

รายงานผู้ป่วย

การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 21 ปี ที่มีกลุ่มอาการโกลเดนฮาร์ และมีความต้องการพิเศษ: รายงานผู้ป่วย

รัชนิวรรณ รัตนานุพงศ์ ก.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

รับต้นฉบับ: 1 กุมภาพันธ์ 2569
ปรับแก้ไข: 15 สิงหาคม 2569
รับลงตีพิมพ์: 20 สิงหาคม 2569

คำสำคัญ:

กลุ่มอาการโกลเดนฮาร์,
ทันตกรรมสำหรับผู้ที่มี
ความต้องการพิเศษ,
ความบกพร่องทางการได้ยิน,
การสื่อสาร,
รายงานผู้ป่วย

ติดต่อบทความ :

ทพญ. รัชนิวรรณ รัตนานุพงศ์
กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ลำปาง
280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง
อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
โทร 08 1885 7119,
Email: ratchaneewana@gmail.com

กลุ่มอาการโกลเดนฮาร์เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของกะโหลกศีรษะและใบหน้าที่มีลักษณะทางคลินิกหลากหลาย อาจพบใบหน้าไม่สมมาตรตลอดจนความผิดปกติของหู ตา ขากรรไกร และการได้ยิน รายงานนี้นำเสนอการจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 21 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการโกลเดนฮาร์ร่วมกับภาวะสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้างตั้งแต่กำเนิด ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคลมชักที่ควบคุมอาการได้ และโรคหืด การตรวจภายนอกพบภาวะใบหน้าครึ่งซีกเจริญไม่สมบูรณ์ ใบหน้าไม่สมมาตร ขากรรไกรบนและล่างเจริญน้อย มุมปากกว้าง ริมฝีปากปิดไม่สนิท และความผิดปกติของหูและตา การตรวจในช่องปากพบฟันคู่ซี่ 13, 24, 46 หลุมและร่องฟันลึกซี่ 16, 17, 26, 27 ฟันฝังซี่ 45 ฟันคุดซี่ 38 และ 48 การสบฟันผิดปกติประเภทที่ 2 ร่วมกับภาวะสบเปิด และเหงือกอักเสบจากคราบจุลินทรีย์ การรักษาดำเนินการตามแนวคิดทันตกรรมสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษโดยประเมินความเสี่ยงทางระบบ ปรับวิธีสื่อสารให้เหมาะกับผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลช่วยในการสื่อสารแผนการรักษาประกอบด้วยการอุดหินน้ำลาย การให้คำแนะนำด้านอนามัยช่องปาก การทาฟลูออไรด์วาร์นิช การบูรณะฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน และการเคลือบหลุมร่องฟัน เมื่อติดตามหลังเริ่มรักษาเป็นเวลา 1 ปี 7 เดือน พบว่าสุขภาพช่องปากโดยรวมดีขึ้นและไม่พบฟันผุใหม่ อย่างไรก็ตามระหว่างการติดตามพบคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น บางตำแหน่งและวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันบางซี่ชำรุดบางส่วน จึงทำความสะอาดช่องปาก เน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปาก และเคลือบหลุมร่องฟันซ้ำตามข้อบ่งชี้ รายงานนี้สะท้อนความสำคัญของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสื่อสารเฉพาะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลทันตกรรมป้องกันและการติดตามระยะยาวในการจัดการทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการโกลเดนฮาร์ที่มีความต้องการพิเศษ

Case Report

Dental Management of a 21-Year-Old Thai Female with Goldenhar Syndrome Requiring Special Dental Care: A Case Report

Ratchaneewan Rattananupong D.D.S.

Department of Dentistry, Lampang Hospital, Lampang, Thailand

Abstract

Lampang Med J 2026;47(2):
80-89

Received: 1 Feb 2026

Revised: 15 Aug 2026

Accepted: 20 Aug 2026

Keywords:

Goldenhar syndrome,
special care dentistry,
hearing impairment,
communication,
case report

Goldenhar syndrome is a congenital craniofacial disorder with heterogeneous clinical manifestations, including facial asymmetry and abnormalities of the ears, eyes, jaws, and hearing. This report describes the dental management of a 21-year-old Thai woman diagnosed with Goldenhar syndrome and congenital bilateral hearing impairment. Her medical history included well-controlled epilepsy and asthma. Extraoral examination revealed hemifacial microsomia, facial asymmetry, maxillary and mandibular hypoplasia, widened oral commissure, incompetent lip closure, and abnormalities of the ears and eyes. Intraoral examination revealed dental caries in teeth 13, 24, and 46; deep pits and fissures in teeth 16, 17, 26, and 27; an embedded tooth 45; impacted teeth 38 and 48; Class II malocclusion with an open bite; and plaque-induced gingivitis. Dental management was provided within a special care dentistry framework. Systemic risks were assessed, communication strategies were adapted to the patient's hearing impairment, and her caregiver assisted with communication. Treatment included scaling, oral hygiene instruction, fluoride varnish application, tooth-colored restorations, and pit and fissure sealants. At 1 year and 7 months after treatment initiation, her overall oral health had improved, and no new caries were detected. However, increased plaque accumulation at some sites and partial deterioration of several sealants were observed during follow-up. Professional cleaning, reinforcement of oral hygiene practices, and resealing were therefore provided as indicated. This case highlights the importance of patient-centered care, individualized communication, caregiver involvement, preventive dentistry, and long-term follow-up in the dental management of patients with Goldenhar syndrome who require special dental care.

