

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีฟันผุในชุดฟันน้ำนม ด้วยวิธีการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา

ณัฐพร ปริญญาพรหม,ท.บ., วท.ม.

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ อาการขาดสมาธิและ/หรือ อาการอยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่น ส่งผลเสียต่อการจัดการพฤติกรรมในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้การรักษาโรคสมาธิสั้นอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากและมีอันตรกริยากับยาที่ใช้ในทางทันตกรรม การวางแผนการรักษาและจัดการทางทันตกรรมจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานะของโรค การรักษาโรคสมาธิสั้นที่ผู้ป่วยได้รับ และปัญหาทางทันตกรรมในผู้ป่วยแต่ละราย

บทความนี้นำเสนอรายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ 7 ปี เป็นโรคสมาธิสั้น ได้รับการรักษาทันตกรรมพร้อมมูลด้วยวิธีการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา ตรวจพบฟันผุหลายซี่ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ การอุดฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การตัดเนื้อเยื่อในส่วนตัวฟันออกและครอบฟัน ติดตามผลการรักษาที่ 3 และ 6 เดือน พบว่าอยู่ในสภาพดี การตัดเนื้อเยื่อในส่วนตัวฟันออกและครอบฟันประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ลักษณะทางคลินิกปกติ ภาพถ่ายรังสีไม่พบรอยโรคปลายรากฟันหรือการละลายของกระดูก ไม่พบฟันผุใหม่ในช่องปาก ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีต่อการทำฟัน สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อทันตสุขภาพได้ดี นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายนี้ยังพบฟันผุของฟันดัดน้ำนมซี่ข้างและฟันเขี้ยวน้ำนมล่างซ้ายร่วมกับการหายของฟันดัดแท้ซี่ข้างซ้าย ฟันผุซี่ดังกล่าวได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันที่ร่องแนวโค้งเพื่อป้องกันฟันผุและเหงือกอักเสบ ลดโอกาสสูญเสียฟันก่อนเวลาอันควร เพื่อให้ฟันคงอยู่จนถึงช่วงวัยที่สามารถให้การรักษาทันตกรรมประติษฐ์ได้ ร่วมกับการนัดติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหที่อาจเกิดตามมาได้อย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: การรักษาทันตกรรมพร้อมมูล วิธีการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา โรคสมาธิสั้น ฟันผุ

ผู้รับผิดชอบบทความ: ณัฐพร ปริญญาพรหม E-mail: nuttodonto@gmail.com

ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลน่าน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

Comprehensive dental treatment in attention deficit hyperactivity disorder patient who has double teeth in primary dentition with non-pharmacological behavior management

Nuttaporn Parinyaprom, DDS, MS

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by impulsivity, hyperactivity, and inattention. These symptoms have negative impact on behavioral in dental management. The medication used to treat the ADHD symptoms may have negative effects on the oral health and interact with oral therapeutic agents. Dental treatment plan and management in ADHD patients requires modification to suit the conditions of the disease, the treatment of ADHD that patients received and dental problems in each patient.

This article presents the case report of comprehensive dental treatment in a 7-year-old boy diagnosed with ADHD with non-pharmacological behavior management. Several dental caries were found. The dental procedure includes fillings, sealants, pulpotomy and SSC. When following up on the treatments at 3 and 6 months, the material was in good condition. The result of the pulpotomy and SSC was successful. The patient had no symptoms, normal clinical characteristics. The radiograph shows no signs of periapical lesion or bone resorption. No new dental caries were found. Patient and parent have a good attitude towards dental procedures. They can take better care of their oral health and continue to cooperate with the choice of healthy diet. In addition, the patient also found the double teeth of the lower left lateral incisor and canine in combination with the missing of the lower left permanent lateral incisor. The double teeth are treated with sealant to prevent dental caries and gingivitis, reducing the chance of premature loss. To keep the primary double teeth until the right age to be able to provide prosthetic treatment, together with a close follow-up appointment to prevent or correct any possible subsequent problems.

Keywords: comprehensive dental treatment, non-pharmacological behavior management, attention deficit hyperactivity disorder, double teeth

