

สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด ที่มารับการรักษาโรคหัวใจที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ Dental Caries of Primary Dentition in Children with Congenital Heart Disease at Maharaj Chiang Mai Hospital.

กนกวรรณ คงศรีเจริญ¹, จุไรรัตน์ คุณะไชยโชติ¹, อุบลวรรณ จารุจารีต²,
พิมพ์เดือน เนตรแก้ว², ปรัชญา ลุนทา², ปณิษฐา กาบแก้ว²

¹ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²นักศึกษาชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2544 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Kanokwan Kongsrichareon¹, Jurairat Kunachaichote¹, Ubonwan Charuchareet²,
Pimdeun Natekeaw², Pratchya Luntha², Panittha Kapkeaw²

¹Department of Pediatric dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University.

²The sixth year dental student 2001, Faculty of Dentistry. Chiang Mai University.

ชม.ทันตสาร 2546; 24(1-2) : 69-74

CM Dent J 2003; 24(1-2) : 69-74

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดโรคฟันผุในเด็กที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดและเพื่อหาความแตกต่างของโรคฟันผุในเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียวและเขียว โดยการตรวจฟันผุในเด็กที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดอายุ 6 เดือน ถึง 6 ปีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 105 คน จากการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีฟันผุร้อยละ 57 คน ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด คือ 4.02 ± 4.97 และพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในโรคหัวใจทั้ง 2 ชนิด โดยมีแนวโน้มของการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ฟันที่ผุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาและเด็กได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนมเป็นปริมาณน้อย โรคฟันผุเป็นปัญหาสำคัญในเด็กโรคหัวใจดังนั้นเด็กโรคหัวใจจึงควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นพิเศษโดยเฉพาะด้านการป้องกันโรคฟันผุ

Abstract

The objectives of this study were to evaluate dental caries status in children with congenital heart disease and to study the difference of dental caries between acyanotic and cyanotic heart disease. The study group were 105 children suffering from congenital heart disease who attend cardiology clinic at The Maharaj Chiang Mai hospital. Dental examination for caries was performed. The prevalence of dental caries in this group of children is 57 percent with mean dmft of 4.02 ± 4.97 . There is no difference in dental caries between two types of heart disease. Caries experience tends to be higher in older age group. A large number of decayed teeth were left untreated, more over, small number of teeth were sealed. Dental caries is an important problem in

บทนำ

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีซึ่งเป็นช่วงที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบทั้ง 20 ซี่ในปาก เป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.61 ซึ่งต่อคน ส่วนเด็กอายุ 5-6 ปีจะมีฟันผุในฟันน้ำนมสูงขึ้น พบฟันผุของฟันน้ำนม ร้อยละ 87.4 โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด 5.97 ซึ่งต่อคน เมื่อเปรียบเทียบกับสภาวะการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 5-6 ปี จากการสำรวจในปีต่างๆ พบว่า แนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมมีสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา⁽¹⁾ ทั้งๆ ที่มีการพัฒนาทางด้านการรักษาทางทันตกรรม และการกระจายทันตแพทย์ออกไปยังส่วนต่างๆ ของประเทศ

หากดูแนวโน้มของประเทศแล้ว ในเด็กที่มีโรคทางระบบโดยเฉพาะเด็กที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้มากกว่าเด็กปกติ ทั้งนี้ เนื่องจากความยุ่งยากในการเลี้ยงดู⁽²⁾ การพบเคลือบฟันผิดปกติชนิดอินามัลฮัยโปเพลเซีย (enamel hypoplasia) ได้บ่อย⁽³⁾ หรือการใช้ยาน้ำเชื่อมเป็นประจำ⁽⁴⁾ เมื่อเด็กมีฟันผุโดยเฉพาะฟันน้ำนมที่ผุทะลุประสาทฟัน การรักษาโดยการรักษาประสาทฟันจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ⁽⁵⁾ และอาจเสี่ยงต่อการเกิดฝีในสมอง (brain abscess)^(3,6) ดังนั้นทางเลือกที่ดีที่สุดคือการรักษาโดยการถอนฟัน ซึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะได้รับการถอนฟันมากกว่าในกลุ่มเด็กปกติ⁽⁷⁾ โดยทำให้เกิดผลกระทบทางทันตกรรม เช่น ทำให้เกิดช่องว่างส่งผลให้ฟันข้างเคียงมีการล้มเอียงผิดตำแหน่ง ทำให้เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ ฟันแท้ไม่สามารถขึ้นได้ หรือฟันแท้ขึ้นในลักษณะซ้อนเกเนื่องจากการสูญเสียช่องว่าง ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นไปได้ยากมีโอกาสเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์สูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลถึงรูปแบบและอัตราการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกร

children with congenital heart disease. Care should be taken to this group of children in terms of oral hygiene care and the prevention of dental caries.

Key Works: children with congenital heart disease, dental caries

บริเวณนั้นอีกด้วย^(3,6)

โรคหัวใจแต่กำเนิด แบ่งตามลักษณะทางคลินิกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียว (acyanotic) ได้แก่ พวกที่มีเลือดลัดวงจรจากซ้ายไปขวา (left to right shunt) เช่น ventricular septal defect (VSD), atrial septal defect (ASD) หรือพวกที่มีการตีบแคบ (stenosis lesion) เช่น pulmonary stenosis (PS), aortic stenosis (AS)

2. กลุ่มที่มีอาการเขียว (cyanotic) คือกลุ่มที่มีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ โรคหัวใจชนิดเขียวแบ่งตามปริมาณเลือดที่ไปปอดได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือพวกที่มีเลือดไปปอดน้อยลง เช่น tetralogy of fallot (TOF), pulmonary atresia (PA) และพวกที่มีเลือดไปปอดมากขึ้น เช่น transposition of great arteries (TGA), total anomalous pulmonary venous connection (TAPVC)

เด็กโรคหัวใจชนิดเขียวจะเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมากกว่าและมีความซับซ้อนในการรักษามากกว่าเด็กที่เป็นโรคหัวใจชนิดอื่น การที่มีภาวะขาดออกซิเจนเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การมีเลือดข้น (polycythemia) การมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด การมีนิ้วโป่ง (clubbing finger) ภาวะเขียวรุนแรงฉับพลันซึ่งอาจทำให้หมดสติได้ (hypoxic spells) และมีการมีพัฒนาการด้านสติปัญญาลดลง เป็นต้น

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาเด็กโรคหัวใจจากจังหวัดใกล้เคียงในเขตภาคเหนือของประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีโรคหัวใจที่ต้องการทีมบุคลากรที่มีความสามารถและความชำนาญในการให้การรักษา อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะโรคฟันผุของเด็กกลุ่มนี้

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดและศึกษาความแตกต่างของการเกิดโรคฟันผุในโรคหัวใจทั้ง 2 ชนิด

วัสดุ อุปกรณ์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป หรือมีฟันน้ำนมขึ้นแล้วอย่างน้อย 1 ซี่จนถึงอายุ 6 ปีที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดมารับการรักษาที่แผนกโรคหัวใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ จังหวัดศรีเชียงใหม่ จำนวน 105 คน โดยขอความสมัครใจของผู้ปกครองในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

การตรวจในช่องปากใช้ผู้ตรวจ 2 คน ในส่วนของผู้ตรวจนั้นได้รับการปรับมาตรฐานโดยใช้ สถิติเคปป์ (Kappa statistics) โดยตรวจเด็กนักเรียนอนุบาลกลุ่มตัวอย่างที่มี อายุในช่วง 4-5 ปี จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงง่ายสามารถทำการตรวจซ้ำได้สะดวก ค่าสัมประสิทธิ์ เคปป์สำหรับผู้ตรวจคนที่หนึ่งเท่ากับ 0.979 ค่าสัมประสิทธิ์ เคปป์สำหรับผู้ตรวจคนที่สองเท่ากับ 0.989 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ เคปป์ ระหว่างผู้ทำการตรวจทั้งสองเท่ากับ 0.850 ซึ่งแสดงถึงระดับความเห็นพ้องที่ดี (good agreement) ขณะศึกษาทำการปรับมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอในการตรวจผู้ป่วยเด็กทุก 20 คน ได้สัมประสิทธิ์ เคปป์ระหว่างผู้ตรวจทั้งสอง มีค่าเท่ากับ 0.893

