สนับสนุนโดย

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# แนวทางปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม

## Dental Safety Goals & Guidelines 2015

โดย

คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม

คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์

คุ้มครองผู้บริโภคทางทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ

และคณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556-2559)

# แนวทางปฏิบัติ
# เพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม

## Dental Safety Goals & Guidelines 2015

โดย
คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม
คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์
คุ้มครองผู้บริโภคทางทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ
และคณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556-2559)

# สารจากนายกทันตแพทยสภา

คณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 7 มีนโยบายมุ่งเน้นกระตุ้นให้ทันตแพทย์และทันตบุคลากรทุกคนร่วมกันให้การรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ ในการทำงานอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัยและผู้ให้การรักษาไม่ถูกฟ้องร้อง

Dental Safety Goals & Guidelines 2015 นี้เป็นคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ทันตแพทยสภาพยายามปรับปรุงใหม่โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการรักษาที่ปลอดภัยซึ่งจะนำไปสู่คลินิกทันตกรรมคุณภาพ Quality Dental Clinic ในปี 2554 ได้มี Dental Safety Goals & Guidelines เกิดขึ้น และโรงพยาบาลต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการได้นำไปทำการประเมินตนเองเป็นแนวทางในการพัฒนาคลินิก และการบริการทางทันตกรรมประมาณเกือบ 300 แห่ง ได้มีการตอบสนองในการใช้แนวทาง และให้ความเห็นอันเป็นเสียงสะท้อนจนนำมาสู่การปรับปรุงแนวทาง และรายละเอียดการปรับปรุง ครั้งนี้ยังได้ปรับให้สอดคล้องกับแนวทาง เรื่อง Patient Safety ของ WHO ด้วย ในปีที่ผ่านมาได้มีการตรวจเยี่ยมจากทีมของทันตแพทยสภาในบางโรงพยาบาล และตรวจเยี่ยมโดยทีมในระดับจังหวัดในบางจังหวัด พบว่าโรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการสามารถพัฒนาจนผ่านเกณฑ์ได้ดี ทันตแพทยสภาขอเชิญชวนทุกจังหวัดให้มีการสร้างทีมในระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อจะได้ทำการประเมินแลกเปลี่ยนกัน ช่วยกันพัฒนากันเองจนสามารถให้บริการที่ปลอดภัยด้วยทีมของตนเองในส่วนภูมิภาค

ทันตแพทยสภาขอแสดงความชื่นชมต่อคณะทำงานที่อุทิศตน และทุ่มเทกับการจัดทำแนวทางปฏิบัตินี้ จนสามารถนำมาใช้ประโยชน์และเผยแพร่ให้กับหน่วยงานทันตกรรมทั่วประเทศได้นำไปดำเนินการต่อ ขอขอบคุณผู้ที่นำคู่มือนี้ไปใช้ และหวังว่าจะได้ประโยชน์อย่างพอควรจากแนวทางที่ได้ปรับปรุงใหม่นี้ สามารถนำไปพัฒนาระบบบริการทางทันตกรรมซึ่งจะทำให้คลินิกมีคุณภาพมากขึ้น ส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และทันตบุคลากรต่อไป

*ทันตแพทย์ธรณินทร์ จรัสจรุงเกียรติ*
*นายกทันตแพทยสภา*

# กล่าวนำ

เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2551 ทันตแพทยสภาได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการศึกษา และพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรมขึ้น เพื่อศึกษาและกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการให้บริการทางทันตกรรม ซึ่งในเบื้องต้นได้กำหนด Dental Safety Goals and Solutions 2009 ออกมา แต่หลังจากทดลองใช้และปรับปรุงอีกหลายครั้ง จึงได้เปลี่ยนเป็น “แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม” หรือ Thai Dental Safety Goals and Guidelines 2010 ซึ่งได้มีการเผยแพร่ให้ทันตบุคลากรนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในภาครัฐและเอกชน จนต่อมาวันที่ 28 กรกฎาคม 2554 ทันตแพทยสภาได้ดำเนินโครงการ “คลินิกทันตกรรมคุณภาพ” ภายใต้การดูแลของคณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณ โดยนำ Thai Dental Safety Goals and Guidelines 2010 มาเป็นแนวทางในการสุ่มสำรวจ พบว่า มีการพัฒนาคุณภาพของคลินิกทันตกรรมอย่างแพร่หลายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้เรียนรู้ถึงข้อจำกัดและการนำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้

ต่อมาในปี 2557 ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากโครงการคลินิกทันตกรรมคุณภาพ โครงการ WHO Patient Safety Curriculum ที่จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และความรู้ทางวิชาการล่าสุด มาทบทวนและปรับเนื้อหาของ Thai Dental Safety Goals and Guideline 2010 ให้ทันสมัย และสอดคล้องกับการปฏิบัติมากขึ้น และกำหนดเป็น Dental Safety Goals and Guidelines 2015 หรือ SAFE TRRIC ซึ่งหวังว่าทันตบุคลากรจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดกับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อไป

***ทันตแพทย์ชุมพล ชมะโชติ***

*ประธานคณะทำงานศึกษาและพัฒนา*
*มาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม*

# Dental Safety Goals

- Safe Communication
- Safe Treatment
- Safe Infection Control
- Safe Record
- Risk Management

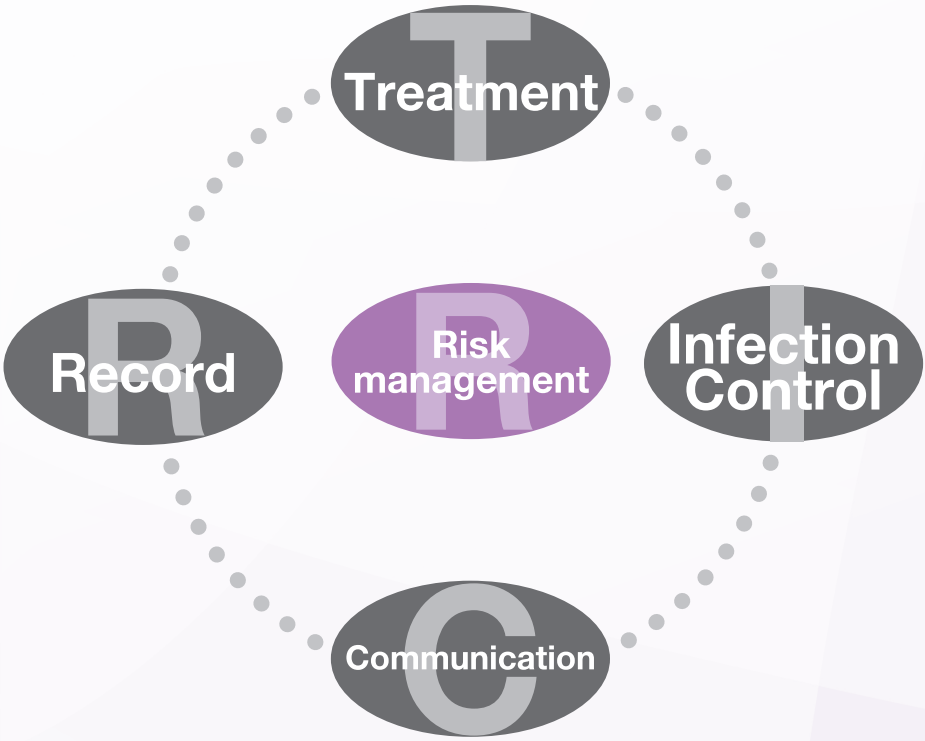
## หลักในการนำไปปฏิบัติ

- เอกสารนี้เป็นข้อเสนอแนะทางวิชาการ เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานบริการของตนเอง
- เน้นการนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกทันตกรรมทั้งที่เป็นสถานบริการของรัฐและเอกชน
- เอกสารนี้อาจมีการทบทวนและปรับปรุงให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในอนาคต

**คณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องมีความมุ่งหวังให้แนวทางฉบับนี้เป็นประโยชน์ต่อประชาชน เป็นมิตรกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และยกระดับมาตรฐานการบริการทางทันตกรรมของประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับ และมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น**

# DENTAL SAFETY GOALS AND GUIDELINES 2015

# SAFE TRIC



# แนวทางปฏิบัติ
# เพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม

## Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2015

### Safe Communication: สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ

SC 1 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

SC 2 ผู้ป่วยและญาติรับทราบค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับทันตแพทย์ก่อนการรักษา

SC 3 เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครอง ต้องได้รับทราบและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ

### Safe Treatment: ให้การรักษาอย่างปลอดภัย

ST 1 ถูกคน ถูกตำแหน่ง

ST 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายในการรับการรักษาทางทันตกรรม

ST 3 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและได้รับการรักษาที่ปลอดภัย

ST 4 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรได้รับการรักษาภายใต้บุคลากรที่มีความสามารถ และมีความพร้อมของ อุปกรณ์ ยา

ST 5 ผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยพิเศษ ควรได้รับการควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม (Protective Stabilization) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา

## Safe Infection Control: ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน

SI 1 การล้างมือ

SI 2 การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment) ได้แก่ ถุงมือ แมสค์ แว่นป้องกัน หรือแผ่นป้องกันใบหน้า เสื้อกาวน์

SI 3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย (Instrument Processing)

SI 4 การดูแลพื้นผิวในบริเวณที่ให้การรักษา (Surface Asepsis)

SI 5 การฉีดยาอย่างปลอดภัย (Safe Injection)

SI 6 การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ (Respiratory Hygiene/Cough Etiquette)

SI 7 การควบคุมการติดเชื้อในงานแลปทันตกรรม (Dental Laboratory Asepsis)

SI 8 การควบคุมการติดเชื้อจากการถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม

SI 9 การดูแลขยะภายในคลินิกทันตกรรม

SI 10 มาตรการเสริมอื่นๆ

## Safe Record: บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน

SR 1 มีการบันทึกเวชระเบียนที่แสดงถึงความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย การประเมิน การให้การรักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาที่มีความซับซ้อน และการให้ข้อมูลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา

## Risk Management: การจัดการความเสี่ยง

RM 1 มีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยง เพื่อการเรียนรู้โดยใช้ค่านิยมการไม่กล่าวโทษ (No Blame Culture)

RM 2 มีกิจกรรมวิเคราะห์อุบัติการณ์ เพื่อการเรียนรู้ และการปรับปรุงเชิงระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยง

## Safe Communication: สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ

### SC 1 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

**SC 1.1** มีกระบวนการให้ข้อมูลและรับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) และให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับทราบ (ดูตัวอย่างใน www.dentalcouncil.or.th) หรือบันทึกข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยก่อนการรักษาลงในเวชระเบียนอย่างละเอียดครบถ้วน และให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับทราบในกรณีที่เป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง หรือคาดว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา มีการพยากรณ์โรคไม่ดี หรืออาจไม่บรรลุตามความคาดหวังของผู้ป่วย เช่น การทำรากฟันเทียม (Dental Implant) การผ่าตัดในหรือนอกช่องปาก การจัดฟัน การใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยพิเศษเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา (Protective Stabilization) เป็นต้น (เพื่อเตือนผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลที่จำเป็น และยืนยันว่าผู้ป่วยหรือผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว)

**SC 1.2** ในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา[1] ให้ทันตแพทย์ทำแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกับผู้ป่วย (Dental Treatment Plan)

**SC 1.3** ในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ส่งเสริมให้มีการระบุทันตแพทย์เจ้าของไข้[2] เพื่อเป็นผู้บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม และทำหน้าที่ช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

---

[1] *ความยุ่งยากซับซ้อน อาจหมายถึง การรักษาที่มีขั้นตอนหรือทางเลือกในการรักษาหลากหลาย มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องรับการรักษาโดยทันตแพทย์มากกว่าหนึ่งคน หรือต้องรับการรักษาหลายครั้ง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา*

[2] *ทันตแพทย์เจ้าของไข้ หมายถึง ทันตแพทย์ผู้ที่วางแผนการรักษาและดูแลต่อเนื่อง หรือผู้ให้การรักษาหลัก*

## SC 2 ผู้ป่วยและญาติรับทราบค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับทันตแพทย์ ก่อนเริ่มให้การรักษา

**SC 2.1** จัดให้มีเอกสารแสดงอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงได้ง่าย[3]

**SC 2.2** ควรจัดให้มีระบบการแจ้งค่ารักษาอย่างเหมาะสม ก่อนที่จะให้การรักษาแต่ละครั้ง

## SC 3 เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองต้องได้รับทราบและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ

**SC 3.1** เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษาเกิดขึ้นขณะให้การรักษา ควรพิจารณาแจ้งให้ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองทราบทันที และอธิบายภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา พยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองได้เข้าใจอย่างชัดเจน และบันทึกการอธิบายในเวชระเบียน

**SC 3.2** หากภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์นั้น เกินความสามารถของผู้ให้การรักษาหรือผู้ป่วยร้องขอ ให้ปรึกษาหรือประสานงานในการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม

---

[3] *เป็นไปตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547*

## Safe Treatment: ให้การรักษาอย่างปลอดภัย

### ST 1 ถูกคน ถูกตำแหน่ง

**ST 1.1** การเรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งเสริมให้ใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว เช่น ถามชื่อ นามสกุล และวันเกิด หรือ ถามชื่อ นามสกุล และดูบัตรประชาชน หรือวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสม และต้องมีการทวนสอบโดยผู้ให้การรักษาอีกครั้ง

**ST 1.2** การส่งต่อเพื่อการถอนฟัน ส่งเสริมให้มีการระบุซี่ฟัน อย่างน้อย 2 วิธี เช่น ส่งถอนฟัน 16 และ 6| หรือให้ทำเครื่องหมาย (Mark Site) ในภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) หรือ แบบจำลองฟัน (Dental Model) ร่วมด้วย หรือวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสม

**ST 1.3** ในการให้การรักษาแต่ละครั้ง ควรมีการระบุตำแหน่งหรือซี่ฟันที่จะทำการรักษาร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ปกครองก่อนให้การรักษาทุกครั้ง เช่น ใช้กระจกส่องร่วมกับผู้ป่วย

### ST 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายในการรับการรักษาทางทันตกรรม

**ST 2.1** ให้วัดความดันโลหิตและชีพจรผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทุกราย[4] ในการมารับบริการครั้งแรกและก่อนการรักษาทางทันตกรรมแต่ละครั้ง

**ST 2.2** ให้มีการซักประวัติความเจ็บป่วย การแพ้ยา และประวัติการใช้ยาซ้ำทุกครั้งที่มารับบริการ โดยเฉพาะประวัติการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) ยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulants) รวมถึงยาในกลุ่มยับยั้งการละลายกระดูก (Antiresorptives) และยายับยั้งการสร้างหลอดเลือด (Anti-angiogenics)[5] (ดูตัวอย่างชื่อยาในภาคผนวก 1)

---

[4] *เพื่อให้ครอบคลุมการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในวัยรุ่น*

[5] *ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายกระดูก และยายับยั้งการสร้างหลอดเลือดให้หลีกเลี่ยงการถอนฟัน จัดฟัน ใส่รากเทียม และผ่าตัดในช่องปากทุกชนิด*

**ST 2.3** ในผู้ป่วยโรคทางระบบที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี หรือไม่อยู่ในระหว่างการรักษาจากแพทย์ ควรส่งปรึกษาแพทย์ และวางแผนการรักษาร่วมกันทุกครั้งก่อน

