

การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยจิตเวช

สาธิตา ธาตรีรัตนันท์

ทันตแพทย์

กลุ่มงานทันตกรรม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คลองสาน กทม. 10600

โทรศัพท์: 02-4370200-8 ต่อ 4464,4465

โทรสาร: 02-4376475

อีเมล: satha_ka@hotmail.com

บทคัดย่อ

การรักษาทางทันตกรรม ทันตแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจโรคทางระบบต่าง ๆ เป็นอย่างดีก่อนทำการรักษาผู้ป่วย นอกเหนือจากโรคทางกายแล้ว พบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องสำคัญที่อาจส่งผลถึงการจัดการคนไข้และการรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้เพิ่มจำนวนขึ้นมากในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าโรคทางจิตเวชมีผลเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในช่องปาก และยังมีผลต่อสภาพร่างกายและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปาก และยาทางจิตเวชหลาย ๆ ตัวยังทำให้เกิดภาวะปากแห้ง ทำให้ผู้ป่วยจะมีปัญหาโรคฟันผุทั้งส่วนตัวฟัน รากฟัน และโรคปริทันต์ สูญเสียการรับรส และเกิดโรคเชื้อราในช่องปากได้ การดูแลรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ทันตแพทย์ควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะอาการทางจิต ยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับและผลข้างเคียงที่เกิดภายในช่องปาก รวมถึงปฏิกิริยาของยาทางจิตเวชกับยาทางทันตกรรม ดังนั้น ในการรักษาทางทันตกรรมทันตแพทย์ควรซักประวัติอย่างรอบคอบ เลือกใช้ยาด้วยความระมัดระวัง และปรับแผนการรักษาที่มีความยืดหยุ่น วิธีการในการจัดการผู้ป่วยที่ดีจะทำให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยจิตเวชประสบความสำเร็จและปลอดภัย และที่สำคัญคือการดูแลอนามัยช่องปาก โดยเฉพาะงานทันตกรรมป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่มีปัญหาทางทันตสุขภาพที่รุนแรง และขาดการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากผู้ป่วยและญาติเอง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากมุ่งเน้นแต่การบำบัดอาการทางจิต ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตดีขึ้นบางครั้งก็ทำให้สูญเสียฟันที่ดีไปจำนวนมาก สำหรับการรักษาและดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่ยุ่งยากซับซ้อน และเป็นงานที่ทันตแพทย์ทั่วไปไม่คุ้นเคยและมีประสบการณ์น้อย เนื่องจากโอกาสที่จะได้รับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในคลินิกทันตกรรมมีไม่มาก ทำให้ขาดความมั่นใจในการรักษาผู้ป่วย แต่สถานการณ์ในสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันปัญหาทางสุขภาพ-

ภาพจิตในสังคมได้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ พบว่าในปี พ.ศ.2540-2545 ผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นจำนวนมากคิดเป็นอัตราร้อยละ 100.0 ในระยะเวลา 5 ปี¹ และผลทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทยในปี พ.ศ.2542 โดยใช้แบบคัดกรองจากประชาชนทั่วประเทศ พบผู้ที่คาดว่าอาจมีปัญหาทางจิตร้อยละ 6.81 (รวมโรคประสาท ภาวะปัญญาอ่อนโรคจิตต่าง ๆ การใช้ยา-สารเสพติด มีความคิดฆ่าตัวตาย ฯลฯ) โดยพบว่าโรครจิตชนิดต่าง ๆ ร้อยละ 2² นอกจากนี้ ผลการสำรวจสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ.2546 โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา พบว่ามีประชาชนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวน 2,169 คนจากตัวอย่าง 11,685 คน หรือร้อยละ 18.56 โดยพบโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือ ร้อยละ 3.2 และประมาณการว่าประชากรไทยจำนวน 1.2 ล้านคนเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านี้³ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคงมีจำนวนไม่น้อยที่จะเข้ามาในคลินิกทำฟันเพื่อรับบริการทันตกรรม

โดยจากรายงานการศึกษาความชุกของการเจ็บป่วยทางจิต ในศูนย์ทันตกรรมมหาวิทยาลัยยูซีแอลเอ (UCLA) โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าผู้ป่วยทั่วไปที่มาทำฟันมีปัญหาทางจิตเวชร้อยละ 26.77 โดยโรคที่พบบ่อยคือโรคซึมเศร้าร้อยละ 14.76 และโรควิตกกังวลร้อยละ 5.71 เป็นที่น่าสนใจว่าในการซักประวัติโรคทางระบบทั้งหมด ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าพบมากเป็นอันดับสองรองจากโรคความดันโลหิตสูง⁴

อีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ทันตแพทย์มีโอกาสที่จะพบกับผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น เนื่องมาจากสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าสู่ชุมชน สังคมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากเดิมที่ผู้ป่วยจะอยู่แต่ในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีวิธีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่ทันสมัย ประกอบกับวิธีการรักษา และยาทางจิตเวชใหม่ ๆ ที่สามารถลดความจำเป็นในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้จำนวนวันในการเป็นผู้ป่วยในลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีระดับของความเจ็บป่วยหลายระดับตั้งแต่ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้จนถึงผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้เป็นอย่างดี ในฐานะทันตแพทย์ผู้รักษา เราจะสามารถที่จะให้การปรึกษา หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ในบางสถานการณ์⁵

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในปัจจุบันทันตแพทย์มีโอกาสที่ต้องให้การปรึกษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่ถูกส่งมาปรึกษาปัญหาในช่องปากจากแพทย์พยาบาล และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมอาการได้ ใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติเพียงแต่ต้องทานยาและพบ

จิตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจจะเดินเข้ามาเป็นผู้ป่วยตามคลินิกทันตกรรมทั่ว ๆ ไป โดยที่ทันตแพทย์ไม่ทราบ ดังนั้นทันตแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเวช สามารถพิจารณาแนวทางในการรักษาทางทันตกรรมและวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยควรทราบถึงลักษณะอาการทางจิตเบื้องต้น ผลข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อควรระมัดระวังในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเวช

ทันตแพทย์ควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงลักษณะอาการที่อาจพบได้เพื่อนำมาประกอบการรักษา

