

# แนวทางการจัดการทางทันตกรรม สำหรับเด็กพิเศษ

Clinical Dental Practice Guidelines for Special Child



ชมรมวิชาชีพทันตกรรม  
กรมสุขภาพจิต



ชมรมวิชาชีพทันตกรรม  
กรมสุขภาพจิต

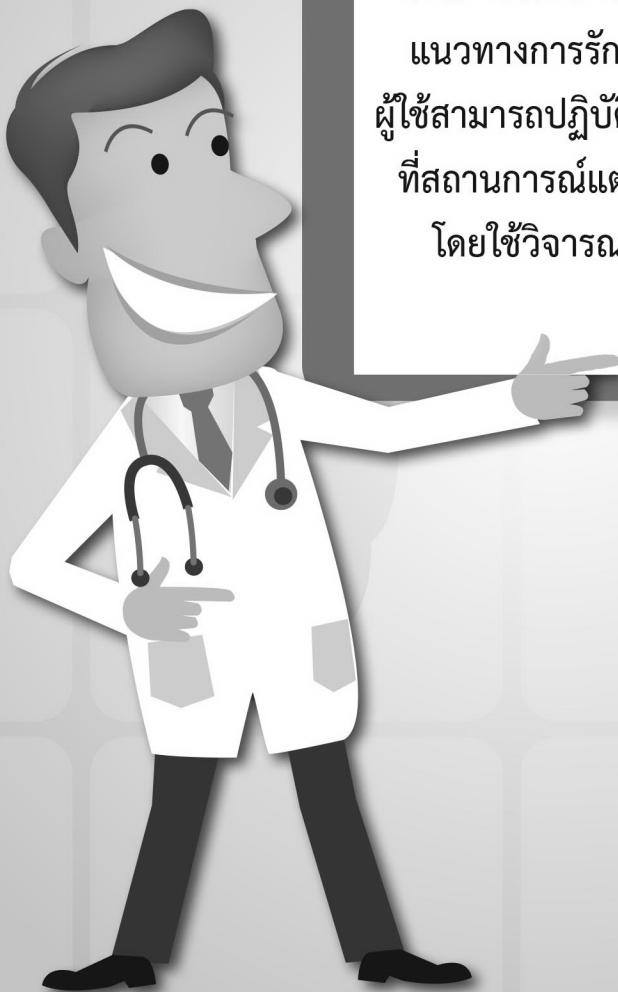


ISBN : 978-616-11-2671-1 (E-book)

# แนวทางการจัดการทางทันตกรรม สำหรับเด็กพิเศษ

Clinical Dental Practice Guidelines for Special Child

แนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษนี้  
เป็นเครื่องมือเสริมคุณภาพของบริการด้านทันตสุขภาพ  
ที่เหมาะสมกับทรัพยากร และบริบทของประเทศไทย  
แนวทางการรักษานี้ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ  
ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ในกรณี  
ที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควร  
โดยใช้วิจารณญาณซึ่งเป็นที่ยอมรับของสังคม



ชมรมวิชาชีพทันตกรรม  
กรมสุขภาพจิต



# คำนำ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555-2559) กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต แผนยุทธศาสตร์ที่ 3 มีเป้าหมายในการพัฒนาความเป็นเลิศทางการบริการและวิชาการสุขภาพจิต เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ประชาชน มีสุขภาพจิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข ในซึ่งกรมสุขภาพจิตซึ่งมีหน้าที่หลักประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและสติปัญญา

ในส่วนของผู้รับบริการทันตกรรมที่มีปัญหาด้านจิตเวชเด็ก ทั้งในกลุ่มปฐมวัยและกลุ่มวัยรุ่น เช่น กลุ่มเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ เด็กในกลุ่มโรคออทิสติก สมาธิสั้น ปัญหาการเรียนรู้อ่อน บกพร่องทางสติปัญญา จะมีภาวะบกพร่องทางด้านต่างๆ เช่น การรับสัมผัส การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ไม่เหมือนกัน ส่งผลต่อรูปแบบการรักษาทางทันตกรรม ส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพที่พิเศษแตกต่างจากเด็กทั่วไป กรมสุขภาพจิต จึงได้จัดทำคู่มือเกี่ยวกับแนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ โดยการรวบรวมองค์ความรู้ด้านโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาทางทันตกรรม และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับทันตบุคลากร และสหวิชาชีพที่สนใจ

กรมสุขภาพจิต ขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คณะผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลต่างๆ ที่มีส่วนในการให้ข้อมูล และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำแนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ ในครั้งนี้ ได้แก่

1. คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
4. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
8. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
9. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
10. โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา
11. โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน
12. โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
13. โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู
14. โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี
15. โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

คณะผู้จัดทำ

## รายนามคณะทำงาน

### ที่ปรึกษาโครงการ

1. แพทย์หญิงอัมพร	เบญจพลพิทักษ์	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล
2. แพทย์หญิงนพวรรณ	ศรีวงศ์พานิช	สถาบันราชานุกูล
3. ทนตแพทย์หญิงสุทธิมาศ	วงษ์ประภารัตน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
4. ทนตแพทย์หญิงภาวณี	ชวาลวุฒิ	โรงพยาบาลสวนปรุง
5. ทนตแพทย์ชัยพร	ยิ่งเจริญพาสุข	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
6. ทนตแพทย์หญิงภัตติมา	บุรพลกุล	สถาบันราชานุกูล

### คณะทำงานหลัก

1. ทนตแพทย์หญิงภัตติมา	บุรพลกุล	สถาบันราชานุกูล
2. ทนตแพทย์หญิงนงลักษณ์	พงศ์ทวีบุญ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
3. ทนตแพทย์หญิงฐสรพร	เต็มทอง	สถาบันราชานุกูล
4. ทนตแพทย์วรุฒิ	รัตนวิชัยโรจน์	สถาบันราชานุกูล
5. ทนตแพทย์หญิงอัญญรัตน์	แพงจันทร์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
6. ทนตแพทย์หญิงอรอุมา	คงทวีเลิศ	สถาบันราชานุกูล
7. ทนตแพทย์หญิงพิมพ์ไไล	ลิมสมวงศ์	สถาบันราชานุกูล
8. ทนตแพทย์หญิงปวีร์ลดา	คุ้มญาติ	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
9. ทนตแพทย์หญิงภคิณี	รุจิโรจนานันท์	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
10. ทนตแพทย์หญิงอุษา	จึงพัฒน์วดี	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
11. แพทย์หญิงอาภาภรณ์	พื้งยอด	สถาบันราชานุกูล
12. เกษัชกรหญิงจินตนา	มงคลพิทักษ์สุข	สถาบันราชานุกูล

### รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. ผศ. ทนตแพทย์หญิงพรพรรณ	อัคราณิชย์	อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. แพทย์หญิงนพวรรณ	ศรีวงศ์พานิช	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันราชานุกูล
3. เกษัชกรหญิงมาลี	ปรีชาพลสิทธิ์	เกษัชกรเชี่ยวชาญ สถาบันราชานุกูล

# สารบัญ

คำนำ	ก
รายนามคณะกรรมการ	ข
สารบัญ	ค
<b>บทที่ 1 ความรู้ทางการแพทย์</b>	<b>1</b>
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities/ Mental Retardation)	2
กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)	7
สมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder)	10
ออทิสติก (Autistic Spectrum Disorder)	12
ภาวะความบกพร่องของทักษะในการเรียน (Learning disorder)	14
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	16
โรคลมชัก (Epilepsy)	19
<b>บทที่ 2 ความรู้ทางด้านเภสัชกรรม</b>	<b>27</b>
ตารางยาที่ใช้ในผู้ป่วยเด็กพิเศษที่มีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม	29
<b>บทที่ 3 แนวทางการดูแลทางทันตกรรมในเด็กพิเศษ</b>	<b>37</b>
แผนภูมิแนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยเด็กพิเศษ	39
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities/ Mental Retardation)	40
กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)	41
สมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder)	46
ออทิสติก (Autistic Spectrum Disorder)	48
ภาวะความบกพร่องของทักษะในการเรียน (Learning disorder)	53
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	53
โรคลมชัก (Epilepsy)	59
<b>บทที่ 4 การให้คำแนะนำผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กพิเศษ</b>	<b>67</b>
<b>บทที่ 5 อุปกรณ์ที่ช่วยในงานทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ</b>	<b>74</b>
<b>บทที่ 6 ความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษา</b>	<b>77</b>
ภาคผนวก	82

# บทที่ 1

## ความรู้ทางการแพทย์

แพทย์หญิงอาภาภรณ์ พึ่งยอด

### เด็กพิเศษ

เด็กพิเศษ มาจากคำเต็มว่า “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ” (Children with Special Health Care Needs) ตามคำจำกัดความของสมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กแห่งสหรัฐอเมริกา AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) ได้แก่ กลุ่มเด็กที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริมทางด้านกายภาพ พัฒนาการ การรับสัมผัส การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ต้องการโปรแกรม หรือ บริการส่งเสริมทางการแพทย์ เนื่องจากมีภาวะบกพร่องทางด้านต่าง ๆ ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน

เด็กพิการจัดเป็นเด็กพิเศษกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษด้วยวิธีการที่ต่างกันไป ตามความเหมาะสมของเด็กแต่ละกลุ่ม แต่ละคน เพื่อช่วยให้สามารถพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และเพื่อให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีโอกาสทางการศึกษาที่เท่าเทียม และได้รับการยอมรับในสังคม

**ประเภทของเด็กพิเศษ**

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 กำหนดประเภทความพิการ ดังนี้

1. ความพิการทางสติปัญญา
2. ความพิการทางการเรียนรู้
3. ความพิการทางออทิสติก
4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
5. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
6. ความพิการทางการเห็น
7. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

สำหรับคู่มือเล่มนี้ จะขอกล่าวถึงเด็กพิเศษที่มีโรค หรือ ภาวะดังต่อไปนี้

1. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities/Mental Retardation)
2. กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)
3. สมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder)
4. ออทิสติก (Autistic Spectrum Disorder)
5. ความบกพร่องของทักษะในการเรียน (Learning disorder)
6. สมองพิการ (Cerebral Palsy)
7. โรคลมชัก (Epilepsy)

## ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities/ Mental Retardation)

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เป็นภาวะที่มีพัฒนาการบกพร่องทำให้มีข้อจำกัดด้านสติปัญญา การเรียนรู้ และการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน เดิมเรียกภาวะดังกล่าวว่า “ภาวะปัญญาอ่อน” ปัจจุบันใช้คำว่า “บกพร่องทางสติปัญญา” แทน

ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM – V) โดย American Psychiatric Association (APA) เมื่อปี ค.ศ. 2013 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วย

1. ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
2. พฤติกรรมการปรับตัวบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านหรือมากกว่า จากทั้งหมด 10 ด้าน
3. แสดงอาการในช่วงที่สมองยังมีการพัฒนา (Developmental period)

### ความชุก

โดยทั่วไปพบบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1-3 ของประชากร ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาประมาณร้อยละ 0.4-4.7 ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละรายงานขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย การออกแบบการวิจัย และวิธีการศึกษา ตัวอย่างเช่น เมื่อการวินิจฉัยใช้เกณฑ์ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) อย่างเดียว ความชุกจะพบประมาณร้อยละ 3 แต่เมื่อวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ ตามที่กล่าวข้างต้น ความชุกจะพบประมาณร้อยละ 1 (The American Academy of child & Adolescent Psychiatry : AACAP, 1999) ภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราชาย : หญิง ประมาณ 1.5 : 1 (APA, 2000)

### สาเหตุ

สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ในด้านชีวภาพ สังคมจิตวิทยา หรือปัจจัยหลายประเภทร่วมกัน ประมาณร้อยละ 30-50 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่านั้นที่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง (IQ<50) พบสาเหตุได้ร้อยละ 80 ในขณะที่กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยพบสาเหตุได้ประมาณร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุมากกว่าหนึ่งอย่าง สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแยกเป็นร้อยละที่ตรวจพบได้ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ความชุกและสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

สาเหตุ	ตัวอย่าง	ความชุก (ร้อยละ)
<b>สาเหตุก่อนคลอด (Prenatal causes)</b> <u>ความผิดปกติทางพันธุกรรม</u> -โครโมโซมผิดปกติทั้งโครโมโซมหรือบางส่วน การผ่าเหล่าของยีน ความผิดปกติจากการขาดหายไปของยีนบนโครโมโซม (microdeletions หรือ subtelomeric deletions)	กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome), Tuberosus sclerosis, Phenylketonuria และ ความผิดปกติทางเมแทบอลิกอื่นๆ, กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (fragile X syndrome), Prader-Willi syndrome, Williams syndrome, Angelman syndrome	4-28

สาเหตุ	ตัวอย่าง	ความชุก (ร้อยละ)
<u>ความผิดปกติแต่กำเนิด</u> - ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติหลายระบบ (multiple malformation syndromes) <u>อื่นๆ</u>	ภาวะปลายหลอดประสาทปิดไม่สนิท (Neural tube defects), Cornelia de Lange's syndrome  การติดเชื้อหัดเยอรมัน (Congenital rubella), การติดเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV), fetal alcohol syndrome, การเกิดก่อนกำหนด, ได้รับรังสีหรือภยันตราย	7-17  5-13
<b>สาเหตุปริกำเนิด (Perinatal causes)</b> การติดเชื้อ ปัญหาระหว่างการคลอดและ <u>อื่นๆ</u>	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะขาดออกซิเจน bilirubin ในเลือดสูง	2-10
<b>สาเหตุหลังคลอด (Postnatal causes)</b> การติดเชื้อ ได้รับสารพิษ ปัญหาทางจิต สังคมและอื่นๆ	สมองอักเสบ พิษจากตะกั่ว ภยันตรายหลังเกิด เนื้องอกในสมอง การเจ็บป่วยทางจิตเวช เศรษฐกิจยากจนและการขาดอาหาร	3-12
<b>ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown causes)</b>		30-50

### การแบ่งประเภท

จำแนกประเภทตามระดับความรุนแรง สาเหตุ หรือความช่วยเหลือส่วนบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องการ

ตารางที่ 1.2 การจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ระดับ IQ	ระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	ร้อยละที่พบ
55-69	น้อย (Mild)	85
40-54	ปานกลาง (Moderate)	10
25-39	รุนแรง (Severe)	3-4
<25	รุนแรงมาก (Profound)	1-2



## ลักษณะทางคลินิก

พัฒนาการล่าช้า เป็นอาการที่สำคัญของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะบกพร่องทางสติปัญญายิ่งรุนแรงมากเท่าใดความล่าช้าของพัฒนาการก็ยิ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น ลักษณะทางคลินิกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแบ่งตามระดับได้ดังนี้

### 1.ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงมาก

พัฒนาการล่าช้าชัดเจนตั้งแต่เล็กทั้งในด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว อาจจะมีฝึกการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมาก ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีพยาธิสภาพ ต้องการการดูแลตลอดเวลาตลอดชีวิต

### 2.ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง

ความผิดปกติของพัฒนาการพบได้ตั้งแต่ขวบปีแรก มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สามารถสื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย บางรายเริ่มพูดได้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว บางรายพบพยาธิสภาพมากกว่า 1 อย่าง มีทักษะในการป้องกันตนเองน้อย มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ทำงานง่าย ๆ ได้ ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือต้องช่วยในทุก ๆ ด้านอย่างมากตลอดชีวิต

### 3.ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง

ความผิดปกติมักได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยก่อนเรียน หรืออายุประมาณ 2-3 ปี โดยพบว่าอาจมีความแตกต่างของระดับความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาการดาวน์ล่าช้าในด้านการใช้ภาษา กลุ่มอาการวิลเลียมส์ (Williams syndrome) บกพร่องในทักษะการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ (visuo-spatial processing skills) บางรายมีความสามารถทางภาษาเด่น ในบางรายพบพยาธิสภาพชัดเจน เด็กในกลุ่มนี้สามารถเรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 2-3 และต้องมีการจัดการศึกษาพิเศษ เด็กสามารถเรียนรู้การเดินทางตามลำพังได้ในสถานที่ที่คุ้นเคย ใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีทั้งการดำรงชีวิตและการทำงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 20 สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

### 4.ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย

มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนแล้ว เนื่องจากในวัยก่อนเรียนมีพัฒนาการของทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงาน ดูแลครอบครัวได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราว เมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน มักไม่พบสาเหตุทางพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานะยากจนหรือด้อยโอกาส ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

### ความผิดปกติที่พบร่วม

พบความผิดปกติทางจิตเวชในบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ถึงร้อยละ 45 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป ความผิดปกติเหล่านี้จะพบบ่อยขึ้น เมื่อมีความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาพฤติกรรม ความผิดปกติที่พบ ได้แก่

- ชน สมาธิสั้น ร้อยละ 8-15
- พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3-15
- โรคอารมณ์สับสนแปรปรวน ร้อยละ 1-3.5
- โรคจิตเภท (schizophrenia) ร้อยละ 3

ในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะพบอาการชักได้บ่อยกว่าเด็กทั่วไปประมาณ 10 เท่า โดยเฉพาะ ในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก พบได้ถึงร้อยละ 30 อาการชักมักควบคุมได้ยาก เนื่องจากมีความผิดปกติจากกลุ่มอาการต่างๆ มีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลาง และในผู้ป่วยแต่ละรายอาจพบอาการชักได้หลายรูปแบบ

ภาวะประสาทสัมผัสบกพร่อง ได้แก่ การได้ยินบกพร่องหรือมีปัญหาในการมองเห็นนั้นพบได้บ่อยในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โดยเฉพาะในกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของใบหน้าและศีรษะ ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงจะมีปัญหาในการมองเห็น ที่พบบ่อย ได้แก่ ตาเขและสายตาดัดผิดปกติ

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยและรุนแรงมักพบความบกพร่องในด้านการเคลื่อนไหวซึ่งเข้าได้กับสมองพิการ (cerebral palsy :CP) ประมาณร้อยละ 10 และ 20 ตามลำดับ และประมาณร้อยละ 50 ของเด็กสมองพิการจะพบว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับความรุนแรงต่าง ๆ ไปด้วย เด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 50-75 มีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วย หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่พบพฤติกรรมแบบออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือทำร้ายตนเอง ได้ร้อยละ 8-20 โดยมักพบในภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง กลุ่มอาการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาบางกลุ่มมีอุบัติการณ์ของออทิสซึมมากกว่าประชากรทั่วไป เช่น กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์พราย กลุ่มอาการทาวน์ และ Tuberous sclerosis จะมีออทิสซึมร่วมด้วยซึ่งสูงกว่าในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.3-0.6

### การดูแลรักษา

แม้ว่าเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาแล้ว จะไม่สามารถรักษาสมองส่วนที่เสียไปให้กลับคืนมาทำงานได้ตามปกติก็ตาม แต่ก็สามารถจะคงสภาพ หรือฟื้นฟูสภาพทางสมองส่วนที่คงเหลืออยู่ให้ทำงานได้เต็มที่ ดังนั้นการรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จึงเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองและร่างกาย มากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว การวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุดและการฟื้นฟูสมรรถภาพทันทีที่วินิจฉัยได้ จะช่วยหยุดยั้งความพิการมิให้เพิ่มขึ้น เป้าหมายของการรักษาภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจึงมิใช่มุ่งรักษาให้หายจากโรค แต่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ให้ช่วยตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว และสังคมมากเกินไป และสามารถประกอบอาชีพได้

### การฟื้นฟูสมรรถภาพในบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่

#### 1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงแรกเกิด – 6 ปี ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ การส่งเสริมสุขภาพทำเช่นเดียวเด็กปกติแต่เพิ่มการบำบัดรักษาความผิดปกติที่อาจพบร่วมด้วย เช่น โรคลมชัก Cretinism, PKU, cerebral palsy, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ให้การส่งเสริมพัฒนาการเพื่อพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก สติปัญญา ภาษา การเข้าสังคมและการช่วยเหลือตนเองเพื่อให้เด็กมีความพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น อรรถบำบัด กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย

#### การส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

การส่งเสริมพัฒนาการ หมายถึง การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก จากการวิจัยพบว่า เด็กที่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาแต่เยาว์วัย จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว ทักษะที่วินิจฉัยว่าเด็กมีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กกลุ่ม

อาการดาวน์ หรือเด็กที่มีอัตราเสี่ยงสูงว่าจะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด มารดา ตกเลือดขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น สามารถจัดโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กกลุ่มนี้ได้ทันที โดยไม่ต้องนำเด็ก มาไว้ที่โรงพยาบาล โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ คือ การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของเด็ก เด็ก บิดามารดา และคนเลี้ยงดู มีบทบาทสำคัญยิ่งในการฝึกเด็กให้พัฒนาได้ตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ผลสำเร็จของการส่งเสริมพัฒนาการจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือ และความตั้งใจจริงของบุคคลในครอบครัวของเด็กมากกว่าผู้ฝึกที่เป็นนักวิชาชีพ (Professional staff)

#### กายภาพบำบัด

เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามักจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (motor development) ช้ากว่าวัย นอกจากนี้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงและรุนแรงมาก ส่วนใหญ่ก็จะมีอาการพิการทางระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ด้วย ทำให้มีการเกร็งของ แขน ขา ลำตัว จึงจำเป็นต้องแก้ไขอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เพื่อช่วยลดการยึดติดของข้อต่อ และการสูญเสีย กล้ามเนื้อ เด็กจะช่วยตัวเองได้มากขึ้น เมื่อเจริญวัย

#### กิจกรรมบำบัด

การฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ได้แก่ การใช้มือหยิบจับสิ่งของ ฝึกการทำงานของตาและมือให้ ประสานกัน (eye-hand co-ordination) เด็กสามารถหยิบจับสิ่งของ เช่น จับถ้วยตักน้ำ จับแปรงสีฟัน หยิบ ช้อนกินข้าว การรักษาทางกิจกรรมบำบัด จะช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นไปอย่างราบรื่นและสะดวก

#### อรรถบำบัด

เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกินกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาการพูดและการสื่อความหมาย กระบวนการฝึกในเรื่องนี้ มีใช้เพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงเป็นภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจเท่านั้น แต่จะเริ่มจากเด็กต้องฝึกใช้ กล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง ออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องกระทำตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี จึงจะได้ผลดีที่สุด

### 2.การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

ในช่วงอายุ 7 – 15 ปี มีการจัดการการศึกษาโดยมีแผนการศึกษาสำหรับแต่ละบุคคล (Individualized Educational Program : IEP) ในโรงเรียนซึ่งอาจเป็นการเรียนในชั้นเรียนปกติ เรียนร่วม หรือมีการจัดการ การศึกษาพิเศษ ในประเทศไทยโรงเรียนที่รับเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีอยู่ทั่วไปทั้งใน กรุงเทพมหานครและในต่างจังหวัด แต่ในทางปฏิบัติก็ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับเด็กกลุ่มนี้

### 3.การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

เมื่ออายุ 15-18 ปี ควรได้รับการฝึกวิชาชีพและลักษณะนิสัยที่ดีในการทำงาน ซึ่งจำเป็นมากต่อการ ประกอบอาชีพในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ฝึกการตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่งและนำมาปฏิบัติเอง โดยไม่ต้องมีผู้เตือน การ ปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานและมารยาทในสังคม เมื่อเข้าวัยผู้ใหญ่ควรช่วยเหลือให้ได้มีอาชีพที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้อย่างคนปกติ อาชีพที่บุคคลที่มี ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถทำได้ดี ได้แก่ อาชีพงานบ้าน งานบริการ งานในโรงงาน งานในสำนักงาน เช่น การรับส่งหนังสือ ถ่ายเอกสาร เป็นต้น ในประเทศไทยหน่วยงานที่ให้บริการด้านนี้ยังมีน้อย

### 4.การรักษาโดยการช้ยา

การรักษาโดยการช้ยานั้นเป็นการรักษาตามอาการ หรือรักษาโรคที่พบร่วม ดังนี้

1. Psychostimulants เช่น Methylphenidate ใช้รักษาอาการสมาธิสั้น

2. Antipsychotics เช่น Risperidone ใช้รักษาอาการชุนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity), หงุดหงิด (Irritability), พฤติกรรมรุนแรง (Aggressive behavior), พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (Self injurious behavior) และ พฤติกรรมซ้ำ ๆ (Repetitive behavior)
3. Mood stabilizers
  - Lithium ใช้ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าวและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง
  - Sodium valproate มีการใช้แบบ “Off-label” ใน rapid cycling bipolar disorder, ก้าวร้าว และ พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง
4. Antidepressants เช่น Fluoxetine ใช้รักษาอาการทำร้ายตนเอง หงุดหงิดและซึมเศร้า

### กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)

#### สาเหตุ

เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่งสาเหตุของความผิดปกตินี้ยังไม่ทราบกลไกแน่ชัด เชื่อว่าสารพันธุกรรมของโครโมโซมคู่ที่ 21 ที่เกินมานั้น ทำให้กระบวนการปกติที่ควบคุมการสร้างตัวอ่อนเปลี่ยนแปลงไป

#### อาการและอาการแสดง

ถ้าสังเกตจะพบว่าลักษณะของกลุ่มอาการดาวน์ โดยทั่วไปจะคล้ายคลึงกัน คือ น้ำหนักแรกเกิดน้อย ความยาวของลำตัวจะสั้นกว่าปกติ เมื่ออายุมากขึ้นจึงมักเตี้ย ศีรษะเล็ก ท้ายทอยแบนราบ หน้าแบน ตั้งจมูกแบน ตาเฉียงขึ้น ขอบหนังตาบนยื่นมาจรดบริเวณหัวตา ใบหูเล็กและอยู่ต่ำ รูหูส่วนนอกจะตึบกว่าปกติ เพดานปากโค้งงู ขากรรไกรบนไม่เจริญเติบโต ทำให้ช่องปากแคบ ลิ้นยื่น ฟันขึ้นช้าและไม่เป็นระเบียบ คอสั้น ผิวหนังด้านหลังของคอค่อนข้างหนา สะดือจูน มีอาการท้องผูกได้บ่อย มือแบนกว้าง นิ้วมือสั้น นิ้วก้อยโค้งงอ เนื่องจากกระดูกข้อมือมีขนาดเล็ก (ในบางรายกระดูกชิ้นนี้อาจหายไปเลย ทำให้นิ้วก้อยมีเพียงสองข้อเท่านั้น) เส้นลายมือตัดขวาง ช่องระหว่างนิ้วเท้าที่ 1 และ 2 กว้าง และมีร่องลึกจากช่องนี้พาดไปบนฝ่าเท้า กล้ามเนื้ออ่อนนิ่ม อารมณ์ดีเลี้ยงง่าย อุปนิสัยร่าเริงและเป็นมิตร

เด็กกลุ่มอาการดาวน์จะมีปัญหาในการใช้ภาษาและการพูด มักพูดช้าและพูดไม่ชัด และมีการทำงานของกล้ามเนื้อในปากผิดปกติ เนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนนิ่ม

อวัยวะเพศมักเจริญเติบโตไม่เต็มที่ทั้งในชายและหญิง ในชายจะเป็นหมันเพราะผลิตสเปิร์มไม่ได้ และมักไม่มีกิจกรรมทางเพศ (มีรายงาน 1 รายที่สามารถมีบุตรได้) ส่วนในหญิงถึงแม้รอบเดือนจะมาไม่สม่ำเสมอ แต่ก็สามารถมีบุตรได้ และถ้าตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ได้ ร้อยละ 50

เด็กกลุ่มอาการดาวน์มีภาวะเลือดข้นเมื่อแรกเกิดบ่อยกว่าทารกทั่วไป และมีภาวะตัวเหลืองเมื่อแรกเกิดนานกว่าเด็กปกติ พบผมร่วง ผิวหนังแห้ง และรูขุมขนอักเสบได้บ่อยกว่าเด็กทั่วไป ลักษณะต่างๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ไม่จำเป็นต้องพบในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ทุกราย และไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

เด็กกลุ่มอาการดาวน์มักมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่จากบริการส่งเสริมพัฒนาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้กลุ่มอาการดาวน์ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องทางสติปัญญา ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ระดับสติปัญญาที่มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

พัฒนาการด้านภาษาจะช้ามากกว่าระดับสติปัญญาที่ช้า ทักษะด้านสังคมจะพัฒนาได้ดีกว่า ทักษะการเรียนรู้โดยการมองจะดีกว่าทักษะการเรียนรู้โดยการฟัง

### ความผิดปกติที่พบบ่อย

1. พัฒนาการล่าช้าและบกพร่องทางสติปัญญา
2. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและหลอดเลือดผิดปกติ พบประมาณร้อยละ 40-60
3. ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ โรคต่อมไทรอยด์พบประมาณร้อยละ 15 และมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานสูงถึง 1 : 250
4. ระบบทางเดินอาหาร พบลำไส้อุดตันร้อยละ 5-12
5. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ
  - ข้อต่อสะโพกหลุดหรือเคลื่อน พบร้อยละ 6 มักพบในช่วงอายุ 2 เดือน - 10 ปี
  - ข้อต่อกระดูกคอชั้นที่ 1 และ 2 เคลื่อน พบตั้งแต่วัยละ 10-30
6. ระบบโลหิต พบมะเร็งเม็ดโลหิตขาวร้อยละ 1-2 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป 10-20 เท่า
7. ความผิดปกติทางตา พบได้ร้อยละ 60
  - สายตาสั้นผิดปกติ พบร้อยละ 30-70 (โดยพบระดับรุนแรงร้อยละ 5)
  - ตาเข พบร้อยละ 23-44
  - ท่อน้ำตาอุดตัน พบร้อยละ 20
  - ตาแกว่ง (nystagmus) พบร้อยละ 15
  - ต้อกระจก พบร้อยละ 3-15
8. ความผิดปกติทางหูและภาษา
  - การได้ยินผิดปกติ พบร้อยละ 75
  - หูชั้นกลางอักเสบชนิดรุนแรง (serous otitis media :SOM) พบร้อยละ 50-70
9. ระบบประสาท
  - พบโรคลมชักร้อยละ 14
  - ความผิดปกติทางจิต พบร้อยละ 22 ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า การปรับตัวผิดปกติ พัฒนาการผิดปกติชนิด pervasive developmental disorder โรคจิตและ anorexia nervosa
  - ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ ไม่ร่วมมือ สมาธิสั้น หุนหันพลันแล่น ชน ไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
  - โรคสมองเสื่อม (Alzheimer's disease) พบร้อยละ 20-30 พบหลังอายุ 40 ปี
  - ชราก่อนวัยอันควร (premature aging) ได้แก่ สมองเสื่อมก่อนวัย เกิดต้อกระจกก่อนวัย และข้อเสื่อมก่อนวัย
10. ระบบปัสสาวะและสืบพันธุ์ ประมาณ 2 ใน 3 ของเพศหญิงจะเป็นหมัน และเพศชายทุกคนจะเป็นหมัน อาจพบอวัยวะไม่ลงมาอยู่ในถุงอัณฑะ
11. ปัญหาทางผิวหนัง พบร้อยละ 10 ได้แก่ ผดผื่น ผื่นคัน ผื่นแพ้ ผื่นแพ้สัมผัส ผื่นแพ้ยา และผิวหนังเป็นรอยต่าง
12. การเจริญเติบโต มักเตี้ยและอ้วน ประมาณร้อยละ 30 จะเริ่มอ้วนในวัยเด็กตอนต้นเมื่ออายุ 3 ปีและในวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ 50 ก็จะมีโรคอ้วนได้
13. ฟัน มักมีปัญหาฟันขึ้นช้า ในบางรายอาจมีปัญหาฟันสบผิดปกติ เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์หรือกัตฟัน
14. ปัญหาการนอน ที่อาจพบได้บ่อยคือ การนอนกรน การหยุดหายใจในระหว่างการนอนหลับ
15. ปัญหาโรคติดเชื้อ ได้แก่ หวัด ไซนัสอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบและปอดบวม

16. ภาวะภูมิคุ้มกันต่อร่างกายตนเอง ทำให้เกิดต่อมไทรอยด์อักเสบ ผมหงอก เบาหวาน เม็ดโลหิตแดงแตก ชนิด Autoimmune hemolytic anemia และข้อเสื่อมรูมาตอยด์

### การดูแลรักษา

จุดมุ่งหมายของการดูแลกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อรักษาตามอาการหรือแก้ไขความผิดปกติที่พบร่วมด้วย เพื่อให้เด็กเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด การดูแลรักษาเน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) โดยทีมสหวิชาชีพ

#### 1. ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดตามการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ปีละ 1 ครั้ง
- ตรวจหัวใจ (Echocardiogram) เมื่อแรกเกิด หากไม่เคยตรวจควรได้รับการตรวจ 1 ครั้ง
- ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ ปีละ 1 ครั้ง
- ตรวจสายตา ปีละ 1 ครั้ง
- ตรวจการได้ยิน ควรได้รับการตรวจตั้งแต่วัยเด็กเล็ก หากไม่เคยตรวจควรได้รับการตรวจ 1 ครั้ง
- ตรวจหาความผิดปกติของเม็ดเลือดเมื่อแรกเกิด และเมื่อเข้าวัยรุ่นให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง
- เพศหญิงควรได้รับการตรวจภายใน ตรวจหามะเร็งปากมดลูก ตรวจเต้านม ปีละ 1 ครั้ง
- แนะนำการคุมกำเนิดและการทำหมัน

#### 2. การส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กกลุ่มอาการดาวน์สามารถพัฒนาได้ถ้าได้รับการฝึกสอนที่เหมาะสม จึงควรแนะนำบิดามารดาเรื่องความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการ วิธีการฝึกฝนบุตรที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้มีพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป

#### 3. การดำรงชีวิตประจำวัน

เด็กกลุ่มอาการดาวน์ควรจะได้รับประสบการณ์ชีวิตเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป จึงควรฝึกให้ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้สามารถไปเรียนและใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ รู้จักควบคุมตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมและสามารถใช้บริการต่าง ๆ ในสังคมได้

#### 4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เช่น การฝึกพูด กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด
- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาโดยจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP)
- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่น การฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Skills) การจดทะเบียนรับรองความพิการ
- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพโดยการฝึกอาชีพ



## สมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder)

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันและทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม

ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการรักษา มักจะประสบปัญหาในด้านการเรียน ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และมีภาพพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี และเมื่อโตขึ้นถึงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติดพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย อุบัติเหตุในการขับขี่ยานพาหนะ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ

### ระบาดวิทยา

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด โดยในต่างประเทศมีอัตราความชุกเฉลี่ย 5.29 ในประเทศไทยได้มีการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.01 โรคนี้พบในเพศชายบ่อยกว่าในเพศหญิงในอัตราส่วนประมาณ 3:1

### สาเหตุ

เชื่อว่าโรคสมาธิสั้นมีสาเหตุได้จากหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลักในส่วนใหญ่ของผู้ป่วย ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนหลายตัวที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ dopamine 4 and 5 receptor gene, dopamine transporter gene, dopamine beta-hydroxylase gene, และ serotonin transporter gene นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบหรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไป เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้

### ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรคสมาธิสั้นได้แก่ อาการขาดสมาธิ และ/หรือ อาการอยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ดังนี้

**1. อาการขาดสมาธิ (inattention)** ที่แสดงออกด้วยการเหม่อ ไม่ตั้งใจทำงานที่ต้องใช้ความพยายาม ทำงานไม่เสร็จหรือไม่เรียบร้อย ไม่รอบคอบ วอกแวกตามสิ่งเร้าได้ง่าย หลงลืมกิจวัตรที่ควรทำเป็นประจำหรือทำของหายบ่อย และมีปัญหาในการจัดระเบียบการทำงานและการบริหารเวลา อาการขาดสมาธิมักจะเป็นต่อเนื่องถึงวัยรุ่นผู้ใหญ่

**2. อาการอยู่นิ่ง (hyperactivity)** โดยมีพฤติกรรมซนมากกว่าปกติ ชอบปีนป่าย เล่นแรง เล่นส่งเสียงดัง ยุกยิก นิ่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน ขวนเพื่อนคุยหรือก่อกวนเพื่อนในห้องเรียน อาการอยู่นิ่งมักจะลดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่น โดยอาจเหลือเพียงอาการยุกยิก ขยับตัวหรือแขนขาบ่อย ๆ หรือเป็นแค่ความรู้สึกกระวนกระวายอยู่ภายในใจ

**3. อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity)** ได้แก่ อาการใจร้อน ใจวู่วาม ขาดการยั้งคิด อดทนรอคอยไม่ค่อยได้ พุดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนากันอยู่หรือแทรกแซงการเล่นของผู้อื่น ในห้องเรียนผู้ป่วยอาจโพล่ง

ตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจกับการกระทำที่ไม่สามารถหยุดตนเองได้ทัน อาการ หุนหันพลันแล่นมักเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่

อาการของโรคสมาธิสั้นจะเป็นมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมที่ไม่ชอบหรือเมื่อมีสิ่งกระตุ้นให้เสียสมาธิ แต่จะน้อยลงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่สงบหรือในขณะที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่แบบตัวต่อตัว ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอาจสามารถทำกิจกรรมที่ชอบหรือที่เร้าใจได้เป็นเวลานานๆ เช่น ในการเล่นเกมส์หรือดูโทรทัศน์ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอาจจะมีเฉพาะอาการขาดสมาธิ หรือมีเฉพาะอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น แต่ที่พบบ่อยที่สุดคือมีอาการทั้ง 3 ด้านร่วมกัน ผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่นมักแสดงอาการทางพฤติกรรมให้เห็นได้ชัดเจนตั้งแต่ในวัยอนุบาล ส่วนผู้ป่วยที่มีเฉพาะอาการขาดสมาธิมักไม่ได้ถูกสังเกตเห็นว่าเป็นปัญหาในวัยเด็กเล็กเนื่องจากไม่มีพฤติกรรมก่อกวน แต่จะมีอาการจะเด่นชัดในด้านปัญหาการเรียนเมื่อเรียนในชั้นที่สูงขึ้น

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังเป็นเวลาหลายปี แม้ว่าส่วนหนึ่งของผู้ป่วยอาการจะดีขึ้นหรือหายไปได้ แต่มีถึงร้อยละ 60-85 ของผู้ป่วยที่ยังมีอาการจนเข้าวัยรุ่น และร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยที่มีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

### ปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องและโรคที่พบร่วม

นอกจากอาการหลักของโรคแล้ว ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคืออื่น ๆ ที่เป็นผลจากโรคสมาธิสั้น เช่น ผลการเรียนไม่ดี ขาดแรงจูงใจในการเรียน มีพฤติกรรมต่อต้านหรือก้าวร้าว มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หรือมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจำนวนหนึ่งจะมีโรคร่วมทางจิตเวชที่อาจเป็นผลจากการมีโรคสมาธิสั้น หรือเป็นภาวะความบกพร่องของสมองที่พบร่วมกัน ได้แก่ oppositional defiant disorder, conduct disorder, anxiety disorder และ depressive disorder learning disorder และ tic disorder

### การรักษา

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน (multimodal management) โดยประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำวิธีการช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย การประสานงานกับครูเพื่อให้มีการช่วยเหลือที่โรงเรียน การใช้ยา และการรักษาภาวะที่พบร่วมรวมทั้งแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

### การวางแผนการรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

หลังจากการวินิจฉัย ควรมีการให้การปรึกษาผู้ปกครองเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและวางแผนการรักษาตามแนวทางของโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ปกครอง แก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง และให้ความรู้ที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

- อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นจากความบกพร่องของสมองโดยไม่ได้เป็นจากความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะเกียจคร้านหรือก่อกวนผู้อื่น
- ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องอื่นที่พบร่วมด้วยต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษา
- การพยากรณ์โรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีอาการเรื้อรังและต้องการการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานานสำหรับตัวผู้ป่วย ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของผู้ป่วย



## การแนะนำการปฏิบัติของผู้ปกครองและการปรับสภาพแวดล้อม

เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและมักถูกผู้ปกครองดุว่าหรือลงโทษ ดังนั้นจึงควรมีคำแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ปกครองและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

## การประสานงานกับโรงเรียนและแนะนำครูในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่โรงเรียน

ควรมีการประสานงานกับทางโรงเรียนและให้คำแนะนำแก่ครูเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้าน การเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน

## การใช้ยารักษา

ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นมีดังนี้

### CNS stimulant

เป็นยาที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรก (first-line) ออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของโดปามีนในสมองส่วน prefrontal cortex ทำให้การทำหน้าที่ในด้าน executive function ของสมองดีขึ้นและลดอาการของผู้ป่วย ทั้งในด้านสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น โดยได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย ที่มีใช้ใน ประเทศไทยมีเพียงตัวเดียวคือ methylphenidate โดยมีจำหน่าย 2 ชนิด ได้แก่ชนิดออกฤทธิ์สั้น ขนาดเม็ดละ 10 มก. และชนิดออกฤทธิ์ยาว ขนาดเม็ดละ 18 มก. และ 36 มก.

ผลข้างเคียงของ methylphenidate ที่พบได้บ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ ที่พบได้น้อยได้แก่ อารมณ์แปรปรวน ปวดท้อง ซึม แยกตัว แกะเกาผิวหนังหรือกัดเล็บ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงและลดลงหรือหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง การใช้ methylphenidate ในระยะยาวอาจมีผลทำให้อัตราการเพิ่มของส่วนสูงในช่วงวัยรุ่นช้าลงเพียงเล็กน้อย แต่จะไม่มีผลกระทบต่อความสูงสุดท้ายเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

### Atomoxetine

เป็นยาที่ไม่ใช่ CNS stimulant ออกฤทธิ์เพิ่มระดับ noradrenaline ที่บริเวณ prefrontal cortex ซึ่งมีผลช่วยให้ executive function ของสมองดีขึ้นเช่นกัน

ยาอื่น ๆ

นอกจากยาได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น 2 ชนิดดังกล่าว ยาอื่นที่ออกฤทธิ์เพิ่มระดับของ dopamine หรือ noradrenaline ของสมองก็อาจได้ผลในการรักษาเช่นกัน เช่น ในกลุ่ม alpha adrenergic

## ออทิสติก

### (Autistic Spectrum Disorders)

โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือ ออทิสซึม (Autism) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติ และบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม การสื่อสาร และมีการกระทำ ความคิด ความสนใจซ้ำ ๆ ซึ่งมีพฤติกรรมแบบจำเพาะปรากฏให้เห็นได้ในระยะแรก ๆ ของชีวิต อุบัติการณ์การเกิดโรคพบได้แตกต่างกันไปตามแต่ละการศึกษา การศึกษาล่าสุดโดย Centers for Disease Control and Prevention ในปี 2008 พบอุบัติการณ์ของออทิสติกในสหรัฐอเมริกา 13.1 ใน 1,000 และพบว่าเด็กชายมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าเด็กหญิง 4 เท่า

## สาเหตุ

ยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่แน่นอนได้ แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุ ดังนี้

### 1. Neurobiology

พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram: EEG) และพบโรคลมชักในผู้ป่วยออทิสซึมร้อยละ 20 – 25 ซึ่งสนับสนุนว่าปัจจัยด้าน neurobiology น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคออทิสติก และจากการศึกษาอื่น ๆ พบความผิดปกติของสมองของผู้ป่วยออทิสซึม เช่น พบความผิดปกติของ limbic system สมองมีขนาดใหญ่ มีการเพิ่มขึ้นของ peripheral levels on neurotransmitter serotonin เป็นต้น

## 2. Familial pattern and genetic factors

พบว่า high recurrent risk ในพี่น้องของผู้ป่วยออทิสซึม โดยพบ recurrent risk ร้อยละ 2 – 10 นอกจากนี้การศึกษาในปัจจุบันยังพบว่ามียีนหลายตัวเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ซึ่งส่งผลให้แนวทางการดูแลรักษาเน้นไปที่การทำ genetic test มากขึ้น

## อาการและอาการแสดง

แบ่งอาการออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5

1. มีความผิดปกติของการสื่อสาร (social communication) และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (social interaction) ได้แก่ ขาดทักษะในการสื่อสารทางสังคมและอารมณ์กับบุคคลอื่น ไม่สามารถใช้ท่าทางสื่อสารทางสังคม ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม
2. มีพฤติกรรม ความสนใจและการกระทำซ้ำ ๆ ได้แก่ มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ (stereotyped or repetitive motor movements) ขาดความยืดหยุ่นต่อกิจวัตรต่าง ๆ มีความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากเกินไป มีลักษณะ hypo หรือ hypereactivity ต่อตัวกระตุ้น โดยต้องมีอาการแสดงในช่วงต้นของพัฒนาการ

## การวินิจฉัยแยกโรค

ควรแยกโรคจากภาวะบกพร่องทางพัฒนาการอื่น ๆ เช่น ความล่าช้าด้านภาษา ภาวะ sensory impairment เช่น หูหนวก เป็นต้น

## ความผิดปกติที่พบร่วม

1. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา autism ร้อยละ 50 มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก ร้อยละ 35 มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อยถึงปานกลาง
2. ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น ชนอยู่ไม่นิ่ง ย้ำคิดย้ำทำ ทำร้ายตนเอง วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

## การดูแลรักษา

1. ประเมินพัฒนาการและอาการต่าง ๆ ที่เข้าได้กับภาวะออทิสติก รวมทั้งประเมินว่ามีโรคร่วมด้วยหรือไม่
2. ช่วยครอบครัวของเด็กให้สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก โดยการรักษาที่จำเป็นได้แก่
  - ด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม
  - ด้านการสื่อสาร เช่น อรรถบำบัด ในเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ควรได้รับการฝึกการสื่อสารด้วยวิธีทางเลือกอื่น ๆ เช่น การใช้รูปภาพในการสื่อสาร
  - ด้านการศึกษา ควรได้รับการศึกษาพิเศษ ที่ผ่านการวางแผนแล้วว่ามีความเหมาะสมกับเด็กแต่ละคน ส่วนในเด็กที่มีความสามารถในการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจสามารถเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติได้
3. การรักษาด้วยยา การรักษาโดยใช้ยานั้นเป็นการรักษาตามอาการ หรือรักษาโรคที่พบร่วม ดังนี้

- CNS stimulant เช่น methylphenidate ใช้สำหรับเด็กออทิสติกที่มีอาการขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง วอกแวกง่าย ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี
  - Anticonvulsant เช่น sodium valproate ใช้ในเด็กที่มีอาการหงุดหงิด (irritability) หรือมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ
  - Antipsychotic : Risperidone และ Aripiprazole ได้รับการอนุมัติจาก FDA ในการรักษาอาการหงุดหงิดและพฤติกรรมรุนแรงที่สัมพันธ์กับภาวะออทิสซึม
4. ช่วยเหลือครอบครัวในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อวางแผนเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงอายุ เช่น ในเด็กเล็กการรักษาเน้นที่การวินิจฉัยโรคและหาโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสม วัยรุ่นอาจต้องมีการใช้ยาและรักษาปัญหาพฤติกรรมที่พบร่วม เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นการรักษาจะเน้นไปที่การฝึกอาชีพ เป็นต้น
  5. การรักษาทางเลือก มีการรักษาทางเลือกหลายวิธีซึ่งขาดหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการ ผู้รักษาควรพูดคุยปรึกษากับผู้ปกครองถึงข้อดีข้อเสียของการรักษาทางเลือกต่าง ๆ

### ความบกพร่องของทักษะในการเรียน (Learning disorder)

เป็นกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องของทักษะในการอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือ การคำนวณ อย่างใดอย่างหนึ่ง ทำไม่ได้เลยหรือทำได้ต่ำกว่าเด็กอื่นที่มีระดับเขาวนปัญญาและอยู่ในสภาพแวดล้อมคล้ายกันอย่างน้อย 2 ชั้นเรียน โดยมีได้เกิดจากภาวะตาบอด หูหนวก บกพร่องด้านสติปัญญา ขาดโอกาสที่จะเรียนหรือมีปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่อยากเรียนหนังสือ ส่งผลทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ต่อไปในระบบการเรียนการสอนตามปกติและทำให้ขาดโอกาสเรียนรู้ พัฒนาทางสังคมที่เหมาะสมตามมา

#### อุบัติการณ์

ความบกพร่องของทักษะในการอ่านหนังสือพบได้ประมาณร้อยละ 4-10 ของเด็กวัยเรียน อัตราส่วนของชายต่อหญิงเท่ากับ 3-4 : 1 เนื่องจากเด็กผู้ชายส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย จึงถูกส่งตัวมาประเมินด้านการเรียนมากกว่า นอกจากนี้ พบอุบัติการณ์ของโรคสูงในเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่มีความบกพร่องด้านภาษาหรือพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า เด็กที่ครอบครัวมีปัญหาการเรียนรู้อื่นๆ และเด็กสมาธิสั้น

ความบกพร่องของทักษะในการเขียนหนังสือพบได้ประมาณร้อยละ 6 ชายต่อหญิง 3 : 1

ความบกพร่องในการคำนวณพบได้ประมาณร้อยละ 1 และพบในเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชาย

#### สาเหตุ

การศึกษาเชื่อว่าเกิดจากหลายสาเหตุรวมกัน

1. พันธุกรรม จากหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค
2. ความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาท มีการศึกษาพบว่ามี lack of activation of the left occipito-temporal cortex ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของทักษะในการอ่าน

## อาการและอาการแสดง

แบ่งกลุ่ม Learning disorders ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

### 1. Reading disorder

พบได้บ่อยที่สุด มีความยากลำบากในการอ่านตัวอักษร สะกดคำไม่คล่อง อ่านตะกุกตะกัก โดยเด็กอ่านหนังสือไม่ได้เลย หรือมีความสามารถในการอ่านหนังสือต่ำกว่าเด็กในวัยเดียวกัน 2 ชั้นปี อ่านผิดและจับประเด็นในการอ่านไม่ได้

### 2. Disorder of written expression

ขาดทักษะในการเขียนหนังสือ เช่น ขาดทักษะในการสร้างคำ สร้างประโยคที่จะสื่อความหมาย เขียนหนังสือผิด หรือเขียนหนังสือแล้วอ่านไม่รู้เรื่อง แสดงความคิดผ่านตัวอักษรไม่ได้แต่รู้ว่าอยากจะเขียนอะไร มักพบร่วมกับปัญหาในการอ่านหนังสือ

### 3. Mathematics disorder

มีทักษะในด้านการคำนวณต่ำกว่าเด็กในวัยเดียวกัน 2 ชั้นปี หรือทำไม่ได้เลย จะขาดทักษะในการเชื่อมโยงสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์กับภาษาเขียน การรับรู้และเข้าใจสัญลักษณ์เกี่ยวกับตัวเลข กลุ่มตัวเลข พื้นฐานการบวก ลบ คูณ หาร และขาดความอดทนในการทำงานเกี่ยวกับตัวเลข

## การวินิจฉัย

1. การประเมินประวัติ ได้แก่ ประวัติการเรียนอย่างละเอียด ทั้งด้านการอ่าน การเขียนและคณิตศาสตร์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวเด็ก ครอบครัว และการช่วยเหลือทางการศึกษาที่เด็กได้รับ นอกจากนี้ควรประเมินประวัติพัฒนาการ โดยเฉพาะด้านภาษา รวมถึงประวัติครอบครัวด้วย
2. การประเมินสภาพจิตและความสามารถในการเรียนรู้
3. การตรวจทางจิตวิทยา ได้แก่
  - การทดสอบวัดระดับเชาวน์ปัญญา โดยการใช้แบบประเมิน Wechsler Intelligence Scale For child (WISC-IV) เพื่อให้ทราบถึงระดับความสามารถของเด็ก
  - การทดสอบความสามารถในด้านการอ่าน การเขียนและคณิตศาสตร์ (Achievement test) โดย ใช้แบบประเมิน Wide Range Achievement Test (WRAT) ฉบับภาษาไทย

## การดูแลรักษา

1. การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์
  - Early detection, early intervention โดยการติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการทางภาษาและการสื่อสารล่าช้า เด็กที่มีผลการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นต้น
  - รักษาโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกัน เช่น โรคสมาธิสั้น
  - ค้นหาจุดเด่นและจุดด้อยของเด็ก แนะนำและหาวิธีพัฒนาความสามารถด้านอื่น ส่งเสริมทักษะทางสังคมและการแก้ปัญหา เพื่อให้เด็กมีความมั่นใจและภูมิใจในตนเอง
  - ทำจิตบำบัด เพื่อให้ได้กระบวนความรู้สึกลับข้อใจ ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาและการปรับตัวที่เหมาะสม
  - ถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเด็กในทุกระดับ
  - สร้างเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์ เปิดโอกาสให้คนเข้าถึงระบบบริการ เพิ่มศักยภาพในการตรวจและการวินิจฉัยโรคโดยทีมสหวิชาชีพ
  - ประสานกับผู้ปกครองและโรงเรียนเพื่อติดตามความก้าวหน้าด้านการเรียน รวมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

2. การให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค ผลกระทบต่อเด็ก ปรับความคาดหวังของพ่อแม่ที่มีต่อเด็กตามสภาพความเป็นจริง ช่วยให้พ่อแม่มีทัศนคติที่ดีต่อเด็ก เปิดโอกาสให้พ่อแม่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการเรียนรายบุคคลร่วมกับโรงเรียน เป็นต้น
3. การให้ความช่วยเหลือทางการศึกษา เช่น อบรมให้ความรู้แก่ครูเรื่องโรคและผลกระทบทางการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้ครูสามารถตรวจและประเมินปัญหาการเรียนเบื้องต้นได้ ควรมีการจัดทำแผนการเรียนรายบุคคล (individual educational program) ให้สอดคล้องกับระดับความบกพร่องของเด็กแต่ละด้าน เป็นต้น
4. การให้ความช่วยเหลือทางสังคม โดยการให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปให้เข้าใจโรค การดำเนินโรค ข้อจำกัดและผลกระทบต่อเด็ก เพื่อปกป้องสิทธิของเด็ก

### สมองพิการ (Cerebral Palsy)

สมองพิการ (Cerebral Palsy) หรือคำย่อที่นิยมเรียก คือ ซี พี (CP) เป็นคำรวมของกลุ่มอาการของผู้ป่วยเด็กที่มีความพิการของสมอง อย่างถาวร ความพิการนี้จะคงที่และไม่ลุกลามต่อไป ซึ่งมีผลให้การประสานงานของการทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง ส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและการทรงท่าที่ผิดปกติ เช่น การเกร็งของใบหน้า ลิ้น ลำตัว แขน ขา การทรงตัว การทรงท่าในขณะนั่ง ยืน เดิน ผิดปกติหรืออาจเดินไม่ได้

นอกจากนี้ อาจมีความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความบกพร่องในการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ การเรียนรู้ สติปัญญา และโรคลมชัก เป็นต้น

#### สาเหตุ

อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ประมาณร้อยละ 25 สาเหตุไม่ได้ แต่ส่วนใหญ่มักจะอยู่ในช่วงระยะเวลาที่มีการเจริญเติบโตของสมอง คือ ตั้งแต่ระยะที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 7-8 ปี โดยแบ่งสาเหตุการเกิดได้ 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนคลอด (prenatal period) ได้แก่
  - ภาวะติดเชื้อของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น โรคหัดเยอรมัน ซิฟิลิส ไข้ มาเลเรีย เอดส์
  - ภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ เช่น มารดาที่มีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์คล้ายจะแท้ง หรือมีการลอกตัวของรกก่อนกำหนด มารดาขาดอาหารหรือซีดมาก
  - ภาวะขาดสารอาหารที่มีคุณค่าของมารดา เช่น ธาตุเหล็ก ไอโอดีน วิตามินต่าง ๆ ที่มีอยู่ในอาหารต่าง ๆ
  - มารดามีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน เด็กอาจตัวใหญ่ผิดปกติ ทำให้เกิดอันตรายจากการคลอดได้ หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงมาก อาจทำให้มีเลือดออกในสมองของเด็กได้
  - ยาและสารพิษบางอย่างที่มารดาได้รับมากเกินไป เช่น ตะกั่ว ปรอท บุหรี่ สุรา
  - ความผิดปกติของสมองโดยกำเนิด เช่น ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ สมองไม่เจริญ สมองเล็ก
  - ความผิดปกติของโครโมโซม
  - รก และสายสะดือไม่สมบูรณ์

## 2. ระยะระหว่างคลอด (perinatal period)

- เด็กคลอดก่อนกำหนด และเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อย คือ ต่ำกว่า 2,500 กรัม จะมีความเสี่ยงสูงที่จะสมองพิการ
- ภาวะขาดออกซิเจนในเด็กระหว่างคลอด จากการคลอดลำบาก คลอดผิดปกติ เช่น คลอดท่าก้น หรือสายสะดือพันคอ เด็กสำลักน้ำคร่ำ หรือ การคลอดที่ต้องใช้เครื่องช่วย เช่น คีมคีบ หรือ เครื่องดูดศีรษะ
- ภาวะกลุ่มเลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน ทำให้เด็กคลอดออกมาตัวเหลือง
- การคลอดโดยใช้ยาระงับปวดบางชนิด เช่น มอร์ฟีน หรือการฉีดยาเข้าไขสันหลัง เพื่อระงับปวดระหว่างคลอด อาจเสี่ยงทำให้เด็กขาดออกซิเจนได้

## 3. ระยะหลังคลอด (postnatal period)

- ภาวะสมองเด็กขาดออกซิเจน เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การวางยาสลบ การจมน้ำ หรือมีอาการชัก
- การติดเชื้อของเด็ก เช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคสมองอักเสบ โรคหัด เป็นต้น
- อุบัติเหตุที่ทำให้มีภัยอันตรายต่อสมองของเด็ก เช่น กะโหลกร้าว มีเลือดออกในสมอง

### อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่พ่อแม่มักพบความผิดปกติได้ตั้งแต่อายุ 1 ปี สังเกตได้จากเด็กจะมีท่านอนผิดปกติจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเกร็ง เด็กอายุมากกว่า 5 เดือน กำมือมากกว่าแบมือ หรือในเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปียังไม่สามารถเดินได้ เป็นต้น จำเป็นต้องพาเด็กเข้ารับการตรวจรักษาทันทีเมื่อสังเกตพบความผิดปกติ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มแข็งเกร็ง (Spastic) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด โดยกล้ามเนื้อจะมีความตึงตัวมากผิดปกติ ทำให้มีอาการเกร็งร่วมกับมีลักษณะท่าทางที่ผิดปกติของร่างกายปรากฏให้เห็นได้หลายแบบ ได้แก่ แบบครึ่งซีก, แบบครึ่งท่อน และแบบทั้งตัว
2. กลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นเอง (Athetoid, Ataxia)
3. กลุ่มอาการผสมกัน (Mixed type)

### ความผิดปกติที่พบบ่อย

1. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เด็กสมองพิการจะมีระดับสติปัญญาอยู่ในทุกระดับ พบว่ามีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ คือมีบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อย ร้อยละ 20 และบกพร่องทางสติปัญญา ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 30-40
2. โรคลมชัก พบว่าประมาณร้อยละ 20-50 ของเด็กสมองพิการมีอาการชักร่วมด้วย การพยากรณ์ของโรคพบว่าค่อนข้างรุนแรง
3. การมองเห็น เด็กสมองพิการมักจะมีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น โดยพบว่ามีตาเหล่ได้บ่อยถึงร้อยละ 20-60 โดยเป็นตาเหล่เข้าในมากกว่า ถ้าทิ้งไว้นานตาจะรับภาพเพียงข้างเดียว ทำให้การรับรู้ความตื้นลึกของภาพผิดปกติด้วย ความผิดปกติอื่น ๆ ทางตาที่อาจพบได้ในเด็กสมองพิการ คือไม่สามารถกลอกตาขึ้นบนพร้อมกันได้ หรือ มีตาดำกระตุก (nystagmus) ร่วมด้วย ส่วนเรื่องสายตาสั้น ยาวนั้น พบได้มากถึงร้อยละ 25-75 เด็กจึงควรได้รับการตรวจจากจักษุแพทย์ในครั้งแรก และรับการตรวจในวัยเข้าเรียนอีกครั้ง
4. การได้ยิน เด็กสมองพิการอาจมีความผิดปกติของการได้ยินเนื่องมาจากความบกพร่องของหูส่วนกลาง โดยเฉพาะการแยกเสียงความถี่สูง



5. การสื่อความหมาย มีความบกพร่องทางด้านภาษาพูด
6. ด้านการรับรู้ เรียนรู้และความคิด เด็กสมองพิการมีความสามารถในการเคลื่อนไหวที่จำกัด ทำให้การสำรวจและเรียนรู้สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้น้อยมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าใจความผิดปกติของตำแหน่งทิศทาง ความหยาบ ความละเอียด รูปทรง ความรู้สึกร้อนหนาว และไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับรูปร่างและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (body image) ว่าอยู่ในตำแหน่งใดและมีความสัมพันธ์กันอย่างไร
7. ด้านอารมณ์และสังคม จะมีการเปลี่ยนแปลงมาก
8. กระดูก พบการหลุดออกจากที่ (dislocation) หรือการเคลื่อนออกจากที่บางส่วน (subluxation) ของข้อต่อต่างๆของร่างกาย เช่น ข้อสะโพก ข้อไหล่ เป็นต้น อาจพบภาวะกระดูกสันหลังคด (scoliosis), การหดรั้ง และเท้าแปดแต่กำเนิด (equinus) เป็นต้น
9. ฟันและช่องปาก เด็กสมองพิการมักพบปัญหาฟันผุได้บ่อย เนื่องจากการดูแลรักษาความสะอาดฟันและช่องปากทำได้ยากลำบาก เด็กไม่สามารถอ้าปากหรือบ้วนน้ำเองได้ ซึ่งถ้าขาดการดูแลรักษาความสะอาดฟันและช่องปากที่ดีหรือทำได้ไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายตามมาได้ บิดาและมารดาควรพาเด็กไปพบทันตแพทย์เป็นระยะ ๆ

### การดูแลรักษา

เนื่องจากเด็กสมองพิการมีหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดประกอบไปด้วยปัญหาด้านต่างๆ รวมกันหลายอย่าง การให้การดูแลรักษาเด็กสมองพิการนั้นควรได้รับการดูแลรักษาทั้งหมดในทุก ๆ ด้าน โดยอาศัยความร่วมมือของเด็ก ครอบครัว และทีมงานผู้ให้การรักษา การรักษา แบ่งตามปัญหาที่พบ ดังนี้

