

การขูดหินน้ำลายเป็นประจำเหมาะสมหรือไม่

สุดาดวง กฤษณาพงษ์ ท.บ., M.Phil, Ph.D.

ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ การขูดหินน้ำลายเป็นประจำเป็นงานบริการทางทันตกรรมที่พบได้โดยทั่วไปในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย คิดเป็นปริมาณภาระงานและค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ประเด็นคำถามเรื่องประโยชน์และความจำเป็นในการขูดหินน้ำลายเป็นประจำเกิดขึ้นช่วงหลัง ค.ศ. 2000 หลังจากที่ยังคงมีความรู้เรื่องธรรมชาติของโรคปริทันต์อักเสบเปลี่ยนไป หินน้ำลายไม่ใช่สาเหตุหลักของโรคปริทันต์อักเสบ ไม่ใช่ตัวทำนายการเป็นโรคปริทันต์อักเสบในอนาคต การขูดหินน้ำลายเป็นประจำเพราะเชื่อว่าจะป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบในอนาคตจึงไม่สมเหตุผล งานวิจัยมากมายประเมินประสิทธิผลของการขูดหินน้ำลายเป็นประจำพบว่าสุขภาพเหงือกที่ดีขึ้นมาจากการสอนแปรงฟันในระหว่างที่ให้บริการขูดหินน้ำลาย การขูดหินน้ำลายเป็นประจำโดยไม่ได้สอนแปรงฟันร่วมด้วยไม่มีประสิทธิผลในการปรับปรุงสุขภาพเหงือก การแปรงฟันกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณคอพอกให้สะอาดจึงสำคัญกว่าการไปรับบริการขูดหินน้ำลาย โดยทันตบุคลากร ทั้งนี้เพราะเหงือกอักเสบเกิดจากคราบจุลินทรีย์ที่บริเวณคอพอก ในขณะที่หินน้ำลายโดยตัวของมันเองไม่มีอันตรายแต่มีพื้นผิวขรุขระจึงทำให้คราบจุลินทรีย์เกาะได้ง่าย หินน้ำลายเกิดจากการตกตะกอนของแคลเซียมบนคราบจุลินทรีย์ที่ไม่ได้ถูกกำจัดออกเป็นเวลานาน การมีหินน้ำลายจึงบ่งชี้ถึงบริเวณที่แปรงไม่โดนคอพอก ผู้ป่วยที่ปรับปรุงการแปรงฟันของตนเองได้จึงไม่จำเป็นต้องไปขูดหินน้ำลายเป็นประจำ ในขณะที่การไปขูดหินน้ำลายเป็นประจำโดยไม่ปรับปรุงการแปรงฟันไม่ได้ช่วยให้สุขภาพเหงือกดีขึ้นและยังสิ้นเปลืองทรัพยากร การขูดหินน้ำลายเป็นประจำจึงไม่มีทางเป็นรูปแบบของบริการที่เหมาะสมได้ บริการขูดหินน้ำลายที่เหมาะสมไม่ใช่การกำจัดก้อนหินน้ำลายออกเท่านั้น แต่ใช้การขูดหินน้ำลายและความรู้สึกสะอาดหลังการขูดเป็นสื่อในการสอนและสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนแปรงฟันให้ชนแปรงโดนคอพอกบริเวณที่มีหินน้ำลายได้ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนและอยากจะรักษานามัยช่องปากที่ดีหลังจากขูดหินน้ำลายเสร็จแล้วไว้ตลอดไป วัฒนธรรมการขูดหินน้ำลายเป็นประจำที่เป็นการพึ่งพาทันตบุคลากรควรปรับเปลี่ยนมาสู่รูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วม และมีอำนาจในการดูแลสุขภาพของตน ทันตบุคลากรควรที่จะสร้างความสามารถให้กับประชาชนในการดูแลอนามัยช่องปากของตนเองให้ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาทันตบุคลากรในการขูดหินน้ำลายเป็นประจำอีกต่อไป

คำสำคัญ: การขูดหินน้ำลาย, คราบจุลินทรีย์, หินน้ำลาย, อนามัยช่องปาก, เหงือกอักเสบ

บทนำ

องค์ความรู้เรื่องโรคทางปริทันต์ที่เปลี่ยนไปและหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องประสิทธิภาพของการขูดหินน้ำลายได้สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบบริการขูดหินน้ำลายในปัจจุบันนั้นไม่เหมาะสม งานวิจัยยืนยันว่ารูปแบบการขูดหินน้ำลายเป็นประจำ เช่น ทุก 6 เดือน เกิดขึ้นทั่วไปใน

หลายประเทศ⁽¹⁾ ตัวอย่างเช่น การตรวจฟันแล้วขูดหินน้ำลาย (โดยไม่มีการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย) ในประเทศสหราชอาณาจักร คิดเป็นปริมาณงานครึ่งหนึ่งของงานบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานทั้งหมด ซึ่งมีปริมาณงานสูงมากถึง 13 ล้านครั้ง และเป็นค่าใช้จ่ายสูงถึง 122 ล้านปอนด์ในแต่ละปี⁽²⁾ ทันตแพทย์ทั่วไปยังมีทัศนะ

