



บทยุทธยาการ

Original Article

การเลือกผู้ให้การรักษาของผู้ป่วย เต็มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดออร์ เมื่อพิจารณาจากอาการ

วันทนีย์ มุทิตางกูร ท.บ., M.S., อ.ท.¹ศิววรรณ นวสัมฤทธิ์²หทัยรัตน์ เพ็งรัตน์²¹ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²นิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเลือกผู้ให้การรักษาของผู้ป่วยเต็มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดออร์ (ทีเอ็มดี) เมื่อพิจารณาจากอาการ

วัสดุและวิธีการ ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นทีเอ็มดี ณ ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 จำนวน 301 คน โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ไคว์สแควร์

ผลการศึกษา มีแบบสอบถามตอบกลับที่มีข้อมูลเพียงพอจากผู้ป่วย 151 คน เป็นชาย 32 คน หญิง 119 คน อายุเฉลี่ย 37.97 ปี ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการที่หลากหลาย และผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการมากกว่าหนึ่งอย่าง ผู้ป่วยเกือบทุกคนได้รับการส่งต่อหรือแนะนำ ซึ่งร้อยละ 29.8 เคยได้รับการรักษามาก่อน ในขณะที่ประมาณร้อยละ 10 แจ้งว่า ได้รับการส่งต่อหรือคำแนะนำให้มารับการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยจะเลือกรับการรักษาจากทันตแพทย์หรือแพทย์ขึ้นอยู่กับรูปแบบของอาการที่ปรากฏอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยผู้ป่วยจะเลือกพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก-ขากรรไกร ได้แก่ เคี้ยวอาหารแล้วเจ็บปวดฟัน-ขากรรไกร รู้สึกกัดสบฟันเปลี่ยนแปลง หรืออ้าปากได้จำกัด และจะเลือกพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะและมีเสียงในหู

สรุป ทีเอ็มดีเป็นปัญหาทางคลินิกที่มีความหลากหลาย ลักษณะอาการมีความสำคัญต่อผู้ป่วยในการเลือกผู้ให้การรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องทีเอ็มดีจึงน่าจะเป็นประโยชน์

(วทันต จุฬาฯ 2554;34:109-116)

คำสำคัญ: การเลือกผู้ให้การรักษา; เต็มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดออร์ (ทีเอ็มดี); อาการ

บทนำ

ปัจจุบันประชาชนทั่วไปให้ความสนใจดูแลสุขภาพฟัน และตระหนักถึงความสำคัญของการรับการรักษาที่ถูกต้องเมื่อมีความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น ซึ่งในบางครั้งการเลือกผู้ให้การรักษาที่ไม่ตรงกับความต้องการที่เป็นอาจทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดและการรักษาผิดวิธี และนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น สำหรับทีมไฟโรแมนดิบิวลารีดีสโอดเดอร์ (ทีเอ็มดี) มีอาการที่แสดงออกหลายลักษณะ โดยที่บางลักษณะอาการไม่ใช่อาการจำเพาะของช่องปาก-ขากรรไกรเท่านั้น แต่เป็นอาการของโครงสร้างหรืออวัยวะนอกเหนือจากช่องปาก-ขากรรไกร เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปวดหู ปวดหลังส่วนบน มีเสียงดังในหู เป็นต้น

