

นิพนธ์ต้นฉบับ

การถอนฟันผู้ป่วยหลังฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

รัชณี คันทพนิต, ท.บ

งานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ จากการศึกษาผลของการถอนฟันภายหลังการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอในผู้ป่วยที่มา
รับการรักษาที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 ถึงปี พ.ศ. 2540
จำนวน 54 ราย ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 23-84 ปี (เฉลี่ย 49.5 ปี) ได้รับรังสีปริมาณ 34 -76 เกรย์ (เฉลี่ย
67.04 เกรย์) และได้รับการถอนฟันภายหลังการฉายรังสีตั้งแต่ 3 - 144 เดือน (เฉลี่ย 56 เดือน) พบ
ว่ากระดูกขากรรไกรล่างและกระดูกขากรรไกรบนเกิดเน่าตาย 10 รายจากฟัน 14 ที่จากการถอน
ฟันทั้งหมด 204 ที่ จำแนกเป็นการถอนฟันที่อยู่ในบริเวณที่เป็นทางผ่านของรังสี 128 ที่ ซึ่งเป็นฟัน
บน 49 ที่ แผลหายสนิทจากการถอนฟัน 47 ที่ เท่ากับร้อยละ 95.9 แผลไม่หายสนิท 2 ที่ เท่ากับร้อย
ละ 4.08 และเป็นฟันล่าง 79 ที่ ซึ่งแผลหายสนิท 67 ที่ เท่ากับร้อยละ 84.81 แผลไม่หาย 12 ที่ เท่า
กับร้อยละ 15.81 ส่วนการถอนฟันที่ไม่อยู่ในทางผ่านของรังสี 76 ที่ ซึ่งฟันบน 29 ที่ และฟันล่าง
47 ที่พบว่าแผลหายเป็นปกติทุกราย จากการที่แผลถอนฟันไม่หายสนิท ซึ่งพบมากที่สุดที่กระดูกขา
กรรไกรล่าง เนื่องจากกระดูกขากรรไกรล่างมีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อยกว่ากระดูกขากรรไกรบน การ
ที่ผู้ป่วยได้รับการถอนฟันภายหลังฉายรังสีได้ไม่นานทำให้สภาพเนื้อเยื่อยังไม่กลับคืนสู่สภาพ
ปกติ รวมทั้งการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการป้องกันด้วยยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังการถอนฟัน ทำให้มี
การติดเชื้อและกระดูกเน่าตายต่อมา เชียงใหม่เวชสาร 2543; 39(1-2): 39-46.

ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อรักษามะเร็ง
บริเวณศีรษะและคออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน
เกี่ยวกับฟันระหว่างการฉายและหลังการฉาย
รังสีได้ โดยจะทำให้เกิดฟันผุและความเสียหาย
อื่นทั้งในฟันน้ำนมและฟันแท้⁽¹⁻¹⁰⁾ ในผู้ป่วยที่มี
สุขภาพในช่องปากไม่ดีจะเกิดการทำลายของ

ฟันอย่างรุนแรง ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากการลด
ลงของน้ำลาย⁽¹¹⁻¹³⁾ รวมทั้งความเป็นกรดของน้ำ
ลายจากขบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมี โดยเชื้อ
จุลินทรีย์ที่เกาะบนแผ่นคราบฟัน ผลของรังสี
ต่ออวัยวะที่ส่งผลถึงฟัน ได้แก่ เยื่อช่องปากจะ
แห้ง ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแสบปวดร้อนในช่อง
ปากและสูญเสียการรับรสเนื่องจากปุ่มรับรส
เสื่อม แต่อาการนี้จะเป็นชั่วคราว ต่อมน้ำลายพา
โรติคัสจะถูกทำลายเมื่อได้รับรังสี 60 เกรย์

ติดต่อขอสำเนาบทความได้ที่ : รัชณี คันทพนิต, งานทันตกรรม
กลาง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: rkantapa@med.cmu.ac.th

