



การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วย ซิสเต็มมิกสเคลอโรซิส : รายงานผู้ป่วย

สุวิมล ปิติพานิช ท.บ., ป.ชั้นสูง วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ปริทัศน์วิทยา)

คลินิกทันตกรรมบริการ โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ซิสเต็มมิกสเคลอโรซิส จัดเป็นความผิดปกติที่เกิดจากภูมิต้านเนื้อเยื่อตนเอง รอยโรคที่พบในความผิดปกตินี้คือมีภาวะพังผืดขึ้นในหลายอวัยวะ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของสภาพร่างกายและการทำงานของอวัยวะที่เกิดความผิดปกติเหล่านั้น ซิสเต็มมิกสเคลอโรซิสที่เกิดขึ้นกับอวัยวะของช่องปากในผู้ป่วยมักทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยในช่องปาก แต่การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกระทำได้ยาก เนื่องจากช่องปากที่แคบเล็กกว่าปกติ บทวิทยากรนี้เป็นกรรการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคซิสเต็มมิกสเคลอโรซิส ซึ่งผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบและการใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดีกับช่องปาก ในบทวิทยากรจะได้กล่าวถึงลักษณะอาการของโรคในผู้ป่วย วิธีดำเนินการรักษาทางด้านทันตกรรม การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยประสบจากการเกิดโรคและความสำคัญของการรักษาอนามัยของช่องปาก นอกจากนี้ยังบรรยายถึงปรัทัศน์วรรณกรรมของโรคซิสเต็มมิก-สเคลอโรซิสอย่างละเอียดอีกด้วย

(ว ทันต จุฬาฯ 2545;25: 19-25)

บทนำ

โรค Systemic sclerosis (SSc) หรือ Progressive Systemic Sclerosis (PSS) หรือ Scleroderma จัดเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากภูมิต้านเนื้อเยื่อตนเอง (autoimmune disease) ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคนี้นี้ยังไม่ทราบแน่ชัด¹ พยาธิกำเนิดพบว่าเซลล์สร้างเส้นใย (fibroblast) ในผู้ป่วยสร้างคอลลาเจน (collagen) มากผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณชั้นผิวหนังและผนังหลอดเลือด² ความผิดปกติที่เกิดขึ้น คือ คอลลาเจนที่สร้างเพิ่มมากขึ้นในชั้นผิวหนังจะทำให้ผิวหนังเกิดการหนาตัวและแข็งตึง โดยมากจะเป็นที่แขนขาส่วนปลายและลามไปที่นิ้ว ทำให้นิ้วแข็ง (sclerodactyly) หากเป็นที่ใบหน้าจะทำให้หน้าตึงจนไม่สามารถแสดงสีหน้าตามอารมณ์ได้ ความผิดปกติที่เกิดกับผนังหลอดเลือด

เลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น เกิดการขาดเลือดและการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะการอักเสบและการตายของเนื้อเยื่อที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยง เกิดเป็นภาวะเกิดพังผืด (fibrosis) แทนที่ ผนังหลอดเลือดอาจหนาตัวเป็นช่วงๆ ทำให้ส่วนที่ไม่มีกรหนาตัวเกิดการคั่งของเลือดและขยายออกจนเห็นเป็นหลอดเลือดฝอยที่โป่งพอง (telangiectasia) กระจายอยู่ทั่วไป นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะการขาดของปลายนิ้ว เมื่อถูกกระตุ้นโดยปัจจัยบางอย่าง เช่น ความเย็น การสำลัก และความเครียด เนื่องจากเกิดการบีบเกร็งของเส้นเลือดทำให้ปลายนิ้วมีสีซีด จากนั้นจะเปลี่ยนเป็นสีม่วงหรือเขียวจากภาวะขาดเลือดและสุดท้ายเมื่อเส้นเลือดหยุดบีบเกร็งจะมีเลือดไหลกลับมามากขึ้น (reperfusion state)

ปลายนิ้วจะเปลี่ยนเป็นสีแดง เรียกว่าภาวะนิ้วม่วงปรากฏการณ์เรย์นอด์ (Raynaud's phenomenon)³ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยและมักเป็นอาการนำของโรค SSC ที่สำคัญ สำหรับการรักษาผู้ป่วยยังไม่มีวิธีใดที่รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อาจจะมี การใช้ยาสเตอรอยด์ (steroid)^{4,5} หรือสารกดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive agent) ร่วมกับ nifedepine เพื่อควบคุมอาการของปรากฏการณ์เรย์นอด์⁶ ในประเทศสหรัฐอเมริกา อุบัติการณ์ของการเกิด SSC พบได้ประมาณ 240 คน/1,000,000 คน ต่อปี⁷ โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 7 เท่า และพบบ่อยในช่วงอายุ 30-50 ปี⁸ ความรุนแรงของโรคแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม⁹ ได้แก่

