

บทความวิจัยเรื่อง

ผลของการใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด ต่อการลดอุบัติการณ์ การเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบในคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลคลองหาด

The effect of using patient management protocol in dental extraction and impacted teeth surgical removal for decreasing the incidence of Dry socket at dental department of Khlonghat hospital

1. ผู้เขียน ทันตแพทย์พิรุฬห์วัฒน์ รุ่งนภาไพศาล กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลคลองหาด เบอร์ติดต่อ 037-445-098 ต่อ104

2. บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยจากงานประจำสู่งานวิจัย มีรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบหลังการใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการถอนฟันแท้หรือผ่าตัดฟันคุดที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลคลองหาด จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น โรคประจำตัว ยาที่ได้รับประทาน การรับประทานยาคุมกำเนิด ช่วงมีประจำเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนครั้งการแปรงฟันต่อวัน ประวัติการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบในอดีต และแบบประเมินภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน 2563 วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่าการใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ จากผลการศึกษาที่สามารถนำแนวทางดังกล่าวไปใช้จริงในผู้ป่วยที่มีมาถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ ลดความเจ็บปวดจากภาวะดังกล่าวและสามารถดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. หลักการและเหตุผล

ภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ (Dry socket, Alveolar osteitis, Fibrinolytic alveolitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้บ่อยหลังจากการถอนฟันและการผ่าตัดฟันคุด^[1] ภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบเป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังจากการทำหัตถการ ทั้งในและบริเวณรอบ ๆ ตำแหน่งแผลถอนฟัน โดยอาการปวดจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเวลาใดก็ได้ มักเกิดขึ้นระหว่างวันที่ 3-7 วันหลังจากการถอนฟัน ซึ่งเกิดมาจากการไม่เชื่อมกันบางส่วนหรือการไม่เชื่อมกันทั้งหมดของลิ่มเลือดในกระดูกเบ้าฟัน อาจมีเศษเนื้อเยื่อตายสีเหลืองปนเทาปกคลุมบาง ๆ มักไม่พบหนอง แต่อาจพบต่อมน้ำเหลืองโตหรือการมีกลิ่นปากร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้^[2-5] ภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดอย่างรุนแรง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง พักผ่อนน้อยลง และต้องกลับมาบำบัดรักษา ติดตามอาการหลายครั้ง และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก^[6] จากการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบหลังการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดในคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลคลองหาดย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562 พบอุบัติการณ์ 20 ราย แบ่งตามปีงบประมาณเป็น 4 ราย 9 ราย และ 7 รายตามลำดับ แบ่งตามเพศ พบเพศชาย 5 ราย เพศหญิง 15 ราย พบในช่วงอายุ ตั้งแต่ 18 – 75 ปี อายุเฉลี่ย 40.3 ปี เกิดจากหัตถการจากการถอนฟันแท้ 7 ครั้ง ถอนฟันแท้ที่ยากร่วมกับมีการแคะราก 8 ครั้ง และผ่าตัดฟันคุด 5 ครั้ง ตำแหน่งที่เกิด เกิดในขากรรไกรล่าง 12 ราย ขากรรไกรบน 8 ราย มักเกิดในตำแหน่งซี่ฟันกรามซี่สามมากถึง 7 ราย และทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาบำบัดรักษาอาการปวดจากภาวะแทรกซ้อนนี้ตั้งแต่ 1 – 4 ครั้ง จนอาการปวดทุเลาลง

