



การกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบและการสูญเสียฟันในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพ: การศึกษาย้อนหลัง 9 ปีในโรงพยาบาลราชวิถี นพมนี วงษ์กิตติไกรวัล น.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี 2 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Recurrence of Periodontitis and Tooth Loss in Patients with Supportive Periodontal Therapy: A 9-Year Retrospective Study in Rajavithi Hospital
Nopmanee Wongkittikraiwan, D.D.S.

Dental Department, Rajavithi Hospital, 2 Thung Phaya Thai, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand

Corresponding Author: Nopmanee Wongkittikraiwan (E-mail: nopnee@yahoo.com) (Received: 7 July, 2024; Revised: 22 August, 2024; Accepted: 7 January, 2025)

Abstract

Background: Periodontitis is a chronic infectious disease that causes periodontal tissues destruction leading to tooth loss, affecting chewing efficiency, esthetics, and quality of life. Supportive periodontal therapy (SPT) aims to maintain periodontal tissues in a functional state and prevent the recurrence of periodontal disease. **Objective:** To study the prevalence and factors related with recurrence of periodontitis and tooth loss in patients receiving SPT at Rajavithi Hospital between January 1 2015 to July 31 2023. **Method:** A retrospective study was conducted using the medical records of 80 patients who received SPT at Dental Department, Rajavithi Hospital from January 1 2015 to July 31 2023. Data collected included general characteristics, history of diabetes (DM) and smoking, severity of periodontal disease, active periodontal therapy (APT) methods, periodontal condition after APT, duration of SPT, compliance, recurrence of periodontitis, number of remaining teeth, and the number of tooth loss due to periodontitis. Data were analyzed using SPSS version 22.0. **Result:** Out of the 80 patients, 80.0% were female with an average age of 58.58 ± 11.33 years. 11.3% had DM, 56.3% were in stage III periodontal severity. The average duration of SPT was 61.99 ± 34.01 months. Most patients (81.3%) received SPT by only scaling and root planning (s/rp). The prevalence of recurrence of periodontitis was 42.5%. DM (adjOR 7.27, 95%CI: 1.33, 39.67, $p < .05$) was related with recurrence of periodontitis. During SPT, 18 (0.9%) out of 2,069 teeth were extracted due to periodontitis with tooth loss rate 0.05 teeth/person/year. Age (adjOR 1.07, 95%CI: 1.01, 1.15, $p < .05$) was related with tooth loss. **Conclusion:** The prevalence of recurrence of periodontitis was 42.5%. DM was related with higher risk of the recurrence of periodontitis. Prevalence of tooth loss due to periodontitis is 0.9% and tooth loss rate was 0.05 teeth/person/year. Age was related with tooth loss, with older being at higher risk.

Keywords: Recurrent periodontitis, Supportive periodontal therapy, Tooth loss

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังที่ทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะปริทันต์ซึ่งจะทำให้มีการสูญเสียฟันตามมาส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ความสวยงาม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพเพื่อคงสภาพอวัยวะปริทันต์ให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ดีและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาถึงอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบและอัตราการสูญเสียฟันในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพในโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่าง 1 มกราคม 2558-31 กรกฎาคม 2566 และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบและการสูญเสียฟันในผู้ป่วยดังกล่าว **วิธีการ:** ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558-31 กรกฎาคม 2566 ทั้งหมด 80 ราย โดยเก็บข้อมูลลักษณะทั่วไป, ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน, ประวัติการสูบบุหรี่, ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์เมื่อก่อนเข้ารับการรักษา, วิธีการรักษาโรคปริทันต์ขั้นต้น, สภาวะปริทันต์หลังการรักษาปริทันต์ขั้นต้น, ระยะเวลาที่มารับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพ, มีการทิ้งระยะห่างระหว่างมารับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพมากกว่า 6 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้งหรือไม่, การเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ, จำนวนซี่ฟันที่เหลือน้อยในปากก่อนรับการักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพ และจำนวนซี่ฟันที่ถูกถอนเนื่องจากโรคปริทันต์ในระหว่างการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 22.0 **ผล:** กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 58.58 ± 11.33 ปี เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.3 จากการจัดระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 อยู่ใน Stage III ระยะเวลาที่มารับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพ (SPT) เฉลี่ย 61.99 ± 34.01 เดือน โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.3 ได้รับการรักษาโรคปริทันต์ขั้นคงสภาพ (SPT) โดยวิธีขูดหินน้ำลายเกลารากฟันเท่านั้น พบความชุกของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 42.5 จากปัจจัยต่าง ๆ พบว่าโรคเบาหวาน (adjOR 7.27, 95%CI: 1.33, 39.67, $p < .05$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นต้นแล้วกลุ่มตัวอย่างทั้ง 80 คนมีฟันเหลือน้อยในช่องปากรวมทั้งหมด 2,069 ซี่โดยมีฟันที่ถูกถอนไปเนื่องจากสาเหตุจากโรคปริทันต์ทั้งหมด 18 ซี่ (ร้อยละ 0.9) คิดเป็นอัตราการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบอยู่ที่ 0.05 ซี่/คน/ปี และอายุของผู้ป่วย (adjOR 1.07, 95%CI: 1.01, 1.15, $p < .05$) มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจาก

โรคปริทันต์อักเสบ **สรุป:** พบความชุกของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 42.5 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบคือโรคเบาหวาน ความชุกของการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์ 0.9% และมีอัตราการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบอยู่ที่ 0.05 ซี่/คน/ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบคืออายุของผู้ป่วย ยิ่งอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงในการสูญเสียฟันมากขึ้น **คำสำคัญ:** การกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ, การสูญเสียฟัน, ปริทันต์ขั้นคงสภาพ

บทนำ

โรคปริทันต์อักเสบ (periodontal disease) เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังที่ทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะปริทันต์ทั้งเอ็นยึดปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน ทำให้เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์ขึ้น ซึ่งถ้าการดำเนินของโรคถึงขั้นรุนแรงจะทำให้มีการสูญเสียฟันตามมาซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ความสวยงาม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹

สำหรับความชุกของโรคปริทันต์ในประเทศไทย จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560 ของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้มีอายุระหว่าง 35-44 ปีเป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 25.90 อายุ 60-74 ปีเป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 58.80 อายุ 80-85 ปีเป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 28.5² ซึ่งจะพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ การรักษาโรคปริทันต์นั้นทำเพื่อคงสภาพการใช้งานของอวัยวะปริทันต์โดยแบ่งเป็น การรักษาปริทันต์ขั้นต้น active periodontal therapy (APT) ได้แก่ การขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน การควบคุมการยึดเกาะของคราบแบคทีเรีย การใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงการผ่าตัดปริทันต์ หลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการรักษาปริทันต์ขั้นต้นแล้วผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาต่อในขั้นคงสภาพ หรือ supportive periodontal therapy (SPT) เพื่อคงสภาพอวัยวะปริทันต์ให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ดีและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ ในการรักษาโรคปริทันต์นั้น คาดหวังผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพอวัยวะปริทันต์ของตนเองสามารถใช้เคี้ยวอาหาร และดูแลอนามัยช่องปากของตนเองได้โดยการรักษาขั้นคงสภาพ เพื่อลดโอกาสการลุกลามของการติดเชื้อของอวัยวะปริทันต์ ลดโอกาสการสูญเสียฟัน และให้ทันตแพทย์ตรวจพบและรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มแรกเพื่อการพยากรณ์โรคและคาดหวังผลการรักษาที่ดีขึ้นในระยะยาว²

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคปริทันต์จำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความรุนแรงของโรคและระยะเวลารวมถึงระยะห่างในการมารับการ

รักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพแตกต่างกัน จึงเป็นที่มาของการศึกษาที่จะศึกษาให้ทราบถึงอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบและอัตราการสูญเสียฟันในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพในโรงพยาบาลราชวิถี รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวางแผนให้การรักษารโรคปริทันต์ในผู้ป่วยกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปจนถึงสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีและมีคุณภาพชีวิตในการเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 - 31 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการนัดหมายมารักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพระหว่าง 1 - 6 เดือนตามแต่สภาวะโรคปริทันต์ของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 - 31 กรกฎาคม 2566 มีระยะเวลาติดตามผลการรักษาไม่ต่ำกว่า 6 เดือนตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษารโรคปริทันต์อักเสบ และมีอายุ 30 ปีขึ้นไป และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีหรือไปรับการรักษาที่อื่น คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของ Wayne WD³ โดยกำหนด $\alpha = 0.05$, $p = .733$ (อ้างอิงจากการศึกษาของ Waithongkam A และคณะ⁴ เมื่อปี 2022 ที่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ 73.3% ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพ) d เป็นค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 20% ของค่า P คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 76 คน จากการสืบค้นเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 - 31 กรกฎาคม 2566 และเป็นไปตามเกณฑ์การ

