

รายงานผู้ป่วย

Case Report

รายงานผู้ป่วย: การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์  
Dental Treatment in Patient with Down Syndrome:  
A Case Report

กนกกาญจน์ พึ่งพิมาย, ท.บ. วท.ม.\*

Kanokkan Pungpimai, D.D.S.M.S. (Pediatric Dentistry)\*

\*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

\*Dental department, Buriram Hospital, Buriram, Thailand, 31000

Corresponding author. E-mail address : kibkanok@gmail.com

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการดาวน์เป็นโรคทางโครโมโซมที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มที่มีปัญหาทางสติปัญญา โดยพบว่ามีความผิดปกติของโครโมโซมเกิน ซึ่งมักเกิดขึ้นกับโครโมโซมคู่ที่ 21 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพัฒนาการล่าช้า มีใบหน้าเป็นลักษณะเฉพาะ และมีความพิการทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ลิ่วคีเมีย และปัญหาของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น ทันตแพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการประเมินโรคทางระบบ ร่วมกับประเมินพฤติกรรม และระดับสติปัญญาของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้ด้านทันตกรรมป้องกันภายหลังการรักษาเพื่อคงสภาวะช่องปากที่ดีต่อไป

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 9 ปี มีภาวะกลุ่มอาการดาวน์ ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เนื่องจากมีฟันผุหลายซี่และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยฟันฟูลสภาพทั้งช่องปากภายใต้การดมยาสลบติดตามผลหลังการรักษา พบผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

คำสำคัญ กลุ่มอาการดาวน์ การรักษาทางทันตกรรม

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561;33(3): 209-223

ABSTRACT

Down syndrome is the most common chromosomal abnormality among disorders with intellectual impairment. Additional chromosome, mostly a third copy of chromosome 21, is found. It is typically associated with delay physical growth, specific facial characteristics, and mild to moderate intellectual disability. Other health

problems may also occur at a greater risk, e.g. congenital heart defect, leukemia and respiratory problems. In order to convey a proper treatment plan, all medical problems, behavioral and intellectual ability must be evaluated thoroughly. In addition oral health care instruction should be provided to maintain good oral health status. The 9-year-old Thai girl with Down syndrome was referred from Prakhom to Buriram Hospital for dental treatment due to multiple dental caries and uncooperative behavior. The oral rehabilitation was done under general anesthesia. Satisfied results were obtained.

**Keywords** : Down syndrome, Dental treatment

Med J Srisaket Surin Biriram Hosp 2018;33(3): 209-223

## บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์เป็นโรคพันธุกรรมที่เกิดจากการมีโครโมโซม 21 เกินมาทั้งอันหรือบางส่วน<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพัฒนาการล่าช้า มีใบหน้าเป็นลักษณะเฉพาะและมีความพิการทางสติปัญญา<sup>(2)</sup> กลุ่มอาการดาวน์ โดยทั่วไปจะคล้ายคลึงกัน คือ น้ำหนักแรกเกิดน้อย ความยาวของลำตัวจะสั้นกว่าปกติ เมื่ออายุมากขึ้นจึงมักเตี้ย ศีรษะเล็ก ท้ายทอยแบนราบ หน้าแบน ตั้งจมูกแบน ตาเฉียงขึ้น ขอบหนังตาบนยื่นมาจรดบริเวณหัวตา ใบหูเล็กและอยู่ต่ำ รูหูส่วนนอกจะตึบกว่าปกติ เพดานปากโค้งงอ ขากรรไกรบนไม่เจริญเติบโต ทำให้ช่องปากแคบ ลิ้นยื่น ฟันขึ้นช้าและไม่เป็นระเบียบ คอสั้น ผิวหนังด้านหลังของคอค่อนข้างหนา สะดือจุ่ม มีอาการท้องผูกได้บ่อย มือแบนกว้าง นิ้วมือสั้น นิ้วก้อยโค้งงอเนื่องจากกระดูกข้อกลางมีขนาดเล็ก (ในบางรายกระดูกชิ้นนี้อาจหายไปเลย ทำให้นิ้วก้อยมีเพียงสองข้อเท่านั้น) เส้นลายมือตัดขวาง ช่องระหว่างนิ้วเท้าที่ 1 และ 2 กว้าง และมีร่องลึกจากช่องนิ้วเท้าไปบนฝ่าเท้า

กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม อารมณ์ดีเลี้ยงง่าย อุปนิสัยร่าเริงและเป็นมิตร<sup>(3-6)</sup>

เด็กกลุ่มอาการดาวน์จะมีปัญหาในการใช้ภาษาและการพูด มักพูดช้าและพูดไม่ชัด และมีการทำงานของกล้ามเนื้อในปากผิดปกติ เนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง พัฒนาการด้านภาษาจะช้ามากกว่าระดับสติปัญญาที่ช้า ทักษะด้านสังคมจะพัฒนาได้ดีกว่า ทักษะการเรียนรู้โดยการมองเห็นจะดีกว่าทักษะการเรียนรู้โดยการฟัง<sup>(7)</sup>

พบอุบัติการณ์ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ลิ่วคีเมีย และโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยเหล่านี้สูงกว่าคนปกติ ประมาณร้อยละ 25-30 ของผู้ป่วยเหล่านี้จะเสียชีวิตในระหว่างปีแรกของชีวิต และประมาณร้อยละ 50 จะตายระหว่างอายุ 5 ปี สาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ<sup>(8)</sup>

## ปัญหาสภาวะช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์

1. การขึ้นของฟัน เด็กกลุ่มอาการดาวน์ มักมีฟันขึ้นช้า<sup>(9)</sup> โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ<sup>(10)</sup> มีรายงานพบว่าอาจจะขึ้นเมื่อเด็กอายุ 2 ปี ลำดับการขึ้นของฟันไม่แน่นอน ฟันน้ำนมอาจขึ้นครบเมื่ออายุ 5 ปี และมักจะหลุดช้า ฟันน้ำนมอาจจะอยู่ในช่องปากถึงอายุ 14-15 ปี<sup>(11)</sup>

2. ลักษณะทางกายวิภาคของฟัน ขนาดฟันเล็กกว่าคนปกติทั้งฟันน้ำนมและฟันแท้ และมีรากฟันสั้นกว่าคนปกติ ฟันตัดพบลักษณะ peg shape ได้มากกว่าปกติ และจากภาพถ่ายรังสีในฟันกรามถาวรจะมีลักษณะโพรงในตัวฟันขยายใหญ่สู่ปลายราก (taurodontism)

3. จำนวนซี่ฟัน พบมีการหายไปของฟันตั้งแต่กำเนิดทั้งฟันน้ำนมและฟันถาวร ในฟันน้ำนมพบฟันที่หายบ่อยเป็นฟันตัดซี่กลางในขากรรไกรล่าง (mandibular central incisor) ส่วนฟันถาวรที่หายบ่อยเป็นฟันตัดซี่ข้างในขากรรไกรบน (maxillary lateral incisor) ฟันเขี้ยวทั้งบนและล่าง (maxillary and mandibular cuspid) ฟันกรามน้อยซี่ที่สองทั้งบนและล่าง (upper and lower second bicuspid) ฟันกรามซี่ที่สามทั้งบนและล่าง (upper and lower third molar) และการหายไปแต่กำเนิดมักเป็นทั้งสองข้าง

4. การพัฒนาของกระดูกขากรรไกร พบว่าบริเวณฐานกระโหลกและกึ่งกลางใบหน้า มีลักษณะเจริญพร่อง (Midface hypoplasia) ดังนั้นกระดูกขากรรไกรบนจะมีการเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติ (Maxillary hypoplasia) ทำให้พบ

