

สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนม และปัจจัยเสี่ยงในเด็ก 1-24 เดือน

สุพรรณิ สุคันธรานิล* ส.บ., วท.ม. (ประชากรและการพัฒนา)

สุภาวดี พรหมมา* ส.บ., วท.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสภาวะโรคฟันผุ อณามัยช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กอายุ 1-24 เดือน วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2553 โดยตรวจฟันเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครองและบันทึกในแบบบันทึกตามระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของกรมอนามัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มาใช้บริการที่คลินิกเด็กดีของสถานบริการสาธารณสุข 170 แห่ง ใน 12 จังหวัด 4 ภาค จำนวน 5,388 คน ผลการศึกษา พบว่า เด็กร้อยละ 11.3 มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน ร้อยละ 7.9 มีรอยขุนขาว และร้อยละ 6.6 มีฟันผุอย่างน้อย 1 ซี่ ร้อยละ 47.5 ได้รับการแปรงฟันทุกวัน และร้อยละ 36.4 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 15.5 รับประทานนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 18.0 ดื่มนมหวาน และร้อยละ 68.9 ใช้ขวดนม ได้รับการตรวจฟันร้อยละ 71.1 ได้รับการทาฟลูออไรด์วารินซ์ ร้อยละ 32.6 และมีเพียงร้อยละ 1.7 ที่เคยได้รับการรักษา พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในเด็กอายุ 7-24 เดือน คือ การป้อนนม กินนมหวาน กินนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน การมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน และมีรอยขุนขาว แต่การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีความสัมพันธ์ในทางตรงข้าม การใช้ขวดนมและการทาฟลูออไรด์วารินซ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ

คำสำคัญ : เด็กวัยก่อนเรียน สภาวะโรคฟันผุ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

บทนำ

ปัญหาสุขภาพของเด็กที่มีสาเหตุมาจากการมีฟันน้ำนมผุ นอกจากก่อให้เกิดความเจ็บปวดแล้ว การสูญเสียฟันไปก่อนกำหนด ทำให้เด็กได้รับประทานอาหารลำบากและเคี้ยวไม่สะดวก ส่งผลต่อน้ำหนักและการเจริญเติบโตของเด็ก บุคลิกภาพที่ขาดความมั่นใจในตัวเอง และฟันน้ำนมผุยังมีผลให้ฟันน้ำนมซี่อื่นๆ ในปากรวมถึงฟันแท้ผุมากขึ้นด้วย

ประเทศไทยได้ดำเนินการส่งเสริมและป้องกันฟันผุเด็กปฐมวัยในระบบบริการภาครัฐมาตั้งแต่ปี 2535 ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7¹ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพช่องปากทุกระยะ 5 ปี (ปีพ.ศ. 2549-50 และ พ.ศ. 2555) พบว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเริ่มลดลงจากร้อยละ 61.4 เป็น 56.7²

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุสามารถทำได้โดยเริ่มที่บ้าน ผู้เลี้ยงดูเด็กให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก บุคลากรที่ทำงานในคลินิกสุขภาพเด็กดีจะเป็นผู้ส่งเสริม สนับสนุนให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและสามารถดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างเหมาะสม ด้วยการตรวจคัดกรองเด็ก 9-12, 18 และ 30 เดือน และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยตรวจการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ มีฟันผุระยะแรก มีความผิดปกติของผิวฟัน และสอบถามพฤติกรรมกรกินของเด็ก การแปรงฟัน การได้รับฟลูออไรด์ เมื่อประเมินความเสี่ยงของเด็กแล้ว พบว่าเด็กที่มีความเสี่ยงต่ำ จะให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กที่มีความเสี่ยงสูงจะเพิ่มการสาริการแปรงฟันแก่ผู้ปกครอง เด็กที่มีความเสี่ยงสูงและมีฟันผุในระยะแรกหรือมีความผิดปกติที่ผิวฟัน จะส่งต่อทันตบุคลากรหรือบุคลากร

ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม เพื่อหาฟลูออไรด์³ ทันตบุคลากรในจังหวัดสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้เพื่อการวินิจฉัยสาเหตุและปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดโรคฟันผุ

