

Systemic Lupus Erythematosus in an Orthodontic Patient: a Case Report

Wandee Palanuparp¹

¹Dental Department, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand

Correspondence to:

Wandee Palanuparp, Dental Department, Siriraj Hospital, 2 Wanglung Road, Bangkoknoi, Bangkok 10700 Thailand Tel: 02-4199119

Fax: 02-4113009 E-mail: wandee.pal@mahidol.ac.th

Abstract

A fourteen-and-a-half-year-old girl with systemic lupus erythematosus for three years was referred for orthodontic treatment. She had received immunosuppressive drugs and stopped them just before her orthodontic treatment. This report describes her symptoms, the assessment of disease activity, dental considerations and treatment results in the correction of anterior protrusion with removable and fixed appliance. After two-year follow up, the patient had acceptable facial profile and normal occlusion without any relapse.

Key words: Anterior protrusion; Orthodontic treatment; SLE disease

Received Date: Feb 19, 2015, Accepted Date: Jun 25, 2015

doi: 10.14456/jdat.2015.23

โรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโตซัสในผู้ป่วยทันตกรรมจัดฟัน: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วรรณดี พลาณภาพ¹

¹งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

วรรณดี พลาณภาพ งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช ถ.วังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์: 02-4199119 โทรสาร: 02-4113009

E-mail: wandeepal@mahidol.ac.th

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโตซัส (Systemic Lupus Erythematosus) หรือลูปัสในผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 14 ปี 6 เดือนที่มาขอรับบริการทันตกรรมจัดฟันหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และอยู่ระหว่างการรักษาโรค ลูปัสด้วยยากดภูมิคุ้มกันครบกำหนดมาเป็นเวลา 3 ปีแล้ว รายงานนี้นำเสนออาการ การประเมินความรุนแรงของโรค ข้อควรระวัง ผลการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันแก้ไขฟันหน้าบนยื่น โดยการใช้เครื่องมือ จัดฟันถอดได้ และเครื่องมือติดแน่น จากการติดตามภายหลังการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเป็นเวลา 2 ปี พบว่า ผู้ป่วย มีรูปหน้าที่ยอมรับได้ มีการสบฟันปกติ ไม่มีการคืนกลับของการเรียงตัว และการสบฟัน

คำสำคัญ: ฟันหน้าบนยื่น; การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน; โรคลูปัส

บทนำ

โรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโตซัส (Systemic Lupus Erythematosus; SLE) หรือลูปัสเป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเอง (auto-immune disease) ชนิดหนึ่งคือ พบแอนติบอดี (antibody) ต่อแอนติเจน (antigen) ของตนเองหลายชนิดในเลือดที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่อคอลลาเจน (collagen) ของเส้นเลือด หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) มักกระทบต่ออวัยวะหลายระบบทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของอวัยวะต่าง ๆ ทั้งนี้ไม่สามารถหาสาเหตุที่แท้จริงได้^{1,2} เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เชื่อกันว่า กรรมพันธุ์มีส่วนร่วม และการติดเชื้อไวรัสอาจเป็นจุดเริ่มต้นได้³ เกิดได้ในคนทุกช่วงอายุ แต่ส่วนมากจะมีอาการเริ่มต้นในช่วงอายุ 13 – 40 ปี มักเกิดในเพศหญิงมากกว่าชาย ตัวโรคจะทำนายยาก โดยมีช่วงกำเริบ (flare up) และระยะโรคสงบ (remission) หลายครั้ง¹

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มากขึ้น ทำให้การวินิจฉัยตลอดจนการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อนยุ่งยาก ดังเช่นโรคลูปัสยังคงได้ผลสำเร็จดี แต่เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า โรคนี้มีช่วงกำเริบและระยะสงบหลายครั้ง ตัวโรคจึงอาจไม่ได้หายขาดเสียทีเดียว ทำให้กลุ่มคนที่เป็นโรคลูปัสจึงมีปริมาณสูงขึ้นในประเทศไทย⁴

บทความนี้รายงานผู้ป่วยโรคลูปัสด้านการแพทย์ และทางทันตกรรม ในเรื่องของลักษณะอาการ การประเมินความรุนแรง และแนวทางการรักษาทางทันตกรรมโดยเฉพาะการจัดฟันให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นมักมีความต้องการจัดฟันเช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไปเนื่องจากสุขภาพช่องปาก และการทำงานของฟันที่เหมาะสม มีส่วนสำคัญต่อการบดเคี้ยวที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการพูด ยิ้ม ที่จะช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพ และคุณภาพชีวิต ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่อาการปวด หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด แล้วมีผลต่อโรคทางระบบที่เป็นอยู่ในที่สุด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 14 ปี 6 เดือน ถูกส่งตัวจากทันตแพทย์มารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่งานทันตกรรมโรงพยาบาลศิริราชเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ด้วยอาการฟันหน้าบนยื่น รูปหน้าคางหลุบเล็กน้อย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลูปัสร่วมกับไตอักเสบคลาสโฟร์ (Lupus Nephritis class IV) ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 เมื่ออายุ 11 ปี 4 เดือนโดยมีอาการคือ ซีด ไตอักเสบโดยการตรวจชิ้นเนื้อ มีไข้ มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจเล็กน้อย (minimal pericardial effusion) แต่ไม่มีอาการใด ๆ มีผื่นที่ใบหน้า แผลในปากบริเวณเพดานแข็ง และผมร่วง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบแอนติบอดีต่อแอนติเจนใน

