



การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia

สุวรรณี ตุ่มทอง น.บ.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

Abstract: Fitting of Removable Dentures in Schizophrenic Patient Complicated with Tardive Dyskinesia: A Case Report

Suwannee Toomtong, D.D.S.

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Khwang Khlong San, Khet Khlong San, Bangkok, 10600

(E-mail: swneetoom@gmail.com)

(Received: April 13, 2020; Revised: May 16, 2020; Accepted: June 18, 2020)

We report a schizophrenic patient who developed involuntary movement of her mouth and tongue during a dental visit. Tardive dyskinesia was suspected from her antipsychiatric medications, then her psychiatrist was consulted and notified about her concurrent symptoms. The dental management includes tooth extraction, prosthodontic treatment including single maxillary denture and lower partial removable acrylic denture with non anatomical teeth to minimize lateral force and improved stability. Denture adhesive is employed to increase retention of the maxillary denture. The result shows a satisfaction of mastication and recovery of facial esthetic. Both the dentist and patient are very satisfied with the treatment.

Keywords: Tardive dyskinesia, Schizophrenic patient, Removable denture

บทคัดย่อ

Tardive dyskinesia เป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จากยารักษาโรคจิต มีลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติซ้ำๆ โดยไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนใหญ่เริ่มพบการเคลื่อนไหวผิดปกติบริเวณใบหน้าและอวัยวะช่องปากก่อน บทความนี้นำเสนอรายงานผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia โดยทันตแพทย์เป็นผู้พบเห็นอาการขยับปากและลิ้นไปมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ และได้ปรึกษาด้านทันตแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ไข ทันตแพทย์ให้การรักษาทางทันตกรรมโดยการถอนฟัน ทำฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและฟันเทียมบางส่วนฐานอะคริลิกล่าง โดยเลือกฟันชนิดไร้ปุ่มฟันเพื่อลดแรงกระทำด้านข้างและเพิ่มความเสถียรให้ฟันเทียม ใช้สารยึดฟันเทียมช่วยเพิ่มแรงยึดในฟันเทียมทั้งปากบน ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมบดเคี้ยวอาหารได้และมีความสุขของใบหน้าดีขึ้น ทันตแพทย์และผู้ป่วยพึงพอใจต่อการรักษาเป็นอย่างมาก

คำสำคัญ: Tardive dyskinesia, ผู้ป่วยจิตเภท ฟันเทียมชนิดถอดได้

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม

มีการดำเนินโรคเรื้อรังและมีความเสื่อมถอยเป็นส่วนใหญ่ พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชาชนทั่วไป เริ่มพบอาการได้ตั้งแต่วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งเรื่องการเรียน การประกอบอาชีพ การใช้ชีวิตในสังคม แนวทางการรักษาโรคจิตเภทประกอบด้วย การรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยจิตบำบัดและการฟื้นฟูทางจิตเวช การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วย ในระยะเฉียบพลันเพื่อลดอาการโรคจิตปกป้องผู้ป่วยให้พ้นจากพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเองระยะทำให้คงสภาพเพื่อลดโอกาสที่อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น และระยะคงสภาพเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิต ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับโดพามีน (dopamine) ในสมองเป็นหลัก โดยยาที่ปิดกั้นตัวรับโดพามีนชนิดที่สองได้ดีจะสามารถลดอาการทางจิตได้ดีกว่าด้วย อย่างไรก็ตามตัวรับโดพามีนของคนไม่ได้มีผลเฉพาะโรคจิตเท่านั้นยังมีผลต่อการทำงานของสมองส่วนอื่นๆ ทำให้เกิดผลข้างเคียงได้หลายระบบ¹

