

เอกสารประกอบการสอน
กระบวนวิชา DOS 408381
เรื่อง หลักการทางศัลยศาสตร์ช่องปาก
(Principle of Oral Surgery)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายได้อย่างถูกต้องถึงหลักการทั่วไปด้านศัลยศาสตร์ ได้แก่
 - การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและบำบัดรักษา
 - การวางแผนในการผ่าตัด
2. อธิบายได้อย่างถูกต้องถึงหลักการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ช่องปาก ได้แก่
 - การทำรอยกรีด
 - การเปิดแผ่นเหงือก
 - การเย็บแผล
 - การทำแผลและการปิดแผล
 - การระบาย
3. ตรวจสอบสัญญาณชีวิต ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การวัดชีพจร การวัดการหายใจ และอุณหภูมิของร่างกายได้อย่างถูกต้อง

ผศ. ทพญ. ดร.สุมิตรา พงษ์ศิริ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หลักการทางศัลยศาสตร์ช่องปาก

(Principle of Oral Surgery)

ทันตแพทย์ทุกคนควรมีความรู้พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ช่องปาก โดยเฉพาะทันตแพทย์ที่จะปฏิบัติงานด้านศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล จำเป็นต้องเข้าใจและทราบหลักการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ช่องปากเป็นอย่างดี และนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

หลักการทางศัลยศาสตร์ช่องปาก แบ่งได้ดังนี้

1. หลักการทั่วไปทางด้านศัลยศาสตร์ (General principle of surgery) ประกอบด้วย
 - 1.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและบำบัดรักษา (Preoperative evaluation)
 - 1.2 การวางแผนในการผ่าตัด (Surgical plan)
2. หลักการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ช่องปาก (Basic principles in oral surgery) เป็นหลักการผ่าตัดที่ใช้โดยทั่วไป ประกอบด้วย
 - 2.1 การทำรอยกรีด (Incision)
 - 2.2 การเปิดแผ่นเหงือก (Flap)
 - 2.3 การเย็บแผล (Suturing)
 - 2.4 การทำแผล และการปิดแผล (Dressing)
 - 2.5 การระบาย (Drainage)

1.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและบำบัดรักษา

การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและบำบัดรักษา เป็นสิ่งที่จะต้องกระทำทุกครั้ง เพื่อทราบถึงสภาวะร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งจะนำมาใช้พิจารณาประกอบการวางแผนรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและรักษา ประกอบด้วย

- 1.1.1 การซักประวัติผู้ป่วย (History taking)
- 1.1.2 การตรวจร่างกายผู้ป่วย (Physical examination)

1.1.1 การซักประวัติผู้ป่วย (History taking)

ควรซักประวัติผู้ป่วยตามหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- ก. **อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาหา (Chief complaint)** คือ อาการที่ผู้ป่วยเล่าเริ่มแรกและเป็นสาเหตุที่ทำให้มาพบทันตแพทย์ เช่น ปวดฟันล่างมา 3 วัน แก้มบวม
- ข. **ประวัติของการเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present complaint)** เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพิจารณาโรคได้ถูกต้อง ควรสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้ได้รายละเอียดเพียงพอ เช่น เป็นมานานเท่าไร, เป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นตลอด ถ้ามีอาการปวด-บวม ปวดแบบไหน ปวดเมื่อไร บวมอย่างไร เฉพาะที่หรือกระจายทั่วไป บวมมานานเท่าไร อาการปวดและบวมนั้นเคยหาย ยุบ หรือคงที่ หรือโตขึ้นเรื่อย ๆ ลักษณะและอาการการเปลี่ยนแปลงเร็วหรือช้า ๆ เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น
- ค. **ประวัติการรักษาทางทันตกรรม (Past dental history)** เป็นส่วนหนึ่งที่ใช้ประกอบการประเมินผู้ป่วย โดยจะเกี่ยวข้องทั้งการรับการรักษาที่ผ่านมาในอดีต และประสบการณ์ในการทำฟันทั้งที่ดีและไม่ดี รวมถึงประวัติการแพ้ยาชา และปัญหาผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการถอนฟันหรือผ่าตัดในช่องปาก
- ง. **ประวัติทางการแพทย์ (Past medical history)** ประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย จะช่วยในการประเมินสภาพผู้ป่วยว่าพร้อมที่จะรับการรักษาทางศัลยกรรมช่องปากได้หรือไม่ และทันตแพทย์จะต้องระมัดระวังในการให้การรักษาอย่างไรต่อไป ตัวอย่างโรคทางระบบที่ทันตแพทย์พึงให้ความสนใจ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์เป็นพิษ โรคต่อมหมวกไตทำงานไม่เพียงพอ เป็นต้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตอาจสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยปัจจุบัน ดังนั้นควรถามถึงประวัติในอดีต เช่น โรคที่เคยเป็นตั้งแต่เด็ก, การผ่าตัดหรือการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การแพ้ยา หรือการได้รับภูมิคุ้มกันต่าง ๆ เป็นต้น

ทันตแพทย์ควรตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไป เพื่อดูสภาพที่ผิดปกติของร่างกายส่วนต่าง ๆ ที่จะแสดงออกถึงการเป็นโรคที่สำคัญต่องานศัลยกรรมช่องปากได้ ดังนี้

อวัยวะที่ตรวจ	อาการทางคลินิก	โรคหรือพยาธิสภาพของอวัยวะ
ตา	ตาโปน (exophthalmos)	โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ
เยื่อบุเปลือกตาด้านใน	ซีด	ภาวะโลหิตจาง
	เหลือง	โรคตับ
คอ	หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (dilation of external jugular vein)	โรคหัวใจข้างขวา
	ต่อมธัยรอยด์โต	โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ
ทรวงอก	หายใจลำบาก	โรคหัวใจหรือโรคระบบทางเดินหายใจ
	เจ็บหน้าอกด้านซ้ายร้าวไปที่ไหล่ซ้ายและแขน เป็นเวลาสั้น ๆ 2-3 นาที เมื่อออกกำลังกายได้เล็กน้อยแล้วหายปวด	Angina pectoris
ผิวหนัง	เหลือง	โรคตับ
	แดง	ภาวะเม็ดเลือดแดงเกิน (polycythemia)
	คล้ำ ม่วงปนเขียว	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทำให้ขาดออกซิเจน (cyanosis)
	จุดหรือจ้ำเลือด	มีความผิดปกติของเกร็ดเลือดหรือขาดปัจจัยการสร้างลิมเลือด
นิ้วมือหรือเท้า	นิ้วป้อม (clubbing finger)	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
มือ	มือสั่นเมื่อเหยียดมือตรง	โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ โรคพาร์กินสัน
ข้อเท้าและหน้าแข้ง	บวมและกดบุ๋ม (pitting edema)	โรคหัวใจข้างขวา โรคหลอดเลือดดำโป่งพองหรืออุดตัน โรคไต, โรคตับ

อวัยวะที่ตรวจ	อาการทางคลินิก	โรคหรือพยาธิสภาพของอวัยวะ
ท้อง	ท้องมาน (ascites)	ตับแข็ง โรคหัวใจวายจากเลือดคั่ง
	ตับโต (enlarged liver)	ตับแข็ง โรคหัวใจข้างขวาทำงานผิดปกติ

- จ. **ประวัติครอบครัว (Family history)** ควรถามถึงประวัติครอบครัวเพื่อค้นหาโรคหรือความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ที่หลบซ่อนหรือค้นไม่พบโรคดังกล่าว เช่น โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, มะเร็ง, วัณโรค, โรคไต, โรคข้อ, โรคปวดศีรษะข้างเดียว, โรคเลือด, โรคภูมิแพ้, โรคเบาหวาน
- ฉ. **อาชีพและสังคม (Occupation and social)** อาจเป็นประโยชน์ในแง่ทำให้ทราบถึงสภาวะจิตใจและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะมีผลต่อการวางแผนการรักษา
- ช. **อุปนิสัย (Habits)** นิสัยบางอย่างที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำอาจมีผลต่อการรักษาได้ เช่น นอนก่ดพื้น การสูบบุหรี่ ฯลฯ

