

บทที่ 5

อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบสภาวะโรคฟันผุกับการสำรวจอื่นๆ

เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจสภาวะโรคฟันผุจากการสำรวจในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม กับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543 และการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในกลุ่มอื่นๆ คือ กลุ่มนักเรียนอนุบาลในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2534 (Waranuch Pitiphat, 1991) กลุ่มนักเรียนก่อนวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2534 (กรุงเทพมหานคร, 2534) การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ.2527 (กรมอนามัย, 2527) การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2532 (กรมอนามัย, 2534) และการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 (กรมอนามัย, 2538) (รายละเอียดในตารางที่ 5.1) พบว่าประชากรกลุ่มอายุ 3 ปี และ 6 ปี มีความชุกและค่าเฉลี่ยของโรคฟันผุในฟันน้ำนมสูง และมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชากรทั้งสองกลุ่มนี้ ในฐานะที่เป็นตัวแทนของประชากรวัยก่อนเรียน เป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคฟันผุในฟันน้ำนมสูง และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหาระยะยาว

ตารางที่ 5.1 ผลการสำรวจสภาวะโรคฟันผุจากการสำรวจในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม
เปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543 และการสำรวจสภาวะ
โรคฟันผุในกลุ่มอื่นๆ

การสำรวจ	กลุ่มอายุ 3 ปี		กลุ่มอายุ 6 ปี	
	ร้อยละ ของ ผู้เป็นโรค	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด	ร้อยละ ของ ผู้เป็นโรค	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด
จ.มหาสารคาม พ.ศ.2534	75.6	4.3	87.0	6.1
จ.ขอนแก่น พ.ศ.2534 (เขตเมือง)	64.8	3.3	-	-
กรุงเทพมหานคร พ.ศ.2534	69.7	4.3	96.4	9.4
การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ.2527				
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-	-	53.4	2.7
ทั่วประเทศ	-	-	71.6	4.9
การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2532				
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	56.7	3.2	65.5	3.6
ทั่วประเทศ	66.5	4.0	83.1	5.6
การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537				
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	58.1	3.0	81.0	5.0
ทั่วประเทศ	61.7	3.4	85.1	5.7
เป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543	-	-	< 70.0	-

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านประชากรที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ พบว่าประชากรหญิงมีความชุกและค่าเฉลี่ยของโรคฟันผุสูงกว่าประชากรชาย แตกต่างจากกลุ่มนักเรียนอนุบาลในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2534 (Waranuch Pitiphat, 1991)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านภูมิสำเนาที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ พบว่าประชากรในเขตเมืองมีความชุกและค่าเฉลี่ยของโรคฟันผุสูงกว่าประชากรในเขตชนบท ซึ่งกลุ่มอายุ 6 ปี มีความชุกและค่าเฉลี่ยสอดคล้องกับข้อมูลในกลุ่มประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ แต่ขัดแย้งกับกลุ่มประชากรในภาคกลางและภาคใต้ ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2532 (กรมอนามัย, 2534) แสดงให้เห็นว่าประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรวมถึงประชากรในจังหวัดมหาสารคาม มีการสัมผัสฟันกับภูมิสำเนาคล้ายคลึงกับประชากรในภาคเหนือ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจเนื่องมาจากลักษณะการดำรงชีวิตของประชากรทั้งสองภาคมีความคล้ายคลึงกันในการรับปัจจัยต่างๆ ที่จะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ แต่อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทในการวิจัยนี้ อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากจำนวนประชากรในเขตเมืองและเขตชนบทมีสัดส่วนที่แตกต่างกันมาก

ในส่วนของจำนวนฟันผุ ถอน อุด เฉลี่ยต่อคน พบว่ามีค่าสูงกว่าการสำรวจอื่นๆ เล็กน้อย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของประชากรที่มีฟันผุแล้วจะเห็นว่าแม้จำนวนประชากรที่มีฟันผุจะสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่จำนวนฟันที่ผุในประชากรที่มีฟันผุมีค่าใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยที่จำนวนฟันที่ผุในแต่ละคนมีค่าไม่สูงนัก คือครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีฟันผุในกลุ่มอายุ 3 ปี จะผุ 1-4 ซี่ และครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีฟันผุในกลุ่มอายุ 6 ปี จะผุ 1-6 ซี่

เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนฟันผุ ถอน เฉลี่ยต่อคนกับจำนวนด้านผุ ถอน เฉลี่ยต่อคน จะพบว่ามีสัดส่วนเท่ากับ 1 ต่อ 1.64 ในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 1 ต่อ 1.99 ในกลุ่มอายุ 6 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มอายุ 3 ปี ในฟันซี่หนึ่งๆ มักจะผุเพียง 1-2 ด้าน โดยที่มีการผุด้านเดียวพอๆ กับการผุสองด้าน และจะมีการผุเพิ่มในซี่เดิมเป็นสองหรือสามด้านหรือมากกว่าเมื่ออายุมากขึ้นจนถึงอายุ 6 ปี จึงทำให้สัดส่วนระหว่างจำนวนฟันผุ ถอน กับจำนวนด้านผุ ถอน สูงขึ้น

