

บทความพิเศษ

ยาสีฟันและยาอมบ้วนปาก เป็นตัวช่วยป้องกัน โรคเหงือกได้จริงหรือไม่

สุจินต์ พรหมประดิษฐ์* ท.บ.,ส.ม.

บทคัดย่อ

การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคเหงือกและโรคปริทันต์ มี 2 วิธี คือ วิธีทางกลและวิธีทางเคมี แม้ว่าการแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมฟลูออไรด์ร่วมกับใช้เส้นใยขัดฟันเป็นวิธีในอุดมคติที่ทันตแพทย์แนะนำ แต่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและลดการอักเสบของเหงือก ด้วยสภาพการเรียงตัวของฟันในช่องปากของแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ร่วมกับข้อจำกัดในด้านทักษะการแปรงฟันและใช้เส้นใยขัดฟัน วิธีทางกลเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอสารเคมีที่ช่วยควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์และการเกิดภาวะเหงือกอักเสบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมคลอร์เฮกซิดีน รองลงมาเป็นยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมน้ำมันหอมระเหยและยาสีฟันที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานตามลำดับ โดยสรุปแนะนำให้ใช้ยาอมบ้วนปากหรือยาขัดฟันในปากที่มีส่วนผสมคลอร์เฮกซิดีนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ้าปากได้ปกติหรือในรายที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ ให้ใช้ในวงสั้นๆไม่เกิน 4 สัปดาห์ ส่วนคนที่สามารถแปรงฟันได้แนะนำให้ใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมน้ำมันหอมระเหย ร่วมกับยาสีฟันที่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน

คำสำคัญ : โรคเหงือก คราบจุลินทรีย์ ยาสีฟัน ยาอมบ้วนปาก

* โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

โรคเหงือกเป็นอาการและอาการแสดงของโรคที่มีรูปแบบเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ โดยจะเกิดรอยโรคเฉพาะบริเวณเหงือก มีอาการแสดงของโรคได้แก่ ขอบเหงือกหนาตัวเป็นแบบบวมน้ำหรือไฟโบรติก สีของเหงือกแดง อุณหภูมิในร่องเหงือกสูง⁽¹⁾ มีเลือดออกหลังจากการตรวจ ระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ไม่ถูกทำลายและคงอยู่ที่รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน⁽²⁾ โรคเหงือกที่พบส่วนใหญ่มีสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ซึ่งสาเหตุก่อโรคเกิดจากจุลชีพที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ ทั้งนี้ ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนของจุลชีพ หากสามารถกำจัดจุลชีพในคราบจุลินทรีย์และสาเหตุอื่นๆ ที่สนับสนุนให้เกิดโรค รวมทั้งรักษานามัยช่องปาก เหงือกที่เคยอักเสบก็จะกลับคืนสู่สภาพปกติได้ แต่ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา ก็จะลุกลามกลายเป็นโรคปริทันต์ได้

สถานการณ์โรคเหงือกของคนไทย จากผลการสำรวจทันตสุขภาพระดับชาติของประเทศไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2549-2550 ปัญหาสภาวะปริทันต์ที่พบในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี กลุ่มเยาวชนอายุ 15 ปี และกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 35-44 ปี มีเหงือกอักเสบร้อยละ 58.9 60.9 และ 47.3 ตามลำดับ เริ่มพบมีร่องลึกปริทันต์บ้างในกลุ่มเยาวชน ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 35-44 ปี และผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบมีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 37.6 และ 84.2 ตามลำดับ ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมีสภาวะปริทันต์ดีกว่าเขตชนบท เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจครั้งที่ผ่านมา พ.ศ.2543-2544 พบมีผู้ที่มีเหงือกอักเสบลดลงทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่พบมีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่วนการเลือกใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน พบใช้แปรงสีฟันร่วมกับยาสีฟันมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ คิดเป็นร้อยละ 81.8 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 73.9 ของกลุ่มผู้สูงอายุ มีการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาด

อาดาอื่นๆ เสริมร้อยละ 17.0 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 7.1 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงเวลาในการแปรงฟันจะแปรงหลังตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 96.3 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 79.9 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนการแปรงฟันก่อนนอนในกลุ่มผู้ใหญ่จะน้อยกว่าเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุแปรงฟันก่อนนอนเพียงร้อยละ 65.8 ในรอบปีที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 38.3 ของกลุ่มผู้ใหญ่และร้อยละ 32.3 ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไปพบทันตแพทย์⁽³⁾

