

รายงานผู้ป่วย

Case Report

สิ่งปิดเพดานโหว่สำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดขากรรไกรบนร่วมกับรังสีรักษา บริเวณศีรษะและลำคอ

Obturator for Patient after Maxillectomy and Radiotherapy of the Head and Neck

นาริณี อนุตรโสทธิ*

Narinee Anutarasotthi*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 65000

*Department of Dentistry, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok, Thailand, 65000

Corresponding author. Email address: narineeanut@gmail.com

บทคัดย่อ

การรักษาโรคมะเร็งช่องปากด้วยการผ่าตัดเพดานปากร่วมกับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ ส่งผลให้สภาพช่องปากเปลี่ยนไป เพดานโหว่ สูญเสียฟันหลายซี่ ใบหน้าไม่เหมือนเดิม และการทำงานของขากรรไกรผิดปกติ การบูรณะช่องปากด้วยสิ่งปิดเพดานโหว่เพื่อรักษารูปร่างและความสวยงาม รวมทั้งการทำงานของขากรรไกรให้ใกล้เคียงปกติเป็นสิ่งที่จำเป็น ผู้ป่วยในรายงานนี้ได้รับการผ่าตัดโรคมะเร็งที่เพดานปากด้านขวาร่วมกับรังสีรักษา หลังจากนั้นใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก เพื่อบูรณะใบหน้า ขากรรไกร การพูด การกลืน และการบดเคี้ยว โดยหลักการรักษาคือ ต้องไม่มีฐานที่ขยายเกินหรือมีการบดเคี้ยวที่ไม่กลมกลืน สิ่งสำคัญที่สุดคือสิ่งปิดเพดานโหว่ต้องแนบพอดี การกรอแต่งควรทำอย่างละเอียดแม่นยำ ส่งผลให้การรักษาได้ผลดี

คำสำคัญ: การผ่าตัดเพดาน ปากเพดานโหว่ สิ่งปิดเพดานโหว่

พุทธชินราชเวชสาร 2560;34(3):400-8.

Abstract

Oral cancer therapy by maxillectomy and radiotherapy of head and neck causes the change in oral cavity, palatoschisis, missing teeth, facial change and compromised function of maxilla. The reconstruction with obturators aimed to restore form and aesthetics included near normal maxillary function is essential. Patient in this report, underwent right maxillectomy and radiotherapy for malignant oral cancer, had using obturator with overdentures to reconstruct facial, maxilla, speech, swallowing and mastication. The principle of treatment was that obturator must be no overextension or occlusal disharmony. The most important thing was the precise fitting of an obturator. These factors made the results were satisfied.

keywords: maxillectomy, cleft palate, obturator

Buddhachinaraj Med J 2017;34(3):400-8.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ มากกว่า 550,000 รายทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี¹ สำหรับประเทศไทย พบโรคมะเร็งช่องปากมากเป็นอันดับ 7 ของโรคมะเร็งในคนไทย² พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมักพบในคนที่สูบบุหรี่ ชีการ์ คาบไปป์ บริโภคยาสูบโดยการเคี้ยว ดื่มแอลกอฮอล์มาก ระบายเคืองจากฟันที่บิ่น หักและแหลมคม กรรมพันธุ์ การได้รับแสงอาทิตย์มากเกินไป โดยเฉพาะในวัยเด็ก การติดเชื้อ เอช พี วี (HPV; human papilloma virus)³

การรักษาโรคมะเร็งช่องปากมีหลายวิธี คือการผ่าตัด การฉายรังสี การใช้เคมีบำบัด อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้^{4,5}

การผ่าตัด เป็นการนำเนื้อเยื่อเซลล์มะเร็งออกให้หมด ถ้ามะเร็งก้อนใหญ่ หลังการผ่าตัดอาจทำให้เกิดความพิการบริเวณช่องปากและใบหน้า มักมีรูทะลุช่องปากที่เพดานปาก⁵ เนื่องจากเพดานปากเป็นส่วนของฟันโพรงจมูก เมื่อผ่าตัดออกไปทำให้ส่วนของโพรงจมูก ช่องปากและช่องคอติดต่อกัน ส่งผลให้พูดออกเสียงไม่ชัด กลืนอาหารไม่ได้ มีลม ของเหลว ก้อนอาหาร รั่วเข้าไปในโพรงจมูก ทำให้สำลักได้ การใส่สิ่งปิดเพดานโหว่เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อทดแทนความบกพร่องของอวัยวะ ช่วยให้ทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วย พูด กลืนอาหารได้⁶⁻⁹

