

## การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ Oral Health Promotion in Elderly Group

สุธา เจียรณณีโชติชัย

วารางคณา เวชวิทย์

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

### บทคัดย่อ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ประชากรกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่มาก รุนแรงและซับซ้อนกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ อยู่ การติดตามให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพของช่องปาก โดยทันตบุคลากรฝ่ายเดียวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้สูงอายุมีทันตสุขภาพที่ดี จนบรรลุเป้าหมายได้ トラบดิที่ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักในความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

กระบวนการส่งเสริมทันตสุขภาพ จัดเป็นกระบวนการหนึ่ง ที่จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลและพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งรักษาการมีสุขภาพดีให้คงไว้ตลอดไป ซึ่งรูปแบบและวิธีดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ จะประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษา การใช้สารฟลูออไรด์ หรือสารเคมีร่วมกับการใช้เทคนิคบริการทันตกรรม เชิงป้องกันในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการ ความเป็นไปได้ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยคำนึงถึงความแตกต่างของระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และที่สำคัญควรมีการประสานงานกันทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนตลอดไป

### Abstract

As the result of social structure changed, the number of elderly population is increased. These elderly population are still having more oral health problems, more severely and more complicated than other groups. To achieve the goal of good oral health in elderly population, the follow up and treatment by dental health personal alone is inadequate. Good education, attitude and awareness of dental self-care among elderly population are required.

The oral health promotion process is one of the strategies to improve or maximize dental self-care among elderly groups to have long-term good oral health. The model and process of dental health promotion includes, oral health education, fluoride supplement, chemical therapy and preventive dental service technic in risk groups. These could be adopted to fit needs and feasibility of each person, family and community by considering the difference socio-economics and cultures. Importantly, the good collaboration between government and private sectors should be emphasized to ensure the achievement of ultimate goals.

## บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบัน ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างเห็นได้ชัด ประชากรโลกในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ<sup>(1)</sup> แต่การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ จะมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเสมอไป จากการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปัญหาสำคัญที่ต้องการการช่วยเหลือ อันดับแรกคือ ปัญหาด้านความเจ็บป่วยและสุขภาพ รองลงมาคือ ปัญหาเศรษฐกิจการเงิน และสวัสดิการสังคม<sup>(2)</sup> ซึ่งความเจ็บป่วยและสุขภาพในผู้สูงอายุจะแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ทั้งการเปลี่ยนแปลงโดยปกติ และจากโรคของร่างกายและจิตใจ

ปัญหาสุขภาพช่องปาก จัดเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด ติดเชื้อโดยตรงแล้ว ภาวะการสูญเสียฟันจากโรคยังเป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหาร ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอีกด้วย การแก้ไขปัญหาโรคในช่องปากของผู้สูงอายุโดยการรักษา เป็นสิ่งที่ประเมินได้ยาก ทั้งวิธีการรักษา ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุม ความคุ้มค่า เพราะบางครั้งการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ก็ยังไม่อาจช่วยให้อวัยวะในช่องปากสามารถใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เทียบเท่าธรรมชาติได้

“การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก” จึงเป็นกระบวนการจัดการจัดบริการด้านทันตสุขภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพตนเอง ให้ดีขึ้น หรือรักษาการมีสุขภาพดีให้คงไว้ตลอดไป โดยการส่งเสริมให้มีความรู้ มีวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบการมีสุขภาพช่องปากที่ดี คือ การปราศจากความเจ็บปวดหรือการติดเชื้อในช่องปาก ช่องปากสามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีทั้งพันธุกรรมชาติ

และพันปลอม มีสุขภาพจิตที่ดี มีความพอใจ และได้ รับบริการทันตกรรมที่จำเป็นอย่างเหมาะสม<sup>(3)</sup>

รูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องสอดคล้องกับพื้นฐานความรู้ วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม นอกจากนั้นยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้ง ภาครัฐ และเอกชน ในการปรับเปลี่ยนบริการจากเดิม ที่ตั้งรับ เน้นการรักษา ให้เป็นไปในเชิงรุกในรูปแบบ ของการส่งเสริมป้องกัน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน ทัศนคติและพฤติกรรมทันตสุขภาพในผู้สูงอายุที่ ถูกต้องเหมาะสม ยั่งยืนตลอดชีวิต

