

รอยโรคในช่องปากและสถานะฟันผุในเด็กติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก: การศึกษาทางระบาดวิทยา ที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Oral Lesions and Dental Caries Status in Vertically HIV-Infected Children: an Epidemiological Survey at the Sanpathong Hospital, Chiang Mai

กานต์สุดา อินทจักร¹, สุรวุฒน์ พงษ์ศิริเวทย์², นพดล อัครธรรม³, พจนา ศรีบุรี⁴, อะนัณเณ เอี่ยมอรุณ²

¹กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

²ภาควิชาทันตวิทยา-พยาธิวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

⁴ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Kansuda Inthachark¹, Surawut Pongsiriwet², Nopadol Akarathum³, Pojana Sriburee⁴, Anak Iamaroon²

¹Dental Department, Chiang Rai Regional Hospital, Chiang Rai

²Department of Odontology and Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

³Sanpathong Hospital, Chiang Mai

⁴Department of Microbiology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

ชม.ทันตสาร 2552; 30(1) : 87-94

CM Dent J 2009; 30(1) : 87-94

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงระบาดวิทยา และพรรณาสถานะฟันผุของรอยโรคในช่องปาก รวมถึงสถานะฟันผุของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีผ่านจากแม่สู่ลูกที่มารับการรักษานานที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 28 ราย ที่มีอายุระหว่าง 4 ปี 9 เดือนถึง 12 ปี เด็กทุกราย จะได้รับการตรวจรอยโรคในช่องปากและสถานะฟันผุ และบันทึกตามแบบประยุกต์ขององค์การอนามัยโลก และบันทึกปริมาณซีดี-4 และยาต้านไวรัสที่ได้รับ รวมถึงการนำตัวอย่างในช่องปากตรวจหาเชื้อราแคนดิดา โดยวิธีเพาะเชื้อเทคนิคป้ายกวาด ผลการศึกษาพบรอยโรคในช่องปากร้อยละ 28.57 รอยโรคที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ รอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอวัยวะมาดัส จาก

Abstract

The objective of the cross-sectional study was to describe the prevalence of oral lesions and dental caries status in perinatally HIV-infected children who regularly visited the Sanpathong Hospital, Chiang Mai. Twenty-eight children with perinatal HIV infection, from 4 years and 9 months to 12 years of age, were included in this study. The children were examined for oral lesions and dental caries using modified WHO record forms. CD4 counts and history of receiving ART were also recorded. Samples of candidal culture were collected by oral swab. The results revealed that a total of 28.57% of the

การเก็บตัวอย่างในช่องปากเพื่อนำไปเพาะเชื้อสามารถตรวจพบเชื้อราแคนดิดาในเด็กจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.14 เด็กทุกรายได้รับยาต้านไวรัสมาอย่างน้อย 1 ปี เด็กที่มีปริมาณ ซีดี-4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มิลลิเมตร มีจำนวน 3 ราย และปริมาณซีดี-4 มากกว่า 200 เซลล์/มิลลิเมตร จำนวน 25 ราย ส่วนค่าเฉลี่ย DMFT และ DMFS เป็น 2.07 และ 3.32 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย dft และ dfs เป็น 3 และ 6.57 ตามลำดับ จากการศึกษาสรุปว่า การได้รับยาต้านไวรัสอาจจะมีผลต่อการพบความชุกของรอยโรคในช่องปากที่น้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในภาคเหนือของประเทศไทย นอกจากนี้การให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับรอยโรคในช่องปากและโรคฟันผุเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็กติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของประเทศไทย

คำไขว่: เชื้อเอชไอวี, เด็ก, รอยโรคในช่องปาก, สภาวะฟันผุ, รอยโรคติดเชื้อราแคนดิดา, ซีดี-4

children had one or more lesions. Erythematous candidiasis was the most common oral lesion. By culture technique, yeasts were isolated from 16/28 (57.14 %) of the children. All children had a history of receiving ART for more than one year. Three children had CD4 counts less than 200 cells/ml while twenty-five children had CD4 count more than 200 cells/ml. The mean DMFT and DMFS scores were 2.07 and 3.32, respectively. The dft and dfs were 3 and 6.57, respectively. In conclusion, the prevalence of oral lesions appeared to be lower than that described in other studies in Northern Thailand. These findings suggest that the use of ART could lead to reduction in prevalence of HIV-associated oral lesions. Furthermore, appropriate care for oral lesions and dental caries was needed for HIV-infected children in Northern Thailand.

