต่อหน่วย โดยประมาณ	ชื่อผู้จัด จำหน่าย
หมวด 1 แปรงสี ฟันไฟฟ้า	1.1 แปรงสีฟัน ไฟฟ้าแบบบิ หมุน rotating	 <p>แบบบิหมุน (Oscillating-rotating) ขนแปรงจะหมุนไปมา มักมีหัวแปรงทรงกลม ประสิทธิภาพในการทำความสะอาด ไม่แตกต่างกันกับการใช้แปรงสีฟันปกติ เหมาะสำหรับผู้ใช้กล้ามเนื้อไม่ถนัด</p> <p>วิธีใช้ วางหัวแปรง 45 องศา กับผิวฟัน จดละ 2 วินาที ไม่ต้องขยับปิด และห้ามออกแรงกด</p> <p>คำแนะนำ ควรเปลี่ยนหัวแปรงหลังใช้ไม่เกิน 3 เดือน</p>	- แบบใช้ถ่านอัลคาไลน์ AA เริ่มต้นที่ 539 บาท - แบบ recharge เริ่มต้นที่ 1,790 บาท	Oral-B

หมวด	ชื่อผลิตภัณฑ์ / รูป ตัวอย่าง	รายละเอียด (กลไก คุณสมบัติ วิธีใช้)	ราคาต่อหน่วย โดยประมาณ	ชื่อผู้จัด จำหน่าย
หมวด 2 แปรงซอก ฟันและ ไหมขัด ฟัน แบบ มีด้าม	1.2 แปรงสีฟันไฟฟ้า แบบสั่น คลื่นโซนิก 	Electric Sonic Toothbrush จะ อาศัยคลื่นเสียงแบบอัลตราซาวนด์ ทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของขน แปรง มีหัวแปรงทั้งทรงกลม และ ทรงเหมือนแปรงธรรมดา ประสิทธิภาพ วิธีใช้ และ คำแนะนำ เหมือนแบบบิตหมุน	- แบบใช้ถ่านอัล คาไลน์ AA เริ่มต้น ที่ 416-799 บาท - แบบ recharge ได้ เริ่มต้นที่ 1,390 บาท	Philips Sparkle Xiaomi SOOCAS Colgate Oral B
	2.1 แปรงซอกฟัน Interdental Brush หลากหลาย ยี่ห้อ 	เลือกขนาดหัวแปรงให้เหมาะสม กับช่องระหว่างฟัน เลือกรูปปร่างและด้ามจับของ แปรง สำหรับฟันหลังใช้ทรงตัว L ถนัดกว่าทรงตรง แกนแบบซิลิโคน นุ่มเบากว่า แกนแบบโลหะ	100 - 150 บาท / 4 ชิ้น	หลายแบบ หลายราคา ดูที่ lazada.co.th หรือ Shopee.co.th
	2.2 ด้ามจับ Floss holder พร้อมไหมขัดฟัน 	แปรงระหว่างซอกฟัน สำหรับผู้ หัดใช้ ไหมขัดฟันเริ่มต้น หรือ ผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดช่องปาก ผู้สูงอายุ	101 บาท พร้อม ไหมขัดฟัน 50 ม. (ใช้ไหมยาว ครั้งละ 15 ซม.)	lazada.co.th หรือ Shopee.co.th
2.3 ไหมขัดฟัน ชนิดด้าม Dental Floss Picks หลากหลายยี่ห้อ 	ใช้ทำความสะอาดระหว่างซอก ฟันเพื่อขจัดคราบจุลินทรีย์ และ เศษอาหาร เป็นสินค้าใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง	ราคาตั้งแต่ 39 บาท/ 50 ชิ้น	lazada.co.th หรือ Shopee.co.th	