ผู้ป่วยจิตเวช คือผู้ที่มีการป่วยทางด้านจิตใจมีความผิดปกติของอารมณ์ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการทำหน้าที่ของจิตใจที่ผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง บุคลิกภาพแย่ลง ความสามารถในการดูแลสุขภาพตัวเองลดลง โดยลักษณะอาการทางจิตเวชแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (disorders of motor activity) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ และท่าทางการเคลื่อนไหว โดยอาจมีกล้ามเนื้อกระตุกเกิดขึ้นซ้ำ ๆ อยู่ในท่าแปลก ๆ นอนเฉย ๆ ไม่ทำอะไรเลย ทำตรงข้ามกับคำสั่งหรือทำตามผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ ผู้ป่วยอาจมีอาการแข็งเกร็งแขนขา หรือผุดผูดนั่งตลอดเวลา เป็นต้น

2. ความผิดปกติในเนื้อหาความคิด (disorders of content of thought) ผู้ป่วยอาจมีอาการหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย คิดว่ามีอำนาจบางอย่างควบคุมความคิดและการกระทำของตน ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองผิดปกติไปจากเดิม เช่น แขนขาใหญ่กว่าปกติ หรือคิดว่าตนมีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรค โดยที่ผลการตรวจร่างกายปกติ

3. ความผิดปกติของรูปแบบความคิด (disorders of form of thought) ผู้ป่วยโรคจิตจะมีปัญหาในด้านการคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับขั้นตอนของเหตุการณ์ ผู้ป่วยอาจพูดออกนอกเรื่องไม่ตรงกับเรื่องราวที่ต้องการจะพูด

4. ความผิดปกติของอารมณ์ (disorders of affect) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล โดยไม่ปรากฏสาเหตุหรือไม่สมเหตุสมผล อาจมีอาการเป็นสุข ครึกครื้น สนุกสนานผิดปกติหรืออาจมีอาการหงุดหงิดง่ายกว่าปกติ

5. ความผิดปกติของการรับรู้ (disorders of perception) ผู้ป่วยบางรายมีอาการประสาทหลอน แปลสิ่งที่พบเห็นหรือได้ยินผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งผู้ป่วยจะบอกว่าเห็นภาพหลอน ได้กลิ่นแปลก ๆ หรือรสแปลก ๆ

6. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (disturbance of consciousness) ผู้ป่วยจะมีลักษณะง่วงงับสน การรับรู้ต่อความเป็นไปรอบ ๆ ตัวจะเสีย และไม่สามารถบอกเวลา สถานที่ หรือบุคคลได้

7. ความผิดปกติของความทรงจำ (disorders of memory) ผู้ป่วยจะลืมเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตน โดยอาจลืมเหตุการณ์ช่วงใดช่วงหนึ่ง หรือสูญเสียความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น บางรายลืมเรื่องราวของตัวเองทั้งหมด^{6,7}

อาการทางจิตเวชเหล่านี้เป็นความรู้เบื้องต้น ทำให้ทันตแพทย์เข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วย โดยอาการทางจิตเวชเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึก (subjective) มากกว่าจะเป็นสิ่งที่ตรวจพบได้ (objective) ซึ่งแตกต่างจากอาการทางกายที่สามารถตรวจพบ หรือพิสูจน์ได้

สภาวะทันตสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

ปัญหาทางทันตสุขภาพ เป็นปัญหาที่พบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ และรอยโรคในช่องปาก ดังรายงาน สภาวะสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งในต่างประเทศ^{8,9,10,11} และในประเทศไทย^{12,13} พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพอนามัยช่องปากที่ไม่สะอาด มีฟันผุมาก มีหินน้ำลาย และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม ทั้งนี้มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาช่องปากรุนแรงและซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยปกติ¹⁴ ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ปัจจัย คือ

1. ผลของยาทางจิตเวช ยาจิตเวชในกลุ่มที่นิยมใช้กันแพร่หลายส่วนมากมีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic effect) มีผลให้อัตราการไหลของน้ำลายลดลง เกิดภาวะปากแห้ง และเมื่อน้ำลายน้อยทำให้เกิดฟันผุลุกลามได้รวดเร็ว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดเหงือกอักเสบ ปากและลิ้นอักเสบ และอาจเกิดเชื้อราในช่องปากได้¹¹

2. สภาพร่างกาย ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีปัญหาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบางส่วนทำให้ไม่สามารถแปรงฟัน หรือทำความสะอาดช่องปากได้ดี¹⁴

3. พฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเวชมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคในช่องปาก คือ การที่ผู้ป่วยชอบทานอาหารรสหวาน น้ำอัดลม รวมถึงขาดการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟันไม่ดี

มาพบทันตแพทย์ไม่สม่ำเสมอ¹⁵

4. เหตุผลทางเศรษฐกิจ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการมารับบริการทันตกรรม ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้

ผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช และปฏิกริยาต่อกันกับยาทางทันตกรรม

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ต้องใช้การดูแลที่ซับซ้อน ทั้งการใช้ยาบำบัดอาการทางจิต การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) เช่น การบำบัดพร้อมครอบครัว (family therapy) การฝึกทักษะสังคม (social skill training) รวมถึงการรักษาอื่น เช่น การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (ECT-Electro Convulsive Therapy) เป็นต้น¹⁶ ซึ่งการใช้ยาทางจิตเวชจะมีผลข้างเคียงมาก โดยไปเปลี่ยนแปลงสภาวะปกติในช่องปาก และส่วนอื่นของร่างกายได้ ทันตแพทย์มีความจำเป็นต้องรู้ผลข้างเคียงของยาเหล่านี้ เนื่องจากมีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม และมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช โดยยารักษาผู้ป่วยจิตเวชจะแบ่งเป็น 4 กลุ่มหลัก ซึ่งบทความนี้จะกล่าวเฉพาะผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก และปฏิกริยาต่อกันกับยาที่ใช้บ่อยทางทันตกรรม

1. ยารักษาโรคจิต (antipsychotic medication) แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1.1 ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Conventional antipsychotic medication) ได้แก่ คลอโพรมาซีน (chlorpromazine) ฮาโลเพอริดอล (haloperidol) เพอร์เฟนาซีน (perphenazine) ฟลูเฟนาซีน (fluphenazine) ไทโอริดาซีน (thioridazine) ไพโรโมไซด์ (pimozide) เป็นต้น ยากลุ่มนี้เป็นยาหลักในการรักษาโรคจิตเภท และยังคงพบว่าสามารถรักษาโรคจิตชนิดอื่น ๆ ได้