กลุ่มอาการโกลเดนฮาร์ (Goldenhar syndrome; GS) หรือ oculo-auriculo-vertebral spectrum เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของโครงสร้างกะโหลกและใบหน้าที่มีลักษณะทางคลินิกหลายอย่างพบความผิดปกติของใบหน้า ใบหู ดวงตา ขากรรไกร และการได้ยิน ตลอดจนความผิดปกติของระบบอื่น ลักษณะสำคัญ ได้แก่ ภาวะใบหน้าครึ่งซีกเจริญไม่สมบูรณ์ (hemifacial microsomia) ใบหน้าไม่สมมาตร ความผิดปกติของใบหู และการเจริญไม่สมบูรณ์ของขากรรไกรบนและล่าง นอกจากนี้ อาจพบความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น การสับพันผิดปกติ รวมถึงความผิดปกติของพัฒนาการและการขึ้นของฟัน ความหลากหลายดังกล่าวส่งผลให้ความต้องการและความซับซ้อนของการรักษาทางทันตกรรมแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย⁽¹⁻⁴⁾

ในทางทันตกรรม ความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าและช่องปากร่วมกับความบกพร่องทางการได้ยินอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ การสื่อสาร การรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ การดูแลจึงควรประยุกต์แนวคิดทันตกรรมสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ (special care dentistry; SCD) โดยครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงทางการแพทย์ การวางแผนรักษาเฉพาะราย การปรับรูปแบบการสื่อสาร ตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การรักษาแบบเป็นระยะ (phased treatment) ช่วยจัดลำดับความสำคัญตามความจำเป็น ความพร้อมของผู้ป่วย และความเสี่ยงทางการแพทย์ เพื่อให้การรักษาปลอดภัยและต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ควรเลือกวิธีสื่อสารให้เหมาะสมกับความสามารถเฉพาะบุคคล เช่น ภาษามือ การอ่านริมฝีปาก สื่อภาพ การสาธิตด้วยเทคนิค tell-show-do และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แนวทางเหล่านี้ช่วยส่งเสริมความเข้าใจ ความร่วมมือ และความปลอดภัย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคร่วมกับโรคทางระบบ⁽⁵⁻⁸⁾

แม้มีรายงานเกี่ยวกับลักษณะและการดูแลทางทันตกรรมในผู้ป่วย GS แต่ข้อมูลการจัดการผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มี GS ร่วมกับความบกพร่องทางการได้ยินภายใต้บริบทของ SCD ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในระบบบริการสาธารณสุขไทย ผู้ป่วยรายนี้มีความท้าทายจากความบกพร่องทางการได้ยินทั้งสองข้างแต่กำเนิด ความผิดปกติของกะโหลกและใบหน้า โรคลมชักและโรคหัดที่ควบคุมได้ รวมถึงข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การปรับวิธีสื่อสารเฉพาะบุคคลด้วยภาษามือไทย การอ่านริมฝีปาก และการสาธิต ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและการวางแผนรักษาแบบเป็นระยะ ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รายงานนี้จึงนำเสนอการจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 21 ปีที่มี GS ร่วมกับความบกพร่องทางการได้ยิน โดยมุ่งเน้นการสื่อสารเฉพาะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และการรักษาแบบเป็นระยะ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 21 ปี สูญเสียการได้ยินทั้งสองข้างตั้งแต่กำเนิดและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GS ถูกส่งต่อมายังคลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ลำปาง โดยเข้ารับการประเมินครั้งแรกเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2567 รายงานนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ รพ.ลำปาง เลขที่ EC 199/68 เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2568 และผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการเผยแพร่ข้อมูลและภาพประกอบ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคลมชัก ควบคุมได้ด้วย sodium valproate 200 mg ครั้งละ 2 เม็ด เช้าและเย็น โดยไม่มีอาการชักมาหลายปี และโรคหัดซึ่งควบคุมได้ดีโดยไม่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยรับการติดตามที่ รพ.ลำปางอย่างสม่ำเสมอ จึงวางแผนการรักษาทางทันตกรรมให้ใช้เวลาสั้นและเริ่มจากหัตถการที่ไม่ซับซ้อนเพื่อลดความเครียด ผู้ป่วยไม่มีประวัติความบกพร่องทางสติปัญญา สามารถช่วยเหลือตนเอง สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และเข้าใจข้อมูลพร้อมแสดงความยินยอมต่อการรักษาได้เมื่อใช้วิธีสื่อสารที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการได้ยินระดับรุนแรงทั้งสองข้างและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง จึงสื่อสารด้วยภาษามือไทยร่วมกับการอ่านริมฝีปาก โดยมีผู้ดูแลช่วยสื่อสาร จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น พบว่าผู้ป่วยมีสายตาสั้นแต่ไม่สวมแว่น เนื่องจากความผิดปกติของใบหูทำให้สวมแว่นไม่สะดวก และไม่พบข้อมูลการติดตามกับจักษุแพทย์ในช่วงใกล้กับการรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยเคยได้รับการประเมินโดยทีมศัลยกรรมตกแต่งและทันตกรรมจัดฟันจากกรุงเทพฯ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของใบหน้าและขากรรไกร แต่เนื่องจากมีความผิดปกติแต่กำเนิดหลายระบบ ต้องผ่าตัดหลายตำแหน่ง และครอบครัวมีความกังวล จึงปฏิเสธการผ่าตัด