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุทั้งสอง พบว่ามีสัดส่วนฟันผุ : ฟันถอน : ฟันอุด เป็น 0.977 : 0.016 : 0.007 ในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 0.903 : 0.086 : 0.011 ในกลุ่มอายุ 6 ปี จะเห็นว่าเกือบทั้งหมดเป็นฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา โดยที่กลุ่มอายุ 6 ปี จะได้รับการรักษามากกว่ากลุ่มอายุ 3 ปี แต่การรักษาที่ได้รับในกลุ่มอายุทั้งสอง จะเป็นการถอนฟันมากกว่าการอุดฟัน สอดคล้องกับการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 (กรมอนามัย, 2527) การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 (กรมอนามัย, 2534) และการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 (กรมอนามัย, 2538) แสดงให้เห็นว่าฟันน้ำนมได้รับความสำคัญในการให้บริการรักษาและเก็บฟันเอาไว้ใช้งานน้อย สาเหตุอาจเนื่องมาจาก การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของฟันน้ำนม ผลเสียของการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด การรักษาโรคฟันผุ และการขาดแคลนบุคลากรที่จะให้บริการรักษาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

2. รูปแบบการผุของฟัน

2.1 รูปแบบการผุตามซี่ฟัน พบว่าการกระจายของฟันผุตามฟันซี่ต่างๆ ในกลุ่มอายุ 3 ปี มีความสอดคล้องกับการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (กรมอนามัย, 2534) การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 (กรมอนามัย, 2538) การสำรวจในกลุ่มนักเรียนอนุบาลในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2534 (Waranuch Pitiphat, 1991) และการสำรวจในกลุ่มนักเรียนอนุบาลในจังหวัดนครสวรรค์ (พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล และคณะ, 2538) คือมีการผุสูงสุดในฟันตัดกลางบน รองลงมาคือฟันกรามซี่ที่สองล่าง และฟันกรามซี่ที่หนึ่งล่าง และมีการผุต่ำสุดในกลุ่มฟันหน้าล่าง แสดงให้เห็นว่าฟันตัดบน และฟันกราม เป็นฟันที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่าฟันเขี้ยวและฟันตัดล่าง

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุทั้งสองจะพบว่าการผุคล้ายคลึงกันคือมีการผุในฟันตัดบนและฟันกรามมากกว่าฟันซี่อื่นๆ แต่จะมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุทั้งสองคือ กลุ่มอายุ 3 ปีจะผุที่ฟันหน้าบนมากกว่าฟันกราม ในขณะที่กลุ่มอายุ 6 ปีผุที่ฟันกรามมากกว่าฟันหน้าบน สอดคล้องกับการสำรวจทันตสุขภาพของนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2534 (กรุงเทพมหานคร, 2534) แสดงให้เห็นว่าเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น จะมีการผุเพิ่มในฟันกรามมากกว่าการผุเพิ่มในฟันหน้าบน

ความสมมาตรของการผุ พบว่ามีความสมมาตรระหว่างฟันข้างซ้ายและข้างขวา และระหว่างฟันกรามบนและล่าง ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในเด็กไอร์แลนด์วัย 4 ปี (Holland and Crowley, 1982) และกลุ่มอายุ 3 ปี จะมีความสมดุลของการผุมากกว่ากลุ่มอายุ 6 ปี แสดงให้เห็นว่าการผุของฟันน่าจะสัมพันธ์กับลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ซึ่งส่งผลให้มีการผุเหมือนกันในฟันที่มีรูปร่างเหมือนกัน เช่น ฟันข้างซ้ายและข้างขวา ฟันกรามบนและฟันกรามล่าง และมีการผุแตกต่างกันในฟันที่อยู่ในตำแหน่งที่มีสิ่งแวดล้อมในช่องปากต่างกัน เช่น ฟันหน้าบนและฟันหน้าล่างซึ่งมีการสัมผัสกับสาเหตุของโรคและน้ำลายแตกต่างกัน

เมื่อเด็กอายุมากขึ้นจะเห็นว่ามีความสมดุลของการผุน้อยลง แสดงว่าน่าจะมีปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ไม่สมดุลกันระหว่างฟันข้างซ้ายและข้างขวา และระหว่างฟันกรามบนและล่าง เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การเคี้ยวอาหาร และการแปรงฟัน จึงทำให้ความสมดุลของการผุลดน้อยลง

2.2 รูปแบบการผุตามด้านฟัน

พบว่าการผุตามด้านต่างๆ ในกลุ่มอายุ 3 ปี มีรูปแบบที่สอดคล้องกับความชุกของการผุตามด้านต่างๆ ในกลุ่มนักเรียนอนุบาลในจังหวัดนครสวรรค์ (พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล และคณะ, 2538) คือมีการผุที่ด้านใกล้กลางของฟันตัดบนสูงที่สุด รองลงมาคือด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่สองล่าง และด้านที่มีการผุน้อยที่สุดคือด้านใกล้ลิ้นของฟันหน้าล่าง

ในฟันหน้าบนพบว่าการผุในด้านประชิดมากกว่าบริเวณอื่นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการผุในฟันหน้ามักผุในบริเวณที่ทำความสะอาดยากมากกว่าบริเวณผิวเรียบของฟัน

ในฟันตัดกลางมักจะผุแบบด้านเดียวมากกว่าสองด้าน คือผุด้านใกล้กลางสูงสุด รองลงมาคือผุด้านไกลกลาง ส่วนด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้นมีการผุน้อยกว่า ซึ่งความแตกต่างระหว่างด้านใกล้กลางและไกลกลางอาจเนื่องมาจาก

ระยะเวลาการขึ้นของฟัน เนื่องจากฟันตัดกลางขึ้นก่อนฟันตัดข้าง (Magnusson, 1981) ดังนั้นจึงเกิดจุดสัมผัสด้านใกล้กลางก่อนจุดสัมผัสด้านไกลกลาง อันเป็นเหตุให้มีการผุที่ด้านใกล้กลางมากกว่าด้านไกลกลาง

ลักษณะทางกายวิภาคของเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ใกล้เคียง คือมี Incisive Papilla อยู่ใกล้ขอบเหงือกด้านใกล้ลิ้นและใกล้กลางของฟันตัดกลาง ทำให้ทำความสะอาดยาก และมีการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์และเกิดโรคเหงือกอักเสบในบริเวณนี้มากที่สุด (Goran et al., 1994) ซึ่งทำให้แปรงฟันลำบากยิ่งขึ้น จึงเกิดฟันผุในฟันใกล้กลางมากกว่าด้านไกลกลาง

ส่วนการผุบริเวณใกล้แก้มและใกล้ลิ้นซึ่งเป็นการผุที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูดนมขณะนอนหลับนั้น พบว่ามีความชุกน้อยกว่าการผุในบริเวณประชิดของฟัน แสดงให้เห็นว่าประชากรกลุ่มนี้น่าจะมีปัจจัยอื่นในการก่อโรคฟันผุที่สำคัญมากกว่าการดูดนมขณะนอนหลับ เช่น การขาดการดูแลความสะอาดในช่องปาก ซึ่งมีการศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีเด็กเพียงร้อยละ 14.7 ที่ได้รับการแปรงฟันจากผู้ปกครอง ส่วนร้อยละ 85.3 แปรงฟันด้วยตนเอง (วรรณศรี แก้วปิ่นตา, ทองเพ็ญ วันทนิยตระกูล และ ยุพิน ศรีแพนบาล, 2536) ซึ่งทำให้ช่องปากไม่สะอาด เนื่องจากเด็กในวัยนี้ยังมีความสามารถในการใช้มืออยู่ในเกณฑ์ต่ำ และส่วนใหญ่มักใช้เวลาเพียงนาทีเดียวในการแปรงฟัน และแปรงได้ไม่ทั่วทั้งปาก (ทิพย์วรรณ เตชะนิธิสวัสดิ์, 2533) และพฤติกรรมการกินขนมหวานไม่เป็นเวลา การศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ทั้งหมดได้กินขนมหวานวันละ 1-3 ครั้ง และเด็กอายุ 2-6 ปี ร้อยละ 54.5 กินขนมหวานวันละ 1-3 ครั้ง และร้อยละ 45.5 กินขนมหวานมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน (พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และน้ำผึ้ง พิชัยจุมพล, 2538) ส่วนเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 5.4 เริ่มกินขนมหวานก่อนอายุ 6 เดือน โดยขนมที่นิยมรับประทานได้แก่ ขนมประเภทแป้ง เครื่องดื่ม วุ้นหรือเยลลี่ ลูกอม และบะหมี่สำเร็จรูป (พิษณุ อดตะมะวาทิน, 2536) ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลความสะอาดในช่องปาก และพฤติกรรมการกินขนมหวานจึงน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

สำหรับฟันตัดข้างบน พบว่ามักจะผุด้านเดียวมากกว่าสองด้านเช่นเดียวกับฟันตัดกลาง โดยที่มีการผุสูงสุดในด้านใกล้กลาง ส่วนด้านไกลกลางจะพบการผुक่อนข้างต่ำ และในกรณีที่ฟันผุสองด้านจะเป็นการผุในฟันใกล้กลางและใกล้แก้มมากกว่าใกล้กลางและไกลกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้ฟันไกลกลางจะเป็นด้านประชิด แต่ลักษณะของจุดประชิดที่สัมผัสกับฟันเขี้ยวที่มีลักษณะปลายฟันด้านตัดแหลม (Schroeder, 1991) ทำให้มีพื้นที่ได้จุดสัมผัสที่น้อยกว่าบริเวณประชิดอื่นๆ ร่วมกับการมีช่องว่างระหว่างฟันทั้งสองซี่ที่เรียกว่า Primate Space (Magnusson, 1981) จึงสามารถทำความสะอาดได้ง่าย ทำให้เกิดการผุน้อยกว่าบริเวณประชิดอื่นๆ

การผุในบริเวณฟันหน้ายังมีปัจจัยที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะสร้างฟัน มีผลให้เกิดรอยโรค Enamel Hypoplasia ที่ชั้นเคลือบฟัน (Magnusson, 1981) และเมื่อเกิดการผุจะแยกโรคได้ยากว่าเกิดจากสาเหตุใด ดังนั้นหากมีการระบุตำแหน่งที่เกิดโรคว่าอยู่ในบริเวณที่ใกล้เหงือก หรือใกล้ปลายตัดของฟัน ก็จะช่วยในการวิเคราะห์หาสาเหตุได้ดีขึ้น

ในกลุ่มฟันกรามพบว่ามีการผุสูงในด้านบดเคี้ยว ด้านใกล้ลิ้นในฟันกรามซี่ที่สองบน และด้านใกล้แก้มในฟันซี่ที่สองล่าง ซึ่งด้านเหล่านี้เป็นด้านที่มีหลุมร่องฟัน (Schroeder, 1991) ในขณะที่ยอดฟันและด้านเรียบมีการผุน้อย จำนวนด้านที่ผุส่วนใหญ่เป็นการผุ 1 ด้าน โดยด้านที่ผุสูงสุดในฟันกรามทั้งสองซี่คือด้านบดเคี้ยว ซึ่งมีหลุมและร่องฟัน รองลงมาจะเป็นการผุ 2 ด้าน โดยฟันกรามซี่ที่หนึ่งจะผุแบบด้านบดเคี้ยวและด้านประชิดสูงสุด ในขณะที่ฟันกรามซี่ที่สองจะผุแบบด้านบดเคี้ยวและด้านที่มีหลุมร่องฟัน คือด้านใกล้ลิ้นในฟันกรามซี่ที่สองบน และด้านใกล้แก้มในฟันกรามซี่ที่สองล่าง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มอายุ 3 ขวบ น่าจะเกิดฟันผุบริเวณหลุมร่องฟันก่อนบริเวณอื่นๆ เนื่องมาจากลักษณะที่ยากต่อการป้องกันโรคด้วยวิธีต่างๆ รองลงมาคือด้านประชิดจะเป็นด้านที่ผุตามมา เนื่องจากทำความสะอาดได้ยาก และในระยะนี้อาจพบการผุบริเวณนี้บ่อยเนื่องอาจมีการตรวจหารอยผุไม่พบด้วยวิธีใช้เครื่องมือเขี่ยหารอยผุ เพราะลักษณะของบริเวณประชิดที่เข้าถึงได้ยาก ทำให้การตรวจหาฟันผุด้วยเครื่องมือเขี่ยหารอยผุในบริเวณนี้มักจะพบรอยโรคได้เมื่อเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป (Goran et al., 1994) และการตรวจโดยใช้ภาพถ่ายรังสีนี้มักจะพบรอยโรคได้เมื่อเด็กอายุ 4 ปีขึ้นไป (Stephen, 1988) ส่วนบริเวณที่จะผุเป็นลำดับสุดท้าย คือด้านเรียบของฟันหลัง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ทำความสะอาดได้ง่ายที่สุด การที่เด็กผุในบริเวณนี้มักจะแสดงให้เห็นว่าเด็กรายนั้นมีสภาวะโรคฟันผุที่รุนแรง อันเนื่องมาจากการขาดการดูแลอนามัยช่องปากอย่างมาก

