

แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยสมองพิการ (Cerebral palsy C.P.)

ผู้ป่วยสมองพิการ (Cerebral palsy C.P.) คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นเหตุให้มีปัญหาของระบบการเคลื่อนไหว (Impaired motor function) สาเหตุอาจเกิดจากโรค หรือจากการเกิดอันตรายต่อระบบประสาท อาจเกิดได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ระหว่างการคลอด หรือหลังคลอดในวัยทารกก็ได้ ผู้ป่วยสมองพิการจะมีอาการแสดงทางคลินิกได้หลายแบบ คือ

Spastic form พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อมากผิดปกติ ทำให้ควบคุมการเคลื่อนไหวได้ไม่ดีพอ หรือควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยอาจมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั้งร่างกายอย่างรุนแรงและเกิดกะทันหัน โดยที่เขาไม่สามารถควบคุมได้

Athetosis form ผู้ป่วยมีการกระตุกของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขา ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้เช่นเดียวกัน ทำให้ระหว่างที่ทำหัตถการซึ่งเป็นบรรยากาศที่ตึงเครียด เด็กมีการกระตุกของกล้ามเนื้อมากขึ้น ยิ่งเด็กพยายามที่จะร่วมมือมากเท่าไร เขาจะมีการกระตุกของกล้ามเนื้อมากขึ้นเท่านั้น เด็กอาจจะไม่อยู่นิ่ง

Ataxia form ผู้ป่วยเด็กจะมีการทรงตัวที่ไม่ดีขณะนั่งและยืน มีท่าเดินไม่มั่นคง ไม่สามารถใช้มือแบบปกติได้ เนื่องจากมีอาการสั้น กล้ามเนื้อมัดต่างๆ ทำงานไม่ประสานกัน

เนื่องจากความผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหว เช่น การเกร็งหรือกระตุกของกล้ามเนื้อแขนขา ลำตัว คอ ขากรรไกรล่าง หรือกล้ามเนื้อมัดต่างๆ ทำงานไม่ประสานกัน และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ อาจเกิดแบบกะทันหันและรุนแรง จนบางครั้งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวเด็กหรือทันตแพทย์ได้ เด็กบางคนอาจมีช่วงเวลาให้ความสนใจสั้นมากไม่สามารถอยู่นิ่งได้นานๆ ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีปัญหาทางสติปัญญาด้วยแล้วจะยิ่งยากมากขึ้น Crighton (1972) พบว่า 47 % ของผู้ป่วยสมองพิการ มีปัญหาอ่อนร่วมด้วย เนื่องจากรูปร่างหน้าตา การทรงตัว และการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วยสมองพิการ ที่ผิดปกติ จึงมักได้รับการจัดเป็นผู้ป่วยปัญญาอ่อน และมักถูกส่งตัวมาให้ทันตแพทย์เด็กเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรม

ในผู้ที่มิภาวะสมองพิการนอกจากมีปัญหาทางสมองแล้วมักพบปัญหาอื่นร่วมด้วย ได้แก่

1. ความผิดปกติทางตาและการมองเห็น
2. ภาวะปัญญาอ่อน
3. ชัก
4. ความผิดปกติทางการได้ยิน
5. ความผิดปกติของการดูดกลืนและการพูด

ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคสมองพิการที่พบมากได้แก่

1. การสบฟันผิดปกติจากการทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. เสี่ยงต่อปัญหา Dental trauma เนื่องจากผู้ป่วยหกล้มง่าย และมักมีฟันหน้าบนยื่น
3. ฟันสึก (enamel , dentine) จากการนอนกัดฟัน

4. มีปัญหาโรคปริทันต์ สูง เนื่องจากไม่สามารถใช้มือในการทำทำความสะอาดช่องปาก
5. เนื่องจากมีปัญหาในการกลืน การใช้กลัมนื้อลิ้นได้ไม่ดี ทำให้มีเศษอาหารตกค้างในปากมาก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ

ข้อเสนอแนะในการทำทำความสะอาดฟันในผู้ที่มีภาวะสมองพิการ

1. ก่อนฟันน้ำนมขึ้น ให้ใช้ผ้าชุบน้ำสะอาด เช็ดทำความสะอาดเหงือก
2. ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น ให้ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กของเด็กทารก ชุบน้ำสะอาดแปรงฟัน
3. ขณะแปรงฟันให้เด็ก ให้เด็กนั่งในลักษณะที่ศีรษะได้รับการประคอง (good head control)
4. การแปรงทางด้านใกล้แก้ม (buccal surface) ให้ใช้ลักษณะ circular movement โดยให้เด็กหุบปาก เพื่อลดการเกร็ง การแปรงด้านในของฟัน (lingual) ให้เด็กอ้าปากครึ่งหนึ่ง แล้วสอดแปรงเข้าไปทำความสะอาด
5. น้ำลาย น้ำ ที่ขังอยู่ในปากขณะแปรงฟัน ให้ไหลย้อยออกมา ระวังไม่ให้ศีรษะเด็กหงายไปหลัง เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กสำลัก