หมวด	ชื่อผลิตภัณฑ์ / รูป ตัวอย่าง	รายละเอียด (กลไก คุณสมบัติ วิธีใช้)	ราคาต่อหน่วย โดยประมาณ	ชื่อผู้จัด จำหน่าย
หมวด 3 แปรง Suction /ตัวรัด Suction	3.1 แปรงสีฟัน ระบบท่อดูด INNO-AGE	ด้ามแปรงมีท่อที่เชื่อมกับ เครื่องดูดเสมหะที่ใช้ในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน	150 บาท / 1 ชิ้น ทำความสะอาดใช้ ซ้ำได้	บริษัทอินโน-เอจ แลบอราทอรี จำกัดเว็บไซต์ www.inno- age.com ไลน์ : @inno-age หรือโทรศัพท์ 08 5957 8222
	3.2 ตัวรัด Suction ทำขึ้นจากพลาสติกและ อะคริลิกทางทันตกรรม	นำท่อดูดเสมหะที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้ว มาต่อกับแปรงสีฟันสำหรับเด็กด้วย ตัวล็อคท่อดูดน้ำลายที่สร้างขึ้นโดยใช้ แรงการดูดไม่เกิน 0.03 MPa	12 บาท อบอุ่นเข้า นำมาใช้ซ้ำได้	สอบถาม นัช นพ รัตนเดช สกุล ท.บ. กลุ่มงานเวช กรรมสังคม โรงพยาบาล มหาสารคาม
หมวด 4 ยาสีฟัน ไม่มีฟอง ไม่ผสม สาร Sodium Lauryl Sulfate: SLS	4.1 INNO-AGE toothpaste ยาสีฟัน อินโน-เอจ ริบาลานซ์ สูตรครีม	มีฟลูออไรด์ SLS Free เพิ่มความ ชุ่มชื้นด้วยสารสกัดว่านหางจระเข้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้ง ผู้ได้รับผลกระทบจากยาทำให้น้ำ ลายลดปริมาณลง ผู้ที่ช่องปากไวต่อการระคายเคือง จากการป่วยมะเร็งที่ได้รับคีโม, ฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ	180 บาท /120 กรัม	www.inno- age.com หรือไลน์ : @inno-age หรือโทรศัพท์ 08 5957 8222
	4.2 ยาสีฟันกิป ฟาริน elderly	มีฟลูออไรด์ 1,492 ppm เพิ่มความชุ่มชื้นจากสารสกัด นานาชนิด SLS Free	195 บาท /160 กรัม	Lazada.co.th

หมวด	ชื่อผลิตภัณฑ์ /รูป ตัวอย่าง	รายละเอียด (กลไก คุณสมบัติ วิธีใช้)	ราคาต่อหน่วย โดยประมาณ	ชื่อผู้จัด จำหน่าย
	<p>4.3 ยาสีฟัน CURAPROX enzycal</p> 	<p>ฟลูออไรด์ 1450 ppm SLS Free</p>	<p>380 บาท /75 มิลลิลิตร</p>	<p>www.curapr ox.co.th</p>
<p>หมวด 5 ที่พักฟัน Mouth Rest</p>	<p>5.1 Mouth Rest</p> 	<p>แกนกลางเป็นไม้อัดโดยรอบด้วยโ มแน่น ยึดหยุ่น ไม่ฉีกขาด และไม่ทำ อันตรายต่อฟันขณะออกแรงกัด หากหาซื้อไม่ได้ สามารถใช้ด้าม แปรงหรือไม้ไอติมพันผ้าก๊อชแทน</p>	<p>18.86 USD /4ชิ้น</p>	<p>Amazon.com</p>
<p>หมวด 6 ผลิตภัณฑ์ เพิ่มความ ชุ่มชื้นใน ช่องปาก</p>				
<p>6.1 น้ำยา บ้วนปาก เพิ่มความ ชุ่มชื้น</p>	<p>6.1.1 น้ำยาบ้วน ปากฟลูออไรด์ 0.05% NaF ไม่มี ส่วนผสมของ แอล กอฮอลล์</p>	<p>มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 200 ppm เพิ่มความชุ่มชื้นและ เสริมแร่ธาตุให้ฟันแข็งแรง ช่วย ป้องกันฟันผุด้วย ใช้มกัล้วปากครั้งละ 10-15 ml. เป็นเวลาอย่างน้อย 1 นาที ใช้วันละ 3 - 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน หรือเมื่อมีอาการปาก แห้ง</p>	<p>50 บาท/ 250 มล.</p>	<p>ติดต่อขอซื้อ จากคลังยาของ โรงพยาบาล ต่างๆ</p>
	<p>6.1.2 น้ำยาบ้วน ปาก อินโน-เอจ รีบาลานซ์</p>	<p>มี ฟลูออไรด์ SLS Free Anti- Bacterial และเพิ่มความชุ่มชื้น จากสารสกัดว่านหางจระเข้ เหมาะ สำหรับ ผู้มีภาวะปากแห้ง ผู้ได้รับ ผลกระทบจากยาทำให้น้ำลายลด ปริมาณลง ผู้ที่ช่องปากไวต่อกา ระคายเคืองจากการป่วยมะเร็งที่ ได้รับคีโม, ฉายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ</p>	<p>220 บาท /500 มล.</p>	<p>www.inno- age.com ไลน์ : @inno- age</p>

