



คู่มือการใช้ยา ทางทันตกรรม อย่างสมเหตุผล

คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Rational Drug Use in Dentistry

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

โดย

คณาจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ถือเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลัก ของนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ คือ “ประชาชนเข้าถึงยาถ้วนหน้า ใช้ยามีเหตุผล ประเทศพึ่งตนเอง” โดยทันตแพทย์ถือเป็นหนึ่งในบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนโยบายดังกล่าวได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการระบบยาและเวชภัณฑ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางทันตกรรม ให้สอดคล้องกับโรคที่พบบ่อยในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางทันตกรรมฉบับนี้ ถือเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารจัดการด้านยา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาในช่องปาก และ ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use hospital)

คณะกรรมการระบบยาขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนิสิต และ ทันตแพทย์ทุกท่าน เพื่อเป็นแนวทางการเลือกจ่ายยาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร

รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามคณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการ

รศ.ทพญ.ดร.สิริรัตน์ สุอำพัน

ภญ.ชลธิศ ปาสาทิกา

คณะทำงาน

ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล	ที่ปรึกษา
รศ.ทพญ.ดร.สิริรัตน์ สุอำพัน	ประธาน
ผศ.ทพญ.ดร.กนกพร พะลิ่ง	กรรมการ
รศ.ทพ.ดร.ชาญวิทย์ ประพินิจำรุธ	กรรมการ
อ.พญ.อินชุตดา สำเภาเงิน	กรรมการ
ผศ.ทพ.นพ.ธิตติพงษ์ พฤกษ์ศรีสกุล	กรรมการ
อ.ทพญ.บุศนา คະบุศย์	กรรมการ
อ.ทพญ.ดร.เบญจมา อิศรางกูร ณ อยุธยา	กรรมการ
ผศ.ทพญ.ดร.ปวีณา จิวิจจรานุกูล	กรรมการ
ผศ.ทพญ.พนมพร วานิชขานนท์	กรรมการ
รศ.ทพญ.ดร.พรพรรณ พิบูลย์รัตนกิจ	กรรมการ
อ.ทพญ.ดร.ภัคสินี กมลรัตนกุล	กรรมการ
ผศ.ทพญ.ภัทรนถน กาญจนบุษย์	กรรมการ
ภญ.รุ่งทิพย์ นราปัญญากุล	กรรมการ
อ.ทพ.นพ.วรภัทร ตราชู	กรรมการ
อ.ทพญ.วิชุดา คงสง	กรรมการ
ผศ.ทพญ.ศานุดม มังกรกาญจน์	กรรมการ
อ.ทพ.ศิริวุฒิ หิรัญอัศว	กรรมการ
อ.ทพญ.ศิริกาญจน์ อรัณยณะนาค	กรรมการ
รศ.ทพญ.สุปราณี วิเชียรเนตร	กรรมการ
อ.ทพญ.อดิษฐ์ มาลากุล ณ อยุธยา	กรรมการ
ภญ.ชลธิศ ปาสาทิกา	เลขานุการ

สารบัญ

คำนำ

รายนามคณะผู้จัดทำ

1. การใช้ยาในงานเวชศาสตร์ช่องปาก.....	1
1.1 แผลรื้อนใน (Recurrent Aphthous Ulcer – RAU)	1
1.2 โลเคินพลาณัสในช่องปาก (Oral Lichen Planus - OLP)	4
1.3 โรคราแคนดิดาช่องปาก (Oral Candidiasis)	7
1.4 โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia)	10
1.5 การปวดเส้นประสาทโทรเจมินัล (Trigeminal Neuralgia)	12
2. การใช้ยาในโรคปริทันต์.....	15
2.1 ฝีปริทันต์ (Periodontal Abscess)	15
2.2 โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง (Aggressive Periodontitis)	18
2.3 โรคเหงือกอักเสบเนื้อตาย (Necrotizing Periodontal Diseases)	24
2.4 โรครอบรากเทียมอักเสบ (Peri-implantitis)	28
3. โรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายราก	32
(Diseases of Pulp and Periapical Tissue)	
3.1 การใช้ยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะสำหรับโรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน	32
3.2 โรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายราก	36
3.2.1 เนื้อเยื่อในอักเสบชนิดผันกลับได้ (Reversible Pulpitis)	36
3.2.2 เนื้อเยื่อในอักเสบชนิดผันกลับไม่ได้ แบบไม่มีอาการ (Asymptomatic Irreversible Pulpitis)	37
3.2.3 เนื้อเยื่อในอักเสบชนิดผันกลับไม่ได้ แบบมีอาการ (Symptomatic Irreversible Pulpitis)	37
3.2.4 เนื้อเยื่อในตาย (Pulp Necrosis).....	38
3.2.5 ฟันที่ผ่านการรักษาคลองรากฟันมาบ้างแล้ว (Previously Initiated Therapy)	38
3.2.6 ฟันที่ผ่านการรักษาคลองรากฟันมาเสร็จสิ้นแล้ว (Previously Treated)	39
3.2.7 การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน แบบไม่มีอาการ (Asymptomatic Apical Periodontitis)	39
3.2.8 การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน แบบมีอาการ (Symptomatic Apical Periodontitis)....	40
3.2.9 หนองปลายรากฟันชนิดเฉียบพลัน (Acute Apical Abscess)	40
3.2.10 หนองปลายรากฟันชนิดเรื้อรัง (Chronic Apical Abscess)	41
3.2.11 กระดูกอักเสบ ชนิดเลี้ยงใยกระดูกหนาแน่น (Condensing Osteitis).....	41

4. การใช้ยาเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการใช้น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ (Sodium Hypochlorite Accident)	43
5. ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเล็ก	48
(Post-Operative Minor Surgery Pain)	
6. การติดเชื้อในช่องปาก (Oral Infection).....	51
6.1 การติดเชื้อในช่องปากสาเหตุจากฟัน (Odontogenic Infection).....	51
6.2 ฝาคลุมเหงือกอักเสบ หรือ การติดเชื้อรอบตัวฟัน (Pericoronitis or Pericoronal Infection).....	58
6.3 โพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบที่มีสาเหตุจากฟัน (Odontogenic Maxillary Sinusitis).....	61
6.4 การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในงาน minor surgery.....	66
6.5 ข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการทางทันตกรรม.....	71
เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อเมือกในหัวใจ	
7. ความวิตกกังวลและความกลัวต่อทันตกรรม.....	75
8. ความผิดปกติบริเวณขมับขากรรไกร.....	77
9. การใช้ยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะสำหรับการบาดเจ็บของฟัน.....	81
9.1 Tooth Fractures and Alveolar Fractures.....	82
9.2 Concussion, Subluxation and Luxation.....	85
9.3 Avulsion.....	89
10. การใช้ยาแก้ปวดทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผล.....	93
11. อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction).....	95
12. รายละเอียดของยา.....	102



1 | การใช้ยาในงานเวชศาสตร์ช่องปาก

1.1 แผลรื้อนใน (Recurrent Aphthous Ulcer – RAU)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K12.0>)

นิยามของโรค

แผลรื้อนในเป็นแผลที่พบได้บ่อยมากในช่องปาก มักจะเกิดซ้ำๆ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่อายุน้อย หรือวัยรุ่น ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรค แต่ปัจจุบันเชื่อว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความเครียด ฮอร์โมน โรคของระบบทางเดินอาหาร ภาวะโลหิตจาง และภาวะการขาดสารอาหาร เช่น ธาตุเหล็ก (iron) โฟเลต (folate) วิตามินบี 12 (vitamin B12) อาจจะเป็นแผลเดี่ยวขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ หรือพบหลาย ๆ แผล ธรรมชาติของโรค แผลจะหายได้เอง

แนวทางการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยแผลรื้อนในได้จากการซักประวัติ อาการ และลักษณะทางคลินิก ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยแยกแผลในช่องปากที่เป็นอาการแสดงของโรคทางระบบ

อาการ ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บปวด รับประทานอาหาร พุด หรือกลืนลำบาก

ลักษณะทางคลินิก แผลรื้อนในแบ่งตามลักษณะทางคลินิกออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. แผลรื้อนในขนาดเล็ก (Minor aphthous ulcer) พบได้บ่อยที่สุด ลักษณะเป็นแผลขนาดเล็ก รูปร่างกลม หรือรี ขนาดแผลจะเล็กกว่า 10 มิลลิเมตร ตรงกลางจะมีเยื่อเทียมสีเหลืองอ่อนปกคลุม ขอบแผลมีการอักเสบแดง มักเกิดบริเวณเยื่อเมือกที่ไม่มีเคอราติน (non-keratinized mucosa) แผลมักจะหายภายใน 10-14 วัน และไม่พบแผลเป็นหลังการหายของแผล

2. แผลรื้อนในขนาดใหญ่ (Major aphthous ulcer) พบได้น้อยกว่าแผลรื้อนในขนาดเล็ก ลักษณะเป็นแผลลักษณะขนาดใหญ่ ขนาดแผลจะใหญ่กว่า 10 มิลลิเมตร มีเนื้อตายที่บริเวณก้นแผล ขอบยกขึ้นซึ่งอาจจะเรียบหรือขรุขระ รอบ ๆ แผลจะพบการบวมและอักเสบร่วมด้วย แผลมักจะหายภายใน 10-40 วัน และมักพบแผลเป็นหลังการหายของแผล

3. แผลชนิดคล้ายเฮอร์ปีส์ (Herpetiform ulcer) พบได้น้อยที่สุด แผลจะมีลักษณะเป็นแผลเล็ก ๆ รูปร่างกลมหรือรีหลายแผลอยู่เป็นกลุ่มคล้ายกับแผลที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเฮอร์ปีส์ ซิมเพล็กซ์ (herpes simplex virus infection) หรืออาจจะรวมกันเป็นแผลขนาดใหญ่ขอบไม่เรียบ แผลมักจะหายภายใน 10-14 วัน



การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (complete blood count) และการตรวจหาปริมาณของธาตุเหล็ก เฟอร์ริติน (ferritin) โฟเลต และวิตามินบี 12 ในเลือด

แนวทางการรักษา

การรักษาแผลร้อนในยังไม่มียาชนิดใดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการ ในปัจจุบันนิยมใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดทาเฉพาะที่ (topical corticosteroids) เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ลดการอักเสบ และทำให้แผลหายเร็วขึ้น

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

แผลร้อนในขนาดเล็ก

ชื่อยา	Triamcinolone acetonide
ขนาด/ความแรง	0.1%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 g tube, in oral paste
วิธีการใช้ยา	ใช้ป้ายบริเวณแผลบาง ๆ วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	10-14 วัน หรือจนกว่าแผลจะหาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

แผลร้อนในขนาดใหญ่ และแผลชนิดคล้ายเฮอริ่ง

ชื่อยา	Fluocinolone acetonide
ขนาด/ความแรง	0.1%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[oral paste] 0.1% in oral paste, 5 g pack [solution] 0.1% in solution, 10 ml bottle
วิธีการใช้ยา	สำหรับรูปแบบ oral paste ใช้ป้ายบริเวณแผลบาง ๆ วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที สำหรับรูปแบบ solution ใช้หยดบนแผล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	10-14 วัน หรือจนกว่าแผลจะหาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง

ชื่อยา	Fluocinolone acetonide + Clotrimazole
ขนาด/ความแรง	0.1% fluocinolone acetonide + 1% clotrimazole
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	oral gel, 5 g pack
วิธีการใช้ยา	ใช้ป้ายบริเวณแผลบาง ๆ วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	10-14 วัน หรือจนกว่าแผลจะหาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Clobetasol propionate
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 g pack, in oral paste
วิธีการใช้ยา	ใช้ป้ายบริเวณแผลบาง ๆ วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	10-14 วัน หรือจนกว่าแผลจะหาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Dexamethasone
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.05% mouthwash solution, 300 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ใช้อมกลั้วในช่องปาก ครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ เป็นเวลาประมาณ 1 นาที แล้วบ้วนทิ้ง วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	10-14 วัน หรือจนกว่าแผลจะหาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

ผู้ป่วยที่มีแผลร้อนในที่กลับมาเป็นซ้ำต่อเนื่อง และมีอาการรุนแรง ควรสืบค้นโรคทางกายของผู้ป่วย เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร ร่วมกับการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด และการตรวจสารอาหารในเลือดด้วย



1.2 ไลเคนพลาเนียในช่องปาก (Oral Lichen Planus – OLP)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/L43>)

นิยามของโรค

เป็นโรคอักเสบเรื้อรังชนิดหนึ่ง พบได้ที่ผิวหนังและ/หรือเยื่อเมือกในช่องปาก สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจุบันเชื่อว่ามี ความเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันและปฏิกิริยาการแพ้ชนิดเซลล์เป็นสื่อ (cell mediated hypersensitivity) โดยพบที-ลิมโฟไซต์ (T-lymphocytes) เป็นจำนวนมากในบริเวณที่เกิดรอยโรค ซึ่งที-ลิมโฟไซต์เหล่านี้จะกลายเป็นชนิดที่เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic cells) และจะทำลายชั้นเบซิลเซลล์ ทำให้เกิดการเสื่อมสลายของเซลล์ในชั้นนี้ ทำให้เกิดลักษณะเฉพาะของรอยโรคไลเคนพลาเนีย

แนวทางการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากได้จากลักษณะทางคลินิก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะทางคลินิก รอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากมีลักษณะทางคลินิกได้หลายรูปแบบ แต่ลักษณะเฉพาะของรอยโรคนี้จะปรากฏเป็นลายเส้นสีขาว ประกอบด้วยตุ่มตัน (papules) เล็ก ๆ เปียดกันจนแน่นกลายเป็นเส้นสีขาวหนาตัวขึ้นมาจากเนื้อเยื่อปกติ เจ็ดดูไม่ออก และอาจปรากฏการอักเสบแดงร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะทางคลินิกในช่องปากกว้าง ๆ ได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดไม่ถลอกสึก (non-erosive) และชนิดถลอกสึก (erosive) ผู้ป่วยมักจะมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการระคายเคือง หรือปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก รับประทานอาหารรสจัดไม่ได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการตัดเนื้อ (biopsy) ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา และ/หรือ วิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนส์ทางตรง (direct immunofluorescence – DIF) เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยโรค

แนวทางการรักษา

การบำบัดรักษาโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากจะเน้นเพื่อควบคุมโรคและบรรเทาอาการเป็นสำคัญ ให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ลดอาการเจ็บปวดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษาให้รอยโรคหายขาดทำได้ยากและยังไม่มียาชนิดใดที่สามารถรักษาโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดทาเฉพาะที่ เป็นยาที่นิยมเลือกใช้ในการรักษาโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากเป็นอันดับแรก เนื่องจากราคาถูก มีประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงน้อย ภายหลังจากติดตามระยะยาว



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

ชื่อยา	Fluocinolone acetonide
ขนาด/ความแรง	0.1%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[oral paste] 0.1% in oral paste, 5 g pack [solution] 0.1% in solution, 10 ml bottle
วิธีการใช้ยา	สำหรับรูปแบบ oral paste ใช้ป้ายบริเวณแผลบาง ๆ วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที สำหรับรูปแบบ solution ใช้หยดบนแผล วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	ภายใต้คำแนะนำของทันตแพทย์ และไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง

ชื่อยา	Fluocinolone acetonide + Clotrimazole
ขนาด/ความแรง	0.1% fluocinolone acetonide + 1% clotrimazole
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	oral gel, 5 g pack
วิธีการใช้ยา	ใช้ป้ายบริเวณแผลบาง ๆ วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	ภายใต้คำแนะนำของทันตแพทย์ และไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Clobetasol propionate
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 g pack, in oral paste
วิธีการใช้ยา	ใช้ป้ายบริเวณแผลบาง ๆ วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	ภายใต้คำแนะนำของทันตแพทย์ และไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Dexamethasone
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.05% mouthwash solution, 300 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ใช้อมกลั้วในช่องปาก ครั้งละ 15 ml (ประมาณ 1 ช้อนโต๊ะ) เป็นเวลาประมาณ 1-2 นาที แล้วบ้วนทิ้ง วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน งดดื่มน้ำ/รับประทานอาหาร/บ้วนปากหลังการใช้ยาเป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	ภายใต้คำแนะนำของทันตแพทย์ และไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

1. ควบคุมอนามัยช่องปากให้อยู่ในสถานะที่ดี (control oral hygiene)
2. หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองที่อาจกระตุ้นทำให้เกิดรอยโรคได้ (avoid precipitating factors)
เช่น ยา อาหาร เป็นต้น
3. ติดตามการรักษาเป็นระยะ ๆ



1.3 โรคราแคนดิดาช่องปาก (Oral Candidiasis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/B37.0>)

นิยามของโรค

เป็นโรคติดเชื้อราในช่องปาก (oral fungal infection) ที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อราสกุลแคนดิดา (*Candida spp.*) จุลชีพในสกุลแคนดิดานั้นมีอยู่มากมายหลายร้อยสายพันธุ์ แต่การติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปากประมาณร้อยละ 70-80 จะเกิดจากการติดเชื้อราแคนดิดาอัลบิแคนส์ (*Candida albicans*) ซึ่งเป็นราแคนดิดาที่พบบ่อยที่สุดในช่องปาก โดยที่โรคราแคนดิดาช่องปากอาจก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด หรือแสบร้อนในช่องปากของผู้ป่วยได้

แนวทางการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคราแคนดิดาช่องปาก จะอาศัยลักษณะที่ปรากฏทางคลินิกพร้อมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะทางคลินิก โรคราแคนดิดาช่องปากอาจแสดงลักษณะทางคลินิกได้หลายรูปแบบ แต่ลักษณะทางคลินิกที่เป็นลักษณะเฉพาะ หรือที่พบบ่อยของโรคนี้ ได้แก่

การติดเชื้อราแคนดิดาแบบเยื่อเทียม (*Pseudomembranous candidiasis*)

พบเป็นคราบสีขาวหรือเหลืองเหมือนคราบน้ำนม (milk curd) บนเยื่อเมือกที่สามารถขูดออกได้ เหลือพื้นข้างใต้เป็นรอยถลอกสีแดง และอาจมีเลือดออกได้

การติดเชื้อราแคนดิดาแบบผื่นแดง (*Erythematous candidiasis*)

พบรอยแดงบนเยื่อเมือกช่องปากโดยเฉพาะที่เพดานปากและลิ้น ถ้าเป็นที่ด้านบนของลิ้น (*dorsum of tongue*) ตุ่มของลิ้นจะหายไปเหลือเป็นรอยเลี่ยนแดง และมักจะมีอาการแสบ

ปากอักเสบเหตุฟันเทียม (*Denture stomatitis*)

พบรอยอักเสบแดงบริเวณใต้ฐานฟันเทียม เช่น เพดานปากและสันเหงือก โดยขอบของรอยแดงนั้นจะสามารถแยกจากเยื่อเมือกบริเวณข้างเคียงที่ปกติได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยมักไม่ค่อยมีอาการนอกจากในบางรายอาจมีอาการแสบร้อน ในระยะแรกอาจพบเป็นบางตำแหน่ง และขยายขอบเขตไปจนคลุมบริเวณใต้ฐานฟันเทียมทั้งหมด โดยอาจพบมีมุมปากอักเสบ (*angular cheilitis*) ร่วมด้วย

มุมปากอักเสบ (*Angular cheilitis*)

พบรอยแดง แตกที่มุมปาก ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีอาการแสบร้อน โดยอาจพบร่วมกับปากอักเสบเหตุฟันเทียม



การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อการวินิจฉัยโรคคราแคนติดาช่องปาก ได้แก่

1. การตรวจเซลล์ที่หลุดลอก (exfoliative cytology)
โดยการย้อมด้วยโพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ความเข้มข้นร้อยละ 10 (10% KOH) การย้อมสีแกรม (Gram stain) หรือการย้อมสี Periodic acid–Schiff (PAS)
2. การเพาะเชื้อรา (fungal culture)

แนวทางการรักษา

การรักษาโรคคราแคนติดาช่องปากจำเป็นจะต้องตรวจหาปัจจัยชักนำ หรือปัจจัยที่ส่งเสริมการติดเชื้อราแคนติดาในช่องปาก และกำจัดหรือควบคุมปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น ร่วมกับการดูแลรักษาสุขอนามัยในช่องปากให้อยู่ในภาวะที่ดีและการใช้ยาต้านเชื้อรา

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

ชื่อยา	Nystatin
ขนาด/ความแรง	100,000 units/ml
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	12 ml bottle, oral suspension
วิธีการใช้ยา	กลั้วปากครั้งละ 1-2 ml นาน 2 นาทีแล้วกลืน วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน (ในกรณีที่ย่อยโรคไม่ได้ยูลีก อาจใช้วิธีบ้วนทิ้งแทนการกลืนเพื่อลดอาการข้างเคียงต่อทางเดินอาหาร)
ระยะเวลาในการใช้ยา	14 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง

ชื่อยา	Clotrimazole
ขนาด/ความแรง	10 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	10 mg troche
วิธีการใช้ยา	อมครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน งดการดื่มน้ำและรับประทานอาหารหลังการใช้ยา เป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	14 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Miconazole nitrate
ขนาด/ความแรง	2% w/w
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	10 g tube, in oral gel
วิธีการใช้ยา	ทาในช่องปากบริเวณที่ติดเชื้อรา หรือใต้ฐานฟันเทียม ทาวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน งดการดื่มน้ำและรับประทานอาหารหลังการใช้ยา เป็นเวลา 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	14 วัน
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

การป้องกันผู้ป่วยปากอักเสบเหตุฟันเทียม

1. แนะนำผู้ป่วยถึงการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียม
2. แนะนำให้ผู้ป่วยถอดฟันเทียมออก วันละ 6-8 ชั่วโมง และไม่ใส่ฟันเทียมนอน
3. การฆ่าเชื้อราที่ฟันเทียมทำได้โดยแนะนำให้ผู้ป่วยแช่ฟันเทียมในสารละลายคลอเฮกซิดีนความเข้มข้นร้อยละ 0.2 (0.2% chlorhexidine solution) หรือโซเดียมไฮโปคลอไรด์เจือจางความเข้มข้นร้อยละ 0.5 (0.5% sodium hypochlorite)



1.4 โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/D50>)

นิยามของโรค

เป็นภาวะโลหิตจางที่เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โรคที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กเข้าสู่ร่างกายลดลง โรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียธาตุเหล็กอย่างรวดเร็ว เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer disease) โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคเนื้องอกของมดลูก เป็นต้น

แนวทางการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเรื้อรัง เป็นระยะเวลาานานอาจไม่มีอาการใด ๆ เลยก็ได้ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการปากแสบร้อน ตรวจพบภาวะซีด ซึ่งพบได้จากการตรวจเยื่อตาส่วนหนึ่งตา เยื่อเมือกช่องปาก หรือผิวหนัง อาจพบลิ้นลี้น (atrophic glossitis) และโรคราแคนดิดาในช่องปาก (oral candidiasis) ร่วมด้วย การยืนยันการวินิจฉัยโรคต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ/จำเพาะสำหรับการวินิจฉัย

1. การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ พบว่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน ปริมาตรเฉลี่ยเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular volume, MCV) ต่ำกว่าปกติ และการกระจายตัวของขนาดเม็ดเลือดแดง (red cell distribution width, RDW) สูงกว่าปกติ
2. การตรวจปริมาณเฟอร์ริตินในซีรัม และการอิ่มตัวของทรานส์เฟอร์ริน (transferrin saturation) ต่ำกว่าปกติ



แนวทางการรักษา

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

ชื่อยา	Ferrous sulfate
ขนาด/ความแรง	300 mg (เทียบเท่าปริมาณธาตุเหล็ก 60 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายในท้องตลาด	300 mg coated tablet *** (ยานี้ไม่มีจำหน่ายในโรงพยาบาลคณะฯ) ***
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 300 mg วันละ 1-3 ครั้ง ขณะท้องว่าง ยกเว้นเมื่อมีอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร จึงให้รับประทานยาหลังอาหาร
ระยะเวลาในการใช้ยา	รับประทานยาต่อเนื่องจนผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ

ชื่อยา	Ferrous fumarate
ขนาด/ความแรง	200 mg (เทียบเท่าปริมาณธาตุเหล็ก 66 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg coated tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 200 mg วันละ 1-3 ครั้ง ขณะท้องว่าง ยกเว้นเมื่อมีอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร จึงให้รับประทานยาหลังอาหาร
ระยะเวลาในการใช้ยา	รับประทานยาต่อเนื่องจนผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

1. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์
2. การสืบค้นหาสาเหตุ และรักษาโรคที่ทำให้เกิดการขาดธาตุเหล็ก



1.5 การปวดเส้นประสาทไตรเจมินัล (Trigeminal Neuralgia)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/G50.0>)

นิยามของโรค

การปวดเส้นประสาทไตรเจมินัล (trigeminal neuralgia) เป็นโรคในกลุ่มของการปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า (orofacial pain) จากพยาธิสภาพของระบบประสาท (neuropathic pain) โดยเกิดกับเส้นประสาทไตรเจมินัล และทำให้เกิดอาการตามบริเวณที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทไตรเจมินัล ซึ่งอาการปวดจะมีลักษณะจำเพาะ คือ ปวดรุนแรง และเฉียบพลัน เป็นครั้ง ๆ ไป โดยรู้สึกคล้ายไฟฟ้าช็อต หรือมีของแหลมทิ่มแทง และการปวดแต่ละครั้ง จะมีระยะเวลาเพียงไม่กี่วินาที ไม่เกินสองนาที โดยผู้ป่วยมักจะเกิดอาการขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เวลาล้างหน้า เคี้ยวอาหาร พุด ลัมผัส หรือ โดนลม

แนวทางการวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยตามอาการ โดยยึดหลักของ The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3) สำหรับ classical trigeminal neuralgia (trigeminal neuralgia developing without apparent cause other than neurovascular compression) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

- A. มีอาการปวดอย่างน้อย 3 ครั้ง บนใบหน้าซีกเดียว และเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ B และ C
- B. มีอาการในบริเวณที่เลี้ยงด้วยแขนงของเส้นประสาทไตรเจมินัลเท่านั้น และไม่มีอาการนอกบริเวณที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทสมองไตรเจมินัล
- C. มีอาการปวดมีลักษณะอย่างน้อยสามในสี่ของลักษณะการปวดดังต่อไปนี้:
 1. ปวดเป็นครั้ง ๆ ไป โดยกลับมาเป็นซ้ำอีก นานเป็นเสี้ยววินาทีแต่ไม่เกิน 2 นาที
 2. ปวดอย่างรุนแรง
 3. ปวดคล้ายไฟฟ้าช็อต หรือมีของแหลมทิ่มแทง
 4. ปวดจากสิ่งกระตุ้นซึ่งปกติไม่ทำให้ปวด
- D. ไม่พบความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกของระบบประสาท
- E. ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยอื่นของ ICHD-3



แนวทางการรักษา

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

ชื่อยา	Carbamazepine
ขนาด/ความแรง	100 – 200 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg immediate release tablet และ 200 mg controlled release tablet (CR tab)
วิธีการใช้ยา	เริ่มรับประทานยา 100 mg (ครึ่งเม็ด) วันละ 1 ครั้ง ค่อยๆ ปรับขนาดยา จนถึงขนาดที่สามารถควบคุมอาการปวด โดยไม่เกิน 1,200 mg ต่อวัน
ระยะเวลาในการใช้ยา	ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อคุมอาการปวดแล้ว จึงพิจารณาค่อยๆ ปรับขนาดยาลดลง
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง

ชื่อยา	Gabapentin
ขนาด/ความแรง	100, 300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	100 mg capsule
วิธีการใช้ยา	เริ่มรับประทานยา 300 mg วันละ 1 ครั้ง ค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดยา ครั้งละ 300 mg ทุก 2-3 วัน จนถึงขนาดที่สามารถควบคุมความปวด โดยไม่เกิน 1,800 mg ต่อวัน
ระยะเวลาในการใช้ยา	ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อคุมอาการปวดแล้ว จึงพิจารณาค่อยๆ ปรับขนาดยาลดลง
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

หากผู้ป่วยแพ้ยา ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยา หรือยาไม่สามารถควบคุมอาการได้เป็นที่น่าพอใจ ควรพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด โดยพบว่าการผ่าตัดที่ให้ผลการรักษาที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อแยกเส้นเลือดที่กดทับออก (microvascular decompression surgery)



เอกสารอ้างอิง

1. Al-Quliti KW. Update on neuropathic pain treatment for trigeminal neuralgia. The pharmacological and surgical options. *Neurosciences (Riyadh)* 2015;20(2):107–114.
2. Backonja M, Glanzman RL. Gabapentin dosing for neuropathic pain: evidence from randomized, placebo-controlled clinical trials. *Clin Ther* 2003; 25(1):81-104.
3. Glick M. *Burket's oral medicine*. 12th edition. Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House USA; 2015.
4. Lopez A, Cacoub P, Macdougall IC, Peyrin-Biroulet L. Iron deficiency anaemia. *Lancet* 2016;387:907-16.
5. Camaschella C. Iron-deficiency anemia. *N Engl J Med* 2015;372:1832-43.
6. กอบกาญจน์ ทองประสม. การรักษาโรคในช่องปากที่พบบ่อย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
7. กอบกาญจน์ ทองประสม. เวชศาสตร์ช่องปากขั้นสูง (Advanced oral medicine). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติและคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาทันตกรรม. คู่มือการจ่ายอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาที่ใช้ทางทันตกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.



2 | การใช้ยาในโรคปริทันต์

2.1 ฝีปริทันต์ (Periodontal Abscess)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K05.2>)

นิยามของโรค¹

เป็นการติดเชื้ออักเสบมีหนองเฉพาะที่ของอวัยวะปริทันต์ สามารถตรวจพบได้ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบขั้นปานกลางหรือรุนแรง (moderated หรือ advanced periodontitis) และมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ไม่ทำการรักษาโรคปริทันต์อักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาโรคปริทันต์อักเสบ

แนวทางการวินิจฉัยโรค^{1,2,3}

อาการ มีอาการปวดเล็กน้อยจนถึงรุนแรง กดเจ็บบริเวณเหงือก ตัวฟันอาจจะยื่นยาวและโยกผู้ป่วยอาจมีไข้ได้

ลักษณะทางคลินิก พบลักษณะเหงือกบวมแดงเป็นรูปไข่ที่เหงือกตามด้านข้างของรากฟัน เหงือกบริเวณ attached gingiva จะบวมแบบ edematous ผิวเรียบมัน มีหนองเฉพาะที่สะสมอยู่ที่ผนังของร่องลึกปริทันต์ (periodontal pocket) ซึ่งหนองอาจจะ drain ผ่านออกมาทางขอบเหงือกเมื่อบิบบเบา ๆ หรือผ่านรูเปิดของหนอง (sinus tract) ฝีปริทันต์มักพบในบริเวณที่มี pocket ลึก รอยโรค furcation involvement หรือมี intrabony defects

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟัน พบการทำลายของ alveolar bone ทางด้าน proximal หรือลักษณะของ furcation involvement จากรอยโรคปริทันต์ อาจพบการสะสมของหินน้ำลายร่วมด้วย

แนวทางการรักษา^{2,4}

กำจัดเนื้อเยื่อ granulation หินน้ำลาย และเกลารากฟันที่อยู่บริเวณร่องลึกปริทันต์ โดยการใช้เครื่องมือ ultrasonic scalers ร่วมกับเครื่องมือ hand instruments เช่น curettes ทำการกำจัดหินน้ำลาย และเกลารากฟันบริเวณที่เป็นฝีปริทันต์ให้สะอาด นอกจากนี้ต้องหันด้านคมของเครื่องมือออกไปหาผนังเหงือก เพื่อกำจัดเนื้อเยื่อในส่วน granulation ทำการล้างบริเวณนั้นด้วยน้ำเกลือ สอนการดูแลอนามัยช่องปาก เนื่องจากช่วงสัปดาห์แรกผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถทำความสะอาดบริเวณรอยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงแนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีนเสริมในการควบคุมคราบจุลินทรีย์

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก²

ชื่อยา	Chlorhexidine gluconate
ขนาด/ความแรง	0.12-0.2% w/v
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.2% mouthwash solution, 240 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ใช้อมกลั้วในช่องปาก ครั้งละ 10-15 ml เป็นเวลา 30-60 วินาที แล้วบ้วนทิ้งและไม่บ้วนน้ำตาม วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น หลังจากแปรงฟันแล้ว 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง²

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500 mg วันละ 3 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหารหรือทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
หมายเหตุ ²	ใช้ในกรณีที่มีอาการบ่งชี้ทาง systemic ชัดเจน เช่น มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต หรือเมื่อการระบายหนองไม่สามารถทำได้เพียงพอ เช่น ฝีมีขนาดใหญ่หรือมีลักษณะแพร่กระจาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	200-400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 200-400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์
หมายเหตุ	1. ใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins 2. สามารถใช้ร่วมกับยา amoxycillin ได้ ในกรณีที่มีการติดเชื้อที่รุนแรง หรือสงสัยว่าการให้ยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง ไม่ครอบคลุมจุลชีพที่เป็นสาเหตุทั้งหมด
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

เอกสารอ้างอิง

1. Meng HX. Periodontal abscess. Ann Periodontol 1999;4:79-82.
2. Herrera D, Roldan S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. J Clin Periodontol 2000;27:377-386.
3. Herrera D, Roldan S, Gonzalez I, Sanz M. The periodontal abscess (I). Clinical and microbiological findings. J Clin Periodontol 2000;27:387-394.
4. Dahlén G. Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal-endodontic lesions. Periodontol 2000 2002;28:206-239.



2.2 โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง (Aggressive Periodontitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K05.3>)

นิยามของโรค^{1,2}

ในการวินิจฉัยโรคตาม AAP 1999¹ นั้น โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง คือ โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายอวัยวะปริทันต์อย่างรวดเร็วและรุนแรงเมื่อเทียบกับอายุผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการกระจายของโรคคือ โรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเฉพาะที่ (localized aggressive periodontitis) และโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงทั่วปาก (generalized aggressive periodontitis)

แนวทางการวินิจฉัยโรค^{2,3}

โรคปริทันต์อักเสบรุนแรงทั้งสองชนิดจะมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ที่รุนแรง มีอัตราการดำเนินของโรคที่เร็ว พบได้ในประชากรที่มีสุขภาพดี และมักมีการถ่ายถอดภายในครอบครัว ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีอายุน้อยกว่า 30 ปี เสมอไป การทำลายอวัยวะปริทันต์อาจสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับปริมาณคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายที่ตรวจพบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมักมีปริมาณสัดส่วนของเชื้อ *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* และ *Porphyromonas gingivalis* เพิ่มสูงขึ้นได้ นอกจากนี้จะพบกลุ่มแบคทีเรียชนิดอื่น ๆ ที่พบในแผ่นคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังได้ด้วย ส่วนลักษณะเฉพาะที่ใช้แยกโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเฉพาะที่ (localized aggressive periodontitis) และโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงทั่วปาก (generalized aggressive periodontitis) แสดงดังตารางที่ 1²

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างระหว่างโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเฉพาะที่และโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงทั่วปาก

Localized form	Generalized form
มักพบในผู้ป่วยที่เข้าสู่วัยรุ่น	มักพบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี หรืออาจมากกว่า
พบรอยโรคเฉพาะตำแหน่งของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งหรือฟันตัด	พบมีการสูญเสียระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ และมีการทำลายของกระดูกเบ้าฟันอย่างมาก
มีการสูญเสียระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ที่ด้านประชิดในฟันแท้อย่างน้อย 2 ซี่ โดย 1 ใน 2 ซี่ นั้นจะต้องเป็นฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง	มีการสูญเสียระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ที่ด้านประชิดของฟันโดยทั่วไป
อาจพบรอยโรคในฟันแท้ซี่อื่นอีกไม่เกิน 2 ซี่ นอกเหนือจากฟันกรามซี่ที่หนึ่งและฟันตัด	รอยโรคเกิดกับฟันแท้ก็อย่างน้อย 3 ซี่ที่ไม่ใช่ฟันกรามซี่ที่หนึ่งและฟันตัด



อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปถึงระดับแอนติบอดีในเลือดต่อจุลชีพ⁴ ชนิดของไซโตไคน์ที่พบในน้ำเหลืองเหงือก⁴ หรือการใช้แบคทีเรียตัวก่อโรคชนิดใด⁶ มาใช้เป็นการวินิจฉัยหลักเพื่อแยกประเภทของโรคปริทันต์อักเสบ ดังนั้นโรคปริทันต์อักเสบรุกรานจึงเป็นผลจากความเสียหายของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อแบคทีเรียในช่องปากและมีปัจจัยเรื่องพันธุกรรมที่เข้ามาเกี่ยวข้อง^{7,8} ดังนั้น ณ ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบรุกรานจึงไม่ได้ถูกแยกออกมาจากโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรัง (AAP-EFP 2018)⁹ แต่ได้มีการตั้งข้อสังเกตถึงรูปแบบการทำลายของอวัยวะปริทันต์ที่รุนแรงและลุกลามรวดเร็วในตำแหน่งฟันหน้าและฟันกรามที่เกิดขึ้นร่วมกัน (molar-incisor pattern) ซึ่งอาจพบร่วมกับมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ที่อื่น ๆ ในช่องปากร่วมด้วย โดยลักษณะการทำลายดังกล่าวมักไม่สัมพันธ์กับสาเหตุหลักและปัจจัยเสริมเฉพาะที่ ส่วนแนวทางการรักษานั้นเนื่องจากยังไม่มีแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยใหม่นี้ จึงยังคงแนะนำการรักษาตามแนวทางเดิมที่มีหลักฐานการศึกษานับสนับสนุนชัดเจน¹⁰

แนวทางการรักษา^{3,11,12}

การรักษาเบื้องต้นคือการกำจัดปัจจัยเฉพาะที่ อันได้แก่ แผ่นคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายที่เป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรียตัวก่อโรคให้ลดลงน้อยที่สุด ด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ร่วมกับการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากให้กับผู้ป่วย และควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินของโรค เช่น การสูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอนามัยช่องปากได้ดีแล้ว จึงเสริมการรักษาด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วงขั้นควบคุมอนามัยช่องปาก (hygienic phase) เพื่อช่วยให้ผลการรักษาทางคลินิกดีขึ้น และลดปริมาณแบคทีเรียตัวก่อโรคได้นานขึ้น จึงมีผลช่วยลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรค การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันนั้นไม่จำเป็นต้องทำให้เสร็จในการรักษาครั้งเดียว สามารถแบ่งการรักษาเป็นเฉพาะส่วนของช่องปากจนครบตามความเหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อให้ได้การรักษาที่สะอาดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด อีกทั้งจะทำให้ทันตแพทย์สามารถกระตุ้นและปรับวิธีการทำความสะอาดในช่องปากแก่ผู้ป่วยด้วย¹³ ภายหลังจากขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน และประเมินการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากให้ผู้ป่วยแล้ว ควรเริ่มให้ยาปฏิชีวนะในวันที่ทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันเสร็จสิ้นทั้งปาก¹⁴ ไม่ควรรอนานจนถึง 3-6 เดือน^{15,16} เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพของยาตอนที่เชื้อในช่องปากเหลือน้อยที่สุด นอกจากนี้ในขั้นควบคุมอนามัยช่องปาก ผู้ป่วยควรได้รับน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีนเพื่อช่วยยับยั้งเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในเนื้อเยื่อในช่องปากบริเวณอื่น เช่น ลิ้น กระพุ้งแก้ม เป็นต้น



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก^{9,14,15}

ชื่อยา	Chlorhexidine gluconate
ขนาด/ความแรง	0.12-0.2% w/v
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.2% mouthwash solution, 240 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ใช้มกั้วในช่องปาก ครั้งละ 10-15 ml เป็นเวลา 30-60 วินาที แล้วบ้วนทิ้งและไม่บ้วนน้ำตาม วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น หลังจากแปรงฟันแล้ว 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	ในช่วงการรักษาขั้นควบคุมอนามัยช่องปาก ก่อนการประเมินผลการรักษาโดยให้ใช้อย่างน้อย 7 วัน หรือจนกว่าจะสิ้นสุดการหลุดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปาก
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Amoxicillin และ Metronidazole
ขนาด/ความแรงที่ใช้	amoxicillin 500 mg metronidazole 400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	amoxicillin [ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle metronidazole [ชนิดเม็ด] 200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทาน amoxicillin 500 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และ metronidazole 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ โดยเริ่มให้รับประทานหลังจากการหลุดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปากเสร็จ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง (ในกรณีที่แพ้ Penicillins)

ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร ¹⁴
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ โดยเริ่มให้รับประทานหลังจากการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปากเสร็จ
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรงที่ใช้	300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 300 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง ¹⁴
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ โดยเริ่มให้รับประทานหลังจากการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปากเสร็จ
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

ตามที่ระบุในแนวทางการรักษาโรคปริทันต์อักเสบรุกราน



เอกสารอ้างอิง

1. AAP 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions Ann Periodontol 1999;4:1-112.
2. Lang N, Bartold PM, Cullinan M, Jeffcoat M, Mombelli A, Murakami S, et al. Consensus Report: Aggressive Periodontitis. Annals of Periodontology 1999;4:53.
3. Albandar JM. Aggressive periodontitis: case definition and diagnostic criteria. Periodontol 2000 2014;65:13-26.
4. Picoles DK, Lerche-Sehm J, Abron A, Fine JB, Papapanou PN. Infection patterns in chronic and aggressive periodontitis. J Clin Periodontol 2005;32:1055-61.
5. Duarte PM, Bastos MF, Fermiano D, Rabelo CC, Perez-Chaparro PJ, Figueiredo LC, Favari M, Feres M. Do subjects with aggressive and chronic periodontitis exhibit a different cytokine/chemokine profile in the gingival crevicular fluid? A systematic review. J Periodontal Res 2015;50:18-27.
6. Kononen E, Muller HP. Microbiology of aggressive periodontitis. Periodontol 2000 2014;65:46-78.
7. Kulkarni C, Kinane DF. Host response in aggressive periodontitis. Periodontol 2000 2014;65:79-91.
8. Vieira AR, Albandar JM. Role of genetic factors in the pathogenesis of aggressive periodontitis. Periodontol 2000 2014;65:92-106.
9. Fine DH, Patil AG, Loos BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. J Periodontol. 2018;89 Suppl 1:S103-S119.
10. Pretzl B, Sälzer S, Ehmke B, et al. Administration of systemic antibiotics during non-surgical periodontal therapy-a consensus report. Clin Oral Investig 2019;23(7):3073–3085.
11. Parameter on aggressive periodontitis. American Academy of Periodontology. J Periodontol 2000;71 Suppl 5:867-9.
12. Teughels W, Dhondt R, Dekeyser C, Quirynen M. Treatment of aggressive periodontitis. Periodontol 2000 2014;65:107-33.
13. Moreira RM, Feres-Filho EJ. Comparison between full-mouth scaling and root lanning and quadrant-wise basic therapy of aggressive periodontitis: 6-month clinical results. J Periodontol 2007;78:1683-8.



14. Sigusch B, Beier M, Klinger G, Pfister W, Glockmann E. A 2-step non-surgical procedure and systemic antibiotics in the treatment of rapidly progressive periodontitis. *J Periodontol* 2001;72:275-83.
15. Kaner D, Christan C, Dietrich T, Bernimoulin JP, Kleber BM, Friedmann A. Timing affects the clinical outcome of adjunctive systemic antibiotic therapy for generalized aggressive periodontitis. *J Periodontol* 2007;78:1201-8.
16. Griffiths GS, Ayob R, Guerrero A, Nibali L, Suvan J, Moles DR, et al. Amoxicillin and metronidazole as an adjunctive treatment in generalized aggressive periodontitis at initial therapy or re-treatment: a randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2011;38:43-9.
17. Noack B, Hoffmann T. Aggressive periodontitis. *Periodontal Practice Today* 2004;1:335-44.
18. Rabelo CC, Feres M, Goncalves C, Figueiredo LC, Faveri M, Tu YK, et al. Systemic antibiotics in the treatment of aggressive periodontitis. A systematic review and a Bayesian Network meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2015;42:647-57.



2.3 โรคเหงือกอักเสบเนื้องตาย (Necrotizing Periodontal Diseases)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K05.6>)

นิยามของโรค^{1,2,3}

เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียชนิด anaerobes และ spirochetes ซึ่งมีลักษณะการเกิดโรคอย่างรุนแรงและรวดเร็ว โดยพบลักษณะการอักเสบของเหงือกเป็นสีแดงบริเวณ free gingiva, attached gingiva และ alveolar mucosa ร่วมกับการเกิดแผลเนื้องตายของ soft tissue อย่างมาก ซึ่งสามารถวินิจฉัยว่าเป็นอาการของ necrotizing gingivitis แต่ถ้าตรวจพบว่ามี periodontal pocket และ alveolar bone loss ร่วมด้วย จะวินิจฉัยว่าเป็น necrotizing periodontitis ระยะเวลาก่อนการแสดงอาการของโรคสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะทุพโภชนาการ และการสูบบุหรี่

แนวทางการวินิจฉัยโรค^{1,2}

อาการ มีแผลบริเวณเหงือกพร้อมกับมีอาการปวดรุนแรงจนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ อาจหายใจมีกลิ่นเหม็น

ลักษณะทางคลินิก อาการสำคัญ 3 อย่างที่จะสามารถทำให้แยกจากโรคปริทันต์อักเสบอื่นๆ คือ

1. มีแผลเนื้องตายและแผลรอยหว้าบริเวณ interproximal ลักษณะ punch-out หรือ cratered papilla
2. เจ็บปวดที่เหงือก
3. มีเลือดออกบริเวณเหงือกแบบ spontaneous หรือเมื่อถูกกระตุ้นเพียงเล็กน้อย

อาการแสดงอื่นๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ การมี pseudomembrane ปกคลุมที่แผล มีไข้ อ่อนเพลีย หรืออาจมีต่อมน้ำเหลืองโต และมีกลิ่นปาก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรคสามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดง การ smear เพื่อตรวจเชื้อที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอาจช่วยได้ในบางกรณี แต่ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย

แนวทางการรักษา²

รักษาด้วย mechanical debridement เพื่อช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่สะสมอยู่ออกให้มากที่สุด ด้วยการทำให้ scaling and root planing ร่วมกับการสอนการดูแลสุขภาพช่องปาก การพิจารณาให้ systemic antibiotics ในกรณีที่มีโรคทางระบบเกี่ยวข้องหรือไม่สามารถทำ mechanical debridement ได้ในครั้งแรก เนื่องจากช่วงสัปดาห์แรกผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถทำความสะอาดบริเวณรอยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงแนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีนเสริมในการควบคุมคราบจุลินทรีย์



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก²

ชื่อยา	Chlorhexidine gluconate
ขนาด/ความแรง	0.12-0.2% w/v
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.2% mouthwash solution, 240 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ใช้อมกลั้วในช่องปาก ครั้งละ 10-15 ml เป็นเวลา 30-60 วินาที แล้วบ้วนทิ้งและไม่บ้วนน้ำตาม วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น หลังจากแปรงฟันแล้ว 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Ibuprofen
ขนาด/ความแรงที่ใช้	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 200 mg, 400 mg tablet [ชนิดน้ำ] 100 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เมื่อมีอาการปวด ท่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง (การรับประทานหลังอาหารทันทีอาจทำให้ยาออกฤทธิ์ช้าลง) ควรดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 แก้ว ⁴
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (ขึ้นกับอาการปวด)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง²

ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ โดยเริ่มให้รับประทานหลังจากการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปากเสร็จ
หมายเหตุ	ใช้ในกรณีที่มีอาการบ่งชี้ทาง systemic ชัดเจน เช่น มีไข้ ต่อม้ำเหลืองโต หรือเมื่อการระบายนองไม่สามารถทำได้อย่างเพียงพอ เช่น ฝีมีขนาดใหญ่หรือมีลักษณะแพร่กระจาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500 mg วันละ 3 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร หรือทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ระยะเวลาในการใช้ยา	ใช้ในกรณีที่มีอาการบ่งชี้ทาง systemic ชัดเจน เช่น มีไข้ ต่อม้ำเหลืองโต หรือเมื่อการระบายนองไม่สามารถทำได้เพียงพอ เช่น ฝีมีขนาดใหญ่หรือมีลักษณะแพร่กระจาย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



เอกสารอ้างอิง

1. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:74-77.
2. Herrera D, Alonso B, de Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. *Periodontol* 2000 2014;65:149-177.
3. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S85-S102.
4. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6713/smpc#POSODOLOGY>