## ปัญหาและภาวะโรคในช่องปากผู้สูงอายุ โรคฟันผุ และรากฟันผุ

ฟันผุ พบได้ทั้งส่วนตัวฟันและรากฟัน โดยราก ฟันจะพบผุเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก สาเหตุหลายประการ เช่น เหงือกกร่น ทำให้ผิวรากฟัน มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมในช่องปากเพิ่มขึ้น<sup>(4)</sup> การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรับบริโภค การทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดีเท่าที่ควร เพราะปัญหาโรคข้อ, สายตา นอกจากนี้ การใช้ยาพวก anticholinergic, antidepressant และ antihypertensive จะลดการ หลั่งของน้ำลาย<sup>(5)</sup> ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ<sup>(6)</sup>

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537<sup>(7)</sup> พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 95.0 มีประสบการณ์โรคฟันผุ ค่าเฉลี่ยของฟัน ผุ ถอน อุด 15.8 ซี่/คน หรือประมาณครึ่งหนึ่งของฟัน ในปากเป็นโรคฟันผุ มีฟันผุที่รากร้อยละ 27.0 แต่จะ สูงในเขตเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครสูงถึงร้อยละ 43.8 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูง อายุด้านทันตสุขภาพ ปี 2539<sup>(8)</sup> กลุ่มผู้สูงอายุในสถาน- สงเคราะห์คนชรา มีการผุที่ราก ร้อยละ 44.3 ในขณะที่ กลุ่มผู้สูงอายุในชมรมมี ร้อยละ 28.6

ในอเมริกา และอีกหลายประเทศแถบอเมริกาใต้ เอเชีย พบการฟุ่ที่รากฟันและการฟุ่จากรอยเติม มีจำนวนเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญในการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุมากกว่าโรคปริทันต์อีกด้วย<sup>(9)</sup>

## Israelpritud

โรคนี้เป็นสาเหตุของการสูญเสียฟันที่ละหลาย ๆ ซึ่ง จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2537<sup>(7)</sup> พบว่า โรคปริทันต์ยังเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 74.4 มีร่องลึกปริทันต์ > 3 มม. ซึ่งมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยความชุกของโรคในเขตเมืองและชนบทจะใกล้เคียงกัน แต่ในชนบทจะมีร้อยละของความรุนแรงของโรคสูงกว่า

## การสูญเสียฟัน

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 ปี 2537<sup>(7)</sup> ประเทศไทย มีผู้สูงอายุสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 16.3 ในขณะที่การใส่ฟันทั้งปากทำได้เพียงร้อยละ 8.4 หรือครึ่งหนึ่งของผู้สูญเสียฟันทั้งปาก ผู้สูงอายุสูญเสียฟันเฉลี่ย 14 ซี่/คน แต่จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านทันตสุขภาพปี 2539<sup>(8)</sup> ในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า มีการสูญเสียฟันเฉลี่ย 15.7 และ 19.5 ซี่/คน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุโดยรวม และสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ

นอกจากนี้อาจพบปัญหาแผลหรือก้อนทุมในช่องปาก ที่เกิดจากฟันปลอม หรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ ที่เป็นสาเหตุของความเจ็บปวด ขัดขวางการบดเคี้ยว ถ้ารุนแรงอาจกลายเป็นมะเร็งได้ แต่พบไม่มาก

จากสภาวะโรคฟันผุที่ตัวฟัน รากฟัน การมีร่องลึกปริทันต์ ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.1 รู้และยอมรับว่าเป็นปัญหา แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่ยังได้รับบริการต่ำ<sup>(7)</sup> ทั้งนี้เป็น

ผลจากทั้งตัวผู้สูงอายุเองมักมองว่า เมื่ออายุมากขึ้น การมีปัญหาลักษณะช่องปากหรือ การสูญเสียฟันเป็นเรื่องปกติที่ยอมรับได้<sup>(10)</sup> ส่วนมากคิดว่าอายุมากแล้ว ไม่มีความจำเป็นต้องมารับบริการ จะมาพบทันตแพทย์ต่อเมื่อมีอาการเท่านั้น<sup>(11)</sup> หรือมีปัญหาค่าใช้จ่าย ความกลัว ปัญหาการเดินทาง การไม่รู้จักสถานบริการ<sup>(8,12)</sup> ลักษณะของการให้บริการ ที่ยังเป็นไปในเชิงรับ ไม่ครอบคลุมและไม่ทันการณ์ ทำให้สภาวะของโรคยังคงอยู่และยังไม่บรรลุนำมา