เมื่อเปรียบเทียบการผุในด้านบดเคี้ยวระหว่างฟันกรามซี่ที่หนึ่งและซี่ที่สอง จะเห็นว่าฟันกรามซี่ที่สองมีการผุที่ด้านบดเคี้ยวมากกว่าฟันกรามซี่ที่หนึ่ง ซึ่งเนื่องมาจากลักษณะหลุมร่องฟันในด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่สองมีจำนวนมากและมีความลึกและแคบกว่าหลุมร่องฟันในฟันกรามซี่ที่หนึ่ง

2.3 รูปแบบการผุตามลักษณะทางกายวิภาคของฟัน

เมื่อพิจารณาความซุก ความรุนแรง และการกระจายของการผุตามตำแหน่งต่างๆ ที่สัมพันธ์กับลักษณะทางกายวิภาคจะพบว่ามีความคล้ายคลึงกับรูปแบบการผุในเด็กในปากถึงอายุ 3-6 ปี (Douglass et al., 1994, 1995) คือ

การผุที่หลุมร่องฟัน เป็นรูปแบบที่มีความซุก ความรุนแรง และการกระจายสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับฟันผุในบริเวณอื่นๆ แสดงว่าการผุที่หลุมร่องฟันเป็นรูปแบบที่มีความซุกสูงในทุกกลุ่มอายุโดยทั่วไป มีการศึกษาพบว่าแม้อัตราซุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมจะลดลงในประเทศที่พัฒนาแล้วเนื่องจากการใช้ฟลูออไรด์อย่างทั่วถึง แต่การผุบริเวณหลุมร่องฟันก็ยังเป็นบริเวณที่มีความซุกลดลงน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับฟันผุในบริเวณประชิดและด้านเรียบของฟัน

(Johnsen, 1984) สาเหตุอาจเนื่องมาจาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลในบริเวณนี้คือ ลักษณะทางกายวิภาคของฟันซึ่งทำการป้องกันได้ยากโดยวิธีอื่นๆ ยกเว้นการเคลือบหลุมร่องฟัน โดยทันตบุคลากร ซึ่งเป็นวิธีการที่ยากในการปฏิบัติ เนื่องจากสภาวะขาดแคลนทันตบุคลากรที่จะให้บริการ โดยสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ.2534 เท่ากับ 1:76,707 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำที่สุดในประเทศ (เมธินี คุปพิทยานันท์, 2536) จึงเป็นการยากที่จะสามารถให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนมได้อย่างทั่วถึง

การดูแลฟันหน้าบน เป็นรูปแบบที่มีความซุก ความรุนแรง และการกระจายสูงในกลุ่มอายุ 3 ปี แต่จะมีความซุก ความรุนแรง และการกระจายต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลในบริเวณอื่นๆ ในกลุ่มอายุ 6 ปี โดยที่ความซุกไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มอายุทั้งสอง แสดงว่า หลังจากอายุ 3 ปีแล้ว จะมีการดูแลเพิ่มในบริเวณฟันหน้าบนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับบริเวณอื่นๆ ซึ่งทำให้เห็นว่าเราควรเน้นป้องกันฟันผุในฟันหน้าก่อนที่เด็กจะมีอายุ 3 ปี และหลังจากนั้นจะสามารถลดความสำคัญในการป้องกันโรคในบริเวณฟันหน้าได้

การดูแลด้านประชิดฟันหลัง เป็นรูปแบบที่มีความซุก ความรุนแรง และการกระจายต่ำในกลุ่มอายุ 3 ปี แต่จะมีความซุก ความรุนแรง และการกระจายสูงเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลในบริเวณอื่นๆ ในกลุ่มอายุ 6 ปี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุทั้งสองจะพบว่าเป็นรูปแบบที่มีความแตกต่างระหว่างอายุมากกว่ารูปแบบอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าช่วงอายุก่อน 3 ปี จะมีการดูแลในบริเวณนี้น้อย แต่จะเป็นบริเวณที่มีการดูแลเพิ่มสูงที่สุดหลังจากเด็กอายุ 3 ปีแล้ว ดังนั้นเราจึงควรเน้นป้องกันฟันผุในบริเวณนี้ให้มากที่สุดหลังอายุ 3 ปี