การศึกษานี้ เพื่อให้ทราบถึงสภาวะโรคฟันผุ อามัยช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กอายุ 1-24 เดือน เพื่อนำผลไปจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของจังหวัดหรือพื้นที่

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง และเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาระบบการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กและเยาวชน บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (2553-2554)⁴ คัดเลือก 12 จังหวัดจาก 4 ภาคตามเกณฑ์เรื่อง มีผลงานเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กและเยาวชน มีทีมงานและระบบบริหารจัดการดีพิจารณาจากผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและพร้อมที่จะร่วมพัฒนาการมีและใช้ระบบข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2553 เป็นการเก็บข้อมูลในระบบปกติจากกลุ่มเด็กอายุ 1-24 เดือนที่มารับภูมิคุ้มกันโรคในคลินิกเด็กดีของสถานบริการที่เข้าร่วมโครงการ 170 แห่ง ผู้เก็บข้อมูลเป็นทันตแพทย์หรือทันตภิบาลของสถานบริการนั้น ซึ่งได้รับการปรับมาตรฐานโดยการชี้แจงผ่านทางคู่มือการทำงาน ผู้เก็บข้อมูลตรวจฟันเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครองและบันทึกในแบบบันทึกตามระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁵ ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคคือการรับประทานนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน การดื่ม

นมหวาน การใช้ขวดนม การทำความสะอาดช่องปากคือ แปรงฟันทุกวัน ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ สถานะสุขภาพช่องปากคือ มีฟันผุ วัดทั้งปากเป็นรายซี่ (dmft) การวินิจฉัยฟันผุใช้เกณฑ์ฟันผุรายซี่ขององค์การอนามัยโลก มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque) ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบนและรอยขุ่นขาว (decalcification หรือ White Spot) ซึ่งวัดเฉพาะที่มองเห็นด้วยตาเปล่า (visible plaque, decalcification) การได้รับบริการสุขภาพช่องปากคือ การตรวจฟัน การทาฟลูออไรด์วาร์นิช และการได้รับการรักษา ประมวลผลข้อมูลและนำเสนอเป็นร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

12 จังหวัดตัวอย่าง จาก 4 ภาคประกอบด้วย จังหวัดอ่างทอง ชัยนาท สิงห์บุรี จันทบุรี ราชบุรี สุรินทร์ หนองคาย อำนาจเจริญ อุทัยธานี แพร่

สุราษฎร์ธานี และตรัง⁴ จำนวนตัวอย่าง 5,388 คน แยกตามอายุ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 21.8-31.0 (ตารางที่ 1)

สถานะโรคฟันผุและอนามัยช่องปาก

ผลการตรวจสถานะสุขภาพช่องปากเฉพาะเด็กที่มีฟันขึ้นแล้วอย่างน้อย 1 ซี่ กลุ่มตัวอย่างมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque) ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน ร้อยละ 11.3 มีรอยขุ่นขาว (White Spot) ร้อยละ 7.9 และมีฟันผุร้อยละ 6.6 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ เด็กอายุ 1-6 เดือนร้อยละ 0.5 เริ่มมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟันหน้าบน ร้อยละ 0.7 มีรอยขุ่นขาว และ ร้อยละ 0.2 มีฟันผุ เด็กอายุ 7-12, 13-18 และ 19-24 เดือน มีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟันหน้าบน ร้อยละ 4.5, 18.9 และ 24.1 มีรอยขุ่นขาว ร้อยละ 3.0, 12.3 และ 17.5 มีฟันผุ ร้อยละ 2.3, 9.9 และ 15.9 สถานะทั้ง 3 จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งนี้อัตราเพิ่มจากอายุ 7-12 เดือน ไปถึงอายุ 19-24 เดือน คิดเป็น 5.4 เท่า 5.8 เท่า และ 6.9 เท่าตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

Table 1 Number and percentage of sampling group

อายุ (เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
1-6	1,237	23.0
7-12	1,674	31.0
13-18	1,304	24.2
19-24	1,173	21.8
รวม	5,388	100.0