อุบัติการณ์การเกิดการสบฟันผิดปกติแบบแองเกิล Class III ได้มาก

5. ลิ้น มีขนาดใหญ่ ทำให้เกิดลิ้นดัน (tongue thrust) และปิดปากไม่สนิท อาจพบมีการหายใจทางปาก ริมฝีปากแห้ง เกิดเป็นลิ้นย่นริ้ว (fissure tongue)

6. น้ำลาย มีอัตราการไหลของน้ำลายน้อยกว่าคนปกติ

7. โรคปริทันต์ พบอุบัติการณ์ในการเกิดโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่าคนปกติ มีหลายรายงานที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์จะมีโรคปริทันต์อักเสบประมาณร้อยละ 90<sup>(12)</sup> และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคปริทันต์กับการเกิดคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์อายุระหว่าง 10-19 ปี จะมีการละลายของกระดูกเข้าฟัน (alveolar bone loss) ร้อยละ 39 (เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไปซึ่งมีอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 3) ตำแหน่งที่พบมักจะพบในบริเวณฟันหน้าล่าง และสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่อายุ 11 ปี กลไกของภูมิคุ้มกันน่าจะเป็นสาเหตุเริ่มต้นของการเกิดโรคปริทันต์ โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์มีความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน (neutrophil chemotaxis)<sup>(13)</sup>

8. โรคฟันผุ อัตราการเกิดฟันผุใกล้เคียงหรือน้อยกว่าเด็กปกติ มีรายงานว่าไม่มีความแตกต่างของการเกิดฟันผุในชุดฟันแท้เมื่อเทียบเด็กกลุ่มอาการดาวน์กับเด็กที่มีความผิดปกติทางสมองอื่นๆ แต่ในชุดฟันน้ำนมพบอัตราการเกิดฟันผุลดลงในเด็กกลุ่มอาการดาวน์<sup>(14)</sup>

## การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วย กลุ่มอาการดาวน์

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาในเกณฑ์บกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เด็กกลุ่มนี้จะดูอารมณ์ดียิ้มง่ายอาจให้ความร่วมมือในช่วงเวลาสั้นๆ ทันตแพทย์สามารถใช้วิธีจัดการพฤติกรรมเด็กโดยวิธีการทางจิตวิทยาได้แก่ การบอก-แสดง-ทำ การเบี่ยงเบนความสนใจ การร้องเพลง การส่งเสริมกำลังใจโดยให้คำชมเชยเด็ก ในรายที่ไม่สามารถอยู่นิ่งขณะที่ทำการรักษาหากปริมาณงานการรักษาที่ไม่มากก็จำเป็นต้องใช้วิธีจัดการพฤติกรรมเด็กโดยควบคุมการเคลื่อนไหว (protective immobilization) เพื่อให้อยู่นิ่งและปลอดภัย ข้อควรระวังในการรักษาโดยใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวและทำการรักษาภายใต้แผ่นยางกันน้ำลายคอ ยกต่อการสังเกตการหายใจของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยเด็กกลุ่มดาวน์อาจเกิดภาวะการหยุดหายใจชั่วขณะได้ ทันตแพทย์จึงต้องสังเกตการมีสติและการหายใจของผู้ป่วยเสมอ และทำการรักษาโดยใช้เวลาน้อยในรายที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลมากอยู่ไม่นิ่งหรือมีปริมาณงานที่ต้องรักษามาก และมีความจำเป็นต้องรักษาอย่างรีบด่วนอาจให้การรักษาภายใต้การดมยาสลบ<sup>(15)</sup>

ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จะต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่หัวใจ (subacute bacterial endocarditis) ก่อนการรักษาทันตกรรมเสมอ โดยใช้หลักของ American Heart Association<sup>(15)</sup>