Keywords: HIV, children, oral lesions, dental caries status, candidiasis, CD4

บทนำ

ในประเทศไทยเริ่มมีการรู้จักโรคเอดส์เมื่อมีรายงานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527⁽¹⁾ และจากข้อมูลทางระบาดวิทยาในปี พ.ศ.2544 ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยจำนวน 162,813 ราย จากจำนวนประชากรในประเทศไทยประมาณ 63 ล้านคน ซึ่งพบว่าพื้นที่ที่มีความชุกของโรคเอดส์มากที่สุดของประเทศไทยคือพื้นที่ภาคเหนือ⁽²⁾ สำหรับในเขตพื้นที่ของอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูล ณ เดือนเมษายน พ.ศ.2548 พบจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดเป็น 80.9 คนต่อประชากร 1,000 คน^(3,4) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมักพบรอยโรคในช่องปากที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง นอกจากนี้การแสดงลักษณะรอยโรคในช่องปากยังสามารถใช้ทำนายการดำเนินไปของโรคเอชไอวีได้อีกด้วย สำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน การติดเชื้อเอชไอวี

ในเด็ก มักจะเกิดจากการถ่ายทอดเชื้อจากมารดา ซึ่งอาจเกิดในช่วงตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือจากนมมารดาแทบทั้งสิ้น อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ คือดัชนีที่วัดปัญหาของโรคเอชไอวีในเด็กโดยตรงสำหรับประเทศไทย⁽⁵⁾ และอัตราการติดเชื้อในเด็กจะลดลงได้หากมารดาได้รับยาต้านไวรัสไซโดวูดีน (zidovudine) และทารกไม่ถูกเลี้ยงด้วยนมมารดา อย่างไรก็ตาม ยังมีทารกที่คลอดออกมาแล้วติดเชื้อและดำเนินเป็นโรคเอดส์⁽⁶⁾ โดยในปี พ.ศ.2544 พบว่าเด็กในช่วงอายุระหว่าง 0-9 ปีในประเทศไทยจำนวนมากกว่า 7,710 รายที่ติดเชื้อเอชไอวี⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์เอดส์ของอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2532 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2548 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 0-14 ปีจำนวน 211 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.15 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดในพื้นที่อำเภอสันป่าตอง

โดยเป็นชายร้อยละ 2.44 และหญิงร้อยละ 2.71⁽⁴⁾

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของรอยโรคในช่องปากและสภาวะฟันผุ รวมถึงตรวจหาปริมาณของเชื้อราแคนดิดาและจำแนกชนิดของเชื้อราแคนดิดา ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาในเอเชียและทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเป็นการเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับรอยโรคในช่องปากในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศแถบเอเชีย ซึ่งยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคอยู่ และยังสามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการศึกษาเชิงลึกต่อไปได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงระบาดวิทยาและพรรณนา (epidemiological and descriptive research) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ซึ่งได้ออกแบบเพื่อประเมินการแสดงออกของรอยโรคในช่องปากของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีผ่านแม่สู่ลูกในช่วงอายุ 4 ปี 9 เดือน-12 ปีจำนวน 28 ราย กลุ่มตัวอย่างนี้ได้เลือกมาจากเด็กที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (antiretroviral drugs) ณ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ของโรงพยาบาลสันป่าตองว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตรวจให้การวินิจฉัยในช่องปากกระทำโดยนักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาเวชศาสตร์ช่องปากจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 1 คน โดยผู้ทำการตรวจวินิจฉัยจะใช้แบบฟอร์มประยุกต์ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ในการบันทึกรอยโรคในช่องปากที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี การจำแนกและให้การวินิจฉัยรอยโรคในช่องปากได้เป็นไปตามการจำแนกรอยโรคของ Ramos-Gomez และคณะ⁽⁷⁾ นอกจากนี้การตรวจสภาวะทันตสุขภาพ ได้แก่ DMFT, DMFS และ dft, dfs (WHO's criteria) กระทำโดยผู้ตรวจวินิจฉัยคนเดียวในกลุ่มตัวอย่างทุกราย

โครงการนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิและสวัสดิภาพของผู้ถูกวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการลงลายมือชื่อยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างทุกราย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื้อราวิทยา