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

Table 2 Oral health status of sampling group by age

อายุ (เดือน)	สภาวะสุขภาพช่องปาก		
	Plaque 4 ซี่บนานบน จำนวน (ร้อยละ)	White Spot จำนวน (ร้อยละ)	ฟันผุ จำนวน (ร้อยละ)
1-6	6 (0.5)	9 (0.7)	2 (0.2)
7-12	75 (4.5)	50 (3.0)	39 (2.3)
13-18	246 (18.9)	161 (12.3)	129 (9.9)
19-24	283 (24.1)	205 (17.5)	187 (15.9)
รวม	610 (11.3)	425 (7.9)	357 (6.6)

หมายเหตุ เฉพาะในเด็กที่มีฟันขึ้นแล้วอย่างน้อย 1 ซี่

พฤติกรรมการบริโภคและการทำความสะอาดช่องปาก

จากตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคและการทำความสะอาดช่องปาก กลุ่มตัวอย่างแปรงฟันทุกวันร้อยละ 47.5 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร้อยละ 36.4 รับประทานนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 15.5 รับประทานนมหวานร้อยละ 18.0 และใช้ขวดนมร้อยละ 68.9

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.5 เริ่มแปรงฟันตั้งแต่อายุไม่เกิน 6 เดือน และเพิ่มเป็นร้อยละ 35.8,

70.4 และ 77.6 ตามลำดับเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ปกครองเริ่มใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์เมื่อเด็กอายุ 1-6 เดือน และใช้มากขึ้นเมื่อเด็กอายุ 7-24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 19.7 59.2 และ 69.9 ตามลำดับ

การบริโภคนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน และการบริโภคนมหวาน จะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับตามอายุ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ถึง 24.6 และ 6.0 ถึง 32.9 ตามลำดับ เด็กอายุ 13-18 เดือนใช้ขวดนมมากที่สุด ร้อยละ 78.4 และมีเด็กถึงร้อยละ 69.4 ยังคงใช้ขวดนมแม้จะอายุ 19-24 เดือนแล้วก็ตาม

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคและการทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

Table 3 Consumption and oral cleansing behaviors of sampling group by age

อายุ (เดือน)	พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก				
	แปรงฟันทุกวัน	ใช้ยาสีฟัน	กินขนมมากกว่า	กินนมหวาน	ใช้ขวดนม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1-6	130 (10.5)	39 (3.2)	59 (4.8)	74 (6.0)	672 (54.3)
7-12	599 (35.8)	329 (19.7)	193 (11.5)	189 (11.3)	1,206 (72.0)
13-18	918 (70.4)	772 (59.2)	295 (22.6)	322 (24.7)	1,022 (78.4)
19-24	910 (77.6)	820 (69.9)	289 (24.6)	386 (32.9)	814 (69.4)
รวม	2,557 (47.5)	1,960 (36.4)	836 (15.5)	971 (18.0)	3,714 (68.9)

การได้รับบริการสุขภาพช่องปาก

การได้รับบริการสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 7-24 เดือน ร้อยละ 71.1 ได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 32.6 ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช มีเพียงร้อยละ 1.7 ได้รับการรักษา กลุ่มอายุ 7-12, 13-18 และ 19-24

เดือน ได้รับบริการตรวจฟันร้อยละ 62.8-78.5 ทาฟลูออไรด์วานิชร้อยละ 22.8-40.7 และได้รับการรักษาร้อยละ 1.5-2.3 โดยร้อยละของการได้รับบริการจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับตามอายุ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 7-24 เดือน

Table 4 Number and percentage of children 7-24 months who accessed to oral care

อายุ (เดือน)	การได้รับบริการสุขภาพช่องปาก		
	ตรวจฟัน จำนวน (ร้อยละ)	ทาฟลูออไรด์วาร์นิช จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับการรักษา จำนวน (ร้อยละ)
7-12	1,051 (62.8)	382 (22.8)	25 (1.5)
13-18	978 (75.0)	495 (38.0)	19 (1.5)
19-24	921 (78.5)	477 (40.7)	27 (2.3)
รวม	2,950 (71.1)	1,354 (32.6)	71 (1.7)

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กอายุ 7-24 เดือน คือ การกินนมหวาน กินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน จะมีฟันผุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีความสัมพันธ์ใน

ทางตรงข้าม การใช้ขวดนมและการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ และการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน และมีรอยขุ่นขาว มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กอายุ 7-24 เดือน