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 9 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลปะคำ เพื่อมารับการรักษาทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์เนื่องจากมีฟันผุหลายซี่ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มอาการดาวน์และเคยมีภาวะ Hypothyroidism ตั้งแต่กำเนิด แต่ปัจจุบันไม่ได้รับยารักษา Hypothyroidism แล้ว ไม่มีประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ผู้ป่วยเคยถอนฟันและอุดฟัน ภายใต้การดมยาสลบมา 2 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจคลื่นรุนแรง ร้องเสียงดัง และไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ จึงจัดระดับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรมอยู่ในกลุ่ม Lacking co-operative ability ตามการจำแนกของ Wright<sup>(16)</sup>



A

B

C

ภาพที่ 1 ภาพใบหน้าผู้ป่วย (A) ใบหน้าด้านตรง (B) ใบหน้าข้างขวา (C) ใบหน้าข้างซ้าย

จากการตรวจภายนอกช่องปากพบว่า ผู้ป่วยมีศีรษะแบนในแนวหน้าหลัง ใบหน้าสมมาตร ใบหน้าด้านข้างโค้งเว้า หัวตามนกลม หางตาชี้ขึ้น จมูกแบน ริมฝีปากหนาและปิดไม่สนิท (ภาพที่ 1)

ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 21 กิโลกรัม ส่วนสูง 106 เซนติเมตร ผลการตรวจสัญญาณชีพความดันโลหิต 141/88 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ผลการตรวจร่างกายปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, Anti-HIV ปกติ ผลเอกซเรย์ปอดปกติ

ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะปัญญาอ่อนระดับรุนแรง ไม่สามารถให้ความร่วมมือ มีปริมาณงานที่ต้องรับการรักษามาก หากต้องรักษาภายใต้ยาเฉพาะที่ จำเป็นต้องมีการควบคุมทางกายเพื่อ

ให้ผู้ป่วยอยู่นิ่ง (treatment immobilization) และทำการรักษาภายใต้การใส่แผ่นยางกันน้ำลาย ทำให้มีความลำบากในการสังเกตการหายใจของผู้ป่วย หากเกิดภาวะเด็กหยุดหายใจชั่วคราวจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ต่างอำเภอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมารับการรักษาหลายครั้ง อธิบายผู้ปกครองถึงข้อดีข้อเสียและให้เลือกแนวทางการรักษา ผู้ปกครองจึงตัดสินใจเลือกวิธีทำการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ

การตรวจภายในช่องปากอย่างละเอียด รวมทั้งการถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากเพื่อวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง กระทำได้หลังจากการทำให้ผู้ป่วยสลบแล้ว ดังภาพที่ 2 และภาพที่ 3 ตามลำดับ



