

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วย โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ

ภัทริรา ตันติภาสวสิน ทบ.,วท*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอส่วนใหญ่อาจไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร ทั้งการรักษาโรคมะเร็งและการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยอาจเข้ารับการรักษาทันตกรรมตามคลินิก หรือสถานพยาบาลอื่น ทำให้ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง แนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมทั่วไปจึงเป็นสิ่งจำเป็น จุดประสงค์ก็เพื่อให้ทันตแพทย์ ทันตภิบาลมีความเชื่อมั่นในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การดูแล, สุขภาพช่องปาก, โรคมะเร็งช่องปาก, รังสีรักษา, เคมีบำบัด

Oral Health Care in Head and Neck Cancer

Pattira Tantipasawasin D.D.S.*

Abstract

Many head and neck cancer patient are not treated in large cancer centers that have dental oncologists as part of the cancer care team. They are being treated in smaller cancer centers or private oncology practices where they may not be a focus on oral health. These people are coming to their regular dental offices for care, often with side effects of their cancer treatment. Standards and protocols are detailed for use in a general dental practice. This course consolidates current recommendations into specific protocols that are easily implemented in the general dental practice. The goal is to give dentists and dental hygienists the confidence to treat head and neck cancer patients effectively and with concern for the whole person who needs special care at this vulnerable time.

Keywords : care, oral health, oral cancer, radiation therapy, chemotherapy

บทนำ

ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 พบว่าคนไทยเป็นโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ทำให้คนไทยเสียชีวิตปีละประมาณ

เจ็ดหมื่นรายโดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากและลำคอเสียชีวิตประมาณสามพันรายต่อปี

การรักษาโรคมะเร็งหลักประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายแสง(รังสีรักษา) การให้เคมีบำบัด การใช้ฮอร์โมน

* ทันตแพทย์ ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

* Dentist, Oral and Maxillofacial Surgery,
Burapha University Hospital

รักษา Biologic immunotherapy และหรือการใช้หลายวิธีร่วมรักษา แม้การรักษาโรคมะเร็งจะมีเป้าหมายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง แต่อย่างไรก็ตามเซลล์ปกติก็ถูกทำลายบางส่วนทำให้เกิดอาการข้างเคียงตามมา ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากและลำคอสามารถมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาวขึ้น ดังนั้นทันตแพทย์จึงมีโอกาสพบและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ทบทวนการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากและลำคอที่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษาและหรือเคมีบำบัด
2. เพื่อทบทวนการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่องปากภายหลังการได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด
3. สามารถวางแผนการรักษาภาวะแทรกซ้อนในช่องปากต่างๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้
4. ตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทั้งก่อนรับการรักษา ระหว่างการรับการรักษา และหลังรับการรักษามะเร็งช่องปากและลำคอ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากและลำคอ ที่ได้รับรังสีรักษาและหรือเคมีบำบัด

การดูแลทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับเคมีบำบัดรักษา

การดูแลทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับเคมีบำบัดร่วมรักษา ถูกแบ่งตามระยะการรักษามี 3 ระยะคือ ระยะก่อนรับการรักษา ระยะระหว่างรับการรักษา และระยะหลังรับการรักษาดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะก่อนการได้รับรังสีรักษาหรือก่อนการได้รับเคมีบำบัด

ในระบะนี้การดูแลทางทันตกรรมมีวัตถุประสงค์หลักคือการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสงหรือได้รับเคมีบำบัด ลดภาวะการติดเชื้อในช่องปากและภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยต้องได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายรวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างละเอียด มีการวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ

ให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยรวมถึงให้คำแนะนำในการดูแลรักษา ทำความสะอาดช่องปากซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษา และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างถูกต้องไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ทบทวนประวัติผู้ป่วย ประเมินสภาวะทางร่างกาย โรคประจำตัว การรักษาที่ผ่านมาและการใช้ยาต่างๆ ตรวจสภาพฟันและเนื้อเยื่อในช่องปากพิจารณาถ่ายภาพรังสีทั้งปากเพื่อช่วยในการวินิจฉัย

การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมโดยพิจารณาแบบองค์รวมต้องพิจารณาภาวะของโรคที่กำลังดำเนินอยู่ ครอบคลุมอวัยวะไตบ่าง มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองด้วยหรือไม่ บริเวณไตบ่าง พิจารณาการรักษาที่ผู้ป่วยกำลังจะได้รับ มีการฉายรังสีและหรือเคมีบำบัดร่วมด้วยหรือไม่ การพยากรณ์ของโรคเป็นอย่างไร ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตหรือมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าไร

ถ้าเป้าหมายของการรักษาเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาจวางแผนการทำฟันแค่มุ่งให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากปัญหาทางทันตกรรม พิจารณาทั้งอายุ สภาพร่างกายโดยรวมว่าสามารถทนต่อการรับรักษาได้หรือไม่ ประเมินความสามารถในการดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วยว่าทำได้เพียงใด ตลอดจนคำนึงถึงสภาวะร่างกายภายหลังการได้รับการรักษาว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเพียงใด ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทำได้ยากขึ้นหรือไม่ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้จากการซักประวัติ การตรวจโดยละเอียด การสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่ดีจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา

การประเมินสภาวะของฟัน พิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละราย สำหรับฟันที่ควรพิจารณาถอน ได้แก่ ฟันที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง ฟันที่อยู่ในตำแหน่งที่ได้รับรังสีรักษาโดยตรงและคุณภาพไม่สู้ดี รากฟันที่ค้างอยู่ ฟันที่ไม่มีคู่สบและรักษาความสะอาดได้ไม่ดี ฟันโยกหรือมีภาวะปริทันต์อักเสบร่วมกับมีการละลายตัวของกระดูกรองรับรากฟัน ฟันฟุที่ไม่สามารถบูรณะได้ ฟันตายที่มีรอยโรคปลายราก

