

มุมมองทางทันตกรรมในผู้ป่วยบูลิเมีย เนอร์โวซา: รายงานผู้ป่วย 1 ราย Dental Perspective of Bulimia Nervosa Patient: A Case Report

ภูริตา อัมพพอล¹, สุวรรณี ดวงรัตนพันธ์²

¹โรงพยาบาลลับแล จ.อุตรดิตถ์

²สาขาทันตกรรมทั่วไป ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Purita Amphaphol¹, Suwannee Tuongratanaphan²

¹Lablae Hospital, Utradit

²Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม.ทันตสาร 2554; 32(1) : 105-114

CM Dent J 2011; 32(1) : 105-114

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอุบัติการณ์และความชุกของความผิดปกติในการรับประทานอาหารชนิดบูลิเมีย เนอร์โวซามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ซึ่งความผิดปกติในการรับประทานอาหารนี้พบมากในกลุ่มวัยรุ่น สาเหตุของการเกิดความผิดปกตินี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีรายงานถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกตินี้ทั้งจากพันธุกรรม วัฒนธรรม และสภาพจิตใจ ทันตแพทย์มักเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนแรกที่พบความผิดปกตินี้ เนื่องจากอาการแสดงที่สำคัญและเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยในกลุ่มนี้คือการสูญเสียเนื้อฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ หากทันตแพทย์สามารถตระหนักถึงอาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวินิจฉัยในระยะแรกและการส่งต่อเพื่อรับการรักษจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้

Abstract

The incidence and prevalence rates of eating disorder especially bulimia nervosa appear to be increasing overtime. Eating disorders are seen mainly in adolescents or young patients. The etiology of the eating disorders is unknown, but genetic, cultural and psychiatric factors appear to play a role. The dental practitioner is potentially the first healthcare worker to meet the patient and should recognize early signs of tooth substance loss and alert the patient to confront the problem. Early diagnosis, referral and intervention significantly decrease the risk of developing these associated medical complications.

Corresponding Author:

สุวรรณี ดวงรัตนพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาทันตกรรมทั่วไป ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Suwannee Tuongratanaphan

Assistant Professor, Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand.

E-Mail: dnistngr@chiangmai.ac.th

รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยบูลิเมีย เนอร์โวซา 1 ราย ซึ่งเป็นหนึ่งในความผิดปกติในการรับประทานอาหาร รวมทั้งอาการแสดงที่พบได้ในช่องปาก ซึ่งทันตแพทย์ควรที่จะให้การวินิจฉัยเบื้องต้น และให้การรักษาที่เหมาะสมได้

คำสำคัญ: ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร, บูลิเมีย เนอร์โวซา, ฟันสึก, การจัดการทางทันตกรรม

This report revealed the typical signs of orodental findings in a patient with bulimia nervosa. The dentist can assist in making the initial diagnosis and provide supportive dental care.

Keywords: eating disorders, bulimia nervosa, dental erosion, dental management

บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันจากเดิมที่เป็นสังคมเกษตรกรรม ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการกระตุ้นให้เกิดการบริโภคมากขึ้น ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ เป็นผลให้ระบบเศรษฐกิจเปลี่ยนความสำคัญจากการผลิตเพื่อให้เพียงพอต่อการบริโภคเข้ามาสู่ภาวะการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการบริโภค

ค่านิยมในสังคมให้ความสำคัญในรูปลักษณ์เรือนร่างมากกว่าคุณค่าในตัวเอง เด็กหญิงวัยรุ่นนอยากรมีรูปร่างเหมือนดาราดังและนางแบบ พวกเขาเลือกวิธีอดอาหารเพื่อให้มีรูปร่างผอมบาง จะเห็นได้ว่าอิทธิพลของสื่อเป็นตัวกระตุ้นค่านิยมเรื่องรูปลักษณ์เรือนร่างสร้างเป็นรูปร่างในอุดมคติของวัยรุ่นขึ้นมา วัยรุ่นจึงพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้ตัวเองผอมโดยไม่เกี่ยวกับความจำเป็นในการประกอบอาชีพจึงเกิดเป็นปัญหาขึ้นมาได้

พฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้นในการรับประทานอาหาร เริ่มต้นจากความพยายามอดอาหารอย่างเข้มงวด ไม่ยอมรับประทานอาหารให้ใครเห็น ออกกำลังกายหักโหม หรือมีความรู้สึกผิดเมื่อรับประทานอาหาร จากนั้นก็พยายามรับประทานอาหารอย่างช้าๆ หรือไม่ก็ล้วงคอให้ตัวเองอาเจียนออกมา เหล่านี้เป็นพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากค่านิยมความผอม

ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร (eating disorder) พบมากในกลุ่มหญิงวัยรุ่น ซึ่งความผิดปกติในการรับประทานอาหารที่เป็นที่รู้จักกันคือบูลิเมีย เนอร์โวซา (bulimia nervosa) ซึ่งเป็นโรคผิดปกติทางอารมณ์ ทำให้กินมากเกินไปแล้วอาเจียนออก ลักษณะเหมือนมี

อาการหิวไม่หาย (bulimia) และอะนอเร็กเซีย เนอร์โวซา (anorexia nervosa) หรือที่รู้จักกันในนามโรคอยากผอม ซึ่งเป็นโรคเบื่ออาหารเหตุจิตใจ ส่วนผู้ป่วยรายแรกๆ มีรายงานในกลุ่มของหญิงสาวที่มีอาชีพนางแบบ ดารา เพราะต้องใช้รูปร่างเพื่อแสดงเสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย⁽¹⁾