1. กายภาพบำบัด
  - ปรับและควบคุมความตึงตัวของกล้ามเนื้อให้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด และป้องกันการผิดรูปของข้อต่อต่าง ๆ
  - กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้รูปแบบการเคลื่อนไหวที่ปกติและสามารถรักษาสสมดุลเพื่อทรงท่าอยู่ได้
  - การใช้เครื่องช่วยและอุปกรณ์พิเศษทางกายภาพบำบัด
2. กิจกรรมบำบัด ได้แก่ การตรวจประเมินพัฒนาการด้านใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การฝึกการดูดกลืน การฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน การแต่งกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การฝึกการเคลื่อนไหวของแขนและมือเพื่อป้องกันข้อติดแข็งและการผิดรูปของข้อต่อ กระตุ้นการเรียนรู้ประสาทสัมผัส การจัดระเบียบการรับรู้และตอบสนอง เป็นต้น
3. การแก้ไขการพูด ได้แก่ การตรวจประเมินความสามารถทางด้านภาษาและการพูด ฝึกแก้ไขการพูด
4. การรักษาด้วยยา
  - Diazepam, Baclofen ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ แนะนำให้ใช้ในเวลากลางคืน ๆ
  - Botulinum toxin type A ใช้รักษาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อเฉพาะที่
5. การรักษาด้วยการผ่าตัด
  - การผ่าตัดลดความตึงของกล้ามเนื้อโดยผ่าตัดเฉพาะกล้ามเนื้อที่ยึดตึง การย้ายเอ็นเพื่อสร้างความสมดุลของข้อ
  - การผ่าตัดกระดูก ในรายที่กระดูกถูกดึงจนผิดรูปแล้ว ซึ่งอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษาว่ามีความเหมาะสมในการผ่าตัดหรือไม่
6. การรักษาด้านอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดแก้ไขตาเหล่ น้ำลายยืด การใช้เครื่องช่วยฟัง การใช้ยาควบคุมการชัก รวมถึงปัญหาด้านจิตเวช

## 7. การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เสริมร่วมกับการรักษา

เด็กสมองพิการชนิดเกร็งมักจะมีอุปกรณ์พิเศษเข้ามาช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น เปือกอ่อนพยุงข้อเท้า (ankle foot orthoses-AFO) เพื่อป้องกันการยึดติดของเอ็นร้อยหวายในเด็กที่มีข้อเท้าจิกเกร็งลง และมีการเกร็งอ่อนของเข่าที่เป็นผลจากการจิกเกร็งลงของข้อเท้า การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน(walker) รองเท้าตัด เป็นต้น

## โรคลมชัก (Epilepsy)

โรคลมชัก (epilepsy) คือโรคที่มีอาการชัก (seizure) ซ้ำมากกว่าสองครั้งขึ้นไปในชีวิต ซึ่งอาการชัก คือ อาการแสดงที่เกิดจากสภาวะที่สมองและเซลล์สมองมีการทำงานมากกว่าปกติ เป็นอยู่ชั่วขณะหนึ่ง (paroxysmal ) อาการแสดงของอาการชักขึ้นกับการทำงานของบริเวณสมองที่ผิดปกติ เช่น การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกประสาทสัมผัส เกิดความผิดปกติของอารมณ์ เป็นต้น โรคลมชักเป็นโรคที่พบบ่อยทางระบบประสาท องค์การอนามัยโลกระบุว่าลมชักเป็นภาวะผิดปกติของสมองที่รุนแรงที่สุด ร้อยละ 10 ของประชากรมีประสบการณ์อาการชักอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต จากการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2541 พบความชุกของโรคลมชักในกรุงเทพมหานคร อัตรา 7 คนในประชากร 1000 คน ชนิดอาการชักที่พบบ่อยมากที่สุดคือ อาการชักทั้งตัว ชักเกร็ง กระตุก (generalized tonic-clonic) พบร้อยละ 44.6 สาเหตุของโรคลมชักอยู่ในกลุ่มที่ผู้ป่วยน่าจะมีพยาธิสภาพในสมองแต่การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการด้วยวิทยาการปัจจุบัน ไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพได้ (cryptogenic epilepsy) พบมากที่สุดร้อยละ 50.1

ในปีค.ศ.1981 สันนิบาตนานาชาติเพื่อต่อต้านโรคลมชัก (International league against epilepsy , ILAE) ได้จำแนกประเภทของโรคลมชัก ตามลักษณะของอาการชัก (Seizure type) และความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองโดย ต่อมาปี 1989 ได้จำแนกประเภทใหม่เป็นโรคลมชัก (Epilepsy) และกลุ่มอาการชัก (Epileptic syndrome) โดยใช้ข้อมูลอื่น ๆ ร่วมกับลักษณะอาการชักด้วย ได้แก่ อายุเริ่มเกิดอาการชัก สาเหตุของอาการชัก ประวัติทางพันธุกรรม ผลการตรวจคลื่นสมอง การตอบสนองต่อการรักษา และ พยากรณ์โรค

ในผู้ป่วยที่มีอาการชักจากโรคปัจจุบัน เช่น จากยา จากติดเชื้อในสมอง ผิดปกติของเมตาบอลิซึม ใช้สูงในเด็กโดยไม่มีพยาธิสภาพของสมองที่ชัดเจน ไม่ถือว่าเป็นโรคลมชัก

โรคลมชักที่มีการชักบ่อย หมายถึง โรคลมชักที่ผู้ป่วยได้รับยารักษา หรือได้รับการผ่าตัดและยาอยู่ในระดับรักษา แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการชักมากกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ป่วยเคยมีอาการชักต่อเนื่อง อาการชักมากกว่า 1 ชนิด ชักเกร็ง หรือกลุ่มโรคลมชัก เช่น Infantile spasms , Lennox Gasaut syndrome หรือบกพร่องด้านปัญญารุนแรง เป็นต้น เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญาร้อยละ 23 มีโอกาสควบคุมอาการชักได้ยาก

ภาวะชักต่อเนื่อง (Status epilepticus) หมายถึง ภาวะที่มีอาการชักติดต่อกันนานเกิน 30 นาที หรือ ภาวะที่มีอาการชักหลายครั้งติดต่อกันโดยระหว่างการหยุดชักแต่ละครั้งผู้ป่วยไม่ได้ฟื้นคืนสติเป็นปกติ จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ภาวะชักต่อเนื่องที่มีอาการเกร็งกระตุก จำแนกเป็น



1.1 ชักทั้งตัวต่อเนื่อง ได้แก่ ชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว หรือ เกร็ง หรือ กระตุก เป็นภาวะวิกฤติที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราตายในเด็ก ร้อยละ 3 - 6 ผู้ป่วยที่มีอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัวต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจไม่มีอาการกระตุกชัดเจนพบเพียงอาการกระตุกเฉพาะที่เล็กน้อย

### 1.2 ชักเฉพาะที่ต่อเนื่อง

2. ภาวะชักต่อเนื่องที่ไม่มีอาการเกร็งกระตุก แต่ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงร่วมกับตรวจพบคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ ได้แก่ อาการชักเฉพาะที่แบบขาดสติต่อเนื่อง และชักทั้งตัวที่ไม่มีอาการเกร็ง หรือกระตุก ผู้ป่วยมีอาการชักต่อเนื่องเป็นอาการแรกของโรคลมชัก ร้อยละ 12 ผู้ป่วยโรคลมชักทุกอายุมีโอกาสเกิดชักต่อเนื่อง ร้อยละ 5 - 10 ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 1 ปี อายุต่ำกว่า 5 ปี และ อายุต่ำกว่า 16 ปี มีโอกาสเกิดชักต่อเนื่อง ร้อยละ 37, 85 และ 16 - 24 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการชักต่อเนื่องเพียง 1 ครั้ง เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสเกิดชักต่อเนื่องซ้ำมากกว่าอายุอื่น

สาเหตุของการเกิดภาวะชักต่อเนื่อง ได้แก่

1. พยาธิสมอง ได้แก่ สมองพิการ สมองผิดปกติแต่กำเนิด
2. หยุดยากันชัก หรือยาที่มีผลต่อระบบประสาท เช่น กลุ่มยา benzodiazepine ซึ่ง รักษา ปัญหาการนอนหลับ หรือวิตกกังวล เป็นต้น อย่างกะทันหัน
3. ใช้สูงในเด็ก
4. ภาวะเมแทบอลิกผิดปกติ เช่น ระดับน้ำตาล หรือ โซเดียม หรือ แคลเซียม ในเลือดต่ำ หรือสูงกว่าปกติ เป็นต้น
5. พยาธิสภาพของสมองเฉียบพลัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ สมองอักเสบ เป็นต้น

การรักษาอาการชักเกร็งกระตุกต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ชักนานเกิน 5 นาที หรือชักตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปโดยระหว่างชักผู้ป่วยยังคงไม่รู้สึกรู้ตัว หรือ ชักหลายครั้งในเวลาใกล้เคียงกัน ถึงแม้จะพอรู้ตัวระหว่างชัก ต้องให้การรักษาทันที การรักษาเบื้องต้น ได้แก่ จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคง นำอาหารหรือฟันปลอมในปากออก ถอดแว่นตา และปลดเสื้อผ้าที่รัดให้ผู้ป่วยหายใจสะดวก จัดให้ผู้ป่วยนอนในที่ปลอดภัยป้องกันอันตรายจากกระแทกของแข็ง ห้ามใช้ไม้กดลิ้นหรือวัสดุใส่ในช่องปากหรือจัดปากผู้ป่วยขณะชักเกร็งกักฟัน รีบส่งสถานพยาบาล หรือ โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ให้เร็วที่สุด

อัตราความชุก ของโรคลมชักในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญาในระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง มีโรคลมชัก ร้อยละ 24, 23 และ 53 ตามลำดับ อัตราความชุกเกี่ยวข้องโดยตรงกับพยาธิสภาพของสมองที่เป็นสาเหตุ เด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) โรคอทิติม มีอัตราโรคลมชักร้อยละ 25 ร้อยละ 10 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง เช่น Cerebral dysgenesis, Schizencephaly เป็นต้น มีอัตราโรคลมชักสูงมาก

### การวินิจฉัยโรคลมชัก ในผู้บกพร่องด้านสติปัญญา

ผู้บกพร่องด้านสติปัญญา บางรายอาจให้ข้อมูลเหตุการณ์ชักไม่ได้ ข้อมูลอาการชักมักได้จากผู้ที่ไม่เคยชินกับอาการชักที่ไม่ใช่อาการชักเกร็งกระตุก การวินิจฉัยโรคลมชัก ประกอบด้วย ข้อมูลการเจ็บป่วยโรคลมชัก และโรคอื่น ๆ การตรวจร่างกายและระบบประสาท การบันทึกภาพต่อเนื่องขณะมีอาการชักหรือคล้ายคลึงกับอาการชัก การตรวจเพิ่มเติม เช่น ระดับน้ำตาล โซเดียม แคลเซียมในเลือด การตรวจการทำงานของสมอง ตัวอย่าง ตรวจคลื่นสมอง (EEG) บันทึกภาพและตรวจคลื่นสมองต่อเนื่อง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 50 ที่จะตรวจคลื่นสมองผิดปกติในแต่ละครั้ง แต่การตรวจคลื่นสมองผิดปกติเพิ่มขึ้นหลังมีอาการชัก เช่นภายใน 24 ชั่วโมง เป็นต้น การตรวจโครงสร้างของสมอง เช่น MRI, CT, Ultrasonography เป็นต้น

เด็กที่มีโรคลมชักและภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มักมีปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ ชน ไม่อยู่นิ่ง โรคซึมเศร้า พฤติกรรมแบบออทิสติก มากกว่าเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาพฤติกรรม เช่น ควบคุมอาการชักได้ยาก ขาดการสนับสนุน ครอบครัวเครียด เป็นต้น

อายุเฉลี่ยที่เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีการชักครั้งแรก 1 ปี 3 เดือน โดยในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อย และระดับรุนแรงเท่ากับ 3 ปี 1 เดือน และ 8 เดือน ตามลำดับ เด็กที่มีโรคสมองพิการ และอาการชักครั้งแรกอายุน้อยจะมีอาการชักรุนแรงที่สุด ส่วนอาการชักครั้งแรกในวัยผู้ใหญ่ อาการมักไม่รุนแรง

### ลักษณะของอาการชักและกลุ่มโรคลมชักในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญา

เด็กวัยทารก กลุ่มโรคลมชัก ชักพวาในเด็ก (Infantile spasms) เป็นสาเหตุของโรคลมชักในเด็กอายุ 1 ปีแรกมากที่สุด (ร้อยละ 90) อาการชักที่มีลักษณะพวาเป็นชุดๆ เด็กมีอาการชักตั้งแต่วัยทารก จนถึง 2 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการอายุ 3- 7 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีระบบประสาทผิดปกติอย่างรุนแรง อาการชัก มี 3 รูปแบบ ได้แก่ แบบตัวงอ แบบเหยียดตัว หรือทั้งงอตัวและเหยียดตัวซึ่งเด็กมักมีอาการนี้ อาการชักเป็นชุดๆ เด็กอาจส่งเสียงร้องขณะชัก หรือเกร็งเหยียดและกระตุกเป็นชุด ๆ ตามมา ในบางครั้งเด็กอาจมีตาค้างพร้อมกับอาการกระตุก อาการชักอาจเกิดขึ้นเฉพาะส่วนของร่างกายหรือกระตุกสองด้านไม่เท่ากัน กลุ่มที่หาสาเหตุของโรคได้ เช่น ความผิดปกติของสมองจากการติดเชื้อตั้งแต่ในครรภ์ เด็กกลุ่มอาการดาวน์ Tuberous Sclerosis, Phenylketonuria, Maple syrup urine disease, Urea cycle defect เป็นต้น

เด็กปฐมวัย กลุ่มอาการของโรคลมชัก Lennox – Gastaut syndrome เด็กมักมีอาการชักอายุ 1 – 10 ปี และมักมีพัฒนาการหรือสติปัญญาเสื่อมลง อาการชักมีหลายลักษณะ เช่น ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว ชักตัวอ่อน ชักเหม่อ ชนิดอาการชักเหม่อลอย (Atypical absence) เป็นต้น คลื่นสมองมีลักษณะจำเพาะในขณะตื่นและขณะหลับ เป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้ยาก เด็กอาจเคยมีอาการชักพวาในเด็ก

### ปัจจัยที่กระตุ้นอาการชักในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญา

ได้แก่ ชักจากไข้ สาเหตุที่พบได้บ่อย เช่น ติดเชื้อ ของหู โรคไซนัส โรคทางเดินหายใจส่วนบน หรือทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ชักจากการหยุดยาที่ออกฤทธิ์กันชัก

### โรคลมชักในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญา

การชักครั้งแรกในเด็กสมองพิการมักจะเกิดขึ้นในวัยทารก ตามพยาธิสภาพสมองที่เป็นสาเหตุของสมองพิการ เด็กสมองพิการมีอาการชักทุกประเภท บ่อยเรียงตามลำดับ ได้แก่ ชักเกร็งทั้งตัว ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว และ อาการชักเฉพาะที่แบบขาดสติ ชักเฉพาะที่ตามด้วยชักเกร็งกระตุกทั้งตัว หรือชักสะดุ้ง ชักตัวอ่อน กลุ่มโรคลมชัก เช่น infantile spasms และ Lennox-Gastaut syndrome ส่วน อาการชักเหม่อ (typical absence seizures) พบได้น้อย

โรคออทิสซึม (Autism) เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญาในระดับรุนแรงมีอาการชักมากกว่าเด็กกลุ่มอื่น ผู้ป่วยที่มีพัฒนาการด้านภาษาถดถอยบางคนมีโรคลมชัก และ / หรือมีคลื่นสมองผิดปกติ บางรายอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วย steroids และ/ หรือยากันชัก

### โรคโครโมโซม / ยีนผิดปกติ

กลุ่มอาการดาวน์ พบโรคลมชัก ร้อยละ 6 เป็นชนิดชักพวา ร้อยละ 1 แต่ก็มีพยากรณ์ของโรคดี ครั้งหนึ่งของเด็กเป็นชนิดชักเกร็งกระตุกทั้งตัว หรือ ชักสะดุ้ง กลุ่มอาการดาวน์ที่มีโรคสมองเสื่อม มักมีโรคลมชัก 10 – 15 ปี ก่อนแสดงอาการ

กลุ่มอาการแอนเจิลแมน (Angelman syndrome) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการชักสะดุ้ง และชักเหม่อ ชักตัวอ่อน ชักเหยียดเกร็งทั้งตัว, เกร็งงอ ผู้ป่วยอาจมีการชักประเภทชักเฉพาะที่ตามด้วยชักเกร็งกระตุก

ทั้งตัว อายุที่เริ่มชักประมาณ 1 ปี มักจะชักจากไข้อาจเป็นอาการแรกและใช้ชักทำให้มีอาการชักรุนแรงเพิ่มขึ้น อาการชักต่อเนื่องเกิดขึ้นได้บ่อย อายุ 1 เดือน - 1 ปี และอายุน้อยการชักรุนแรง ควบคุมอาการชักได้ยากมากกว่าอายุอื่น เมื่อเด็กอายุเพิ่มขึ้นจะมีประเภทของอาการชักลดลง ในวัยรุ่นผู้ดูแลมักให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยไม่มีอาการชัก แต่ยังคงพบคลื่นสมองผิดปกติ นอกจากนี้อาการชักมักแยกได้ยากจากการเคลื่อนไหวผิดปกติ

Rett syndrome เป็นสาเหตุของความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญารุนแรงและมีโรคลมชักในเด็กหญิง ลักษณะเฉพาะคือ พัฒนาการและการเจริญเติบโตถดถอยเริ่มตั้งแต่วัยทารก เด็กมีอาการคล้ายออทิสติก ร่วมกับการเคลื่อนไหวซ้ำๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนไหวของมือ ผู้ป่วยมีอาการชัก ร้อยละ 25-30 ส่วนใหญ่มีลักษณะชักทั้งตัว และอาการชักเฉพาะที่แบบขาดสติ ผู้ป่วยส่วนน้อยมีอาการชักประเภทชักผวา หรือ ชักสะดุ้ง

นอกจากนี้ พฤติกรรมซ้ำ ๆ มักแยกได้ยากจากอาการชัก หรือบางครั้งวินิจฉัยเป็นอาการชัก เช่น จ้องมองอย่างไม่มีจุดหมาย หยุดหายใจเป็นพัก ๆ เป็นต้น

ความผิดปกติของโครโมโซมอื่นๆ ที่มีอาการชักเช่น Tuberous sclerosis, กลุ่มอาการโครโมโซม x เปราะ (Fragile X syndrome), chromosome 15 inversion-duplication syndrome, Wolf - Hirschorn syndrome, 4p deletion , ring chromosome 20 syndrome, deletion of the long arm of chromosome 1, trisomy 9p เป็นต้น

อาการชักในเด็กบกพร่องด้านสติปัญญาที่มักไม่ได้รับการระบุอาการ อาการชักที่ไม่มีอาการเกร็งกระตุก และอาการชักเฉพาะที่ การบันทึกคลื่นสมองเป็นเวลานาน และหรือการบันทึกภาพผู้ป่วยต่อเนื่องอาจช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค อาการชัก ได้แก่ ชักเหม่อ ชักต่อเนื่องที่ไม่มีอาการเกร็งกระตุก ชักที่มีอาการปวดศีรษะเป็นพัก ๆ ชักร่วมกับอาการวิงเวียน ชักร่วมกับควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชักเฉพาะที่แบบมีสติ และอาการชักเฉพาะที่แบบขาดสติร่วมกับอาการอื่น ๆ

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชร่วมด้วย อาการที่พบบ่อย คือ พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการชักได้ง่าย จำเป็นต้องวินิจฉัยแยกโรคลมชักที่เกิดเนื่องจาก

1) ความผิดปกติของสมองส่วน temporal lobe ลักษณะอาการชัก ได้แก่ อาการจุกแน่นลิ้นปี่ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ อาการจิตประสาท เช่น ความรู้สึกกลัว รู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน (déjà vu) ความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ หรือ สถานที่ที่เคยประสบมาก่อน (jamais vu) เป็นต้น ได้กลิ่น หรือรสผิดปกติ หรือ เห็นภาพหลอน อาการชักที่พบบ่อยใน โรคลมชักของสมองตำแหน่งนี้ ได้แก่ ตาค้าง เหม่อลอย อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เคี้ยวปาก ขยับมือสองข้างไปมาโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย แสดงท่าทางแปลกๆ เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีอาการสับสนหลังมีอาการชัก

2) ความผิดปกติของสมองส่วน frontal lobe ได้แก่ อาการชักแบบ ชักเฉพาะที่แบบมีสติ อาการชักเฉพาะที่แบบขาดสติระยะสั้นและอาจลุกลามเป็นการชักทั้งตัว ระหว่างชักผู้ป่วยอาจมีอาการขยับตัวไปมา หรือ มีพฤติกรรมผิดปกติโดยไม่รู้ตัว เช่น ทำท่าถีบจักรยาน ยกสะโพก หรือจับอวัยวะเพศ ผู้ป่วยอาจจะล้มได้บ่อยถ้ามีอาการชักชนิดเกร็ง หรืออาการชักที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงทันที

#### **บทบาทบุคลากรด้านการแพทย์**

1. พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก และป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ วางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย และให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง บุคลากร
2. พัฒนาและเผยแพร่คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก
3. อบรมบุคลากรสาขาการแพทย์และการศึกษา การช่วยเหลือเด็กขณะมีอาการชักที่ง่ายและปฏิบัติได้
4. สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในระดับต่าง ๆ

5. เผื่อระวังความคลาดเคลื่อนทางยาและเตรียมยาให้เพียงพอกับการรักษาผู้ป่วย
6. บันทึกข้อมูลอาการชัก ป้องกันปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการชัก การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตของเด็ก
7. ให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก รวมทั้งดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วย ผู้ปกครอง ผู้ดูแล และติดตามผล ได้แก่
  - 1) ข้อมูล จากประวัติ ได้แก่ ลักษณะอาการชัก สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก ความถี่ของอาการชัก และความผิดปกติของระบบประสาท การรักษาที่ผ่านมาโดยเน้นชนิดยา ขนาดยา และใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ติดตามพัฒนาการของเด็ก และอาการผิดปกติทางระบบประสาท
  - 2) การตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุ ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ประวัติการชัก และความผิดปกติจากการตรวจพบ
  - 3) แจ้งการรักษาที่สำคัญ คือ การเลือกชนิดยาที่รักษาประสิทธิภาพของการรักษาผลข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการปฏิบัติ
  - 4) พยากรณ์โรค เช่น โอกาสเกิดอาการชักซ้ำ ติดตามผลการรักษา แนะนำผู้ปกครองเลี้ยงดูบุตร เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ลดปัจจัยเสี่ยงให้เกิดอาการชัก เช่น เล่นจนเหนื่อย อดนอน หลีกเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ถ้ามีอาการชัก เช่น ว่ายน้ำ ปีนต้นไม้ จนกว่าจะแน่ใจว่าควบคุมการชักได้ดี
  - 5) แนะนำการช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการชัก

#### **บทบาทของบุคลากรด้านการศึกษา**

1. พัฒนาความรู้และทักษะ ในการระบุนาอาการชัก การดูแลผู้ป่วยขณะมีอาการชัก
2. ประสานบุคลากรวิชาชีพอื่น หรือส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
3. ประสานผู้ปกครองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่อเนื่อง
4. จัดกิจกรรมเหมาะสมกับผู้ที่มีโรคลมชัก และ ให้ความรู้ความเข้าใจแก่นักเรียนอื่น ๆ

#### **บทบาทของผู้ปกครองและผู้ดูแล**

1. ระบุนาอาการชักและ ช่วยเหลือ และป้องกันปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการชัก
2. รับยาต่อเนื่อง และให้ข้อมูลอาการชักของผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากยา แก่ผู้รักษา
3. ตัดสินใจ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

## บรรณานุกรม

1. กลุ่มอาการดาวน์. Available from <http://www.rajanukul.go.th/main/index.php?mode=academic&group=&submode=academic&idgroup=9&group=1>.
2. คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การระบุนาการของโรคลมชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2551.
3. เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์ อุบลวรรณ วัฒนดิถกกุล สหัส เหลี่ยมสุวรรณ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การระบุนาการของโรคลมชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2551.
4. ความพิการ 9 ประเภท กระทรวงศึกษาธิการ. Available from [http://disabilities.nfe.go.th/popup.php?name=knowledge&file=p\\_readknowledge&id=32](http://disabilities.nfe.go.th/popup.php?name=knowledge&file=p_readknowledge&id=32).
5. ความรู้เรื่องการระบุนาการของโรคลมชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา. Available from <http://rajanukul.go.th/main/index.php?mode=academic&group=1&submode=academic&idgroup=453>.
6. ชาญวิทย์ พรนภดล. Pervasive Developmental Disorders. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2550 : 97 - 105.
7. เด็กพิการ 9 ประเภท. Available from <http://edu.crru.ac.th/chusri56/เด็กพิเศษ.pdf>.
8. เด็กพิเศษ. Available from <http://www.happyhomeclinic.com/sp01-specialchild.htm>.
9. เด็กสมองพิการ. Available from <http://www.rajanukul.go.th/main/index.php?mode=academic&group=&submode=academic&idgroup=11&group=1>.
10. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 Available from <http://www.lampang-m-society.go.th/wb53/dis/form1.PDF>.
11. ปาฏิโมกข์ พรหมช่วย, วินัดดา ปิยะศิลป์. Learning Disorders. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2550 : 130 - 139.
12. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา. Available from <http://www.rajanukul.go.th/main/index.php?mode=academic&group=&submode=academic&idgroup=8&group=1>.
13. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2001; 108:1033-44.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

15. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:279-89.
16. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1215-20.
17. Boon-yasidhi, V. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Mangement. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(4):373-386.
18. Boon-yasidhi, V. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Krisanaprakornkrit T, Siungtrong P, Cholaprai C, eds. *Srinagarind psychiatric update 2008*. KhonKaen: Anna Offset; 2008:65-74.
19. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:978-87.
20. Committee on genetics. Health supervision for children with down syndrome. *Pediatrics* 2001;107:442-8.
21. D.V.M. Bishop. The interface between genetics and psychology: lessons from developmental dyslexia. *Proc Biol Sci*. 2015;7:1-8.
22. Delgado MR, Hirtz D, Aisen M, Ashwal S, Fehlings DL, et al. Practice parameter: Pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review). *Neurology* 2010;74:336-343.
23. Handen BL, Gilchrist R. Practitioner review: psychopharmacology in children and adolescents with mental retardation. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:871-882.
24. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents. Available from: [http://www.icsi.org/adhd/adhd\\_2300.html](http://www.icsi.org/adhd/adhd_2300.html). [cited March 5, 2012].
25. Leung AK, Lemay JF. Attention deficit hyperactivity disorder: an update. *Adv Ther* 2003; 20:305-18.
26. National Institute of Health. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *NIH Consens Statement* 1998; 16:1-37.
27. Paulesu E, Danelli L, Berlingeri M. Realigning the dyslexic brain: multiple dysfunctional routes revealed by a new meta-analysis of PET and MRI activation studies. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:1-16.
28. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:894-921.
29. Schonwald A. Update: attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17:265-74.

30. Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am* 2001; 85:757-77.
31. Volkmar F, Siegel M, Smith MW, King B, McCracken J, State M. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:237-257.