ผู้ป่วยจะมีน้ำลายลดลง ทำให้เกิดอาการผิวดกเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ผลที่เกิดกับฟันได้แก่การเสียวฟันเวลาบดเคี้ยว บริเวณคอฟันเกิดการละลายของสารเกลือแร่ (decalcification) เกิดการสึกกร่อน (erosion) เกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดได้แก่ กระดูกเน่าตาย (osteoradio necrosis) มักเกิดบริเวณขากรรไกรล่าง เพราะมีเส้นเลือดที่เป็น nutrient artery มาหล่อเลี้ยงเพียงเส้นเดียว ผู้ป่วยที่ถอนฟันหลังฉายรังสีไม่นาน ขณะที่การฟื้นคืนกลับสภาพของเนื้อเยื่อยังไม่ดี ทำให้แผลไม่ปิด เกิดติดเชื้อลุกลามไปยังกระดูกเกิดกระดูกเน่าตายได้ ในผู้ป่วยที่ถอนฟันโดยไม่ได้อัดหรือขลิบตะไบกระดูกที่แหลมคมให้เรียบแล้วส่งฉายแสงก่อนที่แผลจะหายมีโอกาสที่ทำให้เกิดแผลไม่ปิดได้

จากการวิจัยของ Maxymiw และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งถอนฟันผู้ป่วยหลังฉายรังสี 72 คน โดยให้การป้องกันด้วยยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังถอนฟันที่ถอนมีทั้งที่อยู่ในทางผ่านของรังสีและไม่ได้รับรังสีโดยตรง ไม่พบมีผู้ป่วยเกิดกระดูกเน่าตายแม้แต่รายเดียว Marx และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ทำวิจัยเช่นเดียวกัน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 37 คน กลุ่มแรกป้องกันด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ส่วนกลุ่มหลังป้องกันด้วยการใช้ไฮเปอร์แบริคออกซิเจน พบว่ากลุ่มแรกเกิดกระดูกเน่า 11 ราย (ร้อยละ 29.9) ส่วนกลุ่มหลังเกิดเพียง 2 ราย (ร้อยละ 5.4) ส่วน Carl และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้ติดตามผลการถอนฟันในผู้ป่วยหลังฉายรังสีโดยศึกษาจากผู้ป่วย 74 รายเป็นเวลา 4 ปี ไม่พบกระดูกเน่าตาย แต่ต่อมาพบผู้ป่วย 2 รายได้เกิดโรคปริทันต์อักเสบที่ฟันกรามล่าง ซึ่งถอนฟันภายหลังจากการทำ neck dissection (การทำศัลยกรรม

บริเวณคอ) และเกิดกระดูกเน่าตายทั้ง 2 ราย

การศึกษานี้ทำเพื่อวิเคราะห์ผลของการถอนฟันในผู้ป่วยหลังฉายรังสีที่ได้รับปัจจัยต่างกัน รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสนอแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ผู้ป่วยและวิธีการ

ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและมาตรวจติดตามผลการรักษาตั้งแต่ พ.ศ. 2529 ถึง พ.ศ. 2540 จำนวน 54 ราย เป็นชาย 35 ราย (ร้อยละ 64.81) เป็นหญิง 19 ราย (ร้อยละ 35.18) อายุ 23 - 84 ปี (เฉลี่ย 49.5 ปี) ได้รับรังสีขนาด 35 - 76 เกรย์ (เฉลี่ย 67.04 เกรย์) และถอนฟันหลังการฉายรังสีช่วง 3 - 144 เดือน (เฉลี่ย 56 เดือน)

