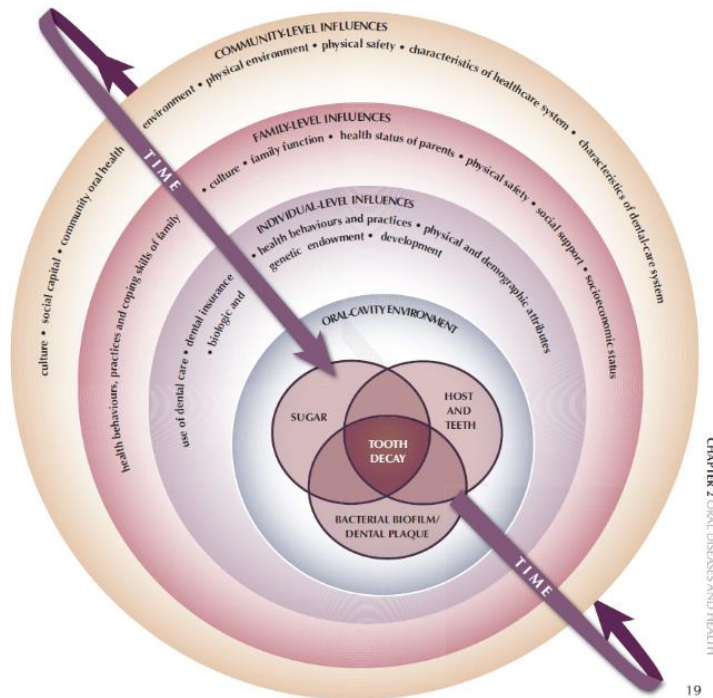


Literature review (update)

โรคฟันผุเกิดจากหลายปัจจัย นอกจากความสัมพันธ์ระหว่าง ฟัน น้ำตาล และคราบจุลินทรีย์ (plaque)แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระดับชุมชน ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคและระดับความรุนแรงของโรค



ทันตบุคลากรจะมีบทบาทในการป้องกันฟันผุอย่างไรบ้าง?

1. ประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงมีความสำคัญและเป็นสิ่งแรกที่ทันตบุคลากรควรทำ เด็กทุกคนควรได้รับการประเมินและจัดการกับความเสี่ยงเป็น individual approach เนื่องจากแต่ละคนมีระดับความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่างกัน เช่น

มีความเสี่ยงจากภาวะสุขภาพ

มีเด็กส่วนหนึ่งที่มีความบกพร่องที่ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากลดลง หรือมีโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องไปพบแพทย์บ่อยๆหรือต้องได้รับหัตถการหลายอย่าง อาจทำให้เรื่องฟันไม่ได้รับความสนใจมากนัก ในเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น (ADHD), มีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ (learning disability) หรือเด็กที่เป็นภูมิแพ้ มักจะได้รับยาที่มีผลให้เกิด dry mouth ต้องมีมาตรการเสริม เช่น xylitol, ให้จิบน้ำบ่อยๆ, ใช้สารที่ช่วยเพิ่ม remineralization เป็นต้น

ทันตบุคลากรจะทราบและช่วยในจุดนี้ได้หากทำการประเมินความเสี่ยง

มีความเสี่ยงที่พบจากการตรวจช่องปาก

หากพบว่าเด็กมีคราบจุลินทรีย์ที่เห็นได้ชัดเจน ถือว่าเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุที่ทันตบุคลากรต้องให้ความสนใจ ภายใต้อาการคราบจุลินทรีย์มักมีรอยขุ่นขาวที่แสดงถึงการผุในระยะแรก จึงต้องเน้นเรื่องการทำความสะอาด ให้ลดคราบจุลินทรีย์ได้ เช่น การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ, ใช้สารที่ช่วยเพิ่ม remineralization หรือในเด็กบางราย ฟันมีลักษณะเป็นหลุมร่องลึก มีโอกาสเกิดฟันผุได้ง่าย อาจพิจารณาเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น

มีความเสี่ยงในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

การใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟลูออไรด์ถือเป็นความเสี่ยงในทุกกลุ่มอายุ ในเด็กปฐมวัยยังพบปัญหาเรื่องการบริโภคได้บ่อย เช่น การดูดนม ดูดขวด ส่วนอาหารว่างและเครื่องดื่มรสหวาน หากมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ต้องมี diet counseling เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองทราบถึงวิธีการดูแลเด็ก ความเสี่ยงในเรื่องนี้ยังรวมถึงเด็กที่ใช้เครื่องมือต่างๆในช่องปากด้วย

ในกลุ่มเด็กปฐมวัย ทันตบุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยใช้ “แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ (Caries risk assessment) สำหรับผู้ที่ยังน้อยกว่า 18 ปี”, 2561 โดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ (เอกสารแนบ1)

2. การแปรงฟัน

ORAL HEALTH FOR LIFE

The developing dentition

Age: 6 months old
Teething begins.



Age: 2½ years old
All primary (upper and lower) teeth have erupted.



Age: 6 years old
Permanent teeth begin to appear.