เนื่องจากอาการที่เอ็มดีมีความหลากหลายและซับซ้อนกับอาการผิดปกติจากส่วนอื่นๆ บริเวณศีรษะและใบหน้า ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิดในการเลือกผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจเคยรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าหนึ่งสาขา ทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องช้าและสิ้นเปลืองค่ารักษาแพง จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่แคนซัสซิตี มลรัฐมิสซูรี¹ พบว่า ผู้ป่วยทีเอ็มดีแต่ละรายเคยพบผู้ให้การรักษาจำนวนมากกว่า 3 ราย ก่อนถูกส่งต่อมารับการรักษาที่ศูนย์การรักษาร่วมมหาวิทยาลัย โดยผู้ให้การรักษาเหล่านั้นมีทั้งแพทย์และทันตแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน² ที่รายงานว่าผู้ป่วยทีเอ็มดีมักจะผ่านการให้คำปรึกษาและรักษาจากผู้ให้การรักษาจำนวนมาก หลากหลายกลุ่มประเภท และผู้ให้การรักษาที่ผู้ป่วยทีเอ็มดีร้อยละ 70 เข้าพบ คือ ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทาง เมื่อประเมินเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพบว่า ผู้ป่วยทีเอ็มดีเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง³ ผู้ป่วยทีเอ็มดีที่รับการรักษาแต่เนิ่นๆ ใช้น้อยกว่าผู้ป่วยทีเอ็มดีที่ไม่ได้รับการรักษา⁴ จากการศึกษาในคลินิกที่ให้การักษาที่เอ็มดีสองแห่ง⁵ เสนอปัจจัยในการเลือกผู้ให้การรักษาที่เอ็มดี ได้แก่ วิธีการรักษา ความปลอดภัย และค่ารักษา ซึ่งการตัดสินใจนี้ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทีเอ็มดี

มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าทีเอ็มดีมีอาการซับซ้อนกับโรคอื่นๆ เช่น การพบโรคข้อรูมาติก (rheumatic disorder) ร่วมกับทีเอ็มดี⁶ ผู้ป่วยที่มีอาการโครนิคฟาติกซินโดรม (chronic fatigue syndrome) ไฟโบรไมอัลเจีย (fibromyalgia) และทีเอ็มดี อาจมีอาการปรากฏร่วมกัน⁷ พบได้บ่อยว่า ผู้ป่วยทีเอ็มดี มีอาการของหูรูดด้วย ได้แก่ มีเสียงในหู (tinnitus)

ปวดหู รู้สึกหูอื้อ และการรักษาที่เอ็มดีช่วยให้อาการของหูดีขึ้น⁸⁻¹² ทีเอ็มดีมีความสัมพันธ์กับอาการของหู ถึงแม้ว่าไม่สามารถแสดงถึงการเป็นเหตุและผลได้¹³ และมีผู้ป่วยปวดศีรษะจำนวนมากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการปวดไมโอแฟสเซียล (myofascial pain)¹⁴ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจว่า อาการที่ปรากฏหลากหลายของทีเอ็มดีและอาจซับซ้อนกับความผิดปกติที่มาจากสาเหตุอื่นมีผลต่อการเลือกผู้ให้การรักษาหรือไม่

งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาถึงการเลือกเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยทีเอ็มดีเมื่อมีอาการต่างๆ โดยเน้นการรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยมักขอรับการรักษา ได้แก่ ทันตแพทย์และแพทย์ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับทีเอ็มดีแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงประชาชนทั่วไป

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยครั้งที่ 7/2550 เลขที่ จช 82/2550 ทำการศึกษาในผู้ป่วยทีเอ็มดีที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 โดยพิจารณาคัดเลือกจากบันทึกประวัติผู้ป่วยทั้งหมดของคลินิกที่มารับการรักษาในช่วงเวลาดังกล่าว คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นทีเอ็มดี และมีที่อยู่ติดต่อได้ทางไปรษณีย์ คัดเลือกผู้ป่วยได้จำนวน 301 คน

ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและส่งข้อมูลกลับทางไปรษณีย์แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลของประวัติอาการที่มารับการรักษา ได้แก่ อาการหรือสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารับการรักษา ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมารับการรักษา ลักษณะของอาการ ผลกระทบจากอาการ การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับก่อนมารับการรักษา และการรักษาที่ได้รับ คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษาว่า หากมีอาการต่างๆ ดังที่แจกแจงมาให้ ผู้ป่วยจะเลือกรับการรักษาจากใครเป็นอันดับแรก (แพทย์หรือทันตแพทย์) และขอแนะนำเพิ่มเติมอื่นๆ (ถ้ามี) จากนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลต่างๆ และทดสอบไคว์สแควร์วิเคราะห์ข้อมูลการเลือกรับการรักษาจาก