ได้ทำการตรวจฟันทุกซี่ของผู้ป่วยที่มาติดตามผลการฉายรังสีครั้งแรก พร้อมบันทึกประวัติการรักษาทางรังสีของผู้ป่วย ระยะเวลาการฉายรังสี ปริมาณของรังสี โดยทำการศึกษาร่วมกับรังสีแพทย์จาก port film หรือรายงานการวางแผนรักษาทางรังสีของผู้ป่วยถึงบริเวณที่ฉายรังสีว่าฟันที่จะถอนอยู่ในทางผ่านของรังสีหรือไม่ หากพบว่าฟันนั้นไม่อยู่ในทางผ่านของรังสีและผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดี มีเนื้อเยื่อสมบูรณ์ก็ทำการถอนฟันนั้นได้ แต่ถ้าฟันนั้นอยู่ในทางผ่านของรังสี เนื้อเยื่อในบริเวณที่จะถอนฟันเป็นเส้นใยแข็ง (fibrosis) และสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยไม่ดี หรือฟันซี่นั้นถอนยาก ต้องกรอตัดกระดูกจำนวนมาก และแพทย์เห็นว่าเสี่ยงเกินไป ก็ให้รักษาแบบประคับประคองไปก่อน นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับช่วงเวลาหลังฉายรังสีประกอบด้วย หากผู้ป่วยเสร็จสิ้นการฉายรังสีไม่ถึง 2 ปี และได้รับรังสีขนาดสูง

ตารางที่ 1. จำนวนผู้ป่วยถอนฟันหลังฉายรังสีจำแนกตามเพศและตำแหน่งของมะเร็ง

ตำแหน่งของมะเร็ง	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
Tongue	1	-	1	1.85
Nasopharynx	21	13	34	62.96
Hypopharynx	-	1	1	1.85
Tonsil	3	1	4	7.41
Postpharynx wall	1	-	1	1.85
Glottic	4	-	4	7.41
Base of tongue	1	-	1	1.85
Supraglottic	1	1	2	3.71
Oropharynx	-	1	1	1.85
Hard palate	1	-	1	1.85
Pyriform	2	-	2	3.71
Neck node unknown primary	-	1	1	1.85
Buccal mucosa	-	1	1	1.85
รวม	35	19	54	100.00

เกิน 60 เกษียณไป และคาดว่าเนื้อเยื่อยังไม่กลับคืนสู่สภาพเดิม หรือในผู้ป่วยรายที่ฉายรังสีไปแล้วเป็นเวลานาน และเนื้อเยื่อบริเวณที่จะถอนซิดและเป็นเส้นใยแข็ง จะไม่พิจารณาถอนฟันขึ้นนั้น แต่ถ้าเนื้อเยื่อเป็นสีชมพูและมีความยืดหยุ่นดี และการถอนนั้นไม่ก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อมากก็ให้ถอนฟันขึ้นนั้นได้ ทำการบันทึกวันเวลาและตำแหน่งที่ถอน นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา เพื่อตรวจสอบสุขภาพของแผลหลังถอนฟัน

เมื่อจะทำการถอนฟัน จะป้องกันการติดเชื้อด้วยการให้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังถอน 5 วัน ซึ่งยาที่ให้ประจำได้แก่ ยา Amoxycillin ขนาด 500 มก. วันละ 3 ครั้งก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง หากผู้ป่วยแพ้ยานี้ก็พิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะตัวอื่นแทน และใช้ยาชา Liodocaine 2% ผสมสารบิบบลอคเลือด ผู้ป่วยบางรายใช้ยาชา Scand-nase 3% ที่ไม่ผสมสารบิบบลอคเลือด (ใช้ใน

ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และอื่นๆ) ทำการถอนฟันด้วยความนุ่มนวล ทำความสะอาดแผล เย็บปิดแผลโดยไม่ให้ตึงเกินไป นัดผู้ป่วยมาตัดไหมและติดตามดูการหายของแผล ในการถอนฟันแต่ละครั้งจะไม่ถอนเกิน 3 ซี่

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยที่ถอนฟันหลังฉายรังสีจำนวน 54 ราย จำแนกตามเพศและตำแหน่งของมะเร็งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ nasopharynx สูงสุดเท่ากับ ร้อยละ 62.96 และเป็นชายมากกว่าหญิง (ตารางที่ 1)

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามอายุ พบว่ากลุ่มอายุระหว่าง 41-60 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.25 เป็นชายมากกว่าหญิงคิดเป็นร้อยละ 38.9 และ 20.37 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) และจากการจำแนกตามปริมาณรังสีที่

ตารางที่ 2. จำนวนผู้ป่วยถอนพิษหลังฉายรังสี
จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