Tardive dyskinesia เป็นหนึ่งในผลข้างเคียงในกลุ่มอาการเอ็กตราพिरามิดัล (extrapyramidal symptoms; EPS) ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เกือบทั้งหมดของผู้มีอาการเกิดหลังจากผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคจิตติดต่อกันนานเกิน 6 เดือน โดยยารักษาโรคจิตรุ่นแรก (first-generation antipsychotics, typical antipsychotic

drugs) จะเกิดผลข้างเคียงมากกว่ายาต้านโรคจิตรุ่นสอง (second-generation antipsychotics, atypical antipsychotic drugs)¹⁻³ ผู้ป่วยจะมีลักษณะการเคลื่อนไหวผิดปกติซ้ำๆ โดยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ตัวดิ่ง แลบลิ้น ม้วนลิ้น เคี้ยวปาก ห่อปาก ขมวดคิ้ว เลิกคิ้วหยาบ อาจมีอาการเกร็งหรือหดตัวของกล้ามเนื้อคอ หลังร่วมด้วย ได้แก่ บิดคอ บิดตัว หรือยกไหล่¹⁻³ ส่วนใหญ่เริ่มพบการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้บริเวณใบหน้าและอวัยวะช่องปากก่อน โดยพบการเคลื่อนไหวผิดปกติของกล้ามเนื้อมากที่สุด⁴⁻⁵

การเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ของอวัยวะช่องปาก (oral dyskinesia) ทันตแพทย์มักเป็นผู้พบเห็นความผิดปกติเหล่านี้ก่อน⁶ ลักษณะอาการที่พบเห็นชัดเจน ได้แก่ ตัวดิ่ง แลบลิ้น ม้วนลิ้น เคี้ยวปาก ห่อปาก การขยับขากรรไกรไปมาเป็นต้น โดยมีระดับความรุนแรง การกระจายโรคที่แตกต่างกันสามารถจำแนกสาเหตุและลักษณะอาการได้ 3 ชนิด ได้แก่ (1) tardive dyskinesia¹⁻⁴ พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านโรคจิตรุ่นแรกและเกิดได้มากขึ้นในผู้ป่วยเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ (2) edentulous dyskinesia⁶ พบในผู้ป่วยที่ถอนฟันไปทั้งปากนานทั้งไม่ได้ใส่ฟันเทียมหรือฟันเทียมไม่ดี อาการเคลื่อนไหวผิดปกติพบเฉพาะภายในอวัยวะช่องปากเท่านั้น เช่น เคี้ยวปาก ห่อปาก การขยับขากรรไกรไปมา ไม่พบอาการเกร็งหรือหดตัวของกล้ามเนื้อ เมื่ออ้าปากจะไม่พบการเคลื่อนไหวผิดปกติของลิ้น (3) spontaneous oral dyskinesia⁶ พบได้ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้ยารักษาโรคจิตและพบได้ร้อยละ 10-40 ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ออทิสติก ปัญญาอ่อน และ rett syndrome เป็นต้น การเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ของอวัยวะช่องปากเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยพูด เคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก เกิดผลกักระแทกได้ง่ายทานอาหารได้น้อยลง ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม⁶ นอกจากนี้อาการดังกล่าวยังเพิ่มความยุ่งยากในการทำฟันเทียม และส่งผลต่อเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปาก^{4-5,7} การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากการชักประวัติความเจ็บป่วยและโรคประจำตัวแล้ว ทันตแพทย์ควรซักถามอาการเจ็บป่วยทางจิต และจำเป็นต้องประเมินระดับอาการทางจิต พฤติกรรม อารมณ์ ความร่วมมือของผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้งที่ทำให้การรักษา นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโรคจิต ส่วนใหญ่ทำให้น้ำลายลดลง เกิดภาวะปากแห้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาทันตสุขภาพรุนแรง เกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์มาก⁸⁻⁹ จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพผู้ป่วยจิตเภททั้งในและต่างประเทศพบว่ามีความเสี่ยงฟันผุ ถอน อุด และอัตราการสูญเสียฟันสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปถึงสองเท่า¹⁰⁻¹¹ การใส่ฟันเทียมเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยที่สูญเสียฟัน ฟันเทียมจะช่วยให้การบดเคี้ยวอาหาร การพูดออกเสียงให้ชัดเจน และเสริมบุคลิกภาพ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียฟันให้ดีขึ้น¹² การทำฟันเทียมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ของอวัยวะช่องปากร่วมด้วยเป็นสิ่งที่ยาก⁴