2.4 โรครอบรากเทียมอักเสบ (Peri-implantitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K05.6>)

นิยามของโรค

การติดเชื้อรอบรากเทียม ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปากหลังจากการฝังงานรากเทียมไประยะหนึ่ง โรครอบรากเทียมแบ่งตามความรุนแรงของโรคได้เป็น 2 ชนิด¹ คือ โรคเยื่อเมือกรอบรากเทียมอักเสบ (peri-implant mucositis) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคเหงือกอักเสบ และ โรครอบรากเทียมอักเสบ (peri-implantitis) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคปริทันต์อักเสบร่วมกับเกิดการทำลายของกระดูกรอบรากเทียม พบได้ประมาณ 28-56% ของผู้ป่วยที่ใส่รากเทียม หรือ 12-43% ของจำนวนรากเทียม²

แนวทางการวินิจฉัยโรค³

อาการ พบเหงือกบวม แดง และมีเลือดออก ในบางกรณีอาจพบหนองและมีการเจ็บหรือโยกของรากเทียม

ลักษณะทางคลินิก การมีร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป มีเลือดออกหลังการ probe และการทำลายกระดูกรอบรากเทียม

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟัน พบการทำลายกระดูกในแนวตั้ง และมักถูกทำลายเป็นแอ่งคล้ายถ้วย (saucer-shape) โดยที่ยังคงมีการยึดของกระดูกอยู่ทางด้านปลายรากของรากเทียม

แนวทางการรักษา⁴

ปัจจัยสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในระยะยาวของรากเทียม คือ การดูแลอนามัยช่องปากผู้ป่วยและการกลับมาตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะสามารถตรวจพบโรคได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นและให้การรักษาได้ทัน ก่อนที่โรคจะลุกลามจนต้องสูญเสียรากเทียมในที่สุด ปัจจุบันมีแนวทางการดูแลรักษารากเทียมที่เรียกว่า “การรักษาเพื่อคงสภาพแบบสะสม (cumulative interceptive supportive therapy: CIST)” ที่ประกอบด้วยการรักษา 5 ระดับ ซึ่งขั้นตอนการรักษาจะสะสมเพิ่มมากขึ้นตามลำดับตามความรุนแรงของโรค ดังนี้

- A: การรักษาโดยขูดหินน้ำลายและขัดฟัน (mechanical debridement)
- B: การรักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อ (antiseptic treatment)
- C: การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic treatment)
- D: การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical therapy)
- E: การถอนรากเทียม (explantation)



ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาประกอบการรักษา ได้แก่ คราบจุลินทรีย์ การมีเลือดออกหลังการ probe หรือมีหนอง ความลึกร่องเหงือกรอบรากเทียม และปริมาณการทำลายกระดูกรอบรากเทียม การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก⁵

ชื่อยา	Chlorhexidine gluconate
ขนาด/ความแรง	0.12-0.2% w/v
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.2% mouthwash solution, 240 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ใช้อมกลั้วในช่องปาก ครั้งละ 10-15 ml เป็นเวลา 30-60 วินาที แล้วบ้วนทิ้งและไม่บ้วนน้ำตาม วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น หลังจากแปรงฟันแล้ว 30 นาที
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Amoxicillin และ Metronidazole
ขนาด/ความแรงที่ใช้	amoxicillin 500 mg metronidazole 400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	amoxicillin [ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle metronidazole [ชนิดเม็ด] 200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทาน amoxicillin 500 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และ metronidazole 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง⁵

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 300 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง ¹⁴
ระยะเวลาในการใช้ยา	1 สัปดาห์ โดยเริ่มให้รับประทานหลังจากการขูดหินน้ำลายและ เกลารากฟันทั้งปากเสร็จ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา⁴

ให้การรักษาตาม CIST protocol (ดูรายละเอียดในหัวข้อ “แนวทางการรักษา”)



เอกสารอ้างอิง

1. Mombelli A and Lang NP. The diagnosis and treatment of peri-implantitis. *Periodontol* 2000 1998;17:63-76.
2. Lindhe J and Meyle J. Group D of European Workshop on Periodontology. Peri-implant diseases: Consensus report of the 6th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008;35Suppl:282-285.
3. Salvi GE and Lang NP. Diagnostic parameters for monitoring peri-implant conditions. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19Suppl:116-127.
4. Lang NP, Berglundh T, Heitz-Mayfield LJ, Pjetursson BE, Salvi GE, Sanz M. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding implant survival and complications. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19Suppl:150-154.
5. Heitz-Mayfield LJ and Mombelli A. The therapy of peri-implantitis: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2014;29Suppl:325-345.



3 | โรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายราก

(Diseases of Pulp and Periapical Tissue)

3.1 การใช้ยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะสำหรับโรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน

โรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันนั้น มักทำให้เกิดการเจ็บปวดต่อผู้ป่วยมากที่สุด ในความเจ็บปวดบนใบหน้าและช่องปาก ซึ่งอาการเจ็บปวดดังกล่าวจะบรรเทาได้จากการได้รับการรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดของฟัน

3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์

โดยทั่วไปแล้วการจัดการกับความเจ็บปวดทางเอ็นโดดอนติกส์นั้น ขึ้นกับการรักษาทางทันตกรรมที่ให้ เช่น การกำจัดเนื้อเยื่อใน การขยายคลองรากฟันอย่างสมบูรณ์ การกรอลดการสบฟัน และการกรีดเพื่อระบายหนอง¹ โดยการใช้ยาแก้ปวดนั้นเป็นเพียงแค่ส่วนเสริมที่ช่วยในการบรรเทาอาการปวด หลักการการจ่ายยาแก้ปวด คือ จ่ายยาตาม “ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย” ซึ่งการรับรู้ความเจ็บปวดเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล โดยไม่ได้ขึ้นกับการวินิจฉัยโรคของเนื้อเยื่อใน หรือเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน โดยยาแก้ปวดที่ให้ผลดีที่สุดต่ออาการปวดทางเอ็นโดดอนติกส์ คือ ยาในกลุ่มของ NSAIDs² และในกรณีที่มีอาการปวดที่รุนแรงมาก การใช้ยาในกลุ่มของ NSAIDs ร่วมกับ paracetamol จะให้ผลบรรเทาปวดได้มากขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิด adverse effects ที่มากขึ้น³⁻⁵

การจ่ายยาแก้ปวดสามารถให้ได้ตามหลักการดังนี้⁶

ปวดเล็กน้อย (Mild pain)

ชื่อยา	Paracetamol
ขนาด/ความแรง	325-500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 325, 500 mg tablet [ชนิดน้ำ] 120 mg/5 ml syrup, 250 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500, 650, 750 หรือ 1,000 mg ขึ้นกับน้ำหนักตัว (คำนวณจากขนาดยา 10-15 mg/kg/dose) รับประทานเมื่อมีอาการปวด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง และไม่เกิน 4,000 mg ต่อวัน
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (หยุดรับประทานยาเมื่อไม่มีอาการปวด)
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to moderate pain)

ชื่อยา	Ibuprofen
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 200 mg, 400 mg tablet [ชนิดน้ำ] 100 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เมื่อมีอาการปวด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง (การรับประทานหลังอาหารทันทีอาจ ทำให้ยาออกฤทธิ์ช้าลง) ควรดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 แก้ว ⁷
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (หยุดรับประทานยาเมื่อไม่มีอาการปวด)
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ปวดปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to severe pain)

ชื่อยา	Ibuprofen และ Paracetamol
ขนาด/ความแรง	ibuprofen 200 – 400 mg paracetamol 500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	ibuprofen [ชนิดเม็ด] 200 mg, 400 mg tablet [ชนิดน้ำ] 100 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle paracetamol [ชนิดเม็ด] 325 mg, 500 mg tablet [ชนิดน้ำ] 120 mg/5 ml syrup, 250 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	<u>ใน 24 ชั่วโมงแรก</u> : รับประทานยา ibuprofen 400 mg ร่วมกับ paracetamol 500 mg ทุก 6 ชั่วโมง หลังจากนั้น : รับประทานยา ibuprofen 400 mg ร่วมกับ paracetamol 500 mg เมื่อมีอาการปวด (ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (หยุดรับประทานยาเมื่อไม่มีอาการปวด)
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



3.1.2 การใช้ยาปฏิชีวนะกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์⁹

โรคทางเอ็นโดดอนติกส์ส่วนใหญ่แล้วนั้นไม่มีความจำเป็นจะต้องได้รับยาปฏิชีวนะ โดยสามารถอธิบายหลักการโดยคร่าวๆ ให้พอเข้าใจได้ดังนี้ โรคของเนื้อเยื่อในที่ยังมีชีวิต (reversible pulpitis, irreversible pulpitis) นั้นยังมีระบบภูมิคุ้มกันของเนื้อเยื่อในที่อยู่กับแบคทีเรียที่ลุกลามเข้ามาในโพรงเนื้อเยื่อในอยู่ และการแพร่กระจายของยาปฏิชีวนะที่เข้าสู่ร่างกายโดยการรับประทานนั้น สามารถแพร่เข้าสู่เนื้อเยื่อในผ่านทางเส้นเลือดขนาดเล็กที่มีจำนวนน้อยผ่านทางรูเปิดปลายรากฟัน (apical foramen) ได้ในปริมาณที่น้อยมาก ทำให้การให้ยาปฏิชีวนะโดยการรับประทานจะไม่ได้ปริมาณยาในเนื้อเยื่อในสูงถึง minimum inhibitory concentration (MIC) ซึ่งระดับยาในเส้นเลือดนั้นไม่ได้สัมพันธ์กับระดับยาในเนื้อเยื่อ ซึ่งหากต้องการให้เนื้อเยื่อที่ถูกจำกัดทางเข้าของเส้นเลือดมีระดับยาสูงถึง MIC จำเป็นจะต้องทำให้ระดับยาในกระแสเลือดอยู่ระหว่าง 2-8 เท่าของระดับ MIC

ในกรณีที่เนื้อเยื่อในไม่มีชีวิตแล้ว หมายความว่า ในโพรงเนื้อเยื่อในย่อมไม่มีเส้นเลือดที่จะนำยาเข้าสู่เนื้อเยื่อใน ดังนั้นการให้ยาปฏิชีวนะในกรณีที่กล่าวมาจึงเป็นการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลอย่างยิ่ง ซึ่งการรักษาโรคเหล่านี้ทำได้โดยการรักษาคลองรากฟันให้ได้ตามมาตรฐานร่วมกับการทำงานด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

การใช้ยาปฏิชีวนะทางเอ็นโดดอนติกส์นั้นจะให้ในกรณีที่เกิดการบวมชนิดแพร่กระจาย (diffused swelling) อันเป็นผลมาจาก acute apical abscess มีการแพร่กระจายของการติดเชื้อ (spreading of infection) มีการติดเชื้อในช่องว่างบนใบหน้า (facial space infection) หรือมีอาการทางระบบร่วมด้วย เช่น การมีไข้ อ่อนเพลีย อย่างไรก็ตามการได้รับการรักษาทางเอ็นโดดอนติกส์ที่ถูกต้องเหมาะสมยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาภาวะฉุกเฉินดังกล่าว

การใช้ยาปฏิชีวนะพิจารณาตามข้อบ่งชี้ และประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ชนิดของยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับเชื้อโรคทางเอ็นโดดอนติกส์ คือ^{9,10}



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 1,000 mg ในครั้งแรก และตามด้วย 500 mg วันละ 3 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร หรือทุก 8 ชั่วโมง ¹⁰
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง

ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	625 mg (amoxicillin 500 mg + clavulanic acid 125 mg) หรือ 1 g (amoxicillin 875 mg + clavulanic acid 125 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 625 mg, 1 g tablet [ชนิดน้ำ] 457 mg/5 ml dry syrup, 70 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 625 mg วันละ 3 ครั้ง หรือ 1 g วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที
ระยะเวลาในการใช้ยา	ประมาณ 3-7 วัน
หมายเหตุ	พิจารณาใช้เมื่ออาการไม่ดีขึ้น หลังจากได้รับยา amoxicillin
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	ครั้งแรก รับประทาน 600 mg จากนั้น รับประทาน 300 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง ¹⁰
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



3.2 โรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายราก (Diseases of Pulp and Periapical Tissue)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04>)

- 3.2.1 เนื้อเยื่อในอักเสบชนิดผันกลับได้ (reversible pulpitis)
- 3.2.2 เนื้อเยื่อในอักเสบชนิดผันกลับไม่ได้ แบบไม่มีอาการ (asymptomatic irreversible pulpitis)
- 3.2.3 เนื้อเยื่อในอักเสบชนิดผันกลับไม่ได้ แบบมีอาการ (symptomatic irreversible pulpitis)
- 3.2.4 เนื้อเยื่อในตาย (pulp necrosis)
- 3.2.5 ฟันที่ผ่านการรักษาคคลองรากฟันมาบ้างแล้ว (previously initiated therapy)
- 3.2.6 ฟันที่ผ่านการรักษาคคลองรากฟันมาเสร็จสิ้นแล้ว (previously treated)
- 3.2.7 การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน แบบไม่มีอาการ (asymptomatic apical periodontitis)
- 3.2.8 การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน แบบมีอาการ (symptomatic apical periodontitis)
- 3.2.9 หนองปลายรากฟันชนิดเฉียบพลัน (acute apical abscess)
- 3.2.10 หนองปลายรากฟันชนิดเรื้อรัง (chronic apical abscess)
- 3.2.11 กระดูกอักเสบ ชนิดเสี้ยนใยกระดูกหนาแน่น (condensing osteitis)

3.2.1 เนื้อเยื่อในอักเสบชนิดผันกลับได้ (Reversible Pulpitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.0>)

นิยามของโรค

การอักเสบของเนื้อเยื่อในสามารถหายกลับสู่ภาวะปกติได้เมื่อสาเหตุการอักเสบได้รับการจัดการ

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มีอาการเสียว หรือปวด เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นอาจจะมาจากการสัมผัส การรับแรง การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ โดยอาการดังกล่าวจะคงอยู่เฉพาะเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น หากกำจัดสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นออกไปแล้ว อาการควรจะหายเป็นปกติ

ลักษณะทางคลินิก สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการซ้ำได้ด้วยสาเหตุที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ (reproduce symptom) และอาการเหล่านั้นหายไปเมื่อนำสิ่งกระตุ้นออก อาจทำได้โดยการใส่แผ่นยางกันน้ำลายและทดสอบฟันทีละซี่

การให้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาระงับปวด ให้การรักษาโดยการแก้ไขสาเหตุของอาการเพื่อกำจัดอาการของผู้ป่วย

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ



3.2.2 เนื้อเยื่อในอักเสบนิดฟันกลับไม่ได้ แบบไม่มีอาการ (Asymptomatic Irreversible Pulpitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.0>)

นิยามของโรค

การอักเสบของเนื้อเยื่อในที่ไม่สามารถหายกลับสู่ภาวะปกติได้แล้ว โดยผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ไม่มีอาการใด ๆ ณ วันที่มารับการตรวจรักษา

ลักษณะทางคลินิก สามารถพบได้หลายลักษณะ ดังนี้

1. การพบเนื้อเยื่อในเผยผิวดได้ในทางคลินิก (clinical pulp exposure)
2. การพบการเจริญของเนื้อเยื่อในเป็นติ่งยื่น (pulp polyp)
3. การพบลักษณะการละลายของรากฟันชนิดภายในราก จากภาพถ่ายรังสี (internal root resorption)

การใช้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาระงับปวด

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ

3.2.3 เนื้อเยื่อในอักเสบนิดฟันกลับไม่ได้ แบบมีอาการ (Symptomatic Irreversible Pulpitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.0>)

นิยามของโรค

การอักเสบของเนื้อเยื่อในที่ไม่สามารถหายกลับสู่ภาวะปกติได้แล้ว และผู้ป่วยมีอาการปวด

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มีอาการปวดรุนแรง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น

ลักษณะทางคลินิก มีอาการปวดรุนแรง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ อาจมีลักษณะของการปวดที่ต่อเนื่องแม้ว่าสิ่งกระตุ้นออกไปแล้ว (lingering) อาจมีอาการปวดขึ้นได้เอง แม้ไม่มีสิ่งกระตุ้น (unprovoked) อาจมีการปวดต่างที่ (referred pain)

การใช้ยาระงับปวด

ดูรายละเอียดการใช้ยาใน “หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ



3.2.4. เนื้อเยื่อในตาย (Pulp Necrosis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.1>)

นิยามของโรค

การตายของเนื้อเยื่อใน

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มี หรือ ไม่มีอาการปวด

ลักษณะทางคลินิก การไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน เช่น การทดสอบด้วยไฟฟ้า (electric pulp tester), การทดสอบด้วยความร้อนและเย็น (heat test, cold test)

การให้ยาระงับปวด

ดูรายละเอียดการให้ยาใน “หัวข้อ 3.1.1 การให้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ

3.2.5. ฟันที่ผ่านการรักษาลงรากฟันมาบ้างแล้ว (Previously Initiated Therapy)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.9>)

นิยามของโรค

ฟันที่ผ่านการรักษาลงรากฟันมาแล้วบางส่วน

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มี หรือ ไม่มีอาการปวด

ลักษณะทางคลินิก การมีประวัติว่าได้ผ่านการรักษาลงรากฟันมาแล้วบางส่วน เช่น pulpotomy, pulpectomy, access opening for emergency treatment

การให้ยาระงับปวด

ดูรายละเอียดการให้ยาใน “หัวข้อ 3.1.1 การให้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ



3.2.6. ฟันที่ผ่านการรักษาคคลองรากฟันมาเสร็จสิ้นแล้ว (Previously Treated)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.9>)

นิยามของโรค

ฟันที่ผ่านการรักษาคคลองรากฟันมาเรียบร้อยแล้ว

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มีหรือไม่มีอาการปวด

ลักษณะทางคลินิก การพบว่ามีวัสดุอุดคลองรากฟันในคลองรากฟัน

การให้ยาระงับปวด

ดูรายละเอียดการให้ยาใน “หัวข้อ 3.1.1 การให้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ

3.2.7. การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันแบบไม่มีอาการ (Asymptomatic Apical Periodontitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.5>)

นิยามของโรค

การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน โดยไม่มีอาการ

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ไม่มีอาการปวด

ลักษณะทางคลินิก การเคาะไม่เจ็บ ไม่บวม ไม่มีตุ่มหนอง แต่มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันในภาพถ่ายรังสี

การให้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาระงับปวด

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ



3.2.8. การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันแบบมีอาการ (Symptomatic Apical Periodontitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.4>)

นิยามของโรค

การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน ร่วมกับการมีอาการ

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มีอาการปวดเมื่อฟันกระทบกัน เคี้ยวอาหารแล้วเจ็บปวด

ลักษณะทางคลินิก การเคาะเจ็บ ไม่บวม ไม่มีตุ่มหนอง อาจมีหรือไม่มีคามผิดปกติของเนื้อเยื่อรอบปลายรากในภาพถ่ายรังสี

การให้ยาระงับปวด

ดูรายละเอียดการให้ยาใน “หัวข้อ 3.1.1 การให้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ

3.2.9. หนองปลายรากฟันชนิดเฉียบพลัน (Acute Apical Abscess)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.7>)

นิยามของโรค

การมีฝีหนองบริเวณเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันแบบเฉียบพลัน

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มีอาการปวด ปวดมากขึ้นเมื่อฟันกระทบกัน หรือเมื่อเคี้ยวอาหาร

ลักษณะทางคลินิก มีอาการบวม มีการเคาะเจ็บ อาจมีหรือไม่มีคามผิดปกติของเนื้อเยื่อรอบปลายรากในภาพถ่ายรังสี

การให้ยาระงับปวด

ให้ยาแก้ปวดตามระดับความเจ็บปวด (ดูรายละเอียดการให้ยาใน “หัวข้อ 3.1.1 การให้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”) ร่วมกับการกรอลดการสบฟัน และอาจทำการกรีดระบายหนองในช่องปาก ในกรณีที่มีลักษณะการบวมแบบ localized fluctuant swelling



การใช้อยาปฏิชีวนะ

มีข้อบ่งชี้ของการใช้อยาปฏิชีวนะเฉพาะกรณี ดังต่อไปนี้

- มีลักษณะการบวมแบบ diffused swelling
- มีการแพร่กระจายของการติดเชื้อ (spreading of infection)
- มีการติดเชื้อในช่องว่างบนใบหน้า (facial space infection)
- มีสัญญาณของการติดเชื้อในระบบร่างกาย เช่น การมีไข้

โดยพิจารณาให้ยาตามรายละเอียดใน “หัวข้อ 3.1.2 การใช้อยาปฏิชีวนะกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

3.2.10. หนองปลายรากฟันชนิดเรื้อรัง (Chronic Apical Abscess)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.6>)

นิยามของโรค

การมีฝีหนองบริเวณเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันแบบเรื้อรัง

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ไม่มีอาการ

ลักษณะทางคลินิก พบรูเปิดของตุ่มหนอง (sinus tract opening) พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันในภาพถ่ายรังสี

การให้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาระงับปวด

การใช้อยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้อยาปฏิชีวนะ

3.2.11. กระดูกอักเสบ ชนิดเสี้ยนใยกระดูกหนาแน่น (Condensing Osteitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K04.9>)

นิยามของโรค

การอักเสบของกระดูกรอบปลายรากฟันโดยไม่มีอาการ

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ไม่มีอาการ

ลักษณะทางคลินิก การพบลักษณะการหนาตัวของกระดูกบริเวณรอบปลายรากฟันในภาพถ่ายรังสี

การให้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาระงับปวด



การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ

เอกสารอ้างอิง

1. Pak JG, White SN. Pain prevalence and severity before, during, and after root canal treatment: a systematic review. *J Endod* 2011;37(4):429-38.
2. McQuay HJ, Derry S, Eccleston C, Wiffen PJ, Andrew Moore R. Evidence for analgesic effect in acute pain - 50 years on. *Pain* 2012;153(7):1364-7.
3. Mehlisch DR, Aspley S, Daniels SE, Bandy DP. Comparison of the analgesic efficacy of concurrent ibuprofen and paracetamol with ibuprofen or paracetamol alone in the management of moderate to severe acute postoperative dental pain in adolescents and adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, single-dose, two-center, modified factorial study. *Clin Ther* 2010;32(5):882-95.
4. Daniels SE, Goulder MA, Aspley S, Reader S. A randomised, five-parallel-group, placebo-controlled trial comparing the efficacy and tolerability of analgesic combinations including a novel single-tablet combination of ibuprofen/paracetamol for postoperative dental pain. *Pain* 2011;152(3):632-42.
5. Mehlisch DR, Aspley S, Daniels SE, Southerden KA, Christensen KS. A single-tablet fixed dose combination of racemic ibuprofen/paracetamol in the management of moderate to severe postoperative dental pain in adult and adolescent patients: a multicenter, two-stage, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, factorial study. *Clin Ther* 2010;32(6):1033-49.
6. Moore, PA., Hersh EV. Combining ibuprofen and acetaminophen for acute pain management after third-molar extractions: Translating clinical research to dental practice. *JADA* 2013;144(8):898-908.
7. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6713/smpc#POSODOLOGY>
8. Morrow SG. Use and abuse of antibiotics. Winter 2012 endodontics: Colleagues for excellence newsletter.
9. Baumgartner JC, Xia T. Antibiotic susceptibility of bacteria associated with endodontic abscesses. *J Endod* 2003;29(1):44-7.
10. AAE Position Statement: AAE Guidance on the use of systemic antibiotics in endodontics. *J Endod* 2017;43(9):1409-1413.



