10.14456/dmhjournal.2013.15

ผลของยา clozapine และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภท

สุจิมนต์ พรหมประดิษฐ์, ท.บ. ชวัลลักษณ์ แก้วมงคล, ท.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา clozapine กับผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม และปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ สำรวจผู้ป่วยในจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญา ๑ มิถุนายน ถึง ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖ อายุ 25-60 ปีและรักษาด้วยยาโรคจิตติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้ยา clozapine กลุ่มที่ 2 ได้ยา clozapine ร่วมกับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มที่ 3 ได้ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม สัมภาษณ์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงด้าน metabolic syndrome และพฤติกรรมที่มีผลต่อโรคปริทันต์ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว ตรวจช่องปากโดยใช้ดัชนี plaque index (PI), bleeding on probing (BOP), Clinical attachment level (CAL), probing depth (PD) และ decayed, missing and filled teeth (DMFT) เปรียบเทียบด้วย one-way ANOVA, t-test, correlations และ multiple linear regression

ผล ผู้ป่วย 105 ราย พบมีภาวะโรคปริทันต์ร้อยละ 47.6 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 31, 25 และ 49 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีค่า PI, BOP, PD, CAL, missing teeth, BMI และขนาดรอบเอวไม่แตกต่างกัน ปัจจัยเสี่ยงต่อสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ น้ำหนักที่มากกว่าเกณฑ์ปกติ เพศชาย อายุที่มากขึ้นและช่วงเวลาป่วยทางจิต ปัจจัยที่มีผลดี ได้แก่ การชอบกินลูกอมและผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะยาว

สรุป โรคปริทันต์เป็นปัญหาที่พบมากและมีความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา clozapine มีอนามัยในช่องปาก สภาวะปริทันต์และจำนวนฟันที่ถูกถอนไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม

คำสำคัญ : คลอซาปีน ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม โรคจิตเภท สภาวะปริทันต์

โรงพยาบาลศรีธัญญา

The effect of clozapine and factors related periodontal status in patients with schizophrenia

Suchimon Prohmpradith, D.D.S. Schvallak Kaewmongkol, D.D.S.

Abstract

Objective To compare periodontal status between patients with schizophrenia who taking clozapine and typical antipsychotics. And to study the factors that effect the periodontal status on them.

Materials and methods The cross-sectional study was performed among inpatient cases with schizophrenia who were received antipsychotics longer than 12 months admitted to Srithunya Hospital from 1 June till 15 July 2013. The use of antipsychotics of participants were recorded, and the BMI classification was done in accordance with Asian standard scales. Interview administered questionairs related to risk factors of metabolic syndrome and periodontitis. Oral examinations were measured the following indices: plaque index(PI); bleeding on probing (BOP); clinical attachment level (CAL); probing depth (PD) and decayed, missing and filled teeth (DMFT). The data were compared by one-way ANOVA, t-test, correlation and multiple linear regression.

Results A total 105 schizophrenic inpatients participated in this study. There were 3 groups of antipsychotics i.e. group-1: 31 participants was received clozapine monotherapy; group-2: 25 participants was received clozapine polypharmacy and group-3: 49 participants was received typical antipsychotics. Among 3 groups: PI, BOP, CAL, PD, Missing teeth, BMI and waist circumference, were not significant. The risk factors that effect the periodontal status were overweight, male gender, aging and duration of illness. The protective factors were candy eating and long stay in the hospital.

Conclusion Periodontal disease was severe and frequently occurred in schizophrenic patients. The use of clozapine was not significantly associated with oral hygiene, periodontal status and tooth loss.