นิวเคลียส หรือแอนีนเอ (antinuclear antibody; ANA) และแอนติดับเบิลสแตรนด์ดีเอ็นเอ หรือแอนติดีเอสดีเอ็นเอ (anti-double-stranded DNA; anti-dsDNA) เป็นบวก และมีเม็ดเลือดขาวต่ำ (leukopenia) ผู้ป่วยได้รับยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) 5 มิลลิกรัม และไฮดรอกซีคลอโรควิน (hydroxychloroquine) 200 มิลลิกรัมต่อวัน ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยมาจนเสร็จสิ้นการจัดฟัน และได้รับยาไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำครบ 3 เดือนก่อนมาจัดฟัน

ผู้ป่วยเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี 4 เดือน ก่อนมาขอรับบริการจัดฟัน ผู้ป่วยอยู่ในระยะโรคสงบ ผลการตรวจร่างกายผลเลือด ผลปัสสาวะในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ปกติ ไม่พบผื่นที่ใบหน้า แผลในปาก และผมร่วงเลย หลังได้รับยาดังกล่าวข้างต้น พบแอนติดีเอสดีเอ็นเอเป็นลบจำนวนเม็ดเลือดขาวปกติ

การตรวจภายนอกช่องปาก

รูปหน้าด้านตรงมีความสมมาตรดีทั้งด้านซ้ายขวา ส่วนในแนวตั้งมีลักษณะใบหน้าปกติ (mesofacial pattern) และด้านข้างเป็นชนิดโอบหน้าอูม (convex profile) ริมฝีปากบน-ล่างยื่น และคางหลุบเล็กน้อย ภาพยิ้มไม่เห็นเหงือก ไม่พบการทำงานเกินของกล้ามเนื้อเมนทาลิส (Mentalis hyperactivity) ไม่มีลิ้นดันฟัน (tongue thrust) และโอษฐ์นิสัย (oral habit) ที่ผิดปกติอย่างอื่น ปิดปากได้สนิท ไม่พบการเบี่ยงเบนของขากรรไกรล่างขณะหุบปาก และกัดฟัน ไม่มีปัญหาด้านการพูดหายใจทางจมูกปกติ

การตรวจภายในช่องปาก

ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีเนื่องจากก่อนให้ยากดภูมิคุ้มกัน และสเตียรอยด์ (steroid) ได้รับการตรวจฟันรักษาฟันผุ และเหงือกอักเสบจนเสร็จสมบูรณ์ มีฟันแท้ขึ้นครบทุกซี่ ยกเว้นฟันกรามซี่ที่สามทั้งสี่ซี่ ไม่พบคราบจุลินทรีย์ และหินน้ำลายสะสม แสดงถึงความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากที่ดีเนื้อเยื่ออ่อนในปากรวมถึงเพดาน ลิ้น และทอนซิลเป็นปกติไม่พบแผลในช่องปาก เหงือกอยู่ในสภาพปกติแม้ได้รับยาสเตียรอยด์มาก่อนตลอดระยะเวลา 3 ปี จากการซักประวัติผู้ป่วยพบว่า หลังจากเริ่มรักษาโรคลูปัส ไม่ค่อยเกิดแผลในช่องปาก เส้นกึ่งกลาง (midline) ของฟันบน และล่างตรงกัน และตรงกับระนาบแบ่งครึ่งซ้ายขวา (midsagittal plane) และลูกคาง การสบฟันเป็นฟันหน้าบนยื่น (maxillary anterior protrusion) พบการสบเหลื่อมแนวราบ (overjet) ขนาด 6 มิลลิเมตร และการสบเหลื่อมแนวตั้งลึก (deepbite) 6 มิลลิเมตร ความกว้างสันเหงือกบริเวณฟันกรามน้อยล่างซี่ที่หนึ่ง และสองแคบ โดยซ้อนเกทั้งด้านซ้าย และขวา พบการสบเขี้ยว (scissor bite) ที่ฟันซี่ 14 และ 25 ตำแหน่งฟันเขี้ยว

และฟันกรามซี่แรกทั้งด้านซ้ายขวามีการสบฟันแบบแองเกิลประเภทที่ 2 (class II) ไม่มีความแตกต่างของการสบฟันที่ตำแหน่งการสบฟันในศูนย์ (centric occlusion) และความสัมพันธ์ในศูนย์

(centric relation) มีระนาบการบดเคี้ยว (occlusal plane) ปกติ ขนานกับเส้นที่ลากต่อระหว่างลูกตาดำซ้ายขวา (pupil line) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปถ่ายใบหน้า-ในปาก ก่อนการรักษา