Table 5 Risk factors which related to dental caries in children age 7-24 months

ปัจจัยเสี่ยง	ฟันผุ	
	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การกินนมหวาน		
กินนมหวาน	152 (16.9)	.000*
ไม่กินนมหวาน	203 (6.2)	
การใช้ขวดนม		
ใช้ขวดนม	257 (8.4)	.707
ไม่ใช้ขวดนม	98 (8.8)	
การกินขนม		
กินขนม 0-2 ครั้ง/วัน	197 (5.8)	.000*
กินขนมมากกว่า 2 ครั้ง/วัน	158 (20.3)	

ปัจจัยเสี่ยง	ฟันผุ	
	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การแปรงฟัน		
แปรงฟันทุกวัน	249 (10.3)	.000*
ไม่แปรงฟันทุกวัน	106 (6.1)	
การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์		
ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	239 (12.4)	.000*
ไม่ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	116 (5.2)	
การทาฟลูออไรด์วาร์นิช		
ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	125 (9.2)	.287
ไม่ได้ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	230 (8.2)	
Plaque ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน		
มี Plaque ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน	189 (31.3)	.000*
ไม่มี Plaque ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน	166 (4.7)	
White Spot		
มี White Spot	169 (40.6)	.000*
ไม่มี White Spot	186 (5.0)	

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง โดยบันทึกข้อมูลด้วยแบบฟอร์มตามระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยของสำนักทันตสาธารณสุข⁵ ผลจากการศึกษาพบว่าตัวแปรด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การกินนมหวานและการกินนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน และตัวแปรด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ฟันมีรอยขุ่นขาวและมีคราบจุลินทรีย์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่า ตัวแปรทั้ง 2 ชุดดังกล่าว มีความเหมาะสมที่จะใช้เพื่อเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย จึงน่าจะเป็นตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ใช้เพื่อการเฝ้าระวังที่สะท้อนความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ สอดคล้องกับคำแนะนำของ

สมาคมทันตแพทย์เด็กแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้กำหนดแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็ก 0-3 ปี โดยระบุว่าเด็กที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ เด็กที่กินนมหรือเครื่องดื่มเติมน้ำตาลมากกว่าวันละ 3 ครั้ง เด็กที่ฟันมีรอยขุ่นขาว หรือมีรูผุตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป ส่วนเด็กที่ตรวจพบคราบจุลินทรีย์ จะมีความเสี่ยงต่อฟันผุในระดับปานกลาง⁶

ตัวแปรด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เรื่องการแปรงฟันและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ กลับพบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางที่ตรงข้ามกับข้อความจริงทางวิชาการ กล่าวคือ เด็กที่มีพฤติกรรมแปรงฟันทุกวัน กลับมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งเห็นว่าการศึกษาคครั้งนี้ตัวแปรดังกล่าวยังเป็น

เครื่องมือที่ไม่สะท้อนการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เพราะข้อมูลการแปร่งฟันยังมีระดับของคุณภาพที่แตกต่างกัน ทั้งเรื่องความถี่ของการแปร่งฟัน ผู้ปกครองแปร่งให้หรือเด็กแปร่งเอง และความสามารถในการแปร่งฟันกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ให้สะอาด จึงน่าจะมีการศึกษาต่อไป

เด็กที่กินนมหวาน และกินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวันมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของดลฤดี แก้วสวาท และสุณี วงศ์คงคาเทพ⁷ แม้ว่าประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 286 พ.ศ. 2547 เรื่องนมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ 2)⁸ มีผลให้นมผงทั้ง 2 ชนิด ไม่มีการเติมน้ำตาล แต่สูตรนมดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะในเด็กอายุประมาณ 1 ปี ขณะที่นมผงครบส่วนสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ยังมีการเติมน้ำตาลหรือน้ำผึ้งเป็นทางเลือกให้แก่เด็ก จึงยังจำเป็นต้องมีมาตรการด้านการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองให้เข้าใจถึงผลเสียของการให้เด็กบริโภคนมหวาน

กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจฟันครบคลุมร้อยละ 71.1 แต่การเข้าถึงบริการการรักษา พบเพียงร้อยละ 1.7 หรือประมาณ 1 ใน 6 ของเด็กที่มีฟันผุ มีการศึกษาที่พบว่าเด็กที่มีฟันผุแล้วได้รับการรักษา จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁹ จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เด็กที่มีฟันผุไปแล้วได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้โอกาสในการพัฒนาดังกล่าวน่าจะมีเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนและการกระจายของทันตบุคลากรในระดับอำเภอและตำบล ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน¹⁰