1.1.2 การตรวจร่างกายผู้ป่วย (Physical examination)

การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่นอกเหนือจากบริเวณศีรษะและใบหน้า ทันตแพทย์ควรได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดีโดยเฉพาะผู้ที่ทำงานด้านสัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล และมีการให้การรักษากายใต้การดมยาสลบ ในทางปฏิบัติทันตแพทย์สามารถส่งต่อผู้ป่วยให้แพทย์เพื่อตรวจร่างกายทุกระบบได้ เมื่อแพทย์ตรวจเรียบร้อยแล้วทันตแพทย์ควรเข้าใจผลของการตรวจร่างกายที่ถูกบันทึกไว้เพื่อใช้ประโยชน์ในการให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การตรวจร่างกาย จะต้องอาศัยประสาทสัมผัสทางตา มือ หู จมูก เพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพร่างกายผู้ป่วย และนำไปประกอบกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคและประเมินสภาพของผู้ป่วยในการให้การรักษาต่อไป

วิธีการตรวจร่างกาย ได้แก่

- ก. **การดูด้วยตา (Inspection)** ใช้สายตาดูตรวจส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ควรทำในที่ ๆ มีแสงสว่างเพียงพอ ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสบาย ๆ ไม่เกร็ง ตรวจดูลักษณะสีสันของอวัยวะหรือสิ่งผิดปกติต่าง ๆ

- ข. **การคลำ (Palpation)** ใช้ความรู้สึกรูปร่างของฝ่ามือ นิ้วมือ คลำไปบนอวัยวะที่ต้องการตรวจ ทำให้ทราบถึงลักษณะของก้อนที่ผิดปกติ มีความแข็ง นุ่ม เหลว (consistency) หาขอบเขต (boundary) การกดเจ็บ (tenderness) ขยับได้หรืออยู่กับที่ (movable or fixed)
- ค. **การเคาะ (Percussion)** การเคาะลงที่อวัยวะที่ต้องการตรวจทำให้เกิดเสียง และความสั่นสะเทือนและต้องฟังเสียงให้แยกได้ว่าเสียงใดปกติ เสียงใดผิดปกติ ส่วนมากการเคาะเป็นการตรวจอวัยวะภายในร่างกาย เช่น การเคาะฟังเสียงทึบของตับ การเคาะฟังเสียงทึบหรือโปร่งของปอด การเคาะในรายที่สงสัยว่ามีน้ำในช่องท้อง เป็นต้น
- ง. **การฟัง (Auscultation)** การฟังมีทั้งการฟังจากเครื่องตรวจหูฟัง (stethoscope) และฟังโดยไม่ใช้เครื่อง เช่น ฟังเสียงที่ได้ยินโดยตรง ได้แก่ การไอ การหายใจดังผิดปกติ การฟังจะต้องสังเกตถึงความถี่ (frequency) ความหนาแน่นหรือความดัง (intensity) ระยะเวลา (duration) และคุณภาพ (quality) การตรวจโดยการฟังจะใช้ในการฟังเสียงการเต้นของหัวใจ การหายใจ การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ (bowel sound) ฟังปอด
- จ. **การดมกลิ่น (Smelling)** การดมกลิ่นช่วยในการตรวจร่างกายได้ เช่น ในผู้ป่วยเบาหวาน อาจมีกลิ่นหายใจของ acidosis หรือ ketosis ผู้ป่วยที่มีการอักเสบเป็นหนอง กลิ่นของหนองแต่ละชนิดจะแตกต่างกัน ในทางทันตกรรมใช้การดมกลิ่นในการรักษาคลองรากฟัน

การตรวจร่างกายผู้ป่วยในทางทันตกรรม แบ่งออกเป็น

- ก. การตรวจนอกช่องปาก (Extra oral examination)
- ข. การตรวจในช่องปาก (Intra oral examination)
- ค. การตรวจร่างกายทั่วไป (General investigation)
- ง. การตรวจเฉพาะที่ (Local investigation)

ก. การตรวจนอกช่องปาก (Extra oral examination)

การตรวจนอกช่องปาก ได้แก่ การตรวจดูส่วนต่างๆ ของร่างกาย สุขภาพทั่วไป สีหน้าและใบหน้า รวมทั้งสีหน้า (facial expression) ท่าทางการเดิน การแต่งกาย สุขอนามัยส่วนตัว กลืนกาย กลืนลมหายใจ ความเจ็บปวด ความกระวนกระวาย ภาวะซีด ภาวะเหลือง ภาวะ

บวม น้ำ ผิวหนังเป็นจ้ำ ๆ หรือเป็นจุด ๆ แผลฟกช้ำ อาการบวม ใบหน้าเขียว คางยื่น แผล ถลอก แผลฉีกขาด เป็นต้น

นอกจากนี้ควรคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางคลำจับเนื้อเยื่อใต้ ผิวหนังบริเวณต่อมน้ำเหลืองโดยให้ผู้ป่วยก้มศีรษะมาข้างหน้าเล็กน้อย อยู่ในท่าผ่อนคลาย ควร บันทึกตำแหน่ง ขนาด การเคลื่อนไหว การกดเจ็บด้วย

ข. การตรวจในช่องปาก (Intraoral examination)

ตรวจดูอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ก่อน เช่น มีฟันผุ ฟันโยก อาการบวม ร่วมกับอาการปวดฟันกรามที่กำลังจะขึ้นในช่องปาก การอักเสบของเหงือก มีแผลในช่องปาก คูลี และความผิดปกติของเยื่อเมือกข้างแก้ม เพดานปาก ทั้งเพดานแข็งและเพดานอ่อน ลิ้น ดู ด้านบน ด้านข้างของลิ้น สังเกตสี ความเรียบ ขนาดและปุ่มบนลิ้น (papillae) ดูการเคลื่อนไหว ของลิ้น และพื้นปาก (floor of mouth) สังเกตแผลหรือความผิดปกติที่เกิดในช่องปาก รวมทั้ง ทอนซิลด้วย

ค. การตรวจร่างกายทั่วไป (General investigation)

การตรวจร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยที่ถือปฏิบัติประจำจะประกอบด้วย การตรวจสัญญาณ ชีวิต การตรวจศีรษะ ตา หู จมูก และคอ ระบบหัวใจ และการไหลเวียนของเลือด ตรวจปอด ท้อง กล้ามเนื้อกระดูก และระบบประสาท ซึ่งปกติจะกระทำโดยแพทย์หรือทันตแพทย์ทางศัลย ศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ในที่นี้จะขอเน้นถึงการตรวจสัญญาณชีวิตที่ทันตแพทย์ทั่ว ไปควรทำได้

การตรวจสัญญาณชีวิต (Vital signs examination)

สัญญาณชีวิต ได้แก่ ความดันเลือด ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย

การวัดความดันเลือด

การวัดความดันเลือด เป็นการวัดความดันเลือดแดง แสดงถึงการทำงานของหัวใจในการ ส่งเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย ค่าความดันเลือดสูงสุดในขณะที่หัวใจบีบ ตัว เรียกว่า ความดันซิสโตลิก (systolic) ค่าความดันเลือดต่ำสุดในขณะที่หัวใจคลายตัว เรียก ว่า ความดันไดแอสโตลิก (diastolic) ค่าความดันระหว่างความดันเลือดสูงสุดกับความดันเลือด ต่ำสุดเรียกว่า แรงดันชีพจร (pulse pressure) ค่าความดันเลือดจะเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบ คือ ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออก (cardiac output) ปริมาณของเลือด ความข้นของ เลือด ลักษณะของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ (arterioles) ซึ่งได้แก่ ความยืดหยุ่นและความต้านทาน