อาการปรากฏลักษณะต่างๆ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ในการเลือกว่าจะรับการรักษาจากทันตแพทย์หรือแพทย์

ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามครั้งแรกจำนวน 301 คน มีผู้ตอบกลับจำนวน 114 คน (ร้อยละ 37.9) จึงส่งแบบสอบถามซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ไปยังผู้ที่ไม่ได้ตอบกลับจำนวน 187 คน มีผู้ตอบกลับจำนวน 62 คน (ร้อยละ 33.2) รวมมีผู้ตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมด 176 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 จากการส่งแบบสอบถามทั้งหมด จากนั้นคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีข้อมูลสำคัญเพียงพอต่อการวิเคราะห์ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 151 คน เป็นชาย 32 คน (ร้อยละ 21.2) เป็นหญิง 119 คน (ร้อยละ 78.8) มีอายุระหว่าง 15 ถึง 76 ปี เฉลี่ย 37.97 ปี มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด 77 คน (ร้อยละ 51.7) รองลงมา คือ ปวช./ปวส. 23 คน (ร้อยละ 15.4) และปริญญาโท/เอก 21 คน (ร้อยละ 14.1) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารักษาหลังจากมีอาการมีตั้งแต่น้อยกว่า 1 สัปดาห์จนถึงมากกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.0 มีอาการก่อนมารักษา มากกว่า 1 ปี และส่วนน้อยร้อยละ 1.3 มีอาการก่อนมารับการรักษาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ มีลักษณะของอาการตั้งแต่เป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 41.6) เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (ร้อยละ 27.5) และเป็นคงที่ตลอดเวลา (ร้อยละ 25.5) อาการที่มีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างกัน โดยทำให้รู้สึกรำคาญ (ร้อยละ 40.9) ทรมานมาก (ร้อยละ 31.5) และพอกทนได้ (ร้อยละ 27.5) อาการเหล่านี้ส่วนมากมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย คือ รู้สึกเครียด หงุดหงิด เคี้ยวอาหารบางชนิดไม่ได้ แต่บางส่วนก็ไม่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 135 คน (ร้อยละ 89.4) มารับการรักษาด้วยอาการหรือสาเหตุสำคัญมากกว่าหนึ่งอาการ โดยมักมีอาการร่วมตั้งแต่ 2 ถึง 3 อาการ และมีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.3) มีอาการร่วมถึง 12 อาการ อาการที่พบมากที่สุด คือ มีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร ขณะอ้า-หุบปาก หรือเสียงดังหน้าหู (ร้อยละ 73.5) รองลงมา คือ มีขากรรไกรขัดขณะอ้า-หุบปาก (ร้อยละ 55.0) และอ้าปากได้ไม่กว้างเท่าที่เคย (ร้อยละ 47.0) (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วย 150 คน จาก 151 คน ได้รับการแนะนำหรือส่งต่อ เป็นผู้ที่เคยได้รับการรักษามาก่อน 45 คน (ร้อยละ 29.8) โดยจำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาจากทันตแพทย์ 35 คน และจากแพทย์ 10 คน และเป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน 105 คน (ร้อยละ 70.2) โดยได้รับคำแนะนำให้มารับ

การรักษาต่อจากทันตแพทย์มากที่สุดจำนวน 70 คน รองลงมา คือ คำแนะนำจากบุคคลอื่น ๆ เช่น เพื่อน ญาติ จำนวน 25 คน คำแนะนำจากแพทย์จำนวน 7 คน คำแนะนำทั้งจากทันตแพทย์และแพทย์จำนวน 2 คน และคำแนะนำจากสื่อต่างๆ จำนวน 1 คน เมื่อจำแนกเป็นผู้ที่เคยได้รับการรักษาหรือแนะนำมารักษาจากบุคคลากรทางการแพทย์ จะพบว่าประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาหรือแนะนำมารักษาจากทันตแพทย์ และประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาหรือแนะนำมารักษาจากแพทย์