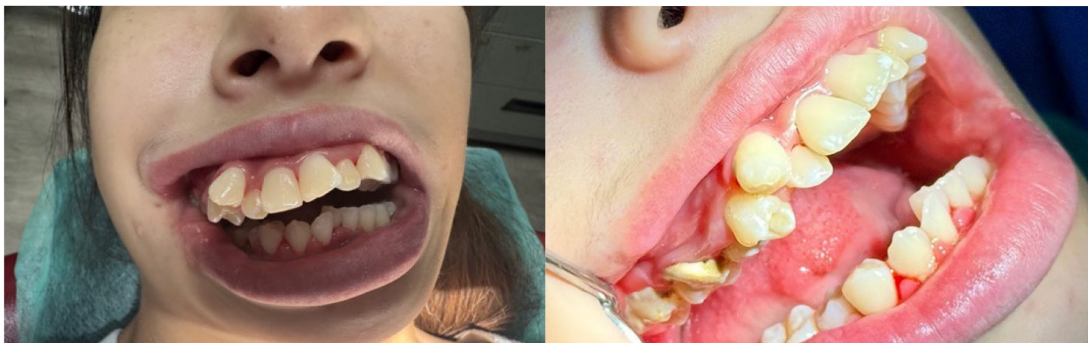
เวชระเบียนโสต ศอ นาสิกวิทยาระบุว่า ผู้ป่วยได้รับการตรวจ pure-tone audiometry ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2559 ขณะอายุ 12 ปี พบค่าเฉลี่ย air conduction 110 dB และ bone conduction 72 dB เมื่อตรวจซ้ำใน พ.ศ. 2562 ขณะอายุ 15 ปี หูขวามีค่าเฉลี่ย air conduction และ bone conduction ลดลงเป็น 50 dB ส่วนหูซ้ายมีค่าเฉลี่ย air conduction คงเดิม และ bone conduction เพิ่มขึ้นจาก 72 เป็น 73 dB โดยเป็นค่าเฉลี่ยที่ความถี่ 500–2,000 Hz และเป็นผลล่าสุดที่สืบค้นได้ ผู้ป่วยเคยทดลองใช้เครื่องช่วยฟังข้างขวาเมื่ออายุ 12–13 ปี แต่หยุดใช้เนื่องจากมีเสียงรบกวนและเจ็บหู ปัจจุบันจึงไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง สำหรับโรคลมชัก ผู้ป่วยได้รับ sodium valproate สามารถควบคุมอาการได้ และรับการติดตามทุก 4 เดือน รวมถึงตรวจ Electroencephalogram ทุก 6 เดือนใน พ.ศ. 2565 และ 2566

การตรวจภายนอกพบภาวะใบหน้าครึ่งซีกเจริญไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ใบหน้าไม่สมมาตร ขากรรไกรบนและล่างเจริญน้อยมุมปากกว้าง และริมฝีปากปิดไม่สนิท ร่วมกับความผิดปกติของหูและตา (รูปที่ 1) การตรวจในช่องปากพบฟัน 27 ซี่ มีฟันซี่ 13, 24 และ 46 หลุมและ ร่องฟันลึกบริเวณซี่ 16, 17, 26 และ 27 ฟันฝังซี่ 45 และฟันคุดซี่ 38 และ 48 พบเส้นเหงือกกว้างบริเวณฟันซี่ 47 เนื่องจากเป็น pulp

necrosis with chronic apical periodontitis และได้รับการ ถอนฟันซี่นี้ไปเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2567 ก่อนส่งต่อ นอกจากนี้ พบการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 2 (class II malocclusion) ร่วมกับ ภาวะสบเปิดและเหงือกอักเสบทั่วไป โดยมีคราบจุลินทรีย์และ หินน้ำลายสะสมจำนวนมาก (รูปที่ 2) ภาพถ่ายรังสีพาโนรามาิก พบฟันฝังซี่ 45 และฟันคุดซี่ 38 และ 48 (รูปที่ 3)