การมารับบริการของผู้ป่วยที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลคลองหาดที่ผ่านมา มีเพียงขั้นตอนการจัดการหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเท่านั้น ได้แก่ การตรวจสอบแผล ถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจสอบการหลงเหลือของรากฟันหรือเศษกระดูก ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ ใช้วัสดุปิดแผลที่ช่วยยับยั้งการปวด จ่ายยาบรรเทาอาการปวด และนัดกลับมาติดตามอาการปวดจนกว่าอาการจะบรรเทา^[7] อย่างไรก็ตามทางคลินิกทันตกรรมยังขาดการประเมินระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ เช่น การซักประวัติของข้อมูลต่าง ๆ และการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบได้ เช่น ประวัติการรับประทานยาคุมกำเนิด ปริมาณของการสูบบุหรี่ สภาวะการอักเสบของฟันก่อนได้รับการรักษา เป็นต้น เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง รูปแบบการดำเนินการรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่จำเพาะกับบุคคล และขาดการพัฒนาแนวทางการจัดการที่เป็นสามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการถอนฟันหรือผ่าตัดฟันคุดได้อย่าง

ครอบคลุม ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดจึงจำเป็นสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลคลองหาด

ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมจึงจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายก่อนทำหัตถการร่วมกับการดำเนินการป้องกันเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่ใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดตั้งแต่การซักประวัติ การประเมินระดับ ความเสี่ยงในการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการป้องกันภาวะดังกล่าวในแต่ละบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการทำหัตถการ และการติดตามอาการในผู้ป่วย รวมถึงการบำบัดรักษาในรายที่เกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบอย่างครอบคลุม จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด และศึกษาการใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ หาแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ ในการประเมินระดับความเสี่ยง การป้องกันและลดการเกิดภาวะดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง อีกทั้งเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดจำนวนครั้งของผู้ป่วยในการกลับมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและญาติในการมารับบริการ

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ หลังการใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดในคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลคลองหาด

5. วิธีวิทยา (แนวคิดเชิงทฤษฎี)

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูก เบ้าฟันอักเสบ แตกต่างจากกลุ่มที่ใช้แนวทางเดิม

6. วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยจากงานประจำสู่งานวิจัย มีรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 02/2563

- **กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ที่เข้ารับบริการถอนฟันแท้หรือผ่าตัดฟันคุดที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลคลองหาด ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2563 ทั้งหมด 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้แนวทางใหม่) จำนวน 50 คน และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ใช้แนวทางเดิม) จำนวน 50 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างเชิงทดลองจากโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 จัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Randomization)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (inclusion criteria) ได้แก่ 1.) คนไทยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี 2.) ไม่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ไม่เป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 4 ขึ้นไป 3.) ไม่อยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ฉายรังสีรักษา หรือได้รับยาเคมีบำบัด 4.) ไม่รับประทานยาในกลุ่มสเตียรอยด์ ยาต้านเกล็ดเลือด หรือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด 5.) ได้รับการวินิจฉัยจากทันตแพทย์ว่าต้องได้รับการถอนฟันแท้หรือผ่าตัดฟันคุด 6.) ซี่ฟันที่ต้องได้รับการทำหัตถการจะต้องไม่ได้รับการถอนฟันหรือผ่าตัดฟันคุดจากสถานบริการอื่น

