

## ผลการรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคองและความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการสูญเสียฟันในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง

ปัญญาดา ทิพยะวัฒน์ น.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ ตำบลท่ามะกา อำเภوتاมะกา

จังหวัดกาญจนบุรี 71120

## Outcomes of Supportive Periodontal Treatment and Patient Compliance on Tooth Loss in Severe Periodontitis Patients

Panyada Tippayawat, D.D.S.

Dental Department, Makarak Hospital, Tamaka, Tamaka, Kanchanaburi, 71120, Thailand

Corresponding Author: Panyada Tippayawat (E-mail: panyadat@yahoo.com)

(Received: 19 March, 2025; Revised: 21 May, 2025; Accepted: 21 January, 2026)

### Abstract

**Background:** Severe periodontitis may lead to tooth loss, resulting in loss of chewing ability. After active periodontal treatment (APT), supportive periodontal treatment (SPT) is recommended to reduce the chance of recurrent periodontitis, slow disease progression and minimize tooth loss in the long term.

**Objective:** This study aimed to evaluate the outcomes of SPT in severe periodontitis patients and investigate factors associated with periodontal stability and tooth loss after treatment. **Method:** A retrospective study was conducted on 101 patients aged 35 years and older, who had received both APT and at least 2 years of SPT at Makarak Hospital. **Result:** Results showed that stable periodontitis increased from 8.9% after APT to 25.7% following SPT, while tooth loss from periodontitis was found in 34.7% of patients. Importantly, patients with good compliance to treatment had a statistically significant lower risk of tooth loss ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** These findings highlight the essential role of supportive periodontal therapy and patient compliance in reducing tooth loss in severe periodontitis patients.

**Keywords:** Severe periodontitis, Supportive periodontal treatment, Tooth loss, Patient compliance

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** โรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงอาจทำให้เกิดการสูญเสียฟันส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการบดเคี้ยว หลังจากได้รับการรักษาปริทันต์แบบแอคทีฟแล้ว ควรรับการรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคอง เพื่อมุ่งหวังในการลดโอกาสเกิดการติดเชื้อซ้ำ ลดการดำเนินโรค และลดการสูญเสียฟันในระยะยาว **วัตถุประสงค์:** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะโรคปริทันต์อักเสบคงที่ และการสูญเสียฟันภายหลังการรักษา **วิธีการ:** การศึกษาแบบย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้

รับการรักษาปริทันต์แบบแอคทีฟและแบบประคับประคองอย่างน้อย 2 ปี ที่โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 101 ราย **ผล:** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีสภาวะโรคปริทันต์อักเสบคงที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 หลังการรักษาแบบแอคทีฟ เป็นร้อยละ 25.7 หลังการรักษาแบบประคับประคอง และพบการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์ร้อยละ 34.7 โดยผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาอย่างดีมีโอกาสสูญเสียฟันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) **สรุป:** ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาแบบประคับประคองและความร่วมมือของผู้ป่วยในการลดการสูญเสียฟันในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง

**คำสำคัญ:** โรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง, การรักษาแบบประคับประคอง, การสูญเสียฟัน, ความร่วมมือของผู้ป่วย

## Unna (Introduction)

โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคในช่องปากที่มีความชุกสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 ปี พ.ศ. 2566 พบว่า ประชากรไทยกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 - 44 ปี เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายอวัยวะปริทันต์ ร้อยละ 32.6 และพบมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 และ 80-85 ปี โดยพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.7 และเป็นโรคปริทันต์อักเสบในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 18.7 ซึ่งเป็นความชุกที่เพิ่มขึ้นจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560<sup>1</sup>

โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคปริทันต์ ส่งผลให้อวัยวะปริทันต์เช่นกระดูกขาฟัน (alveolar bone) เอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) ถูกทำลาย สาเหตุมาจากหลายปัจจัย สาเหตุหลักคือไบโอฟิล์มของแบคทีเรียที่เติบโตบนผิวฟัน ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุและเพศ โดยความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์จะเพิ่มขึ้นตามอายุ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวานโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และการสูบบุหรี่ที่ส่งผลให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์และเพิ่มอัตราการดำเนินโรค ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้ส่งผลที่ชัดเจนต่อการเริ่มต้นและการดำเนินโรคปริทันต์อักเสบ<sup>2-4</sup> ซึ่งอาจทำให้โรคมีความรุนแรงและลุกลามมากขึ้นส่งผลให้เกิดการอักเสบ ทำลายอวัยวะปริทันต์ และอาจก่อให้เกิดเหงือกกรันและสูญเสียฟัน<sup>5-6</sup> ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งในแง่การใช้งานและความสวยงาม<sup>7</sup> โดย Tonetti และคณะ<sup>8</sup> เสนอการจำแนกระยะของโรคปริทันต์อักเสบ (stage of periodontitis) แบบใหม่ในปี 2018 โดยประเมินใน 2 มิติ คือ ความรุนแรง (severity) และความซับซ้อน (complexity) การจำแนกคะแนนความรุนแรงจะขึ้นกับการสูญเสียระดับการยึดเกาะทางคลินิก (clinical attachment loss; CAL) ระหว่างฟันที่เกิดจากโรคปริทันต์อักเสบ พิจารณาจากฟันที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด นอกจากนี้ยังพิจารณาร่องลึกปริทันต์และการสูญเสียกระดูก แต่ทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีความจำเพาะต่ำ (low specificity) ส่วนคะแนนความซับซ้อนนั้นขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของการรักษาเฉพาะที่ โดยถือว่ามีความต้องการ/ความจำเป็นในการกำจัดปัจจัยเฉพาะที่ และคำนึงถึงปัจจัย

ต่าง ๆ เช่น รอยโรคในช่องรากฟัน (furcation involvement) การสูญเสียฟัน และการสูญเสียการทำงานของระบบบดเคี้ยว เป็นต้น นอกจากนี้ประเมินจากความเสี่ยงและความซับซ้อนในแต่ละระยะแล้ว ยังแบ่งขอบเขตและการกระจายของโรคเป็นแบบเฉพาะที่ในกรณีพบการเป็นโรคปริทันต์อักเสบในช่องปากน้อยกว่าร้อยละ 30 หรือเป็นทั่วทั้งปาก โรคปริทันต์อักเสบแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 โรคปริทันต์อักเสบระยะเริ่มต้น ด้านมิติความรุนแรงจะพบการสูญเสียระดับการยึดเกาะทางคลินิกในตำแหน่งระหว่างซี่ฟัน 1-2 มิลลิเมตร หรือมีการสูญเสียกระดูกเมื่อดูจากภาพถ่ายรังสีน้อยกว่าร้อยละ 15 ส่วนมิติความซับซ้อนจะพบร่องลึกปริทันต์สูงสุดไม่เกิน 4 มิลลิเมตร ระยะที่ 2 โรคปริทันต์อักเสบระยะปานกลาง มีการสูญเสียระดับการยึดเกาะทางคลินิกระหว่างซี่ฟัน 3-4 มิลลิเมตร ร่องลึกปริทันต์สูงสุดไม่เกิน 5 มิลลิเมตร หรือสูญเสียกระดูกเมื่อดูจากภาพถ่ายรังสีร้อยละ 15-33 การสูญเสียกระดูกจะเป็นการสูญเสียแนวนอน (horizontal bone loss) เป็นส่วนใหญ่ และไม่มี การสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบทั้ง 2 ระยะ

ระยะที่ 3 และ 4 โรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง ด้านมิติความรุนแรงจะมีการสูญเสียระดับการยึดเกาะทางคลินิกระหว่างซี่ฟัน 5 มิลลิเมตรขึ้นไป สูญเสียกระดูกเมื่อดูจากภาพถ่ายรังสีถึงส่วนกลางของรากฟันหรือปลายรากฟัน (middle to apical third of the root) โดยระยะที่ 3 มีการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบไม่เกิน 4 ซี่ และระยะที่ 4 จะมีการสูญเสียฟัน 5 ซี่ขึ้นไป ด้านมิติความซับซ้อนในระยะที่ 3 นอกจากพบความซับซ้อนในระยะที่ 2 แล้ว จะพบร่องลึกปริทันต์ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป สูญเสียกระดูกแนวตั้ง 3 มิลลิเมตรขึ้นไป หรือพบรอยโรคช่องฟันกราม (furcation involvement) ประเภท 2 หรือ 3 ส่วนระยะที่ 4 นอกจากพบความซับซ้อนของระยะที่ 3 แล้ว ระยะนี้ยังมีความต้องการการฟื้นฟูที่ซับซ้อนเนื่องจากภาวะผิดปกติของระบบบดเคี้ยวหรือมีฟันเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ (10 คู่สบ) เป็นต้น ซึ่งในระยะ 3 และ 4 ถือเป็นระดับรุนแรงส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการบดเคี้ยว หากควบคุมโรคปริทันต์อักเสบไม่เพียงพอ จะมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น

