



การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมการบำบัดทาง พันธุกรรมในผู้ป่วยจิตเภท

ชวัลลักษณ์ แก้วมงคล, ท.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาวะปริทัศน์ในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการชูดหินน้ำลาย ชัดฟัน ทาฟลูออไรด์ และฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันรายบุคคล

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 45 คนและกลุ่มควบคุม 45 คน ด้วยการสุ่มเพื่อเข้ารับการส่งเสริมทันตสุขภาพตามแผน ประเมินผลก่อนศึกษา และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2, 12 และ 24 ด้วยดัชนีสภาวะปริทัศน์ดังนี้คือ การมีจุดเลือดออกเมื่อหยั่ง (BOP) คราบจุลินทรีย์ (PI) การสูญเสียการยึดเกาะอวัยวะปริทัศน์ (CAL) และร่องลึกปริทัศน์ (PD) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย BOP PI CAL และ PD ด้วย multivariate analysis

ผล ก่อนการศึกษาทั้งสองกลุ่มสภาวะปริทัศน์ไม่ต่างกัน ค่าเฉลี่ยดัชนีสภาวะปริทัศน์ BOP PI CAL และ PD คือ 47.9, 95.5, 2.7 และ 1.8 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คนเมื่อติดตามผลในสัปดาห์ที่ 24 พบว่า ค่า BOP PI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การชูดหินน้ำลายร่วมด้วยทำให้ค่า BOP PI ลดลงมากกว่าการฝึกปฏิบัติแปรงฟันเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนค่า CAL และ PD ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป การชูดหินน้ำลายร่วมกับการฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสภาวะปริทัศน์ ดีกว่าการฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามผลในระยะ 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามค่าดัชนี BOP และ PI ยังมีค่าสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ทันตแพทย์ควรตระหนักในการส่งเสริม วางแผนการคงสภาพเพื่อลดปัญหา สภาวะปริทัศน์ในผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

คำสำคัญ : การบำบัด จิตเภท พันธุกรรม สภาวะปริทัศน์



A randomized, controlled study of dental care intervention in schizophrenia patients

Schvallak Kaewmongkol, D.D.S.

Abstract

Objective: To investigate the periodontal status in schizophrenia patients before and after having scaling, polishing, applying fluoride and training on teeth brushing on each individual.

Materials and methods: Subjects were schizophrenia patients attending Srithanya Hospital and equally allocated to the study group and control group to receive the preventive dental care program by block randomization. Periodontal status indices i.e. bleeding on probing (BOP), plaque index (PI), clinical attachment loss (CAL) and probing depth (PD) were outcome measures at baseline, 2nd, 12th and 24th week study period. All indices were analyzed with descriptive statistics then compared on the mean values by using the multivariate analysis technique.

Results: The mean values of BOP, PI, CAL and PD of all subjects were 47.9, 95.5, 2.7 and 1.8 respectively at baseline. At the 24th week, there were 35 patients remained in each group, the value of BOP and PI had significantly reduced on both groups. Scaling together with training on teeth brushing significantly resulted in the reduction of BOP and PI value more than only having training on teeth brushing alone. Neither group had significant changes in CAL and PD values.

Conclusion: In schizophrenia patients, scaling together with training on teeth brushing significantly resulted in better periodontal status than only having training on teeth brushing alone in the evaluation period of 12 weeks. However the BOP and PI were still higher than that of normal patient's values. The dentist should be aware of supporting and planning on maintaining the periodontal status in schizophrenia patients continually every 3 month period.