4 | การใช้ยาเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการใช้น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ (Sodium Hypochlorite Accident)

น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์เป็นน้ำยาล้างคลองรากฟันที่ถูกใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากเป็นน้ำยาที่มีคุณสมบัติด้านเชื้อจุลชีพได้ดี สามารถละลายเนื้อเยื่อได้ ง่าย รวดเร็ว ปลอดภัยตามน้ำยาชนิดนี้มีข้อเสียคือ มีฤทธิ์กัดกร่อนเนื้อเยื่อ ดังนั้น ในระหว่างให้การรักษาคลองรากฟัน ควรจะต้องมีการตรวจสอบความแนบสนิทของแผ่นยางกั้นน้ำลาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการรั่วซึมของน้ำยาเข้าสู่ช่องปาก และจะต้องล้างคลองรากฟันด้วยความระมัดระวังเพื่อไม่ให้น้ำยาถูกดันออกนอกปลายรากด้วย

4.1 การรั่วซึมของน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์เข้าสู่ช่องปาก

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/X49>)

นิยามของโรค

การรั่วซึมของน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์เข้าสู่ช่องปากระหว่างให้การรักษาคลองรากฟัน อาจทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่ออ่อนที่ถูกน้ำยาสัมผัสได้ โดยเฉพาะถ้ามีการใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงและมีการสัมผัสกับเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นเวลานาน

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมีอาการแสบในช่องปากหรือริมฝีปาก และอาจรับรู้ถึงกลิ่นหรือรสแปลกๆ ของน้ำยาในช่องปาก

ลักษณะทางคลินิก พบเนื้อเยื่อที่มีลักษณะอักเสบ แดง และอาจพบการหลุดลอกของเนื้อเยื่อในบริเวณที่สัมผัสกับน้ำยาทำให้เกิดแผลในช่องปากตามมาได้

การใช้ยาระงับปวด

เบื้องต้นเมื่อพบว่ามีอาการรั่วซึมของน้ำยา ให้ล้างช่องปากด้วยน้ำหรือน้ำเกลือจำนวนมาก ๆ เพื่อเจือจางความเข้มข้นของน้ำยา กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแผลเนื่องจากมีการหลุดลอกของเนื้อเยื่อในช่องปาก อาจรักษาตามอาการโดยให้ผู้ป่วยทายาป้ายที่มีส่วนผสมของยาชา

การใช้ยาปฏิชีวนะ

โดยปกติไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาปฏิชีวนะทางระบบ แต่ถ้ามีการทำลายเนื้อเยื่ออย่างชัดเจนเป็นวงกว้าง ทันตแพทย์อาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะทางระบบเพื่อป้องกันการติดเชื้อทุติยภูมิ (secondary infection) เพิ่มเติมได้¹



4.2 การดันท้ายาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ออกนอกปากฟัน

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/X49>)

นิยามของโรค

การฉีดดันท้ายาออกสู่เนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงการล้างคลองรากฟัน ซึ่งอาจเกิดจากการออกแรงดันท้ายาด้วยแรงที่มากเกินไป การใช้เข็มล้างที่ค้ำแน่นเกินไปในคลองรากฟัน หรืออาจเกิดจากการล้างคลองรากฟันที่มีปลายรากเปิด มีการแตกหักของรากฟัน หรือมีการละลายหรือทะลุของผนังคลองรากฟัน ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน และอาจทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในบริเวณนั้นได้¹ โดยน้ำยาที่สัมผัสกับเนื้อเยื่อ จะทำให้เกิดการอักเสบ เกิดแผล และมีการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง และอาจนำไปสู่การตายของเนื้อเยื่อได้² ทั้งนี้ความรุนแรงในการเกิดผลแทรกซ้อนดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับปริมาณและความเข้มข้นของน้ำยาที่ถูกดันออกไปสู่เนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน

แนวทางการวินิจฉัย^{3,4,5,6}

อาการ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงอย่างเฉียบพลัน หรือมีอาการบวม ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีภายหลังการดันท้ายาออกไปนอกคลองราก หรืออาจเกิดตามมาในเวลาอันสั้นก็ได้ กรณีที่มีการกระทบกระเทือนถึงเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยอาจมีอาการชาตามมาได้

ลักษณะทางคลินิก อาจมีเลือดไหลออกมาจากคลองรากฟันและเนื้อเยื่อรอบ ๆ รากฟัน อาจพบอาการบวมของเนื้อเยื่อในช่องปาก และผิวหนังบริเวณนอกช่องปากในบริเวณที่สัมผัสกับฟันที่ได้รับการรักษา ในระยะต่อมาอาจพบว่าผู้ป่วยมีจำเลือดเกิดขึ้นในช่องปาก และอาจพบลักษณะของการข้ำหรือการมีจำเลือดใต้ผิวหนังบริเวณใบหน้า ทั้งนี้อาจพบการติดเชื้อทุติยภูมิ (secondary infection) ร่วมด้วย

การใช้ยาระงับปวด⁵

เมื่อเกิดเหตุการณ์ ควรทำให้น้ำยาเจือจางโดยการล้างคลองรากฟันด้วยน้ำเกลือปริมาณมาก และหยุดให้การรักษานั้นทันที ถ้าผู้ป่วยปวดมากอาจพิจารณาฉีดยาชาเพิ่มเพื่อบรรเทาอาการในขณะนั้น โดยการให้ยาแก้ปวดสามารถใช้ได้ตามระดับการปวดและการทนต่อยาของผู้ป่วย กรณีอาการปวดไม่รุนแรงมาก สามารถให้ยา paracetamol เพื่อบรรเทาอาการปวด



การรักษาด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก¹

ชื่อยา	Paracetamol
ขนาด/ความแรง	325-500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 325, 500 mg tablet [ชนิดน้ำ] 120 mg/5 ml syrup, 250 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500, 650, 750 หรือ 1,000 mg ขึ้นกับน้ำหนักตัว (คำนวณจากขนาดยา 10-15 mg/kg/dose) รับประทานเมื่อมีอาการปวด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง และไม่เกิน 4,000 mg ต่อวัน
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (ขึ้นกับอาการปวด)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษาด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง¹

ชื่อยา	Ibuprofen
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 200 mg, 400 mg tablet [ชนิดน้ำ] 100 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เมื่อมีอาการปวด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง (การรับประทานหลังอาหารทันทีอาจทำให้ยาออกฤทธิ์ช้าลง) ควรดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 แก้ว ⁷
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (หยุดรับประทานยาเมื่อไม่มีอาการปวด)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

นอกจากการระงับความเจ็บปวดด้วยยาแล้ว การจัดการผลแทรกซ้อนที่เหมาะสม เช่น การประคบเย็นเป็นระยะในช่วงแรก ตามด้วยการประคบอุ่นในวันต่อมา รวมไปถึงการปลอบประโลมผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการนัดผู้ป่วยมาเพื่อติดตามผลเป็นระยะ ล้วนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก^{1,5}



การใช้ยาปฏิชีวนะ

ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะทางระบบเพื่อป้องกันการติดเชื้อทุติยภูมิ¹

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก⁸

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500 mg วันละ 3 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร หรือ ทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	5-7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษาด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง⁸

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 300 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	5-7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



เอกสารอ้างอิง

1. Spencer HR, Ike V, Brennan PA. Review: The use of sodium hypochlorite in endodontics – potential complications and their management. *Br Dent J* 2007;202(9):555-9.
2. Arens DE, Gluskin AH, Peters CI, Peters OA. Practical lessons in endodontic treatment: Quintessence Publishing Company; 2009.
3. Reeh ES, Messer HH. Long-term paresthesia following inadvertent forcing of sodium hypochlorite through perforation in maxillary incisor. *Endod Dent Traumatol* 1989;5:200–3.
4. Becking AG. Complications in the use of sodium hypochlorite during endodontic treatment. Report of three cases. *Oral Surg Oral Med and Oral Pathol* 1991;71:346–8.
5. Hülsmann M, Hahn W. Complications during root canal irrigation – literature review and case reports. *Int Endod J* 2000;33:186–93.
6. Witton R, Henthorn K, Ethunandan M., et al. Neurological complications following extrusion of sodium hypochlorite solution during root canal treatment. *Int Endod J* 2005; 38:843-8.
7. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6713/smpc#POSODOLOGY>
8. Baumgartner JC, Xia T. Antibiotic susceptibility of bacteria associated with endodontic abscesses. *J Endod* 2003;29(1):44-7.



5 | ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเล็ก

(Post-Operative Minor Surgery Pain)

นิยามของโรค

เป็นอาการปวดหลังการผ่าตัดในช่องปาก เช่น

1. การผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝัง (surgical removal of impacted or embedded tooth)
2. การตัดแต่งกระดูก (torectomy or alveoloplasty)
3. การตัดเนื้อเยื่อยึด (frenectomy)
4. การทำรากเทียม (implant procedure)

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ปวด, เจ็บ บริเวณที่ผ่าตัด ปวดมากขึ้นเวลาขยับหรือเคี้ยวอาหาร

ลักษณะทางคลินิก บวม, แดง บริเวณที่ผ่าตัด

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก

ชื่อยา	Paracetamol
ขนาด/ความแรง	325, 500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 325, 500 mg tablet [ชนิดน้ำ] 120 mg/5 ml syrup, 250 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500, 650, 750 หรือ 1,000 mg ขึ้นกับน้ำหนักตัว (คำนวณจากขนาดยา 10-15 mg/kg/dose) รับประทานเมื่อมีอาการปวด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง และไม่เกิน 4,000 mg ต่อวัน
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (ขึ้นกับอาการปวด)
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Ibuprofen
ขนาด/ความแรง	200, 400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 200 mg, 400 mg tablet [ชนิดน้ำ] 100 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 200-400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เมื่อมีอาการปวด ห่วงกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง (การรับประทานหลังอาหารทันที อาจทำให้ยาออกฤทธิ์ช้าลง) ควรดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 แก้ว ¹ เด็กอายุ 3 เดือนถึง 12 ปี : ใช้ยาขนาด 10 mg/kg/dose ทุก 6-8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (ขึ้นกับอาการปวด)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับรอง

ชื่อยา	Tramadol hydrochloride
ขนาด/ความแรง	50 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายในท้องตลาด	[ชนิดกิน] 50 mg capsule [ชนิดฉีด] 50 mg/ml, 100 mg/2 ml ampoule *** (ยานี้ไม่มีจำหน่ายในรพ.) ***
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 12 ปี : ยากิน : ใช้ยาขนาด 50-100 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง (ไม่เกิน 400 mg/วัน) ยาฉีด : การให้ยาเพื่อระงับปวดโดยทั่วไปคือ 50-100 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง intravenous หรือ intramuscular ปรับขนาดยาตามความรุนแรงของการเจ็บปวดและการตอบสนอง โดยหากฉีด intravenous ให้เดินยาช้า ๆ ภายใน 2-3 นาที การให้ยาเพื่อระงับปวดหลังการผ่าตัดคือ 100 mg แรก ตามด้วย 50 mg ทุก 10-20 นาที ภายใน 60 นาที โดยขนาดยาทั้งหมด (ที่รวม 100 mg แรกแล้ว) ไม่เกิน 250 mg หลังจากนั้นให้ยา 50-100 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง (ไม่เกิน 400 mg/วัน)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (ขึ้นกับอาการปวด)



ชื่อยา	Tramadol hydrochloride
หมายเหตุ	ไม่ควรใช้ยานี้เป็นลำดับแรกในการระงับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเล็ก ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ได้
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

เอกสารอ้างอิง

1. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6713/smpc#POSODOLOGY>



6 | การติดเชื้อในช่องปาก (Oral Infection)

6.1 การติดเชื้อในช่องปากสาเหตุจากฟัน (Odontogenic Infection)

นิยามของโรค

การติดเชื้อในช่องปากโดยสาเหตุของการติดเชื้อเกิดจากฟันมีพยาธิสภาพ ทำให้มีจุลชีพชนิดใดชนิดหนึ่งบุกรุกเข้าไปในร่างกาย เจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนจนก่อให้เกิดโรคขึ้น อาการและอาการแสดงอาจเป็นได้ตั้งแต่มีการติดเชื้อเล็กน้อยเฉพาะที่ จนถึงการติดเชื้อที่รุนแรงลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงและแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย

แนวทางการวินิจฉัยโรค

อาการ อาการปวดและอักเสบของเหงือกหรือเยื่อเมือกช่องปาก ที่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของฟันหรือการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟัน อาจมีไข้จากการติดเชื้อลุกลามเข้าสู่ชั้นพังผืดหรือลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด และอาการอื่น ๆ ขึ้นกับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ

ลักษณะทางคลินิก ลักษณะทั่วไป ที่พบคือ บวม แดงหรือร้อนบริเวณเหงือกหรือเยื่อเมือกช่องปาก ตำแหน่งปลายรากฟัน รอบตัวฟันหรือบริเวณใกล้เคียง กดเจ็บ อาจพบมีหนองหรือรูเปิดของหนองบริเวณที่บวม อ้าปากได้จำกัด ต่อมเหงือกโตและกดเจ็บ อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น และอาการแสดงอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบลักษณะของฟันที่เป็นสาเหตุมีพยาธิสภาพ เช่น ฟันผุทะลุโพรงประสาท ฟันเป็นโรคปริทันต์อักเสบ เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากภาพรังสีภายในหรือภายนอกช่องปาก จะพบลักษณะของฟันที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ภาพรังสีเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณคอ ภาพรังสีทรวงอกและภาพรังสี computed tomography อาจพบการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ชั้นพังผืดส่วนลึกหรืออวัยวะอื่น ๆ ที่สำคัญ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจพบเม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวนขึ้น การตรวจเพาะเชื้ออาจพบเชื้อที่เป็นสาเหตุ เป็นต้น

แนวทางการรักษา

ประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ สุขภาพและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น กำจัดสาเหตุของการติดเชื้อร่วมกับการเจาะระบายหนองในกรณีที่เป็นพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม รวมถึงประเมินผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเพื่อรักษาการติดเชื้อในช่องปากสาเหตุจากฟันนั้น ควรเลือกให้ยาที่ครอบคลุมเชื้อที่มักเป็นสาเหตุก่อโรค อันได้แก่เชื้อในกลุ่ม aerobic gram-positive cocci, anaerobic gram-positive cocci และ anaerobic gram-negative rods โดยควรพิจารณาเลือกให้ยาที่เป็น narrow spectrum และมีผลข้างเคียงน้อยก่อน อย่างไรก็ตามการเลือกให้ยาขึ้นอยู่กับวิจักษณ์ของทันตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งต้องพิจารณาตามความเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรกสำหรับผู้ป่วยนอก

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 500 mg วันละ 3 ครั้งก่อนหรือหลังอาหาร หรือทุก 8 ชั่วโมง เด็ก : รับประทานยา 25-50 mg/kg/day (แบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับรองสำหรับผู้ป่วยนอก

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	150 - 300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 300 mg วันละ 4 ครั้ง หรือ ทุก 6-8 ชั่วโมง เด็ก : รับประทานยา 10-20 mg/kg/day (แบ่งให้ทุก 6-8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เด็ก : รับประทาน 20-40 mg/kg/day (แบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
หมายเหตุ	1) ใช้ในกรณีที่สงสัยว่าการติดเชื้อนั้นมีสาเหตุหลักมาจากเชื้อในกลุ่ม anaerobic bacteria 2) สามารถใช้ร่วมกับยา amoxicillin ได้ ในกรณีที่มีการติดเชื้อที่รุนแรง หรือสงสัยว่าการให้ยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง ไม่ครอบคลุมจุลชีพที่เป็นสาเหตุทั้งหมด
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	625 mg (amoxicillin 500 mg + clavulanic acid 125 mg) หรือ 1 g (amoxicillin 875 mg + clavulanic acid 125 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 625 mg, 1 g tablet [ชนิดน้ำ] 457 mg/5 ml dry syrup, 70 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 12 ปี : รับประทานยา 625 mg วันละ 3 ครั้งหรือ 1 g วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที เด็กน้ำหนักน้อยกว่า 40 kg : รับประทานยา 20-45 mg/kg/วัน (แบ่งให้ ทุก 8-12 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Roxithromycin
ขนาด/ความแรง	150 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 150 mg วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น หรือทุก 12 ชั่วโมง ก่อนอาหาร 15 นาทีหรือตอนท้องว่าง
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
หมายเหตุ	เลือกใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillins และ clindamycin
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรกสำหรับผู้ป่วยใน

ชื่อยา	Penicillin G sodium
ขนาด/ความแรง	1-2 MU (MU = million unit)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 MU vial
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 1-2 MU IV ทุก 4 ชั่วโมง เด็ก : 50,000-200,000 unit/kg/day IV (แบ่งให้ทุก 4 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับรองสำหรับผู้ป่วยใน

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	600-900 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	600 mg/4 ml vial, solution for injection
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 600-900 mg IV ทุก 6-8 ชั่วโมง เด็ก : 10-20 mg/kg/day IV (แบ่งให้ทุก 6-8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
หมายเหตุ	เป็นยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกสำหรับผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillins
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	500 mg/100 ml vial, solution for infusion
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง เด็ก : 20-40 mg/kg/day IV (แบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
หมายเหตุ	1) ใช้ในกรณีที่สงสัยว่าการติดเชื้อนั้นมีสาเหตุหลักมาจากเชื้อในกลุ่ม anaerobic bacteria 2) สามารถใช้ร่วมกับยา penicillin G sodium หรือ ampicillin ได้ ในกรณีที่มีการติดเชื้อที่รุนแรง หรือสงสัยว่าการให้ยาเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง ไม่ครอบคลุมจุลชีพที่เป็นสาเหตุทั้งหมด
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	1.2 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1.2 g (amoxicillin 1 g + clavulanic acid 200 mg) vial, powder for solution for injection
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 1.2 g IV ทุก 8 ชั่วโมง เด็ก : 30 mg/kg/dose IV ทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Ampicillin
ขนาด/ความแรง	1 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 g vial, powder for solution for injection
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 1 g IV ทุก 6 ชั่วโมง เด็ก : 25-50 mg/kg/day IV (แบ่งให้ทุก 6 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Ceftriaxone
ขนาด/ความแรง	1 g, 2 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 g vial, powder for solution for injection
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 2 g IV ทุก 12-24 ชั่วโมง เด็ก : 50-100 mg/kg/day IV (แบ่งให้ทุก 12-24 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-7 วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา และสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



เอกสารอ้างอิง

1. พรชัย จันศิษย์ยานนท์ และคณะ. การวินิจฉัยและการบำบัดการติดเชื้อสาเหตุจากฟัน ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง; 2560.
2. Flynn TR. Principles of management and prevention of odontogenic infection. In: Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR, editors. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 6th edition. St. Louis: Elsevier;2014.
3. Flynn TR. Principles of management maxillofacial infection. In: Miloero M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD, editors. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 3rd ed. Vol 1. Shelton: People's Medical Publishing House; 2012.
4. Flynn TR. What are the antibiotics of choice for odontogenic infections, and how long should the treatment course last? Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2011;23(4):519-36.
5. Flynn TR, Halpern LR. Antibiotic selection in head and neck infections. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2003;15(1):17-38.
6. Rega AJ, Aziz SR, Ziccardi VB. Microbiology and antibiotic sensitivities of head and neck space infections of odontogenic origin. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64(9):1377-80.
7. Martins JR, Chagas OL Jr, Velasques BD, Bobrowski AN, Correa MB, Torriani MA. The Use of Antibiotics in Odontogenic Infections: What Is the Best Choice? A Systematic Review. J Oral Maxillofac Surg 2017;75(12):2606.e1-2606.e11.



6.2 ฝ้าคลุมเหงือกอักเสบ หรือ การติดเชื้อรอบตัวฟัน (Pericoronitis or Pericoronal Infection)

นิยามของโรค

เป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่ออ่อนที่คลุมรอบตัวฟัน ซึ่งเกิดขึ้นได้กับฟันแท้ทุกซี่ ทั้งฟันบนและฟันล่างที่ขึ้นมาเพียงบางส่วนหรือฟันที่ไม่สามารถขึ้นได้ในช่องปากตามปกติ โดยมักพบในฟันกรามล่างซี่ที่สามมากที่สุด

แนวทางการวินิจฉัยโรค

อาการ ปวดและบวมบริเวณฟันที่เป็นสาเหตุ ในกรณีที่มีฟันบนสบสัมผัสกับบริเวณฝาเหงือก (operculum) เวลากัดฟันมักมีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น ในกรณีที่มีอาการรุนแรง การลุกลามของโรคเข้าไปยังช่องพังผืดบริเวณข้างเคียง อาจพบการบวมบริเวณใบหน้าและได้ขากรรไกร ร่วมกับอาการอ้าปากได้จำกัด กลืนน้ำลายแล้วเจ็บคอได้

ลักษณะทางคลินิก มักพบอาการบวมแดง และกดเจ็บบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนรอบ ๆ ตัวฟันที่เป็นสาเหตุ อาจพบหนองบริเวณเหงือกรอบ ๆ ตัวฟัน ในกรณีที่รุนแรงอาจพบรวมกับการอ้าปากได้จำกัด ต่อมน้ำเหลืองโตและกดเจ็บ อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ซีฟจรเร็วขึ้น และอาการแสดงอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อลุกลามไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากภาพรังสีภายในช่องปากชนิด periapical หรือภาพรังสีพาโนรามิก จะพบลักษณะของฟันที่เป็นสาเหตุซึ่งมักจะเป็นฟันคุด หากการอักเสบหรือการติดเชื้อเป็นชนิดเรื้อรังอาจพบการละลายของกระดูกบริเวณข้างเคียงของฟันที่เป็นสาเหตุ

แนวทางการรักษา

ประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อและสุขภาพของผู้ป่วย กำจัดสาเหตุของการติดเชื้อในกรณีที่สามารถทำได้ ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ซึ่งการให้ยาปฏิชีวนะจะมีข้อบ่งชี้เมื่อเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง (severe pericoronitis) เช่น ปวด บวม มีไข้ อ้าปากได้น้อยลง เป็นต้น



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	250 mg, 500 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500 mg วันละ 3 ครั้งก่อนหรือหลังอาหาร หรือทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	5-7 วัน
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับรอง

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	150 - 300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 300 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	5-7 วัน
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร
ระยะเวลาในการใช้ยา	5-7 วัน
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	625 mg (amoxicillin 500 mg + clavulanic acid 125 mg) หรือ 1 g (amoxicillin 875 mg + clavulanic acid 125 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	625 mg, 1 g tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 625 mg วันละ 3 ครั้ง หรือ 1 g วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที
ระยะเวลาในการใช้ยา	5-7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Roxithromycin
ขนาด/ความแรง	150 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg tablet
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 150 mg วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น หรือ ทุก 12 ชั่วโมง ก่อนอาหาร 15 นาทีหรือตอนท้องว่าง
ระยะเวลาในการใช้ยา	5-7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

เอกสารอ้างอิง

- พรชัย จันดิษฐ์ยานนท์ และคณะ. การวินิจฉัยและการบำบัดการติดเชื้อสาเหตุจากฟัน ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพ็บลิชซิง; 2560.
- Moloney J, Stassen LF. Pericoronitis: treatment and a clinical dilemma. J Ir Dent Assoc 2009;55(4):190-2.
- Gill Y, Scully C. British oral and maxillofacial surgeons' views on the aetiology and management of acute pericoronitis. Br J Oral Maxillofac Surg 1991;29(3):180-2.
- Sixou JL, Magaud C, Jolivet-Gougeon A, Cormier M, Bonnaure-Mallet M. Evaluation of the mandibular third molar pericoronitis flora and its susceptibility to different antibiotics prescribed in france. J Clin Microbiol 2003;41(12):5794-7.
- Sixou JL, Magaud C, Jolivet-Gougeon A, Cormier M, Bonnaure-Mallet M. Microbiology of mandibular third molar pericoronitis: incidence of beta-lactamase-producing bacteria. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;95(6):655-9.