การรักษาโรคปริทันต์อักเสบมุ่งเน้นที่การกำจัดการอักเสบ ยับยั้งการลุกลามของโรค และคงสภาพของอวัยวะปริทันต์ เพื่อให้ฟันสามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การรักษาปริทันต์อักเสบแบบแอคทีฟ (active

periodontal treatment; APT) และการรักษาปริทันต์อักเสบแบบประคับประคอง (supportive periodontal treatment; SPT) โดยการรักษาโรคปริทันต์แบบแอกทีฟ จะประกอบด้วย การรักษาโรคปริทันต์แบบไม่ต้องผ่าตัด (non-surgical therapy) ซึ่งเป็นพื้นฐานการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดจุลินทรีย์ที่มีชีวิตในไบโอฟิล์มบริเวณผิวฟันและเนื้อเยื่อโดยรอบ ลดการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ ลดร่องลึกปริทันต์ (probing depth) และเพิ่มการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์ทางคลินิก (clinical attachment level) ทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันการกลับมาของเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการดำเนินโรคโดยใช้วิธีการควบคุมคราบจุลินทรีย์ (plaque control) การขูดหินปูน การเกลารากฟัน (scaling and root planing)<sup>9</sup> ในกรณีที่โรคเรื้อรังอย่างรุนแรงและมีร่องลึกปริทันต์คงเหลือ (residual pockets) ที่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป อาจพิจารณาการทำ ศัลยกรรมปริทันต์<sup>10</sup> หลังจากการรักษาปริทันต์แบบแอกทีฟเสร็จสิ้น เพื่อการคงสภาพผลของการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคอง โดยมุ่งหวังเพื่อลดโอกาสการเกิดการติดเชื้อซ้ำ ลดการดำเนินโรค และลดการสูญเสียฟันในระยะยาว ซึ่งจะประกอบด้วย การตรวจสุขภาพช่องปาก ประเมินอวัยวะปริทันต์และปัจจัยเสี่ยง ขูดหินน้ำลาย ทั้งเนื้อและใต้เหงือก เกลารากฟันในบริเวณที่โรคกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent periodontitis) การขัดทำความสะอาดฟัน (oral prophylaxis) ทั้งคราบจุลินทรีย์ และคราบอินบนผิวฟัน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยช่องปาก (oral hygiene instruction) รวมถึงควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วย<sup>11</sup> นอกจากนี้ ความร่วมมือของผู้ป่วยในการมารับการรักษาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลต่อสภาวะปริทันต์ในระยะยาว ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจะสูญเสียฟันน้อยกว่าผู้ที่ไม่สม่ำเสมอ<sup>12-13</sup> และมีโอกาสที่จะกลับเป็นโรคปริทันต์อักเสบซ้ำน้อยกว่า โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคปริทันต์อักเสบแบบรุนแรง (severe periodontitis)<sup>14</sup>

Lang และ Tonetti<sup>15</sup> ได้เสนอเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงทางปริทันต์ (Periodontal Risk Assessment; PRA) เพื่อประเมินความเสี่ยงสำหรับความไวต่อการดำเนินโรค