ความเชื่อต่อการขูดหินน้ำลายเป็นประจำ จากการสำรวจความคิดเห็นทันตแพทย์ในรัฐนิวยอร์ก พบว่า ร้อยละ 86 แนะนำให้ผู้ป่วยมาขูดหินน้ำลายทุก 6 เดือน แม้ว่าผู้ป่วยจะแปรงฟันเป็นประจำอยู่แล้วและไม่ได้เป็นหรือเสี่ยงที่จะเป็นโรคปริทันต์อักเสบ⁽³⁾ ความเชื่อและการให้บริการเช่นนี้เป็นที่ทราบและปฏิบัติกันโดยทั่วไปในประเทศไทย ความชุกของสภาวะหินน้ำลายของประชากรไทยวัยทำงานสูงถึงร้อยละ 62⁽⁴⁾ สะท้อนถึงปริมาณภาระงานและค่าใช้จ่ายในการขูดหินน้ำลายแก่ประชากรไทยที่น่าจะสูงมากด้วยเช่นกัน

ช่วงปี ค.ศ. 2000 เป็นช่วงสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและการรักษาของโรคทางปริทันต์ (โรคเหงือกอักเสบ การมีหินน้ำลาย และโรคปริทันต์อักเสบ) ความจำเป็นและประโยชน์ของการขูดหินน้ำลายเป็นประจำเริ่มเป็นประเด็นถกเถียงกันในช่วงเวลานั้น⁽⁵⁾ สาเหตุสำคัญที่จุดชนวนคำถามเรื่องนี้เป็นองค์ความรู้เรื่องธรรมชาติของโรคปริทันต์อักเสบที่เปลี่ยนไปในช่วงทศวรรษ 1980^(6,7) มีงานวิจัยต่างๆ เกิดขึ้นเรื่อยมาเพื่อประเมินประโยชน์และโทษของการขูดหินน้ำลายเป็นประจำ จนมาถึงงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบขององค์กร Cochrane ที่จัดทำขึ้นถึงสามครั้งเพื่อตอบคำถามว่า การขูดหินน้ำลายเป็นประจำที่ถือปฏิบัติกันมานานนั้นมีประโยชน์จริงหรือไม่⁽⁸⁻¹⁰⁾

บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นคำถามนี้ วิเคราะห์ วิพากษ์ทัศนะแนวคิดและรูปแบบบริการขูดหินน้ำลายในปัจจุบัน และเสนอแนะรูปแบบบริการขูดหินน้ำลายที่เหมาะสม โดยมุ่งหวังให้ปรับเปลี่ยนแนวคิดมาสู่แนวคิดใหม่ที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย และหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการขูดหินน้ำลาย ทั้งในงานทันตสาธารณสุขและทันตกรรมคลินิก เพื่อให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนมากที่สุด

สภาวะเหงือกอักเสบ คราบจุลินทรีย์ และหินน้ำลาย เหงือกปกติจะมีสีชมพู (ทั้งนี้ขึ้นกับสีผิวของแต่ละคนด้วย) แน่น กระชับกับคอฟัน ส่วนเหงือกอักเสบจะมีลักษณะบวม แดง เลือดออกง่ายเมื่อโดนแรงกระแทก เช่น ขณะแปรงฟัน หรือตรวจโดยเครื่องมือของทันตแพทย์ สาเหตุของเหงือกอักเสบโดยทั่วไปคือ คราบจุลินทรีย์ (dental plaque) ที่บริเวณคอฟัน (cervical area) ซึ่งเป็นส่วนของตัวฟันที่ติดกับเหงือกต่อเนื่องไปถึงส่วนที่อยู่ใต้ร่องเหงือกที่ลึกประมาณ 2-3 มิลลิเมตร

