

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม ในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ โรงพยาบาลชะอำ Factors Related to the Occurrence of Denture Stomatitis in Removable Denture Wearers in Cha-Am Hospital

ณัฐานิชร์ เมธานพคุณ, ท.บ.
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โรงพยาบาลชะอำ
จังหวัดเพชรบุรี

Nuttanit Methanopphakhun D.D.S
Dental Public Health Work Group
Cha-Am Hospital
Phetchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ในโรงพยาบาลชะอำ

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางโดยเก็บข้อมูลจากผู้ใส่ฟันเทียมถอดได้ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลชะอำ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การไปพบทันตแพทย์ สภาพของฟันเทียม ความถี่ในการแปรงฟันเทียม การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ อายุฟันเทียม โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ และชนิดของฟันเทียมถอดได้ ประกอบกับการตรวจช่องปากของผู้เข้าร่วมการศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ chi-square test และ binary logistic regression

ผลการศึกษา: จากการศึกษาในผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ 140 คน พบว่า สภาพของฟันเทียม การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ และอายุฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมที่มีคราบจุลินทรีย์มีโอกาสดเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมมากกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ถึง 3.87 เท่า และผู้ที่ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับมีโอกาสดเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมมากกว่าผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับถึง 8.08 เท่า ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ การไปพบทันตแพทย์ ความถี่ในการแปรงฟันเทียม การเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ และชนิดของฟันเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม

สรุป: สภาพของฟันเทียม การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ และอายุฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ใส่ฟันเทียมถอดได้ในเรื่องการทำความสะอาดฟันเทียม เพื่อลดคราบจุลินทรีย์เป็นประจำทุกวัน ไม่แนะนำให้ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ และแนะนำให้มีการเปลี่ยนฟันเทียมใหม่เมื่อมีอายุการใช้งานเกิน 5 ปี

คำสำคัญ : ปากอักเสบเหตุฟันเทียม การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ปัจจัยเสี่ยง

วารสารแพทยเขต 4-5 2562 ; 38(4) : 278-287.

Abstract

Objective: To study the prevalence and factors associated with the occurrence of denture stomatitis in removable denture wearers in Cha-am Hospital.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study. Data collection was done during May 2019 to July 2019 from 140 denture wearers who attended Cha-am Hospital by questionnaires that included of gender, age, dental visit, accumulation of denture plaque, frequency of denture cleaning, nighttime wearing of removable dentures, age of removable dentures, diabetes mellitus, smoking tobacco and the types of removable denture, and oral examination. The data were analyzed by using descriptive statistics : frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics : chi – square test and binary logistic regression.

Results: There were statistically significant associations between denture stomatitis, accumulation of denture plaque, nighttime wearing of removable dentures and age of removable dentures. Denture wearers with denture plaque had 3.87 times higher risk of denture stomatitis when compared with denture wearers without denture plaque. Denture wearers with nighttime wearing had 8.08 times higher risk of denture stomatitis when compared with denture wearers without nighttime wearing. The other factors (gender, age, dental visits, frequency of denture cleaning, diabetes mellitus, smoking tobacco and the types of removable denture) were not associated with denture stomatitis.

Conclusion: Accumulation of denture plaque, nighttime wearing of removable dentures and age of removable dentures were associated with denture stomatitis. Therefore, denture wearers should be educated with cleaning denture to reduce denture plaque every day, do not wearing removable denture overnight and recommend to do a new denture when the dentures are over 5 years.

Keywords : denture stomatitis, removable denture, risk factors

Reg 4-5 Med J 2019 ; 38(4) : 278-287.

บทนำ

รายงานการสำรวจสถานการณ์สุขภาพช่องปากของประเทศไทย ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีฟันแท้ใช้งานเฉลี่ย 18.6 ซี่ต่อคน โดยร้อยละ 56.1 มีฟันแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ สำหรับกลุ่มอายุ 80-89 ปี มีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า

20 ซี่ และมีเพียงร้อยละ 12.1 ที่มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และพบว่าการสูญเสียฟันทั้งปากทำให้เมื่ออายุเพิ่มขึ้นประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารจะลดลง อย่างไรก็ตามสถานการณ์ที่สะท้อนปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุดคือการปราศจากฟันถาวรทั้งปาก ซึ่งในกลุ่ม 60-74 ปี พบร้อยละ 8.7 มีความต้องการฟันเทียมทั้งปากประมาณ