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ประสบความสำเร็จในการใส่ฟันเทียม⁷ อย่างไรก็ตามพบว่าสัมพันธ์ภาพที่ตระหว่งผู้ป่วยและทันตแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การใส่ฟันเทียมประสบความสำเร็จ¹³ ทันตแพทย์ควรใช้ศิลปะของวิชาชีพในการทำความเข้าใจผู้ป่วย มีความตั้งใจใส่ใจในการรักษา แผนการรักษาทางทันตกรรมมีความยืดหยุ่น ใช้ทักษะในการสื่อสารและการจัดการผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมได้ รายงานผู้ป่วยรายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ผู้ป่วยจิตเภทที่เริ่มมีอาการ tardive dyskinesia โดยทันตแพทย์เป็นผู้พบเห็นอาการขยับปากและลิ้นไปมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ และได้ปรึกษาด้านทันตแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ไข ทันตแพทย์ให้การรักษาทางทันตกรรมโดยการถอนฟัน ทำฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและฟันเทียมบางส่วนฐานอะคริลิกล่าง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย โสด อายุ 58 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีประวัติรักษาโรคจิตเภทมานานกว่า 30 ปี ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ผู้ป่วยรักษาโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลแห่งอื่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามสิทธิบัตรทอง ปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยยา ดังนี้ perphenazine 8 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้าเย็น benzhexal 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น clorazepate 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น sodium valproate 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น diazepam 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

ผู้ป่วยเริ่มได้รับการรักษาทางทันตกรรมแบบผู้ป่วยนอกที่กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เนื่องจากไปรักษาที่คลินิกเอกชนแล้วทันตแพทย์ไม่สามารถให้การรักษาได้ ทันตแพทย์ประเมินอาการทางจิต พบว่าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ สภาวะทางจิต อาการทั่วไปอยู่ในระดับดีความสามารถในการสื่อสารระดับปานกลาง การยอมรับการรักษาทางทันตกรรมระดับปานกลาง ทันตแพทย์ตรวจสภาพช่องปากและวางแผนการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีทันตสุขภาพค่อนข้างแย่มาก มีฟันผุหลายซี่ เหงือกอักเสบ แผนการรักษาส่วนใหญ่เป็นการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลายและให้ทันตสุขศึกษา เริ่มให้การรักษาทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่องโดยทันตแพทย์คนเดิม ตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้จนเสร็จสิ้นยกเว้นการใส่ฟันเทียมเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ฟันเทียม หลังจากนั้นนัดตรวจเป็นระยะทุก 3-4 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีฟันผุเพิ่มเกือบทุกครั้งที่มาพบทันตแพทย์ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยเริ่มเคี้ยวอาหารลำบาก ใช้ฟันหน้าเคี้ยวอาหารเนื่องจากขากรรไกรบนมีฟันถูกถอนไปหลายซี่ ทันตแพทย์ได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม เพื่อช่วยบดเคี้ยวอาหาร และได้ทำฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนฐานอะคริลิกในขากรรไกร

บนเพื่อทดแทนฟันจำนวน 8 ซี่ บริเวณ 12 13 14 15 16 24 25 26 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือใส่ฟันเทียมได้เฉพาะตอนทานอาหาร หลังจากนั้นนัดตรวจเป็นระยะทุก 3-4 เดือน ในปีพ.ศ. 2561 ผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพฟันตามนัด (ผู้ป่วยเลื่อนนัด 1 ครั้ง ทำให้ระยะเวลาห่างไป 8 เดือน) ทันตแพทย์พบว่าฟันหน้าบนเคลื่อนเปลี่ยนตำแหน่งไปมาก ลักษณะถูกผลัดออกไปด้านริมฝีปาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใส่ฟันเทียมเดิมได้ ร่วมกับผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อช่องปากเคลื่อนไหวผิดปกติ มีอาการขยับปากและลิ้นไปมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลิ้น ไม่พบอาการเกร็งหรือหดตัวของกล้ามเนื้อ คอ ทันตแพทย์ซักประวัติเพิ่มเติมจากญาติทำให้ทราบว่า เมื่อ 2-3 ปีที่แล้ว ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนยารักษาโรคจิตเป็นยารักษาโรคจิตรุ่นแรก