Figure 1 Pre-treatment facial and intraoral photographs

การวิเคราะห์แบบพิมพ์ฟัน (Model analysis)

รูปแบบส่วนโค้ง (arch form) ในขากรรไกรบนเป็นรูปรี (taper) ฟันเรียงตัวได้มีข้อเล็กน้อย แต่รูปแบบส่วนโค้งในขากรรไกรล่างเป็นรูปรีที่เรียวเล็ก แคบบริเวณฟันกรามน้อยล่างซ้าย และขวาคือมีลักษณะข้อเล็กน้อย ช่องว่างที่ต้องการแก้ไขการซ้อนเกที่ฟันล่างคือ 4 มิลลิเมตร จากการวิเคราะห์ขนาดฟันของบอลตัน (Bolton's tooth size analysis) ไม่พบความแตกต่างของขนาดฟันบน และล่าง ความกว้างขากรรไกรล่างด้านหลัง (posterior arch width) เข้ากันได้ดีทั้งฟันบน และล่าง

ภาพรังสีพานoramิก (Panoramic radiograph)

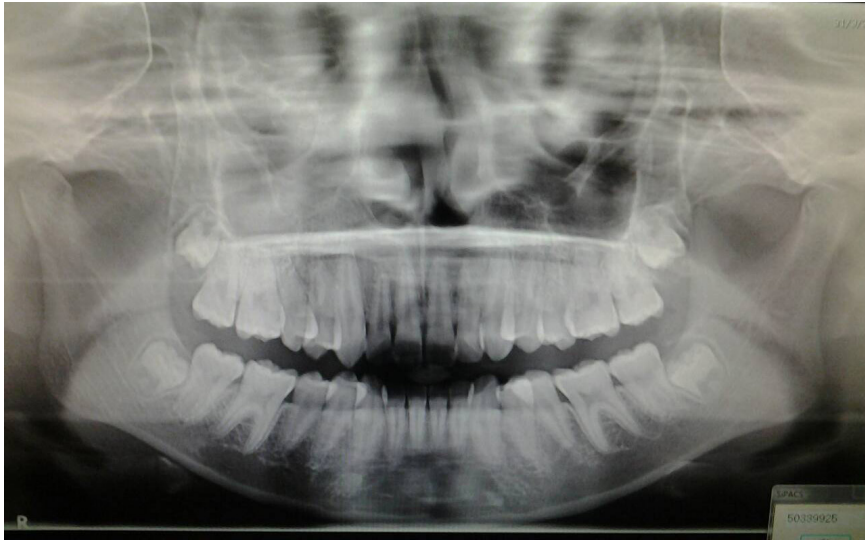
ผู้ป่วยมีฟันครบทุกซี่โดยฟันเขี้ยว กรามน้อยซี่แรก และซี่ที่สองทั้งบน และล่างปลายรากเกือบปิดสนิท มีฟันที่อุดแล้ว ไม่มีฟันเกิน และฟันหาย มีระดับกระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone

level) ที่ดี และไม่มีพยาธิสภาพที่ปลายรากฟัน ฟันช่องจมูก (nasal floor) และไซนัส (sinus) ต่าง ๆ ปกติดี ลักษณะข้อต่อ และขากรรไกรล่างทั้งซ้ายขวามีความยาว และสูงเท่ากัน หัวข้อต่อขากรรไกรล่างมีขนาดปกติเท่ากันทั้งซ้ายขวา บริเวณขากรรไกรบน และล่างไม่พบรอยแตกหัก หรือกระดูกละลาย (osteolytic lesion) เลยแม้ได้รับยาสเตียรอยด์มาเป็นเวลา 3 ปี แล้ว (รูปที่ 2)

ภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง

(Lateral cephalometric radiograph)

พบความสัมพันธ์ของกระดูกใบหน้าเป็นโครงสร้างชนิดที่ 2 (class II) เนื่องจากขากรรไกรล่างอยู่ถอยไปด้านหลังเล็กน้อย ตำแหน่งฟันหน้าบนยื่น (procline and protrude) ฟันหน้าล่างอยู่ในตำแหน่งปกติ ตำแหน่งริมฝีปากล่างยื่น (รูปที่ 3) ค่าการวัดอื่น ๆ แสดงในตารางที่ 1 (ก่อนจัด)



รูปที่ 2 ภาพรังสีฟันออรามิกก่อนการรักษา

Figure 2 Pre-treatment panoramic radiograph



A



B

รูปที่ 3 A. ภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อนการรักษา

B. ภาพลายเส้น

Figure 3 A. Pre-treatment lateral cephalometric radiograph

B. Its tracing

ตารางที่ 1 ค่าการวัดภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อน-หลังจัดฟัน