การฉายรังสี เป็นการใช้ลำแสงพลังงานสูงทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ส่งผลต่อเซลล์ปกติด้วย มีผลข้างเคียงตามมา¹⁰ เช่นเนื้อเยื่อบางลง เกิดภาวะหลอดเลือดฝอยพอง (telangiectasia)¹¹ ลดการไหลเวียนของเลือด เกิดแผลในปากได้ง่าย ในกรณีแผลเล็กน้อย ต้องใช้เวลารักษา 1-2 เดือน ถ้าเป็นมากอาจต้องใช้เวลารักษาถึงครึ่งปี¹²⁻¹³ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการฉายรังสีรักษา มักมีผลแทรกซ้อนตามมาทั้งระยะสั้นและระยะยาว ขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ โดยผลระยะสั้นมักพบการอักเสบของเยื่อช่องปาก พบภาวะปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อย (xerostomia) มีการเปลี่ยนแปลงจุลินทรีย์ในช่องปาก สูญเสียการรับรส มีความไวต่อการรับรสเผ็ดร้อน รสจัด ในระยะยาวมักพบว่า การหายของแผลบริเวณกระดูกลดลงและอาจนำไปสู่การตายของกระดูก มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของต่อมน้ำลายอย่างถาวรนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งคุณภาพและปริมาณของน้ำลาย มีผลทำให้ฟันผุง่าย มีการติดเชื้อและเกิดเชื้อราได้ง่าย มีอาการกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเกร็ง (trismus) ซึ่งมีผลให้อ้าปากได้จำกัด ทำให้การรักษาฟันในช่องปากทำได้ยาก การวางแผนเตรียมช่องปากก่อนการฉายรังสีรักษามีความสำคัญและควรคำนึงถึงผลระยะยาวที่จะตามมาด้วย¹⁴

เคมีบำบัด เป็นการให้ยาเพื่อลดและหยุดการเติบโตของเซลล์มะเร็ง เซลล์ปกติบางชนิดได้รับผลกระทบด้วย ส่งผลให้เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ เยื่อจมูกขาดง่าย เสี่ยงต่อการเลือดออกง่าย ติดเชื้อง่าย และกระดูกตายเนื่องจากยา (medical-related osteonecrosis)⁵

ผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็งช่องปากนั้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งระหว่างการรักษาและหลังการรักษา ทันตแพทย์ควรมีความรู้และทักษะในการดูแลรักษาโรคในช่องปากและการบาดเจ็บเป็นอย่างดี รวมทั้งการป้องกัน แก้ไข ภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพความพิการต่างๆ ด้วย

การฟื้นฟูสภาพความผิดปกติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณขากรรไกรบนด้วยสิ่งปิดเพดานโหว่แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ 1) สิ่งปิดเพดานโหว่ระยะผ่าตัด (surgical obturator) ทำเตรียมไว้ก่อนผ่าตัดและใส่ทันทีหลังผ่าตัด ช่วยทำหน้าที่เสมือนเพดานที่ถูกตัดออก ทำให้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น และยังช่วยลดการปนเปื้อนของบาดแผลจากช่องปาก ทำให้บริเวณแผลสะอาด ลดการติดเชื้อ 2) สิ่งปิดเพดานโหว่แบบชั่วคราว (temporary obturator) ทำภายหลังผ่าตัด ใส่ระยะแรกที่เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ต้องมีการกรอแก้ไขเป็นระยะๆ จนการเปลี่ยนแปลงลดลง ใช้เวลาประมาณ 3-4 เดือนหลังผ่าตัด 3) สิ่งปิดเพดานโหว่แบบถาวร (definitive obturator) ใส่เมื่อการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อคงที่^{6,15} รายงานผู้ป่วยรายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการรักษาผู้ป่วยเพดานโหว่ จากการรักษาโรคมะเร็งช่องปากด้วยการผ่าตัดและรังสีรักษาด้วยสิ่งปิดเพดานโหว่ เพื่อประกอบการพิจารณากำหนดเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยในลักษณะนี้ต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนมารักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ด้วยอาการมีแผลเรื้อรังที่เพดานปากด้านขวาเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน ตรวจในช่องปากพบแผลบริเวณเหงือกบนขวา ขนาด 3.5x2.4x1.3 เซนติเมตร ครอบคลุมฟันกรามใหญ่ซี่ที่ 1 และ 2 เพดานปาก และกระพุ้งแก้มเล็กน้อย มีโรคทางระบบ ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ไม่มีประวัติการแพ้ยา ผลจากการตรวจชิ้นเนื้อ พบมะเร็งชนิดสความัส (squamous cell carcinoma) ระยะที่ 4 (stage IVA T4aN2cM0) แผนการรักษาคือถอนฟันที่เหลือออกทั้งหมดเนื่องจากเป็นโรคปริทันต์ และผู้ป่วยสูงอายุ มีการดูแลช่องปาก