6.3 โพรงอากาศขากรรไกรบนอักเสบที่มีสาเหตุจากฟัน (Odontogenic Maxillary Sinusitis)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/J01.0>)

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/J32.0>)

นิยามของโรค

เป็นภาวะที่มีการอักเสบของเยื่อเมือกของโพรงอากาศขากรรไกรบน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีภาวะภูมิแพ้ หรือการติดเชื้อของทางเดินหายใจ สำหรับสาเหตุที่เกิดจากฟันพบได้ประมาณร้อยละ 10 – 12 สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. การอักเสบเฉียบพลัน (acute maxillary sinusitis) มีอาการ และอาการแสดงน้อยกว่า 4 สัปดาห์
2. การอักเสบกึ่งเฉียบพลัน (subacute maxillary sinusitis) มีอาการ และอาการแสดงตั้งแต่ 4 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน
3. การอักเสบเรื้อรัง (chronic maxillary sinusitis) มีอาการ หรืออาการแสดงตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

แนวทางการวินิจฉัยโรค

อาการ ผู้ป่วยอาจมีไข้สูง ปวดศีรษะ มีน้ำมูกและเสมหะไหลลงคอบ่อย ๆ และมีปริมาณมากขึ้น มีอาการคัดแน่นจมูก สีของเสมหะตั้งแต่ขาวจนถึงเหลืองหรือเขียว หรืออาจมีสีเทาดำปนออกมา อาจมีอาการปวดฟันกรามบน กลิ่นลมหายใจเหม็น ไอ มีเสมหะข้นเหนียวลักษณะคล้ายหนอง ทั้งในเวลากลางวัน และกลางคืน อาจมีอาการปวดหู ปวดตึงจมูก ปวดบริเวณหัวตา หน้าผากและแก้ม

ลักษณะทางคลินิก อาจพบการกดเจ็บบริเวณข้างจมูก ในจมูกอาจพบอาการบวม แดงหรือมีหนองไหลออกมา ตรวจในปากมักพบฟันที่เป็นสาเหตุ เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ มีการติดเชื้อบริเวณปลายรากฟัน หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่าง ๆ เป็นต้น อาจพบเสมหะข้นเหนียวมีลักษณะคล้ายหนองบริเวณด้านหลังคอหอย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากภาพรังสีภายในช่องปากชนิด periapical หรือภาพรังสีพาโนรามิก จะพบลักษณะของฟันที่เป็นสาเหตุ รวมถึงสิ่งแปลกปลอม และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ภาพถ่ายรังสี Water และ computed tomography อาจพบการหนาตัวของผนังโพรงอากาศมากกว่า 2 มิลลิเมตร พบลักษณะ air-fluid level หรือโพรงอากาศมี density มากขึ้น มักเป็นด้านเดียวกับฟันที่เป็นสาเหตุ และอาจพบสิ่งแปลกปลอมในโพรงอากาศได้ เช่น รากฟันที่หลุดเข้าไปในโพรงอากาศ

แนวทางการรักษา

กำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบของโพรงอากาศขากรรไกรบน ร่วมกับให้ยาที่เหมาะสม



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 1.5-4 g แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร หรือทุก 8 ชั่วโมง เด็ก : รับประทานยา 50-90 mg/kg/day (ไม่เกิน 4 g/วัน) แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร หรือทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ประมาณ 14-21 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับรอง

ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	625 mg (amoxicillin 500 mg + clavulanic acid 125 mg) หรือ 1 g (amoxicillin 875 mg + clavulanic acid 125 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 625 mg, 1 g tablet [ชนิดน้ำ] 457 mg/5 ml dry syrup, 70 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 12 ปี : รับประทานยา 625 mg วันละ 3 ครั้ง หรือ 1 g วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที เด็กน้ำหนักน้อยกว่า 40 kg : รับประทานยา 20-45 mg/kg/day (แบ่งให้ ทุก 8-12 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	ประมาณ 14-21 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	150 - 300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 300 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง เด็ก : รับประทานยา 10-20 mg/kg/day (แบ่งให้ ทุก 6-8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	ประมาณ 14-21 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg tablet
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เด็ก : รับประทานยา 20-40 mg/kg/day (แบ่งให้ ทุก 8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	ประมาณ 14-21 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ยาลดการคัดจมูก (Nasal decongestants)

ชื่อยา	Pseudoephedrine
ขนาด/ความแรง	30-60 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 60 mg tablet [ชนิดน้ำ] 30 mg/5 ml syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 30-60 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร (maximum dose : 240 mg/day) เด็กอายุ 6-12 ปี : รับประทานยา 30 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร (maximum dose : 120 mg/day) เด็กอายุ 4-5 ปี : รับประทานยา 15 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร (maximum dose : 60 mg/day)
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 3-5 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Oxymetazoline
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.05%, 10 ml bottle, nasal spray
วิธีการใช้ยา	พ่นเข้าในช่องจมูกแต่ละข้าง 1-2 ครั้ง วันละ 2-3 ครั้ง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน 7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ยาต้านการหลั่งฮีสตามีน (Antihistamines)

ชื่อยา	Chlorpheniramine
ขนาด/ความแรง	4 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	4 mg tablet
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : รับประทานยา 4 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง (ไม่เกินวันละ 24 mg) เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี : รับประทานยา 0.35 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 4-6 ชั่วโมง (ไม่เกินวันละ 12 mg)
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 3-5 วัน
หมายเหตุ	เลือกใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยา pseudoephedrine
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



เอกสารอ้างอิง

1. Zirk M, Dreiseidler T, Pohl M, Rothamel D, Buller J, Peters F, Zöller JE, Kreppel M. Odontogenic sinusitis maxillaris: A retrospective study of 121 cases with surgical intervention. *J Craniomaxillofac Surg* 2017;45(4):520-525.
2. Vidal F, Coutinho TM, Carvalho Ferreira D, Souza RC, Gonçalves LS. Odontogenic sinusitis: a comprehensive review. *Acta Odontol Scand* 2017;75(8):623-633.
3. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135(3):349-55.
4. Brook I. Microbiology and antimicrobial management of sinusitis. *J Laryngol Otol* 2005;119(4):251-8.
5. พรชัย จันดิษย์ยานนท์ และคณะ. การวินิจฉัยและการบำบัดการติดเชื้อสาเหตุจากฟัน ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชซิง, 2560.
6. Tucker MR. Odontogenic disease of the maxillary sinus. In: Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR, editors. *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. 6th edition. St. Louis: Elsevier;2014.
7. Chandra RK and Kennedy DW. Sinus infections. In: Miloero M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD, editors. *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*. 2nd edition. Vol 1. Hamilton: BC Decker Inc; 2004.
8. Flynn TR. Principles of management maxillofacial infection. In: Miloero M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD, editors. *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*. 3rd edition. Vol 1. Shelton: People's Medical Publishing House; 2012.



6.4 การให้ยาปฏิชีวนะในหัตถการด้านศัลยกรรม

6.4.1 การให้ยาปฏิชีวนะในงาน minor surgery (Antibiotic Prophylaxis for Minor Surgery)

งานศัลยกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. Surgical removal of impacted or embedded tooth
2. Torectomy
3. Alveoloplasty
4. Frenectomy
5. Implant procedure
6. Biopsy
7. Dentoalveolar trauma

ข้อบ่งชี้ในการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (antibiotic prophylaxis)¹⁻⁴

1. Immunocompromised patients or other indication for joint replacement or prophylaxis of infectious endocarditis
2. Present or history of infection or inflammation in surgical site
3. Procedure with complication such as moderate bleeding, moderate osteotomy or oroantral communication (OAC), sinusitis (relative indication)
4. Poor oral hygiene (relative indication)
5. Foreign body material used in surgical site such as hemostasis material or graft procedure (relative indication)
6. Procedure with complication
7. Contamination of the wound



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500 mg วันละ 3 ครั้งก่อนหรือหลังอาหารหรือทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับรอง

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg, 300 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 300 mg ทุก 6-8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	625 mg (amoxicillin 500 mg + clavulanic acid 125 mg) หรือ 1 g (amoxicillin 875 mg + clavulanic acid 125 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 625 mg, 1 g tablet [ชนิดน้ำ] 457 mg/5 ml dry syrup, 70 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 625 mg วันละ 3 ครั้ง หรือ 1 g วันละ 2 ครั้งหลังอาหารทันที
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
หมายเหตุ	ใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มี complication เช่น OAC ⁴ , sinusitis, severe risk of infection
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



6.4.2 การใช้ยาปฏิชีวนะในงาน major surgery (Antibiotic Prophylaxis for Major Surgery)¹⁻⁴

งานศัลยกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. Orthognathic surgery
2. Cleft surgery
3. Cyst or tumor resection
4. Trauma
5. Reconstruction

ข้อบ่งชี้ในการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (antibiotic prophylaxis)²⁻⁵

มีข้อบ่งชี้คล้ายกับในงาน minor surgery แต่เนื่องจากการผ่าตัดส่วนใหญ่ใน major surgery เป็น invasive หรือ aggressive procedure ที่ก่อให้เกิด tissue injury ได้มากและมีความเสี่ยงต่อ complication ได้มากกว่า จึงมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาปฏิชีวนะมากกว่า minor surgery

ในกรณีให้ prophylaxis antibiotics แนะนำให้ preoperative dose 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด single dose

การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก

ชื่อยา	Penicillin G sodium
ขนาด/ความแรง	1 MU (MU = million unit)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 MU vial
วิธีการให้ยา	2 MU IV 30 นาที ก่อนการผ่าตัด และ/หรือ 2 MU IV ทุก 4 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการให้ยา	ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



การรักษา/ป้องกันด้วยยา ที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับรอง

ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	1.2 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1.2 g (amoxicillin 1 g + clavulanic acid 200 mg) vial, powder for solution for injection
วิธีการใช้ยา	1.2 g IV 30 นาที ก่อนการผ่าตัด และ/หรือ 1.2 g IV ทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
หมายเหตุ	ใช้ในคนไข้ที่มี contamination, anaerobes, oral and skin incision, involvement of sinus, high risk of infection
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	600 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	600 mg/4 ml vial, solution for injection
วิธีการใช้ยา	600 mg IV 30 นาที ก่อนการผ่าตัด และ/หรือ 600 mg IV ทุก 6-8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
หมายเหตุ	ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Cefazolin
ขนาด/ความแรง	1-2 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 g vial, powder for solution for injection
วิธีการใช้ยา	1-2 g IV 30 นาที ก่อนการผ่าตัด และ/หรือ 1-2 g IV ทุก 8 ชั่วโมง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา
หมายเหตุ	ใช้ในกรณีมีแผลที่ผิวหนังจาก reconstructive or cleft surgery หรือ trauma ⁵
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



เอกสารอ้างอิง

1. Kamolratanakul P, Jansisyanont P (in press). A review of antibiotic prophylaxis protocols in oral and Maxillofacial surgery. J Oral and Maxillofac Surg Med Pathol 2018;30:395-404.
2. Escobar JI, Velasco AF. Antibiotic prophylaxis in oral and maxillofacial surgery. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 2006;11:292-296.
3. Dym H.,Wolf J. Oroantral communication. Oral Maxillofacial Clin N Am 2012;24:239-247.
4. Meara D.J., Jones LC.Controversies I Maxillofacial trauma. Oral Maxillofacial Clin N Am 2017;29:391-399.
5. Abubaker AO. Use of prophylactic antibiotics in preventing infection of traumatic injuries. Dent Clin N Am 2009;53:707-715.



6.5 ข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการทางทันตกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อบุผนังหัวใจ

(Antibiotic Prophylaxis for Prevention of Infective Endocarditis)

กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เยื่อบุผนังหัวใจสูง โดยสมาคมโรคหัวใจและราชวิทยาลัยแพทยโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา

(American Heart Association and American College of Cardiology) ปี ค.ศ. 2017

1. ผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม รวมถึงการใส่ลิ้นหัวใจเทียมผ่านสายสวนหัวใจและลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขลิ้นหัวใจด้วยวัสดุเทียม
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อที่เยื่อบุผนังหัวใจ
4. ผู้ป่วยโรคหัวใจตั้งแต่กำเนิดที่มีอาการเขียว ในกรณีต่อไปนี้
 - 4.1 ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด
 - 4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจแล้วแต่ยังมีความพิการในบริเวณเดิมหรือบริเวณข้างเคียงของวัสดุเทียมหรืออุปกรณ์ที่ใช้
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายหัวใจและมีปัญหาที่ลิ้นหัวใจรั่วเนื่องจากมีความผิดปกติทางโครงสร้างของลิ้นหัวใจ

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เยื่อบุผนังหัวใจต่ำ

1. Mitral valve prolapse ทุกชนิด
2. Rheumatic heart disease หรือ rheumatic fever หรือ Kawasaki disease ที่ไม่มีปัญหาที่ลิ้นหัวใจ
3. Bicuspid valve disease
4. Calcified aortic stenosis
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจตั้งแต่กำเนิดชนิด ventricular septal defect, atrial septal defect, hypertrophic cardiomyopathy, patent ductus arteriosus
6. ผู้ป่วยที่ตรวจพบเสียงฟู่ (murmur) แบบ physiologic หรือ functional
7. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือใส่สายสวนเพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจร่วมกับการใส่วัสดุเทียมหรืออุปกรณ์ที่หัวใจ แล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
8. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) รวมทั้งผู้ป่วยที่เคยทำการรักษาด้วยการผ่าตัดตัดต่อเส้นเลือด (coronary bypass graft surgery)
9. ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า (pacemakers or defibrillators)



แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อเมือกเหงือก

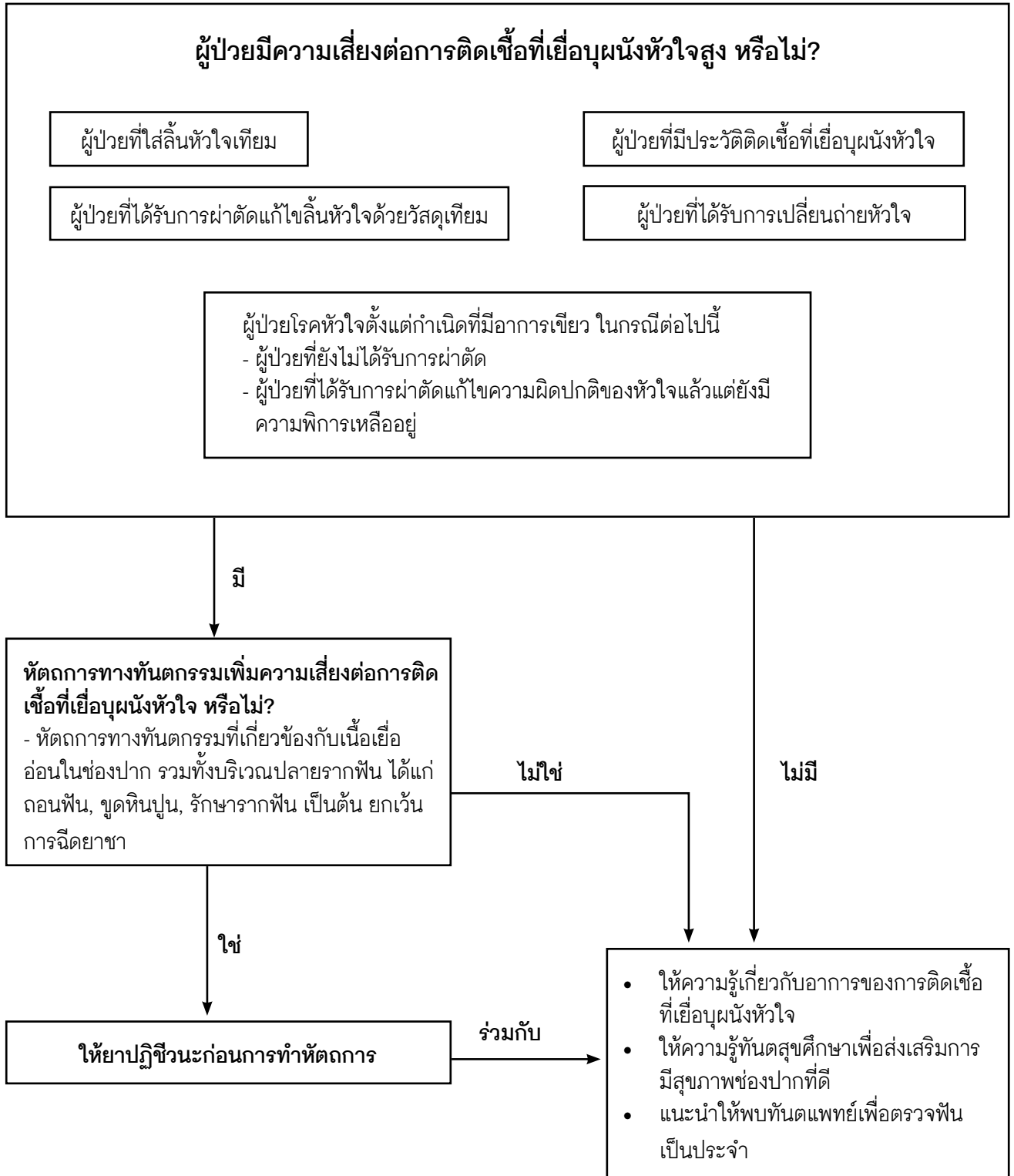
1. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อเมือกเหงือกจะต้องได้รับยาปฏิชีวนะ “ก่อน” การทำหัตถการอย่างน้อย 1 ชั่วโมง สำหรับรูปแบบยาเกิน และ 30 นาที ก่อนการทำหัตถการ สำหรับรูปแบบยาฉีด แต่หากไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการ สามารถให้ยาดังกล่าวในขนาดเดียวกันภายใน 2 ชั่วโมงภายหลังการทำหัตถการได้เช่นกัน ส่วนการให้ยาปฏิชีวนะภายหลังการทำหัตถการนั้นขึ้นกับข้อบ่งชี้ของแต่ละหัตถการและความเสี่ยงในการติดเชื้อทางระบบของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากหลายการศึกษาพบว่าหัตถการทางทันตกรรมไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่เยื่อเมือกเหงือก แต่สุขภาพช่องปากที่ไม่ดีจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่เยื่อเมือกเหงือกมากขึ้น ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เยื่อเมือกเหงือก ควรมีการให้ความรู้ทันตศึกษาและให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพช่องปากควบคู่กันไปด้วย

2. หัตถการทางทันตกรรมที่ต้องเกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก รวมทั้งบริเวณปลายรากฟัน จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อเมือกเหงือก ยกเว้นหัตถการต่อไปนี้ การฉีดยา การถ่ายภาพรังสี การใส่ฟันปลอม การติดหรือปรับเครื่องมือจัดฟัน การหลุดของฟันน้ำนมโดยธรรมชาติ การพิมพ์ปาก การเคลือบฟลูออไรด์

ยาปฏิชีวนะที่แนะนำให้ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อเมือกเหงือก โดยสมาคมทันตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Dental Association) ปี ค.ศ. 2017

	ยาปฏิชีวนะ	ขนาดยาในผู้ใหญ่	ขนาดยาในเด็ก
ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้	Amoxicillin	2 g	50 mg/kg
สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้	Ampicillin หรือ Cefazolin หรือ Ceftriaxone	2 g IM หรือ IV 1 g IM หรือ IV 1 g IM หรือ IV	50 mg/kg IM or IV 50 mg/kg IM or IV 50 mg/kg IM or IV
สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม Penicillins	Cephalexin ** หรือ Clindamycin หรือ Azithromycin หรือ Clarithromycin	2 g 600 mg 500 mg 500 mg	50 mg/kg 20 mg/kg 15 mg/kg 15 mg/kg
สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม Penicillins และไม่สามารถรับประทานยาได้	Cefazolin หรือ Ceftriaxone หรือ Clindamycin	1 g IM หรือ IV 1 g IM หรือ IV 600 mg IM หรือ IV	50 mg/kg IM or IV 50 mg/kg IM or IV 20 mg/kg IM or IV

**หมายเหตุ cephalosporins ไม่ควรใช้ในผู้ที่เคยมีประวัติเกิด anaphylaxis, angioedema หรือ urticaria จาก penicillins



แผนภูมิแสดงแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการทางทันตกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อเมือกเหงือก



เอกสารอ้างอิง

1. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, et al. 2017 AHA/ACC Focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2017;135:e1159-e1195.
2. ADA. Antibiotic prophylaxis prior to dental procedures. *Oral Health Topics* 2017 (cited 31st March 2017).
3. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007;116:1736-54
4. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *J Am Dent Assoc* 2008;139(3):253.
5. วรางคณา ชิดช่วงชัย, ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ. ข้อบ่งชี้สำหรับการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการทำหัตถการทาง ทันตกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อบุผนังหัวใจ. *คู่มือการให้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ: ยาที่ใช้ทางทันตกรรม* 2016:75-6.



7 | ความวิตกกังวลและความกลัวต่อทันตกรรม

ความวิตกกังวลและความกลัวต่อทันตกรรม

ชื่อยา	Diazepam
ขนาด/ความแรง	5 mg orally หรือ 2-10 mg IV
ข้อบ่งชี้	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล หรือมีภาวะ hyperventilation อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล เช่น มีอาการอึดอัด หายใจไม่ออก หายใจเร็วและลึก แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 5 mg tablet [ชนิดฉีด] 10 mg/2 ml ampoule, solution for injection
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 2-10 mg orally for anxiety เด็ก : 1-2.5 mg orally for anxiety
ระยะเวลาในการใช้ยา	60 นาที ก่อนทำหัตถการ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Midazolam
ขนาด/ความแรง	1-2.5 mg IV
ข้อบ่งชี้	anxiety, amnesia และ sedation
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 mg/1 ml, solution for injection
วิธีการใช้ยา	ผู้ใหญ่ : 1-2.5 mg IV slowly titration for anxiety and amnesia เด็ก (อายุ 6 เดือนขึ้นไป) : 0.025-0.05 mg IV slowly titration for anxiety, amnesia and sedation
ระยะเวลาในการใช้ยา	1-3 นาที ก่อนทำหัตถการ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Chloral hydrate
ขนาด/ความแรง	25-50 mg/kg
ข้อบ่งชี้	Oral sedation ในเด็ก
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	500 mg/5 ml syrup
วิธีการใช้ยา	25-50 mg/kg orally 30-60 นาที ก่อนทำหัตถการ (ขนาดยาสูงสุด ไม่เกิน 1 g/ต่อวัน)
ระยะเวลาในการใช้ยา	30-60 นาที ก่อนทำหัตถการ
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

เอกสารอ้างอิง

1. Micromedex drug reference
2. Medscape drug information
3. www.uptodate.com



8 | ความผิดปกติบริเวณขมับขากรรไกร

ความผิดปกติบริเวณขมับขากรรไกร

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/K07.6>)

นิยามของโรค

กลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะบดเคี้ยว อันได้แก่ ข้อต่อขากรรไกร กล้ามเนื้อบดเคี้ยว ตลอดจนอวัยวะและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัย temporomandibular Joint disorder (TMD) อาศัยการซักประวัติผู้ป่วยและการตรวจระบบบดเคี้ยว

อาการ ผู้ป่วยมักมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญต่อไปนี้

1. ความเจ็บปวด ผู้ป่วยมักมีอาการปวดบริเวณหน้าหู ขมับ อาจพบอาการปวดหู ปวดศีรษะ และคอ บ่า ไหล่ ร่วมด้วย
2. การทำหน้าที่ผิดปกติของขากรรไกร เช่น อ้าปากได้จำกัด อ้าปากไม่ตรง อ้าปากค้าง มีเสียงดังที่หน้าหู

อาการแสดง เมื่อตรวจอวัยวะบดเคี้ยวของผู้ป่วยสามารถพบอาการแสดงดังต่อไปนี้

1. อาการกดเจ็บบริเวณ ข้อต่อขากรรไกร กล้ามเนื้อบดเคี้ยว และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
2. เสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกร ที่พบได้บ่อยคือเสียงคลิก
3. อ้าปากได้จำกัด (น้อยกว่า 40 มม.)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ/จำเพาะสำหรับการวินิจฉัย ไม่มีความจำเป็นในเบื้องต้น แต่หากมีจะเป็นการดีเพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากความผิดปกติอื่น ๆ

1. ภาพถ่ายรังสีทั่วไป หรือ คอมพิวเตอร์สแกน เพื่อตรวจหาความผิดปกติของแมนดิบูลาร์คอนดอยล์และความผิดปกติของกระดูกบริเวณใกล้เคียง
2. MRI เพื่อตรวจหาตำแหน่งของแผ่นรองข้อต่อขากรรไกร ซึ่งไม่จำเป็นในการวินิจฉัยเบื้องต้น

การดูแลรักษาผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วย TMD มุ่งเน้นไปในการกำจัดและควบคุมปัจจัยที่มีส่วนก่อให้เกิดโรค (contributing factors) โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา



หากผู้ป่วยมีอาการปวดมาไม่เกิน 2 สัปดาห์ และทราบสาเหตุแน่นอน เช่น จากการเคี้ยว ใช้งานขากรรไกรมากเกินไป หรือเพ็งอ้าปากกว้าง อ้าปากเป็นระยะเวลานานจากการทำฟัน ผู้ป่วยมักจะหายได้เองหลังจากการดูแลตนเองเบื้องต้น ได้แก่

- พักการใช้งานของขากรรไกร ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการเคี้ยวอาหารเหนียวแข็ง รับประทานอาหารคำเล็กกลืน เคี้ยวอาหารเท่า ๆ กันทั้ง 2 ข้าง และจำกัดการใช้ขากรรไกรให้อยู่ในระยะเวลาที่ไม่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด หลีกเลี่ยงการอ้าปากกว้าง รวมถึงพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดอาการปวด
- หากมีอาการปวดบวม หรือมีการบาดเจ็บ ให้ประคบด้วยความเย็นเป็นระยะ หากมีอาการปวดจากกล้ามเนื้อ แนะนำประคบอุ่นบริเวณที่ปวดประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง

พิจารณาใช้เปลือกสบฟัน กายภาพบำบัด หรือการรักษาอื่นๆ ร่วมเพื่อกำจัดและควบคุมปัจจัยที่มีส่วนก่อให้เกิดโรค

การใช้ยาในผู้ป่วย TMD

มักเป็นการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว หรือใช้เสริมการรักษาอื่นๆ สามารถพิจารณาเลือกใช้ได้ดังนี้

ชื่อยา	Paracetamol
ขนาด/ความแรง	325, 500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 325, 500 mg tablet [ชนิดน้ำ] 120 mg/5 ml syrup, 250 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 500, 650, 750 หรือ 1,000 mg ขึ้นกับน้ำหนักตัว (คำนวณจากขนาดยา 10-15 mg/kg/dose) รับประทานเมื่อมีอาการปวด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง และไม่เกิน 4,000 mg ต่อวัน
ระยะเวลาในการใช้ยา	3-5 วัน (ขึ้นกับอาการปวด)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Ibuprofen
ขนาด/ความแรง	400 mg
ข้อบ่งชี้	เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อต่อขากรรไกร และด้านการอักเสบในกรณีที่มีการอักเสบของอวัยวะบดเคี้ยวอื่น ๆ
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 200, 400 mg tablet [ชนิดน้ำ] 100 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 400 mg วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เมื่อมีอาการปวดห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง (การรับประทานหลังอาหารทันทีอาจทำให้ยาออกฤทธิ์ช้าลง) ควรดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 แก้ว
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันเกิน 15 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Diazepam
ขนาด/ความแรง	5 mg
ข้อบ่งชี้	ใช้บรรเทาอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 mg tablet
วิธีการใช้ยา	5 mg ก่อนนอน เมื่อมีอาการ
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน 10 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ชื่อยา	Amitriptyline
ขนาด/ความแรง	10 mg และ 25 mg
ข้อบ่งชี้	ใช้บรรเทาอาการปวดเรื้อรังของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และอาการปวดเรื้อรังบริเวณช่องปาก
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	10 mg tablet
วิธีการใช้ยา	10 mg วันละ 1 ครั้ง
ระยะเวลาในการใช้ยา	ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันเกิน 30 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. Thai national formulary. Central nervous system volume 1. 2010.
2. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แก้ไขทะเบียนตำรับยาที่มีพาราเซตามอลเป็นส่วนประกอบชนิดรับประทาน. ราชกิจจานุเบกษา 2560;เล่ม 134 ตอนพิเศษ 97 ง.
3. Administration U.S. Food and Drug. FDA Drug safety communication: Prescription acetaminophen products to be limited to 325 mg per dosage unit; boxed warning will highlight potential for severe liver failure.
4. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ ราชกิจจานุเบกษา 2561;เล่ม 135 ตอนพิเศษ 14 ง.
5. Becker DE, Phero JC. Drug therapy in dental practice: Nonopioid and opioid analgesics. Anesth Prog 2005;52:140-9.
6. Canada Health. New safety information for prescription-strength ibuprofen: Risk of heart attack and stroke at high doses. 2015.
7. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6713/smpc#POSODOLOGY>



9 | การใช้ยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะสำหรับการบาดเจ็บของฟัน

การเกิดการบาดเจ็บต่อฟันและเนื้อเยื่อปริทันต์จากอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น ในการให้การรักษาดังกล่าว โดยเฉพาะในกรณีที่มีการเจริญเติบโตของรากฟันที่ไม่สมบูรณ์ ทันตแพทย์จะต้องพยายามรักษาความมีชีวิตของโพรงประสาทของเนื้อเยื่อในไว้ เพื่อให้เกิดการเจริญเติบโตของรากฟันอย่างต่อเนื่องจนสมบูรณ์ ซึ่งกระบวนการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง และการวางแผนรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การบำบัดฉุกเฉินไปจนถึงการรักษา รวมไปถึงการติดตามอาการเพื่อประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ล้วนมีความสำคัญและส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาทั้งสิ้น¹⁻³ ทั้งนี้ในการตัดสินใจให้การรักษาหรือติดตามอาการนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย สภาพในช่องปาก รวมไปถึงปัจจัยส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ข้อจำกัดต่าง ๆ ความสามารถของผู้ป่วยในการกลับมาติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ และปัจจัยทางเศรษฐฐานะของผู้ป่วย เป็นต้น

สำหรับเนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงข้อมูลทั่วไปของอุบัติเหตุต่อฟันในลักษณะต่าง ๆ¹⁻⁵ และข้อบ่งชี้และแนวทางการใช้ยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะเมื่อเกิดอุบัติเหตุต่อฟันในลักษณะต่าง ๆ^{6,7} เป็นหลัก

การใช้ยาแก้ปวดเมื่อเกิดการบาดเจ็บของฟัน อวัยวะปริทันต์ และเนื้อเยื่อข้างเคียง

ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาแก้ปวดที่ระบุชัดเจนสำหรับภัยอันตรายแต่ละชนิด แต่เมื่อเกิดอุบัติเหตุต่อฟัน ผู้ป่วยอาจได้รับความเจ็บปวดจากการที่มีการเผยผิของเนื้อเยื่อใน หรือเมื่อเนื้อเยื่ออ่อน หรืออวัยวะปริทันต์ได้รับการบาดเจ็บหรือมีการอักเสบ โดยลักษณะการใช้ยาแก้ปวด เป็นการให้ยาตามอาการ (supportive treatment) เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดเท่านั้น ส่วนวิธีการลดปวดที่แท้จริงคือการแก้ไขที่สาเหตุ

การพิจารณาเลือกชนิดของยาแก้ปวด จะต้องคำนึงถึงระดับของความเจ็บปวดและสภาพร่างกายทางระบบ ว่าผู้ป่วยสามารถทนต่อการรับยาในกลุ่ม Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ได้หรือไม่ กรณีที่มีข้อบ่งชี้แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยาในกลุ่ม NSAIDs ได้ จะต้องใช้ยา paracetamol แทน ในกรณีที่มีอาการปวดที่รุนแรงมาก การใช้ยาในกลุ่มของ NSAIDs ร่วมกับ paracetamol จะให้ผลบรรเทาปวดได้มากขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิด adverse effects ที่มากขึ้น⁸⁻¹⁰ โดยพิจารณาใช้ยาแก้ปวดตามรายละเอียดในบทที่ 3 “หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”



การใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเกิดการบาดเจ็บของฟัน อวัยวะปริทันต์ และเนื้อเยื่อข้างเคียง

จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ยาปฏิชีวนะที่มีต่อการหายของเนื้อเยื่อใน อวัยวะปริทันต์ และ กระดูกขาฟัน ที่มีค่อนข้างจำกัด พบว่าไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาปฏิชีวนะทางระบบเมื่อเกิดการบาดเจ็บของฟันและกระดูกขากรรไกรโดยทั่วไป ภายหลังจากเกิดอุบัติเหตุ ยกเว้นกรณีที่มีการหลุดของฟันออกจากขาฟัน^{1,2} ดังจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

อย่างไรก็ตาม หลังจากเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก เนื่องจากมีความเจ็บปวด หรือมีข้อจำกัดในการอ้าปาก ดังนั้น ในบางกรณี อาจแนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปาก โดยใช้น้ำยาที่มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย เช่น คลอเฮกซีดีนกลูโคเนต 0.12% ชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์เป็นเวลา 1-2 อาทิตย์ เพื่อหวังผลในการลดจำนวนเชื้อในช่องปากได้¹

ชนิดของการบาดเจ็บของฟันและอวัยวะปริทันต์สามารถแบ่งได้ดังนี้¹

9.1 Tooth fractures and alveolar fractures

- 9.1.1 Uncomplicated crown fracture
- 9.1.2 Complicated crown fracture
- 9.1.3 Crown/root fracture
- 9.1.4 Root fracture
- 9.1.5 Alveolar fracture

9.2 Concussion, subluxation and luxation

9.3 Avulsion

หลังเกิดการบาดเจ็บของฟันและอวัยวะปริทันต์แต่ละชนิด ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป โดยมีลักษณะของอาการ อาการแสดง และมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะ โดยสังเขปดังนี้

9.1 Tooth Fractures and Alveolar Fractures

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/S02.5>)

การบาดเจ็บที่มีการแตกหักของฟันหรือกระดูกขาฟัน สามารถแบ่งได้เป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

9.1.1 Uncomplicated Crown Fracture

นิยามของโรค

การหักของตัวฟันในส่วนเคลือบฟัน (enamel) หรือทั้งเคลือบฟันและเนื้อฟัน (dentine) โดยไม่ลึกไปถึงโพรงประสาทฟัน (pulp chamber)



แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมีอาการเสียวฟันเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น อาการเสียวฟันอาจจะมาจากการสัมผัส (exploration) หรือการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ โดยอาการดังกล่าวจะคงอยู่เฉพาะเวลาที่ได้รับสิ่งกระตุ้น หากกำจัดสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นออกไปแล้ว อาการควรจะหายเป็นปกติ

ลักษณะทางคลินิก พบการหักของตัวฟันในส่วนเคลือบฟัน (enamel) หรือมีการหักทั้งส่วนของเคลือบฟันและเนื้อฟัน (dentine) โดยไม่พบรอยทะลุเข้าสู่โพรงประสาทฟัน (pulp chamber) เมื่อทดสอบความมีชีวิตของฟัน จะพบการตอบสนองปกติ ไม่โยก เคาะไม่เจ็บ

การใช้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาระงับปวด แต่ให้รักษาโดยการเชื่อมยึดชิ้นส่วนของฟันที่หักเข้าด้วยกัน หรือทำการปิดเนื้อฟันที่มีการเผยผิวด้วยวัสดุที่มีคุณสมบัติกันรั่ว เช่น glass ionomer cement หรือ resin composite ก่อนให้การบูรณะอย่างสมบูรณ์ต่อไป

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ

9.1.2 Complicated Crown Fracture

นิยามของโรค

การหักของตัวฟันทั้งในส่วนของเคลือบฟันและเนื้อฟัน โดยมีการเผยผิวดของโพรงประสาทฟันร่วมด้วย

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ มีอาการเสียวฟัน โดยเฉพาะเมื่อมีการกระตุ้นโพรงประสาทฟันที่มีการเผยผิวด

ลักษณะทางคลินิก พบการหักของตัวฟันทั้งในส่วนของเคลือบฟันและเนื้อฟัน โดยมีรอยทะลุเข้าสู่โพรงประสาทฟัน (pulp chamber) ร่วมด้วย ฟันยังคงตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน ฟันไม่โยก เคาะไม่เจ็บ แต่อาจพบการอักเสบและการตายของฟันได้ในกรณีฟันที่ได้รับอันตรายถูกทิ้งไว้เป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา

การใช้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาระงับปวด แต่สามารถยับยั้งอาการที่เกิดขึ้นได้โดยการแก้ไขที่สาเหตุ โดยการปิดบริเวณที่เผยผิวดของเนื้อเยื่อใน โดยอาจให้การรักษาฉุกเฉินด้วยการทำ pulp capping หรือ partial pulpotomy แล้วทำการปิดเนื้อฟันที่เผยผิวดด้วยวัสดุที่มีคุณสมบัติกันรั่ว หรือเชื่อมยึดชิ้นส่วนของฟันที่หักเข้าด้วยกัน ก่อนให้การบูรณะฟันให้สมบูรณ์ต่อไป

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ



9.1.3 Crown/Root Fracture

นิยามของโรค

การหักของฟันทั้งในส่วนตัวฟันและรากฟัน โดยครอบคลุมทั้งในส่วนของเคลือบฟัน เนื้อฟัน และเคลือบรากฟัน (cementum) อาจมีการเผยตัวของโพรงประสาทฟันร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมีอาการเสียวฟันหรือไม่ก็ได้ โดยผู้ป่วยอาจมีอาการคล้ายกับกรณี uncomplicated crown fractures และ complicated crown fractures แต่ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บเหงือกร่วมด้วย โดยเฉพาะเมื่อมีการขยับของ coronal fragment ของฟันส่วนที่หัก

ลักษณะทางคลินิก พบการหักของฟันไปถึงส่วนที่มีเหงือกปกคลุม โดยฟันส่วนที่หักมักจะยังคงยึดอยู่กับเนื้อเยื่อปริทันต์ ทำให้มีการโยกของ coronal fragment และมีอาการเคาะเจ็บของฟัน ฟันส่วนใหญ่มักจะยังคงตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน

การให้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาระงับปวดที่ชัดเจน แต่ถ้ามีความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ อาจพิจารณาใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ (supportive treatment) ได้ โดยพิจารณาใช้ยาแก้ปวดตามรายละเอียดในบทที่ 3 “หัวข้อ 3.1.1 การให้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ

9.1.4 Root Fracture

นิยามของโรค

การหักของรากฟัน ซึ่งอาจมีตำแหน่งของการหักอยู่ที่ระดับ apical, middle หรือ cervical 1/3 ของรากฟันก็ได้

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการฟันโยก กัดเจ็บ

ลักษณะทางคลินิก อาจพบการโยกและการเคลื่อนตัวผิดตำแหน่งของ coronal fragment ของฟัน และอาจมีเลือดออกจากร่องเหงือกร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่จะไม่พบการผิดตำแหน่งของ apical fragment ฟันมีอาการเคาะเจ็บ และอาจไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันในระยะแรกหลังเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมี transient pulpal damage ทั้งนี้ การยืนยันการหักของรากฟันด้วยเทคนิคการถ่ายภาพรังสีหลายมุมเป็นสิ่งจำเป็น โดยจะพบการปรากฏรอยโปร่งรังสีของรอยหักในแนวขวาง หรือแนวทแยงก็ได้



การใช้ยาระงับปวด

กรณีผู้ป่วยมีอาการปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในและฟัน อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ (supportive treatment) โดยพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามรายละเอียดในบทที่ 3 "หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์"

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ

9.1.5 Alveolar Fracture

นิยามของโรค

การหักของส่วนกระดูกเบ้าฟัน

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการที่มีฟันโยกหลายซี่ในบริเวณเดียวกัน หรือรู้สึกว่ามี การสบฟันที่ สบกระแทกหรือผิดแปลกไป

ลักษณะทางคลินิก พบการหักของส่วนของกระดูก (bone segment) ทำให้มีการเคลื่อนตำแหน่งของส่วนกระดูกเบ้าฟัน โดยรอยแตกของกระดูกอาจอยู่ที่ระดับใดก็ได้ เริ่มตั้งแต่ marginal bone ไปจนถึงปลายราก ในกรณีที่รอยแตกพาดผ่านกระดูกเบ้าฟันมากกว่าหนึ่งซี่ จะตรวจพบการโยกและการเคลื่อนตำแหน่งของฟันหลายซี่ติดกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการสบกระแทกของฟัน ทั้งนี้ การยืนยันการหักของ รากฟันด้วยเทคนิคการถ่ายภาพรังสีแบบต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็น

การใช้ยาระงับปวด

กรณีผู้ป่วยมีอาการปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอวัยวะปริทันต์ อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ (supportive treatment) โดยพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามรายละเอียดในบทที่ 3 "หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์"

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ

9.2 Concussion, Subluxation and Luxation

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/S03.2>)

การเกิดอุบัติเหตุอาจทำให้เกิดแรงกระแทกต่อฟันซึ่งอาจส่งผลให้มีการบาดเจ็บของเส้นเลือดและเส้นประสาทที่มาเลี้ยงฟัน รวมไปถึงอวัยวะปริทันต์ โดยที่ไม่มีการแตกหักของฟันร่วมด้วย ซึ่งการบาดเจ็บดังกล่าว อาจเกิดขึ้นได้หลายลักษณะดังนี้



9.2.1 Concussion

นิยามของโรค

การที่ฟันมีอาการเจ็บเมื่อกด (tender to touch) แต่ไม่มีการโยกที่ผิดปกติ (abnormal mobility) และไม่มีการเคลื่อนตัวผิดตำแหน่ง (displacement)

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมีอาการกัดเจ็บ หรือเคี้ยวเจ็บ

ลักษณะทางคลินิก ฟันมักจะยังคงตอบสนองต่อการทดสอบภาวะเสียวหรือการทดสอบความมีชีวิตของฟัน และมีอาการเจ็บเมื่อเคาะ แต่ไม่โยก ไม่พบฟันเปลี่ยนตำแหน่ง และไม่พบความผิดปกติของลักษณะทางภาพรังสี

การให้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาแก้ปวด

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะทางระบบ แต่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียเฉพาะที่ ได้แก่ คลอเฮกซิดีนกลูโคเนต 0.12% ชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหวังผลในการลดจำนวนเชื้อในช่องปาก

9.2.2 Subluxation

นิยามของโรค

การที่ฟันมีอาการเจ็บเมื่อกด และ/หรือ เจ็บเมื่อเคาะ ร่วมกับมีการโยกของฟันมากกว่าปกติ แต่ไม่มีการเคลื่อนที่ไปอยู่ผิดตำแหน่ง

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ อาจมาด้วยความรู้สึกที่ฟันโยกเล็กน้อย

ลักษณะทางคลินิก พบฟันมีการขยับหรือโยกมากกว่าปกติ ฟันยังอยู่ในกระดูกเบ้าฟันแต่ไม่มีการเคลื่อนที่ไปผิดตำแหน่ง ฟันมีอาการเจ็บเมื่อเคาะ แต่มักให้ผลตอบสนองที่เป็นบวกต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน อย่างไรก็ตาม ความเสียหายของเนื้อเยื่อในแบบชั่วคราว (transient pulpal damage) อาจทำให้ฟันไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันในช่วงแรกๆ หลังเกิดอุบัติเหตุ แต่ไม่พบความผิดปกติของลักษณะทางภาพรังสี



การใช้ยาระงับปวด

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาแก้ปวด แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ (supportive treatment) ตามรายละเอียดในบทที่ 3 “หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะทางระบบ แต่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียเฉพาะที่ ได้แก่ คลอเฮกซีดีนกลูโคเนต 0.12% ชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหวังผลในการลดจำนวนเชื้อในช่องปาก

9.2.3 Luxation

แรงจากอุบัติเหตุอาจส่งผลให้เกิดการเคลื่อนที่ของฟันทั้งซี่ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นการเคลื่อนที่ตามแนวต่าง ๆ ดังนี้

9.2.3.1 Extrusive Luxation

นิยามของโรค

การที่ฟันเคลื่อนตัวผิดตำแหน่งในแกน axial โดยมีทิศทางเคลื่อนออกจากกระดูกเข้าฟัน หรือเคลื่อนไปทางปลายฟัน (incisally)

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมาด้วยความรู้สึกที่ฟันยื่นยาวมากขึ้นหลังได้รับอุบัติเหตุ และมีฟันโยก

ลักษณะทางคลินิก ฟันมักจะมีลักษณะที่ยื่นยาวกว่าซี่อื่นๆ โยก และมีอาการเจ็บเมื่อเคาะ ฟันส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะให้การตอบสนองเป็นลบต่อการทดสอบภาวะเสียวหรือการทดสอบความมีชีวิตของฟัน เมื่อพิจารณาภาพรังสีจะพบการกว้างขึ้นของช่องเอ็นยึดปริทันต์ (enlarged periodontal ligament space)

การใช้ยาระงับปวด

กรณี que ผู้ป่วยมีอาการปวดจากการบาดเจ็บของอวัยวะปริทันต์ อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ (supportive treatment) ตามรายละเอียดในบทที่ 3 “หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะทางระบบ แต่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียเฉพาะที่ ได้แก่ คลอเฮกซีดีนกลูโคเนต 0.12% ชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหวังผลในการลดจำนวนเชื้อในช่องปาก



9.2.3.2 Lateral Luxation

นิยามของโรค

การที่ฟันเคลื่อนตัวผิดตำแหน่งในทิศทางด้านข้าง (lateral) มักพบร่วมกับการแตกหักของกระดูกที่บิด้านริมฝีปาก (facial cortical bone)

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมาด้วยรู้สึกว่ามีฟันอยู่ผิดตำแหน่ง และอาจรู้สึกว่ามีอาการสบฟันที่ผิดปกติไปจากเดิม

ลักษณะทางคลินิก มักไม่พบการโยก เนื่องจากฟันถูกยึดอยู่ในกระดูกที่ตำแหน่งใหม่ และมีอาการเจ็บเมื่อเคาะ ถ้ามีการแตกหักของส่วนยื่นกระดูกเบ้าฟัน (alveolar process) อาจสามารถคลำพบรอยแตกร่วมด้วยได้ ฟันส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะไม่ตอบสนองต่อการทดสอบภาวะเสียวหรือการทดสอบความมีชีวิตของฟัน เมื่อพิจารณาภาพรังสีจะพบการกว้างขึ้นของช่องเอ็นยึดปริทันต์

การให้ยาระงับปวด

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดจากการบาดเจ็บของฟันและอวัยวะปริทันต์ สามารถพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามอาการ โดยพิจารณาตามระดับความเจ็บปวด ตามรายละเอียดในบทที่ 3 “หัวข้อ 3.1.1 การให้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การให้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาปฏิชีวนะ แต่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียเฉพาะที่ได้แก่ คลอเฮกซีดีนกลูโคเนต 0.12% ชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหวังผลในการลดจำนวนเชื้อในช่องปาก

9.2.3.3 Intrusive Luxation

นิยามของโรค

การที่ฟันเคลื่อนตัวผิดตำแหน่งในทิศทางเข้าด้านใน (inward) ไปทางกระดูกเบ้าฟัน มักพบร่วมกับการแตกหักของกระดูกเบ้าฟันบริเวณปลายรากฟัน

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยอาจมาด้วยรู้สึกว่ามีฟันมีความยาวสั้นลง หรืออาจไม่พบการปรากฏของตัวฟันให้เห็นในช่องปาก

ลักษณะทางคลินิก เนื่องจากฟันถูกดันหรืออัดเข้าไปในทิศทางเข้าหากระดูก ทำให้ฟันซี่ดังกล่าวมีระดับการสบฟันที่ต่ำกว่าปกติ (partially or totally infra-occluded) และมักไม่พบการโยกของฟัน อาจคลำพบรอยแตกของกระดูกถ้ามีการแตกหักของส่วนยื่นกระดูกเบ้าฟัน (alveolar process) ร่วมด้วยได้ ฟันส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะไม่ตอบสนองต่อการทดสอบภาวะเสียวหรือการทดสอบความมีชีวิตของฟัน



และมักมีอาการเจ็บเมื่อเคาะ เมื่อพิจารณาภาพรังสีจะพบช่องเอ็นยึดปริทันต์ในบางบริเวณหายไป และอาจพบตำแหน่ง cemento-enamel junction อยู่ค่อนข้างไปทางปลายรากฟันมากกว่าฟันซี่ข้างเคียงที่ไม่ได้รับการบำบัดเจ็บ หรืออาจพบภาพรังสีของฟันที่หลุดเข้าไปอยู่ในบริเวณโพรงจมูก (nasal cavity)

การใช้ยาระงับปวด

สามารถให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ โดยพิจารณาตามระดับความเจ็บปวด ตามรายละเอียดในบทที่ 3 “หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะ แต่แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียเฉพาะที่ได้แก่ คลอเฮกซีดีนกลูโคไซด์ 0.12% ชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหวังผลในการลดจำนวนเชื้อในช่องปาก

ในฟันปลายรากปิด มักพบการตายของเนื้อเยื่อใน จึงแนะนำให้ทำการรักษาคลองรากฟันหลังเกิดอุบัติเหตุประมาณ 2 อาทิตย์ โดยให้ยาที่มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียเฉพาะที่ได้แก่ แคลเซียมไฮดรอกไซด์ ใส่ในคลองรากฟัน โดยอาจทิ้งไว้ได้นานถึง 4 สัปดาห์

9.3.3 Avulsion

(<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/S03.2>)

นิยามของโรค

การที่ฟันหลุดออกมาจากเบ้าฟันทั้งซี่

แนวทางการวินิจฉัย

อาการ ผู้ป่วยมีฟันที่หลุดออกมาจากเบ้าฟันทั้งซี่ ซึ่งมักพบว่ามีสาเหตุจากการได้รับการบาดเจ็บของฟันและอวัยวะปริทันต์แบบเฉียบพลัน (acute trauma)

ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยมีฟันที่หลุดออกมาจากเบ้าฟัน

การใช้ยาระงับปวด

สามารถให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ โดยพิจารณาตามระดับความเจ็บปวด ตามรายละเอียดในบทที่ 3 “หัวข้อ 3.1.1 การใช้ยาแก้ปวดกับโรคทางเอ็นโดดอนติกส์”

การใช้ยาปฏิชีวนะ

ในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายฟัน (replantation) นั้น มีรายงานถึงแนวโน้มของการหายที่ดีขึ้นของอวัยวะปริทันต์ทั้งภายหลังการให้ยาปฏิชีวนะทางระบบ ได้แก่ penicillin, streptomycin หรือ amoxicillin หรือหลังการให้ยาปฏิชีวนะเฉพาะที่ (topical administration) ไม่ว่าจะเป็นการใช้ทาที่ผิวของรากฟัน หรือการใช้เป็นยาใส่ในคลองรากฟัน โดยพบว่าสามารถช่วยป้องกัน หรือลดการเกิดการละลายของผิวรากฟันได้^{5,7}



สำหรับผลต่อการหายของเนื้อเยื่อในนั้น ไม่พบประโยชน์ของการให้ยาปฏิชีวนะทางระบบต่อการหายของเนื้อเยื่อใน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะที่โดยการแช่ฟันในสารละลาย tetracycline เป็นเวลา 5 นาที ก่อนทำการปลูกถ่ายฟัน สามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการเกิด pulp revascularization ในฟัน immature ได้เป็นสองเท่า^{5,7}

วิธีการให้ยาปฏิชีวนะทางระบบ

ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 12 ปี ให้รับประทาน amoxicillin¹ ในขนาดที่เหมาะสมกับอายุและน้ำหนักของผู้ป่วย เป็นเวลา 7 วันหลังเกิดอุบัติเหตุ

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	คำนวณตามน้ำหนัก
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
วิธีการใช้ยา	เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี : รับประทานยา 25-50 mg/kg/day (แบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง)
ระยะเวลาในการใช้ยา	7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 12 ปี ให้รับประทาน tetracycline⁵ หรือ doxycycline¹ ในขนาดที่เหมาะสมกับอายุและน้ำหนักของผู้ป่วย เป็นเวลา 7 วันหลังเกิดอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม ในการบริหารยาจะต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงในการทำให้ฟันเปลี่ยนสี (discoloration) จากการให้ tetracycline ด้วย

ชื่อยา	Tetracycline
ขนาด/ความแรง	250 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	250 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 250 mg วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน
ระยะเวลาในการใช้ยา	7 วัน
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”



ชื่อยา	Doxycycline
ขนาด/ความแรง	100 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 100 mg capsule
วิธีการใช้ยา	รับประทานยา 100 mg วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น
ระยะเวลาในการใช้ยา	7 วัน
ข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญ	ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 12 รายละเอียดของยา”

วิธีการใช้สารละลายยาปฏิชีวนะหรือสารที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อเฉพาะที่

การใช้สารละลายยาปฏิชีวนะเฉพาะที่ มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฟันที่หลุดออกจากเบ้าเป็นฟันปลายรากเปิดที่อยู่นอกช่องปากเป็นเวลาน้อยกว่า 60 นาทีและถูกแช่ไว้ใน media ที่เหมาะสม เช่น สารละลายแฮงส์บาลานซ์ซอลท์ (HBSS) น้ำเกลือ หรือ นม โดยให้แช่ฟันในสารละลาย doxycycline หรือ minocycline (1 mg ในน้ำเกลือ 20 ml) เป็นเวลา 5 นาที ก่อนการปลูกถ่ายฟัน เพื่อหวังผลให้มีการหายที่ดีขึ้นของอวัยวะปริทันต์ และเพิ่มโอกาสในการเกิด revascularization^{1,5}

ส่วนในกรณีที่ฟันปลายรากปิดหลุดออกจากกระดูกเบ้าฟันและอยู่นอกช่องปากเป็นเวลานานกว่า 60 นาที อาจแช่ฟันในสารละลายโซเดียมฟลูออไรด์ที่มีความเข้มข้น 2 % เป็นเวลา 20 นาที ก่อนทำการปลูกถ่ายฟัน เพื่อหวังผลในการยับยั้งกระบวนการแทนที่ฟันด้วยกระดูก (osseous replacement) และลดโอกาสในการเกิดการยึดติดของฟันกับกระดูกเบ้าฟัน (ankylosis)¹

ในกรณีที่ต้องให้การรักษาคคลองรากฟัน แนะนำให้ใช้ calcium hydroxide เป็นยาที่ใส่ในคลองรากฟันก่อนการอุดคลองรากฟัน ซึ่งสามารถใส่ยาทิ้งไว้ได้เป็นเวลานานถึง 4 อาทิตย์ อย่างไรก็ตาม ถ้าต้องการใช้ยาที่มีส่วนผสมของยาปฏิชีวนะและสเตียรอยด์ในคลองรากฟันเพื่อหวังผล anti-inflammatory และ antiresorptive activity ให้ใช้ทันทีหรือใช้ในระยะเวลาแรกหลังการปลูกถ่ายฟัน และทิ้งไว้ในคลองรากเป็นเวลาอย่างน้อยสองอาทิตย์¹

นอกจากนี้ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซิดีนกลูโคเนต 0.12 % ชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหวังผลด้านแบคทีเรียเฉพาะที่ ถ้าฟันที่หลุดออกจากเบ้ามีการสัมผัสกับดินหรือสิ่งสกปรกที่อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อบาดทะยัก ให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อฉีดยาป้องกันบาดทะยักต่อไป^{1,5}



เอกสารอ้างอิง

1. The Association of Endodontists. The Recommended Guidelines of the American Association of Endodontists for The Treatment of Traumatic Dental Injuries. Available at: <http://www.nxtbook.com/nxtbooks/aae/traumaguidelines/index.php>. Accessed April 10, 2017.
2. American Association of Endodontists. Colleagues for Excellence Summer 2014: The Treatment of Traumatic Dental Injuries. Available at: https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2017/06/ecfe_summer2014-final.pdf
3. Bakland LK. Dental trauma guidelines. J Endod 2013;39 Suppl 3:S6-8.
4. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol 2012;28(1):2-12.
5. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol 2012;28(2):88-96.
6. Rosenberg PA. Endodontic pain. Endod Topics 2014;30:75-98.
7. Andreasen JO, Jensen SS, Sae-Lim V. The role of antibiotics in preventing healing complications after Traumatic dental injuries: a literature review. Endod Topics 2006;14: 80-92.
8. Mehlisch DR, Aspley S, Daniels SE, Bandy DP. Comparison of the analgesic efficacy of concurrent ibuprofen and paracetamol with ibuprofen or paracetamol alone in the management of moderate to severe acute postoperative dental pain in adolescents and adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, single dose, two-center, modified factorial study. Clin Ther 2010;32(5):882-95.
9. Daniels SE, Goulder MA, Aspley S, Reader S. A randomised, five-parallel-group, placebo- controlled trial comparing the efficacy and tolerability of analgesic combinations including a novel single-tablet combination of ibuprofen/paracetamol for postoperative dental pain. Pain 2011;152(3):632-42.
10. Mehlisch DR, Aspley S, Daniels SE, Southerden KA, Christensen KS. A single-tablet fixed-dose combination of racemic ibuprofen/paracetamol in the management of moderate to severe postoperative dental pain in adult and adolescent patients: a multicenter, two-stage, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, factorial study. Clin Ther 2010;32(6):1033-49.



10 | การใช้ยาแก้ปวดทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผล

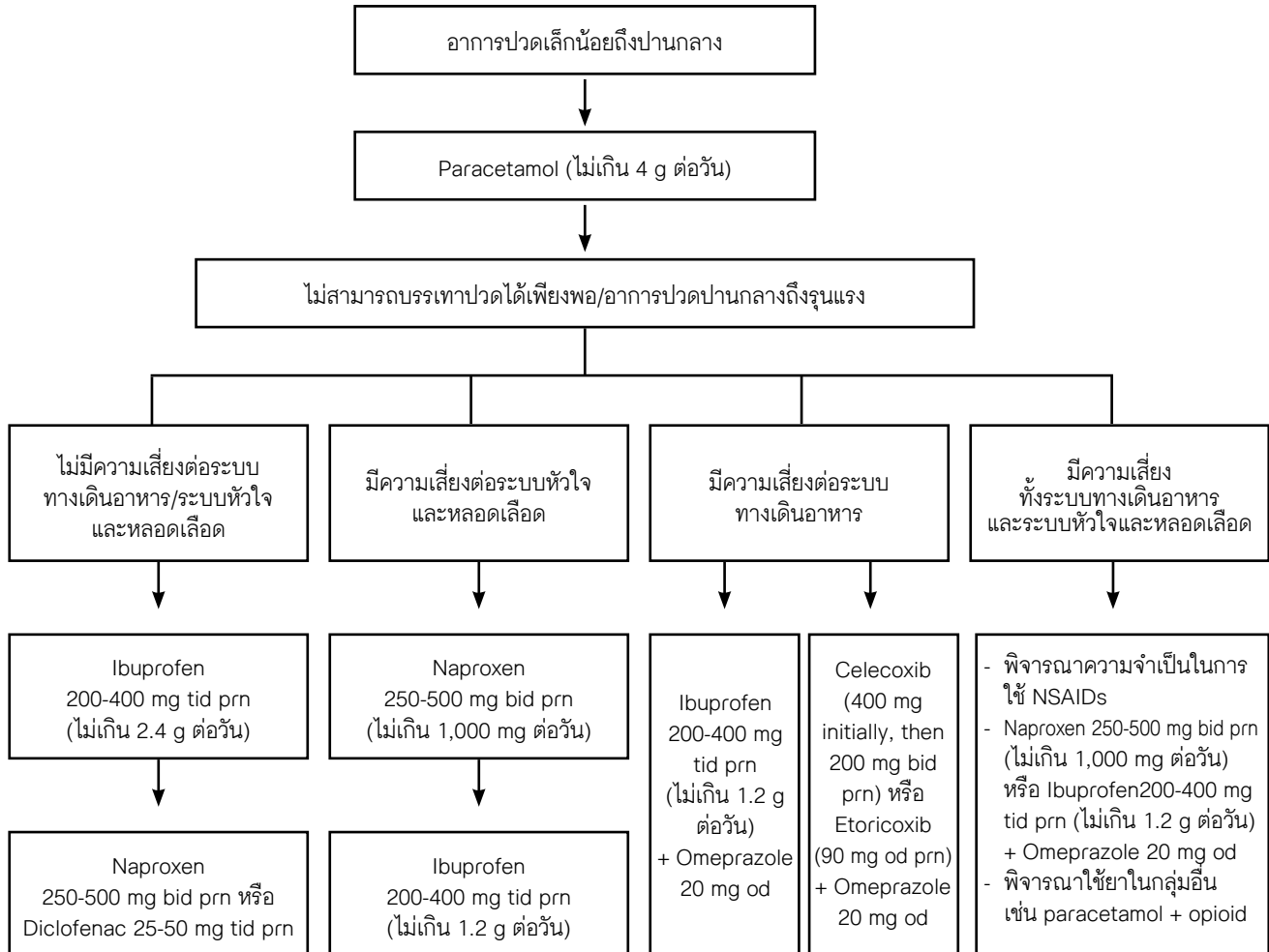
ยาแก้ปวดเป็นหนึ่งในกลุ่มยาที่ทันตแพทย์ใช้บ่อยที่สุด ทันตแพทย์ควรเลือกใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ในกรณีที่ต้องการบรรเทาอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก คือ paracetamol ในขนาด 10-15 mg/kg/ครั้ง และไม่เกิน 4,000 mg/วัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยทนยาชนิดนี้ได้ดี พบผลข้างเคียงน้อยกว่ายาในกลุ่ม NSAIDs ในกรณี paracetamol ไม่สามารถบรรเทาปวดได้เพียงพอ จึงพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs โดยคำนึงถึงความเสี่ยงต่อระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด (รูปที่ 10.1)

ความเสี่ยงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่

- อายุมากกว่า 65 ปี
- มีประวัติเป็นแผลในทางเดินอาหาร หรือ เลือดออกในทางเดินอาหาร
- มีโรคร่วม (serious comorbidity)
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น aspirin, warfarin, steroids, ยาต้านซึมเศร้า
- กลุ่ม SSRIs
- การใช้ยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่

- มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคหัวใจล้มเหลว
- โรคเบาหวาน
- อายุมากกว่า 65 ปี (โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชาย)



รูปที่ 10.1 ขั้นตอนพิจารณาการใช้ยาระงับปวดทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผล

เอกสารอ้างอิง

1. <http://nice.org.uk/guidance/ktt13>
2. Ong CK, Seymour RA. An evidence-based update of the use of analgesics in dentistry. *Periodontol* 2000. 2008;46:143-64.
3. <https://www.dorsetccg.nhs.uk>

11 | อันตรกิริยาระหว่างยา

ปัจจุบันประชากรไทยมีอายุขัยสูงขึ้น ผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุ มักจะมีโรคประจำตัวและรับประทานยาหลายชนิด ซึ่งยาเหล่านั้นอาจมีอันตรกิริยากับยาที่ทันตแพทย์สั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยและก่อให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์ ทันตแพทย์จึงจำเป็นต้องซักประวัติและสอบถามถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานทุกครั้ง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น คู่มือการให้ยาทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผลเล่มนี้ ได้รวบรวมรายการยาที่ใช้ในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีอันตรกิริยาระดับความรุนแรงชนิด “Major” และ “Contraindicated” จากฐานข้อมูล Micromedex (ตารางที่ 11.1) อย่างไรก็ตาม ยาบางชนิด เช่น carbamazepine, midazolam เป็นต้น มีอันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก ไม่สามารถกล่าวถึงได้หมด ทันตแพทย์จึงควรตรวจสอบอันตรกิริยาทุกครั้งก่อนให้ยาเหล่านี้

ตารางที่ 11.1 อันตรกิริยาของยาที่ใช้ในโรงพยาบาล

ยา	คู่ยาที่มีอันตรกิริยา	ความรุนแรง	ผลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อให้ยาร่วมกัน
Amitriptyline	มีอันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก กรุณาตรวจสอบทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายยา		
Amoxicillin, Amoxicillin + Clavulanic acid	Methotrexate	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด methotrexate toxicity
	Mycophenolate Mofetil	Major	ลดระดับของ mycophenolic acid ในเลือด
	Tetracyclines*	Major	ลดประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย
	Venlafaxine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด serotonin syndrome
Ampicillin	Warfarin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก
	Donepezil	Major	ลด seizure threshold
	Methotrexate	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด methotrexate toxicity
	Tetracyclines*	Major	ลดประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย
Warfarin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก	



ยา	คู่ยาที่มีอันตรกิริยา	ความรุนแรง	ผลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาร่วมกัน
Carbamazepine	มีคู่อันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก กรุณาตรวจสอบทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายยา		
Celecoxib	Acemetacin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Anticoagulants*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Antiplatelet agents*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Aspirin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก และการเกิด cardiovascular event
	Bismuth subsalicylate	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Ceritinib	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Corticosteroids*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	cyclosporine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด cyclosporine nephrotoxicity
	Digoxin	Major	เพิ่มระดับ digoxin และอาจทำให้เกิด digoxin toxicity
	Desmopressin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด hyponatremia
	Ginkgo**	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Ketorolac	Contraindicated	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร
	Lithium	Major	เพิ่ม lithium toxicity
	Loop diuretics*	Major	ลดประสิทธิภาพในการขับปัสสาวะและอาจทำให้เกิด nephrotoxicity
	Low-Molecular-Weight Heparins*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
NSAIDs and Salicylates*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก	
Methotrexate	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด methotrexate toxicity	



ยา	คู่ยาที่มีอันตรกิริยา	ความรุนแรง	ผลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาร่วมกัน
Celecoxib	Pemetrexed	Major	เพิ่มความเป็นพิษของ pemetrexed
	Pentoxifylline	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Potassium sparing diuretics*	Major	ลดประสิทธิภาพในการขับปัสสาวะ อาจทำให้เกิดภาวะ hyperkalemia และ nephrotoxicity
	ยาด้านซึมเศร้ากลุ่ม Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)* เช่น Venlafaxine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	ยาด้านซึมเศร้ากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)* เช่น Fluoxetine"	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Tacrolimus	Major	อาจทำให้เกิด acute renal failure
	Tenofovir disoproxil fumarate	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด acute renal failure
	Trazodone	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Thiazide diuretics*	Major	ลดประสิทธิภาพในการขับปัสสาวะและอาจทำให้เกิด nephrotoxicity
	Tricyclic antidepressants*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
Chloral hydrate	มีคู่อันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก กรุณาตรวจสอบทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายยา		
Chlorpheniramine	มีคู่อันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก กรุณาตรวจสอบทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายยา		
Clindamycin	Erythromycin	Major	ลดประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย
Diazepam	มีคู่อันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก กรุณาตรวจสอบทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายยา		



ยา	คู่ยาที่มีอันตรกิริยา	ความรุนแรง	ผลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาร่วมกัน
Doxycycline	Ascorbic acid (IV)	Major	ลดประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย
	Methotrexate	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด methotrexate toxicity
	Penicillins	Major	ลดประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย
	Retinoids	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด pseudotumor cerebri
Etoricoxib	เช่นเดียวกับ celecoxib (ดูรายละเอียดในยา celecoxib)		
Ferrous fumarate	Dolutegravir	Major	ลดระดับของ dolutegravir ในเลือด
	Elvitegravir	Major	ลดระดับของ elvitegravir ในเลือด
	Raltegravir	Major	ลดระดับของ raltegravir ในเลือด
Gabapentin	Orlistat	Major	ลดประสิทธิภาพของยา gabapentin
Ibuprofen	Aspirin	Major	ลด antiplatelet effect และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Cyclosporine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด cyclosporine nephrotoxicity
	Ginkgo**	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Ketorolac	Contraindicated	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด GI adverse effects
	Potassium sparing diuretics*	Major	ลดประสิทธิภาพในการขับปัสสาวะ อาจทำให้เกิดภาวะ hyperkalemia และ nephrotoxicity
	ยาด้านซีมีเทร่ากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)* เช่น Fluoxetine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก



ยา	คู่ยาที่มีอันตรกิริยา	ความรุนแรง	ผลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาร่วมกัน
Ibuprofen	ยาด้านซึมเศร้า กลุ่ม Serotonin- norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)* เช่น venlafaxine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
	Tacrolimus	Major	อาจทำให้เกิด acute renal failure
	Tenofovir disoproxil fumarate	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด acute renal failure
	Tricyclic antidepressants*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก
Metronidazole	Amiodarone	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Amisulpride	Contraindicated	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด torsades de pointes
	Aripiprazole	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Busulfan	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Busulfan toxicity
	Clarithromycin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Disulfiram	Contraindicated	ทำให้เกิด CNS toxicity
	Donepezil	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Dronedarone	Contraindicated	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Efavirenz	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Ethanol***	Contraindicated	ทำให้เกิด disulfiram-like reaction
	Fluorouracil	Major	เพิ่มระดับของยา fluorouracil



ยา	คู่ยาที่มีอันตรกิริยา	ความรุนแรง	ผลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาร่วมกัน
Metronidazole	Gonadotropin releasing hormone agonists*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Hydroxychloroquine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Hydroxyzine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Mebendazole	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Stevens-Johnson syndrome
	Mycophenolate Mofetil	Major	ลดระดับของ mycophenolic acid ในเลือด
	Pazopanib	Contraindicated	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Pimozide	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	QT interval prolonging drugs*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Quetiapine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Sertraline	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Tacrolimus	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Thioridazine	Contraindicated	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation
	Warfarin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก
Ziprasidone	Contraindicated	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด QT-interval prolongation	
Midazolam	มีคู่อันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก กรุณาตรวจสอบทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายยา		
Omeprazole	มีคู่อันตรกิริยาเป็นจำนวนมาก กรุณาตรวจสอบทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายยา		



ยา	คู่ยาที่มีอันตรกิริยา	ความรุนแรง	ผลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาร่วมกัน
Paracetamol	Imatinib	Major	เพิ่มระดับยา paracetamol
	Isoniazid	Major	เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษต่อตับ
Penicillin G Sodium	Donepezil	Major	ลด seizure threshold
	Methotrexate	Major	ทำให้เกิด methotrexate toxicity
	Tetracyclines*	Major	ลดประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย
	Warfarin	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก
Pseudoephedrine	Methyldopa	Major	อาจทำให้เกิด hypertensive urgency
	Midodrine	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง
	Monoamine oxidase inhibitors*	Contraindicated	อาจทำให้เกิด hypertensive crisis
Tetracycline	Digoxin	Major	เพิ่มระดับ digoxin และอาจทำให้เกิด digoxin toxicity
	Penicillins*	Major	ลดประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย
	Retinoids*	Major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด pseudotumor cerebri

หมายเหตุ

* หมายถึงยาทั้งหมดในกลุ่ม

** สารสกัดจากใบแปะก๊วย

*** เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตำรับยาและน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์



12 | รายละเอียดของยา

ในบทนี้จะเป็นการแสดงรายละเอียดของยาแต่ละตัวที่มีใช้ในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยจำแนกยาตามกลุ่มของยา ทันตแพทย์ควรคำนึงถึงหมวดหมู่ของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ ข้อควรระมัดระวังของยาแต่ละชนิด ก่อนการสั่งใช้ยาทุกครั้ง

ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

ชื่อยา	Clobetasol propionate
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 g pack, in oral paste
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) เป็นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ การใช้ยาในระยะเวลาานานหรือปริมาณมากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อราแคนดิดาที่บ้วนได้ 2) ห้ามใช้ในรอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัส Herpes Simplex

ชื่อยา	Dexamethasone
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.05% mouthwash solution, 300 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ใช้ในกรณีที่มีแผลกระจายหลายตำแหน่งในช่องปาก เป็นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ การใช้ยาในระยะเวลาานานหรือปริมาณมากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อราแคนดิดาที่บ้วนได้ 2) ห้ามใช้ในรอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัส Herpes Simplex



ชื่อยา	Fluocinolone acetonide
ขนาด/ความแรง	0.1%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 g pack, 0.1% in oral paste 10 ml bottle, 0.1% in solution
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ข ในกรณีที่ใช้อย่า triamcinolone acetonide ไม่ได้ผลหรือรอยโรคมีความรุนแรง
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) เป็นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ การใช้อย่าในระยะเวลานานหรือปริมาณมากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อราแคนดิดาที่บ้วนได้ 2) ห้ามใช้ในรอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัส Herpes Simplex

ชื่อยา	Fluocinolone acetonide + Clotrimazole
ขนาด/ความแรง	0.1% Fluocinolone acetonide + 1% Clotrimazole
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	oral gel, 5 g pack
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้ง และผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 2) ห้ามใช้ในรอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัส Herpes Simplex

ชื่อยา	Triamcinolone acetonide
ขนาด/ความแรง	0.1%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดขี้ผึ้ง] 0.1% in oral paste, 5 g tube [ชนิดน้ำยาบ้วนปาก] 0.1% mouthwash solution, 300 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) เป็นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ การใช้อย่าในระยะเวลานานหรือปริมาณมาก อาจทำให้เกิดการติดเชื้อราแคนดิดาที่บ้วนได้ 2) ห้ามใช้ในรอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัส Herpes Simplex



ยาต้านเชื้อรา

ชื่อยา	Clotrimazole
ขนาด/ความแรง	10 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	10 mg troche
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	อาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และท้องเสีย

ชื่อยา	Miconazole nitrate
ขนาด/ความแรง	2% w/w
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	10 g tube, oral gel
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	ผลข้างเคียงอาการปากแห้ง การรับรสผิดปกติ

ชื่อยา	Nystatin
ขนาด/ความแรง	100,000 units/ml
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	12 ml bottle, oral suspension
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	อาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และท้องเสีย