**ST 2.4** ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องหยุดหรือปรับการใช้ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรม เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น ควรส่งปรึกษาแพทย์และได้รับความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรจากแพทย์ก่อนทุกครั้ง[6]

## ST 3 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและได้รับการรักษาที่ปลอดภัย

**ST 3.1** ควรมีการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) ตามมาตรฐานของการรักษาทางทันตกรรมแต่ละสาขา

**ST 3.2** ควรให้มีการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) ก่อนการถอนฟัน หรืออย่างน้อยในกรณีต่อไปนี้

a. การถอนฟันกรามซี่ที่ 3 (Third Molar)

b. ฟันบนตั้งแต่ฟันเขี้ยวถึงฟันกรามใหญ่ ที่รากหักขณะถอนฟัน ให้ถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย (x-ray) ดูความสัมพันธ์กับโพรงอากาศแม็กซิลลา (Maxillary Sinus) ก่อนแคะรากฟันที่หัก

c. ฟันที่มีลักษณะและอาการทางคลินิกที่แสดงถึงการมีพยาธิสภาพที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการถอนฟัน เช่น เนื้องอกหรือมะเร็ง (Benign and Malignant Tumors)

---

[6] *การตอบใบ Consult หรือ การมี Clinical Practice Guidelines ในองค์กร (ดูตัวอย่างในภาคผนวก 2)*

**ST 3.3** การฉีดยาชาเส้นประสาทอินฟีเรีย อัลวีโอล่า (Inferior Alveolar Nerve Block)

a. ควรหยุดสังเกต หรือดูดกลับ (Aspirates) เพื่อดูว่ามีเลือดไหลย้อน จะใช้ได้ในกรณีที่เข็มมีขนาดเท่ากับ 27 (Gauge 27) หรือใหญ่กว่า

b. ไม่ควรแทงเข็มเข้าไปจนสุดความยาว เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการหักของเข็มที่บริเวณรอยต่อกับส่วนที่เป็นพลาสติก

c. ควรเดินยาขณะทำการฉีดยาชาเฉพาะที่อย่างช้า ๆ โดยทั่วไปไม่ควรเร็วกว่า 30 วินาที ต่อการใช้ยา 1 หลอด

**ST 3.4** กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ควรเขียนใบส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งแนบหลักฐานอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น ภาพถ่ายรังสี แบบจำลองฟัน ชิ้นส่วนฟันที่ถูกถอนและรากที่หัก เป็นต้น

## ST 4 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรได้รับการรักษาภายใต้บุคลากรที่มีความสามารถ และมีความพร้อมของ อุปกรณ์ ยา

**ST 4.1** ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรได้รับการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบคอบ และให้การรักษาด้วยความระมัดระวัง โดยบุคลากรที่มีความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉิน[7] โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ ACS (Acute Coronary Syndrome)[8]

**ST 4.2** มีแนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษร

---

[7] *บุคลากรทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะ 2 ปี*

[8] *กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ ACS ได้แก่ ประวัติการรักษา CAHD, กลุ่มปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง, ภาวะเบาหวาน เป็นต้น*

**ST 4.3** จัดให้มียาและอุปกรณ์เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วย โดยพิจารณาตามมาตรฐานสถานพยาบาลของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

**ST 4.4** มีระบบตรวจสอบยาและบำรุงรักษาอุปกรณ์ ให้มีความพร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

**ST 5 ผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยพิเศษ ควรได้รับการควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม (Protective Stabilization) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา**

**ST 5.1** เมื่อต้องควบคุมการเคลื่อนไหว (Protective Stabilization) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยพิเศษ ที่ไม่ให้ความร่วมมืออย่างมาก แนะนำให้ใช้อุปกรณ์ห่อตัวเด็กตามขนาดที่เหมาะสม เช่น Papoose Board, Pedi-wrap เป็นต้น โดยต้องแจ้งให้ผู้ปกครอง หรือญาติผู้ป่วยรับทราบเหตุผลของการใช้จนเข้าใจ

**ST 5.2** ผู้ให้การรักษาควรมีการสังเกตการหายใจของผู้ป่วยตลอดการรักษา ควรหยุดการรักษาและประเมินผู้ป่วยทันทีถ้าพบความผิดปกติ และในกรณีที่ใช้อุปกรณ์ห่อตัวเด็ก การเปิดแผ่นหน้าอกเอาไว้จะช่วยให้สังเกตการหายใจของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

**ST 5.3** ในผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ ควรใช้แผ่นยางกันน้ำลาย (Rubber Dam) ในหัตถการที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ หรือมีน้ำและสิ่งแปลกปลอมตกลงไปในทางเดินหายใจ เช่น การบูรณะฟัน การรักษาคลองรากฟัน การถอนฟัน เป็นต้น

## Safe Infection Control: ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน

### SI 1 การล้างมือ

**SI 1.1** ควรล้างมือให้สะอาดก่อนสวมถุงมือและหลังจากถอดถุงมือ หรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลที่มีความเข้มข้น 60-80% ในกรณีที่ให้การรักษาต่อเนื่องและมือไม่สกปรก

**SI 1.2** หากไม่สวมถุงมือ ต้องล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน

**SI 1.3** ไม่ไว้เล็บยาว และไม่สวมเล็บปลอม ซึ่งเป็นแหล่งเก็บกักเชื้อโรค

**SI 1.4** ก๊อกน้ำที่ใช้ล้างมือ ต้องไม่ปะปนกับก๊อกที่ใช้ล้างเครื่องมือ และเป็นก๊อกที่สามารถเปิดปิดได้โดยไม่ต้องใช้มือสัมผัส

### SI 2 การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment) เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา

**SI 2.1** ถุงมือ

a. ถุงมือใช้ครั้งเดียวทิ้ง และภายหลังการใช้งานให้ถือเป็นขยะติดเชื้อ (ในระหว่างรักษาถ้าถอดออกแล้ว ห้ามนำกลับมาใช้อีก)

b. ถุงมือที่ใช้ในงานศัลยกรรมควรใช้ชนิดปลอดเชื้อและมีความหนา สำหรับงานถอนฟันง่ายๆ อาจพิจารณาใช้ถุงมือตรวจ (Examination Gloves) ได้

c. เมื่อสวมถุงมือแล้ว ระหว่างการรักษาต้องไม่สัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อน ซึ่งอยู่นอก Clinical Operation Field หากจำเป็นต้องสัมผัสหลังการสัมผัส ต้องเปลี่ยนถุงมือคู่ใหม่

**SI 2.2** แมสค์ (Mask)

a. ควรสวมแมสค์เมื่อให้การรักษาที่ทำให้เกิดละออง (Droplets) หรือละอองฝอย (Aerosols) หรือให้การรักษาผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางละอองหรือทางอากาศ (Airborne)

b. แมสค์ที่ใช้อย่างน้อยควรมีประสิทธิภาพในการกรอง 95% สำหรับอนุภาคขนาด 0.3 ไมครอน

**SI 2.3** แว่นป้องกัน (Protective Eyewear) หรือแผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield)

a. ควรสวมร่วมกับแมสค์ทุกครั้งที่เกิดละออง หรือละอองฝอยในระหว่างการรักษา

b. แว่นป้องกันควรมีขอบทางด้านข้างและด้านบน และสวมทับบนแว่นสายตา

c. ควรล้างทำความสะอาดหรือล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อภายหลังให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละราย หรือเมื่อเห็นว่าสกปรก