Key words : clozapine, periodontal status, schizophrenia, typical antipsychotic

Srithanya Hospital

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและการดำเนินโรคเรื้อรังอีกทั้งมีความเสื่อมถอยเป็นส่วนใหญ่[1] พบเริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีความเสื่อมหรือบกพร่องในด้านการงาน การเรียน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น[2] ไม่สนใจสุขภาพอนามัยและการแต่งกาย ระยะกำเริบจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น[3] จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบกับคนทั่วไปของต่างประเทศ พบผู้ป่วยเป็นโรคปริทันต์และฟันผุสูงกว่าคนทั่วไป และได้รับการรักษาต่ำกว่า[4,5] โดยเมื่อเปรียบการรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้พิการและคนปกติ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการอุดฟันน้อยที่สุด[6] ส่วนการสำรวจสภาวะปริทันต์ในคนไทยได้ผลเช่นเดียวกัน โดยในผู้ป่วยจิตเภทมีสภาวะปริทันต์ปกติเพียงร้อยละ 4.7 เป็นโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 62.0 โรคปริทันต์ร้อยละ 33.3 ในขณะที่ในกลุ่มคนทั่วไปวัยทำงานจะมีสภาวะปริทันต์ปกติร้อยละ 39.3 เป็นโรคเหงือกอักเสบร้อยละ 39.3 โรคปริทันต์ร้อยละ 15.6 ซึ่งจะพบโรคปริทันต์ในผู้ป่วยมากกว่าและมีความรุนแรงมากกว่าคนปกติ[7,8] ความรุนแรงของโรคปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภทจะมากขึ้นตามปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง กิจวัตรในการทำความสะอาดช่องปาก และการสูบบุหรี่[9]

ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพช่องปากที่พบมากคือ อาการปากแห้ง ซึ่งทำให้การรับรสอาหารของผู้ป่วยไม่ปกติ[10] และฟันผุเพิ่มขึ้น[11,12] แต่ clozapine ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำลายมากกว่าปกติ โดยจะมีมากในช่วงผู้ป่วยนอนหลับหรือขณะอยู่เฉยๆ และกลับลดลงในขณะรับประทานอาหาร[13] และพบมีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการ metabolic[14] ผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดรักษามีแนวโน้มทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น[15] โดยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 6 เดือนแรกและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[16] เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 และความผิดปกติของไขมันในเลือดมากกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ตัวอื่นยกเว้น olanzapine[17-21] ซึ่งผลข้างเคียงนี้อาจส่งผลต่อสุขภาพช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นได้[22-25] ที่ผ่านมามีเพียง 1 เรื่องทำการศึกษาเปรียบเทียบสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยากลุ่มที่มีผลข้างเคียงปากแห้งกับกลุ่มที่ได้รับยา clozapine พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาที่ทำให้ปากแห้งเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[26] ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา clozapine กับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มดั้งเดิม และหาปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาในผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทย์อเมริกัน ที่มารับบริการในช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ถึง ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖ จำนวน 105 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยในที่มีอายุ 25-60 ปี ได้รับยารักษาโรคจิตติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปีและมีฟันแท้อย่างน้อย 4 ซี่ โดยกำหนดเกณฑ์คัดออก คือ มีโรคทางระบบที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ ได้แก่ ลมชัก

เบาหวาน โรคหลอดเลือดและภาวะกระดูกพรุน มีโรคที่มีความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด ได้รับยาที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ ได้แก่ phenytoin cyclosporine และ nifedipine ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา clozapine (monotherapy) ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา clozapine ร่วมกับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (polypharmacy) ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทางคลินิกและยาที่ได้รับ แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น metabolic syndrome จำนวน 5 ข้อ และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อโรคปริทันต์จำนวน 7 ข้อ แบบตรวจช่องปาก เพื่อหาค่าดัชนีอนามัยในช่องปาก PI (plaque index) ดัชนีสภาวะโรคปริทันต์ BOP (bleeding on probing), CAL (clinical attachment level), PD (probing depth)[27] และดัชนีวัดสภาวะฟันผุ อุด ถอน DMFT (decay, missing and filled teeth)[28]