โดยสร้างเป็นแผนภูมิ ประกอบด้วย มาตรฐานทางปริทันต์ (periodontal parameter) และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งหมด 6 มาตรฐาน ได้แก่ ร้อยละการพบเลือดออกขณะหยั่ง (bleeding on probing; BOP) ความซุกของร่องลึกปริทันต์ที่คงเหลือมากกว่า 4 มิลลิเมตร การสูญเสียฟัน การสูญเสียอวัยวะรองรับฟันที่สัมพันธ์กับอายุ โรคประจำตัวของผู้ป่วย และการสูบบุหรี่ Lang และคณะ<sup>16</sup> ใช้เครื่องมือชนิดนี้ในการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับสูงจะมีการดำเนินของโรคปริทันต์อักเสบและสูญเสียฟันมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงจากสุขภาพปริทันต์ที่ดีไปสู่โรคเหงือกอักเสบสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เมื่อได้รับการรักษาที่ทำให้ลดการอักเสบของเหงือก แต่การเปลี่ยนแปลงไปสู่โรคปริทันต์อักเสบจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียการยึดเกาะ ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคปริทันต์ซ้ำตลอดชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตาม ประเมินและจัดการความเสี่ยงอย่างครอบคลุม เพื่อให้แน่ใจว่ามีการป้องกันและ/หรือการรักษาโรคปริทันต์ที่กลับมาเป็นซ้ำหรือลุกลามได้ตั้งแต่เริ่มต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบเมื่อได้รับการรักษาทางปริทันต์แล้ว หากพบการอักเสบของเหงือกจะยังคงถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ ดังนั้น เป้าหมายของการรักษา คือการกำจัดการอักเสบทางคลินิก หรือทำให้การอักเสบลดลงจนอยู่ในสภาวะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่<sup>17</sup> คือ เมื่อตรวจสภาวะปริทันต์แล้วพบร่องลึกปริทันต์น้อยกว่า 5 มิลลิเมตร ไม่มีตำแหน่งเลือดออกขณะหยั่งที่ระดับ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป และเลือดออกขณะหยั่งในช่องปากโดยรวมน้อยกว่าร้อยละ 10 จากหลักการข้างต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอวัยวะปริทันต์ที่ดี สามารถเก็บรักษาฟันไว้ใช้งาน กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จึงมีแนวทางการรักษาโรคปริทันต์อักเสบคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบ จะได้รับการส่งต่อเพื่อวางแผนการรักษาและรักษาโดยทันตแพทย์ที่ศึกษาต่อด้านปริทันต์วิทยา และได้รับการติดตามหลังรักษาเพื่อให้การรักษาแบบประคับประคองเป็นระยะ 3, 4, 6 หรือ 12 เดือน ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีสภาวะโรคปริทันต์อักเสบคงที่ สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และไม่เกิดการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบในอนาคต

## วัตถุประสงค์และวิธีการ (Materials and Methods)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยทันตแพทย์ที่ศึกษาต่อสาขาปริทันต์วิทยาจำนวน 1 ท่าน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรมาจากใบตรวจปริทันต์ ประกอบด้วย ร่องลึกปริทันต์ และการพบเลือดออกขณะหยั่งโดยวัด 6 ตำแหน่งในฟันแต่ละซี่ ได้แก่ ด้าน distobuccal, midbuccal, mesiobuccal, distolingual, midlingual และ mesiolingual โดยประเมินสถานะปริทันต์หลังสิ้นสุดการรักษาโรคปริทันต์แบบแอคทีฟ และครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยมารับการรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคอง ภาพถ่ายรังสีของกระดูกรองรับฟันจากฟิล์มเอ็กซเรย์ และโปรแกรม TrophyDicom (บริษัท TROPHY (FRANCE), ประเทศฝรั่งเศส) ข้อมูลจาก HOSxP (บริษัททางไกล เมดิคัล ซอฟต์แวร์ จำกัด, ประเทศไทย) ประกอบด้วย อายุเมื่อเข้ารับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ เพศ จำนวนฟันทั้งหมดในช่องปาก โดยนับจำนวนฟันที่หลุดในช่องปากหลังสิ้นสุดการรักษาแบบแอคทีฟ ส่วนการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบ (tooth loss) นับจากจำนวนฟันที่ถอนจากโรคปริทันต์อักเสบทั้งหมดในช่วงการรักษาแบบประคับประคอง การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน และความร่วมมือของผู้ป่วย วัดจากจำนวนปีและจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ประกอบด้วย อายุผู้ป่วยเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา เพศ โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ระดับความเสี่ยงทางปริทันต์ (PRA) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำได้แก่ ผู้ป่วยที่มีมาตรวัดทั้งหมดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ หรือ มี 1 มาตรวัดอยู่ในระดับกลาง ความเสี่ยงปานกลางได้แก่ ผู้ป่วยที่มีมาตรวัดอย่างน้อย 2 ตัวในระดับกลาง แต่มีมาตรวัด 1 ตัวในระดับสูง ความเสี่ยงสูงได้แก่ ผู้ป่วยที่มีมาตรวัดอย่างน้อย 2 ตัวอยู่ในระดับสูง และความร่วมมือของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องมาตามนัดอย่างน้อยร้อยละ 70 และขาดนัดไม่เกิน 2 ปี<sup>18</sup> การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงค่าสัดส่วนที่คาดว่าจะพบสถานะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่ จากงานวิจัยของ Waitongkam และคณะ<sup>19</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย สำหรับการวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและบันทึกข้อมูลตัวแปรที่ต้องการ