ไม่ค่อยดี หลังจากนั้นจึงผ่าตัดแบบบางส่วนที่เพดานด้านขวา (partial maxillectomy) ต่อมาฉายรังสีรักษาขนาด 2 เกรย์ (Gray) ต่อวัน รวมทั้งหมด 30 ครั้ง (60 เกรย์) โดยถอนฟันให้เสร็จก่อนฉายรังสี 12 วัน หลังจากฉายรังสีเสร็จ จึงใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้

การตรวจทางคลินิก (หลังการผ่าตัดและรังสีรักษา)

ผู้ป่วยใบหน้าไม่สดใส ใส่สายยางให้อาหารจากจมูกซ้ายถึงกระเพาะอาหาร ตรวจในช่องปาก พบว่าไม่มีฟันทั้งขากรรไกรบนและล่าง มีรูทะลุจากช่องปากด้านขวาถึงโพรงจมูกจากการผ่าตัดมะเร็ง พบการสูญเสียสันเหงือกบนขวาตั้งแต่บริเวณซี่ 14 ถึงเพดานอ่อน (รูปที่ 1) เนื้อเยื่อรอบรูทะลุอักเสบ ปากแห้ง ลิ้นโต ผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้กว้างเกือบปกติ

การวินิจฉัยโรค

ขากรรไกรไร้ฟัน มีรูทะลุระหว่างช่องปากและโพรงจมูกบริเวณเพดานปากด้านขวา (Edentulous jaw with oroantral fistulae at the right palate)

การวางแผนการรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพ

หลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีครบไม่นาน พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพไม่แข็งแรง ลิ้นโตและแข็งเกร็ง ลิ้นยกตลอดเวลา เป็นอุปสรรคต่อการทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบถาวร การวางแผนการรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) การทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบชั่วคราว ระยะที่ 2) การทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบถาวร ประโยชน์ของการทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบชั่วคราวคือช่วยป้องกันการสำลักอาหารและน้ำผ่านทางรูทะลุโพรงจมูก ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ นอกจากนี้การทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบชั่วคราวยังมีขั้นตอนและระยะเวลาในการทำน้อย เหมาะกับสภาพของผู้ป่วยที่ไม่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่ำ เติบโตทางลำบาก เมื่อผู้ป่วยแข็งแรงดีแล้ว จึงทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบถาวรร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก

ขั้นตอนการทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบชั่วคราว

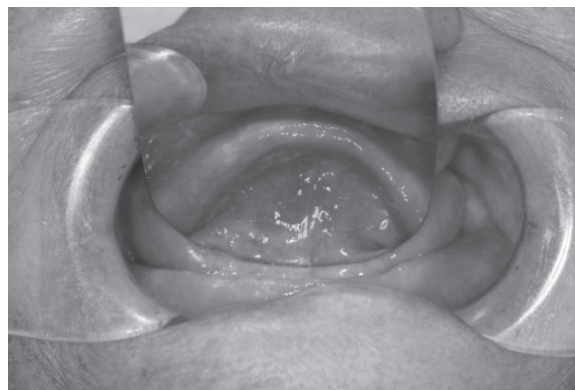
พิมพ์เหงือกเบื้องต้น (preliminary impression) ด้วยวัสดุพิมพ์แบบอัลจิเนต (alginate) แบบแข็งตัวเร็ว ก่อนพิมพ์ นำผ้ากอซชุบน้ำเกลือหมาดผูกด้วยไหมขัดฟัน โดยให้ปลายไหมขัดฟันยาวออกมานอกปาก ปิดบริเวณรูทะลุช่องปาก ผสมวัสดุพิมพ์ให้เนื้อข้นหนืด

