

ภาวะเหงือกงอกเกินจากการใช้ยาไนเฟดิพีน: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

วาริน จงเจริญกมล, วท.บ., ท.บ.*

บทคัดย่อ: รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนภาวะเหงือกงอกเกินซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยรายงานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งเกิดภาวะเหงือกงอกเกินจากการใช้ยาไนเฟดิพีนต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานานเพื่อรักษาภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อให้ผู้ป่วยหยุดยาและเปลี่ยนไปใช้ยารักษาอื่น ภาวะเหงือกงอกเกินก็ลดลงไปในระดับหนึ่ง และเมื่อให้การรักษาทันตกรรมโดยการขูดหินปูน เกลารากฟัน และควบคุมอนามัยช่องปาก ก็สามารถทำให้เหงือกเข้าสู่ภาวะปกติได้โดยไม่ต้องตัดและตกแต่งเหงือก

คำสำคัญ: ภาวะเหงือกงอกเกิน, ไนเฟดิพีน

ABSTRACT: *Gingival Hyperplasia Due to Nifedipine Therapy: a Case Report*

Warin Jongjaroenkamol, B.Sc., D.Ds.

Dental Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2001;26:41- 4.

The objective of this report was to review the etiology of gingival hyperplasia. I reported a case of gingival hyperplasia due to long term usage of nifedipine in the treatment of hypertension. Upon substitution nifedipine by another antihypertensive drug, the patient's gingiva size reduced. The patient was treated by scaling, root planning, and was instructed to take care of oral hygiene and plaque control, the gingiva became normal without any gingival surgery.

Keywords: gingival hyperplasia, nifedipine

ภาวะเหงือกออกเกิน (gingival hyperplasia) เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ทางกรรมพันธุ์ (hereditary) ไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) และจากผลไม่คาดหวังของยา (iatrogenic) ซึ่งเกิดหลังจากรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางระบบต่างๆ ของร่างกาย ยาที่ทราบกันมานานแล้วว่า เป็นสาเหตุของภาวะเหงือกออกเกิน ได้แก่ ยา phenytoin ซึ่งเป็นยากันชัก (anticonvulsant drug) ที่ใช้รักษาโรคลมชัก (epilepsy) ยา cyclosporin ซึ่งเป็นยากดภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immunosuppressive drug) จะใช้ใน ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ และยา nifedipine ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) อาการเจ็บหน้าอกจากโรค angina pectoris และภาวะการเต้นผิดปกติของหัวใจห้องล่าง (ventricular arrhythmia)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี อาชีพรับจ้าง มีประวัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และ cerebrovascular accident (CVA) ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ประมาณ 10 ปีต่อมา คือเดือนพฤศจิกายน 2542 เริ่มได้รับการเปลี่ยนยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นยาในกลุ่ม nifedipine คือ Adalat® 10 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง หลังจากนั้น

1 ปี ผู้ป่วยได้มาพบทันตแพทย์ ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ด้วยอาการสำคัญคือ มีเหงือกบวมโตทั้งปาก (รูปที่ 1) เป็นมาประมาณ 6 เดือน โดยไม่มีอาการเจ็บปวด แต่มีเลือดออกบางครั้งขณะแปรงฟัน มีกลิ่นปาก ผู้ป่วยไม่มีโรคทางระบบอื่น ๆ ของร่างกาย รวมทั้งไม่เคยรับประทานยากันชัก และบุคคลอื่นในครอบครัวไม่มีประวัติของภาวะเหงือกออกเกิน