250,000 คน¹ โดยการฟื้นฟูสภาพช่องปากในผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นการใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกซึ่งเป็นฟันเทียมที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากทำได้ง่ายรวดเร็วและมีราคาถูก² อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมมักเป็นผู้สูงอายุทำให้มีข้อจำกัดในการทำ ความสะอาดฟันเทียมที่ไม่ดีพอ จึงส่งผลให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อของเนื้อเยื่อในช่องปากตามมา โดยเฉพาะอาหารหรือเชื้อจุลินทรีย์ที่ติดใต้ฐานฟันเทียมมักทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อใต้ฐานฟันเทียม (denture stomatitis) โดยอุบัติการณ์การเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อใต้ฐานฟันเทียมเป็นรอยโรคที่พบบ่อยที่สุดในโรคแคนดิดาในช่องปาก (oral candidiasis) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 0.1 ถึง 69.6 ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกทั้งปาก โดยบริเวณที่มักพบมีการอักเสบและติดเชื้อ ได้แก่ บริเวณเนื้อเยื่อของเพดานปากในส่วนที่สัมผัสกับฟันเทียม³ โดยเชื้อราที่พบได้บ่อยมักจะเป็นเชื้อแคนดิดา อัลบิแคนส์ (*Candida albicans*)⁴ เมื่อเกิดการติดเชื้อราในช่องปากแล้วอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแสบปวดร้อน (burning sensation) รับประทานอาหารลำบากซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอาจนำไปสู่การติดเชื้อแพร่กระจายและรุนแรงได้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน⁵ สำหรับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อใต้ฐานฟันเทียม ได้แก่ การได้รับภยันตรายจากฟันเทียม (denture trauma) การใส่ฟันเทียมนอนตลอดทั้งคืน มีภาวะการหลั่งของน้ำลายน้อย (xerostomia) และการสูบบุหรี่โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อราในช่องปากมากขึ้น⁴ นอกจากนี้บริเวณพื้นผิวฟันเทียมที่ขรุขระจะทำให้เชื้อแคนดิดา อัลบิแคนส์ยึดเกาะกับฐานฟันเทียมอะคริลิกได้มากขึ้น⁶

ในปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาหลายทางเพื่อช่วยลดเชื้อราในช่องปาก เช่น การใช้ยาต้านเชื้อรา (antifungal drugs) จำพวกยานิสเตติน (nystatin) แอมโฟเทอริซินบี (amphotericin B) ไมโคนาโซล

(miconazole) ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อราในช่องปาก⁷ นอกเหนือจากการใช้ยาต้านเชื้อราแล้วมีการนำสารเคมีมาใช้ทำความสะอาดฟันเทียมเพื่อลดจำนวนของเชื้อราในช่องปากลง เช่น สารละลายคลอเฮกซิดีน (chlorhexidine) สารละลายไฮโปคลอไรท์ (hypochlorite) ความเข้มข้นร้อยละ 1 พบว่าให้ผลการรักษาดี แต่มีข้อเสียคือ ทำให้มีการเปลี่ยนสีของฟันเทียมและพบการกัดกร่อนของฟันเทียมที่มีฐานเป็นโลหะ⁸ นอกจากนี้มีการนำสารเคมีมาผลิตในรูปเม็ดฟู่ทำความสะอาดฟันเทียมซึ่งมีจำหน่ายตามท้องตลาด เนื่องจากใช้งานง่าย และให้ผลในการกำจัดเชื้อราที่ฐานฟันเทียมได้ดี แต่ข้อเสียคือ มีราคาแพง และมีรายงานว่าทำให้เกิดการกัดกร่อนพื้นผิวของฟันเทียม ทำให้พื้นผิวของฟันเทียมขรุขระและมีการเปลี่ยนสีของฐานฟันเทียมที่ทำจากอะคริลิกเมื่อเปรียบเทียบกับฟันเทียมในน้ำเปล่า⁹

โรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมเป็นรอยโรคสีแดงขอบเขตชัดเจนที่เยื่อเมือกช่องปากที่สัมผัสกับฐานฟันเทียมถอดได้ ผู้ป่วยมักไม่มีอาการเจ็บปวด แม้ว่า จะพบรอยแดงจัดปรากฏที่เยื่อเมือกช่องปาก ในผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการเจ็บเล็กน้อยหรือมีอาการแสบร้อน (burning) ที่บริเวณรอยโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีอาการอักเสบเกิดขึ้น และมักมีการตรวจพบรอยโรคจากการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์เท่านั้น¹⁰ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ เช่น เพศ อายุ การไปพบทันตแพทย์ สภาพของฟันเทียม ความถี่ในการแปรงฟันเทียม การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ อายุฟันเทียม โรคเบาหวาน สูบบุหรี่และชนิดของฟันเทียมถอดได้³