ในการตรวจฟันผุให้เด็กนั่งเก้าอี้โดยแขนศีรษะหนุนตักของผู้ตรวจซึ่งหันหน้าไปทางเดียวกัน เด็กเล็กที่นั่งเก้าอี้เองไม่ได้ ผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการตรวจโดยให้ผู้ปกครองนั่งเอาเข่าชนกับทันตแพทย์แล้วให้เด็กนอนหนุนตัก (knee to knee position)

การตรวจฟันผุจะเป็นการตรวจด้วยตาเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้แสงจากโคมไฟที่ให้แสงสีขาว-น้ำเงิน (blue white colour) ใช้เฉพาะเครื่องมือตรวจที่มีปลายมนในการกำจัดคราบสกปรก เพื่อช่วยให้มองเห็นรอยผุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และใช้เฉพาะกรณีที่สงสัยว่าฟันผุหรือไม่โดยการสัมผัสฟันเพื่อพิจารณาความอ่อนนิ่มของผิวฟันอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันการทำลายผิวเคลือบฟันที่ยังมีโอกาสเกิดขบวนการสะสมแร่ธาตุกลับคืน (remineralization) นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันการเกิดเลือดออกจากการที่มแท่งบริเวณเหงือก ซึ่งอาจทำให้เกิดแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด (bacteremia) ได้

โดยเฉพาะในเด็กที่มีสุขอนามัยช่องปากไม่ดี

การตรวจฟันผุที่ตัวฟันจะตรวจเป็นระบบ คือ เริ่มตั้งแต่ฟันซี่สุดท้ายในขากรรไกรบนด้านขวาแล้วเลื่อนมาทางด้านหน้าจนถึงซี่สุดท้ายในขากรรไกรบนซ้าย แล้วเลื่อนมาที่ฟันซี่สุดท้ายในขากรรไกรล่างซ้ายแล้วมาทางด้านหน้าจนถึงฟันซี่สุดท้ายในขากรรไกรล่างด้านขวาตามลำดับ ในแต่ละซี่จะเริ่มจากด้านบดเคี้ยว, ด้านใกล้กลาง, ด้านใกล้กลาง, ด้านแก้ม และ ด้านลิ้น ตามลำดับ การวินิจฉัยฟันผุใช้ ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (dmft) ขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีการบันทึกฟันที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันและหาความแตกต่างของดัชนีฟันผุ ถอน อุด ระหว่างโรคหัวใจชนิดไม่เขียวและชนิดเขียวโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

เด็กที่ศึกษาจำนวน 105 คน แบ่งตามเพศ, กลุ่มอายุ และชนิดของโรคหัวใจแสดงดังตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มนี้ คือ 37.36 ± 19.09 เดือน สัดส่วนของเด็กโรคหัวใจชนิดเขียวต่อโรคหัวใจชนิดไม่เขียวคือ 1:2

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายของเด็กโรคหัวใจจำนวน 105 คน แยกตามเพศ, กลุ่มอายุ และชนิดของโรคหัวใจ

Table 1 The distribution of children with congenital heart disease classified by gender, age group and types of cardiac diseases (n=105)

Types of cardiac disease	Number	Gender		Age (Mean±SD)	Number of children according to age group	
		Male	Female		6-36 months	37-72 months
Cyanotic	35	20	15	34.40±19.56	19	16
Acyanotic	70	32	38	38.84±18.89	33	37
Total	105	52	53	37.36±19.09	52	53

อัตราความชุกของโรคฟันผุคือร้อยละ 57 ค่าเฉลี่ย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด 4.02 ± 4.97 ค่า ดัชนีฟันผุ ถอน อุด ต่ำสุด = 0 ค่า dmft สูงสุด = 19

ค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด ของเด็กโรคหัวใจทั้ง 2 ชนิด แบ่งตามกลุ่มอายุแสดงดังตารางที่ 2 เด็กโรคหัวใจชนิดเขียวมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มากกว่าเด็กโรคหัวใจชนิด