1. Limited systemic sclerosis ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงสำคัญเฉพาะที่ผิวหนังเท่านั้น และมักพบเป็นเฉพาะที่ปลายแขนปลายขาและใบหน้าส่วนล่าง ส่วนหนึ่งจะมีอาการที่จัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า CREST syndrome ได้แก่ การเกิดหินปูนในเนื้อเยื่อปกติ (calcinosis) ปรากฏการณ์เรย์นอด์ การกลืนลำบากจากกล้ามเนื้อหลอดอาหารหดตัวขึ้นผิดปกติ ทำให้การบีบไล่อาหารผิดปกติ (esophageal dysmotility) นิ้วมือและเท้าแข็งตึง และหลอดเลือดฝอยโป่งพอง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาการจะไม่รุนแรงและมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ มีเพียงส่วนน้อยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้แก่ โรคความดันของหลอดเลือดปอดสูง (pulmonary hypertension) ได้

2. Diffuse systemic sclerosis ผู้ป่วยอาจมีอาการทั้งทางผิวหนังและหลอดเลือดผิดปกติ ทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะภายในต่างๆ ที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure) ภาวะเกิดพังผืดในปอด (pulmonary fibrosis) และกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (cardiomyopathy) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคที่เร็วและอัตราการตายสูงกว่าในกลุ่มแรก ในประเทศสหรัฐอเมริกาจากการศึกษาในผู้ป่วยหญิงพบว่าเมื่อโรคลุกลามไปถึงอวัยวะอื่น ๆ โอกาสที่ผู้ป่วยจะอยู่รอดถึง 7 ปีมีมากกว่า 70% โดยพบว่าผู้ป่วยหญิงมีอัตราการอยู่รอด 72.5% ส่วนผู้ป่วยหญิงมีอัตราการอยู่รอด 77.6%¹⁰ แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างกันของเชื้อชาติก็เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง

อาการแสดงภายในช่องปากของผู้ป่วย SSC

1. ปากแคบ (microstomia) เป็นผลมาจากคอลลาเจนชั้นใต้เยื่อเมือก (submucosal collagen) ยึดติดกับหนังแท้ (dermis)

บริเวณรอบปาก (perioral area)¹¹ ทำให้เกิดการดึงรั้ง ผู้ป่วยจึงมีความชันของริมฝีปากลดลง และปากแคบลง

2. อ้าปากได้น้อยกว่าปกติ (impaired mouth opening) เพราะว่ามีกระดูกอ่อนของคอนดอยล์ (condyle)¹² ทำให้อ้าปากได้น้อยลง ถ้าเป็นที่ส่วนยื่นคอโรนอยด์ (coronoid process) จะทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก¹³

3. ผู้ป่วยมักมีสุขอนามัยในช่องปากไม่ดี มีฟันผุ เหงือกอักเสบ ฟันโยก เนื่องจากโรคปริทันต์^{2,14}

4. อาการปากแห้ง (xerostomia) พบได้บ่อยในผู้ป่วย SSC¹⁵ เพราะว่ามีภาวะเกิดพังผืดของต่อมน้ำลาย^{2,14} ผู้ป่วย SSC อายุยิ่งมากจะพบอาการปากแห้งเพิ่มมากขึ้น¹⁴

ภาพถ่ายรังสี 65% ของผู้ป่วย SSC จะมีเอ็นยึดปริทันต์ (peri-odontal ligament) หนาตัวกว่าปกติ¹⁶ เอ็นยึดปริทันต์ในฟันหลังจะเป็นมากกว่าฟันหน้าเนื่องจากแรงบดเคี้ยว¹⁷ 20% ของผู้ป่วยจะมีการกร่อนของกระดูกขากรรไกรล่างเนื่องจากขาดเลือดทำให้เกิดการสึกกร่อนของกระดูกคอนดอยล์ ถ้าเกิดการกร่อนของกระดูกมาก ๆ อาจทำให้เกิดการหักของกระดูกขากรรไกรได้¹² ผู้ป่วยอาจมีการละลายที่ภายในและภายนอกปากฟัน โดยเฉพาะที่ฟันหน้าล่าง¹⁸ หรืออาจมีเฉพาะการละลายภายในปากฟันเพียงอย่างเดียว¹⁹