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารชนิดบูลิเมีย เนอร์โวซา การวินิจฉัยและอาการแสดงในช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ก่อน เพื่อทันตแพทย์จะสามารถตระหนักได้ถึงความผิดปกตินี้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหา เนื่องจากการวินิจฉัยในระยะแรก และการส่งต่อเพื่อรับการรักษา จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยได้

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 19 ปี สุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา มาพบทันตแพทย์ที่คลินิกบัณฑิตศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เนื่องจากฟันหน้าบนเปลี่ยนสีและปลายฟันสั้นลง จากการตรวจภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีปลายฟันหน้าบนสั้น มีลักษณะสบฟันหน้าเป็นสบฟันเปิด (pseudo open-bite) ฟันตัดบนซี่แรกด้านซ้าย มีสีคล้ำกว่าฟันซี่อื่นๆ และเคยมีประวัติรักษารากฟันหลายซี่แล้ว (รูปที่ 1) พบฟันสึกด้านเพดานของฟันหน้าบน (รูปที่ 2) และด้านบดเคี้ยวของฟันล่าง (รูปที่ 3) ผู้ป่วยได้ให้ประวัติว่าผู้ป่วยจะอาเจียนทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร จากการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมพบว่าเริ่มมีพฤติกรรมล้วงคอให้อาเจียน



รูปที่ 1 ลักษณะสบเปิดปลอมของผู้ป่วย เนื่องจากฟันตัดบนสึก

Figure 1 Pseudo open bite of patient due to dental erosion of upper central incisors.



รูปที่ 2 แสดงการสึกกร่อนของฟันทางด้านเพดานของฟันบน

Figure 2 dental erosion of palatal surfaces of upper arch.

หลังรับประทานอาหารตั้งแต่ 6 ปีที่แล้ว เพื่อควบคุมน้ำหนัก และอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทานมักมีรสจัด เช่น ส้มตำ ของหมักดอง หลังจากการตรวจในช่องปาก ทันตแพทย์ได้ทำการถ่ายภาพในช่องปากและถ่ายภาพรังสีในช่องปาก รวมทั้งพิมพ์ปากเพื่อทำแบบจำลองศึกษา (study model) เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษา แบบทันตกรรมพร้อมมูล (comprehensive dental care) รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์เพื่อทำการรักษา พฤติกรรมผิดปกติในการรับประทานอาหาร ทั้งนี้จิตแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยในเบื้องต้นว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติใน



รูปที่ 3 แสดงการสึกกร่อนของฟันทางด้านบดเคี้ยวบริเวณฟันกรามล่าง

Figure 3 dental erosion of occlusal surfaces of lower molars.

การรับประทานอาหารที่เรียกว่า บุลิเมีย เนอร์โวซา แพทย์ให้เลือกการรักษาโดยการให้ยาหรือควบคุมจิตใจตนเอง ผู้ป่วยเลือกวิธีควบคุมจิตใจตนเอง

สำหรับการรักษาในช่องปากทันตแพทย์ได้ทำการบูรณะฟันผู้ป่วยด้วยการทำวีเนียร์ ชนิดเรซินคอมโพสิต บริเวณฟันหน้าบนตั้งแต่ฟันตัดบนซี่ที่สองด้านขวา ถึงฟันตัดบนซี่ที่สองด้านซ้าย และฟอกสีฟัน (internal bleaching) ที่ฟันตัดบนซี่แรกด้านซ้ายที่เคยรักษารากฟัน ให้ฟลูออไรด์เสริมและนัดติดตามผลเป็นระยะ

หนึ่งปีต่อมาผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา ประเมินวัสดุที่ทำการบูรณะ การสึกของฟัน และภาวะผิดปกติในการรับประทานอาหาร จากการตรวจในช่องปากพบว่าวัสดุอุดบริเวณฟันหน้าบนมีสภาพสมบูรณ์ดี (รูปที่ 4, 5) ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ มีการสึกกร่อนของฟันทางด้านเพดานของฟันบนทั้งหมด รวมทั้งด้านบดเคี้ยวของฟันหลังบน (รูปที่ 5, 6, 7) โดยผิวฟันที่สึกมีลักษณะเรียบมัน ส่วนในฟันล่างพบฟันสึกทางด้านบดเคี้ยวของฟันหลังเช่นกัน (รูปที่ 3) ผู้ป่วยมีอาการเสียวฟันเป็นบางครั้งขณะแปรงฟัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมอาเจียนหลังรับประทานอาหารแม้ไม่ต้องกระตุ้นแต่จะอาเจียนโดยอัตโนมัติหากรับประทานอาหารที่รู้สึกว่าจะให้อ้วน เช่น พวกขนมปัง ข้าว แป้ง ผู้ป่วยพยายามควบคุมจิตใจแต่ก็ไม่ได้ผล ยังคงมีอาการ



รูปที่ 4 แสดงลักษณะการบูรณะของฟันตัดบนซี่แรกและซี่ที่สองด้วยคอมโพสิทีวีเนียร์

Figure 4 composite veneer of upper central and lateral incisors.