การตรวจภายในช่องปาก

ขากรรไกรบนเหลือฟันจำนวน 3 ซี่ ได้แก่ ซี่ 11 21 และ 23 พบว่าฟันทั้งสามซี่มีการเคลื่อนเปลี่ยนตำแหน่งจากเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับฟันเทียมเก่าพบว่าฟันหน้าบนซี่ 11 และ 21 แนวแกนฟัน



รูปที่ 1 ฟันหน้าบนทั้งสามซี่เคลื่อนเปลี่ยนตำแหน่ง

ถูกผลัดออกมาด้านริมฝีปากมาก (รูปที่ 1) ตำแหน่งปลายฟันยื่นจากแนวเดิมประมาณ 3.5 มิลลิเมตร และโยกระดับ 2 ฟันซี่ 23 เคลื่อนเข้ามาทางด้านใกล้กลางมากขึ้น ฟันทั้งสามซี่วัดร่องลึกปริทันต์ได้ 8-10 มิลลิเมตร การตรวจทางภาพรังสีพบว่า ระดับกระดูกรองรับรากฟันทั้งสามซี่เหลือน้อยกว่าร้อยละ 50 พบช่องเอ็นยึดปริทันต์มีความกว้างกว่าปกติ (รูปที่ 2)

ขากรรไกรล่างเหลือฟันจำนวน 10 ซี่ ตั้งแต่ซี่ 35-45 สภาวะปริทันต์โดยทั่วไปพบเหงือกกร่น 2 มิลลิเมตร วัดร่องลึกปริทันต์ได้ 3 มิลลิเมตรโดยทั่วไป แนวแกนฟันหน้าล่างเอียงออกมาทางด้านริมฝีปาก การสบฟัน ฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบน (รูปที่ 3) ผู้ป่วยมีปริมาณน้ำลายลดลงเล็กน้อย ไม่พบภาวะปากแห้ง

เมื่ออยู่ในท่าพัก ผู้ป่วยอ้าปากพบลิ้นเคลื่อนไหวไปมาตลอดเวลา ทางด้านหน้าด้านข้างแล้วม้วนไปด้านหลัง ลักษณะการเคลื่อนไหวผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ของอวัยวะช่องปาก ในผู้ป่วยรายนี้ คาดว่าเป็นอาการ tardive dyskinesia



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีแสดงระดับกระดูกรองรับรากฟันทั้งสามซี่



รูปที่ 3 ฟันหน้าบนและล่างถูกผลัดออกมาด้านริมฝีปาก ฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบน

การวินิจฉัย

Tardive dyskinesia

ฟัน 11 21 และ 23 โรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังระดับรุนแรง มีสันเหงือกกว้างในขากรรไกรบนบริเวณ 17 16 15 14 13

12 22 24 25 26 และ 27

ขากรรไกรล่างบริเวณ 36 37 46 และ 47

การสบฟัน ฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบน

แผนการรักษา

ทันตแพทย์ปริกษาคัดแพทย์ เรื่องอาการเคลื่อนไหวผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ของอวัยวะช่องปากผู้ป่วย โดยจิตแพทย์ได้ปรับลดขนาดยารักษาโรคจิตที่คาดว่าสาเหตุของ tardive dyskinesia คือ perphenazine ที่เป็นยารักษาโรคจิตรุนแรง จากวันละ 2 ครั้งเหลือวันละ 1 ครั้ง แผนการรักษาทางทันตกรรมประกอบด้วย