วัตถุประสงค์ในการเสนอบทความนี้ เพื่อให้ทันตแพทย์ซึ่งมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยซิสเต็มมิกสเคลอโรซิส ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพในช่องปากและหาทางป้องกันการสูญเสียฟัน เนื่องจากผู้ป่วยมีการดำเนินของโรครุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทันตแพทย์ควรวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพราะผู้ป่วยอาจจะอ้าปากได้แคบลงและมีสุขอนามัยในช่องปากที่แย่ลง ทำให้การรักษาทางทันตกรรมยากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการใส่ฟัน²⁰ และผลของการใส่ฟันก็ไม่ค่อยดี^{18,21} การมีอาการปวดของเยื่อเมือกช่องปากบริเวณรองรับฐานฟันปลอม ทำให้ลดการติดแน่นของฟันปลอม และลดความสามารถในการบดเคี้ยว ทันตแพทย์ควรนัดให้ผู้ป่วยมาพบบ่อยกว่าปกติ เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงทีและลดการสูญเสียฟันก่อนเวลาอันสมควร²²

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิง อายุ 50 ปี รับราชการ มารับบริการทางทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมบริการ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มีปัญหาเรื่องฟันปลอมหลวมมาก ฟันปลอมบนเคี้ยวแล้วหลุด

ประวัติทางแพทย์

เมื่ออายุ 25 ปีผู้ป่วยเริ่มมีอาการผื่นที่ผิวหนังบริเวณ แขนและนิ้วมือ มีอาการตึง และมีอาการปวดมากเมื่อถูกความ เย็น ต่อมาผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ แพทย์ผู้รักษาได้ให้การวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยเป็นโรค SSc ผู้ป่วยได้รับประทานยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) มา โดยตลอด ต่อมาผู้ป่วยตั้งครรภ์ และคลอดบุตรก่อนกำหนดที่ อายุครรภ์ 7 เดือน และบุตรได้เสียชีวิตเมื่ออายุประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วยยังรับประทานยาต้มมาเสมอ ต่อมา เมื่ออายุ 29 ปี ผู้ป่วยตั้งครรภ์ครั้งที่สอง แพทย์ผู้รักษาได้ส่งต่อ ผู้ป่วยไปปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ซึ่งได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ตลอดมาจนผู้ป่วยคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย บุตรปกติดี ผู้ป่วย รับประทานยาต่อมาอีกระยะหนึ่งแล้วหยุดยา เนื่องจากยาไม่ผล ทำให้หน้าบวม และอาการไม่หายขาด จากนั้นผู้ป่วยไม่ได้กลับไป พบแพทย์อีกแต่มีการรับประทานยาจำพวกสเตียรอยด์เพื่อรักษา โรคตามอาการเป็นระยะๆ ต่อมาผู้ป่วยพบว่ามีการตึงของผิวหนัง บริเวณหน้าและมือ ตลอดจนนิ้วมือมากขึ้น และเล็บมือหายไป ปลายนิ้วมือหดสั้นมากขึ้น ปากตึงและแคบ อ้าปากได้น้อยลง ลักษณะใบหน้าของผู้ป่วยเปลี่ยนไป จมูกแหลม และคางสั้นลง

ประวัติทางทันตกรรม

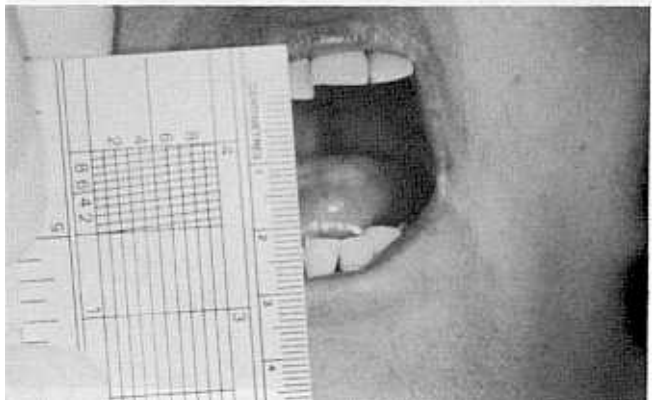
ผู้ป่วยพบว่าเหงือกอักเสบมากบางครั้งมีเลือดออก แปรงฟัน ลำบาก ฟันบางซี่โยก บางซี่มีอาการเสียวฟัน ผู้ป่วยได้ไปพบ ทันตแพทย์ เพื่อขูดหินน้ำลาย รักษาเหงือก อุดฟัน ถอนฟัน และใส่ฟัน ครั้งสุดท้ายไปถอนฟันแล้วไม่ได้ไปพบทันตแพทย์ อีกเลย