ผลข้างเคียงของยาโดยทั่วไป ได้แก่ ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก ผู้ป่วยจะมีอาการตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกมาก คอแห้ง ปัสสาวะไม่ออก ท้องอืด และหัวใจเต้นเร็ว ในช่องปากผู้ป่วยจะมีภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย กระหายน้ำ อาการสงบประสาท (sedation) ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ผู้ป่วยจะมีอาการหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นยืน อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นลมล้มเกิดบาดเจ็บได้ง่าย^{17,18,19,20} สำหรับผลข้างเคียงทางเอ็กตราพिरามิดัล (extrapyramidal symptoms -EPS) ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อบิดเกร็งอย่างทันที (acute dystonia) พบได้ร้อยละ 2.0-10.0 ซึ่งจะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ บริเวณใบหน้า กล้ามเนื้อตา ลำคอ ลำตัว บางคนจะมีลิ้นแข็งพูดหรือกลืนลำบาก อาการนี้ไม่ได้ที่ (akathisia) เป็นความกระวนกระวายในใจผู้ป่วยจะอยู่นิ่งไม่ได้

นั่งไม่ติด ต้องขยับแขนขา เดินไปมาตลอดเวลา พบได้ร้อยละ 20.0-40.0 พาร์กินสันเทียม (pseudo-parkinsonism) พบร้อยละ 10.0-40.0 ผู้ป่วยมีลักษณะหน้าตาย มือสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน กล้ามเนื้อเกร็ง กลืนน้ำลายไม่ลง อาจทำให้เห็นน้ำลายอยู่เต็มปาก และมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออย่างผิดปกติ (tardive dyskinesia) พบได้ร้อยละ 25.0 เป็นผลจากการได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อบริเวณปาก คอ ลิ้น ขยับหมุนไปมาเกือบตลอดเวลา อาจมองเห็นผู้ป่วยดูดหรือขมขมิบปาก และมีลิ้นม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นดันแก้ม หากให้อ้าปากผู้ป่วยอาจแลบลิ้นออกมาเอง ซึ่งอาการเหล่านี้ผู้ป่วยจะทำได้ไม่รู้ตัว และหากเกิดอาการดังกล่าวมานานระยะหนึ่งแล้ว แม้จะหยุดยารักษาโรคจิต อาการนี้จะไม่หาย โดยการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออย่างผิดปกตินี้จะรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และมีผลอย่างมากต่อการทำฟัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใส่ฟันปลอม^{19,21}

1.2 ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic medication) ได้แก่ โคลซาปีน (clozapine) ริสเปอร์โดน (risperidone) โอลแลนซาปีน (olanzapine) และควิไทอะพิน (quetiapine) เป็นยากกลุ่มใหม่ที่มีผลข้างเคียงประเภทเอ็กตราพริมาติดลน้อยลง โดยผลข้างเคียงของยาโคลซาปีนคือ ทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม มีน้ำลายไหลมาก (พบร้อยละ 85.0) หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า¹⁹ โดยอาการข้างเคียงที่รุนแรงคือ ภาวะแกรนูโลไซต์น้อย (agranulocytosis) พบร้อยละ 1.0-2.0 ส่วนยาที่เหลือมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ง่วงซึม และความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า^{17,18}

2. ยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressant) ยากลุ่มนี้นอกจากใช้รักษาโรคซึมเศร้าแล้วยังใช้รักษาโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ได้ด้วย โดยยากกลุ่มนี้จะส่งผลกระทบต่อสภาวะช่องปากสูง คือ ผู้ป่วยจะมีภาวะปากแห้ง และมีฟันผุ เหงือกอักเสบชนิดรุนแรงได้^{22,23} ยารักษาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

2.1 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มเอสเอสเออาร์ไอ (selective serotonin reuptake inhibitors; SSRIs) ได้แก่ ฟลูออกซีทีน (fluoxetine) ไชตาโลแพรม (citalopram) ฟลูวอกซามีน (fluvoxamine) พาร็อกซีทีน (paroxetine) และเซอร์ทราลีน (sertraline) เป็นต้น ซึ่งมีผลข้างเคียงคือ ปวดศีรษะ มือสั่นหรือกระวนกระวาย แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย อ่อนเพลีย สับสน²³

2.2 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มใหม่ (atypical antidepressant) ได้แก่ บุปโพรพ็อน (bupropion) เมอร์ทาซาปีน (mirtazapine) เนฟาโซดอน (nefazodone) ทราโซดอน (trazodone) และ

เวนลาฟอกซีน (venlafaxine) เป็นต้น

ผลข้างเคียงในช่องปากของยา 2 กลุ่มนี้ คือ ทำให้เกิดภาวะปากแห้งร้อยละ 18.0 เปลี่ยนแปลงการรับรส (dysgeusia) ปากอักเสบ (stomatitis) ลิ้นอักเสบ (glossitis)²³ และมีรายงานว่ายาในกลุ่มเอสเอสเออาร์ไอเกี่ยวข้องกับอาการนอนกัดฟัน²⁴

2.3 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มทีซีเอ (tricyclic antidepressants; TCA) ได้แก่ อะมิทริปไทลีน (amitriptyline) อิมิพรามีน (imipramine) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) โคลมิพรามีน (clomipramine) และแมปโพรทิลีน (maprotiline) เป็นต้น จัดเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญกับทันตแพทย์มาก โดยผลข้างเคียงคือ ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปากแห้งมาก พบได้ร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วย และมีอาการตาพร่ามัว ท้องผูกหรือออกน้อย คอแห้ง และหัวใจเต้นเร็ว นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบประสาท ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ยาจะทำให้ช่วงพีอาร์และควิอาร์เอสของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (PR and QRS interval) ยาวขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะการสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่ประสานกัน (heart block) หรือหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular dysrhythmia) ได้^{17,23}

ควรเลือกใช้ยาอย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่มทีซีเอ เนื่องจากยานี้ เมื่อใช้ร่วมกับอะดรีนาลีน จะไปเพิ่มความดันเลือดคาบ (systolic blood pressure) ทำให้เกิดภาวะวิกฤติจากความดันโลหิตสูง มีคำแนะนำให้ใช้ยาชาที่มีอะดรีนาลีน 1:100,000 ได้ไม่เกิน 3 หลอด^{22,23} แต่บางรายงานถือเป็นข้อห้ามไม่ให้ใช้ยาชาที่มีอะดรีนาลีนอย่างเด็ดขาด^{5,25} นอกจากนี้ยากกลุ่มทีซีเอยังมีปฏิกิริยาต่อกันกับยาพาราเซตามอลเมื่อใช้ร่วมกัน โดยจะเพิ่มระดับยาทีซีเอในเลือดได้²³