**SI 2.4** เสื้อกาวน์

a. ควรสวมทับเสื้อผ้าที่สวมอยู่ มีแขนยาว ปลายแขนรัดบริเวณข้อมือ คอปิด หลีกเลี่ยงการมีเข็มขัด หรือกระเป๋าซึ่งเป็นที่กักเก็บสิ่งสกปรก

b. เพื่อการป้องกันที่สมบูรณ์ เมื่อสวมถุงมือควรจัดให้ขอบถุงมือคลุมปลายแขนเสื้อกาวน์

c. ไม่ควรสวมออกนอกบริเวณที่ให้การรักษา

d. ควรเปลี่ยนอย่างน้อยวันละครั้งหรือเมื่อเห็นว่าสกปรก

## SI 3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย (Instrument Processing)

**SI 3.1** เครื่องมือที่ใช้ซ้ำได้ หลังการใช้งานต้องทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ หรือทำให้ปลอดเชื้อ จนแน่ใจว่าเครื่องมือเหล่านั้นสามารถนำกลับมาใช้ได้โดยไม่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ โดย

a. เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง (Critical Items) เช่น เครื่องมือมีใช้ในงานศัลยกรรมหรือปริทันต์ต้องทำให้ปลอดเชื้อเท่านั้น

b. เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อปานกลาง (Semi Critical Items) เช่น เครื่องมือที่สัมผัสกับเยื่อบุช่องปาก กระจกส่องในปาก เครื่องมืออุดฟัน แก้วน้ำ ต้องฆ่าเชื้อในระดับที่มีประสิทธิภาพสูง (High Level Disinfection) หรือทำให้ปลอดเชื้อ

c. เครื่องมือที่ไม่ได้ใช้ในช่องปาก หรือสัมผัสกับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม (Non Critical Items) ต้องทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อในระดับที่มีประสิทธิภาพปานกลาง (Intermediate Level Disinfection) ก่อนนำกลับมาใช้ใหม่

**SI 3.2** เครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อหรือทำให้ปลอดเชื้อแล้ว ให้บรรจุในห่อหรือซองหรือภาชนะที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถรักษาภาวะปลอดเชื้อได้ และจัดเก็บในภาชนะหรือสถานที่ที่เหมาะสม จนกว่าเครื่องมือจะถูกนำออกใช้งาน

**SI 3.3** ติดหรือมีตัวบ่งชี้ทางเคมีภายนอกห่อ เช่น ออโตเคลฟเทป (Autoclave Tape) บนทุกห่อเครื่องมือก่อนนำไปทำให้ปลอดเชื้อ

**SI 3.4** ใส่ตัวบ่งชี้ทางเคมีภายในห่อทุกห่อของเครื่องมือที่ใช้ในงานศัลยกรรม และปริทันต์ ก่อนนำไปทำให้ปลอดเชื้อ

**SI 3.5** ทำการทดสอบด้วยสปอร์ (Spore Test) กับเครื่องทำให้ปลอดเชื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**SI 3.6** เลือกใช้เครื่องมือชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง หากไม่สามารถนำมาทำความสะอาดฆ่าเชื้อ หรือทำให้ปลอดเชื้อได้

**SI 3.7** ห่อเครื่องมือที่ปลอดเชื้อควรนำมาจัดเก็บในบริเวณที่แห้ง ไม่อับชื้น มีการถ่ายเทอากาศได้ดี ไม่มีการสัญจรผ่านไปมามากนัก มีฝุ่นละอองน้อย อยู่ห่างจากอ่างน้ำ ท่อระบายน้ำ ท่อประปา และอยู่ห่างจากฝ้าเพดานหรือพื้น 2-3 นิ้ว ทั้งนี้เพื่อมิให้ห่อเครื่องมือที่ผ่านการทำให้ปลอดเชื้อแล้วเกิดการปนเปื้อน และควรอยู่ห่างจากแหล่งความร้อน เพื่อมิให้วัสดุที่ใช้ห่อกรอบหรือเกิดการฉีกขาดง่าย ต้องเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้วในตู้ที่ปิดมิดชิด[9]

**SI 3.8** บริเวณที่ใช้เตรียมเครื่องมือเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ ควรอยู่แยกจากบริเวณที่ให้การรักษา โดยพื้นที่ของแต่ละขั้นตอนของการทำงานแยกจากกันชัดเจนและจัดเรียงให้ต่อเนื่องกันเป็นทางเดียว ไม่สลับกันไปมา

**SI 3.9** บริเวณที่ล้างทำความสะอาดเครื่องมือควรอยู่แยกห่างจากขั้นตอนอื่นโดยมีผนังกั้น หรือถ้ามีข้อจำกัดในเรื่องของพื้นที่ก็ควรจัดให้ห่างจากบริเวณอื่นมากพอที่จะไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนจากการกระเด็นของสารปนเปื้อนในระหว่างการล้างทำความสะอาด

**หมายเหตุ** เครื่องมือที่มีข้อต่อหรือฟันเฟือง ก่อนนำไปฆ่าเชื้อหรือทำให้ปลอดเชื้อควรปฏิบัติตามคู่มือของบริษัทผู้ผลิต

---

[9] *จากกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ว่าด้วยชนิดและจำนวนเครื่องมือเครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 หมวดที่ 1 ข้อ 1 (4) กำหนดให้คลินิกทันตกรรมต้องเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้วในตู้ที่ปิดมิดชิด*

## SI 4 การดูแลพื้นผิวในบริเวณที่ให้การรักษา (Surface Asepsis)

**SI 4.1** พื้นผิวที่ต้องสัมผัสในระหว่างให้การรักษา เช่น ด้ามปรับไฟ ปุ่มปรับเก้าอี้ทันตกรรม (Dental Unit) ควรทำความสะอาด ฆ่าเชื้อ และใช้วัสดุที่เหมาะสมคลุมพื้นผิวก่อนให้การรักษา และเปลี่ยนวัสดุที่ใช้คลุมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย หรือทำความสะอาดและฆ่าเชื้อภายหลังการรักษาทุกครั้ง (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 3)

**SI 4.2** พื้นผิวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรง เช่น พื้นผิวโต๊ะ ผนังห้อง ลิ้นชัก เก้าอี้ ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาทำความสะอาด ทันทีที่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งของร่างกายเปื้อนพื้น ให้ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลาง ซึ่งสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 3)

**SI 4.3** การฆ่าเชื้อบนพื้นผิวให้ทำโดยการเช็ด ไม่ใช้การสเปรย์ ซึ่งทำให้เกิดละอองฝอยของน้ำยาฆ่าเชื้อที่จะเป็นอันตรายกับผู้ปฏิบัติงานในบริเวณนั้น

**หมายเหตุ**: ไม่ใช้แอลกอฮอล์เป็นสารฆ่าเชื้อทางทันตกรรม และไม่ควรใช้กลูตาราลดีไฮด์ในการฆ่าเชื้อบนพื้นผิว (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 4)

## SI 5 การฉีดยาอย่างปลอดภัย (Safe Injection)

**SI 5.1** การสวมปลอกเข็มกลับเข้าที่ ควรใช้มือเดียว (One-handed Technique) ต้องไม่ใช้สองมือในการสวมปลอกเข็มกลับเข้าที่

**SI 5.2** การส่งเข็ม ต้องไม่ส่งมือต่อมือ

## SI 6 การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ (Respiratory Hygiene /Cough Etiquette)

**SI 6.1** ควรมีโปสเตอร์แนะนำผู้ป่วยและผู้ติดตามให้ใช้กระดาษทิชชูปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม ทิ้งกระดาษที่ใช้แล้วในถังขยะ และล้างมือให้สะอาด

**SI 6.2** หากผู้ป่วยมีอาการป่วยของทางเดินหายใจ ให้ปิดปากและจมูกด้วยแมสค์ และจัดให้นั่งห่างจากผู้ป่วยรายอื่นอย่างน้อย 3 ฟุต

## SI 7 การควบคุมการติดเชื้อในงานแลปทันตกรรม (Dental Laboratory Asepsis)

**SI 7.1** แบบพิมพ์ฟันต้องล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อทันทีด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลาง[10] ซึ่งฆ่าเชื้อวัณโรคได้