รากฟันเทียมที่อยู่ในสภาพไม่ดี โดยพิจารณาถอนฟันร่วมกับการตัดแต่งกระดูกก่อนเป็นลำดับแรก โดยทำหัตถการให้มีความซอกซ้าของเนื้อเยื่อน้อยที่สุด และควรทำให้เสร็จก่อนการฉายรังสีอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ หรือก่อนเริ่มให้เคมีบำบัด 5-7 วัน สำหรับหัตถการอื่นควรเลือกหัตถการที่ทำเพื่อกำจัด การติดเชื้อก่อน เช่น การรักษาทางปริทันต์ การรักษารากฟัน ส่วนการอุดฟัน การบูรณะฟันอื่นๆ ค่อยพิจารณาตามลำดับความเหมาะสม ตลอดจนต้องแก้ไขหรือขจัดฟันที่มีความแหลมคมที่อาจทำอันตรายต่อเยื่อช่องปากและลิ้น ทำให้เกิดแผลและเยื่อช่องปากอักเสบในระหว่างการฉายรังสีรักษาเพิ่มมากขึ้น ทำการถอดเหล็กจัดฟันออกในผู้ป่วยที่กำลังอยู่ระหว่างการจัดฟัน แนะนำเรื่องโภชนาการ ลดและหลีกเลี่ยงปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะในช่องปาก และทำการทบทวนเป็นระยะๆ

คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทั่วไป

- แปรงฟันเวลาเช้า ก่อนนอน และหลังอาหารทุกมื้อ โดยใช้แปรงขนาดเล็ก ขนนุ่ม ร่วมกับยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ใช้ยาสีฟันที่ไม่แต่งกลิ่นหรือรสที่อาจทำให้แสบหรือระคายเคืองเยื่อช่องปาก แนะนำให้ ใช้ไหมขัดฟันวันละครั้ง
- ถ้าไม่มีฟันให้ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำอุ่นเช็ดเหงือกและเยื่อช่องปากให้ทั่ว
- บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทุกๆ 2-4 ชั่วโมง
- เคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ 0.4% stannous fluoride gel หรือ 2% neutral sodium fluoride gel 10 นาที วันละ 1 ครั้ง ตลอดชีวิตถ้ายังมีฟันเหลืออยู่ ทันตแพทย์อาจทำ ถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านได้ง่ายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- งดใส่ฟันปลอมขณะฉายแสง
- รับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด

2. ระยะระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาและหรือเคมีบำบัด

มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ควบคุมและลดความเจ็บปวด รวมถึงให้การสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในช่องปากอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

การรักษาโรคมะเร็งโดยการฉายแสงโดยทั่วไปมักใช้

เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบบ่อยคือภาวะผิวหนังอักเสบ ภาวะเนื้อเยื่อช่องปากอักเสบ การติดเชื้อ ภาวะน้ำลายลดลง ภาวะปากแห้ง การรับรสเปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณคอร่วมด้วยอาจพบมีอาการกลืนเจ็บ กลืนลำบากร่วมด้วย

ภาวะเนื้อเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis)

ภาวะเนื้อเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีพบมีอุบัติการณ์การเกิดถึงร้อยละ 85 และเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 98 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับได้รับยาเคมีบำบัด¹ การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ยังส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการอื่นๆ ตามมาได้แก่อาการเจ็บปากและคอ เกิดแผลในช่องปาก เกิดการติดเชื้อ การกลืนลำบาก การรับรู้รสเปลี่ยนไป ทำให้การรับประทานอาหารทางปากได้น้อยลง อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา ในผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงอาจขัดขวางให้ ผู้ป่วยไม่สามารถรับการฉายรังสีรักษาหรือการให้เคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา

อย่างไรก็ตามภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว ภายหลังหยุดการฉายรังสีหรือได้รับเคมีบำบัดก็จะหายได้เอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีมักเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในระหว่างการรักษา โดยจะเริ่มมีอาการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 และจะมีความรุนแรงมากที่สุดเมื่อสิ้นสุดการฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 1,000-2,000 เซนติเกรย์ เยื่อช่องปากจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโดยเยื่อผิวมีสีเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะซีดขาว ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของการแบ่งเซลล์ เมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 2,000-3,000 เซนติเกรย์ เยื่อช่องปากจะเริ่มแดงขึ้นเรื่อยๆ จากการสร้างอิพิที่เรียลเซลล์ทดแทนใหม่ไม่ทันร่วมกับมีการอักเสบเพิ่มขึ้น^{2,3} และเมื่อได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป เยื่อช่องปากจะบางลง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดเป็นแผลอักเสบตามมาได้

เยื่อภายในช่องปากในแต่ละตำแหน่งมีความเสี่ยงของการอักเสบที่แตกต่างกัน โดยพบว่าการอักเสบในช่องปากจะพบบ่อยและมีความรุนแรงมากในบริเวณเพดานอ่อน คอ ฟันปาก กระพุ้งแก้ม ฐานของลิ้น ริมฝีปากและด้านบนของ

ลินตามลำดับ⁴ เยื่อช่องปากอักเสบจะใช้เวลาประมาณ 2–6 สัปดาห์ในการฟื้นตัวและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ⁵

ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและได้รับยาเคมีบำบัดร่วมรักษา (Concurrent chemo–radiation) ยาเคมีบำบัดที่มักมีผลทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้แก่ Cisplatin ซึ่งส่งผลกระทบต่อเยื่อช่องปากได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบทางตรงนั้นมีกลไกการเกิดในลักษณะเดียวกันกับการฉายรังสีตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น แต่มีความแตกต่างกันกับการฉายรังสีในเรื่องของระยะเวลาของการเกิด กล่าวคือเยื่อช่องปากจะได้รับการบาดเจ็บ บางลง ฝ่อ เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเกิดขึ้นภายใน 4–7 วัน ซึ่งเร็วกว่าผลของการฉายรังสีและจะมีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสูงภายใน 14 วันภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนผลกระทบทางอ้อมนั้นเกิดจากการที่ยาเคมีบำบัดส่งผลออกฤทธิ์ทั่วทั้งร่างกาย (Systemic effects)

ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leucopenia) และภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)

ไขกระดูกเกิดการกดการทำหน้าที่ของไขกระดูกซึ่งนำไปสู่การกดการสร้างเม็ดเลือดทั้งการสร้างเม็ดเลือดขาวเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำนั้น ทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง ส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งในช่องปากและนอกช่องปากเพิ่มมากขึ้น ทั้งยังทำให้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมีความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดยาวนานมากยิ่งขึ้น^{6,7}

ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำจะส่งผลให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย ในรายที่เกล็ดเลือดมากกว่า 60,000/mm³ สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมได้ตามปกติ ในรายที่ผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดน้อยกว่า 40,000/mm³ ให้เลื่อนการรักษาออกไปก่อนยกเว้นในกรณีที่มีความเร่งด่วน โดยให้พิจารณาให้เกล็ดเลือดทดแทน สำหรับผู้ป่วยที่มีค่าเกล็ดเลือดอยู่ระหว่าง 40,000–60,000/mm³ สามารถให้การักษาทางทันตกรรมได้ แต่ต้องทำการห้ามเลือดเพิ่มเติม เช่น การเย็บ การใช้วัสดุช่วยการแข็งตัวของเลือดร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดมากกว่า 20,000/mm³ ยังคงแนะนำ

ให้แปรงฟันได้ตามปกติ แต่เมื่อเกิดเลือดลดลงเหลือน้อยกว่า 20,000/mm³ แนะนำให้ทำความสะอาดช่องปากโดยการเช็ดด้วยผ้าหรือไม้พันสำลี

นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการให้ยาเคมีบำบัดยังขึ้นอยู่กับชนิด ปริมาณ ความถี่ของการให้ยาเคมีบำบัดและวิธีการรักษาร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น การให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันหรือการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี โดยยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยที่ส่งผลกระทบต่อเยื่อช่องปากอักเสบได้แก่ Actinomycin D, Amsacrin, Bleomycin, Chlorambucil, Cisplatin, Cytarabine, Daunorubicin, Docetaxel, Doxorubicin, Etoposide, Floxuridine, 5-Fluorouracil, Methotrexate, Mitoxantrone, Plicamycin, Thioguanin, Vinbrastine, Vindesine⁸

ภาวะน้ำลายลดลงและภาวะปากแห้ง (Hyposalivation and Xerostomia)

ภาวะน้ำลายลดลงและภาวะปากแห้งเกิดจากการที่ต่อมน้ำลาย ผลิตน้ำลายน้อยลงกว่าปกติ ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายวันละ 1,500 ml เมื่อน้ำลายผลิตลดลงน้ำลายจะเหนียว มีความเป็นกรด สูงขึ้น ค่าความเป็นกรดต่าง < pH > ประมาณ 5.0 เชื้อแบคทีเรียในช่องปากเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดฟันผุ เกิดการติดเชื้อราได้ง่าย พุดและกลิ่นลำบาก เป็นผลกระหายน้ำบ่อย ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับปริมาณรังสีระหว่าง 6,000–7,400 เซนติเกรย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสี ในปริมาณ 1,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายจะเริ่มถูกทำลาย อาการของภาวะน้ำลายลดลงมักเริ่มพบเมื่อผู้ป่วยฉายรังสีปริมาณ 1,000–2,000 เซนติเกรย์หรือประมาณ 1–2 สัปดาห์ หลังการได้รับรังสี 3,000 เซนติเกรย์ ปริมาณของน้ำลายจะลดลง มากกว่าร้อยละ 50 และปริมาณของน้ำลายจะลดลงมากกว่าร้อยละ 75 เมื่อได้รับรังสีรวมในปริมาณสูงกว่า 6,000 เซนติเกรย์ หรือหลังได้รับรังสีประมาณ 6 สัปดาห์

ผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีไม่เกิน 2,500–3,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีอาการบวมและเกิดการอักเสบแต่ยังคงสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพเดิมก่อนได้รับการฉายรังสีได้ เมื่อต่อมน้ำลายได้รับพลังงานรังสีมากกว่า

3,000 เซนติเมตร ต่อมน้ำลายจะถูกทำลายอย่างถาวรส่งผลให้สูญเสียหน้าที่การทำงานเกิดภาวะปากแห้งอย่างถาวร⁹

การรับรู้รสเปลี่ยนแปลง (Taste change)

การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงเกิดจากการที่ต่อมรับรสบริเวณลิ้นและเยื่อช่องปากถูกทำลายโดยพลังงานรังสี การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงโดยมากมักจะเกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี 1-2 สัปดาห์ ส่งผลให้รับประทานอาหารไม่อร่อย ความอยากอาหารลดลง ซึ่งการรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลงไปนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบชั่วคราว การรับรู้รสชาติจะกลับมาเป็นปกติในระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือน ภายหลังการหยุดฉายรังสีหรือการได้รับเคมีบำบัด

การดูแลทางทันตกรรม

- นัดติดตามอาการสัปดาห์ละครั้งหรือเดือนละครั้ง ถ้าทำได้เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติและให้การดูแลได้ทันที่
- หลีกเลี่ยงหัตถการที่ทำให้เกิดแผล

- แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เหนียวหรือหยาบ

- งดการใส่ฟันปลอม
- งดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา
- การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันทำได้ตามปกติ

ถ้าเกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000/mm³ ควรหลีกเลี่ยงการแปรงฟัน ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาดเนื้อเยื่อช่องปากและฟันแทน

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก ๆ 2-4 ชั่วโมง
- ถ้าปากแห้งให้จิบน้ำบ่อย ๆ อย่างน้อยวันละ 8-12 แก้ว เคี้ยวหมากฝรั่งชนิดไม่มีน้ำตาลเพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำลาย หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทกาแฟหรือแอลกอฮอล์

งดดื่มน้ำเย็น เครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยวจัด งดการสูบบุหรี่ แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน อาหารที่มีความเปียกชุ่ม อาหารที่กลืนง่าย แปรงฟันทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งหลังทานอาหารเสร็จใหม่ด้วยแปรงขนอ่อนเพื่อปรับสภาพความเป็นกรดต่างในช่องปาก บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก 0.12% chlorhexidine อมนาน 2-5 นาทีแล้วบ้วนทิ้งโดยไม่ต้องบ้วนน้ำตามวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน และนอนในห้องที่มีการปรับความชื้น (humidifier) หรือพิจารณาการใช้

น้ำลายเทียมร่วมด้วย

- ถ้ามีแผลเจ็บปวด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีลักษณะแข็งหรือหยาบ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและหรือสูบบุหรี่ ตลอดจนหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด แนะนำให้อมยาเคลือบแผลในกระเพาะอาหารเช่น sucrafate ก่อนและหลังการรับประทานอาหารเพื่อลดความเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่ยังมีอาการไม่ดีขึ้นอาจพิจารณา ใช้น้ำยาแบบทา 4% xylocaine gel หรือ 2% xylocaine viscous ผสมน้ำยาบ้วนปาก อมกลั้วปากก่อนการรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยที่รับประทานได้น้อยมากมีโอกาสเกิดภาวะทพโภชนาการ แนะนำให้สารน้ำและอาหารผ่านสายอาหารทางจมูก (NG tube) หรือสายอาหารทางกระเพาะ (gastric tube)