ส่วนปลาย (peripheral resistance) เกณฑ์การพิจารณาความดันเลือดสูงจะพิจารณาค่าของไดแอสโตลิกมากกว่าซิสโตลิก ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 WHO Blood Pressure Classification

	<i>Systolic (mmHg)</i>	<i>Diastolic (mmHg)</i>
Normal	Less than 139	Less than 89
Border line	140 to 159	90 to 94
Hypertension	More than 160	More than 95

เครื่องมือที่ใช้วัดความดันเลือด เรียกว่า sphygmomanometer มีอยู่ 2 ชนิด คือ

1. เครื่องวัดความดันที่อ่านค่าจากความสูงของปรอท
2. เครื่องวัดความดันที่อ่านค่าโดยใช้ระบบอัตโนมัติ

เครื่องวัดความดันที่อ่านค่าจากความสูงของปรอทจะมีส่วนของหน้าปัดหรือสเกลเป็นส่วนที่ใช้แสดงค่าความดัน และส่วนที่ใช้พันแขน เรียกว่า pressure cuff ในส่วนนี้จะมีถุงยางอยู่ภายใน สามารถขยายตัวเพิ่มความดันได้ โดยการบีบลูกยางเพิ่มลมเข้าไปในถุงยาง (รูปที่ 1)

ส่วนเครื่องวัดความดันเลือดอัตโนมัติจะไม่มีลูกยางสำหรับบีบลม แต่จะต้องกดปุ่มสตาร์ท (start) เพื่อให้ลมถูกดันเข้าไปอยู่ใน pressure cuff โดยอัตโนมัติ (รูปที่ 2)

วิธีการวัดความดันเลือดแดง

ควรให้ผู้ปวยนั่งในท่าสบาย ไม่เครียด วางแขนบนโต๊ะในลักษณะงอเล็กน้อย ถ้าทำได้ ควรวัดที่แขนซ้ายของผู้ปวย ใช้ที่พันแขนหรือแถบรัดพันเหนือข้อศอก ให้ขอบล่างสูงกว่าข้อพับศอกประมาณ 2.5 ซม. บริเวณที่วัดนี้จะอยู่ใกล้เคียงระดับหัวใจให้กึ่งกลางของถุงยางทับเส้นเลือดแดง brachial บริเวณที่วัดนี้จะอยู่ใกล้เคียงระดับหัวใจ ในกรณีที่ใช้เครื่องวัดความดันชนิดอ่านค่าจากปรอทให้บีบลูกยาง ปล่อยลมเข้าไปในถุงยางช้า ๆ ใช้มือหนึ่งจับชีพจรบริเวณ brachial เพิ่มความดันในปรอทขึ้นไปเร็ว ๆ แล้วค่อย ๆ ลดความดันลง จนสามารถจับชีพจรได้ ซึ่งคือค่าความดันซิสโตลิกโดยประมาณ จากนั้นให้ใช้ stethoscope โดยวางแผ่น diaphragm แนบสนิทกับผิวหนังบริเวณ brachial pulse บีบลมเข้าถุงยางอีกครั้ง เพิ่มความดันของปรอทให้ขึ้นไปสูงกว่าค่าความดันซิสโตลิกที่คลำได้ครั้งแรกประมาณ 30 ม.ม.ปรอท (รูปที่ 3) จากนั้นเริ่มปล่อย

ลมออกช้า ๆ ความดันในถุงยางจะค่อย ๆ ลดลง จนเริ่มต่ำกว่าความดันหลอดเลือด เลือดจะเข้าไปสู่หลอดเลือดส่วนล่างที่ไม่ถูกบีบด้วยความรุนแรง เกิดกระแสไหลวนทำให้ได้ยินเสียงแรก เป็นเสียง ตูบ ตูบ จะเป็นค่าความดันซิสโตลิก จากนั้นปล่อยลมออกไปช้า ๆ จะได้ยินเสียงตามจังหวะที่เลือดไหล และแผ่วลงไปเรื่อย ๆ จนเสียงหายไป จุดที่เสียงหายไปคือค่าของความดันไดแอสโตลิก

ถ้าใช้เครื่องวัดความดันเลือดอัตโนมัติ เมื่อลมถูกดันเข้าไปอยู่ในถุงยางแล้ว จะหยุดเมื่อถึงระดับของความดันสูงสุดตามที่ได้ตั้งเครื่องไว้ตั้งแต่แรก เช่น ควรตั้งไว้สูงกว่าความดันไดแอสโตลิกที่ควรจะเป็นประมาณ 40 mmHg. ในกรณีที่ไมทราบค่าความดันมาก่อน ควรตั้งเครื่องไว้ที่ค่าความดันสูงสุด 170-200 mmHg. จากนั้นลมจะถูกปล่อยออกจากถุงยางช้า ๆ โดยอัตโนมัติ เครื่องจะสามารถอ่านค่าความดันเลือดทั้งซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และชีพจร โดยแสดงเป็นตัวเลขที่หน้าปัดของเครื่องได้ (รูปที่ 4)



รูปที่ 1 เครื่องวัดความดันเลือดชนิดอ่านค่าจากความสูงปรอท



รูปที่ 2 เครื่องวัดความดันเลือดโดยใช้ระบบดิจิทัลอัตโนมัติ



รูปที่ 3 บีบลูกยางเพื่อเพิ่มความดันของปรอท



รูปที่ 4 เครื่องวัดความดันบอกค่าความดันเลือดและชีพจรบนหน้าปัด

กรณีที่ความดันเลือดผิดปกติ ควรส่งผู้ป่วยให้แพทย์ทำการรักษาก่อน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การจำแนกผู้ป่วยความดันโลหิตและการให้การรักษาทันตกรรม

ความดันโลหิต		
ซิสโตลิก / ไดแอสโตลิก (mmHg)	ระดับ	การให้การรักษาทันตกรรม
< 140 / < 90	ปกติ	ให้การรักษาทันตกรรมได้
140-160 / 90-95	ไม่รุนแรง (mild)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งปรึกษาแพทย์ 2. ให้การรักษาทันตกรรมทั่วไปได้ 3. ถ้าต้องทำศัลยกรรมช่องปากและฉีดยาชาเฉพาะที่ ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ 4. ควรมีวิธีการทำให้ผู้ป่วยคลายกังวล ลดความเครียด และความกลัว เช่น ปลอดภัยน ใช้ยาคลายกังวล (tranquilizers) ยาระงับประสาท (sedative) หรือ ยานอนหลับ (hypnotic drugs)
160-200 / 95 – 115	ปานกลาง (moderate)	<ol style="list-style-type: none"> 1. วัดความดันซ้ำหลังจากครั้งแรก 5 นาที 2. ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อควบคุมความดัน 3. ให้การรักษาทันตกรรมฉุกเฉิน เช่น ลดความเจ็บปวด ลดอาการบวม 4. ลดความเครียดและความกังวล โดยให้ยาสงบประสาท
> 200 / > 115	รุนแรง (severe)	<ol style="list-style-type: none"> 1. วัดความดันซ้ำหลังจากครั้งแรก 5 นาที 2. ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อรักษาและควบคุมความดันทันที 3. ชลอการรักษาทันตกรรมทุกชนิดไว้ก่อน 4. ให้การบำบัดฉุกเฉินด้วยยา เช่น ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ 5. หากจำเป็นต้องถอนฟัน หรือเจาะระบายหนอง ควรทำในห้องผ่าตัดโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลร่วมของแพทย์กับวิสัญญีแพทย์

การวัดชีพจร (Pulse rate)