## บทที่ 2

# ความรู้ทางด้านเภสัชกรรม

เภสัชกรหญิงจินตนา มงคลพิทักษ์สุข

### ยารักษาผู้ป่วยเด็กพิเศษที่มีผลต่อช่องปาก

การรักษาผู้ป่วยเด็กพิเศษเด็ก มีเป้าหมายการรักษา อยู่ที่ การกระตุ้นและฟื้นฟูพัฒนาการในด้านต่าง ๆ โดยการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดคือ การปรับพฤติกรรมและฝึกทักษะทางสังคม การกระตุ้นพัฒนาการ และการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยามีส่วนสำคัญเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพื่อให้การฝึกดำเนินต่อด้วยความราบรื่น โดยยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยเด็กพิเศษในเด็กจะมีความแตกต่างกันตามโรคและอาการของเด็ก ดังแสดงในตารางที่ 2.1 ยาที่ใช้ในผู้ป่วยเด็กพิเศษที่มีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม

ผู้ป่วยเด็กพิเศษบางประเภทอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา มีความเสี่ยงในการเกิดโรคลมชักมากกว่าเด็กปกติ ส่งผลให้เด็กที่มีโรคลมชักร่วมด้วย จำเป็นต้องใช้ยาต้านชักร่วมด้วย

โดยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาผู้ป่วยเด็กพิเศษ นอกจากจะมีประสิทธิภาพ ในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเพื่อให้การฝึกดำเนินต่อด้วยความราบรื่น แต่อาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ เช่น ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotics) มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบบ่อยคือ acute extrapyramidal side effect (เมื่อใช้ risperidone ในขนาดที่สูง) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะ hyperprolactinaemia

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดในช่องปาก เป็นหนึ่งในอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ ส่งผลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก และบางอาการ เช่น น้ำลายมาก เหงือกโต ส่งผลเสียต่อสภาพลักษณะของเด็ก นำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ แต่อย่างไรก็ตาม อาการต่างๆที่เกิดขึ้นในช่องปากต้องพิจารณาสาเหตุอื่นๆก่อนจะตัดสินใจว่าเกิดจากยา รวมทั้งระยะเวลาที่ได้รับยา และช่วงเวลาที่เกิดอาการ

#### 1. Erythema multiforme (EM)

เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดการอักเสบของ mucocutaneous มีลักษณะ ผื่นที่บริเวณผิวหนังคล้ายเป่ากระสุน โดยมีโอกาสเกิดจากยา ร้อยละ 4 และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เกิด EM มีโอกาสเกิด Steven Johnson Syndrome โดย มีโอกาสเกิดรอยโรคที่ช่องปากได้ ซึ่งหากเกิด EM แล้วหยุดยาทันที สามารถป้องกันการเกิด Steven Johnson Syndrome ได้

การรักษา

ใช้การรักษาตามอาการ การให้อาหารเหลวและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดมีความจำเป็น

#### 2. Mucosal Pigmentation

การเปลี่ยนสีของเยื่อในช่องปาก มีสาเหตุโดยทั่วไปเกิดจาก

1. การสูบบุหรี่
2. การรับประทานอาหารที่มีสี เช่น กาแฟ ชา ไวน์แดง



3. การรับประทานยาบางชนิด เช่น ธาตุเหล็ก cocaine bismuth subsalicylate มีรายงานวิจัยพบว่า การใช้ยากลุ่ม Phenthiazines โดยเฉพาะ chlorpromazine โดยส่งผลให้เกิดการกระจายของเม็ดสีที่เยื่อช่องปาก โดยเกิดจากการสะสมของ metabolite ของยาในเนื้อเยื่อ

### 3. Gingival hyperplasia

เป็นการสะสมของ extracellular matrix ใน Gingival connective tissues โดยเฉพาะส่วนที่เป็น collagen โดย Phenytoin เป็นยากันชักที่มีรายงาน ความชุกของการเกิด Gingival hyperplasia พบที่ ร้อยละ 10-50 โดยการเกิด เหงือกโตจะพบบ่อยในช่วง 3 เดือนแรกที่ได้รับยา phenytoin และเหงือกจะโตมากในช่วง 1 ปีแรกของการได้รับยา

#### การรักษาและป้องกัน

1. แพทย์อาจพิจารณาหยุดยาและเปลี่ยนยากันชักตัวใหม่
2. ก่อนได้รับยา phenytoin ควรขจัด Plaque เนื่องจากจะลดการเกิดภาวะเหงือกบวม และช่วยให้สุขภาพเหงือกดีขึ้น
3. หากภาวะเหงือกโต ยังคงอยู่ แม้ปฏิบัติตามข้อที่ 1 และ 2 แล้วอาจพิจารณาส่งพบ periodontal surgery

### 4. Xerostomia ปากแห้ง

#### ปัจจัยที่ทำให้เกิดการลดลงของน้ำลาย

1. การเพิ่มขึ้นของ dental caries
2. การติดเชื้อราในช่องปาก
3. การติดเชื้อแบคทีเรีย ในช่องปาก
4. Aphthous lesions
5. Dysphagia
6. ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic

Anticholinergic drugs มีผล antimuscarinic adverse effects ได้แก่ ปากแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก และในรายที่รุนแรง อาจทำให้ความจำลดลง

Conventional antipsychotic drugs โดยเฉพาะ Thioridazine และ Atypical antipsychotic drugs ได้แก่ Clozapine Olanzapine Quetiapine เป็น dose- dependent ต่อการเกิด anti cholinergic activity

### 5. Sialorrhea ภาวะน้ำลายมาก

คือ ภาวะที่มีการไหลของน้ำลายมากขึ้น ซึ่งพบได้ไม่บ่อย ภาวะน้ำลายมากมักมีสาเหตุจาก physiological factor เช่นการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ในช่วงแรก การแปร่งฟัน การมีแผลในปาก โดยยาที่มีผลทำให้น้ำลายมากคือ antipsychotics โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Clozapine

#### การรักษา

1. รักษาตามอาการ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย
2. ยาที่ลด cholinergic tone ipratropium spray

ตารางที่ 2.1 ยาที่ใช้ในผู้ป่วยเด็กพิเศษที่มีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม

ประเภทของยา	ผลข้างเคียงทางระบบ	ผลข้างเคียงในช่องปาก	Drug interaction ต่อยาทันตกรรม	ผลจาก Drug Interaction ต่อยาทันตกรรม	หมายเหตุ
<p><b>1.ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drugs)</b></p> <p>1.1 ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotic drugs)</p> <p>-คลอโพรมาซีน (chlorpromazine)</p> <p>-ฮาโลเพอริดอล (haloperidol)</p> <p>-ไทโอริดาซีน (thioridazine)</p>	<p>1.กลุ่มอาการเอ็กตราพิรามิดัล (extrapyramidal symptoms:EPS)</p> <p>-acute dystonia อาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อลาย บริเวณศีรษะและคออย่างมาก</p> <p>-akathisia นั่งไม่ติดที่พูดลูกพูดนั่ง ต้องขยับแขนขา เดินไปเดินมาตลอดเวลา</p> <p>-parkinsonism เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะกล้ามเนื้อเกร็งแข็ง อาการสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน</p> <p>-Tardive Dyskinesia</p> <p>-Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) มีอาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างมาก ใช้สูงความดันเลือดและชีพจรขึ้น ๆ ลง ๆ การตรวจเลือดจะพบ serum creatinine สูง</p>	<p>1.กลุ่มอาการเอ็กตราพิรามิดัล (extrapyramidal symptoms :EPS)</p> <p>-acute dystonia ลิ้นแข็ง พูดหรือกลืนลำบาก เกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า ลำคอ</p> <p>-tardive dyskinesia ดูดหรือ ขมุกขมิบปากและมีลิ้นม้วนไปมาในปาก หรือเอาลิ้นดันแก้มผู้ป่วยทำโดยไม่รู้ตัว หากเป็นมาระยะหนึ่งถึงแม้หยุดยา อาการจะยังไม่หาย ทำให้มีผลต่อการทำฟัน รวมถึงการใส่ฟัน</p>			

ประเภทของยา	ผลข้างเคียงทางระบบ	ผลข้างเคียงในช่องปาก	Drug interaction ต่อยาทันตกรรม	ผลจาก Drug Interaction ต่อยาทันตกรรม	หมายเหตุ
	<p>2. อาการฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic effects)</p> <p>2.1 peripheral side effects ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย ปัสสาวะลำบาก ท้องอืด และหัวใจเต้นเร็ว</p> <p>2.2 Central side effect สมาธิลดลง สับสน ความจำลดลง</p> <p>3 ง่วงซึม (sedation)</p> <p>4 ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension)</p> <p>5 leukopenia, neutropenia และ eosinophilia</p> <p>6 ผิวหนังไวต่อแสงแดด (photosensitivity)</p>	<p>2. อาการฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic effects)</p> <p>2.1 peripheral side effects ปากแห้ง คอแห้ง *</p>			

ประเภทของยา	ผลข้างเคียงทางระบบ	ผลข้างเคียงในช่องปาก	Drug interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	ผลจาก Drug Interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	หมายเหตุ
<b>1.2 ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่</b> (atypical antipsychotic drugs) -โคลซาปีน (clozapine) -ริสเปอร์โดน (risperidone) -ควิไทอะพิน (quetiapine) -เอริพิพราโซล (aripiprazole)	- ภาวะแกรนูโลไซต์น้อย (agranulocytosis) - ง่วงซึม (drowsiness) - น้ำหนักเพิ่ม (weight gain) - ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension) - ระดับโปรแลคตินสูง (Hyperprolactinemia) ประจำเดือนมาไม่ปกติ น้ำนมไหล เต้านมโตในผู้ชาย	- น้ำลายไหลมาก (sialorrhea) - ขยับปากเหมือนปากกระต่าย (rabbit syndrome)	ไม่มี		

ประเภทของยา	ผลข้างเคียงทางระบบ	ผลข้างเคียงในช่องปาก	Drug interaction ต่อยาทันตกรรม	ผลจาก Drug Interaction ต่อยาทันตกรรม	หมายเหตุ
<b>2. ยารักษาโรคสมาธิสั้น</b>					
- methylphenidate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea Vomiting)</li> <li>- เบื่ออาหาร (decrease appetite)</li> <li>- ปวดท้อง (stomachaches)</li> <li>- ปวดศีรษะ (headaches)</li> <li>- นอนไม่หลับ (Insomnia)</li> </ul>	ไม่มี	ไม่มี		
- อโทมอซิทิน (atomoxetine)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คลื่นไส้ อาเจียน</li> <li>- เบื่ออาหาร</li> <li>- ระบายน้ำ</li> <li>- ปวดศีรษะ</li> </ul>	ไม่มี	ไม่มี		

ประเภทของยา	ผลข้างเคียงทางระบบ	ผลข้างเคียงในช่องปาก	Drug interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	ผลจาก Drug Interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	หมายเหตุ
<b>3. ยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressant drugs)</b>  3.1. ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มเอสอาร์ไอ (selective serotonin reuptake inhibitors : SSRIs) -ฟลูออกซีทีน (Fluoxetine) -เซอร์ทราลีน (sertraline)	- หงุดหงิด ( irritability) -คลื่นไส้ อาเจียน (nausea, Vomiting) -นอนไม่หลับ (insomnia) -วิตกกังวล กระวนกระวาย (anxiety or agitation) -ปวดศีรษะ (headache) -มือสั่น (tremor) -ความรู้สึกทางเพศลดลง	-น้ำลายแห้ง การรับรสเปลี่ยนแปลง (dysgeusia) -มีอาการอักเสบของเยื่อช่องปาก (stomatitis) ลิ้น (glossitis) และต่อมน้ำลาย	-ยากลุ่มโคเดอีน (codeine) -อีริโทรมัยซิน (erythromycin)	ยากลุ่มSSRIs ลดการกำจัดยาที่ใช้ทางทันตกรรม ทำให้ความเข้มข้นของยาเพิ่มขึ้น	

ประเภทของยา	ผลข้างเคียงทางระบบ	ผลข้างเคียงในช่องปาก	Drug interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	ผลจาก Drug Interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	หมายเหตุ
<b>4 ยาปรับอารมณ์ (Mood stabilizer)</b>					
4.1 วาลโพรเอทโซเดียม (valproate sodium)	- เป็นพิษต่อตับ (hepatic toxicity) - ผลทางด้านโลหิตวิทยา (hematologic effect) เช่น เกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) เกิดจ้ำ เลือด - ง่วงซึม - มือสั่น - น้ำหนักเพิ่ม - ผอมร่วง	- อาจมีภาวะเลือดหยุดซำหรือ เลือดออกง่ายกว่าปกติภายหลัง การรักษาทางทันตกรรม - น้ำลายแห้ง ลิ้นอักเสบ	- อิริโทรมัซิน	ยับยั้งการทำลาย วาลโพรเอท โซเดียมที่ตับ (ทำ ให้ระดับยาวาลโพร เอทโซเดียมใน เลือดเพิ่มสูงขึ้น)	
4.2 คาร์บามาซีปีน (carbamazepine)	- มีผื่นที่ผิวหนังลักษณะเป็นตุ่มนูนและรอยแดงผสม กัน (maculopaoular rash ) - มีผื่นคล้ายเป็้ากระสุน (Erythema multiforme: EM) ซึ่งอาจพัฒนาไปเป็นกลุ่มอาการสตีเวนส์ จอห์น สัน (Steven Johnson Syndrome: SJS) ได้	- น้ำลายแห้ง ลิ้นอักเสบ	- อิริโทรมัซิน - คลาริโทรมัซิน (clarithromycin)	- ยับยั้งการทำลาย คาร์บามาซีปีนที่ ตับทำให้ระดับยา Carbamazepine เพิ่มขึ้น	

ประเภทของยา	ผลข้างเคียงทางระบบ	ผลข้างเคียงในช่องปาก	Drug interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	ผลจาก Drug Interaction ต่อยาต้านการอักเสบ	หมายเหตุ
<p>5. ยากันชัก</p> <p>5.1 phenytoin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เดินเซ พูดไม่ชัด อ่อนแรง มึนงง สับสน ปวดหัว กระวนกระวาย และนอนไม่หลับ</li> <li>เหงือกโต</li> </ul>	เหงือกโต (gingival hyperplasia)	ไม่มี	ไม่มี	อาการเหงือกโตพบบ่อยในช่วง 3 เดือนแรกที่ได้รับยา และเหงือกจะโตมากในช่วง 1 ปีแรกของการได้รับยา



## บรรณานุกรม

1. วินัดดา ปิยะศิลป์ พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.กรุงเทพฯ: ปัยอนด์ เอ็นเทอร์ไพร์ซ์: 2545.;155-57.
2. Abdollahi M, Rahimi R,Radfar M. Current opinion on drug-induced oral reactions: a comprehensive review. J Contemp Dent Pract 2008; 9: 1-15.
3. Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K. Side Effects of methyphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. Pediatrics 1990; 86:184-92.
4. Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics. CNS Drugs 2007; 21: 911-36.
5. Handen BL, Feldman H, Gosling A, Breaux AM, Mcauliffe S. Adverse side effects of methyphenidate among mentally retarded children with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991; 30:241-5.
6. Lieberman J anticholinergic side effects. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2004; 6 suppl 2: 20-3.
7. Perucca E, Meador KJ. Adverse effects of antiepileptic drugs. Acta Neurologica Scandinavica 2005;112: suppl 181: 30-5.

## บทที่ 3

# แนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ

ทันตแพทย์หญิงปวีร์ลดา คุ่มญาติ  
ทันตแพทย์หญิงภคิณี รุจิโรจนานันท์  
ทันตแพทย์หญิงอรอุมา คงทวีเลิศ  
ทันตแพทย์หญิงพิมพ์ไพไล ลิ้มสมวงศ์

ทันตแพทย์มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลเด็กพิเศษ ดังนั้นทันตแพทย์เองควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความผิดปกติที่พบร่วม การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และข้อควรระวังต่างๆเพื่อนำมาวางแผนการรักษาทางทันตกรรม ในผู้ป่วยใหม่ ผู้ปกครองอาจยังไม่ทราบข้อมูลในการดูแลเด็กหรือดูแลอย่างไม่เหมาะสม ยังเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์ด้วยอุปสรรคต่างๆ เช่น ไม่ทราบขั้นตอนการมีสิทธิ์ผู้พิการ การเดินทางลำบากในพื้นที่ห่างไกลโรงพยาบาลรวมถึงในรายที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งทันตแพทย์อาจพบผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านหรือผู้ป่วยอาจจะมารับการรักษาด้วยปัญหาโรคในช่องปาก ทันตแพทย์ควรให้คำแนะนำผู้ปกครองหรือผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญของการดูแลอย่างเป็นองค์รวมโดยสหวิชาชีพ และมีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

### การจัดการเพื่อการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ

1. ประเมินโรคทางระบบ โดยการซักประวัติทางการแพทย์ เช่น ประวัติความเจ็บป่วย ยาที่รับประทาน ประวัติการแพ้ยาหรือสารต่างๆ การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัด ประวัติการรักษาภายใต้การดมยาสลบ ตรวจร่างกายและประเมินว่าผู้ป่วยมีโรคทางระบบหรือไม่ อาจจำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์ประจำตัวก่อนในรายที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบหรือไม่แน่นอน

1.1 กรณีผู้ป่วยมีโรคทางระบบ เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด โรคลมชัก ระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำหน้าที่น้อยกว่าปกติ ระบบกระดูกและข้อต่าง ๆ ฯลฯ ต้องประเมินและส่งปรึกษาแพทย์ก่อน กรณีที่โรคทางระบบนั้นควบคุมได้ สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมได้ โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดมีการติดเชื้อง่าย ต้องมีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่หัวใจ (subacute bacterial endocarditis) ก่อนการรักษาทางทันตกรรมที่มีเลือดออกตามคำแนะนำของแพทย์ซึ่งอ้างอิงจาก American Heart Association ค.ศ. 2007 อย่างไรก็ตามทันตแพทย์ต้องสังเกตการระดับความรู้สึกตัว และการหายใจของผู้ป่วยเสมอ และเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน

กรณีที่โรคทางระบบควบคุมไม่ได้ ต้องส่งต่อแพทย์ เพื่อรักษาและควบคุมโรคทางระบบก่อน เมื่อควบคุมโรคได้แล้วจึงมาทำการรักษาทางทันตกรรม

1.2 กรณีผู้ป่วยไม่มีโรคทางระบบ สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมได้ตามปกติ

2. ประเมินพฤติกรรม สอบถามประวัติผู้ป่วย ระดับสติปัญญา สอบถามพื้นฐานทางสังคมและสภาพครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูเด็ก ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดคุยโดยเทียบกับเด็กปกติในวัย

เดียวกัน ความสามารถและความร่วมมือของผู้ป่วยในระหว่างการรักษาครั้งก่อนๆ ปัญหาพฤติกรรมและวิธีการจัดการ

3. ประเมินความต้องการในการรักษาทางทันตกรรม
4. ประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ เช่น การใช้แบบประเมิน caries risk assessment tool ของ AAPD
5. ตรวจบริเวณภายนอกช่องปาก ได้แก่ ศีรษะ คอ ใบหน้า
6. ตรวจบริเวณในช่องปาก เช่น ฟัน เนื้อเยื่ออ่อน
7. วินิจฉัยและวางแผนการรักษาทางทันตกรรมป้องกัน แผนการรักษาทางทันตกรรม วิธีการจัดการพฤติกรรม การติดตามผลการรักษา แผนการรักษาต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ปกครอง ความสามารถและความร่วมมือของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา

การเลือกวิธีการจัดการเพื่อการรักษาทางทันตกรรมต้องพิจารณาหลายปัจจัย ได้แก่

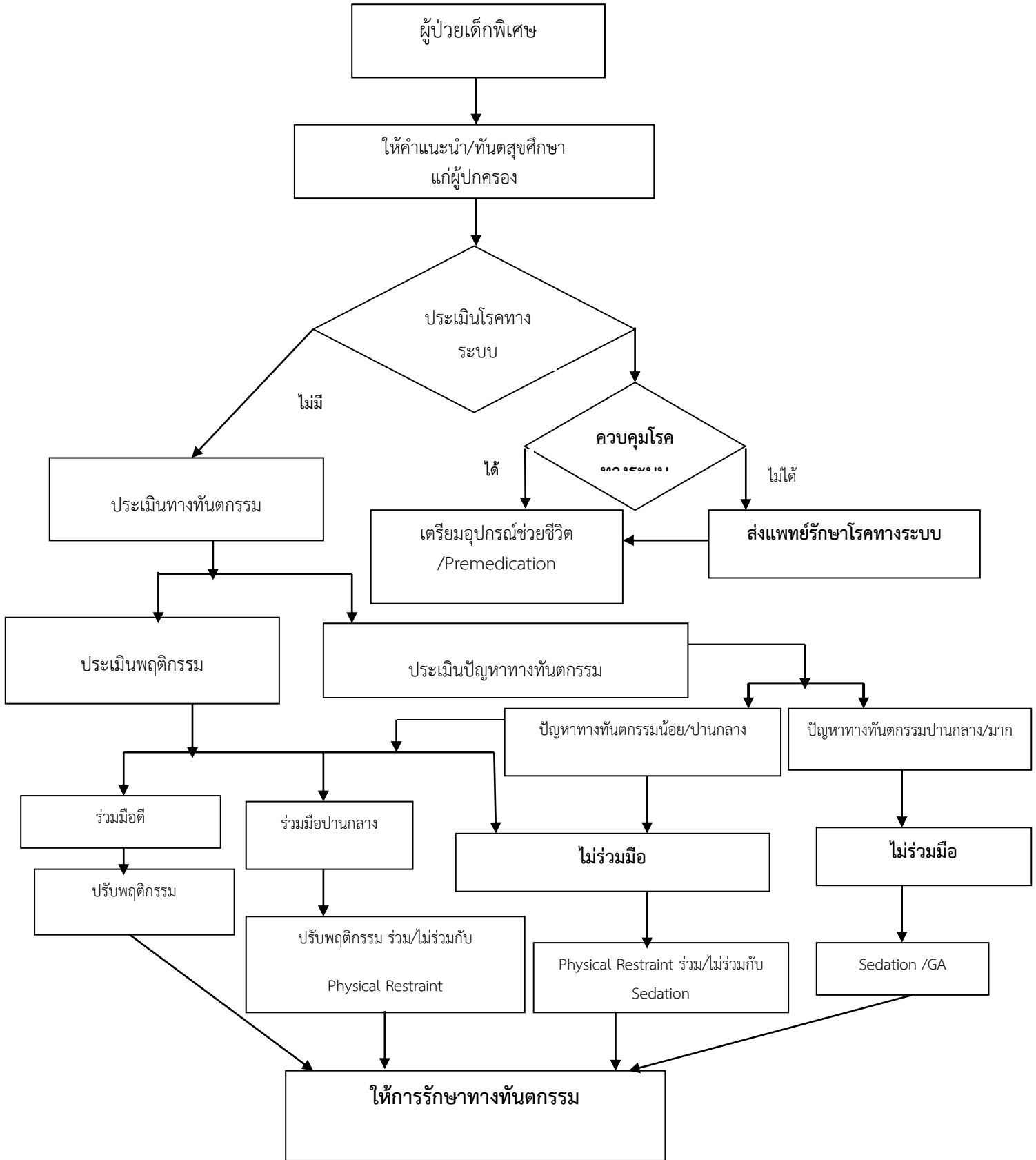
- สถิติปัญหา ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการร่วมมือของผู้ป่วย
- สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วย
- สุขภาพช่องปากหรือ โรคในช่องปาก
- งานที่ต้องรักษาและความจำเป็นรีบด่วน
- ทักษะจิต เศรษฐกิจและความร่วมมือของผู้ปกครอง
- ทักษะความชำนาญของทันตแพทย์ และความพร้อมของสถานบริการ

#### การสื่อสารเพื่อเพิ่มความร่วมมือในงานทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ

การรักษาทางทันตกรรมในเด็กพิเศษควรส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ และผู้ปกครองซึ่งต้องอาศัยเวลา ความอดทนและความพยายาม โดยเฉพาะการส่งเสริมทัศนคติที่ดีแก่ผู้ปกครองต่อการรักษา บุคลากรทางทันตกรรมที่ให้การดูแลรวมถึงเจ้าหน้าที่ต้อนรับ ควรทักทายด้วยท่าทียิ้มแย้มเป็นกันเอง ช่วยสร้างทัศนคติที่ดีและลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติเมื่อเดินเข้ามาใช้บริการ การซักประวัติและจดบันทึกคำแนะนำและข้อควรระวังบางประการ เช่น สิ่ง que เด็กชอบ สนใจเป็นพิเศษ โดยข้อมูลเหล่านี้ได้จากการพูดคุยกับผู้ปกครอง การสังเกตอาการคนไข้ระหว่างการรักษา สังเกตสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ชอบ ไม่พอใจ หรือรู้สึกไม่สะดวกสบายระหว่างการรักษา เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าเหล่านี้ หรือใช้การปรับพฤติกรรมเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อถึงขั้นตอนเหล่านั้น เป็นต้น

ควรใช้เวลาผู้ป่วยทำความคุ้นเคยกับสถานที่ บุคลากร เครื่องมือ ก่อนเริ่มการรักษา โดยเริ่มจากสิ่ง que ผู้ป่วยคุ้นเคยก่อนเช่น แปรงสีฟัน นำมาสอนแปรงฟัน หลังจากนั้นจึงค่อยแนะนำอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป และเริ่มจากหัตถการง่าย ๆ ก่อนเช่น การขัดฟันและเคลือบฟลูออไรด์

การให้การรักษาโดยบุคลากรที่คุ้นเคย เช่น ทันตแพทย์คนเดิม เป็นการสร้างความคุ้นเคยให้ผู้ป่วยร่วมมือได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรพยายามจัดเวลาในการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละคน เช่น ผู้ป่วยบางรายจะสดชื่น กระปรี้กระเปร่าในเวลาเช้า และควรให้การรักษาในระยะเวลาดสั้น ๆ ที่ผู้ป่วยเด็กแต่ละคนสามารถทนได้ การรักษาทางทันตกรรมในเด็กพิเศษ มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้คือ



## ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities/ Mental Retardation)

### ปัญหาสภาวะช่องปากในผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

การได้รับยาเพื่อรักษาอาการที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยยังส่งผลให้เกิดภาวะต่าง ๆ ภายในช่องปาก เช่น ภาวะน้ำลายน้อย ส่งผลให้เกิดฟันผุได้ง่าย เกิดปัญหาปริทันต์ เชื้อราในช่องปาก ลิ้นอักเสบ มุมปากอักเสบ ก่อให้เกิดปัญหาในการเคี้ยว การพูดหรือบาดเจ็บจากการใส่ฟันปลอมตามมาได้ ผลจากการรับประทานยาทางจิตเวชในระยะยาวจะก่อให้เกิดความแข็งตึงของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ ทำให้ลิ้น หรือกล้ามเนื้อใบหน้ามีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้ ในบางครั้งอาจพบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของขากรรไกรได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังพบการยื่นและหดกลับของลิ้น กล้ามเนื้อใบหน้าบิดเบี้ยว (Tardive dyskinesia) โดยที่อาการเหล่านี้มักก่อให้เกิดปัญหาในการรักษาทางทันตกรรม

ลักษณะที่พบได้ในช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ มีการสีกร่อนของฟันด้านเพดานอย่างรุนแรง ปวดใบหน้า และทำร้ายตัวเอง และอาจพบผิวฟันสีกร่อนในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ anorexia และ bulimia ร่วมด้วย หนึ่งในสามของผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานของขากรรไกรผิดปกติ และความวิตกกังวลและซึมเศร้าอาจเป็นเหตุของ burning mouth syndrome ได้

### ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรทำแบบเฉพาะรายบุคคลให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ความรุนแรงของโรค ระดับความเข้าใจและพัฒนาการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ในผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งและน้ำลายน้อย แนะนำให้ใช้อาหารที่ปราศจากน้ำตาลและอาหารที่ช่วยเพิ่มการหลั่งน้ำลาย ได้แก่ ลูกกวาดหรือหมากฝรั่งที่ปราศจากน้ำตาล

ทันตแพทย์ควรมีส่วนร่วมในการวางแผนงานทันตกรรมป้องกันร่วมกับสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ทันตแพทย์ควรมีบทบาทในเรื่องการแนะนำให้เลือกรับประทานอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดฟันผุ การเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรม การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ที่จะเป็นสาเหตุของโรคปริทันต์และมะเร็งในช่องปาก งดการดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากทำให้เกิดฟันสึกและมะเร็งในช่องปากได้

นอกจากนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการนัดผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญามาตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน ขึ้นกับความเสี่ยงในการเกิดฟันผุของแต่ละบุคคล เพื่อเน้นย้ำการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ให้การรักษาทางทันตกรรมป้องกัน และให้บริการรักษาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในระยะเริ่มต้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีทันตสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

### การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ในการรักษาทางทันตกรรมแนะนำให้ใช้เครื่องมือช่วยอำปาก ใส่แผ่นยางกันน้ำลายในการทำหัตถการเพื่อป้องกันน้ำ และเศษวัสดุไม่ให้เข้าคอ และป้องกันอันตรายต่อลิ้น และเนื้อเยื่อในช่องปากจากการถูกรอ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือของเด็ก

การเลือกใช้ยาชาที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หลีกเลี่ยงการฉีดสะกดเส้นประสาท (nerve block) ซึ่งให้ผลการชาที่นาน ควรเลือกใช้ยาชาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (ultra short acting anesthetics) เพื่อป้องกันการอาการชานานหลังการรักษาและอาจทำให้เด็กกัดเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากเนื่องจากอาการชาได้

### การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ทันตแพทย์และบุคลากรทางทันตกรรมควรมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ไม่ปฏิเสธการรักษา ให้ความรักและเอื้ออาทรและใส่ใจ ซักถามประวัติผู้ป่วย สภาพครอบครัว ความสามารถของ ผู้ป่วยในการเรียนรู้ การสื่อสาร การช่วยเหลือตนเอง เพื่อเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสม การจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

การจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อย สามารถใช้วิธีการจัดการโดยวิธีการทางจิตวิทยา เช่น การบอก-แสดง-ทำ (Tell show do) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) การเสริมแรง (Reinforcement) การลดความไวต่อความรู้สึก (Desensitization) เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงถึงรุนแรงมาก ผู้ป่วยไม่อยู่นิ่ง ไม่สามารถสื่อสารได้ และไม่ร่วมมือในการรักษา อาจใช้เครื่องมือควบคุมการเคลื่อนไหว เช่น แพพพูสบอร์ด (papoose board) และใส่อุปกรณ์ช่วยอำปาก โดยมีผู้ช่วยทันตแพทย์ช่วยข้างเก้าอี้ 1 คนและผู้ช่วยทันตแพทย์หมุนเวียนอีก 1 คน ช่วยเตรียมวัสดุต่าง ๆ ทำให้เกิดความสะดวกแคล่ว รวดเร็ว และลดเวลาในการให้การรักษา หรือการใช้ยาลดความกังวล ลดความไม่อยู่นิ่ง ก็เป็นทางเลือกที่ดีทางหนึ่ง

การรักษาทางทันตกรรมสำหรับกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงและมีปริมาณงานที่ต้องรักษา มาก และมีความจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างเร่งด่วน อาจจะต้องพิจารณาให้การรักษาภายใต้การให้ยาสลบ (general anesthesia) และควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวเด็กก่อน หากผู้ป่วยมีความพิการซ้ำซ้อน หรือมีโรคทางระบบร่วมด้วย

## กลุ่มอาการดาวน์ Down Syndrome

กลุ่มอาการดาวน์เป็นกลุ่มอาการที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญากลุ่มหนึ่ง จะมีพัฒนาการของการปรับตัวช้า ปัญหาการรับรู้และการเข้าใจด้านภาษาและการสื่อสาร มีความผิดปกติที่พบร่วม เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะต่อมไทรอยด์ทำหน้าที่น้อยกว่าปกติ ข้อต่อกระดูกคอเคลื่อน มีการทำงานของกล้ามเนื้อในปากผิดปกติ เนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม ทันตแพทย์จึงต้องให้ความสำคัญกับการประเมินโรคทางระบบร่วมกับประเมินพฤติกรรม ระดับสติปัญญา ก่อนวางแผนการรักษาทางทันตกรรมเสมอ

### ปัญหาสภาวะช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์

**การขึ้นของฟัน** เด็กกลุ่มอาการดาวน์มักมีฟันขึ้นช้าโดยไม่มี ความแตกต่างระหว่างเพศ มีรายงานพบว่า อาจขึ้นเมื่อเด็กอายุ 2 ปี ลำดับการขึ้นของฟันไม่แน่นอน ฟันน้ำนม อาจขึ้นครบเมื่ออายุ 5 ปี และมักจะหลุดช้า ฟันน้ำนมอาจอยู่ในช่อง ปากถึงอายุ 14-15 ปี

**ลักษณะทางกายวิภาคของฟัน** ขนาดฟันเล็กกว่าคนปกติทั้งฟัน น้ำนมและฟันแท้ และมีรากฟันสั้นกว่าคนปกติ ฟันตัดพบลักษณะ peg shape ได้มากกว่าปกติ และจากภาพถ่ายรังสีในฟันกรามถาวรจะมี ลักษณะโพรงในตัวฟันขยายใหญ่สู่ปลายราก (taurodontism)

**จำนวนซี่ฟัน** พบมีการหายไปของฟันตั้งแต่กำเนิดทั้งฟันน้ำนม และฟันถาวร ในฟันน้ำนมพบฟันที่หายบ่อยเป็นฟันตัดซี่กลางในขากรรไกรล่าง (mandibular central incisor) ส่วนฟันถาวรที่หายบ่อยเป็นฟันตัดซี่ข้างในขากรรไกรบน (maxillary lateral incisor) ฟันเขี้ยวทั้งบนและล่าง (maxillary and mandibular cuspid) ฟันกรามน้อยซี่ที่สองทั้งบนและล่าง (upper and lower second bicuspid) ฟันกรามซี่ที่สามทั้งบนและล่าง (upper and lower third molar) และการหายไปแต่กำเนิดมักเป็นทั้ง สองข้าง

**การพัฒนาของกระดูกขากรรไกร** พบว่าบริเวณฐานกระโหลกและกึ่งกลางใบหน้ามีลักษณะเจริญพร่อง (Midface hypoplasia) ดังนั้นกระดูกขากรรไกรบนจะมีการเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติ (Maxillary hypoplasia) ทำให้พบอุบัติการณ์การเกิดการสบฟันผิดปกติแบบแองเกิล Class III ได้มาก

**ลิ้น** มีขนาดใหญ่ ทำให้เกิดลิ้นดัน (tongue thrust) และปิดปากไม่สนิท อาจพบมีการหายใจทางปาก ริมฝีปากแห้ง เกิดเป็นลิ้นย่นริ้ว (fissure tongue)