ลักษณะทางคลินิก

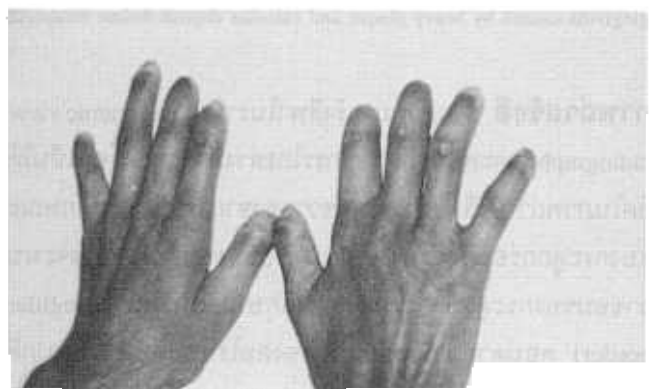
ผู้ป่วยมีรูปร่าง ผอม สูง จมูกแหลม แขนจะไม่มีปีกจมูก ริมฝีปากบางและตึงมาก กล้ามเนื้อรอบปากเกร็ง บริเวณ กล้ามเนื้อเมนทัลลิส (mentalis muscle) มีการตึงรั้งมาก ทำให้ เกิดอาการไรกรถอยหลัง โบน้าตึง และมีจุดแดงบนใบหน้า (รูป ที่ 1) ผู้ป่วยมีอาการเครียดและกังวล ปากแคบ ขนาดของปาก เมื่ออ้าปากเต็มที่ขนาด 22x40 มม. (รูปที่ 2) ผิวหนังที่บริเวณ ท้องแขนได้ข้อคอกตึง นิ้วมือของผู้ป่วยแข็งตึงกำมือไม่ได้ตาม ปกติ ผิวหนังเป็นมันมีสีคล้ำและเล็บมือมีลักษณะผิดปกติ ปลายนิ้วมือสั้นกว่าคนปกติ (รูปที่ 3)



รูปที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยซิสเทมิกสเคลอโรซิส จมูกแหลมแทบไม่มี ปีกจมูก ริมฝีปากบางมาก มีการตึงรั้งของกล้ามเนื้อคางมาก
Fig 1 Typical appearance of SSc patient characterized by pinched nose, severs atrophy of lips and the mentalis muscle contraction.



รูปที่ 2 อ้าปากได้เต็มที่ 22x40 มม.
Fig 2 Demonstration of the maximum mouth opening of this patient is 22x40 mm.



รูปที่ 3 ลักษณะมือของผู้ป่วยซิสเทมิกสเคลอโรซิส นิ้วมือแข็งตึงผิวหนัง เป็นมัน เล็บมือ ลักษณะผิดปกติ และปลายนิ้วสั้น
Fig 3 Hands of SSc patient are conformation changed. Her skin is indurative with sclerodactyly, coarse texture, deformed nails and distal phalanges.