หมวด	ชื่อผลิตภัณฑ์ / รูป ตัวอย่าง	รายละเอียด (กลไก คุณสมบัติ วิธีใช้)	ราคาต่อหน่วย โดยประมาณ	ชื่อผู้จัด จำหน่าย
6.2 น้ำลาย เทียม	6.2.1 น้ำลาย เทียม ชนิดเจล	วิธีใช้ บีบผลิตภัณฑ์ยาวประมาณ ครึ่งนิ้ว ลงบนลิ้น ใช้ลิ้นกวาดให้ทั่ว ใช้เมื่อมีอาการ และก่อนนอน	75 บาท /ซอง 60 กรัม (วันชุ่มปาก เอเอส เจล ทรานครินทร์) 690 บาท/42 กรัม (Biotene)	มูลนิธิทันตนวัต กรรม ในพระ บรมราชูปถัมภ์ Biotene lazada.co.th /Shopee.co.th
	 			
	6.2.2 น้ำลาย เทียม ชนิดสเปรย์	สเปรย์ในช่องปากเมื่อมีอาการ ปากแห้ง	790 บาท (Salivea) 790 บาท (Biotene)	
				
	6.2.3 ลูกอม น้ำลายเทียม	*เหมาะกับผู้ที่มีความสามารถในการกลืนได้* อมให้ละลายช้า ๆ ในปาก	690 บาท /27 เม็ด (Biotene) 290บาท /18 เม็ด (ACT)	
				
หมวด 7 น้ำยาฆ่า เชื้อใน ช่องปาก	7.1 chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse	รักษาอาการติดเชื้อของเหงือก และ อวัยวะปริทันต์ ใช้อมบ้วนปาก หรือ ชุบเช็ดบริเวณ ขอบเหงือกที่อักเสบ ไม่ควรใช้ ต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเหงือกอักเสบ บวมแดง หรือ มีแผลในช่องปาก	40-50 บาท /200 มล. (ห้องยาคลินิก ทันตกรรมทั่วไป) 60 บาท/180 มล. (C-20) 50 บาท/180 มล. (B-mouth wash)	ติดต่อขอซื้อ จากคลังยาของ โรงพยาบาล ต่าง ๆ Shopee.co.th
	7.2 Providone - iodine Gargle	ใช้บ้วนปาก กลั้วคอ วิธีใช้ หยดเบตาดีนการ์เกิ้ล 1-2 ซี ซี ลงถ้วยผสม เติมน้ำสะอาดลงถ้วย ผสมจนครบ 30 ซีซี แล้วอมกลั้วคอ 30 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง หรือ ทาบริเวณที่เป็นแผลในปาก	190 บาท /30 มล. (Betadine Gargle)	shop.line.me