Corresponding Author: Nuttaporn Parinyaprom E-mail: nuttodento@gmail.com

Dental department, Nan hospital, Muang Nan District, Nan Province

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (inattention) และ/หรือ อาการอยู่ไม่นิ่ง(hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น(impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน(American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013) โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา ความชุกของโรคนี้ทั่วโลกในเด็กและวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปีคือร้อยละ 5.29(Polanczyk et al., 2007) ในประเทศไทยจากการศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ทั่วประเทศพบความชุกคือร้อยละ 8.1 และพบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงในอัตราส่วนประมาณ 3:1(ทวีศิลป์วิชญ์โยธิน, 2556) โดยโรคมียาเหตุได้จากหลายปัจจัย โดยมีสาเหตุหลักจากความผิดปกติของสมองและสารสื่อประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Noradrenaline และ Dopamine และมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2558) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆขณะการตั้งครรภ์(Mick, Biederman, Faraone, et al., 2002; Mick, Biederman, Prince, et al., 2002) ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบ หรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไปไม่ได้เป็นสาเหตุ แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้(Schonwald, 2005) ซึ่งภาวะของโรคส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้เด็กสมาธิสั้นส่วนมากมักได้รับยาเพื่อควบคุมอาการสมาธิสั้น ดังนั้นการรักษาทางทันตกรรมต้องระวังผลจากผลข้างเคียงของยา เช่น ภาวะปากแห้งที่ส่งผลให้เกิดฟันผุได้ง่ายขึ้นและอันตรกิริยาระหว่างยาต่อยาทางทันตกรรม(ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2558) นอกจากนี้ภาวะการไม่อยู่นิ่งของผู้ป่วยส่งผลให้การรักษาทางทันตกรรมทำได้ยากกว่าเด็กปกติทั่วไป(กรมสุขภาพจิต, 2558) การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จึงต้องมีการปรับให้เหมาะกับภาวะปัญหาและพฤติกรรมของเด็กแต่ละคน

ฟันผุหรือฟันเชื่อมติดกันคือความผิดปกติของฟันที่ฟันมีขนาดใหญ่ผิดปกติ พบได้ทั้งในชุดฟันน้ำนมและฟันแท้ โดยพบในชุดฟันน้ำนมได้บ่อยกว่าในชุดฟันแท้และไม่แตกต่างกันระหว่างเพศชายกับเพศหญิง (Schuurs, 2000) พบในชาวเอเชียได้บ่อยกว่าในชาวคอเคเซียนที่ความชุกร้อยละ 1.55-3 ในชุดฟันน้ำนม(Hattab, 2014) โดยในชุดฟันน้ำนมพบได้บ่อยที่ซี่ฟันตัดและฟันเขี้ยวล่าง(Açikel et al., 2018) และพบฟันผุแบบข้างเดียว (unilateral) บ่อยกว่าแบบสองข้าง (bilateral) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีฟันผุในชุดฟันน้ำนมมากกว่าร้อยละ 50 มีความผิดปกติในชุดฟันแท้ร่วมด้วย(Aguiló et al., 1999) และการมีฟันผุในชุดฟันน้ำนมอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการละลายของรากฟันล่างเนื่องจากรากฟันมีขนาดใหญ่กว่าปกติ ส่งผลให้เกิดการขึ้นล่างซ้ำของฟันแท้หรือฟันแท้ขึ้นผิดตำแหน่งตามมาได้อีกด้วย(Açikel et al., 2018)

รายงานผู้ป่วย

เด็กชายอายุ 7 ปี 7 เดือน น้ำหนัก 19 กิโลกรัม ลักษณะทั่วไปปกติ(รูปที่ 1) มีโรคประจำตัวคือโรคสมาธิสั้น ได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นโดยได้รับยาคือ Concerta 18 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าและ Risperidone 1 มิลลิกรัม ครั้งละ 0.5 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน ปฏิเสธการแพ้ยยา ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลน่านด้วยอาการสำคัญคือ ฟันเป็นรู และมีเศษอาหารติดเวลาเคี้ยวอาหาร ตรวจการสบฟัน(รูปที่ 2) พบการสบฟันของฟันกรามน้ำนมทั้งสองข้างเป็นแบบขั้นใกล้กลาง (Mesial step) ความสัมพันธ์ของฟันเขี้ยวน้ำนมทั้งสองข้างเป็นแบบที่ 1 ความสัมพันธ์ของฟันกรามแท้เป็นแบบที่ 1 ความสัมพันธ์ของฟันตัดแท้พบการสบเหลื่อมแนวตั้ง (overbite) ร้อยละ 30 สบเหลื่อมแนวราบ (overjet) ประมาณ 2 มิลลิเมตรจากการตรวจในช่องปาก(รูปที่ 2) พบฟันชุดผสม โดยมีฟันแท้จำนวน 8 ซี่ ฟันน้ำนม 16 ซี่ พบฟันผุซี่ 55, 36, 84 หลุมร่องฟันลึกและมีคราบจุลินทรีย์สะสมซี่ 16, 26, 64, 72-73, 46 และพบฟันผุที่ฟันตัดน้ำนมซี่ข้างและฟันเขี้ยวน้ำนมล่างซ้าย (ซี่ 72-73) จากการตรวจทางภาพรังสี(รูปที่ 3-5) พบดังตารางที่ 1 การวินิจฉัยและแผนการรักษา ดังตารางที่ 2 ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง(Fair oral hygiene) และมีเหงือกอักเสบ ผู้ป่วยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (เช้า- ก่อนนอน) ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 500 ส่วนในล้านส่วน โดยบีบยาสีฟันขนาดเท่ากับความกว้างแปรง ไม่ได้ใช้ไหมขัดฟัน ผู้ปกครองไม่ได้ช่วยตรวจซ้ำ และไม่ได้รับฟลูออไรด์เสริมชนิดอื่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารมือหลัก 3 มือ รับประทานผักปริมาณน้อย ไม่ได้ดื่มนมเป็นประจำ สำหรับอาหารว่างระหว่างมือคือ ขนมกรุบกรอบ ขนมปังทาแยมวันละ 2-3 ครั้ง ซึ่งเป็นอาหารที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง จากปัจจัยทั้งหมดเมื่อนำมาประเมินความเสี่ยงการเกิดฟันผุพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง และจากการประเมินลักษณะพฤติกรรมและความร่วมมือของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มมีศักยภาพที่จะให้ความร่วมมือ [Potentially co-operative behavior (Frankl score 3)] สามารถให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์ได้ดีในการตรวจ แต่เมื่อเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยมีความกลัวและกังวล จึงได้ทำการพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเล็กน้อย รวมทั้งการเสริมแรงในทางบวกโดยการพูดให้กำลังใจและใช้การจัดการพฤติกรรมขั้นพื้นฐานอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับในการรักษาและให้ความร่วมมือได้ดี

รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายใบหน้าผู้ป่วยด้านตรง ยิ้มและด้านข้าง



รูปที่ 2 แสดงภาพถ่ายภายในช่องปาก



รูปที่ 3 แสดงภาพรังสีปลายรากฟันของฟันซี่ 55(ซ้าย) และฟันซี่ 72-73(ขวา)



รูปที่ 4 แสดงภาพรังสีด้านประชิดฟันด้านขวาและซ้าย



รูปที่ 5 แสดงภาพรังสีปริทัศน์ ไม่พบหนองฟันของฟันตัดแท้ซี่ข้างล่างซ้าย



ตารางที่ 1 แสดงการตรวจพบทางภาพรังสี

ฟันซี่	ภาพรังสี
55	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านบดเคี้ยวใกล้กลางลึกถึงเนื้อฟันชั้นใน ปลายรากฟันปกติ
54	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านใกล้กลางลึกถึงเนื้อฟันชั้นนอก
65	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านใกล้กลางลึกถึงรอยต่อระหว่างชั้นเคลือบฟันและเนื้อฟัน
36	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านบดเคี้ยวลึกถึงรอยต่อระหว่างชั้นเคลือบฟันและเนื้อฟัน
75	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านใกล้กลางลึกถึงรอยต่อระหว่างชั้นเคลือบฟันและเนื้อฟัน
74	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านใกล้กลางลึกถึงรอยต่อระหว่างชั้นเคลือบฟันและเนื้อ
72-73	เงาโปร่งรังสีบริเวณรากฟันด้านใกล้กลางได้ต่อคอฟันซ้อนทับกับเงาโปร่งรังสีของคลองรากฟัน ปลายรากฟันปกติ และไม่พบหนองฟันซี่ 32
85	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านใกล้กลางลึกถึงรอยต่อระหว่างชั้นเคลือบฟันและเนื้อฟัน
84	เงาโปร่งรังสีบริเวณตัวฟันด้านใกล้กลางลึกถึงเนื้อฟันชั้นกลาง

ตารางที่ 2 แสดงการวินิจฉัยและแผนการรักษาทางทันตกรรม

ฟันซี่	การวินิจฉัย	แผนการรักษา
16, 26, 64, 72-73, 46	หลุมร่องฟันลึก	เคลือบหลุมร่องฟัน
54, 65, 36, 75, 74, 85, 84	ฟันผุ	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันและเคลือบหลุมร่องฟัน
55	ฟันผุ	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันและเคลือบหลุมร่องฟันกรณีไม่พบการลุกลามถึงเนื้อเยื่อใน หรือทำการรักษาตัดเนื้อเยื่อในส่วนตัวฟันออกและครอบฟันเหล็กไว้ สนิมกรณีพบการลุกลามถึงเนื้อเยื่อใน
84	ฟันผุ	ครอบฟันเหล็กไร้สนิม

ขั้นตอนการรักษา

1. ส่งปรึกษาแพทย์ที่ให้การรักษาโรคสมาธิสั้นของผู้ป่วย
2. ให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลอนามัยช่องปาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการรักษาโดยใช้ฟลูออไรด์และการให้ฟลูออไรด์เสริม

ผู้ปกครองพาผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เนื่องจากมีฟันเป็นรู ที่ผ่านมาผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม ก่อนหน้านี้ผู้ปกครองไม่ได้คำนึงถึงปัญหาสุขภาพช่องปากจนผู้ป่วยมีฟันผุหลายซี่ ทันตแพทย์จึงใช้เวลาทำความเข้าใจและอธิบายให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของฟันน้ำนมและฟันแท้ ผลเสียและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม ร่วมกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุและเหงือกอักเสบ รวมถึงการป้องกันและการรักษา ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน การเลือกขนาดของแปรงสีฟันให้เหมาะสมกับขนาดช่องปาก การเลือกยาสีฟันที่มีปริมาณฟลูออไรด์ที่เหมาะสม การใช้ไหมขัดฟัน และการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดฟันผุ ซึ่งผู้ป่วยกำลังอยู่ในช่วงชุดฟันผสม เริ่มมีความสามารถในการดูแลช่องปากของตนเอง จำเป็นต้องมีการฝึกให้ผู้ป่วยมีวินัยและความรับผิดชอบในการดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีผู้ปกครองคอยสนับสนุน จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขนิสัยที่ดีและสามารถดูแลตัวเองต่อไปได้