ในส่วนของการทำความเข้าใจช่องปาก การศึกษานี้พบว่า เด็กส่วนใหญ่แปร่งฟันและใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เมื่ออายุมากกว่า 12 เดือน

สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ¹¹ พบว่า อายุเฉลี่ยที่เด็กเริ่มได้รับการแปร่งฟันคือ 13.8 ± 5.7 เดือน การศึกษานี้ เด็กอายุ 7-12 เดือน ได้รับการแปร่งฟันเพียงร้อยละ 35.8 ซึ่งนับว่าเริ่มแปร่งฟันช้า ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า เด็กเริ่มมีฟันผุตั้งแต่อายุเพียง 9 เดือน¹² และอัตราการเกิดโรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 9-18 เดือน กรมอนามัยจึงได้แนะนำว่าการแปร่งฟันให้เด็กด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ควรเริ่มต้นที่ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น โดยใช้ยาสีฟันปริมาณน้อยมากขนาดแตะที่ปลายขนแปรง และเช็ดออกหลังแปร่งฟันเสร็จ

นอกจากนี้ควรขยายการตรวจเฝ้าระวังไปทุกช่วงเวลาที่เด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค ทั้งนี้เพราะจากการศึกษาของเชิดชัย ลิ้มปวีณนา¹³ พบว่าการตรวจฟันเด็กและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อายุ 4, 6 และ 9 เดือน รวม 3 ครั้ง จะทำให้เด็กอายุ 18 เดือน มีฟันผุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่มาใช้บริการครั้งแรกเมื่ออายุน้อย จะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กกลุ่มที่มาใช้บริการเมื่ออายุมากขึ้น เด็กมีพฤติกรรมการแปร่งฟันดีขึ้น และลดการบริโภคนมหวานลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลของปัจจัย และการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในระบบปกติจากกลุ่มเด็กที่มารับภูมิคุ้มกันโรค จึงมิได้มีการควบคุมจำนวนตัวอย่างตามช่วงอายุ อย่างไรก็ตาม ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้ เมื่อแบ่งทุกช่วง 6 เดือน พบว่ามีจำนวนใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 21.8 ถึง 31.1 โดยมีจำนวนมากที่สุดที่ช่วงอายุ 7-12 เดือน เพราะเป็นช่วงที่กำหนดให้มีการตรวจช่องปากตามมาตรฐานบริการ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการศึกษาพบว่าตัวแปรด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การกินนมหวานและการกินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน และ ตัวแปรด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ฟันมีรอยขุ่นขาวและมีคราบจุลินทรีย์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่า ตัวแปรทั้ง 2 ชุดดังกล่าว มีความเหมาะสมที่จะใช้เพื่อเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงควรนำมาใช้เพื่อการเฝ้าระวังที่สะท้อนความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้

2. ควรขยายการตรวจฟันทุกช่วงเวลาที่เด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค เพราะปัจจุบันมีการตรวจช่องปากตามมาตรฐานบริการเพียง 1 ครั้งเท่านั้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก

3. การศึกษานี้พบว่า การแปรงฟันและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ กลับมีฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งให้เห็นว่าตัวแปรดังกล่าวยังเป็นเครื่องมือที่ไม่สะท้อนการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เพราะข้อมูลการแปรงฟันยังมีระดับของคุณภาพที่แตกต่างกัน ทั้งเรื่องความถี่ของการแปรงฟัน ผู้ปกครองแปรงให้หรือเด็กแปรงเอง และความสามารถในการแปรงฟันกำจัดแผ่นคราบ

จุลินทรีย์ให้สะอาด จึงน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องนี้

4. การศึกษานี้พบว่า เด็กอายุ 7-12 เดือนได้รับการแปรงฟันเพียงร้อยละ 35.8 ซึ่งนับว่าเริ่มแปรงฟันช้า ควรเริ่มต้นที่ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น

5. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลของปัจจัย หากต้องการคำตอบที่ตรง ควรศึกษาเพิ่มด้วยการออกแบบการวิจัยเป็น Cohort หรือ Case control