**น้ำลาย** มีอัตราการไหลของน้ำลายน้อยกว่าผู้ป่วยปกติ

**โรคปริทันต์** พบอุบัติการณ์ในการเกิดโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่าคนปกติ มีหลายรายงานที่พบว่าผู้ป่วย กลุ่มอาการดาวน์ จะมีโรคปริทันต์อักเสบประมาณร้อยละ 90 และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของ โรคปริทันต์กับการเกิดคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์อายุระหว่าง 10-19 ปี จะมีการละลายของกระดูกเขี้ยวฟัน (alveolar bone loss) ร้อยละ 39 (เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไปซึ่งมีอัตรา การเกิดประมาณร้อยละ 3) ตำแหน่งที่พบมักจะพบในบริเวณฟันหน้าล่าง และสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่อายุ 11 ปี กลไกของภูมิคุ้มกันน่าจะเป็นสาเหตุเริ่มต้นของการเกิดโรคปริทันต์ โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์มีความ บกพร่องของภูมิคุ้มกัน (neutrophil chemotaxis)

**โรคฟันผุ** อัตราการเกิดฟันผุใกล้เคียงหรือน้อยกว่าเด็กปกติ มีรายงานว่าไม่มีความแตกต่างของการเกิดฟัน ผุในชุดฟันแท้เมื่อเทียบเด็กกลุ่มอาการดาวน์กับเด็กที่มีความผิดปกติทางสมองอื่นๆ แต่ในชุดฟันน้ำนมพบอัตราการ เกิดฟันผุลดลงในเด็กกลุ่มอาการดาวน์

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีเพดานสูงและสั้น (omega palate) มีโอกาสพบลิ้นไก่แยกสอง (bifid uvula) และปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip and cleft palate) ได้

เด็กกลุ่มอาการดาวน์ฟันขึ้นช้า  
ขนาดฟันเล็ก พบฟันหายบ่อย  
Midface hypoplasia  
Macroglossia  
Fissure tongue  
เกิดโรคปริทันต์สูงกว่าคนปกติ



## ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์

ทันตกรรมป้องกันเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีโรคในช่องปาก ลดค่าใช้จ่าย ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาในเกณฑ์บกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีพัฒนาการของการปรับตัวช้า อีกทั้งปัญหาการรับรู้และการเข้าใจ ด้านภาษาและการสื่อสาร ซึ่งบางรายมีปัญหาเรื่องการได้ยินและสายตาร่วมด้วยจึงขาดทักษะในการดูแลทำความสะอาดช่องปาก นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ยังมีกล้ามเนื้ออ่อนนุ่มซึ่งรวมถึงกล้ามเนื้อของริมฝีปากและแก้มด้วย อีกทั้งยังมีพฤติกรรมกลืนเหมือนเด็กอ่อนที่ยังไม่มีฟัน (infantile swallowing) ลิ้นไม่สามารถปิดอาหารได้ดีในระหว่างการบดเคี้ยว ทำให้มีการบดเคี้ยวไม่ดีส่งผลให้มีเศษอาหารติดบริเวณฟันและแก้ม จึงต้องเน้นเรื่องการแปรงฟันและกำจัดเศษอาหารมากกว่าผู้ป่วยปกติ ดังนั้น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องช่วยแปรงฟันให้ผู้ป่วยเพื่อกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดมีโอกาสติดเชื้อง่าย การให้ทันตกรรมป้องกันกับผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคในช่องปากเพื่อลดเชื้อโรคที่สามารถทำให้เกิดเชื้อที่หัวใจจึงจำเป็นอย่างยิ่ง แต่อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินทักษะการดูแลรักษาความสะอาดโดยตัวผู้ป่วยเอง ผู้ปกครอง พี่เลี้ยง ครู เพื่อนำมาวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การใช้ฟลูออไรด์ทั้งเฉพาะที่และทางระบบอย่างเหมาะสมสามารถให้ประโยชน์ในด้านป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยในการป้องกันฟันผุได้ แต่ผู้ปกครองควรดูแลเรื่องการบิยาสีฟันในปริมาณที่เหมาะสม และระวังไม่ให้ผู้ป่วยกลืนเข้าไปเพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับฟลูออไรด์มากเกินไปเกิดฟันตกกระหรืออาจมีผลทำให้เป็นอันตรายได้ เช่น ปวดท้อง อาเจียน ส่วนการใช้ยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์พิจารณาในรายเด็กโตที่สามารถบ้วนน้ำและควบคุมการกลืนได้หรือพิจารณาให้ผู้ปกครองใช้ทาบริเวณฟัน การให้ฟลูออไรด์เสริมพิจารณาตามปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและความเสี่ยงในการเกิดฟันผุและความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลรับผิดชอบให้รับประทานตามปริมาณที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่รับประทานจุบจิบ ตีมนมรสจัดหรือผลไม้เป็นอาหารว่างแทน รับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเฉพาะในมื้ออาหาร หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยวที่เป็นของหวานติดฟันต่าง ๆ ไม่ควรดุนนมขวดคาปากขณะนอนหลับ การให้ขนมหวานเป็นรางวัลเพื่อสร้างพฤติกรรมที่ดี ควรจะต้องลดลง หรือไม่มีเลย

การให้ทันตกรรมป้องกันโดยวิธีอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยควรได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันผุนด้านบดเคี้ยว ในผู้ป่วยที่มีฟันผุมากไม่สามารถรักษาได้ทันที ควรใช้วัสดุกลาสไอออนอเมอร์เป็นวัสดุอุดชั่วคราว (interim therapeutic restoration) เพื่อปลดปล่อยฟลูออไรด์ให้แก่ผู้ป่วย การชูดหินน้ำลายเพื่อป้องกันโรค ปริทันต์ เนื่องจากผู้ป่วยมีอัตราการผลิตโรคปริทันต์อักเสบที่สูง โดยมีรายงานว่าความรุนแรงของโรคปริทันต์จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบโดยทั่วไป ฟันจะโยกมาก พิจารณาจ่าย chlorhexidine mouth wash ความเข้มข้นร้อยละ 0.12-0.2 เพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยที่มีสุขภาพช่องปากไม่ดี โดยให้บ้วนปากในกรณีควบคุมการกลืนได้หรือใช้แปรงสีฟันจุ่มทาที่ฟันโดยพิจารณาตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

การให้ทันตกรรมป้องกันรวมถึงการดูแลความเสี่ยงในการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและช่องปาก ในผู้ป่วยบางรายที่อาจมีปัญหาโรคลมชักร่วมด้วยหรือมีกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหว



ร่างกาย นอกจากนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดล้วงละเมิดทางร่างกายและทางเพศ จึงจำเป็นที่ทันตแพทย์ควรตระหนักถึงการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ใบหน้าและคอที่อาจสัมพันธ์กับการล้วงละเมิด

นอกจากนี้ควรนัดมาตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะทุก 3- 6 เดือนตามความเสี่ยงในการเกิดฟันผุของแต่ละบุคคล เพื่อเน้นการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ให้การรักษาทันตกรรมป้องกัน และให้การรักษาโรคในช่องปากในระยะเริ่มต้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดี

ในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์จะมีอัตราการเกิดโรคปริทันต์อักเสบที่สูง ทันตแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการตรวจร่องลึกปริทันต์ การถ่ายภาพรังสีชนิดกัดปีก (bitewing) ทุก 6-12 เดือน ซึ่งนอกจากจะตรวจหารอยผุด้านประชิดแล้วยังต้องตรวจดูการละลายของกระดูกเบ้าฟันเพื่อประเมินการเกิดโรคปริทันต์ในระยะเริ่มแรกอีกด้วย

#### การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์

อย่างไรก็ตามการรักษาผู้ป่วยกลุ่มดาวน์ต้องระวังภาวะหยุดหายใจชั่วคราว ทันตแพทย์ต้องสังเกตระดับการรู้สึกตัวและการหายใจของผู้ป่วยเสมอ และเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน

การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งของผู้ป่วยเองและผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ทักษะความชำนาญของทันตแพทย์ และความพร้อมของสถานบริการ

ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถประเมินโรคทางระบบ ประเมินพฤติกรรม ประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ และให้ทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงให้การรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ที่ให้ความร่วมมือหรือสามารถปรับพฤติกรรมได้และมีโรคในช่องปากที่ไม่มาก แต่ในรายที่ไม่ให้ความร่วมมือและมีโรคในช่องปากมากหรือต้องรักษาเร่งด่วน ทันตแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าต้องส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เช่น การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้วทันตแพทย์ควรแนะนำหรือนัดมาติดตามและประเมินผลการรักษาเองเป็นระยะทุก 3- 6 เดือนเพื่อเน้นการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ให้การรักษาทันตกรรมป้องกัน และให้การรักษาโรคในช่องปากในระยะเริ่มต้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์มีอุบัติการณ์ในการเกิดโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่าคนปกติ และในผู้ป่วยบางรายที่ได้ยาต้านลมชักซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะเหงือกอักเสบได้ ดังนั้น จึงต้องประเมินสภาวะปริทันต์เป็นระยะเพื่อให้การรักษาโรคในระยะเริ่มต้นหรือส่งต่อทันตแพทย์เฉพาะทางอย่างเหมาะสม

ในการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ก่อนส่งปรึกษาทันตแพทย์จัดฟัน ควรประเมินระดับสติปัญญา ความสามารถในการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา ความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุ สภาวะปริทันต์ และที่สำคัญคือการประเมินศักยภาพของพ่อแม่หรือผู้ดูแลในการช่วยทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียร่วมกับความจำเป็นของการรักษาโดยร่วมวางแผนกับผู้ปกครองให้เข้าใจก่อนเสมอ

#### การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์

ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาในเกณฑ์บกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เด็กกลุ่มนี้จะดูอารมณ์ดี ยิ้มง่าย อาจให้ความร่วมมือในช่วงเวลาสั้น ๆ ทันตแพทย์สามารถใช้วิธีการปรับพฤติกรรมเด็กโดยวิธีการทางจิตวิทยา ได้แก่ การบอก-แสดง-ทำ การเบี่ยงเบนความสนใจ การร้องเพลง การ

ส่งเสริมกำลังใจโดยให้คำชมเชยเด็ก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะชอบคำชม ของเล่น หรือรางวัลเพื่อจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา

ในรายที่ไม่สามารถอยู่นิ่งขณะที่ทำการรักษา หากปริมาณงานการรักษาที่ไม่มาก ก็จำเป็นต้องใช้วิธีการพฤติกรรมเด็กโดยควบคุมการเคลื่อนไหว (protective immobilization) เพื่อให้อยู่นิ่งและปลอดภัย

ทันตแพทย์ควรอธิบายวัตถุประสงค์ให้ผู้ปกครองทราบและให้ความยินยอมก่อนและควรให้ผู้ปกครองอยู่ในห้องทำฟันด้วยเพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมของเด็ก เด็กที่ไม่ยอมอ้าปากก็ควรใส่อุปกรณ์ช่วยในการอ้าปาก เช่น Molt mouth gag แต่ก็ต้องระวังการกระแทกของเครื่องมือกับริมฝีปาก มีอาการบาดเจ็บเป็นแผล

ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์มักมีโรคทางระบบ เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด โรคลมชัก ระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำหน้าที่น้อยกว่าปกติ ระบบกระดูกและข้อต่าง ๆ จึงต้องประเมินและส่งปรึกษาแพทย์ก่อน

ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด อีกทั้งมีการติดเชื้อง่าย อาจต้องมีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่หัวใจ (infective endocarditis)

ข้อควรระวังในการรักษาโดยใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวและทำการรักษาภายใต้แผ่นยางกันน้ำลาย ยากต่อการสังเกตการหายใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กกลุ่มดาวน์อาจเกิดภาวะการหยุดหายใจชั่วคราวได้ ทันตแพทย์จึงต้องสังเกตการมีสติและการหายใจของผู้ป่วยเสมอและทำการรักษาโดยใช้เวลาน้อย จึงต้องระมัดระวังเวลาจับยึดบริเวณศีรษะและคอเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเคลื่อนที่ของข้อต่อกระดูกคอชั้นที่ 1 และ 2 หรือในรายที่มีกล้ามเนื้ออ่อนนุ่มก็อาจใช้หมอนรองช่วยทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น ในรายที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลมาก อยู่นิ่ง หรือหากมีปริมาณงานที่ต้องรักษา และมีความจำเป็นต้องรักษาอย่างรีบด่วน อาจให้การรักษาภายใต้การดมยาสลบ ส่วนวิธีจัดการพฤติกรรมเด็กโดยใช้ยาทำให้ผู้ป่วยสงบอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากมีทางเดินหายใจที่แคบ ลิ้นมีขนาดใหญ่ ต่อมนอนซิลขยายตัวใหญ่ขึ้นร่วมกับกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม ซึ่งเสี่ยงต่อการปิดกั้นทางเดินหายใจได้ อย่างไรก็ตามควรปรึกษาแพทย์

ผู้ป่วยอาจเกิดการเคลื่อนของข้อต่อกระดูกคอ Atlanto-axial (cervical) subluxation

ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจแคบ ลิ้นใหญ่ อาจเกิดภาวะหยุดหายใจชั่วคราวได้

ประจำตัวผู้ป่วยก่อน หากผู้ป่วยมีโรคทางระบบร่วมด้วย เพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบจะต้องระมัดระวังอย่างมากในเรื่องของความผิดปกติของโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจจะค่อนข้างยากเนื่องจากผู้ป่วยมี hypoplastic midface อาจพบความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และไวต่อ chest infection นอกจากนี้ควรซักประวัติการมี Atlanto-axial subluxation ด้วยเพื่อจัดตำแหน่งของศีรษะให้เหมาะสมขณะดมยาสลบ

## สมาธิสั้น

### (Attention-deficit hyperactivity disorder)

ปัญหาทางทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น คือ อาการไม่อยู่นิ่ง เด็กจะมีปัญหาในการสื่อสารและอาจมีการเรียนรู้ได้ช้าซึ่งส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม

#### ปัญหาสภาวะช่องปากในผู้ป่วยสมาธิสั้น

จากรายงานความผิดปกติในส่วนของใบหน้าและช่องปาก พบว่ามีความผิดปกติที่พบค่อนข้างน้อยในผู้ป่วยกลุ่มสมาธิสั้น ความผิดปกติที่พบและได้มีรายงานไว้ ได้แก่

- เพดานปากลึก (steep palatal vault)
- ริมฝีปากบนสั้น (short upper lip)
- ลิ้นเป็นร่อง (fissure tongue)
- ลิ้นแผนที่ (geographic tongue)
- เนื้อเยื่อยึดเกาะมีผิวไม่เรียบและเกาะเฉียง (irregular aberrant frenula)
- เหงือกบวมใหญ่ (gingival enlargement)
- ฟันซ้อนเก หรือมีรูปร่างผิดปกติ ในชุดฟันน้ำนมอาจพบมีเส้นรอยต่อรอบฟัน (neonatal line) กว้าง

#### อุบัติเหตุ (Traumatic Injuries)

เด็กโรคสมาธิสั้นถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยมักได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและช่องปากได้บ่อย เนื่องจากความซุกซน วิ่งตลอดเวลา มีการปีนป่าย และ ตกจากที่สูง แต่การได้รับบาดเจ็บของเด็กโรคนี้ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุเสมอไป เด็กมักถูกพ่อแม่ตีหรือทำร้ายร่างกาย ซึ่งพบมากกว่าเด็กปกติทั่วไป 5-7 เท่า

#### ฟันผุ (Dental Caries)

มีรายงานการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้นมีความเสี่ยงที่ฟันผุมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้ค่าฟันผุ ถอน อุด ในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้สูง เนื่องจากผลจากการมีภาวะสมาธิสั้นทำให้มีความสามารถในการดูแลช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้การได้รับการรักษาด้วยยาบางตัวอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง โดยเฉพาะภาวะปากแห้ง (xerostomia)

#### ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยสมาธิสั้น

การส่งเสริมทันตกรรมป้องกัน การดูแลสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับวัยของเด็กสมาธิสั้นให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี สำหรับเด็กสมาธิสั้นมักจะทำไต่ยาก ทันตแพทย์ควรทำความเข้าใจ และดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น การสอนทันตสุขศึกษา ต้องสอนในบรรยากาศเงียบ อาจต้องใช้อุปกรณ์การสอนที่กระตุ้นความสนใจ เช่น แปรงสีฟันที่มีสีสันสดใส ควรสอนเด็กด้วยคำพูดง่าย ๆ และพูดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง หลังจากแปรงฟันเสร็จอาจให้รางวัลเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เด็กสามารถเริ่มและแปรงฟันเสร็จในแต่ละครั้ง

จากปัจจัยเสี่ยงจากภาวะของโรค และจากการรักษาด้วยยา ที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง และอาจพบการนอนกัดฟัน ดังนั้น ทันตแพทย์จึงควรเฝ้าระวังและคอยติดตามดูอย่างใกล้ชิด

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ทันทแพทย์ควรคำนึงถึง ชนิด ขนาดและปริมาณของยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา ยา methylphenidate มีผลในการเพิ่มความดันโลหิต และทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นด้วย จึงควรระมัดระวังในการใช้ยาที่มีสารหดหลอดเลือดและในการรักษาควรใช้กระบอกฉีดยาชนิดดูดกลับได้ (aspirate syringe) เพื่อหลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้าหลอดเลือด

### การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยสมาธิสั้น

การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ต้องมีการปรับให้เหมาะกับพฤติกรรมของเด็กแต่ละคน มีความยืดหยุ่น ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา แนะนำให้ทำการรักษาหลังจากทานยาประมาณ 30-60 นาที เนื่องจากเป็นช่วงที่อาจจะได้ออกฤทธิ์ประสิทธิภาพสูงสุด หรือ ควรให้นัดทำการรักษาในช่วงเช้า เพื่อให้เด็กมีอาการอ่อนล้าน้อยที่สุด มีสมาธิมากที่สุด ช่วยเพิ่มการเรียนรู้ของเด็กอีกทั้งมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และแพทย์มักหยุดให้ยาในช่วงปิดเทอม จึงไม่ควรนัดเด็กสมาธิสั้นรักษาในช่วงปิดเทอม ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กหยุดยา

### การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยสมาธิสั้น

ผู้ป่วยกลุ่มสมาธิสั้น มีอาการสำคัญคือ การไม่อยู่นิ่งและมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ทำให้มีอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการบอก - แสดง - ทำ ในการรักษาทันตแพทย์ควรใช้พูดที่ง่าย ๆ ช้า ๆ พูดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้และเข้าใจขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำฟัน มีการให้กำลังใจในด้านบวก เช่น การชมเชย การแสดงความรักโดยการแสดงออกทางท่าทาง การให้ขนม การให้ของเล่นเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น สติกเกอร์ โดยการกำลังใจที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด จะต้องให้ทันทีหลังจากที่เด็กทำพฤติกรรมที่ต้องการ

ในขณะที่ทำการรักษาทันตแพทย์ควรมีการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้สามารถมองด้านข้างได้สูง ดังนั้น การเคลื่อนไหวข้าง ๆ ตัวเด็ก ทันตแพทย์ หรือผู้ช่วยทันตแพทย์ต้องแน่ใจว่าไม่ทำให้เด็กเกิดการวอกแวกได้ง่าย ทันตแพทย์จะต้องลดการกระตุ้นประสาทสัมผัสให้น้อยที่สุดในขณะที่ทำการรักษา ต้องมีความเจียบ และควรนัดรักษาเป็นระยะเวลาสั้น ๆ และต้องไม่รอกอยการรักษาเนิ่นนานเกินไป ในกลุ่มเด็กที่ไม่ค่อยนิ่ง อาจแนะนำให้ใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวร่วมด้วย เช่น แนะนำให้เด็กรู้จักกับเสื้อเด็กดี หรือชุดควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น แพพพูสบอร์ด เพื่อช่วยให้เด็กอยู่นิ่ง และมีความปลอดภัยในขณะที่ทันตแพทย์ทำการรักษา รวมทั้งแนะนำให้ใช้เครื่องมือช่วยอ้าปาก มีการใส่แผ่นยางกันน้ำลาย ช่วยป้องกันน้ำ และเศษวัสดุไม่ให้เข้าคอ ช่วยป้องกันลิ้น และเนื้อเยื่อในช่องปากจากการถูกรอย ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือของเด็ก

การรักษาทางทันตกรรมด้วยการใช้ยาทำให้สงบร่วมกับการสูดดม ก๊าซไนตรัสออกไซด์-ออกซิเจน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีการแนะนำเลือกใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้น ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวของเด็ก เพื่อทราบสถานะของโรค ขนาดของยาและผลที่ได้รับจากการใช้ยาในปัจจุบันด้วย เพื่อเป็นการป้องกันการใช้ยาที่มีผลใกล้เคียงกัน แต่หากมีปริมาณงานที่ต้องรับการรักษา และมีความจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างเร่งด่วนอาจจะต้องพิจารณาให้การรักษาภายใต้การให้ยาสลบ

ผู้ป่วยกลุ่มสมาธิสั้น มีอาการสำคัญคือ การไม่อยู่นิ่งและมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ทำให้มีอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการบอก - แสดง - ทำ ในการรักษาทันตแพทย์ควรใช้พูดที่ง่าย ๆ ช้า ๆ พูดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้และเข้าใจขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำฟัน มีการให้กำลังใจในด้านบวก

## ออทิสติก

### (Autistic Spectrum Disorder : ASD)

ภาวะออทิสซึม (Autism) จัดอยู่ในกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องของพัฒนาการทางสมอง ที่แสดงลักษณะบกพร่อง 3 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือการเข้าสังคม การสื่อสารและพฤติกรรม ความสนใจที่จำกัด โดยความรุนแรงของภาวะบกพร่องในแต่ละด้านนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สิ่งที่ควรกระทำและมีความสำคัญอย่างยิ่งก่อนให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการซักประวัติ ทันตแพทย์ควรซักถามข้อมูลประวัติของเด็กตั้งแต่อดีต ประวัติทางการแพทย์ ประวัติการรักษาทางทันตกรรม ประวัติครอบครัว พัฒนาการทางด้านสังคม การสื่อสาร ภาษา การเรียน รวมถึงสิ่งที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าว ต่อต้านหรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ สิ่งที่ผู้ป่วยหวาดกลัวและสิ่ง que ผู้ป่วยชอบ ที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

#### ปัญหาสภาวะช่องปากในผู้ป่วยออทิสติก

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีลักษณะทางกายภาพของตัวฟันและเนื้อเยื่อในช่องปากปกติ แต่ด้วยลักษณะเฉพาะของกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร ทางด้านภาษาและสังคม รวมทั้งพฤติกรรมกระทำซ้ำ ๆ ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางช่องปากได้

สภาวะทางช่องปากของผู้ป่วยออทิสติกยังไม่มีหลักฐานปรากฏแน่ชัดว่าแยกว่าหรือไม่แตกต่างจากเด็กปกติ แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทันตสุขภาพที่ไม่ดี เกิดฟันผุรุนแรง โรคปริทันต์ ความเจ็บปวดของช่องปากและใบหน้า หรือภาวะน้ำลายน้อยได้ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการให้การดูแลทันตสุขภาพและผลข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

เนื่องจากการกินอาหารซ้ำ ๆ ชอบอาหารที่อ่อนนุ่มและมีรสหวาน ชอบอมอาหารไว้ในปากหรือกระพุ้งแก้ม การทำงานของกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กัน ทำให้ไม่เกิดการทำความสะอาดด้วยตัวเอง อาจพบฟันสึกจากการกัดกร่อนของกรด (erosion) ได้เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการอาเจียนได้บ่อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ดังนั้น หากพบฟันสึกจากการกัดกร่อนของกรดควรส่งปรึกษาแพทย์เพื่อรักษาต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยออทิสติก มีการนอนกัดฟันถึงร้อยละ 20-25 บางรายมีการทำร้ายตนเองเกิดแผลในช่องปากหรือถอนฟันตัวเอง ดังนั้นหากพบรอยแผล หรือรอยซ้ำในช่องปากอาจมีสาเหตุมาจากการทำร้ายตัวเองมากกว่าที่จะโดนผู้อื่นทำร้าย

ยาทางจิตเวชที่ใช้รักษาอาการไม่พึงประสงค์ของออทิสติก เช่น ซน ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง กระตุ้นตัวเอง การทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ การเห็นภาพหลอน ล้วนมีผลข้างเคียงต่อสภาพในช่องปากส่งผลให้เกิดภาวะน้ำลายน้อย ภาวะการหลั่งน้ำลายมากเกินไป กลืนลำบาก ต่อม้ำลายอักเสบ การรับรสที่เปลี่ยนไป อาการอักเสบของเยื่อภายในปาก เหงือกอักเสบ ลิ้นอักเสบ ลิ้นบวม ลิ้นเปลี่ยนสี หรือกัดฟันก็เป็นได้ ขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

#### ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยออทิสติก

ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยออทิสติก ที่ไม่ค่อยร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรมก่อให้เกิดความยุ่งยาก ใช้เวลาในการรักษาและค่าใช้จ่ายที่มากแล้วแต่ส่งผลเสียต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ปกครองเอง ดังนั้นควรมีการดูแล

สุขอนามัยในช่องปากให้มีประสิทธิภาพและใส่ใจเป็นพิเศษ โดยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในการแปรงฟัน ทันตแพทย์ต้องกระตุ้นให้พ่อแม่ของผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยให้ดี ไม่ให้มีฟันผุ หรือเหงือกอักเสบ เน้นความสำคัญของงานทันตกรรมป้องกันมากเป็นพิเศษ ผู้ปกครองต้องร่วมมือในการดูแลด้านโภชนาการ ส่งเสริมให้เด็กได้รับประทานผักและผลไม้ ควบคุมให้รับประทานอาหารอย่างถูกต้อง โดยการเคี้ยวและกลืน ไม่อมอาหารไว้ในปากนาน ๆ จำกัดอาหารที่ก่อให้เกิดฟันผุได้ง่าย รางวัลที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีไม่ควรเป็นขนมหวาน ลูกอม หรืออาหารที่จะทำให้เกิดฟันผุ แนะนำให้มีการใช้เจลฟลูออไรด์เฉพาะที่หรือน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ทุกวัน และนัดพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันเป็นประจำอย่างน้อยทุก 3- 6 เดือน

ทันตแพทย์ควรประเมินความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาในเรื่องทักษะการใช้กล้ามเนื้อบดบดบด ในผู้ป่วยบางรายที่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เอง ทันตแพทย์ควรมุ่งเน้นส่งเสริมทักษะการแปรงฟันให้กับผู้ป่วยโดยตรง ครอบสอนแปรงฟันในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งอื่นมาดึงดูดความสนใจ ขนาดของแปรงสีฟันต้องเข้ากับความสามารถของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่จะจับแปรงสีฟันได้ถนัด อาจต้องมีการดัดแปลง เพิ่มเติมส่วนของด้ามแปรงสีฟันเพื่อให้จับถนัดยิ่งขึ้น เลือกลีที่ผู้ป่วยชอบ ในการสอนแปรงฟันอาจมีการนำรูปภาพขั้นตอนการแปรงฟัน เช่น ภาพแปรงสีฟัน แก้วน้ำ การบิยาสีฟัน การแปรงฟันในแต่ละบริเวณในช่องปาก แปรงลิ้น บ้วนน้ำ ล้างแปรงสีฟัน และเก็บเข้าที่ มาแสดงเรียงตามขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือหรือไม่สามารถแปรงฟันได้ด้วยตัวเองควรมีผู้ปกครองช่วยแปรงฟันให้ และหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการแปรงฟันอาจต้องมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ช่วยยึดผู้ป่วยให้อยู่นิ่งหรือช่วยอำปากผู้ป่วยขณะแปรงฟันเพื่อให้ผู้ปกครองสามารถทำความสะอาดช่องปากได้มีประสิทธิภาพ

นำรูปภาพแสดงขั้นตอนการแปรงฟันเหล่านี้ไปไว้ที่ห้องน้ำที่บ้าน  
เด็กออทิสติกเพื่อประกอบการแปรงฟันในแต่ละขั้นตอนให้เด็ก  
สามารถทำได้ครบถ้วนมีประสิทธิภาพ

และ

ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักชอบทำ  
อะไรซ้ำ ๆ ถ้าหากทันตแพทย์ส่งเสริมให้การแปรงฟันกลายเป็น  
พฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในเวลาเดิมได้จะส่งผลดีต่อสุขภาวะในช่อง  
ปากของผู้ป่วยออทิสติก





รูปที่ 1 สื่อชุดเรื่องเล่าทางสังคมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กออทิสติก (ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์สถาบันราชานุกูล [www.rajankul.co.th](http://www.rajankul.co.th))

### การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยออทิสติก

การวางแผนการรักษาและเลือกวิธีการรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยออทิสติก ควรพิจารณาเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยออทิสติกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอ่อนและไม่มีปัญหาทางพฤติกรรมที่รุนแรง ความรุนแรงและปริมาณงานในช่องปากน้อย ทันตแพทย์สามารถให้การรักษากายไต่ยาชาเฉพาะที่ได้และหากต้องมีการทำให้สงบสามารถใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์ร่วมกับออกซิเจนทางการหายใจได้เมื่อจำเป็น แต่ควรมีการแนะนำให้ผู้ปกครองคุ้นเคยและยอมรับการวางหน้ากากครอบจมูกที่จะสัมผัสใบหน้าของผู้ป่วยขณะให้การรักษา การให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยขณะรักษาก็จะช่วยเพิ่มความร่วมมือได้

ในผู้ป่วยออทิสติกที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากและมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีความรุนแรงและปริมาณงานในช่องปากมาก การทำให้สงบด้วยยาแบบรับประทานอาจไม่ค่อยได้ผล การทำให้สงบด้วยการให้ยาทางเส้นเลือดจะได้ผลกับเฉพาะบางรายเท่านั้น การรักษาภายใต้การดมยาสลบจึงเป็นทางเลือกที่ดีกว่าในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยออทิสติกเนื่องจากทันตแพทย์สามารถให้การรักษามีประสิทธิภาพได้ภายในครั้งเดียว ทั้งนี้ทันตแพทย์จะต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในการรักษา มีทีมงานและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพแก้ไขภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยก่อนเพื่อความปลอดภัยขณะรักษากายไต่การดมยาสลบ

ในการทำหัตถการใด ๆ ที่มีการผ่าตัดหรือมีเลือดออก ผู้ป่วยออทิสติกที่ได้รับยาที่มีผลต่อระบบเลือด เช่น carbamazepine, methyphenidate, risperidone หรือ valproate ควรมีการส่งเจาะเลือดดู complete blood count และ platelet ก่อนทำหัตถการ ซึ่งโดยทั่วไปแพทย์จะมีการเจาะเลือดผู้ป่วยปีละ 2 ครั้งอยู่แล้วเพื่อดูระดับยาในกระแสเลือดและค่าความผิดปกติของเม็ดเลือดต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