เมื่อให้พิจารณาว่าอาการใดบ้างที่ผู้ป่วยคิดว่าควรได้รับการรักษาจากทันตแพทย์หรือแพทย์ พบว่าการเลือกผู้ให้การรักษาของผู้ป่วยมีความหลากหลาย อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ที่เลือกรับการรักษาจากทันตแพทย์หรือแพทย์แตกต่างกันค่อนข้างชัดเจน คือ มากกว่าร้อยละ 50 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2) โดยแต่ละอาการมีอาการที่เลือกรักษาจากทันตแพทย์ คือ เคี้ยวอาหารแล้วเจ็บปวดฟัน และ/หรือขากรรไกร (ร้อยละ 96.62) รู้สึกกัดฟันหรือสบฟันได้ไม่เหมือนที่เคย (ร้อยละ 96.58) อ้าปากได้ไม่กว้างเท่าที่เคย (ร้อยละ 87.76) เคยอ้าปากแล้วขากรรไกรค้างหุบไม่ลง หรืออ้า-หุบปากมีขากรรไกรขัด (ร้อยละ 86.39) อ้า-หุบปากมีเสียงของข้อต่อขากรรไกรหรือเสียงดังหน้าหู (ร้อยละ 85.81) และขณะพูด/หายใจเจ็บปวดขากรรไกร (ร้อยละ 84.93) ตามลำดับ ส่วนอาการที่เลือกรักษาจากแพทย์ คือ ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 94.52) มีเสียงดังในหู (ร้อยละ 85.61) บวมแก้ม มุมคาง หลังหู และ/หรือต้นคอ (ร้อยละ 69.23) ปวดหรือเจ็บ แก้ม มุมคาง หลังหู และ/หรือ ต้นคอ (ร้อยละ 63.26) และเมื่อเอี้ยวหรือดึงแก้ม มุมคาง หลังหู และ/หรือ ต้นคอ (ร้อยละ 62.33) ตามลำดับ

วิจารณ์

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามที่มารับรักษาที่คลินิกภาควิชาทันตกรรม บดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้เลือกส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามทั้งหมดที่มารักษาในช่วงของการศึกษาและย้อนหลัง 3 ปี ซึ่งสามารถติดต่อทางไปรษณีย์ได้ จำนวนตัวอย่างจึงเป็นจำนวนตัวอย่างที่มากที่สุดที่หาได้

ตารางที่ 1 รายงานอาการสำคัญของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามอาจตอบได้มากกว่าหนึ่งอาการ

Table 1 Report of respondents' complaints or symptoms. A respondent may report more than one symptom.

Complaints/Symptoms	n = response (%)
Pain in the area of cheek, jaw, behind the ear, and/or neck	69 (45.7%)
Swelling in the area of cheek, jaw, behind the ear, and/or neck	6 (4.0%)
Feel tired in the area of cheek, jaw, behind the ear, and/or neck	50 (33.1%)
Feel stiff or tight in the area of cheek, jaw, behind the ear, and/or neck	22 (14.6%)
History of opened jaw lock	36 (23.8%)
Jaw opened-closed with intermittent lock	83 (55.0%)
Limited mouth opening	71 (47.0%)
Pain on teeth and/or jaw during chewing	64 (42.4%)
Pain on jaw during speaking or yawning	51 (33.8%)
Aware of changes in bites	46 (30.5%)
Headaches (unknown cause)	43 (28.5%)
Jaw noises or clicking jaw	111 (73.5%)
Ear ringing	32 (21.2%)
Others	6 (4.0%)