- ใช้น้ำยาบ้วนปากที่ช่วยลดอาการอักเสบของเยื่อช่องปาก เช่น Difflam 15 ml อมบ้วนปากวันละ 4-8 ครั้ง ตั้งแต่ก่อนฉายแสงจนถึงหลังการฉายแสง 2-3 สัปดาห์

3. ระยะเวลาภายหลังการได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับเคมีบำบัด

นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ใน 6 เดือนแรก เดือนละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นนัดทุก ๆ 3-6 เดือน ตามสภาวะสุขภาพช่องปากและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการอักเสบ ตรวจหาฟันผุและเหงือกอักเสบ

แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางรังสีมีดังนี้^{10,11}

1. ตรวจสอบสภาพการอักเสบของเนื้อเยื่อช่องปาก (mucositis) มักเกิดช่วงสัปดาห์ที่ 4-6 ของการฉายแสง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมักจะหายได้เองภายหลังการหยุดฉายแสง 1-2 เดือน แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำหรือน้ำเกลือบ่อยๆ สั่งจ่าย Triamcinolone paste แต่ถ้าเจ็บปวดมากให้ใช้ Xylocaine mouthwash หรือ Benzylamine (Difflam solution®) เพื่อบรรเทาอาการ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง ใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เป็นประจำทุกวันเพื่อลดการเกิดฟันผุ โดยการใช้ฟลูออไรด์เจลชนิดเข้มข้นอย่างน้อย 1% ชนิดไม่เป็นกรด ใส่ในถาดฟันพลาสติก หรือโฟม ให้ผู้ป่วยเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ด้วยตนเองเป็นประจำทุกวันตั้งแต่ครั้งแรกๆ ของการฉายรังสี โดยช่วง 2 สัปดาห์แรกที่ได้รับรังสี

ให้เคลือบวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 5–10 นาที หลังจากนั้นใช้วันละ 1 ครั้ง รวมทั้งให้ใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นประจำตลอดชีวิต

3. หากพบฟันผู้ที่สามารถอุดได้ ให้ทำการรักษาโดยการอุดฟันได้ตามปกติ โดยเลือกวัสดุอุดฟันที่มีความสามารถในการปล่อยฟลูออไรด์และมีการรั่วซึมตามขอบน้อย เช่นกลาสไอโอโนเมอร์ (glassionomer) ถ้าไม่สามารถรักษาโดยการอุดได้ สามารถให้การรักษารากฟันได้ในกรณีที่ไม่มีรอยโรคปลายราก แต่หากจำเป็นต้องถอนฟันให้ขอประวัติการรักษาเมื่เริ่มจากแพทย์เพื่อทราบข้อมูลในการรักษา จากนั้นส่งต่อให้ผู้ชำนาญเฉพาะทาง เช่น ศัลยแพทย์กระดูกช่องปากและใบหน้า เพื่อถอนฟัน โดยพิจารณาส่งทำ Hyperbaric oxygen therapy (HBO) ที่ 2.4 ATP จำนวน 20 ครั้ง ก่อนการถอนฟัน และ 10 ครั้งภายหลังการถอนฟัน และถอนฟันด้วยวิธีช็อกช้ำน้อยและเย็บปิดแผลถอนฟัน แต่ถ้าปริมาณรังสีรักษาไม่เกิน 5,600 เซนติเกรย์ หรือถ้าตำแหน่งฟันที่จะถอนไม่อยู่ในแนวรังสีรักษาหรือเคยได้ HBO ไปภายใน 3 ปี ไม่จำเป็นต้อง HBO ทั้งก่อน และหลังถอนฟัน

4. ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาบริเวณข้อต่อกระดูกขากรรไกรและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการบดเคี้ยวอาจเกิดการอ้าปากได้จำกัด (trismus) ภาวะอ้าปากได้น้อยเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว ผู้ป่วยสามารถกลับมาอ้าปากได้ตามปกติถ้าได้รับการทำกายภาพฟื้นฟูอย่างถูกต้องแต่แรกเริ่ม เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอ้าปากได้น้อยเป็นไปอย่างถาวร แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการอ้าปากแบบ passive ให้สามารถอ้าปากได้ กว้างเท่าปกติ คงที่อย่างต่อเนื่อง อาจใช้ไม้กดลิ้นหรือเครื่องมือถ่างปากช่วยในการฝึกอ้าปาก ให้ใส่เครื่องมือช่วยอ้าปากบริเวณฟันหลัง การฝึกอ้าปากทำเป็น set (อ้าปากค้างไว้ 1 นาที แล้วพัก 1 นาที ทำ 5 ครั้ง นับเป็น 1 set) ทำ 5 set ต่อวันเป็นอย่างน้อย ให้เริ่มฝึกการอ้าปากตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของการฉายรังสี รักษาการอ้าปากกว้างเท่าปกติให้ต่อเนื่องอย่างน้อย 3–6 เดือนภายหลังการสิ้นสุดการให้รังสีรักษา ส่วนมากไม่เกิน 1 ปี ถ้าไม่ฝึกอ้าปากตั้งแต่วางแรกๆ ปล่อยให้เกิดการอ้าปากได้น้อยเกิน 1 ปี การฝึกการอ้าปากมักจะไม่ค่อยได้ผล อาจนำไปสู่การเกิดการอ้าปากได้จำกัดแบบถาวรเพราะกล้ามเนื้อบดเคี้ยวที่ยึดเกาะกระดูกขากรรไกรเกิดเป็นพังพืดไปแล้ว การอ้าปากได้น้อยมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นการ

ดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานประจำวันด้วยตนเอง เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน หรือเมื่อมารับบริการการตรวจรักษาฟัน การขูดหินปูน การอุดฟัน การรักษารากฟัน ตลอดจนการถอนฟัน ทำได้ด้วยความยาก ลำบาก การอ้าปากได้น้อยเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะกระดูกตายภายหลังการได้รับรังสีรักษาได้สูงขึ้น