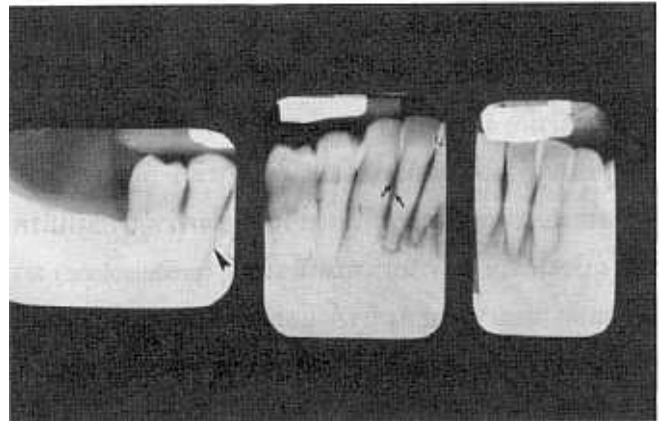
ตรวจในช่องปาก พบว่าผู้ป่วยมีริมฝีปากตึง มีจุดบนริมฝีปาก เหงือกอักเสบมากและบวมเป็นบางแห่ง มีเลือดออกเมื่อทำการวัดร่องลึกปริทันต์ (probe) พื้นหน้าล่างเหงือกนุ่มมาก ฟันโยกและมีคราบจุลินทรีย์ (plaque) และหินน้ำลายมาก (รูปที่ 4) ฟันซี่ #15 เหลือแต่ราก ฟันคู่ซี่ #21M, 22D, 35D, 37M; ฟันซี่ #12, 11, 21, 22, 44 ความรุนแรงของฟันโยกในแนวนอน ความรุนแรงระดับ 1 ฟันซี่ #42, 41, 31, 32 ความรุนแรงของฟันโยกในแนวนอนระดับ 2 ฟันที่อุดไว้แล้วซี่ #37, 21, 22 วัสดุที่ใช้อุดแตก บิ่น รั่วซึม คนไข้ได้ถอนฟันซี่ #16, 18, 23-28, 36, 38, 46-48 ไปแล้ว ดูที่ฟันปลอมบน ลักษณะเป็นฟันปลอมฐานโลหะชนิดถอดได้ ตะขอที่เกาะที่ซี่ #14 หัก #23 ถอนไปแต่ไม่เติมฟัน ทำให้ฟันปลอมบนหลวมมาก ฟันปลอมล่างเป็นฟันปลอมฐานโลหะชนิดถอดได้ สภาพฟันปลอมล่างยังใช้งานได้ดี



รูปที่ 4 ลักษณะเหงือกของผู้ป่วยสภาพก่อนการรักษาจะเห็นว่า มีเหงือกอักเสบมาก มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายเกาะมาก ฟันบางซี่มีเหงือกบวม และเลือดออก

Fig 4 Showing generalized severe edematous marginal and papillary gingivitis caused by heavy plaque and calculus deposit before treatment.

ภาพถ่ายรังสี จากภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก (panoramic view radiography) จะพบว่าที่มุมขากรรไกรล่างมีกระดูกอ่อนเห็นได้ชัดในภาพถ่ายรังสี โดยทางมุมขวาของขากรรไกรล่างมีลักษณะของกระดูกอ่อนชัดเจน ส่วนมุมซ้ายของขากรรไกรล่างจะพบว่าขอบของกระดูกขากรรไกรล่างมีลักษณะไม่เรียบ (irregular border) คอนดรายล์ และส่วนยื่นของคอโรนอยด์ทั้ง 2 ข้างปกติ ในภาพถ่ายรังสีชนิดเพอริออดอนทัล (periapical film) จะพบเงาโปร่งรังสีของช่องเอ็นยึดปริทันต์กว้างกว่าปกติของฟันซี่ #44 บริเวณพื้นหน้าล่างจะเห็นเงาดำที่ปลายรากฟัน พบการละลายที่ภายนอกของรากฟันของฟันซี่ #42 ด้านไกลกลาง (distal) และ #43 ด้านใกล้กลาง (mesial) (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 ภาพถ่ายรังสีแสดงการละลายตัวภายนอกของรากฟัน #42 ไกลกลาง #43 ใกล้กลาง (ลูกศรเล็ก) นอกจากนี้จะเห็นเงาโปร่งรังสีของช่องเอ็นยึดปริทันต์กว้างกว่าปกติของฟันกรามน้อยซี่ล่างขวา (ลูกศรใหญ่)

Fig 5 The periapical films showed the external root resorption at distal surface of lower right lateral incisor and mesial surface of lower right canine (small arrows). This view also showed the widening of periodontal space at lower right bicuspid (large arrow).

