

สภาวะปริทันต์ของประชาชนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2526-2540

ปิยะดา ประเสริฐสม *

ศรีสุดา ลีละศิธร *

วราภรณ์ จิระพงษา *

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., พบ.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์)

บทคัดย่อ

สภาวะปริทันต์ซึ่งวัดด้วยดัชนี CPITN (Community periodontal index of treatment need) ในการสำรวจระดับจังหวัด 72 จังหวัด และระดับประเทศ 4 ครั้ง ระหว่าง พ.ศ. 2526-2540 ได้ถูกรวบรวมและวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เพื่อเป็นประโยชน์ในการแสดงสภาวะเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ในคนไทย ซึ่งสามารถสะท้อนผลกระทบของงานโครงการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน ปัญหาเหงือกอักเสบเป็นปัญหาที่พบโดยทั่วไปในประชาชนไทยมากกว่าร้อยละ 75 ของประชาชนไทยมีเหงือกอักเสบ โดยพบบริเวณฟันหลังล่างเป็นบริเวณวิกฤตที่จะพบการอักเสบสูงกว่าบริเวณอื่น ร้อยละ 50 ของกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี มีปัญหาโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่ และเพิ่มเป็นร้อยละ 74.4 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ความชุกนี้ลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจ พ.ศ. 2527 แต่สัดส่วนของการเป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั้ง 2 กลุ่มอายุ การสูบบุหรี่และโรคทางระบบ โดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ประชาชนยังได้รับการรักษาน้อยกว่าปัญหามากทั้งนี้เนื่องมาจากทันตบุคลากรที่สามารถให้บริการงานปริทันต์ที่ยู่ยากมีอยู่น้อย และประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญต่อการรับบริการในระยะแรกของโรค ประชาชนยังไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันเป็นทีมและดูแลสุขภาพประชาชนโดยองค์รวมจะเป็นการควบคุมและป้องกันการเป็นโรคปริทันต์และโรคอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

การใช้ข้อมูลระบาดวิทยาจะแสดงให้เห็นภาพความชุก (prevalence) ขนาด (extent) และความรุนแรง (severity) ของความผิดปกติที่เกิดขึ้น การทำความเข้าใจในข้อมูลระบาดวิทยาสามารถเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยุ่งยาก เนื่องจากความแตกต่างของระดับการเป็นโรค ซึ่งโดยทั่วไปจะวินิจฉัยความผิดปกติของปริทันต์เป็น 2 ชนิดด้วยกัน คือ สภาวะเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ โดยทั่วไปการวัดโรค (โดยการมองด้วยตาและการตรวจร่องลึกปริทันต์ด้วยเครื่องมือ) จะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร สภาวะเหงือกอักเสบจะวินิจฉัยจากการมีเหงือกบวมแดงและมีเลือดออกโดยไม่มีการสูญเสียเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal attachment loss) และเป็นสภาวะที่สามารถหายได้เมื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย โรคปริทันต์เป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายต่อเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการสูญเสียเอ็นยึดปริทันต์และกระดูกรอบตัวฟัน สภาวะเหงือกอักเสบส่วนใหญ่จะไม่เปลี่ยนเป็นโรคปริทันต์ แต่การเกิดโรคปริทันต์มักจะผ่านสภาวะเหงือกอักเสบมาก่อน โรคปริทันต์ที่พบได้มากจะเป็นโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่ (adult periodontitis) ซึ่งมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายเป็นปัจจัยเหตุที่สำคัญ โรคปริทันต์ชนิดนี้จะมีการดำเนินของโรคอย่างช้าๆ นอกจากนี้จะสามารถพบการมีเหงือกยื่นได้เนื่องจากการเป็นโรคปริทันต์

การสำรวจทันตสุขภาพโดยทั่วไปจะมีการวัดสภาวะปริทันต์ด้วย โดยจะวัดสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มเด็กและเยาวชน และวัดโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดัชนีที่ใช้วัดจะมีหลากหลาย แต่ดัชนีส่วนใหญ่จะเป็นการวัดร่องลึก ปริทันต์ (periodontal pocket) และการสูญเสียของเอ็นยึดปริทันต์หรือการสูญเสียกระดูกรอบตัวฟัน ข้อจำกัดในการวัดทางระบาดวิทยาของโรคปริทันต์คือ

ยังไม่มีวิธีการที่จะวัดแยกโรคปริทันต์ที่เป็นภาวะลุกลาม ดัชนีที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นการวัดประสบการณ์การเป็นโรคตั้งแต่อดีต ซึ่งจะรวมทั้งโรคที่อยู่ในระยะลุกลามและร่องรอยของโรคที่หยุดการลุกลามแล้ว ดัชนีที่นิยมใช้กัน คือ ดัชนี CPITN (Community periodontal index of treatment need) ซึ่งแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก² การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในประเทศไทยเกือบทั้งหมดในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาจะใช้ดัชนีตัวนี้ในการวัดสภาวะปริทันต์

ประเทศไทยมีการสำรวจทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดอยู่จำนวนมาก ปัจจุบันได้มีการสำรวจระดับประเทศแล้ว 4 ครั้ง และการสำรวจในระดับจังหวัดอีกจำนวนมาก ในช่วง พ.ศ. 2526-2541 ได้มีจังหวัดที่ทำการสำรวจไปแล้ว 72 จังหวัด โดยในจำนวนนี้มี 35 จังหวัด ที่สำรวจ 2 ครั้ง 17 จังหวัด สำรวจ 3 ครั้ง ในการสำรวจแต่ละครั้งมีการรายงานผลไว้ โดยการรายงานจะเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้คู่มือการสำรวจ (Oral Health Survey, Basic Method)³ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเอกสารและประมวลข้อมูลสภาวะปริทันต์ที่ได้มีการรายงานไว้ ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะปริทันต์ เพื่อฉายภาพแนวโน้มสภาวะปริทันต์ของประชาชนไทย ซึ่งจะไปสู่การวางแผนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคปริทันต์ ตลอดจนเป็นประโยชน์ในการจัดบริการทันตสาธารณสุขที่เหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ทบทวนเอกสารและประมวลข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะปริทันต์ ทั้งในสภาวะเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ ซึ่งวัดโดยดัชนี CPITN ความชุกของการเกิดโรค ข้อมูลปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะปริทันต์จากรายงานผลการสำรวจในระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระหว่าง พ.ศ. 2526- 2541

รายงานการวิจัยและรายงานสถิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม
จากฐานข้อมูลของกองทันตสาธารณสุข ในส่วนที่
ได้มีการรวบรวมไว้ และฉายภาพแนวโน้มสภาวะ
ปริทันต์อักเสบของประชาชนไทย

ผลการศึกษา

สภาวะเหงือกอักเสบ

ข้อมูลสภาวะเหงือกอักเสบมีการศึกษามาก
ในเด็กอายุ 12 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเด็กในอายุนี้อจะมี
ฟันแท้ครบ 28 ซี่ และเป็นวัยที่ผู้ปกครองปล่อยให้
ให้เด็กดูแลสุขภาพของตัวเอง ข้อมูลจากการ