5. ในกรณีที่พบบาดแผลที่ไม่หาย (Non healing wound) ในช่องปากนานกว่า 3 เดือน ให้ขอประวัติการรักษาโรคมะเร็งจากแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และต้องตรวจให้แน่นอนว่าไม่ใช่การกลับมาเป็นซ้ำของเนื้องอกมะเร็ง อุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกตายภายหลังการได้รับรังสีรักษาประมาณร้อยละ 5–15 อาจต้องพิจารณาทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยกล้องจุลทรรศน์ ร่วมด้วยกับการส่งตรวจเพิ่มเติมทางภาพรังสี เช่น Panoramic Film, Periapical Film เป็นต้น จากนั้นทำการส่งต่อให้ผู้ชำนาญเฉพาะทางให้พิจารณาตำแหน่งที่เป็นและปริมาณรังสีที่ได้รับ ถ้ามากกว่า 5,600 เซนติเกรย์ พิจารณาส่ง HBO ที่ 2.4 ATP จำนวน 30 ครั้ง ถ้ามีการตอบสนองดีจะพบการสร้างกระดูกและเนื้อเยื่อใหม่ พิจารณาผ่าตัดกระดูกตายออกเฉพาะตำแหน่งและส่ง HBO ที่ 2.4 ATP ภายหลังการผ่าตัดอีก 10 ครั้ง แต่ถ้าไม่ตอบสนองต่อการทำ HBO ให้พิจารณาทำการผ่าตัดกำจัดกระดูกตายออก ในกรณีที่มีการตายของกระดูกเป็นบริเวณกว้าง หรือพบร่วมกับกระดูกขากรรไกรล่างหัก พบรูเปิดทะลุระหว่างช่องปากและผิวหนัง ใดๆอย่างหนึ่ง อาจพิจารณาผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการบูรณะด้วยเนื้อเยื่อปลูกถ่าย และ ส่งทำ HBO ที่ 2.4 ATP เพิ่มอีก 10 ครั้ง ทันที ภายหลังการผ่าตัด

6. การใส่ฟันปลอมในผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายรังสีรักษาควรรอประมาณ 12–18 เดือนหลังเสร็จสิ้นการได้รับรังสีรักษา และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ้าปากได้น้อย ปากตึง น้ำลายน้อย เหงือกเป็นแผลง่าย โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก บางกรณีอาจพิจารณาใส่ฟันปลอมถอดได้โดยใช้ฐานชนิดนุ่ม เพื่อป้องกันการเกิดแผลในช่องปากที่อาจลุกลามไปถึงกระดูกขากรรไกรและเกิดภาวะกระดูกตายภายหลังการฉายรังสีขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากการทำฟันปลอมจึงควรได้รับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์

การทำฟันในผู้ป่วยเคมีบำบัด

นัดติดตามอาการภายหลังการให้เคมีบำบัดครบแล้ว และไม่มีอาการแทรกซ้อน หัตถการที่ไม่ทำให้เกิดบาดแผล สามารถทำได้ตามปกติ การผ่าตัดหรือถอนฟันควรตรวจเลือด ผลเลือดมักกลับมาปกติใน 1-2 เดือนหลังสิ้นสุดการได้รับ เคมีบำบัด ถ้าค่า absolute neutrophil count มากกว่า 1000 cell/mm³, เกล็ดเลือด มากกว่า 60,000/mm³ สามารถ ถอนฟันได้ตามปกติ หากพบค่าเลือดมีความผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ให้ระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม bisphosphonate และยาที่มีโอกาสทำให้การหายของแผลผิดปกติ

การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ควรได้รับความรู้และทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเองตั้งแต่ในระยะ ก่อนรับการ รังสีรักษาหรือได้รับเคมีบำบัด เพื่อเป็นการดำรงชีวิตซึ่งการมี สุขภาพช่องปากที่ดี อีกทั้งลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหรือ ภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปากในระหว่างการรักษา นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะต้องดูแลช่องปากอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้อง ทราบถึงวิธีการจัดการกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบด้วยเพื่อ ลดความรุนแรงของอาการลง และเมื่อสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วย ยังต้องทราบถึงการดูแลช่องปากที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมการ พึ่งตัวการหายของเยื่อภายในช่องปากให้หายได้อย่างรวดเร็ว

เป้าหมายการดูแลช่องปากด้วยตนเองและการจัดการ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ประกอบด้วย 4 เป้าหมาย¹² ได้แก่

1. การรักษาความสะอาดในช่องปากและเพิ่มความ ชุ่มชื้นในช่องปาก
2. การป้องกันการอักเสบ และการจัดการการติดเชื้อ ในช่องปาก
3. การจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก
4. การส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อช่องปาก

1. การรักษาความสะอาดในช่องปากและเพิ่มความ ชุ่มชื้นในช่องปาก^{5,13}

- การแปรงฟันวิธี Modified bass โดยใช้ แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม 2 ครั้ง/วัน ระยะเวลาอย่างน้อย 90 วินาที โดยวางแปรงสีฟันบริเวณคอฟันและขอบเหงือก เฉียงลงทำมุม 45 องศากับแนวฟันแล้วกด แปรงและขยับเบาๆ

บริเวณคอฟัน ทำการบิดข้อมือให้ขนแปรงปัดขึ้นในฟันล่าง และบิดข้อมือให้ขนแปรงปัดลงในฟันบน ทั้งด้านนอกและ ด้านในของตัวฟัน ทำตำแหน่งละ 6 ครั้ง ใช้แปรงถูเข้าออก ซ้ำๆ บริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกรามทั้งฟันบนและฟันล่าง หลังจากนั้นล้างแปรงสีฟันให้สะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้ง แล้วทิ้งไว้ให้แห้งในสภาพอากาศโปร่ง

- เปลี่ยนแปรงสีฟันใหม่ทุก 1-3 เดือน

- หากผู้ป่วยเจ็บในช่องปาก มีแผล เลือดออก จากแผลในช่องปาก หรือมีอาการเลือดต่ำ ถ้าระดับเกล็ด เลือดต่ำกว่า 20,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ให้เปลี่ยนจากการ ใช้แปรงสีฟันเป็นใช้ก้านโฟม ทำความสะอาด (Foam swab) ไม้ฟันสาลี หรือก๊อชฟันไม้กดลิ้นแทน เพื่อลดการระคายเคือง การบาดเจ็บ และโอกาสเสี่ยงของการเลือดออกจากแผลของ เยื่อช่องปากได้¹⁴