1. ถอนฟันซี่ 11 21 และ 23

2. ขากรรไกรบน ทำฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบน

3. ขากรรไกรล่าง ทำฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนฐาน

อะคริลิก บริเวณ 36 37 46 และ 47 อธิบายแผนการรักษาทางทันตกรรมให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมใส่ฟันเทียมเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เมื่อญาติและผู้ป่วยยอมรับแผนการรักษา จึงเริ่มให้การรักษามีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ถอนฟันซี่ 11 21 23 เย็บแผลโดยใช้ไหมละลายยาวแผลถอนฟันหายประมาณ 3 เดือน จึงเริ่มนัดทำฟันเทียม

ครั้งที่ 2 พิมพ์แบบขึ้นต้นในขากรรไกรบนด้วยวัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์ผันกลับไม่ได้ (irreversible hydrocolloid) เพื่อนำไปทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล

ครั้งที่ 3 พิมพ์สันเหงือกกว้างขากรรไกรบนขั้นสุดท้าย (final impression) เพื่อลอกเลียนรายละเอียดใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อในช่องปากมากที่สุด ในขั้นตอนนี้เริ่มจากการลงถาดพิมพ์ปาก

เฉพาะบุคคลในช่องปากผู้ป่วย ทำการปั้นแต่งขอบให้กลมกลืนกับการทำงานของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบช่องปากด้วยคอมพาวด์พิมพ์แบบ (stick modeling compound) จากนั้นพิมพ์ทับด้วยวัสดุพิมพ์ปาก โมโนเฟสโพลีไวนิลซิลอกเซน (monophase polyvinylsiloxane) จัดผู้ป่วยในท่านั่งตรง ใช้ปริมาณวัสดุให้พอดีมากที่สุด เพื่อป้องกันวัสดุส่วนเกินไหลลงหลอดอาหารหรือหลอดลมของผู้ป่วย หาขอบเขตส่วนกันท้ายฟันเทียม (posterior palatal seal) สำหรับขากรรไกรล่างพิมพ์ด้วยวัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์ผันกลับไม่ได้ โดยใช้ถาดพิมพ์ปากสำเร็จรูป

ครั้งที่ 4 ลงแทนกัดบนและล่างในปากผู้ป่วย (occlusion rim) เพื่อหาแนวระนาบสบฟัน (occlusal plane) มิติตั้ง (vertical dimension) ประเมินความอูมูม การออกเสียง กำหนดเส้นกึ่งกลางใบหน้าและเส้นรอยยิ้ม จากนั้นบันทึกความสัมพันธ์ขากรรไกรในตำแหน่งสบศูนย์ (centric relation record) โดยทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ทันตแพทย์ใช้สองมือประคองและดันขากรรไกรล่างผู้ป่วยไปในตำแหน่งสบศูนย์ ทำการเลือกสีฟันและเลือกใช้ฟันชนิดไร้ปุ่มฟัน (non anatomical teeth)

ครั้งที่ 5 ลงฟันในปากผู้ป่วย ประเมินความสวยงาม การพูดออกเสียงและตรวจสอบการสบฟัน

ครั้งที่ 6 ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากในขากรรไกรบนและฟันเทียมบางส่วนฐานอะคริลิกในขากรรไกรล่าง (รูปที่ 4 และ 5) ตรวจสอบผิวด้านใน tissue surface ขอบเขตฟันเทียม ความแนบสนิทตามขอบ การยึดอยู่ การสบฟัน ให้คำแนะนำการใช้งาน อธิบายการใส่ถอดฟันเทียม การดูแลทำความสะอาดฟันในช่องปากและฟันเทียมแก่ผู้ป่วยและญาตินัดหมายเพื่อตรวจสอบและติดตามผลการรักษา

ครั้งที่ 7 เป็นต้นไป นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาและแก้ไข 1 วันหลังใส่ฟันเทียมและนัดจนกระทั่งผู้ป่วยใช้งานได้ไม่มีปัญหา หลังจากนั้นนัดเป็นระยะทุก 3 เดือน



รูปที่ 4 ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากในขากรรไกรบน และฟันเทียมบางส่วนฐานอะคริลิกในขากรรไกรล่าง