ผู้ป่วยอยู่ในวัยที่สามารถแปรงฟันได้ด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามผู้ปกครองยังคงต้องตรวจดูว่าผู้ป่วยแปรงฟันได้สะอาดหรือไม่และช่วยแปรงซ้ำ พร้อมทั้งสอนผู้ป่วยแปรงในบริเวณที่ไม่สะอาด

สอนแปรงฟันโดยสอนโดยย้อมสีคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคราบจุลินทรีย์ที่สะสมได้ชัดเจน จากนั้นสอนผู้ป่วยและผู้ปกครองให้แปรงฟันด้วยวิธีแปรงฟันแบบสครับในแนวนอน (horizontal scrub technique) อย่างเป็นระบบ ให้นับเลข 1-10 ในการแปรงแต่ละตำแหน่ง โดยเน้นบริเวณคอฟันกรามทั้งด้านแก้มและด้านลิ้น ทันตแพทย์ได้จับมือผู้ป่วยเพื่อสอนวางแปรงในตำแหน่งต่างๆ จนผู้ป่วยสามารถแปรงได้สะอาดและทั่วถึง ส่วนผู้ปกครองให้ช่วยกำกับดูแลและตรวจซ้ำ โดยให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในตอนเช้าและก่อนนอน ร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1500 ส่วนในล้านส่วน ปริมาณเท่ากับความยาวแปรง และบ้วนน้ำแต่น้อย

สอนใช้ไหมขัดฟันโดยสอนผู้ปกครองโดยสาธิตให้ดูก่อนแล้วให้ผู้ปกครองปฏิบัติจริงในช่องปากผู้ป่วยจนปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แนะนำผู้ปกครองใช้ไหมขัดฟันให้ผู้ป่วยทุกวันก่อนนอนวันละ 1 ครั้ง

พฤติกรรมกรับประทานอาหารของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุระหว่างมื้ออาหาร 2-3 ครั้ง/วัน ได้แก่ โอวัลติน ขนมกรุบกรอบ ขนมปังทาแยม รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ไม่ได้ดื่มนมเป็นประจำ แนะนำให้ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารระหว่างมื้อเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และลดความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ ได้แก่ การดื่มนมจืดแทนโอวัลติน การเลือกอาหารว่างเป็นผลไม้สดหรืออาหารประเภทโปรตีน ถั่ว ธัญพืช แทนขนมกรุบกรอบและขนมหวานเหนียวติดฟัน

แนะนำให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (น้ำยาบ้วนปากโซเดียมฟลูออไรด์ความเข้มข้นร้อยละ 0.05) เพื่อเป็นการเพิ่มความถี่ในการสัมผัสกับฟลูออไรด์ของฟัน โดยให้อมบ้วนปากครั้งละ 10 มิลลิลิตร นาน 1 นาที วันละ 1 ครั้งก่อนนอนหรือหลังแปรงฟัน 30 นาที และไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารหลังจากบ้วนอย่างน้อย 30 นาที และนัดพบทันตแพทย์ทุก 3 เดือน เพื่อทำการขัดฟันและเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่

3. การบูรณะฟัน เริ่มจากงานที่ใช้เวลาไม่นานและไม่ต้องฉีดยาชา จากนั้นเริ่มทำการรักษาเป็นเซกซ์แทนต์ (sextant) และเรียงลำดับตามความรุนแรงของโรค ร่วมกับคำนึงถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น รายละเอียดดังตารางที่ 3 โดยหัตถการครั้งที่ 2-5 ทำภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่และใส่แผ่นยางกันน้ำลาย

ตารางที่ 3 ลำดับการรักษาบูรณะฟัน

หัตถการครั้งที่	ซี่ฟัน	หัตถการ
1	ทั้งปาก	ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ถ่ายภาพรังสี วางแผนการรักษา ให้ทันตสุขศึกษา ให้ตารางบันทึกการรับประทานอาหาร ให้แบบฟอร์มส่งปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย ขัดฟันและเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่
2	16	เคลือบหลุมร่องฟัน
	55	ทำการรักษาตัดเนื้อเยื่อในส่วนตัวฟันออกและครอบฟันเหล็กไร้สนิม
	54	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันร่วมกับการเคลือบหลุมร่องฟัน
		รับรายงานตอบกลับการปรึกษาผู้ป่วยคืนจากผู้ปกครอง
3	46	เคลือบหลุมร่องฟัน
	85	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันร่วมกับการเคลือบหลุมร่องฟัน
	84	ครอบฟันเหล็กไร้สนิม
		รับตารางบันทึกการรับประทานอาหารคืนจากผู้ปกครอง
4	36, 75, 74	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันร่วมกับการเคลือบหลุมร่องฟัน
	73, 72 (ฟันผด)	เคลือบหลุมร่องฟัน
		ให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร
5	26, 64	เคลือบหลุมร่องฟัน
	65	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันร่วมกับการเคลือบหลุมร่องฟัน

ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในวันที่ทำหัตถการครั้งที่ 4 ได้แก่ ควรเพิ่มปริมาณอาหารในมื้อประเภทไขมัน ผัก ผลไม้ และนมจืด โดยให้งดการรับประทานอาหารว่างก่อนมื้ออาหารเพื่อเพิ่มปริมาณการทานอาหารในมื้อหลัก เพิ่มความหลากหลายของชนิดอาหาร และเพิ่มทั้งผักและผลไม้ในทุกมื้ออาหาร โดยเริ่มจากชนิดที่รับประทานง่าย ไม่มีกลิ่นฉุนและผู้ป่วยชอบก่อน ในส่วนของอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ ได้แก่ การดื่มไอวอลตินให้เปลี่ยนเป็นนมจืดวันละ 2 กล่อง อาหารระหว่างมื้อได้อธิบายถึงลักษณะอาหารที่ผู้ป่วยเลือกซื้อทาน

การจัดการพฤติกรรมในการทำหัตถการ ประกอบด้วย การบอก-แสดง-ทำ การเสริมแรงในทางบวก และการเบี่ยงเบนความสนใจ ร่วมกับการสื่อสารแบบอวัจนภาษาเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจในตัวทันตแพทย์

เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูงจึงนัดผู้ป่วย 3 เดือน เพื่อประเมินสภาพวัสดุบูรณะฟัน
สภาพเนื้อเยื่อปริทันต์ ติดตามการรักษา รวมทั้งความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยและผู้ปกครอง
ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ โดยเมื่อความเสี่ยงลดลงจะนัดติดตามอาการทุก 6 เดือน ทำการ
ถ่ายภาพรังสีเพื่อประเมินฟันผุและติดตามผลการรักษา โดยพิจารณาทำการถ่ายภาพรังสีดังนี้ คือ ภาพรังสีปลาย
รากฟันเพื่อติดตามซี่ 55 ภายหลังการรักษาตัดเนื้อเยื่อในส่วนตัวฟันออก 6 เดือน, 1 ปี และทุกๆ 1 ปี และภาพถ่าย
รังสีด้านประชิดในฟันหลังหลังการรักษา 6 เดือน เพื่อตรวจหารอยผุบริเวณซอกฟัน

ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการทางทันตกรรมภายใต้ยาชาเฉพาะที่และการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาที่วางไว้ เมื่อติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่าวัสดุบูรณะและครอบฟันอยู่ในสภาพดี(รูปที่ 6) ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ลักษณะทางคลินิกปกติ จากภาพถ่ายรังสีฟันซี่ 55(รูปที่ 7) ไม่พบรอยโรคปลายรากฟันหรือการละลายของกระดูกบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการรักษาตดเนื้อเยื่อในส่วนตัวฟันออกและครอบฟัน นอกจากนี้ไม่พบฟันผุใหม่ทั้งจากการตรวจในช่องปากและภาพรังสี(รูปที่ 6 และ 8) ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีต่อการทำฟัน สามารถดูแลสุขภาพช่องปากและเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อทันตสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

รูปที่ 6 แสดงภาพถ่ายภายในช่องปากเมื่อติดตามผลการรักษา 6 เดือน



รูปที่ 7 แสดงภาพรังสีปลายรากฟันของฟันซี่ 55



รูปที่ 8 แสดงภาพรังสีด้านประชิดฟันด้านขวาและซ้าย



วิจารณ์

ผู้ป่วยสมานีสันมีความยุ่งยากในการรักษาทางทันตกรรมเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีสมานีที่จะอดทนต่อการรักษาที่ยาวนาน ในการรักษาทางทันตกรรมจึงมีการแนะนำให้แบ่งการรักษาทางทันตกรรมเป็นงานย่อยๆ และทำการรักษาโดยใช้เวลาไม่นานในแต่ละครั้ง กล่าวคือให้เด็กมาพบทันตแพทย์บ่อยๆ ดีกว่าการรักษายาวนานในครั้งเดียวจนเสร็จ(ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2558) อย่างไรก็ตามจากการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยรายนี้ผู้จัดทำพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือได้ค่อนข้างดีไม่ต่างกับผู้ป่วยเด็กปกติ จึงได้วางแผนการรักษาโดยทำการ

รักษาเป็นเซกซ์แทนต์ (sextant) และเรียงลำดับตามความรุนแรงของโรค ร่วมกับคำนึงถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นเหมือนในผู้ป่วยเด็กปกติ