สำรวจระดับประเทศใน พ.ศ. 2527⁴ และ 2532⁵
พบว่า มีเพียงร้อยละ 6 ของเด็กกลุ่มนี้ที่มีเหงือก
ปกติ และ พ.ศ. 2537⁶ พบร้อยละ 2.3 เท่านั้น
ทุกภาคมีปัญหเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อน
ปัญหาที่พบ คือ การมีหินน้ำลายและเหงือกบาง
ส่วนมีเลือดออก (ตารางที่ 1)

เด็กอายุ 12 ปี มีเหงือกปกติในช่องปาก
เฉลี่ยคนละ 1.4 ส่วน ข้อมูลการสำรวจระดับจังหวัด
ที่มีการสำรวจแล้ว 72 จังหวัด⁷ พ.ศ. 2526-2540
จะพบว่าค่าเฉลี่ยประมาณคนละ 2 ส่วน (ตารางที่
2)

ตารางที่ 1 ร้อยละและค่าเฉลี่ยส่วนในช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ต่างๆ ในเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ.
2527 2532 และ 2537

Table 1 Percentage and mean sextants of different periodontal status in 12 yrs. children from
national oral health survey 1984,1989,1994

พ.ศ.	สภาวะปริทันต์					
	ปกติ		เลือดออก		หินน้ำลาย	
	ร้อยละ	ส่วนในช่องปาก	ร้อยละ	ส่วนในช่องปาก	ร้อยละ	ส่วนในช่องปาก
2527	5.9	1.5	2.2	0.4	84.4	3.6
2532	6.2	1.4	4.6	0.8	89.1	3.6
2537	2.3	1.4	9.8	1.1	87.5	3.5

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนในช่องปากในเด็กอายุ 12 ปี จากการสำรวจระดับจังหวัด ช่วง พ.ศ. 2526-
2540

Table 2 Healthy sextants of 12 yrs. children in Provincial survey held between 1983-1997

ภาค	ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ปกติจากการสำรวจใน พ.ศ.		
	2526-2531	2532-2536	2537-2540
กลาง	2.1	2.2	2.8
ตอ/น	0.9	1.9	1.5
เหนือ	1.2	2.0	2.2
ใต้	-	2.1	1.8
รวม	1.4	2.0	2.0

ตารางที่ 3 ร้อยละของสภาวะเหงือกอักเสบและการมีหินน้ำลายตามตำแหน่งของช่องปากในเด็ก
อายุ 12 ปี พ.ศ. 2537

Table 3 Percentage of gingivitis and calculus sextant by area of mouth in 12 yrs. children in 1994

ส่วนในช่องปาก (sextant)	จำนวนส่วนที่ได้ตรวจ	ร้อยละของส่วนในช่องปาก			
		เหงือกปกติ	มีเลือดออก	มีหินน้ำลาย	มีหินน้ำลาย และมีเลือดออก
ฟันหลังบนขวา	2,784	20.51	21.51	21.33	36.63
ฟันหน้าบน	2,795	47.97	21.96	18.56	11.48
ฟันหลังบนซ้าย	2,790	20.00	21.68	23.18	35.12
ฟันหลังล่างซ้าย	2,763	11.76	18.53	25.47	44.22
ฟันหน้าล่าง	2,799	27.11	4.75	42.51	25.61
ฟันหลังล่างขวา	2,755	12.34	19.71	24.06	43.88
รวม	16,686	23.17	17.88	25.68	32.54

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้มีหินน้ำลายและเลือดออกจำแนกตามกลุ่มอายุ ภาคจากการสำรวจทันตสุขภาพ
ปี 2532 และ 2537

Table 4 Percentage of calculus with bleeding in different age groups distributed by region in 1989 and 1994

ภาค	อายุ 12 ปี		อายุ 17-19 ปี		อายุ 35-44 ปี		อายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	2532	2537	2532	2537	2532	2537	2532	2537
ทั่วประเทศ	55.5	74.9	52.1	74.1	50.7	67.4	41.4	60.7
กลาง	45.8	69.1	50.0	66.0	62.4	55.9	58.2	56.8
เหนือ	50.0	70.6	52.0	72.6	50.8	72.7	34.8	78.0
ตอ/เหนือ	67.5	83.8	56.4	86.6	47.6	74.7	37.9	70.4
ใต้	54.0	68.4	51.2	68.8	58.2	70.0	40.5	69.0

บริเวณในช่องปากที่มีเหงือกอักเสบจะเป็นบริเวณฟันหลังล่างด้านซ้าย และขวาตามลำดับ ส่วนบริเวณที่มีเหงือกปกติมากที่สุดจะเป็นบริเวณฟันหน้าบน และฟันหน้าล่างตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ในปัจจุบันพบว่า การมีหินน้ำลาย ไม่ใช่ระยะของพัฒนาการการเป็นโรคปริทันต์ อย่างไรก็ตาม การมีหินน้ำลายเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่จะทำให้เกิดเหงือกอักเสบขึ้นได้ การสำรวจ พ.ศ. 2532⁵ พบว่าประมาณ ครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีหินน้ำลายจะมี

เหงือกอักเสบ ซึ่งสัดส่วนนี้จะแตกต่างกันในแต่ละภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเขตชนบทจะมีผู้ที่มีหินน้ำลายและเป็นเหงือกอักเสบร่วมด้วยสูงที่สุด และสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการสำรวจ พ.ศ. 2537⁶ (ตารางที่ 4)

สุวิน วิสุทธิสิน และจันทนา อึ้งชูศักดิ์⁷ (2540) ได้วิเคราะห์รายละเอียดของส่วนเปรียบเทียบสภาวะเหงือก ในแต่ละส่วนของช่องปากในช่องปากเด็กอายุ 12 ปี จากการสำรวจ พ.ศ. 2537 พบว่า ส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลาย

โดยไม่มีเลือดออกกับส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออกจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในภาคตะวันออก เชียงเหนือและกรุงเทพฯ และพบว่าส่วนในช่องปากที่มีหินน้ำลายจะมีโอกาสที่มีเหงือกเลือดออกมากกว่าที่ไม่มีหินน้ำลาย (Odds ratio = 1.64, 95% CI = 0.700-2.703)

โรคปริทันต์

เป็นภาวะที่มีการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ และมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ เรียกว่า ปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) ข้อมูลระบาดวิทยาของโรคปริทันต์ในประเทศไทยนั้นได้จากการสำรวจซึ่งมีการดำเนินการทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เกณฑ์ตัดสินการเป็นโรคจะใช้การมีร่องลึกปริทันต์ซึ่งแสดงถึงพยาธิสภาพของโรคตามระดับความรุนแรง โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ร่องลึกปริทันต์ชนิดต้น (ความลึก 4-5 มิลลิเมตร CPI=3) และร่องลึกปริทันต์ชนิดลึก (ความลึกตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป CPI=4) ข้อมูลการสำรวจในระดับประเทศ 3 ครั้ง⁴⁻⁶ (พ.ศ. 2527 2532 2537) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่ (อายุ 35-44 ปี) และ ประมาณร้อยละ 80 ในผู้

สูงอายุเป็นโรคปริทันต์ แนวโน้มของการเป็นโรคลดลงเล็กน้อยจาก พ.ศ. 2527 (ตารางที่ 5)