- การบ้วนปาก เป็นวิธีการที่ทำให้คราบน้ำลาย หรือเศษอาหารต่างๆ ที่ติดในช่องปากหลุดออก นอกจากนั้น ยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อผิวในช่องปาก สารละลาย บ้วนปากที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะ เยื่อช่องปากอักเสบนั้น ต้องเป็นน้ำยาบ้วนปากที่ไม่ทำให้เกิด การระคายเคือง และไม่ทำให้เยื่อช่องปากแห้งมากขึ้น ได้แก่ น้ำเกลือ 0.9% หรือสารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต¹⁵

สารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) เป็นสารละลายบ้วนปากที่มีความปลอดภัย ไม่เกิด การระคายเคืองและไม่ทำลายเยื่อผิวในช่องปาก ส่งเสริม การสร้างเนื้อเยื่อและการฟื้นฟูของแผล นอกจากนั้น สารละลายน้ำเกลือยังมีผลทำให้เยื่อผิวและแผลที่เกิดขึ้น ในช่องปากสะอาด ลดอาการบวม และลดความเจ็บปวด เพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ช่องปากโดยส่งผลโดยตรงต่อม่น้ำลาย ให้มีการหลั่งน้ำลายเพิ่มมากขึ้น มีราคาถูก ใช้สะดวกเนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถเตรียมได้เองโดยใช้อัตราส่วนของ น้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร : เกลือ 1/2 ช้อนโต๊ะ¹⁵ ใช้ก๊อชช่องปาก 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที^{16,17}

สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต (Sodium bicarbonate solution)

เป็นสารละลายบ้วนปากที่มีประสิทธิภาพในการ ขจัดคราบต่างๆ ที่ติดอยู่ในช่องปาก โดยทำให้คราบเหล่านั้น

ละลายหรืออ่อนตัวลง ส่งผลให้หลุดออกได้ง่าย จึงเหมาะสมที่ใช้บ้วนปากเมื่อผู้ป่วยเริ่มน้ำลายแห้ง เหนียว¹⁸ นอกจากนี้ยังทำให้สภาพความเป็นกรด-ด่างในช่องปากสูงขึ้น กล่าวคือทำให้สภาพในช่องปาก อยู่ในสภาวะเป็นด่าง ซึ่งมีฤทธิ์ในการป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่ทนต่อสภาพความเป็นกรด (Aciduric bacteria) ที่อยู่ในช่องปากได้ สารละลายโซเดียมโบคาร์บอเนต ใช้ได้สะดวกเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเตรียมเองได้ โดยการผสมระหว่างเกลือและเบกกิ้งโซดาหรือผงฟู ในอัตราส่วน เกลือ 1/2 ซ่อนโต๊ะ : ผงเบกกิ้งโซดา 1/2 ซ่อนโต๊ะ : น้ำสะอาด 1 ลิตร¹⁵ อย่างไรก็ตาม พบว่าสารละลายโซเดียมโบคาร์บอเนตมีรสฝืดทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมบ้วนปาก นอกจากนี้ยังพบว่าหากความเข้มข้นของสารละลายสูงขึ้นจะส่งผลตรงกันข้ามคือทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก และปริมาณของแบคทีเรียในช่องปากจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น

น้ำยาบ้วนปากทางการค้า (Commercial mouth-washes) ยี่ห้อต่างๆ นั้นไม่แนะนำให้ใช้ในระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี เนื่องจากมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง ส่งผลให้เกิดการระคายเคือง ช่องปากแห้งมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นได้

การเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปากเพื่อลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บต่อเยื่อช่องปาก ควรปฏิบัติดังนี้

- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตร/วัน ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามโดยการจิบน้ำบ่อยๆ ระหว่างวัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

- ทาวาสลีนบริเวณริมฝีปากระหว่างวันเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

- หากน้ำลายแห้งมากให้ออมลูกอมหรือหมากฝรั่งที่มีน้ำตาลน้อย เพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายหรือใช้น้ำลายเทียม

2. การป้องกันการอักเสบและการจัดการการติดเชื้อในช่องปาก

การอักเสบเป็นกลไกการตอบสนองของเยื่อช่องปากต่อการฉายรังสี ซึ่งจะมีระดับความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ดังนั้นการใช้สารต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory agent) และการจัดการการติดเชื้อ

ในช่องปากจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

สารต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory agent) ส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของยาหรือสารละลาย และสารสกัดจากธรรมชาติ เช่น

- เบนไซดามีนไฮโดรคลอไรด์ (Benzydamine hydrochloride) เป็นสารละลายบ้วนปากสำหรับต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีส่วนประกอบของยาชาเฉพาะที่ สารต้านการอักเสบ สารต้านเชื้อจุลชีพ และแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง Proinflammatory cytokines ได้แก่ TNF- α ¹⁹ จึงมีฤทธิ์ป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่เกิดจากการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอได้ โดยการบ้วนปากในปริมาณ 15 มิลลิลิตรนาน 2 นาที จำนวน 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการฉายรังสี ส่งผลช่วยลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ ในกรณีที่ได้รับรังสีไม่เกิน 5,000 เซนติเกรย์²⁰

- คลอเฮกซิดีน (Chlorhexidine) เป็นสารละลายบ้วนปากสำหรับต้านการอักเสบ ลดเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะ gram-positive และเชื้อราภายในช่องปาก อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าการใช้คลอเฮกซิดีน มีประสิทธิภาพไม่ต่างจากการใช้น้ำเกลือ ดังนั้น the Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology (MASCC/ISOO) จึงไม่แนะนำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีใช้คลอเฮกซิดีนบ้วนปาก^{4,21}

- น้ำผึ้ง เป็นสารที่ได้จากธรรมชาติที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลฟรุกโทส กลูโคส ซูโคสและมอลเทส โดยมีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลทั้งทางกายภาพ (Physical effects) และทางเคมี (Chemical effects) ทางด้านกายภาพนั้น พบว่ามีความเข้มข้นสูงส่งผลให้มีการดึงน้ำออกจากเซลล์และทำให้แบคทีเรียตาย ส่วนผลทางด้านเคมีพบว่า น้ำผึ้งมีส่วนประกอบของ Glucose oxidase enzyme และ Gluconic acid ซึ่งเป็น สารต้านเชื้อแบคทีเรีย และยังพบว่ามีผลต่อการแบ่งตัวของเม็ดเลือดขาวชนิดทีและบี (T and B lymphocyte) อีกด้วย²² การใช้น้ำผึ้งป้ายลงบริเวณที่มี