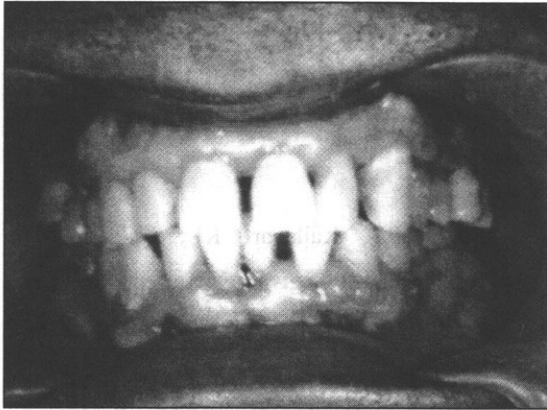
การตรวจภายในช่องปาก พบมีอาการเหงือกอักเสบโดยทั่วไป และเหงือกบวมโตบริเวณขอบเหงือกทุกซี่ ทั้งด้านใกล้แก้ม (buccal) ใกล้เพดานปาก (palatal) และด้านใกล้ลิ้น (lingual) วัดร่องลึกปริทันต์ (periodontal depth) ได้ประมาณ 5 มิลลิเมตร โดยเฉลี่ย นอกจากนี้ยังมีเลือดออกเมื่อวัดด้วยเครื่องมือวัดร่องลึกปริทันต์ (bleeding on probing) และพบหินน้ำลายได้เหงือกทั่วไป ผู้ป่วยควบคุมอนามัยช่องปากของตนได้ไม่ค่อยดี

การวินิจฉัยคือ ภาวะเหงือกออกเกินจากการใช้ยา (gingival hyperplasia due to adverse drug reaction)

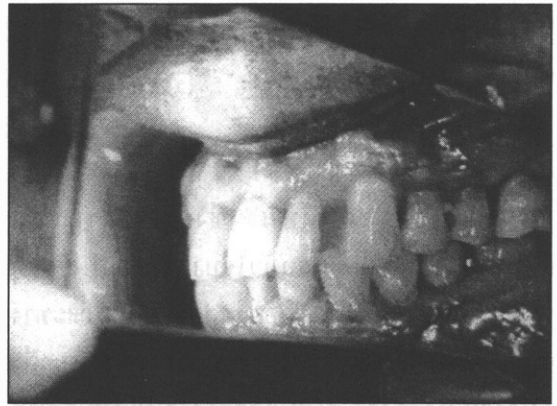
การรักษาทำโดยส่งผู้ป่วยปรึกษากับอายุรแพทย์ ผู้ให้การดูแลด้านภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อขอให้เปลี่ยนยาจาก nifedipine เป็นยาดั้วอื่น และทันตแพทย์ได้นัดมาให้คำแนะนำ ดูแลอนามัยสุขภาพช่องปากเดือนละ 1 ครั้ง จนถึงครั้งที่ 3 ประมาณ 2



รูปที่ 1 ภาวะเหงือกออกเกินจากการได้รับยา nifedipine ประมาณ 6 เดือน



รูปที่ 2 ภาวะเหงือกเกือบปกติหลังจากการหยุดยา nifedipine และ ได้รับการชุคหินปูน เกลารากฟัน



รูปที่ 3 ภาวะเหงือกปกติหลังการติดตามผลการรักษาโรคเหงือก และความคุมอนามัยช่องปาก

เดือนครึ่งหลังจากเปลี่ยนยาพบว่าเหงือกยุบลง จึงเริ่มรักษาด้วยการชุคหินน้ำลาย เกลารากฟันในฟันทุกซี่ (รูปที่ 2) พร้อมทั้งแนะนำการรักษาอนามัยช่องปาก และแนะนำการใช้แปรงซอกฟันร่วมด้วย หลังการรักษาเสร็จประมาณ 2 เดือน นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาพบว่าขอบเหงือกโดยทั่วไปปกติไม่มีการบวม ไม่มีเลือดออกและการอักเสบหายไป ผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีขึ้น จึงนัดมาติดตามผลการรักษาอีก 6 เดือน จากการประเมินผลการรักษาพบว่าสภาพของเหงือกโดยทั่วไปไม่พบภาวะเหงือกอักเสบ มีร่องลึกปริทันต์ โดยเฉลี่ย 3 มิลลิเมตร บริเวณขอบเหงือกมีการอักเสบ และเริ่มมีแผ่นคราบจุลินทรีย์เกิดขึ้นใหม่ที่ฟันบางซี่ เนื่องจากผู้ป่วยแปรงฟันได้ไม่ดี (รูปที่ 3) จึงให้การรักษาโดยการชุคแผ่นคราบจุลินทรีย์และขัดฟัน กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยแปรงให้ถูกต้อง และนัดมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสภาพเหงือกทุก 6 เดือน ผู้ป่วยพึงพอใจและยอมรับผลการรักษา