แม้ว่าความชุกของโรคจะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม แต่สัดส่วนของการเป็นโรคที่รุนแรงมีมากขึ้น ผู้เป็นโรคที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ขึ้นไปมีเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบในการสำรวจทั้ง 3 ครั้ง โดยเขตชนบทจะมีแนวโน้มการเพิ่มมากกว่าในเขตเมือง ภาคกลางและภาคใต้มีปัญหามากกว่าภาคอื่นๆในทุกการสำรวจ (ตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณาส่วนของช่องปากที่เป็นโรคพบว่า จำนวนส่วนในช่องปากที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งก่อน โดยพบว่าบริเวณที่เป็นโรคมากที่สุดจะเป็นบริเวณ ฟันหลังบน⁹ (ตารางที่ 7)

การเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคปริทันต์ในทุก 2 ปี ของช่วงอายุ 35-44 ปีแสดงให้เห็นการเพิ่มของตำแหน่งที่เป็นโรคตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจ พ.ศ. 2537 พบมีส่วนของช่องปากที่เป็นโรคเพิ่มจาก 1.35 ส่วน ในอายุ 35-36 ปี เป็น 1.8,3 ส่วนในอายุ 43-44 ปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 0.47 ส่วน หรือประมาณร้อยละ 8 ต่อปี (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 5 ร้อยละของเหงือกอักเสบ และ/หรือมีหินน้ำลาย และผู้เป็นโรคปริทันต์ จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527 2532 และ 2537

Table 5 Percentage of gingivitis calculus and periodontitis in age groups 35-44 & 60+ in National Oral Health Survey 1984,1989 & 1994

กลุ่มอายุ	ปีที่สำรวจ	เหงือกอักเสบและ/หรือหินน้ำลาย	โรคปริทันต์
35-44	2527	41.5	58.2
	2532	53.6	45.3
	2537	46.2	50.0
60+	2527	15.8	84.1
	2532	28.2	71.2
	2537	24.1	74.4

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้เป็นโรคปริทันต์ในกลุ่มอายุ 35-44 และ 60 ปีขึ้นไป ในระดับประเทศ
เขตเมือง และเขตชนบท

Table 6 Percentage of person with shallow and deep pocket in age groups 35-44 & 60+ yrs. in urban and rural area

ปีที่สำรวจ	ทั้งประเทศ			เขตเมือง			เขตชนบท		
	CPI3	CPI4	รวม	CPI3	CPI4	รวม	CPI3	CPI4	รวม
2527 (35-44 ปี)	46.9	11.3	58.1	49.2	8.3	57.5	49.2	12.2	61.4
2532	34.5	10.8	45.3	33.4	10.7	44.1	34.8	10.7	45.5
2537	36.9	23.1	50.0	33.1	16.1	49.2	41.3	20.7	62.0
2527 (60+ปี)	56.4	27.7	84.1	70.3	12.5	72.8	54.2	31.0	85.2
2532	47.9	23.3	71.2	46.9	19.2	65.1	48.7	23.5	72.2
2537	41.3	33.1	74.4	35.6	31.8	67.4	42.5	35.6	78.1

หมายเหตุ CPI 3 = ร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร

CPI 4 = ร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป

ตารางที่ 7 ร้อยละของโรคปริทันต์กระจายตามตำแหน่งในช่องปาก ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537

Table 7 Percentage of sextant with pocket in age group 35-44 yrs. distributed by area in the mouth, 1994

บริเวณในช่องปาก	จำนวนส่วน (sextant)	CPI3	CPI4
พื้นหลังบนด้านขวา	1,196	28.0	6.8
พื้นหน้าบน	1,196	21.8	6.3
พื้นหลังบนด้านซ้าย	1,196	25.5	8.8
พื้นล่างด้านซ้าย	1,196	22.2	4.9
พื้นหน้าล่าง	1,196	13.6	3.8
พื้นหลังล่างด้านขวา	1,196	20.5	6.9
รวม	7,176	21.9	6.2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดสภาวะ
เหงือกอักเสบและโรคปริทันต์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปริทันต์
มีจำนวนมาก ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Primary factor) ได้แก่
การบดเคี้ยวที่ผิดปกติ ภาวะการเสียดสีของ ระบบภูมิ
ต้านทานของร่างกาย เช่น ความผิดปกติของ
ระบบเลือด โรคของเมือกเลือดขาว ความผิดปกติ

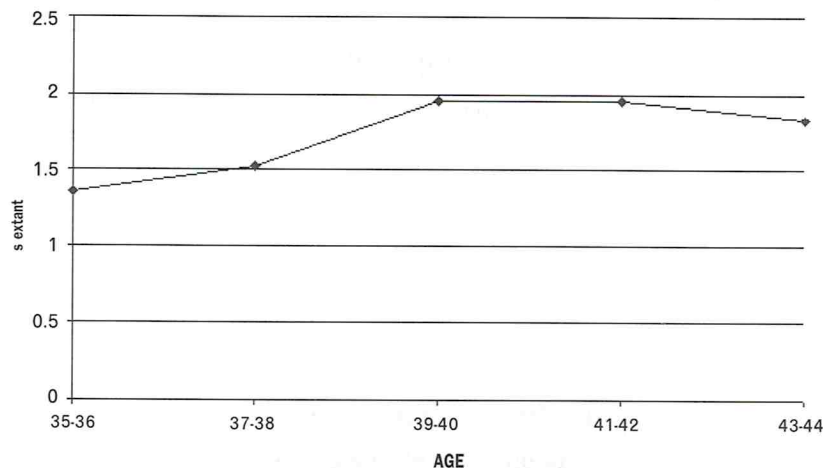
ทางพันธุกรรม เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้ออย่างอื่น (Contributing Factors or Plaque Retentive Factors)

2.1 หินน้ำลาย (Calculus) การบูรณะ
ฟันที่ไม่ดี มีขอบเกิน (Overhanged margin) ไม่
เรียบ ทำให้เป็นที่กักของคราบจุลินทรีย์ ที่จะนำ
ไปสู่การเป็นโรคปริทันต์ได้

2.2 ฟันบางซี่ที่มีร่องลึกเข้าไปใน

ภาพที่ 1 แนวโน้มของการเป็นโรคปริทันต์ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี จากการสำรวจ พ.ศ. 2537
Figure 1 Periodontal disease in age 35-44 yrs. in 1994



รากฟันทำให้เป็นที่กักเก็บเชื้อเกิดปริทันต์อักเสบได้มากกว่าตำแหน่งอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีการร่นของเหงือกมีรากฟันโผล่ ทำให้ทำความสะอาดฟันได้ยากและเป็นบริเวณที่กักเก็บเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ ซึ่งสาเหตุ ให้เกิดฟันผุที่รากฟันและโรคปริทันต์ได้

2.3 การได้รับยาบางชนิด เช่นยากดภูมิคุ้มกันจะมีปฏิกิริยาต่อเชื้อรุนแรงกว่า ทำให้บางคนมีคราบจุลินทรีย์น้อยแต่พบมีการทำลายของเนื้อเยื่อรุนแรงกว่า

2.4 โรคทางระบบ บางชนิด เช่นโรคเบาหวาน โรคเอดส์

2.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวน/วัน ขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์สูงขึ้น

ดังนั้น พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมสภาวะปริทันต์อักเสบ