ผลจะทำให้แผลฟื้นตัวเร็วขึ้นเนื่องจากช่วยระบายน้ำในบริเวณแผลได้ดีและมีผลในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย (Bacteriostatic effect) ที่ผ่านมามีการศึกษาโดยนำน้ำผึ้งมาใช้ในการรักษาโรคและแผลในช่องปาก แผลไฟไหม้ แผลติดเชื้อ แผลกดทับและแผลติดเชื้อจากการผ่าตัด พบว่ามีประสิทธิภาพดี

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ประเทศอียิปต์พบว่าการอมน้ำผึ้งบริสุทธิ์ในช่องปากปริมาณ 20 มิลลิกรัม เป็นเวลา 15 นาทีและกลืนช้า ๆ ก่อนและหลังฉายรังสี 15 นาทีและ 6 ชั่วโมง สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ลดการติดเชื้อราและเชื้อแบคทีเรียในช่องปากได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับน้ำผึ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามในบางการศึกษาพบว่า การติดเชื้อแบคทีเรียและระดับความเจ็บในช่องปากไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³

- พญาหอหรือสเลดพังพอนตัวเมีย เป็นสมุนไพรไทยที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากรัฐบาลไทยภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 6 ให้เป็นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ได้ภายในโรงพยาบาล ชื่อทางวิทยาศาสตร์คือ *Clinacanthus nutans* (Burm.f) Lindau เป็นพืชสมุนไพรขนาดเล็กที่พบในประเทศไทย สารสกัดพญาหอ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและต้านเชื้อไวรัส โดยลดระยะเวลาและความรุนแรงของการติดเชื้อ ลดความเจ็บปวดและเพิ่มการฟื้นหายของแผลที่เกิดจากโรคริมและงูสวัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้เริ่มมีการพัฒนาและผลิตพญาหอ ขึ้นเป็นยามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 และได้ผ่านการรับรองจากสหพันธ์เกษตรอินทรีย์นานาชาติ (The International Federation of Organic Agriculture Movements) จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ในกลุ่มที่ใช้กลีเซอรีนพญาหอ โดยหยดบริเวณเยื่อช่องปาก 2 หยดแล้วใช้ลิ้นกวาดให้ทั่ว 3-5 ครั้ง/วัน ตลอดจนการฉายรังสี มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ อาการเจ็บในช่องปาก ภาวะน้ำลายแห้ง และการรับรู้รสเปลี่ยนแปลงไป ซ้ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ 0.15% เบนโซคาเมีน ไฮโดรคลอไรด์ประมาณ 1 สัปดาห์ ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษการใช้พญาหอเพื่อ

ลดความรุนแรง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบยังมีไม่มากนัก และยังต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป²⁴

3. การจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก

ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบส่วนใหญ่มักมีความเจ็บปวดในช่องปากร่วมด้วย ความเจ็บปวดนี้กระทบต่อการกลืนอาหารที่ลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลดลง นำไปสู่การมีภาวะทุพโภชนาการ มีผลย้อนกลับโดยทำให้การเกิดภาวะเยื่อช่องปากรุนแรงมากขึ้น การฟื้นฟูของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบช้าลง ดังนั้นการจัดการความเจ็บปวดในช่องปากจึงเป็นส่วนที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ยาที่ใช้ในการจัดการความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมี 2 ประเภทได้แก่ ยาชาเฉพาะที่ และยาระงับปวด โดยการใช้ยาชาเฉพาะที่นั้น เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ได้แก่ 2% viscous lidocaine Benzocaine Dibucaine และ Tetracaine โดยที่นิยมใช้มากที่สุดคือ 2% viscous lidocaine ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ แบบอมและแบบพ่น แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาชาเฉพาะที่จะมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวดได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่มีความปวดระดับรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดร่วมด้วย การใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนั้น แบ่งออก ได้เป็น 3 ลำดับชั้น คือ

ชั้นที่ 1 ยาระงับปวด ประเภทไม่ใช่อปิออยด์ (Non-opioid drugs)

ชั้นที่ 2 ยาระงับปวดประเภทเสพติระดับอ่อน (Weak-opioid drugs) และ

ชั้นที่ 3 ยาระงับปวดประเภทเสพติอย่างแรง (Strong opioid drug)

โดยประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยการใช้ยาระงับปวดนี้ ขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่าง ระดับความเจ็บปวดกับประเภทของยาระงับปวดที่ได้รับ ยาที่ใช้บ่อยเพื่อระงับความเจ็บปวดในช่องปากและคอจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ²⁵

ยาชาเฉพาะที่ (Topical analgesics)

- BenzydamineHCl (Difflam®) 15 มล. กลั้วปากและคอแล้วบ้วนทิ้งทุก ๆ 2-3 ชม.

- 2% lidocaine HCl (Xylocaine viscous®) 5-10 มล. อมกั้วให้ทั่วปากและคอแล้ว กลืนช้าๆ ก่อนรับประทานอาหาร 15 นาที

ยาระงับปวด (Systemic analgesics)

- Acetaminophen (Paracetamol®, Tylenol®) 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชม. เวลาปวด

- 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 ปรับยาตามระดับความปวด

- Morphine sustained-release (MST®) ใช้ในกรณีที่ควบคุมความปวดจากยากลุ่ม Immediate release ได้แล้ว โดยเริ่มต้นที่ 10 มก. ทุก 12 ชม. ปรับยาตามระดับความปวด

คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อลดการระคายเคืองในช่องปาก

- หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสจัด รสเปรี้ยว ร้อนจัดหรือเย็นจัด

- งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่

4. การส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อช่องปาก การมีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการฉายรังสี ส่งผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายของเยื่อและแผลในช่องปาก โดยการฟื้นหายของแผลนั้นขึ้นอยู่กับที่ได้รับสารอาหารและพลังงานที่เพียงพอ โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการซ่อมแซมฟื้นฟูเนื้อเยื่อและร่างกาย การฟื้นหายของแผลที่ล่าช้านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหารประเภทโปรตีนและพลังงาน เนื่องจากความสามารถของการคงไว้ของเยื่อช่องปากที่สมบูรณ์ (Mucosal integrity) และการซ่อมแซมเยื่อช่องปากที่ได้รับบาดเจ็บลดลง ส่งผลให้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงมากยิ่งขึ้น

สำหรับแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการนั้น นอกจากการให้อาหารเสริมแก่ผู้ป่วยแล้ว การให้คำปรึกษา

ทางโภชนาการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอระหว่างการรักษา¹² ดังต่อไปนี้

- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบและเพียงพอทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมและฟื้นตัวของเนื้อเยื่อช่องปาก

- ควรมีนักโภชนาการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยการปรับปริมาณและลักษณะของอาหารทดแทนได้ตามความเหมาะสม เช่น อาหารอ่อน ข้าวต้ม โจ๊ก อาหารเหลว อาหารปั่นและอาหารเสริมทางการแพทย์

- หากผู้ป่วยมีปัญหารับประทานอาหารได้ลดลง แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่ให้พลังงานและคุณค่าสูง โดยรับประทานน้อยๆ แต่แบ่งมื้ออาหารให้บ่อยมากขึ้น เป็น 5-6 มื้อ/วัน ตัวอย่างอาหารเช่น น้ำเต้าหู้ทรงเครื่อง ไอศกรีมปั่นกับนมสด (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) เป็นต้น

- หากผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการ ควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อได้รับการพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก (Nasogastric tube; NG tube), การให้อาหารทางสายยางผ่านทางกระเพาะอาหาร (Percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง

สรุป

โรคมะเร็งบริเวณช่องปากและลำคอ เป็นโรคมะเร็งที่มีวิวัฒนาการหลายส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษา จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการรักษาจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาเช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ต้องมีการวางแผนและการประสานงาน อย่างเป็นระบบในทุกๆระยะของการรักษา

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้/ทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี ดังนั้น การดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในทุกช่วงของการรักษาโดยการประสานงานกัน ระหว่างผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขานั้น เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของ การรักษา ลดอุบัติการณ์ การหยุดพักการรักษาซึ่งส่งผลให้ อัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ การฟื้นหายที่เร็วขึ้นและมีคุณภาพชีวิต ที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Eilers J, Million R. Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2007;23(3):201–12.
- Peterson DE, Doerr W, Hovan A, Pinto A, Saunders D, Elting LS, et al. Osteoradionecrosis in cancer patients: the evidence base for treatment dependent frequency, current management strategies, and future studies. *Support Care Cancer* 2010;18(8): 1089–98.
- Khaw A, Logan R, Keefe D, Bartold M. Radiation induced oral mucositis and periodontitis proposal for an inter relationship. *Oral Dis* 2014;20 (3): e7–18.
- Ngeow W, Chai W, Zain R. Management of radiation therapy–induced mucositis in head and neck cancer patients. Part I: Clinical significance, pathophysiology and prevention. *Oncol Rev* 2008; 2(2):102–13.
- Elting LS, Cooksley CD, Chambers MS, Garden AS. Risk, outcomes, and costs of radiation–induced oral mucositis among patients with head and neck malignancies. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007; 68(4):1110–20.
- Brown CG, Yoder LH. Stomatitis: An Overview: protecting the oral cavity during cancer treatment. *Am J Nurs* 2002;102:20–3. 35.
- Kwong KKF. Prevention and treatment of oropharyngeal mucositis following cancer therapy: are there new approaches? *Cancer Nurs* 2004; 27(3):183–205.
- Kostler WJ, Hejna M, Wenzel C, Zielinski CC. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. *CA: A Cancer J* 2001;51(5):290–315.
- Shih A, Miaskowski C, Dodd MJ, Stotts NA, MacPhail L. Mechanisms for radiationinduced oral mucositis and the consequences. *Cancer Nurs* 2003;26(3):222–9.
- โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. คู่มือแนวทางการดูแลรักษา ทางทันตกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ลำปาง : กรม การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- หน่วยประดิษฐ์ใบหน้าขากรรไกร. คู่มือการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) บริเวณ ศีรษะและลำคอ คุณหมอม...พูดจาภาษา ชาวบ้าน. พิมพ์ ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
- Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. *Cancer symptom management*. Jones and Bartlett Learning; 2004.
- Hogan R. Implementation of an oral care protocol and its effects on oral mucositis. *Pediatric Oncol Nurs* 2009 May/June ;26(3):125–35.
- Miller M, Kearney N. Oral care for patients with cancer : a review of the literature. *Cancer Nurs* 2001; 24(4) : 241–54.
- Rosenthal DI, Trotti A. Strategies for Managing Radiation–induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2009;19(1):29–34.
- Peterson DE, Lalla RV. Oral mucositis: the new paradigms. *Curr Opin Oncol* 2010;22(4): 318–22.
- Madan Kumar P, Sequeira P, Shenoy K, Shetty J. The effect of three mouthwashes on radiation–

- induced oral mucositis in patients with head and neck malignancies: a randomized control trial. *J Cancer Res Ther* 2008; 4(1):3.
18. Rastogi M, Dwivedi RC, Kazi R. Oral mucositis in head and neck cancer. *Eur J Cancer Care* 2011; 20(2):144.
 19. Epstein JB, Silverman S, Paggiarino DA, Crockett S, Schubert MM, Senzer NN, et al. Benzylamine HCl for prophylaxis of radiation-induced oral mucositis. *Cancer* 2001;92(4):875–85.
 20. Kamian Sh, Kazemian A, Aghili M, Amuzegar Hashemi F, Haddad P. Benzylamine for prophylaxis of radiation-induced oral mucositis in head and neck cancers a double-blind clinical trial. *Pajoohandeh Journal* 2008;13(3):183–91.
 21. Peterson DE, Bensadoun RJ, Roila F, Group ObotEGW. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2010 May 1; 21 Suppl 5:v261–5.
 22. Motallebnejad M, Akram S, Moghadamnia A, Moulana Z, Omidi S. The effect of topical application of pure honey on radiation-induced mucositis: a randomized clinical trial. *J Contemp Dent Pract* 2008;9(3):40–7.
 23. Rashad UM, Al-Gezawy SM, El-Gezawy E, Azzaz AN. Honey as topical prophylaxis against radiochemotherapy-induced mucositis in head and neck cancer. *J Laryngol Otol* 2009;123(02): 223–8.
 24. Putwatana P, Sanmanowong P, Oonprasertpong L, Junda T, Pitiporn S, Narkwong L. Relief of Radiation induced oral mucositis in head and neck cancer. *Cancer Nurs* 2009;32(1):82–7.
 25. อรุณสรรา สังกทอง. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ. วารสารสมาคมรังสีรักษาและ มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย มะเร็งวิวัฒน์ 2557; 1: 77–82.
-