การจัดการเพื่อการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยสมองพิการ

1. ควรจัดเก้าอี้ผู้ป่วยในตำแหน่งที่ทันตแพทย์จะทำการรักษาก่อนจะวางเด็กลงบนเก้าอี้ เนื่องจากผู้ป่วยสมองพิการจำนวนมากไม่สามารถเดินได้แบบปกติ มักจะมาโดยรถเข็น หรือผู้ปกครองอุ้มเข้ามา และวางลงบนเก้าอี้ทำฟัน ทันตแพทย์ไม่ต้องปรับเก้าอี้ให้เอนลงอีก การปรับเก้าอี้จะทำให้เด็กตกใจและเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อมากขึ้น ไม่ควรมีการปรับตำแหน่งบ่อยครั้ง ทันตแพทย์อาจต้องทำฟันโดยเด็กอยู่ในท่านั่งและทันตแพทย์ยืนจะทำให้เด็กรู้สึกสบาย ควรให้ผู้ปกครองอยู่ข้างๆ เนื่องจากเขาจะมีความเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น และไม่ทิ้งผู้ป่วยอยู่บนเก้าอี้ตามลำพังโดยเด็ดขาด
2. ในการตรวจผู้ป่วยใหม่ที่เป็นสมองพิการทันตแพทย์จะประเมินความสามารถของการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของเด็กว่า อ้าปากได้หรือไม่ มีการกระตุกของแขน-ขาหรือไม่ หากเด็กมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเนื้อซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ ควรจะต้องมีการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยชุดควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Papoose board) เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ต้องรัดไม่แน่นจนเกินไปและไม่ฝืนตำแหน่งปกติของแขน-ขาของผู้ป่วย ในการตรวจฟันครั้งแรก ควรเริ่มด้วยการใช้กระจกส่องปากเพียงอย่างเดียวก่อน เพื่อประเมินความสามารถ ในการร่วมมือของผู้ป่วย
3. ควรใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น เนื่องจากเด็กอาจกัดปากเป็นแผล หลีกเลี่ยงการฉีดเส้นประสาทเพราะจะชานานมากกว่า
4. การทำทันตกรรมบูรณะแก่เด็กสมองพิการ ควรใช้ชุดควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายห่อตัวเด็กอย่างหลวมๆ ช่วยให้เด็กมีความรู้สึกปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ใช้ Mouth gag ช่วยอ้าปากผู้ป่วยและต้องควบคุมศีรษะของเด็กให้นิ่งในขณะกรอฟัน ดังนั้นนอกจากมีผู้ช่วยทันตแพทย์ช่วยข้างเก้าอี้ในรูปแบบของทันตกรรมสี่หัตถ์แล้วยังต้องมีผู้ช่วยทันตแพทย์อีก 1 คนช่วยประคองศีรษะของผู้ป่วยให้อยู่นิ่ง Mouth gag

ต้องไม่กดแก้มและริมฝีปากเด็กต้องระวังยางที่สวมที่ปากของ Mouth gag จะต้องสวมแน่น ไม่เลื่อนหลุด เข้าคอของผู้ป่วย ควรใช้แผ่นยางกันน้ำลาย (Rubber dam) ช่วยให้การบูรณะฟันด้วยความปลอดภัย ช่วยกันลิ้นและเนื้อเยื่อในช่องปากของผู้ป่วย ป้องกันน้ำหรือเศษวัสดุไม่ไหลเข้าคอ มีไหมผูก Clamp มิให้ หลุดเข้าคออีกทีหนึ่ง ผู้ช่วยทันตแพทย์ข้างเก้าอี้จะต้องใช้เครื่องดูดน้ำลายความเร็วสูงคอยดูดน้ำลาย หรือ เสมหะตลอดจนน้ำจากหัวกรอมิให้ไหลลงคอผู้ป่วย มิให้ผู้ป่วยสำลักน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสมองพิการมีระบบ การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ปกติ ไม่สามารถควบคุมการกลืน จึงสำลักน้ำได้ง่าย