การวางแผนลำดับขั้นตอนการรักษาเหมือนกับเด็กทั่วไป ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ควรเริ่มจากงานตรวจฟัน ขัดฟันง่าย ๆ ก่อนเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและยอมรับอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษา ในผู้ป่วยบางรายจะมีภาวะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไวเกิน เช่น เสียงหัวกรอ แสงไฟ เครื่องมือที่สะท้อนแสง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ทันตแพทย์ควรซักประวัติจากผู้ปกครองให้ได้ตั้งแต่ก่อนการรักษาเพื่อหาวิธีที่จะปรับพฤติกรรมหรือทำให้ผู้ป่วยยอมรับเครื่องมือได้ดียิ่งขึ้น การรักษาอาจเป็นกระบวนการทำซ้ำ ๆ เพื่อให้เด็กเรียนรู้และเข้าใจการกระทำของทันตแพทย์ ปัญหาในการซักจึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับการทำฟันไม่ใช่เรื่องง่าย การทำฟันให้ผู้ป่วยออทิสติกนั้น ทันตแพทย์ต้องมีความอดทน เมตตากรุณา เอื้ออาทรต่อผู้ป่วยให้มาก ๆ ขณะเดียวกันต้องมีความมั่นคงแน่วแน่ในการที่จะปรับพฤติกรรมของเด็กให้ยอมรับการทำฟัน

### การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยออทิสติก

ในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยออทิสติกนั้นมีหลายวิธีด้วยกันที่สามารถนำมาใช้ได้ โดยที่ทันตแพทย์ควรดูระดับความรุนแรงของอาการ ระดับความสามารถในการสื่อสาร ความเข้าใจในภาษา โดยอาจจะพูดคุยกับตัวผู้ป่วยเองหรือซักถามผู้ปกครองหรือผู้ดูแลก็ได้

การใช้เทคนิคการบอก-แสดง-ทำ โดยใช้คำพูดที่สั้นกระชับ การลดความไวต่อความรู้สึก เช่น การซักซ้อมก่อนเจอสถานการณ์จริง และการเสริมแรงเชิงบวกหรือลดแรงจูงใจในพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ สามารถนำมาใช้จัดการพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีความรุนแรงน้อย หรือมีความสามารถที่จะสื่อสาร เข้าใจภาษาได้

ในการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยออทิสติก ต้องอาศัยเวลาและความอดทน โดยเฉลี่ยช่วงความสนใจของผู้ป่วยจะอยู่ที่ 15-20 นาที ควรทำหัตถการให้สำเร็จในช่วงเวลาดังกล่าวและใช้อุปกรณ์เช่น แพนพัสบอร์ด เครื่องจับยึดหรืออุปกรณ์ช่วยอำปากหากมีความจำเป็น

*ผู้ป่วยออทิสติกบางรายจะมีภาวะไวต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น แสงไฟ เสียง การสั่นสะเทือน และหวาดกลัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ปรับตัวยาก*

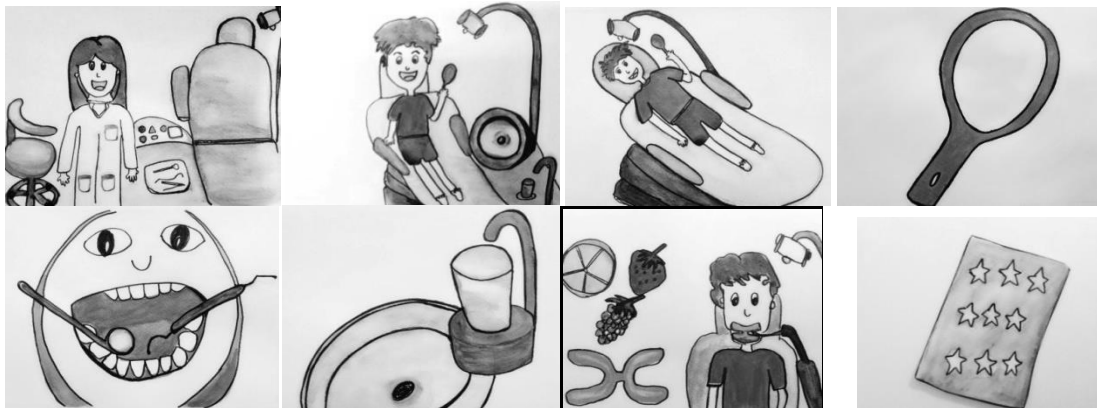
การรักษาทางทันตกรรมควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ควรบังคับหรือให้ผู้ป่วยเผชิญต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นมากเกินไป ควรสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยระดับภาษาที่ผู้ป่วยพอเข้าใจ ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล และสัมผัสที่อ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น

ควรบอกเล่ารายละเอียดหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนที่จะปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบล่วงหน้า การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนมารับการรักษาเป็นสิ่งที่ควรทำและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อลดภาวะความวิตกกังวล และลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไวเกินต่อสิ่งของต่าง ๆ ในห้องทันตกรรม เช่น การใช้รูปภาพที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องมาพบในห้องทันตกรรม โมเดลของเล่นที่ประดิษฐ์ให้คล้ายกับอุปกรณ์ทันตกรรม หรือฝึกมาที่ห้องทันตกรรมโดยที่ยังไม่รักษา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา





รูปที่ 2 การใช้ภาพแสดงลำดับขั้นตอนการมาพบทันตแพทย์และตรวจฟันในคลินิกทันตกรรม



รูปที่ 3 การใช้ภาพแสดงลำดับขั้นตอนการตรวจฟันและเคลือบฟลูออไรด์ในเด็กกอดทิสติก

## เด็กที่มีความบกพร่องของทักษะในการเรียน (Learning disorder)

เด็กที่มีความบกพร่องของทักษะในการเรียนหรือ เรียกว่าเด็กแอลดี ซึ่งย่อมาจาก Learning Disorders เป็นกลุ่มเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ เช่น อ่านหนังสือไม่คล่อง เขียนหนังสือผิด มีปัญหาในการคิดคำนวณ เด็กเหล่านี้ไม่ได้มีสภาพช่องปากและฟันที่แตกต่างจากเด็กปกติ สามารถสื่อสารและร่วมมือในการทำฟันได้ดี ดังนั้น ทันตบุคลากรสามารถให้การจัดการทางทันตกรรมเช่นเดียวกับเด็กปกติ

เด็กที่มีความบกพร่องของทักษะในการเรียนต้องการกำลังใจ เนื่องจากอาจถูกตำหนิติเตียนจากปัญหาการเรียนหนังสือ ซึ่งมาจากความเข้าใจผิดว่าเด็กไม่ใส่ใจ ทันตบุคลากรควรสร้างแรงจูงใจและสร้างความภาคภูมิใจให้กับเด็ก โดยเสริมแรงทางบวกเมื่อเด็กให้ความร่วมมือหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การกล่าวชมเชย ให้รางวัล และสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กและผู้ปกครอง

ในรายที่มีโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย ใช้การปรับพฤติกรรมและการจัดการทางทันตกรรมตามแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

## สมองพิการ (Cerebral Palsy : CP)

ผู้ป่วยสมองพิการมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว มีการเกร็งหรืออ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ส่งผลต่อกล้ามเนื้อแขน ขา ลำตัว ใบหน้าและช่องปาก ซึ่งทำให้มีลักษณะการรับประทาน การเคี้ยว การกลืนต่างจากเด็กทั่วไป จากการที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หยิบจับไม่สะดวก มีกำลังจากกล้ามเนื้อมือจำกัดอันเป็นอุปสรรคในการทำความสะดวกสบายช่องปากด้วยตนเอง จึงอาจต้องการอุปกรณ์พิเศษ เช่น การประยุกต์ดัดตามจับแปรงสีฟัน และผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดช่องปากให้ ส่วนการรักษาทางทันตกรรมควรพยายามลดความเครียดของผู้ป่วยให้มากที่สุดเพื่อลดการเกร็งและการทำงานที่ไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อ

**ภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อยจากกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและช่องปาก**

ผู้ป่วยบางรายอ้าปากตลอดเวลา บางรายมีลิ้นดันออกมาข้างนอก (tongue thrust) ทำซ้ำ ๆ บ่อย และไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรับประทาน การพูด การหายใจ ทำได้ไม่สะดวก บางรายมีน้ำลายไหลเอ่ออยู่ที่มุมปาก (Drooling) ซึ่งมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อรอบปากทำงานได้ไม่ดี การกลืนทำได้ไม่ดี ควบคุมการเคลื่อนไหวของขากรรไกรไม่ได้ หรือควบคุมตำแหน่งของศีรษะไม่ได้ น้ำลายที่เอ่อบริเวณมุมปากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อรา มีกลิ่นปาก มีการระคายเคืองของเนื้อเยื่อโดยรอบปาก หรือเกิดอาการขาดน้ำเนื่องมาจากการสูญเสียน้ำ ทำให้ปากแห้ง ปากแตกเป็นแผลได้

นอกจากนี้ยังพบ การกัด จับ สิ่งที่เข้ามาในช่องปาก ซึ่งถือว่าเป็นผิดปกติถ้าพบในเด็กที่อายุมากกว่า 4-6 เดือน จัดเป็นปฏิกิริยาสะท้อนชนิด bite reflex ที่ไม่หายไปตามระยะเวลาที่เหมาะสม เนื่องมาจากสมองได้รับอันตราย

บางรายขากรรไกรล่างมีลักษณะยื่นมาทางด้านหน้ามากกว่าปกติ หรือขากรรไกรล่างถูกดึงรั้งไปทางด้านหลังมากกว่าปกติ ทำให้แบบแผนการเคี้ยวผิดปกติไป บางรายมีลักษณะขากรรไกรกัดแน่น ขากรรไกรผู้ป่วยจะเกร็งงับกัดฟันอยู่ตลอดเวลา

บางรายมีการเกร็งของกล้ามเนื้อรอบปาก มีการดึงรั้งของริมฝีปาก ริมฝีปากจะอยู่ในลักษณะตึง ยึดกว้างตลอดเวลาคล้ายกับมุมปากสองข้างถูกดึงรั้งไว้ ซึ่งจะทำให้การห่อริมฝีปากเพื่อดูด หรือออกเสียงพยัญชนะบางตัวทำไม่ได้

เด็กสมองพิการมักจะมีปัญหาการสำรอกขึ้นจมูก (regurgitation) จากการที่เพดานอ่อนปิดไม่สัมพันธ์กับการกลืน หรืออาจพบในเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ ลิ้นไก่หรือเพดานสั้นกว่าปกติ

ในเด็กสมองพิการชนิดรุนแรงมักจะพบการกลืนที่ผิดปกติ การกลืนที่ไม่ปิดปาก พบอาการสำลักได้บ่อย ซึ่งจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ บางรายอาจต้องให้อาหารทางสายยาง

### ปัญหาสภาวะช่องปากของเด็กสมองพิการ

อีนาเมล ไฮโปเพลเซีย



รูปที่ 4 ความผิดปกติของเคลือบฟัน อีนาเมลไฮโปเพลเซีย

โรคสมองพิการมีปัจจัยชักนำให้เกิดพบอัตราการเกิด อีนาเมลไฮโปเพลเซียได้มากกว่าคนทั่วไป ซึ่งพบในฟันน้ำนมได้บ่อย ซึ่งความผิดปกติของผิวเคลือบฟันนั้นสัมพันธ์กับประวัติการเกิดภัยอันตรายของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น การติดเชื้อ การได้รับการกระทบกระเทือนของสมองในขณะการเจริญของทารกในครรภ์

#### ฟันผุ

มีโอกาสโรคฟันผุได้ง่ายกว่าคนทั่วไป เนื่องจากมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี การมีความผิดปกติของอีนาเมล ร่วมกับอาหารที่รับประทานจะมีลักษณะเหลว กลืนง่าย มีส่วนประกอบเป็นพวกแป้งและน้ำตาลเยอะทำให้มีดัชนีผุ อุด ถอนมากกว่าคนทั่วไป โดยส่วนใหญ่จะมีฟันผุ และถอน มากกว่าฟันอุด

#### เหงือกอักเสบและโรคปริทันต์

ความชุกของการเกิดโรคปริทันต์มากกว่าในเด็กปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการมีสุขภาพช่องปากไม่ดี กล้ามเนื้อบดเคี้ยวและกล้ามเนื้อรอบปากไม่มีแรง ทำให้ดูด กลืน ลำบาก อาหารตกค้างอยู่ในช่องปากเป็นเวลานาน และมีการหายใจทางปาก ผู้ป่วยบางรายมีอาการชักร่วมด้วย ทำให้เกิดเหงือกอักเสบหรือภาวะเหงือกงอกเกิน (Gingival hyperplasia) ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับยากันชัก เช่น ยาฟิไนโทอิน

#### ฟันสึก ฟันกร่อน

ฟันสึกจากการนอนกัดฟัน หรือ การกัดเค้นฟันนั้นเป็นสภาวะที่สามารถพบได้บ่อย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางระบบประสาท และอาจทำให้เกิดความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรตามมา

ฟันกร่อนเกิดจากการที่เด็กมีการสำรอก อาเจียน (gastro esophageal reflux) ทำให้เกิดฟันกร่อนโดยทั่วไป โดยเฉพาะฟันด้านเพดานปาก (palatal) จะเป็นรุนแรง

### การเกิดภัยอันตรายบริเวณใบหน้าและช่องปาก

การเกิดภัยอันตรายบริเวณใบหน้าและช่องปากพบได้บ่อย เช่น ฟันหลุดออกจากเบ้า ฟันแตก บิ่น ของฟันหน้า เนื่องมาจากอุบัติเหตุการตกจากที่สูง เช่น การตกจากรถเข็น การหกล้มจากการฝึกเดิน ทรงตัว เพราะผู้ป่วยขาดการประสานงานที่ดีของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหว นอกจากนี้บางรายอาจมีการกัดเนื้อเยื่ออ่อน โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

### การสบฟันที่ผิดปกติ

การสบฟันที่ผิดปกตินั้น สัมพันธ์กับการมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก ประเภทกลุ่มอาการเกร็งหรือ สปาสติก มักมีแนวโน้มการสบฟันแบบ Class II division 2 ตามแบบการแบ่งชนิดการสบฟันของแองเกิล และ มี unilateral crossbite ประเภทกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว หรืออะท็อทซิส และ กลุ่มที่มีปัญหาการทรงตัว หรือ อแทกซิก มักมีแนวโน้มการสบฟันแบบ Class II division 1 และมีเพดานปากที่สูงและแคบ tongue thrust และ anterior openbite ผู้ป่วยสมองพิการอาจมีการไม่สบกันของฟันหน้าเนื่องมาจากการกลืนที่ผิดปกติ มาจากความผิดปกติของระบบประสาทซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้โดยการใช้เครื่องมือแก้ไขความผิดปกติเนื่องมาจากนิสัย (Oral habit training appliance) ส่วนความผิดปกติทางการพูดนั้น ไม่สามารถสรุปได้ว่ามาจากการสบฟันที่ผิดปกติ เนื่องจากปัญหาเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบประสาท

### ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยสมองพิการ

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากประกอบด้วยการสอนทันตสุขศึกษา โดยสอนให้ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลช่วยแปรงฟันให้ หากเด็กสามารถแปรงฟันได้เองควรประยุกต์วิธีการแปรงฟัน ออกแบบแปรงสีฟันให้เหมาะสมกับเด็ก เช่น เปลี่ยนด้ามจับให้ถนัดมือมากขึ้น หรือใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า ร่วมกับใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้เด็กอ้าปากเพื่อเข้าทำความสะอาดได้อย่างทั่วถึง อาจร่วมกับการใช้น้ำยาคลอเฮกซิดีน ร้อยละ 0.12 ชุบผ้าก๊อชทาบบริเวณขอบเหงือกทั่วทั้งปากในระยะสั้น ประมาณ 2 สัปดาห์ ช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ และลดเหงือกอักเสบ มีผลข้างเคียงน้อย อาจทำให้เกิดคราบสีบนตัวฟันได้บ้างแต่สามารถขัดออกได้ง่าย

*อาหารที่ผู้ป่วยสมองพิการรับประทานส่วนมากเป็นอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน*

*เนื่องจากผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อรอบช่องปากทำงานได้ไม่ดี*

*ทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวของกระพุ้งแก้ม ลิ้น คอยกวาดชะล้างเศษอาหาร*

*จึงทำให้มีเศษอาหารตกค้างอยู่ในช่องปากตามกระพุ้งแก้ม*

*ควรสอนให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลช่วยตรวจดูและใช้ผ้าสะอาด ผ้าก๊อช*

*หรืออาจใช้ไม้ฟันสำลีช่วยกวาดเศษอาหารออกจากช่องปากหลังจากรับประทานอาหารเสร็จทุกครั้ง*

ผู้ป่วยสมองพิการจำนวนมากมีภาวะน้ำลายไหลย่อยตลอดเวลาจากการควบคุมศีรษะได้ไม่ดีพอ การกลืนได้ไม่ดี ร่วมกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของขากรรไกรและปิดปากได้ไม่ดี แนะนำให้ผู้ดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบริมฝีปากให้ดี ด้วยการเอาผ้าเช็ดน้ำลายให้สะอาดและป้องกันการเกิดเชื้อราบริเวณมุมปากและภายในช่องปาก

ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางผ่านทางหน้าท้องหรือจุก (PEG; Percutaneous endoscopic gastrostomy) ไม่มีอาหารผ่านทางช่องปากมักจะมีหินปูนสะสมปริมาณมาก ถ้าไม่ได้รับการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดโรคเหงือกและปริทันต์ มีกลิ่นปาก หรืออาจเกิดการสำลักได้ ดังนั้น ควรให้การรักษาด้วยการขูดหินปูนอย่างสม่ำเสมอและระวังการสำลักระหว่างการทำความสะอาด โดยการใช้เครื่องดูดน้ำลายเป็นระยะ ๆ

การนัดผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอทุก 3-6 เดือน โดยระยะเวลาในการนัดมาตรวจประเมินจากความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายและสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาได้ตามความเหมาะสมตามดุลยพินิจของทันตแพทย์ ตามความเสี่ยงของการเกิดโรค ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง เช่น มีโรคประจำตัว รับประทานยากันชัก ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางและมีความเสี่ยงที่จะเกิดการสำลักเข้าปอด (aspiration pneumonia) ควรนัดมาตรวจสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอ

#### การจัดการเพื่อการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยสมองพิการ

ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรมปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อขอทราบการวินิจฉัย โรค ยาที่ได้รับอยู่ พยากรณ์โรคของผู้ป่วย และข้อควรระวังสำหรับการรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยสมองพิการในบางรายจะพบอาการชักร่วมด้วย ควรให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยที่มีภาวะชักร่วมด้วย

ผู้ป่วยที่มีภาวะไฮโดรเซฟาลัส (Hydrocephalus) ร่วมด้วย คือภาวะที่ขาดความสมดุลระหว่างการสร้างและการดูดซึมของน้ำในสมอง ทำให้มีศีรษะโต ถ้าผู้ป่วยใส่ shunt ที่ติดต่อกับเส้นเลือด ได้แก่ Ventriculoatrial (VA), Ventriculocardiac (VC) หรือ Ventriculovenous (VV) ควรได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการรักษาทางทันตกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด ส่วนผู้ป่วยที่ใส่ shunt ที่ไม่ติดต่อกับเส้นเลือด เช่น Ventriculoperitoneal (VP) shunt อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะก่อนการรักษาทางทันตกรรม ตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (American Heart Association 2007) ซึ่งผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวก่อนได้รับการรักษาทางทันตกรรม

เด็กสมองพิการจะมีการเกร็งและการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ดังนั้นการทำฟันควรใช้ mouth gag ช่วยในการอำปากและควบคุมการเคลื่อนไหว โดยออกแรงในการใช้ไม่มากเกินไปเพราะอาจเกิดภัยอันตรายต่อฟัน เช่น ฟันเคลื่อนที่ ฟันโยก มีการบาดเจ็บต่อข้อต่อกระดูกขากรรไกรได้ด้วย

การบูรณะฟันนั้นต้องคำนึงถึงการสึกของฟันจากการกัดเค้นฟัน เนื่องจากผู้ป่วยสมองพิการอาจมีภาวะชัก หรือนอนกัดฟัน หรือการกัดเค้นฟันระหว่างวันโดยเกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติที่ไม่สามารถควบคุมได้ ร่วมด้วย ควรเลือกวัสดุที่มีความแข็งแรงทนทานต่อการสึก เช่น ครอบฟันโลหะไร้สนิมและติดตามผลการรักษาเป็นระยะ เพราะครอบฟันอาจสึกเร็วกว่าที่จะคาดการณ์ได้ ถ้าจะต้องบูรณะฟันด้วยอัมัลกัมควรพิจารณาไม่แต่งรูปร่างให้เป็นหลุมร่องฟันที่ลึก เพราะจะทำให้ขาดความแข็งแรงและเกิดวัสดุหลุดแตกได้ง่าย หลังการบูรณะฟันควรติดตามผลการรักษา และการสึกของฟันเป็นระยะ

การบูรณะฟันด้วยวิธี Atraumatic restorative treatment (ART) ซึ่งเป็นวิธีที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยการใช้เครื่องมือ Hand instrument กำจัดรอยผุและบูรณะด้วยวัสดุเช่น กลาสไอออนอเมอร์ โดยวิธีนี้ไม่ใช่

ยาชา แนะนำให้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด เช่น มีความกังวลสูงมาก ยังไม่สามารถให้การรักษาได้คนไข้ลำบากได้น้อย สามารถใช้วิธีนี้เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับคนไข้ในการรักษาเบื้องต้น หรือผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่ คลินิกหรือโรงพยาบาล วิธีนี้ช่วยรักษาคนไข้ที่กำลังรอคิวเพื่อทำการรักษาภายใต้การดมยาสลบด้วย

การถอนฟัน การทำศัลยกรรมในช่องปาก ควรซักประวัติและคำนึงถึงผลของยาवालโพรอิก แอซิด ซึ่งเป็นยา ต้านอาการชักที่ผู้ป่วยสมองพิการบางรายได้รับอยู่ ซึ่งอาจทำให้จำนวนและการทำงานของเกล็ดเลือดลดลงเป็นผลให้เกิด ปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ถึงแม้ว่าอาการแทรกซ้อนนี้จะพบน้อยและไม่ค่อยมีผลเมื่อทำศัลยกรรมขนาดเล็ก แต่ในการทำการผ่าตัดใหญ่ควรมีการตรวจเลือดด้วย

ในผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง แม้จะไม่ได้ใช้ฟันทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหารในขณะนั้น แต่ แผนการรักษาจะต้อง คำนึงถึงการรักษาฟันทุกซี่ไว้ให้ได้มากที่สุด เพื่อส่งเสริมการพัฒนาของกล้ามเนื้อและอวัยวะในช่องปากและใบหน้า พัฒนาการของการพูด การออกเสียง และเพื่อเป็นการเก็บพื้นที่ไว้สำหรับฟันแท้ให้ขึ้นมาเรียงตัวในตำแหน่งที่ถูกต้อง ซึ่ง จะไม่เป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ต่อไปในอนาคต

การทำฟันปลอมในผู้ป่วยสมองพิการ ควรแจ้งให้ผู้ป่วยครองเข้าใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างเหมาะสม การใส่ฟันปลอมจึงเป็นการรักษาที่ทำได้จำกัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือ การทำ ความสะอาด และสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ซึ่งเป็นผลเสียกับผู้ป่วยได้มากกว่า ผู้ป่วย บางรายได้รับประทานยาประจำซึ่งมีผลให้น้ำลายหลั่งน้อย หรือมีอาการชัก อาจทำให้เกิดอันตราย เช่น ฟันปลอม แตกหักในช่องปากขณะที่ผู้ป่วยอาจหมดสติ จึงควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้และประเมินผลดีผลเสียและความจำเป็นของ การรักษาด้วยการใส่ฟันปลอม

ส่วนความผิดปกติของการสบฟันนั้นก่อนการส่งต่อให้ทันตแพทย์จัดฟัน ควรพิจารณาถึงระดับความผิดปกติของ กล้ามเนื้อ ระดับสติปัญญา ความถี่ของการชัก การใช้ยากันชักที่มีผลต่อภาวะเหงือกอักเสบ เช่น ฟินิลโทอิน ความสามารถในการจัดการผู้ป่วย รวมทั้งพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียและความจำเป็นของการรักษา

ในผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนจากการกัดริมฝีปากโดยไม่ได้ตั้งใจ ถ้ามีแผลเรื้อรังจาก การกัดเนื้อเยื่ออ่อนจากการที่ไม่สามารถควบคุมของระบบประสาทได้ สามารถพิจารณาใช้เครื่องมือที่ออกแบบเพื่อ ป้องกันการกัดริมฝีปากหรือเนื้อเยื่ออ่อนด้วย ซึ่งออกแบบคล้ายเครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ เช่น Lip bumper ป้องกัน เนื้อเยื่ออ่อนเป็นแผล ซึ่งต้องพิจารณาข้อดี ข้อเสีย และความจำเป็นในการใส่เครื่องมือ และถอดเครื่องมือออกเมื่อ อาการกัดริมฝีปาก หรือเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณช่องปากนั้นหายไป

การใช้ความเย็นสามารถช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ มีการแนะนำการใช้น้ำแข็งรูปบริเวณแก้มทั้งสองข้าง บริเวณกล้ามเนื้อแมสเซเตอร์ เป็นเวลา 1 นาทีเพื่อจะช่วยให้การอ้าปากได้กว้างมากขึ้นซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการรักษา ทางทันตกรรมและการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยได้ด้วย

### การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองพิการ

ในเด็กที่ไม่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือ มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพียงเล็กน้อยสามารถจัดการพฤติกรรมได้ เช่นเดียวกับเด็กปกติ



ในขณะที่ทำฟันควรให้ผู้ปกครองอยู่ข้าง ๆ เพื่อให้เด็กสบายใจและมีความเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น และไม่ควรทิ้งเด็กไว้ตามลำพัง เพราะเด็กอาจตกจากเก้าอี้ที่ทำฟันได้ เช่น การบอก-แสดง-ทำ อาจใช้การสื่อสารด้วยรูปภาพ สัญลักษณ์ในเด็กที่ไม่สามารถพูดได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเด็กมีความพยายามที่จะร่วมมือ จะยังมีอาการเกร็ง กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกันมากยิ่งขึ้น ในระหว่างการรักษาไม่ควรก่อให้เกิดความเครียดแก่เด็ก การใช้อุปกรณ์ที่มีเสียงดัง ควรบอกเด็กล่วงหน้าเพื่อไม่ให้เด็กตกใจ เช่น เครื่องดูดน้ำลายชนิดกำลังสูง

ใช้เทคนิคการบอก-แสดง-ทำ อธิบาย สาธิตขั้นตอนให้ผู้ป่วยดู ก่อนเริ่มการรักษาทีละขั้นตอน ระหว่างการรักษาควรให้ผู้ป่วยหยุดพักเป็นระยะ และให้คำชมเชย ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาจสื่อสารด้วยรูปภาพ สัญลักษณ์ในเด็กที่ไม่สามารถพูดได้

ในขั้นตอนที่ยากและผู้ป่วยไม่ชอบ ให้ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การนับเลขง่าย ๆ การร้องเพลง เปิดเพลงให้ฟัง

การจัดตำแหน่งผู้ป่วยขณะรับบริการทางทันตกรรม แนะนำให้ปรับเก้าอี้ทำฟันนอนราบก่อนนำเด็กขึ้นไปนั่ง เนื่องจากการปรับเก้าอี้ขณะเด็กนั่งอยู่จะทำให้ตกใจและเกิดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ หรืออาจให้การรักษาขณะที่เด็กนั่งอยู่บนรถเข็น โดยทันตแพทย์ยืนข้างหลังของรถเข็น ให้เด็กแหงนหน้าขึ้นเล็กน้อย หรือปรับพนักพิงของรถเข็นเอนนอนลงมา (ในกรณีที่รถเข็นสามารถปรับส่วนพนักพิงให้เอนลงได้) จากนั้นลือรถเข็นให้อยู่กับที่ และให้การรักษาดูฟันหรือทำหัตถการง่าย ๆ

เมื่อผู้ป่วยอยู่บนเก้าอี้ทำฟัน การจัดท่าผู้ป่วย ควรจัดให้อยู่ในท่าที่สบาย โดยอาจมีเบาะหรือหมอนช่วยหนุนหลัง แขน ขา ดังรูปที่ 5



รูปที่ 5 การจัดท่าทางผู้ป่วยสมองพิการบนเก้าอี้ทำฟัน

ในการทำฟันเด็กสมองพิการนั้น ควรพยายามลดความกังวลและความเครียดของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและรู้สึกสบาย ซึ่งจะช่วยการลดการเคลื่อนไหวของร่างกาย แขนขา ลดการเกร็ง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ แม้จะไม่สามารถหยุดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ แต่จะลดความถี่และความรุนแรงของอาการเกร็งหรือการเคลื่อนไหวได้

การใช้อุปกรณ์ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น แพนทอปัสบอร์ด หรือ แพนดิแรป ห่อร่างกายและแขนขา จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บ เนื่องจากร่างกายควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ ตลอดจนการใช้แผ่นยางกันน้ำลายร่วมกับอุปกรณ์ที่ช่วยในการอำปาก เช่น เม้าท์แกก เม้าท์พروب ไม้กดลิ้นพันผ้า จะช่วยป้องกันสิ่งแปลกปลอมเข้าตกลงคอ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในการกลืนทำให้สำลักได้ง่าย และป้องกันการรับของอาหารที่ควบคุมไม่ได้

การใช้วิธีควบคุมการเคลื่อนไหวต้องทำอย่างสมเหตุสมผล เช่น ความเร่งด่วนและความจำเป็นของการรักษา นอกจากนี้ต้องมีการประเมินคนไข้ก่อน และระมัดระวังเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ โรคกระดูกเปราะและหักง่าย หรือมีประวัติการเคลื่อนไหวหลุดของข้อต่อหัวไหล่ สะโพกมาก่อน และควรอยู่ติดการใช้อุปกรณ์ควบคุมการเคลื่อนไหวในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยเกิดอาการดังนี้ หายใจลำบาก มีอาการชัก อาเจียน ปลายนิ้วมือนิ้วเท้าเขียว ซึ่งแสดงถึงการขาดเลือดไปเลี้ยง

การใช้ยาเพื่อลดความกังวลแบบสุดมเช่น ก๊าซไนตรัสออกไซด์ อาจนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือแต่ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยสมองพิการชนิดอะแทลิก

การพิจารณาการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรมเร่งด่วน ฟันผุลุกลามเป็นจำนวนมาก หรือผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งอย่างไรก็ดี จำเป็นต้องประเมินสภาวะผู้ป่วยโดยเฉพาะ ผู้ป่วยสมองพิการที่มีภาวะลีบของกล้ามเนื้อ (muscle dystrophy) ร่วมด้วย เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา เช่น ผู้ป่วยอาจไม่สามารถกลับมาหายใจตามปกติได้ ในผู้ป่วยที่มีอาการชักร่วมด้วย การใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์และยาสลบอาจกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้เช่นกัน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องวางแผนการให้ยาด้านชักระหว่างการรักษาด้วย ซึ่งควรประเมินและวางแผนร่วมกับแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย

## โรคลมชัก (Epilepsy)

ผู้ป่วยที่มีภาวะชักอาจมีปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น อาการข้างเคียงในช่องปากที่มีผลจากยาด้านชัก ในการให้การรักษาทันตกรรมควรพยายามเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะชัก ทันตบุคลากรควรเตรียมพร้อมและสามารถจัดการเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้นขณะมีอาการชัก เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะชักได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