คราบจุลินทรีย์มีลักษณะเป็นคราบสีขาวคล้ายลิ่มนม เกาะแน่นบนผิวฟัน ไม่สามารถหลุดออกได้ด้วยการบ้วนน้ำ แต่หลุดได้จากแรงขัดสี เช่น การแปรงฟัน ใช้อุปกรณ์เขี่ยออก คราบจุลินทรีย์มักจะสะสมที่บริเวณคอฟัน เพราะเป็นบริเวณที่เว้าคอดเข้าไปทำให้การขัดสีของอาหารระหว่างการเคี้ยวไม่สามารถกำจัดได้ถึง⁽¹¹⁾ คราบจุลินทรีย์ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยจะเริ่มสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่าหลังจากที่กำจัดออกไปแล้ว 24 ชั่วโมง หรือ 1 วัน⁽¹²⁾ และหากปล่อยทิ้งไว้ 2 วันโดยไม่กำจัดออกเลย เหงือกจะเริ่มอักเสบ^(13,14) เมื่อเหงือกอักเสบ อาจมีเลือดไหลขณะแปรงฟันและทำให้รู้สึกเสียวไม่กล้าแปรงบริเวณนั้น ซึ่งการแก้ไขกลับเป็นตรงกันข้ามคือ ต้องแปรงบริเวณนั้นให้เกลี้ยงยิ่งขึ้น แปรงเบาๆ ด้วยแปรงที่มีขนนุ่มปานกลางหรือนุ่มที่บริเวณคอฟัน⁽¹⁵⁾ เมื่อคราบจุลินทรีย์ถูกกำจัดออกไปอย่างสม่ำเสมอ ไม่กี่วันหลังจากนั้นเหงือกจะยุบตัวแล้วเลือดจะหยุดไหล งานวิจัยระยะยาวติดตามผล 30 ปี พบว่าผู้ที่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดีอย่างสม่ำเสมอโดยมีคราบจุลินทรีย์เหลือตกค้างไม่เกินร้อยละ 20 ของผิวฟัน ทั้งหมดจะมีสุขภาพเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ที่ดีกว่าผู้ที่มีคราบจุลินทรีย์มากกว่าร้อยละ 20 ของผิวฟัน⁽¹⁶⁾

หินน้ำลายหรือหินปูน (calculus) คือ คราบจุลินทรีย์ที่แข็งจากการตกตะกอนของแคลเซียม (calcified dental plaque) ที่อยู่ในน้ำลายและน้ำเหงือก (gingival fluid) หินน้ำลายจึงมักเกิดบริเวณที่มีรูเปิดของต่อมน้ำลาย ได้แก่

พืชน้ำล่างด้านใน และพืชน้ำหลังบนด้านนอก คราบจุลินทรีย์ที่ตกค้างอยู่เป็นเวลานาน จะมีแร่ธาตุใน น้ำลายมาตกตะกอนจึงกลายเป็นพืชน้ำลายที่มีลักษณะ แข็ง ไม่สามารถกำจัดออกได้ด้วยการแปรงฟัน แต่ต้องใช้วิธีขูดพืชน้ำลายโดยทันตบุคลากร การมีพืชน้ำลายจึง เป็นตัวบ่งชี้ถึงบริเวณที่แปรงฟันไม่สะอาดสะสมมาเป็น เวลานาน พืชน้ำลายเกิดขึ้นที่คอพืนเพราะเป็นบริเวณที่ สะสมของคราบจุลินทรีย์ และการแปรงฟันเข้าถึงได้ยาก โดยปกติพืชน้ำลายจะไม่เกิดบนด้านบดเคี้ยว เพราะการ เคี้ยวอาหารตามธรรมชาติเป็นการขัดสีคราบจุลินทรีย์ ออก การมีพืชน้ำลายบนด้านบดเคี้ยวเกิดจากการที่พืนซี่ นั้นไม่ได้ใช้งานตามปกติ เช่น เคี้ยวอาหารข้างเดียว หรือ พืนไม่มีคู่สบ การรักษาที่ควรได้รับไม่ใช่เฉพาะการขูดเอา พืชน้ำลายออกเท่านั้น แต่ต้องกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถเคี้ยวอาหารข้างนั้นได้ เช่น พืนผุกลามที่ปวด จนทำให้เคี้ยวไม่ได้ เป็นต้น

อันตรายของพืชน้ำลาย และประโยชน์ของการขูด พืชน้ำลาย

พืชน้ำลายมีส่วนประกอบหลักคือแคลเซียมฟอสเฟต กระบวนการตกตะกอนของแร่ธาตุในน้ำลายและน้ำเหงือก ได้ทำลายเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ไป ทำให้พืชน้ำลาย โดยตัวของมันเองไม่มีอันตรายและ ไม่ใช่สาเหตุโดยตรง ของเหงือกอักเสบ แต่พืชน้ำลายมีพื้นผิวขรุขระจึงทำให้ คราบจุลินทรีย์เกาะได้ง่ายแน่น และแปรงออกได้ยาก ขึ้น⁽¹⁷⁾ ผู้ที่มีพืชน้ำลายจึงมักจะมีคราบจุลินทรีย์มาก และมีเหงือกอักเสบในบริเวณที่มีพืชน้ำลายนั่นเอง การขูดพืชน้ำลาย จึงช่วยให้ผู้ป่วยแปรงฟันกำจัดคราบจุลินทรีย์ ออกได้ง่ายขึ้น ถ้ามีพืชน้ำลายอยู่ผู้ป่วยอาจต้องขัดฟัน แปรงที่บริเวณนั้น 20 ครั้ง กว่าที่คราบจุลินทรีย์จะหลุด ออกจากผิวพืชน้ำลาย แต่หากไม่มีพืชน้ำลายอาจขัด แปรงเพียงแค่ 5 ครั้งก็สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ออก จากผิวพืนได้ ทั้งนี้ ประโยชน์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อ เมื่อผู้ป่วยทราบและปรับปรุงการแปรงฟันของตนให้ดีขึ้น โดยแปรงให้โดนบริเวณที่มีพืชน้ำลายอยู่นั่นเอง (เพราะ