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาในผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาดังกล่าว โดยผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกสัมภาษณ์ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและรอบเอว โดยทันตแพทย์ที่ตึกผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกผลในแบบสัมภาษณ์และนัดตรวจช่องปาก 1 ครั้งที่คลินิกทันตกรรมโดยกำหนดทันตแพทย์ซึ่งไม่ทราบประวัติผู้ป่วยเป็นผู้ตรวจและบันทึกผลเพียงคนเดียวทั้งโครงการ การตรวจทำโดยย้อมฟันทุกซี่ด้วยน้ำยา erythosine 6% แล้วให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำ จากนั้นตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์บันทึกค่า PI ส่วนค่า BOP, CAL และ PD ใช้ periodontal probe และ mouth mirror ตรวจ 6 ตำแหน่ง (mesiobuccal, mid-buccal, disto-buccal, mesiolingual, mid-lingual, distolingual) ของฟันทุกซี่ในช่องปาก ยกเว้นฟันซี่ที่ขึ้นเพียงบางส่วน ฟันกรามซี่สุดท้ายและฟันที่เหลือแต่รากฟัน และตรวจฟันแต่ละซี่เพื่อบันทึกค่า DMFT

วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีด้วย t-test, one-way ANOVA และ correlation วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ด้วย multiple linear regression โดยกำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่มารักษาในช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ถึง ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖ จำนวน 105 คน เป็นชาย 63 คน (ร้อยละ 60.0) อายุเฉลี่ย 42.7 ปี (SD=9.6) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ได้รับยา clozapine เพียงอย่างเดียว ขนาดยาที่ได้ 25-500 มก. โดย 150 มก. เป็นขนาดที่ได้รับจำนวนมากที่สุดคือ 7 คน (ร้อยละ 22.6) กลุ่มที่ 2 ได้รับยา clozapine ร่วมกับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมจำนวน 25 คน ขนาดยา clozapine ที่ได้ 50-500 มก. โดย 100 มก. เป็นขนาดที่ได้รับจำนวนมากที่สุดคือ 6 คน (ร้อยละ 24.0) ยารักษาโรคจิต

กลุ่มดั้งเดิมที่ใช้ร่วมเป็นดังนี้ haloperidol 13 คน chlorpromazine 13 คน และ perphenazine 6 คน กลุ่มที่ 3 ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมจำนวน 49 คน เป็น chlorpromazine 33 คน และ perphenazine 24 คน haloperidol 19 คน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 และ 3 ได้ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม 1-3 ชนิด เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา และว่างงานหรือช่วยงานที่บ้าน

จากการตรวจในช่องปาก พบสภาวะอนามัยในช่องปากของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย PI ร้อยละ 91.4 (SD=9.2) สภาวะโรคปริทันต์ ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย BOP ซึ่งแสดงถึงภาวะเหงือกอักเสบพบร้อยละ 39.8 (SD=18.6) ค่าเฉลี่ย PD ซึ่งแสดงถึงความลึกของร่องเหงือกในผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 2.0 (SD=1.0) และค่าเฉลี่ย CAL ซึ่งแสดงถึงการสูญเสียของกระดูกเบ้าฟันมีค่าเท่ากับ 2.6 (SD=1.7) มีผู้ที่เป็นโรคปริทันต์โดยตรวจพบ PD ≥ 4 มม. และ CAL ≥ 2 มม. อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 47.6) ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 10.2 ซี่ (SD=7.3) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยฟันผุ 3.2 ซี่ (SD=3.5) ค่าเฉลี่ยฟันถอน 4.6 ซี่ (SD=5.8) และค่าเฉลี่ยฟันอุด 2.4 ซี่ (SD=3.2) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะโรคปริทันต์ พิจารณาค่า BOP, PD และ CAL พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine และยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมทั้ง 3 กลุ่มมีค่า BOP, PD และ CAL ไม่แตกต่างกัน แต่ค่า BOP มีความสัมพันธ์กับการกินลูกอม การที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 6 สัปดาห์และเพศโดยผู้ป่วยที่กินลูกอมเป็นประจำมีค่า BOP น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่กินลูกอม ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 6 สัปดาห์มีค่า BOP น้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 6 สัปดาห์ และผู้ป่วยหญิงมีค่า BOP น้อยกว่าผู้ป่วยชาย ค่า PD มีความสัมพันธ์กับค่า BMI ซึ่งผู้ป่วยที่มีน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ปกติจะมีค่า PD น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ ส่วนค่า CAL มีความสัมพันธ์กับค่า BMI และอายุ ผู้ป่วยที่น้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ปกติจะมีค่า CAL น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ ในขณะที่อายุมากขึ้นจะมีค่า CAL ที่มากขึ้นตามไปด้วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยในช่องปากและฟันที่ถูกถอน ซึ่งพิจารณาจากค่า PI และ misssing teeth พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine และยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมทั้ง 3 กลุ่มมีค่า PI และ misssing teeth ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 6 สัปดาห์มีค่า PI ซึ่งแสดงถึง อนามัยในช่องปากมีค่าน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 6 สัปดาห์ ส่วน missing teeth ซึ่งแสดงถึงจำนวนฟันที่ถูกถอนมีความสัมพันธ์กับอายุและช่วงเวลาที่ป่วยทางจิตของผู้ป่วย โดยจำนวนฟันที่ถูกถอนจะมากขึ้นตามอายุและช่วงเวลาที่ป่วยทางจิตของผู้ป่วย