พฤติกรรมในการทำมาสะอาดฟัน

การแปรงฟันเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดเหงือกอักเสบ โดยปกติแล้ว คราบจุลินทรีย์ที่เกาะบนตัวฟันจะยังไม่ทำให้เกิดอันตรายกับเหงือกจนกว่าจะมีการสะสมของเชื้อเหล่านี้มากในระดับหนึ่ง คราบจุลินทรีย์ที่อยู่ในช่องปากนานเกินกว่า 48 ชั่วโมงขึ้นไปจะเริ่มมีอันตรายต่อเหงือกและกำจัดออกได้ยาก ดังนั้น จึงแนะนำให้แปรงฟันอย่างสะอาดและทั่วถึงทุกวัน ข้อมูลการสำรวจระดับประเทศพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของทุกกลุ่มแปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ข้อมูลของการสำรวจในระดับจังหวัดจะน้อยกว่าจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชาชนแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวันน้อยกว่าในภาคอื่น¹¹⁻⁴² (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัดในช่วงพ.ศ. 2526 - 2540

Table 8 Percentage of person who brushing teeth at least once a day , from provincial oral health survey held between 1983-1997

ภาค	ร้อยละของผู้แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง			
	อายุ 12 ปี	อายุ 18 ปี	อายุ 35-44 ปี	อายุ 60+ ปี
กลาง	42.1-93.0 (7)	70.8-99.0 (7)	65.9-85.2 (7)	38.8-64.0 (6)
เหนือ	62.1-83.3 (4)	81.0-98.8 (5)	71.3-94.3 (5)	47.7-85.2 (6)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18.8-64.7 (6)	42.1-86.3 (6)	42.2-80.0 (5)	15.0-62.9 (5)
ใต้	57.7 (1)	61.3-87.1 (2)	58.0-77.3 (2)	28.8-52.5 (2)

() จำนวนจังหวัดที่มีการสำรวจ

ตารางที่ 9 ประสิทธิภาพการแปรงฟันของนักเรียนประถมศึกษา

Table 9 The cleanliness of tooth brushing in elementary school children

จำนวนบริเวณฟันที่สะอาด	ประสิทธิภาพการแปรงฟัน	เกณฑ์	ร้อยละ
ต่ำกว่า 15 แห่ง	ต่ำกว่า 65%	ควรปรับปรุง	27.1
15-17 แห่ง	65-74%	พอใช้	21.4
18-20 แห่ง	75-84%	ดี	26.2
21-24 แห่ง	85-100%	ดีมาก	25.3

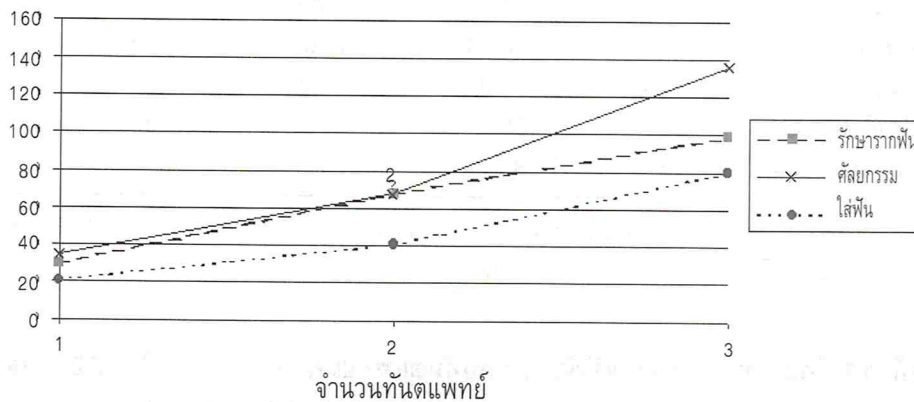
สำหรับเด็กวัยประถมศึกษา กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการปลูกฝังนิสัยในการแปรงฟันเป็นประจำทุกวันซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ในการควบคุมโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในเด็ก โครงการต่างๆเพื่อให้เด็กได้แปรงฟัน สม่ำเสมอทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งมาเป็นเวลา กว่า 20 ปี โครงการต่างๆเหล่านี้ ได้แก่

1. โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา⁴³ กิจกรรมในโครงการจะเน้นให้เด็ก แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หลังอาหารกลางวันทุกวัน ให้ครูตรวจอนามัยในช่องปากเด็ก และมีการจัดกิจกรรมการฝึกแปรงฟันเป็นรายกลุ่มตามระดับปัญหาที่พบในเด็กแต่ละคน เด็กที่มีปัญหาในระดับที่ต้องได้รับการรักษาจากทันตบุคลากรก็จะมีระบบส่งต่อไป

รับการรักษาที่สถานบริการที่รับผิดชอบในการดูแลโรงเรียนแห่งนั้น การแปรงฟันของเด็กในวัยนี้ ความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นมาก โดยพบว่า เด็กแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.7 ในพ.ศ. 2532⁵ เป็นร้อยละ 89.0 ในพ.ศ. 2537⁶ แต่ยังคงพบปัญหาด้านคุณภาพในการแปรงฟัน เนื่องจากยังคงพบเด็กมีเหงือกอักเสบค่อนข้างสูง ข้อมูลจากการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7⁴⁴ พบว่า เมื่อให้เด็กชั้น ป.4-6 (อายุ 10-12 ปี) แปรงฟันและตรวจวัดความสะอาด มีเด็กร้อยละ 51.5 ที่สามารถแปรงฟันได้สะอาดในเกณฑ์ที่ดีมาก และยังคงมีเด็กอยู่ ร้อยละ 27.1 ที่ยังต้องปรับปรุงการแปรงฟันอยู่ (ตารางที่ 9)

ภาพที่ 2 ปริมาณการให้บริการงานยากในโรงพยาบาลชุมชน 655 แห่งทั่วประเทศ พ.ศ. 2540-2541*
Figure 2 Complicated services provided by 665 community hospitals

จำนวนคนไข้เฉลี่ย



* ข้อมูลจากการสอบถามฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

2. โครงการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา⁴⁵ เริ่มดำเนินการ พ.ศ. 2534 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการทำงานของโรงเรียนให้มุ่งเน้นกิจกรรมโครงการให้มีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามโครงการนี้เป็นเพียงการกระตุ้นได้เป็นระยะเท่านั้นไม่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืนได้

3. โครงการรณรงค์ฟันดีมีสุข เริ่มดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปี 2532 เน้นการรณรงค์ให้ความรู้และการแปรงฟัน มีการดำเนินการปีละประมาณ 5 จังหวัด

พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม

ประชาชนจะรับรู้โรคในช่องปากเมื่อมีอาการปวด หรือในกรณีของการเป็นโรคปริทันต์จะเป็นระยะที่มีหนองหรือฟันโยกเป็นระยะสุดท้ายของโรคแล้ว จึงมักทำให้การบริการที่ได้รับเป็นการถอนฟันเป็นหลัก⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ โรคปริทันต์เป็นโรคที่เป็นไปช้าๆและไม่เกิดอาการที่ชัดเจน นอกจากนี้การรักษาโรคจะ