หมายเหตุ: จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต ด้วยคำค้นตามชื่อหมวด โดย ภาพ ยี่ห้อ และราคา เป็นเพียงตัวอย่างบางส่วน ห้ามใช้อ้างอิงที่มีวัตถุประสงค์การโฆษณาเพื่อการค้า

รายการวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

ที่ผู้จัดการโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระคัมภีร์ที่ ควรจัดหาให้กับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น

อ้างอิงปี 2568

ความจำเป็น	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4	ค่าใช้จ่าย	แหล่งงบประมาณ
	เคลื่อนไหวได้บ้าง ไม่มีภาวะสับสน แปรงเองได้	เคลื่อนไหวได้บ้าง แต่มีภาวะสับสนแปรงเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยแปรงฟัน	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากให้	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และไม่รู้สีกตัว เจ็บป่วยรุนแรง หรือ อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต		
1. ของใช้ส่วนบุคคล	แปรงสีฟันขนนุ่มด้ามใหญ่	แปรงสีฟันขนนุ่ม			20-100 บาท	ครัวเรือนจัดหาซื้อได้ทั่วไป
	ยาสีฟัน มีฟลูออไรด์ 1,000 ppm ขึ้นไป				40-100 บาท	
2. ของใช้ส่วนบุคคล หาซื้อได้ยาก	แปรงชอกฟัน หรือ โหมขัดฟันแบบมีด้าม ขึ้นกับระยะห่างระหว่างฟันของผู้สูงอายุ				40- 150 บาท	แหล่งงบประมาณจาก กองทุน PP หรือ กองทุนสุขภาพพระคัมภีร์พื้นที่
3. อุปกรณ์ชุดพื้นฐานที่โครงการฯ ควรจัดให้ผู้สูงอายุติดเตียงรายใหม่			<ol style="list-style-type: none"> 1. แปรงสีฟันขนนุ่ม (ด้ามที่ 2) 2. ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ไม่มีฟอง ไม่ผสมสาร Sodium Lauryl Sulfate: SLS 3. ผ้าก๊อซใช้เช็ดเหงือกและใช้พันด้ามแปรงให้กักระหว่างแปรงฟัน 4. ชันน้ำ หรือ ชามรูปไต 5. กระบอกล้างยาและลูกยาง (สำหรับดูดน้ำ) 		165-200 บาท	
6. เวชภัณฑ์ที่โครงการฯ ควรจัดให้เฉพาะราย	ยาสีฟันที่มีปริมาณฟลูออไรด์มากถึง 5000 ppm			<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม้พันสำลี 2. แปรง Suction / ตัวรัด Suction 3. ที่ปักฟัน Mouth Rest 4. 0.12% chlorhexidine mouthwash (ใช้ไม่เกิน 12 สัปดาห์) 	100 - 270	
7. ผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปากที่โครงการฯ ควรจัดให้เฉพาะราย			น้ำลายเทียมชนิดเจล <ul style="list-style-type: none"> - เจลลี่โภชนา - วุ้นชุ่มปาก 		เจลลี่โภชนา และวุ้นชุ่มปาก (ฟรี)	รวบรวมรายชื่อ ขอเบิกจากมูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์

ความ จำเป็น	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4	ค่าใช้จ่าย	แหล่ง งบประมาณ
	เคลื่อนไหวได้ บ้าง ไม่มีภาวะ สับสน แปรเอง ได้	เคลื่อนไหวได้ บ้าง แต่มีภาวะ สับสนแปรเอง ไม่ได้ ต้องมี ผู้ช่วยแปร่งฟัน	เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลทำ ความสะอาด ช่องปากให้	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และ ไม่รู้สีกตัว เจ็บป่วย รุนแรง หรือ อยู่ในระยะ สุดท้ายของชีวิต		
8.เวชภัณฑ์ ส่งเสริม ป้องกันที่ ทันต บุคลากร จัดบริการที่ บ้าน			ฟลูออไรด์วาร์นิช หรือ Silver Diamine Fluoride		ตามต้นทุน ทันตวัสดุ	งบ fee schedule สปสช. และ งบเหมาจ่าย รายหัว สปสช.
9.อุปกรณ์ ที่ครอบคร้ว อาจจัดหา เพิ่มเติม			แปรงสีฟันไฟฟ้า fluoride mouthwash 200-900 ppm. ผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก		400 + 50 + 75 +	