การดูแลด้านเรียบฟันหลัง และบริเวณอื่นๆ เป็นรูปแบบที่มีความซุก ความรุนแรง และการกระจายแตกต่างกันพอสมควรระหว่างกลุ่มอายุทั้งสอง แสดงว่ามีการดูแลเพิ่มมากขึ้นหลังจากอายุ 3 ปี อันอาจเนื่องมาจากการที่มีด้านที่เสี่ยงเหลืออยู่มากเมื่อเทียบกับรูปแบบอื่นๆ และเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าเป็นรูปแบบที่มีความซุก ความรุนแรง และการกระจายต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่นๆ ดังนั้นความสำคัญในการป้องกันฟันผุในบริเวณเหล่านี้จึงอาจน้อยกว่าบริเวณอื่นๆ อีกทั้งหากเราสามารถป้องกันฟันผุในบริเวณหลุมร่องฟัน ฟันหน้า และด้านประชิดฟันได้ด้วยวิธีการต่างๆ ทางทันตกรรมป้องกัน ก็น่าจะป้องกันฟันผุในด้านเรียบฟันหลังและด้านอื่นๆ ที่เหลือไปได้พร้อมๆ กัน เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีลักษณะทางกายวิภาคที่สามารถทำความสะอาดได้มากที่สุดอยู่แล้ว

3. ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการดูแลของฟัน

ปัจจัยที่อาจมีผลต่อความแตกต่างระหว่างการใช้ฟันน้ำนมตามซี่ ตามด้าน ตามกลุ่ม และตามช่วงอายุ ได้แก่

3.1 อายุการขึ้นของฟัน เนื่องจากการที่ฟันจะดูแลถูกตรวจพบได้จะต้องมีเวลาสัมผัสกับปัจจัยก่อโรคอย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นฟันหน้าบนซึ่งขึ้นก่อนฟันกรามเป็นระยะเวลาประมาณ

6-20 เดือน (Magnusson, 1981) จึงมีการดูแลและตรวจพบได้ก่อนฟันกราม ทำให้ความชุกในกลุ่มฟันหน้าบนในเด็กที่อายุน้อยสูงกว่าฟันกราม และเมื่ออายุมากขึ้น ฟันกรามมีเวลาที่สัมผัสกับปัจจัยก่อโรคนานเพียงพอจึงทำให้เกิดการดูแลและตรวจพบได้เมื่ออายุมากขึ้น จึงทำให้ความชุกในฟันกรามสูงกว่ากลุ่มฟันหน้าบน

3.2 ลักษณะทางกายวิภาคของฟัน และอวัยวะใกล้เคียง

3.2.1 ลักษณะของฟันแต่ละซี่ ฟันแต่ละซี่มีลักษณะทางกายวิภาคที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุแตกต่างกันเช่นในกลุ่มฟันหน้าจะมีรูปร่างของฟันค่อนข้างเรียบและเสี่ยงต่อการผุน้อยกว่าฟันหลังซึ่งมีหลุมร่องฟันบนด้านบดเคี้ยว และในกลุ่มของฟันกรามก็ยังมีความชุกแตกต่างกันในฟันแต่ละซี่คือ ฟันกรามซี่ที่หนึ่งซึ่งมีหลุมร่องฟันบนด้านบดเคี้ยวจำนวนน้อยและตื้นกว่าฟันกรามซี่ที่สอง(Schroeder, 1991) ก็จะมีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่า

3.2.2 ลักษณะของฟันแต่ละด้าน ฟันซี่หนึ่ง ๆ จะมีลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละด้าน โดยเฉพาะฟันกรามซึ่งมีหลุมร่องฟันในด้านบดเคี้ยว ด้านใกล้แก้มในฟันกรามซี่ที่สองบนและด้านใกล้ลิ้นในฟันกรามซี่ที่สองล่าง ทำให้ด้านต่าง ๆ เหล่านี้มีความชุกของโรคฟันผุสูงกว่าด้านที่ไม่มีหลุมร่องฟัน

3.2.3 ลักษณะของบริเวณประชิดฟัน

ขนาดของจุดสัมผัส บริเวณที่จุดสัมผัสฟันที่มีขนาดเล็กจะมีความชุกของการผุต่ำ เช่น ฟันที่อยู่ติดกับฟันเขี้ยวจะมีพื้นที่ได้จุดสัมผัสซึ่งเป็นบริเวณทำความสะอาดขนาดเล็ก โอกาสที่ฟันจะผุน้อยกว่าด้านที่สัมผัสกับฟันที่ไม่ใช่ฟันเขี้ยว

ความห่างระหว่างฟันในบริเวณประชิด บริเวณประชิดของฟันที่มีช่องว่างห่างพอควรจะทำให้ฟันในบริเวณนั้นมีความชุกของโรคฟันผุต่ำกว่าบริเวณประชิดฟันที่แน่น เช่น ในฟันหลังที่มีบริเวณประชิดหลวมในกลุ่มอายุ 3 ปี จะมีฟันผุบริเวณประชิดน้อยกว่ากลุ่มอายุ 6 ปี ที่มีบริเวณประชิดแน่นขึ้นเนื่องจากการเคลื่อนตัวของฟันหลังเข้ามาทางด้านใกล้กลาง และในฟันหน้าบนที่มีช่องว่างระหว่างฟัน (Magnusson, 1981) เมื่อเด็กมีการเจริญเติบโตก็จะทำให้มีอุบัติการณ์ของการผุลดลงจากขณะที่ไม่มีช่องว่างระหว่างฟัน

3.2.4 ตำแหน่งของฟัน ตำแหน่งของฟันที่สัมพันธ์กับการไหลเวียนของของเหลวในช่องปากที่แตกต่างกันจะทำให้การผุของฟันแตกต่างกัน เช่น ฟันหน้าบนอยู่ในตำแหน่งที่สัมผัสกับนมในขณะที่เด็กดูดนมนอนมากกว่าฟันหน้าล่าง โดยที่ด้านใกล้แก้มจะมีการสัมผัสมากกว่าด้านใกล้ลิ้น ในขณะที่ฟันหน้าล่างมีอยู่ในตำแหน่งที่มีการไหลเวียนและการชำระล้างจากน้ำลายมากกว่าฟันหน้าบน จึงทำให้ฟันหน้าบนมีการผุมากกว่าฟันหน้าล่าง