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้นร่วมด้วยจึงนัดทำรักษาทางทันตกรรมโดยหลีกเลี่ยงการนัดทำหัตถการในช่วงปิดเทอมซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดยา นอกจากนี้ยังมีการแนะนำให้นัดทำหัตถการทางทันตกรรมหลังจากทานยาประมาณ 30-60 นาที เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ฤทธิ์ยามีประสิทธิภาพสูงสุด หรือควรรัดในช่วงเช้าเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้า น้อยที่สุด(กรมสุขภาพจิต, 2558) แต่ด้วยข้อจำกัดของระบบการให้บริการของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลน่านซึ่งจะให้บริการกับผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายเพื่อทำหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อนในช่วงบ่าย ผู้จัดทำจึงมีความจำเป็นต้องนัดผู้ป่วยมาทำการรักษาในช่วงบ่ายแทน อย่างไรก็ตามพบว่าการทำการรักษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้ป่วยค่อนข้างให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการเตรียมเครื่องมือและทันตวัสดุที่ต้องใช้ในการรักษาให้พร้อมก่อนที่จะเรียกผู้ป่วยเข้ามาทำการรักษา ร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมให้มีสิ่งเร้าที่รบกวนสมาธิของผู้ป่วยน้อยที่สุด และพยายามหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิไปจากการสื่อสารของทันตแพทย์ การพยายามสบตากับผู้ป่วยขณะสื่อสารและใช้คำพูดที่ชัดเจน พูดซ้ำๆ ซ้ำๆ (ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2558) นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องมือช่วยอำปากและการใส่แผ่นยางกันน้ำลายเพื่อช่วยป้องกันน้ำและเศษวัสดุไม่ให้เข้าคอ ช่วยป้องกันลิ้นและเนื้อเยื่อในช่องปากจากการถูกรอยช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย(กรมสุขภาพจิต, 2558; ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย, 2558) ยิ่งไปกว่านั้นยาที่ผู้ป่วยได้รับในวันที่มาทำหัตถการคือ concerta เป็นยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์ยาว ซึ่งจะออกฤทธิ์ยาวนานถึง 12 ชั่วโมง(Coghill et al., 2013) ทำให้ฤทธิ์ของยายังคงอยู่ในช่วงเวลาที่ทำหัตถการ

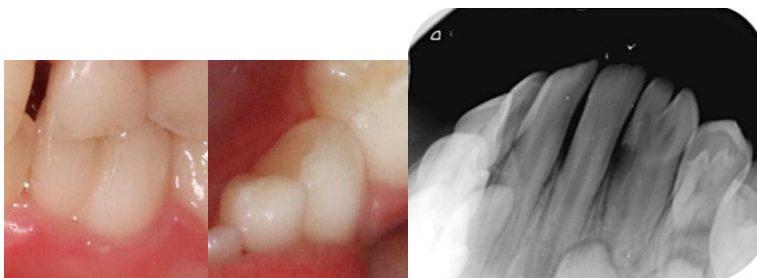
จากภาวะของโรคสมาธิสั้นที่ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยลดลงร่วมกับภาวะปากแห้งซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยา methylphenidate และยา risperidone ที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง ผู้จัดทำจึงแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1500 ส่วนในล้านส่วนปริมาณเท่ากับ ความยาวของแปรงสีฟันในการแปรงฟันตามคำแนะนำของทันตแพทย์สมาคม(Thailand, 2023) ร่วมกับการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาบ้วนปากโซเดียมฟลูออไรด์ความเข้มข้นร้อยละ 0.05 โดยให้บ้วนคนละเวลากับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพื่อเป็นการเพิ่มความถี่ที่ฟลูออไรด์สัมผัสกับฟัน

ผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ อันได้แก่ methylphenidate และ risperidone ต่อการรักษาทางทันตกรรมอีกอย่างได้แก่การมีอันตรกิริยาระหว่างยาต่อยาทางทันตกรรมคือการเสริมฤทธิ์กับเอพินেพรีน(American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013; กรมสุขภาพจิต, 2558) ผู้จัดทำจึงระมัดระวังในการใช้ยาชาที่มีส่วนผสมของเอพินеพรีนในผู้ป่วยรายนี้โดยเลือกใช้ยาชาที่มีส่วนผสมของเอพินеพ

พรีนในขนาดต่ำๆ คือที่ความเข้มข้น 1:100,000 คำนวณปริมาณยาชาตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนใช้ทุกครั้ง และใช้กระบอกฉีดยาชนิดดูดกลับได้เพื่อหลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้าหลอดเลือด นอกจากนี้ยา risperidone ยังมีผลข้างเคียงที่เกิดกับไอบินาและช่องปาก ได้แก่ ภาวะปากแห้ง บางรายมีภาวะน้ำลายไหลมาก (sialorrhea) การขยับปากเหมือนกระต่าย อาจพบเยื่อช่องปากอักเสบได้ และมีผลเสริมฤทธิ์กับ promethazine, erythromycin และ clarithromycin ซึ่งจะไม่มีผลต่อหัวใจโดยเพิ่ม QTc interval และมีอันตรกิริยาระหว่างยาต่อต้านเชื้อราพวก fluconazole, itaconazole, ketoconazole โดยยาเหล่านี้จะเพิ่มระดับ risperidone ในกระแสเลือด จึงต้องระวังการใช้ร่วมกัน(American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013; กรมสุขภาพจิต, 2558)

นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายนี้ยังพบฟันผุของฟันตัดน้ำนมซี่ข้างและฟันเขี้ยวน้ำนมล่างซ้ายซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบฟันผุบ่อยที่สุดในชุดฟันน้ำนม(Açikel et al., 2018; Wu et al., 2010; Yuen et al., 1987) ซึ่งการเกิดความผิดปกติของฟันน้ำนมทำให้เกิดความผิดปกติของฟันแท้ตามมาในสัดส่วนที่สูง ดังนั้นการตรวจและวินิจฉัยความผิดปกติของฟันเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อนำไปสู่แผนการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่พบฟันผุควรมีการตรวจทางคลินิกและการถ่ายภาพรังสีหลายเทคนิคร่วมกัน เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม(Cabral et al., 2008; Nik-Hussein, 1996) ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้ทำการตรวจทางคลินิกร่วมกับการถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟันและภาพรังสีปริทัศน์ (รูปที่ 3 และ 5) พบว่าในกรณีผู้ป่วยรายนี้เป็นฟันผุแบบพิวซัน โดยพิจารณาจากจำนวนฟันโดยรวมในขากรรไกรที่น้อยกว่าปกติเมื่อถือว่าซี่ฟันผุนับเป็นฟัน 1 ซี่และเป็นฟันผุแบบที่ 3 มีลักษณะคือตัวฟัน 2 ซี่เชื่อมติดกันและรากฟันเดียวที่มี 2 คลองรากฟัน (รูปที่ 9) ซึ่งเป็นลักษณะของฟันผุที่พบบ่อยที่สุดและพบฟันผุในฟันผุแบบนี้ได้บ่อยเช่นกัน(Açikel et al., 2018)

รูปที่ 9 แสดงภาพถ่ายในช่องปากและภาพรังสีปลายรากฟันของฟันซี่ 72-73



ในผู้ป่วยรายนี้พบการหายของฟันตัดแท้ซี่ข้างล่างซ้ายร่วมด้วย (รูปที่ 5) ซึ่งการหายของฟันแท้เป็นความผิดปกติของฟันที่พบร่วมกับการมีฟันผุในชุดฟันน้ำนมได้บ่อยที่สุดโดยเฉพาะฟันผุแบบที่ 3(Açikel et al., 2018; Aguiló et al., 1999) โดยกรณีฟันผุของฟันตัดซี่ข้างและฟันเขี้ยวล่างพบความชุกของการหายของฟันแท้สูงถึงร้อยละ 58.3-100(Nik-Hussein, 1996) ในกรณีที่พบฟันผุร่วมกับการหายของฟันแท้ควรพยายามรักษาฟันผุในชุดฟันน้ำนมให้คงอยู่จนกว่าจะถึงช่วงวัยที่เหมาะสมที่จะสามารถให้การรักษาทันตกรรมประดิษฐ์

ได้(Bernardi et al., 2020) แม้ว่าโดยทั่วไปการเกิดฟันผุในชุดฟันน้ำนมมักไม่ต้องการรักษาใดๆ แต่ฟันผุ
มักมีปัญหาเรื่องการเกิดฟันผุหรือโรคเหงือกอักเสบจากการที่มีลักษณะของร่องในแนวดิ่งของฟันที่เชื่อมติดกัน
ส่งผลให้คราบจุลินทรีย์สะสมได้ง่าย ทางผู้จัดทำจึงได้พิจารณาทำการรักษาโดยการเคลือบหลุมร่องฟันที่ร่องแนวดิ่ง
ของฟันซี่ดังกล่าว (รูปที่ 10) เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุซึ่งพบในฟันผุแบบที่ 3 ได้บ่อยกว่าฟันผุแบบอื่นๆ
(Açikel et al., 2018; Aguiló et al., 1999; Wu et al., 2010; Zengin et al., 2014) และป้องกันการเกิดเหงือก
อักเสบ เพื่อลดโอกาสของการสูญเสียฟันก่อนเวลาอันควร

รูปที่ 10 แสดงภาพถ่ายในช่องปากของฟันซี่ 72-73 ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันที่ร่องแนวดิ่ง



นอกจากนี้การมีฟันผุในชุดฟันน้ำนมอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการละลายของรากฟันล่างเนื่องจากรากฟัน
มีขนาดใหญ่กว่าปกติ ส่งผลให้เกิดการขึ้นล้ำของฟันแท้หรือฟันแท้ขึ้นผิดตำแหน่งตามมาได้(Açikel et al.,
2018) จึงต้องมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