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๖๕

หน้า ๒๐
เล่ม ๑๓๙ ตอนพิเศษ ๑๓๓ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ให้มีความเหมาะสม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่งและวรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ และมาตรา ๖ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อ ๔ การยื่นแบบแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาลตามประกาศกระทรวงฉบับนี้ ในกรุงเทพมหานครให้ยื่น ณ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำหรับในจังหวัดอื่นให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสถานที่อื่นที่ผู้อนุญาตกำหนด ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการยื่นแบบแจ้งผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ด้วยก็ได้

ข้อ ๕ สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ต้องมีลักษณะของสถานพยาบาลอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม การป้องกันโรค หรือการรักษาพยาบาล ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งดำเนินการโดย

ที่ตรวจสอบได้ และต้องแจ้งการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยผู้อนุญาตต้องออกใบรับแจ้งให้ไว้เป็นหลักฐานตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๒) สถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ณ สถานที่ใดที่หนึ่งเป็นการชั่วคราว และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นการจัดให้บริการขององค์กรการกุศลต่าง ๆ มูลนิธิ สถานพยาบาลหรือของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ และต้องจัดให้มีหลักฐานรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ พร้อมสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะ สมุดทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการปฏิบัติงานที่ตรวจสอบได้ และต้องแจ้ง วัน เวลา สถานที่ และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการต่อผู้อนุญาต ก่อนวันออกให้บริการอย่างน้อยห้าวัน ตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๓) สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม การป้องกันโรค หรือการรักษาพยาบาล แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน นักเรียนหรือนักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ดังต่อไปนี้

(ก) รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ต้องมีเครื่องเอกซเรย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยพร้อมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติหรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย และเป็นไปตามมาตรฐานที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

(ข) รถทันตกรรม ที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

(ค) รถปฏิบัติการชันสูตร ที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

(ง) รถรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ ที่ได้มาตรฐานตามที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล

โดยต้องจัดให้มีผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการสอดคล้องกับมาตรฐานการบริการและมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ หรือการประกอบโรคศิลปะนั้น ๆ ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หลักฐานรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ พร้อมสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะ สมุดทะเบียนผู้ป่วยและบันทึกการปฏิบัติงานที่ตรวจสอบได้ และต้องแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการต่อผู้อนุญาต ก่อนวันออกให้บริการอย่างน้อยห้าวันตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๔) สถานพยาบาลที่จัดให้บริการเป็นการชั่วคราว เกี่ยวกับการคัดกรอง การควบคุม การป้องกัน การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสุขภาพ อันเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย

โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ซึ่งดำเนินการโดยสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในลักษณะที่เป็นการให้บริการแก่บุคคลทั่วไป ที่มีการร้องขอ โดยต้องจัดให้มีหลักฐานรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะพร้อมสำเนาใบอนุญาตให้ ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะ สมุดทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการปฏิบัติงานที่ตรวจสอบได้ และต้องแจ้งวัน เวลา สถานที่และชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ออกไปให้บริการ ต่อผู้อนุญาต ก่อนวันออกให้บริการอย่างน้อยห้าวัน ในกรณีมีเหตุจำเป็น เพื่อการควบคุม หรือป้องกัน โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อหากเป็น กรณีที่หน่วยงานภาครัฐร้องขอ อาจแจ้งต่อผู้อนุญาตได้ภายหลังการให้บริการอย่างน้อยห้าวัน ตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๕) สถานพยาบาล ณ ที่พำนักของผู้ป่วย ที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

