

บทที่ 5

อภิป്രายและสรุปผลการศึกษา

โรคปริทันต์อักเสบและโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทั้งสองโรคล้วนเกิดจากการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันร่างกาย โดยมีอิทธิพลจากหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการดำเนินโรคไม่เท่ากัน ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโรคดังกล่าว จึงได้รับการสนใจในกลุ่มประชากรประเทศต่างๆ อย่างไรก็ดีพบว่ายังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นการเลือกศึกษาโรคปริทันต์อักเสบใน กลุ่มประชากรโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ชาวไทย จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคปริทันต์อักเสบและปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง ดีขึ้น สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ทำในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ชาวไทย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 196 คน จากการศึกษาพบว่า เป็นโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังทั่วไประดับปานกลางถึงรุนแรง (generalized moderate to severe chronic periodontitis) มากถึงร้อยละ 86.8 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Kobayashi และคณะ (2007) ซึ่งพบเป็นโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 86 (Kobayashi *et al.*, 2007) และสอดคล้องกับผลการศึกษาส่วนใหญ่ซึ่งพบความชุกของโรคปริทันต์อักเสบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (de Pablo *et al.*, 2008; Dissick *et al.*, 2010; Pischon *et al.*, 2008)

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550 ซึ่งสำรวจร้อยละของผู้มีสภาวะปริทันต์ในประชากรไทย โดยคิดจากระดับสูงสุดของโรคในแต่ละคน ตามดัชนีปริทันต์ชุมชนต้องการรักษา (community periodontal index of treatment need; CPITN) พบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 35-44 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 15.5 และ กลุ่มประชากรอายุ 60-74 ปี พบร้อยละ 68.8 ซึ่งการพบร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตรดังกล่าว บ่งบอกถึงมีโรคปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษา (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2551) และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ชาวไทย กลุ่มอายุ 35-44 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 51.4 และในกลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 63.6 ซึ่งจะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อายุ 35-44 ปี เป็นโรคปริทันต์อักเสบขั้นรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษามากกว่าถึง 3 เท่า และใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ 60-74 ปี อย่างไรก็ดีเป็นที่น่าสังเกตว่า เฉพาะผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี เท่านั้น ที่พบความชุกของผู้มีร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตรมากถึงร้อยละ 68.8 หากพิจารณาผลการสำรวจ 4 ครั้งย้อนหลัง (2527-2544) จะพบว่าความ

ซุกของผู้มีร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร อยู่ในช่วงร้อยละ 23.3-33.1 เท่านั้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ชาวไทย กลุ่มอายุ 60-74 ปี จึงอาจมีโอกาสเป็นโรคปริทันต์อักเสบชั้นรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษามากกว่าประชากรสูงอายุทั่วไป 3 เท่าเช่นเดียวกัน

ค่าความรุนแรงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (DAS 28 ESR) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งคำนวณได้จาก ค่าการนับจำนวนข้อคดงอและข้อบวม (tender and swollen 28 joint counts) ค่าอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (erythrocyte sedimentation rate) และค่าประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (visual general health) ซึ่งมีรายงานบางการศึกษายืนยันว่า ค่าความรุนแรงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อาจสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรง มีแนวโน้มเป็นโรคปริทันต์อักเสบระดับปานกลางถึงรุนแรงเช่นเดียวกัน (Mercado *et al.*, 2001) นอกจากนี้การรักษาโรคปริทันต์อักเสบด้วยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ยังมีส่วนช่วยลดค่าความรุนแรงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Al-Katma *et al.*, 2007; Ortiz *et al.*, 2009) อย่างไรก็ตามบางการศึกษาไม่พบว่า ค่าความรุนแรงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ (Dissick *et al.*, 2010; Pischon *et al.*, 2008) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในครั้ง ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กับค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยดัชนีเหงือกอักเสบ ค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์ และค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำลายกระดูกเบ้าฟันในโรคปริทันต์อักเสบและการทำลายกระดูกข้อมือและข้อมือในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยพบหลักฐานว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีการทำลายกระดูกเบ้าฟันมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Mercado *et al.*, 2001; Tolo and Jorkjend, 1990) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Marotte และคณะในปี 2006 ซึ่งหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำลายกระดูกข้อมือและข้อมือ (hand-wrist destruction) และการทำลายของกระดูกเบ้าฟัน (periodontal destruction) จากภาพรังสี ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 147 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการทำลายของกระดูกข้อมือและข้อมือ กับ ระดับการทำลายกระดูกเบ้าฟันมีความสัมพันธ์กัน ($\chi^2 = 11.82$; $p < 0.001$) โดยผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่พบการทำลายของกระดูกข้อมือและข้อมือส่วนใหญ่พบการทำลายกระดูกเบ้าฟันร่วมด้วย (Marotte *et al.*, 2006) สำหรับการศึกษาที่ผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละผิวข้อกัดกร่อน ค่าเฉลี่ยร้อยละช่องข้อแคบ และ ค่าเฉลี่ยร้อยละผิวข้อกัดกร่อน รวมช่องข้อแคบเป็นตัวแทนประเมินความรุนแรงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทางภาพรังสี เพื่อหาความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ จากผลการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยร้อยละช่องข้อแคบกับ

ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ ขณะที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง ค่าเฉลี่ยร้อยละผิวข้อกัดกร่อน และ ค่าเฉลี่ยร้อยละผิวข้อกัดกร่อน รวมช่องข้อแคบ กับค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์และค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรุนแรงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทางภาพรังสี อาจสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ ตรงข้ามกับผลการศึกษาของ Käber และคณะ (1997) ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการทำลายกระดูกมือและข้อมือจากภาพรังสีกับค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ (Kasser *et al.*, 1997)

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มักพบข้ออักเสบเรื้อรังร่วมกับอาการปวดข้อ ข้อฝืด ซึ่งอาจมีผลให้การทำงานของข้อเสียไป (functional impairment) โดยเฉพาะตามข้อเล็กๆของร่างกาย เช่น ข้อมือและข้อมือ นิ้วมือ เชื่อว่าทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อมือเพื่อทำความสะอาดฟันได้ (limit dexterity) ส่งผลถึงการมีปริมาณคราบจุลินทรีย์สะสม และเพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นโรคปริทันต์อักเสบ สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ประเมินการทำงานข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้ค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร (HAQ score) แบ่งเป็นผู้ที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (HAQ score \geq 2) และ น้อยกว่า 2 (HAQ score $<$ 2) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ระหว่างทั้งสองกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรในระดับรุนแรง (HAQ score \geq 2) มีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์และ ค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรหรือมีข้อจำกัดน้อย (HAQ score $<$ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนความเชื่อข้างต้น และแสดงให้เห็นว่าการทำงานของข้อที่เสียไป อาจสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาที่ผ่านมา (Dissick *et al.*, 2010; Pischon *et al.*, 2008) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร (HAQ score) กับค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้ชีวิตทดสอบทางสถิติที่ต่างกัน

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ประมาณร้อยละ 10-15 ตรวจพบร่วมกับกลุ่มอาการโจเกรน (Sjögren's syndrome associated with rheumatoid arthritis) โดยมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ภาวะตาแห้ง (xerophthalmia) และภาวะปากแห้งเหตุให้น้ำลายน้อย (xerostomia) มีรายงานการศึกษายืนยันว่า การมีภาวะปากแห้งเหตุให้น้ำลายน้อยนั้น อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ อักเสบประมาณ 2.2 เท่า (Najera *et al.*, 1997) และจากการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ของ Antoniazzi และคณะ (2009) ซึ่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ระหว่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งพบร่วมกับภาวะปากแห้งเหตุให้น้ำลายน้อย กับอาสาสมัครสุขภาพดี ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งพบร่วมกับภาวะปากแห้งเหตุให้น้ำลายน้อย มีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ย

ดัชนีเหงือกอักเสบ ค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์ และค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ มากกว่าอาสาสมัครสุขภาพดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Antoniazzi *et al.*, 2009) จากการศึกษาดังกล่าว จึงเป็นไปได้ที่ภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อย อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงมากกว่าคนปกติ ในการศึกษาเมื่อทำการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่พบภาวะปากแห้งเหตุน้ำลาย และไม่พบภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อย โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ พบว่าทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยดัชนีเหงือกอักเสบ ค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์ และ ค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้อง กับผลการศึกษาข้างต้น ทั้งนี้ คาดว่าอาจเนื่องจากมีปัจจัยรบกวนบางประการ เป็นต้นว่า ความแตกต่างของทักษะในการใช้มือทำความสะอาดฟัน ความตั้งใจในการทำความสะอาดฟัน ความถี่และจำนวนครั้งในการแปรงฟัน รวมถึง การใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดฟัน ซึ่งอาจมีผลบังคับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยกับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน

ยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ผู้ป่วยได้รับในการศึกษานี้สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาสเตียรอยด์ กลุ่มยากดภูมิคุ้มกัน กลุ่มยา ต้านการอักเสบชนิด ไม่ใช่สเตียรอยด์ และกลุ่มยาต้านรูมาติซึมที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค เชื่อว่าฤทธิ์ของยาส่วนใหญ่มีผลยับยั้งการอักเสบและการทำลายของกระดูก ซึ่งไม่เพียงส่งผลดีต่อโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แต่ยังอาจส่งผลถึงโรคปริทันต์อักเสบทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงน้อยลง (Feldman *et al.*, 1983) แต่จากรายงานหลายการศึกษาที่ผ่านมากลับพบว่า ไม่เป็นไปตามความเชื่อดังกล่าว โดยพบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับหรือไม่ได้รับ ยาสเตียรอยด์ ยาต้านการอักเสบชนิด ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาต้านรูมาติซึมที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค และ สารชีวภาพ ไม่ได้มีค่าเฉลี่ย สภาวะปริทันต์อักเสบ แตกต่างกันแต่อย่างใด (Dissick *et al.*, 2010; Ortiz *et al.*, 2009; Pischon *et al.*, 2008) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ระหว่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ใช้และไม่ใช้ยา 3 กลุ่ม ได้แก่ ยาสเตียรอยด์, ยากดภูมิคุ้มกัน และ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ ผลการศึกษาพบว่า ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยดัชนีเหงือกอักเสบ ค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์ และค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ระหว่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับ ยาต้านรูมาติซึมที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค ในรูปแบบที่ต่างกัน ได้แก่ ได้รับ ยาต้านรูมาติซึมที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค เพียงชนิดเดียว (mono-DMARD), 2 ชนิดร่วมกัน (2-combined DMARDs) และ 3 ชนิดร่วมกัน (3-combined DMARDs) ซึ่งจากผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติเช่นเดียว สนับสนุนผลการศึกษข้างต้น ที่ระบุว่า การได้รับยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ไม่มีผลต่อความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์

สำหรับการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของปัจจัยบางประการ มีผลต่อค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับบริการทันตกรรม การรับบริการชูดหินน้ำลาย และดัชนีคราบจุลินทรีย์ จากผลการศึกษครั้งนี้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี ทั้งนี้พบค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ และ ค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ($r = .17 ; p < 0.05$ และ $r = .32 ; p < 0.05$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การมีอายุเพิ่มมากขึ้น สัมพันธ์กับ การมีค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์ ค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์ และ ค่าเฉลี่ยระดับการทำลายกระดูกเบ้าฟันเพิ่มมากขึ้น (Sjostrom *et al.*, 1989) และเพิ่มความเสี่ยงของการเป็น โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง (odds ratio = 1.13; 95% CI: 1.10–1.17) (Norderyd and Hugoson, 1998) ทั้งนี้การพบโรคปริทันต์อักเสบ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้มาก อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอายุมาก และ โรคปริทันต์อักเสบมีลักษณะธรรมชาติการทำลายแบบสะสมเพิ่มมากขึ้นตามอายุ (cumulative effect)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเศรษฐกิจสังคม (socio-economic status) ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และ ถิ่นที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน อาจเกี่ยวข้องกับโอกาสทางสังคมและ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ (Dolan *et al.*, 1997; Paulander *et al.*, 2003; Schwarz and Lo, 1994) เป็นต้นว่าการมีระดับการศึกษาสูง แม้ว่าไม่ใช่เครื่องยืนยันการมีสุขภาพดี แต่การมีระดับการศึกษาต่างกันอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน รวมถึงสุขภาพช่องปาก เช่น ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักต้องทำงานหนัก และมีรายได้น้อย ทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพช่องปาก ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง นอกจากจะมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ยังใช้เวลาทำงานน้อยและมีรายได้มาก ทำให้มีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมได้บ่อยครั้งกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ส่วนใหญ่ มีการศึกษาต่ำและมีรายได้น้อย โดย มีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยดัชนีเหงือกอักเสบ ค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์ และ ค่าเฉลี่ยระดับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ มากกว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้มาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Paulander และคณะ (2003) ซึ่งพบว่า ผู้มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีการสูญเสียระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์และการสูญเสียฟัน มากกว่า ผู้มีระดับการศึกษาสูง (Paulander *et al.*, 2003) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ส่วนหนึ่งอาจ สัมพันธ์กับการ มีการศึกษาน้อย จึงขาด ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคปริทันต์ และไม่ทราบวิธีดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม (Schwarz and Lo, 1994) ประกอบ