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชะอำมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

ในโรงพยาบาลชะอำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามา
วางแผนป้องกันและดูแลไม่ให้เกิดโรคดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีกรใส่ฟัน
เทียมชนิดถอดได้ในโรงพยาบาลชะอำ

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางโดย
เก็บข้อมูลจากผู้ใส่ฟันเทียมถอดได้ที่เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลชะอำ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2562 ถึงเดือน
กรกฎาคม 2562 จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัยคือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบเติมคำและเลือก
ตอบเพื่อรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ การไปพบ
ทันตแพทย์ สภาพของฟันเทียม ความถี่ในการแปรงฟัน
เทียม การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ อายุฟันเทียม
การเป็นโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และชนิดของ
ฟันเทียมถอดได้

ส่วนที่ 2 บันทึกการวินิจฉัยการเกิดโรคปาก
อักเสบเหตุฟันเทียมเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ข้อคือ
เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม และไม่เกิดโรคปาก
อักเสบเหตุฟันเทียม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
โปรแกรม SPSS version 21 (Statistical Package
for Social Science)

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความชุกของการ
เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
(descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีกรใส่ฟันเทียม
ชนิดถอดได้ในโรงพยาบาลชะอำโดยใช้สถิติอ้างอิง
(Interference statistics) คือ chi-square test หรือ
Fisher's exact test และเปรียบเทียบสัดส่วนความเสี่ยง
(odds ratio) ระหว่างกลุ่มที่เกิดโรคปากอักเสบเหตุ
ฟันเทียมกับกลุ่มที่ไม่เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม
ด้วยการวิเคราะห์ binary logistic regression และ
การประมาณค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%
confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
หัวหินวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 เลขที่ RECHHH
123/2562

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 ผู้ที่มีกรใส่ฟันเทียมถอดได้
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.9 อายุ 60 ปีขึ้นไป
ร้อยละ 52.9 มักไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหาหรือร้อยละ
95.7 สภาพของฟันเทียมส่วนใหญ่พบว่า มีคราบจุลินทรีย์
ร้อยละ 72.1 มีความถี่ในการแปรงฟันเทียม 2 ครั้ง
ต่อวันขึ้นไปร้อยละ 81.4 ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ
ร้อยละ 34.3 อายุของฟันเทียมที่ใส่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี
และ 5 ปีขึ้นไปเท่ากันคือ ร้อยละ 50 ผู้ที่ใส่ฟันเทียม
ถอดได้พบเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 20 สูบบุหรี่ร้อยละ 10
และมักใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานพลาสติกร้อยละ 94.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

	n (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	116	82.9
ชาย	24	17.1
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 60 ปี	66	47.1
60 ปี ขึ้นไป	74	52.9
$\bar{X} = 60.53$ S.D. = 13.59 Min = 20 Max = 93		
การไปพบทันตแพทย์		
ทุก 6/ 12 เดือน	6	4.3
นานๆ ครั้ง เมื่อมีปัญหา	134	95.7
สภาพของฟันเทียม		
มีคราบจุลินทรีย์	101	72.1
ไม่มีคราบจุลินทรีย์	39	27.9
ความถี่ในการแปรงฟันเทียมต่อวัน		
น้อยกว่า 2 ครั้ง	26	18.6
2 ครั้งขึ้นไป	114	81.4
การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ		
ใส่	48	34.3
ไม่ใส่	92	65.7
อายุฟันเทียม (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	70	50
5 ปี ขึ้นไป	70	50
โรคเบาหวาน		
เป็น	28	20
ไม่เป็น	112	80

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ (ต่อ)

	n (คน)	ร้อยละ
สุขบุุหรี		
สุข	14	10
ไม่สุข	126	90
ชนิดของฟันเทียมถอดได้		
พลาสติก	132	94.3
โลหะ	8	5.7

จากตารางที่ 2 ความชุกในการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ป่วยที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ คือ ร้อยละ 43.6