Table 1 Cephalometric analysis before and after orthodontic treatment

	Norm (± SD)	Pre-treatment	Post-treatment
FH-SN	6 (3)	9.0	11.3
SNA	85 (4)	87.2	87.1
SNB	82 (3)	76.9	77.5
ANB	3 (2)	10.3	9.6
SNO	65 (5)	48.9	52.0
O-NA	9 (2)	20.3	18.4
CO-GN	119 (4)	98.3	98.4
CO-A	90 (4)	83.2	80.9
Wits	-3 (2)	5.3	6.7
SN-MP	33 (5)	35.9	38.1
ADH	29 (3)	29.1	31.5
PDH	19 (2)	15.9	20.0
U1-PP	119 (5)	115.8	107.5
L1-MP	99 (5)	108.4	108.0
Overbite	2 (1)	4.9	3.6
Overjet	2 (1)	5.5	2.8
NLA	89 (11)	116.4	117.6
FCA	9 (4)	26.5	23.9
UFH	48 (3)	48.9	47.0
LFH	69 (3)	64.2	66.0
ULL	23 (2)	24.5	22.5
LLL	46 (3)	39.1	43.5
TL	58 (7)	60.5	54.5
LCTA	115 (7)	115.8	148.7

ภาพรังสีของมือ และข้อมือ (Hand wrist film)

กระดูกเซซามอยด์ (sesamoid bone) ปรากฏที่บริเวณนิ้วหัวแม่มือแล้ว มีการเชื่อมต่อกันของกระดูกเอพิไฟซิส (epiphysis) และเมทาไฟซิส (metaphysis) ของข้อต่อกลาง (middle phalanx) ของนิ้วกลางเกือบจะเสร็จสมบูรณ์ กระดูกเรเดียสด้านไกลกลาง (distal end of radius bone) มีการเชื่อมต่อกันของกระดูกเอพิไฟซิส และเมทาไฟซิสเกือบสมบูรณ์ (รูปที่ 4)

วัตถุประสงค์ของการรักษา

เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีไม่เกิดผลเสียหรือกระทบต่อโรคประจำตัวมากยิ่งขึ้น แก้ไขฟันเขี้ยวที่ตำแหน่งฟันซี่ 14 และ 25 ฟันล่างที่ซ้อนเกบริเวณฟันซี่ 34, 35, 44 และ 45 การสบเหลี่ยมในแนวตั้ง และแนวราบที่มากกว่าปกติ การสบฟันหน้าที่ยื่น และรูปหน้าอูม ส่งเสริมการเจริญของขากรรไกรล่างให้เป็นไปตามปกติ



รูปที่ 4 ภาพรังสีของมือ และข้อมือ

Figure 4 Hand wrist film

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

เมื่อเริ่มจัดฟันเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ได้แนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยให้สะอาดเหมือนผู้ป่วยจัดฟันทั่วไป ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องมือถอดได้ที่ฟันบน (รูปที่ 5) โดยฟันซี่ 15 มีแคนติลิวเวอร์สปริง (cantilever spring) และฟันซี่ 25 มีสปริงด้านแก้ม (buccal spring) มีการเพิ่มความสูงสบกัด (raise bite) ที่ฟันหน้าล่างด้วย ใช้เครื่องมือถอดได้เป็น เวลานาน 6 เดือน เพื่อแก้ไขตำแหน่งฟันซี่ 15 และ 25 ให้ถูกต้องร่วมกับทดลองประเมินความร่วมมือในการจัดฟัน การทำความสะอาด และดูแลแนวโน้มความรุนแรงของโรคด้วย พบว่า ผู้ป่วยทำความสะอาดและร่วมมือในการจัดฟันเป็นอย่างดี เมื่อประเมินตัวโรคพบว่า สงบมาเป็นเวลา 10 เดือน จึงเริ่มใช้ เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นที่ฟันล่างโดยใช้แบร็กเกต (bracket) ชนิดเอจไวส์ (edgewise) ขนาด 0.018" x 0.025" ทำการปรับระดับและการเรียงตัวของฟันล่างให้เรียบโดยใช้ลวดเกลียว (twist flex) ขนาด 0.015", 0.175" ลวดไนไท (NiTi) ขนาด 0.016", 0.018" และลวดสแตนเลส (stainless) ขนาด 0.016" x 0.016", 0.016" x 0.022" ได้แก้ไขรูปแบบส่วนโค้งตรงบริเวณฟันกรามน้อยล่างทั้งซ้ายขวาด้วยการขยายลวดเฉพาะบริเวณที่แคบออก ทำให้แก้ไขการสบฟันเหมือนได้สำเร็จ ขนาดการสบเหลี่ยมแนวตั้งดีขึ้นจนเป็นปกติ แต่การสบเหลี่ยมแนวราบ