รูปที่ 1 ใบหน้าข้างขวา ใบหน้าที่ตรง ใบหน้าข้างซ้าย
รูปที่ 1 ลักษณะภายนอกร่างกายก่อนการรักษา แสดงความไม่สมมาตรของใบหน้า ความผิดปกติของหู และลักษณะริมฝีปาก ปิดไม่สนิทขณะพัก



รูปที่ 2 ลักษณะภายในช่องปากก่อนการรักษา แสดงการสบฟันผิดปกติแบบ class II malocclusion ร่วมกับ ภาวะ ฟันหน้าสบเปิด (anterior open bite) การสะสมของคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย และภาวะเหงือกอักเสบ



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีพาโนรามาิกเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2567 แสดงฟัน埋伏โพรงประสาทฟันฟันซี่ 47, ฟันฝังคุดซี่ 45, ฟันคุดซี่ 38 และ 48

การวินิจฉัย ได้แก่ ฟันซี่ 45: embedded tooth; ฟันซี่ 38 และ 48: horizontal impacted teeth; ฟันซี่ 13, 24 และ 46: dental caries without pulp exposure; ฟันซี่ 16, 17, 26 และ 27: deep pits and fissures; บริเวณซี่ 47: edentulous area และ dental plaque-induced gingivitis on an intact periodontium ดังแสดงในตารางที่ 1

การรักษาวางแผนตามแนวคิด SCD โดยประเมินความเสี่ยงทางระบบ ปรับการสื่อสารให้เหมาะกับผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม และแบ่งการรักษาเป็นระยะเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความร่วมมือ เริ่มจากขูดหินน้ำลายด้วยเครื่อง ultrasonic scaler ร่วมกับ hand instruments ในบริเวณที่เข้าถึงยาก การรักษาเสร็จสิ้นในการนัดหมายครั้งเดียว เนื่องจากผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี มีหินน้ำลาย

ปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลางและอ้าปากได้เพียงพอต่อการตรวจและรักษาทางทันตกรรม อย่างไรก็ตาม ไม่ได้ประเมิน การทำงานของระบบบดเคี้ยว การกลืนและข้อต่อขากรรไกรอย่างเป็นระบบ จึงไม่สามารถสรุปความผิดปกติ ในประเด็นดังกล่าวได้ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำด้านอนามัยช่องปากและการควบคุมคราบจุลินทรีย์โดยฝึกแปรงฟันด้วยวิธี modified Bass และใช้ไหมขัดฟัน ทันตแพทย์สาธิตภายในช่องปากร่วมกับกระจกส่องใบหน้าขนาดใหญ่ ขณะที่ผู้ดูแลช่วยแปลเป็นภาษามือ การสื่อสารใช้คำศัพท์ภาษามือพื้นฐาน เช่น “อ้าปาก” “ปิดปาก” “บ้วนปาก” และ “แปรงฟัน” ร่วมกับการชี้ตำแหน่ง การแสดงท่าทาง การอ่านริมฝีปาก และการสบตา เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและความร่วมมือ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การตรวจฟันภายในช่องปาก

ตำแหน่ง	การวินิจฉัย	การรักษา
13, 24, 46	dental caries without exposed pulp	การบูรณะฟัน
16, 17, 26, 27	deep pit and fissures	การเคลือบหลุมร่องฟัน
45	embedded tooth	ตรวจประเมินเป็นระยะ
47	edentulous area	ส่งต่อปริกษาสาขาทันตกรรมประดิษฐ์
38, 48	horizontal impacted teeth	ตรวจประเมินเป็นระยะ
เหงือกอักเสบ	dental plaque-induced gingivitis on an intact periodontium	การขูดหินน้ำลายและแนะนำอนามัยช่องปาก

ตารางที่ 2 แนวทางการสื่อสารระหว่างการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

สถานการณ์	แนวทางการสื่อสาร
เริ่มการรักษา	สบตาเพื่อเรียกความสนใจ ใช้ภาษามือ และแนะนำขั้นตอนการรักษา
อ้าปาก	ใช้ภาษามือไทยร่วมกับการสาธิต
ปิดปาก	ใช้ภาษามือไทย
บ้วนปาก	ชี้แก้วนํ้าร่วมกับการใช้ภาษามือไทย
ขูดน้ำลาย	สาธิตการใช้อุปกรณ์ร่วมกับการใช้ภาษามือไทย
การประเมินอาการเจ็บปวด	ใช้ภาษามือไทยร่วมกับการสังเกตสีหน้าและภาษากายของผู้ป่วย
แปรงฟัน	สาธิตหน้ากระจกพร้อมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