Cleaning or wiping can start with the eruption of a child's first teeth. Pacifier bottles with sugary drinks or fruit juices can cause early childhood tooth decay. Better to use plain water instead.



Children can start supervised tooth brushing twice a day with a pea-sized amount of fluoride toothpaste. Regular dental check-ups can start early in life.



Establish good dietary habits, limiting amount and frequency of sugary snacks.



Develop a life-time habit of twice-daily brushing with fluoride toothpaste.






Good habits for life

WORLDWIDE PHARM

แนะนำให้แปรงฟันตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น โดยในเด็กปฐมวัยแนะนำให้แปรงแบบ scrub technique (เทคนิคนี้แนะนำให้ใช้ไปจนถึงอายุ 11 ปี) โดยมีผู้ปกครองแปรงให้ หากเป็นกรณีที่เด็กฝึกแปรง

ฟันเอง (อายุ 3-6 ปี) ผู้ปกครองควรเป็นผู้บิยาสีฟันให้ เพื่อควบคุมให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสม และผู้ปกครองควรแปรงฟันซ้ำให้เด็ก จนถึงอายุ 7 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เด็กมักจะใช้ข้อมือได้ดีขึ้น หรือมีวิธีสังเกตอย่างง่าย เช่น เมื่อเด็กสามารถร้อยเชือกผูกเชือกกรองเท้าได้เอง ระบายสีอยู่ในกรอบได้ ตัดชิ้นsteakหรือชิ้นเนื้อได้ดี เป็นต้น

ปัจจุบัน ในกลุ่มเด็กก็แนะนำให้ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1000 ppm เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ โดยควบคุมที่ปริมาณยาสีฟันให้ใช้ในปริมาณที่เหมาะสมกับอายุ ทันตบุคลากรสามารถแนะนำตาม แนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก 2560, ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ (เอกสารแนบ2) ดังตารางแสดง

ช่วงอายุ	ปริมาณยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (1,000 ส่วนในล้านส่วน)	คำแนะนำเพิ่มเติม	
ฟันซี่แรกขึ้น – อายุต่ำกว่า 3 ปี	แตะขนแปรงพอเปียก	ผู้ปกครองแปรงให้และเช็ดฟองออก	
อายุ 3 - อายุต่ำกว่า 6 ปี	เท่ากับความกว้างของแปรง	ผู้ปกครองบิยาสีฟันให้และช่วยแปรงฟัน	
อายุ 6 ปีขึ้นไป	เท่ากับความยาวของแปรง	ให้เด็กแปรงเองและผู้ปกครองตรวจซ้ำ	

สรุปคำแนะนำในการแปรงฟัน

1. Right amount of toothpaste - ใช้ยาสีฟันในปริมาณที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุ
2. Spit, no rinse - แปรงแห้ง
3. No drink or eat ½ hour - ไม่ทานอะไร/ดื่มน้ำ ครึ่งชั่วโมงหลังแปรงฟัน

ปัญหาที่พบคือ ประชากรไทยหลายคนไม่ทราบว่าการแปรงฟัน เพื่ออะไร ส่วนใหญ่เข้าใจว่าหากไม่พบมีเศษอาหารติด ถือว่าแปรงฟันสะอาดแล้ว สิ่งสำคัญในการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง คือ ต้องให้ผู้ปกครองทราบว่า การแปรงฟันนั้นทำเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ ไม่ใช่เพียงแค่การกำจัดเศษอาหารออก และควรแสดงให้ผู้ปกครองเห็น ว่าคราบจุลินทรีย์นั้นมักจะมีบริเวณใด ลักษณะเป็นอย่างไร จะตรวจสอบอย่างไรว่าแปรงฟันให้เด็กสะอาดดีแล้ว อาจทำได้โดยใช้หลอดตัดปลายแหลมขอบบริเวณคอฟันให้ผู้ปกครองดู หรือแนะนำให้ผู้ปกครองใช้ curve tip ของ floss pick ชูด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากนี้จะได้ผลเมื่อเราสามารถทำให้ผู้ปกครอง “aware” และ “involve” รับรู้และร่วมมือกับทันตบุคลากรว่าการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลานให้ดีขึ้น ทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียวไม่สามารถทำได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองด้วย และต้องทำให้ผู้ปกครองรู้จักวิธีประเมินตัวเองว่าแปรงฟันได้คุณภาพหรือยัง

3. การใช้อุปกรณ์อื่นช่วยในการทำความสะอาดช่องปาก

ไหมขัดฟัน (dental floss) การแปรงฟันไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ออกได้หมด โดยเฉพาะบริเวณซอกฟัน จึงมีคำแนะนำในการใช้ไหมขัดฟันช่วยทำความสะอาดในบริเวณนี้