การวัดชีพจร เป็นการวัดชีพจรเลือดแดง ซึ่งเป็นคลื่นความดันที่มาจากหลอดเลือดแดง ที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อส่งเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายชีพจรสามารถคลำได้หลายตำแหน่ง เช่น ข้อมือ (radial artery) ข้อพับ (brachial artery) ข้างคอ (carotid artery) ขาหนีบ (femoral artery) หลังเข่า (popliteal artery) และหลังเท้า (dorsalis pedis)

วิธีการวัดชีพจร

ตำแหน่งที่นิยมตรวจ คือ หลอดเลือดแดง radial ที่ข้อมือ เพราะคลำได้ง่ายและสะดวก โดยให้ผู้ป่วยหงายมือขึ้น ผู้ตรวจใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางวางบนตำแหน่งของชีพจร แนวเดียวกับโคนนิ้วหัวแม่มือ ให้มีแรงกดพอประมาณ จะรู้สึกถึงการเต้นของชีพจรได้ (รูปที่ 5) การเต้นของชีพจรจะแสดงถึงสภาพการทำงานของหัวใจ จังหวะการเต้นควรสม่ำเสมอ

อัตราการเต้นของชีพจรในผู้ใหญ่ปกติ 60-80 ครั้ง/นาที ในเด็กปกติ 80-100 ครั้ง / นาที



รูปที่ 5 การวัดชีพจร

การวัดอัตราการหายใจ (Respiration)

การวัดอัตราการหายใจ เป็นการตรวจการเคลื่อนไหวของระบบหายใจ โดยนับการหายใจเข้าและหายใจออกถือเป็น 1 ครั้ง โดยไม่ให้ผู้ป่วยสนใจหรือตั้งใจ อัตราการหายใจปกติ คือ 16-20 ครั้ง/นาที ทั้งนี้ อัตราการเต้นของชีพจรจะเป็น 4 หรือ 5 เท่า ของอัตราการหายใจ

บางครั้งอาจพบการเกิดภาวะการหายใจเร็วผิดปกติ (hyperventilation) ในผู้ป่วยที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก

การวัดอุณหภูมิของร่างกาย (Body temperature)

การวัดอุณหภูมิของร่างกาย ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย ควรทำในรายที่มีการติดเชื้อ และรายที่ต้องผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบเท่านั้น

นิยมใช้วัดทางปาก โดยใช้เทอร์โมมิเตอร์หรือปรอทวัดไข้ที่ปราศจากเชื้อ ต้องสะอาด เทอร์โมมิเตอร์เพื่อให้ปรอทลงไปอยู่ในกระเปาะ และสอดไว้ใต้ลิ้นของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงมาก ให้ผู้ป่วยหุบปาก รอนานประมาณ 2 นาที

อุณหภูมิปกติของร่างกายตั้งแต่ $35.8^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$ การวัดอุณหภูมิทางรักแร้จะมีค่าต่ำกว่าวัดทางปาก 0.5°C และการวัดอุณหภูมิทางทวารหนักจะมีค่าสูงกว่าวัดทางปาก 0.3°C

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory investigations)

ผู้ป่วยที่จะรับการรักษาทันทีทางศัลยกรรมช่องปาก ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่จะถูกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น

ส่วนผู้ที่ต้องรับการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย

1. การตรวจเลือด (Hematologic test)

ได้แก่ การตรวจหาค่า hemoglobin (Hb), hematocrit (Hct) เม็ดเลือดแดง (RBC) เม็ดเลือดขาว (WBC) เม็ดเลือดขาวอื่น ๆ และเกร็ดเลือด (platelet), นอกจากนี้มีการหาค่า bleeding time, clotting time, partial thromboplastin time (PTT) และ prothrombin time (PT) เพื่อตรวจการแข็งตัวของลิ่มเลือดด้วย

2. การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis)

การตรวจปัสสาวะเป็นการประเมินสภาวะการทำงานของไต สิ่งที่ต้องตรวจและวิเคราะห์ได้ เช่น ลักษณะทางกายภาพ ความขุ่น ใส กลิ่น ถ้าตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ จะสามารถตรวจหา เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว cast, crystal, แบคทีเรีย นอกจากนี้ยังสามารถตรวจความเข้มข้นหาค่าความเป็นกรด-ด่าง ความถ่วงจำเพาะ ตรวจหาโปรตีนหรืออัลบูมิน (albumin) ตรวจน้ำตาล เป็นต้น

3. การตรวจทางภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray)

การตรวจภาพรังสีทรวงอก เป็นการตรวจหาความผิดปกติและพยาธิสภาพของปอด จำเป็นสำหรับการดมยาสลบ และการทำศัลยกรรม

4. การตรวจคลื่นหัวใจ (Electrocardiogram)

ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี และผู้ป่วยโรคหัวใจ จำเป็นต้องส่งตรวจคลื่นหัวใจเพื่อตรวจดูสภาวะของหัวใจก่อนการดมยาสลบและการให้การรักษาทางศัลยกรรม

5. การตรวจน้ำตาลในเลือด (Blood sugar)

การตรวจหาน้ำตาลในเลือด เป็นการตรวจหาความบกพร่องของการแปรสภาพ หรือเมตะบอลิซึมของน้ำตาล ถ้าพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แสดงถึงมีอาการเบาหวาน ต้องได้รับการทดสอบอย่างละเอียด เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้องต่อไป ค่า Fasting blood sugar ปกติประมาณ 65-110 มก./ดล.

การตรวจทางเคมีของเลือด (Blood chemistry)

การตรวจทางเคมีของเลือด ได้แก่ อิเล็กโตรไลต์ โปรตีน เอนไซม์ ไขมัน ผลผลิตของไนโตรเจน (nitrogenous products) และผลผลิตของการแตกตัวของเลือด เป็นต้น การตรวจทางเคมีของเลือดจะทำเมื่อจำเป็นและมีข้อบ่งชี้

การตรวจหาอิเล็กโตรไลต์ เป็นการตรวจหาโซเดียม โปแตสเซียม คลอไรด์ และไบคาร์บอเนต ค่าต่าง ๆ เหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับ ภาวะการขาดน้ำ (dehydration) การทดแทน (replacement) การสูญเสียอย่างต่อเนื่อง (ongoing losses) สภาวะความสมดุลของกรด-ด่าง และความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์

ง. การตรวจเฉพาะที่ (Local investigation)

ได้แก่ การตรวจที่เฉพาะเจาะจงในบริเวณที่ต้องการตรวจเพื่อการบำบัดรักษา เช่น

1. การตรวจความมีชีวิตของฟันที่น้ำสงสัย (vitality test)
2. การทดสอบว่ามีการแพ้ยาหรือไม่ (test of allergy)
3. การพิมพ์ปากเพื่อทำแบบหล่อปูนเพื่อศึกษา (study model) หรือทำ surgical stent
4. การส่งตรวจทาง x-ray มีทั้งการ x-ray ในช่องปากและนอกช่องปาก
5. การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (biopsy)
6. การทำสเมียร์และเลี้ยงเชื้อ เพื่อหา เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคและหายาด้านจุลชีพที่เหมาะสม (sensitivity test)
7. การดูดหนองจากบริเวณที่มีการบวมหรือจาก cyst (aspiration of cystic cavity)

1.2 การวางแผนในการผ่าตัด (surgical plan)

ทันตแพทย์ควรทราบถึงขั้นตอนในการวางแผนผ่าตัด เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจได้ และเพื่อความสะดวกในการเตรียมเครื่องมือ วัสดุต่าง ๆ ที่จำเป็นได้อย่างถูกต้อง พร้อมเพรียงก่อนการผ่าตัด