ผู้ป่วยได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช (fluoride varnish) ซึ่งไม่เป็นข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยโรคหืดทั่วไป แต่ควรระมัดระวังในผู้ที่ป็นโรคหืดรุนแรง (severe asthma) หรือแพ้โคลโลฟนี (colophony allergy) เนื่องจากอาจเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity reaction) ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติแพ้ยาและสารต่าง ๆ และไม่พบอาการแพ้ภายหลังการรักษา จากนั้นจึงบูรณะฟันซี่ 13, 24 และ 46 ด้วยเรซินคอมโพสิตชนิดไมโครไฮบริดบ่มด้วยแสง (light-cured microhybrid composite resin) และเคลือบหลุมร่องฟันซี่ 16, 17, 26 และ 27

ภายหลังการอุดหินน้ำลาย บูรณะฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าอนามัยช่องปากดีขึ้นอย่างชัดเจน บริเวณฟันล่างด้านขวา (quadrant 4) ซึ่ง

เคยมีเลือดออกขณะตรวจวัดความลึกของร่องลึกปริทันต์ ไม่พบเลือดออกเมื่อติดตามผล คราบจุลินทรีย์และการอักเสบของเหงือกลดลง ฟันผุและหลุมร่องฟันลึกได้รับการรักษาครบถ้วน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำร่วมกับผู้ดูแลได้ดีขึ้น

เมื่อติดตามระยะคงสภาพ (maintenance phase) ที่ 1 เดือน พบคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายเพียงเล็กน้อย อนามัยช่องปากดีขึ้น ไม่พบฟันผุใหม่หรือภาวะแทรกซ้อน วัสดุบูรณะและวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันอยู่ในสภาพดี ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง จึงนัดติดตามทุก 3-6 เดือน ได้แก่ เดือนที่ 4 และ 6 เพื่อประเมินการควบคุมคราบจุลินทรีย์ การอักเสบของเหงือก ความเสี่ยงต่อฟันผุ ความร่วมมือระยะยาว และศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน (รูปที่ 4-5)



รูปที่ 4 ลักษณะภายในช่องปากเมื่อติดตามผลหลังการรักษา 1 เดือน แสดงการลดลงของคราบจุลินทรีย์และการอักเสบของเหงือก



รูปที่ 5 ลักษณะภายในช่องปากเมื่อติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน แสดงสุขภาพเหงือกและอนามัยช่องปากที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เมื่อติดตามครบ 1 ปี ไม่พบพยาธิสภาพใหม่หรือการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ และสุขภาพช่องปากโดยรวมดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนรักษา (รูปที่ 6-7) อย่างไรก็ตาม เมื่อครบ 1 ปี 4 เดือน พบเหงือกอักเสบบริเวณซอกฟันล่างด้านขวา ร่วมกับการบริโภคอาหารหวานเพิ่มขึ้น และเมื่อครบ 1 ปี 7 เดือน (นับจากการถอนฟันซี่ 47 เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2567) พบคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้นบางตำแหน่ง

และวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันบางซี่ชำรุด จึงควบคุมคราบจุลินทรีย์ เน้นย้ำการดูแลอนามัยช่องปาก และเคลือบหลุมร่องฟันซ้ำตามข้อบ่งชี้ รายละเอียดของแผนการรักษาแบบเป็นระยะ เพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความจำเป็น ความพร้อมของผู้ป่วยและความเสี่ยงทางการแพทย์ แสดงในตารางที่ 3



รูปที่ 6 ลักษณะภายในช่องปากเมื่อติดตามผลหลังการรักษา 1 ปี แสดงความคงสภาพของผลการรักษา ไม่พบฟันผุใหม่หรือภาวะแทรกซ้อนทางทันตกรรมที่ชัดเจน



รูปที่ 7 ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิกเมื่อติดตามผลหลังการรักษา 1 ปี เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2568 โดยไม่พบพยาธิสภาพใหม่หรือการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 แผนการรักษาแบบเป็นระยะและผลการติดตาม