วิจารณ์

Lederman และคณะ เป็นคนแรกที่รายงาน ในปี ค.ศ. 1984 ว่า ไนเฟดิพีน มีความสัมพันธ์กับภาวะเหงือกอักเสบ⁽²⁾ จากการรายงานผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะเหงือกอักเสบมานาน คือหลังรับประทานยา

ไนเฟดิพีนประมาณ 6 เดือน ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะเหงือกอักเสบรายนี้ มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยที่ภาวะเหงือกอักเสบจากการใช้ยารักษาโรคทางระบบอื่น ๆ หรือจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะเหงือกอักเสบจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน^(2,3,4) ดังนั้นการพิจารณาโรครังจึงจำเป็นต้องอาศัยประวัติทางการแพทย์ เข้าร่วมพิจารณาด้วย อุบัติการณ์การเกิดภาวะเหงือกอักเสบ ที่เกิดจากการใช้ยาไนเฟดิพีนยังไม่มีผู้รายงานไว้ Barak และคณะ ได้ทำการตรวจผู้ป่วยที่ใช้ยาไนเฟดิพีน จำนวน 34 ราย พบว่ามีภาวะเหงือกอักเสบเพียง 5 ราย เท่ากับร้อยละ 14.7 อย่างไรก็ตาม Barak และคณะ ได้รายงานไว้ว่าภาวะเหงือกอักเสบ ที่เกิดจากการใช้ยาไนเฟดิพีนมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อใช้ปริมาณมากขึ้น⁽³⁾ นอกจากนี้การรักษาอนามัยช่องปากจะมีผลโดยตรงต่อการหายของเนื้อเยื่อของภาวะเหงือกอักเสบแต่มีบางรายงานที่แสดงว่าการหายของเนื้อเยื่อของภาวะเหงือกอักเสบจะดีขึ้น เพียงเล็กน้อย⁽⁵⁾ จำเป็นต้องทำการตัดและตกแต่งเหงือก (gingivectomy & gingivoplasty)⁽³⁾ หรือถอนฟัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะเหงือกอักเสบนั้นมีความรุนแรงมากและผู้ป่วยได้รับยามานานประมาณ 3-6 ปี

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการชุคหินน้ำลาย เกลารากฟัน และควบคุมการรักษาอนามัย

ช่องปากของตนเองได้ดีพอควร จึงไม่ต้องทำการตัดและตกแต่งเหงือก

สรุป

การใช้ยาในเฟดิติน ซึ่งเป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจบางชนิดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเหงือกงอกเกินได้ลักษณะทางคลินิกของเหงือก และแนวทางการรักษาจะคล้ายคลึงกับภาวะเหงือกงอกเกินที่เกิดจากการใช้ยาชนิดอื่นๆ เช่น phenytoin และ cyclosporin ทันตแพทย์ต้องอาศัยประวัติทางการแพทย์ ช่วยในการวินิจฉัยโรค ส่วนการป้องกันการเกิดภาวะเหงือกงอกเกิน คือเน้นการรักษาอนามัยช่องปากของ ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหงือกบวมโต ควรเปลี่ยนยา และแนะนำผู้ป่วยให้มาพบทันตแพทย์เพื่อทำการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ทพญ. อรอนงค์ วณิชจักรวงศ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ

ทพญ.อัญชลี ดิยะวนิช กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานผู้ป่วยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Butler RT, Kalkwarf KL, Kaldahl WB. Drug induced gingival hyperplasia: phenytoin, cyclosporin and nifedipine. J Am Dent Assoc 1987;114:55-60.
2. Lederman D, Lumerman M, Reuben S, Freedman PD. Gingival hyperplasia associated with nifedipine therapy. Oral Surg 1984;57:620-2.
3. Barak S, Engelburg S, Hiss J. Gingival hyperplasia cause by nifedipine: histopathologic findings. J Periodontal 1987; 58:639-41.
4. Angelopoulos AP. Clinicopathological review: diphenylhydantoin gingival hyperplasia II. Aetiology, pathogenesis, differential diagnosis and treatment. J Can Dent Assoc 1975; 41:275-7, 283.
5. Bezan KT. Gingival enlargement secondary to nifedipine therapy. Gen Dent 1987;35:353-4.