3.2.5 ตำแหน่งของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากที่เป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาด เช่น Incisive Papilla ที่อยู่บนเพดานปากใกล้ขอบเหงือกด้านใกล้กลางของฟันตัดกลางบน ทำให้ด้านใกล้กลางของฟันตัดกลางบนมีการผุสูงกว่าด้านใกล้กลาง (Goran et al., 1994)

3.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าสาเหตุหนึ่งที่สำคัญในการก่อโรคฟันผุในเด็กคือการดูดนมในขณะที่เด็กนอนหลับ (พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล และคณะ, 2538) มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 93 ของเด็กที่มีฟันผุนิรดกลามเร็วเป็นเด็กที่ถูกปล่อยให้ดูดนมจนหลับคาขวด โดยอายุเฉลี่ยที่เด็กเลิกดูดนมจากขวดขณะเข้านอนคือ 23.2 เดือน (Dilley et al., 1980) และการศึกษาในเด็กวัยก่อนเรียนอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมการนอนหลับคาขวดนม จะมีอัตราชุกชุมของฟันผุนิรดกลามสูง (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2533) ดังนั้นฟันหน้าบนซึ่งขึ้นมาในช่องปากก่อนที่เด็กจะเลิกดูดนมในขณะนอนหลับ จึงเป็นฟันกลุ่มที่เกิดการผุสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 3 ปี และการผุแบบนี้จะมีอัตราอุบัติการณ์ลดลงหลังจากเลิกดูดนมในขณะนอนหลับ จึงทำให้ความชุกในฟันหน้าบนไม่มีความแตกต่างมากนักระหว่างสองกลุ่มอายุ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการผุของฟันทั้งปากกับการผุในฟันกลุ่มต่าง ๆ

พบว่าจำนวนฟันผุ ถอน อุดในช่องปากในกลุ่มอายุทั้งสอง มีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันผุ ถอน อุดในแต่ละส่วนของช่องปากมากกว่ากลุ่มฟันหรือซี่ฟัน โดยส่วนของช่องปากที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือฟันบนซ้าย และฟันบนขวา ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.89 ในกลุ่มอายุ 3 ปี และ 0.88 ในกลุ่มอายุ 6 ปี กลุ่มฟันที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือฟันกราม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.88 ทั้งในกลุ่มอายุ 3 ปี และกลุ่มอายุ 6 ปี และซี่ฟันที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือฟันตัดข้างบน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.71 ในกลุ่มอายุ 3 ปี และฟันกรามซี่ที่หนึ่งบน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.71 ในกลุ่มอายุ 6 ปี ส่วนฟันกลุ่มอื่นๆ หรือซี่อื่นๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์นั้นมีความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการผุในฟันน้ำนมมีการกระจายในฟันแทบทุกซี่ แตกต่างจากฟันแท้ที่การผุของฟันจะกระจายอยู่ในฟันกรามมากกว่าฟันกลุ่มอื่นๆ (คมสรรพ บุญยสิงห์ และจันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2537) ดังนั้น จำนวนฟันผุ ถอน อุดในช่องปากจึงไม่ได้ขึ้นกับฟันกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือฟันซี่ใดซี่หนึ่ง แต่จะขึ้นกับฟันหลายๆซี่ในช่องปากร่วมกัน แตกต่างจากความสัมพันธ์ของการผุในฟันแท้ที่ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ ถอน อุดขึ้นอยู่กับฟันกราม โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงถึง 0.95 (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคมสรรพ บุญยสิงห์, 2537)

จะเห็นว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการผุของฟันกลุ่มต่างๆในช่องปาก ในกลุ่มฟันน้ำนมมีค่าไม่สูงมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับฟันแท้ ดังนั้นการจะประมาณค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ ถอน อุด โดยการใช้ฟันบางส่วนเป็นตัวแทนของช่องปากจึงอาจไม่แม่นยำเท่าฟันแท้ แต่หากต้องการใช้ก็ควรจะต้องเลือกฟันบนซ้ายหรือฟันบนขวาเป็นตัวแทนเนื่องจากจำนวนฟันที่ตรวจมีเพียง 5 ซี่ และมีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนฟันผุ ถอน อุดในช่องปากสัมพันธ์กับจำนวนฟันผุ ถอน อุดในฟันที่ตรวจมากที่สุด

5. แนวทางการวางแผนทันตกรรมป้องกัน

จากข้อมูลความชุก จำนวนเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด และจำนวนเฉลี่ยด้านผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุทั้งสองซึ่งมีค่าสูงกว่าการสำรวจอื่นๆ และยังไม่บรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 จะเห็นว่าประชากรวัยก่อนเรียนในจังหวัดมหาสารคาม เป็นประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุสูง จึงควรมีมาตรการวางแผนป้องกันและรักษาโรคให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา

จากสัดส่วนจำนวนฟันผุ ถอน อุด จะเห็นว่าฟันที่ผุเกือบทั้งหมดเป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และการรักษาที่ได้รับมักจะเป็นการถอนฟันมากกว่าการอุดฟัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขาดความสนใจในการดูแลรักษาฟันน้ำนม ร่วมกับการขาดแคลนทันตบุคลากรที่สามารถให้บริการ ดังนั้นในภาวะที่ขาดแคลนบุคลากรที่จะให้บริการด้านรักษาเช่นในปัจจุบันนี้ เราควรจะเน้นด้านการป้องกันโรคทั้งในระดับบุคคล และระดับชุมชน