ต้องใช้เวลาและความร่วมมือของบุคลากรและผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้น การกำจัดปัจจัยเอื้อของการเป็นโรคจึงเป็นการป้องกันการพัฒนาของโรคไปสู่ระดับความรุนแรงได้ การจัดให้มีบริการทันตกรรมเบื้องต้นที่สถานอนามัยจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีโครงการเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขูดหินน้ำลายและสนับสนุนครุภัณฑ์เครื่องขูดหินน้ำลาย อบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถขูดหินน้ำลายเหนือเหงือกได้ ในช่วงแผนฯ 7⁴⁶ สามารถ สนับสนุนได้ประมาณร้อยละ 58.2 ของสถานอนามัยทั่วประเทศ มาตรการนี้ช่วยกำจัดให้ปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดเหงือกอักเสบและเป็นโรคปริทันต์ลดลงได้ อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการรักษาโรคปริทันต์ที่เป็นในระยะรุนแรงแล้วในสถานบริการของรัฐยังขาดแคลนอยู่ งานยากที่ทันตแพทย์ ให้บริการอยู่ในปัจจุบันจะเป็นงานด้านศัลยกรรม งานรักษาโรคฟันและการใส่ฟัน (ภาพที่ 2)

ตารางที่ 10 ค่าใช้จ่ายประเภทต่างๆของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

Table 10 The household expenditure per month in 1988,1990,1992,1994 & 1996

ค่าใช้จ่าย	2531	2533	2535	2537	2539
ค่าใช้จ่ายรวม	4161	5437	6529	7567	9190
- ด้านสุขภาพ	111.91	185.48	226.09	261.53	301.72
- ด้านทันตกรรม	2.19	3.43	4.24	7.34	8.54
- ค่าเครื่องมือที่มี alc	80	80	174	123	227
- ค่ายาสูบ หมาก ยานัตถ์	78	83	112	93	143

แหล่งที่มา : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2531, 2533, 2535, 2537 และ 2539 ทั่วราชอาณาจักร สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 11 ร้อยละของประชาชนที่ต้องการพบทันตแพทย์เพื่อรับบริการ ในปี 2527 และ 2532

Table 11 Percentage of person who want to visit dentist in 1984 & 1989

อายุ	เขต	ต้องการบริการทันตกรรม	
		2527	2532
18	กทม.	76.8	67.1
	เมือง	83.3	51.4
	ชนบท	75.1	70.2
	รวม	75.9	69.9
35-44	กทม.	63.1	54.0
	เมือง	72.6	62.9
	ชนบท	80.0	73.1
	รวม	77.6	69.7
60+	กทม.	28.6	29.8
	เมือง	54.2	47.1
	ชนบท	58.6	50.4
	รวม	55.4	48.0

นอกจากนี้สัดส่วนของการใช้จ่ายเงินเพื่อใช้บริการด้านทันตกรรมเฉลี่ยต่อเดือนจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนตั้งแต่ปี 2531 ถึง 2539 พบว่า การใช้จ่ายเงินด้านทันตกรรมค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายรวม และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ตาราง 10)

โอกาสที่ประชาชนจะได้พบกับทันตบุคลากรเพื่อรับการตรวจและรักษามีน้อย ความถี่ในการพบทันตบุคลากรได้ถูกใช้เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ โดยพบว่าคนที่ไม่ไปรับบริการทางทันตกรรมตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปจะพบว่ามีโอกาสในการเป็นโรคปริทันต์ขั้นรุนแรงสูงกว่าผู้ที่

ตารางที่ 12 ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ที่ต้องได้รับการขูดหินน้ำลายเมื่อตรวจด้วยทันตแพทย์ กับ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ว่าต้องการขูดหินน้ำลาย พ.ศ.2532

Table 12 Comparison between treatment need for scaling and perceived need of people, 1989

อายุ	เขต	สภาวะปริทันต์	ผู้ต้องการขูดหินน้ำลายจากแบบสัมภาษณ์
18	กทม.	87.2	14.3
	เมือง	85.4	7.7
	ชนบท	95.4	17.5
	รวม	94.0	16.7
35-44	กทม.	97.8	9.1
	เมือง	98.2	6.6
	ชนบท	98.9	6.5
	รวม	98.6	7.1
60+	กทม.	96.5	0.8
	เมือง	97.3	1.7
	ชนบท	98.8	0.9
	รวม	98.4	1.0

ได้รับการบริการทันตกรรม⁴⁷ ข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2537⁶ พบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 40-50 ของประชาชนที่เคยไปรับบริการในรอบปีที่ผ่านมา โดยมีเพียง 1/3 ของคนกลุ่มนี้ที่ได้รับการขูดหินน้ำลาย โดยลักษณะการใช้บริการเหมือนกันในทุกภาค กลุ่มอายุที่ไปรับบริการมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี สัดส่วนดังกล่าวค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับการสำรวจ พ.ศ. 2532⁵ แต่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจ พ.ศ. 2527⁴

การที่ประชาชนมาใช้บริการทันตกรรมด้วยอัตราที่ค่อนข้างคงที่ สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมที่ได้ ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของประชาชนในการเข้าถึงบริการทันตกรรม สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่ไปใช้บริการเนื่องจากระดับการรับรู้โรคของประชาชน ในขณะที่เมื่อสำรวจด้วยทันตบุคลากร มากกว่าร้อยละ 90 ต้องได้รับการบริการด้วยการขูดหินน้ำลายและ/หรือรักษาโรคปริทันต์ หรือ รักษาโรคฟันผุ แต่ความ

ต้องการในการใช้บริการทันตกรรมมีน้อยกว่ามาก (ตารางที่ 11, 12) ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พบโรคปริทันต์ในระดับรุนแรงมีมากขึ้น

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการเกิดโรคปริทันต์ได้มีมากกว่า 50 ปี นักสูบบุหรี่ (heavy smoker) จะมีโอกาสเกิดโรคปริทันต์ที่รุนแรงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 5-7 เท่า และจะมีโอกาสเกิดโรคซ้ำใหม่ภายหลังการรักษา (recurrent and refractory periodontitis) สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่⁴⁷ ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่วันละ 10 มวนขึ้นไปจะมีโอกาสเป็นโรคปริทันต์มากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ โดยอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันด้วย⁴⁷⁻⁴⁹ ผลของบุหรี่ต่อสภาวะปริทันต์นี้จะแสดงให้เห็นได้ตั้งแต่ในเยาวชน ซึ่งสภาวะปริทันต์นี้จะดีขึ้นได้หากสามารถเลิกบุหรี่ได้ อัตราเสี่ยงของผู้เคยสูบบุหรี่จะลดลง แต่อย่างไร

ก็ตามจะยังคงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

การสำรวจในประเทศไทยที่ผ่านมาไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับโรคปริทันต์ ปัญหาการสูบบุหรี่เป็นปัญหาร่วมของทุกคนในสังคม อัตราการบริโภคบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากรายได้จากการจำหน่ายบุหรี่ เป็นรายได้ของรัฐที่ค่อนข้างสูง ใน พ.ศ. 2541 ภาษีสรรพสามิต บุหรี่สูงถึง 28,691 ล้านบาท แม้ว่าจะได้มีการรณรงค์และใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อให้มีการบริโภคบุหรือน้อยลงก็ตาม อัตราการสูบบุหรี่ยังคงค่อนข้างคงที่ โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเป็นในเพศชายและช่วงอายุ 40 - 59 ปี⁵⁰ สถานการณ์ดังกล่าวจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้พบผู้เป็นโรคปริทันต์ในอายุที่น้อยลงและโรคปริทันต์ที่พบจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