**SI 7.2** อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่จะส่งไปที่แลปทันตกรรม หรือที่รับจากแลปทันตกรรมมาใส่ให้กับผู้ป่วย ต้องทำความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลางก่อนเสมอ

## SI 8 การควบคุมการติดเชื้อจากการถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม

**SI 8.1** อุปกรณ์ที่ใช้ในช่องปากควรฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง[11] หรือทำให้ปลอดเชื้อก่อนนำมาใช้ซ้ำ

**SI 8.2** แผ่นฟิล์มรวมถึงพื้นผิวที่ต้องสัมผัสในระหว่างการถ่ายภาพรังสี ควรทำความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลางหลังการถ่ายภาพรังสีทุกครั้ง หรือคลุมพื้นผิวเพื่อป้องกันการปนเปื้อน และเปลี่ยนวัสดุที่ใช้คลุมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

---

[10] *น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลาง เช่น แช่ Sodium Hypochlorite 0.5% (1:10) หรือ Iodophor 1:213 เป็นเวลา 10 นาที*

[11] *เช่น กลูตารัลดีไฮด์*

## SI 9 การดูแลขยะภายในคลินิกทันตกรรม

**SI 9.1** ขยะติดเชื้อ ซึ่งได้แก่ขยะที่ปนเปื้อนเลือด น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งของร่างกายจำนวนมากที่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ควรนำไปทิ้งและกำจัดในลักษณะของขยะติดเชื้อ ซึ่งแยกส่วนอย่างชัดเจนจากขยะทั่วไป

**SI 9.2** ขยะติดเชื้อมีคมที่ใช้งานแล้ว ควรทิ้งทันทีหลังการใช้งานในภาชนะที่สามารถทนแรงทะลุได้ดี ซึ่งวางอยู่ในบริเวณที่ให้การรักษา ทั้งนี้ต้องไม่บรรจุขยะติดเชื้อมีคมเกินกว่าสองในสามของภาชนะ และต้องทำให้ปลอดเชื้อก่อนนำไปกำจัด หรือส่งกำจัดด้วยการเผาทำลาย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

## SI 10 มาตรการเสริมอื่นๆ

**SI 10.1** เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำลายในท่อดูดน้ำลาย แจ้งให้ผู้ป่วยมิให้ปิดริมฝีปากหรือดูดหัวดูดน้ำลายในระหว่างให้การรักษา และหลีกเลี่ยงการใช้หัวดูดน้ำลายกำลังสูงร่วมกับหัวดูดน้ำลายในเวลาเดียวกัน

**SI 10.2** ควรกำหนดมาตรการในการควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาลให้ชัดเจน และแจ้งหรือให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

**หมายเหตุ:** อย่างไรก็ตามควรพิจารณา การจัดการสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขอนามัยของผู้ปฏิบัติงานร่วมด้วย

## Safe Record: บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน

**SR 1 มีการบันทึกเวชระเบียนที่แสดงถึงความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย การประเมิน การให้การรักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาที่มีความซับซ้อน และการให้ข้อมูลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา**

**SR 1.1** ควรมีการบันทึกผลการซักประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ในการมารับบริการทุกครั้ง

**SR 1.2** มีการบันทึกผลการวัดสัญญาณชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลงในเวชระเบียนทุกครั้งที่มีการตรวจวัด

**SR 1.3** บันทึกชนิดของยาชา ปริมาณยาชาและความเข้มข้นของยาบีบหลอดเลือดที่ใช้ทุกครั้ง

**SR 1.4** บันทึกการขอคำปรึกษาจากวิชาชีพทันตแพทย์หรือวิชาชีพอื่นๆ และข้อสรุปที่ได้ร่วมกันทุกครั้ง

**SR 1.5** บันทึกเวชระเบียนที่อ่านเข้าใจง่าย และแสดงให้เห็นความสอดคล้องของการรักษากับการวินิจฉัยและอาการทางคลินิก ตลอดจนมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ มีการแปลผลการส่งตรวจภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**SR 1.6** เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษา ควรบันทึกรายละเอียดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะนั้นลงในเวชระเบียนรวมถึงบันทึกสิ่งที่เราได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

## Risk Management: การจัดการความเสี่ยง

### RM 1 มีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยง เพื่อการเรียนรู้โดยไม่ใช้ค่านิยมการกล่าวโทษ (No Blame Culture)

**RM 1.1** ควรมีระบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ทั้งเหตุการณ์ที่เกิดความเสียหายแล้ว (Miss)[12] รวมถึงที่มีความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ดักจับหรือแก้ไขได้ทัน ยังไม่เกิดความเสียหาย (Near Miss)[13]

**RM 1.2** ควรมีการนำอุบัติการณ์ตามข้อ RM 1.1 ที่พบในหน่วยงาน (อาจรวมถึงอุบัติการณ์ ที่เรียนรู้จากนอกหน่วยงาน) มาสื่อสารในการประชุมเจ้าหน้าที่ประจำสัปดาห์หรืออย่างน้อยเดือนละครั้ง ภายใต้บรรยากาศที่ปลอดภัยปราศจากการกล่าวโทษ (No Blame Culture)

### RM 2 มีกิจกรรมวิเคราะห์อุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้ และการปรับปรุงเชิงระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยง

**RM 2.1** มีการนำอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง หรือไม่รุนแรงแต่พบบ่อย มาวิเคราะห์หาสาเหตุที่ระบบงาน โดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล (เนื่องจาก Human Errors เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้แม้ในผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ)

**RM 2.2** วางมาตรการป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่รัดกุมและสามารถป้องกัน Human Errors ได้

---

[12] *เหตุการณ์ที่เกิดความเสียหายแล้ว (Miss) เช่น วัตถุตกลงคอ การแพ้ยาซ้ำ เป็นต้น*

[13] *ความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ดักจับหรือแก้ไขได้ทัน ยังไม่เกิดความเสียหาย (Near Miss) เช่น เรียกผู้ป่วยมาผิดคนแต่ยังไม่ได้ให้การรักษา จ่ายยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้แต่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทาน วัตถุตกลงคอแต่เอาออกได้ทัน เป็นต้น*

# ภาคผนวก

## ภาคผนวก 1

**ชนิดของยายับยั้งการละลายของกระดูกและยายับยั้งการสร้างหลอดเลือด**

**Antiresorptive Preparations Commonly Used in the U.S.**

| | Primary Indication | Nitrogen Containing | Dose | Route |
|---|---|---|---|---|
| Alendronate (Fosamax) | Osteoporosis | Yes | 10 mg/day<br>70mg/week | Oral |
| Risedronate (Actonel) | Osteoporosis | Yes | 5 mg/day<br>35mg/week | Oral |
| Ibandronate (Boniva) | Osteoporosis | Yes | 2.5 mg/day<br>150mg/month<br>3mg every<br>3 months | Oral<br><br>IV |
| Pamidronate (Aredia) | Bone Metastases | Yes | 90mg/3weeks | IV |
| Zolendronate (Zomela)<br>(Reclast) | Bone Metastases<br><br>Osteoporosis | Yes | 4mg/3weeks<br><br>5mg/year | IV<br><br>IV |
| Denosumab (Xgeva)<br><br>(Prolia) | Bone Metastases<br><br>Osteoporosis | No<br><br>Humanized monoclonal antibody | 120mg/4weeks<br><br>60mg/6months | SQ<br><br>SQ |

**Medications Used in the Treatment of Various Cancers That are Antiangiogenic or Targets of the Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) Pathway That Have Been Associated with Jaw Necrosis**

| Drug | Mechanism of action | Primary indication |
|---|---|---|
| Sunitinib (Sutent) | Tyrosine kinase inhibitor | GIST,RCC, pNET |
| Sorafenib (Nexavar) | Tyrosine kinase inhibitor | HCC , RCC |
| Bevacizumab (Avastin) | Humanized monoclonal antibody | mCRC , NSCLC, Glio , mRCC |
| Sirolimus (Rapanune) | Mammalian target of raapmycin pathway | Organ rejection in renal transplant |

# ภาคผนวก 2

## ตัวอย่างการตอบใบ consult ผู้ป่วย/ส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ เข้ารับการรักษาทางทันตกรรม

แบบส่งตัวเพื่อรับการรักษา

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....