การวินิจฉัยโรค systemic sclerosis

การรักษา

1. ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ อธิบายกระบวนการเกิดโรคและขั้นตอนการดูแลรักษา ให้คำปรึกษาและแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นของการรักษาและความต่อเนื่องของการรักษา ผู้ป่วยเข้าใจและยินดีเข้ารับการรักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. ซ่อมฟันปลอมบนโดยเติมฟันซี่ #23 และเติมตะขอที่เกาะที่ #14 ซึ่งการทำต้องพิมพ์ปากก่อน ได้ทำการพิมพ์ปากโดยใช้วัสดุพิมพ์ปากอัลจinate (Alginate) เนื่องจากฟันปลอมของผู้ป่วยหลวมมาก จึงจำเป็นต้องติดด้วยกาวหรือครีมติดฟันปลอม (Poligrip by polident, USA)[®] ก่อน จึงสามารถทำการพิมพ์ปากได้ การพิมพ์ค่อนข้างยาก เพราะผู้ป่วยปากเล็กและริมฝีปากตึงมาก หลังพิมพ์ปากเทแบบด้วยปูนเทแบบ จากนั้นจึงทำการเติมฟันและตะขอ แล้วนำฟันปลอมบนใส่ให้ผู้ป่วย
3. นัดผู้ป่วยมาชุดหินน้ำลายและรักษาโรคเหงือก เพราะผู้ป่วยมีอนามัยในช่องปากที่ไม่ปกติ มีเหงือกอักเสบมาก การชุดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ต้องแบ่งทำหลายครั้ง เพราะผู้ป่วยปากเล็กมาก ทำยาก อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการรักษาสุขภาพในช่องปาก แนะนำให้แปรงฟันให้สะอาด

4. เคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ 1.23% APF (Acidulated Phosphate fluoride) ชนิดเจล ใสทาให้อมไว้ในปาก 4 นาที เพื่อป้องกันฟันผุ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาอมบ้วนปากชนิดผสมฟลูออไรด์ 0.05% sodium fluoride ก่อนนอนทุกวัน เพื่อป้องกันฟันผุ

5. อุดฟันซี่ #21M, 22D ด้วยคอมโพสิตเรซินในฟันหน้า ส่วนในฟันหลังอุดฟันซี่ที่ #35D และ 37M ด้วยคอมโพเมอร์

6. ถอนฟันซี่ #15 เพราะว่าเหลือแต่ราก ไม่สามารถเก็บฟันไว้ได้

7. ทำการเสริมฐานฟันปลอมบน เพราะว่าฟันปลอมเดิมที่ทำมาหลวมแต่ยังอยู่ในสภาพที่เมื่อเสริมฐานแล้วสามารถใช้งานได้

8. นัดตรวจฟันและสภาพเหงือกทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 3 เดือน ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับทำความสะอาดฟันได้ไม่ค่อยดีนัก เนื่องจากมีปัญหาในการใช้มือ

ผลการรักษา

ผู้ป่วยมีความพอใจ เพราะว่าฟันปลอมเมื่อซ่อมแซมแล้วสามารถใช้งานได้ดี สภาพเหงือกหลังการรักษา 3 เดือน (รูปที่ 6) โดยทั่วไปยังมีเหงือกอักเสบบ้าง ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีเลือดออกเวลาแปรงฟัน ไม่มีอาการเสียวฟันอีก



รูปที่ 6 สภาพเหงือกหลังการรักษา 3 เดือน หลังทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน

Fig 6 The gingival condition after three months of scaling and root planing.

บทวิจารณ์

เนื่องจากโรค SSc เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยและ

คนในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลและเครียด²³ การรักษาโรค จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วย ความสำเร็จในการรักษาทางทันตกรรมขึ้นกับความสามารถในการควบคุมโรค SSc เป็นสำคัญ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจจากแพทย์และทันตแพทย์ไปพร้อม ๆ กัน