ตารางที่ 2 ความชุกในการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ป่วยที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

	n (คน)	ร้อยละ
การเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม		
เกิดโรคปากอักเสบ	61	43.6
ไม่เกิดโรคปากอักเสบ	79	56.4

การศึกษานี้พบว่า สภาพของฟันเทียม การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับและอายุฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โดยที่สภาพของฟันเทียมที่มีคราบจุลินทรีย์ จะทำให้เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมสูงกว่าสภาพของฟันเทียมที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 53.5 และร้อยละ 17.9 ตามลำดับ

ผู้ที่ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับจะทำให้เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมสูงกว่าการไม่ใส่ฟันเทียม

ขณะนอนหลับร้อยละ 77.1 และร้อยละ 26.1 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าฟันเทียมที่มีอายุ 5 ปีขึ้นไป จะทำให้เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมสูงกว่าฟันเทียมที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.9 และร้อยละ 34.3 ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ การไปพบทันตแพทย์ ความถี่ในการแปรงฟันเทียม การเป็นโรคเบาหวาน การสุขบุุหรี และชนิดของฟันเทียมถอดได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

ตัวแปร	การเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม		χ^2	df	p-value
	เกิดโรคปากอักเสบ	ไม่เกิดโรคปากอักเสบ			
เพศ					
หญิง	49(42.2)	67(57.8)	.222	1	.637
ชาย	12(50.0)	12(50.0)			
อายุ (ปี)					
ต่ำกว่า 60 ปี	31(47.0)	35(53.0)	.354	1	.552
60 ปี ขึ้นไป	30(40.5)	44(59.5)			
การไปพบทันตแพทย์					
ทุก 6 / 12 เดือน	4(66.7)	2(33.3)	.556	1	.404
นานครั้ง เมื่อมีปัญหา	57(42.5)	77(57.5)			
สภาพของฟันเทียม					
มีคราบจุลินทรีย์	54(53.5)	47(46.5)	13.027	1	.000
ไม่มีคราบจุลินทรีย์	7(17.9)	32(82.1)			
ความถี่ในการแปรงฟันเทียมต่อวัน					
น้อยกว่า 2 ครั้ง	14(53.8)	12(46.2)	.906	1	.341
2 ครั้ง ขึ้นไป	47(41.2)	67(58.8)			
การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ					
ใส่	37(77.1)	11(22.9)	31.322	1	.000
ไม่ใส่	24(26.1)	68(73.9)			
อายุฟันเทียม					
น้อยกว่า 5 ปี	24(34.3)	46(65.7)	4.1836		.041
5 ปี ขึ้นไป	37(52.9)	33(47.1)			
โรคเบาหวาน					
เป็น	9(32.1)	19(67.9)	1.324	1	.250
ไม่เป็น	52(46.4)	60(53.6)			
สูบบุหรี่					
สูบ	8(51.7)	6(42.9)	.633	1	.426
ไม่สูบ	53(42.1)	73(57.9)			
ชนิดฟันเทียม					
พลาสติก	57(43.2)	75(56.8)	.000	1	.728
โลหะ	4(50.0)	4(50.0)			

เมื่อนำตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ในโรงพยาบาลชะอำจากตารางที่ 3 มาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมใน

ผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้กับสภาพของฟันเทียมและการใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ โดยผู้ที่ใส่ฟันเทียมที่มีคราบจุลินทรีย์มีโอกาสเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมสูงกว่าถ้าผู้ที่ใส่ฟันเทียมที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ถึง 3.87 เท่า และถ้าผู้ที่ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับมีโอกาสเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมสูงกว่าถ้าผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับถึง 8.08 เท่าดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ด้วยการวิเคราะห์ binary logistic regression

ข้อมูลทั่วไป	Coefficient (β)	SE Coefficient	p-value	Odds Ratio	95% CI
สภาพของฟันเทียม					
ไม่มีคราบจุลินทรีย์					
มีคราบจุลินทรีย์	1.354	0.504	0.007	3.874	1.444-10.394
การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ					
ไม่ใส่					
ใส่	2.089	0.429	<.001	8.076	3.481-18.735

วิจารณ์

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ในโรงพยาบาลชะอำ ได้แก่ สภาพของฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในคราบจุลินทรีย์สามารถพบทั้งเชื้อราและเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมได้³ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Evren¹¹ ได้ศึกษาความชุกของโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราในประเทศตุรกีพบว่า สภาพของฟันเทียมมีผลต่อการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม

การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการ

สอบถามกับผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้พบว่า ยังมีบางส่วนที่ไปรับบริการใส่ฟันเทียมกับบุคคลที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ ทำให้ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลรักษาฟันเทียมทั้งการทำความสะอาดและการถอดฟันเทียมขณะนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shulman¹² ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมโดยการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 3,450 คน พบผู้ใส่ฟันเทียมตลอดเวลาทั้งในขณะตื่นและนอนหลับมีความชุกของการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมสูงกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมเฉพาะขณะตื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kossioni¹³ ได้ศึกษาความชุกของโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้สูงอายุและปัจจัยชักนำให้เกิดโรค (predisposing factor) ในประชากรผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก พบความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของโรคกับการใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ

อายุฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมในผู้ที่มีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในฟันเทียมที่มีอายุการใช้งานนาน มักจะขาดเสถียรภาพ หลวม และขยับได้ง่าย ทำให้มีเศษอาหารเข้าไปสะสมอยู่ใต้ฐานฟันเทียม ก่อให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์และเชื้อโรค ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakar และคณะ¹⁴ ที่พบว่าอายุฟันเทียมบนที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความชุกของโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม และสอดคล้องกับการศึกษาของ da Silva และคณะ¹⁵ ที่รายงานผลการศึกษาในลักษณะเดียวกันโดยพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุฟันเทียมที่เพิ่มขึ้นกับโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม

สรุป

สภาพของฟันเทียม การใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ อายุฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากอักเสบเหตุฟันเทียม ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ ในเรื่องการทำความสะอาดฟันเทียมเพื่อลดคราบจุลินทรีย์เป็นประจำทุกวัน ไม่แนะนำให้ใส่ฟันเทียมขณะนอนหลับ และแนะนำให้มีการเปลี่ยนฟันเทียมใหม่เมื่อมีอายุการใช้งานเกิน 5 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย และให้คำแนะนำการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล และทีมงานทันตกรรมทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จไปด้วยดี

รายการอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

2. อรรถวิทย์ พิสิฐอนุสรณ์. การสร้างและการรักษาผู้ป่วยด้วยฟันปลอมเรซินอะคริลิก. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์; 2544.
3. รัชดาภรณ์ เค้ามงคลกิจ. ปากอักเสบเหตุฟันเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิ่ง แอนด์ มีเดีย. 2558.
4. Figueiral MH, Azul A, Pinto E. et al. Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors - a large cohort. J Oral Rehabil. 2007. 34(6): 448-55.
5. Waters MG, Williams DW, Jagger RG, et al. Adherence of Candida albicans to experimental denture soft lining materials. J Prosthet Dent. 1997;77(3): 306-12.
6. Yildirim MS, Hasanreisoglu U, Hasirci N, et al. Adherence of Candida albicans to glow-discharge modified acrylic denture base polymers. J Oral Rehabil. 2005; 32(7):518-25.
7. Lamfon H, Porter SR, McCullough M, et al. Susceptibility of Candida albicans biofilms grown in a constant depth film fermentor to chlorhexidine, fluconazole and miconazole: a longitudinal study. J Antimicrob Chemother. 2004;53(2): 383-5.
8. Samaranayake LP, McCourtie J, MacFarlane TW. Factors affecting the in-vitro adherence of Candida albicans to acrylic surfaces. Arch Oral Biol. 1980;25(8-9): 611-5.
9. Nikawa H, McCourtie J, MacFarlane TW. Candida albicans colonization on thermal cycled maxillofacial polymeric materials in vitro. J of Oral Rehabilitation 2001;28:526-33.

10. Williams DW, Kuriyama T, Silva S, et al. Candida biofilms and oral candidosis: treatment and prevention. *Periodontol* 2000. 2011; 55:250-65.
11. Evren BA, Uludamar A, Iseri U, et al. The association between oral status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living in different residential homes. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011; 53: 252-7.
12. Shulman JD, Rivea-Hidalgo F, Beach MM. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *J Oral Pathol Med*. 2005; 34(6): 340-6.
13. Kossioni AE. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology*. 2011; 28: 85-90.
14. Sakar O, Sulun T, Bilhan H, et al. Does the presence of anterior mandibular teeth increase the incidence of denture stomatitis?. *J Prosthodont*. 2013; 22:174-8.
15. da Silva HF, Martins-Filho PR, Piva MR. Denture-related oral mucosal lesions among farmers in a semi-arid Northeastern Region of Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16:e740-e744.