รูปที่ 5 ภาพทางด้านบดเคี้ยวแสดงการบูรณะของฟันตัดบนซี่แรกและซี่ที่สองด้วยคอมโพสิทีวีเนียร์

Figure 5 occlusal view of composite veneer on upper central and lateral incisors.

อาเจียน อยู่วันละประมาณ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหาร และพบว่ามีฟันสึกกร่อนทั้งทางด้านเพดานและด้านบดเคี้ยวอยู่ ทันตแพทย์จึงแนะนำให้ผู้ป่วยให้พบจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำการดูแลช่องปาก โดยบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด ทันทีหลังอาเจียนเพื่อลดความเป็นกรด ไม่ควรแปรงฟันทันทีเพราะในช่องปากมีความเป็นกรดสูงจะเพิ่มการสึกของฟันอีก ควรใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด รสเปรี้ยว และทำการบูรณะฟันที่สึกด้วยเรซินคอมโพ-



รูปที่ 6 แสดงการสึกกร่อนของฟันบนซ้ายทางด้านเพดานและด้านบดเคี้ยว

Figure 6 dental erosion of palatal and occlusal surfaces of left maxillary teeth.



รูปที่ 7 แสดงการสึกกร่อนของฟันบนขวาทางด้านเพดานและด้านบดเคี้ยว

Figure 7 dental erosion of palatal and occlusal surfaces of right maxillary teeth.

สิตในฟันบนด้านเพดาน ทำเฝือกฟันเพื่อให้ฟลูออไรด์ระบบเฉพาะที่เสริมแก่ผู้ป่วยให้ไปใช้เองที่บ้านวันละครั้ง โดยฟลูออไรด์ที่ใช้มีสภาพเป็นกลางและมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ขนาด 5,000 ppm (Prevident®)

ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ 20 ปี น้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติและใช้วิธีควบคุมตนเองในการรักษาพฤติกรรมที่ผิดปกติในการรับประทานอาหาร โดยแพทย์แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักด้วยการรับประทานอาหารประเภทสลัดผัก อาหารหนึ่ง ซึ่งอาหารจำพวกนี้ไม่ทำให้อ้วน งดของทอดของมัน อาหารประเภทแป้งที่ผู้ป่วยรับประทานแล้วรู้สึกจะทำให้อ้วน ทันตแพทย์พยายามโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีคิดและรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้อ้วนเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกผิดหลังรับประทานอาหาร และจะได้ไม่อาเจียน

บทวิจารณ์

รายงานผู้ป่วยนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารโดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมล้วงคออาเจียนหลังรับประทานอาหาร ความผิดปกติของผู้ป่วยนี้ถูกพบโดยบังเอิญเมื่อมาพบทันตแพทย์เนื่องจากปลายฟันหน้าที่สั้นลง ทันตแพทย์ได้ซักประวัติเพิ่มเติมและพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร และแนะนำผู้ป่วยให้ไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช โดยแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในการรับประทานอาหารชนิด บูลิเมีย เนอร์โวซา ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่าตนเองมีความผิดปกติในการรับประทานอาหารและต้องการที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกตินี้

จากรายงานทางวิชาการพบว่าความผิดปกติในการรับประทานอาหารมักพบในกลุ่มคนชั้นกลางและกลุ่มคนชั้นกลางค่อนข้างสูง ต้องการความสมบูรณ์แบบ เคารพตนเองต่ำ พบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชายถึง 10 เท่า⁽²⁾ ทั้งนี้มักพบผู้ป่วยบูลิเมีย เนอร์โวซาในวัยรุ่นตอนปลายและวัยกลางคน⁽³⁾ มีรายงานว่าในผู้ป่วยบูลิเมีย-เนอร์โวซา มีจำนวนผู้ติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดประมาณร้อยละ 33 และมีปัญหาด้านบุคลิกภาพร้อยละ 50⁽⁴⁾ มีการศึกษาต่างๆ แสดงถึงความชุกของบูลิเมีย เนอร์โวซา ดังแสดงในตารางที่ 1 นอกจากนี้สถาบันสุขภาพจิตของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยสำหรับบูลิเมีย เนอร์โวซา ดังตารางที่ 2^(5,6)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยบูลิเมีย เนอร์โวซาโดยมาก จะรู้ตัวว่าตนเองมีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารครั้งละจำนวนมากไม่สามารถควบคุมตนเองได้และรู้สึกผิดหลังจากรับประทานอาหาร พยายามขจัดอาหารที่รับประทานเข้าไปโดยการล้วงคอให้อาเจียน การใช้ยาถ่าย หรือออกกำลังกายอย่างหักโหม อาจพบแผลบริเวณด้านหลังนิ้วเนื่องจากการบาดเจ็บจากฟันหน้าของผู้ป่วยขณะกระตุ้นให้มีการอาเจียน ลักษณะแผลที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้เรียกว่า “อาการรัสเซลล์ (Russell’s sign)^(4,7,8,9)” หรือใช้ยากระตุ้นให้มีการอาเจียนซึ่งนำไปสู่การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆในร่างกายรวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจด้วย ลักษณะการบริโภคอาหารจำนวนมากอย่างขาดการควบคุม จะเกิดขึ้นทุกวัน โดยอาหารที่บริโภคนั้นมักเป็นแป้งและ

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของบูลิเมีย เนอร์โวซา

Table 1 Prevalence of bulimia nervosa.