คำขอบคุณ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณทีมงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 12 แห่งที่เข้าร่วมโครงการและสละเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อร่วมพัฒนาการมีและใช้ระบบข้อมูล ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมทันตสุขภาพจากศูนย์อนามัย และขอขอบคุณสำนักทันตสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงาน โดยเฉพาะบุคลากรจากกลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมทันตสุขภาพเด็กและเยาวชนที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539). (ไม่ระบุสำนักพิมพ์ ปีที่พิมพ์)
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2556.
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550
4. ปิยะดา ประเสริฐสม จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ศรีสุดา ลีละศิธร วราภรณ์ จิระพงษา. การพัฒนาระบบการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กและเยาวชนบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (2553-2554). ว.ทันตสาธารณสุข 2555 ; 17 (1) : 20-34.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงสำคัญของประชาชนไทยในระดับจังหวัด. ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์สำนักงานกิจการองค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร 2554.
6. Council on Clinical Affairs. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_CariesRiskAssessment.pdf
7. ดลฤดี แก้วสวาทและสุณี วงศ์คงคาเทพ. เปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็กไทยอายุ 1-4 ปี ระหว่างปี 2549 และ 2554. ว.ทันตสาธารณสุข 2556 ; 18 (1) : 73-88.
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 286) พ.ศ. 2547 เรื่องนมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ 2)
9. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*. 2003 Sep-Oct;25(5): 431-40.
10. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. Oral Health in Thailand. August 2013.
11. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สุภาวดี พรหมมา สุรางค์ เชษฐพจนท์ สุพรรณิ สุคันธรานิล วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. พฤติกรรมการแปรงฟันและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 6-36 เดือน. ว.ทันตสาธารณสุข 2552 ; 14 (1) : 59-69
12. ทรงชัย จูตโสมกุล อังคณา เขียวมนตรี สุพัชรินทร์ พิวัฒน์ รวี เกียรติไพศาล วรธนะ พิพรชัยกุล อ้อยทิพย์ ชาญการคำ นุชนรี อัครชนิยากร วัลลภา สงวนวงศ์ ส่อเหลืះ หมดยู่โส๊ะ. รายงานผลการวิจัยการศึกษาระยะยาวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการของฟันและใบหน้า และการเกิดโรคต่างๆ ในช่องปากของเด็กอายุ 4-5 ขวบ ในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา. กรกฎาคม 2550 เอกสารอัดสำเนา.
13. เชิดชัย ลิ้มปิวัฒนา. ผลกระทบของการปรับเปลี่ยนระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. ว.ทันตสาธารณสุข 2551 ; 13 (1) :141-149

Dental caries status and the risk factors of children 1-24 months old

Supunnee Sukanwarani* *B.P.H. M.Sc. (Population and Development)*

supawadee Phomma* *B.P.H. M.H.C.*

Abstract

The objectives of this analytical cross-sectional study was to explore dental caries, oral hygiene and the risk factors related to oral status of pre-school children 1-24 months old. The samples included 5,388 children who came for well child care program from 170 government hospitals in 12 provinces located in 4 regions. The data about oral care behaviors and oral status of the children were collected by using oral health surveillance recording form recommended by the Department of Health. It was founded that 11.3 % of children had visible plaque on their 4 anterior teeth, 7.9 % had white lesion and 6.6 % had at least 1 decay tooth. For their oral health behavior, 47.5 % of children were claimed to have their teeth brushed every day, while 36.4 % used fluoridated toothpaste. The children of 15.5 % had snack more than 2 times a day, 18.0 % were fed by sugar added milk, while 68.9 % used bottle milk. The results also showed that 71.1 % of children had their oral checked up when attended the well child care clinic, 32.6 % received topical fluoride varnish, and the treatment service covered only 1.7 % of children. When analyzed for the association of dental caries and risk behavior, it was found that sugar added milk, snack ≥ 2 times a day, visible plaque accumulation, white lesion were significant associated to the dental caries ($p < .05$). However no association were found between using of bottle milk, fluoride varnish application and dental caries, and adverse association were found between tooth brushing, using fluoridated toothpaste and the dental caries of the children.

Keywords : *pre-school children, dental caries, risk factors related to dental caries.*

* Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health.