โรคทางระบบ

1. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีการศึกษาพบความสัมพันธ์กับการเป็นโรคปริทันต์มากที่สุด⁴⁷ การเป็น เบาหวานจะส่งเสริมให้เกิดโรคปริทันต์ได้

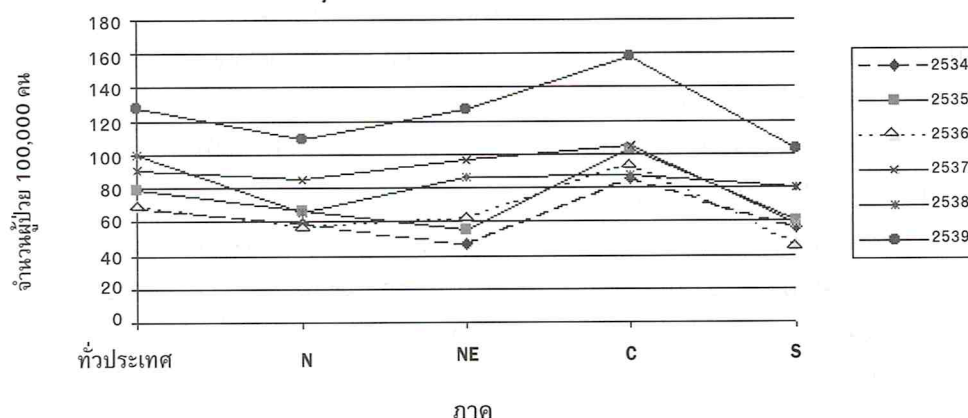
ง่ายขึ้นและเป็นโรคปริทันต์ที่มีพัฒนาการของโรคอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะไวต่อการมีสิ่งระคายเคืองที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปริทันต์มากกว่าผู้ไม่เป็นโรค เช่น การมีหินน้ำลาย เป็นต้น

ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นนับจาก พ.ศ. 2534-2539⁵¹⁻⁵⁵ โดยอัตราผู้เป็นโรคเพิ่มจาก 68.7:100,00 คน เป็น 127.5 :100,00 คน (ภาพที่ 3) โดยที่พบอัตราการเป็นโรคสูงในภาคกลาง และเป็นที่น่าสังเกตว่า ช่วงปี 2538-2539 การเพิ่มของผู้เป็นโรคค่อนข้างสูงในทุกภาค

สุวรรณา วัฒนวิทย์ และจินตนา โพคะรัตน์ ศิริ พ.ศ. 2538⁵⁶ ได้ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและสภาวะโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 200 คน อายุระหว่าง 55 - 64 ปี ซึ่งป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.4 ปี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกคนมีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 57.1 มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 5 มิลลิเมตรขึ้นไป และ ร้อยละ 93.3 มีการสูญเสียเยื่อยึดปริทันต์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีฟันเฉลี่ยในปากเพียง 16.45 ซี่ โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุตุ ถึง 15.39 ซี่/คน

ภาพที่ 3 ความชุกของโรคเบาหวานระหว่าง พ.ศ.2534-2539

Figure 3 Prevalence of Diabetes between 1991-1996



แสดงให้เห็นว่า ภาวะการเป็นเบาหวานนั้นเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคในช่องปากและมีผลทำให้เกิดการสูญเสียฟันได้มาก

2. โรคทางระบบอื่นๆ

นอกจากโรคเบาหวานแล้วได้มีการศึกษาพบว่า โรคทางระบบอื่นๆมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปริทันต์ เช่น ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) และผู้ป่วย HIV positive ปัจจุบันการติดเชื้อ HIV ได้ถูกใช้เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์ และพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีโรคปริทันต์ที่มีการลุกลามและมีการทำลายเนื้อเยื่ออย่างรวดเร็วผู้ป่วยพวกนี้จะไม่ตอบสนองต่อการรักษา ข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ HIV ระหว่าง พ.ศ. 2532-2540⁵⁷ พบว่าชายไทยอายุ 21 ปี มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ.2532 และสูงสุดในปี พ.ศ. 2536 โดยพบร้อยละ 4 หลังจากนั้นผู้ติดเชื้อลดลง จนต่ำสุดพบร้อยละ 2.2 ในเดือนมิถุนายน 2540 (ภาพที่ 4)

ลัคนา เหลืองจามิกร และคณะ⁵⁸ พ.ศ.

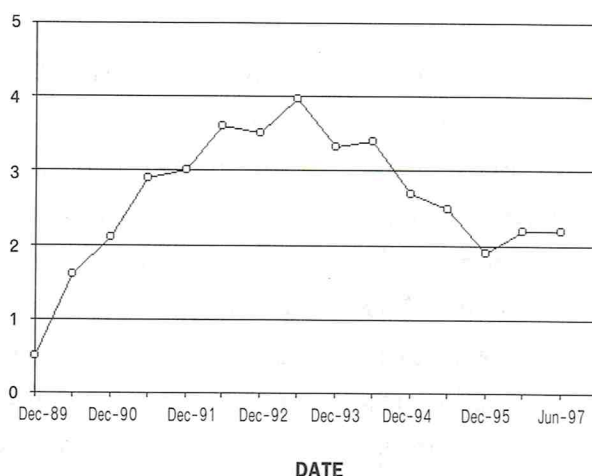
2537 ได้รายงานว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV คนไทยประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการในช่องปาก ได้แก่ การมีแผล เหงือกอักเสบ ปากแห้ง ติดเชื้อรา และมะเร็งในหลอดเลือด แม้ว่า สัดส่วนของผู้ติดเชื้อจะดูไม่มากนักในภาพรวมของประชากรทั้งประเทศ แต่เป็นปัญหาที่ยากและซับซ้อน การจัดการ การรักษาจะไม่ค่อยประสบผลนัก จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทันตบุคลากรต้องให้ความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมไปกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประชาชนด้วย

แนวโน้มของสภาวะปริทันต์อักเสบ

สภาวะเหงือกอักเสบเป็นสภาวะที่พบได้ในประชาชนไทยทุกกลุ่มอายุ แนวโน้มของโรคเพิ่มขึ้นในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่มีเหงือกอักเสบ (ประมาณ 3 ใน 4) ในขณะที่พบการเป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในอายุที่น้อยลง โดยพบร้อยละของผู้มีกระเปาะปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไปเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 4 ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV พ.ศ.2532-2540