Author, year	Prevalence of Bulimia (%)
Kavoura V et al, 2005 ⁽²⁾	0.4-5
Burke FJT et al, 1996 ⁽³⁾	2
Little JW, 2002 ⁽⁴⁾	1-5
Moor RJG, 2004 ⁽⁵⁾	1-2
Milosevic A, 1999 ⁽⁶⁾	1-2

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยสำหรับบูลิเมีย เนอร์โวซา^(5,6)

Table 2 Diagnostic criteria for bulimia nervosa^(5,6)

บูลิเมีย เนอร์โวซา (Bulimia nervosa)
ก. มีลักษณะบริโภคอาหารจำนวนมากเกิดขึ้นซ้ำๆ
ข. ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่ผิดปกตินี้ได้
ค. ใช้การกระตุ้นตนเองให้อาเจียน ใช้ยาขับปัสสาวะหรือยาถ่าย ควบคุมหรือลดอาหาร หรือ ออกกำลังกายหักโหมเพื่อป้องกันน้ำหนักขึ้น
ง. ลักษณะการรับประทานอาหารที่ผิดปกติเกิดขึ้นสัปดาห์ละ 2 ครั้งขึ้นไปอย่างน้อย 3 เดือน
จ. กังวลมากเกินไปเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนัก

น้ำตาล ส่วนอาการแทรกซ้อนที่มักเกิดกับผู้ป่วยบูลิเมีย-เนอร์โวซา คือการสำลัก การฉีกขาดของกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ การอักเสบของตับอ่อน การใช้สารกระตุ้นให้อาเจียนเป็นผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงรวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจ การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ค่อยดีเนื่องจากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายและผลข้างเคียงจากการอาเจียนต่อระบบต่างๆในร่างกาย กว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยกลับมาเป็นอีกหลังจาก 18 เดือน และ 2 ใน 3 กลับมาเป็นใหม่ภายใน 1 ปี⁽⁴⁾

ลักษณะความผิดปกติในช่องปาก^(1,3,4,5,7) ที่พบนั้นอาจจะมีความสัมพันธ์กับประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคในช่องปากขึ้นกับระยะเวลาการเกิดความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ

อาหารที่รับประทานและการดูแลสุขภาพช่องปาก อาการแสดงในช่องปากที่สำคัญได้แก่การสึกของฟัน ฟันผุ ต่อมน้ำลายโต น้ำลายแห้ง อาจพบการทำลาย อวัยวะปริทันต์และเนื้อเยื่อในช่องปาก

การสึกกร่อนของฟันมีลักษณะเฉพาะหรือที่เรียกว่า “ฟันกร่อนเหตุกรด (perimylolysis)^(1,5)” ซึ่งเกิดจากเมื่อมีการกระตุ้นให้อาเจียนจะทำให้เกิดการไหลย้อนขึ้นมาของ กรดจากกระเพาะอาหาร ผลของกรดร่วมกับผลการเสียดสีทางกลจากลิ้น เป็นผลให้มีการกร่อนและสูญเสียแร่ธาตุ ของเคลือบฟันและเนื้อฟัน การสึกกร่อนดังกล่าวนี้จะพบ ตำแหน่งแรกที่ด้านเพดานของฟันหน้าบน โดยในระยะแรกผิวฟันทางด้านเพดานของฟันหน้าบนมีลักษณะเรียบมัน เมื่อมีการทำลายมากขึ้นขนาดของพยาธิสภาพจะ ขยายมากขึ้น และจะพบฟันกร่อนเพิ่มขึ้นบริเวณด้านบด เคี้ยวของฟันหลังและด้านหน้าของฟันบน แต่พบได้น้อย ในฟันล่าง⁽⁵⁾ ในฟันหลังที่มีการบูรณะของฟันโดยใช้เซรามิก (amalgam) ทางด้านบดเคี้ยว การสึกของผิวฟันจะ มากกว่าวัสดุที่ใช้บูรณะจึงเห็นเป็นลักษณะวัสดุบูรณะที่ ลอยขึ้นมา การกร่อนของฟันที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้มีการเผย ผิวด้านของเนื้อฟันต่อสิ่งแวดล้อมเป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการ เสียวฟันเมื่อทานอาหารร้อน เย็น ขณะเคี้ยวอาหารและ ขณะแปรงฟันได้ ทั้งนี้การกร่อนของฟันหน้าบนจนมีการ สูญเสียปลายฟัน จะเป็นผลให้เกิดการสบเปิดของฟัน หน้า (pseudo-anterior open bite) ส่วนการกร่อนของ ฟันหลังอาจมากจนทำให้สูญเสียมิติการสบฟันในแนวตั้ง ได้ (loss of vertical dimension) ดังนั้นอาการสำคัญที่ นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์คืออาการเสียวฟัน และปลาย ฟันหน้าที่สั้นลงทำให้ขาดความสวยงาม^(3,5) นอกจากนี้ ความรุนแรงของการกร่อนของฟันในผู้ป่วยขึ้นกับหลาย ปัจจัย⁽³⁾ ได้แก่ ความถี่ในการอาเจียน ระยะเวลาของการ มีนิสัยที่ผิดปกติ ซึ่งโดยปกติแล้วผิวเคลือบฟันจะมีการ กร่อนจนสามารถสังเกตได้หากมีการสัมผัสกับกรดสองปี ขึ้นไป ลักษณะนิสัยในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะ ภายหลังการอาเจียนทันที การเคี้ยวจนกระทั่งการ อาเจียนโดยการบ้วนปากหรือดื่มนม รวมทั้งระยะเวลา และวิธีการแปรงฟัน