การแปรงไม่โดนบริเวณนั้นมาเป็นเวลานานทำให้เกิด พืชน้ำลายขึ้นที่บริเวณนั้น)

แม้ไม่ได้รับการขูดพืชน้ำลาย แต่ผู้ป่วยทราบและ ปรับปรุงการแปรงฟันของตนให้ดีขึ้น แปรงเน้นบริเวณที่มี พืชน้ำลาย สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่เกาะแน่นบนพืน น้ำลายออกได้ ภาวะเหงือกอักเสบก็จะค่อยๆ ลดลง⁽¹⁸⁾ ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยได้รับการขูดพืชน้ำลายแล้ว แต่ ไม่ทราบและไม่ปรับปรุงการแปรงฟันของตนให้ดีขึ้น ยัง คงแปรงไม่โดนบริเวณที่เคยมีพืชน้ำลายอยู่ การขูดพืชน้ำลายนั้นจะไม่มีประโยชน์เลยในการลดภาวะเหงือก อักเสบ^(19,20) ทั้งนี้สามารถคาดการณ์ได้เมื่อพิจารณาตาม ความเป็นจริงว่าการสะสมของคราบจุลินทรีย์ใหม่ จนทำ ให้เกิดเหงือกอักเสบใช้เวลาเพียง 1-2 วัน ในขณะที่การ หายของเหงือกอักเสบเดิมที่เป็นอยู่คล้ายกับกลไกการ หายของแผลโดยทั่วไปที่ต้องอาศัยระยะเวลาเป็นสัปดาห์ ในสภาวะที่ปราศจากสาเหตุหรือคราบจุลินทรีย์

การขูดพืชน้ำลายจึงไม่ได้มีประโยชน์โดยตรงต่อการลด เหงือกอักเสบของผู้ป่วย แต่เป็นเครื่องมือสื่อสารให้ผู้ป่วย ทราบถึงบริเวณที่ตนยังแปรงไม่โดนคอพืน ช่วยให้ผู้ป่วย แปรงกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่บริเวณนั้นออกได้ง่ายขึ้น หลังจากขูดพืชน้ำลายไปแล้ว และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก พอใจกับความรู้สึกสะอาดของช่องปากหลังการขูด ซึ่งควร ที่จะใช้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดเช่นนั้นไว้ ตลอดไปด้วยการแปรงฟันที่ดีขึ้นของตนเอง⁽²¹⁾

องค์ความรู้ที่เปลี่ยนไปเรื่องธรรมชาติของโรค ปริทันต์อักเสบ

โรคปริทันต์อักเสบหรือรำมะนาด (periodontitis) คือ ภาวะที่เนื้อเยื่อหรือกระดูกหุ้มรากพืนถูกทำลาย ทำให้ ร่องเหงือกที่ปกติ จะมีความลึก 2-3 มิลลิเมตร ลึกขึ้นเป็น 4 มิลลิเมตรขึ้นไป เรียกว่าเกิดกระเปาะปริทันต์ (periodon- tal pocket) และหากโรคลุกลามมากขึ้นร่วมกับเกิด เหงือกกรัน ซึ่พืนจะดู ยาวขึ้น (เพราะรากพืนปรากฏให้เห็น) พืนโยกคลอน ถ้าเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ พืนอาจหลุดไปใน ที่สุด องค์ความรู้เรื่องธรรมชาติของโรคหรือการดำเนิน-

โรค (natural history of disease) ของโรคปริทันต์อักเสบ ในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปจากความเชื่อในสมัยคริสต์ศตวรรษ ก่อน ซึ่งทำให้แนวคิดเรื่องการขุดหินน้ำลายเปลี่ยนตามไปด้วยอย่างสิ้นเชิง

แนวคิดเดิมของวิชาชีพทันตกรรมคือโรคปริทันต์อักเสบเกิดจากการลุกลามอย่างต่อเนื่องของโรคเหงือกอักเสบ การมีคราบจุลินทรีย์ทำให้เกิดเหงือกอักเสบ เมื่อคราบจุลินทรีย์หมักหมมนานเข้าจะกลายเป็นหินน้ำลาย หินน้ำลายและคราบจุลินทรีย์ที่สะสมเป็นเวลานาน จะทำลายเนื้อเยื่อหุ้มรากฟันเกิดเป็นโรคปริทันต์อักเสบขึ้น ความเชื่อดังกล่าวทำให้เกิดข้อบ่งชี้ในการรักษาเหงือกอักเสบ โดยเฉพาะเมื่อมีหินน้ำลายร่วมด้วย การขุดหินน้ำลายจึงเป็นงานบริการทางทันตกรรมที่ทำอย่างแพร่หลาย เพราะเชื่อว่าจะป้องกันการเป็นโรคปริทันต์อักเสบในอนาคต^(6,7) แนวคิดเดิมเรื่องการลุกลามของเหงือกอักเสบหินน้ำลายไปสู่โรคปริทันต์อักเสบแสดงให้เห็นจากดัชนีทางปริทันต์ที่นิยมใช้กันทางสากล The Community Periodontal Index for Treatment Need (CPITN) ที่กำหนดให้รหัส 0 หมายถึงเหงือกปกติ รหัส 1 หมายถึงเหงือกอักเสบซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการสอนแปรงฟัน รหัส 2 หมายถึงหินน้ำลายซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการสอนแปรงฟัน ร่วมกับการขุดหินน้ำลาย รหัส 3 หมายถึงการมีกระเปาะปริทันต์ตื้น และรหัส 4 หมายถึงการมีกระเปาะปริทันต์ลึก⁽²²⁾