Key words : dental care, intervention, schizophrenia

บทนำ

โรคปริทันต์เป็นโรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อปริทันต์ แบ่งเป็นโรคเหงือกที่มีรอยโรคเฉพาะที่เหงือกเพียงอย่างเดียว และโรคปริทันต์อักเสบที่มีรอยโรคที่บริเวณเหงือกก่อนแล้วลุกลามทำลายเอ็นยึดปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน¹ สาเหตุก่อโรคปริทันต์คือ จุลชีพที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ซึ่งยึดกับผิวฟันใกล้ขอบเหงือกและบริเวณใต้ขอบเหงือก สารพิษจากจุลินชีพทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากร่างกายเกิดสภาวะอักเสบ^{2,3} โรคเหงือกอักเสบมีอาการแสดงคือ เหงือกมีสีแดง บวม เลือดออกจากร่องเหงือกหลังตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์⁴ เมื่อโรคเหงือกอักเสบรุนแรงขึ้นทำให้สูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ เกิดการละลายกระดูกเบ้าฟันจนตรวจพบร่องลึกปริทันต์และกลายเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งอาจเกิดการละลายอย่างรุนแรงจนอาจถอนฟันขึ้นนั้นถ้าไม่รักษา⁵ การพยากรณ์โรคปริทันต์แบ่งระดับตาม การถูกทำลายของอวัยวะปริทันต์และความลึกของร่องลึกปริทันต์แบ่งได้ 4 ระดับ คือ ระดับดี ระดับพอใช้ ระดับมีปัญหา และระดับสิ้นหวัง⁴

จากผลการสำรวจปัญหาโรคเหงือกและโรคปริทันต์อักเสบ ในคนทั่วไปพบร้อยละ 54.9⁶ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทพบถึงร้อยละ 95.3⁷ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่สนใจตนเอง ละเลยการดูแลสุขภาพอนามัยรวมทั้งสุขภาพช่องปาก^{8,9} ทำให้การดำเนินของโรคในช่องปากลุกลามได้รวดเร็ว และมีความรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป¹⁰ อีกทั้งการได้รับยาทางจิตเวช ส่งผลต่อการหลั่งน้ำลายเกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์สูงขึ้น¹¹ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางทันตกรรมมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

โรคเหงือกและโรคปริทันต์อักเสบ รักษาด้วยการกำจัดจุลินชีพและหยุดการทำลายระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ โดยการขูดหินปูน เกลารากฟัน และให้ผู้ป่วยรักษานามัยช่องปากตนเองเป็นการรักษาขั้นต้น (initial phase) เมื่อประเมินผลการรักษา แล้วอาจนัดผู้ป่วยมารักษาขั้นแก้ไข (corrective phase) ด้วยวิธีศัลยกรรมปริทันต์ เช่น การผ่าตัดเปิดเหงือกและศัลยกรรมกระดูก วิธีการเหล่านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ความพิการและดำเนินวิธียกใหม่ของอวัยวะปริทันต์ หลังจากนั้นให้นัดผู้ป่วยเพื่อตรวจสภาพของอวัยวะปริทันต์ ทบทวนการแปรงฟันเรียก การรักษาขั้นคงสภาพ (maintenance phase) มีจุดประสงค์เพื่อคงสภาพปกติของเนื้อเยื่อและไม่ให้โรคปริทันต์อักเสบลกลับมาเป็นซ้ำ⁴

มีงานวิจัยเกี่ยวกับ การให้ทันตสุขศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชทำให้สภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยดีขึ้น^{8,12} และการขูดหินน้ำลายในผู้ป่วยธรรมดาทั่วไป และผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้สภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยดีขึ้น^{13,14} ความสำเร็จในระยะยาวของการรักษาและการป้องกันโรคในช่องปาก นอกจากการขูดหินน้ำลายแล้ว การสอนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลอนามัยช่องปากได้ด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งในผู้ป่วยทั่วไปการคงสภาพภายหลังการรักษาทางทันตกรรม ควรทำปีละ 1-2 ครั้ง¹⁵ แต่ผู้ป่วยจิตเภทนั้นโรคในช่องปากลุกลาม รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าคนทั่วไป ควรนัดผู้ป่วยมาคงสภาพเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน¹⁶⁻¹⁸ แต่ยังไม่พบรายงานหรือการศึกษาสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการขูดหินน้ำลายขัดฟัน ทาฟลูออไรด์และควบคุมกับการฝึกปฏิบัติแปรงฟันรายบุคคล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง การชุดหินน้ำลาย ชัดฟัน ทาฟลูออไรด์ และฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันรายบุคคล

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน มารับบริการระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๗ ถึง มกราคม ๒๕๕๘ จำนวน 90 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 30-60 ปี แปรงฟันด้วยตนเองได้ มารับการรักษาต่อเนื่อง สามารถพูดคุยสื่อสารได้ เข้าใจ มีฟันแท้อย่างน้อย 4 ซี่ โดยกำหนดเกณฑ์คัดออก คือ มีโรคทางระบบที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ ได้แก่ ลมชัก เบาหวาน โรคหลอดเลือดและภาวะกระดูกพรุน ได้รับยาที่มีผลต่อสภาวะปริทันต์ได้แก่ phenytoin cyclosporine และ nifedipine ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ สุ่มเข้ากลุ่มเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตาม block randomization ได้กลุ่มละ 45 คน กรณีผู้ป่วยมาไม่ตรงตามนัด ต้องออกจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้แต่สามารถรับการรักษาอื่นๆต่อไป การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๗

เครื่องมือ

แบบบันทึกการตรวจช่องปาก เพื่อบันทึกดัชนีสภาวะปริทันต์ (periodontal status index) ได้แก่ จุดเลือดออกเมื่อหยั่ง (bleeding on probing:

BOP) การสูญเสียการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์ (clinical attachment loss: CAL) ร่องลึกปริทันต์ (probing depth: PD) และ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (plaque index: PI) การใช้ดัชนีประเมินความรุนแรงของโรคปริทันต์นั้น ประเมินได้จากหลายอย่าง เช่น การสูญเสียกระดูกรอบรากฟัน การสูญเสียการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์¹⁹ การมีจุดเลือดออกเมื่อหยั่ง ร่องลึกปริทันต์ การสูญเสียฟัน รวมถึงอนามัยช่องปาก ใช้ดัชนีทั้งหมดมาประเมินร่วมกัน เป็นรายซี่ รายบุคคล เพื่อประโยชน์การรักษาและคงสภาพสภาวะปริทันต์ไม่ให้เกิดกลับมาอักเสบซ้ำ

ดัชนี BOP แสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ซ้ำขึ้นต้องน้อยกว่าร้อยละ 10 ส่วนความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคปริทันต์ซ้ำมีค่ามากกว่าร้อยละ 25²⁰ ดัชนี PI ที่ยอมรับได้มีค่าร้อยละ 20-40 และไม่ควรสูงเกินร้อยละ 40²⁰ ดัชนี CAL และ PD บอกถึงสภาวะปริทันต์ที่ถูกทำลายไป โดย กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบ คือ มี CAL $\geq$ 2 มม. และ PD $\geq$ 4 มม. อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง²¹ เครื่องมือตรวจสภาวะปริทันต์ชนิด WHO แสดงมาตรวัดเป็นแถบสีและขีดเป็นช่วง 0.5, 3.5, 5.5, 8.5 และ 11.5 มิลลิเมตร²¹ ซึ่ง WHO probe นั้นมีน้ำหนักเบา ขนาดเล็ก ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บ อาจจะมีข้อจำกัดในความแม่นยำของการประเมินดัชนีสภาวะปริทันต์แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ Florida probe²² ซึ่งควบคุมแรงด้วยระบบไฟฟ้า มีความตรงเมื่อวัดซ้ำบันทึกข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์และนิยมใช้ในงานวิจัยเป็นส่วนใหญ่⁴ มีข้อจำกัดมากกว่าเพราะราคาแพง เกิดความรำคาญขณะวัดเนื่องจากขนาดใหญ่มีส่วนประกอบจำนวนมาก²² ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาและการติดตามประเมินผลในผู้ป่วยจิตเภทที่มีสภาวะปริทันต์รุนแรงกว่าคนทั่วไป

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันรายบุคคลหลังการประเมินดัชนีสภาวะปริทันต์ โดยที่กลุ่มทดลองได้รับการขัดหินน้ำลาย ขัดฟัน ทาฟลูออไรด์²³ หลังการตรวจครั้งแรก สัปดาห์ที่ 12 และ 24

กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการขัดหินน้ำลาย ขัดฟัน ทาฟลูออไรด์หลังการตรวจครั้งแรก แต่ได้รับในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การบันทึกดัชนี BOP, CAL และ PD ด้วย WHO probe และ mouth mirror ตรวจ 6 ตำแหน่ง (mesiobuccal, mid-buccal, distobuccal, mesiolingual, mid-lingual, distolingual) ส่วนดัชนี PI ตรวจโดยย้อมฟันทุกซี่ด้วยน้ำยา erythrosine 6%²⁴ แล้วให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำ จากนั้นตรวจ แผ่นคราบจุลินทรีย์

วัดดัชนี BOP PI CAL PD ฟันทุกซี่ในช่องปาก ยกเว้นฟันซี่ที่ขึ้นเพียงบางส่วน ฟันกรามซี่สุดท้ายและฟันที่หลือแต่รากฟัน วัดผลซ้ำในสัปดาห์ที่ 2, 12 และ 24

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ดัชนี BOP PI CAL และ PD ด้วย multivariate analysis กำหนดให้มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 คน ผู้ป่วยหายไประหว่างการศึกษา 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่เข้าโครงการ ในกลุ่มทดลองและควบคุมนั้นหายไปหลังจากวัดผลครั้งแรก 1 คน และ 4 คน หลังวัดผลสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 6 คน และ

2 คน หลังวัดผลสัปดาห์ที่ 12 จำนวน 3 คน และ 4 คน ตามลำดับ โดยทั้ง 20 คน มาไม่ตรงตามนัด 18 คน (ญาติไม่สะดวกพามา ไม่มีค่ารถ รถมาร่วมพบแพทย์) และไม่สามารถติดต่อได้ 2 คน คงเหลือกลุ่มละ 35 คน รวม 70 คน จำแนกเป็นชาย 42 คน หญิง 28 คน อายุเฉลี่ย 45.0 ปี (SD = 9.5) เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 56 และมีการสึกและผุบริเวณคอฟัน ร้อยละ 44 มีค่าเฉลี่ยดัชนีสภาวะปริทันต์ BOP PI CAL และ PD ดังนี้ 47.9, 95.5, 2.7 และ 1.8 ตามลำดับ ก่อนการศึกษาทั้งสองกลุ่มมีสภาวะปริทันต์ไม่ต่างกัน และในสัปดาห์ที่ 2, 12 และ 24 มีค่าดัชนีต่างๆ ดังต่อไปนี้

ค่า BOP ในสัปดาห์ที่ 2 และ 12 กลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการวัดผลในสัปดาห์ที่ 24 ค่า BOP ในกลุ่มทดลองมีค่า 19.2 และกลุ่มควบคุมมีค่า 25.6 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน กลุ่มทดลองมีเพียงผลการวัดครั้งแรกเท่านั้นที่สูงกว่าการวัดในครั้งอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญ และค่า BOP สัปดาห์ที่ 12 (ขัดหินน้ำลายรวม 1 ครั้ง) มีค่ามากกว่าสัปดาห์ที่ 24 (ขัดหินน้ำลาย 2 ครั้ง) จำนวน 30 คนจาก 35 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมค่า BOP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกๆครั้งของการวัดผล (ตาราง 1, กราฟ 1-1)

ค่า PI มีเพียงผลในสัปดาห์ที่ 2 เท่านั้นที่กลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการวัดผลในสัปดาห์อื่นๆ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในสัปดาห์ที่ 24 ค่า PI ในกลุ่มทดลองมีค่า 78.5 และในกลุ่มควบคุมมีค่า 74.19

เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน กลุ่มทดลอง มีเพียงผลการวัดในครั้งแรกเท่านั้นที่สูงกว่าการวัดในครั้งอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มควบคุมค่า PI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกๆ ครั้งของการวัดผล (ตาราง 1, กราฟ 1-2)

ค่า CAL และ PD ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตลอดการศึกษาในทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่ม