2.4 ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มเอ็มเอไอโอ (MAOIs) ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิดอาร์ไอเอ็มเอ (reversible inhibitor of MAO subtype A; RIMA) ได้แก่ ม็อกโคลบิไมด์ (moclobemide) มีอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ นอนไม่หลับ มึนศีรษะ และปวดศีรษะ^{17,18}

3. ยาทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizers) เป็นยาที่ใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวน ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ลิเทียม (lithium) และยาในกลุ่มยากันชักบางชนิด เช่น วาลโพรเอทโซเดียม (valproate sodium) คาร์บามาเซป็น (carbamazepine)

3.1 ลิเทียม ใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่อารมณ์แปรปรวนง่าย อาการก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท อาการคลุ้มคลั่ง (acute mania) ซึ่งผลไม่พึงประสงค์ของลิเทียมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยระยะแรกมักพบอาการปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย ประมาณร้อยละ 40.0 นอกจากนี้ยังมีอาการอ่อนเพลีย มือสั่น น้ำหนักเพิ่ม สมาธิ และความจำบกพร่องลง ที่สำคัญคือผลต่ออิมูโรรอยด์ โดยทำให้เกิด

ภาวะไทรอยด์ต่ำ (hypothyroidism) ร้อยละ 4.0 ผลต่อไตทำให้เกิดพิษต่อไต และผลต่อหัวใจโดยพบว่าร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยพบว่าหัวใจเต้นช้า และมีการลดลงของความสูงของทีเวฟ (Amplitude T waves) ซึ่งเป็นแบบไม่ร้ายแรง และหายไปเองเมื่อยาถูกขับออกจากร่างกาย^{16,17}

ยาลิเทียม เป็นยาที่มีค่าดัชนีการรักษา (therapeutic index) ต่ำ ดังนั้นขนาดยาที่ใช้รักษากับขนาดยาที่ทำให้เกิดการเป็นพิษ (toxication) จึงต่างกันไม่มากนัก¹⁸ ปัญหาการเป็นพิษจากลิเทียมจึงพบได้บ่อย ซึ่งยาที่อาจเพิ่มระดับลิเทียมในพลาสมา คือ ยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เตตราไซคลิน และอีริโทรไมซิน และมีรายงานว่ายาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาเมโทรนิดาโซนจะลดการกำจัดลิเทียมจากไตทำให้เกิดการเป็นพิษได้ นอกจากนี้ยาแก้ปวดกลุ่มยาเสพติด (narcotic analgesics) อาจมีประสิทธิผลลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับลิเทียม^{26,27}

3.2 วาลโพรเอทโซเดียม มีผลข้างเคียง คือ เป็นพิษต่อตับ โดยมีการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ของตับซึ่งอาจเพิ่มได้ 3 เท่าของระดับสูงสุดในคนปกติ และผลต่อเลือด (hematologic effect) เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การบกพร่องในการแข็งตัวของเลือด ภาวะแกรนูโลไซตส์น้อย^{17,18} ในทางพันธุกรรมควรระวัง ปัญหาเลือดออกหลังถอนฟัน นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดอาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน สิ้น ่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม

มีรายงานว่ายาอีริโทรไมซินและแอสไพริน สามารถยับยั้งกระบวนการทำลายยาที่ตับ (metabolism) ของวาลโพรเอทได้²⁶

3.3 คาร์บามาเซป็น ผลข้างเคียงจะคล้ายกับวาลโพรเอท คือ ในระยะยาวเซลล์เม็ดเลือดและเกล็ดเลือดลดลง โดยผลต่อเลือดที่รุนแรงแต่พบได้น้อย คือ ภาวะแกรนูโลไซตส์น้อย โลหิตจางแบบอพาสติก (aplastic anemia) แต่ผลข้างเคียงที่ไม่ค่อยรุนแรงที่พบได้บ่อย คือภาวะเม็ดเลือดขาวน้อย ซึ่งเป็นภาวะที่เม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,000 เซลล์/มิลลิกรัม (พบมากกว่าร้อยละ 10.0) และยังพบการเป็นพิษต่อตับโดยทำให้ระดับเอนไซม์โกลตาไมนอะมิโนทรานสเฟอเรส (SGOT) เอนไซม์โกลตาไมนอะมิโนทรานสเฟอเรส (SGPT) และแลคติกเดไฮโดรเจเนส (LDH) สูงขึ้น ผลด้านอื่น ๆ คือ มีนิ่วในถุงน้ำดี ว่างซึม คลื่นไส้ อาเจียน¹⁸

อีริโทรไมซิน คลาริโทรไมซิน (clarithromycin) และโพรพรอกซิเฟน (propoxyphene) อาจไปยับยั้งกระบวนการทำลายยาที่ตับของคาร์บามาเซป็นได้ และการใช้ด็อกซีไซคลิน (doxycycline) อาจมีประสิทธิผลลดลง เพราะยาคาร์บามาเซป็นจะไปกระตุ้นกระบวนการสลายของด็อกซีไซคลิน^{5,26}

ผลข้างเคียงทางพันธุกรรมโดยรวมของยากลุ่มนี้ พบว่าลิเทียมทำให้เกิดภาวะปากแห้งและเปลี่ยนแปลงการรับรส ขณะ-

ที่วาลโพรเอทโซเดียมและคาร์บามาเซป็นทำให้เกิดภาวะปากแห้งและลิ้นอักเสบ นอกจากนี้ยาลิเทียมและวาลโพรเอทโซเดียมยังทำให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น และเมื่อรวมกับอาการปากแห้งกระหายน้ำ ผู้ป่วยก็จะเลือกทานน้ำหวาน น้ำอัดลมเป็นปริมาณมาก ทำให้เกิดฟันผุ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และมีเหงือกอักเสบ หินปูน และเกิดโรคปริทันต์²⁶

4. ยาคลายกังวล (Antianxiety) เป็นยาที่ใช้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป กลุ่มที่มีความสำคัญคือ เบนโซไดอะเซพีนส์ (benzodiazepines) เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) ลอราซีแพม (lorazepam) อัลปราโซแลม (alprazolam) คลอบาแซม (clobazam) และคลอนาซีแพม (clonazepam) เป็นต้น โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการสงบประสาทพบได้หนึ่งในสามของผู้ที่ได้รับยาคลายกังวล ง่วงนอน ง่วงซึม อ่อนแรง เดินเซ และอาการหลงลืม โดยเฉพาะผู้ป่วยอาจลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นช่วงที่ยาออกฤทธิ์ (anterograde amnesia)²⁸ และเมื่อใช้ยานี้ร่วมกับยากดระบบประสาทส่วนกลาง หรือได้รับแอลกอฮอล์จะทำให้ยาคลายกังวลออกฤทธิ์เพิ่มขึ้นได้¹⁷