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคปริทันต์ถึงร้อยละ 47.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจในคนไทยพบว่าเป็นโรคมากกว่ากลุ่มคนทั่วไปถึง 3 เท่า ส่วนค่าเฉลี่ยของฟันที่ถูกถอนนั้นไม่แตกต่างกัน[8] แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สภาวะปริทันต์และโรคฟันผุในช่องปากผู้ป่วย แยกตามกลุ่มที่ได้ยารักษาโรคจิต

ข้อมูลทั่วไป/ สภาวะที่พบในช่องปาก	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (SD)		
	clozapine แบบ monotherapy (n=31)	clozapine แบบ polypharmacy (n=25)	ยารักษาโรคจิต กลุ่มดั้งเดิม (n=49)
เพศ			
ชาย	21 (67.7)	15 (60.0)	27 (55.1)
หญิง	10 (32.3)	10 (40.0)	22 (44.9)
อายุเฉลี่ยเป็น (ปี)	43.5 (10.3)	44.2 (10.0)	41.5 (9.1)
ระยะเวลาเริ่มป่วยทางจิต (ปี)	11.6 (8.6)	13.8 (7.7)	9.8 (6.0)
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล (สัปดาห์)			
≤ 6	22 (71.0)	11 (44.0)	35 (71.4)
> 6	9 (29.0)	14 (56.0)	14 (28.6)
BMI			
น้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ปกติ (≤ 23.4)	20 (64.5)	13 (52.0)	30 (61.2)
น้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ (> 23.4)	11 (35.5)	12 (48.0)	19 (38.8)
รอบเอว (ชายไม่เกิน 90 ซม. หญิงไม่เกิน 80 ซม.)			
ตามเกณฑ์	15 (48.4)	12 (48.0)	29 (59.2)
มากกว่าเกณฑ์	16 (51.6)	13 (52.0)	20 (40.8)
ดัชนีอนามัยในช่องปาก			
ร้อยละของ PI	93.3 (8.5)	90.4 (10.5)	90.7 (9.0)
ดัชนีสภาวะโรคปริทันต์			
ร้อยละของ BOP	43.0 (9.4)	32.9 (13.6)	41.3 (19.8)
ค่าเฉลี่ย PD	2.2 (1.2)	1.7 (0.7)	2.1 (1.0)
ค่าเฉลี่ย CAL	2.7 (2.1)	2.4 (1.2)	2.7 (1.7)
ผู้ที่มีภาวะโรคปริทันต์ (พบ PD ≥ 4 mm และ CAL ≥ 2 mm อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง)	14 (45.2)	12 (48.0)	24 (49.0)
ดัชนีวัดสภาวะฟันผุ อุด ถอน			
ค่าเฉลี่ยฟันผุ	4.1 (3.7)	2.0 (2.9)	3.3 (3.4)
ค่าเฉลี่ยฟันถอน	3.9 (4.6)	4.8 (5.7)	5.0 (6.5)
ค่าเฉลี่ยฟันอุด	2.1 (2.8)	2.9 (3.8)	2.3 (3.2)
ค่าเฉลี่ย DMFT	10.1 (7.2)	9.6 (7.0)	10.6 (7.7)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ : BOP, PD และ CAL