แนวคิดใหม่เรื่องการดำเนินของโรคปริทันต์อักเสบเกิดขึ้นในช่วง ค.ศ. 1962-1987 มีงานวิจัยมากมายที่ค้นพบจนสรุปได้ว่ากระบวนการลุกลามอย่างต่อเนื่องจากโรคเหงือกอักเสบไปเป็นหินน้ำลาย และไปเป็นปริทันต์อักเสบไม่ได้เป็นจริงตามที่เคยเชื่อกัน^(23,24) หินน้ำลายไม่ใช่ตัวทำนายของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบในอนาคต เหงือกอักเสบหรือหินน้ำลายที่ไม่ได้รับการรักษาเพียงบางส่วนเท่านั้นที่จะลุกลามเป็นปริทันต์อักเสบ การลุกลามนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเสมอไปโดยมีจำนวนผู้ป่วยสามกลุ่มเท่า ๆ กัน คือกลุ่มที่มีหินน้ำลายแล้วลุกลามเป็นปริทันต์อักเสบ กลุ่มที่มีหินน้ำลายแต่ไม่ลุกลามเป็นปริทันต์อักเสบ และกลุ่ม

ที่ไม่มีหินน้ำลายแต่เป็นปริทันต์อักเสบ หากต้องการทำนายการเกิดปริทันต์อักเสบในอนาคต การสูญเสียเนื้อเยื่อยึดทางปริทันต์ (periodontal attachment loss) ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ไม่ใช่การมีหินน้ำลาย⁽²⁵⁾ คำกล่าวที่ได้ยินโดยทั่วไปว่า โรคปริทันต์อักเสบต้องมาจากโรคเหงือกอักเสบจึงเป็นการมองปรากฏการณ์เพียงด้านเดียว เพราะปริทันต์อักเสบสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ที่มีอนามัยช่องปากดีและในทางกลับกัน ผู้ที่มีอนามัยช่องปากไม่ดีจำนวนมากก็ไม่เป็นปริทันต์อักเสบ นอกจากนี้ คำกล่าวนี้ยังขาดการพิจารณาอย่างรอบด้าน เพราะเหงือกอักเสบที่รวมไปถึงการอักเสบในระดับเล็กน้อยสามารถพบได้ในประชาชนส่วนใหญ่ จึงเป็นเรื่องปกติที่คนที่เป็นปริทันต์อักเสบมักจะมีภาวะเหงือกอักเสบที่รวมถึงระดับเล็กน้อยด้วย ในขณะที่ความชุกของปริทันต์อักเสบทั่วโลก โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุเท่ากับประมาณร้อยละ 11 เท่านั้น⁽²⁶⁾

งานวิจัยที่มีอย่างต่อเนื่องได้ทำให้ทราบว่า การสูญเสียเนื้อเยื่อยึดทางปริทันต์จนเกิดเป็นโรคปริทันต์อักเสบนั้นเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันและการเผาผลาญของร่างกาย (metabolism)^(6,7,27,28) โรคปริทันต์อักเสบเกิดจากกลไกที่ซับซ้อนของปฏิกิริยาระหว่างเชื้อโรคหรือไบโอฟิล์มกับการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน การอักเสบ และการเผาผลาญของเนื้อเยื่อและกระดูกของบุคคลนั้น แบบจำลองแสดงกลไกการเกิดโรคปริทันต์อักเสบมีวิวัฒนาการที่ซับซ้อนขึ้นจากในยุคแรกที่แสดงว่าเชื้อโรคเป็นสาเหตุโดยตรงที่นำไปสู่ปริทันต์อักเสบ ได้เปลี่ยนไปสู่ปฏิกิริยาระหว่างเชื้อโรคกับการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของตัวบุคคลที่นำไปสู่การเกิดปริทันต์อักเสบ จนปัจจุบันแบบจำลองได้รวมเอากระบวนการเผาผลาญของเนื้อเยื่อและกระดูกของตัวบุคคลนั้นเข้าไว้ด้วย อิทธิพลจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์และปัจจัยเสี่ยงภายนอก เช่น การสูบบุหรี่และโรคเบาหวานจะทำให้ปฏิกิริยาระหว่างเชื้อโรค ภูมิคุ้มกัน และการเผาผลาญเสียสมดุลจนเกิดการทำลายเนื้อเยื่อขึ้นหรือเป็นโรคปริทันต์อักเสบนั่นเอง⁽²⁷⁾