คัดเข้า มีจำนวน 80 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกราย การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 067/2567 ลงวันที่ 3 เมษายน 2567

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนดังนี้ เพศ, อายุ, ดัชนีมวลกาย (BMI), ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน, ประวัติการสูบบุหรี่, ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์เมื่อก่อนเข้ารับการรักษ⁵, วิธีการรักษารโรคปริทันต์ขั้นต้น, สภาวะปริทันต์หลังการรักษารโรคปริทันต์ขั้นต้น⁶, ระยะเวลาที่มารับการรักษารโรคปริทันต์ขั้นคงสภาพ, มีการทิ้งระยะห่างระหว่างมารับการรักษารโรคปริทันต์ขั้นคงสภาพมากกว่า 6 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้งหรือไม่, การเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ (มีการสูญเสียการยึดเกาะทางคลินิก ≥ 2 มิลลิเมตรอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง)⁷, จำนวนซี่ฟันที่เหลือน้อยในปากหลังการรักษารโรคปริทันต์ขั้นต้น และจำนวนซี่ฟันที่ถูกถอนเนื่องจากโรคปริทันต์ในระหว่างการรักษารโรคปริทันต์ขั้นคงสภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานเป็นจำนวนร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มที่มีและไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ และการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบด้วยสถิติ chi-square test, Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และ student t-test, Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ความชุกนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบและการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์อักเสบด้วยสถิติ binary logistic regression และรายงานความเสี่ยงด้วย OR (95%CI) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป IBM SPSS version 22.0 โดยทำการทดสอบกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$

ผล

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	64 (80.0)
ชาย	16 (20.0)
อายุ (ปี), mean±SD (min-max)	58.58±11.33 (31-90)
BMI, mean±SD	23.61±3.89
โรคเบาหวาน	
มี	9 (11.3)
ไม่มี	71 (88.8)
สูบบุหรี่	
ไม่มี	80 (100.0)
ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์ก่อนรับการรักษา (คน)	
Stage I: โรคปริทันต์อักเสบขั้นต้น	2 (2.5)
Stage II: โรคปริทันต์อักเสบขั้นปานกลาง	24 (30.0)
Stage III: โรคปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรง	45 (56.3)
Stage IV: โรคปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรง	9 (11.3)
วิธีการรักษาโรคปริทันต์ขั้นต้น (APT)	
ขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน	80 (100.0)
สภาวะปริทันต์หลังการรักษาปริทันต์ขั้นต้น (APT)	
กลุ่มที่ I: Stable case of periodontal health	0 (0)
กลุ่มที่ II: Case with some gingival inflammation	1 (1.3)
กลุ่มที่ III: Unstable case of recurrent periodontitis	79 (98.8)
ระยะเวลาที่มารับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพ (SPT) (เดือน) (Mean±SD)	61.99±34.01
กลุ่มที่ 1 (≤6 เดือน)	3 (3.8)
กลุ่มที่ 2 (>6 เดือน - ≤1 ปี)	7 (8.8)
กลุ่มที่ 3 (>1 ปี - ≤2 ปี)	8 (10.0)
กลุ่มที่ 4 (>2ปี - ≤4 ปี)	11 (13.8)
กลุ่มที่ 5 (>4ปีขึ้นไป)	51 (63.8)
วิธีการรักษาโรคปริทันต์ขั้นคงสภาพ (SPT)	
ขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน	65 (81.3)
ขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน+ศัลยกรรมปริทันต์	15 (18.8)
ชนิดของศัลยกรรมปริทันต์ : Open flap debridement	11 (13.8)
อื่น ๆ	4 (5.1)
มีการทิ้งระยะห่างในระหว่างมารับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพมากกว่า 6 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง	33 (41.3)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.58 ± 11.33 ปี (กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 31-90 ปี) ค่า BMI เฉลี่ยเท่ากับ $23.61 \pm 3.89 \text{ kg/m}^2$ ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานร้อยละ 11.3 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทุกคนอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ (controlled DM) ไม่พบคนมีประวัติการสูบบุหรี่ จากการจัดระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์ก่อนรับการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 อยู่ใน Stage III: โรคปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรง สำหรับวิธีการรักษาโรคปริทันต์ขั้นต้น (APT) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาโดยการขูดหินน้ำลายเกลารากฟันร่วมกับสอนวิธีการดูแลอนามัยช่องปากโดยไม่มีการทำศัลยกรรมปริทันต์ ในส่วนของสภาวะปริทันต์หลังรักษาปริทันต์ขั้นต้นพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 98.8 อยู่ในกลุ่มที่ III: Unstable case of recurrent periodontitis โดยไม่พบผู้ป่วยกลุ่มที่ I: Stable case of periodontal health เลย ระยะเวลาที่มารับการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพ (SPT) เฉลี่ย 61.99 ± 34.01 เดือน โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.8 มารับการรักษามากกว่า 4 ปี โดยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพ (SPT) โดยวิธีขูดหินน้ำลายเกลารากฟันร้อยละ 81.3 และขูดหินน้ำลายเกลารากฟันร่วมกับศัลยกรรมปริทันต์ร้อยละ 18.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 มีการทิ้งระยะห่างระหว่างการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพนานกว่า 6 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง

จากผลการศึกษา พบความชุกของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบจำนวน 34 คน (ร้อยละ 42.5) โดยพบการกลับเป็นซ้ำตั้งแต่การนัดหมายครั้งแรกของการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพ (first visit) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.3) และเมื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่มีและกลุ่มที่ไม่มีเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ จากปัจจัยต่างๆพบว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นต้นแล้วกลุ่มตัวอย่างทั้ง 80 คนมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากรวมทั้งหมด 2,069 ซี่ โดยระหว่างการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพมีผู้ป่วยที่ถูกถอนฟันออกไปจากสาเหตุโรคปริทันต์ทั้งหมด 13 ราย โดยมีฟันที่ถูกถอนไปเนื่องจากสาเหตุจากโรคปริทันต์ทั้งหมด 18 ซี่ (ร้อยละ 0.9 ของจำนวนซี่ฟันทั้งหมด) ส่วนใหญ่เป็นฟันกรามบนทั้งหมด 11 ซี่ (ร้อยละ 61.1) รองลงมาคือฟันกรามล่างทั้งหมด 4 ซี่ (ร้อยละ 22.2), ฟันหน้าบน 2 ซี่ (ร้อยละ 11.1) และฟันหน้าล่าง 1 ซี่ (ร้อยละ 5.6) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างไม่มีการสูญเสียฟันกรามน้อยบนและล่างเลย คิดเป็นอัตราการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบอยู่ที่ 0.05 ซี่/คน/ปี เมื่อจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบ จากปัจจัยต่าง ๆ พบว่าอายุและค่า BMI มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบและการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์

ปัจจัย	การเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ			การสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์		
	มี (n = 34)	ไม่มี (n = 46)	p-value	มี (n = 13)	ไม่มี (n = 67)	p-value
เพศ			.497			.281
- ชาย	8 (23.5)	8 (17.4)		4 (30.8)	12 (17.9)	
- หญิง	26 (76.5)	38 (82.6)		9 (69.2)	55 (82.1)	
อายุ (ปี), mean±SD	61.41±10.11	56.48±11.82	.053	65.23±6.80	57.28±11.61	.020*
BMI, mean±SD	24.47±4.42	22.97±3.36	.090	25.67±3.45	23.21±3.87	.036*
โรคเบาหวาน			.033*			.157
- มี	7 (20.6)	2 (4.4)		3 (23.1)	6 (9.0)	
- ไม่มี	27 (79.4)	44 (95.6)		10 (76.9)	61 (91.0)	
ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์ก่อนรับการรักษา			.139			.050
- Stage I: โรคปริทันต์อักเสบขั้นต้น	0 (0)	2 (4.4)		0 (0)	2 (3.0)	