ทางพันธุกรรมควรระวังภาวะความดันเลือดต่ำและการกดระบบหายใจ และพบว่ายาแอนติฮิสตามีน ยาคลายกล้ามเนื้อ และยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) จะไปกระตุ้นฤทธิ์สงบประสาทของ ลอราซีแพม และคลอนาซีแพมได้²⁶ สรุปผลข้างเคียงของยาจิตเวชกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาทันตกรรม และยาทันตกรรมที่มีปฏิกริยากับยาจิตเวช แสดงในตารางที่ 1^{5,17,23,26}

ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจะมีผลข้างเคียงหลายอย่าง เกือบทุกตัวจะทำให้อัตราการไหลของน้ำลายลดลง เกิดภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และรอยโรคช่องปาก การรับรสเปลี่ยนไป กลืนลำบาก และในการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับยาหลาย ๆ ตัว หรือหลายกลุ่มเพื่อรักษาตามลักษณะอาการในแต่ละช่วง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิต จะได้รับยากลุ่มแอนติโคลิเนอร์จิกเพื่อแก้ผลข้างเคียงทางเอ็กตราพิรามิดัลร่วมด้วย ทำให้อาการปากแห้ง น้ำลายน้อยเพิ่มขึ้นจากฤทธิ์เสริมกันกับยารักษาโรคจิตที่ได้รับอยู่แล้ว²⁹ หรือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน จะได้รับยาคลายกังวลร่วมกับยาทำให้อารมณ์คงที่ และอาจมียารักษาโรคจิตร่วมด้วย เมื่อมีผลไม่พึงประสงค์จากยาหลายตัวรวมกันผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก ทันตแพทย์ควรเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และให้การรักษาดูแลด้วยความระมัดระวัง แต่ไม่ควรกลัวมากเกินไปจนไม่ให้การรักษาละเลย ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยทั่วไปมักจะกังวล และอับอาย ในโรคที่ตนเป็นอยู่ เมื่อถูกปฏิเสธการรักษาอาจทำให้

ผู้ป่วยไม่บอกข้อมูลที่แท้จริงได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจิตเวชที่ควบคุมอาการได้และได้รับยาสม่ำเสมอ จะสามารถทำฟันได้ตามปกติ เพียงแต่ทันตแพทย์ทำความเข้าใจกับอาการของผู้ป่วย และผลข้างเคียงจากยา รวมทั้งเลือกใช้ยาทางทันตกรรมให้เหมาะสมจะรักษาผู้ป่วยได้ตามแผนที่วางไว้ด้วยความปลอดภัย ส่วนยาที่มีความปลอดภัยต่ำ เช่น ลิเทียม คลอซาปีน เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาด้วยเสมอ^{19,27}

การจัดการและให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยจิตเวช

1. การซักประวัติและสื่อสารกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชอาจไม่ง่ายและมีประสิทธิภาพเสมอไป ข้อมูลหลาย ๆ อย่างทันตแพทย์ควรพิจารณาวิเคราะห์ให้ดี รวมถึงการขอข้อมูลจากญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือจิตแพทย์ผู้รักษาเป็นสิ่งสำคัญ ทันตแพทย์ควรบันทึกข้อมูลประวัติทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงประวัติใน

ตารางที่ 1 สรุปผลข้างเคียงที่เกิดจากยาจิตเวชและยาทางทันตกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์กับยาจิตเวช

Table 1 Summary of drugs commonly used in the treatment of psychiatric disorders, their side effects and interaction.

Psychotropic drug	Side effects	Drug interaction
1. Antipsychotic medication		
1.1 Conventional antipsychotic	-anticholinergic(dry mouth, constipation, nasal stuffiness, blurred vision, urinary retention), orthostatic hypotension, sedation -EPS: acute dystonia pseudo-parkinsonism, akathisia, Tardive dyskinesia	-CNS depressant
1.2 Atypical antipsychotic		
-clozapine	-sedation, sialorrhea, orthostatic hypotension, agranulocytosis, tachycardia	
-risperidone, olanzapine, quetiapine	-drowsiness, orthostatic hypotension	
2. Antidepressant		
2.1 SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors)	-headache, tremor, insomnia -nausea, diarrhea -anxiety or agitation -stomatitis and glossitis -clenching, bruxism	-benzodiazepines -erythromycin -carbamazepine -codeine
2.2 Atypical antidepressant	-sedation -stomatitis and glossitis -clenching, bruxism	

ครอบครัว ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งจิตแพทย์และสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ ควรคำนึงว่าโรคจิตเวชหลาย ๆ อย่างจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมไม่คงที่ บางครั้งผู้ป่วยอาจพูดคุยได้ดี อารมณ์แจ่มใส แต่บางครั้งผู้ป่วยอาจหงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง ไม่ให้ความร่วมมือ และควรซักประวัติการดื่มสุราร่วมด้วย พบบ่อยที่

ผู้ป่วยจิตเวชมีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง หรือสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดอื่น ๆ³⁰ ในผู้ป่วยที่ประวัติดื่มสุราถ้าจะทำงานทันตศัลยกรรมควรตรวจสอบสภาพการทำงานของตับและการแข็งตัวของเลือดด้วย

2. การตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการตรวจในช่องปากอย่างละเอียด การสอบถามข้อมูล

ตารางที่ 1 สรุปผลข้างเคียงที่เกิดจากยาจิตเวชและยาทางทันตกรรมที่มีปฏิกริยากับยาจิตเวช

Table 1 Summary of drugs commonly used in the treatment of psychiatric disorders, their side effects and interaction.