วิธีการควบคุมคราบจุลินทรีย์เพื่อป้องกันโรคเหงือก

หลักสำคัญในการรักษาโรคเหงือก คือ กำจัดคราบจุลินทรีย์ หินน้ำลาย จุลชีพและสิ่งสะสมที่ยึดติดกับผิวฟัน การรักษาของทันตแพทย์จะใช้วิธีขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน พร้อมทั้งใช้หลักการจูงใจสอนผู้ป่วยให้สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์และดูแลอนามัยช่องปากของตนเองได้ ซึ่งมี 2 วิธี คือ วิธีทางกลได้แก่ การแปรงฟัน การใช้เส้นใยขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงกระจุยเดียว ไม้จิ้มฟัน ผ้าก๊อซ เป็นต้น และวิธีทางเคมีโดย การนำสารเคมีที่มีฤทธิ์ลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือก ลดการอักเสบของเหงือกและลดจำนวนจุลชีพในร่องลึกปริทันต์มาเป็นส่วนประกอบของยาสีฟัน ยาอม บ้วนปาก ยาฉีดฟันในปากหรือหมากฝรั่ง

การกำจัดคราบจุลินทรีย์ด้วยวิธีทางกล

การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกสาเหตุของการทำให้เกิดภาวะเหงือกอักเสบ การแปรงฟันมีหลายวิธีสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้และลดอุบัติการณ์ของโรคเหงือก แต่ไม่มีผู้ใดสรุปว่าวิธีใดดีที่สุดและกำจัดคราบจุลินทรีย์ออกหมด จึงควรเลือกวิธีที่ผู้ป่วยทำตามได้ง่ายสามารถกำจัดคราบ

จุลินทรีย์ได้โดยไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน⁽⁴⁾ ควรเลือกแปรงสีฟันที่มีด้ามจับถนัดมือ หัวแปรงมนกลมและขนแปรงนิ่ม ในผู้ป่วยรายที่ไม่สามารถใช้มือได้เป็นปกติแนะนำให้ใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าซึ่งมีประสิทธิภาพช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์และลดเหงือกอักเสบได้ไม่แตกต่างจากการใช้แปรงสีฟันแบบธรรมดา^(5,6) การแปรงฟันอย่างเดียวสามารถทำความสะอาดได้เพียงร้อยละ 24 ของพื้นผิวฟันทั้งหมดในช่องปาก⁽⁷⁾ ดังนั้นการใช้อุปกรณ์อื่นๆ ได้แก่ เส้นใยขัดฟัน แปรงซอกฟัน แปรงกระจุกเดี่ยว ผ้าก๊อซ เป็นต้น ร่วมกับการแปรงฟันจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยทำความสะอาดในส่วนที่การแปรงฟันไม่สามารถเข้าถึงได้ ซึ่งอุปกรณ์ที่ทันตแพทย์มักแนะนำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเหงือกผิดปกติหรือเป็นโรคเหงือก คือให้ใช้เส้นใยขัดฟันร่วมกับการแปรงฟัน ในขณะที่ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการใช้เส้นใยขัดฟันร่วมกับการแปรงฟันสามารถช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ไม่แตกต่างจากการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว⁽⁸⁾

เนื่องจากการใช้เส้นใยขัดฟันทำได้ยาก จำเป็นต้องใช้ทักษะและการฝึกฝน จึงมีการออกแบบเส้นใยขัดฟันชนิดมีด้ามจับเพื่อให้สะดวกในการใช้งานมากยิ่งขึ้นและช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ดีเช่นเดียวกับการใช้นิ้วมือจับ⁽⁹⁾ ส่วนแปรงซอกฟันสามารถใช้ได้ง่ายและช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ดีกว่าเส้นใยขัดฟัน⁽¹⁰⁾ แต่จะเหมาะสำหรับผู้ป่วยรายที่มีเหงือกกร่น ไม่มีเหงือกสามเหลี่ยมปิดช่องว่างระหว่างซี่ฟันเท่านั้น แปรงกระจุกเดี่ยวมักใช้ทำความสะอาดฟันบริเวณด้านซิดลิ้นหรือในรายที่มีฟันที่ซ้อนเก สำหรับผ้าก๊อซใช้ทำความสะอาดได้ดีบริเวณด้านท้ายของฟันที่สุดท้ายหรือฟันที่มีช่องว่างระหว่างฟัน คราบจุลินทรีย์ที่สะสมเป็นเวลานานๆ การกำจัดจะยิ่งยากและต้องใช้แรง