	n	BOP (%)				PD				CAL			
		ค่าเฉลี่ย (SD)	univariable analysis	multivariable analysis		ค่าเฉลี่ย (SD)	univariable analysis	multivariable analysis		ค่าเฉลี่ย (SD)	univariable analysis	multivariable analysis	
			p-value	b	p-value		p-value	b	p-value		p-value	b	p-value
ยารักษาโรคจิต													
Clozapine แบบ monotherapy	31	43.0 (19.4)	0.10	1.40	0.72	2.2 (1.2)	0.18	0.10	0.66	2.7 (2.1)	0.78	-0.02	0.96
Clozapine แบบ polypharmacy	25	32.9 (13.6)		-5.19	0.21	1.7 (0.7)		-0.34	0.17	2.4 (1.2)		-0.44	0.27
ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม	49	41.3 (19.7)				2.1 (1.0)				2.7 (1.7)			
อายุ (ปี)	105	r = 0.06	0.52	-	-	r = 0.11	0.28	0.02	0.13	r = 0.35	<.01	0.06	<.01
ระยะเวลาที่ป่วยทางจิต (ปี)	105	r = - 0.16	0.10		0.76	r = -	.09	-0.02	0.16	r = 0.02	0.84	-	-
เพศ						0.17							
หญิง	42	35.3 (18.3)	.04	9.39	.01		0.41	-	-	2.5 (1.9)	0.50	-	-
ชาย	63	42.8 (18.3)				1.9 (1.1)				2.7 (1.5)			
BMI						2.1 (1.0)							
ไม่เกินเกณฑ์ปกติ (< 23.5)	62	37.4 (16.2)	0.10	5.59	.09		.05	0.46	.02	2.3 (1.4)	.02	0.66	.04
เกินเกณฑ์ปกติ (≥ 23.5)	43	43.4 (21.4)				1.9 (0.8)				3.1 (2.0)			
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล (สัปดาห์)						2.3 (1.2)							
≤ 6	68	44.9 (18.1)	<.01	-13.13	<.01	2.2 (1.0)	.12	-0.18	0.42	2.6 (1.7)	.98	-	-
> 6	37	30.4 (15.8)				1.8 (0.9)				2.6 (1.7)			
การขูดหินปูน (2 ปีที่ผ่านมา)													
เคย	27	35.1 (16.7)	0.13	2.79	0.46	2.0 (1.2)	0.82	-	-	2.5 (1.9)	0.80	-	-
ไม่เคย	78	41.4 (19.0)				2.1 (0.9)				2.6 (1.6)			
ขนมกรุบกรอบ													
ไม่กิน	91	40.2 (19.6)	0.35	-	-	2.1 (1.1)	0.51	-	-	2.6 (1.8)	0.65	-	-
กิน	14	36.9 (10.5)				1.9 (0.6)				2.4 (1.4)			
กินลูกอม/ท๊อฟฟี่													
ไม่กิน	91	42.0 (18.8)	<.01	-14.29	<.01	2.1 (1.1)	0.30	-0.14	0.64	2.7 (1.8)	0.19	-0.48	0.30
กิน	14	25.7 (8.1)				1.8 (0.6)				2.1 (1.2)			
สูบบุหรี่													
ไม่สูบ	68	37.4 (18.4)	.08	0.53	0.89	1.9 (0.9)	.08	0.35	0.10	2.5 (1.7)	0.53	-	-
สูบ	37	44.1 (18.5)				2.3 (1.2				2.7 (1.7)			