Psychotropic drug	Side effects	Drug interaction
2.3 Tricyclic antidepressant	-sedation , orthostatic hypotension -anticholinergic , xerostomia , dysgeusia -cardiac effect	-adrenergic vasoconstrictor (epinephrine , levonordefrin) -norepinephrin -paracetamol
3.Mood stabilizer		
3.1 Lithium	-xerostomia , dysgeusia -intense craving for carbohydrates -long term hypothyroidism -nephrotoxicity -ECG change	-NSAID -metronidazole -erythromysin -tetracycline -narcotic analgesics
3.2 Valproate sodium	-xerostomia , glossitis -hepatic toxicity -hematologic effect (thrombocytopenia , coagulation defect , agranulocytosis) -intense craving for carbohydrates	-erythromycin -aspirin
3.3 Carbamazepine	-xerostomia -glossitis -hematologic effect (leucopenia , agranulocytosis , aplastic anemia) -hepatic toxicity	-erythromycin -clarithromycin -propoxyphene -doxycycline
4. <u>Antianxiety</u>	-sedation ,drowsiness,excessive somnolence -impaired intellectual function -impairment of memory and recall	-CNS depressant -alcohol

จากญาติ และการทดสอบต่าง ๆ รวมถึงการเอกซเรย์ เป็นสิ่งสำคัญ แต่บางครั้งการรับรู้ต่อความรู้สึกไม่สบายหรือปวดฟันของผู้ป่วยจะเป็นปัญหาในการวินิจฉัยโรค เนื่องจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อสิ่งกระตุ้นเวลาตรวจหรือทดสอบฟัน อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าความเป็นจริง⁵ ในขณะที่ตรวจรักษาผู้ป่วยสามารถให้ญาติหรือผู้ดูแล ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่ด้วยได้ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยอุ่นใจ คลายความกังวล และยอมรับการทำฟันได้ง่ายขึ้น ในบางครั้งญาติยังช่วยทันตแพทย์ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยก้าวร้าว ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง รวมถึงช่วยในการวินิจฉัยหาฟันที่เป็นสาเหตุ เพราะผู้ป่วยอาจสับสนขึ้นที่ฟันผิด หรืออาจบอกว่าไม่มีอาการใด ๆ เนื่องจากอยากหลีกเลี่ยงการทำฟัน เมื่อนำข้อมูลต่าง ๆ มาประมวลจนได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแล้ว จึงวางแผนการรักษาโดยเป็นแผนการรักษาที่ยืดหยุ่นได้ พร้อมทั้งประเมินความยุ่งยากของการรักษา และความสามารถของผู้ให้การรักษา

3. การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชต้องการการดูแล เอาใจใส่จากสังคม ในการทำฟันให้กับผู้ที่มีปัญหาทางจิต ทันตแพทย์นอกจากต้องคำนึงถึงวิธีการรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว จะต้องคำนึงถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วย ทันตแพทย์ควรมีความอดทนในการรักษาผู้ป่วย และเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือต่ำ บางครั้งเกิดจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากยา เช่น ผู้ป่วยอาจสำลักน้ำได้ง่าย ปากสั้น ลิ้นขยับไปมา หรือแขนขารวมถึงขากรรไกรเกร็ง^{16,21} ดังนั้นในการทำฟันไม่ควรใช้เวลานานเกินไป หรือวิธีการที่ยุ่งยากเกินไป

การนัดหมายผู้ป่วยก็อาจปรับเปลี่ยนตามสภาพและความอดทนของผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายคนที่ไม่สามารถนัดทำฟันตอนเช้าได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้ยามที่มีฤทธิ์สงบประสาทมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือไม่ได้ทำงานมานาน จะไม่ใส่ใจต่อการตรงต่อเวลานัด ทันตแพทย์ควรมีการนัดเผื่อเวลาไว้ เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างสบาย ๆ ไม่รีบร้อน และในบางครั้งอาจพบว่างานที่ตั้งใจทำในวันนั้นไม่เสร็จตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความอดทนสั้น อย่างไรก็ตาม เมื่อใดที่ผู้ป่วยอาการดี ให้ความร่วมมือในการรักษาดี ทันตแพทย์สามารถทำการรักษาเป็นเวลานานได้

3.1 ควรใช้ยางค้ำฟัน (mouth prop) เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้นระหว่างการรักษา และงานที่อาจเสี่ยงต่อเครื่องมือหล่นลงคอ ควรใส่แผ่นยางกันน้ำลาย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีปัญหาหาวเพิกขยับอ่อน (gag reflex) บกพร่อง¹⁹ การทำงานทุกครั้งไม่ควรทำอย่างรวดเร็วเกินไป ควรมีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อน เช่น การเป่าลม การล้างกรด การใส่แผ่นยางกันน้ำลาย เป็นต้น

3.2 ควรระวังภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ไม่ควรปรับเก้าอี้ หรือให้ผู้ป่วยลุกเร็วเกินไป เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มี

ความดันต่ำจากผลของยาทางจิตเวช^{17,18}

3.3 การทำฟันที่มีการใช้ยาชาเฉพาะที่ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มที่ซีเอควรเลือกใช้ยาชาที่ไม่มีส่วนผสมของอะดรีนาลีน และห้ามใช้อะดรีนาลีนเพื่อเป็นยาห้ามเลือด หรือใส่ในด้ายแยกเหงือก²⁴

3.4 หลีกเลี่ยงการใส่ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เตตราไซคลิน อิริโทรไมซิน และเมโทโรนิดาโซน ในผู้ป่วยที่ได้รับยา lithium²⁴

3.5 การบูรณะฟัน ถ้าเป็นไปได้ควรเลือกใช้วัสดุที่ปลดปล่อยฟลูออไรด์ได้และควรขัดผิววัสดุให้เรียบเพื่อป้องกันการระคายเคืองเหงือก พบว่าผู้ป่วยที่ภาวะปากแห้ง จะมีรอยพุทที่บริเวณผิวเรียบของฟัน คอฟฟัน และรากฟันได้ง่าย²⁹ ในขณะกรอฟัน ควรระวังผู้ป่วยสำลัก บางครั้งการใส่แผ่นยางกันน้ำลายจะทำให้ทำงานง่ายขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ในระหว่างการรักษาถ้าพบว่าผู้ป่วยปากแห้งมาก ควรใช้น้ำฉีดล้างตามกระพุ้งแก้ม เพดานเป็นระยะ ๆ

3.6 การใส่ฟันปลอม กรณีฟันปลอมติดแน่นจะดีกว่าแบบถอดได้ เพราะลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุฟันหล่นลงคอ การใส่ฟันปลอมจะมีปัญหามากในผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะพิมพ์ปากได้ยาก และเมื่อได้ขึ้นฟันปลอมอาจหลวมหลุดได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยมีการขยับปากและลิ้นตลอดเวลา ร่วมกับมีภาวะน้ำลายน้อย และยังพบแผลในช่องปาก แผลจากฟันปลอมในผู้ป่วยที่ปากแห้งได้มากกว่าปกติ^{19,20}