รูปที่ 5 ภาพใบหน้าผู้ป่วยหลังใส่ฟันเทียม

ผลการรักษา

ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหารได้ ไม่เจ็บ แต่พบปัญหาฟันเทียมบวมหลุดง่าย จึงแนะนำให้ผู้ป่วยใช้สารยึดฟันเทียม (denture adhesive) ชนิดครีมช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากบน โดยอธิบายเน้นย้ำวิธีการใช้และการทำความสะอาด ส่วนฟันเทียมล่าง ช่วงแรกผู้ป่วยไม่สามารถถอดได้ด้วยตนเองต้องให้ผู้ดูแลคอยใส่ถอดให้ การติดตามผลการรักษาหลัง 3 เดือน อาการขยับปากลดลงแต่ยังพบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมบดเคี้ยวอาหารได้และมีความสุขของใบหน้าดีขึ้น สามารถดูแลฟันเทียมและทำความสะอาดฟันที่เหลือในช่องปากได้เป็นอย่างดี

วิจารณ์

การให้การรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ทันตแพทย์จำเป็นต้องประเมินระดับอาการทางจิต อารมณ์ ความร่วมมือของผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้งที่ทำให้การรักษา นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่ส่งผลต่ออวัยวะช่องปาก⁸⁻⁹ อาการ tardive dyskinesia จัดเป็นผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่ทันตแพทย์มักเป็นผู้พบเห็นความผิดปกติก่อนจำเป็นต้องซักประวัติเพิ่มเติม ตรวจสอบลักษณะอาการ ประเมินความรุนแรง จำแนกสาเหตุการเกิดโรคและส่งปรึกษาจิตแพทย์ผู้ให้การรักษา¹⁴

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ทันตแพทย์พบอาการ tardive dyskinesia ล้วนมีการเคลื่อนไหวผิดปกติอย่างชัดเจน จึงรายงานจิตแพทย์ ผู้ให้การรักษาเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยจิตแพทย์ได้ปรับลดขนาดยารักษาโรคจิตที่คาดว่าสาเหตุของ tardive dyskinesia คือ Perphenazine ที่เป็นยารักษาโรคจิตรุ่นแรกจากวันละ 2 ครั้ง เหลือวันละ 1 ครั้ง

การทำฟันเทียมชนิดถอดได้สำหรับผู้ป่วยรายนี้ มีขั้นตอนที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป คือ (1) การพิมพ์ปาก การพิมพ์ปากขั้นสุดท้ายในขากรรไกรบนไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อรอบปากเอง ขณะพิมพ์ทันตแพทย์ช่วยทำการปั้นแต่งขอบให้กลมกลื่นกับการทำงานของกล้ามเนื้อในขากรรไกรล่างเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเคลื่อนไหวของลิ้นตลอดเวลาโดยไม่สามารถควบคุมได้ จึงไม่ได้ทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลเพื่อสร้างรอยพิมพ์ใช้งาน (functional impression) ทำการพิมพ์ด้วยวัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์ผันกลับไม่ได้โดยใช้ถาดพิมพ์ปากสำเร็จรูป ตรวจสอบรอยพิมพ์ที่ได้ครอบคลุมขอบเขตฐานฟันเทียม ในวันใส่ฟันเทียม ตรวจสอบความแนบสนิท ความยาวขอบอีกครั้งโดยรอบปรับลดความยาวฐานฟันเทียมด้านแก้มเล็กน้อย (2) การปรับแต่งแท่นกัดซี่ฝังบน ปรับความอมนูนด้านหน้าให้มี labial support โดยทั่วไปจะปรับแต่งให้อยู่หน้าต่อ incisive papilla 8-10 มิลลิเมตร และมีระยะเหลืออมแนวราบ (overjet) เล็กน้อย ผู้ป่วยรายนี้มีการยุบละลายตัว