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่ออนามัยช่องปาก : PI และจำนวนฟันที่ถูกถอน : Missing teeth

	n	PI				Missing Teeth			
		ค่าเฉลี่ย (SD)	univariable analysis	multivariable analysis		ค่าเฉลี่ย (SD)	univariable analysis	multivariable analysis	
			p-value	b	p-value		p-value	b	p-value
ยารักษาโรคจิต									
Clozapine แบบ monotherapy	31	93.3 (8.5)	0.39	2.27	0.27	3.9 (4.6)	0.68	-1.77	0.13
Clozapine แบบ polypharmacy	25	90.4 (10.5)		0.77	0.73	4.8 (5.7)		-1.93	0.14
ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม	49	90.7 (9.0)				5.0 (6.5)			
อายุ (ปี)	105	r = 0.02	0.85	-	-	r = 0.44	<.01	0.17	<.01
ระยะเวลาที่ป่วยทางจิต (ปี)	105	r = - 0.09	0.37	-	-	r = 0.37	<.01	0.19	.02
เพศ									
หญิง	42	90.5 (9.6)	0.44	-	-	4.5 (5.8)	0.85	-	-
ชาย	63	91.9 (9.0)				4.7 (5.8)			
BMI									
ไม่เกินเกณฑ์ปกติ (< 23.5)	62	91.0 (9.8)	0.58	-	-	3.5 (4.0)	.01	1.93	.07
เกินเกณฑ์ปกติ (≥ 23.5)	43	92.0 (8.4)				6.3 (7.4)			
ระยะเวลาที่อยู่ใน โรงพยาบาล(สัปดาห์)									
≤ 6	37	93.2 (7.2)	<.01	-4.87	.01	3.8 (4.8)	.04	1.16	0.31
> 6	68	87.9 (11.4)				6.2 (7.1)			
การขูดหินปูน (2 ปีที่ผ่านมา)									
เคย		92.8 (8.7)	0.36	-	-	4.0 (5.0)	0.52	-	-
ไม่เคย		90.9 (9.4)				4.8 (6.1)			
ขนมกรุบกรอบ									
ไม่กิน		90.8 (9.5)	0.14	2.93	0.26	4.7 (5.8)	0.85	-	-
กิน		94.8 (6.8)				4.4 (5.8)			
กินลูกอม/ท๊อฟฟี่									
ไม่กิน		91.3 (9.5)	0.88	-	-	4.9 (6.0)	0.31	-1.42	0.34
กิน		91.7 (7.6)				3.1 (3.7)			
สูบบุหรี่									
ไม่สูบ		90.2 (8.7)	.08	2.52	0.17	5.2 (6.5)	0.10	-0.10	0.93
สูบ		93.5 (9.8)				3.5 (3.9)			

รุนแรงของโรคปริทันต์ที่น้อยกว่าในต่างประเทศ โดยพบค่าเฉลี่ย PI มีค่ามากกว่า แต่มีค่าเฉลี่ย BOP, PD และ CAL น้อยกว่า[26] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบโรคปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าและมีความรุนแรงมากกว่าคนปกติ[7]

จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่ได้ยา clozapine พบภาวะอ้วน อนามัยในช่องปาก สภาวะปริทันต์และการสูญเสียฟันไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มดั้งเดิม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบภาวะอ้วนในผู้ป่วยที่ได้รับ clozapine เมื่อเปรียบเทียบกับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม[15-17] อาจเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอก แต่การศึกษาเปรียบเทียบด้านอนามัยในช่องปาก สภาวะปริทันต์และการสูญเสียฟันยังไม่เคยมีผู้ทำการศึกษามาก่อน เมื่อพิจารณาปัจจัยแต่ละด้านของผู้ป่วยพบว่าอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์และการสูญเสียฟันมากขึ้น โดยระยะเวลาป่วยทางจิตมีผลต่อการสูญเสียฟันอีกด้วย ส่วนเพศชายจะพบภาวะเหงือกอักเสบมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[9,29] 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะยาวเกินกว่า 6 สัปดาห์เนื่องจากญาติไม่พร้อมรับกลับ ซึ่งปกติผู้ป่วยจะได้กลับบ้านเมื่ออาการทางจิตทุเลาโดยทั่วไปไม่เกิน 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลระยะยาวมีอนามัยในช่องปากและภาวะเหงือกอักเสบดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ระยะสั้น ซึ่งปัจจัยนี้ยังไม่มีผู้ที่ทำการศึกษา แต่อาจเกิดจากการอยู่ในโรงพยาบาลนั้นมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาอนามัยส่วนบุคคล ในการศึกษานี้พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ เช่นเดียวกับรายงานที่พบภาวะอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทและซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป[30] พบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติจะมีค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์มากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักไม่เกินเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในคนที่มีภาวะอ้วนจะมีแนวโน้มเป็นโรคปริทันต์มากกว่าในคนที่ไม่อ้วน[23,31-33] สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวันจะมีค่าเฉลี่ย PD และ CAL สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในคนไทยที่สูบบุหรี่จะมีแนวโน้มเป็นโรคปริทันต์มากกว่าคนที่ไม่สูบ[34] เนื่องจากการศึกษานี้มีแต่เฉพาะผู้ป่วยในซึ่งมีการควบคุมการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ประจำอาจจะแอบสูบบุหรี่ได้บ้าง ปริมาณการสูบที่ไม่มากจึงไม่มีผลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในขณะที่ผู้ที่ชอบกินลูกอมเป็นประจำมีภาวะอักเสบของเหงือกน้อยกว่าในผู้ที่ไม่กิน อาจเป็นเพราะการอมลูกอมน่าจะช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำลายเพิ่มเช่นเดียวกับการเคี้ยวหมากฝรั่ง[35] จึงช่วยลดอาการปากแห้งส่งผลให้เหงือกอักเสบลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตที่มีผลทำให้ผู้ป่วยปากแห้งหรือน้ำลายไหลลดลงเปรียบเทียบกับยาที่ทำให้น้ำลายไหลเพิ่มขึ้นพบว่าค่า PI และ BOP ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาที่ทำให้ปากแห้งหรือน้ำลายไหลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาที่ทำให้น้ำลายไหลเพิ่มขึ้น[26] พบผู้ป่วยเป็นโรคปริทันต์ถึงร้อยละ 47.6 ซึ่งมากกว่าคนทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจในคนไทยที่ผ่านมา[8]

การศึกษานี้มีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะที่เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญาเพียงแห่งเดียวและไม่ได้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพช่องปากก่อนเริ่มรับประทานยา จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมมากกว่านี้และต้องมีระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุมจึงจะได้ข้อสรุปที่ชัดเจน

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา clozapine กับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มดั้งเดิมมีอนามัยในช่องปาก สภาวะปริทันต์ และค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุดไม่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลลบต่อสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ น้ำหนักที่มากกว่าเกณฑ์ปกติ เพศชาย อายุที่มากขึ้นและช่วงเวลาป่วยทางจิต ส่วนปัจจัยที่มีผลดีต่อสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การชอบกินลูกอมและผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิโรงพยาบาลศรีธัญญา ขอขอบคุณ ผศ.ดร.จุฬาลักษณ์ โกมลตรี ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ

References

1. National Institute of Mental Health. Schizophrenia. Retrieved from http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm. [14 Feb 2013]
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition text revision DSM-IV-TR TM.Text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Velligan DI, Mahurin RK, Diamond PL, Hazleton BC, Eckert SL, Miller AL. The functional significance of symptomatology and cognitive function schizophrenia. Schizophr Res 1997;25:21-31.
4. Ainara A, Mercedes Z, Izaskun D, Jose JU, Juan M, Maria AP. Oral health and the symptoms of schizophrenia. Psychiatry Res 2011;188:24-8.
5. Teng PR, Su JM, Chang WH, Lai TJ. Oral health of psychiatric inpatients: a survey of central Taiwan hospitals. Gen Hosp Psychiatry 2011;33:253-9.
6. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. J Formos Med Assoc 2012;111:214-9.
7. Toomtong S. Oral health status of schizophrenic patient. Bangkok : Somdet Chaopraya Institue of psychiatry; 2005.
8. Department of health, Ministry of public health. Oral health survey in Thai 7th 2012. Nonthaburi: Department of health;2013. Retrieved from http://www.dental.anamai.moph.go.th/survey7.pdf [30 May 2013].
9. Gurbuz O, Alatas G, Kurt E, Dogan F, Issever H. Periodontal health and treatment needs among hospitalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey. Community Dent Health 2011;28:69-74.
10. Cho MA, Ko JY, Kim YK, Kho HS. Salivary flow rate and clinical characteristics of patients with xerostomia according to its aetiology. J Oral Rehabil 2010;37:185-93.
11. Su N, Marek CL, Ching V, Grushka M. Caries prevention for patients with dry mouth. J Can Dent Assoc 2011;77:b85.
12. Márton K, Madléna M, Bánóczy J, Varga G, Fejérdy P, Sreebny LM, et al. Unstimulated whole saliva flow rate in relation to sicca symptoms in Hungary. Oral Dis 2008;14:472-7.
13. Ekström J, Godoy T, Riva A. Clozapine: agonistic and antagonistic salivary secretory actions. J Dent Res 2010;89:276-80.
14. Suttajit S., Srisurapanont M. Schizophrenia : epidemiology and treatment. J Psychiatr Assoc Thai 2009;54 Suppl 1:21s-37s.
15. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. CNS Drugs 2005;19 Suppl 1:1-93.
16. Bushe CJ, Slooff CJ, Haddad PM, Karagianis JL. Weight change from 3-year observational data: findings from the worldwide schizophrenia outpatient health outcomes database. J Clin Psychiatry 2012;73:e749-55.