แต่อย่างไรก็ตามภาวะฟันกร่อนเหตุกรด ไม่ใช่ลักษณะ เฉพาะในการวินิจฉัยโรคบูลิเมีย เนอร์โวซา เพราะการ

กร่อนของฟันในลักษณะนี้เกิดจากการอาเจียน ซึ่งทำให้ ฟันสัมผัสกับกรดอย่างสม่ำเสมอ จึงอาจพบได้จากปัจจัย ภายใน เช่น ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดิน อาหาร ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และกระบวนการ เมแทบอลิซึม หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน จากการแพ้ท้อง การติดสารเสพติด การติดแอลกอฮอล์ ส่วนปัจจัยภายนอก ที่ส่งผลให้เกิดฟันกร่อนได้นั้นได้แก่ อาชีพ การใช้ยา การใช้ชีวิตประจำวัน อาชีพที่ส่งเสริมให้ ฟันกร่อน เช่น พนักงานในโรงงานที่มีไอน้ำ โรงงาน แบตเตอรี่ นักกีฬาว่ายน้ำซึ่งสัมผัสกับคลอรีนเป็นประจำ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดสูง การรับประทานวิตามินซี^(4,10)

อัตราการเกิดฟันผุ^(2,4,7) ของผู้ป่วยประเภทนี้มีความ แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับระยะเวลาและความถี่ในการ เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่าน มายังไม่สามารถสรุปได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างอัตรา การเกิดฟันผุและความถี่ในการอาเจียน อย่างไรก็ตาม การที่ฟันสัมผัสกับกรด ร่วมกับการมีพฤติกรรมชอบรับ ประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต การรับประทานยา ที่มีส่วนผสมของน้ำตาล การรับประทานอาหารรสเปรี้ยว และดูแลสุขภาพช่องปากได้ไม่ดี ก็มีแนวโน้มที่จะเกิด ฟันผุได้ง่าย แต่มีบางการศึกษาที่ไม่เห็นด้วยโดยให้เหตุผล ว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารมักมี นิสัยต้องการความสมบูรณ์แบบ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มี พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี ทำให้มีอนามัยช่องปากที่ดี อัตราการมีฟันผุจึงต่ำ และการอาเจียนอาจมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของแบคทีเรียในช่องปากที่มีผล ต่อฟันผุด้วย เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยรายนี้ซึ่งจากการ ติดตามในระยะคงสภาพก็ไม่พบรอยโรคฟันผุใหม่

มีรายงานพบการโตของต่อมน้ำลาย (parotid gland hypertrophy)^(4,5,7) ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งสองข้างหรือข้าง เดียวก็ได้ และอาจพบความผิดปกติของต่อมน้ำลายได้ ขากรรไกรล่าง (submandibular salivary gland) ใน ผู้ป่วยที่มีความถี่ของการรับประทานอาหารปริมาณมาก โดยไม่สามารถควบคุมได้และกระตุ้นให้ตนเองอาเจียน เพื่อขจัดอาหารนั้นออกมา อัตราการเกิดความผิดปกติ ของต่อมน้ำลายนี้เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 10-50⁽¹¹⁾ การ

บวมโตของต่อมหน้าหูนี้โดยมากมักไม่มีอาการ และเป็นพักๆ โดยมักเกิดขึ้นหลังจากพฤติกรรมรับประทานอาหารแล้วล้วงคอให้อาเจียน (binge-purge) เป็นเวลา 2-6 วัน สาเหตุของการโตของต่อมหน้าหูในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ กระบวนการที่ทำให้เกิดความผิดปกตินี้เกิดได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป การไหลย้อนกลับของกรดในกระเพาะอาหาร ภาวะความเป็นด่างในร่างกายและการขาดสารอาหาร มีรายงานสนับสนุนว่าการอาเจียนเป็นสาเหตุหนึ่งของการโตของต่อมหน้าหู เนื่องจากการศึกษาติดตามผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารมากโดยไม่สามารถควบคุมได้ และใช้วิธีอื่นกำจัดอาหารที่รับประทานเข้าไป โดยไม่ได้ใช้การล้วงคอให้อาเจียน พบว่าในกลุ่มนี้ไม่มีการโตของต่อมหน้าหู และเมื่อทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ พบมีเนื้อเยื่อของต่อมหน้าหูปกติ หรืออาจพบเนื้อเยื่อปกติร่วมกับบริเวณที่มีการอักเสบร่วมด้วยเท่านั้น