กับไม่สามารถเคลื่อนไหวมือและเท้าได้อย่างปกติ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพ จึงมีรายได้น้อย ก่อให้เกิดปัญหาความเครียดด้านการเงิน ซึ่งอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ได้มากกว่าคนปกติ (Dolan *et al.*, 1997; Genco *et al.*, 1999)

เป็นที่ทราบกันดีว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งต่อ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Hutchinson *et al.*, 2001; Saag *et al.*, 1997; Silman *et al.*, 1996) และโรคปริทันต์อักเสบ (Albandar *et al.*, 2000; Torrungruang *et al.*, 2005) ที่ผ่านมามีการศึกษาผลของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยที่ไม่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบระดับปานกลางถึงรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.7-4.8 เท่า (Torrungruang *et al.*, 2005) อย่างไรก็ตามพบว่ามีผลการศึกษาผลของการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยตรง ใน การศึกษานี้จึงแบ่งผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสูบบุหรี่ (สูบในปัจจุบันและเคยสูบบุหรี่) และ กลุ่มไม่สูบบุหรี่ โดยเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ค่าเฉลี่ยร่องลึกปริทันต์ ค่าเฉลี่ยการสูญเสียระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ มากกว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อาจมีบทบาทต่อความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์กลุ่มนี้ โรคปริทันต์อักเสบเป็นโรคที่มีสาเหตุหลักจากแบคทีเรียบางชนิดในแผ่นคราบจุลินทรีย์ การดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี และไม่เข้ารับบริการทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอ อาจทำให้มีปริมาณคราบจุลินทรีย์สะสม เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ (Norderyd and Hugoson, 1998; Sbaraglia *et al.*, 2002) การศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลการดูแลสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรม ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่ามีน้อย จากการศึกษาของ de Pablo และคณะ (2008) พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์รับบริการทันตกรรมสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น ซึ่งน้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งรับบริการสม่ำเสมอถึงร้อยละ 34 ทั้งนี้พบความชุกของการโรคปริทันต์อักเสบและสูญเสียฟันในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (de Pablo *et al.*, 2008) นอกจากนี้ Sjöström และคณะในปี 1989 แม้ว่าจะรายงานการเป็นโรคปริทันต์อักเสบในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์น้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษามาก่อน อย่างไรก็ตามในการศึกษาของเขาพบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ให้ประวัติแปรงฟันสม่ำเสมอ โดยร้อยละ 50 ใช้ไหมจิ้มฟันทำความสะอาดซอกฟันเป็นประจำ (Sjostrom *et al.*, 1989) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลอนามัยช่องปากและการรับบริการทันตกรรม อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นโรคปริทันต์อักเสบแตกต่างจากคนปกติ ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจึงได้เปรียบเทียบสภาวะปริทันต์ระหว่างผู้ป่วย

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ไม่ได้รับการสอนอนามัยช่องปาก และ ไม่ได้รับการชูดหินน้ำลาย กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับการดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับการจะมีค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการ สนับสนุนความสำคัญของ ปัจจัยการดูแลอนามัยช่องปาก และการรับบริการทันตกรรมต่อความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ครั้งนี้

จากผลการศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับโรคปริทันต์อักเสบในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ปริมาณคราบ จุลินทรีย์ ระดับการศึกษา รายได้ การรับบริการสอนอนามัยช่องปาก การรับบริการทันตกรรม และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีผลต่อค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามอาจทราบได้ว่าการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ เรื้อรังทั่วไประดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ชาวไทยกลุ่มนี้ เป็นผลจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือ มาจากหลายปัจจัยร่วมกัน และจากผลการศึกษา สภาวะปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ชาวไทยครั้งนี้ พบว่ามีทั้งข้อมูลที่สอดคล้อง และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากแต่ละการศึกษามีเกณฑ์คัดเลือก ผู้เข้าร่วมวิจัยและเกณฑ์วินิจฉัยความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบแตกต่างกัน เป็นต้นว่า คัดเลือก ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เข้าร่วมวิจัย เมื่อมีจำนวนฟันเพียงแค่ 4 ซี่ (Dissick *et al.*, 2010) 8 ซี่ (Mercado *et al.*, 2001) หรือ 12 ซี่เท่านั้น (Kasser *et al.*, 1997) หรือมีเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบที่ค่อนข้างไว อาทิเช่น พบตำแหน่งร่องลึกปริทันต์ และระดับการสูญเสียการยึดเกาะ ของอวัยวะปริทันต์ 4 มิลลิเมตรขึ้นไปเพียง 1 ตำแหน่ง (de Pablo *et al.*, 2008) แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งต้องมีฟันธรรมชาติมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ ไม่นับรวมฟันกรามซี่ที่สาม นอกจากนี้ผู้วิจัยยัง วัดสภาวะ ปริทันต์ในฟันทุกซี่ และทุกตำแหน่ง โดยวินิจฉัยความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังทั่วไป จากการมีตำแหน่งความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ สูงสุดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 แม้ว่าเกณฑ์ที่เลือกใช้จะทำให้รายงานผลจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีมากกว่าการศึกษาอื่น อย่างไรก็ตามมีข้อดีคือ การมีจำนวนฟันมาก และตรวจวัดสภาวะปริทันต์ในทุกตำแหน่ง จะช่วยให้ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ที่คำนวณได้ มีความเป็นตัวแทนของประชากร สามารถบอกความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ โดยทั่วไป ในตัวผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์การศึกษานี้ได้เป็นอย่างดี

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ชาวไทยใน การศึกษานี้ เป็น โรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังทั่วไป ระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงมาก ซึ่งแสดงถึงความ ต้องการรับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดย พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบสัมพันธ์กับ ความรุนแรงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทางภาพรังสี ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การเข้ารับบริการสอนอนามัยช่องปาก การเข้ารับบริการ ชูดหินน้ำลาย และ ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางแพทย์และทันตแพทย์ ควร วางแผน ร่วมกัน โดยให้ความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคปริทันต์อักเสบ ส่งเสริม การสอนวิธีดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากเพื่อป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และเพิ่มโอกาสการ เข้าถึงบริการรักษาทางทันตกรรม เพื่อ ยับยั้งและรักษา โรคปริทันต์อักเสบอันเป็นสาเหตุให้เกิดการ สูญเสียฟัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีสุขภาพเหงือกและฟันดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาตัดขวางนำร่อง พบว่ามีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ การศึกษานี้เก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่มีการติดตามข้อมูลตามช่วงเวลา ดังนั้นจึงบอกได้ เพียงความสัมพันธ์เท่านั้น ไม่สามารถระบุว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) นอกจากนี้ไม่มีการเก็บ ข้อมูลสถานะปริทันต์ของผู้มีสุขภาพดีเป็นกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่าง กลุ่ม ซึ่งอาจทำให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และ โรคปริทันต์อักเสบได้ ชัดเจนขึ้น และการมีปัจจัยรบกวนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่ง ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำเป็นต้องได้รับ ซึ่งมีหลายกลุ่มและหลายชนิดพร้อมๆกัน ซึ่งอาจมีผล บดบังความรุนแรงโรคปริทันต์อักเสบ ที่แท้จริง นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยน้อย เกินกว่าจะเป็นตัวแทนประชากร ด้วยมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ ซึ่งการศึกษาต่อไปในอนาคตควร ออกแบบการศึกษาในระยะยาว โดย เพิ่มจำนวนอาสาสมัคร ให้มากเพียงพอเป็นตัวแทนประชากร ร่วมกับมีกลุ่มควบคุม เพื่อประ โยชน์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และบ่งบอกถึงปัจจัยเสี่ยง ในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างแท้จริง