การวางแผนผ่าตัด แบ่งเป็นลำดับดังนี้

1.2.1 preoperative procedure การเตรียมการก่อนผ่าตัด

1.2.2 operative procedure การผ่าตัด

1.2.3 postoperative procedure การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

1.2.1 การเตรียมการก่อนการผ่าตัด (Preoperative procedure)

ทันตแพทย์ควรวางแผนและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนว่าจะต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด หรือให้พักอยู่ชั่วคราวหนึ่งแล้วกลับบ้านได้ หรือทำเสร็จแล้วกลับบ้านได้เลย

ต้องทราบขอบเขตของงานผ่าตัดว่าจะทำอะไรบ้าง อย่างไร ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ หรือวัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ นอกเหนือจากงานปกติหรือไม่ และประมาณเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อให้ทีมวิสัญญีแพทย์และทีมพยาบาลช่วยผ่าตัดเตรียมการได้ถูกต้อง

ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการปรึกษาหรือขอความร่วมมือจากแพทย์หรือทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ในการผ่าตัดแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติต้องปรึกษากับทันตแพทย์จัดฟัน ในรายที่ต้องตัดเนื้ออกและขากรรไกรบางส่วนออกไป ทำให้เกิดความผิดปกติของใบหน้า ควรปรึกษาทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการทำ maxillofacial prosthesis และวางแผนร่วมกันในการให้การรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุด

ผู้ป่วยที่มีโรคบางอย่างอาจต้องได้รับยาก่อนการผ่าตัดหรือหยุดยาบางอย่างเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเอง เช่น

ผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น atrial septal defect, ventricular septal defect, patent ductus arteriosus และ tetralogy of Fallot หรือผู้ป่วย rheumatic heart disease ผู้ป่วยเหล่านี้ควรให้ยาต้านจุลชีพป้องกันเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบถึงเฉียบพลันจากแบคทีเรีย (subacute bacterial endocarditis) (ตารางที่ 3)

ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยากันเลือดแข็งตัว ควรซักประวัติการใช้ยาให้ดีต้องตรวจเลือดดูค่า PT และ bleeding time และต้องปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษาร่วมด้วย

ตารางที่ 3 ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันมิให้เชื้อบวมหัวใจอักเสบ และการอักเสบติดเชื้อ
ที่ลิ้นหัวใจเทียมในการให้การรักษาทางศัลยกรรมช่องปาก

1. ยาากิน	
ยา	ขนาดของยา
ก. Amoxicillin	2.0 กรัมกิน 1 ชั่วโมงก่อนทำ และ 1 กรัม กิน 6 ชั่วโมงหลัง จากกินยาครั้งแรก
ผู้ป่วยที่แพ้ Amoxicillin / Penicillin	
ข. Erythromycin หรือ	Erythromycin ethylsuccinate 800 มก. หรือ erythromycin stearate 1.0 กรัม กิน 2 ชั่วโมงก่อนทำ และ กินขนาดครึ่งหนึ่งของยาที่กินครั้งแรกในอีก 6 ชั่วโมงต่อมา
ค. Clindamycin	300 มก. กิน 1 ชั่วโมงก่อนทำ และ 150 มก. กิน 6 ชั่วโมง หลังจากกินยาครั้งแรก
ในเด็ก จะให้ Amoxicillin 50 มก./กก. Erythromycin 20 มก./กก. Clindamycin 10 มก./กก.	โดยให้ครั้งแรกก่อนผ่าตัด 1 ชั่วโมง และให้ครึ่งหนึ่งของครั้ง แรกอีก 6 ชั่วโมงต่อมา
2. ยาฉีด	
ก. Ampicillin	2.0 กรัม IM / IV 30 นาทีก่อนทำ และ 1.0 กรัม IM / IV หรือให้กิน Amoxicillin 1.5 กรัม 6 ชั่วโมงหลังการฉีด ยาครั้งแรก
ผู้ป่วยที่แพ้ Ampicillin / Amoxicillin / Penicillin	
ข. Clindamycin	300 มก. IV 30 นาที ก่อนทำและ 150 มก. IV / PO 6 ชั่วโมงหลังจากฉีดยาครั้งแรก
ยา	ขนาดของยา
ในเด็ก จะให้ Ampicillin 50 มก./กก. Clindamycin 10 มก./กก. โดยให้ครั้งแรกก่อนทำ 30 นาที และให้ครึ่งหนึ่งของครั้งแรกอีก 6 ชั่วโมง หลังฉีดยาครั้งแรก	

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดโดยการดมยาสลบ จำเป็นต้องให้กระเพาะว่างเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเข้าไปในหลอดลมและปอดในระหว่างการดมยาสลบหรือในระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่หลังการดมยาสลบ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจตามมา หรืออาจเกิดการขาดออกซิเจนเฉียบพลัน (acute hypoxia) ทำให้เสียชีวิตได้

ควรให้ผู้ป่วยงดอาหาร และน้ำดื่มอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด

การโกนขนหรือผมบริเวณที่จะถูกผ่าตัด บางครั้งแพทย์จะสั่งให้โกนขนหรือผมบริเวณที่จะผ่าตัดเตรียมไว้ก่อน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริเวณนั้นได้ง่ายและทำให้การทำความสะดวกทำได้อย่างเต็มที่ด้วย

การให้ยาระงับความรู้สึก ต้องพิจารณาว่าการผ่าตัดชนิดนั้น ๆ ควรได้รับการผ่าตัดภายใต้ยาระงับประสาท การให้ยาระงับประสาท (sedative) หรือภายใต้การดมยาสลบ ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากลักษณะของโรค การลุกลามของโรค ความยากง่ายในการรักษา ความร่วมมือและความพร้อมของผู้ป่วยด้วย

1.2.2 การผ่าตัด Operative procedure

สิ่งที่ควรคำนึงถึงและควรปฏิบัติในการผ่าตัดทั่วไปคือ

จ. Asepsis ภาวะปลอดเชื้อ

ผู้ทำการผ่าตัด พยาบาลและผู้ช่วยทุกคนต้องมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าในช่องปากไม่จัดเป็น surgical clean area แต่เป็นการไม่ถูกต้องถ้าจะนำเชื้อจากภายนอกเข้าไปในแผลในปากของผู้ป่วย การทำให้ปลอดเชื้อเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการผ่าตัดทุกชนิด เพราะจะนำไปสู่ความสำเร็จได้ สิ่งที่ต้องทำให้มีการปลอดเชื้อในการผ่าตัดคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ทั้งหมด
2. ตัวศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดทั้งหมด
3. ห้องผ่าตัดและบริเวณผ่าตัด
4. บาดแผลและบริเวณที่จะถูกผ่าตัด

ข. ผู้ช่วยผ่าตัด (Assistants)

ผู้ช่วยผ่าตัดควรได้รับการฝึกมาอย่างดี และศึกษางานที่จะทำแต่ละครั้งให้ทราบว่าแพทย์จะทำอะไร เมื่อไร อย่างไร เพื่อให้ช่วยงานได้ถูกต้อง รวดเร็ว ได้ผลดี ทั้งนี้ต้องปรึกษากับแพทย์ผู้ผ่าตัดทุกครั้ง

ซ. แสงสว่าง (Light)

แสงสว่างเป็นสิ่งสำคัญมากในการผ่าตัด เพราะผู้ผ่าตัดจะต้องมองเห็นชัดเจนตลอดเวลาทำงาน บางกรณีอาจต้องใช้ head light หรือ fiber optic light ช่วยเสริมด้วย ต้องมีการจัดเตรียมไว้ก่อนการผ่าตัด

ง. เครื่องมือในการผ่าตัดที่ครบถ้วน (Proper instrument)

เครื่องมือที่ต้องใช้ในการผ่าตัดแต่ละครั้ง ควรเตรียมให้ครบถ้วน เพียงพอก่อนการผ่าตัด เพื่อไม่ให้เสียเวลา โดยเฉพาะเครื่องมือพิเศษที่ไม่ได้ใช้เป็นประจำ