A



B

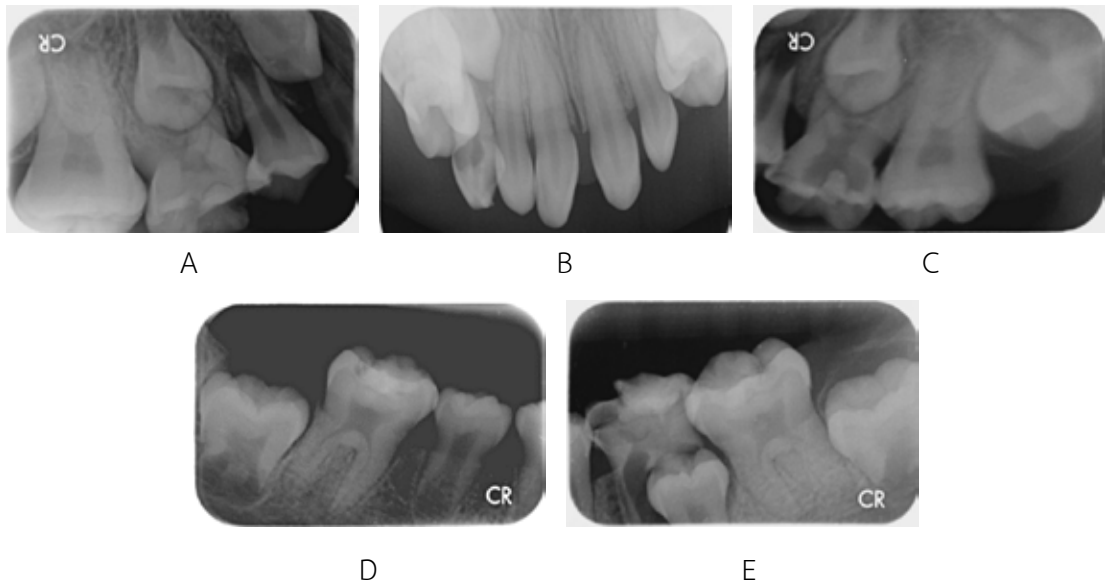


C



D

ภาพที่ 2 ภาพถ่ายในช่องปากก่อนการรักษา (A) ฟันบนขวา (B) ฟันบนซ้าย (C) ฟันล่างขวา (D) ฟันล่างซ้าย



ภาพที่ 3 ภาพรังสีถ่ายรอบปลายรากก่อนการรักษา (A) ฟันหลังบนขวา (B) ฟันหน้าบน (C) ฟันหลังบนซ้าย (D) ฟันหลังล่างขวา (E) ฟันหลังล่างซ้าย

ผู้ป่วยดมยาสลบโดยใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ได้รับการรักษาดังตารางที่ 1 หลังทำหัตถการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ (ภาพที่ 4 และ 5)

**ตารางที่ 1** การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพรังสี การวินิจฉัย และการรักษา

Tooth & Area	Clinical Examination	Radiographic Interpretation	Diagnosis	Treatment
16 O	Large tooth-colored material with secondary caries	Normal crown, incompleated root formation, normal PDL space, intact lamina dura	Improper filling with dental caries	O Re-filling with composite resin
55 OM, O	Dental caries at mesio-occlusal surface, having tooth-colored material at occlusal surface with secondary caries	Radiolucent area seen on mesio-occlusal surface nearly involved pulp, occlusal surface involved 1/3 of dentine, radiolucent line under radiopaque materials, no root resorption	Improper filling with dental caries	Pulpectomy with SSC
14 O	Sound tooth with deep pit and fissure	Normal crown, incompleated root formation, normal PDL space, intact lamina dura	Sound tooth	O Sealant

### ตารางที่ 1 การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพรังสี การวินิจฉัย และการรักษา (ต่อ)

Tooth & Area	Clinical Examination	Radiographic Interpretation	Diagnosis	Treatment
53 M, D	Deep dental caries	Radiolucent area seen on mesial and distal surfaces nearly involved pulp, widening PDL space superimposed with 14, loss of lamina dura	Pulp necrosis with chronic apical periodontitis	Pulpectomy with SSC
24 O	Sound tooth with deep pit and fissure	No radiographic record	Sound tooth	O Sealant
65 OM, OPa	Dental caries at occlusal surface and tooth-colored material at distal groove with secondary caries	Radiolucent area seen on mesial surface involved 2/3 of dentine. Large radiolucent area seen on occlusal surface involved pulp and pulpal floor, mesial root resorption > 1/3 of normal root length, 25 presented beneath the furcation	Pulp necrosis with chronic apical periodontitis	Extraction
26 O	Dental caries at central pit, mesial pit and distal groove, deep pit and fissure	Normal crown, incompleated root formation, normal PDL space, intact lamina dura	Dental caries	O Resin composite filling
36 OB	Dental caries at buccal groove, tooth-colored material at occlusal surface with secondary caries	Radiolucent area seen on occlusal surface involved 1/3 of dentine, completed root formation, normal PDL space, intact lamina dura	Improper filling with dental caries	OB Re-filling with composite resin