การเก็บกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 28 รายจะถูกเก็บเชื้อในช่องปากด้วยเทคนิคป้ายกวาด (swab technique) เพื่อนำไปเพาะเชื้อราแคนดิดา โดยใช้ไม้พันสำลีที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วป้ายลิ้นกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาป้ายใน วัฒนธรรม Sabouraud's agar นำเข้าตู้อบที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ณ ห้องปฏิบัติการชีววิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การตรวจทางจุลชีววิทยา

การจำแนกเชื้อราแคนดิดาทำโดยใช้โครมอะการ์แคนดิดา (CHROMagar Candida; CHROMagar Microbiology, Paris, France) ซึ่งจะทำให้การยืนยันผลโดยวิธีพื้นฐานทางชีวเคมี และจุลชีววิทยา รวมทั้งคาร์โบไฮเดรตแอสซิมิเลชัน (carbohydrate assimilation; API 20C; Analytab Products, BioMerieux, France) จากห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งจะพบการสร้างแคลมิโดสปอร์ (chlamydospore) และหลอดสปอร์ (germ tube)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

เด็กติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจทั้งหมดจำนวน 28 ราย เป็นชาย 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.57 หญิง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.43 มีอายุอยู่ในช่วง 4 ปี 9 เดือน ถึง 12 ปี (ณ เวลาที่ทำการตรวจในแต่ละราย) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 9.88 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 26 รายคิดเป็นร้อยละ 92.86 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาด้านไวรัส

เพศ	อายุเฉลี่ย (ปี)	ระดับการศึกษา					
		ไม่เรียน (ราย)	ป.1 (ราย)	ป.2 (ราย)	ป.3 (ราย)	ป.4 (ราย)	ป.5 (ราย)
ชาย	10.11	2	1	2	5	0	2
หญิง	9.62	0	3	3	3	0	1
รวม	9.88	2	4	5	8	0	3

ข้อมูลการได้รับยาต้านไวรัส และปริมาณซีดี-4 (CD4)

เด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร ดี-โฟ-ที+ทรี-ที-ซี+เนวิรา-
ปีน (d4T+3TC+Nevirapine) จำนวน 18 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 64.29 เป็นชาย 11 ราย หญิง 7 ราย ส่วนเด็กที่ได้
รับยาต้านไวรัสสูตร ดี-โฟ-ที+ทรี-ที-ซี+เอฟฟาไวเรนส์
(d4T+3TC+Efavirenz) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ
35.71 เป็นชาย 4 ราย หญิง 6 ราย ระดับซีดี-4 อยู่ใน
ระดับต่ำกว่า 200 เซลล์/มิลลิลิตร จำนวน 3 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 10.71 และระดับซีดี-4 มากกว่า 200 เซลล์/
มิลลิลิตร จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.29 ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงสูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับและปริมาณซีดี-4

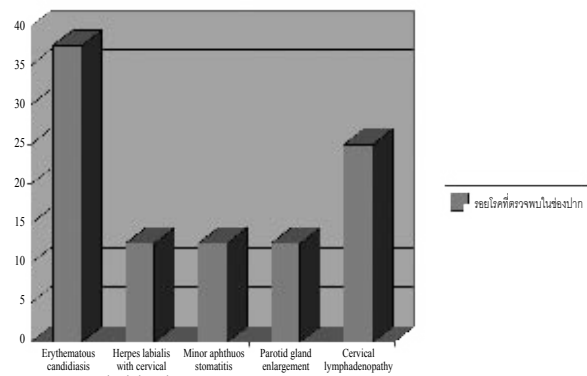
เพศ	สูตรยาต้านไวรัส (ราย)		ปริมาณซีดี-4 (เซลล์/มล.)	
	d4T+3TC+NVP	d4T+3TC+EFV	<200	>200
ชาย	11	4	2	13
หญิง	7	6	1	12
รวม	18	10	3	25