การศึกษานี้มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามจากการศึกษาของผู้วิจัยครั้งก่อน¹⁵ พบว่ามีความสอดคล้องกันทั้งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างชายต่อหญิง อายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา อาการหรือสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษา ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมารับการรักษา ลักษณะอาการที่หลากหลาย การมีอาการมากกว่าหนึ่งอาการ และผลต่อชีวิตประจำวัน ดังนั้นข้อมูลที่ได้ น่าจะเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามที่คลินิกภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้

คลินิกภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยวเป็นหน่วยงานของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐที่ให้บริการด้านวิชาการตรวจรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางที่ส่งต่อมาเพื่อรักษาความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ซึ่งรวมถึงที่เฝ้าติดตาม ดังนั้น

การเลือกผู้ให้การรักษาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ วิธีการรักษา ความปลอดภัย และค่ารักษา จึงอาจถูกจำกัด จากการศึกษา นี้ผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามมากได้รับคำแนะนำ หรือส่งต่อให้มารับการรักษาจากทันตแพทย์ ในขณะที่มีบางส่วนได้รับคำแนะนำ หรือส่งต่อมาจากแพทย์ รวมถึงบุคคลอื่นๆ เช่น เพื่อน ญาติ และสื่อ โดยเกือบร้อยละ 30 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษามาก่อน โดยที่มีผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อน จำนวนหนึ่งในสามได้รับการรักษาจากแพทย์ จากงานวิจัย ทั้งที่แคนซัสซิตี¹ และมหาวิทยาลัยมิชิแกน² รายงานว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาจากแพทย์มักจะถูกส่งต่อให้แพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาจากทันตแพทย์มักจะถูกส่งต่อให้ทันตแพทย์ เนื่องจากสถานที่วิจัยเป็นคลินิกของคณะทันตแพทยศาสตร์ รับผิดชอบรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาบดเคี้ยว ทำหน้าที่ผิดปกติที่ถูกส่งต่อมา จึงเป็นไปได้ที่ส่วนใหญ่ของ

กลุ่มตัวอย่างนี้ถูกส่งต่อมาจากทันตแพทย์ที่ไม่สามารถรักษาที่เอมดีได้ ในทางตรงข้ามเป็นที่น่าสนใจถ้าเปลี่ยนสถานที่วิจัยเป็นคณะแพทยศาสตร์ อาจพบมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการที่เอมดีได้รับการรักษาอยู่

ถึงแม้มีปัจจัยหลายประการในการเลือกผู้ให้การรักษาที่เอมดี⁵ จากประเด็นที่ที่เอมดีเป็นปัญหาทางคลินิกที่มีอาการหลากหลาย และมีบางอาการซ้ำซ้อนกับโรคหรือความผิดปกติที่มีสาเหตุอื่น และพบว่าผู้ป่วยที่เอมดีที่มารักษาที่คลินิกภาควิชาฯ จำนวนไม่น้อยมีการรักษาล่าช้า การศึกษานี้จึงสนใจว่า เป็นได้หรือไม่ที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะควรรับการรักษาจากผู้ใด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากความไม่รู้ การศึกษานี้จึงเลือกพิจารณาเฉพาะปัจจัยเรื่องอาการเป็นสำคัญ และพบว่าลักษณะอาการมีความสำคัญในการเลือกผู้ให้การรักษา อาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่เอมดีมักเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว การศึกษานี้พบเช่นเดียวกัน อาการที่มีมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกรขณะอ้า-หุบปาก มีขากรรไกรขัดขณะอ้า-หุบปาก และอ้าปากได้ไม่กว้างเท่าที่เคย อาการเหล่านี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำหน้าที่ของช่องปาก-ขากรรไกร ดังนั้นเป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ในการรักษา และมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เลือกทันตแพทย์ให้การรักษาอาการเหล่านั้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เอมดีแสดงอาการต่างกัน ที่เอมดีบางอาการพบอยู่นอกช่องปาก-ขากรรไกร ได้แก่ ปวดศีรษะ มีเสียงดังในหู เป็นต้น ผู้ป่วยที่มารักษาที่คลินิกภาควิชาฯ อาจไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วยหรือไม่มีอาการเหล่านั้นจึงอาจไม่ทราบว่าเป็นอาการร่วมของที่เอมดีหรือเข้าใจว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดจากสาเหตุอื่น ดังจะเห็นได้จากมีผู้ป่วยจำนวนมากเลือกแพทย์ให้การรักษาอาการที่อยู่นอกช่องปาก-ขากรรไกร และจากข้อมูลที่ผู้ป่วยตอบกลับ มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถเลือกผู้ให้การรักษาสำหรับบางอาการได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่รู้จักอาการนั้น ๆ ซึ่งเป็นข้อบกพร่องของการศึกษาที่ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ที่ผู้ตอบแบบสอบถามอาจตอบข้อมูลไม่ครบ