3.7 การถอนฟัน ควรพิจารณาเลือกใช้ยาชาทั้งชนิดและปริมาณให้เหมาะสม รวมถึงการจ่ายยาแก้ปวด แก้อักเสบควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยศึกษาผลข้างเคียง และปฏิกิริยาของยาที่ผู้ป่วยได้รับกับยาทันตกรรม หลังถอนฟันควรเย็บแผลโดยใช้ไหมละลาย และให้คำแนะนำหลังถอนฟันทั้งด้วยวาจาและเอกสาร ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ

4. ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้สภาวะสุขภาพช่องปากไม่ดี ทั้งการที่ไม่ใส่ใจอนามัยช่องปาก ไม่แปรงฟัน หรือแปรงฟันไม่สม่ำเสมอ มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น อมลูกอมเพื่อลดปัญหาหากลิ้นปาก ทานน้ำอัดลมแก้กระหายน้ำ หรือในผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำจะแปรงฟันรุนแรงจนคอฟันสึกเกือบทุกซี่ และผลจากยาทางจิตเวชที่ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง ปัจจัยร่วมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีฟันผุนรุนแรงและลูกกลม มีหินปูนมากนำไปสู่โรคปริทันต์ เกิดแผลช่องปาก และเชื้อราในปากได้ ผู้ป่วยหลายคนสูญเสียฟันไปจำนวนมากตั้งแต่อายุน้อย ทันตกรรมป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ^{20,30} โดยการให้ทันตสุขศึกษาเป็นรายบุคคล หรือกลุ่มเล็ก ๆ เป็นสิ่งที่ดี ใช้สื่อการสอนการ

ทำความสะอาดฟันที่ดึงดูดใจ เช่น ให้ผู้ป่วยดูกระจกใบใหญ่ ๆ ขณะสอนแปรงฟัน การใช้โปรสเตอร์ แผ่นฟลิปส์สีฟันสวยงาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดแรงจูงใจในการดูแลอนามัยช่องปาก เพื่อให้ได้ผลดีควรสอนญาติด้วย เพื่อให้ร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย ส่วนในผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่สามารถแปรงฟันได้เอง อาจเลือกใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าแทน^{5,19}

ในผู้ป่วยที่มีปัญหาปากแห้ง จากยาทางจิตเวช ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำลายเทียม น้ำยาบ้วนปากฟลูออไรด์ หลีกเลียงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์²⁹ ให้ทันตสุขศึกษาเรื่องโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการป้องกัน นอกจากนี้การให้คำแนะนำเรื่องอาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชมักมีปัญหาโรคอ้วน เนื่องจากชอบทานอาหารคาร์โบไฮเดรตสูง ทานอาหารรสหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ควรให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผลเสีย และหลีกเลี่ยงจากอาหารเหล่านี้

ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจฟันทุก 3 เดือน เพื่อทำความสะอาดฟัน และให้ฟลูออไรด์เสริมโดยอาจเป็นน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์เจล หรือฟลูออไรด์วานิช

บทวิจารณ์

การให้การรักษาทางทันตกรรม ทันตแพทย์ควรมีความรู้ในเรื่องโรคทางระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำเนื่องจากโรคทางระบบหลาย ๆ โรคส่งผลกระทบต่อการทำงาน โดยทั่วไปโรคทางกายที่พบได้บ่อย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ทันตแพทย์มักเข้าใจและมีความรู้เป็นอย่างดีในการจัดการผู้ป่วย แต่โรคทางจิตเวช ทันตแพทย์กลับมีความรู้ไม่มากเนื่องจากในการเรียนการสอนไม่ได้เน้นโรคเหล่านี้ เพราะในอดีตจำนวนผู้ป่วยมีน้อยและผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่แต่ในโรงพยาบาล แต่ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเพิ่มจำนวนสูงขึ้นและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก^{5,30} จำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านวิชาการทางจิตเวชเบื้องต้น เพื่อให้ทันตแพทย์มีความรู้ ความสามารถในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เหมาะสม

การทำฟันในผู้ป่วยจิตเวช หากทันตแพทย์ไม่เข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น จะทำให้ทำงานด้วยความเครียด และการรักษาอาจไม่ประสบความสำเร็จหรืออาจเป็นไปด้วยความไม่สบายใจของทั้งผู้ป่วยและทันตแพทย์ เช่น ขณะรอทำฟันผู้ป่วยมักมีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง มีอารมณ์แปรปรวนไม่คงที่ และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความกังวลสูง ถ้ามคำถามต่าง ๆ มากเกินความจำเป็นหรือกลัวการทำฟันมาก ในทางกลับกันอาจมีผู้ป่วยบางประเภทหรือบางระยะของอาการทางจิตที่ไม่สนใจดูแลตนเอง

ญาติจะพามาทำฟันหรือมาเพราะปวดฟันมากแล้ว ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สนใจฟังคำแนะนำของทันตแพทย์ ผิดนัดบ่อย นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาทางจิตเวชยังส่งผลกระทบต่อสภาวะช่องปาก^{20,23,29} โดยผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มือสั่น ปากสั่น ทำให้ทำฟันยาก ถ่ายภาพรังสียาก ขณะกรอฟันหรือขูดหินปูนจะลำบากน้ำได้ง่ายหรือบ้วนน้ำบ่อย และในผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมแบบถอดได้จะมีปัญหา แก้วเจ็บไม่หาย เป็นแผลง่าย สิ่งเหล่านี้เมื่อทันตแพทย์ระลึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมาจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจ จะทำให้เกิดความเข้าใจ ผิดอคติที่มีต่อผู้ป่วย และให้การรักษาด้วยความอดทน เห็นอกเห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย

เมื่อทันตแพทย์รู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้เตรียมความพร้อมได้เป็นอย่างดีทั้งการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ มีคำอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงงานที่อาจยากกว่าปกติ เตรียมใจกับสภาพผู้ป่วยที่มีความอดทนต่อหัตถการต่าง ๆ ได้ลดลง รวมถึงพิจารณาการใช้ยาต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวังที่จะไม่ไปเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรายจากผลข้างเคียงของยา และปฏิกริยาต่อกันกับยาจิตเวช และการที่ทันตแพทย์มีความเอาใจใส่ ให้กำลังใจผู้ป่วย และให้การรักษาอย่างดี จนผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดของโรคในช่องปาก สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีพื้นที่สวยงาม เข้าสังคมได้ จะส่งผลกับจิตใจอีกทางหนึ่งที่ส่งเสริมให้อาการทางจิตเวชดีขึ้น นับว่าทันตแพทย์ได้ช่วยผู้ป่วยโดยเป็นการรักษาทางจิตสังคม (psychosocial therapy) อีกทาง²³