## เป้าหมายทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

เป้าหมายทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2543<sup>(7)</sup> กำหนดให้ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีฟันแท้อยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ แต่ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 47.7 ที่มีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และยังพบสภาวะของโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ (มีร่องลึกปริทันต์  $\geq 4$  มม.) สูงถึงร้อยละ 95.0 และ 74.4 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ายังไม่บรรลุถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพที่ดี

แต่คุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพที่ดี ไม่เพียงพอแต่คำนึงถึงว่า ผู้สูงอายุควรจะมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ ที่ใช้งานได้ ยังต้องคำนึงถึงสภาพเหงือกที่รองรับ และการสบฟันเพื่อบดเคี้ยวที่ดี ซึ่งอาจเป็นฟันธรรมชาติหรือฟันปลอม<sup>(8)</sup>

## การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

จากกฎบัตรรอดตาว่า<sup>(13)</sup> ซึ่งให้เห็นว่า กลวิธีพื้นฐาน 3 ประการ ในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

หนึ่งการชี้แนะทางสุขภาพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ จะต้องปฏิบัติตนเป็นผู้ชี้แนะให้ครอบคลุมทุกระดับในสังคมในหลายรูปแบบ สองการเพิ่มสมรรถนะให้ทุกคนสามารถมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่

เขาทำได้และสามารถใกล้เคียงประสานผลประโยชน์ และกิจกรรมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ครอบครัวยุวมชน เพื่อจุดหมายด้านสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะสัมฤทธิ์ผล เมื่อ<sup>(14)</sup>

- ประชาชนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการป้องกันโรค

- มีประเภทของบริการและทันตบุคลากรที่สามารถให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพรองรับเหมาะสม

- มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ เช่น นโยบาย หรือข้อบังคับที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

เนื่องจากปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ ขาดความรู้เรื่องโรค และการดูแลตนเอง ดังนั้น นอกจากจะให้ความรู้ โดยผ่านสื่อ และช่องทางต่างๆ ที่จะเข้าถึงผู้สูงอายุได้ กระตุ้นความสนใจให้มากขึ้นแล้ว ยังต้องมีการศึกษาหารูปแบบและกิจกรรมส่งเสริมป้องกันต่างๆ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟันฟลูออไรด์ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น<sup>(6)</sup>

## กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ

### 1. การปรับพฤติกรรมการทำความสะอาด

#### 1.1 Oral health education

การให้คำปรึกษาและให้ทันตสุขภาพศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ความสนใจและการรับรู้ การให้ทันตสุขภาพศึกษา อาจต้องมีเทคนิคและวิธีการใหม่ๆ มากกระตุ้นทั้งในเชิงกลุ่มและรายบุคคล แล้วแต่ความเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษา การให้ทันตสุขภาพศึกษา การสาธิต ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมทันตสุขภาพตนเอง เช่น การแปรงฟัน การบ้วนปาก การทำความสะอาดฟันปลอมในแต่ละวัน แล้วใช้กระบวนกรกลุ่ม และสังคมเป็นตัวช่วยปรับ หรือช่วยจูงใจ พบว่า ผู้สูง

อายุส่วนใหญ่มีสภาวะทันตสุขภาพ และการดูแลตนเองได้ดีขึ้น<sup>(15,16,17)</sup> การให้ความรู้ อาจใช้หลัก Tell-show-do<sup>(18)</sup>

1. **Tell** : คือ ขั้นตอนการอธิบายว่า ทำไมต้องทำ, ทำเมื่อไร, ทำที่ไหน และทำอย่างไร (Why it should be done, when to do it, where to do it, and how to do it)

2. **Show** : คือ ขั้นตอนการสาธิต โดยใช้ช่องปากของผู้ป่วยเป็นตัวอย่าง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถมองเห็นวิธีการทำความสะอาดที่ทันตบุคลากรแสดงให้ดูได้ เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การใช้อุปกรณ์ในการกำจัดคราบจุลินทรีย์อื่นๆ และการใช้ฟลูออไรด์