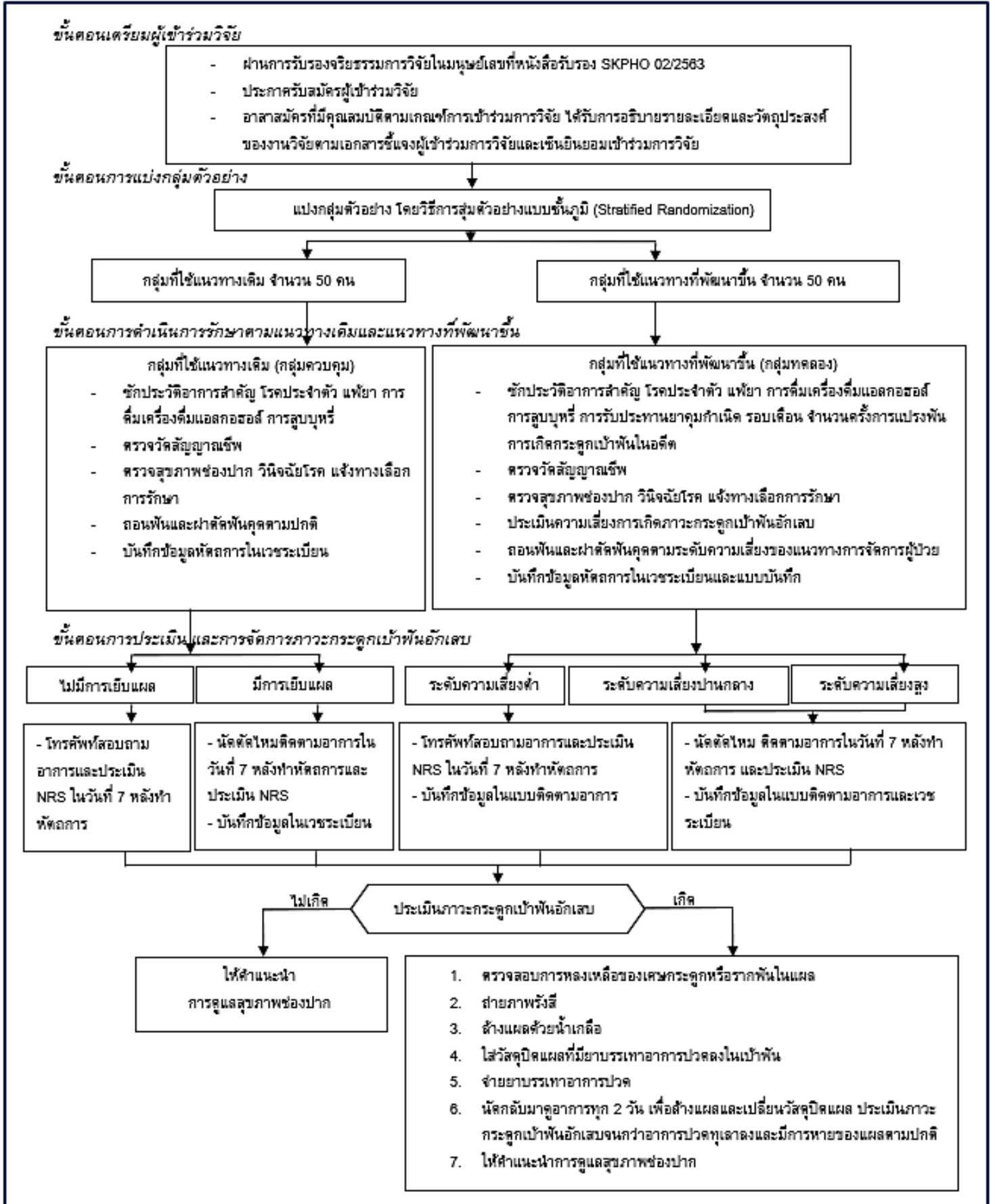
เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1.) ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหลังการถอนฟันหรือผ่าตัดฟันคุด 2.) หลังจากได้รับการถอนฟันหรือผ่าตัดฟันคุดแล้วไปติดตามอาการที่สถานบริการอื่น

- **เครื่องมือในการวิจัย** คือ แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ก.) การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจากการซักประวัติ

ข.) การประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบที่มาจากการศึกษาก่อนหน้าซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อไปกับการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ ได้แก่ เพศ การรับประทานยาคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ ชากรรไกรที่ทำหัตถการ สภาพซี่ฟันและตำแหน่งใกล้เคียงก่อนทำหัตถการ อนามัยช่องปาก ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ทำหัตถการและระดับความยากของหัตถการ [3-4, 6-7, 13, 15-32]