น้ำลายจะเป็นสารที่ช่วยหล่อลื่นภายในช่องปากและยังช่วยลดความเป็นกรดหลังจากผู้ป่วยอาเจียน โดยหลังการอาเจียนอัตราการหลั่งของน้ำลายจะสูงขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยบูลิเมีย เนอร์โวซา หลังรับประทานอาหารเช้าจะมีการหลั่งของน้ำลายในขณะพักลดลง เกิดภาวะปากแห้ง (xerostomia) เนื่องจากผู้ป่วยอาเจียนบ่อย มีการใช้ยาขับปัสสาวะและยาถ่ายทำให้ปริมาณของเหลวในร่างกายลดลง จึงเป็นสาเหตุให้การหลั่งของน้ำลายลดลง และการใช้ยาต้านการซึมเศร้าซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้ปากแห้งเช่นกัน นอกจากนี้การที่ในช่องปากได้รับกรดที่ย้อนออกมาพร้อมกับอาการอาเจียน อีกทั้งปริมาณน้ำลายที่น้อยทำให้มีการสูญเสียไบคาร์บอเนต (bicarbonate) ทำให้ความเป็นบัฟเฟอร์ของน้ำลายลดลง การกร่อนของฟันเกิดได้มากขึ้นอีกด้วย^(2,4,5,7,12)

การเกิดโรคปริทันต์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารพบได้น้อย^(4,5,7) เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยบูลิเมีย เนอร์โวซาจะมีการรับรู้เรื่องรูปร่างที่เป็นจริง มีความใส่ใจในรูปร่างหน้าตาเป็นอย่างมาก มักมีการดูแลตนเองเป็นอย่างดี อาจพบผู้ป่วยมีเหงือกแดงโดยทั่วไป (gingival erythema) ซึ่งเป็นผลมา

จากน้ำลายน้อยร่วมกับการขาดสารอาหาร การสูญเสียความชุ่มชื้นและคุณสมบัติในการป้องกันของน้ำลายเป็นผลให้อวัยวะปริทันต์สูญเสียความชุ่มชื้น การขาดโปรตีนและวิตามินเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดรุนแรงขึ้น

เนื้อเยื่อในช่องปากและหลอดอาหารอาจได้รับการบาดเจ็บ^(4,5,7) จากการที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้ามากเกินไป และแรงจากการอาเจียน รอยแดงที่เกิดขึ้นบริเวณเพดาน หลอดอาหารและด้านหลังของลิ้น และการถลอกของหลอดอาหาร เป็นผลมาจากการใช้นิ้วหรือของแข็งอื่น เช่น ดินสอ หวี กระตุ้นให้อาเจียน อาจพบแผลบริเวณมุมปาก และอาจพบการติดเชื้อราในช่องปากเนื่องมาจากการขาดสารอาหาร

จะเห็นได้ว่าในกรณีผู้ป่วยรายนี้ อาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์คือ ปลายฟันหน้าที่สั้นลงจากการที่มีการกร่อนของฟันหน้าบน โดยมีประวัติพฤติกรรมล้วงคอให้อาเจียนหลังรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 6 ปีที่แล้ว สอดคล้องกับรายงานทางวิชาการที่ว่าจะสามารถสังเกตการกร่อนของผิวเคลือบฟันได้หากฟันมีการสัมผัสกับกรดสองปีขึ้นไปซึ่งลักษณะการสึกกร่อนของฟัน พบที่บริเวณผิวฟันด้านเพดานรวมทั้งมีลักษณะเรียบมัน และดูกลมจนมีปลายฟันหน้าบนสั้นลง ทั้งนี้การวินิจฉัยแยกโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผิดปกติควรวินิจฉัยแยกโรคจาก อะนอเร็กเซีย เนอร์โวซา (anorexia nervosa) ซึ่งมักจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับอายุและส่วนสูงร้อยละ 15 ขึ้นไป โดยที่แม้จะมีน้ำหนักตัวน้อยอยู่แล้ว ก็ยังกลัวน้ำหนักขึ้นหรือกลัวอ้วน เนื่องจากมีความรับรู้เกี่ยวกับน้ำหนักและรูปร่างที่ผิดไปจากความจริง และในผู้ป่วยหญิงจะต้องมีประจำเดือนขาดหายไปอย่างน้อย 4 รอบ ส่วนในผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผิดปกติเข้าตามเกณฑ์วินิจฉัยสำหรับบูลิเมีย เนอร์โวซา^(5,6) ดังได้กล่าวไปแล้ว นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับการวินิจฉัยที่ยืนยันตรงกันจากจิตแพทย์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอีกด้วย สำหรับอาการแสดงอื่นๆ ที่ไม่พบในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่ อาการรัชเชลล์ อาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน ทั้งนี้เนื่องจากสามารถกระตุ้นการอาเจียนเองโดยอัตโนมัติซึ่งไม่ต้องอาศัยมือหรืออุปกรณ์ช่วยกระตุ้น นอกจากนี้ไม่พบการโตของต่อมหน้าหู ไม่พบภาวะปากแห้ง

ทำให้ผู้ป่วยมีฟันผุน้อย

การรักษาผู้ป่วยบุคลิกเสีย เนอร์โวซาที่ได้ผลคือ การใช้ยาต้านการซึมเศร้าและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavior therapy และ Interpersonal Therapy)⁽¹⁰⁾ การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อลดการสำลักและความผิดปกติของกระเพาะอาหาร โดยลดการอาเจียนของผู้ป่วยจากการล้วงคอและจำกัดพฤติกรรมรับประทานอาหารครั้งละมากๆ อาจให้เกลือแร่เสริมในผู้ป่วยที่อาเจียนและให้ยาขับปัสสาวะ⁽⁴⁾ ในผู้ป่วยรายนี้ปฏิเสธการรักษาโดยใช้ยา แพทย์จึงใช้พฤติกรรมบำบัดโดยแพทย์ได้แนะนำด้านโภชนาการให้กับผู้ป่วย ปรับทัศนคติผู้ป่วยที่มีต่ออาหารและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลเสียของความผิดปกตินี้ ผู้ป่วยมีความร่วมมือดีในการรักษา ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ใช้วิธีควบคุมตนเองไม่ล้วงคออาเจียนหลังรับประทานอาหาร ตามคำแนะนำของแพทย์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบุคลิกเสีย 1 ใน 3 มีโอกาสกลับมาเป็นอีก⁽¹⁰⁾ จึงควรมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการรักษาให้กับผู้ป่วย อัตราการสึกของฟัน และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยรุ่น ควรให้ผู้ป่วยปกครองรับรู้และช่วยกันแก้ปัญหาด้วย^(2,4)