ปัจจัย	การเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ			การสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์		
	มี (n = 34)	ไม่มี (n = 46)	p-value	มี (n = 13)	ไม่มี (n = 67)	p-value
- Stage II: โรคปริทันต์อักเสบ ขั้นปานกลาง	7 (20.6)	17 (37.0)		1 (7.7)	23 (34.3)	
- Stage III: โรคปริทันต์อักเสบ ขั้นรุนแรง	21 (61.8)	24 (52.2)		8 (61.5)	37 (55.2)	
- Stage IV: โรคปริทันต์อักเสบ ขั้นรุนแรง	6 (17.7)	3 (6.5)		4 (30.8)	5 (7.5)	
สภาวะปริทันต์หลังการรักษา ปริทันต์ขั้นต้น (APT)			1.000			1.000
- กลุ่มที่ I: Stable case of periodontal health	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
- กลุ่มที่ II: Case with some gingival inflammation	0 (0)	1 (2.2)		0 (0)	1 (1.5)	
- กลุ่มที่ III: Unstable case of recurrent periodontitis	34 (100.0)	45 (97.8)		13 (100.0)	66 (98.5)	
ระยะเวลาที่มารับการรักษา ปริทันต์ขั้นคงสภาพ (SPT) (เดือน) (mean±SD)	70.21±28.08	55.91±36.93	.053	67.69±29.16	60.88±34.96	.512
- กลุ่มที่ 1 (<6 เดือน)	0 (0)	3 (6.5)		0 (0)	3 (4.5)	
- กลุ่มที่ 2 (> 6 เดือน - ≤1 ปี)	1 (2.9)	6 (13.0)		0 (0)	7 (10.4)	
- กลุ่มที่ 3 (> 1 ปี - ≤2 ปี)	3 (8.8)	5 (10.9)		1 (7.7)	7 (10.4)	
- กลุ่มที่ 4 (> 2ปี - ≤4 ปี)	5 (94.8)	6 (13.0)		3 (23.1)	8 (11.9)	
- กลุ่มที่ 5 (> 4ปีขึ้นไป)	25 (73.5)	26 (56.5)		9 (69.2)	42 (62.7)	
วิธีการรักษาโรคปริทันต์ขั้นคง สภาพ (SPT)			.346			.702
- ขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน	26 (76.5)	39 (84.8)		10 (76.9)	55 (82.1)	
- ขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน+ศัลยกรรมปริทันต์	8 (23.5)	7 (15.2)		3 (23.1)	12 (17.9)	
ชนิดของศัลยกรรมปริทันต์			.417			.703
- Open flap debridement	7 (20.6)	4 (8.7)		3 (23.1)	8 (12.0)	
- อื่น ๆ	1 (2.9)	3 (6.5)		0 (0)	4 (6.0)	
มีการทิ้งระยะห่างในระหว่าง มาับการรักษาปริทันต์ขั้นคง สภาพมากกว่า 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง			.165			.402
- มี	11 (32.3)	22 (47.8)		4 (30.8)	29 (43.3)	
- ไม่มี	23 (67.7)	24 (52.2)		9 (69.2)	38 (56.7)	

จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าตัวแปรโดยใช้สถิติ binary logistic regression เพื่อหา adjusted odd ratio พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ คือโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานจะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบบากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน 7.27 เท่า (adjOR 7.27, 95%CI: 1.33, 39.67, $p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบ คืออายุของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่อายุมากจะมีการสูญเสียฟันมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 1.07 เท่า (adjOR 1.07, 95%CI: 1.01, 1.15, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา วิเคราะห์โดย binary logistic regression

การกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ				
ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
โรคเบาหวาน	5.70 (1.10, 29.49)	.038*	7.27 (1.33, 39.67)	.022*
การสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบ				
ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อายุ	1.08 (1.01, 1.15)	.027*	1.07 (1.01, 1.15)	.034*
BMI	1.17 (1.00, 1.36)	.046*	1.16 (0.99, 1.37)	.076

* significant < .05

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของการการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพที่โรงพยาบาลราชวิถีร้อยละ 42.5 และพบการกลับเป็นซ้ำในครั้งแรกของการมารักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพร้อยละ 6.3 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Waithongkam A⁴ ที่พบความชุกของการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 73.3 และพบการกลับเป็นซ้ำในครั้งแรกของการมารักษาปริทันต์ขั้นคงสภาพร้อยละ 68.9 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถีมีระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์ก่อนรับการรักษายู่ในระดับโรคปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรงก่อนการรักษามากถึงร้อยละ 90.9 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลราชวิถีมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบน้อยกว่า และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ คือ โรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ก่อนหน้านี้ เช่น Van Dyke E⁸ ที่พบว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเกิดและความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบเพิ่มขึ้น การศึกษาของ Mealey BL⁹ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคปริทันต์เป็น