ที่มากขึ้น โดยพบว่าคราบจุลินทรีย์ที่สะสมนาน 24 48 และ 72 ชั่วโมง จะต้องใช้แรงเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ 5.5 7.8 และ 14.0 กรัมต่อตารางเซนติเมตรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าต้องใช้แรงเกือบ 3 เท่าของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่สะสมนาน 24 ชั่วโมงในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่สะสมนาน 72 ชั่วโมง⁽¹¹⁾ จึงควรทำความสะอาดฟันเป็นประจำวันละ 2 ครั้ง เนื่องจากคราบจุลินทรีย์จะเกิดขึ้นทันทีหลังการทำความสะอาดฟัน

การกำจัดคราบจุลินทรีย์ด้วยวิธีทางเคมี

ปัจจุบันมีการนำสารเคมีที่มีฤทธิ์ลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือก ลดการอักเสบของเหงือก และลดจำนวนจุลินชีพในร่องลึกปริทันต์ มาเป็นส่วนประกอบของยาสีฟัน ยาอมบ้วนปาก ยาฉีดฟันในปากหรือหมากฝรั่ง ซึ่งมีจำหน่ายในท้องตลาดให้เลือกหลากหลาย สารดังกล่าวที่นำมาใช้ ได้แก่ สารประกอบกลุ่มบิสกัวไนด์ แอมโมเนียมจตุรภูมิ ฟีนอล ไตรโคลซาน สารออกซิเจนอิมัลชัน ธาตุฮาโลเจน เกลือของโลหะหนัก สารสกัดจากสมุนไพร เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสารเคมีที่สามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือก ลดการอักเสบของเหงือก และลดจำนวนจุลินชีพในร่องลึกปริทันต์ในทางคลินิกที่ให้ผลดีที่สุดคือ ยาอมบ้วนปากที่มีคลอร์เฮกซิดีนซึ่งเป็นสารประกอบกลุ่มบิสกัวไนด์ รองลงมาเป็นยาอมบ้วนปากที่มีน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นสารประกอบฟีนอล⁽¹²⁾ และยาสีฟันที่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน⁽¹³⁾

คลอร์เฮกซิดีน

ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนสามารถใช้ทดแทนการกำจัดคราบจุลินทรีย์ด้วยวิธีทางกลได้ แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยหลังการทำ

ศัลยกรรมปริทันต์หรือผ่าตัดขากรรไกร มีผลดีดี เชื่อบริเวณเยื่อเมือกในช่องปาก ผู้ป่วยพิการทางกายหรือทางจิต ผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤต⁽¹⁴⁾ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในหอชั้นวิกฤต^(15,16) พบว่าหลังการใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.2 ร่วมกับการทำความสะอาดช่องปากประจำวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์สามารถลดจำนวนจุลชีพในช่องปากได้⁽¹⁷⁾ และลดภาวะปวดบวมในผู้ป่วยที่อยู่ในหอชั้นวิกฤต^(15,16) เมื่อเปรียบเทียบยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 และ 0.2 พบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและการอักเสบของเหงือกได้ไม่แตกต่างกัน⁽¹⁸⁾ แต่อาการไม่พึงประสงค์ที่พบคือ มีรสขมปากและลิ้นติดคราบสีน้ำตาล⁽¹⁹⁾ ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก แสบร้อนปาก การรับประทานอาหารไม่ได้⁽²⁰⁾ เคยมีผู้ป่วยบางรายใช้แล้วเป็นแผลถลอกบริเวณเยื่อเมือกช่องปากและต่อมน้ำลายบวมแต่พบได้น้อย⁽²¹⁾ เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยลดความเข้มข้นของคลอร์เฮกซิดีนเหลือร้อยละ 0.05 นำมาผสมกับสารประกอบแอมโมเนียมจตุรภูมิเซทิลไพรดีเนียมคลอไรด์ร้อยละ 0.05 ซึ่งสามารถยับยั้งการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ระดับปานกลาง⁽¹²⁾ ผลการศึกษาสามารถลดจำนวนจุลชีพในช่องปาก การเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและเหงือกอักเสบได้เช่นเดียวกัน^(22,23)

ยังมีรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ ยาฉีดพ่นในปาก ยาสีฟัน ยาอมบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หมากรฝรั่ง เป็นต้น ซึ่งรูปแบบยาฉีดพ่นในปากสามารถใช้งานได้ง่ายยิ่งขึ้นและลดอาการไม่พึงประสงค์ ยาฉีดพ่นในปากชนิดที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 และ 0.2 สามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้เช่นเดียวกับชนิดที่เป็นยาอมบ้วนปาก⁽²⁴⁾ และมีประสิทธิภาพดีกว่า

เมื่อเปรียบเทียบยาฉีดพ่นที่มีส่วนผสมของเซทิลไพรดีเนียมคลอไรด์ร้อยละ 0.05 และไตรโคซานร้อยละ 0.03^(25,26) ส่วนในยาสีฟันที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 มีการศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้ถาดสำหรับเคลือบฟลูออไรด์บรรจุยาสีฟันแทนการแปรงฟัน พบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ไม่แตกต่างกับยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ทั่วไปและดีกว่ายาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12⁽²⁷⁾

แม้ว่าการใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและการอักเสบของเหงือกได้ดี แต่เพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจึงแนะนำให้ใช้ได้ในช่วงระยะสั้นๆ ไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ ใช้ปริมาณ 10-15 มิลลิลิตร ให้อมนาน 30 วินาทีโดยไม่บ้วนน้ำ หลังจากอมน้ำยา วันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน หลังการแปรงฟัน หรือในรายที่ไม่ได้แปรงฟันให้ใช้หลังอาหารเช้าและเย็น หากมีความจำเป็นต้องใช้ในระยะเวลา เช่น ผู้ป่วยพิการทางกายหรือทางจิต ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมีในช่องปาก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอาบน้ำได้ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากทันตแพทย์

น้ำมันหอมระเหย

สารประกอบฟีนอลที่อยู่ในน้ำมันหอมระเหยสามารถออกฤทธิ์ฆ่าจุลชีพได้โดยออกฤทธิ์ทำลายโปรตีนพลาสมาของเซลล์จุลชีพ เมื่อใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยร่วมกับการแปรงฟันสามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและการอักเสบของเหงือกได้⁽²⁸⁾ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนพบว่าเมื่อใช้ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์สามารถลดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกได้ดีกว่า ในขณะที่ลดการอักเสบของเหงือกได้ไม่แตกต่างกัน⁽²⁹⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของ

เซทิลไพรดีเนียมคลอไรด์ร้อยละ 0.05 ใช้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่าสามารถลดคราบจุลินทรีย์เนื้อเหงือกและเหงือกอักเสบได้ดีกว่า^(30,31)

นอกจากนี้ยังผลการศึกษาเปรียบเทียบทางคลินิกพบว่า การแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยมีประสิทธิภาพดีกว่าการแปรงฟันร่วมกับการใช้เส้นใยขัดฟัน^(32,33) และให้ผลดีมากยิ่งขึ้นเมื่อแปรงฟันร่วมกับใช้เส้นใยขัดฟันและยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยเป็นประจำ⁽³⁴⁾ ดังนั้นจึงสามารถนำมาใช้ได้เป็นประจำทุกวันร่วมกับการแปรงฟันและอุปกรณ์อื่นๆ ในการทำความสะอาดช่องปากได้ทั้งช่วงระยะสั้นๆ 4-6 สัปดาห์หรือใช้ต่อเนื่องระยะยาว ใช้ปริมาณ 15 มิลลิลิตร 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยาวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอนหลังการแปรงฟันและอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ประจำวัน ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ คือ อาการปวดแสบปวดร้อนและรู้สึกขมปากหลังใช้