(ก) ให้บริการโดยสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยประสงค์ รับประทาน ณ ที่พำนักของผู้ป่วย ทั้งนี้ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ให้บริการ ต้องจัดให้มีทะเบียนผู้ป่วยนอกและบัตรผู้ป่วยนอกตามกฎหมายกระทรวงที่ออกตามความในมาตรา ๓๕ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

(ข) ให้บริการ ณ ที่พำนักของผู้ป่วยเป็นการชั่วคราวโดยไม่ได้กระทำเป็นปกติธุระ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะซึ่งได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และต้องจัดให้มีสมุดทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการปฏิบัติงานที่ตรวจสอบได้

(๖) ยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ได้รับอนุญาต อนุมัติ ขึ้นทะเบียน รับรอง หรือแจ้งตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งให้บริการโดยบุคคล มูลนิธิ หรือองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ หรือสาธารณสุขตามกฎหมาย ว่าด้วยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

ข้อ ๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าสถานพยาบาลที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปตรวจสอบ และควบคุมสถานพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามประกาศนี้

ข้อ ๗ สถานพยาบาลที่ได้รับการยกเว้นไม่ปฏิบัติตามประกาศนี้หรือมีการให้บริการที่มี ลักษณะอันน่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้แก้ไขปรับปรุง ให้ถูกต้องและเหมาะสมหรือสั่งให้ระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนดได้

ข้อ ๘ ให้สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาล ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่

ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ดังต่อไปนี้ เป็นสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ตามประกาศนี้

(๑) สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่จัดให้บริการด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยและการควบคุมและป้องกันโรค ในลักษณะที่เป็นการจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

(ก) สถานศึกษาของเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนหรือตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

(ข) นายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน

(ค) เจ้าของเรือตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานทะเล

(ง) ผู้ให้บริการขนส่งผู้โดยสารในยานพาหนะต่าง ๆ เช่น เครื่องบินโดยสาร เรือเดินทะเล รถขนส่งไฟฟ้า เป็นต้น

(๒) สถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะในการออกไปให้บริการเคลื่อนที่ ณ สถานที่ใดที่หนึ่งเป็นการชั่วคราว และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการใด ๆ ซึ่งได้แจ้งการออกไปให้บริการแล้ว ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ แต่ยังไม่ให้บริการอยู่นับตั้งแต่ประกาศนี้ใช้บังคับ

(๓) สถานพยาบาลเคลื่อนที่ของสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ใช้ยานพาหนะ เป็นที่ให้บริการและออกให้บริการไปยังหน่วยงานที่ร้องขอเพื่อการตรวจดูแลสุขภาพรักษาพยาบาล การส่งเสริมหรือการป้องกันโรคแก่พนักงาน นักศึกษา ตามสัญญาประกันสุขภาพหรือการตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานนั้น ซึ่งได้แจ้งการออกไปให้บริการแล้ว ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ แต่ยังไม่ให้บริการอยู่นับตั้งแต่ประกาศนี้ใช้บังคับ

ข้อ ๙ ในกรณีที่ประกาศ ระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งใดอ้างถึงสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ให้หมายความถึงสถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลตามประกาศนี้

ข้อ ๑๐ บรรดาประกาศที่ออกตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไปเพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ จนกว่าจะมีประกาศที่ออกตามประกาศนี้ใช้บังคับ