ไม่เขียวเล็กน้อย และพบว่าเด็กที่มีฟันผุมากที่สุดอยู่ในกลุ่มโรคหัวใจชนิดไม่เขียว อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด ระหว่างโรคหัวใจทั้ง 2 ชนิด ที่ P value = 0.915 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนเด็กโรคหัวใจทั้ง 2 ชนิดกับค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด

Table 2 Numbers of children according to types of cardiac disease and the mean dmft

Types of cardiac disease according to age group	Number	dmft (Mean±SD)	Minimum	Maximum
Cyanotic	35	4.37±5.49	0	18
Acyanotic	70	3.84±4.72	0	19
Total	105	4.02±4.97	0	19

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของดัชนีฟันผุ ถอน อุด ระหว่างเด็กโรคหัวใจ 2 ชนิด

Table 3 The difference of dmft between two types of cardiac disease

	Type	n	Mean Rank	Sum of Ranks	P-value
dmft	Cyanotic	35	53.43	1870.00	0.915
	Acyanotic	70	52.79	3695.00	

Mann-Whitney U test at $\alpha = 0.05$

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ เด็กโรคหัวใจกลุ่มอายุ 6-36 เดือน มีทั้งหมด 52 คน มีค่าเฉลี่ย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด 1.69 ± 2.95 ซึ่ง/คน มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 0 สูงสุดเท่ากับ 19 มากกว่า 1 ใน 3 ของเด็กกลุ่มนี้มีฟันผุซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา (จำนวนฟัน 77 ซี่) มีเด็กเพียง 2 คน (จำนวนฟัน 2 ซี่) ที่เคยได้รับการรักษาฟันผุ ไม่มีฟันที่เคยได้รับการอุดแล้วแต่ต้องบูรณะใหม่ และไม่มีฟันที่เคยได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ตารางที่ 4)

เด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดช่วงอายุ 37-72 เดือน ทั้งหมด 53 คน มีค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุด 6.30 ± 5.48 ค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด ต่ำสุด = 0 ค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุดสูงสุด = 19 ประมาณร้อยละ 90 ของเด็กกลุ่มนี้มีฟันผุและฟันที่บูรณะแล้วที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา (จำนวนฟัน 239 ซี่) เด็ก ร้อยละ 43.4 ได้รับการรักษาฟันผุด้วยการอุดฟันและถอนฟัน

ตารางที่ 4 สภาวะฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กกลุ่มอายุ 6-36 เดือน

Table 4 Dental caries status in children age 6-36 months (n=52)

Dental caries status	No. of children	Percent of children	No. of teeth
Decayed	19	36.5	77
Filled with decayed	0	0	0
Filled	1	1.9	1
Missing due to caries	1	1.9	1
Scaled	0	0	0

ตารางที่ 5 สภาวะฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กกลุ่มอายุ 37-72 เดือน

Table 5 Dental caries status in children age 37-72 months (n=53)

Dental caries status	No. of children	Percent of children	No. of teeth
Decayed	42	79.2	225
Filled with decayed	7	13.2	14
Filled	12	22.6	37
Missing due to caries	11	20.8	37
Scaled	5	9.4	13

(จำนวนฟัน 74 ซี่) มีเด็กเพียงร้อยละ 9.4 ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (จำนวนฟัน 13 ซี่) (ตารางที่ 5)

บทวิจารณ์

การศึกษานี้ได้แบ่งเด็กออกเป็น 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 6-36 เดือน และ 37-72 เดือน โดยในช่วงอายุ 6-36 เดือน นั้นเป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีฟันน้ำนมขึ้นจนกระทั่งมีฟันน้ำนมขึ้นครบ และช่วงอายุ 37-72 เดือนเป็นช่วงที่เด็กมีฟันน้ำนมขึ้นครบทั้ง 20 ซี่ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37.36 ± 19.09 เดือน และจากการตรวจในช่องปากพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุดในฟันน้ำนมของเด็กทั้งหมด มีค่า 4.02 ซี่/คน และพบว่าเด็กที่มีฟันผุมากที่สุด 19 ซี่จากจำนวนฟันในช่องปาก 20 ซี่ โดยพบเด็กที่อายุน้อยที่สุดที่พบว่ามีฟันผุจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ อายุ 12 เดือน สำหรับค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุดในฟันน้ำนมของเด็กที่มีอายุ 6-36 เดือนมีค่าเท่ากับ 1.69 ซี่/คน และเด็กที่มีอายุ 37-72 เดือน เท่ากับ 6.30 ซี่/คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุด มีแนวโน้ม