เป็นก้อนไม่ไหล หลังจากทำแบบหล่อแล้ว ทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลเพื่อใช้สำหรับพิมพ์อีกครั้งหนึ่ง พิมพ์ซ้ำด้วยวัสดุพิมพ์เสริมฐานข้างแก้อีแบบนุ่ม (chairside softlining material; Tokoyama[®]) ซึ่งมีคุณสมบัติแข็งตัวช้า โดยผสมวัสดุพิมพ์ให้มีเนื้อข้นหนืดไม่ไหล ใส่วัสดุพิมพ์คลุมทั่วถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลหนาประมาณ 3 มิลลิเมตร ขณะพิมพ์ให้ผู้ป่วยอ้าปากหุบปาก ขยับแก้มซ้ายขวา เข้มริมฝีปาก เพื่อลอกเลียนรายละเอียดของเนื้อเยื่อโดยให้ผู้ป่วยก้มหน้าเล็กน้อย ป้องกันไม่ให้วัสดุพิมพ์ไหลลงคอ ขยับถาดพิมพ์เข้าออกเพื่อไม่ให้เกิดส่วนป่องเหนือรูทะเลาะ น้ำออกมาแช่น้ำอุ่นให้แข็งตัว หลังจากนั้นนำไปทำแบบหล่อหลักสำหรับทำสิ่งปิดเพดานโหว่ ขั้นตอนการใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ กรอตัดส่วนที่ยื่นขึ้นไปเหนือรูทะเลาะช่องปากให้มีความสูงเหลือประมาณ 1 เซนติเมตร กรอบริเวณที่มีส่วนป่องออก ตรวจขอบเขตรอบๆกรอส่วนเกินที่ขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากออกแต่พอดีเพื่อให้มีเสถียรภาพ (stability) และการยึดติด (retention) มากที่สุด และไม่ให้มีจุดกดในส่วนที่สัมผัสเนื้อเยื่อ ตรวจสอบการรั่วของน้ำสุโครงจุมกโดยให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำ ผลคือไม่มีน้ำรั่วขึ้นโพรงจุมก แนะนำให้ผู้ป่วย

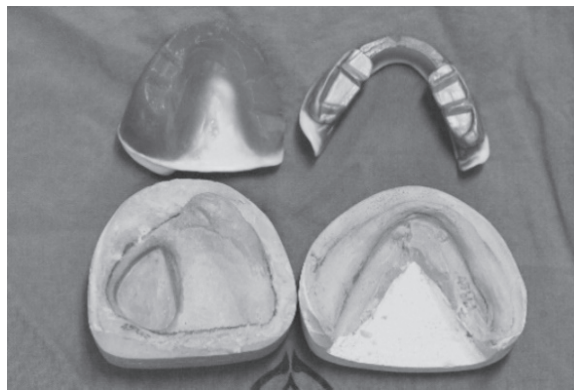
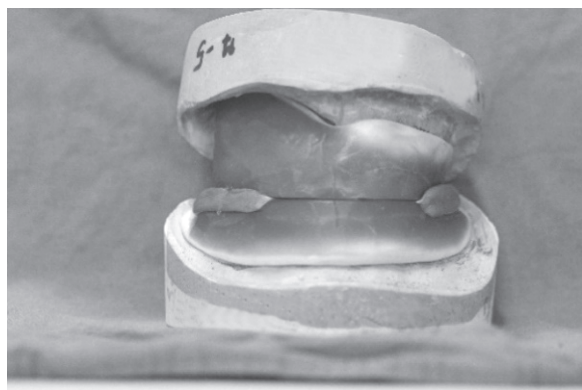
กินอาหารอ่อน รสจืด ผักและผลไม้ปั่น ไม่กินอาหารร้อน บ้วนปากหลังอาหาร ให้ผู้ป่วยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดเหงือกหลังถอดสิ่งปิดเพดานโหว่ นัดตรวจติดตามแก้ไข หลังใส่ 1 วัน 3 วัน 7 วัน จนไม่เจ็บ ไม่มีแผล แล้วนัดตรวจทุก 3 เดือน

ขั้นตอนการทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบถาวรร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก

พิมพ์เหงือกเบื้องต้นด้วยวัสดุพิมพ์แบบอัลจิเนตเพื่อทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล หลังจากนั้นหาขอบเขตของฟันเทียมโดยการปั้นขอบ (border mold) ด้วยวัสดุคอมพอนด์ (compound material) พิมพ์เหงือกครั้งสุดท้ายด้วยพอลิซัลไฟด์ (polysulfide) ลงแท่นกัดและบันทึกการสบฟัน (รูปที่ 2) เรียงฟันโดยใช้ฟันพลาสติกสำเร็จรูปแบบด้ามบังคับเดี่ยวแบนราบ (monoplane teeth) และด้านสบฟันแคบ (narrow occlusal table) เพื่อลดแรงที่ลงบนเหงือก นำมาลองใส่ในช่องปากของผู้ป่วย (รูปที่ 3) ใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก (รูปที่ 4) ติดตามแก้ไขภายหลังใส่ 1 วัน 3 วัน 7 วัน จนกระทั่งผู้ป่วยใส่ได้ไม่มีแผล หลังจากนั้นนัดทุก 3 เดือน โดยดูแลร่วมกับแพทย์หู คอ จมูก และแพทย์รังสีรักษา