บทสรุป

การทำฟันในผู้ป่วยจิตเวชเป็นเรื่องใหม่ที่กำลังส่งผลกระทบต่อทันตแพทย์ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้น ควรมีการเตรียมพร้อมทางวิชาการ เพื่อให้เกิดและเข้าใจต่อโรคนี้

โรคทางจิตเวชมีผลต่อการรักษาทางทันตกรรมและการจัดการ ในการซักประวัติก่อนการรักษา ทันตแพทย์นอกจากต้องซักประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวต่าง ๆ แล้ว ควรซักถามถึงอาการเจ็บป่วยทางจิต และยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ จากนั้นทำการประเมินผู้ป่วยและความยากง่ายของงานทันตกรรม เพื่อวางแผนการรักษา โดยทันตแพทย์ควรมีความรู้เรื่องยาทางจิตเวชพอสมควร เนื่องจากยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงทางด้านร่างกาย และในช่องปาก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง มีโรคในช่องปากรุนแรง และยาหลาย ๆ ตัวยังมีปฏิกริยาต่อกันกับยาที่ใช้ทางทันตกรรม ควรพิจารณาเลือกใช้ยาด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ด้วยความปลอดภัย นอกจากนี้ สิ่ง

ที่ขาดไม่ได้คืองานทันตกรรมป้องกันโดยการให้ทันตสุขศึกษา และเรียกผู้ป่วยกลับมารับตรวจซ้ำเป็นระยะ ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. พิเชฐ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. *สงขลา: ติชมภาเดอรการพิมพ์; 2547:105-23.*
2. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิน กิตติรักษนนท์, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 335-43.*
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต : การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวงศกมล จำกัด ; 2546 : 58-67.
4. Woods CD. Self-reported mental illness in a dental school clinic population. *J Dent Educ* 2003;67:500-4.
5. King KC. The dental care of the psychiatric patient. *NZ Dent J* 1998;94: 72-82.
6. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ เรือนแก้ว ; 2545 : 83-95.
7. เกษม ดันติพลชาติ. ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม 1 สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536 :37-63.
8. Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Spec Care Dentist* 2001;21:182-6.
9. Hede B. Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Acta Odontol Scand* 1995;53:35-40.
10. Vigild M, Brinck JJ, Christensen J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:169-71.
11. Ter Horst G. Dental care in psychiatric hospitals in The Netherlands. *Spec Care Dentist* 1992;12:63-6.
12. สุทธิมาศ วงษ์ประภารัตน์, มลิวัดย์ พันธุ์โคตร. สุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเวชในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2544;6:36-45.*
13. นิตยา สโรบล. สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช, รายงานการวิจัย 2544.
14. Mirza I, Day R, Phelan M. Oral health of psychiatric in-patients. *Psychiatr Bull* 2001;25:143-5.
15. Thomas A, Lavrentzou E, Karouzou C, Kontis C. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Spec Care Dentist* 1996;16:84-6.
16. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพร์ซ์จำกัด; 2548: 396-8.
17. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2547: 12-113.
18. มานิต ศรีสุวรรณนท์. การใช้ยาทางจิตเวช. เชียงใหม่ : ธนุชนพันธ์ ; 2545 :19-69.
19. Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 2002;133: 603-10.
20. Friedlander AH, Liberman RP. Oral health care for the patient with schizophrenia. *Spec Care Dentist* 1991;11:179-183.
21. Holloman LC, Marder SR. Management of acute extrapyramidal effects induced by antipsychotic drugs. *Am J Health Syst Pharm* 1997;54: 2461-77.
22. Keene JJ Jr, Galasko GT, Land MF. Antidepressant use in psychiatry and medicine: importance for dental practice. *J Am Dent Assoc* 2003;134: 71-9.
23. Friedlander AH, Mahler ME. Major depressive disorder. Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2001;132:629-38.
24. Lobbezoo F, van Denderen RJ, Verheij JG, Naeije M. Reports of SSRI-associated bruxism in the family physician's office. *J Orofac Pain* 2001;15:340-6.
25. ปฐวี คงขุนเทียน, ธนพ ศรีสุวรรณ. คู่มือภาวะฉุกเฉินในคลินิกทันตกรรมและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบีเอสพลัสจำกัด; 2543: 29.
26. Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2002;133:1209-17.
27. Friedlander AH, Birch NJ. Dental conditions in patients with bipolar disorder on long-term lithium maintenance therapy. *Spec Care Dentist* 1990;10:148-51.
28. อรพรรณ มาตังคสมบัติ. ยาลดอาการวิตกกังวล (antianxiety, anxiolytic drugs) ใน : นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์ บรรณาธิการ. ยาที่ใช้ในโรคทางระบบประสาทส่วนกลาง. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนิวไทยมิตรการพิมพ์ (1996) จำกัด; 2540: 163-82 .

29. Guggenheimer J, Moore P A. Xerostomia : etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc*2003;134:61-9.
30. George S, Saksena A, Oyebode F. An update on psychiatric disorders in relation to dental treatment. *Dent Update* 2004;31:488-94.

R e v i e w

Dental Management in Psychiatric Patients

Sathaka Thatreenaranon

Dentist
Dentist of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Department of Mental Health,
Ministry of Public Health
Tel: 02-4370200-8 ext. 4464,4465
Fax: 02-4376475
E-mail: satha_ka@hotmail.com

Abstract

It is necessary for dentists to have knowledge and to understand patients' medical diseases or conditions prior to rendering dental treatment. Not only physical illnesses, but mental disorders may also affect dental treatment and patient management. Nowadays, a greater proportion of people suffer from mental illness live within the community. In addition, psychiatric disorders can contribute to oral mucosal change and movement change that could impair patients' ability to take care of their oral hygiene. Moreover, several psychotropic drugs cause dryness of mouth. Patients taking these drugs may have increased coronal and root caries, periodontal disease, partial loss of taste and candidiasis. To perform dental treatment in psychologically compromised patients, dentists should have basic knowledge about psychiatric disorders, behavioral change, effects of medication that patient received, dentally relevant side effects and drug interaction. Dental treatment in psychiatric patient requires thorough history taking, careful selection of drugs used for dental treatment and flexible treatment plan. Proper patient management will result in safe and successful dental treatment in psychiatric patients. It is also important to maintain adequate oral hygiene by effective preventive dental programs.

Key words: dental treatment; psychiatric patient; psychotropic drug