เพื่อให้การบำบัดรักษาสำเร็จได้ผลดี ทันตแพทย์และแพทย์จำเป็นต้องมีการตรวจวินิจฉัยแยกโรคให้ถูกต้องและรวดเร็ว และผู้ป่วยควรมีความรู้ว่า ควรจะพบบุคลากรทางการแพทย์ใดได้บ้างเมื่อมีอาการต่าง ๆ จากการศึกษา ณ

ดัมพรีส์และกัลลเวย์ สก็อตแลนด์¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 69 จะเลือกปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาอาการของช่องปาก-ไบหน้าที่ไม่ได้มีสาเหตุจากฟันมากกว่าทันตแพทย์ ด้วยเข้าใจว่าแพทย์ได้รับการฝึกมาดีกว่าและเข้าพบได้ง่าย การศึกษาดังกล่าวเสนอว่า ผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่าทันตแพทย์ได้ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีโรคของช่องปาก-ไบหน้านอกเหนือจากโรคฟัน สอดคล้องกับข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ได้จากการศึกษานี้ พบว่าอาการที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษาจากแพทย์มีดังนี้ ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ มีเสียงดังในหู บวมแก้ม มุมคางหลังหู และ/หรือ ต้นคอ ปวดหรือเจ็บ แก้ม มุมคาง หลังหู และ/หรือ ต้นคอ และเมื่อยลำหรือตึง แก้ม มุมคาง หลังหู และ/หรือ ต้นคอ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้างต้น¹⁶ มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีเสียงของข้อต่อขากรรไกรจากทันตแพทย์ไปยังแพทย์ ในขณะที่จากการศึกษานี้อาการที่ผู้ป่วยเลือกรักษาจากทันตแพทย์มีดังนี้ เคี้ยวอาหารแล้วเจ็บปวดฟันและ/หรือขากรรไกร รู้สึกกัดฟันหรือสบฟันได้ไม่เหมือนที่เคย อ้าปากได้ไม่กว้างเท่าที่เคย เคยอ้าปากแล้วขากรรไกรค้างหุบไม่ลงหรืออ้า-หุบปากมีขากรรไกรขัด อ้า-หุบปากมีเสียงของข้อต่อขากรรไกรหรือเสียงดังหน้าหู และขณะพูด/หายใจเจ็บปวดขากรรไกร ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่เอมดีมักมีอาการมากกว่าหนึ่งอาการ จากการศึกษานี้ผู้ป่วยที่มารักษาที่เอมดีมีอาการร่วมตั้งแต่ 2 ถึง 3 อาการ และอาการเหล่านั้นมักมีอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวร่วมด้วย การซักประวัติและการตรวจระบบบดเคี้ยวสามารถช่วยทันตแพทย์ให้วินิจฉัยที่เอมดีได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญนอกช่องปากขากรรไกร ได้แก่ อาการของหู หรือปวดศีรษะ พบว่าการรักษาที่เอมดีมีผลให้อาการเหล่านี้หายหรือดีขึ้นได้⁹⁻¹⁴ การปรึกษาและให้การรักษาที่เอมดีร่วมกันกับแพทย์น่าจะเหมาะสม