วัน/ระยะติดตาม	การประเมิน	การรักษาและการตัดสินใจ	ผลลัพธ์และการติดตาม
ก่อนส่งต่อ 13 ก.ย. 2567	ฟันซี่ 47 ผุลึกและมีพยาธิสภาพปลายราก	ถอนฟันซี่ 47 พบว่า สันเหงือกกว้าง ส่งปรึกษาสาขาทันตกรรมประดิษฐ์เพื่อ ประเมินการใส่ฟันเทียม แต่ผู้ป่วยไม่มี ปัญหาการบดเคี้ยวจึงปฏิเสธการการรักษา ส่งปรึกษาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลสำหรับฟันซี่ 38, 45 และ 48 และส่งต่อคลินิกเฉพาะทาง	ใช้ภาษามือไทยและการสาธิต โดยมีมารดาและน้องสาวช่วยสื่อสาร ผู้ป่วยยังวิตกกังวล
ครั้งที่ 1 17 ต.ค. 2567	ประเมินประวัติทางการแพทย์ การสื่อสาร และสุขภาพช่องปาก	วางแผนรักษาเป็นระยะและชี้แจงทางเลือก	เริ่มสร้างความร่วมมือด้วยการ สื่อสารเฉพาะบุคคล โดยมีมารดา และน้องสาวช่วย
ครั้งที่ 2 14 พ.ย. 2567 1 เดือน	ประเมินคราบจุลินทรีย์ หินน้ำลาย เหงือกอักเสบ และอนามัยช่องปาก	ขูดหินน้ำลาย ให้คำแนะนำด้านอนามัยช่อง ปาก และทาฟลูออไรด์วาร์นิช	ผู้ป่วยร่วมมือดีขึ้นและวิตกกังวล ลดลง โดยมีย่าและน้องสาวช่วย
ครั้งที่ 3 27 พ.ย. 2567	ประเมินอนามัยช่องปากและ ความร่วมมือ พบฟันผุซี่ 13, 24 และคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย	บูรณะฟันซี่ 13 (Class I, labial) และซี่ 24 (Class II, ODB) ด้วยเรซินคอมโพสิต พร้อม แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็ก	ผู้ป่วยร่วมมือดีขึ้นและไม่กลัวการ รักษา โดยมีน้องสาวช่วย
ครั้งที่ 4 30 ม.ค. 2568 3 เดือน	ประเมินอนามัยช่องปาก พบฟันผุ ซี่ 46 และคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย	บูรณะฟันซี่ 46 (Class I, buccal) ด้วยเรซินคอมโพสิต และเน้นย้ำการแปรงฟัน	ผู้ป่วยร่วมมือดีมากและมั่นใจใน สุขภาพช่องปากมากขึ้น โดยมีมารดาช่วย
ครั้งที่ 5 29 เม.ย. 2568 6 เดือน	ประเมินความเสี่ยงฟันผุ คราบจุลินทรีย์และเหงือก พบหลุมร่องลึกซี่ 16, 17, 26 และ 27 ร่วมกับคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย เล็กน้อย	ขูดหินน้ำลาย ควบคุมคราบจุลินทรีย์ เคลือบหลุมร่องฟันซี่ 16, 17, 26 และ 27 ทาฟลูออไรด์วาร์นิช แนะนำการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟัน และถ่ายภาพติดตาม	ผู้ป่วยมั่นใจในการดำเนินชีวิต มากขึ้น โดยมีน้องสาวช่วย
ครั้งที่ 6 4 ก.ย. 2568 1 ปี	ตรวจทางคลินิกและภาพรังสี พาโนรามิก ประเมินความเสี่ยงฟันผุ คราบจุลินทรีย์และเหงือก พบคราบ จุลินทรีย์และหินน้ำลายเล็กน้อย	ขูดหินน้ำลาย ควบคุมคราบจุลินทรีย์ ทาฟลูออไรด์วาร์นิช เน้นย้ำการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟัน และถ่ายภาพติดตาม	ผู้ป่วยร่วมมือดีมากและมั่นใจในการ ดำเนินชีวิต โดยมีน้องสาวช่วย
ครั้งที่ 7 20 ต.ค. 2568 1 ปี 1 เดือน	ประเมินอนามัยช่องปาก พบคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย เล็กน้อย	ขูดหินน้ำลาย ควบคุมคราบจุลินทรีย์ และเน้นย้ำการแปรงฟัน	ผู้ป่วยร่วมมือดีมากและมั่นใจในการ ดำเนินชีวิต โดยมีน้องสาวช่วย
ครั้งที่ 8 12 ม.ค. 2569 1 ปี 4 เดือน	ประเมินความเสี่ยงฟันผุ คราบจุลินทรีย์และเหงือก พบเหงือก อักเสบบริเวณซอกฟันล่างขวา	ขูดหินน้ำลาย ควบคุมคราบจุลินทรีย์ ทาฟลูออไรด์วาร์นิช และเน้นย้ำการ แปรงฟันหลังบริโภคอาหารหวาน	ผู้ป่วยร่วมมือดีมากและมั่นใจในการ ดำเนินชีวิต โดยมีมารดาช่วย
ครั้งที่ 9 24 เม.ย. 2569 1 ปี 7 เดือน	พบคราบจุลินทรีย์มากด้านแก้มของ ฟันซี่ 17, 28, 45 และ 46 และวัสดุ เคลือบหลุมร่องฟันซี่ 16, 17, 26 และ 27 ชำรุดบางส่วน	เคลือบหลุมร่องฟันซ้ำ ขัดฟัน ทาฟลูออไรด์วาร์นิช และเน้นย้ำการ แปรงฟันหลังบริโภคอาหารหวาน	ผู้ป่วยร่วมมือดีมากและมั่นใจในการ ดำเนินชีวิต โดยมีน้องสาวช่วย