17. Newcomer JW, Haupt DW. The metabolic effects of antipsychotic medications. Can J Psychiatry 2006;51:480-91.
18. Baptista T, Kin NM, Beaulieu S, de Baptista EA. Obesity and related metabolic abnormalities during antipsychotic drug administration: mechanisms, management and research perspectives. Pharmacopsychiatry 2002;35:205-19.
19. American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American association of clinical endocrinologists; north American association for the study of obesity. Consensus development conference on antipsychotic drug and obesity and diabetes. Diabetes Care 2004; 27:596-601.
20. De Nayer A, De Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J. [Conference report: Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics].[Article in French] Encephale 2007;33:197-202.
21. Mongkolpitaksuk J. Metabolic syndrome in schizophrenia patients. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2008;2:36-45.
22. Ozlem F, Yesim B. The Bi-directional relationship between periodontal disease and hyperlipidemia. Eur J Dent. 2008 April; 2:142–146.
23. Benjamin WC, Scott JW. Association between chronic periodontal disease and obesity: a systematic review and meta-analysis. J Periodontol 2010;81:1708-24.
24. Toyoko M, Yoji Y, Ayae M, Koji T, Misae S, Norihide N, et al. A cohort study on the association between periodontal disease and the development of metabolic syndrome. J Periodontol 2010;81:512-9.
25. Nibali L, Tatarakis N, Needleman I, Tu YK, D'Aiuto F, Rizzo M, et al. Association between metabolic syndrome and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2013;98:913-20.
26. Eltas A, Kartalcl S, Eltas S, Dündar S, Uslu M. An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. Int J Dent Hyg 2013;11:78-83.
27. Amitage GC. The complete periodontal examination. Periodontol 2000. 2004;34:22-33.
28. World Health Organization. Oral health survey, basic methods, 3rd ed. Geneva:WHO;1987.
29. Shiau HJ, Reynolds MA. Sex differences in destructive periodontal disease: a systematic review. J Periodontol 2010;81:1379-89.
30. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL, Blumenthal JA, Fabricatore AN, Daumit GL, et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. Am J Prev Med 2009;36:341-50.
31. Mathur LK, Manohar B, Shankarapillai R, Pandya D. Obesity and periodontitis: A clinical study. J Indian Soc Periodontol 2011;15:240-4.
32. Kim EJ, Jin BH, Bae KH. Periodontitis and obesity: a study of the fourth Korean national health and nutrition examination survey. J Periodontol 2011;82:533-42.
33. Modéer T, Blomberg C, Wondimu B, Lindberg TY, Marcus C. Association between obesity and periodontal risk indicators in adolescents. Int J Pediatr Obes 2011;6:e264-70.
34. Mohamed S, Janakiram C. Periodontal status among tobacco users in Karnataka, India. Indian J Public Health 2013;57:105-8.
35. Lin YT, Lin YT, Lu SY. Effects of fluoride chewing gum on stimulated salivary flow rate and fluoride content. Chang Gung Med J 2001;24:44-9.