จาก หน่วยศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด

ถึง ทันตแพทย์และแพทย์ที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาล.....ที่เกี่ยวข้อง.....

ขอส่งตัวผู้ป่วยชื่อ..... อายุ.....ปี

ป่วยเป็นโรค.....

ได้รับการผ่าตัด.....

ถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องถอนฟัน ขูดหินปูน หรือทำหัตถการต่างๆ ในช่องปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจและป้องกันลิ้นหัวใจที่ใส่อยู่ ขอให้ปฏิบัติดังนี้

1. กรณีรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin) ให้ตรวจเลือดเพื่อดูระดับค่าเวลาการแข็งตัวของเลือด (PT/INR) ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ ยกเว้นกรณีที่ INR คงที่สามารถนำค่า INR ภายใน 72 ชั่วโมง มาใช้ได้

2. กรณีที่ไม่ต้องหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin)

   a. INR < 3.5 ร่วมกับ minor procedure ( simple extraction <3 ,gingival surgery , crowns or bridges procedure , dental scaling , surgical removal of teeth

   b. low dose aspirin (81 mg) ไม่จำเป็นต้องหยุดยา

3. กรณีที่ต้องส่งพบแพทย์เพื่อประเมินปรับยาก่อนทำฟัน

   a. INR > 4.0 ในทุกหัตถการ

   b. INR > 3.5 + complicated procedure

   c. ใช้ยา antithrombotic มากกว่า 1 ชนิด

   d. planned extensive dental procedure

4. กรุณาให้ยาแก้อักเสบก่อนทำฟัน 1 ชั่วโมง (ให้ครั้งเดียวหลังทำฟันไม่ต้องให้) ได้แก่

   a. amoxicillin 2 gm oral ถ้ารับประทานไม่ได้ ให้ ampicillin 2 gm IM/IV หรือ cefazolin or cefriaxone 1 gm IM or IV

   b. ถ้าแพ้ยา penicillin หรือ ampicillin ให้ Clindamycin 600 mg oral or Azithromycin or clarithromycin 500 mg oral ถ้ารับประทานไม่ได้ ให้ clindamycin 600 mg IM or IV หลีกเลี่ยงการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม ASA and NSAIDS

ขอแสดงความนับถือ

( )

แพทย์ผู้รักษา

# ภาคผนวก 3

| สารฆ่าเชื้อ | เชื้อที่ถูกทำลาย | ตัวอย่าง สารฆ่าเชื้อ | การใช้งานทาง ทันตกรรม | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|
| High Level Disinfectants | ฆ่าทำลายเชื้อได้ทุกชนิดรวมถึงสปอร์ของแบคทีเรีย | Glutaraldehyde, Peracetic Acid, Hydrogen Peroxide บางรูปแบบ | ใช้ฆ่าเชื้อบนเครื่องมือที่สัมผัสกับเยื่อเมือกในช่องปากและไม่สามารถทนความร้อนได้ | สามารถใช้เพื่อทำให้เครื่องมือปลอดเชื้อได้ แต่ต้องแช่นานมากกว่า 12 ชั่วโมง ขึ้นกับชนิดของสารฆ่าเชื้อและปริมาณเครื่องมือที่นำมาทำให้ปลอดเชื้อ |
| Intermediate Level Disinfectants | ฆ่าเชื้อได้ทุกชนิด รวมถึงเชื้อวัณโรค *Mycobacterium tuberculosis* แต่ไม่สามารถฆ่าสปอร์ของแบคทีเรียได้ | Chlorine Compounds, Iodophors, Alcohols , Phenolic Compounds | ใช้ฆ่าเชื้อบนแบบพิมพ์ฟันและฆ่าเชื้อบนพื้นผิวที่ต้องสัมผัสระหว่างทำงาน (Clinical contact surfaces) เช่น ด้ามปรับไฟ ปุ่มปรับเก้าอี้ ทำฟัน ฯลฯ | สารฆ่าเชื้อที่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ ต้องมีคำรับรองจาก EPA (Environmental Protection Agency) บนฉลากผลิตภัณฑ์ |
| Low Level Disinfectants | ฆ่าเชื้อได้น้อยชนิด และไม่สามารถฆ่าเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ได้ | Quaternary Ammonium Compounds, Simple Phonolics, Detergents (น้ำยาทำความสะอาด) | ใช้ฆ่าเชื้อ หรือทำความสะอาดพื้นผิวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรง (Housekeeping surfaces) เช่น โทรศัพท์ ลิ้นชัก โต๊ะ ฯลฯ | เหมาะสำหรับการทำความสะอาด หรือฆ่าเชื้อบนพื้นผิวที่ไม่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดการติดเชื้อ |

*สารฆ่าเชื้อที่ใช้ควรได้รับการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์จาก EPA (United States Environmental Protection Agency)*
*“Hospital Disinfectant” คือสารที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าสามารถฆ่าเชื้อ S. aureus, S. enteric และ P aeruginosa ได้เท่านั้น*

# ภาคผนวก 4
## ไขข้อข้องใจ IC

**Q : ทำไมต้องใช้ 2 มาตรฐาน ทั้ง Standard Precautions และ Isolation Precautions**

A : เหตุที่ต้องมี 2 มาตรฐาน ก็เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพสูงสุด

Standard Precautions เป็นมาตรการการควบคุมการติดเชื้อที่ให้ถือว่าเลือด (ตามมาตรการของ Universal Precautions) น้ำลาย และสารคัดหลั่งของร่างกาย เป็นสารติดเชื้อ Standard Precautions เป็นมาตรการพื้นฐานหรือขั้นต่ำที่ต้องปฏิบัติในทุกการรักษาที่ให้กับผู้ป่วยทุกรายทั้งที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค

Isolate Precautions หมายถึงมาตรการการควบคุมการติดเชื้อที่ให้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลักรวมกันคือ Standard Precautions และ Transmission -based Precautions

Transmission-based Precautions เป็นมาตรการที่ทำเพื่อให้การควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยป้องกัน เส้นทางที่เชื้อโรคจะเข้าสู่ร่างกาย เช่น หากผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อโดยการสัมผัส เวลาให้การรักษาก็ควรสวมถุงมือ และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห่างจากผู้ป่วยรายอื่นอย่างน้อย 3 ฟุต ถ้าติดต่อโดยทางละออง (Droplets) ก็ควรสวมเสื้อกาวน์ แมสค์ และแว่นป้องกัน ในขณะให้การรักษาเพื่อมิให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเราได้ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห่างจากผู้ป่วยรายอื่นอย่างน้อย 3 ฟุต และมีม่านกั้นออกจากผู้ป่วยรายอื่นๆ หรือให้อยู่ในห้องแยก หากไม่สามารถดำเนินการได้ ก็ขอให้จัดให้ผู้ป่วยอยู่รวมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคชนิดเดียวกัน เสื้อกาวน์ หรือเสื้อป้องกัน แมสค์ต้องสวมก่อนที่จะให้การรักษาและพบผู้ป่วย และถอดออกเมื่อจะออกจากบริเวณที่ให้การรักษา ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคที่ติดต่อทางลมหายใจ ต้องให้การรักษา

ในห้องที่มีแรงดันอากาศเป็นลบ ผู้ให้การรักษาทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัย N95 ใช้บุคลากรในการรักษาให้น้อยที่สุด และให้การรักษาเฉพาะในกรณีเร่งด่วนหรือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