**ตารางที่ 1** การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพรังสี การวินิจฉัย และการรักษา (ต่อ)

75 OB, OLi	Large tooth-colored material at mesio-occlusal surface with large dental caries at bucco-occlusal and linguo-occlusal surface exposed pulp	Large radiolucent area seen on mesio-occlusal involved pulp and pulpal floor, mesial root resorption > 2/3 of normal root length and total distal root resorption, 35 presented beneath the furcation	Pulp necrosis with chronic apical periodontitis	Extraction
34 O	Sound tooth with deep pit and fissure	No radiographic record	Sound tooth	O Sealant
44 O	Sound tooth with deep pit and fissure	No radiographic record	Sound tooth	O Sealant
45 O	Sound tooth with deep pit and fissure	Normal crown, incompleated root formation, normal PDL space, intact lamina dura	Sound tooth	O Sealant
46 OBLi	Large tooth-colored material at occlusal surface with secondary caries, dental caries at buccal groove and lingual groove	Radiolucent area seen on occlusal surface under the radiopaque material, involved 1/3 of dentine, completed root formation, normal PDL space, intact lamina dura	Improper filling with dental caries	OBLi Re-filling with composite resin



A



B

**ภาพที่ 4** ภาพถ่ายในช่องปากหลังการรักษา (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายรังสีหลังการรักษารากฟันและครอบฟันโลหะไร้สนิมซี่ 55 และ 53

ผู้ป่วยกลับมาตรวจ 8 วันหลังทำหัตถการ ไม่มีอาการใดๆ แผลถอนฟันซี่ 65 และซี่ 75 ไม่มีอาการอักเสบหรือติดเชื้อ พบมีแผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมระดับมากโดยทั่วไปทั้งปาก ได้ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร สอนวิธีแปรงฟันให้กับผู้ปกครอง

หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำอีก 3 เดือน พบมีแผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมระดับปานกลาง วัสดุบูรณะฟันปกติดี ไม่พบฟันผุเพิ่ม ได้ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเน้นทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ปกครอง และทาฟลูออไรด์วานิชทั้งปากให้แก่ผู้ป่วยภายใต้ผ้าห่อรัดตัว

(papoose board) และนัดมาตรวจหลังจากนั้นอีก 6 เดือน ซึ่งพบว่าผู้ปกครองสามารถทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยได้ดี มีแผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมระดับน้อยในตำแหน่งฟันหน้า ในระดับปานกลางในตำแหน่งฟันหลัง ขอบเหงือกแดงอักเสบโดยทั่วไปตามตำแหน่งของแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่สะสมอยู่ วัสดุบูรณะฟันปกติดี ไม่พบฟันผุเพิ่ม (ภาพที่ 6) ในการกลับมาตรวจครั้งนี้ยังคงเน้นย้ำทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ปกครองรวมทั้งได้ทาฟลูออไรด์วานิชทั้งปากให้แก่ผู้ป่วยภายใต้ผ้าห่อรัดตัว



A



B



C



D

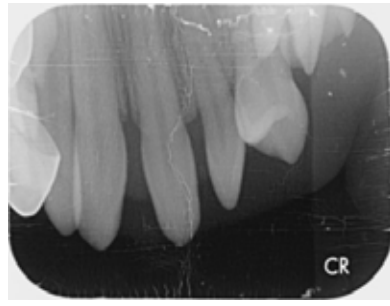


E

ภาพที่ 6 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการรักษา 9 เดือน (A) ด้านหน้าตรง (B) ฟันบนขวา (C) ฟันบนซ้าย (D) ฟันล่างขวา (E) ฟันล่างซ้าย



A



B



C

ภาพที่ 7 ภาพถ่ายรังสีหลังการรักษา 9 เดือน (A) ฟันหลังบนขวา (B) ฟันหน้าบน (C) ฟันหน้าล่าง