การรักษาผู้ป่วยบุคลิกเสียเนอร์โวซาเป็นความท้าทายของทันตแพทย์อย่างมาก ผลของพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผิดปกตินั้น ส่งผลต่อฟันในช่องปากที่ไม่สามารถผันกลับได้ จุดประสงค์สำคัญของการรักษาคือผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ มีความสวยงามและป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้น เวลาที่เหมาะสมสำหรับการบูรณะฟันเป็นสิ่งควรพิจารณา⁽⁵⁾ มีบางการศึกษาแนะนำให้ทำการบูรณะฟันภายหลังจากควบคุมการอาเจียนได้แล้ว แต่มีบางกรณีศึกษาแนะนำว่าควรทำควบคู่กันเพื่อป้องกันความเสียหายที่มีมากขึ้นหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมนี้ได้ การสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ควรชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงการพยากรณ์การรักษาว่ามีแนวโน้มอย่างไร หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการอาเจียนได้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีวัสดุอุดฟันชนิดเรซินคอมโพสิต (resin composite) ที่สามารถต้านทานต่อการกัดได้พอสมควร จึงสามารถนำมาบูรณะฟันที่มีการสึกกร่อนเหล่านี้เพื่อ

ป้องกันการสึกกร่อนมากขึ้น มีความสวยงาม และช่วยลดอาการเสียวฟัน ทั้งนี้ก่อนเริ่มการบูรณะฟันควรมีการพิมพ์ปากและถ่ายภาพไว้สำหรับติดตามผล การบูรณะฟันที่มีการสึกกร่อนนี้ต้องพิจารณาการสบฟันของผู้ป่วยและช่องว่างที่เหลืออยู่ หากช่องว่างที่เหลืออยู่น้อยกว่า 1 มิลลิเมตร แนะนำให้บูรณะด้วยเรซินคอมโพสิต ทั้งนี้ Milosevic ในปี 1999⁽⁷⁾ แนะนำให้เพิ่มเวลาในการใช้กรดกัดผิวฟัน (etching) 20-30 วินาที เพื่อเปิดท่อเนื้อฟัน (dental tubule) ให้เกิดเป็นเรซินแท็ก (resin tags) สารยึดติดควรเลือกใช้เป็นชนิดเปียก (wet bonding) และแนะนำให้ใช้กาสไอโอโนเมอร์ (glass ionomer) ในการบูรณะเพราะทนกรดได้น้อยกว่าเรซินคอมโพสิต

จากการศึกษาของ Christensen ในปี 2002⁽¹³⁾ แนะนำว่าควรรับบูรณะในฟันหน้า เพราะหากทิ้งไว้อาจเกิดการยื่นยาวของฟันหน้าได้ ซึ่งจะทำให้ไม่มีช่องว่างเพียงพอในการบูรณะ ทั้งนี้สามารถเพิ่มการยึดติดได้โดยใช้หัวกรอขนาดเล็กทำเป็นช่องเจาะลงไป หรือใช้หัวกรอเพชรแบบหยาบทำให้บริเวณที่จะอุดมีผิวที่ขรุขระเพิ่มการยึดติด นอกจากนี้ Christensen ยังแนะนำให้ใช้ระบบสารยึดติด ชนิดเซล์ฟเอทชิง (self-etching primer bonding) เพื่อลดอาการเสียวฟัน ส่วนเรซินคอมโพสิตที่แนะนำคือชนิดที่มีสารเติมขนาดเล็กซึ่งมีการสึกกร่อนต่ำ (Low-wear microfill composite) ในการบูรณะต้องมีการเช็คการสบฟันเสมอ อาจอุดฟันหน้าสูงกว่าปกติเล็กน้อยประมาณ 1 มิลลิเมตร ในคนไข้ที่มีการสูญเสียมิติในแนวตั้งและหวังว่าฟันหลังจะยื่นยาวลงมาในไม่กี่สัปดาห์ ในกรณีการสูญเสียเนื้อฟันปริมาณมากจำเป็นต้องมีการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นการใช้ครอบฟันเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะป้องกันฟันทั้งซี่ และวัสดุที่ใช้ก็มีความทนทานต่อกรด⁽¹³⁾ ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผิดปกตินี้ได้ อาจจำเป็นต้องใช้วัสดุชั่วคราวในการบูรณะ เพื่อประเมินการตอบสนองการรักษาของผู้ป่วย โดยการใช้วิธีการบูรณะที่มีความแข็งแรงและสูญเสียเนื้อฟันปริมาณน้อยกว่าการทำครอบฟัน เช่น วีเนียร์ (veneer) อุดฝัง (inlay) อุดครอบ (onlay) ซึ่งก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