3 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และจากการศึกษาของ Nishimura F¹⁰ พบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 2 ทางระหว่างโรคปริทันต์อักเสบและระดับน้ำตาลในเลือด โดยสารสื่ออักเสบ tumor necrosis factor α : (TNF - α) ซึ่งผลิตจากเซลล์ไขมันของผู้ป่วยเบาหวานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะปริทันต์โดยส่งผลในการตอบสนองต่อจุลชีพก่อโรคปริทันต์และเพิ่มการทำลายเนื้อเยื่อมากขึ้น และในทางกลับกันเนื้อเยื่อปริทันต์ที่อักเสบก็ผลิต TNF- α เช่นกันและทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความไวต่ออินซูลินมากขึ้น อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษานี้มีจำนวนเพียง 9 คน จึงเสนอแนะให้ในการศึกษาต่อไปรวบรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มากขึ้นเพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุมาจากโรคปริทันต์อักเสบนั้น พบปัจจัยเรื่องอายุมีผลต่อการสูญเสียฟัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงในการสูญเสียฟันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Muller F¹¹ กล่าวคือในผู้ป่วยสูงอายุจะมีการอักเสบของเนื้อเยื่อปริทันต์เพิ่มขึ้นเนื่องจากการรักษาอนามัยช่องปากได้แย่งจากความเสื่อมของการมองเห็นรวมถึงการเสื่อมถอยของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมถึงการศึกษาของ Zhu L¹² ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิด

โรคปริทันต์อักเสบซึ่งทำให้เกิดการละลายของกระดูกหุ้มรากฟัน เป็นผลให้เกิดการสูญเสียฟัน พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปี การมีโรคปริทันต์อักเสบเป็นปัจจัยหลักในการทำให้เกิดการสูญเสียฟันซึ่งจะทำให้มีปัญหาในด้านการบดเคี้ยว ความสวยงาม และคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของ Al Subait AA¹³ ที่พบความชุกของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุวัยประมาณ 75 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุวัยประมาณ 60 ปี ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียฟันที่มากขึ้น ในส่วนของ BMI นั้นจากการศึกษาของ Cetin MB¹⁴ พบว่าค่า BMI มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียฟัน โดยเฉพาะผู้ที่ค่า BMI ≥ 30 Ks/m² อย่างไรก็ดีในการศึกษานี้เมื่อผ่านการวิเคราะห์แบบ adjusted binary logistic regression แล้ว ไม่พบว่าค่า BMI มีผลต่อการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบ

การศึกษานี้ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพเฉลี่ยประมาณ 5 ปี มีการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์ไปทั้งหมด 18 ซี่จากทั้งหมด 2,069 ซี่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Campanile VM¹⁵ ซึ่งติดตามผลการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพเป็นเวลา 2 ปี มีการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์ไป 16 ซี่จากทั้งหมด 2,549 ซี่ โดยฟันที่ถูกถอนส่วนใหญ่เป็นฟันกรามเช่นกัน การศึกษานี้พบอัตราการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบอยู่ที่ 0.05 ซี่/คน/ปี ซึ่งน้อยกว่าที่พบในการศึกษาของ Schoenmakers MGP¹⁶ ที่พบอัตราการสูญเสียฟันในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นต้นและขึ้นคงสภาพจำนวน 993 ราย เป็นเวลา 1-30 ปี มีอัตราการสูญเสียฟัน 0.15 ซี่/คน/ปี โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายจะมีการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์มากกว่าเพศหญิง และในคนที่สูบบุหรี่จะมีผลกระทบทางลบต่อสภาวะโรคปริทันต์มากกว่าคนที่ไม่สูบ เป็นไปได้ว่าการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่าและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) และไม่มีคนสูบบุหรี่เลย การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Veerasethakul S¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยอายุมากเป็นโรคปริทันต์อักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย 1.084

เท่าและผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคปริทันต์อักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวาน 3.937 เท่า