สรุป

ปัญหาทางทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น คือ อาการไม่อยู่นิ่ง เด็กจะมีปัญหาในการสื่อสารและอาจมี
การเรียนรู้ได้ช้าซึ่งส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม อย่างไรก็ตามเด็กสมาธิสั้นมีระดับสติปัญญาเหมือนเด็กปกติ
จึงมีความสามารถที่จะร่วมมือได้แต่อาจมีระดับการให้ความร่วมมือที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย การวางแผน
การรักษาทางทันตกรรมจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามระดับความร่วมมือของผู้ป่วยแต่ละรายและความ
ยากง่ายของหัตถการ นอกจากนี้ผู้ป่วยสมาธิสั้นส่วนมากมักได้รับยาเพื่อควบคุมอาการสมาธิสั้น ทันตแพทย์จึง
จำเป็นต้องทราบถึงชนิด ปริมาณ และช่วงเวลาของผู้ป่วยรับประทานยา เนื่องจากยาที่ใช้รักษาสมาธิสั้นอาจมีผลต่อ
การรักษาทางทันตกรรม ดังนั้นการรักษาทางทันตกรรมต้องระวังผลข้างเคียงของยา และอันตรายกิริยา
ระหว่างยาต่อยาทางทันตกรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้พบฟันผุในชุดฟันน้ำนม ซึ่งแม้ความผิดปกติของฟันใน
ชุดฟันน้ำนมจะไม่ทำให้เกิดอันตรายก็ตาม แต่ความผิดปกติของฟันน้ำนมอาจทำให้เกิดความผิดปกติของฟันแท้ใน
สัดส่วนที่สูง ดังนั้น การตรวจและวินิจฉัยความผิดปกติของฟันเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อนำไปสู่การ
จัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมตามแต่ละช่วงเวลา รวมไปถึงการทำความเข้าใจกับผู้ปกครองให้รับทราบถึง
ปัญหาและร่วมวางแผนการรักษากับทันตแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลน่าน ผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ปกครองที่อนุญาตให้นำข้อมูลมาเผยแพร่ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลืออีกหลายท่าน ซึ่งผู้จัดทำไม่สามารถกล่าวนามในที่นี้ได้หมด จึงขอขอบคุณทุกท่านเหล่านั้นไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- Açikel, H., İbiş, S., & Şen Tunç, E. (2018). Primary fused teeth and findings in permanent dentition. *Medical principles and practice*, 27(2), 129-132.
- Aguiló, L., Gandia, J., Cibrian, R., & Catala, M. (1999). Primary double teeth. A retrospective clinical study of their morphological characteristics and associated anomalies. *International journal of paediatric dentistry*, 9(3), 175-183.
- American Psychiatric Association, D., & American Psychiatric Association, D. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
- Bernardi, S., Bianchi, S., Bernardi, G., Tchorz, J. P., Attin, T., Hellwig, E., & Karygianni, L. (2020). Clinical management of fusion in primary mandibular incisors: a systematic literature review. *Acta Odontologica Scandinavica*, 78(6), 417-424.
- Cabral, L. A. G., Firoozmand, L. M., & Almeida, J. D. (2008). Double teeth in primary dentition: report of two clinical cases. *Cep*, 12215, 020.
- Coghill, D., Banaschewski, T., Zuddas, A., Pelaz, A., Gagliano, A., & Doepfner, M. (2013). Long-acting methylphenidate formulations in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of head-to-head studies. *BMC psychiatry*, 13, 1-24.
- Hattab, F. N. (2014). Double talon cusps on supernumerary tooth fused to maxillary central incisor: review of literature and report of case. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 6(4), e400.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378-385.

- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(1), 16-22.
- Nik-Hussein, N. (1996). Dental anomalies in the primary dentition: distribution and correlation with the permanent dentition. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 21(1), 15-19.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Schonwald, A. (2005). Update: attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office. *Current opinion in pediatrics*, 17(2), 265-274.
- Schuurs, A. (2000). Double teeth: review of the literature. *AsDC J Dent Child*, 67, 313-325.
- Thailand, T. D. A. o. (2023). Guideline on Use of Fluoride in Dentistry. *J DENT ASSOC THAI*, 73(2), 92.
- Wu, C.-W., Lin, Y.-T., & Lin, Y.-T. (2010). Double primary teeth in children under 17 years old and their correlation with permanent successors. *Chang Gung Med J*, 33(2), 188-193.
- Yuen, S., Chan, J., & Wei, S. (1987). Double primary teeth and their relationship with the permanent successors: a radiographic study of 376 cases. *Pediatric Dentistry*, 9(1), 42-48.
- Zengin, A., Celenk, P., Gunduz, K., & Canger, M. (2014). Primary double teeth and their effect on permanent successors. *Eur J Paediatr Dent*, 15(3), 309-312.
- กรมสุขภาพจิต, ช. (2558). แนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ *Clinical Dental Practice Guidelines for Special Child*.
- ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย. (2558). Dental Care In Children With Special Health Care Needs.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, อันวรจัน บุณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรค สมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 21(2), 66-75.