อายุ	ชาย	หญิง	รวม
20 - 40	4	7	11
41 - 60	21	11	32
61 - 80 ⁺	9	2	11
รวม	34	20	54

ตารางที่ 3. จำนวนผู้ป่วยถอนพิษหลังฉายรังสี
จำแนกตามขนาดของรังสี

ขนาดของรังสี (เกรย์)	จำนวนผู้ป่วย(คน)	ร้อยละ
30.00 - 40.00	1	1.85
40.01 - 50.00	1	1.85
50.01 - 60.00	6	11.11
60.01 - 70.00	41	75.93
70.01 - 80.00	5	9.26
รวม	54	100.00

ผู้ป่วยได้รับพบว่าได้รับรังสี 61-70 เกรย์ มีจำนวนมากที่สุดคือ 41 ราย ร้อยละ 75.92 แต่รังสีที่ได้รับขนาดสูงสุด คือ 76 เกรย์ (ตารางที่ 3)

ผลของการถอนพิษได้แสดงไว้ในตารางที่ 4 โดยจำแนกออกเป็นพิษที่อยู่ในทางผ่านของรังสี เป็นพิษบน 286 ซึ่ง ได้ทำการถอนไป 49 ซึ่ง แผลถอนพิษหาย 47 ซึ่ง ร้อยละ 95.91 ส่วนแผลถอนพิษไม่หายมีจำนวน 2 ซึ่ง ร้อยละ 4.08 ส่วนพิษล่างจำนวน 335 ซึ่ง ได้ทำการถอนไป 79 ซึ่ง แผลถอนพิษหาย 67 ซึ่ง ร้อยละ 84.81 และแผลถอนพิษไม่หาย 12 ซึ่ง เท่ากับร้อยละ 15.18

สำหรับพิษที่ไม่อยู่ในทางผ่านของรังสี แบ่งเป็นพิษบน 322 ซึ่ง ได้ทำการถอนไป 29 ซึ่ง และพิษล่าง 326 ซึ่ง ได้ทำการถอนพิษไป 48 ซึ่ง ปรากฏว่าแผลถอนพิษหายทุกราย

ในผู้ป่วยที่แผลไม่หาย พบว่าเป็นพิษที่อยู่ในทางผ่านของรังสีทั้งสิ้น เมื่อจำแนกตามปริมาณ

รังสีที่ผู้ป่วยได้รับและช่วงเวลาที่ถอนพิษหลังฉายรังสี พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีแผลถอนพิษในขากรรไกรบน 2 รายและมีระยะเวลาที่ถอนพิษหลังฉายรังสี 4 เดือนและ 26 เดือนตามลำดับ และได้รับรังสีขนาด 70 เกรย์ มีผู้ป่วย 8 รายที่มีพิษที่อยู่ในขากรรไกรล่าง 12 ซึ่ง มีช่วงเวลาที่ถอนพิษหลังฉายรังสีตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 61 เดือน ค่าเฉลี่ยของช่วงเวลาที่ถอนพิษหลังฉายรังสีเท่ากับ 29 เดือน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.94 เดือน) ผู้ป่วยได้รับรังสีขนาด 60-76 เกรย์ เฉลี่ย 68.75 เกรย์

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ถอนพิษหลังฉายรังสีมีจำนวนน้อย (54 ราย) และถอนพิษทั้งสิ้น 205 ซึ่ง ผลที่ได้จากการวิเคราะห์คือ พิษที่อยู่ในทางผ่านของรังสี 128 ซึ่ง แบ่งเป็นพิษบน 49 ซึ่ง แผลถอนพิษหาย 47 ซึ่ง เท่ากับร้อยละ 95.9 ส่วนพิษล่าง 79 ซึ่ง พบแผลหาย 67 ซึ่ง เท่ากับร้อยละ 84.81 และแผลไม่หาย 12 ซึ่ง เท่ากับร้อยละ 15.18 การที่แผลไม่หายและกลายเป็นแผลกระดูกเน่าพบที่กระดูกขากรรไกรล่างมากกว่าเนื่องจากขากรรไกรล่างมีลักษณะกระดูกที่บึกกว่าขากรรไกรบน และมีเส้นเลือดมาเลี้ยงน้อย จึงเกิดเส้นเลือดอุดตันได้ง่ายกว่า ทำให้แผลถอนพิษหายยากกว่าพิษบน ผู้ป่วยทุกรายที่เกิดแผลกระดูกเน่าไม่ได้รับการป้องกันด้วยยาปฏิชีวนะ ทั้งก่อนและหลังถอนพิษ และเป็นพิษที่อยู่ในทางผ่านของรังสีทุกซึ่ง ผู้ป่วยถอนพิษหลังฉายรังสีได้ไม่นาน (4 เดือน, 26 เดือนในพิษบน 3 เดือนถึง 61 เดือน ในพิษล่าง) เป็นช่วงที่เนื้อเยื่อยังไม่ฟื้นคืนสภาพจากผลของรังสี ผู้ป่วยทุกรายได้รับรังสีขนาดสูง ผู้ป่วยแต่ละรายมีสภาพ