- ADA แนะนำการทำความสะอาดซอกฟันด้วยไหมขัดฟัน
- Cochrane review, 2011 รายงานว่า ไหมขัดฟันช่วยลดเหงือกอักเสบได้ และลดคราบจุลินทรีย์ได้เล็กน้อย แต่ไม่พบว่าเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันฟันผุในผู้ใหญ่
- Cochrane review 2018 เปรียบเทียบค่า GI index หลังใช้ แปรงซอกฟัน (proxabrush), ไหมขัดฟัน, waterpick และ ไม้จิ้มฟัน พบว่า ทุกอุปกรณ์ได้ผล ยกเว้นไม้จิ้มฟัน
- Cochrane review 2019 สรุปว่าการแปรงฟันร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันลดเหงือกอักเสบได้มากกว่าการแปรงฟันเพียงอย่างเดียว
- ในกลุ่มเด็ก พบว่า การแปรงฟันร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันลดการผุที่ซอกฟันได้ โดยพบว่าได้ผลมากขึ้นถ้าผู้ใช้ไหมขัดฟันไม่ใช่ตัวเด็กเอง กล่าวคือมีผู้ปกครองหรือผู้ที่ได้รับการฝึกมา เช่น ทันตบุคลากรเป็นผู้ใช้ไหมขัดฟันให้เด็ก ความถี่ในการใช้ไหมขัดฟัน มีคำแนะนำว่าหากทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำเพียงวันละ 1 ครั้งก็ถือว่าเพียงพอ เน้นให้โอบไหมขัดฟันซูดเอาคราบจุลินทรีย์ออกมาให้ได้

คำถามที่พบบ่อย คือ เมื่อไหร่ควรจะใช้ไหมขัดฟัน?

สำหรับเด็ก ไหมขัดฟันควรใช้ในซุดฟันน้ำนมที่มี contact ฟันหลังแน่น โดยทำก่อนแปรงฟัน (คำแนะนำนี้ยังใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบด้วย)

แปรงซอกฟัน (proxabrush) มักจะไม่ค่อยเหมาะกับเด็ก ยกเว้นว่ามีช่องว่างระหว่างฟันกว้างมากๆ

การแปรงลิ้น หรือใช้ที่ซูดลิ้น พบว่า ช่วยลดเชื้อ *S.mutans* ได้ ทำโดย อ้าปาก แลบลิ้น แปรงหรือซูดจากโคนลิ้นออกมา จนกว่าจะไม่มีคราบติดออกมากับแปรงหรือที่ซูดลิ้น

4. การรับประทานอาหาร

สิ่งที่สำคัญ คือ น้ำตาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการบริโภค “Extrinsic sugar” ซึ่งเป็นน้ำตาลที่ถูกปรุงแต่งหรือเปลี่ยนรูปร่างไป หากจะบริโภคน้ำตาล ควรบริโภคที่อยู่ในรูปแบบ “Intrinsic sugar” เช่น ผลไม้

- 0 - 6 เดือน แนะนำ exclusive breast feeding โดยไม่ต้องดื่มน้ำตาม แต่ยังคงแนะนำให้เช็ดลิ้น และหลัง 6 เดือน เด็กควรได้รับอาหารเสริมอื่น (complimentary feeding) ร่วมด้วย

- 6-12 เดือน เป็นช่วงที่ฟันเริ่มขึ้นในช่องปาก มีการศึกษา systematic review ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง breast feeding และฟันผุ
 - Avilla WM, 2015 : เด็กที่ดื่มนมแม่ พบมีฟันผุน้อยกว่า เด็กที่ดื่มนมขวด
 - Tham, 2015 : การที่เด็กยังคงดื่มนมตอนกลางคืนเมื่ออายุมากกว่า 12 เดือน ไม่ว่าจะ เป็นนมขวดหรือนมแม่ ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเช่นกัน
 - Rai NK, 2018 : พบค่า dmft สูงในกลุ่มที่ดื่มนมมากกว่า 7 ครั้งต่อวัน
- “0–12 months, no juice” เด็กอายุต่ำกว่า 12 เดือน ไม่ควรให้ดื่มน้ำผลไม้ หลังจาก 12 เดือน ไม่ควรให้เกิน 4 oz ต่อวัน
- แนะนำ “No added sugar before 2” อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มของเด็กต่ำกว่า 2 ปีในประเทศไทย พบว่า 74% ดื่มนมเปรี้ยว, 65% ดื่มน้ำหวาน น้ำผลไม้ และ 45% เคยดื่มน้ำอัดลมแล้ว
- การทานอาหารระหว่างมื้อ ไม่ควรเกิน 2 ครั้งต่อวัน
- เด็กอายุ 2-8 ปี ควรบริโภคน้ำตาล ไม่เกิน 25 กรัมหรือ 6 ช้อนชาต่อวัน และควรบอกผู้ปกครองด้วยว่า การใช้น้ำผึ้ง ก็ถือเป็นน้ำตาลที่ต้องนับรวมในปริมาณที่แนะนำนี้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำว่า เด็กไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3-6 ปี ฝึกพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม โดยผู้ปกครองต้องเป็นแบบอย่างที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. The Challenge of Oral Disease – A call for global action, 2nd edition, FDI 2015.
2. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก 2560, ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ.
3. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ 2561, ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ.
4. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 109 (2/2562), Oral health care in children : an update guideline. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ.
5. Sälzer S1, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S92-105.
6. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015 Nov 18;10(11):e0142922.
7. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Allen KJ, Lodge CJ. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015 Dec;104(467):62-84.
8. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. Front Public Health. 2018 Mar 16;6:64.