ข้อมูลรอยโรคที่ตรวจพบในช่องปาก

จากการตรวจรอยโรคในช่องปากพบจำนวนเด็กที่มี
รอยโรคในช่องปากทั้งหมด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57
เป็นชาย 2 ราย หญิง 6 ราย รอยโรคในช่องปากที่ตรวจ
พบแยกเป็นรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอีริธีมาตัส
(erythematous candidiasis) จำนวน 3 ราย (รูปที่ 1)
คิดเป็นร้อยละ 37.5 เป็นรอยโรคเริมริมฝีปาก (herpes
labialis) ร่วมกับปุ่มน้ำเหลืองบริเวณคอโต (cervical
lymphadenopathy) แผลร้อนในขนาดเล็ก (minor
aphthous stomatitis) และ ต่อม้ำลายหน้าหูโต (parotid
enlargement) จำนวนอย่างละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ
12.5 ในแต่ละรอยโรค และพบมีปุ่มน้ำเหลืองบริเวณคอ
โตอย่างเดี่ยว จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ดังแสดง
ในแผนภูมิที่ 1 สำหรับความสัมพันธ์ของรอยโรคที่ตรวจ
พบกับปริมาณซีดี-4 ดังแสดงในตารางที่ 3

ข้อมูลการเก็บเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก

จากการเก็บตัวอย่างในช่องปากเพื่อนำไปเพาะเชื้อ
ราแคนดิดา ให้ผลบวกจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ
57.14 เป็นชาย 9 ราย หญิง 7 ราย ที่เหลือ 12 รายให้ผล
ลบ คิดเป็นร้อยละ 42.86 โดยในกลุ่มที่ให้ผลบวกพบ



แผนภูมิที่ 1 แสดงรอยโรคที่ตรวจพบในช่องปาก



รูปที่ 1 แสดงรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอีริธีมาตัส

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของรอยโรคที่ตรวจพบกับปริมาณซีดี-4

รอยโรคที่ตรวจพบ	จำนวน (ราย)	ปริมาณซีดี-4 (เซลล์/มล.)
รอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอีริธีมาตัส	3	863 476 541
เริมริมฝีปาก ร่วมกับปุ่มน้ำเหลืองบริเวณคอโต	1	403
แผลร้อนในขนาดเล็ก	1	428
ต่อมน้ำลายหน้าหูโต	1	450
ปุ่มน้ำเหลืองบริเวณคอโต	2	774 156

ปริมาณเชื้อราแคนดิดาระดับน้อยมาก จำนวน 6 ราย
ระดับน้อย จำนวน 6 ราย ระดับปานกลาง จำนวน 3
ราย และระดับมาก จำนวน 1 ราย สำหรับการแยก
ชนิดเชื้อราแคนดิดา พบว่า เด็กที่มีเชื้อราแคนดิดา
อัลบิแคนส์ (*Candida albicans*) ชนิดเดียวในช่องปาก
ร้อยละ 68.75 มีเชื้อแคนดิดา อัลบิแคนส์ ร่วมกับแคนดิ
ดา ครูเซิ (*Candida krusei*) ร้อยละ 18.75 มีเชื้อราแคนดิ
ดา สปีชีส์ (*Candida species*) ร้อยละ 6.25 และมีเชื้อ

ราแคนดิดา อัลบิแคนส์ ร่วมกับแคนดิดา สปีชีส์ ร้อยละ 6.25 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเพาะเลี้ยงเชื้อราแคนดิดาที่ให้ผลบวก จำแนกตามปริมาณและชนิด

เพศ	ปริมาณเชื้อ				ชนิดของเชื้อ (species)		
	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	มาก	<i>C.albicans</i>	<i>C.krusei</i>	<i>C.species</i>
ชาย	2	5	1	1	8	1	2
หญิง	4	1	2	0	7	2	0
รวม	6	6	3	1	15	3	2

ข้อมูลสถานะฟันผุ

สถานะฟันผุพบค่าเฉลี่ย dfs เท่ากับ 6.57 ด้าน/คน dft เท่ากับ 3 ซี่/คน DMFS เท่ากับ 3.32 ด้าน/คน และ DMFT เท่ากับ 2.07 ซี่/คน

บทวิจารณ์

ในปัจจุบันการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องรวมทั้งองค์ความรู้ต่างๆ ก็ได้มีการเข้าถึงมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีผ่านจากทางแม่สู่ลูก ที่ได้มีแนวทางในการดูแลรักษาทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและป้องกันการป่วยซ้ำ และมีแนวทางในการให้ยาต้านไวรัสในเด็กและทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราการรอดชีวิตที่มากขึ้น