คราบจุลินทรีย์ที่มีอยู่แม้จะเป็นสาเหตุร่วมของการ

ทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์ แต่ไม่ใช่สาเหตุหลัก การมีคราบจุลินทรีย์หรือหินน้ำลายอย่างเดียวนั้นเพียงพอที่จะทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ เชื้อโรคที่มีอยู่ในภาวะเหงือก-อักเสบจะกลายเป็นอันตรายคุกคามเนื้อเยื่อยึดทางปริทันต์จนเกิดเป็นโรคปริทันต์อักเสบขึ้นก็ต่อเมื่อเกิดสภาวะไม่สมดุลระหว่างระบบทางร่างกายของตัวบุคคล และเชื้อโรค^(6,29) ซึ่งสาเหตุหรือตัวกระตุ้นหลักภายนอก ได้แก่ โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อเฉพาะที่⁽²⁸⁾ เหงือก-อักเสบหรือหินน้ำลายโดยทั่วไปจะไม่ลุกลามเป็นโรคปริทันต์อักเสบหากผู้ป่วยไม่มีปัจจัยดังกล่าวหรือปัจจัยทางกรรมพันธุ์ร่วมด้วย ในทางตรงกันข้ามแม้คราบจุลินทรีย์หรือหินน้ำลายจะมีอยู่เพียงเล็กน้อย แต่ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานการอักเสบของร่างกายบกพร่องไปหรือระบบการเผาผลาญทำลายเนื้อเยื่อได้รับการกระตุ้น เชื้อโรคที่มีอยู่จะสามารถเข้าทำลายเนื้อเยื่อยึดทางปริทันต์ได้⁽⁷⁾

เมื่อแนวคิดเรื่องธรรมชาติของโรคปริทันต์อักเสบเปลี่ยนไป ดัชนี CPITN ที่ใช้รหัสสะท้อนถึงการลุกลามอย่างต่อเนื่องจากเหงือกอักเสบสู่หินน้ำลายและสู่ปริทันต์อักเสบจึงไม่เหมาะสม และทำให้เกิดความเข้าใจผิดต่อการรักษาที่ควรได้รับ⁽³⁰⁾ ดัชนีนี้จึงได้ถูกเปลี่ยนชื่อเป็น the Community Periodontal Index (CPI) ตัดคำว่า Treatment Need หรือความจำเป็นในการรักษาออก⁽³¹⁾ จากองค์ความรู้ใหม่เรื่องธรรมชาติของโรคทำให้ทราบวามมาตรการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบในประชากรจึงหมายถึงการลดการสูบบุหรี่ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีให้เป็นวิถีปฏิบัติประจำวัน และควบคุมโรคทางระบบ (เช่น เบาหวาน) ไม่ใช่การให้บริการขูดหินน้ำลาย⁽³²⁾

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบแล้ว การรักษานั้นเป็นการรักษาที่ซับซ้อน ต่อเนื่อง ใช้เวลานาน มักจะทำโดยทันตแพทย์เฉพาะทาง โดยทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันเพื่อกำจัดเชื้อโรคบริเวณคอพากรากฟันในร่องลึกปริทันต์ออกอย่างเกลี้ยงเกลา ทั้งนี้

เพราะภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอกว่าคนปกติ จึงจำเป็นต้องควบคุมสภาพแวดล้อมให้สะอาดเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตามก็ตีหัวใจหลักของความสำเร็จในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ คือสิ่งเดียวกันกับการรักษาและควบคุมโรคเหงือกอักเสบ นั่นคือ ความร่วมมือของผู้ป่วย อาทิ ปรับปรุงพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากให้ดีสม่ำเสมอ ลดสาเหตุของโรคปริทันต์อักเสบ เช่น ควบคุมเบาหวาน เลิกบุหรี่ และกลับมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาจะไม่สำเร็จหากขาดความผู้ป่วยที่ดีจากผู้ป่วย⁽³³⁾

ควรประเมินความจำเป็นในการขูดหินน้ำลายอย่างไร

ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) มีหลายประเภท เช่น (1) ความจำเป็นทางวิชาชีพ (normative/professional need) ประเมินโดยบุคลากรทางวิชาชีพ ใช้เกณฑ์ทางคลินิกหรือห้องปฏิบัติการที่ตรวจหาการมีอยู่ของโรคหรือความผิดปกติของร่างกาย (2) ความจำเป็นที่บุคคลรู้สึกหรือความต้องการ (felt need/perceived need/want) ประเมินจากรู้สึกของแต่ละคนว่า ต้องการการรักษาหรือไม่ (3) ความจำเป็นที่แสดงออก (expressed need/demand) คือการที่ความจำเป็นที่บุคคลรู้สึกพัฒนาต่อไปจนเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของตน เช่น เดินทางไปรับการรักษา เป็นต้น⁽³⁴⁾

แนวคิดเดิมในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ คือการใช้ normative need การมีอยู่ของโรคถูกแปลความ เป็นความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษา⁽³⁵⁾ วิธีนี้ถูกวิจารณ์ว่าไม่เหมาะสม เนื่องจากการตัดสินใจว่าบุคคลใดควรได้รับการรักษาจำเป็นต้องพิจารณาประเด็นอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะในงานระดับสาธารณสุขที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด ไม่สามารถรองรับปริมาณ normative need หรือโรคที่มากมายมหาศาลของประชากรได้ Fuchs VR⁽³⁶⁾ วิจารณ์ normative need ว่าเป็นแนวคิดที่เพ้อฝัน (“romantic”) ที่พยายามจะรักษาโรคให้กับทุก ๆ คน ที่มีโรคทั้ง ๆ ที่เป็นไปไม่ได้ และยังเสี่ยงต่อการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย^(36,37) การวัดโรคมีประโยชน์ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาในการทำงานสาธารณสุข

จะเกิดขึ้นทันทีหากนำผลที่ได้จากการวัดโรครามาแปลความเป็นความจำเป็นด้านสุขภาพ⁽³⁵⁾

แนวคิดใหม่ในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพคือการพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะได้รับประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ (capacity to benefit)⁽³⁸⁻⁴⁰⁾ กล่าวคือถ้ารักษาแล้วจะดีขึ้นจึงจะถือว่ามีความจำเป็นในการรักษา นั้น ๆ แต่หากรักษาแล้วไม่น่าจะไม่ดีขึ้นจะถือว่า บุคคลนั้นไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรักษา การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพที่เหมาะสม จึงต้องอยู่บนฐานแนวคิดของหลักฐานงานวิจัยเชิงประจักษ์ (evidence-based) ที่ทันสมัยที่พิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของการรักษานั้น ตลอดจนความร่วมมือของผู้ป่วยที่จะลดสาเหตุของโรคลงด้วย หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือแล้ว จะทำให้การรักษานั้นไม่มีประสิทธิภาพ จะถือว่าบุคคลนั้นไม่มีความจำเป็นที่จะได้รับการรักษานั้น แม้ว่าจะมีโรคอยู่ก็ตาม อีกนัยหนึ่งคือยังไม่พร้อมที่จะได้รับการรักษาแต่ควรที่จะได้บริการอื่น ๆ เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมเสียก่อน Mechanic D⁽⁴¹⁾ กล่าวว่า การให้การรักษาไปโดยง่าย โดยดูที่อาการหรือรอยโรคที่มีอยู่ แต่ไม่พิจารณาถึงสาเหตุที่จะทำให้โรคนั้นจะยังคงเป็นอยู่หรือกลับขึ้นมาใหม่ ย่อมไม่มีประสิทธิภาพและอาจเรียกได้ว่าไร้ค่า (“to simply treat manifest symptoms and syndromes without addressing the conditions that contribute to their persistence or recurrence, is ineffective and perhaps even pointless”)

สำหรับกรณีของการชุดหินน้ำลาย ประโยชน์จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยปรับปรุงการแปรงฟันให้ดีขึ้น ดังที่ได้อธิบายไว้แล้วข้างต้น การชุดหินน้ำลายโดยทันตบุคลากรแทบจะไม่มีประโยชน์เลยหากผู้ป่วยไม่สามารถแปรงฟันให้สะอาดขึ้นได้^(8-10,21) วิธีการดั้งเดิมที่ใช้กันโดยทั่วไปในการประเมินความจำเป็นของการชุดหินน้ำลายคือดูที่สถานะช่องปาก การมีหินน้ำลายหมายถึงสมควรได้รับการชุดจึงไม่เหมาะสม และยังส่งผลให้เกิดปริมาณงานท่วมท้นเกินกว่าที่ระบบบริการสุขภาพจะรองรับได้^(42,43) สูดาดวง เกร็นพงษ์ และคณะ⁽⁴⁴⁾ ได้เคย

เสนอระบบการประเมินความจำเป็นในการชุดหินน้ำลายแบบใหม่โดยพิจารณาปัจจัยสามกลุ่ม ได้แก่

- 1) สถานะช่องปากมีโรคเหงือกอักเสบหรือหินน้ำลายหรือไม่
- 2) ผลกระทบจากการมีเหงือกอักเสบหรือหินน้ำลายต่อคุณภาพชีวิต
- 3) แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะปรับปรุงพฤติกรรมแปรงฟันให้ดีขึ้นหากได้รับการชุดหินน้ำลายไปแล้ว