3. **Do** : คือ ขั้นตอนให้ผู้สูงอายุทดลองปฏิบัติ โดยมีบุคลากรคอยชี้แนะ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด แต่สิ่งที่ควรคำนึง คือ ผู้สูงอายุยังสามารถรับรู้ เรียนรู้ และเก็บข้อมูล ข่าวสารใหม่ๆ ได้ แต่ต้องใช้เวลา ข่าวสารควรอยู่ในปริมาณที่สามารถเรียนรู้เข้าใจได้อย่างสบาย มีการกระตุ้นด้วยการเขียน การแสดง หรือการพูดให้ฟังบ่อยๆ การให้โอกาสฝึกทักษะ ก็จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ และจำได้ในระยะยาว

#### 1.2 Plaque control programe

คราบจุลินทรีย์ที่อยู่ที่ผิวฟัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ฟันผุที่รากฟัน และการกำจัดออกทางเชิงกล จะช่วยป้องกันได้<sup>(19)</sup> การควบคุมคราบจุลินทรีย์ บริเวณตัวฟันและรากฟัน ทำได้โดยการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดชนิดต่างๆ เช่น แปรงสีฟัน ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน ไม้จิ้มฟัน ตามความเหมาะสมกับสภาพช่องปาก กิจกรรมนี้กลุ่มงานทันตกรรมป้องกัน กองทันต-สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมทันตกรรมป้องกันสำหรับผู้รับบริการอายุ 12 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย การจูงใจให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ความสัมพันธ์ของคราบจุลินทรีย์กับการเกิดโรค สาธิตและ

ฝึกปฏิบัติ ในการใช้สีย้อมฟันตรวจหาคราบจุลินทรีย์ ในปากของตนเอง และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อ กำจัดคราบเหล่านี้ ได้แก่ แปรงสีฟัน หมัดขัดฟัน แปรงซอกฟัน ไม้จิ้มฟันตามความเหมาะสม ในรายที่ มีการอักเสบรุนแรงอาจให้น้ำยาบ้วนปากร่วมด้วยเพื่อ ลดความรุนแรงของโรค เมื่อผู้รับบริการกลับไปปฏิบัติ ได้ระยะหนึ่ง จะมีการนัดมาประเมินผล ซึ่งก็พบว่า ความสามารถในการดูแลทำความสะอาด การควบคุม คราบจุลินทรีย์ และสภาพช่องปากของผู้ที่ผ่าน กระบวนการ จะดีขึ้น

## 2. การใช้ Fluoride

- กรณี Topical Fluoride ในผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ฟลูออไรด์แบบผสมทั้ง ยาสีฟัน (tooth paste) น้ำยาบ้วนปาก (rinses) และฟลูออไรด์เจลเฉพาะที่ (gels) แบบใช้เอง จะช่วยป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(9)</sup> โดยทั่วไป ผู้สูงอายุควรได้รับฟลูออไรด์ จากการแปรงฟันทุกวัน และอาจมีการใช้น้ำยาบ้วน ปากผสมฟลูออไรด์ หรือ เจล ทุกวันร่วมด้วย การ apply 1 % Fluoride gel ใน custom tray ทุกวัน เป็นเวลา 1 เดือน สำหรับผู้ที่มีฟันผุสูง จะช่วยเพิ่มการ remineralization ได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>(18)</sup> และจากการ ศึกษา พบว่า เมื่อรากฟันผุไปแล้ว การแปรงฟันอย่าง จริงจังด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ พร้อมกับได้รับ 2% NaF Solution 2 ครั้ง ในตอนเริ่มแรก และอีกครั้งหนึ่งใน 8 สัปดาห์ต่อมา พบว่า Active root lesion บนด้าน buccal เปลี่ยนไปเป็น inactive carious ได้โดยไม่ต้องอุดฟัน<sup>(20)</sup> นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษา ทางศัลยกรรมปริทันต์ พบว่า การใช้ Fluoride varnish (Duraphat@ Germany) ทาบริเวณรากที่แห้งและโผล่ ทุก 3 เดือน (three monthly interval) จะทำให้เกิด ฟันผุบริเวณรากฟันลดลงอย่างมีนัยสำคัญด้วย เช่นกัน<sup>(21)</sup>

- กรณี Systemic fluoride ในผู้สูงอายุ ซึ่ง เดิมเชื่อว่ามีผลเฉพาะในเด็ก แต่ในปัจจุบัน พบว่า Fluoride