ที่เอมดีเป็นปัญหาทางคลินิกที่สามารถวินิจฉัยและรักษาได้โดยทันตแพทย์ จึงควรจะเป็นความรับผิดชอบของทันตแพทย์ที่จะให้ความรู้แก่ประชาชนว่า มีความเป็นไปได้ที่อาการเจ็บปวดบางอย่างอาจจะมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อของศีรษะ คอ ไบหน้า และข้อต่อขากรรไกร ซึ่งการตรวจพบการทำงานที่ผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อจากศีรษะคอ และไบหน้าเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการทางทันตกรรม

ตารางที่ 2 แสดงการเลือกผู้ให้บริการรักษาอาการต่างๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม

Table 2 Patients' choice of treatment provider for various symptoms

Symptoms	N (%)	Physician	Dentist	Asymp. Sig.
Pain in cheek, jaw, behind the ear, and/or neck	147 (100%)	93 (63.26%)	54 (36.73%)	0.001
Swelling in cheek, jaw, behind the ear, and/or neck	143 (100%)	99 (69.23%)	44 (30.77%)	0.000
Stiff or tired in cheek, jaw, behind the ear, and/or neck	146 (100%)	91 (62.33%)	55 (37.67%)	0.003
Jaw locked	147 (100%)	20 (13.61%)	127 (86.39%)	0.000
Limited mouth opening	147 (100%)	18 (12.24%)	129 (87.76%)	0.000
Pain on chewing	148 (100%)	5 (3.38%)	143 (96.62%)	0.000
Pain on speaking or yawning	146 (100%)	22 (15.07%)	124 (84.93%)	0.000
Changes in bites	146 (100%)	5 (3.42%)	141 (96.58%)	0.000
Headaches (unknown cause)	146 (100%)	138 (94.52%)	8 (5.48%)	0.000
Jaw noises or clicking jaw	148 (100%)	21 (14.19%)	127 (85.81%)	0.000
Ear ringing	139 (100%)	119 (85.61%)	20 (14.39%)	0.000

สรุป

ที่เอมดีเป็นปัญหาทางคลินิกที่มีความหลากหลาย มีบางอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับอาการของช่องปาก และมีบางอาการซ้ำซ้อนกับโรคอื่น ๆ การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยขึ้นกับความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเหล่านี้ ผู้ป่วยมักจะเลือกรับการรักษากับทันตแพทย์เมื่อมีอาการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับช่องปาก-ขากรรไกร ในขณะที่จะเลือกรับการรักษาอาการอื่นๆ กับแพทย์ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่เอมดีได้รับการตรวจ วินิจฉัย

และบำบัดรักษาได้ถูกต้องและตรง ไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายที่เกินจำเป็น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องที่เอมดีจึงน่าจะเป็นประโยชน์ และควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่และประสบการณ์เรียนรู้ของทันตแพทย์ ตลอดจนสนับสนุนให้แพทย์ทั่วไปมีความรู้เรื่อง ที่เอมดี รวมถึงความเจ็บปวดทั้งเหตุจากฟันและไม่ได้มีเหตุจากฟัน การทำหน้าที่ปกติและของระบบบดเคี้ยว ทั้งในระดับปริญาบัณฑิตและหลังปริญญา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนโดยเงินทุนอุดหนุนการวิจัยทางทันตกรรม 3205-312#47/2007 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ทพ.ชาญชัย ไห้สงวน และ ผศ.ทญ.ดร.ภทิตา ภูริเดช ผู้ให้คำแนะนำทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล และผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อมูลที่ล้ำค่าอย่างยิ่งในการทำงานวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