ไตรโคลซาน

มีคุณสมบัติช่วยลดจุลินทรีย์และการเกิดคราบจุลินทรีย์ รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่มีในท้องตลาดอยู่ในยาสีฟันยาอมบ้วนปากและยาฉีดพ่นในปาก ซึ่งผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในช่องปาก พบว่ายาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซานสามารถลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในช่องปากหลังแปรงฟัน 12 ชั่วโมง^(35,36) และช่วยลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียชนิดที่ก่อให้เกิดกลิ่นปากหลังแปรงฟัน 2 และ 4 ชั่วโมง⁽³⁷⁾ ได้ดีกว่ายาสีฟันชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดเหงือกอักเสบได้ดีกว่ายาสีฟันชนิดที่ไม่มีส่วนผสม

ของไตรโคลซานด้วย⁽³⁸⁾ โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานพบว่าสามารถลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่าการใช้ยาสีฟันชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของไตรโคลซานรวมกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซาน แต่ผลการลดเหงือกอักเสบไม่แตกต่างกัน⁽³⁹⁾

มีผลการศึกษาเปรียบเทียบเมื่อใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานและซิงค์ 8 สัปดาห์กับยาฉีดพ่นในปากชนิดที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.2 นาน 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่มีความพิการทางสติปัญญา พบว่าหลังการใช้ 2 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์สามารถลดคราบจุลินทรีย์เนื้อเหงือกและภาวะเหงือกอักเสบได้ไม่แตกต่างกัน⁽⁴⁰⁾ ส่วนยาฉีดพ่นในช่องปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้แต่ด้อยกว่าคลอร์เฮกซิดีน⁽²⁵⁾

หากต้องการเลือกยาสีฟันที่ช่วยลดจุลินทรีย์การเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซาน จัดเป็นยาสีฟันที่มีคุณสมบัติดังกล่าวครบถ้วน⁽⁴¹⁾ โดยเมื่อใช้ร่วมกับยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไตรโคลซานจะช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบได้ดียิ่งขึ้น⁽⁴²⁾

ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปาก

สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ควรแปรงฟันโดยเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซานร่วมกับการใช้เส้นใยขัดฟันและยาอมบ้วนปากชนิดที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหย ให้บ้วนปากด้วยยาอมบ้วนปากปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยา หรือ แปรงฟันโดยเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซานและยาอมบ้วนปากชนิดที่มีส่วนผสมของน้ำมัน

หอมระเหย ให้บ้วนปากด้วยยาอมบ้วนปาก ปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร อมกลั้วในปากนาน 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยา และไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้เองแต่สามารถอ้าปากได้ เช่น ผู้ป่วยพิการทางกาย พิการทางสมองควรมีผู้ดูแลเป็นคนช่วยแปรงฟันให้ อาจพิจารณาเลือกใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าแทนแปรงสีฟันแบบธรรมดาพร้อมกับยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และไตรโคลซาน และหลังแปรงฟันให้บ้วนปากด้วยยาอมบ้วนปากชนิดที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหย ปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร อมกลั้วในปากนาน 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยา และพบทันตแพทย์ทุก 3 เดือน

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ้าปากได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดลิ้นกรรพรีทันต์ หลังผ่าตัดขากรรไกร มีแผลติดเชื้อบริเวณเยื่อเมือกในช่องปาก ผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่อยู่ในหอชั้นวิกฤต ควรใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 หรือ 0.2 ปริมาณครั้งละ 10-15 มิลลิลิตร อมกลั้วในปากนาน 30 วินาที โดยไม่บ้วนน้ำหลังจากอมน้ำยาหลังอาหารเช้าและก่อนนอน หรือ ใช้ยาฉีดพ่นในช่องปากชนิดที่มีส่วนผสมของคลอร์เฮกซิดีนร้อยละ 0.12 หรือ 0.2 วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและก่อนนอน โดยแนะนำให้ใช้เพียงช่วงสั้นๆ 2-4 สัปดาห์ หากมีความจำเป็นต้องใช้ระยะยาวควรต้องปรึกษาทันตแพทย์

สรุป

แม้ว่าการเกิดโรคเหงือกของคนไทยในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ใหญ่กลับเป็นโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นในขณะที่เป็นโรคเหงือกลดลงและเพิ่มมากยิ่งขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ แสดงถึงมีการดำเนินของโรคเหงือกอย่างต่อเนื่อง