ในน้ำดื่มแสดงให้เห็นถึง การลดลงของการเกิด coronal และ root caries ในผู้ใหญ่ ซึ่งจากการติดตามผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชน 2 แห่งใน Ontario แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ของการเกิด root caries ที่เป็นผลจากการได้รับ Fluoride โดย พบว่า ค่าเฉลี่ยของการผุหรืออุดบริเวณรากฟัน ในผู้ใหญ่ที่อาศัยใน ชุมชนที่มีระดับ Fluoride ในน้ำสูง มีค่า 0.64 ซี/คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของการผุหรืออุดของผู้อาศัยในชุมชน ที่มี Fluoride ในน้ำดื่มต่ำ มีค่า 1.36<sup>(22)</sup> ซี/คน ดังนั้น การจัดระบบน้ำประปาผสมฟลูออไรด์ในพื้นที่ที่มี อัตราเสี่ยงต่อโรคสูง อาจเป็นมาตรการหนึ่งที่ควร พิจารณา

## 3. การใช้สารเคมีอื่นๆ เช่น Chlorhexidine

Bisguanide chlorhexidine<sup>(9)</sup> จัดเป็นยาฆ่าเชื้อ ที่ไม่เพียงแต่ต้านการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ ยังต่อต้านเชื้อ Streptococci จึงมีผลในการควบคุมป้องกัน ทั้งโรคเหงือก อักเสบและโรคฟันผุ ที่ใช้ปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ

- 0.12 % chlorhexidine mouth rinse ต้อง ใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ ไม่เกิน 30 วัน

- chlorhexidine vanish 40 % ทันตบุคลากร เป็นผู้ใช้

- chlorhexidine gel 1 %

chlorhexidine mouth rinse<sup>(18)</sup> จะใช้มากในผู้ สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่อยู่ ระหว่างการรักษาทางศัลยกรรมปริทันต์ ผู้ที่ใส่ฟันปลอมชั่วคราวขณะรอใส่ฟันติดแน่น หรือใช้ในรูป gel จาก การศึกษา การใช้ Chlorhexidine gel ในผู้ป่วยที่ใส่ ฟันปลอมแบบ Overdentures ที่ยังมีฟันธรรมชาติเป็น abutment ซึ่งมักจะเกิด root caries ง่าย ถ้าป้องกัน ไม่ดีพอ แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการใช้ chlorhexidine gel ในผู้ป่วยที่ใส่ overdenture สามารถป้องกันการเกิด ฟันผุได้ เนื่องจาก มีการป้องกันการเกาะของคราบ จุลินทรีย์บนตัวฟันได้<sup>(23)</sup>

นอกจากนี้ยังมี การศึกษาทดลอง ที่พบว่า การให้ Semiannual 2-hour educational session ร่วมกับ weekly 0.12 % chlorhexidine rinse มีผล ในการลดโรคฟันผุที่ตัวฟันและรากฟันเป็น 3 เท่าของ การให้ทันตสุขศึกษาอย่างเดียว ส่วนการให้ fluoride varnish และการ scaling and root planing ร่วมด้วย นั้น ไม่มีผลเพิ่มต่อการป้องกันโรคฟันผุมากกว่าการให้ chlorhexidine rinse กับ education และยังพบว่า chlorhexidine ช่วยลดการอักเสบของเนื้อเยื่อช่องปาก และการเกิด candidiasis ในผู้ป่วย immunosuppressed ได้ด้วย<sup>(18)</sup>

#### 4.เทคนิคการให้บริการทันตกรรม

เพื่อรักษาเนื้อฟันของผู้สูงอายุไว้ การอุดฟัน ควรพิจารณาใช้วิธีการ Minimal invasive restoration โดยเทคนิคนี้เป็นการกำจัดเนื้อฟันเฉพาะส่วนที่มีการผุแล้วเป็นหลักและควรพิจารณาใช้วัสดุอุดฟันที่มี คุณสมบัติเป็น Fluoride release material เช่น Glass ionomer ซึ่งเป็นวัสดุบูรณะฟันที่ให้ความสวยงาม และปลดปล่อยฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุซ้ำ มีการ ยึดติดเนื้อฟันที่ดี<sup>(9)</sup>