รูปที่ 1 ขากรรไกรบนและล่างภายหลังผ่าตัด พบรูทะเลาะจากช่องปากถึงโพรงจุมก พบการสูญเสียสันเหงือกบนขวา ตั้งแต่ซี่ 14 ถึงเพดานอ่อน



รูปที่ 2 แทนกัณฑ์บันทึกการสบฟันแล้วและแบบหล่อหลักที่ใช้ในการทำสิ่งปิดเพดานโหว่ร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก



รูปที่ 3 แสดงการเรียงฟันในแบบจำลองและเมื่อนำมาลองใส่ในช่องปากของผู้ป่วย



รูปที่ 4 สิ่งปิดเพดานโหว่ร่วมกับฟันเทียมทั้งปากก่อนใส่ในช่องปากของผู้ป่วย

ผลการรักษา

หลังใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ชั่วคราว ผู้ป่วยสามารถกินอาหารอ่อนทางปากได้ ไม่ต้องใส่สายยางให้อาหาร ในระหว่างรอพักฟัน ตรวจพบแผลใหม่ที่ริมฝีปากล่างขวา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.6 เซนติเมตร ผลตรวจชิ้นเนื้อพบว่า เป็นมายด์ดีสพลาเซีย (mild dysplasia) ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดออกพร้อมกับฉายรังสีรักษา ตรวจติดตามสุขภาพช่องปากทุก 3 เดือน ร่วมกับแพทย์หู คอ จมูก และแพทย์รังสีรักษา หลังจากนั้น 1 ปี ผู้ป่วย

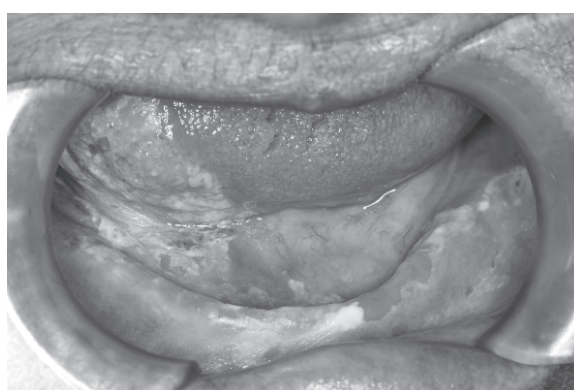
มีสุขภาพแข็งแรงดีมาก แผลที่ริมฝีปากหายสนิท จึงทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบถาวรร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก ตามขั้นตอนที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ติดตามแก้ไขจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกินอาหารอ่อนได้ ไม่เจ็บของเหลวไม่รั่วเข้าโพรงจมูกและพูดชัดมากขึ้น ผู้ป่วยมีความพอใจ หลังใส่ 3 เดือนแรก พบว่าบริเวณสันเหงือกบน สันเหงือกล่าง เพดาน มีลักษณะแดง ปากแห้ง บริเวณเยื่อบุกระพุ้งแก้ม มีภาวะเยื่อช่องปาก

อีกเสบระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการซักถามพบว่าผู้ป่วยใส่ได้ดี ไม่มีอาการเจ็บปวด ใส่ตลอดเวลาในตอนกลางวันและถอดเฉพาะตอนนอนกลางคืน จึงให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยใส่เฉพาะขณะรับประทานอาหารและออกสังคม ให้ผู้ป่วยจิบกลั้วน้ำลายเทียมบ่อยๆ ดื่มน้ำบ่อยๆ หลังกินอาหารให้ถอดล้างและแช่น้ำจากการติดตามระยะหลังๆ สภาพในช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังไม่หายเป็นปกติ บางครั้งพบมีจุดกระตุกโผล่รักษาโดยกรอด้านเนื้อเยื่อไม่ให้สัมผัสบริเวณจุด