เหลือ 4 มิลลิเมตร จึงเริ่มใส่เครื่องมือติดแน่นที่ฟันบนโดยติดแบร็กเกตให้ค่อนมาทางปลายฟันหน้า เพื่อลดระดับความสูงฟันหน้าบน หลังจากนั้นแก้ไขขนาดการสบเหลี่ยมแนวราบที่มาก และกระตุ้นการเจริญเติบโตของขากรรไกรล่างด้านหน้า โดยให้ผู้ป่วยเกี่ยวยางชนิดที่ 2 (class II elastic) ราว 3 เดือน จนการสบฟันบริเวณฟันหน้า ฟันเขี้ยว และฟันกรามหลังเป็นปกติ แบบแองเกิลประเภท 1 (class I occlusion) ถ่ายภาพรังสีหลังการรักษาด้วยภาพพานอรามิก พบว่า มีการเรียงตัวของแนวรากฟันตรงดี ไม่พบการละลายที่ปลายราก (รูปที่ 6A) และถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (รูปที่ 6B และ 6C) เพื่อดูตำแหน่งขากรรไกร ฟันหน้าบนล่าง และลักษณะรูปหน้าด้านข้าง สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแล้วจึงถอดเครื่องมือติดแน่น ใส่เครื่องมือคงตำแหน่งหลังจัดด้วยเครื่องมือถอดได้ชนิดแรพอะราวด์ (wrap around retainer) ติดตามหลังการรักษาจัดฟันร่วมกับการกรอแก้ไขการสบฟันเฉพาะตำแหน่งที่ฟันหน้าบนรวมระยะเวลาจัดฟันประมาณ 2 ปีครึ่ง

ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาจัดฟันจะสอบถามอาการเช่น อ่อนเพลีย มีไข้ ผลเลือด ผลปัสสาวะ และแอนติบอดีต่าง ๆ ที่แพทย์ตรวจด้วย พบว่า ผู้ป่วยสบายดี ไม่มีอาการเจ็บของโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ



รูปที่ 5 เครื่องมือถอดได้ช่วงเริ่มต้นการรักษา มีแคนติลเวอร์สปริงที่ฟันซี่ 15 สปริงด้านแก้มที่ฟันซี่ 25 และเพิ่มความสูงสบกัดที่ด้านหลังของฟันหน้า
 Figure 5 The removable appliance for the initial treatment with cantilever spring at tooth 15, buccal spring at tooth 25 and anterior raisebite

ผลการรักษา

ผลของการใช้เครื่องมือถอดได้ร่วมกับการขยายขากรรไกรล่างบริเวณฟันกรามน้อยซี่ และขวา ทำให้แก้ไขการสบฟันเหมือนที่ฟันซี่ 14 และ 25 ได้สำเร็จ เมื่อใช้ยั้งคล้องชนิดที่ 2 ทำให้ขนาดการสบเหลี่ยมทั้งแนวตั้งและแนวราบดีขึ้น การสบฟันที่ฟันเขี้ยวและฟันกรามเป็นการสบแบบแองเกิลประเภทที่ 1 ทั้งซ้ายและขวา ตำแหน่งริมฝีปากดีขึ้น รูปใบหน้าดีขึ้นเป็นที่พอใจของผู้ป่วย (รูปที่ 7)

เปรียบเทียบการวัดค่าต่าง ๆ ของภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อน และหลังรักษา (ตารางที่ 1) และการซ้อนทับภาพ (superimposition) ตามวิธีของริกเกตส์⁵ ดังรูปที่ 8 พบว่า ขากรรไกรบน

อยู่ที่เดิม ขากรรไกรล่างมีการเจริญเติบโตในทิศลงล่าง และไปข้างหน้าเล็กน้อย ฟันหน้าบนมีการเคลื่อนเข้ามาด้านเพดาน ฟันหลังบนถอยไปทางด้านหลัง และลงล่าง ฟันหน้าล่างยื่นยาวขึ้น (extrude) ส่วนฟันกรามหลังล่างไม่เปลี่ยนตำแหน่ง ตำแหน่งลูกคางดูดีขึ้น ผู้ป่วยพอใจกับผลการรักษาทั้งด้านการบดเคี้ยวและความสวยงาม รูปใบหน้าด้านข้างดูดีขึ้น ผู้ป่วยไม่ยินยอมถอนฟันกรามน้อยซี่แรก 4 ซี่เพิ่มเพื่อลดความอูมอีก

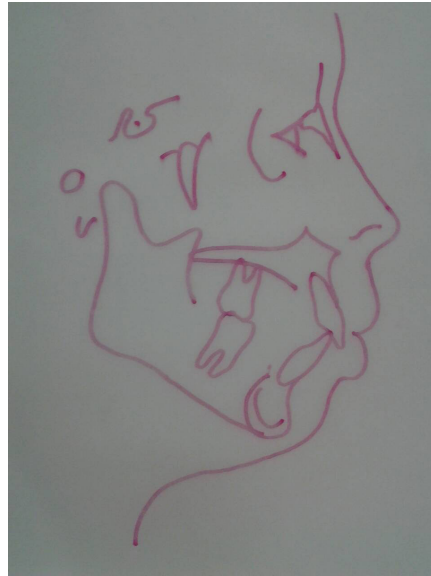
หลังถอดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นแล้วติดตามผลการรักษาอีก 2 ปี โดยตรวจติดตามทุก ๆ 3 และ 6 เดือน พบว่า ไม่มี การคืนกลับในเรื่องการเรียงตัว และการสบฟัน