จ. การผ่าตัดที่ไม่รุนแรง (Atraumatic surgery)

การผ่าตัดทุกครั้ง ต้องทำด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวัง ไม่รุนแรงหรือกระทบกระเทือนทำให้เนื้อเยื่อเกิดการชอกช้ำเกินความจำเป็น เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เลือดออกมาก ปวด หรือบวมมากหลังผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลผ่าตัดหายช้ากว่าปกติ ฉะนั้นแพทย์ผู้ผ่าตัดและผู้ช่วยควรมีความรู้ดี มีประสบการณ์และทักษะดีด้วย

1.2.3 การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (Postoperative procedure)

ความสำเร็จของการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับ การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดด้วย ในที่นี้จะกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดภายใต้ยาชาเฉพาะที่และกลับบ้านได้เลย

หลังการผ่าตัดทันตแพทย์ควรอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวและการให้ยาอย่างละเอียดและควรให้คำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยด้วย

การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดประกอบด้วย

ก. Medication

ควรอธิบายวิธีใช้ยาบรรเทาปวด ยาต้านจุลชีพและยาอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจชัดเจน อธิบายถึงอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการแพ้ยาให้ผู้ป่วยทราบด้วยเมื่อเกิดอาการแพ้ให้หยุดยา และกลับมาพบแพทย์ด่วน

ข. Home care

- การดูแลแผลผ่าตัด, สุขภาพในช่องปาก
- การทำ physiotherapy เช่น ใช้น้ำแข็ง หรือน้ำอุ่นประคบบริเวณแก้มด้านที่ผ่าตัดหรือการฝึกอ้าปากออกกำลังขากรรไกร เป็นต้น

ค. Diet

ควรแนะนำอาหารที่ผู้ป่วยจะรับประทานได้ และควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มประเภทใด เช่น ในผู้ป่วยที่ขากรรไกรหักต้องเข้าเฝือกขากรรไกรจะต้องใช้อาหารเหลว

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ให้ใช้อาหารอ่อน หรือผู้ป่วยบางประเภทต้องให้อาหารโปรตีนสูง (high protein) เป็นต้น

ง. Follow up

การนัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง มีดังต่อไปนี้

- การนัดเพื่อดูแผลแผลผ่าตัดและอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ควรนัดในวันรุ่งขึ้นหรือภายใน 48 ชั่วโมง
 - นัดเพื่อเปลี่ยนสิ่งตกแต่งแผล (wound dressing) นัดแล้วแต่ความเหมาะสมเช่น 1 วันหลังทำ ทุก 2 วัน
 - นัดตัดไหม 5-7 วันหลังผ่าตัด
 - นัดดูอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามผล
- การนัด follow up ควรกำหนดวัน เวลาที่แน่นอน และผู้ผ่าตัดควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเองทุกครั้ง

2. หลักการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ช่องปาก (Basic principles in oral surgery)

ทันตแพทย์ที่จะปฏิบัติงานด้านศัลยศาสตร์ช่องปากตั้งแต่การถอนฟัน การผ่าตัดเล็ก การผ่าตัดฟัน การผ่าตัดใหญ่ จำเป็นต้องทราบและเข้าใจถึงหลักการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ช่องปากเพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดผลดี ซึ่งจะประกอบด้วย

- 2.1 การทำรอยกรีด (incision)
- 2.2 การเปิดแผ่นเหงือก (flap)
- 2.3 การเย็บแผล (suturing)
- 2.4 การทำแผลและการปิดแผล (dressing)
- 2.5 การระบาย (drainage)

2.1 การทำรอยกรีด (Incision)

การทำรอยกรีดลงบนเนื้อเยื่อเพื่อเปิดแผ่นเหงือกหรือแผ่นเนื้อเยื่อให้สามารถเข้าไปถึงรอยโรคที่เกิดขึ้น หรือเข้าไปผ่าตัดเอาฟันหรือรากฟันหรือพยาธิสภาพทั้งหลายออกมาได้ เครื่องมือที่ใช้ทำ incision มีดังนี้

- ก. ด้ามมีด (blade holder) งานศัลยกรรมช่องปาก นิยมใช้ด้ามมีดหมายเลข 3 และหมายเลข 4 (รูปที่ 6)

- ข. ใบมีด (blade) (รูปที่ 7) ใบมีดที่ใช้บ่อย ๆ มีขนาดและรูปร่างต่าง ๆ กันดังนี้
- หมายเลข 10 มีขนาดใหญ่ ใช้กับแผลผ่าตัดใหญ่ทั่ว ๆ ไป ทางทันตกรรมไม่นิยมใช้
 - หมายเลข 11 มีปลายแหลม ใช้เจาะ หรือผ่าฝี
 - หมายเลข 12 ปลายมีลักษณะโค้ง และคมมีดอยู่ด้านเว้า เหมาะสำหรับใช้บริเวณ tuberosity หรือใช้ในการทำศัลยกรรมปริทันต์
 - หมายเลข 15 ส่วนที่คมมีขนาดเล็ก ใช้กับแผลขนาดเล็ก และงานประณีต เหมาะสำหรับการผ่าตัดในช่องปาก

การใส่ใบมีด ควรใส่ให้ถูกทาง และไม่ควรใช้มือจับใบมีด ให้ใช้คีมจับเข็มเย็บ (needle holder) จับสันมีดทางด้านไม่มีคม และผลัดคันใบมีดให้เข้าร่องกับด้ามมีด (รูปที่ 8)

การถอดใบมีด หลังจากใช้งานแล้ว ต้องถอดใบมีดออก โดยใช้คีมจับเข็มเย็บจับสันมีดด้านไม่มีคม ใช้นิ้วมือของอีกด้านหนึ่งกระดกท้ายของใบมีดขึ้น ออกแรงดึงคีมจับเข็มเย็บเพื่อดึงใบมีดออก ไม่ควรใช้มือดึงใบมีดออก เพราะจะทำให้บาดเจ็บนิ้วมือได้ (รูปที่ 9)

การจับด้ามมีด : การจับด้ามมีด มี 2 วิธีคือ

1. จับแบบปากกา (pen grasp method) (รูปที่ 10) ใช้ในการทำรอยกรีดช่วงสั้น ๆ งานที่ต้องทำอย่างประณีต เช่น การผ่าตัดในช่องปาก
2. จับแบบมีดกินอาหาร (table knife grasp method) (รูปที่ 11) ใช้ในการทำรอยกรีดยาว ๆ เช่น บริเวณผิวหนังหน้าท้อง สะโพก แขน ขา เป็นต้น



รูปที่ 6 ด้ามมีด (blade holder) No.3



รูปที่ 7 ใบมีดเบอร์ 11, 12 และ 15



รูปที่ 8 การใส่ใบมีด



รูปที่ 9 การถอดใบมีด



รูปที่ 10 การจับด้ามมีดแบบปากกา (pen grasp method)



รูปที่ 11 การจับด้ามมีดแบบกินอาหาร (table knife grasp method)