ยาธาตุเหล็ก

ชื่อยา	Ferrous fumarate
ขนาด/ความแรง	200 mg (เทียบเท่าปริมาณธาตุเหล็ก 66 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg coated tablet
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชียี ข
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">1) การดูดซึมธาตุเหล็กจะดีขึ้นหากรับประทานร่วมกับน้ำส้มหรือวิตามินซี ส่วนการรับประทานร่วมกับอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแคลเซียมเป็นส่วนประกอบ เช่น นม ชา กาแฟ ยาเม็ด แคลเซียมซีเรียล โยเกิร์ต ไข่ รวมทั้งการใส่ยาที่เพิ่ม pH ของกระเพาะอาหาร เช่น ยาลดกรดกลุ่มต่าง ๆ จะลดการดูดซึมของธาตุเหล็ก2) ควรอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อุจจาระสีดำ ก่อนเริ่มการรักษา3) ควรบริหารยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน ภายหลังจากผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ4) ระวังการแพ้ยาในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ยาลดความวิตกกังวล และความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า

ชื่อยา	Amitriptyline
ขนาด/ความแรง	10 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	10 mg tablet
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชียี ก
Pregnancy category	C
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">1) ผลข้างเคียงสำคัญ ได้แก่ ปากคอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า ง่วง มึนงง ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ2) หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคลมชัก ต่อมลูกหมากโต



ชื่อยา	Carbamazepine
ขนาด/ความแรง	100 - 200 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg immediate release tablet และ 200 mg controlled release tablet (CR tab)
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	200 mg immediate release tablet (บัญชี ก) 200 mg controlled release tablet (บัญชี ข)
Pregnancy category	D
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่ควรระวัง <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้ป่วยอาจมีการมึนงง จึงมักเริ่มให้ยาในช่วงก่อนนอน 1.2 ยาอาจลดการสร้างเม็ดเลือด จึงควรทำการนับทีกค่า CBC ก่อนการเริ่มให้ยาทุกครั้ง และควรตรวจซ้ำทุก 3-6 เดือน 2) อาการไม่พึงประสงค์ที่ควรระวัง ได้แก่ การแพ้ยารุนแรงแบบ Stevens-Johnson syndrome ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีเชื้อสายเอเชียและพบว่ามีความสัมพันธ์กับยีน HLA-B*1502 จึงมีข้อแนะนำให้ตรวจคัดกรองยีนผู้ป่วยก่อนเริ่มให้การรักษาด้วยยา carbamazepine (ณ ตุลาคม 62 ผู้ป่วยลิวติสวัสติการข้าราชการ และลิวติสหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) สามารถส่งตรวจยีน HLA-B*1502 ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย) 3) แนะนำผู้ป่วย หากมีไข้สูง ปวดเมื่อย เจ็บคอ หรือมีอาการคล้ายหวัด ที่ไม่ใช่อาการที่มีอยู่เดิม ตามมาด้วยอาการดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีผื่นแดง ตุ่มน้ำพอง จุดแดงบริเวณผิวหนัง และ/หรือ 3.2 มีตุ่มน้ำ หรือแผลตามเยื่อต่างๆ เช่น ในช่องปาก ลำคอ จมูก ก้นอวัยวะสืบพันธุ์ เจ็บตา ตาแดง เยื่อตาอักเสบ หากพบอาการข้างต้นควรรีบหยุดยาทันทีและแจ้งแพทย์ เนื่องจากอาจเป็นอาการแสดงถึงการแพ้ยารุนแรง



ชื่อยา	Celecoxib
ขนาด/ความแรง	200-400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	200 mg capsule
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
Pregnancy category	C (ไตรมาส 1-2) / D (ไตรมาสสุดท้าย)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">1) ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่เคยมีอาการหอบหืด ลมพิษ หรือ ปฏิกิริยาการแพ้ยาหลังได้รับยาแอสไพริน หรือ NSAIDs2) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง อย่างรุนแรง ผู้ป่วยที่มี active peptic ulceration หรือ active gastrointestinal bleeding3) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ congestive heart failure, established ischemic heart disease, peripheral arterial disease, cerebrovascular disease4) ยานชนิดนี้เป็นยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด thrombotic events โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิด stroke และ myocardial infarction จึงควรใช้ยาชนิดนี้ด้วยขนาดยาที่น้อยที่สุด ในระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่เป็นไปได้5) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยากลุ่ม sulfonamides6) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี



ชื่อยา	Chloral hydrate
ขนาด/ความแรง	25-50 mg/kg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	500 mg/5 ml syrup, 10 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชียี ก
Pregnancy category	C
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ระวังการแพ้ยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับ ไตบกพร่อง 2) ผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดรุนแรง ผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารหรือกระเพาะอาหารอักเสบ 3) อาจทำให้เกิดการติดหรือถอนยาได้ หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน 4) ในประเทศสหรัฐอเมริกาและบางประเทศ ไม่แนะนำให้ใช้ยานี้เพื่อการสงบประสาทผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากมี potential carcinogenicity

ชื่อยา	Diazepam
ขนาด/ความแรง	5 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 mg tablet
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชียี ก
Pregnancy category	D
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ระวังการแพ้ยาในผู้สูงอายุ เด็ก และผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับ และไตบกพร่อง ผู้ป่วยโรคต่อหิน 2) ยามีฤทธิ์กดการหายใจ 3) กำจัดไม่ให้ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา 4) หลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกับยาอื่นที่มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาท



ชื่อยา	Etoricoxib
ขนาด/ความแรง	90 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	90 mg tablet
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
Pregnancy category	C (ไตรมาส 1-2) / D (ไตรมาสสุดท้าย)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">1) ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่เคยมีอาการหอบหืด ลมพิษ หรือ ปฏิกิริยาการแพ้ยา หลังได้รับยาแอสไพริน หรือ NSAIDs2) หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ป่วยที่มี การทำงานของตับหรือไตบกพร่องอย่างรุนแรง ผู้ป่วยที่มี active peptic ulceration หรือ active gastrointestinal bleeding3) หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 mmHg และยังไม่ได้รับการควบคุม4) หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด เช่น congestive heart failure, established ischemic heart disease, peripheral arterial disease และ cerebrovascular disease เป็นต้น5) ยานชนิดนี้เป็นยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors ซึ่งเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิด thrombotic events โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิด stroke และ myocardial infarction จึงควรใช้ยา ชนิดนี้ด้วยขนาดยาที่น้อยที่สุด ในระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

ชื่อยา	Gabapentin
ขนาด/ความแรง	100, 300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	100 mg capsule
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชียา ก
Pregnancy category	C
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">1) ใช้บรรเทาอาการปวดซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาท เท่านั้น ไม่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อพังผืด กระดูกและข้อ2) ยานี้อาจทำให้ง่วงซึม จึงควรระมัดระวังการขับปัสสาวะและการควบคุมเครื่องจักร



ชื่อยา	Ibuprofen
ขนาด/ความแรง	400 mg (ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 2,400 mg ต่อวัน)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 200 mg, 400 mg tablet [ชนิดน้ำ] 100 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B (ไตรมาส 1-2) / D (ไตรมาสสุดท้าย)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) การเลือกจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs ควรพิจารณาถึงปัจจัยโรคร่วมและภาวะของผู้ป่วย (โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ/ทางเดินอาหาร/ไต) 2) ibuprofen ในขนาด 1,200 mg ต่อวัน เป็นยาที่มีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารน้อยที่สุดในบรรดา ยาในกลุ่ม NSAIDs 3) อาจพิจารณาจ่าย ibuprofen ร่วมกับ omeprazole 20 mg วันละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 10 การจ่ายยาแก้ปวดทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผล”) 4) สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ ยาในกลุ่ม NSAIDs ที่ควรเลือกเป็นอันดับแรก คือ naproxen ในขนาดไม่เกิน 1,000 mg ต่อวัน หรือ ibuprofen ในขนาดไม่เกิน 1,200 mg ต่อวัน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 10 การจ่ายยาแก้ปวดทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผล”) 5) ไม่ควรใช้ ibuprofen ในผู้ป่วยที่ใช้ low dose aspirin เนื่องจากอาจมีผลต่อต้านประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหัวใจของยาแอสไพริน³ 6) ใช้ในเด็กที่มีอายุ 3 เดือนขึ้นไปเท่านั้น³ 7) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ไข้เลือดออก, anticoagulant therapy, bleeding disorder และ ผู้ป่วยที่มี GI ulceration⁴ 8) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม NSAIDs ผู้ป่วยหอบหืด และ ผู้ป่วยโรคไต



ชื่อยา	Ibuprofen
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	9) มีรายงานว่าการใช้ยา paracetamol ร่วมกับ ibuprofen ภายใน 48 ชั่วโมง ภายหลังจากผ่าตัดในช่องปาก จะช่วยลดความเจ็บปวดได้ดีกว่าการได้รับยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว ⁵ สอดคล้องกันกับการศึกษาอื่นที่พบว่าการใช้ยาทั้งสองชนิดร่วมกันจะให้ผลระงับปวดได้ดีกว่าการใช้ยา ibuprofen อย่างเดียวในผู้ใหญ่ ⁶ และการให้ paracetamol อย่างเดียวในเด็ก ⁷ และผู้ใหญ่ ⁸

ชื่อยา	Midazolam
ขนาด/ความแรง	1-2.5 mg IV
ข้อบ่งชี้	ใช้เสริมระงับความรู้สึก, ใช้เพื่อผู้ป่วยสงบ คลายความวิตกกังวล
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	5 mg/1 ml ampoule, solution for injection
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ๖ ยานี้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2
Pregnancy category	D
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ระวังการให้ในผู้สูงอายุ เด็ก และผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับ และไตบกพร่อง 2) ยามีฤทธิ์กดการหายใจ ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคต่อหีน ในเด็กบางรายอาจมีภาวะสับสนวุ่นวายหลังได้รับยาได้



ชื่อยา	Naproxen
ขนาด/ความแรง	250-500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	250 mg tablet
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B (ไตรมาส 1-2) / D (ไตรมาสสุดท้าย)
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) การเลือกใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ควรพิจารณาถึงปัจจัยโรคร่วมและภาวะของผู้ป่วย (โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ/ทางเดินอาหาร/ไต) 2) naproxen เป็น NSAIDs ที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกในกรณี que ผู้ป่วยมีภาวะความเสี่ยงทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ โดยรับประทานครั้งละ 250-500 mg วันละ 2 ครั้ง 3) อาจพิจารณาจ่าย naproxen ร่วมกับ omeprazole 20 mg วันละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “บทที่ 10 การให้ยาแก้ปวดทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผล”) 4) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ไข้เลือดออก, anticoagulant therapy, bleeding disorder และ ผู้ป่วยที่มี GI ulceration 5) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม NSAIDs ผู้ป่วยหอบหืด และผู้ป่วยโรคไต

ชื่อยา	Paracetamol
ขนาด/ความแรง	325-500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 325, 500 mg tablet [ชนิดน้ำ] 120 mg/5 ml syrup, 250 mg/5 ml suspension, 60 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B



ชื่อยา	Paracetamol
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">1) เพื่อลดความเสี่ยงในการรับประทาน paracetamol เกินขนาด โดยไม่ได้ตั้งใจ คณะผู้เชี่ยวชาญของ US FDA แนะนำให้เลือกใช้ยาชนิด 325 mg/tablet⁹ หรือ คำนวณตามน้ำหนักตัว 10-15 mg/kg/dose2) กำชับไม่ให้ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยา paracetamol⁹3) หลีกเลี่ยงการใช้นานี้ร่วมกับยาตัวอื่นที่มี paracetamol เป็นส่วนประกอบ เพราะอาจทำให้ได้รับยาเกินขนาด¹⁰4) ควรใช้ยา paracetamol ในขนาดสูงด้วยความระมัดระวัง กับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น G6PD deficiency, ติดสุรา หรือเบาหวาน¹⁰5) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin อยู่ การได้รับยา paracetamol ขนาดปานกลาง-สูง (2-4 g/วัน) ต่อเนื่อง 1-2 สัปดาห์ สามารถเพิ่มค่าการแข็งตัวของเลือดมาตรฐาน (INR) ได้ จึงควรเตือนผู้ป่วยให้จำกัดการใช้ paracetamol และควรติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดมาตรฐาน (prothrombin time; PT, international normalize ratio; INR) ทุก 2-3 สัปดาห์¹¹

ชื่อยา	Tramadol hydrochloride
ขนาด/ความแรง	50 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายในท้องตลาด	50 mg capsule *** (ยานี้ไม่มีจำหน่ายในรพ.) ***
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ค
Pregnancy category	C
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ ¹²	<ol style="list-style-type: none">1) อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วง ซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก และ ชัก เป็นต้น2) การใช้ tramadol เกินขนาดทำให้เกิดอาการง่วงซึม (drowsiness) รูม่านตาหรี่ (constricted pupils) ภาวะหายใจไม่สงบ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก และอาการพิษรุนแรง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชัก กดการหายใจ (respiratory depression) และ โคม่า3) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง (renal impairment) และ extensive CYP2D6 metabolizers จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจาก tramadol4) ไม่ควรให้ยา tramadol hydrochloride แบบฉีดในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี5) ไม่ควรใช้นานี้ร่วมกับยากลุ่ม MAOIs เช่น selegiline หรือในผู้ที่เพิ่งได้รับยากลุ่ม MAOIs ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด serotonin syndrome



ยาปฏิชีวนะ

ชื่อยา	Amoxicillin
ขนาด/ความแรง	500 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 250 mg, 500 mg capsule [ชนิดน้ำ] 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml dry syrup, 60 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) หลีกเลี่ยงการสั่ง amoxicillin ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins หรือ cephalosporins เนื่องจากผู้ที่มีประวัติแพ้ยาตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มดังกล่าวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพ้ยา amoxicillin 2) อาจพบปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบเฉียบพลัน 3) ผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ ท้องเสีย 4) ปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต

ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
ขนาด/ความแรง	625 mg (amoxicillin 500 mg + clavulanic acid 125 mg) หรือ 1 g (amoxicillin 875 mg + clavulanic acid 125 mg)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 625 mg, 1 g tablet [ชนิดน้ำ] 457 mg/5 ml dry syrup, 70 ml bottle [ชนิดฉีด] 1.2 g (amoxicillin 1 g + clavulanic acid 200 mg) vial, powder for solution for injection
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ค
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) หลีกเลี่ยงการสั่ง amoxicillin ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins หรือ cephalosporins เนื่องจากผู้ที่มีประวัติแพ้ยาตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มดังกล่าวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพ้ยา amoxicillin 2) ผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย cholestatic jaundice 3) อาจพบปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบ anaphylaxis และ Stevens-Johnson syndrome ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต 4) ปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต



ชื่อยา	Amoxicillin + Clavulanic acid
หมายเหตุ	1) พิจารณาใช้เมื่ออาการไม่ดีขึ้นหลังจากได้รับยา amoxicillin 2) ใช้รักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียจำเพาะที่ดื้อต่อ ampicillin โดยเฉพาะที่ผลิตเอนไซม์ beta-lactamase

ชื่อยา	Ampicillin
ขนาด/ความแรง	1 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 g vial, powder for powder for solution for injection
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) หลีกเลี่ยงการสั่ง ampicillin ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins หรือ cephalosporins เนื่องจากผู้ที่มีประวัติแพ้ยาตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มดังกล่าวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพ้ยา ampicillin 2) อาจพบปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบเฉียบพลัน 3) ผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ ท้องเสีย 4) ปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต

ชื่อยา	Cefazolin
ขนาด/ความแรง	1-2 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 g vial, powder for solution for injection
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ใช้ป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด 2) อาจมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต 3) หลีกเลี่ยงการสั่ง cefazolin ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins หรือ cephalosporins



ชื่อยา	Ceftriaxone
ขนาด/ความแรง	1 g, 2 g
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 g vial, powder for solution for injection
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ค
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกลุ่ม aerobic gram-negative bacteria ร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง 2) ใช้สำหรับการติดเชื้อ gram-negative bacteria บางกรณีในผู้ป่วยที่ไตทำงานบกพร่องซึ่งไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม aminoglycosides ได้ 3) หลีกเลี่ยงการสั่ง ceftriaxone ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins หรือ cephalosporins 4) หลีกเลี่ยงการผสมยาลงใน Ringer's lactate solution และสารน้ำที่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบเนื่องจากอาจตกตะกอนได้

ชื่อยา	Clindamycin
ขนาด/ความแรง	300 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 150 mg, 300 mg capsule [ชนิดฉีด] 600 mg/4 ml vial, solution for injection
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ข
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นยาทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillins 2) เป็นยาทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคไต 3) อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย และภาวะ pseudomembranous colitis



ชื่อยา	Doxycycline
ขนาด/ความแรง	100 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	100 mg capsule
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชีก ก
Pregnancy category	D
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องเสียที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ <i>Clostridium difficile</i> ภาวะไวต่อแสง 2) หลีกเลี่ยงการรับประทานยาพร้อมนม โยเกิร์ต ยาลดกรด และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของเหล็ก แมกนีเซียม อลูมิเนียม 3) ไม่ใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร และ เด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี

ชื่อยา	Metronidazole
ขนาด/ความแรง	400 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 200 mg tablet [ชนิดฉีด] 500 mg/100 ml vial, solution for infusion
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชีก ก
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) metronidazole มี serious drug interaction โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับยา warfarin อาจส่งผลให้เกิด serious bleeding ได้ในระยะเวลา 2-3 วัน 2) แนะนำให้ผู้ป่วยงดเครื่องดื่มหรือยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ระหว่างที่รับประทาน metronidazole และหลังจากหยุดยาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เนื่องจากทำให้เกิดคลื่นไส้อาเจียนมาก ปวดศีรษะรุนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ 3) ยานี้อาจทำให้ปัสสาวะมีสีส้ม/แดง 4) ยาอาจมีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ท้องผูก และอาการคลื่นไส้อาเจียน 5) การให้ metronidazole ควรคำนึงถึงผลข้างเคียงและขนาดน้ำหนักตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 40 kg ควรให้ยาตามน้ำหนักตัว (7.5 mg/kg ทุก 8 ชั่วโมง)



ชื่อยา	Penicillin G sodium
ขนาด/ความแรง	1-2 MU (MU = million unit)
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	1 MU vial, powder for solution for injection
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillins หรือ cephalosporins 2) ผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง และท้องเสีย 3) อาจพบปฏิกิริยาภูมิแพ้ ซึ่งพบได้ตั้งแต่ mild rash, eosinophilia fever จนถึง anaphylaxis 4) อาจพบ thrombophlebitis, sodium overload, anemia, seizure, interstitial nephritis 5) ปรับลดขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต

ชื่อยา	Roxithromycin
ขนาด/ความแรง	150 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	150 mg tablet
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	B
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม macrolides 2) ควรรับประทานยานี้ก่อนอาหาร เนื่องจากอาหารมีผลยับยั้งการดูดซึมยา



ชื่อยา	Tetracycline
ขนาด/ความแรง	250 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	250 mg capsule
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชีก ก
Pregnancy category	D
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องเสียที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ <i>Clostridium difficile</i> ภาวะไวต่อแสง 2) หลีกเลี่ยงการรับประทานยาพร้อมนม โยเกิร์ต ยาลดกรด และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของเหล็ก แมกนีเซียม อลูมิเนียม 3) ไม่ใช่นานในสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร และ เด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี

ยาลดการคัดจมูก

ชื่อยา	Oxymetazoline
ขนาด/ความแรง	0.05%
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.05% Nasal spray
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชีก ข
Pregnancy category	C
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ไม่ควรใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี (กรณีต้องการใช้ในเด็กอายุ 1-6 ปี ให้ใช้รูปแบบความเข้มข้น 0.025% แทน) 2) อาจก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง ควรระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคของระบบหลอดเลือดและหัวใจ 3) การใช้ยานี้ต่อเนื่องนานเกิน 5-7 วัน อาจทำให้เกิดอาการกลับมาคัดแน่นจมูกมากขึ้นหลังหยุดยา (rebound congestion)



ชื่อยา	Pseudoephedrine
ขนาด/ความแรง	30-60 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	[ชนิดเม็ด] 60 mg tablet [ชนิดน้ำ] 30 mg/5 ml syrup, 60 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก ยานี้เป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2
Pregnancy category	C
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี 2) อาจก่อให้เกิดอาการกระสับกระส่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะลำบาก และม่านตาขยาย 3) ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคของระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคตับ โรคไต ต่อมลูกหมากโตและผู้สูงอายุ

ยาต้านการหลั่งฮีสตามีน

ชื่อยา	Chlorpheniramine
ขนาด/ความแรง	4 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	4 mg tablet
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	C
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	1) อาจก่อให้เกิดการง่วงซึม กดระบบประสาทส่วนกลาง มองเห็นภาพไม่ชัด ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะขัด สับสน ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน 2) ไม่ควรใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี เพราะอาจเกิดการหายใจ 3) ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคต่อหีน โรคไต ต่อมลูกหมากโตและผู้สูงอายุ 4) เด็กและผู้สูงอายุมีโอกาสสูงต่อการเกิด paradoxical excitation เช่น ตื่นเต้น กระสับกระส่าย ภาวะวุ่นวาย ไม่ยอมนอน เห็นภาพหลอน หรือ ชัก เป็นต้น



ยาลดการหลังกรด

ชื่อยา	Omeprazole
ขนาด/ความแรง	20 mg
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	20 mg capsule
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
Pregnancy category	C (ถึงแม้จะจัดอยู่ใน category C แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสามารถใช้ยานี้หญิงมีครรภ์ได้) ¹³
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ ¹³	<ol style="list-style-type: none">ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ปวดหัว ปวดท้อง ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียนการใช้ยาชนิดนี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ส่งผลลดการดูดซึมวิตามินบี 12 เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดกระดูกแตกหัก และภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำสำหรับการใช้ยาเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่จะเกิดกับทางเดินอาหารเนื่องจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ขนาดที่แนะนำคือ 20 mg วันละ 1 ครั้ง (ไม่ใช่วันละ 2 ครั้ง) โดยรับประทานก่อนอาหารเช้า 30 นาที

สารระงับเชื้อ

ชื่อยา	Chlorhexidine gluconate
ขนาด/ความแรง	0.12-0.2% w/v
รูปแบบที่มีจำหน่ายใน รพ.	0.2% mouthwash solution, 240 ml bottle
บัญชียาหลักแห่งชาติ 2562	บัญชี ก
ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ	<ol style="list-style-type: none">อาจทำให้เกิดคราบสีน้ำตาลบนตัวฟัน และหินน้ำลายเหนียวเหลืองการอมกลั้วในช่องปากนานเกินไป อาจส่งผลทำลายเยื่อเมือกช่องปากได้



เอกสารอ้างอิง

1. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/2188/smpc>
2. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/3302/smpc>
3. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ ราชกิจจานุเบกษา 2561;เล่ม 135 ตอนพิเศษ 14 ง.
4. Becker DE, Phero JC. Drug therapy in dental practice: Nonopioid and opioid analgesics. *Anesth Prog* 2005;52(4):140-9.
5. Merry AF, Gibbs RD, Edwards J, Ting GS, Frampton C, Davies E, et al. Combined acetaminophen and ibuprofen for pain relief after oral surgery in adults: a randomized controlled trial. *Br J Anaesth* 2010;1:80-8.
6. Menhinick KA, Gutmann JL, Regan JD, Taylor SE, Buschang PH. The efficacy of pain control following nonsurgical root canal treatment using ibuprofen or a combination of ibuprofen and acetaminophen in a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Int Endod J* 2004;37(8):531-41.
7. Gazal G, Mackie IC. A comparison of paracetamol, ibuprofen or their combination for pain relief following extractions in children under general anaesthesia: a randomized controlled trial. *Int J Paediatr Dent* 2007;17(3):169-77.
8. Ianiro SR, Jeansonne BG, McNeal SF, Eleazer PD. The effect of preoperative acetaminophen or a combination of acetaminophen and Ibuprofen on the success of inferior alveolar nerve block for teeth with irreversible pulpitis. *J Endod* 2007;33(1):11-4.
9. Administration U.S. Food and Drug. FDA Drug safety communication: Prescription acetaminophen products to be limited to 325 mg per dosage unit; boxed warning will highlight potential for severe liver failure.
10. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. Thai national formulary. Central nervous system volume 1. 2010.
11. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แก้ไขทะเบียนตำรับยาที่มีพาราเซตามอลเป็นส่วนประกอบชนิดรับประทาน. ราชกิจจานุเบกษา 2560;เล่ม 134 ตอนพิเศษ 97 ง.
12. กองควบคุมวัตถุเสพติด. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2013.
13. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/5944/smpc>