ตารางที่ 4. แสดงผลการถอนพันธุ์ (ร้อยละ) จำแนกตามขนาดรังสี

ขนาดของรังสี (เกรย์)	พันธุ์ที่อยู่ในทางผ่านของรังสี						พันธุ์ที่ไม่อยู่ในทางผ่านรังสี					
	พันธุ์บน			พันธุ์ล่าง			พันธุ์บน			พันธุ์ล่าง		
	พันธุ์ทั้งหมด	พันธุ์ที่ถอน	พันธุ์ที่ไม่ถอน	พันธุ์ที่ถอน	พันธุ์ที่ไม่ถอน	พันธุ์ที่ไม่ถอน	พันธุ์ที่ถอน	พันธุ์ที่ไม่ถอน	พันธุ์ที่ไม่ถอน	พันธุ์ที่ถอน	พันธุ์ที่ไม่ถอน	พันธุ์ที่ไม่ถอน
30.00-40.00	4	-	-	7	1	1	6	-	-	6	-	-
40.01-50.00	4	2	1 (100)	4	1	1	10	-	-	10	-	-
50.01-60.00	14	1	1 (100)	27	3	1	31	1	1	34	4	-
60.01-70.00	224	42	40	252	58	50	246	28	28	246	36	-
70.00 ⁺	40	4	4 (100)	45	16	14	29	-	-	30	6	-
รวม	286	49	47	335	79	67	322	29	29	326	48	-
			(95.91)	(4.08)		(84.8)		(100)			(100)	

ต่างกัน แม้จะได้รับรังสีขนาดใกล้เคียงกันและ
ถอนฟันในระยะห่างกันไม่มาก แต่การหายของ
แผลไม่เท่ากัน เนื่องจากมีผู้ป่วยถอนฟันชุด 1
ราย ต้องกรอตัดกระดูกจำนวนมาก ซึ่งต่างจาก
รายที่ถอนฟันที่โยกมากๆ หรือมีเนื้อเยื่อติดราก
อยู่เพียงเล็กน้อย และผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 23 ปีถึง
84 ปี ผู้ป่วยอายุน้อยจะมีแผลหายง่ายกว่าคนสูง
อายุ จากการวิเคราะห์บางรายใช้เวลาตั้งแต่ 3
สัปดาห์ถึง 7 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ถอนฟันด้วยการ
ใช้ยาชา Lidocaine 2% ผสมสารบิปปิรอลลดเลือด
หลายรายมีแผลหายได้ตามปกติ ซึ่งจากรายงาน
ของ Sveen⁽¹⁷⁾ และ Passy และคณะ⁽¹⁸⁾ Ohlsen
และคณะ⁽¹⁹⁾ กล่าวถึงการให้ยาชาที่ไม่มีสารบิปปิรอล
ลดเลือดว่าจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น