## บทวิจารณ์

การรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ จะต้องให้ความสำคัญกับการประเมินโรคทางระบบ ร่วมกับประเมินพฤติกรรม และระดับสติปัญญาของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยรายนี้เคยมีประวัติเป็น Hypothyroidism ตั้งแต่เกิด แต่ปัจจุบันหายแล้ว ไม่ได้รับประทานยาใดๆ และไม่มีประวัติโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันก่อนทำหัตถการ แต่ปัญหาสำคัญอีกอย่างคือ ภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยรายนี้มีภาวะปัญญาอ่อนรุนแรง ไม่สามารถสื่อสาร ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เข้าใจ จึงเป็นอุปสรรคต่อการรักษา

รวมทั้งมีปริมาณงานที่ต้องรับการรักษา และอยู่ในชนบทห่างไกลไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อรับการรักษาหลายครั้ง จึงได้วางแผนการรักษาทางทันตกรรมให้เสร็จในครั้งเดียวภายใต้การดมยาสลบ โดยได้มีการปรึกษากุมารแพทย์ร่วมกับวิสัญญีแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน

ผู้ป่วยมีฟันตัดหน้าแท้บนทั้ง 4 ซึ่งขนาดเล็กกว่าปกติ เพดานปากมีลักษณะเป็นซัน และจากภาพรังสีพบว่าฟันกรามแท้บนซี่ที่หนึ่งทั้งด้านซ้ายและขวามีตัวฟันยาวคล้ายหน้าวัว (ภาพที่ 3 A และ C) ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ นอกจากนั้นยังพบว่าฟันตัดแท้ล่างซี่ข้างทั้งซ้ายและขวาหายไปแต่กำเนิดอีกด้วย (ภาพที่ 7 C)

ในวันแรกที่ผู้ป่วยมารับการตรวจช่องปากพบว่า ผู้ป่วยมีฟันผุหลายซี่รวมทั้งมีการผุซ้ำในตำแหน่งที่เคยได้รับการอุด โดยผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบมาแล้วถึง 2 ครั้ง นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีฟันผุซ้ำในตำแหน่งเดิม และผุเพิ่มในตำแหน่งใหม่ รวมทั้งมีเหงือกอักเสบ มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ระดับมากโดยทั่วไปทั้งปาก

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งช่องปากภายใต้การดมยาสลบโดยใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ซึ่งมีข้อจำกัดคือไม่สามารถเช็คการสบฟันได้ การรักษาจึงมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บปวด สามารถใช้งานได้ และคงสภาพช่องปากที่ดีไว้

สำหรับพฤติกรรมด้านการบริโภคพบว่าผู้ป่วยชอบดื่มนมถั่วเหลือง วันละ 1-2 กล่อง รับประทานขนมหวานและขนมกรุบกรอบเป็นประจำโดยรับประทานเฉลี่ยวันละ 2-3 ครั้ง ผู้ป่วยแปรงฟันเองเพียงวันละ 1 ครั้งตอนเช้า มารดาแปรงฟันซ้ำให้เป็นบางวัน ผู้ป่วยรายนี้จึงจัดว่ามีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง ดังนั้นภายหลังจากรักษาทางทันตกรรมในช่องปากเสร็จสมบูรณ์แล้ว จึงได้วางแผนการรักษาทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทันตกรรมป้องกัน ด้วยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่รับประทานจุบจิบ ดื่มนมรสจืดหรือผลไม้เป็นอาหารว่างแทน รับประทานอาหารประเภทแป้งและ

น้ำตาลเฉพาะในมื้ออาหาร หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยวที่เป็นของหวานติดฟันต่างๆ การให้ขนมหวานเป็นรางวัลเพื่อสร้างพฤติกรรมที่ดี ควรจะต้องลดลง หรือไม่มีเลย ส่วนการทำความสะอาดในช่องปากแนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันเองวันละ 2 ครั้ง และให้ผู้ปกครองแปรงซ้ำทุกครั้ง โดยได้สอนวิธีการแปรงฟันให้กับมารดาด้วย เนื่องจากเด็กจะไม่สามารถแปรงฟันตัวเองได้ดี จากระดับเขาว์ปัญญาที่ต่ำ และมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (hypotonia) หลังจากนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจที่ 3 และ 6 เดือน หลังทำหัตถการพบว่า สภาวะอนามัยช่องปากผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับแม้ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคได้ แต่มารดามีความสนใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยสามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ป่วยได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา

## สรุป

การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ ต้องมีการวางแผนการรักษาที่คำนึงถึงโรคทางระบบ ความสามารถและความร่วมมือของผู้ป่วย เข้าใจปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพร่างกายผู้ป่วยซึ่งแตกต่างจากคนปกติทั่วไป การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีข้อจำกัดไม่สามารถให้การรักษาแบบในอุดมคติได้ ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางทันตกรรมในช่องปากเสร็จสมบูรณ์แล้ว การให้ความรู้ในด้านทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ปกครองและการนัดติดตามผลอย่างต่อเนื่องก็ยังเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อคงสถานะในช่องปากให้อยู่ในสภาพดีตลอดไป

## เอกสารอ้างอิง

- Patterson D. Molecular genetic analysis of Down syndrome. *Hum Genet* 2009;126(1):195-214.
- Weijerman ME, de Winter JP. Clinical practice. The care of children with Down syndrome. *Eur J Pediatr* 2010;169(12):1445-52.
- พญ.โรจน์มัทมางคล, นพ.วรรณ ศรีวงศ์พานิช. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา/ภาวะปัญญาอ่อน. ใน: รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย, ชาคริยา ชีเรนทร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, พงศ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์พิพวรรณ หาราชคุณาชัย, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2554:299-321.
- Cohen WL. Down syndrome: Care of the child and family. In: Carey WB, Crocker AC, Coleman WL, Elias ER, Feldman HM, editors. *Developmental-behavioral pediatrics*. 4<sup>th</sup>. ed. Philadelphia: Elsevier; 2009:235-45.
- Fussell JJ, Reynolds AM. Cognitive development. In: Voigt RG, Macias MM, Myers SM, editors. *Developmental and behavioral pediatrics*. United States of America: American Academy of Pediatrics; 2011:171-97.
- Bacino CA, Lee B. Cytogenetics. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, Schor NF, Behrman RE, editors. *Nelson textbook of pediatrics*. 20<sup>th</sup>. ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.:604-26.
- ชมรมวิชาชีพทันตกรรม กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการทางทันตกรรมสำหรับเด็กพิเศษ.[อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก :URL:http://www.rajanukul.go.th/new/\_admin/download/20-4380-1442393310.pdf
- จินดา เลิศศิริวรกุล. การจัดการทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
- Garn SM, Stimson CW, Lewis AB. Magnitude of dental delay in trisomy G. *J Dent Res* 1970;49(3):640.
- Cutress TW. Dental caries in trisomy 21. *Arch Oral Biol* 1971;16(11):1329-44.
- Mc Donald RE, Avery DR. *Dentistry for the child and adolescent*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1994.
- Orner G. Periodontal Disease Among Children with Down's Syndrome and Their Siblings. *J Dent Res* 1976;55(5):778-82.
- Modéer T, Barr M, Dahlöf G. Periodontal disease in children with Down's syndrome. *Scand J Dent Res* 1990;98(3):228-34.

14. Maclaurin ET, Shaw L, Foster TD. Dental caries and periodontal disease in children with Down's syndrome and other mentally handicapping conditions. *J Paediatr Dent* 1985;1(1): 15-9.
15. มาลี อรุณากร. การจัดการพฤติกรรมของเด็กพิเศษเพื่อการรักษาทางทันตกรรม. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2555.
16. Wright GZ. Children's behavior in the dental office. In: Wright GZ, editor. *Behavior management in dentistry for children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1975:55-72.