ได้ครบถ้วน จำนวน 101 ราย ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์โดยโปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 22 (บริษัท IBM, ประเทศสหรัฐอเมริกา) โดยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยต่าง ๆ และการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบจะใช้สถิติเชิงพรรณนา ความแตกต่างของผู้ที่มีสถานะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่หลังสิ้นสุดการรักษาแบบแอคทีฟ เปรียบเทียบกับครั้งล่าสุดของการรักษาแบบประคับประคอง ใช้สถิติ Fisher's exact test และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับสถานะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่ และการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบใช้สถิติ logistic regression มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value < .05 การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะการักษ์ เลขที่การวิจัย 2/68 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2568

## ผล (result)

ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงที่ได้รับการรักษาปริทันต์แบบประคับประคองที่ทำการศึกษามีจำนวน 101 คน อายุเฉลี่ย  $51.63 \pm 9.46$  ปี เมื่อแบ่งกลุ่มตามมัธยฐานจะได้ผู้ป่วย 2 กลุ่มที่อายุ 50 ปีหรือน้อยกว่า และมากกว่า 50 ปี ในจำนวนใกล้เคียงกัน โดยเป็นสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1.7:1 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 12.9 ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98) และให้ความร่วมมือในการมารับการรักษาร้อยละ 70.3 ความเสี่ยงทางปริทันต์ส่วนใหญ่พบความเสี่ยงปานกลาง รองลงมาคือความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำร้อยละ 61.4, 19.8 และ 18.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยได้รับการทำศัลยกรรมปริทันต์ร้อยละ 23.8 ระยะเวลาในการมารับการรักษาปริทันต์แบบประคับประคองเฉลี่ย  $7.17 \pm 5.31$  ปี และหนึ่งในสี่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (n = 101)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
อายุ $\leq 50$ ปี	52	51.5
อายุ $> 50$ ปี	49	48.5

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	36.6
หญิง	64	63.4
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	2	2
ไม่สูบบุหรี่	99	98
โรคเบาหวาน		
พบ	13	12.9
ไม่พบ	88	87.1

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงทางปริทันต์ (PRA)		
ความเสี่ยงต่ำ	19	18.8
ความเสี่ยงปานกลาง	62	61.4
ความเสี่ยงสูง	20	19.8
ความร่วมมือในการรักษา		
ให้ความร่วมมือ	71	70.3
ไม่ให้ความร่วมมือ	30	29.7

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนฟันก่อนและหลังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

จำนวนฟัน (ซี่)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
จำนวนฟันที่เหลือหลังการรักษาแบบแอคทีฟ	24.11	2.94	14	27
จำนวนฟันที่เหลือครั้งล่าสุดของการรักษาแบบประคับประคอง	22.79	4.17	11	27
จำนวนฟันที่สูญเสียจากโรคปริทันต์อักเสบช่วงการรักษาแบบประคับประคอง	1.27	2.54	0	15

เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาปริทันต์แบบแอคทีฟ ผู้ป่วยมีสถานะโรคปริทันต์อักเสบคงที่ร้อยละ 8.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.7 หลังจากได้รับการรักษาปริทันต์แบบประคับประคอง และสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 34.7 เฉลี่ย  $1.27 \pm 2.54$  ซี่ จำนวนฟันที่เหลือในครั้งล่าสุดของการรักษาแบบประคับประคองเฉลี่ย  $22.79 \pm 4.17$  ซี่ (ตารางที่ 2) ผลการเปรียบเทียบสถานะปริทันต์หลังสิ้นสุดการรักษาแบบแอคทีฟ และครั้งล่าสุดของการรักษาแบบประคับประคองพบว่าสถานะปริทันต์ของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง

ที่ได้รับการรักษาปริทันต์แบบประคับประคองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) (ตารางที่ 3) โดยผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์อักเสบอยู่ในสถานะคงที่หลังสิ้นสุดการรักษาแบบประคับประคองมีสถานะปริทันต์คงที่สูงกว่าภายหลังการรักษาแบบแอคทีฟ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งการลดลงของร่องลึกปริทันต์และเลือดออกขณะหยั้ง ไม่พบร่องลึกปริทันต์ที่มากกว่า 4 มิลลิเมตร และเลือดออกขณะหยั้งโดยรวมในช่องปากน้อยกว่าร้อยละ 5

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลการรักษาโรคปริทันต์หลังสิ้นสุดการรักษาแบบแอคทีฟ และครั้งล่าสุดของการรักษาแบบประคับประคอง (n = 101)

สภาวะปริทันต์	สภาวะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่ ครั้งล่าสุดของการรักษาแบบประคับประคอง		p-value*
	คงที่ (n = 26)	ไม่คงที่ (n = 75)	
สภาวะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่หลังสิ้นสุดการรักษาแบบแอคทีฟ			
คงที่ (9)	5 (55.6)	4 (44.4)	.047**
ไม่คงที่ (92)	21 (22.8)	71 (77.2)	

\*Fisher's exact test, \*\*p-value < .05

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่ พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่ (ตารางที่ 4) ในขณะที่ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงที่

ได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบแบบประคับประคอง โดยผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือดีมีโอกาสถอนฟันน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโอกาสลดลงประมาณร้อยละ 64.2 (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสภาวะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่ หลังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (n=101)

ปัจจัย	สภาวะผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบคงที่		Adjusted OR	95%CI	p-value
	คงที่	ไม่คงที่			
<b>อายุ (ปี)</b>					
อายุ ≤ 50 ปี	12 (23.1)	40 (76.9)			
อายุ > 50 ปี	14 (28.6)	35 (71.4)	1.40	0.55, 3.55	.48
<b>เพศ</b>					
ชาย	6 (16.2)	31 (83.8)			
หญิง	20 (31.3)	44 (68.8)	2.39	0.82, 7.01	.11
<b>โรคเบาหวาน</b>					
ไม่พบ	21 (23.9)	67 (76.1)			
พบ	5 (38.5)	8 (61.5)	2.39	0.60, 9.54	.22
<b>ความเสี่ยงทางปริทันต์ (PRA)</b>					
ความเสี่ยงสูง	4 (20.0)	16 (80.0)			
ความเสี่ยงปานกลาง	18 (29.0)	44 (71.0)	1.66	0.30, 9.04	.56
ความเสี่ยงต่ำ	4 (21.1)	15 (78.9)	1.97	0.53, 7.33	.31
<b>ความร่วมมือในการรักษา</b>					
ไม่ให้ความร่วมมือ	8 (26.7)	22 (73.3)			
ให้ความร่วมมือ	18 (25.4)	53 (74.3)	1.22	0.43, 3.43	.70

Adjusted OR = Adjusted odds ratio, CI = Confidence interval

**ตารางที่ 5** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์อักเสบหลังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (n = 101)