**Q: หัตถการใน HIV positive ใช้หลักการเดียวกับ active TB หรือไม่**

A: การรักษาผู้ป่วยที่เป็น HIV positive ซึ่งเป็นโรคที่สามารถติดต่อถึงกันได้ทางเลือดและสารคัดหลั่งของร่างกายจะดำเนินไปเหมือนกับการรักษาผู้ป่วยทั่วไปตามหลักการของ Standard Precautions

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคในระยะติดต่อ เนื่องจากโรคนี้นอกจากติดต่อกันทางเลือดหรือเสมหะที่ปนเปื้อนเชื้อแล้ว ยังสามารถติดต่อถึงกันได้ทางลมหายใจดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันมิให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศด้วยอีกทางหนึ่ง ดังนั้นนอกเหนือจากการใช้มาตรการ Standard Precautions แล้ว จำเป็นต้องใช้มาตรการของ Transmission Based Precautions หรือการแยกให้การรักษาซึ่งมาตรการในการดำเนินการที่สมบูรณ์ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานค่อนข้างสูง จึงแนะนำว่าหากไม่ใช่กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน แล้วควรจะเลื่อนการรักษาทางทันตกรรมที่สามารถรอได้ออกไปก่อนจนกว่าภาวะของโรคไม่อยู่ในระยะติดต่อจึงจะพิจารณาให้การรักษา

**Q : แบบนี้แปลว่า โรงพยาบาลชุมชน เกือบทุกแห่ง รักษาคนไข้วัณโรคไม่ได้ ต้องส่งต่อ**

A : การรักษาผู้ป่วยที่เป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคควรให้การรักษาเท่าที่จำเป็นและฉุกเฉินเท่านั้น โดยใช้บุคลากรให้น้อยที่สุด ในห้องที่ภายในห้องมีความดันเป็นลบ และผู้ให้การรักษาทุกคนสวมหน้ากากอนามัย N95 เนื่องจากเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อที่ติดได้ง่ายมาก และวัณโรคในประเทศไทย พบวัณโรคชนิดดื้อยาสูงมาก อีกทั้งเชื้อยังคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นาน และที่ผ่านมาพบบุคลากรทางการแพทย์ ติดเชื้อวัณโรคทุกปี

**Q: เหตุใดจึงต้องมีการใช้ Chemical Indicator ทุกห่อ หรือทำ Spore Test สัปดาห์ละครั้ง**

A: การทำทดสอบด้วยสปอร์ (Spore Test) หรือการตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological Monitoring) ควรทำสัปดาห์ละครั้งมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าเครื่องทำให้ปลอดเชื้อยังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดีอยู่ ซึ่งกระบวนการในการทำก็ไม่ได้ยุ่งยากเพราะกระบวนการทำก็ไม่แตกต่างจากการทำเครื่องมือให้ปลอดเชื้อ หากพิจารณาในแง่ของค่าใช้จ่ายก็ไม่ได้แพงมากอย่างที่หลายคนกังวล เพราะค่าเครื่องที่ใช้ในการอุ่นเชื้อราคาไม่เกิน 10,000 บาท ซึ่งก็ใช้ได้นานเหมือนเครื่องออโตเคลฟ ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับหลอดทดสอบ 2 หลอดราคาประมาณ 50 บาท ซึ่งเงินจำนวนนี้เมื่อเฉลี่ยออกมาต่อเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย 1 คนก็ไม่น่าจะเกิน 2 บาท

เนื่องจากเรามิได้ทำการทดสอบด้วยสปอร์ในทุกรอบหรือทุกห่อเครื่องมือ การใส่ตัวตรวจสอบทางเคมี (Chemical Indicator) ในห่อเครื่องมือโดยเฉพาะเครื่องมือที่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดการติดเชื้อสูง ซึ่งได้แก่ เครื่องมือที่มีการแทรกเข้าไปในส่วนของเนื้อเยื่อหรือชั้นของกระดูก เช่น เครื่องมือในงานศัลยกรรม เครื่องมือรักษาโรคปริทันต์หรือเครื่องมือขูดหินปูน ก็จะเป็นตัวช่วยยืนยันแน่ชัดว่าเครื่องมือในห่อนั้นๆ ได้รับความร้อน แรงดัน ไอน้ำ และเวลาในการทำให้ปลอดเชื้อตามเกณฑ์ที่จะทำให้เกิดการทำให้ปลอดเชื้อได้จริง อันจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และหากมีกรณีการร้องเรียนว่ามีการติดเชื้อจากการทำฟันหรือมีการตรวจสอบกระบวนการทำให้ปลอดเชื้อทันตแพทย์ ซึ่งมีปรากฏแล้วในต่างประเทศ ก็จะทำให้ทันตแพทย์เราสามารถให้การชี้แจงและมีหลักฐานที่สามารถปกป้องตนเองได้

## Q: ควรระบุวันหมดอายุบนห่อเครื่องมือด้วยหรือไม่

A: เนื่องจากสภาวะปลอดเชื้อของเครื่องมือที่ผ่านการทำให้ปลอดเชื้อแล้วไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยเรื่องเวลา (not time related) แต่ขึ้นกับสิ่งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับซองหรือห่อเครื่องมือมากกว่า (event related) เพราะตราบใดที่ห่อเครื่องมือยังอยู่ในสภาพที่ดีไม่มีการฉีกขาดหรือเปียกน้ำหรือสิ่งปนเปื้อนใด ๆ ห่อเครื่องมือนั้นก็ควรจะยังคงสามารถรักษาสภาวะปลอดเชื้อของเครื่องมือที่อยู่ภายในห่อได้

ข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่งที่ควรระบุบนห่อเครื่องมือที่นำไปทำให้ปลอดเชื้อ คือ วัน เดือน ปี ที่ทำให้ปลอดเชื้อ และหมายเลขเครื่องที่ใช้ทำให้ปลอดเชื้อ (ในกรณีที่มีเครื่องที่ใช้ทำให้ปลอดเชื้อหลายเครื่องในสถานพยาบาลเดียวกัน) ทั้งนี้เพราะหากการตรวจสอบทางชีวภาพหรือการทดสอบด้วยสปอร์ของเครื่องทำให้ปลอดเชื้อให้ผลเป็นบวก ก็หมายความว่าการทำให้ปลอดเชื้อในช่วงที่ผ่านมาหลังจากการตรวจสอบครั้งก่อนล้มเหลว จำเป็นต้องเรียกเครื่องมือที่ผ่านการทำให้ปลอดเชื้อไปแล้วในช่วงเวลาดังกล่าวคืนกลับมาดำเนินการทำให้ปลอดเชื้อใหม่

**Q : ทำไมไม่ใช้แอลกอฮอล์เป็นสารฆ่าเชื้อทางทันตกรรม และไม่ควรใช้กลูตารัลดีไฮด์ในการฆ่าเชื้อบนพื้นผิว**

A : แอลกอฮอล์ไม่เหมาะเป็นสารฆ่าเชื้อบนพื้นผิวด้วยเหตุผลหลายประการ ดังนี้

1. เพราะงานทันตกรรมส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเลือดและน้ำลาย และเมื่อแอลกอฮอล์สัมผัสกับเลือดและน้ำลายแล้วจะทำให้แอลกอฮอล์ส่วนหนึ่งไปทำปฏิกิริยากับสารอินทรีย์ ทำให้ส่วนที่เหลือทำลายเชื้อได้ลดลง

2. แอลกอฮอล์ยังมีคุณสมบัติระเหยได้เร็ว ทำให้ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อลดลง

3. เมื่อแอลกอฮอล์ระเหยตัวเร็วทำให้ระยะเวลาที่สัมผัสกับเชื้อสั้นลง ทำให้ฆ่าเชื้อได้น้อยลงตามไปด้วย

(อ้างอิงจาก Practical Infection Control In Dentistry Third Edition by John A.Molinari and Jennifer A.Harte หน้า 178-179)