ปัญหาในการรักษาทางทันตกรรมที่สำคัญ คือผู้ป่วยมีริมฝีปากที่ตึง อ้าปากได้น้อยกว่าคนปกติมาก พบว่า 80% ผู้ป่วย SSc อ้าปากได้น้อยกว่าคนปกติ²⁴ และการรักษาอนามัยในช่องปากเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้ป่วย เพราะฉะนั้นมือของผู้ป่วยแข็ง ตึง และกำมือลำบาก ไม่สามารถทำความสะอาดฟันอย่างคนปกติได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคราบจุลินทรีย์สะสมมากในปากทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ²⁵ อาการเครียดที่เกิดจากโรคเรื้อรังและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าและไม่คิดที่จะเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทันตแพทย์ควรจะหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม และให้การรักษาอย่างนุ่มนวล เพื่อลดอาการเจ็บปวด ทรมานจากการรักษาทางทันตกรรม การที่เส้นประสาทถูกกดจากการหนาตัวของเนื้อเยื่อบริเวณหลอดอาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งอาจลดอาการนี้ได้โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกกินอาหารอ่อน ๆ และดื่มน้ำมาก ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วย SSc ส่วนใหญ่ จะมีอาการปากแห้ง เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลาย ซึ่งมีการสร้างและการหลั่งน้ำลายน้อยกว่าคนปกติ pH ของน้ำลายต่ำลง ทำให้เพิ่มอัตราของฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบให้เป็นอย่างมากยิ่งขึ้น^{12,14} ในการอุดฟันทันตแพทย์ควรจะหาวัสดุที่เหมาะสม การใช้กลาส-ไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (glass ionomer cement) ก็เป็นทางเลือกหนึ่ง เพราะว่าคุณสมบัติของวัสดุสามารถยึดติดกับเนื้อฟันได้ดี และยังสามารถปล่อยสารฟลูออไรด์ซึ่งมีผลในการลดอัตราฟันผุได้^{26,27} แต่ในการรักษาผู้ป่วยนี้ได้อุดฟันด้วยคอมโพเมอร์ เพราะใช้ง่ายกว่า และสามารถปล่อยสารฟลูออไรด์ได้เช่นกัน การรักษาโรคปริทันต์ทำโดยทำการขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน และรักษาเหงือก จากนั้นนัดผู้ป่วยให้มาพบบ่อยๆ ในระยะแรกอาจแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบทุกเดือน ถ้าอนามัยในช่องปากดีขึ้นก็อาจให้มาพบทุก 3 เดือน นอกจากนี้ควรให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ 1.23% APF แก่ผู้ป่วยทุก 6 เดือน ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราฟันผุได้²⁸ ร่วมกับการแนะนำให้ผู้ป่วยย้อมบ้วนปากทุกวันด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ (0.05% Sodium fluoride) ซึ่งมีผลทำให้ลดอัตราฟันผุได้เช่นกัน^{29,30} และเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง และอาการต่าง ๆ จะรุนแรงขึ้นทันตแพทย์ควรจะ

วางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยอาจจะต้องสูญเสียฟันมากขึ้น ในอนาคตอาจจะต้องสูญเสียฟันทั้งหมดซึ่งการใส่ฟันทำได้ค่อนข้างยาก²⁰ ทันตแพทย์ควรพิจารณาวิธีต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวอาหารได้ การทำรากเทียม (implant) ก็อาจเป็นทางเลือกหนึ่งของการใส่ฟัน¹⁸ ซึ่งในปัจจุบันได้มีทันตแพทย์บางคนนำทันตกรรมรากเทียม มาทำร่วมกับการใส่ฟันแบบต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

โรค SSc เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ในคนทุกเชื้อชาติ และยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ ปากแห้ง อ้าปากลำบาก และปัญหาอื่น ๆ ควรใช้ฟลูออไรด์เพื่อลดอัตราฟันผุให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในช่องปาก นัดผู้ป่วยให้มาพบบ่อยๆ เพื่อลดปัญหาอันเกิดเนื่องจากฟัน เหงือกอักเสบและอื่น ๆ ถ้าจำเป็นต้องใส่ฟันควรเลือกใส่ฟันชนิดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ปิยะรัตน์ ไตสุโขวงศ์ และนายแพทย์ รุติณัฐ ดิษยบุตร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้คำปรึกษา และแนะนำเป็นอย่างดีในการเขียนบทความนี้ และขอขอบคุณ คุณยุวดี วัลยพงศ์พิจิตร ที่ช่วยในการพิมพ์บทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

- Black CM. The etio pathogenesis of systemic sclerosis. *J Ent Med* 1993;234:3-8.
- Jimenez SA, Hitraya E, Varga J. Pathogenesis of scleroderma collagen. *Rheu Dis Clin North Am* 1996;22:647-51.
- Bertsch C. CREST syndrome: A variant of systemic sclerosis. *Orthop Nurs* 1995;14:53-60.
- Nunzi E, Neboro A. Are endothelial cells stimulated by autoantibodies in progressive systemic sclerosis? *Acta Derm Venereol* 1983;63:458-9.
- Kahaleh MB, Sherer GK, LeRoy EC. Endothelial injury in scleroderma. *J Exp Med* 1979;149:1326-35.
- Hughes P, Holt S, Rowell NR, Allonby ID. The relationship of defective cell-mediated immunity to visceral disease in systemic sclerosis. *Clin Exp Immunol* 1977;28:233-40.
- Maricq HR, Weinrich MC, Keil JE. Prevalence of scleroderma spectrum disorders in general population of South Carolina. *Arthritis Rheum* 1989;32:998-1000.
- Wardrop RW, Heggie AC. Progressive systemic sclerosis-orofacial manifestations, case report. *Aust Dent J* 1987;32:258-62.
- Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, et al. Guidelines of care for scleroderma and sclerodermoid disorders. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:609-14.