ปัจจัย	การสูญเสียฟัน		Adjusted OR	95%CI	p-value
	สูญเสีย	ไม่สูญเสีย			
<b>อายุ (ปี)</b>					
อายุ ≤ 50 ปี	16 (30.8)	36 (69.2)			
อายุ > 50 ปี	19 (38.8)	30 (61.2)	1.58	0.67, 3.76	.30
<b>เพศ</b>					
ชาย	12 (32.4)	25 (67.6)			
หญิง	23 (35.9)	41 (64.1)	0.96	0.38, 2.44	.93
<b>โรคเบาหวาน</b>					
ไม่พบ	31 (35.2)	57 (64.8)			
พบ	4 (30.8)	9 (69.2)	0.47	0.11, 1.93	.29
<b>ความเสี่ยงทางปริทันต์ (PRA)</b>					
ความเสี่ยงสูง	9 (45.0)	11 (55.0)			
ความเสี่ยงปานกลาง	20 (32.3)	42 (67.7)	0.45	0.11, 1.95	.29
ความเสี่ยงต่ำ	6 (31.6)	13 (68.4)	0.48	0.16, 1.49	.20
<b>ความร่วมมือในการรักษา</b>					
ไม่ให้ความร่วมมือ	15 (50.0)	15 (50)			
ให้ความร่วมมือ	20 (28.2)	51 (71.8)	0.358	0.14, 0.92	.03*

\*p-value < .05, Adjusted OR = Adjusted Odds ratio, CI = Confidence interval

## วิจารณ์ (Discussion)

จากผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินอวัยวะปริทันต์และควบคุมปัจจัยเสี่ยง ชูดหิน น้ำลาย เกลารากฟันในบริเวณที่โรคกลับเป็นซ้ำ ซัดทำความสะอาด สะอาดฟัน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยช่องปาก มีสถานะโรคปริทันต์อักเสบคงที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ภายหลังการรักษาแบบแอคทีฟเป็นร้อยละ 25.7 ภายหลังได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบแบบประคับประคองและสามารถเพิ่มอัตราผู้ป่วยที่มีสถานะโรคปริทันต์อักเสบคงที่อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคปริทันต์อักเสบแบบประคับประคองในการควบคุมโรคในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rattu และคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่า การรักษาแบบประคับประคองสามารถช่วยรักษาสถานะปริทันต์ให้อยู่ในเกณฑ์คงที่ และลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน

ในระยะยาว ทั้งนี้ แม้จะพบอัตราการมีสถานะปริทันต์คงที่เพิ่มขึ้น แต่ยังคงถือว่าอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาบางฉบับที่รายงานอัตราสำเร็จของการรักษาแบบประคับประคองสูงถึงร้อยละ 40-50 และไม่พบความแตกต่างของสถานะโรคปริทันต์อักเสบคงที่<sup>21</sup> ซึ่งอาจเนื่องจากประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงที่มีความซับซ้อนของโรคสูง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการสูญเสียฟัน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความร่วมมือในการรักษาที่ดีคือมาตามนัดอย่างน้อยร้อยละ 70 และขาดนัดไม่เกิน 2 ปี ซึ่งจำกัดความของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยของการศึกษาต่าง ๆ ยังไม่สอดคล้องกัน โดยระดับความร่วมมือในการรักษาในงานวิจัยมีตั้งแต่ร้อยละ 66-100<sup>22</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการมารับการรักษาสม่ำเสมอมีโอกาสสูญเสียฟันน้อยกว่าผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือ

ถึงร้อยละ 64.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Campos และคณะ<sup>23</sup> ที่ยืนยันว่าความสม่ำเสมอในการรับการรักษาแบบประคับประคองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคปริทันต์ และลดอัตราการสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคซ้ำและสูญเสียฟันสูงกว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา<sup>24</sup> ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่นำมาหาความสัมพันธ์ ผู้สูบบุหรี่ในการศึกษานี้มีจำนวนน้อยเกินไป (ร้อยละ 2) ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรนี้ออกไม่นำมาวิเคราะห์ ส่วนปัจจัยที่เหลือ เช่น อายุ เพศ โรคเบาหวาน และความเสี่ยงทางปริทันต์ (PRA) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสภาวะปริทันต์คงที่หรือการสูญเสียฟัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากขนาดตัวอย่างมีจำนวนน้อยและการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงปานกลางถึงสูง จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอนาคตควรมีขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและวิเคราะห์เชิงลึกถึงอิทธิพลของแต่ละปัจจัยร่วมกับปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น การดูแลอนามัยช่องปากของผู้ป่วย