ผู้ป่วยรายนี้มีการสึกของฟันบริเวณด้านเพดานของฟันบนและเลือกใช้การบูรณะด้วยวัสดุอุดสีเหมือนฟัน

เรซินคอมโพสิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการสูญเสียผิวฟันมากขึ้น และป้องกันอาการเสียวฟันที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยไม่มีปัญหาฟันผุจึงเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและความรุนแรงของการสูญเสียเคลือบฟันโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเป็นกรดในช่องปากภายหลังจากอาเจียนโดยใช้ น้ำยาบ้วนปากที่มีฤทธิ์เป็นด่างคือ มีโซเดียมไบคาร์บอเนต หรือแมกนีเซียมไฮดรอกไซด์เป็นส่วนประกอบบ้วนปากทันทีหลังอาเจียน หากไม่มีให้ใช้น้ำสะอาดแทนได้ การใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของโซเดียมฟลูออไรด์ ความเข้มข้นร้อยละ 0.05 หรือการใช้ฟลูออไรด์ร่วมกับฟลูออไรด์ระบบเฉพาะที่ที่มีความเข้มข้นสูง ร่วมกับการใช้ ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ทุกวันจะช่วยลดการกร่อนของฟัน และลดอาการเสียวฟัน^(10,13,14) นอกจากนี้เพื่อลดความเป็นกรดบนผิวฟัน ไม่ควรแปรงฟันหลังอาเจียนทันทีเพราะอาจเป็นการกระตุ้นให้ฟันสึกกร่อนมากขึ้น เนื่องจากภาย หลังอาเจียนบนผิวฟันจะมีความเป็นกรดสูง หากผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง น้ำลายน้อย ควรแนะนำให้เคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล และแนะนำเรื่องโภชนาการโดยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยว น้ำอัดลม ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว หรืออาหารที่มีรสจัด เพื่อลดการกร่อนของฟัน⁽¹⁾

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ชนิดบูลิเมียเนอโรวียาอยากที่จะวินิจฉัยหากไม่สามารถได้ ประวัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เพราะลักษณะที่ปรากฏของผู้ป่วยจะปกติไม่พอมมาก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร แสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วย การได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสาเหตุของปัญหาและมีส่วนร่วมในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะเข้าถึงผู้ป่วยและทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ

ปัจจุบันความผิดปกติในการรับประทานอาหารมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และพบมากในวัยรุ่น ทันตแพทย์อาจจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนแรกที่พบผู้ป่วย หากทันตแพทย์สามารถให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยและลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้การร่วมมือกัน

รักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ นักโภชนาการ และครอบครัวผู้ป่วยจะช่วยให้การรักษาประสบความสำเร็จ⁽¹⁵⁾

สรุป

ปัจจุบันในยุคของบริโภคนิยม ภาพลักษณ์ภายนอกกลายเป็นสิ่งสำคัญ เด็กวัยรุ่นมีค่านิยมอยากมีรูปร่างที่ผอมบางเหมือนดารา นางแบบ โอกาสที่ทันตแพทย์จะพบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารมีมากขึ้น รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารชนิดบูลิเมียเนอโรวียา การวินิจฉัยอาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ทันตแพทย์ตระหนักถึงความผิดปกตินี้ และสามารถบูรณาการการรักษาทางการแพทย์และทางทันตกรรม โดยควรให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบและมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะช่องปากของตนเองอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ทันตแพทย์ปฏิพัทธ์ บุญภินันท์ และคณาจารย์สาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป ที่กรุณาให้คำแนะนำ สนับสนุน และช่วยเหลือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bramall E. Oral manifestations of anorexia nervosa and bulimia nervosa : The role of the dental hygienist/Therapist. *Dental Health* 2007; 46:20-26.
2. Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A. Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Int* 2005; 36: 501-510.
3. Burke FJT, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. Bulimia: Implication for the practicing dentist. *Br Dent J* 1996; 180: 421-426.
4. Little JW. Eating disorders: Dental implication. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2002; 93: 138-143.

5. Moor RJG. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 725-732.
6. American Psychiatric Association. Eating disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IVTR). 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000: 583-597.
7. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J* 1999; 186: 109-113.
8. Tyler I, Birmingham CL. The interrater reliability of physical signs in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2001; 30(3): 343-345.
9. Strumia R, Varotti E, Manzato E, Gualandi M. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatology* 2001; 203 (4): 314-317.
10. Bouquot JE, Seime RJ. Bulimia nervosa: dental perspectives. *Pract Perio Aesthet Dent* 1997; 9(6): 655-663.
11. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 1122-1125.
12. Tylenda CA, Roberts MW, Elin RJ, Li SH, Altemus M. Bulimia nervosa: its effect on salivary chemistry. *J Am Dent Assoc* 1991; 122: 37-41.
13. Christensen GJ. Oral care for patients with bulimia. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 1689-1691.
14. Kleier DJ, Aragon SB, Averbach RE. Dental management of the chronic vomiting patient. *J Am Dent Assoc* 1984; 108: 618-621.
15. Cowan R.D, Sabates C.R, Gross K.B.W, Elledge D.A. Integrating dental and medical care for the chronic bulimia nervosa patient: a case report. *Quintessence Int* 1991; 22: 553-557.