กระตุกโผล่ บางครั้งพบว่ามีเชื้อราที่ลิ้นและสันเหงือกล่าง (รูปที่ 6) เป็นผลจากภาวะปากแห้งเนื่องจากน้ำลายน้อย รักษาโดยใช้ยาอมโคลไตรมาโซล (Clotrimazole oral troche) ขนาด 10 มิลลิกรัม อมวันละ 4-5 ครั้ง¹⁶ จนตรวจไม่พบเชื้อรา ให้คำแนะนำในการทำความสะดวกในช่องปากและสิ่งปิดเพดานโหว่ และการใช้เมิดฟูโพลีเด็นท์ (Polident[®]) ในการทำความสะอาดสิ่งปิดเพดานโหว่ ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยพึงพอใจกินอาหารอ่อนได้ สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี



รูปที่ 5 หลังใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ร่วมกับฟันเทียมทั้งปาก



รูปที่ 6 พบเชื้อรา ที่สันเหงือกล่าง พื้นช่องปากและบนลิ้นด้านขวา

วิจารณ์

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนร่วมกับการฉายรังสีรักษานั้น การถอนฟันควรทำให้เสร็จอย่างน้อย 10 วันถึง 3 สัปดาห์ เพื่อให้แผลหายก่อนฉายรังสีรักษา หลังจากนั้นรอให้เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากส่วนที่ได้รับผลแทรกซ้อนจากการฉายรังสีรักษาหายดีก่อนทำสิ่งปิดเพดานโหว่แบบถาวร เนื้อเยื่ออ่อนที่ไวต่อการบาดเจ็บ

อาจส่งผลให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อ مخاطแผล และตามด้วยกระตุกโผล่ ดังนั้นทันตแพทย์ควรรออย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปีหลังการฉายรังสีรักษาระยะเวลาขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของแต่ละคน เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้สูบบุหรี่และ/หรือดื่มแอลกอฮอล์มีการหายของเนื้อเยื่ออ่อนช้ากว่าคนไม่สูบบุหรี่และ/หรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้การหายยังขึ้นกับชนิดและปริมาณของรังสีบริเวณที่โดนรังสี และจำนวนซี่ฟันที่ถูกถอน¹⁴ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ทันตแพทย์ถอนฟันเสร็จก่อนฉายรังสี 12 วัน ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องการหายของแผล ภายหลังการฉายรังสีมีผลแทรกซ้อนระยะสั้นได้แก่ การอักเสบของเนื้อเยื่อช่องปาก สูญเสียการรับรสความไวต่อการรับรสเผ็ดร้อนหรืออาหารรสจัด ส่วนผลแทรกซ้อนระยะยาว พบภาวะปากแห้ง เหงือกน้ำลายน้อย และเนื้อเยื่อช่องปากมีลักษณะแดงเล็กน้อย เมื่อใส่ฟันเทียมพบลักษณะแดงมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถอำปากได้ปกติ เนื่องจากได้รับคำแนะนำให้บริหารขากรรไกรตั้งแต่ก่อนฉายรังสี สิ่งปิดเพดานโหว่มักใช้ในการฟื้นฟูสภาพที่ขากรรไกรบน¹⁷ สิ่งปิดเพดานโหว่ที่ดีควรใช้ได้นาน มีการยึดอยู่ที่ดี มีเสถียรภาพ เพิ่มความสวยงามให้ผู้ป่วย และช่วยลดความเจ็บปวดที่บริเวณผิวกาย สิ่งที่เป็นที่สุดของการใช้สิ่งปิดเพดานโหว่คือ การยึดติด¹⁸ ในปัจจุบันมีวิทยาการที่ทันสมัยมากขึ้นช่วยให้สิ่งปิดเพดานโหว่ยึดติดได้แน่น ได้แก่ การใช้รากฟันเทียม (implant)^{19,20} หรือการใช้แม่เหล็ก (magnetic)²¹ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ทำแบบปกติ เนื่องจากอายุมาก มีโรคประจำตัว เศรษฐฐานะไม่ดี และเคยใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ชั่วคราวได้ดี

มีงานวิจัยที่พบว่า ขนาดและตำแหน่งของรอยโหว่ที่เพดานปากหลังการผ่าตัดมีผลต่อการใช้งานของสิ่งปิดเพดานโหว่^{22,23} Roger และคณะ²⁴ รายงานว่า ผู้ป่วยที่มีความพิการขนาดใหญ่ ส่งผลให้สิ่งปิดเพดานโหว่ มีประสิทธิภาพลดลง Okey และคณะ²⁵ สรุปว่า เสถียรภาพของสิ่งปิดเพดานโหว่ลดลงเมื่อรอยความพิการใหญ่ขึ้น ผลตามมาคือความสามารถในการใช้งานลดลงด้วย แต่ Chigurupati และคณะ²⁶ รายงานว่า ขนาดความพิการไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานของสิ่งปิดเพดานโหว่ซึ่งอาจเป็นเพราะการผ่าตัดที่ดีและแพทย์มีประสบการณ์สูงก็เป็นได้