จากการสรุปแบบต่าง ๆ เราสามารถใช้วิธีการทันตกรรมป้องกันเพื่อให้เหมาะสมกับฟันกลุ่มต่าง ๆ ในแต่ละช่วงอายุดังนี้

5.1 ฟันหน้า จากรูปแบบการผุที่มีความชุกสูงในกลุ่มอายุ 3 ปี โดยผุที่ด้านประชิดมากที่สุด รองลงมาคือด้านใกล้แก้ม และผุด้านใกล้ลิ้นต่ำสุด หลังจากอายุ 3 ปีขึ้นไปแล้ว จะมีการผุเพิ่มในฟันหน้าน้อยมาก ดังนั้นจึงเสนอแนะแนวทางป้องกันโรคฟันผุในบริเวณฟันหน้าด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น

- การป้องกันคราบจุลินทรีย์เกาะบนผิวฟันด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณด้านประชิด และบริเวณคอฟันด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้น โดยการแปรงฟันร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน

- การเลิกพฤติกรรมการดูดนมขณะนอนหลับ เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุบริเวณด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้น

- การใช้ฟลูออไรด์ทั้งเฉพาะที่ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่โดยทันตบุคลากร และฟลูออไรด์ทางระบบ เช่น ยาเม็ดฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์ในน้ำประปา และฟลูออไรด์ในนม

- การป้องกันการเกิด Enamel Hypoplasia ในขณะที่มีการสร้างฟัน คือตั้งแต่ทารกอายุ 14 สัปดาห์ในครรภ์มารดาเพื่อป้องกันการเกิดฟันผุในบริเวณรอยโรค Enamel Hypoplasia

5.2 ฟันหลัง จากรูปแบบการผุจะเห็นว่าฟันหลังเริ่มผุตั้งแต่เด็กอายุ 3 ปี โดยมีการผุสูงในบริเวณหลุมและร่องฟัน และเมื่ออายุมากขึ้น จะมีการผุเพิ่มในบริเวณด้านประชิดมากที่สุด รองลงมาคือด้านเรียบ ส่วนด้านบดเคี้ยวก็ยังมีผุเพิ่มเล็กน้อย ดังนั้นการป้องกันฟันผุในฟันหลังควรใช้วิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน โดยเริ่มทำเร็วที่สุดหลังจากฟันกรามขึ้น เพื่อป้องกันฟันผุบริเวณหลุมร่องฟันซึ่งไม่สามารถป้องกันได้ด้วยการแปรงฟันหรือการใช้ฟลูออไรด์

-การกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในบริเวณต่างๆ โดยเน้นที่ด้านประชิดฟัน และบริเวณคอฟันในด้านเรียบ ด้วยการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟัน เพื่อป้องกันฟันผุบริเวณด้านประชิดและด้านเรียบของฟัน

-การใช้ฟลูออไรด์ทั้งเฉพาะที่ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่โดยทันตบุคลากร และฟลูออไรด์ทางระบบ เช่น ยาเม็ดฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์ในน้ำประปา และฟลูออไรด์ในนม เพื่อป้องกันฟันผุบริเวณด้านประชิดและด้านเรียบของฟัน

-การเลืกดุดนมในขณะนอนหลับ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดฟันผุบริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่หนึ่ง

-การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เช่น รับประทานอาหารให้เป็นเวลา โดยใช้เวลาในการรับประทานอาหารให้น้อยที่สุด ลดการรับประทานขนมหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระหว่างมื้ออาหาร รับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผักสด และ ผลไม้ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในทุกบริเวณ

-การตรวจหาฟันผุบริเวณด้านประชิดอย่างสม่ำเสมอด้วยการถ่ายภาพรังสี เพื่อให้ได้ให้บริการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ในกรณีที่มีการผุบริเวณประชิดฟัน เนื่องจากการผุบริเวณนี้สังเกตด้วยตาเปล่า หรือตรวจหาโรคด้วยเครื่องมือเขี่ยหาฟันผุได้ยาก การผุในบริเวณนี้มักลุกลามและทะลุโพรงประสาทฟันได้เร็ว รุขที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือตรวจพบได้ด้วยเครื่องมือเขี่ยหาฟันผุ มักเป็นรุขที่ลุกลามมากจนเกือบทะลุโพรงประสาทฟัน หรือทะลุโพรงประสาทฟันไปแล้ว (Kennedy, 1986) จึงรักษายากและมักก่อให้เกิดการสูญเสียฟันก่อนเวลาอันสมควร

จากรูปแบบการผุและวิธีการป้องกันในฟันกลุ่มต่างๆ จะสามารถวางแผนการป้องกันตามช่วงอายุได้ดังนี้

-ระยะก่อนตั้งครรภ์ มารดาควรระมัดระวังในการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งในระยะนี้เริ่มมีการสร้างฟันน้ำนมแล้ว ดังนั้นหากมีความบกพร่องในช่วงนี้ก็จะทำให้เกิด Enamel Hypoplasia ซึ่งส่งผลเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดฟันผุได้ง่ายยิ่งขึ้น

-ระยะก่อนฟันขึ้น (0 - 6 เดือน)

ฝึกให้เด็กเคี้ยว และยอมรับการทำความสะอาดในช่องปาก โดยใช้ผ้าชุบน้ำทำความสะอาดช่องปากเป็นประจำ

ฝึกให้เด็กยอมรับการดื่มน้ำตามภายหลังดุดนม เพื่อกำจัดคราบน้ำนมที่เหลืออยู่ ในช่องปาก

-ระยะฟันน้ำนมเริ่มขึ้น (6 เดือน - 2 ปี 6 เดือน)

ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟัน ด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่มและขนาดเหมาะสม และใช้ไหมขัดฟันในบริเวณประชิดฟัน

ใช้ฟลูออไรด์ทั้งชนิดเฉพาะที่ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การเคลือบฟลูออไรด์ และ ฟลูออไรด์ทางระบบ เช่น ฟลูออไรด์ชนิดหยด ในปริมาณที่เหมาะสม ภายใต้คำแนะนำของ ทันตบุคลากร

เริ่มฝึกดื่มนมจากแก้ว และเลิกดื่มนมมือนมขวด รวมทั้งดื่มน้ำตาม และทำความสะอาด ภายหลังการดื่มนมทุกครั้ง

พบทันตแพทย์เพื่อตรวจสภาพช่องปาก และรับบริการทันตกรรมป้องกัน

-ระยะฟันน้ำนมขึ้นครบ (2 ปี 6 เดือนขึ้นไป)

ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟัน ด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่มและขนาดเหมาะสม และใช้ไหมขัดฟันในบริเวณประชิดฟัน โดยเฉพาะในฟันหลัง

ใช้ฟลูออไรด์ทั้งชนิดเฉพาะที่ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การเคลือบฟลูออไรด์ และ ฟลูออไรด์ทางระบบ เช่น ยาเม็ดฟลูออไรด์ ในปริมาณที่เหมาะสม ภายใต้คำแนะนำของ ทันตบุคลากร

การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิด โรคฟันผุ

การพบทันตแพทย์ เพื่อรับบริการการป้องกันและรักษาโรคฟันผุ เช่น การเคลือบหลุม ร่องฟันในฟันกราม การเคลือบฟลูออไรด์ การจ่ายยาเม็ดฟลูออไรด์ การตรวจหาฟันผุโดยเฉพาะ บริเวณด้านประชิดฟันหลังด้วยการถ่ายภาพรังสี และการรักษาในกรณีที่มีฟันผุในช่องปาก

6. แนวทางในการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลสภาวะโรคฟันผุ

จากผลการวิจัยจะเห็นว่า การรายงานผลการสำรวจสภาวะโรคฟันผุ เป็นร้อยละของ ประชากรที่เป็นโรค ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ ถอน อุด และค่าเฉลี่ยจำนวนด้านผุ ถอน อุด จะมี ประโยชน์ในการประเมินสภาวะโรคโดยรวม เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ซึ่งมีประโยชน์ในการวางแผนอย่างกว้าง ๆ ในการที่จะลดในกรณีที่มีความชุกสูงหรือคงสภาพไว้ใน กรณีที่มีความชุกต่ำ แต่ยังมีข้อด้อยในรายละเอียดที่จะนำมาประเมินว่า ร้อยละหรือค่าเฉลี่ยที่สูง และจำเป็นต้องมีการวางแผนแก้ไขนั้น เป็นค่าที่สูงในฟันซี่ใด ด้านใด หรือกลุ่มใด อันจะทำให้ไม่ สามารถวางแผนงานทันตกรรมป้องกันได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในชุดฟัน น้ำนม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสภาพในช่องปากอย่างรวดเร็ว และตลอดเวลาเมื่อเปรียบเทียบกับ ฟันแท้ ดังนั้นการวิเคราะห์ผลการสำรวจสภาวะโรคฟันผุ จึงควรมีการวิเคราะห์อย่างละเอียด โดย แยกเป็นกลุ่มอายุต่าง ๆ แยกการผุตามซี่ฟัน ด้านฟัน กลุ่มฟันและลักษณะกายวิภาคของฟัน ซึ่งจะ สามารถใช้ในการวางแผนทันตกรรมป้องกันได้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่สุด

ในการสำรวจสภาวะโรคฟันผุเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด อาจไม่จำเป็นต้องตรวจฟันทุกซี่ในช่องปาก จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างการผุในฟันบางซี่กับการผุของฟันปาก จะเห็นว่าการตรวจฟันเพียงหนึ่งส่วนสี่ของช่องปากก็สมารถใช้เป็นตัวแทนได้ โดยส่วนที่สามารถเป็นตัวแทนได้ดีที่สุดในกลุ่มฟันน้ำนมคือฟันบนซ้าย หรือฟันบนขวา จำนวน 5 ซี่ ซึ่งหากใช้การตรวจวิธีนี้ก็จะช่วยลดระยะเวลาในการตรวจลงได้มาก โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 3 ปี ซึ่งมีความร่วมมือน้อย การตรวจเสร็จอย่างรวดเร็วจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำ และประสบความสำเร็จในการสำรวจมากขึ้น

นอกจากนั้น ในการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนม ควรจะมีการสำรวจข้อมูลบางประการเพิ่มเติม เช่น ลักษณะการผุในบริเวณต่างๆ โดยเฉพาะในฟันหน้า ซึ่งการสำรวจและรายงานผลเพียงแค่การผุหรือไม่ผุอาจใช้บอกสาเหตุของการผุได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากสาเหตุของการผุในฟันหน้าที่พบได้บ่อยคือการดูดนมขณะนอนหลับ และการมี Enamel Hypoplasia ซึ่งหากมีการระบุตำแหน่งที่ผุในแต่ละด้านก็จะช่วยในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุได้ นอกจากนี้อาจมีการซักประวัติเพิ่มเติม เช่น ประวัติการดูดนมขณะนอนหลับ ประวัติภาวะที่อาจมีผลต่อ Enamel Hypoplasia รวมถึงระยะเวลาที่เริ่มสังเกตเห็นโรค หากสามารถระบุสาเหตุของการผุในฟันหน้าได้ก็จะสามารถวางแผนทันตกรรมป้องกันได้เหมาะสมยิ่งขึ้น