A



B



C

- รูปที่ 6 A. ภาพรังสีหลังการรักษาพานoramิก
 B. ภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง
 C. ภาพลายเส้น

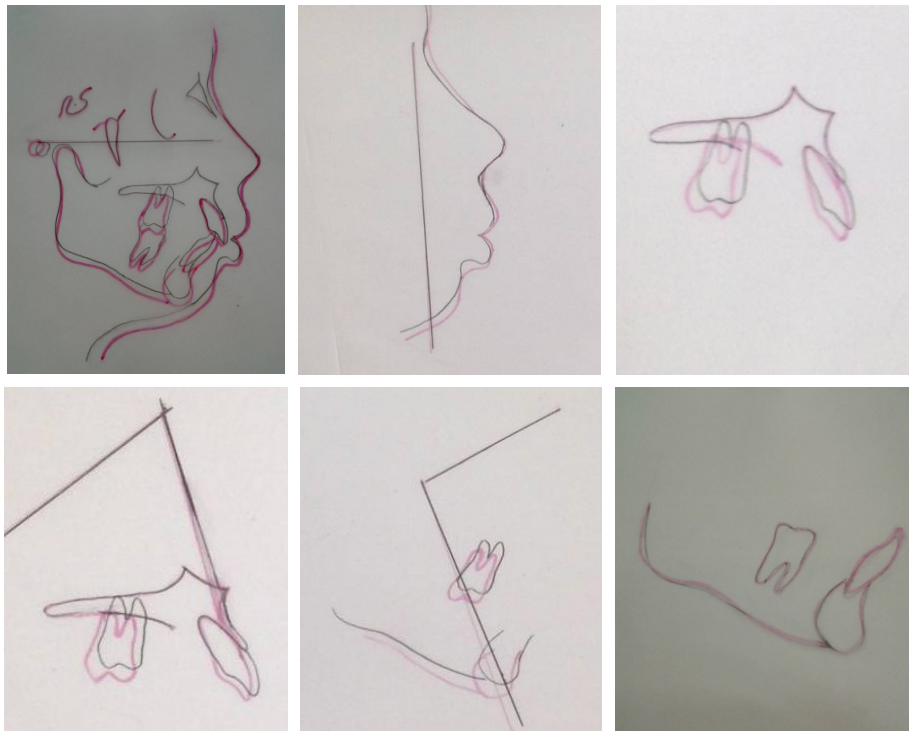
Figure 6 A. Post - treatment panoramic radiograph
 B. Lateral cephalometric radiograph
 C. Its tracing





รูปที่ 7 รูปถ่ายใบหน้า-ในปากหลังการรักษา

Figure 7 Post-treatment facial and intraoral photographs



รูปที่ 8 ภาพซ้อนทับของภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง ก่อน-หลังการรักษา

เส้นสีดำ: ก่อนการรักษา

เส้นสีแดง: หลังการรักษา

Figure 8 Pre-treatment and post-treatment lateral cephalometric superimpositions

Black line: Pre-treatment

Red line: Post-treatment

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคลูปัสจากอาการคือ ซีด มีไข้ ผม่วรง มีผื่นรูปผีเสื้อที่ใบหน้า มีแผลในปาก และน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ผลทางห้องปฏิบัติการพบโปรตีนในปัสสาวะ เม็ดเลือดขาวต่ำ ค่าเอเอ็นเอ และแอนติดีเอสตีเอ็นเอเป็นบวก ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ที่คณะกรรมการร่วมมีโรคลูปัสระหว่างชาติ

(Systemic Lupus International Collaborating Clinics; SLICC)⁶ ได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยโรคนี้ใน พ.ศ. 2555 ว่า จะพบความผิดปกติอย่างน้อย 4 ข้อจากทั้งหมด 11 ข้อ โดยต้องมีความผิดปกติทั้งทางคลินิกและทางวิทยามิคุ้มกันอย่างน้อย 1 ข้อ ในทั้ง 2 ส่วน หรือผลตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นไตอักเสบชนิดลูปัสร่วมกับมีผลเอเอ็นเอหรือแอนติดีเอสตีเอ็นเอเป็นบวกก็สามารถให้การวินิจฉัยได้⁷