จำนวนฟันที่เหลือและสภาพเนื้อเยื่อปริทันต์ก็เป็นสิ่งสำคัญสำหรับเสถียรภาพและการยึดของสิ่งปิดเพดานโหว่ด้วยเช่นกัน²⁴ การศึกษาของ Riaz N และคณะ²² พบว่า สภาพฟันมีอิทธิพลต่อการใช้งานของสิ่งปิดเพดานโหว่ แนะนำให้ดูแลสภาพฟันที่เหลือให้ดีก่อนการผ่าตัดและรังสีรักษา สำหรับผู้ป่วยรายนี้ถอนฟันหมด ผู้ป่วยใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ร่วมกับฟันเทียม

ทั้งปากได้ ไม่เจ็บ กลืนได้ พูดคุยได้ชัดเจน และใบหน้าดูสวยงามขึ้น ทำให้ผู้ป่วยใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ตลอดวัน ไม่ยอมถอด อย่างไรก็ตามทันตแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดเหงือกและช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อลดโอกาสติดเชื้อ ทันตแพทย์ควรให้คำแนะนำอย่างละเอียดภายหลังใส่ คือไม่ควรใส่ตลอดเวลาแบบคนปกติที่ใส่ฟันเทียมทั่วไป ใส่เฉพาะเวลาที่จำเป็นจริงๆ เช่น กินอาหาร ออกสังคม จิบกลืน น้ำลายเทียมบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น ลดการระคายเคืองของเนื้อเยื่อในช่องปากกับสิ่งปิดเพดานโหว่ รวมทั้งแจ้งให้ญาติหรือผู้ดูแลรับรู้และช่วยดูแลเกี่ยวกับการทำความสะอาด กรณีผู้ป่วยสูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลอาจต้องช่วยทำความสะอาดให้ เนื่องจากการใช้มือและสายตาไม่ค่อยดี ถ้าทำความสะอาดได้ไม่ดี กลายเป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา ซึ่งปกติผู้ป่วยที่ฉายรังสีรักษามะเร็งในช่องปากมีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราได้ง่ายอยู่แล้ว การทำความสะอาดสิ่งปิดเพดานโหว่ด้วยเม็ดฟู ช่วยให้เกิดแผ่นคราบเชื้อราลดลง^{27, 28} หรือการแช่ในสารละลายโซเดียมไฮโปคลอไรท์เข้มข้นร้อยละ 0.5 (0.5% sodium hypochlorite) ตลอดกลางคืนแล้วนำมาล้างให้สะอาด²⁹ ก็ได้ผลดีเช่นกัน ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