สำหรับรอยโรคในช่องปากที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กก็ยังเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาอาจเนื่องจากสามารถที่จะใช้รอยโรคในช่องปากบอกถึงการพยากรณ์โรค ภาวะภูมิคุ้มกัน และระยะของการดำเนินโรค⁽⁸⁾ ถึงแม้ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสก็ตาม หากการรักษาล้มเหลวก็จะพบรอยโรคในช่องปากที่สัมพันธ์กับภาวะภูมิคุ้มกันที่ลดลง ซึ่งมีการศึกษาในประเทศบราซิลที่สรุปว่าการแสดงของรอยโรคในช่องปากเป็นตัวบ่งชี้ (markers) ที่สำคัญสำหรับภาวะภูมิคุ้มกันที่ลดลง รวมถึงความล้มเหลวในการตรวจพบปริมาณไวรัสในเลือด (virologic failure) ในเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัส⁽⁹⁾

มีการศึกษารอยโรคในช่องปากที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก แบบภาคตัดขวางในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาของ Khongkuntian และคณะ (2001) ศึกษาในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 45 รายของโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบรอยโรคในช่องปาก 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.9 ซึ่งมีเด็กเพียง 15 ราย ที่ได้รับยาต้านไวรัส⁽¹⁰⁾ สำหรับการศึกษาของ Pongsiriwet และคณะ (2003) โดยการตรวจช่องปากเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มาับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 40 ราย ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 0-12 ปี เฉลี่ยอายุ 5.5 ปี พบรอยโรคในช่องปากจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 ซึ่งมีเด็กเพียง 5 รายที่ได้รับยาต้านไวรัส⁽¹¹⁾ เมื่อเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ในเด็กติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลสันป่าตองจำนวน 28 ราย ที่มีอายุเฉลี่ย 9.88 ปี โดยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่ามีรอยโรคในช่องปากทั้งหมด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 ความแตกต่างนี้อาจเนื่องจากช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาการตรวจวินิจฉัยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและการให้การรักษาด้านไวรัสให้เข้าถึงอย่างเป็นระบบ จึงทำให้พบรอยโรคในช่องปากได้น้อยลง⁽¹²⁾ นอกจากนี้อายุเฉลี่ยของเด็กจากโรงพยาบาลสันป่าตองก็สูงกว่า อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้พบรอยโรคในช่องปากได้น้อยลงได้เช่นกัน สำหรับรอยโรคที่พบได้มากที่สุดเป็นรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอริวิธีมาดัส คือพบร้อยละ 37.50 ของเด็กที่พบรอยโรคในช่องปากทั้งหมด สอดคล้องกับการจำแนกตาม Ramos-Gomez และคณะ (1999)⁽⁷⁾ และการศึกษาของ Khongkuntian และคณะ (2001)⁽¹⁰⁾ ที่พบรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอริวิธีมาดัส มากที่สุดเช่นกัน ส่วนรายงานที่พบรอยโรคที่แตกต่างออกไปในช่วงสิบปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับการศึกษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ที่พบแฮร์ลีวโคเพลเกีย (hairy leukoplakia) มากที่สุดนอกเหนือจากรอยโรคติดเชื้อราในช่องปาก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศบราซิล⁽¹³⁾ สำหรับรอยโรคอื่นๆ ที่พบได้มากที่สุดในการศึกษาก็คือ โนมา (noma) และหูดข้าวสุก (molluscum contagiosum) ซึ่งเป็นรายงานจากแอฟริกาใต้ ในปี 2004⁽¹⁴⁾

สำหรับการตรวจเพาะเชื้อในช่องปากสำหรับเชื้อราแคนดิดา พบผลบวก 16 ราย ซึ่งสัมพันธ์กับการปรากฏลักษณะทางคลินิกของรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอิทธิมีมาตัส เพียง 3 ราย ส่วนใน 13 รายที่ไม่ปรากฏการติดเชื้อแคนดิดาทางคลินิกนั้น อาจจัดเป็นพาหะ (carriage) ของโรคการติดเชื้อราแคนดิดา การให้ยาต้านเชื้อราแบบเฉพาะที่เพื่อการป้องกันการลุกลามของโรค จึงควรได้รับการพิจารณา ส่วนการแยกชนิดเชื้อราแคนดิดาพบว่า ร้อยละ 93.75 เป็นชนิดแคนดิดา อัลบิแคนส์ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Frezzini และคณะ (2005)⁽¹⁵⁾ และยังพบชนิดแคนดิดา ครูไซ จำนวนทั้งหมด 3 ราย ซึ่งสามารถตอบสนองต่อการให้ยาต้านเชื้อราแบบเฉพาะที่ได้ ปริมาณเชื้อที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยมาก และ น้อย คือร้อยละ 75 มี 1 ราย ที่ปริมาณเชื้ออยู่ในระดับมาก ซึ่งสัมพันธ์กับการแสดงลักษณะทางคลินิกของรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอิทธิมีมาตัส

ในการวิเคราะห์ถึงปริมาณซีดี-4 หากใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก พิจารณาในเกณฑ์เด็กอายุห้าปีขึ้นไปถึงระดับความรุนแรงของการกดภาวะภูมิคุ้มกัน (severity of immunosuppression)⁽¹⁶⁾ ของเด็กที่ตรวจพบรอยโรคในช่องปากพบว่า 3 ราย มีปริมาณซีดี-4 มากกว่า 500 เซลล์/มิลลิลิตร จัดเป็นระดับถูกกดภาวะภูมิคุ้มกันอย่างไม่มีความสำคัญ (not significant immunosuppression) 4 รายมีปริมาณซีดี-4 อยู่ในช่วง 350-499 เซลล์/มิลลิลิตร จัดเป็นระดับถูกกดภาวะภูมิคุ้มกันเล็กน้อย (mild immunosuppression) และมีเพียง 1 รายที่มีค่าซีดี-4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มิลลิลิตร ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มถูกกดภาวะภูมิคุ้มกันรุนแรง (severe immunosuppression) ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ใดๆ ระหว่างปริมาณซีดี-4 กับรอยโรคในช่องปาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในหลายๆ รายงานที่พบว่ารอยโรคในช่องปากสัมพันธ์กับปริมาณซีดี-4 ที่ลดลงน้อยกว่า 200 เซลล์/มิลลิลิตร^(9,17,18)

สำหรับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอิทธิมีมาตัส และยืนยันด้วยการเพาะเชื้อราแคนดิดาในช่องปากทั้ง 3 รายมีค่าซีดี-4 มากกว่า 400 เซลล์/มิลลิลิตร ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งควรพิจารณาเพิ่มแนวทางการตรวจช่องปากผู้ป่วยทุกครั้งในการตรวจติดตามแม้จะมีปริมาณซีดี-4 มาก เพื่อให้การรักษา

โรคติดเชื้อราแคนดิดาด้วยยาต้านเชื้อราเฉพาะที่ได้ อย่างทันทั่วทั้ง นอกเหนือจากการให้ยาต้านเชื้อราทางระบบเมื่อปริมาณซีดี-4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/มิลลิลิตร^(19,20) ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดรอยโรคลุกลามต่อไปได้

จากการตรวจสภาวะช่องปากพบค่า dfs, dft, DMFS และ DMFT เป็น 6.57, 3, 3.32 และ 2.07 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ทำการศึกษาสูงกว่า อาจเนื่องมาจากผลกระทบของโรคเอดส์ อีกทั้งโครงสร้างทางครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพทางกาย และจิตใจ ซึ่งควรได้รับการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ เพื่อดำเนินการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