ผู้ป่วยรายนี้มีข้อควรระวังในการรักษาทางทันตกรรมคือ ควรดูจำนวนเม็ดเลือดขาว ถ้าค่านี้นี้ต่ำจะเสี่ยงติดเชื้อง่าย และยังคงต้องระวังโดยให้ยาปฏิชีวนะป้องกันก่อนทำหัตถการ ถ้าพบว่า จำนวน นิวโทรฟิลสัมบูรณ์ หรือค่าเอเอ็นซี (absolute neutrophil count; ANC) น้อยกว่า 1,000 ต่อมิลลิกรัม² และควรประเมินว่า มีการกำเริบของโรคในขณะจัดฟันหรือไม่ ซึ่งจะมีผลต่อแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้โดยใช้เกณฑ์ประเมินของคณะกรรมการร่วมเมื่อรักษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยโรคข้อแห่งอเมริกา (American College of Rheumatology)^{8,9} ที่ประเมินจากอาการทั่วไป เช่น อ่อนเพลีย มีไข้ การมีประจำเดือนที่ไม่สม่ำเสมอ ผลตรวจของห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลเลือด ค่าแอนติติเอสตีเอ็นเอ ผลการตรวจปัสสาวะ และการตรวจทุกระบบที่ได้รับผลกระทบ กรณีที่โรคดีขึ้นจะพบ การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีอย่างน้อยร้อยละ 50 ของเกณฑ์การประเมินทั้งอาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ¹⁰ ซึ่งตรงกับผู้ป่วยรายนี้ที่โรคสงบเป็นเวลาเกือบหนึ่งปี ทั้งนี้ยังไม่พบผื่นที่ใบหน้า แผลในปาก และผมร่วง หรืออาการผิดปกติใด ๆ ตั้งแต่ก่อนมาจัดฟันด้วย จึงเหมาะที่จะเริ่มใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นซึ่งการทำความสะดวกค่อนข้างยากกว่าเครื่องมือถอดได้ แต่ให้ผลการเปลี่ยนแปลงได้หลายทิศทาง และใช้เวลารักษาน้อยกว่า

โรคภูมิคุ้มกันจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีจะไม่มีความสูญเสียของอวัยวะปริทันต์อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของดัชนีปริทันต์กับผลทางห้องปฏิบัติการ¹¹ การรักษาโรคภูมิคุ้มกันใช้กลูโคคอร์ติโคสเตียรอยด์ (glucocorticosteroid) เช่น เพรดนิโซโลนร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) ซึ่งยาตัวหลังนี้มีผลข้างเคียงคือ อาจทำลายเม็ดเลือดขาวทีเซลล์ (T-cell) และ บีเซลล์ (B-cell) เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่รุนแรง^{2,12} ผลข้างเคียงนี้จะเกิดขึ้นเป็นช่วงสั้น ๆ หลังให้ยาซึ่งจะอยู่นานหลายวัน ดังนั้น จึงควรทำหัตถการ เช่น ถอนฟันหลังให้ยาทุกครั้งไปแล้ว 2 สัปดาห์²

ช่วงการรักษาจัดฟันใช้เครื่องมือชนิดติดแน่นแก้ไขการเรียงตัวของฟันซี่ 34, 35, 44 และ 45 ที่เคยผิดปกติให้ขยายออก ไม่ใช่ใช้วิธีการถอนฟันล่างซึ่งจะทำให้ขากรรไกรล่างเล็กและถอยหลังมากขึ้น เนื่องจากช่องว่างที่ต้องการแก้ไขการซ้อนเกมีเพียง 4 มิลลิเมตร นอกจากนี้ เครื่องมือถอดได้ที่มีการเพิ่มความสูงสภักดิ์จะยิ่งช่วยให้การขยายฟันกรามน้อยล่างทำได้ง่ายขึ้น จากการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อนจัดฟันพบว่า ตำแหน่งขากรรไกรบนปกติ แต่ขากรรไกรล่างอยู่ก่อนไปทางด้านหลังเล็กน้อย¹³ ประกอบกับผู้ป่วยเพิ่งเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี ซึ่งช้ากว่าเด็กปกติ^{4,7} และจากภาพรังสีของมือ และ

ข้อมือเมื่อเริ่มจัดฟันจะเห็นว่า ผู้ป่วยผ่านระยะสิ้นสุดการเจริญเติบโตสูงสุดในวัยหนุ่มสาว แต่ยังคงมีการเจริญของใบหน้าอยู่¹⁴ จึงใช้ยางคล้องชนิดที่ 2 เพื่อช่วยเลื่อนตำแหน่งขากรรไกรล่างมาข้างหน้า

จากการซ้อนทับภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างก่อน-หลังการรักษา⁵ พบว่า การสบฟันเองเกิดประเภทที่ 2 ดีขึ้นเกิดจากขากรรไกรบนไม่ยื่นมาทางด้านหน้า แต่ขากรรไกรล่างเจริญมาทางด้านหน้า และลงล่าง ฟันหน้า และกรามบนมีการเคลื่อนตัวไปทางด้านหลัง ในขณะที่ตัวฟันหลังล่างไม่ได้เคลื่อนมาทางด้านหน้า แต่มาพร้อมกับการเจริญเติบโตของขากรรไกรล่าง (รูปที่ 8) ผู้ป่วยพอใจเรื่องรูปใบหน้า และการสบฟันที่ได้ ไม่ต้องการลดความอุมใบหน้าอีกด้วยการถอนฟันเพิ่มแล้วใช้เวลาเป็นปี ๆ ต่อไปอาจเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่กระทบหลายระบบทำนายผลได้ไม่แน่นอน