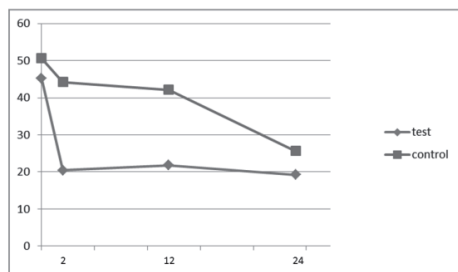
ทดลองมี 11 คนและในกลุ่มควบคุมมี 5 คนที่ค่า CAL และ PD ไม่ลดลง (ตาราง 1, กราฟ 1-3 และ 1-4) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดค่าดัชนีสภาวะปริทันต์ไม่สูงขึ้นก่อนการศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 44 ที่มีฟันสึกและผุบริเวณคอฟัน ได้รับการรักษา (อุดฟัน) ทุกราย

ตารางที่ 1 การมีจุดเลือดออกเมื่อหยั่ง (BOP) ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (PI) การสูญเสียการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์ (CAL) ร่องลึกปริทันต์ (PD) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

		ค่าเฉลี่ย (SD)			
		ก่อน	2 สัปดาห์	12 สัปดาห์	24 สัปดาห์
BOP	กลุ่มทดลอง	45.2 (28.7)	20.4 (14.4)	21.8 (16.9)	19.2 (14.6)
	กลุ่มควบคุม	50.6 (27.1)	44.2 (25.1)	42.1 (22.9)	25.6 (22.3)
	p-value	0.42	<.01	<.01	0.16
PI	กลุ่มทดลอง	95.6 (5.4)	80.7 (11.0)	81.2 (11.0)	78.5 (11.0)
	กลุ่มควบคุม	95.3 (6.4)	87.6 (8.0)	85.5 (8.4)	74.2 (12.9)
	p-value	0.83	<.01	.07	0.13
CAL	กลุ่มทดลอง	2.4 (1.4)	2.4 (1.4)	2.4 (1.4)	2.4 (1.3)
	กลุ่มควบคุม	3.1 (1.8)	3.0 (1.8)	3.0 (1.8)	3.0 (1.8)
	p-value	0.10	.07	.08	0.11
PD*	กลุ่มทดลอง	1.6 (1.0 ,5.2)	1.6 (0.9,5.0)	1.6 (0.9,5.0)	1.6 (0.9,5.0)
	กลุ่มควบคุม	2.1 (1.0,5.4)	2.1 (1.0,5.4)	2.0 (1.0,5.4)	2.0 (1.0,5.2)
	p-value	0.10	.07	.08	0.11

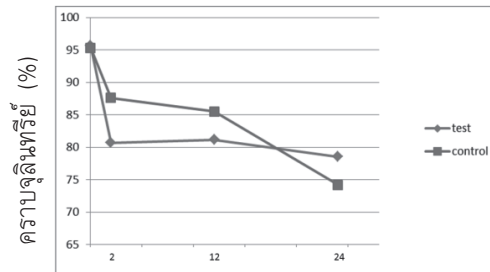
* มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, สูงสุด)

การมีจุดเลือดออกเมื่อหยั่ง (%)



ระยะเวลา (สัปดาห์)

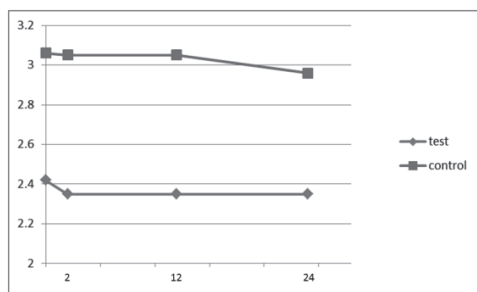
(กราฟ 1-1) การเปลี่ยนแปลงของการมีจุดเลือดออกเมื่อหยั่งในสัปดาห์ที่ 2 12 และ 24 (ในกลุ่มควบคุมได้รับการชูดินน้ำลายครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 12) ข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย



ระยะเวลา (สัปดาห์)