และลุกลามเป็นโรคปริทันต์อักเสบ วิธีการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากที่คนไทยส่วนใหญ่ใช้คือการแปรงฟันด้วยยาสีฟันชนิดผสมฟลูออไรด์ และมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจและรักษาโรคในช่องปาก ซึ่งการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการเฝ้าระวังโรคต่างๆ ในช่องปาก และได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่เมื่อพบโรคระยะเริ่มต้น รวมทั้งรับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกใช้อุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งผลิตภัณฑ์ในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคล

หัวใจของการป้องกันโรคเหงือก คือการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้อย่างต่อเนื่อง ทันตแพทย์จะช่วยกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ แต่การดูแลรักษาอนามัยในช่องปากและการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่เกิดขึ้นทุกวันเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเอง ซึ่งความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากสามารถป้องกันโรคเหงือกได้ก็เท่ากับลดจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียฟันได้ในอนาคตอีกด้วย

วิธีการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากในอุดมคติที่ทันตแพทย์แนะนำ คือ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ร่วมกับใช้เส้นใยขัดฟัน แต่ในความเป็นจริงด้วยสภาพการเรียงตัวของฟันในช่องปากของแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง รวมถึงข้อจำกัดทั้งในเรื่องความเจ็บป่วยและทักษะการใช้ใช้อุปกรณ์ต่างๆ จึงทำให้การกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยบางรายทำได้ไม่ดีนึก ดังนั้นการเลือกชนิดยาสีฟัน ยาอมบ้วนปากหรือยาฉีดพ่นในปากที่มีสารเคมีซึ่งออกฤทธิ์ช่วยลดจำนวนจุลินทรีย์ ลดการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือกและลดการอักเสบของเหงือกได้ จึงน่าที่จะเป็นตัวช่วยที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเหงือกได้

เอกสารอ้างอิง

1. Woff LF, Koller NJ, Smith QT, Mathur A, Aepli D. Subgingival temperature: relation to crevicular fluid enzymes, cytokines and Subgingival plaque microorganisms. J Clin Periodontol 1997;24:900-6
2. American Academy of Periodontology. Parameters of care. J Periodontol 2000;71(5 Suppl.):i-ii, 847-883.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2550. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2551.
4. Ramford SP, Ash MM. Oral hygiene. In: Periodontology and Periodontics. Philadelphia: WB Saunders, 1979:397-422.
5. Forrest JL, Miller SA. Manual versus powered toothbrushes: a summary of the Cochrane Oral Health Group's Systematic Review. Part II. Manual versus powered toothbrushes: a summary of the Cochrane Oral Health Group's Systematic Review. Part II.
6. Deery C, Heanue M, Deacon S, Robinson PG, Walmsley AD, Worthington H, Shaw W, Glenny AM. The effectiveness of manual versus powered toothbrushes for dental health: a systematic review. J Dent. 2004 Mar;32(3):197-211.
7. Kerr WJ, Kelly J, Geddes DA. The areas of various surfaces in the human mouth from nine years to adulthood. J Dent Res 1991;70:1528-30.
8. Berchier CE, Slot DE, Haps S, Van der Weijden GA. The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. Int J Dent Hyg. 2008 Nov;6(4):265-79.
9. Cronin MJ, Dembling WZ, Cugini M, Thompson MC, Warren PR. A 30-day clinical comparison of a novel interdental cleaning device and dental floss in the reduction of plaque and gingivitis. J Clin Dent. 2005;16(2):33-7.
10. DE, Dorfer CE, Van der Weijden GA. The efficacy of interdental brushes on plaque and Parameters of periodontal inflammation: a systematic review. Int J Dent Hyg. 2008 Nov;6(4):253-64.
11. Mehrota KK, Kapoor KK, Pradhan BP, Brushan A. Assessment of plaque tenacity on enamel surface. J Periodontol Res 1983;18:386-92.
12. Gunsolley JC. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. J Dent. 2010 Jun;38 Suppl 1:S6-10.
13. Teles RP, Teles FR. Antimicrobial agents used in the control of periodontal biofilms: effective adjuncts to mechanical plaque control? Braz Oral Res. 2009;23 Suppl 1:39-48.
14. Eley BM. Antibacterial agents in the control of supragingival plaque - a review. Br Dent J. 1999 Mar 27;186(6):286-96.