GS เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่มีลักษณะทางคลินิกหลากหลาย โดยมักพบความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้า หู ตา และขากรรไกรร่วมกัน ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะทางคลินิกสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ ได้แก่ ใบหน้าไม่สมมาตร ความผิดปกติของหูชั้นนอก การสูญเสียการได้ยินแต่กำเนิด และความผิดปกติของดวงตา ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญที่พบได้ในผู้ป่วย GS อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะบางประการแตกต่างจากรายงานเดิม กล่าวคือ รายงานส่วนใหญ่มักพบความผิดปกติของใบหน้าเพียงข้างเดียว โดยพบด้านขวาย่อยกว่า⁽⁹⁾ ขณะที่ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติของขากรรไกรบนและล่างร่วมกัน รวมทั้งมีความผิดปกติของหูและตา ด้านซ้ายเด่นชัด นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติของการขึ้นของฟัน โดยมีฟันกรามน้อยซี่ที่สองเป็นฟันฝังคุด ซึ่งแตกต่างจากรายงานของ Jena และ Duggal⁽¹⁰⁾ ที่พบโอดอนโตมาชนิดซับซ้อนหลายตำแหน่งบริเวณขากรรไกรด้านซ้าย (multiple complex odontomas) ผู้ป่วยรายนี้ยังเป็นเพศหญิงและไม่มีประวัติครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลทางระบาดวิทยาที่รายงานว่า GS พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹¹⁾

ด้านการรักษา รายงานผู้ป่วย GS ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของใบหน้าและใบหู หรือการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในวัยเด็ก ขณะที่รายงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแบบองค์รวมในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ยังมีจำกัด ความท้าทายสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางกายวิภาคเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงข้อจำกัดด้านการสื่อสารจากการสูญเสียการได้ยินแต่กำเนิด แม้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการได้ยินระดับรุนแรง แต่สามารถเข้าใจข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้เมื่อปรับวิธีสื่อสารให้เหมาะสม ในทางตรงกันข้าม การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ขาดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือลดลง⁽¹²⁾ ทันตบุคลากรจึงปรับการสื่อสารโดยใช้ภาษากาย การสบตา การสาธิตด้วยวิธี tell-show-do และให้ผู้ดูแลช่วยสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษที่เน้นการสื่อสารเฉพาะบุคคล (individualized communication approach)^(7,12) แนวทางดังกล่าวช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างการรักษาและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพช่องปาก รายงานฉบับนี้จึงมุ่งนำเสนอการวางแผนและการจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งยังมีรายงานค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะผู้ที่มิข้อจำกัดด้านการสื่อสารและโรคร่วมหลายระบบ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการวางแผนรักษา โดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องให้ยาระงับความรู้สึกหรือยาสลบ รายงานของวริยา สุขุประการและ Rosenblatt⁽¹³⁾ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มุ่งเน้นการดูแลด้านวิสัญญีในผู้ป่วย GS โดยให้ความสำคัญกับการประเมินทางเดินหายใจและการเตรียมแผนสำรอง

ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ แม้ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับการรักษาภายใต้การให้ยาสลบ แต่ยังคงได้รับการประเมินความพร้อมทางการแพทย์อย่างรอบด้านก่อนรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยเคยได้รับการประเมินจากหลายสาขาในช่วงเวลาต่างกัน ส่วนการรักษาทางทันตกรรมครั้งนี้มีการส่งปรึกษาศัลยแพทย์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลตามข้อบ่งชี้ รายละเอียดคำแนะนำและการตัดสินใจของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 3

ในบริบทของประเทศไทย ทันตบุคลากรจำนวนหนึ่งอาจยังไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยินอย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษา ทั้งการแปลภาษามือ การอธิบายขั้นตอนการรักษา และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยให้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยได้แม่นยำยิ่งขึ้น และส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลรักษา^(4,7,8) จากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและความซับซ้อนทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยรายนี้จึงประยุกต์หลักทันตกรรมสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ ร่วมกับการบริหารทันตกรรมพร้อมมูล (comprehensive dentistry) เพื่อกำหนดแผนการรักษาเฉพาะบุคคล แนวทางดังกล่าวสะท้อนหลักการเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมและปฏิบัติได้จริง มากกว่าการมุ่งสู่แผนการรักษาในอุดมคติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และแบ่งการรักษาเป็นระยะ เริ่มจากทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ การควบคุมคราบจุลินทรีย์ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ก่อนเข้าสู่ระยะบูรณะฟันและระยะคงสภาพ แนวทางนี้ช่วยลดความซับซ้อนของการรักษา เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย และเอื้อต่อการประเมินผลและปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อติดตามต่อเนื่องประมาณ 1 ปี 7 เดือน นับจากเริ่มรักษา พบว่าอนามัยช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้น การอักเสบของเหงือกลดลง ไม่พบฟันผุใหม่ และผู้ป่วยยังคงให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