- ค.) แนวทางในการจัดการผู้ป่วยตามความเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกเป่าฟันอักเสบซึ่งประยุกต์มาจากแนวทางการป้องกันของ National Clinical Guidelines ของ The royal college of surgeon of England ในปี 1997 ^[12]
- ง.) แบบบันทึกข้อมูลในวันทำหัตถการ
- จ.) แบบติดตามอาการผู้ป่วย ประเมินภาวะกระดูกเป่าฟันอักเสบตามเกณฑ์การประเมินภาวะกระดูกเป่าฟันอักเสบของ Birn ปี 1973^[2] และนำบัตรรักษาผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะกระดูกเป่าฟันอักเสบ โดยดำเนินการ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัย

นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติด้วยการพรรณนาข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยอุบัติการณ์การเกิดโรค (Incidence) ของกลุ่มแนวทางเดิมและแนวทางที่พัฒนาขึ้น แปลผลข้อมูลด้วยค่าการเสี่ยง (Relative risk; RR) เปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบของทั้งสองกลุ่มด้วย Chi-square test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale; NRS) ของกลุ่มแนวทางเดิมและแนวทางที่พัฒนาขึ้นด้วย t -test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.38 ± 19.85 อายุอยู่ในช่วงมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 48 วินิจฉัยโรคเป็นโพรงประสาทฟันอักเสบ (Pulpal conditions) ร้อยละ 39 ซี่ฟันที่ทำให้ตกการคือ ฟันกรามซี่ที่สาม ร้อยละ 41 หักตกการที่ให้การรักษาส่วนใหญ่คือ การถอนฟัน ร้อยละ 64 ขากรรไกรที่ทำให้ตกการคือ ขากรรไกรล่าง ร้อยละ 55 จำนวนครั้งที่แปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 86 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83 และไม่เคยมีประวัติการเกิดภาวะกระดูกเบ้าฟันอักเสบ ร้อยละ 97 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ทั้งหมด (N=100)	กลุ่มควบคุม (N= 50)	กลุ่มทดลอง (N=50)	ตัวแปร	ทั้งหมด (N=100)	กลุ่มควบคุม (N= 50)	กลุ่มทดลอง (N=50)
เพศ (คน (%))				ขากรรไกรที่ทำให้ตกการ (ครั้ง (%))			
ชาย	42 (42)	21 (42)	21 (42)	ขากรรไกรบน	45 (45)	23 (46)	22 (44)
หญิง	58 (58)	29 (58)	29 (58)	ขากรรไกรล่าง	55 (55)	27 (54)	28 (56)
อายุ (ปี), MEAN \pm SD	40.38 ± 19.85	41.80 ± 18.24	40.18 ± 18.78	จำนวนครั้งที่แปรงฟัน/วัน (ครั้ง (%))			
<20 ปี (คน (%))	14 (14)	7 (14)	7 (14)	1 ครั้งหรือน้อยกว่า	11 (11)	5 (10)	6 (12)
20-40 ปี (คน (%))	38 (38)	18 (36)	20 (40)	2 ครั้ง	86 (86)	43 (86)	43 (86)
>40 ปี (คน (%))	48 (48)	25 (50)	23 (46)	มากกว่า 2 ครั้ง	3 (3)	2 (4)	1 (2)
การวินิจฉัยโรค (คน (%))				สูบบุหรี่ (คน (%))			
PULPAL CONDITION	39 (39)	22 (44)	17 (34)	ไม่สูบ	90 (90)	44 (88)	46 (92)
ABSCESS	1 (1)	1 (2)	0 (0)	สูบน้อยกว่า 5 มวน/วัน	6 (6)	3 (6)	3 (6)
PERIODONTITIS	19 (19)	9 (18)	10 (20)	สูบตั้งแต่ 5 มวน/วันขึ้นไป	4 (4)	3 (6)	1 (2)
NON-FUNCTIONAL TOOTH	4 (4)	1 (2)	3 (6)	ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (คน (%))			
ORTHODONTIC CONDITION	15 (15)	6 (12)	9 (18)	ไม่ดื่ม	83 (83)	41 (82)	42 (84)
IMPACTED TOOTH	22 (22)	11 (22)	11 (22)	ดื่มบ้าง	14 (14)	7 (14)	7 (14)
จำนวนซี่ฟันที่ทำให้ตกการ (ซี่ (%))				ดื่มเป็นประจำ	3 (3)	2 (4)	1 (2)
CENTRAL INCISOR	4 (4)	2 (4)	2 (4)	ประวัติกระดูกเบ้าฟันอักเสบ (คน (%))			
LATERAL INCISOR	4 (4)	0 (0)	4 (8)	ไม่มี	97 (97)	48 (96)	49 (98)
CANINE	5 (5)	3 (6)	2 (4)	มี	3 (3)	2 (4)	1 (2)
FIRST PREMOLAR	14 (14)	4 (8)	10 (20)	ระยะเวลาการหักตกการ (นาที)			
SECOND PREMOLAR	9 (9)	4 (8)	5 (10)	MEAN \pm SD	9.32 ± 11.44	9.20 ± 12.74	9.44 ± 10.09
FIRST MOLAR	10 (10)	9 (18)	1 (2)	ระดับคะแนนความเสี่ยง (คน (%))			
SECOND MOLAR	13 (13)	8 (16)	5 (10)	ต่ำ	N/A	N/A	17 (34)
THIRD MOLAR	41 (41)	20 (40)	21 (42)	ปานกลาง	N/A	N/A	33 (66)
หักตกการ (คน (%))				สูง	N/A	N/A	0 (0)
ถอนฟัน	64 (64)	32 (64)	32 (64)	การมีรอบเดือน (คน (%))			
ถอนฟันที่ยาก แคะราก	14 (14)	7 (14)	7 (14)	ไม่มี	N/A	N/A	27 (93.10)
ผ่าตัดฟันคุด	22 (22)	11 (22)	11 (22)	มี	N/A	N/A	2 (6.90)
				การรับประทานยาคุม (คน (%))			
				ไม่มี	N/A	N/A	21 (72.41)
				มี	N/A	N/A	8 (27.59)
				ประวัติกระดูกเบ้าฟันอักเสบ (คน (%))			
				ไม่มี	97 (97)	48 (96)	49 (98)
				มี	3 (3)	2 (4)	1 (2)

ผลการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ

หลังการใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวที่พัฒนาขึ้น มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนใกล้เคียงกับกลุ่มที่ใช้แนวทางเดิม ค่าการเสี่ยง (Relative risk) มีค่าเท่ากับ 0 และพบว่ากลุ่มแนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ค่าร้อยละ และค่าChi-square ของการเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ

ตัวแปร	กระดูกเบาฟีนอักเสบ		ไม่เกิดกระดูกเบาฟีนอักเสบ		อุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ	ค่าการเสี่ยง (Relative risk)	Pearson Chi-square
	n	%	n	%			
กลุ่มที่ใช้แนวทางการพัฒนาขึ้น	0	0	50	100	0	0	P=0.04
กลุ่มที่ใช้แนวทางเดิม	4	8	46	92	0.08		

พบคะแนนจากมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale; NRS) ของกลุ่มที่ใช้แนวทางการพัฒนาขึ้น น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แนวทางเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยจากมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale; NRS) ในวันที่ 7 หลังทำการหัตถการ

ตัวแปร	คะแนนจาก NRS		t	P
	mean	SD		
	กลุ่มที่ใช้แนวทางการพัฒนาขึ้น	1.56		
กลุ่มที่ใช้แนวทางเดิม	2.74	1.58		

8. อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดอย่างรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน จากการศึกษาผลของการใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด ต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ พบว่า มีการเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบจำนวน 4 ราย จากผู้มารับบริการทั้งหมด 100 ราย โดยทั้งสี่รายที่พบภาวะดังกล่าว จะพบอยู่ในกลุ่มที่ใช้แนวทางเดิม และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบในกลุ่มที่ใช้แนวทางการพัฒนาขึ้น เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีประวัติการเกิดกระดูกเบาฟีนอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maria Taberner-Vallverdú และคณะ^[33] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดกระดูกเบาฟีนอักเสบจะมีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติถึง 11.45 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ความยากของการทำการหัตถการและระยะเวลาในการทำการหัตถการ ส่งผลกระทบต่อกระดูกเบาฟีนอักเสบอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Cardoso CL และคณะ^[4] Alexander RE^[6] Noroozi AR และคณะ^[14] Kolokythas A, และคณะ^[18] ซึ่งกล่าวว่า ความยากของการหัตถการและระยะเวลาจะมีผลต่อการคงอยู่ของลิ้มเลือดหลังการทำการหัตถการ นอกจากนี้การรับประทานยาคุมกำเนิดและการมีรอบเดือน ยังส่งผลกระทบต่อภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ ดังเช่นการศึกษาของ Oginni FO^[7] และ Kolokythas A, และคณะ^[18] ซึ่งกล่าวว่า การมีระดับเอสโตรเจน จะส่งผลกระทบต่อวิธีการเปลี่ยนแปลงพลาสติกโมโนเจนเป็นพลาสติกทางอ้อม (indirect activator) โดยจะเพิ่ม Factor II, VII, VIII, X และส่งผลกระทบต่อเพิ่มการสลายลิ้มเลือดของแผลหลังจากทำการหัตถการ^[3,7,18] ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ผู้ให้บริการควรมีความครอบคลุมในการซักประวัติ มีความระมัดระวังในการทำการหัตถการ และมีการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกระดูกเบาฟีนอักเสบ

แนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบที่ผู้วิจัยนำมาใช้ได้แก่ การบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซีดีนก่อนการทำหัตถการ และการเย็บแผลในผู้ป่วยบางรายตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบลดลง เนื่องจากฤทธิ์ของคลอเฮกซีดีน จะช่วยลดเชื้อบริเวณแผล ทำให้บริเวณแผลไม่มีการสะสมของเชื้อจุลชีพ ส่งผลให้ลดสารพิษที่ผลิตออกมาจากเชื้อจุลชีพ ทำให้ลิ้มเลือดไม่สลายไปก่อนกำหนด ดังเช่นการศึกษาของ Diego HALABI และคณะ^[35] นอกจากนี้การเย็บแผลยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการหายของแผลที่ดียิ่งขึ้น^[36] ดังเช่นการศึกษาของ Svensson R. และคณะ^[37] พบว่าการเย็บแผลจะช่วยในการห้ามเลือด ส่งผลให้เกิดการคงตัวของลิ้มเลือดที่ดีขึ้น จึงแนะนำให้เย็บแผลหลังถอนฟัน ในการทำหัตถการที่ยากและใช้เวลานาน ดังนั้น การใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยนี้ สามารถนำมาพัฒนาและต่อยอดเพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลคลองหาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เชิงนโยบาย

1. ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน ควรมีการนิเทศ ติดตาม ทบทวน และประเมินความเข้าใจของบุคลากรในการจัดการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ติดตามอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับปรุงพัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยให้ทันสมัยอยู่เสมอ
3. บุคลากรผู้ให้บริการสามารถใช้ผลวิจัยนี้ในการกระตุ้น และทำให้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของการเกิดภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบในผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เชิงปฏิบัติ

1. บุคลากรในกลุ่มงานควรนำแนวทางการจัดการผู้ป่วยนี้มาใช้อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบ
2. ควรพัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดดังกล่าวอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) ในการช่วยประเมินและตัดสินใจก่อนให้บริการแก่ผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ในการพัฒนางานครั้งต่อไป อาจนำองค์ความรู้จากงานวิจัยดังกล่าว มาพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน หรือ นำแนวทางดังกล่าวไปปรับปรุงร่วมกับระบบการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในอนาคต เพื่อช่วยให้ง่ายต่อการใช้งานยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัย

การใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยในการถอนฟันและผ่าตัดฟันคุดที่พัฒนาขึ้นมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบ และลดระดับความเจ็บปวดหลังจากถอนฟันและผ่าตัดฟันคุด

9. บรรณานุกรม

1. Guido R. Signon Pierre P. Pourmand Beatrice Mache Bernd Stadlinger Michael C. Locher. The most common complications after wisdom-tooth removal Part 1: A retrospective study of 1,199 cases in the mandible. SWISS DENT J 2014;124:1042-46.
2. Birn H. Etiology and Pathogenesis in fibrinolytic alveolitis (dry socket). Int J Oral Surg 1973; 2:211-63.
3. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. Int J Oral Maxillofac Surg 2002;21:309-17.
4. Cardoso CL, Rodrigues MTV, Junior OF, Garlet GP, Carvalho PSP. Clinical concepts of Dry socket. J Oral Maxillofac Surg 2010;68:1922-32.
5. Kamure M, Munot N. Review on conventional and novel techniques for treatment of alveolar osteitis. Asian J Pharm Clin Res 2013 ;6:13-17.
6. Alexander RE. Dental Extraction Wound Management: A Case Against Medicating Postextraction Sockets. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58:538-51.
7. Oginni FO. Dry Socket: A prospective study of prevalent risk factors in a Nigerian population. J Oral Maxillofac Surg 2008;66:2290-95.
8. Tuner PS. A clinical study of "dry socket." Int J Oral Surg 1982;11:226-31
9. Butler DP, Sweet JB. Effect of lavage on the incidence of localized osteitis in mandibular third molar extraction sites. Oral Surg Oral Med Oral pathol Oral Radiol Endod 1997;44:14-20
10. Trieger N, Schlagel GD. Preventing dry socket: a simple procedure that works. J Am Dent Assoc 1991;122:67-8.
11. Al-Khateeb TL, el-Marsafi AI, Butler NP. The relationship between the indication for the surgical removal of impacted third molars and the incidence of alveolar osteitis. Oral Maxillofac Surg 1991;49:141-5.
12. Bowe DC, Roger S, Stassen LFA. The management of dry socket alveolar osteitis. Journal of the Irish Dental Association 2011;57(6):303-310.
13. Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Romeo-Rutz MM, InfanteCossio P, Garcia-Calderon M, Gutierrez-Perez JL. Update on dry socket: A review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:75-85.
14. Noroozi AR, Philbert RF. Modern concepts in understanding and management of the "dry socket" syndrome: comprehensive review of the literature. OralSurg Oral Med Oral Oathol Oral Radiol Endod 2009;107:30-35.