หลักในการทำรอยกรีด : หลักในการทำรอยกรีดทั่ว ๆ ไป มีดังต่อไปนี้

1. ใบมีดต้องคมเสมอ
2. ควรจับด้ามมีดให้มั่นคง แต่ไม่แน่นจนเกินไป ไม่เกร็ง หรือสั่น เพราะจะทำให้รอยกรีดไม่สม่ำเสมอได้
3. ควรตรึงเนื้อเยื่อที่จะทำรอยกรีดให้ตึงและนิ่งอยู่กับที่
4. ลงรอยกรีดด้วยแรงตัดที่สม่ำเสมอ โดยมีจุดรับน้ำหนัก (fulcrum point) ทุกครั้ง
5. ในการทำรอยกรีดเพื่อต้องการแผ่นเหงือก เยื่อเมือก ติดกับเยื่อหุ้มกระดูก (mucoperiosteum flap) ต้องลงรอยกรีดให้ลึกลงไปถึงกระดูกเพื่อตัดให้เยื่อหุ้มกระดูกขาดด้วย และทำให้การเปิดแผ่นเหงือกง่าย ไม่ชอกช้ำ ทำให้เลือดออกน้อย
6. ในกรณีเปิดแผ่นเหงือกบริเวณคอฟัน และต้องการลงรอยกรีดแนวตั้ง (vertical incision) ร่วมด้วย ไม่ควรทำที่กึ่งกลางคอฟัน เพราะจะทำให้เหงือกกร่นได้ และไม่ควรตัดผ่านยอดของเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (interdental papilla) เพราะฉีกขาดง่าย และเจ็บยาก
7. ในการทำรอยกรีดบริเวณผิวหนังบนใบหน้า ควรลงตามรอยย่นตามธรรมชาติ (natural wrinkle) บริเวณที่มองเห็นไม่ชัด เช่น ใต้คาง รอยของเส้นผม (hair line) หรือลงตามรอยตึงของผิวหนัง (line of tension) เพื่อหลบรอยแผลเป็นและแผลไม่ตึงรั้ง

2.2 การเปิดแผ่นเหงือก หรือแผ่นเนื้อเยื่อ (flaps)

แผ่นเหงือก คือ ส่วนของเนื้อเยื่อที่ถูกยกเปิดออกจากกระดูก หรือเนื้อเยื่อข้างใต้ โดยมีชั้นส่วนหนึ่งยังคงติดกับเนื้อเยื่อเดิม การผ่าตัดในช่องปากส่วนใหญ่ แบ่ง flaps เป็น 2 ชนิดคือ เนื้อเยื่อ – เยื่อหุ้มกระดูก (mucoperiosteal flap) หรือเรียกว่า full thickness flap และแผ่นเหงือกที่ไม่มีเยื่อหุ้มกระดูก (mucosal flap) หรือเรียกว่า partial thickness flap

หลักการทั่ว ๆ ไปของการเปิดแผ่นเหงือก

1. ฐานของแผ่นเหงือกต้องกว้างกว่าส่วนยอด เพื่อให้มีเลือดมาเลี้ยงเพียงพอ
2. เมื่อเปิดแผ่นเหงือกต้องมีบริเวณการผ่าตัดกว้างพอ เข้าผ่าตัดได้สะดวก ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง และเครื่องดึงแผ่นเหงือก (retractor) ควรวางบนกระดูกไม่วางบนแผ่นเหงือก
3. ก่อนปิดแผลควรห้ามเลือดก่อน ทั้งเลือดที่ออกจากกระดูกและจากเนื้อเยื่อ

4. เมื่อทำการเย็บปิดแผ่นเหงือกกลับเข้าไปที่เดิม รอยเย็บควรวางบนกระดูกที่ไม่มีรอยโรค (sound bone) และแผ่นเหงือกจะต้องไม่ตึงรั้งมาก ซึ่งจะทำให้แผลหายเร็วและไม่ปวด

2.3 การเย็บแผล (Suturing)

การเย็บแผลเป็นการยึดขอบของแผ่นเหงือกให้เข้ามาชิดกัน หรืออยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ และควรให้แผลอยู่เนิ่งกับที่เป็นเวลานานพอที่แผลจะหายได้

เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเย็บแผล ได้แก่ (รูปที่ 12)

1. คีมจับเข็ม (needle holder)
2. เข็ม (needle)
3. วัสดุเย็บแผล (suture material)
4. คีมจับเนื้อเยื่อ (tissue forcep)
5. ขอเกี่ยวผิวหนัง (skin hook) ใช้ในการเย็บผิวหนัง



รูปที่ 12 เครื่องมือในการเย็บแผล ได้แก่ คีมจับเข็ม, คีมจับเนื้อเยื่อ, กรรไกรตัดไหม, เข็มเย็บ และไหมเย็บแผล

หลักการทั่วไปในการเย็บแผล : การเย็บแผลมีหลักการทั่ว ๆ ไป ดังนี้

1. ต้องห้ามเลือดให้หยุดก่อน ถ้าแผลฉีกขาด หรือขอบแผลรุ่มรั้งให้ตกแต่งก่อน ถ้าแผลสกปรก ต้องชำระล้างแผลให้สะอาดก่อนด้วยน้ำเกลือล้างแผล
2. การใช้เข็มตักแผ่นเหงือกจะตักตั้งฉากกับเนื้อเยื่อโดยเย็บจากด้านที่ขยับได้ (movable tissue) ไปหาด้านที่ไม่ขยับ (fixed tissue) และตักให้ห่างขอบแผลประมาณ 3-5 มิลลิเมตร
3. การจับแผ่นเหงือกให้อยู่เนิ่งในขณะที่เย็บให้ใช้คีมจับเนื้อเยื่อ (tissue forcep) จับเนื้อเยื่อลึกเข้าไปจากขอบแผล ไม่จับชิดขอบแผล เพราะจะทำให้ขอบแผลชอกช้ำได้
4. การเย็บแต่ละฝีเข็มควรห่างกันประมาณ 5 มิลลิเมตร ถ้าแผลยาวมากควรเย็บบริเวณกึ่งกลางก่อน จากนั้นเย็บตรงกลางของส่วนที่เหลือไปเรื่อย ๆ
5. การผูกปม ควรแน่นพอดี ให้ขอบแผลเข้ามาชิดกันมากที่สุด แต่ไม่เกยกันเพราะทำให้แผลหายช้าได้ และไม่แน่นจนเกินไป เพราะจะทำให้เลือดมาเลี้ยงได้น้อย ปมไม่ควรอยู่บนขอบแผลหรือด้านลิ้น หรือเพดาน แต่ควรอยู่ด้านข้างแก้ม หรือด้านหน้า

2.4 การทำแผลและการปิดแผล (Dressing)

การทำแผลและการปิดแผล มีทั้งในช่องปากและบาดแผลนอกช่องปาก โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. ใช้กดทับให้เลือดหยุดไหลเร็วขึ้น
2. ช่วยให้บริเวณแผลปลอดภัยจากการติดเชื้อภายนอก โดยปกป้องบาดแผลไม่ให้กระทบกระเทือน และช่วยรองรับเลือด หนอง หรือสิ่งไหลออก (discharge) ที่ซึมออกมา
3. ใช้เป็นเครื่องนํายาเข้าสู่แผล
4. ช่วยพยุงปากแผลไม่ให้แยกออกจากกัน หรือบางชนิดใช้กันปากแผลไม่ให้ปิดเร็วจนเกินไป

สิ่งตกแต่งแผล (dressing) มีหลายชนิด ชนิดที่ใช้ในปากได้แก่ ผ้าก๊อช (dressing gauze), เทปชนิดยึดติด (adhesive tape) ผ้าพันแผลชนิดมีแรงกด และยืดหยุ่น (elastic bandage)

ผ้าก๊อช (dressing gauze) ที่ใช้นอกปาก (รูปที่ 13) ขนาดที่นิยมใช้คือ 5 x 5 ซม. หรือ 10 x 10 ซม. แล้วแต่ขนาดของแผล จำนวนชั้นที่ใช้ปิดทับบาดแผลขึ้นกับวัตถุประสงค์ และลักษณะของบาดแผล เช่น ถ้าต้องการใช้ปิดแผลที่สะอาด ไม่มีการซึมของเลือดมาก อาจใช้ชั้นเดียว หรือสองชั้น ถ้าต้องการให้มีการซับระบายพวกเลือดหนอง ต้องใช้ผ้าซับจำนวนมากขึ้นให้เพียงพอกับการซับ