จากการพบปัญหาแผลไม่หายและกระดูก
ตายจากการถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับการฉาย
รังสี ดังนั้นก่อนการฉายรังสีควรตรวจดูฟันของ
ผู้ป่วยก่อนทุกราย หากพบฟันที่คาดว่าจะมี
ปัญหาภายหลังควรทำการรักษาให้เรียบร้อย
ก่อน โดยอุดฟันที่ยังเก็บรักษาไว้ได้เพื่อใช้งาน
ต่อไป รักษาคลองรากฟันที่ผุทะลุโพรง
ประสาทฟัน ถอนฟันที่ผุจนรักษาไม่ได้หรือ
เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่คาดว่าจะเกิดปัญหา
ภายหลัง ส่วนฟันแหลมคมหรืออยู่ผิดตำแหน่ง
ที่เสียดสีหรือกดเหงือก กระพุ้งแก้ม ซึ่งอาจทำ
ให้เกิดแผลควรถอนออก ทำการขูดหินปูนและ
ทำความสะอาดฟันให้เรียบร้อย พร้อมทั้งสอน
ทันตสุขศึกษาให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพ
ด้วยตนเอง

ระหว่างฉายรังสีผู้ป่วยอาจรู้สึกปากแห้ง
ปวดแสบปวดร้อนที่กระพุ้งแก้มหรือลิ้น ควร
ให้บ้วนปากด้วยน้ำลายเทียมเพื่อให้เกิดความ
ชุ่มชื้นแก่เนื้อเยื่อในช่องปาก ให้อมน้ำยาบ้วน

ปากที่ผสมยาชาเพื่อลดความเจ็บปวดในรายที่
เจ็บปากจนรับประทานอาหารไม่ได้ ไม่รับ
ประทานทานอาหารรสจัด ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็ง
ก้อนเล็กๆ หรือจิบน้ำบ่อยๆ เวลารู้สึกคอแห้ง

หลังการฉายรังสีผู้ป่วยอาจมีอาการแทรก
ซ้อนตาม จึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพอย่างเคร่ง
ครัด แปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง
และก่อนนอน ใช้ยาสีฟันที่ไม่ระคายเคืองต่อ
เนื้อเยื่อช่องปาก อนามัยยาบ้วนปากที่ผสมฟลู
ออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุทุกวัน หรือใช้ฟลูออ
ไรด์เจลเคลือบฟัน รวมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกบริหาร
ปากเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ trismus (กล้ามเนื้อ
บริเวณปากแข็งและเป็นแผลเป็นทำให้้า
ปากได้น้อย) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา
หรือรับประทานหมาก เพราะเป็นตัวการที่ทำให้
ให้ปากแห้งและอาจเป็นสาเหตุให้เนื้องอกกลับ
เป็นซ้ำได้ นัดผู้ป่วยมาตรวจหลังฉายรังสีเป็น
ระยะๆ และแนะนำผู้ป่วยไม่ให้ใส่ฟันปลอม
ชนิดถอดได้ในระยะแรก ควรรอให้แผลในช่อง
ปากหายและฟื้นคืนสภาพเหมือนเดิม อาจเป็น
6 เดือน หรือ 1 ปี แล้วแต่สภาพในช่องปาก
หรือใช้สาร tissue conditioner ช่วยรองที่ฐาน
และขอบฟันปลอม เพื่อไม่ให้กดเหงือกและ
เนื้อเยื่อในช่องปาก ผู้ป่วยที่ปากแห้งมากอาจใช้
pilocarpine hydrochloride ขนาด 5 มิลลิกรัม
หรือ 10 มิลลิกรัมเคี้ยว จะช่วยแก้ปัญหาและทำ
ให้การพูดจาคล่องขึ้น