รายงานผู้ป่วยรายนี้ ถือว่าจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อยและใช้ระยะเวลาในการดูแลหลังการรักษาค่อนข้างสั้นซึ่งเป็นข้อจำกัดในการศึกษา แต่อย่างไรก็ดีก็ช่วยให้พบความสำคัญของสิ่งปิดเพดานโหว่หลังการผ่าตัดเนื้อร้ายและรังสีรักษา ไม่พบข้อบกพร่องของการใช้งานมากนัก เนื่องจากไม่ได้ติดตามระยะยาว การใช้ตัวอย่างการศึกษาที่มากกว่านี้ช่วยให้มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณเพดานปากที่รักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีรักษา การฟื้นฟูสภาพโดยใส่สิ่งปิดเพดานโหว่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ก่อนเริ่มทำควรรออย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี ให้เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากเป็นปกติ ใส่เฉพาะเวลาจำเป็นจริงๆ เน้นเรื่องทำความสะอาดและพบทันตแพทย์อย่างน้อยทุก 3 เดือน เพื่อตรวจป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Jamal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Ferman D. Global cancer statistics. *CA cancer J Clin* 2011; 61: 69-90.
2. Khunhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajrang S. Cancer in Thailand. Vol VII: 2007-2009, Bangkok: Ministry of Public Health; 2013.
3. Woo SN, Triester NS, editors. Management of the Oncologic Patients. *Dent Clin North Am* 2008;52:1-258.
4. Sutthavong S, Jansisyanont P, Boonyopastham N. Oral health care in head and neck cancer. *J Med Assoc Thai* 2005;88 Suppl 3:S339-53.
5. Mangkhang O. Dental Management in Head and Neck Cancer. *J Dep Med Serv* 2017; 42: 5-11.
6. Rhonda F. Clinical management of the edentulous maxillectomy patient. In: Thomas D.Taylor, editor. *Clinical Maxillofacial Prosthetics*. Illinois: Quintessence Publishing Co, Inc; 2000.p.85-102.
7. Troeltzsch M, Probst F, Troeltzsch M, Ehrenfeld M, Otto S. Conservative management of medication-related osteonecrosis of the maxilla with an obturator prosthesis. *J Prosthet Dent* 2015;113(3):236-41.
8. Chigurupati R, Aloor N, Salas R, Schmidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(8):1471-8.
9. Keyf F. Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. *J Oral Rehabil* 2001;28(9):821-9.
10. Shimizutani K, Shaoping L, Hongwei L, Hongyu X, Hayashi Y, Koseki Y. Incidence of late complications with high dose rate interstitial brachytherapy for tongue cancer measure by the Brinkman index. *J Osaka Dent Univ* 2004; 38: 95-9.
11. Kanehira H, Shimizutani K, Inoue H. Dental prostheses for patients after radiotherapy of the head and neck. *J Osaka Dent Univ* 2005; 39: 27-31.
12. Adisman IK. Characteristics of irradiated soft and hard tissues. *J Prosthet Dent* 1976 ;35(5):549-52.
13. Beumer J 3rd, Brady FA. Dental management of the irradiated patient. *Int J Oral Surg* 1978;7(3):208-20.
14. Kramer DC.The Radiation Therapy Patient: Treatment Planning and Posttreatment Care. In: Thomas D. Taylor, editor. *Clinical Maxillofacial Prosthetics*. Illinois: Quintessence Publishing Co, Inc; 2000. p.37-52.
15. Sarujikumjornwatthana W. Prosthetic Rehabilitation of Maxillectomy Patients: A Case Report. *KhonKaen Uni J* 2015;18 (2):133-9.
16. Jontell M, Holmstrup P. Red and White Lesions of the Oral Mucosa. In: Petrice Custance, editor. *Oral Medicine*. Eleventh Edition. BC Decker Inc; 2008. p.77-106.
17. Ariani N, Visser A, van Oort RP, Kusdhany L, Rahardjo TB, Krom BP, et al. Current state of craniofacial prosthetic rehabilitation. *Int J Prosthodont* 2013;26 (1):57-67.
18. Aramany MA. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part II: Design principles. 1978 [classical article]. *J Prosthet Dent* 2001;86(6):562-8.
19. Candel-Marti E, Carrillo-Garcia C, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M.Rehabilitation of atrophic posterior maxilla with zygomatic

- implants: review. *J Oral Implantol* 2012; 38(5):653-7.
20. Aparecida de Mattias Sartori I, Uhlendorf Y, Padovan LE, Junior PD, Melo AC, Tiossi R. Attachment-retained gingival prosthesis for implant-supported fixed dental prosthesis in the maxilla: a clinical report. *J Prosthodont* 2014;23(8):654-8.
 21. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016 ;82(2):177-83.
 22. Riaz N, Warriach RA. Quality of life in patients with obturator prostheses. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010;22(2):121-5.
 23. Moreno MA, Skoracki RJ, Hanna EY, Hanasono MM. Microvascular free flap reconstruction versus palatal obturation for maxillectomy defects. *Head Neck* 2010; 32(7):860-8.
 24. Rogers SN, Lowe D, McNally D, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life after maxillectomy: a comparison between prosthetic obturation and free flap. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61(2): 174-81.
 25. Okey DJ, Genden E, Buchbinder D, Urken M. Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. *J Prosthet Dent* 2001; 86: 352-63.
 26. Pinel B, Cassou-Mounat T, Bensadoun RJ. [Oropharyngeal candidiasis and radiotherapy]. *Cancer Radiother* 2012;16(3): 222-9.
 27. Frederic S, Tatiana P, Wander J, Antonio P. Efficacy of denture cleansers on *Candida spp.* Biofilm formed on polyamide and polymethylmethacrylate resins. *J Prosthet Dent* 2011; 105(1): 51-8.
 28. Huey-Er L, Chiung-Yu L, Hsueh-Wei C, Yi-Hsin Y, Ju-Hui W. Effects of different denture cleaning methods to remove *Candida albicans* from acrylic resin denture based material. *J Dent Sci* 2011; 6(4): 216-20.
 29. Drug used in dentistry. Thai National Formulary, 2016: 8-9