ข้อควรระวังในการรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วย GS ควรพิจารณาจากความผิดปกติทางกายวิภาคและโรคร่วมของผู้ป่วยแต่ละราย ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจและความสามารถในการอ้าปากในผู้ที่มีขากรรไกรล่างเจริญไม่สมบูรณ์หรือมีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร เนื่องจากอาจเพิ่มความยุ่งยากในการรักษาและการจัดการทางเดินหายใจ โดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องให้ยากล่อมประสาทหรือยาสลบ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ซึ่งมีโรคลมชัก ควรซักประวัติการชักครั้งล่าสุดที่ได้รับ และปัจจัยกระตุ้น พร้อมเตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ส่วนโรคหืดควรหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ลดความเครียดระหว่างการรักษา และตรวจสอบการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมก่อนเริ่มหัตถการ อย่างไรก็ตาม รายงานฉบับนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก เป็นรายงานผู้ป่วยเพียง 1 ราย และมีระยะติดตามประมาณ 1 ปี 7 เดือนนับจากเริ่มรักษา ซึ่งยังไม่เพียงพอ

ที่จะสะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวได้อย่างสมบูรณ์ ประการที่สอง ไม่มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ เช่น ดัชนีอนามัยช่องปาก ดัชนีปริทันต์ หรือแบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษา ประการที่สาม ไม่ได้ประเมินการทำงานของระบบบดเคี้ยว การกลืน และข้อต่อขากรรไกรอย่างเป็นระบบ จึงไม่สามารถสรุปผลในประเด็นเหล่านี้ได้ รวมทั้งไม่มีการวางแผนรักษาด้านศัลยกรรมตกแต่ง การศึกษาในอนาคตจึงควรเพิ่มระยะติดตาม ใช้ตัวชี้วัดทางคลินิก และคุณภาพชีวิตที่ได้มาตรฐาน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลทางทันตกรรมในผู้ป่วย GS และผู้ที่มีความต้องการพิเศษอย่างเป็นระบบต่อไป

สรุป

ผู้ป่วย GS สามารถรับการรักษาทางทันตกรรมในระบบผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัย เมื่อได้รับการประเมินความเสี่ยงทางการแพทย์อย่างรอบด้านและวางแผนรักษาเป็นระยะตามหลักทันตกรรมสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษร่วมกับการบริบาลทันตกรรมพร้อมมูล โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย แนวทางดังกล่าวช่วยให้สามารถเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมความร่วมมือและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

เอกสารอ้างอิง

- Gorlin RJ, Cohen MM Jr, Hennekam RCM. Syndromes of the head and neck. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Kokavec R. Goldenhar syndrome with various clinical manifestations. Cleft Palate Craniofac J. 2006;43(5):628–34. <https://doi.org/10.1597/05-094>
- Bogusiak K, Puch A, Arkuszewski P. Goldenhar syndrome: current perspectives. World J Pediatr. 2017;13(5):405-15. <https://doi.org/10.1007/s12519-017-0048-z>
- Martelli-Júnior H, Miranda RTD, Fernandes CM, Bonan PRF, Paranaíba LMR, Graner E, et al. Goldenhar syndrome: clinical features with orofacial emphasis. J Appl Oral Sci. 2010;18(6):646–9. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572010000600019>
- Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 2. Communication. Br Dent J. 2008;205(1):11-21. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.533>
- Subramaniam P, Girish Babu KLG, Jayasurya S, Prahalad D. Dental management of a child with Goldenhar syndrome. Eur J Gen Dent. 2014;3(2):158-62. <https://doi.org/10.4103/2278-9626.134849>
- Diz Dios P, Kumar N, editors. A Practical Approach to Special Care in Dentistry. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2022.
- Dougall A, Thompson SA, Faulks D, Ting G, Nunn J. Guidance for the core content of a Curriculum in Special Care Dentistry at the undergraduate level. Eur J Dent Educ. 2014;18(1):39-43. <https://doi.org/10.1111/eje.12054>
- Bekibele CO, Ademola SA, Amanor-Boadu SD, Akang EE, Ojemakinde KO. Goldenhar syndrome: a case report and literature review. West Afr J Med. 2005;24(1):77-80. <https://doi.org/10.4314/wajm.v24i1.28170>
- Jena AK, Duggal R. Atypical Goldenhar syndrome: a case report. J Clin Pediatr Dent. 2006;31(2):118-22. <https://www.jocpd.com/articles/10.17796/jcpd.31.2.e0134061u2670829>
- Wichajarn K, Panamonta O, Wiromrat P, Paopongsawan P, Chaikitpinyo A, Panamonta M. Birth prevalence of Goldenhar syndrome (severe oculo-auriculo-vertebral spectrum): a systematic review of prospective studies. J Med Assoc Thai. 2017;100 Suppl 6:S278-82. <http://www.jmatonline.com/PDF/S278-S282-PB-100-S6.pdf>
- Fabiana CMH, Frederick SR, Jacqueline CHM. Managing dental patient with auditory deficit: literature review. Int J Oral Dent Health. 2018;4(2):058. <https://doi.org/10.23937/2469-5734/1510058>
- Sukhupragarn W, Rosenblatt WH. Airway management in a patient with Goldenhar syndrome: a case report. J Clin Anesth. 2008;20(3):214-7. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2007.09.020>