การถอนฟันหลังฉายรังสีเป็นสิ่งที่เสี่ยงต่อ
การเกิดกระดูกเน่าตาย ดังนั้นผู้ป่วยที่ฉายรังสี
จำเป็นต้องมีการรักษาสุขภาพในช่องปากอย่าง
เคร่งครัดและหากจำเป็นต้องถอนฟันก็ควรป้องกัน
ด้วยยาปฏิชีวนะและถอนฟันด้วยวิธีการที่
ปลอดภัยที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Gorlin RJ, Goldman HM. Thoma's oral pathology. St Louis: The C.V. Mosby, 1970: 213-4.
2. Stafne EC, Gibiliso JA. Oral roentgenographic diagnosis. Philadelphia: W.B. Saunders, 1975 : 230-31.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Oral pathology. Philadelphia: W.B. Saunders, 1974: 518.
4. Pietrokovski J, Menczal J. Tooth dwarfism and root underdevelopment following irradiation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1966; 22: 95-9.
5. Poyton HG. The effects of radiation on teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1968; 26: 639-46.
6. Gowgiel JM. Eruption of irradiation-produced rootless teeth in monkeys. J Dent Res 1961; 40: 538-47.
7. Bruce KW, Stafne EC. The effect of irradiation on the dental system as demonstrated by roentgenogram. J Am Dent Assoc 1980; 41: 684-9.
8. Brown WE. Oral manifestation produced by early irradiation: report of a case. J Am Dent Assoc 1949; 38: 754-7.
9. Rushton MA. Effects radium on the dentition. Am J Orthod 1974; 33: 828-30.
10. Stafne EC, Bowing HH. The teeth and their supporting structures in patients treated by irradiation. Am J Orthod 1974; 33: 567-81.
11. Shannon IL, Mc Crary BN, Starke EN. A Saliva substitute for use by xerostomic patients undergoing radiotherapy to the head and neck. Oral Surg 1978; 44: 656- 61.
12. Shannon IL, Trodahl JN, Starke EN. Remineralization of enamel by a saliva substitute designed for use by irradiated patient. Cancer 1978; 41: 1746.
13. Nakamoto RY. Use of a saliva substitute in postradiation xerostomia. J Prosth Dent 1979; 42: 539-42.
14. Maxymiw WG, Wood RE, Liu FF. Postradiation dental extractions without hyperbaric oxygen. Oral Surg Oral Pathol 1991; 72: 270-74.
15. Marx RE, Johnson RP, Kline SN. Prevention of osteoradionecrosis: a randomized prospective clinical trial of hyperbaric oxygen versus penicillin. J Am Dent Assoc 1985; 111: 49-54.
16. Carl W, Schaaf NG, Sako K. Oral surgery and the patient who has had radiation therapy for head and neck cancer. Oral Surg Oral Pathol 1973; 36: 651-57.
17. Sveen K. Effects of addition of a vasoconstrictor to local anesthetic solution on operative and postoperative bleeding analgesia and wound healing. Int J Oral Surg 1979; 8: 301-6.
18. Passy V, d' Ablain G, Turnbull FM, von Leden H. Cry. surgery: a comparison of the clinical and histological response to epinephrine. Laryngoscope 1971; 81: 1917-25.
19. Ohlsen L, Evers H, Segerstrom K, Hagelqvist E. Graffman's local anesthetic modifying the dermal response of irradiation. Acta Onco 1987; 26: 467-76.

RADIATED PATIENTS OF HEAD AND NECK CANCERS

Rashanie Kanthapanit, D.DH.

*Dental Service Section, Maharaj nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai University,
Chiang Mai 50200, Thailand*

Abstract Fifty-four patients who had dental extraction after radiation therapy for head and neck cancer seen at the Dental Service Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from 1986-1997 were analysed. The patients age ranged from 23-84 years (mean 49.5 years) and the radiation dosage ranged from 34 to 76 Greys (mean 67.04 Greys). The period of extraction ranged from 3 months to 144 months post-radiation (mean 56 months). Among 204 extracted teeth, 14 teeth had complication with osteonecrosis (10 patients). Of the 204 teeth removed, 128 teeth were in the radiation field. Forty-seven 49 teeth (95.9%) in the maxilla, and 67 of 79 teeth(84.81%) in the mandible had good healing. Two maxillary teeth (4.08%) and 12 mandibular teeth (15.81%) developed osteoradionecrosis. No osteoradionecrosis occurred in 76 teeth removed outside of radiation field (29 maxillary teeth and 47 mandibular teeth). The non-healing wounds, mostly occurred in mandible, were caused by the less nourishment from collateral circulation from small vessels. Patients who had their teeth removed soon after radiation while soft tissues were not recovered, and did not receive antibiotics before and after dental extraction, would easily expose to infections and develop osteoradionecrosis. **Chiang Mai Med Bull 2000; 39(1-2): 39-46.**