ผ้าก๊อช (dressing gauze) ที่ใช้ในปาก ขนาดประมาณ 2 x 4 ซม. ใช้กดทับบนแผลถอนฟัน ทำให้เลือดหยุดไหลเร็วขึ้น

gauze strip (รูปที่ 14) กว้างขนาดประมาณ 1 ซม. ความยาวแล้วแต่จะใช้ อาจชุบด้วยยา หรือยากันการติดเชื้อ (antiseptic) เช่น vasaline, clove oil, iodoform ใช้เป็นเครื่องนํายาเข้าสู่แผล

ผ้าพันแผลชนิดมีแรงกดและยืดหยุ่น (elastic bandage) ใช้ลดอาการบวมป้องกันการแยกของแผลผ่าตัด แต่ไม่ใช้เมื่อมีการบวมอยู่ก่อนแล้วเพราะจะทำให้บวมมากขึ้น

เทปชนิดยึดติด (adhesive tape) เป็นวัสดุที่ยึดติดกับเนื้อเยื่อได้ เพราะมีสารยึดติด (adhesive) อยู่ที่ด้านหนึ่งของวัสดุ ใช้เมื่อบาดแผลถูกเย็บปิดด้วยวัสดุเย็บแผลแล้ว ไม่มีของเหลวซึมผ่านออกจากบาดแผล และเป็นบาดแผลที่ไม่ใหญ่ หรือเป็นบาดแผลที่เย็บตามปกติได้ 2-3 วัน แล้วเปลี่ยนมาเป็นเทปแทน เพราะเทปสามารถยึดปากแผลให้เข้ามาชิดกัน ทำให้แผลมีความระคายเคืองน้อยลง และบาดแผลจะสวยกว่า

transparent dressing เป็นวัสดุพวกใช้พันบริเวณบาดแผลที่เย็บเสร็จแล้ว แผลถลอกที่ไม่ใหญ่ บาดแผลตื้น ๆ ที่ต้องการแรงกด dressing ชนิดนี้เป็นวัสดุโปร่งแสง ออกซิเจนซึมผ่านได้ แต่ของเหลวและแบคทีเรียผ่านไม่ได้ (รูปที่ 15) เนื่องจากเป็นวัสดุโปร่งแสงทำให้เห็นการหาย

ของแผลได้ดี สามารถทนต่อความชื้นได้ 5-7 วัน มีข้อควรระวังคือไม่สามารถนำไปใช้แทนการเย็บได้

นอกจากนี้ยังมีวัสดุที่ผสมยาใช้ปิดแผลผ่าตัดบริเวณเหงือก และคอฟันได้แก่ periodontal dressing ช่วยปกป้องแผลผ่าตัด ทำให้หายได้ดีขึ้น



รูปที่ 13 ผ้าก๊อชขนาดเล็กใช้ในปาก
ขนาดใหญ่ใช้ปิดแผลนอกปาก



รูปที่ 14 ผ้าก๊อชยาวขนาดเล็ก
(gauze strip)



รูปที่ 15 วัสดุปิดแผลชนิดโปร่งใส (transparent dressing)

2.5 การระบาย (Drainage)

การระบาย คือ การปล่อยให้ของเหลวพวกหนอง น้ำเหลือง หรือของเหลวพวกโปรตีน (exudate) ที่ตกค้างอยู่ในแผล ไหล หรือซึมออกมาได้ ซึ่งจะช่วยให้มีการหายของโรคหรือของแผลเร็วขึ้น นอกจากนี้จะใช้ในรายที่ติดเชื้อ หรือบวมแล้วยังใช้สำหรับระบายหลังการผ่าตัดโดยมีหลักเกณฑ์คือ

1. เป็นแผลผ่าตัดกว้างและลึก
2. ไม่สามารถห้ามเลือดได้หมด หรือคาดว่าจะมีเลือดออกอีกหลังจากเย็บแผล
3. แผลมีโพรงใหญ่ไม่สามารถทำความสะอาดได้หมดหรือบริเวณนั้นมีการติดเชื้ออยู่ ถ้าไม่ใส่ทางระบายจะทำให้แผลด้านบนปิดเร็วเกินไป ยังอาจมีเชื้อโรค หรือ exudate ตกค้างอยู่มาก ทำให้ติดเชื้อขึ้นมาใหม่ได้

ชนิดของทางระบาย (Drain) มีหลายประเภทดังนี้

1. Gauze drain คือ ผ้าก๊อชธรรมดาที่ตัดเป็นชิ้นยาว พับชายไว้ข้างในทั้ง 2 ข้างเพื่อไม่ให้ลู่ยหรือตกค้างในแผล ม้วนและทำให้ปราศจากเชื้อ เตรียมไว้ใช้งานได้ gauze drain ใช้ระบายของเหลวใส ในช่องปากที่มีไม่มากนัก ควรเปลี่ยนทุกวัน มิฉะนั้นจะไม่ช่วยระบาย (รูปที่ 16)
2. Penrose drain เป็นท่อยางยาวนุ่ม ใช้ได้ดีทั้งในและนอกช่องปาก แต่นิยมใช้ในช่องปากมากกว่า ระบายได้ดี ทิ้งไว้ได้ 2-3 วัน จะต้องเปลี่ยนและล้างแผล (รูปที่ 16)

3. Rubber tissue ใช้ถุงมือยาง หรือแผ่น rubber dam ตัดความกว้างยาวให้พอเหมาะ ใช้แทน penrose drain ได้ (รูปที่ 17)
4. Rubber tube drain เป็นท่อขนาดเล็ก ๆ มีความแข็งและคงตัวอยู่ได้ดีกว่า penrose drain ใช้ระบายเลือด น้ำเหลืองที่มีปริมาณมาก โดยเฉพาะบริเวณนอกช่องปากเหมาะกับโพรงลึกกว้าง แต่มักทำให้เกิดช่องถาวร (permanent tract) ได้ ถ้าทิ้งท่อระบายไว้นานเกินไป (รูปที่ 16)
5. Suction drain เป็นท่อที่ยืดหยุ่นซึ่งหนึ่งเข้ากับขวดสุญญากาศ ที่ถูกทำให้ปราศจากเชื้อโรคแล้ว การระบายจะเกิดได้ดีขึ้น เพราะแรงดูดจากระดับความดันอากาศที่ต่างกัน นิยมใช้ในปากแผลหลังการผ่าตัดทันที โดยเย็บปลายท่อระบายที่เจาะรูเล็ก ๆ ไว้และสอดเข้าไปไปในแผลผ่าตัด ให้แนบสนิทกับเนื้อเยื่อมากที่สุด ไม่ให้อากาศผ่านเข้าไปภายในได้เลย ไม่ควรทิ้ง suction drain ไว้นานกว่า 24-48 ชั่วโมง เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อย้อนกลับได้ และแรงของการดูดไม่เพียงพอแล้วด้วย (รูปที่ 18)



รูปที่ 16 penrose drain และ rubber tube drain



รูปที่ 17 rubber tissue



รูปที่ 18 suction drain

References

1. Laskin, D.M. : Oral and Maxillofacial Surgery : The biomedical and clinical basis for surgical practice. The C.V. Mosby Co. St.Louis, 1979, pp. 255-291.
2. Kruger G.O. Textbook of Oral and maxillofacial surgery. 5ed. The C.V. Mosby Co. St.Louis 1979, pp.1-35.
3. Waite, D.E. : Textbook of practical oral surgery. Lea & Febiger, Philadelphia, 1972.
4. มนต์ โรจนวรรณการ (และคนอื่น ๆ) หลักการศัลยศาสตร์ช่องปาก HUA – NUM Printing & Stationery Co., LTD. กรุงเทพฯ. 2537 หน้า 1-34.