ของสันเหงือกกว้างขากรรไกรบนทางด้านหน้าร่วมกับแกนฟันหน้าล่างเอียงออกทางริมฝีปาก เมื่อปรับแต่งแท่นกัดบนให้ได้ความสวยงามของใบหน้า โดยไม่รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อรอบปาก (orbicularis oris muscle) ได้ตำแหน่งแท่นกัดบนอยู่หน้าต่อ incisive papilla 13 มิลลิเมตร แต่อยู่หลังฟันหน้าล่าง 2 มิลลิเมตร (3) การเลือกฟันชนิดไร้ปุ่มฟันและการเรียงฟันแบบ monoplane occlusal concept ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อช่องปากเคลื่อนไหวผิดปกติช่วยลดแรงสบฟันกัดขวางด้านข้าง ทำให้ฟันเทียมมีความเสถียรดีขึ้น^{13,15}

อย่างไรก็ตาม ผลการรักษาพบปัญหาฟันเทียมบนหลุดง่ายจากการประเมินพบว่าสาเหตุหลักเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อรอบปากได้ ร่วมกับผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตทำให้ผู้ป่วยมีน้ำลายลดลง ส่งผลต่อแรงยึดฟันปลอมลดลง สำหรับการเพิ่มแรงยึดฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยที่มีอาการ tardive dyskinesia ปัจจุบันมีรายงานการนำรากฟันเทียมมาใช้ร่วมในการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยเหล่านี้^{7,13} แต่ยังคงอยู่ระหว่างการติดตามผลการรักษาและมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำให้ใช้สารยึดฟันเทียมเพื่อเพิ่มแรงยึดในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อช่องปากเคลื่อนไหวผิดปกติ^{15,16} ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้ทันตแพทย์จึงแนะนำให้ใช้สารยึดฟันเทียมช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากบนขณะใช้งาน โดยเลือกใช้ชนิดคริมที่หาซื้อง่ายในท้องตลาด อธิบายวิธีการใช้แก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำลายลดลงจึงแนะนำให้บิคริมบนฟันเทียมที่เปียก เน้นย้ำปริมาณที่ใช้ให้เหมาะสม ไม่มากเกินไปและเน้นการทำความสะอาดให้ล้างคริมออกให้หมด

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia ส่วนใหญ่ไม่ประสบความสำเร็จในการใส่ฟันเทียม⁷ แต่ผู้ป่วยรายนี้ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทันตแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การใส่ฟันเทียมประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อถือ ไว้วางใจทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาเกิดการยอมรับ ร่วมมือในการรักษา ทันตแพทย์เข้าใจลักษณะผู้ป่วย ใช้ทักษะการสื่อสารและการจัดการผู้ป่วยระหว่างการรักษา ผู้ป่วยรายนี้เริ่มแรกไม่ต้องการใส่ฟันเทียมเนื่องจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและไม่อยากทำฟันช่วงเช้า ทันตแพทย์

ต้องอธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นและประโยชน์ของฟันเทียม ให้ข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่าย ขั้นตอนการรักษาและนัดผู้ป่วยในช่วงบ่าย ร่วมกับทันตแพทย์ทราบว่าญาติอยากพาผู้ป่วยไปเที่ยวต่างจังหวัด และประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างอื่น นอกจากโจ๊กหรือข้าวต้มทุกมื้อ ทันตแพทย์ได้ใช้ประเด็นนี้เป็นแรงจูงใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมทำฟันเทียม ในขั้นตอนการใส่ฟันเทียม ทันตแพทย์ต้องใช้เวลาผู้ป่วยปรับตัวกับการใส่ฟันเทียม ในช่วงแรกให้ใส่เฉพาะตอนเคี้ยวอาหาร ทำให้ผู้ป่วยทานอาหารได้หลายชนิด ผู้ป่วยและญาติมีความสุขมากขึ้น ในการนัดครั้งต่อไป เมื่อผู้ป่วยคุ้นชินกับฟันเทียม และต้องการใส่เมื่อต้องออกนอกบ้าน