## สรุป (Conclusion)

การรักษาโรคปริทันต์แบบประคับประคองมีส่วนช่วยในการเพิ่มอัตราผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคปริทันต์คงที่ และลดการสูญเสียฟันในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เพื่อคงผลการรักษาและลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำของโรคปริทันต์อักเสบ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ภก.ชัยยุทธ เจริญยานุวัตร โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 สำหรับคำแนะนำด้านสถิติวิจัย

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. Bureau of Dental Health. The 9th National Oral Health Survey 2023. Nonthaburi: Department of Health; 2024.
2. Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases. J Periodontol 1996;67(10 Suppl):1041-9.
3. Genco RJ, Borgnakke WS. Diabetes as a potential risk for periodontitis: association studies. Periodontol 2000 2020;83(1):40-5.
4. Haber J, Wattles J, Crowley M, Mandell R, Joshipura K, Kent RL. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. J Periodontol 1993;64(1):16-23.
5. Slots J. Periodontitis: facts, fallacies and the future. Periodontol 2000. 2017;75(1):7-23.
6. Helal O, Göstemeyer G, Krois J, Fawzy El Sayed K, Graetz C, et al. Predictors for tooth loss in periodontitis patients: Systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol 2019;46(7):699-712.
7. Ferreira MC, Dias-Pereira AC, Branco-de-Almeida LS, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. J Periodont Res 2017;52(4):651-65.
8. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Periodontol 2018;89Suppl 1:S159-72.
9. Van der Weijden GA, Timmerman MF. A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. J Clin Periodontol 2002; 29 Suppl 3:55-71; discussion 90-1.
10. Ferrarotti F, Giraudi M, Citterio F, Fratini A, Gualini G, Piccoli GM, et al. Pocket elimination after osseous resective surgery: a systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol 2020;47(6):756-67.

## เอกสารอ้างอิง (References)

11. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2020; 47 Suppl 22(Suppl 22):4-60.
12. Angst PD, Finger Stadler A, Mendez M, Oppermann RV, Van der Velden U, Gomes SC. Supportive periodontal therapy in moderate-to-severe periodontitis patients: a two-year randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*.2019;46(11):1083-93.
13. Lee CT, Huang HY, Sun TC, Karimbux N. Impact of patient compliance on tooth loss during supportive periodontal therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2015;94(6):777-86.
14. Atarbashi-Moghadam F, Talebi M, Mohammadi F, Sijanivandi S. Recurrence of periodontitis and associated factors in previously treated periodontitis patients without maintenance follow-up. *J Adv Periodontol Implant Dent* 2020;12(2):79-83.
15. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent* 2003;1(1):7-16.
16. Lang NP, Suvan JE, Tonetti MS. Risk factor assessment tools for the prevention of periodontitis progression: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2015;42 Suppl 16:S59-70.
17. Chapple IL, 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; 89Suppl 1:S74-S84.
18. Miyamoto T, Kumagai T, Jones JA, Van Dyke TE, Nunn ME. Compliance as a prognostic indicator: retrospective study of 505 patients treated and maintained for 15 years. *J Periodontol* 2006;77(2):223-32.
19. 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.
20. Rattu V, Raindi D, Antonoglou G, Nibali L. Prevalence of stable and successfully treated periodontitis subjects and incidence of subsequent tooth loss within supportive periodontal care: A systematic review with meta-analyses. *J Clin Periodontol* 2023;50(10):1371-89.
21. Schoenmakers MGP, Willems EJS, Slot DE, Van der Weijden GAF. Success of supportive periodontal therapy in periodontitis patients - A retrospective analysis. *Int J Dent Hyg* 2022;20(2):318-27.
22. Amerio E, Mainas G, Petrova D, Giner Tarrida L, Nart J, Monje A. Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020;47(1):81-100.
23. Campos ISO, de Freitas MR, Costa FO, Cortelli SC, Rovai ES, Cortelli JR. The effects of patient compliance in supportive periodontal therapy on tooth loss: a systematic review and meta-analysis. *J Int Acad Periodontol* 2021;23(1):17-30.
24. Ravidà A, Qazi M, Troiano G, Saleh MHA, Greenwell H, Kornman K, et al. Using periodontal staging and grading system as a prognostic factor for future tooth loss: A long-term retrospective study. *J Periodontol* 2020;91(4):454-61.