Figure 4 Hiv surveillance between 1989-1997



จากร้อยละ 10.8 ในพ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 23.1 ในพ.ศ. 2537 ค่าเฉลี่ยส่วนในช่องปากที่เป็นโรคเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 6) ลักษณะเช่นนี้จะทำให้แนวโน้มการสูญเสียฟันด้วยโรคปริทันต์เร็วขึ้นในอนาคต รายงานขององค์การอนามัยโลกซึ่งจัดทำโดย Miyazaki H. และคณะ พ.ศ. 2534⁵⁹ ซึ่งรวบรวมข้อมูลของประเทศต่างๆ ทั่วโลก 50 ประเทศ 100 การสำรวจ พบว่า ลักษณะการเป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงจะมีความชุกประมาณร้อยละ 5-20 ของประชากร และการสูญเสียฟันจากการเป็นโรคปริทันต์จะไม่เกิดขึ้นก่อนอายุ 50 ปี อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โรคปริทันต์ในผู้ใหญ่ไทย (อายุ 35-44 ปี) จัดเป็นระดับปานกลางเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของผู้เป็นโรคปริทันต์เพียงร้อยละ 5⁶⁰ สถานการณ์เช่นนี้ส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย ซึ่งไม่สามารถแปร่งฟันได้สะอาด และสม่ำเสมอ ตลอดจนสถานการณ์ของปัจจัยเอื้อต่างๆ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในประชาชน เช่น โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และโรคเอดส์ ซึ่งมีผลรบกวนต่อภูมิคุ้มกันของร่างกายและส่งเสริมให้เกิดโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น

อภิปรายและเสนอแนะ

ข้อมูลสภาวะปริทันต์ที่ได้จากการวัดโรคด้วยดัชนี CPITN เป็นข้อมูลที่วัดรอยโรคที่ปรากฏอยู่ทั้งหมดรอยโรคเหล่านี้บางส่วนอยู่ในระยะลุกลามบางส่วนเป็นร่องรอยที่หายจากการรักษา ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นการประมาณมากกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม การมองภาพเปรียบเทียบเพื่อดูแนวโน้มการเป็นโรคสามารถทำได้เนื่องจากการเปรียบเทียบข้อมูลที่วัดจากดัชนีเดียวกัน สภาวะเหงือกอักเสบมีความชุกสูงมากในทุกกลุ่มอายุทั้งๆที่เป็นสภาวะที่หายได้ด้วยการแปร่งฟัน

อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าการมีสภาวะเหงือกอักเสบไม่จำเป็นที่จะต้องพัฒนาเป็นโรคปริทันต์ แต่ตำแหน่งที่เป็นโรคปริทันต์จะผ่านการมีเหงือกอักเสบมาก่อน⁴⁷

แบบแผนการเป็นโรคทั้งในระดับของเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์แสดงให้เห็นถึงตำแหน่งวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค คือ บริเวณตำแหน่งฟันหลังบน⁷⁹ ทั้งนี้เป็นเพราะความถนัดในการวางแปรงสีฟันและลักษณะทางกายวิภาคของฟันกรามบนซึ่งมีหลายราก บริเวณรอยแยกของรากฟัน (tooth furcation) จะเป็นตำแหน่งที่เกิดโรคปริทันต์ได้ง่ายเมื่อมีการร่นของเหงือกเกิดขึ้น ดังนั้น การฝึกทักษะในการแปรงฟันจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญ การสร้างค่านิยมในการมีช่องปากที่สะอาด มีใช้เพียงเพื่อความสวยงามและการเข้าสังคมเป็นประเด็นสำคัญ การทำงานเพื่อควบคุมโรคจะต้องสอดประสานในหลายสาขาวิชา (multidiscipline) เนื่องจากปัญหาโรคปริทันต์มีความเกี่ยวข้องกับ การเสียสมดุลของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และ ความสมบูรณ์ของกระดูก ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ โรคทางระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน โรคเอดส์^{47,61} ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis)⁶² ภาวะทุพโภชนาการ การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด* ล้วนมีผลต่อความรุนแรงของโรคปริทันต์ ดังนั้น การควบคุมโรคเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ การควบคุมโรคปริทันต์ด้วย หรือในมุมกลับกัน ทันทบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์หรือดำเนินโครงการเพื่อป้องกันโรคปริทันต์จะต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย เพราะฉะนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขทุกสาขาควรจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในองค์รวมของสุขภาพโดยไม่มุ่งเน้นเฉพาะงานในสาขาของตนเท่านั้น

เนื่องจากลักษณะปัญหาของโรคปริทันต์มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโดยที่ความชุกของการ

เป็นโรคลดลง ในขณะที่ผู้เป็นโรคมีปัญหาความรุนแรงของโรคมากขึ้น (ตารางที่ 6) ตลอดจนอายุเริ่มต้นของการเป็นโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่เริ่ม น้อยลง ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์เป็นสิ่งจำเป็น การรักษาโรคปริทันต์ที่รุนแรงเป็นงานที่ต้องอาศัยทักษะทางการแพทย์พยาบาลและการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (meeting of the two experts) ควรมีการพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคปริทันต์ชนิดยากแก่ทันตแพทย์ และพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อมูลระบาดวิทยาของสภาวะปริทันต์อักเสบในประเทศจำกัดอยู่เพียงการแสดงถึงสถานการณ์ของโรค ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ มีผู้ทำการศึกษาไว้น้อยมาก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษามากพอที่จะยืนยันถึงอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์ เพื่อสามารถใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นหาแนวทางในการสื่อสารกับประชาชนเพื่อเปลี่ยนเจตคติและค่านิยมในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นภาระกิจที่สำคัญของบุคลากรสาธารณสุขทุกคน

บทสรุป

ปัญหาเหงือกอักเสบเป็นปัญหาที่พบในประชาชนไทยอย่างกว้างขวาง (ประมาณ ร้อยละ 75) ประชาชนสามารถจะดูแลตนเองได้หากสามารถทำความสะอาดเหงือกและฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ ในขณะที่พบว่าความชุกของโรคปริทันต์มีแนวโน้มลดลงทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยผู้เป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงมีมากขึ้น การทำงานเพื่อป้องกันและควบคุมสภาวะปริทันต์อักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

จะต้องเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ขอบคุณ บุคคลที่เกี่ยวข้องให้ความอนุเคราะห์งานวิจัยสำเร็จด้วยดีดังนี้

1. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้นำและผู้ชี้แนะ แก่ทีมผู้วิจัยโดยตลอด
2. ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข ที่อนุญาตและสนับสนุนให้งานวิจัยชิ้นนี้ลุล่วงด้วยดี
3. รองศาสตราจารย์ ทพ.ญ. ดร. ยุพิน ส่งไพศาล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพ. ดร. สุปรีดา อุดุลยานนท์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นในการเขียนรายงานการวิจัย
4. นางสาวนนทวัน วงศ์ขวัญ, นางสาววิภาวรรณ โทชน์ ที่ช่วยเหลือในการรวบรวม, ประมวลผลข้อมูลและสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. รัตนา อัมไพวรรณ, ทฤษฎีโรคปริทันต์แนวใหม่ ใน: การส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในทศวรรษหน้า , พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัท ไชเบอร์เพรส จำกัด , กรุงเทพฯ, 2542, หน้า 51-55.
2. Ainamo J., Barms DE., Beagrie G. et al. Development of the World Organization (WHO) Community Index of Treatment Needs (CPTN) . Int Dent J. 1982; 32: 281-291
3. World Health Organization. Oral health surveys basic methods. Edition 3, Geneva, 1987: 49 - 50
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2527 (เอกสารอัดสำเนา)
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย 2532 พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : กันยายน 2532
6. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : 2537
7. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.ฐานข้อมูลสภาวะปริทันต์อักเสบ
8. สุวิน วิสุทธิสิน และ จันทนา อึ้งชูศักดิ์. สภาวะปริทันต์และความสัมพันธ์ระหว่างการมีหินน้ำลายกับเหงือกอักเสบ ของเด็กไทย อายุ 12 ปี. ว.ทันต.สธ. 2540; 1 : 47-55
9. ปิยะดา ประเสริฐสม. โครงการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 เอกสารเสนอเพื่อการสอบ อนุมัติบัตรเป็นผู้ชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาทันตสาธารณสุข มกราคม 2541 (เอกสารอัดสำเนา)
10. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สภาวะปริทันต์และแนวโน้มการเกิดโรคปริทันต์ของประชาชนไทย เอกสารประกอบการสัมมนาผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2520-2537 และการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต ระหว่างวันที่ 15-16 สิงหาคม 2538 ณ. โรงแรมริชมอนด์ อ.เมือง นนทบุรี กองทันตสาธารณสุข นนทบุรี : 2538
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นนทบุรี การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัด นนทบุรี พ.ศ. 2530 . (เอกสารอัดสำเนา)
12. วรพันธ์ ลิ้มสินะโรภาส และคณะ การสำรวจสภาวะสุขภาพในช่องปาก จังหวัดพิษณุโลก ปี 2531 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก , 2531.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัด ราชบุรี ปี 2531
14. ฝ่ายทันตสาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 3 นครราชสีมา รายงานการสำรวจทันตสุขภาพ เขต 3 : 2532
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์ รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพ จังหวัด กาฬสินธุ์ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2536
16. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ และคณะ รายงานการวิจัย การศึกษาการเปลี่ยนแปลงสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 2532
17. ชลธิชา พุทธรังษีนันท์ ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2533 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 2533
18. สถาพร จันทร รายงานผลการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัด ฉะเชิงเทรา 2533 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 2533
19. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปาก ครั้งที่ 1 2533
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพ จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2534

21. ปริญญา คงทวีเลิศ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชากร จังหวัดสุโขทัย ปี 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
22. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 8 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ รายงาน การสำรวจทันตสุขภาพ จังหวัดระนอง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 2534
23. วรพันธ์ ลีมีสินธโรภาส รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัด พิษณุโลก ปี 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก 2534
24. ประจวบ จันทระคิด รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชากรจังหวัด เพชรบูรณ์ ปี 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ 2534
25. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พะเยา รายงานการวิจัยเชิงสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพะเยา 2535
26. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รายงานการสำรวจทันตสุขภาพประชาชน ปี 2535
27. ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2535
28. วิชัย ตันทุลกนกกรัษต์ และบัญชา ตั้งสกุล รายงานผล การสำรวจทันตสุขภาพเขต 5 ครั้งที่ 2 ปี 2535 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 5 นครราชสีมา
29. ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี รายงานสำรวจทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดลพบุรี ปี 2537
30. เสริมสุข พิษเซอร์ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง สภาวะทันตสุขภาพของประชากร จังหวัดกระบี่ ปี 2538 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
31. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของ ประชากร จังหวัดเพชรบุรี ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2539
32. สุขจิตตรา วณากิรักษ์ รายงานผลการวิจัยเชิงสำรวจ การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดแพร่ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
33. งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองบัวลำภู รายงานการสำรวจสุขภาพช่องปากประชาชน จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งที่ 1
34. รัชณี จดสันติวรวัักษ์ และวรพันธ์ ลีมีสินธโรภาส รายงานการวิจัย เรื่อง การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก ปี 2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
35. สันติ ศรีสมทรัพย์ รายงานการวิจัย เรื่อง การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
36. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากประชาชน จังหวัด กาฬสินธุ์ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2539
37. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2540
38. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง ผลการ สำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี 2540
39. ปรรธนา อุ้มผลเอิบ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพประชาชนจังหวัดอ่างทอง ปี 2540 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

40. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2540
41. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สภาวะทันตสุขภาพจังหวัดสกลนคร ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2540
42. งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ รายงานผลการสำรวจ สภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุดรดิตถ์ ครั้งที่ 3 ปี 2540
43. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : ไม่ระบุปีที่พิมพ์; 7.
44. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2541; 121
45. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย โครงการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังทันตสุขภาพ (เอกสารอัดสำเนา)
46. ฝ่ายแผนงาน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรกฎาคม 2538
47. Page R.C. Beck J.D. Risk assessment for periodontal disease. J. Int.dent 1997 47: 61-87
48. Watt R., Robinson M. Helping smoker to stop a guide for the dental team. Health Education Authority, England. 1999; 9-11.
49. Grossi S.G., Zambon J., Machtei E.E., Schifferle R., Andreana S., Genco R.J., Cummins D., Harrap G. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. JADA. 1997; 128: 599-607
50. ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถานการณ์การสูบบุหรี่ในคนไทย
51. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2534. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2537 หน้า 210
52. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2535. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2537 หน้า 15, 210
53. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2538 หน้า 210
54. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2537. กรุงเทพฯ: 2537 หน้า 129
55. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: 2539 หน้า 160
56. สุวรรณ วัฒนวิทย์ และจินตนา โพคะรัตน์ศิริ สภาวะทันตสุขภาพและสภาวะโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ว.ทันต.จุฬาฯ 2538; 18(2) : 119-129
57. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ : ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย ประจำปี 2540 (รอบที่ 15). 19 ธันวาคม 2540 ; 51: 741.

58. ลัคนา เหลืองจามิกร และคณะ : Oral status of Thai-HIV persons; เอกสารประกอบการนำเสนอในการประชุม The International conference AIDS in Asia and the Pacific เมืองโยโกฮาม่า ประเทศญี่ปุ่น พ.ศ. 2537
59. Miyazaki H., Pilot T., Leclercq MH., Barmes DE. Profile of periodontal conditions in adults measured by CPITN. Int Dent J. 1991; 41:74-80
60. Oliver RC., Brown LJ., Loe H. Periodontal diseases in the United States population. J. periodontol. 1998; 2:269-278.
61. Vrotsos JA., Vrahopoulos TP. Effect of systemic diseases on the periodontium. Curr Opin Periodontol. 1996; 3:19-26.
62. Loza JC., Carpio LC., Dziak R. Osteoporosis and its relationship to oral bone loss. Curr Opin Periodontol . 1996;3:27-33.

Periodontal status and related factors in Thais during 1983-1997

Piyada Prasertsom *

Srisuda Leelasithorn *

Waraporn Jirapongsa *

D.D.S., M.Sc.(Med.Epi)

D.D.S., M.P.H.

D.D.S., M.P.A.

Abstract

Results of CPITN surveys from provincial and national level during 1983-1997 were assembled. Significant factors related to periodontal condition were collected to explain the disease. Over 75% of Thai people had gingivitis. Lower posterior areas were found to be critical areas with high prevalence of disease compared to the other. 50% of the age group 35 - 44 years had periodontal pocket (CPITN3 & 4). Although the prevalence was diminished compared to the data from 1984 national oral health survey but the percentage of people with severe pocket ≥ 6 mm. was increased. Smoking and systemic disease especially diabetes had been identified as risk factors. Dentists were still lack of capability in complicated periodontitis treatment. Moreover people were not concerned in their oral health and unable to effectively clean their own teeth. Enabling people in oral health care and working as a good health team were important to periodontal disease control.

* Dental Health Division Department of Health Ministry of Public Health.