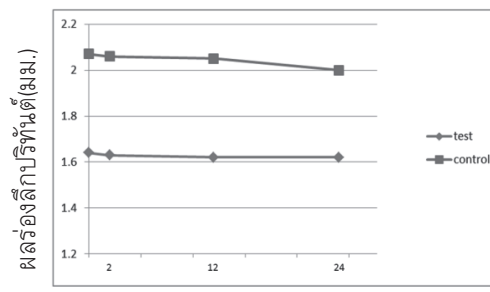
(กราฟ 1-2) การเปลี่ยนแปลงของดัชนีความเจ็บคันในสัปดาห์ที่ 2 12 และ 24 (ในกลุ่มควบคุมได้รับการชูดินน้ำลายครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 12) ข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย

การสูญเสียการยึดเกาะ
อวัยวะปริทันต์ (มม.)



ระยะเวลา (สัปดาห์)

(กราฟ 1-3) การเปลี่ยนแปลงของการสูญเสียการยึดเกาะอวัยวะ ปริทันต์ในสัปดาห์ที่ 2 12 และ 24 (ในกลุ่มควบคุมได้รับการชูดินน้ำลายครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 12) ข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย



ระยะเวลา (สัปดาห์)

(กราฟ 1-4) การเปลี่ยนแปลงของร่องลึกปริทันต์ ในสัปดาห์ที่ 2 12 และ 24 (ในกลุ่มควบคุมได้รับการชูดินน้ำลายครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 12) ข้อมูลเป็น ค่ามัธยฐาน

วิจารณ์

ในการศึกษามีผู้ป่วยที่หายไประหว่างการศึกษา 20 คน²⁵ ปัญหาหลักคือการเดินทางและลืมนัดหมาย แก้ไขด้วย การนัดวันให้ตรงกับวันที่มาพบจิตแพทย์และโทรแจ้งเตือนก่อนวันนัด ตรวจสอบความถูกต้องของเบอร์ติดต่อ รักษาและแก้ไขตามอาการนำ (chief complain) ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับและปฏิบัติมีผลให้ช่องปากดีขึ้น หายเจ็บปวด ยินดีเปิดใจและยินยอมที่จะมารับการรักษา²⁶

ก่อนการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีสภาวะปริทันต์ที่อักเสบรุนแรงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซ้ำ โดยมีค่า BOP สูงถึง 47.9 เป็นโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 56 (PD $\geq$ 4 มม. และ CAL $\geq$ 2 มม. อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง) รวมถึง PI ที่บ่งบอกถึงอนามัยช่องปากมีค่าสูงถึง 95.5

ผู้ป่วยร้อยละ 44 มีการลึกและผุบริเวณคอฟัน ถึงแม้ทุกรายได้รับการรักษา (อุดฟัน) แต่การอุดฟันบริเวณใกล้ขอบเหงือกโดยเฉพาะใต้เหงือกยังคงเป็นปัจจัยเฉพาะที่ส่งผลต่อการเกิดโรคปริทันต์²⁸ รวมถึงคราบจุลินทรีย์สามารถเกาะวัสดุอุดฟันได้ง่ายกว่าผิวเคลือบฟัน²⁹ การผุและลึกบริเวณคอฟันนี้มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการปากแห้งและละเลยการดูแลอนามัยช่องปาก¹⁶ รวมถึงอาการปากแห้งซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต ส่งผลให้ oral clearance ลดลง เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์¹¹ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลให้ค่า PI ไม่ลดลง

จากค่าในกลุ่มทดลอง BOP ลดลงทันทีเมื่อได้รับการขูดหินน้ำลายดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ยังไม่ได้รับการขูดหินน้ำลายอย่างชัดเจนเนื่องจากการกำจัดโรคที่เป็นสาเหตุของโรคเหงือกและโรคปริทันต์อักเสบ⁴ และเมื่อกลุ่มควบคุมได้รับการขูดหินน้ำลายค่า BOP

ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความเสี่ยงต่อการอักเสบซ้ำยังคงสูง²⁰ BOP กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 24 มีค่า 19.2 และ 25.6 ตามลำดับ