- Glaros AG, Glass EG, Hayden WJ. History of treatment received by patients with TMD: a preliminary investigation. *J Orofac Pain.* 1995; 9:147-51.
- Turp JC, Kowalski CJ, Stohler CS. Treatment-seeking patterns of facial pain patients: many possibilities, limited satisfaction. *J Orofac Pain.* 1998;12:61-6.
- White BA, Williams LA, Leben JR. Health care utilization and cost among health maintenance organization members with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2001;15:158-69.
- Stowell AW, Gatchel RJ, Wildenstein L. Cost-effectiveness of treatments for temporomandibular disorders biopsychosocial intervention versus treatment as usual. *J Am Dent Assoc.* 2007;138: 202-8.
- Von Korff MR, Howard JA, Truelove EL, Sommers E, Wagner EH, Dworkin S. Temporomandibular disorders. Variation in clinical practice. *Med Care.* 1988;26:307-14.
- Wright EF, Des Rosier KF, Clark MK, Bifano SL. Identifying undiagnosed rheumatic disorders among patients with TMD: *J Am Dent Assoc.* 1997;128: 738-44.
- Aaron LA, Burke MM, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med.* 2000;160:221-7.
- Cox KW. Temporomandibular disorder and new aural symptoms. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;134:389-93.
- Wright EF, Bifano SL. Tinnitus improvement through TMD therapy. *J Am Dent Assoc.* 1997; 128:1424-32.
- Wright EF. Otologic symptom improvement through TMD therapy. *Quintessence Int.* 2007;38:564-71.
- de Felicio CM, Melchior Mde O, Ferreira CL, Da Silva MA. Otologic symptoms of temporomandibular disorder and effect of orofacial myofunctional therapy. *Cranio.* 2008;26:118-25.
- Bernhardt O, Gesch D, Schwahn C, Bitter K, Mundt T, Mack F, et al. Signs of temporomandibular disorders in tinnitus patients and in a population-based group of volunteers: results of the study of health in Pomerania. *J Oral Rehabil.* 2004;31:311-9.
- Lam DK, Lawrence HP, Tenenbaum HC. Aural symptoms in temporomandibular disorder patients attending a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain.* 2001;15:146-57.
- Glaros AG, Urban D, Locke J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioural overlap. *Cephalalgia.* 2007; 27:542-9.
- Mutirangura W, Homjungjeerung P, Pakanan S. Follow-up study on drop-out temporomandibular disorders patients. *CU Dent J.* 2007;30:117-28.
- Bell GW, Smith GL, Rodgers JM, Flynn RW, Malone CH. Patient choice of primary care practitioner for orofacial symptoms. *Br Dent J.* 2008;204:669-73.

Temporomandibular disorders patients' treatment provider seeking based on symptoms

Wantanee Mutirangura D.D.S., M.S., Th.B.O.¹

Sitawan Navasumrit²

Hatairat Purngrat²

¹Department of Occlusion, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

²Dental Student, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

Abstract

Objective To study temporomandibular disorders (TMD) patients' treatment provider seeking based on symptoms.

Materials and methods Mailed questionnaires were delivered to 301 TMD patients treated at Department of Occlusion, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, from 2004 to 2007. Data processing was under descriptive statistics and chi-square.

Results Mails with enough information were derived from 151 respondents. They were 32 men and 119 women with mean age 37.97 years. They presented variety of symptoms, and large amount of them reported more than one symptom. Most of them were referred or recommended, while 29.8% had been treated. Approximately 10% of all were referred or recommended from physicians. The patients selected treatment providers either dentists or physician significantly on types of symptoms ($p < 0.05$). They would choose dentists for treating symptoms related to pains/disorders in the oral-jaw such as jaws-teeth pain during chewing, changes in dental occlusion and limited jaws opening, and choose physicians for treating other symptoms such as headache and ear ringing.

Conclusion TMD presents various clinical problems. Symptoms show important role in patients' treatment provider seeking. The results suggest imparting of patients' TMD knowledge would be beneficial.

(CU Dent J. 2011;34:109-116)

Key words: *symptom; temporomandibular disorder; treatment provider seeking*