นอกจากนี้งานทันตกรรมป้องกันและการให้ทันตสุขศึกษาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท⁷ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ได้ง่าย ทันตแพทย์ต้องให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลฟันเทียมและทำความสะอาดฟันที่เหลือในช่องปาก มีการใช้ฟลูออไรด์เสริมเพื่อควบคุมโรคฟันผุ รวมถึงนัดติดตามผลทุก 3 เดือน เพื่อคงสภาพอนามัยช่องปากและฟันเทียมให้มีสภาพดีต่อไป โดยประเมินอาการทางจิตและความสามารถในการดูแลทำความสะอาดช่องปากร่วมด้วยทุกครั้ง

สรุป

อาการ tardive dyskinesia จัดเป็นผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่ทันตแพทย์มักเป็นผู้พบเห็นความผิดปกติก่อน ควรปรึกษาจิตแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ไข การทำฟันเทียมชนิดถอดได้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กล้ามเนื้อช่องปากมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ ทันตแพทย์ต้องอธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติในการดูแลฟันเทียมและทำความสะอาดฟันที่เหลือในช่องปาก นัดตรวจติดตามผลการรักษาเป็นระยะ โดยประเมินอาการทางจิตและความสามารถในการดูแลทำความสะอาดช่องปากร่วมด้วยทุกครั้ง

References

1. Udomratn P, Vasikananont S, editors. Textbook of schizophrenia. The Psychiatric Association of Thailand. Songkhla: Chanmuang Press; 2009.
2. Jain R, Correll CU. Tardive dyskinesia: recognition, patient assessment, and differential diagnosis. J Clin Psychiatry 2018; 79:16-23.
3. Comett EM, Novitch M, Kaye AD, Kata V, Kaye AM. Medication-Induced tardive dyskinesia: a review and update. Ochsner J 2017; 17:162-74.
4. Chaubey S, Chaturvedi TP, Tripathi MN. Dental implications of tardive dyskinesia: a concise review. Dysphrenia 2013; 3:126-8.
5. Anusa AM, Thavarajah R, Nayak D, Joshua E, Rao UK, Ranganathan K. A study on drug-Induced tardive dyskinesia: orofacial musculature involvement and patient's awareness. J Orofac Sci 2018; 10:86-95.
6. Blanchet PJ, Rompré PH, Lavigne GJ, Lamarche C. Oral dyskinesia: a clinical overview. Int J Prosthodont 2005; 18:10-9.
7. Lumetti S, Ghiacci G, Macaluso GM, Amore M, Galli C, Calciolari E, et al. Tardive dyskinesia, oral parafunction, and Implant-supported rehabilitation. Care Rep Dent 2016; 1-7.

8. Thatreenaranon S. Dental management in psychiatric patient. *J Dent Assoc Thai* 2009; 59:51-62.
9. Purkayastha SD, Gurenlian J. Oral healthcare for patients with schizophrenia. [cited 2020 Jun 2]. Available from: <https://decisionsindentistry.com/article/oral-healthcare-patients-schizophrenia/>.
10. Wey MC, Loh S, Doss JG, Bakar AK, Kisely S. The oral health of people with chronic schizophrenia: a neglected public health burden. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50:685-94.
11. Toomtong S. Oral health status of schizophrenic patient. Bangkok: Somdet chawpraya institute of psychiatry; 2005.
12. Roumanas ED. The social solution - denture esthetics, phonetics, and function. *J Prosthodont* 2009; 18:112-5.
13. Zarb GA, Bolender CL, Eckert SE, Jacob RF, Fenton AH, Mericske-Stern R. Prosthodontic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses 12th edition. St. Louis: Mosby; 2004.
14. Prabhu SS, Almousa S, Fotier K, Reebye UN. Diagnosis of tardive dyskinesia in an oral surgical office. *Clin Med Rev Case Rep* 2018; 5:226.
15. Chindavanig V. Removable prosthodontics core content review 2. [cited 2020 Jun 2]. Available from: http://www.dent.chula.ac.th/upload/download/30/file_18_1505.pdf.
16. Kumar PR, Shajahan PA, Mathew J, Koruthu A, Aravind P, Ahammed MF. Denture Adhesives in Prosthodontics: An Overview. *J Int Oral Health* 2015;7:93-5.