ในกลุ่มทดลองค่า BOP สัปดาห์ที่ 24 (ขูดหินน้ำลายรวม 2 ครั้ง) มีค่าดีกว่าสัปดาห์ที่ 12 (ขูดหินน้ำลาย 1 ครั้ง) แสดงให้เห็นถึงการคงสภาพอย่างต่อเนื่องทำให้สภาวะปริทันต์ดีขึ้น

ส่วนกลุ่มควบคุมค่า BOP สัปดาห์ที่ 2 และ 12 ที่ได้รับการแปรงฟันเพียงอย่างเดียวค่า BOP ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังสูงมาก เพราะการแปรงฟันนั้นไม่สามารถกำจัดหินน้ำลายได้ แต่เป็นการช่วยไม่ให้โรคเหงือกและปริทันต์อักเสบนั้นรุนแรงขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นซ้ำเมื่อรักษาหายแล้ว⁴ ทั้งนี้ค่าที่ได้จากการศึกษานี้เป็นเพียงค่าเฉลี่ยที่แสดงแนวโน้มของค่า BOP เท่านั้น²⁰

นอกจากนี้ การขูดหินน้ำลายร่วมด้วยทำให้คราบจุลินทรีย์ลดลงได้มากกว่าการได้รับการฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันเพียงอย่างเดียว ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในสัปดาห์ที่ 2 ทั้งนี้การฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันเพียงอย่างเดียวในกลุ่มควบคุมก็ทำให้ค่า PI ลดลง แต่ในสัปดาห์ที่ 12 ค่า PI ของทั้งสองกลุ่มกลับไม่แตกต่างกัน อันเป็นผลจากความสามารถในการดูแลอนามัยช่องปาก และมีการก่อดังของหินน้ำลายกลับมาในสัปดาห์ที่ 9-11^{4,22} โดยทั่วไปยอมรับคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 20-40²⁰ ในการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยได้รับการฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันรวม 4 ครั้ง แต่ค่า PI ยังคงมีค่าสูงมาก²⁷ แสดงว่าการดูแลอนามัยช่องปากต่อเนื่องด้วยตนเองของผู้ป่วยทำได้ไม่ดี

ค่า CAL และ PD มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองมี 11 คน และในกลุ่มควบคุมมี 5 คนที่ค่า CAL และ PD ไม่ลดลง เลยอดการศึกษา ซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากการ ขูดหินน้ำลายในการศึกษานี้เป็นการรักษาแบบไร้ คัลยกรรม³⁰ การหลงเหลือของร่องลึกปริทันต์มักเกิด ในตำแหน่งที่มีความวิการของกระดูก³¹⁻³² รวมถึงการ ดูแลอนามัยช่องปากของผู้ป่วยที่ยังทำได้ไม่ดี มักเป็น สาเหตุให้เกิดการอักเสบซ้ำ

สรุป

การขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน ทาฟลูออไรด์ ร่วมกับการได้รับการฝึกปฏิบัติวิธีแปรงฟันทำให้ สภาวะปริทันต์ผู้ป่วยจิตเภทดีกว่าการได้รับฝึกปฏิบัติ วิธีแปรงฟันเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี ค่าดัชนี BOP CAL PD ที่บ่งบอกถึงสภาวะปริทันต์ และ ค่า PI ที่บ่งบอกถึงการดูแลอนามัยช่องปากที่ไม่ดีพอ จึงต้องได้รับ การตรวจ ขูดหินน้ำลาย ขัด ฟันและทาฟลูออไรด์ ร่วมกับการได้รับการฝึกปฏิบัติวิธี แปรงฟันเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก กิจกรรม R2R โรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ ๒๕๕๗