## สรุป

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า มาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ถูกนำมาใช้กับผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ขั้นพื้นฐานคือ การให้ทันตสุขศึกษา การฝึกปฏิบัติดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเอง จนถึงการใช้สารทางชีวเคมีหรือวัสดุในการช่วยปรับเปลี่ยนสภาวะในช่องปาก เพื่อยับยั้งกระบวนการเกิดโรค ซึ่งการเลือกวิธีการต่างๆ เพื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จได้ ต้องมีทักษะในการเลือกใช้ โดยพิจารณาความเหมาะสมของทั้งสภาพช่องปาก สภาพร่างกาย ความรู้ วัฒนธรรม ประเพณี และยังคงอาศัยความร่วมมือจากทางครอบครัว คู่สมรส บุตรหลานหรือผู้ดูแล ในการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี รวมถึงความเหมาะสมของสภาพเศรษฐกิจ สังคมของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ได้ผลคุ้มค่าสูงสุดโดยลงทุน น้อยที่สุดด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ธันวาคม 2539.
2. ปิยะพงศ์ นิโครธา . กลวิธีแก้ปัญหาทันตสุขภาพ ของผู้สูงอายุ แนวทางการพัฒนาทันตกรรมป้องกันทางคลินิก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2534.
3. ยูพิน ส่งไพศาล . ปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามกลุ่มอายุ และแนวคิดการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุใน 20 ปี ข้างหน้า ว.ทันต.สธ. 2540 ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 หน้า 61-69
4. Herman K , Thijs S, Hans V. Preventive aspects of root caries Int. Dent. J. 1993 : 43 :143- 148
5. Ettinger RL. Xerostomia : a complication of aging. Aust. Dent. J. 1981 : 26 :365-71
6. Kitamura M, Kiyak HA , Mulligan K. Predictors of root caries in the elderly community Dent Oral Epi 1986 :14: 34-8
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข 2537
8. ประภท พิบูลย์โรจน์ และคณะ .สภาวะทันตสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ. ว.ทันตสาธารณสุข 2540 ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 หน้า 39- 49
9. Mandel ID. Caries Prevention ; Current strategies, New Directions. JADA 1996 : 127 :1477-1488
10. Brodeur JM. , Demers M. , Simard PL., Kandelman D. Need Perception as a major determinant of dental health care utilization among the elderly. Gerodontics. 1988 : 4 : 259-264
11. Kiyak HA. , Mulligan K. Studies of the relationship between oral health and psychological well-being. Gerodontics 1987 : 3 : 109-112
12. วิไล สมพร. ความต้องการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ของศูนย์บริการสาธารณสุข 38. ว. ทันต-มหิตล 2537 ปีที่ 14 หน้า 77-84
13. OTTAWA Charter. Charter Adopted at an International Conference on Health Promotion. November 1986 Ottawa, Ontario, Canada.
14. Andersen R , Marcus M , Mahshigan M.A comparative systems perspective on oral health promotion and disease prevention. In Cohen LK , Gift HC. ed Disease Revention and Oral Health Promotion . Muunnkgard 1995 , Copenhagen . pp. 307-340
15. Price SC. and Kiyak HA. A behavioral approach to improving oral health among the elderly. Spec. Care Dent.. 1981 :1 : 267-74.
16. Ambjornsen E. and Rise J The effect of verbal information and demonstration on denture hygiene in elderly people. Acta Odontol, Scand. 1985 : 43 : 19-24.
17. Kiyak HA. and Grayston N. A successful oral health promotion effort for independent elderly. The Gerontologist . 1989 : 29 : 140.
18. Papas AS. , Niessen LC. , Chauncey HH.Geriatric dentistry aging and oral health. Mosby-Year book , Inc. America 1991 : chapter 6, 7.
19. Fure S, Zickert I. Root surface caries and associated factors. Scand J Dent Res 1990 98 : 391-400
20. Nyvad B, Fejerskov O. Active root surface caries converted into inactive caries as a response to oral hygiene. Scand J Dent Res 1986 : 94: 281-284
21. Schaeken M J M , Keltjens H M A M , Hoeven J S van der Effects of fluoride and chlorhexidine on the microflora of dental root surfaces and progression of root surface caries. J Dent Res 1991 70 : 150-153
22. Burt BA , Ismail AL, and Eklund SA. Root caries in an optimally fluoridated and a high fluoride community. J Dent Res. 1986 65 : 1154
23. Keltjens H M A M , Schaeken M JM, Hoeven J S van der, Hendriks J C M. Caries control in overdenture patients : 18-month evaluation on fluoride and chlorhexidine therapies. Caries Res 1990 24 : 371-375