ที่จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และมีค่าสูงกว่าการสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 5 ของประเทศไทยปี 2543-2544 เพียงเล็กน้อย ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุ 5-6 ปี มีค่าเฉลี่ย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด 6.0 ซึ่งต่อคน⁽¹⁾ การศึกษาสถานภาพของโรคฟันผุในเด็กอายุ 18-72 เดือน ที่เข้ารับการรักษาในมหาวิทยาลัยมหิดลก็พบค่าเฉลี่ย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด สูงเช่นกันและสูงกว่าการสำรวจของประเทศ คือ 7.0 ซึ่งต่อคน⁽¹⁰⁾ แต่เนื่องจากเป็นเด็กที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อย ดังนั้นแนวโน้มของการเกิดฟันผุเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นก็จะยิ่งมากขึ้น ข้อมูลเหล่านี้ต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบโรคฟันผุในเด็กที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดมากกว่าเด็กปกติมาก Hallett และคณะ พบว่า ดัชนีฟันผุ ถอน อุดในฟันน้ำนมของเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดมีค่ามากกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญ คือเด็กโรคหัวใจมีค่าเฉลี่ย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด 4.2 ซึ่ง ในขณะที่เด็กปกติมีค่าเฉลี่ย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด 2.3 ซึ่ง⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม Franco และคณะไม่พบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนมระหว่างเด็กโรคหัวใจกับเด็กปกติ โดยเด็กโรคหัวใจมีค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุด 3.9 ส่วนเด็กปกติมีค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุด 3.2⁽⁹⁾

เมื่อพิจารณาการเกิดโรคฟันผุตามชนิดของโรคหัวใจ ค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนมของเด็กโรคหัวใจชนิดเขียวจะมีค่าเท่ากับ 4.37 ซึ่ง/คน ในขณะที่เด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียวมีค่า 3.84 ซึ่ง/คน ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้แสดงว่าความรุนแรงของโรคหัวใจมิได้เป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อการเกิดฟันผุ จะเห็นว่าโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับประเทศไทยยังเป็นปัญหาสำคัญไม่ว่าจะเป็นเด็กทั่วๆ ไปหรือเด็กโรคหัวใจ

ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษามีอยู่ในปริมาณที่สูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความซับซ้อนในการรักษาทางทันตกรรมในเด็กโดยเฉพาะเด็กโรคหัวใจจะมีความยุ่งยากมากกว่าเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 6-36 เดือน พบว่าผู้ที่ไม่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 36.5 แต่มีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการอุดและถอนฟันเพียงร้อยละ 3.8 เท่านั้น โดยในกลุ่มเด็กที่มีอายุ 37-72 เดือนมีผู้ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 92.4 ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติก็พบว่า เด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาอยู่ร้อยละ 65 เด็กอายุ 5-6 ปีมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาอยู่ร้อยละ 85.9⁽¹⁾

ไม่มีเด็กคนใดในกลุ่มอายุ 6-36 เดือนได้รับการรักษาทางทันตกรรมป้องกันด้วยการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำนม ในขณะที่เด็กกลุ่มอายุ 37-72 เดือน ได้รับการรักษาและได้รับการรักษาทางทันตกรรมป้องกันด้วยการเคลือบหลุมร่องฟันเพียงร้อยละ 9.4 ทั้งนี้การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันน้ำมนั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลายเนื่องจากเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปียังไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำฟันได้ดี นอกจากนี้ การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กเล็กยังต้องอาศัยความชำนาญของทันตแพทย์อีกด้วย จากการสอบถามพบว่าเด็กที่ได้รับทันตกรรมป้องกันด้วยการเคลือบหลุมร่องฟันส่วนใหญ่เป็นเด็กที่ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาที่ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แสดงให้เห็นว่าการให้การป้องกันโรคฟันผุของเด็กกลุ่มนี้ยังมีขีดจำกัดอยู่เฉพาะในสถานพยาบาลที่มีทันตแพทย์เฉพาะทาง

จากการศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโรคฟันผุเป็นปัญหาสำคัญในเด็กโรคหัวใจไม่น้อยไปกว่าเด็กอื่นๆ ของประเทศ เด็กโรคหัวใจควรได้รับการดูแลทันตสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้น ฟันผุในเด็กโรคหัวใจและการรักษาทางทันตกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อนจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนให้กับเด็กโรคหัวใจ เนื่องจากฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ซึ่งอาจเกิดการแพร่กระจายส่งผลเสียต่ออวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย เด็กโรคหัวใจทุกคนควรได้รับการตรวจสุขภาพฟันครั้งแรกโดยเร็วที่สุดเมื่อฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นเพื่อทันตแพทย์จะได้แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครอง ให้ผู้ปกครองตระหนักถึงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและนำไปปฏิบัติให้แก่เด็กอย่างเคร่งครัด การให้ทันตกรรมป้องกันเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ทันตแพทย์ทุกคนสามารถทำให้กับเด็กกลุ่มนี้ได้โดยไม่ต้องอาศัยความชำนาญเป็นพิเศษ เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ลดปัญหายุ่งยากและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาทางทันตกรรม ลดโอกาสการถูกถอนฟัน ทำให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อการมาพบทันตแพทย์ มีสุขภาพช่องปากที่ดี มีระบบการบดเคี้ยวที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รศ.ดร.ทพญ.พัชรารัตน ศรีศิลป์นันท์ ผศ.ดร.ทพญ.คมขำ พัฒนารณ ที่ได้ให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ และ อ.ดร.ทพ. พิระศักดิ์ มะลิแก้ว ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลและขอขอบคุณภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่ได้เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านและคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมษายน 2545 16-17
2. กัญญา ทศนสุวรรณ.การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของหัวใจชนิดไม่มีอาการเขียว เด็กที่มีความผิดปกติของหัวใจชนิดมีอาการเขียว และการพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด. ใน :แผนกวิชา การพยาบาลกุมารเวช วิทยาลัยการพยาบาลกรุงเทพฯ; บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์ ; 2527 : 166-176.
3. Scully C, Cawson RA. *Medical problems in dentistry*. 2nd ed. Boston : Wright; 1987:55-70.
4. Hallett KB, Radford DJ. Oral health of children with congenital cardiac diseases: a controlled study. *Pediatr Dent* 1992; 14(4) :224-230.
5. Duggal MS, Curzon MEJ, Fayle SA, et al. *Restorative techniques in paediatric dentistry*. 2nd ed. London: Martin Dunitz; 2002: 50, 62.
6. Cooley RO, Sauder BJ. The Pediatrician's involvement in prevention and treatment of oral disease in medically compromised children. *Pediatr Clin North Am* 1991 ; 38(5) :1265-1288.
7. Magaire A, Rugg-Gunn AJ, Butler TJ. Dental health of children taking antimicrobial and non-antimicrobial liquid oral medication long-term. *Caries Res* 1996 ; 30 : 16-21.
8. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ, การสำรวจสภาวะทันตสาธารณสุข แบบมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 ค.ศ. 1997. เชียงใหม่ : กลางเวียงการพิมพ์, 2541 :23-51
9. Franco E, Saunders CP, Rogers GJ, Suwanprasit A. Dental disease, caries related microflora and salivary IgA of children with severe congenital cardiac disease: an epidemiological and oral microbial survey. *Pediatr Dent* 1996; 18(3): 228-235.
10. Phonghanyudh A, Pancharuniti N, Treedhamabhinich N. Dental caries status and related factors in 18-72 month-old children at Mahidol University dental clinic. *J Dent Assoc Thai* 2002; 52(1): 10-16.

ขอสำเนาบทความที่ :

อ.ทพญ. กนกวรรณ คงศรีเจริญ, ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200

Reprint requests :

Dr. Kanokwan Kongsrichareon, Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai, 50200