References

1. Klavan B. International conference on research in the biology of periodontal disease. Chicago: Am Acad Periodontol 1977;134-5.
2. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. J Periodontol 1956;36:177-87.
3. Genco RJ, Evans RT, Ellison SA. Dental research in microbiology with emphasis on periodontal disease. J Am Dent Assoc 1969;78:1016-36.
4. Tachprasertvitaya C. Periodontal disease and treatment procedure. Bangkok : Yearbook publisher; 2001.
5. Page RC, Schroeder HE. Current status of the host response in chronic marginal periodontitis. J Periodontol 1981;52:477-91.
6. 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].
7. Tumthong S. Oral health status in schizophrenia. Research report 2006.
8. Thatreenaranon S, Tumthong S. The effect of dental health education program on plaque index in psychiatric patients. Th J DPH 2009;14:20-8.
9. Mirza I, Day R, Phelan M. Oral health of psychiatric in-patients. Psychiatr Bull 2001;25:143-5.
10. Thatreenaranon S, Sarobol N, Tumthong S. Impacts of oral health on daily life performances in Schizophrenic patients. J Dent Assoc Thai 2006;6:392-400.
11. Gordon SM, Dionne RA, Snyder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. Spec Care Dent 1998;18:88-92.
12. Stefanovska E, Nakova M, Radojkova-nikoloska V, Ristoka S. Tooth-brushing intervention programme among children with mental handicap. Bratisl Lek Listy 2010;111:299-302.

13. Fallah A. Effects of 980 diode laser treatment combined with scaling and root planing on periodontal pockets in chronic periodontitis patients [Internet]. 2010 [cited 2010 Mar 05]. Available from: URL:<http://www.dcenter.com/PDF/980nmperioandhygiene.pdf>
14. Zhang H, Li C, Shang S, Luo Z. Scaling and root planning with enhanced root planning on healthcare for type2 diabetes mellitus: a randomized controlled clinical trial. *J Dent Sci* 2013;8:272-80.
15. Federal bureau of prisons. Preventive dentistry : oral disease risk management protocols. Clinical practice guidelines; 2012.
16. Clark DB. Dental care for the patient with schizophrenia. *Can J dent Hygiene* 2008;42:17-24.
17. Thatreenaranon S. Dental management in psychiatric patients. *J Dent Assoc Thai* 2009;59:51-62.
18. Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology medical management and dental implications of Schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 2002;133:603-10.
19. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. *Aust Dent J* 2009;54:S11–S26.
20. Niklaus P, Maurizio S. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent* 2003;1:S:7-16.
21. Prohmpradith S, Kaewmongkol S. The effect of clozapine and factors related periodontal status in patients with schizophrenia. *J Ment Health Thai* 2013;21:160-70.
22. Michael G. Newman, Henry H. Takei, Fermin A. Carranza, Carranza's clinical periodontology. 9th ed. Philadelphia : W.B. Saunder; 2002.
23. Beverly Ma. Fluoride therapy and the periodontal patient. *JPH* [Internet]. 2004 [cited 2004 May]. Available from: URL:http://www.perioadvocates.com/customers/105081217002522/filemanager/Fluoride_Therapy.pdf
24. O'Leary T, Drake R , Naylor. The plaque control record. *J Periodontol* 1972;43:38-9.
25. Silpakit C, Prasertchai R. The use of matrix group therapy in alcohol dependent patients : Two-year follow-up. *J Ment Health Thai* 2007;15:170-8.
26. Stiefel DJ. Dental care considerations for disabled adults. *Spec Care Dent* 2002;22:26S-39S.
27. Maria K, Niklaus P. Diagnosis treatment and maintenance of a heavy smoking patient with chronic periodontitis – a case presentation. *J Periodontol* 2004;1:143-63.
28. Champaiboon C. Local factors contributing to periodontal disease. *J Dent Assoc Thai* 2013;63:137-44.
29. Litonjua LA, Cabanilla LL, Abbott LJ. Plaque formation and marginal gingivitis associated with restorative materials. *Compend Contin Educ Dent* 2012 Jan;33:E6-E10.
30. Greenstein G. Periodontal response to mechanical non-surgical therapy: a review. *J Periodontol* 1992;63: 118-30.
31. Becker W, Becker BE, Berg LE. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study In 44 patients. *J Periodontol* 1984;155:505-9.
32. Ainamo J, Ainamo A. Risk assessment of recurrence of disease during supportive periodontal care. *J Clin Periodontol* 1996;23:232-9.