หน้า ๒๔

เล่ม ๑๓๙ ตอนพิเศษ ๑๓๓ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

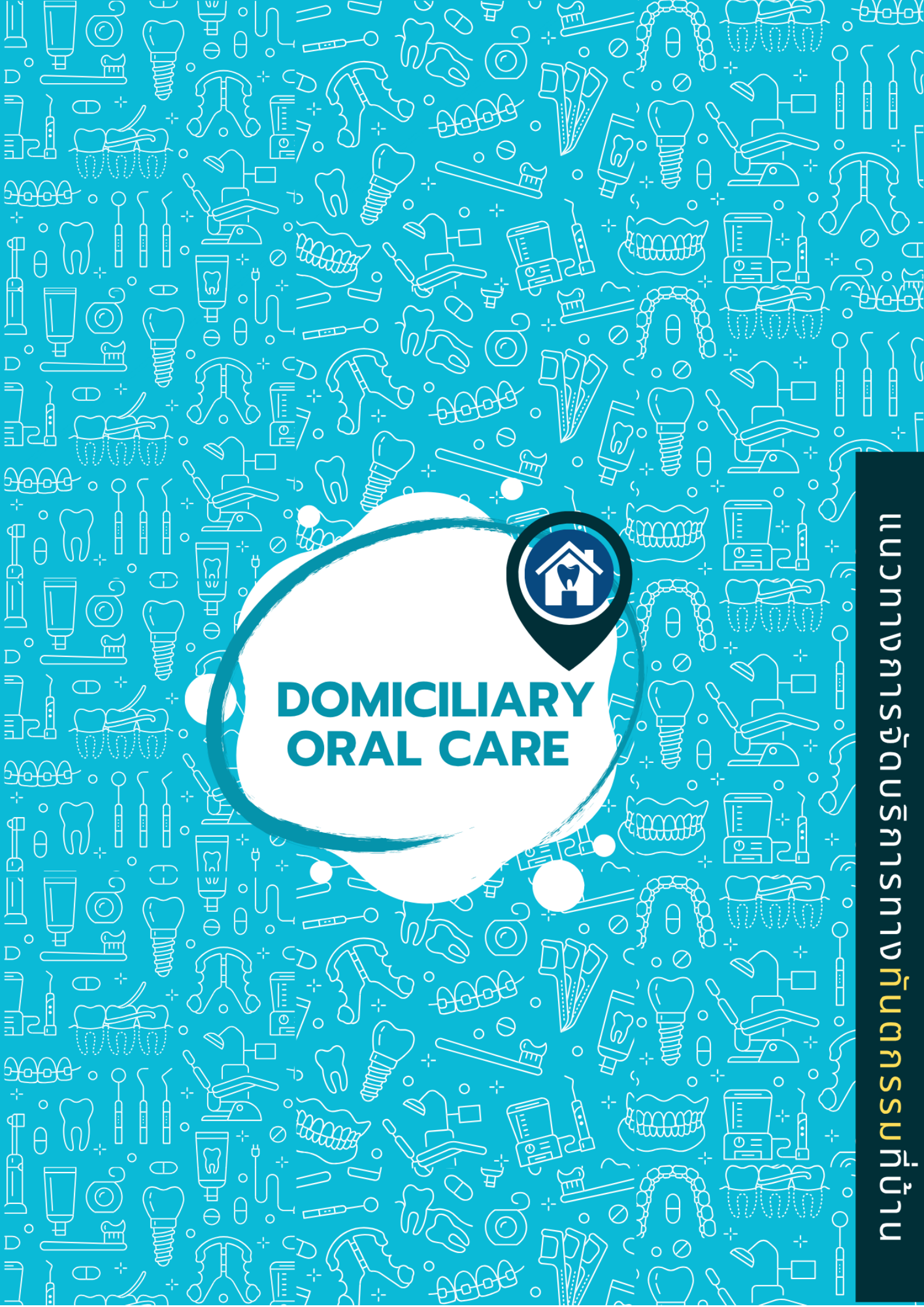
การดำเนินการออกประกาศตามวรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ หากไม่สามารถดำเนินการได้ ให้รายงานเหตุขัดข้องที่ไม่อาจดำเนินการได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

สาธิต ปิตุเตชะ

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



DOMICILIARY ORAL CARE

ແບບການຈັດບຣົກການທ່ານດຽວ
ບໍ່ມີຄ່າ