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือกลุ่มตัวอย่างไม่มีคนที่สูบบุหรี่เลย รวมถึงการรักษาขั้น APT กลุ่มตัวอย่างได้รับการอุดหินน้ำลายและเกลารากฟันวิธีเดียว ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ตัวแปรนี้ได้ และเนื่องจากมีหลายปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงและการดำเนินโรคของโรคปริทันต์อักเสบ¹⁸ ดังนั้นการศึกษารังต่อไปจึงควรเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทางปริทันต์ทุกตำแหน่ง รวมถึงบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ เพื่อนำไปศึกษาต่อยอดถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ รวมถึงวางแผนการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพได้เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่างกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาโรคปริทันต์

สรุป

ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพที่โรงพยาบาลราชวิถีส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 47-70 ปี พบความชุกของการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 42.5 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบคือโรคเบาหวาน ความชุกของการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 0.9 และมีอัตราการสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบอยู่ที่ 0.05 ซี่/คน/ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การสูญเสียฟันที่มีสาเหตุจากโรคปริทันต์อักเสบคืออายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงในการสูญเสียฟันมากขึ้น ดังนั้น ทันตแพทย์ควรตระหนักและวางแผนการรักษาปริทันต์ขั้นต้นคงสภาพอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณคุณสิริณัฐ ตรีสินธุ์ไชย กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีที่ให้คำแนะนำสถิติวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: consensus report of workgroup 2 of the 2017 world workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. J Periodontol 2018;89(Suppl 1):173-82.
2. McCracken G, Asuni A, Ritchie M, Vemazza C, Heasman P. Failing to meet the goals of periodontal recall programs. What next? Periodontol 2000 2017;75(1):330-52.
3. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health science. 6th ed. New York: John Wiley and Sons; 1995

เอกสารอ้างอิง (References)

4. Waithongkam A, Laohapand P, Teparat-Burana T. Patient accessibility to supportive periodontal therapy and the occurrence of recurrent periodontitis: a retrospective study in the Faculty of Dentistry, Mahidol University. *M Dent J* 2022;42(2):109-18.
5. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S159-72.
6. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. *J Periodontol* 2018;89(Suppl 1):S74-84.
7. Lang NP, Joss A, Orsanic T, Gusberti FA, Siegrist BE. Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? *J Clin Periodontol* 1986;13(6):590-6.
8. Van Dyke E, Dave S. Risk factors for periodontitis. *J Int Acad Periodontol* 2005;7(1):3-7.
9. Mealey BL, Ocampo GL. Diabetes mellitus and periodontal disease. *Periodontol* 2000 2007;44:127-53.
10. Nishimura F, Iwamoto Y, Mineshiba J, Shimizu A, Soga Y, Murayama Y. Periodontal disease and diabetes mellitus: The role of Tumor necrosis factor- α in a 2-way relationship. *J Periodontol* 2003;74(1):97-102.
11. Müller F, Srinivasan M, Krause KH, Schimmel M. Periodontitis and peri-implantitis in elderly people experiencing institutional and hospital confinement. *Periodontol* 2000 2022;90(1):138-45.
12. Zhu L, Tang Z, Hu R, Gu M, Yang Y. Ageing and inflammation: what happens in periodontium? *Bioengineering (Basel)* 2023;10(11):1274.
13. Al Subait AA, Saidi KM, Alsagoor HH, Alrasheedi NM, Alanazi AG, Alfattany RJ, et al. Prevalence, incidence and outcome of periodontal diseases among the elderly. *Int J Community Med Public Health* 2022;9(1): 409-13.
14. Çetin MB, Sezgin Y, Önder C, Bakirarar B. The relationship between body mass index and stage/grade of periodontitis: a retrospective study. *Clin Oral Investig* 2022;26(2):1937-45.
15. Müller Campanile V, Megally A, Campanile G, Gayet-Ageron A, Giannopoulou C, Mombelli A. Risk factors for recurrence of periodontal disease in patients in maintenance care in a private practice. *J Clin Periodontol* 2019;46(9):918-26.
16. Schoenmakers MGP, Willems EJS, Slot DE, Van der Weijden GAF. Success of supportive periodontal therapy in periodontitis patients - retrospective analysis. *Int J Dent Hyg*. 2022;20(2):318-27.
17. Veerasethakul S. Prevalence, oral health behaviors and risk factors in periodontitis patients. *Udhosmj* 2018;26(1):9-20.
18. Nunn ME. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. *Periodontology* 2000 2003;32:11-23.