### ปัญหาสภาวะช่องปากในผู้ป่วยโรคลมชัก

ปัญหาสภาวะช่องปากของผู้ป่วยโรคลมชักที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะเหงือกงอกเกิน (gingival hypertrophy) โดยเฉพาะเหงือกบริเวณฟันหน้าด้านริมฝีปากซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเฟนิโทอิน (phenytoin) และฟีนอบาร์บิทอล (phenobarbital)

ภาวะเหงือกงอกเกินนี้เกิดจากการที่ยากระตุ้นไฟโบรบลาสและออสติโอบลาสทำให้เกิดการสะสมของสารหลังภายนอกเซลล์ (extracellular matrix) มากเกินไป ตำแหน่งที่พบบ่อย ได้แก่ บริเวณเหงือกด้านริมฝีปากของฟันหน้าบนและล่าง โดยเหงือกนั้นจะมีสีและลักษณะพื้นผิวที่ปกติ แข็ง บริเวณเหงือกสามเหลี่ยมส่วนมากไม่พบการอักเสบของเหงือก แต่ถ้ามีสิ่งระคายเคืองเฉพาะที่อาจทำให้เกิดการบวมแดงและเลือดออกจากภาวะเหงือก



อักเสบได้ และจากการบวมโตของเหงือกนี้อาจส่งผลให้ฟันขึ้นช้า การเรียงตัวของฟันผิดปกติ เป็นที่สะสมของอาหาร เกิดกลิ่นปากได้ ภาวะเหงือกอักเสบนี้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ถ้ามีสุขภาพช่องปากที่ดีจะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเหงือกอักเสบได้ ดังนั้น ควรให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและควรทำการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ถ้าภาวะเหงือกอักเสบนี้ก่อให้เกิดปัญหาในด้านความสวยงาม ด้านการบดเคี้ยวอาจพิจารณาทำศัลยกรรมปริทันต์ได้



รูปที่ 6 ภาวะเหงือกอักเสบจากการใช้ยาต้านอาการชัก

อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบในช่องปากจากการใช้ยาต้านชักคาร์บามาซีพีน ได้แก่ แผลในช่องปาก ปากแห้ง ลิ้นและเนื้อเยื่อในช่องปากอักเสบ ฟันสึกเกิดจากการกัดเคี้ยวฟันเวลาชัก ภัยอันตรายกับฟันและบริเวณช่องปากและใบหน้า เมื่อเกิดอาการชักโดยเฉพาะอาการชักแบบอ่อนแรง ล้มลงไปทันทีทันใด อาจมีผลทำให้เกิดภัยอันตรายบริเวณใบหน้าและช่องปากได้ เช่น ฟันหน้าหลุด ฟันหัก ริมฝีปากแตกจึงควรให้ความรู้ผู้ดูแลในการป้องกันอุบัติเหตุ และการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ



รูปที่ 7 ฟันหัก และการใส่ฝือกฟันที่หลุดจากเบ้า จากการได้รับอุบัติเหตุหกล้มขณะเกิดภาวะชัก  
ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยโรคลมชัก

การมีภาวะเหงือกอักเสบนั้น สัมพันธ์กับการมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี  
ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเน้นให้ความรู้ควบคุมการเกิดคราบจุลินทรีย์

แนะนำให้ผู้ดูแลแปรงฟันผู้ป่วย

ในท่านอน มีอุปกรณ์ช่วยอำปาก เช่น ไม้ไอศกรีมซ้อนหลายอัน ใช้ไหมขัดฟัน อาจรวมกับการใช้น้ำยาคลอเฮกซิดีน ร้อยละ 0.12 เช็ดบริเวณขอบเหงือกโดยรอบ

## การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก

การทราบถึงสาเหตุของการชักเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการจัดการกับผู้ป่วยได้ ดังนั้น การซักประวัติทางการแพทย์ทำให้ทันตแพทย์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการชักของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย ประเภทและลักษณะของการชัก ความถี่ของการเกิดอาการชัก สาเหตุของอาการชัก อายุที่เริ่มเป็น ระยะเวลาที่เกิดการชัก ยาที่รับประทาน ความถี่ในการไปพบแพทย์ วันที่เกิดการชักครั้งสุดท้าย ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการชัก ประวัติการได้รับบาดเจ็บระหว่างการชัก ช่วงเวลาที่มักเกิดการชัก ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยากันชัก ควร

คำนึงว่าผู้ป่วยอาจเกิดอาการชักขณะทำการรักษาทางทันตกรรมได้

ปัจจัยที่กระตุ้นอาการชัก ได้แก่ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ แสงไฟจ้า แสงกระพริบ เสียงดัง ความเครียดทางร่างกายหรือจิตใจที่รุนแรง

ดังนั้นแสงไฟชนิดที่จ้าอาจกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้ จึงควรระมัดระวังในการปรับแสงไฟชนิด

ควรบอกผู้ปกครองให้เด็กนอนหลับอย่างเพียงพอ และผู้ป่วยควรรับประทานยาตามปกติในวันนั้นตามทำฟัน ควรนัดหลังจากผู้ป่วยรับประทานยาได้ไม่นานเพื่อให้ปริมาณยาในกระแสเลือดมีความเข้มข้นในระดับที่เหมาะสม

ควรซักถามเกี่ยวกับการรับประทานยาในแต่ละครั้งที่มาทำการรักษา ถ้าพบว่ารับประทานยาไม่เพียงพอควรเลื่อนการทำฟันที่ไม่เร่งด่วนออกไปก่อน อย่างไรก็ตาม สิ่งเกตอาการนำของผู้ป่วยก่อนเกิดอาการชักจะช่วยให้ทันตแพทย์เตรียมพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทัน โดยข้อมูลของอาการนำนั้นได้จากการซัก

ประวัติจากผู้ปกครอง เช่น ผู้ป่วยจะเกิดอาการลม วิ่งไปมา จะวิ่งออกนอกห้องทำฟัน

การบูรณะฟันในผู้ป่วยชักควรเลือกใช้วัสดุที่แข็งแรงทนทาน ป้องกันการแตกหักระหว่างมีอาการชัก เช่น ครอบฟันโลหะไร้สนิม เป็นต้น

การถอนฟันหรือทำศัลยกรรมช่องปากในผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับยากันชักมาเป็นเวลานานมีข้อควรระวัง เช่น เลือดหยุดยากจากยาวัลโพรอิกแอซิด ระวังการแตกหักของกระดูกเนื่องจากยาเฟนิโทอินและ ฟิโนบาร์บิทอล เพิ่มเมแทบอลิซึมของวิตามินดี ซึ่งอาจทำให้กระดูกแตกหักง่าย

การได้รับอุบัติเหตุขณะชักเป็นผลทำให้เกิดแผลของเนื้อเยื่ออ่อน เกิดการแตกหักของกระดูกใบหน้า การเคลื่อนของข้อต่อขากรรไกร ฟันที่มีการแตกหักควรได้รับการบูรณะ แต่ถ้ามีการหลุดของฟันไม่แนะนำให้ทำการใส่ฟันที่หลุดออกมากลับเข้าที่ ในกรณีที่ทำฟันนั้นไม่พบควรทำการถ่ายภาพรังสีบริเวณช่องอกเพื่อตรวจสอบว่าขณะที่มีการชักผู้ป่วยได้กลืนฟันลงไปหรือไม่

### การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก

การจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเด็กพิเศษที่มีภาวะชักที่ไม่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ให้การดูแลเหมือนเด็กทั่วไป

ในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาพร้อมด้วยสามารถสร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นอวัจนภาษา การแสดงสีหน้า ท่าทาง หรือใช้วิธีพิเศษ เช่น เครื่องมือช่วยสื่อสาร ได้แก่ การใช้สัญลักษณ์ รูปภาพ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น โดยรูปภาพสัญลักษณ์ที่ใช้ควรทำเลียนแบบรูปร่างของจริงตามธรรมชาติ รูปร่างของภาพวาดควรเป็นร่างแบบง่าย ๆ ไม่มีความซับซ้อนของรูปภาพ อาจให้ผู้ปกครองนำอุปกรณ์ดังกล่าว กลับไปฝึกกับเด็กที่บ้าน หรือฝึกกับครูสอน นักแก้ไขการพูดร่วมด้วย เมื่อเด็กมีความเคยชินกับการสื่อสารวิธีดังกล่าวแล้ว จะนำสัญลักษณ์มาช่วยสื่อสารในคลินิกทันตกรรมต่อไป นอกจากนี้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กอาจอยู่ในห้องระหว่างการรักษาเพื่อช่วยสื่อสารระหว่างเด็กและทันตแพทย์ ทั้งนี้ไม่ควรทิ้งเด็กไว้ตามลำพัง เพราะเด็กอาจ ตกจากเก้าอี้ทำฟันได้

### การให้การรักษาฉุกเฉินในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะชักระหว่างการรักษาทางทันตกรรม

อาการชักอาจเกิดขึ้นทันทีทันใดระหว่างให้การรักษาทางทันตกรรม สิ่งที่ต้องระมัดระวังคือ การป้องกันไม่ให้ร่างกายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บขณะชัก ผลักอุปกรณ์และเครื่องมือที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยออก ห่างจากตัวผู้ป่วยพร้อมทั้งนำอุปกรณ์และเครื่องมือที่อยู่ในช่องปากออก ปรับเก้าอี้ให้เอนราบและอยู่ในระดับต่ำ ไม่จำเป็นที่จะต้องขนย้ายผู้ป่วยมาไว้ที่พื้น เอาสิ่งของออกจากช่องปากผู้ป่วย ทั้งนี้ไม่แนะนำให้ใช้นิ้วสอดเข้าไปในช่องปากเพื่อป้องกันการกัดลิ้น เนื่องจากมักจะเกิดภัยอันตรายต่อฟัน อาจพิจารณาไม่นำเมทเทคออกจากรากฟัน ในกรณี que อุปกรณ์ดังกล่าวใส่อยู่ในช่องปากแล้วก่อนชัก ทั้งนี้จะสามารถช่วยอำปากให้ทันตแพทย์ดูน้ำลาย เสมหะ และนำอุปกรณ์อื่น ๆ ออกจากช่องปากได้ง่าย ทันทีที่ผู้ป่วยไปด้านข้างเพื่อป้องกันการสำลัก ใช้เครื่องดูดน้ำลาย กำลังสูงดูดน้ำลาย เสมหะเพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจ ประเมินการหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต และพยายามหาสาเหตุของอาการชักนั้น

หลังอาการชักควรทำการตรวจว่ามีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับช่องปากและใบหน้าหรือไม่ หากพบว่ามี การบาดเจ็บของฟันควรทำการประเมินว่ามีอาการสำคัญเอาชิ้นส่วนของฟันหรือชิ้นส่วนกระดูกที่แตกหักเข้าไปหรือไม่ หลังเกิดอาการชักผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ ซึม ง่วงนอน สับสน หรือมีอาการทางจิต หูแว่ว เห็นภาพหลอน อาการหลังชักนี้อาจเกิดเป็นนานาที่หรือชั่วคราว แนะนำให้เลื่อนการรักษาทางทันตกรรมออกไปครั้งหน้า หากผู้ป่วยเกิดอาการชักเป็นเวลานานกว่าปกติ หรือเกิดอาการชักซ้ำหลายครั้ง แสดงว่าเข้าสู่ภาวะชักต่อเนื่อง (status epilepticus) ต้องเรียกหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลและปรึกษาแพทย์ทันที

## บรรณานุกรม

1. มาลี อรุณากร. การจัดการและการรักษาทางทันตกรรมในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2555.
2. ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเด็กสมองพิการ.[อินเทอร์เน็ต]; 2550 [เข้าถึงเมื่อ19 สิงหาคม 2558].เข้าถึงได้จาก [http://rehabmed.or.th/main/paperjournal\\_value/15-3/](http://rehabmed.or.th/main/paperjournal_value/15-3/)
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวทางการรักษาโรคลมชัก สำหรับแพทย์ทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต];2550 [เข้าถึงเมื่อ24 มกราคม 2550].เข้าถึงได้จาก :<http://www.rcpt.org/news/news-list.asp?type=GUIDELINE>
4. American Academic of Pediatric Dentistry. Guideline on Antibiotic prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection. *Pediatr Dent*. 2013-14; 35(6):279-283.
5. American Academic of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2012-13; 34(6):12-3.
6. American Academy of Pediatrics. ADHD: Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun 5];128(5): 1-16.Available from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/14/peds.2011-2654>
7. Aneja S. Evaluation of a child with cerebral palsy. *Indian J of Pediatric* 2004; 71(7):627-34.
8. Annette P. Gaining and Growing. Enteral Feeding [Internet] 2004[cited 2015 August 20] Available from: <http://depts.washington.edu/growing/Nourish/Tubes.htm>.
9. Barnett ML, Press KP, Friedman D, Sonnerberg EM. The prevalence of periodontitis and dental caries in a Down’s syndrome population. *J periodontal* 1986; 57(5):288-93.
10. Bissonnette B, editor. *Pediatric anesthesia Principle and practice*. NewYork: Mc-Graw
11. Boon-yasidhi, V. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Mangement. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(4):373-386.
12. Brian J. Sanders, James A. Weddell, Nancy N. Dodge. Managing patients who have seizure disorders: Dental and medical issues. *J Am Dent Assoc* 1995;126(12):1641-47.
13. Broadbent JM, Ayers KM, Thomson WM. Is attention-deficit hyperactivity disorder a risk factor for dental caries? A case-control study. *Caries Res* 2004;38(1):29-33.
14. Connick C, Palat M, Pugliese S. The appropriate use of physical restraint: considerations. *ASDC J Dent Child* 2000 ;67(4):256-62, 231.
15. Daniel E. Treatment planning for compromised patient in an alternative setting: case study. *Spec Care Dentist* 1989; 24(3):155-159.

16. Dental Practice Education Research Unit; ARCPOH. Oral Care for people with disabilities. เข้าถึงได้จาก :[http:// www.arcpoh.adelaide.edu.au](http://www.arcpoh.adelaide.edu.au)
17. Desai SS. Down syndrome: a review of the literature. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology 1997; 84: 279 – 85.
18. Efron LA, Sherman JA. Attention deficit disorder: implications for dental practice. Dent Today.2005Feb;24(2):134-139.
19. Erdinc I, Tanboga I, Ari T. Comparison of gingival and periodontal conditions of healthy children and children with cerebral palsy. Spec Care Dentist 2004; 24(3):139.
20. Erika MY, Richard KK, Akemi K, Shigehisa A, Ichijiro M. A modified oral screen appliance to prevent self-inflicted oral trauma in an infant with cerebral palsy: A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004 ;( 97):471-75.
21. Friedlander AH, Friedlander IK. Dental management considerations in children with attention-deficit hyperactivity disorder. ASDC J Dent Child 1992 ;59(3):196-201.
22. Gregorious AP, Schneider PE, Shaw PR. Phenobarbital – induced gingival overgrowth? Report of two cases and complications in management. J Dent Child 1996; 63:408-13.
23. Guare R, Ciampioni AL. Prevalence of periodontal disease in the primary dentition of children with cerebral palsy. J Dent Child 2004; 71(1):27-32.
24. Gullikson JS. Oral findings in children with Down’s syndrome. ASDC J Dent Child 1973;40(4):293-7.
25. Henry L. Cerebral palsy and other gross motor or skeletal problems. In: Wessels KE , editor. Dentistry and the Handicapped Patient, Littleton: PSG Pub.Co.1979.p.33-61. Hill; 2002.p.1081-83.
26. Holan G, Peretz B, Efrat J, Shapira J. Traumatic injuries to the teeth in young individual with cerebral palsy. Dent Traumatol 2005; ( 21):65-69.
27. James A, Brian J, James E. Dental Problems of Children with Disabilities. In: Mcdonald,RE, Avery, DR,Dean JA, editors. Dentistry for the Child and Adolescent. 8<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby 2004.p.543-46.
28. Johannes L, Hoyer H, Scheying H. Drooling, chewing and swallowing dysfunctions in children with cerebral palsy: treatment according to Castillo-Morales. J Dent Child 1990(3 ) :445-51
29. Karasu HA, Uyanik LO, Kocyigit ID. Displacement of avulsed tooth into soft tissue of chin resulting from epileptic attack trauma. NY State Dent J 2005; 71:26-8.
30. Karin BN, Kenneth FS, Barry SR. Cerebral palsy. In: Kenneth F, editor. Pediatric Neurology principle and practice. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby 1994. P.471- 77.

31. Karolyhazy K, Kivovics P, Fejerdy P, Aranyi Z. Prosthodontic status and recommended care of patients with epilepsy. *J Prosthet Dent* 2005; 93:177-82.
32. Kerrod B, James O, Timothy J, Dinah S, Roger K. Dental health of children with cerebral palsy following sialodochoplasty. *Spec Care Dentist* 1995; 15(6):234-38.
33. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL, editors. Neurological disorders. In: *Dental management of the medically compromised patient*. 6 th ed. St. Louis: Mosby; 1997 p.417-38.
34. Maria T, Danilo M, Maria R. Risk factors for dental caries in children with cerebral palsy. *Spec Care Dentist* 2002; 22(3):103-7.
35. Maria T, Leda M. Use of cryotherapy to enhance mouth opening in patients with cerebral palsy. *Spec Care Dentist* 2004; 24(4):232-34.
36. Mauro H, Helena H, Vera L, Isabela A. Mechanical and chemical home plaque control: a study of Brazilian children and adolescents with disabilities. *Spec Care Dentist* 2002; 22(2):59-64.
37. Mclaurin ET, Shaw L, Foster TD. Dental caries and periodontal disease in children with Down's syndrome and other mentally handicapping conditions. *J Pediatr Dent* 1985:15-9.
38. Modeeer T, Barr M, Dahllof G. Periodontal disease in children with Down's syndrome. *J Scan J Dent Res* 1990; 98:228-34.
39. Mohamad A, Harold S. A review of chlorhexidine and its use in special populations. *Spec Care Dentist* 1994; 14(3):116-22
40. National institute of dental and craniofacial research [Internet] Practical oral care for people with Down syndrome [updated 2014 November 3;cited 2015 August 19]. Available from: <http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/DevelopmentalDisabilities/PracticalOralCarePeopleDownSyndrome.html>.
41. Russell GM, Kinirons MJ, A study of the barriers to dental care in a sample of patients with cerebral palsy. *Community Dental Health* 1992; 10:57-64.
42. Stephen T, Jonathan D, Alice M. Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children. *Pediatric Dentistry* 1998; 20(4):321-325.

43. The Royal College of Surgeons of England. Clinical Guidelines and Integrated Care Pathways for the Oral Health Care of the People with Learning Disabilities. London: The Institute; 2012.
44. Ulseth JO, Hestnes A, Stovner LJ, Storhaug K. Dental caries and periodontitis in persons with Down syndrome. *Special Care Dentistry* 1991; 11: 71 - 3.
45. Wendy SH. Seizure disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92:593-6.
46. Wina E, Louise B. Aided augmentative communication in managing children with cerebral palsy. *Pediatric Dentistry* 2001; 23(2):136-139.
47. Wright GZ, Starkey PE, Gardner DE, editors. *Managing Children's Behavior in the Dental Office*. St Louis: Mosby Company; 1993:300-301.

## บทที่ 4

# การให้คำแนะนำผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กพิเศษ

ทันตแพทย์หญิงนงลักษณ์ พงศ์ทวีบุญ  
ทันตแพทย์หญิงอุษา จึงพัฒนาวดี

### การให้คำแนะนำผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กพิเศษ

ในการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษมีเป้าหมายเช่นเดียวกับประชากรกลุ่มทั่วไป แต่การไปสู่ความสำเร็จของเป้าหมายทางทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มี

- ความบกพร่องในการรับรู้ ทำให้ไม่เข้าใจเรื่องการมีทันตสุขภาพที่ดี
- มีข้อจำกัดทางร่างกายไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้
- ต่อต้านการดูแลในช่องปาก ต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่น
- มีปัญหาสุขภาพทางกายซึ่งส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก
- มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันรวมถึงการดูแลทำความสะอาดช่องปาก

ความท้าทายอีกประเด็นหนึ่งของทีมทันตบุคลากรคือ การเผชิญหน้ากับผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ตัวผู้ดูแลเด็กเองส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคในช่องปาก วิธีการดูแลช่องปากของตนเองและผู้ที่อยู่ในความดูแล

### การประเมินผู้ดูแลเด็กก่อนการให้คำแนะนำ

ขั้นตอนคือ สัมภาษณ์ความต้องการในการดูแลทันตสุขภาพ ความสามารถในการรับรู้ของเด็ก การคาดถึงสถานการณ์และอุปสรรคที่จะเกิดในการดูแลช่องปากเด็ก การประเมินความเสี่ยงแวดล้อมที่บ้านของเด็ก เช่น ความรู้ ทักษะสติ ความคาดหวังและความสามารถในการดูแลช่องปากประจำวันของผู้ดูแล การให้รางวัลด้วยอาหาร ความรู้สึกสัมผัสที่ไวกว่าปกติและ อุปสรรคด้านพฤติกรรมของเด็ก

ทักษะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของเด็กมีผลต่อการรับรู้บทบาทในการดูแลช่องปากเด็กของผู้ดูแล คือในกลุ่มเด็กที่มีทักษะสูง ผู้ดูแลจะมีความสะดวกในการสอนและช่วยเหลือในการแปรงฟันของเด็ก โดยผู้ดูแลมีความต้องการให้สอนการดูแลช่องปากต่อเด็กโดยตรงมากกว่าที่จะสอนต่อผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมในการกระตุ้นด้วย ในกลุ่มเด็กที่มีทักษะต่ำผู้ดูแลมีความไม่สะดวกใจในการช่วยเหลือในการแปรงฟันของเด็ก ทันตบุคลากรควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและหาวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กให้แก่ผู้ดูแล

ข้อสังเกตอีกข้อหนึ่งที่ทันตบุคลากรควรระมัดระวังในการให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลคือ ความสะดวกใจการมาตรวจครั้งแรกเมื่อเทียบกับการตรวจติดตามอาการมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากผู้ดูแลมีความกังวลว่าจะไม่สามารถดูแลช่องปากได้ในระดับที่ทันตบุคลากรคาดหวัง ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลต้องเผชิญหน้ากับความท้าทายต่อสถานการณ์ที่มีความกดดันอีกหลายอย่างในการดูแลเด็ก



## บทบาทของทันตบุคลากร

การส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กที่มีความต้องการพิเศษขึ้นอยู่กับการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและทันตบุคลากรเป็นหลัก บทบาทของทันตบุคลากรคือ ให้ความรู้เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจความสำคัญของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อสุขภาพโดยรวมของเด็ก ซึ่งแจ้งรายละเอียดปัญหาทางทันตกรรม การรักษาที่จำเป็น การจัดการพฤติกรรม ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางทันตสุขภาพ

การให้คำแนะนำในการดูแลทันตสุขภาพที่บ้าน ซึ่งอาจจะปฏิบัติโดยตัวเด็กเองถ้าเป็นไปได้หรือมีผู้ดูแลกำกับช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพ การกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักโดยส่งเสริมทักษะความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติ การดูแลทันตสุขภาพที่บ้านที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและทีมทันตบุคลากร หน้าที่ของทันตบุคลากรคือการให้ข้อมูลและฝึกฝนทักษะปฏิบัติการดูแลช่องปากเด็กแก่ผู้ดูแล

การผสมผสานการให้คำแนะนำจากมุมมองของทันตบุคลากรตามแบบแผนปกติรวมกับการเรียนรู้และทำความเข้าใจเด็กที่มีบุคลิกลักษณะเฉพาะร่วมกับผู้ดูแลถึงสถานการณ์ที่เหมาะสม พฤติกรรมที่มีความหลากหลายระดับความสามารถ และการตอบสนองต่อและอ่านพฤติกรรมของเด็กที่มีต่อผู้ดูแล จะทำให้ประสบความสำเร็จในการสื่อสารกับผู้ดูแล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแล การสังเกตเด็กก่อนให้คำแนะนำ ส่งผลให้ให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กระหว่างทีมทันตบุคลากรและผู้ดูแล

## การก้าวข้ามผ่านปัญหาอุปสรรคในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ

### อุปสรรคด้านการให้ข้อมูล

ประเมินความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพ เพื่อตั้งเป้าหมายในการให้ข้อมูลให้เหมาะสม เช่น การใช้เทคนิค motivation interviewing เพื่อช่วยให้สามารถทำความเข้าใจในการให้คุณค่าและความเชื่อของผู้ดูแล การชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดแก่ตัวผู้ดูแลเอง เพื่อนำไปสู่การร่วมกันตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีกว่าการให้ทันตสุขภาพศึกษาตามแบบแผนปกติ ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจะพัฒนาขึ้น เมื่อได้รับความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะร่วมกัน

### อุปสรรคจากข้อจำกัดทางกายภาพ

อุปสรรคด้านนี้ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การใช้มือ หลักการสำคัญคือการช่วยอย่างมีส่วนร่วม โดยพยายามให้ผู้ป่วยได้ทำด้วยตนเองให้มากที่สุด กรณีที่มีข้อจำกัดในการทำความสะดวกสบายช่องปากประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยให้ขั้นตอนประสบความสำเร็จ

### อุปสรรคด้านพฤติกรรม

การต่อต้านการดูแลช่องปากประจำวันจากผู้ดูแลเกิดจาก ข้อจำกัดด้านการรับรู้ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ความรู้สึกไวต่อสัมผัสมากกว่าปกติ การฝึกทักษะในการช่วยเหลือด้านพฤติกรรมต่อผู้ดูแล จะช่วยลดการต่อต้านและเพิ่มความร่วมมือจากผู้ป่วยได้ มีแนวทางดังต่อไปนี้

#### - การสร้างสภาพแวดล้อม

การเลือกสถานที่และเวลาที่เด็กให้ความร่วมมือได้มากที่สุด ไม่มีการรบกวนที่เบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก ทำให้บรรยากาศสนุกสนาน ฟังพอใจต่อเด็ก

#### - การสร้างความเป็นส่วนตัวเฉพาะ

เด็กกลุ่มนี้จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกกำหนดไว้ประจำวัน การเปิดโอกาสให้เด็กมีตัวเลือกเพิ่มมาก

ขึ้นจะช่วยเพิ่มความร่วมมือของเด็ก เช่น การเลือกสีแปรงสีฟัน การเลือกแปรงสีฟันใหม่

- การให้แรงเสริม

การให้รางวัลจะเป็นแรงจูงใจให้มีการคงอยู่ของพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากประจำวัน ทั้งนี้ต้องสังเกตในระยะยาวด้วยว่ารางวัลนั้นยังกระตุ้นพฤติกรรมได้หรือไม่ หากไม่จะต้องมีการปรับเปลี่ยน โดยรางวัลจะเป็นสิ่งของ หรือการให้รางวัลทางสังคม เช่น การยิ้ม การกล่าวชื่นชม

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (shaping)

การให้แรงเสริมกระตุ้นเพื่อให้ทำขั้นตอนจนสำเร็จ เช่น การแปรงฟันให้ครบ 5 นาที จะต้องกระตุ้นหลังแปรง 30 วินาทีแรก ต่อจากนั้นกระตุ้นต่อในนาทีที่ 1 และ 2 ตามลำดับ เพื่อสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยจนทำกิจกรรมได้เสร็จ

- การใช้การสื่อสารที่ตรงและง่าย

มีเทคนิคคือ การสบตา การเรียกชื่อ การใช้ประโยคที่ชัดเจน แสดงการช่วยเหลือมากกว่าออกคำสั่ง โดยมีน้ำเสียงที่สงบและเป็นมิตร การให้คำแนะนำ และตัวเลือกแก่ผู้ป่วย ใช้ร่วมกับเทคนิคการสัมผัสสิ่งที่ไม่พึงพอใจที่ละน้อย (desensitization) คือ เริ่มช้า ๆ และดำเนินขั้นตอนอย่างต่อเนื่องจนถึงเป้าหมายที่ต้องการ โดยทันตบุคลากรช่วยผู้ดูแลออกแบบวางแผนในการดูแลช่องปากประจำวัน จะช่วยให้ประสบความสำเร็จได้

### อุปสรรคในการจัดการองค์กร

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอยู่เป็นกลุ่มในสถาบัน หรือสถานที่เฉพาะ ซึ่งมีนโยบายซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลช่องปากประจำวัน การจัดการโปรแกรมต่อต้านสุขภาพจึงมีลักษณะเฉพาะ คือ การจัดการนโยบายของผู้นำมีผลต่อการดูแลทันตสุขภาพของทั้งองค์กร บทบาทของทีมทันตบุคลากรคือ มีส่วนรวมในการวางนโยบายการดูแลทันตสุขภาพขององค์กร สนับสนุนการฝึกปฏิบัติและกระตุ้นต่อทีมผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

### แนวทางการสร้างแผนการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันเฉพาะบุคคล

การสร้างแผนการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันเฉพาะบุคคล มีประโยชน์คือใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารมาตรการป้องกันต่อผู้ดูแล ใช้เพื่อสื่อสารเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย และเป็นบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

แนวทางการเขียนแผนการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

- การประเมินปัญหาและเทคนิคที่ต้องใช้สอนในการทำความสะอาดช่องปากประจำวัน
- ระบุอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากประจำวัน เช่น แปรงสีฟัน อุปกรณ์เสริมในการกำจัดคราบจุลินทรีย์
- การจัดการอุปสรรคด้านกายภาพและพฤติกรรม เทคนิคที่แนะนำ ขั้นตอนการ desensitization การให้แรงเสริมรางวัล
- แผนของทันตบุคลากร เช่น ระยะเวลาในการติดตามอาการ ตัวอย่างแบบรายการตรวจสอบทักษะของผู้ป่วย

### ข้อแนะนำในการทำความสะอาดช่องปากประจำวัน

#### เทคนิคในการแปรงฟัน

เทคนิคในการแปรงฟันในผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ สามารถเลือกใช้เทคนิค

ที่เหมาะสมตามอายุเหมือนเด็กทั่วไป แต่ถ้าเด็กมีปัญหา เทคนิคที่สามารถทำได้ง่ายและได้ผลดีคือ horizontal scrub ร่วมกับการปรับเปลี่ยนด้ามแปรงสีฟันให้มีขนาดที่สามารถจับได้ถนัด การแปรงฟันไม่จำเป็นต้องทำในห้องน้ำ ที่มองเห็นไม่ชัด การที่ต้องหยุดเพื่อบ้วนปากบ่อย ๆ ทำให้ขัดขวางขั้นตอนการแปรง การแปรงฟันในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก มีรีเฟล็กซ์การขย้อน (Gag reflex) ควรจัดให้อยู่ในตำแหน่งตั้งตรง และลดการใช้ยาสีฟันให้มีปริมาณน้อยลง

**แปรงสีฟัน** เลือกแปรงที่มีขนนุ่ม ปลายมน ด้ามยาวพอที่จะเข้าถึงฟันหลัง ขนาดของหัวแปรงสีฟันขึ้นอยู่กับความสามารถในการอ้าปากและขนาดช่องปากของเด็ก การใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแปรงฟันและช่วยสร้างความคุ้นเคยกับเสียงและการสั่น เพื่อการรักษาทางทันตกรรมในอนาคต