15. Roberts N, Moule P. Chlorhexidine and tooth-brushing as prevention strategies in reducing ventilator-associated pneumonia rates. *Nurs Crit Care*. 2011 Nov-Dec;16(6):295-302. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00465.x. Epub 2011 Jul 26.
16. Beraldo CC, Andrade D. Oral hygiene with chlorhexidine in preventing pneumonia associated with mechanical ventilation. *J Bras Pneumol*. 2008 Sep;34(9):707-14.
17. Becerik S, Turkoglu O, Emingil G, Vural C, Ozdemir G, Atilla G. Antimicrobial effect of adjunctive use of chlorhexidine mouthrinse in untreated gingivitis: a randomized, placebo- controlled study. *APMIS*. 2011 Jun;119(6):364-72. doi: 10.1111/j.1600-0463.2011.02741.x. Epub 2011 Apr 8.
18. Matthews D. No difference between 0.12% and 0.2% chlorhexidine mouthrinse on reduction of gingivitis. *Evid Based Dent*. 2011;12(1):8-9.
19. Bagis B, Baltacioglu E, ?zcan M, Ustaomer S. Evaluation of chlorhexidine gluconate mouthrinse-induced staining using a digital colorimeter: an in vivo study. *Quintessence Int*. 2011 Mar;42(3):213-23.
20. Gurgan CA, Zaim E, Bakirsoy I, Soykan E. Short-term side effects of 0.2% alcohol-free chlorhexidine mouthrinse used as an adjunct to non-surgical periodontal treatment: a double-blind clinical study. *J Periodontol*. 2006 Mar;77(3):370-84.
21. Addy M. Chlorhexidine compared with other locally delivered antimicrobials. *J Clin Periodontol* 1986;13:957-964.
22. Lamont T. Lower concentration of chlorhexidine and cetyl-pyridinium chloride mouthwash demonstrates some efficacy. *Evid Based Dent*. 2012 Jun;13(2):52-3. doi: 10.1038/sj.ebd.6400862.
23. Escribano M, Herrera D, Morante S, Teughels W, Quirynen M, Sanz M. Efficacy of a low-concentration chlorhexidine mouth rinse in non-compliant periodontitis patients attending a supportive periodontal care programme: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2010 Mar;37(3):266-75. Epub 2010 Jan 19.
24. Stoeken JE, Versteeg PA, Rosema NA, Timmerman MF, van der Velden U, van der Weijden GA. Inhibition of “de novo” plaque formation with 0.12% chlorhexidine spray compared to 0.2% spray and 0.2% chlorhexidine mouthwash. *J Periodontol*. 2007 May;78(5):899-904.
25. Pizzo G, Guiglia R, Imburgia M, Pizzo I, D’Angelo M, Giuliana G. The effects of antimicrobial sprays and mouthrinses on supragingival plaque regrowth: a comparative study. *J Periodontol*. 2006 Feb;77(2):248-56.
26. Van Strydonck DA, Timmerman MF, van der Velden U, van der Weijden GA. Plaque inhibition of two commercially available chlorhexidine mouthrinses. *J Clin Periodontol*. 2005 Mar;32(3):305-9.