บทสรุป

ความชุกของการแสดงรอยโรคในช่องปากที่ลดลงของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษารั้งนี้ อาจจะมี ความสัมพันธ์กับการได้รับยาต้านไวรัสเป็นอย่างมาก เป็นสิ่งที่น่าศึกษาต่อไป และจากการศึกษารอยโรคที่พบได้มากคือรอยโรคติดเชื้อราแคนดิดาแบบอิทธิมีมาตัส และ ปุ่มน้ำเหลืองบริเวณต่อโต ตามมาด้วย รอยโรคแผลร้อนในขนาดเล็ก รอยโรคเริ่มริมฝีปาก และต่อมน้ำลายหน้าหูโต ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรอยโรคในช่องปาก กับปริมาณซีดี-4 ที่ลดลง ส่วนการเพาะเชื้อราในช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในภาวะการเป็นพาหะของโรคติดเชื้อราแคนดิดา ซึ่งควรได้รับการพิจารณาให้ยาต้านเชื้อราแบบเฉพาะที่ จากการแยกชนิดของเชื้อราแคนดิดาพบว่าส่วนใหญ่เป็น แคนดิดา อัลบิแคนส์ ซึ่งตอบสนองต่อยาต้านเชื้อราแบบเฉพาะที่ได้เป็นอย่างดี และสภาวะช่องปากของเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ทำการศึกษานี้ต่ำกว่าสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติ จากการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้คาดว่า แนวโน้มในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กผู้ติดเชื้อจะมีมากขึ้น การตระหนักถึงการตรวจพบรอยโรคในช่องปากร่วมกับการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลุกลามของโรคให้รุนแรงมากขึ้น ด้วยการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ข้อมูลหลายๆ ด้านยังสามารถนำไปสู่การศึกษาเชิงลึกได้ต่อไปอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณ คุณชัชศรี เชื้อนสุวรรณ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาด้านจุลชีววิทยา รวมถึงทุนสนับสนุนการวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนการดำเนินการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wilde H, Lo charencul C, Panuphak P. Acquired immune deficiency syndrome in Thailand. *Asian Pac J Allergy Immunol* 1985; 3: 104-108.
2. Division of Epidemiology, Ministry of Public Health. *Monthly Epidemiological Surveillance Report* 2001; 32: 62-71.
3. จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามพื้นที่. เชียงใหม่: งานข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่, กันยายน 2542-ธันวาคม 2546.
4. สถานการณ์เอดส์ของอำเภอสันป่าตอง จำแนกตามกลุ่มอายุ. เชียงใหม่: งานข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่, กันยายน 2532-เมษายน 2548.
5. Giaquinto C, Ruga E, Giacomet V, Rampon O D' Elia R. HIV mother to child transmission, current knowledge and on-going studies. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63: S161-S165.
6. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
7. Ramos-Gomez FJ, Petru A, Hilton JF, et al. Oral manifestations and dental status in paediatric HIV infection. *Int J Paediatr Dent* 1999; 23: 85-96.
8. Santos LC, Castro GF, de Souza IP, Oliveira RH. Oral manifestations related to immunosuppression degree in HIV-positive children. *Braz Dent J* 2001; 12: 135-138.
9. Miziara ID, Weber R. Oral lesions as predictors of highly active antiretroviral therapy failure in Brazilian HIV-infected children. *J Oral Pathol Med* 2008; 37: 99-106.
10. Khongkuntian P, Grote M, Isaratanan W, Piyaworawong S, Reichart PA. Oral manifestations in 45 HIV-positive children from Northern Thailand. *J Oral Pathol Med* 2001; 30: 549-552.
11. Pongsiriwet S, Iamaroon I, Kanjanavanit S, Pattanaporn K, Kritsanapakornkit S. Oral lesions and dental caries status in perinatally HIV-infected children in northern Thailand. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 180-185.
12. Miziara ID, Filho BC, Weber R Oral lesions in Brazilian HIV-infected children undergoing HAART. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70: 1089-1096.
13. Dias EP, Israel MS, Silva Junior A, et al. Prevalence of oral hairy leukoplakia in 120 pediatric patients infected with HIV-1. *Braz Oral Res* 2006; 20: 103-107.
14. Naidoo S, Chikte U. Oro-facial manifestations in paediatric HIV: a comparative study of institutionalized and hospital outpatients. *Oral Dis* 2004; 10: 13-18.
15. Frezzini C, Leao JC, Porter S. Current trends of HIV disease of the mouth. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 513-531.
16. World Health Organization. *Interim WHO Clinical Staging of HIV/AIDs and HIV/AIDs case. Definitions for Surveillance.* 2005. Accessed March 23, 2006.
17. Okunseri C, Badner V, Wiznia A Rosenberg M. Prevalence of oral lesions and percent CD4+ T-lymphocytes in HIV-infected children on antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care STDS* 2003; 17: 5-11.

18. Hamza OJ, Matee MI, Simon EN, et al. Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy [HAART] in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Oral Health* 2006; 18: 12.
 19. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: งานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่, 2548.
 20. AIDSInfo. Guidelines for Prevention and Treatment of opportunistic Infection among HIV-Exposed and HIV-Infected children 2008; June 20: 42.
- ขอสำเนาบทความที่:**
- ทพญ. กานต์สุดา อินทจักร์ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาล
เชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
57000
- Reprint Requests:**
- Dr. Kansuda Inthachark, Dental Department,
Chiang Rai Regional Hospital, Chiang Rai,
Thailand, 57000