**ส่วนกลูตารัลดีไฮด์ไม่ควรนำมาเป็นสารฆ่าเชื้อทางทันตกรรมเพราะ**

1. เป็นสารที่เป็นพิษ และทำให้เกิดการระคายเคืองได้มาก (toxic and strong irritant) เป็นอันตรายต่อผู้ใช้งาน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องใช้งานต่อเนื่อง

2. สารฆ่าเชื้อบนพื้นผิวควรมีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อระดับปานกลาง คือสามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ แต่กลูตารัลดีไฮด์ มีคุณสมบัติเป็นสารฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงสามารถฆ่าเชื้อสปอร์ของแบคทีเรียได้หากใช้เวลาในการฆ่าเชื้อที่นานเพียงพอ ซึ่งเกินความจำเป็นในการฆ่าเชื้อบนพื้นผิว

## คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐาน ด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม

### ที่ปรึกษา

1. ทันตแพทย์ธรณินทร์ จรัสจรุงเกียรติ
2. ผศ. (พิเศษ) ทันตแพทย์ไพศาล กังวลกิจ
3. รศ. ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ
4. ทันตแพทย์อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา
5. รศ. ทันตแพทย์หญิง ดร. ศิริรักษ์ นครชัย

### คณะทำงาน

| | |
|---|---|
| 1. ทันตแพทย์ชุมพล ชมะโชติ | ประธานคณะทำงาน |
| 2. ทันตแพทย์หญิงกุลยา รัตนปรีดากุล | ผู้ทำงาน |
| 3. ทันตแพทย์หญิงศศิธร สุธนรักษ์ | ผู้ทำงาน |
| 4. ทันตแพทย์เขมทัต สุขก้อน | ผู้ทำงาน |
| 5. ทันตแพทย์หญิงวรวรรณ คุโณทัย | ผู้ทำงาน |
| 6. ทันตแพทย์หญิงจินดา พรหมทา | ผู้ทำงาน |
| 7. ทันตแพทย์หญิงวรางคณา อินทโลหิต | ผู้ทำงาน |
| 8. ทันตแพทย์ฉัตรชัย มาแก้ว | ผู้ทำงาน |
| 9. อ. ทันตแพทย์สุรกิจ วิสุทธิวัฒนากร | ผู้ทำงาน |
| 10. แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ | ผู้ทำงาน |
| 11. รศ. ทันตแพทย์หญิง ดร. รัชนี อัมพรอร่ามเวทย์ | ผู้ทำงาน |
| 12. ทันตแพทย์หญิงเยาวพา จันทรบุตร | ผู้ทำงานและเลขานุการ |

## คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คุ้มครองผู้บริโภคทางทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ

| | |
|---|---|
| 1. ศ. (พิเศษ) พลโทพิศาล เทพสิทธา | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. รศ.ทันตแพทย์.ดร. ณรงค์ศักดิ์ เหล่าศรีสิน | อนุกรรมการ |
| 3. พันตำรวจเอกหญิงโสภา ทัดศรี | อนุกรรมการ |
| 4. ทันตแพทย์หญิงวันทนา พุฒิภาษ | อนุกรรมการ |
| 5. ทันตแพทย์อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา | อนุกรรมการ |
| 6. ทันตแพทย์สุรศักดิ์ ธีระรังสิกุล | อนุกรรมการ |
| 7. ทันตแพทย์สถาพร จันทร | อนุกรรมการ |
| 8. ทันตแพทย์สุริยน จูรัตนากร | อนุกรรมการ |
| 9. ทันตแพทย์หญิงวังจันทร์ กิตติภาดากุล | อนุกรรมการ |
| 10. ทันตแพทย์หญิงพัชรา บำรุงสงฆ์ | อนุกรรมการ |
| 11. ทันตแพทย์ภราดร ชัยเจริญ | อนุกรรมการ |
| 12. ทันตแพทย์ยุทธนา คำนิล | อนุกรรมการ |
| 13. ทันตแพทย์ชุมพล ชมะโชติ | อนุกรรมการ |
| 14. ทันตแพทย์หญิงเยาวพา จันทรบุตร | อนุกรรมการ |
| 15. ทันตแพทย์จีระศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย | อนุกรรมการ |
| 16. ทันตแพทย์สมชาย กิจสนาโยธิน | อนุกรรมการ |
| 17. อ.ทันตแพทย์ ดร. นฤมนัส คอวนิช | อนุกรรมการ |
| 18. ทันตแพทย์วัฒนะ ศรีวัฒนา | อนุกรรมการ และเลขานุการ |

## คณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556 – 2559)

| | | |
|---|---|---|
| 1. | ทันตแพทย์ธรณินทร์ จรัสจรุงเกียรติ (ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข) | นายกทันตแพทยสภา |
| 2. | ผศ. (พิเศษ) ทันตแพทย์ไพศาล กังวลกิจ | อุปนายกทันตแพทยสภาคนที่หนึ่ง |
| 3. | รศ. ทันตแพทย์หญิง ดร. ศิริรักษ์ นครชัย | อุปนายกทันตแพทยสภาคนที่สอง |
| 4. | ทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง | ประชาสัมพันธ์ |
| 5. | ทันตแพทย์หญิงฉวีวรรณ ภักดีธนากุล (ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข) | เหรัญญิก |
| 6. | ทันตแพทย์โกเมศ วิชชาวุธ | เลขาธิการทันตแพทยสภา |
| 7. | ทันตแพทย์จีรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย | รองเลขาธิการทันตแพทยสภา |
| 8. | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 9. | ศ. (พิเศษ) พลโทพิศาล เทพสิทธา นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมป์ | กรรมการ |
| 10. | ผศ. ทันตแพทย์.ดร. สุชิต พูลทอง คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| 11. | รศ. ทันตแพทย์ พาสน์ศิริ นิสาลักษณ์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 12. | รศ. ทันตแพทย์.ดร. ณรงค์ศักดิ์ เหล่าศรีสิน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ | กรรมการ |
| 13. | รศ. ทันตแพทย์หญิง ดร. นวรัตน์ วราอัศวปติ เจริญ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น | กรรมการ |

14. รศ. ทันตแพทย์ ดร. สิทธิชัย วนจันทรรักษ์ กรรมการ
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

15. รศ. ทันตแพทย์.ดร.ทศพล ปิยะปัทมินทร์ กรรมการ
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

16. รศ. ทันตแพทย์ ดร. ไชยรัตน์ เฉลิมรัตนโรจน์ กรรมการ
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

17. ศ. ทันตแพทย์ ดร. สิทธิชัย ขุนทองแก้ว กรรมการ
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

18. ศ. คลินิก พลเรือตรีหญิงสุชาดา วุฑฒกนก กรรมการ
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

19. ทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม กรรมการ
(ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข)

20. พลตรีพิชยเทพ จิระวัฒน์ กรรมการ
(ผู้แทนกระทรวงกลาโหม)

21. ทันตแพทย์กรีย์ธร ธีรานุตร กรรมการ
(ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย)

22. ทันตแพทย์อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา กรรมการ

23. รศ. ทันตแพทย์เฉลิมพล ลี้ไวโรจน์ กรรมการ

24. ทันตแพทย์หญิงศันสณี รัชชกูล กรรมการ

25. ผศ. นายแพทย์ ทันตแพทย์ ดร. ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ กรรมการ

26. รศ. ทันตแพทย์ประทีป พันธุมวนิช กรรมการ

27. ทันตแพทย์วีระวัฒน์ สัตยานุรักษ์ กรรมการ

28. รศ. ทันตแพทย์หญิงวัชราภรณ์ ทัศจันทร์ กรรมการ

29. รศ. นายแพทย์ ทันตแพทย์ สมชาย เศรษฐศิริสมบัติ กรรมการ

30. ผศ. ทันตแพทย์หญิงพนมพร วานิชชานนท์ กรรมการ

31. ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ กรรมการ

32. ทันตแพทย์วัฒนะ ศรีวัฒนา กรรมการ