ผู้ป่วยเด็กสมองพิการบางคนที่ไม่ให้ความร่วมมือ ร้องไห้มากมักจะเกร็งตัว กลั้นหายใจจนเกิด อาการเขียวได้ การรักษาทางทันตกรรมแก่เด็กพวกนี้จึงต้องระมัดระวังมาก ต้องมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องช่วยหายใจ ถังออกซิเจนพร้อม เพื่อช่วยแก้ไขภาวะสมองขาดออกซิเจนขณะทำการรักษา ทั้ง ทันตแพทย์ และผู้ช่วยทันตแพทย์ต้องคอยสังเกตสีหน้า สีของเนื้อเยื่อช่องปากและปฏิกิริยาของผู้ป่วย

เด็กที่พิการซ้ำซ้อน เช่น มีปัญญาอ่อนร่วมด้วย ทันตแพทย์ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีปกติ ต้อง ใช้ยาทำให้ผู้ป่วยสงบ ควรปรึกษาแพทย์ประจำตัว รักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบก็เป็นอีก ทางเลือกหนึ่งในผู้ป่วยสมองพิการที่มีความพิการซ้ำซ้อนและมีปัญหาโรคในช่องปากมาก และจำเป็นต้อง รักษาอย่างรีบด่วน การให้การรักษาทางทันตกรรมโดยการให้ยาทำให้ผู้ป่วยสงบ หรือโดยการดมยาสลบนั้น จะต้องปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจร่างกายโดยวิสัญญีแพทย์ เอ็กซเรย์ปอด ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะแล้วแต่ผู้ป่วยแต่ละราย มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างถูกต้อง งดน้ำและอาหารอย่าง น้อย 6 ชั่วโมงก่อนการดมยา

อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาทางทันตกรรมป้องกันเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีคุณค่ามากกว่า การรักษา เนื่องจากเด็กมีขีดจำกัดของความอดทนและความสามารถในการร่วมมือ ทันตแพทย์ต้องประเมิน ความสามารถของผู้ป่วยว่าช่วยตัวเองได้มากน้อยเพียงไร แปรงฟันด้วยตัวเองได้หรือไม่หรือต้องให้ ผู้ปกครองช่วยเหลือทันตแพทย์ต้องแนะนำประยุกต์วิธีการแปรงฟันตลอดจนรูปร่างของแปรงให้เหมาะสม กับผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยปัญญาอ่อน

สำหรับผู้ป่วยปัญญาอ่อน ในการทำฟัน 2 – 3 ครั้งแรก ควรใช้เวลาสั้นๆ จะทำให้ทั้งทันตแพทย์ และผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เทคนิค “บอก – แสดง – ทำ (tell – show – do)” และการเลียนแบบ ซึ่งใช้กับเด็กปกติสามารถนำมาใช้ได้ดีมากๆ กับเด็กปัญญาอ่อน

การใช้ behavior modification program เป็นวิธีที่ดีมากสำหรับใช้กับบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อยถึงปานกลาง เพื่อลดความกลัวและทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการทำฟัน พื้นฐานง่ายๆ ของวิธีนี้คือ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดี ทันตแพทย์จะให้รางวัล กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยทำพฤติกรรมนั้นอีก การให้รางวัลอาจจะเป็นคำพูดชม รอยยิ้ม การแตะที่ไหล่เบาๆ หรือ การให้ของขวัญเล็กน้อย เช่น ลูกโป่ง ยางลบดินสอ ดินสอสวยๆ แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ ต้องอาศัยเวลาค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลามาก ไม่เหมาะสมสำหรับพวกปัญญาอ่อน ระดับรุนแรงและรุนแรงมาก

การใช้ chemical sedation และ physical restraints จะต้องมีการนำเสนอต่อผู้ปกครอง และอาจต้องมีใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยพิการมักจะมีโรคทางระบบเรื้อรังร่วมอยู่ด้วย ทันตแพทย์จึงอาจต้องปรึกษากับแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยก่อนทำการรักษาทันตกรรมด้วย การใช้ papoose board นั้น สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยพิการ จุดประสงค์ในการใช้เพื่อป้องกันไม่ให้แขน ขา ผู้ป่วยมาโดนเครื่องมือทันตกรรม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่วนศีรษะของผู้ป่วยถ้าทำให้นิ่ง ไม่ส่ายไปมา ควรจับไว้ด้วยมือของทันตแพทย์ หรือผู้ช่วยทันตแพทย์จะดีกว่าใช้เครื่องมืออื่นๆ ส่วนช่องปากจะใช้ mouth gag หรือ mouth prop