สาเหตุเสียชีวิตของโรคภูมิคุ้มกันส่วนใหญ่คือ การติดเชื้อ⁴ หลอดเลือดแดงแข็ง ไตวาย¹² โรคกำเริบ และอวัยวะเสียหายถาวร ดังนั้น ถ้าสงสัยมีการติดเชื้อผู้ป่วยควรรีบมาพบแพทย์ การใช้เครื่องมือติดแน่นที่เลขากรรไกรช่วยลดการเกิดแผล ความเสี่ยงการติดเชื้อตลอดจนการทำความสะดวกช่องปากจะง่ายขึ้น ทันตแพทย์ควรทำการรักษาทันตกรรมทั่วไป และจัดฟันอย่างระมัดระวังโดยเฉพาะการเกิดแผลในปากซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย³ ระหว่างการจัดฟันทุกครั้ง ควรประเมินการกำเริบของโรคเพื่อจะได้ออกแผนการรักษาให้เหมาะสมปลอดภัยกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยด้วย

สรุป

โรคภูมิคุ้มกันเป็นโรคซับซ้อน และเกิดผลกระทบต่ออวัยวะหลายระบบทันตแพทย์ควรเข้าใจลักษณะอาการ การดำเนินโรค การประเมินความรุนแรง ผลการรักษาทางการแพทย์รวมทั้งพิจารณาการใช้ยาต่าง ๆ อย่างระมัดระวังรวมถึงป้องกันปัญหาและอุปสรรคต่อการรักษาทางทันตกรรม นอกจากนี้ การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ใช้เวลานานสามารถกระทำได้ จำเป็นต้องปรึกษา และติดตามการรักษากับแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้การตัดสินใจในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันทำได้อย่างเหมาะสมปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ ทพญ. ศันสนีย์ อนันต์สกุลวัฒน์ ที่ส่งผู้ป่วยมารับการจัดฟัน รศ. นพ. สุโรจน์ ศุภเวดิน สาขาโรคไต

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล แพทย์เจ้าของไข้ที่ให้การปรึกษาเรื่องโรคภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเป็นอย่างดี และรศ. พญ. พันสยา เขียรธาดากุล ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาช่วยตรวจและแก้ไขบทความเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Fernandes EG, Savioli C, Siqueira JT, Silva CA. Oral health and the masticatory system in juvenile systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2007;16:713-9.
2. De Rossi SS, Glick M. Lupus erythematosus: considerations for dentistry. *J Am Dent Assoc* 1998;129:330-9.
3. Kam AY, Chung WC, Luk WK. Oral rehabilitation of a patient with scleroderma associated with systematic lupus erythematosus: a case report. *Spec Care Dentist* 2006;26:121-3.
4. Sumboonnanon A. Systemic Lupus Erythematosus: an overview In: Sumboonnanon A, Phatragarn A, Piyapanee N. editors. Systemic Lupus Erythematosus in child and adolescent. 1st ed. Bangkok: Chuanpim; 2013. p. 5-16.
5. Ricketts RM, Roth RH, Chaconas SJ, Schulhof RJ, Engel GA. Rocky Mountain Data System, USA. Library Of Congress Catalog Card Number 82-62745 p. 262-5.
6. Petri M, Orbai AM, Alarcon GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, *et al.* Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012;64:2677-86.
7. Phatragarn A. Assessment recommendation in SLE. In: Sumboonnanon A, Phatragarn A, Piyapanee N. editors. Systemic Lupus Erythematosus in child and adolescent. 1st ed. Bangkok: Chuanpim; 2013. p. 17-38.
8. Gladman DD, Urowitz MB. The SLICC/ACR damage index: progress report and experience in the field. *Lupus* 1999;8:632-7.
9. Dayal NA, Gordon C, Tucker L, Isenberg DA. The SLICC damage index: past, present and future. *Lupus* 2002;11:261-5.
10. Ruperto N, Ravelli A, Oliveira S, Alessio M, Mihaylova D, Pasic S, *et al.* The Pediatric Rheumatology International Trials Organization/American College of Rheumatology provisional criteria for the evaluation of response to therapy in juvenile systemic lupus erythematosus: prospective validation of the definition of improvement. *Arthritis Rheum* 2006;55:355-63.
11. Meyer U, Kleinheinz J, Handschel J, Kruse-Lösler B, Weingart D, Joos U. Oral findings in three different groups of immuno compromised patients. *J Oral Pathol Med* 2000;29:153-8.
12. Jongjad N, Phatragarn A. Principle therapy of SLE. In: Sumboonnanon A, Phatragarn A, Piyapanee N. editors. Systemic Lupus Erythematosus in child and adolescent. 1st ed. Bangkok: Chuanpim; 2013. p. 65-78.
13. Techalertpaisarn P, Nilswankosit S. A comparison of cephalometric measurements between computerized cephalometric analysis and manual method. *J Thai Assoc Orthod* 2005;4:26-34.
14. Mathurasai W, Viteporn S. The relationship between skeletal age and growth of hand wrist bones in Thai children aged 8-16. *J Graduate School Chula University* 1985;6:25-40.