- Laing TJ, Gillespie BW, Toth MB, Mayes MD, Gallavan RH Jr, Burns CJ, et al. Racial differences in scleroderma among women in Michigan. *Arthritis Rheum* 1997;40(4):734-42.
- Kabadi UM, Sinkoff MW. Case report trigeminal neuralgia in progressive systemic sclerosis. *Postgrad Med* 1977;61:176-7.
- Wood RE, Lee P. Analysis of the oral manifestations of systemic sclerosis (scleroderma). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;65:172-8.
- Fishchoff DK, Sirois D. Painful trigeminal neuropathy caused by severe mandibular resorption and nerve compression in a patient with systemic sclerosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000 Oct;90(4):456-9.
- Nagy G, Kovacs J, Zeher M, Czirjak L. Analysis of the oral manifestations of systemic sclerosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;77:141-6.
- Foster TD, Fairburn EA. Dental involvement in scleroderma. *Br Dent J* 1968;124:353-6.
- Naylor PW, Douglass CW, Mix E. The nonsurgical treatment of microstomia in scleroderma: A pilot study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;57:508-11.
- Lee P, Norman CS, Sukenik S, Alderdice CA. The clinical significance of coagulation abnormalities in systemic sclerosis (scleroderma). *J Rheumatol* 1985;12:514-7.
- Jensen J, Sindet-petersen S. Osseointegrated implants for prosthetic reconstruction in a patient with scleroderma: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:739-41.
- กอบกาญจน์ ทองประสม. การละลายภายในรากฟันของผู้ป่วยโปรเกรสซีฟซิสเต็มมิกสเคลอโรซิส รายงานผู้ป่วย 1 ราย. *วทันต จุฬา* 2529;9:59-65.
- Langer Y, Cardash HS, Tal H. Use of dental implants in the treatment of patients with scleroderma: A clinical report. *J Prosthet Dent* 1992;68:873-5.
- Parel SM. Scleroderma: A prosthetic problem. *J Prosthet Dent* 1972;27:560-4.
- Stanford TW Jr, Peterson J, Machen RL. Crest syndrome and periodontal surgery: A case report. *J Periodontol* 1999;70:536-41.
- Chaffee NR. CREST syndrome: Clinical manifestations and dental management. *J Prosthodont* 1998;7:155-60.
- Mamary Y, Glaiss R, Pisanty S. Scleroderma: Oral manifestations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981;52:32-7.
- Wilson TG. How patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. *Dent Clin North Am* 1998;42:389-403.
- Hicks MJ, Silverstone LM. Secondary caries formations in vitro around glass ionomer restorations. *Quintessence Int* 1986;17:527-32.
- Wilson AD, Groffman DM, Kuhn AT. The release of fluoride and other chemical species from a glass-ionomer cement. *Biomaterials* 1985;6:431-3.
- Ripa LW. An evaluation of the use of professional (operator applied) topical fluorides. *J Dent Res* 1990;69:786-96.
- Patel K, Welfare R, Coonar HS. The provisional of dental implants and a fixed prosthesis in the treatment of a patient with scleroderma: A clinical report. *J Prosthet Dent* 1998;79:611-2.
- Miller AJ, Brunelle JA. A summary of the NIDR community caries prevention demonstration program. *J Am Dent Assoc* 1983;107:265-9.

Dental treatment in systemic sclerosis patient: A case report

Suwimol Pitiparnich D.D.S., Grad Dip in Clin. Sc. in Periodontics

Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

Abstract

Systemic sclerosis (SSc) is a multiple organ disease. Recently, it was regarded as an autoimmune disease of unknown origin. SSc is characterized by fibrosis of several organs resulting in physical and functional abnormalities of the affected tissues. The patients who were paraorally affected by this disease always experience poor oral hygiene. Because of the decrease in maximum mouth opening caused by fibrosis of paraoral structures, the dental treatment in these patients is hard to perform. In this paper, a case of paraorally affected systemic sclerosis with severe dental problems is reported. The characteristics of the disease, the given full mouth dental treatment and the appropriate oral hygiene instruction to the patient are described in detail. Review of the literatures of systemic sclerosis is also included.

(CU Dent J 2002;25: 19-25)

Key words: CREST syndrome; dental treatment; periodontal disease; systemic sclerosis.