**ยาสีฟัน** ยาสีฟันที่มีฟองจะกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายมากขึ้น ทำให้มองเห็นในช่องปากได้ไม่ชัดเจนและกระตุ้นรีเฟล็กซ์การขย้อน ผู้ป่วยบางรายมีการกลืนยาสีฟัน การลดปัญหานี้ทำได้โดยเลือกยาสีฟันที่ไม่มีฟอง หรือใช้แปรงสีฟันจุ่มน้ำยาบ้วนปากในการแปรงแทน

**ไหมขัดฟัน** ควรใช้ภายใต้การดูแลของผู้ดูแล การใช้ด้ามจับจะช่วยลดรีเฟล็กซ์การขย้อน และช่วยให้ใช้งานได้ง่ายในผู้ที่มีปัญหาในการใช้มือ

**น้ำยาบ้วนปาก** เน้นการใช้ chlorhexidine ช่วยลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ และการเกิดเหงือกอักเสบ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถบ้วนปากได้ให้ใช้ผ้าสะอาดหรือผ้าก๊อชชุบน้ำยาทาบริเวณขอบเหงือกแทน ส่วนการบ้วนด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์พิจารณาในรายเด็กโตที่สามารถบ้วนน้ำและควบคุมการกลืนได้หรือพิจารณาให้ผู้ปกครองใช้ทาบริเวณฟัน

### แนวทางการจัดตำแหน่งผู้ป่วยขณะทำความสะอาดช่องปาก

การเข้าถึงภายในช่องปาก ทำโดยอยู่ด้านหลังผู้ป่วยใช้แขนข้างหนึ่งโอบยึดศีรษะไว้กับลำตัวผู้ดูแลใช้ฝ่ามือประคองใต้คางแล้วใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือแหวกริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม

### การจัดตำแหน่งผู้ป่วยบนรถเข็น



รูปที่ 1

วิธีที่1 ผู้ดูแลยืนด้านหลังรถเข็น ใช้แขนโอบประคองศีรษะผู้ป่วยไว้กับลำตัว หรือใช้หมอนช่วยหนุนเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย

วิธีที่2 ผู้ดูแลนั่งข้างหลังรถเข็น เอียงรถเข็นให้ศีรษะอยู่บนตักของผู้ดูแล เพื่อความปลอดภัยให้ล้อรถเข็นทุกครั้ง

## การจัดตำแหน่งผู้ป่วยโดยใช้หมอนหนุนศีรษะใบใหญ่



รูปที่ 2

จัดทำให้เด็กนอนหงายบนตักผู้ดูแลในแนวขวาง ให้เด็กนอนหนุนหมอนใบใหญ่ บนพื้นราบ เตี้ย หรือ โซฟา ใช้แขนประคองศีรษะผู้ป่วย ถ้าเด็กไม่ร่วมมือผู้ดูแลคนที่สองช่วยจับยึดมือและเท้าอย่างนุ่มนวล

### การจัดตำแหน่งผู้ป่วยบนbeanbag

เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่นั่งตัวตรงได้ลำบาก เนื่องจาก beanbag ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย โดยนั่งใน ตำแหน่งเช่นเดียวกับการจัดท่าบนโซฟา

### การจัดตำแหน่งผู้ป่วยโดยให้เด็กนอนบนพื้น



รูปที่ 3

จัดศีรษะผู้ป่วยนอนบนหมอนที่อยู่ระหว่างเข่าผู้ดูแลที่นั่งคุกเข่าอยู่ด้านหลังใช้แขนประคองศีรษะผู้ป่วยให้อยู่นิ่ง สิ่งทีพึงระลึกเสมอคือไม่ว่าจะจัดท่าแบบใดจะต้องประคองศีรษะไว้ตลอดและระมัดระวังการสำลักและรีเฟล็กซ์การขย้อน จากการแหงนศีรษะมาด้านหลัง

### การปรับปรุงอุปกรณ์ในการทำความสะดวกช่องปาก

การปรับปรุงอุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดในช่องปากเช่น ด้ามแปรงสีฟัน ด้ามไหมขัดฟัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้อุปกรณ์ด้วยตัวผู้ป่วยเอง มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- 1.วัสดุที่นำมาใช้ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ควรหาได้ง่าย ราคาไม่แพง น้ำหนักไม่มากเกินไป กั้นน้ำได้ ทำความสะอาดและทำให้แห้งได้
- 2.วัสดุที่นำมาใช้สามารถนำมาใช้ซ้ำเมื่อเปลี่ยนอุปกรณ์ทำความสะอาดชิ้นใหม่ได้
- 3.ขั้นตอนที่นำมาใช้ปรับเปลี่ยนทำได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถนำวิธีไปปฏิบัติเองได้

4. ผู้ที่ควรมีส่วนร่วมในการออกแบบปรับเปลี่ยนอุปกรณ์คือ ทันตบุคลากรและนักกิจกรรมบำบัด เพื่อให้  
อุปกรณ์ใช้ได้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น

- การเพิ่มความยาวของด้ามอุปกรณ์ให้เข้าถึงในช่องปากได้ง่าย
- การปรับเปลี่ยนของด้ามอุปกรณ์ที่ทำจากพลาสติกให้พอดีกับความโค้งของขากรรไกรทำได้โดยใช้ความร้อนจากการลนไฟ การแช่น้ำร้อนให้พลาสติกอ่อนเพื่อให้ดัดเปลี่ยนนุ่มและความโค้งให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่มีการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อไม่ดีการเพิ่มขนาดและน้ำหนักของด้ามแปรงที่มีน้ำหนักเบาทำให้การควบคุมอุปกรณ์ได้สะดวกขึ้น

- ในผู้ป่วยที่มีแรงในการกำได้น้อย การเพิ่มขนาดด้ามจับให้มีขนาดใหญ่ขึ้น จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจับอุปกรณ์ได้แน่นขึ้น เช่น การใช้แฮนด์รถจักรยาน ดินปั้นงานศิลปะเสริมขนาดของด้ามอุปกรณ์

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับอุปกรณ์ได้ด้วยตนเองใช้ velcro strap ยึดอุปกรณ์ให้ติดกับแขนหรือข้อมือ สามารถดาวน์โหลดวีดิทัศน์ แนะนำการทำความสะอาดช่องปากสำหรับเด็กพิเศษ โดย กลุ่มงานทันตกรรมสถาบันราชานุกูล จาก YouTube เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิเศษ <https://youtu.be/49tSlmHeDAA>



การดูแลสุขภาพช่องปากคนพิเศษ

Rajanukul

10 months ago · 1K views

## บรรณานุกรม

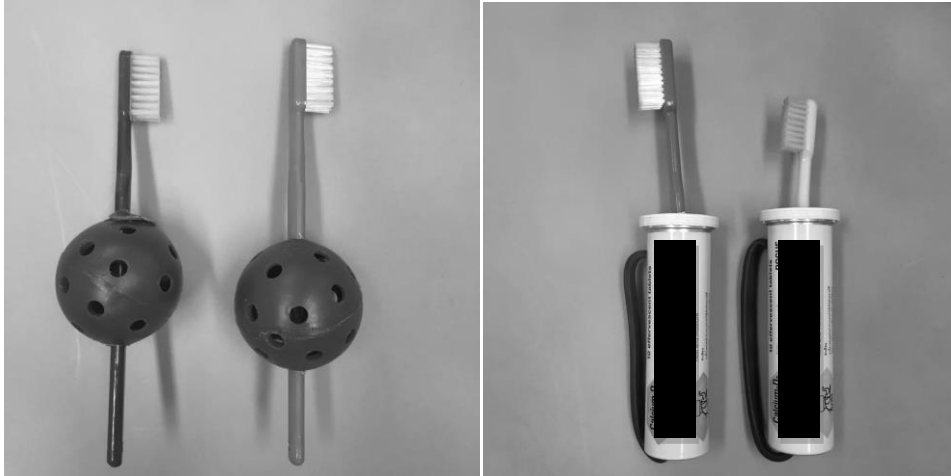
1. Ferguson FS, Cinotti D. Home oral health practice: the foundation for desensitization and dental care for special needs. *Dent Clin North Am.* 2009;53(2):375-87.
2. Jame A. Weddell, Brain J. Sanders, James E. Jones. Dental Problems of Children with Special Health Care Needs. In: Jeffrey A. Dean, David R. Avery. *McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent*, 9<sup>th</sup> ed. Maryland: Mosby. 2011: 460-65.
3. Kathleen B. Muzzin. Persons with Disabilities. In: Michele Leonardi Darby, Margaret Walsh. *Dental Hygiene: Theory and Practice*. 3<sup>rd</sup> ed: Saunders:2009: 824.
4. Petrova EG, Hyman M, Estrella MR, Inglehart MR. Children with special health care needs: exploring the relationships between patients' level of functioning, their oral health, and caregivers' oral health-related responses. *Pediatr Dent.* 2014 ;36(3):233-9.
5. Pual Glassman. Oral Health Promotion with People with Special Needs. In: David I. Mostofsky, Farida Fortune. *Behavioral Dentistry*, 2<sup>nd</sup> ed. Wiley-Blackwell ;2013:337-347.
6. Pual Glassman, Christine E. Miller. Preventing oral health problem. In : Karen A. Raposa, Steven P. Perlman. *Treating the Dental Patient with a Development Disorder*. 1<sup>st</sup> ed. Malaysia: Wiley-Blackwell;2012: 141-53.
7. Southern Association of Institutional Dentist. Preventive dentistry for persons with severe disability (cited 2015 Feb) Available from [http://saident.org/admin/images/61178500\\_1339447209.pdf](http://saident.org/admin/images/61178500_1339447209.pdf).
8. Steven P. Perlman, MscD, Clive Friedman, Sanford J Fenton. A Caregivers Guide to Good Oral Health for Persons with Special Needs. Available from [http://media.specialolympics.org/soi/files/healthy-athletes/Special%20Smiles\\_Good\\_Oral\\_Health\\_Guide.pdf](http://media.specialolympics.org/soi/files/healthy-athletes/Special%20Smiles_Good_Oral_Health_Guide.pdf).

## บทที่ 5

# อุปกรณ์ที่ช่วยในงานทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ

ตัวอย่างอุปกรณ์ที่ช่วยในการทำความสะอาดช่องปากเด็กพิเศษ

1. แปรงสีฟันดัดแปลงสำหรับผู้พิการทางสมอง



รูปที่ 1

ใช้กับผู้พิการทางสมองที่นิ้วมือไม่มีกำลัง หรือมีการเกร็งเหยียดทำให้จับด้ามแปรงสีฟันได้ไม่ถนัด แปรงหลุดจากมือบ่อยๆ กำด้ามแปรงไม่ได้ หรือใส่แปรงเข้าปากไม่ถึง ทำให้มีปัญหาในการแปรงฟัน จำเป็นต้องมีแปรงที่มีลักษณะพิเศษเหมาะสมกับความพิการและความสามารถของแต่ละคน เช่น

- ใช้หนังสือตีขนาดใหญ่ หรือสายเวลโก้ ยึดด้ามแปรงสีฟันติดไว้กับมือผู้พิการ เพื่อช่วยไม่ให้แปรงสีฟันเลื่อนหลุดจากมือง่าย
- ทำด้ามแปรงให้ใหญ่ขึ้น เพื่อช่วยให้คนพิการที่นิ้วมือไม่มีกำลัง สามารถใช้นิ้วมือสัมผัสด้ามแปรงได้ทุกนิ้วทำให้เพิ่มกำลังนิ้วมือและจับได้ถนัดมากขึ้น โดยเสียบแปรงสีฟันธรรมดาลงในลูกบอลพลาสติกขนาดเล็ก หรือกระบอกยาที่ทำจากพลาสติก อลูมิเนียมหรือ ท่อเอสลอน
- ทำด้ามแปรงให้ยาวขึ้นโดยต่อด้ามแปรงสีฟันธรรมดาเข้ากับไม้ เพื่อช่วยผู้พิการที่ไม่สามารถเอาแปรงสีฟันเข้าปากได้เพราะมือเอื้อมไม่ถึง

ติดต่อสอบถามข้อมูลและรายละเอียดได้ที่ กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันราชานุกูล



## 2. เสื้อแปลงร่างช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวขณะทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก



รูปที่ 2

ใช้สำหรับเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการทำทำความสะอาดช่องปาก โดยควรใช้จิตวิทยา การหลอกล่อ การจูงใจให้ทำความสะอาดช่องปากด้วยวิธีต่างๆ เช่น เล่านิทาน ร้องเพลง ร่วมด้วย การใช้อุปกรณ์นี้คำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการทำความสะอาดช่องปาก ไม่ใช่เพื่อการลงโทษ และระมัดระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ

**วิธีการใช้** สวมเสื้อแปลงร่างเข้าทางศีรษะ ในท่าที่ให้เด็กยืนขึ้นตัวตรง แขนแนบกับลำตัว หรือสวมเข้าทางศีรษะในท่าที่เด็กนอนและแขนแนบกับลำตัวและผู้ดูแลช่วยอุ้ม คาดสายรัดเข็มขัดให้อยู่ในบริเวณข้อศอกของเด็ก ส่วนวิธีถอด ให้ถอดสายรัดเข็มขัดออกก่อน จากนั้นถอดเสื้อแปลงร่างออกทางศีรษะ

เนื่องจากเสื้อแปลงร่างจำกัดการเคลื่อนไหวลำตัวส่วนบนและแขนเท่านั้น ส่วนขายังสามารถเคลื่อนไหวได้ จึงแนะนำให้ผู้ปกครองนั่งกับพื้น ให้เด็กนอนหนุนตักและผู้ปกครองพาดขาข้างหนึ่งทับบริเวณขาและลำตัวท่อนล่างของเด็ก เพื่อช่วยจำกัดการเคลื่อนไหวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ควรให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ ดังนี้ โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ โรคกระดูกเปราะและหักง่ายหรือมีประวัติการเคลื่อนหลุดของข้อต่อหัวไหล่ สะโพกมาก่อน และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวซึ่งเมื่อส่งปรึกษาแพทย์แล้ว แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่ควรใช้เสื้อควบคุมการเคลื่อนไหว และควรจะยุติการใช้เสื้อแปลงร่างในกรณีที่คนไข้เกิดอาการดังนี้ หายใจลำบาก หอบ มีอาการชัก อาเจียน ปลายนิ้วมือนิ้วเท้าเขียว ซึ่งแสดงถึงการขาดเลือดไปเลี้ยง

อุปกรณ์เสื้อแปลงร่างนี้ แนะนำให้ใช้ในคลินิกทันตกรรมป้องกัน โดยมีทันตบุคลากรดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างการใช้งาน

วัสดุที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ ได้แก่ เสื้อยืด เสื้อที่ทำจากผ้าหรือวัสดุที่สวมใส่สบาย ทำความสะอาดได้ง่าย หรือผ้าปูที่นอนหรือ ผ้าห่ม

ติดต่อสอบถามข้อมูลและรายละเอียดได้ที่ กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันราชานุกูล

## ตัวอย่างอุปกรณ์ที่ช่วยในงานรักษาทางทันตกรรม

### หมอนโดนัท



รูปที่ 3

ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม ตื่น และไม่อยู่นิ่ง โดยช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะ ร่วมกับอุปกรณ์ควบคุมการเคลื่อนไหวอื่นๆ เช่น แพพพูสบอร์ด เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรม มีความปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

**วัสดุที่ใช้ทำได้แก่** ทราช หนังเทียมเย็บเป็นรูปโดนัทเจาะรูเพื่อกรอกทราย และสายต่อสายคาดศีรษะให้ยาวขึ้น

**วิธีการใช้** ปรับเก้าอี้ทำฟันให้อยู่ในท่านอนราบ วาง แพพพูสบอร์ด บนเก้าอี้ทำฟัน แล้วนำสายคาดศีรษะตามขนาดของผู้ป่วยสอดเข้าใต้แพพพูสบอร์ด ให้ตีนตุ๊กแกด้านหยาบหงายอยู่ด้านบน (สำหรับผู้ป่วยที่ตื่นแรง อาจจะต้องสอดสายคาดศีรษะใต้ head rest ของเก้าอี้ทำฟัน) วางหมอนโดนัทบนที่วางศีรษะของ แพพพูสบอร์ด จากนั้นวางผ้ากันเปื้อนเจาะกลางบนหมอนโดนัท จับสายคาดศีรษะทั้งสองฝั่งสอดขึ้นมาระหว่างช่องตรงกลางของหมอนกับผ้ากันเปื้อนเจาะกลาง แล้วแยกออกเป็นสองทาง นำผู้ป่วยนอนให้ศีรษะหนุนหมอน แล้วนำสาย มาคาดศีรษะผู้ป่วยไว้ สายคาดจะแนบกับศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขยับศีรษะ และสายหน้าไปมาได้ ส่งผลให้ผ่อนคลายผู้ช่วยที่ยึดศีรษะผู้ป่วย ลดจำนวนครั้งของการหยุดรักษาเพื่อจัดทำผู้ป่วย ควรเปลี่ยนผ้ากันเปื้อนเจาะกลางที่ใช้รองศีรษะผู้ป่วยทุกราย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และสายคาดศีรษะสามารถถอดซักได้

**ข้อพึงระวังในการใช้** ไม่ควรให้เวลากักด้านหยาบอยู่ติดผิวหนังผู้ป่วย เพราะเวลาแนบกับศีรษะผู้ป่วยจะทำให้เกิดรอยแดง และผู้ป่วยจะเจ็บ

ติดต่อสอบถามข้อมูลและรายละเอียดได้ที่ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

## บทที่ 6

# ความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษา

ทันตแพทย์หญิงสุรสรพร เต็มทอง

ความยินยอมเป็นเงื่อนไขสำคัญในการรักษาพยาบาล เพราะโดยปกติบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยถ้าไม่ได้รับความยินยอมที่ถูกต้อง เว้นแต่จะมีเหตุอื่นตามกฎหมายที่แม้จะไม่มีความยินยอมก็ยังสามารถรักษาได้ หากแพทย์หรือพยาบาลให้การรักษาผู้ป่วยโดยไม่ได้รับความยินยอม อาจเป็นเหตุให้แพทย์หรือพยาบาลถูกฟ้องหรือดำเนินคดีตามกฎหมายได้ทั้งในทางแพ่งและทางอาญา ความยินยอมที่ถูกต้องตามกฎหมายจากผู้ป่วยเป็นผลให้การรักษาพยาบาลของแพทย์ที่กระทำภายใต้กรอบความยินยอมนั้นเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย หากเกิดความเสียหายขึ้น แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งทางแพ่งและทางอาญา

ในส่วนของทันตแพทย์ ปัจจุบันพบว่ามีกรฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาติต่อทันตแพทย์บ่อยมากขึ้น ทำให้ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่เกิดความกังวลและต้องการความมั่นใจในการปฏิบัติงานว่าทำแล้วจะไม่ประสบปัญหาการฟ้องร้องโดยไม่จำเป็น ทันตแพทย์สภาจึงออกแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (Dental Safety Goals & Guideline 2015) เรื่อง การสื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ (Safe Communication) ข้อ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยมีกระบวนการให้ข้อมูลและรับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์ อักษร (Informed Consent) และให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับทราบ หรือบันทึกข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยก่อนการรักษา ลงในเวชระเบียนอย่างละเอียดครบถ้วน และให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับทราบ ในกรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง หรือคาดว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา มีการพยากรณ์โรคไม่ดี หรืออาจไม่บรรลุตามความคาดหวังของผู้ป่วย เช่น การทำรากฟันเทียม (Dental Implant) การผ่าตัดในหรือนอกช่องปาก การจัดฟัน การใช้การควบคุมการเคลื่อนไหว (Protective Stabilization) ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยพิเศษ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา เป็นต้น เพื่อเตือนผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลที่จำเป็น และยืนยันว่าผู้ป่วยหรือ ผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว

ในบทนี้จะกล่าวถึงความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาในเรื่อง ความยินยอมในการรับการรักษาที่มีผลตามกฎหมาย รูปแบบของความยินยอม ข้อยกเว้นของการให้ความยินยอมในการรับการรักษา (ดังสรุปไว้ในตารางที่ 6.1 และ 6.2) และได้สรุปแนวทางการเซ็นยินยอมในการรับการรักษาของผู้ปกครองทางสติปัญญาและการเรียนรู้ไว้ด้วย

ตารางที่ 6.1 สรุปความยินยอมในการรักษาที่จะมีผลตามกฎหมาย

องค์ประกอบ	คำอธิบาย	หมายเหตุ
<b>ผู้มีอำนาจให้ความยินยอม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ป่วย</li> <li>• ผู้ใช้อำนาจแทน</li> </ul>	<p>เป็นบุคคลที่มีความสามารถตามกฎหมาย และยังมีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถ หรือ ผู้เสมือนไร้ความสามารถ หรือมีสติสัมปชัญญะไม่ครบถ้วน</p>	<p>ผู้เยาว์จึงสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้แต่ต้องเข้าใจสาระสำคัญของการรักษาพยาบาล อาจเป็นบิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ก็ได้</p>
<b>เกิดโดยความสมัครใจ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รู้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการตัดสินใจ</li> <li>• ไม่ได้ถูกบังคับขู่เข็ญ หลอกลวง</li> </ul>	<p>ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับการรักษา วิธีการต่างๆที่สามารถรักษาได้ ผลโดยตรงจากการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ค่ารักษา</p> <p>ความยินยอมต้องเกิดขึ้นโดยผู้ให้ความยินยอมไม่ได้ถูกขู่เข็ญ บังคับ หลอกลวง</p>	<p>เป็นข้อมูลสำคัญที่แพทย์ต้องแจ้งให้แก่ผู้ป่วยซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะรับการรักษาพยาบาลนั้นหรือไม่</p> <p>ยังหมายรวมถึงการจำกัดเสรีภาพในการตัดสินใจด้วยวิธีการใดๆที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่เท่าเทียมกันในอำนาจต่อรองระหว่างแพทย์ต่อผู้ป่วยด้วย</p>
<b>ครอบคลุมตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา</b>	<p>ขณะลงมือรักษา ผู้ป่วยยังต้องให้ความยินยอมแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยยังไม่ถอนความยินยอมนั้น</p>	<p>หากจะรักษาด้วยวิธีพิเศษ ประการใด แพทย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นกรณีๆ</p>
<b>การรักษาพยาบาลต้องอยู่ภายใต้กรอบความยินยอม</b>	<p>แพทย์ที่จะทำการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไขที่ตกลงกับผู้ป่วยไว้ แพทย์จะรักษาโรคอื่น หรือใช้วิธีอื่นนอกเหนือจากที่ได้รับ ความยินยอมไม่ได้</p>	
<b>รูปแบบ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• โดยชัดแจ้ง</li> <li>• ปริยาย</li> </ul>	<p>เป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจา ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธ หรือให้ความร่วมมือตามที่แพทย์ขอให้กระทำ</p>	

ตารางที่ 6.2 ข้อยกเว้นที่แพทย์และพยาบาลสามารถให้การรักษาโดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย

กรณี	องค์ประกอบ
ฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● แพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วย</li> <li>● หรือไม่สามารถติดต่อกับญาติของผู้ป่วยผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทน</li> <li>● การรักษานั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อตัวผู้ป่วยเพราะเป็นกรณีเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิต</li> </ul>
จำเป็น	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ ให้ความยินยอมได้เลย</li> <li>● ขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่อยู่ในภาวะที่ไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต</li> <li>● การรักษาพยาบาลดังกล่าวต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย</li> </ul>
ให้การรักษาดังกฎหมาย	กรณีที่กฎหมายให้อำนาจแก่แพทย์พยาบาลในการตรวจรักษา
เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย	เพื่อป้องกันผลร้ายที่จะเกิดตามมาหากไม่ให้การรักษแก่ผู้ป่วย
กรณีฆ่าตัวตาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การปฏิบัติของแพทย์พยาบาลต้องเป็นเพียงแค่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภัยอันตรายในชั้นจะเกิดต่อชีวิตเท่านั้น</li> <li>● การรักษาพยาบาลในอนาคตต่อมา แพทย์ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย</li> </ul>

### การเซ็นยินยอมในการรักษาของผู้บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้

เงื่อนไขสำคัญในการให้ความยินยอมคือการที่ผู้ป่วยเข้าใจสาระสำคัญของการรักษาพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถ หรือมีสติสัมปชัญญะไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถเข้าใจสาระสำคัญของการรักษาพยาบาล ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 10 กล่าวไว้ว่า “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

ตามกฎหมายถือว่าบิดาหรือมารดาเป็นผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมที่มีอำนาจในการเซ็นยินยอม แต่บิดาหรือมารดาสามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเซ็นแทนได้ อาจโดยการมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร หรือแสดงเจตนาโดยการบอกกล่าวหรือการสื่อสารอื่น (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 168)

อนึ่งการที่ผู้เยาว์ ผู้ไร้ความสามารถ หรือผู้เสมือนไร้ความสามารถอยู่ในความดูแลของญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ถือว่าญาติดังกล่าวมีฐานะเป็นผู้ปกครองสามารถเซ็นยินยอมได้ แต่หากกังวลในกรณีให้ญาติเซ็นยินยอมก็อาจแนะนำให้ญาติไปขอต่อศาลเป็นผู้อนุบาลของผู้ป่วย (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 28)

สำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ มีกฎหมายที่ออกมาเพื่อคุ้มครองสิทธิ มนุษยชน และเพื่อเป็นการป้องกันอันตราย ที่อาจจะเกิดขึ้นจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งนิยามความหมายของคำ ว่า “ความผิดปกติทางจิต” ให้หมายถึง ความผิดปกติทางจิตประเภท (Mental Disorder) ที่จัดแบ่งไว้ใน การแบ่งแยกของโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision 1992; ICD 10) ได้แก่

1. กลุ่มความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมอง (Organic symptomatic mental disorder) เช่น กลุ่มสมองเสื่อม (Dementia) และโรคต่าง ๆ ของสมองที่มีอาการทางจิต
2. กลุ่มความผิดปกติทางจิต ที่เป็นโรคจิตเภทและหลงผิด
3. กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood or affective disorders)
4. กลุ่มบกพร่องทางสติปัญญา (Mental retardation / Intellectual disability)
5. กลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สุราและ สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งรวมยาเสพติดทั้งหลายด้วย

ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กล่าวถึงการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตในหมวด 3 ว่าการบำบัดรักษาจะกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ความยินยอมต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ เว้นแต่ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครอง ดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน (มาตรา 21 วรรค 3)

ดังนั้นในการรับผู้บกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาไว้รักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาจึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยต้องทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อ

### สรุป

เมื่อผู้ป่วยจะยอมรับบริการทางการแพทย์ชนิดใด ผู้ให้บริการต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการให้บริการนั้น วิธีการของบริการนั้น ตลอดจนผลดีและผลร้ายที่อาจเกิดจากบริการนั้น ๆ ก่อนที่เขาจะตัดสินใจยอมรับบริการ ถ้าผู้รับบริการยินยอมรับบริการโดยสำคัญผิดหรือโดยไม่ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับบริการนั้นอย่างพอเพียง ผู้ให้บริการอาจต้องรับผิดชอบทางกฎหมายได้

กรณีที่ผู้บกพร่องทางสติปัญญาซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ บิดาหรือมารดาเป็นผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมที่มีอำนาจในการเซ็นยินยอม แต่บิดาหรือมารดาสามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเซ็นแทนได้ อาจโดยการมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร หรือแสดงเจตนาโดยการบอกกล่าวหรือการสื่อสารอื่น

ความยินยอมต้องครอบคลุมตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา ซึ่งหมายถึง ขณะลงมือรักษา ผู้ป่วยยังต้องให้ความยินยอมแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยยังไม่ถอนความยินยอมนั้น และหากจะรักษาด้วยวิธีพิเศษอื่นใดต่อไป แพทย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นกรณี ๆ ไป



## บรรณานุกรม

1. ชนภัทร วินยวัฒน์.ความยินยอมในการรักษาพยาบาล: สิทธิของผู้ป่วยที่ถูกละเลย.วารสารนิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม2558] : หน้า 95- 117.  
เข้าถึงได้จาก <http://webbase.law.nu.ac.th/lawnujournal/journal/journal1/chanapat.pdf>
2. ทันตแพทยสภา.แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม (Dental Safety Goals & Guideline 2015).กรุงเทพฯ; 2558.
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551.ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 36 ก 20 กุมภาพันธ์ 2551. หน้า 37-5.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม2558] :หน้า1- 17.เข้าถึงได้จาก <http://www.nationalhealth.or.th>
5. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550..ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124/ ตอนที่ 16 ก มีนาคม 2550. หน้า 1-19.
6. ผ.ศ.พ.ต.ท.นพ. สุรสิทธิ์ โจรนกิจอำนวย. การเซ็นยินยอมการรักษาผู้ป่วยที่ต้องตามกฎหมายในกรณีที่เป็นมารดาไม่สามารถเซ็นได้.ดุลพาท เล่มที่ 2 ปีที่ 58 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม2558]: หน้า 144-148.เข้าถึงได้จากห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ศาลยุติธรรม [www.elib.coj.go.th/Article/d58\\_2\\_6.pdf](http://www.elib.coj.go.th/Article/d58_2_6.pdf)
7. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2552.



## ภาคผนวก

### ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทันตบุคลากรและประชาชน

## ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทันตบุคลากรและประชาชน

### 1. ข้อมูลสำหรับทันตบุคลากร

ข้อมูลและความรู้ สำหรับทันตบุคลากรเพื่อดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

1. เว็บไซต์สถาบันราชานุกูล [www.rajanukul.co.th](http://www.rajanukul.co.th)
2. Facebook Page Thai Society for Special needs and Oral Health
3. Facebook Page หมอฟันธรรมดา กับคนพิเศษ
4. YouTube เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิเศษ <https://youtu.be/49tSlmHeDAA>

### 2. แหล่งข้อมูลสำหรับแนะนำประชาชน

1. ข้อมูลการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ สถานที่ให้บริการออกบัตรประจำตัวคนพิการ หลักฐานผู้มีบัตรประจำตัวคนพิการและสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ  
เว็บไซต์ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ [www.nep.go.th](http://www.nep.go.th)
2. ข้อมูลการรับบริการทางสาธารณสุข
  - 2.1 สถานพยาบาลที่ให้บริการออกเอกสารรับรองความพิการให้กับผู้พิการ  
สถานพยาบาลรัฐบาลสามารถออกเอกสารรับรองความพิการได้ทุกแห่ง ส่วนสถานพยาบาลของเอกชนที่รับออกเอกสารรับรองความพิการให้ได้นั้นสามารถตรวจสอบได้ใน เว็บไซต์ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ [www.nep.go.th](http://www.nep.go.th)
  - 2.2 การขอสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ท 74 สำหรับผู้มีบัตรประจำตัวคนพิการ สายด่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) โทร. 1330
  - 2.3 การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ข้อมูลรับบริการสาธารณสุข สายด่วนกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โทร. 1323
  - 2.4 สถานบริการที่มีบริการทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น  
เว็บไซต์ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย  
<http://www.rcpsych.org/cap/hospital.php>
  - 2.5 รายชื่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทั่วประเทศไทย แยกตามโรงพยาบาลต่างๆ  
Facebook Page ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย  
Facebook Page เข็นเด็กขึ้นภูเขา
  - 2.6 เว็บไซต์ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งประเทศไทย <http://www.thai-dbp.org>