27. Slot DE, Lindeboom R, Rosema NA, Timmerman MF, van der Weijden GA. The effect of 0.12% chlorhexidine dentifrice gel on plaque accumulation: a 3-day non-brushing model. *Int J Dent Hyg.* 2007 Feb;5(1):45-52.
28. Patel RM, Malaki Z. The effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis. *Evid Based Dent.* 2008;9(1):18-9.
29. Van Leeuwen MP, Slot DE, Van der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *J Periodontol.* 2011 Feb;82(2):174-94. Epub 2010 Nov 2.
30. Cortelli SC, Cortelli JR, Wu MM, Simmons K, Charles CA. Comparative antiplaque and antigingivitis efficacy of a multipurpose essential oil-containing mouthrinse and a cetylpyridinium chloride-containing mouthrinse: A 6-month randomized clinical trial. *Quintessence Int.* 2012 Jul-Aug;43(7):e82-94.
31. Sharma NC, Araujo MW, Wu MM, Qaqish J, Charles CH. Superiority of an essential oil mouthrinse when compared with a 0.05% cetylpyridinium chloride containing mouthrinse: a six-month study. *Int Dent J.* 2010 Jun;60(3):175-80.
32. Bauroth K, Charles CH, Mankodi SM, Simmons K, Zhao Q, Kumar LD. The efficacy of an essential oil antiseptic mouthrinse vs. dental floss in controlling interproximal gingivitis: a comparative study. *J Am Dent Assoc.* 2003 Mar;134(3):359-65.
33. Sharma NC, Charles CH, Qaqish JG, Galustians HJ, Zhao Q, Kumar LD. Comparative effectiveness of an essential oil mouthrinse and dental floss in controlling interproximal gingivitis and plaque. *Am J Dent.* 2002 Dec;15(6):351-5.
34. Sharma N, Charles CH, Lynch MC, Qaqish J, McGuire JA, Galustians JG, Kumar LD. Adjunctive benefit of an essential oil-containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly: a six-month study. *J Am Dent Assoc.* 2004 Apr;135(4):496-504.
35. Fine DH, Sreenivasan PK, McKiernan M, Tischio-Bereski D, Furgang D. Whole mouth antimicrobial effects after oral hygiene: comparison of three dentifrice formulations. *J Clin Periodontol.* 2012 Aug 11. doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01938.x. [Epub ahead of print]
36. Hu D, Zhang YP, DeVizio W, Proskin HM. A clinical investigation of the efficacy of two dentifrices for controlling oral malodor and plaque microflora overnight. *J Clin Dent.* 2008;19(3):106-10.
37. Vazquez J, Pilch S, Williams MI, Cummins D. Clinical efficacy of a triclosan/copolymer/NaF dentifrice and a commercially available breath-freshening dentifrice on hydrogen sulfide-forming bacteria. *Oral Dis.* 2005;11 Suppl 1:64-6.

38. He T, Barker ML, Goyal CR, Biesbrock AR. Anti-gingivitis effects of a novel 0.454% stabilized stannous fluoride dentifrice relative to a positive control. *Am J Dent*. 2012 Jun;25(3):136-40.
39. Villalpando KT, Casarin RC, Pimentel SP, Cirano FR, Casati MZ. A randomized clinical evaluation of triclosan-containing dentifrice and mouthwash association in the control of plaque and gingivitis. *Quintessence Int*. 2010 Nov-Dec;41(10):855-61.
40. Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Efficacy of two antiplaque and antigingivitis treatments in a group of young mentally retarded patients. *Med Oral*. 2002 Mar-Apr;7(2):136-43.
41. Hioe KP, van der Weijden GA. The effectiveness of self-performed mechanical plaque control with triclosan containing dentifrices. *Int J Dent Hyg*. 2005 Nov;3(4):192-204.
42. Gilbert P, McBain A, Sreenivasan P. Common therapeutic approaches for the control of oral biofilms: microbiological safety and efficacy. *Clin Microbiol Infect*. 2007 Oct;13 Suppl 4:17-24.

Dentifrice and mouthrinse : effective adjuncts to prevent gingivitis?

Suchimon Prohmpradith* D.D.S., M.P.H.

Abstract

The objective of plaque control is to prevent gingivitis and periodontal disease. There are two ways of plaque control, which are mechanical and chemical methods. Although mechanical plaque control such as brushing, flossing and inter-proximal brushing is recommended by most dental professional; it is still an ineffective way to reduce supra-gingival plaque and gingivitis. Due to variations of teeth alignment and limitation of hand skill among individuals, only mechanical technique is insufficient to maintain good oral hygiene. Recent studies, including meta-analyses, have indicated that chlorhexidine mouthwash is the most effective chemical substance to control plaque and gingivitis. Furthermore, it is the gold standard for chemical technique, prior to essential oil containing mouthrinse and triclosan containing dentifrices, consequently. In Summary, mouthrinse and oral spray containing chlorhexidine are recommended in patients with limitation of mouth opening and inability to brush their teeth in short-term use (less than 4 weeks); mouthrinse containing essential oil and dentifrices containing triclosan are effective for those who can brush their teeth.

Keywords : *gingivitis , dental plaque , dentifrice , mouthrinse*

* Srithanya Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health