15. Egauvoen I. Incidence of alveolar osteitis in two Johannesburg hospitals, South Africa 2016.
16. Chandran S, Alaguelrajan M, Karthikeyan A, Ganesan K, Faiz M, Vallabhaneni SK. Incidence of Dry Socket in South Chennai Population: A Retrospective Study. *Journal of International Oral Health*. 2016;8(1):119-22.
17. Kiran S. Naik VG, Khandeparker RVS, Jain H, Berval V. Current Recommendations for Treatment of Dry Socket-A Review. *Journal of Advanced Medical and Dental Science Reseach* 2014;2:108-13.
18. Kolokythas A, Olech E, Miloro M. Alveolar Osteitis: A comprehensive Review of concepts and Controversies. *International Journal of Dentistry* 2010;1:1-10.
19. Parthasarathi K, Smith A, Chandu A. Factors Affecting Incidence of Dry Socket: A Prospective CommunityBased Study. *J Oral maxillofac Surg* 2011;69:1880-84.
20. Kumar V, Chaudhary M, Singh S, Gokkulakrishnan. Post-surgical evaluation of dry socket formation after surgical removal of impacted mandibular third molar--A prospective study. *Open Journal of Stomatology* 2012;2:292-8.
21. Eshghpour M, Nejat AH. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: Incidence and risk factors. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2013;16:496-500.
22. Eshghpour M, Moradi A, Nejat AH. Dry Socket following Tooth Extraction in Iranian Dental Center: Incidence and Risk Factors. *JDMT* 2013;2(3):86-91
23. Al-Belasy FA. The relationship of "shisha" (water pipe) smoking to postextraction dry socket. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2004;62(1):10-4.
24. Halabi D, Escobar J, Munoz C, Uribe S. Logistic regression analysis of risk factors for the development of alveolar osteitis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012 May;70(5):1040-4.
25. Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *Journal (Canadian Dent Ass* 2007;73(4):325-38.
26. Nairn Wilson, Stephen Dun ne. (2018) *Manual of Clinical Procedures in Dentistry. Procedures in oral surgery.* (p.356-358). Hoboken, NJ : Wiley.
27. Kee YL. Overview of Alveolar Osteitis In Dental Surgery. *International Journal of Advanced Research* 2014;2(4):532-537.
28. Diego HALABI, Jose ESCOBAR, Cyntia ALVARADO, Nicolette MARTINEZ, Carlos MUÑOZ. Chlorhexidine for prevention of alveolar osteitis: a randomised clinical trial. *J Appl Oral Sci* 2018;26:1-7.
29. Hita-Iglesias P, Torres-Lagares D, Flores-Ruiz R, Magallanes-Abad N, Bassalote-Gonzalez M, GutierrezPerez JL. Effectiveness of Chlorhexidine Gel Versus Chlorhexidine Rinse in Reducing Alveolar Osteitis in Mandibular Third Molar Surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:441-5.
30. Osunde OD, Adebola RA, Adeoye JB, Bassey GO. Comparative study of the effect of warm saline mouth rinse on complications after dental extractions. *Int J Oral Maxillofac Sur* 2014;43:649-53.
31. Ting Hu, Ji Zhang, Jing zhi Ma, Le nan Shao, Yi fei Gu, Dian qi Li, Liang Jiang, Yun qiang Yang. A novel method in the removal of impacted mandibular third molar: buccal drainage. *SCIENTIFIC REPORT*. 2017;7:1-6.
32. M. Corrigan, B. Avery, J. Brown, J. Carter, P.J. Lamey, P.J. Leopard, J. Lowry, J. McManus, N. Whear, J.K. Williams, S.F. Worrall, J. Lloyd-William. National clinical guideline. Faculty of Dental Surgery of the Royal College of Surgeons of England. 1997; 1-107.
33. Maria Taberner-Vallverdú, Octavi Camps-Font, Cosme Gay-Escoda, Maria-Angeles Sánchez-Garcés. Previous dry socket as a risk factor for alveolar osteitis: A nested case-control study in primary healthcare services. *J Clin Exp Dent*. 2022;14(6):e479-85.
34. Haraji A, Rakhsan V. Chlorhexidine gel and less difficult surgeries might reduce post-operative pain, controlling for dry socket, infection and analgesic consumption: a split mouth controlled randomized clinical trial. *Journal of Oral Rehabilitation* 2014;42:209-219
35. Diego HALABI, Jose ESCOBAR, Cyntia ALVARADO, Nicolette MARTINEZ, Carlos MUÑOZ. Chlorhexidine for prevention of alveolar osteitis: a randomised clinical trial. *J Appl Oral Sci*. 2018; 26: e20170245
36. Rino Burkhardt & Niklaus P. Lang. Influence of suturing on wound healing. *Periodontology* 2000 2015 68(1):270-281
37. Svensson R, Hallmer F, Englesson CS, Svensson PJ, Becktor JP. Treatment with local hemostatic agents and primary closure after tooth extraction in warfarin treated patients. *Swed Dent J*. 2013;37:71-77.