ผู้ที่สมควรได้รับการชุดหินน้ำลายเป็นกลุ่มแรกคือผู้ที่มีครบทั้งสามปัจจัย คุณภาพชีวิตถูกนำมาพิจารณาร่วมในระบบใหม่ของการประเมินความจำเป็น เพราะเป้าหมายของการรักษาใดๆ ก็ตามคือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย⁽⁴⁵⁾ การชุดหินน้ำลายไม่น่าจะมีประโยชน์หากหินน้ำลายที่มีอยู่นั้นไม่ได้ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและไม่ได้ลุกลามไปเป็นปริทันต์อักเสบเสมอไป การที่ผู้ป่วยไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตจากหินน้ำลาย ย่อมทำให้มีโอกาสน้อยที่จะร่วมมือปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง ระบบการประเมินความจำเป็นแบบนี้ได้ถูกนำไปทดลองใช้ในเด็กนักเรียนประถมศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1,034 คน พบว่า normative need (มีโรคเหงือกอักเสบหรือหินน้ำลาย) สูงถึงร้อยละ 97.0 ในขณะที่เพียงร้อยละ 26.6 ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁽⁴⁶⁾ เมื่อพิจารณาแนวโน้มในการปรับปรุงพฤติกรรมแปรงฟันร่วมด้วย พบว่ากลุ่มที่มีแนวโน้มที่การรักษาจะสำเร็จและควรได้รับการรักษาเป็นกลุ่มแรกสุดมีเพียงร้อยละ 3.8⁽⁴⁷⁾ การศึกษาของสูดาดวง กฤษณาพงษ์ และคณะ⁽⁴⁸⁾ ที่ใช้ข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากของเด็กไทย อายุ 12 ปี จำนวน 1,063 คน พบว่า ร้อยละ 53.6 ของเด็กไทยมีหินน้ำลาย หากกำหนดความจำเป็นในการชุดหินน้ำลายจากสถานะช่องปากเท่านั้น จะหมายความว่าบริการชุดหินน้ำลายเป็นที่ต้องการสำหรับเด็กไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ แต่เมื่อพิจารณาผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิต พบว่าเด็กที่มีหินน้ำลายตั้งแต่ครั้งปากขึ้นไป (3 จาก 6 ส่วนของช่องปาก) จึงจะมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาคุณภาพชีวิต (เช่น เจ็บเหงือก แปรงฟันไม่ได้ มีกลิ่นปาก

อายุเพื่อน เป็นต้น) ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 20.8 ในขณะที่อีกร้อยละ 32.8 มีหินน้ำลายเพียงเล็กน้อยที่แทบจะไม่สร้างปัญหาต่อคุณภาพชีวิตเลย นอกจากนั้นยังพบว่าเพียงร้อยละ 10.6 เท่านั้น ที่มีหินน้ำลายร่วมกับเหงือกอักเสบในครึ่งปากขึ้นไป ซึ่งเด็กกลุ่มนี้คือกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตสูงที่สุด การศึกษาดังกล่าวน่าจะเป็นแนวทางให้การประเมินความจำเป็นในการขูดหินน้ำลายแบบใหม่ที่ไม่ได้พิจารณาเฉพาะ normative need หรือการมีหรือไม่มีหินน้ำลาย ปริมาณ normative need ย่อมมากเกินไป ที่ระบบบริการสุขภาพจะตอบสนองได้⁽⁴⁹⁾ การจัดลำดับความสำคัญ (prioritization) ว่ากลุ่มใดควรได้รับการก่อน-หลัง โดยพิจารณาที่ประโยชน์ของการรักษาที่จะเกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงเป็นประเด็นท้าทายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อไป

การขูดหินน้ำลายเป็นประจำมีประโยชน์หรือไม่

แนวคิดเดิมในการขูดหินน้ำลายเป็นประจำ (routine scaling) ถูกท้าทายจากองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของหินน้ำลาย สาเหตุของเหงือกอักเสบ และองค์ความรู้ใหม่เรื่องธรรมชาติของโรคปริทันต์อักเสบ ดังที่อธิบายไว้ข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้บริการขูดหินน้ำลายเป็นประจำแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคปริทันต์อักเสบไม่น่าก่อให้เกิดประโยชน์หากผู้ป่วยไม่ปรับปรุงการแปรงฟันให้ดีขึ้นหลังจากที่ขูดไปแล้ว งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Cochrane Collaboration ทำขึ้นถึง 3 ครั้ง ในปี ค.ศ.2005 2007 และ 2013 เพื่อตอบคำถามประเด็นนี้ บทสรุปตรงกันคือไม่พบหลักฐานเพียงพอที่จะยืนยันถึงประสิทธิภาพของการขูดหินน้ำลายเป็นประจำ⁽⁸⁻¹⁰⁾

การขูดหินน้ำลายเป็นประจำโดยไม่ได้สอนแปรงฟันร่วมด้วยไม่มีประสิทธิผลในการปรับปรุงสุขภาพเหงือกของผู้ป่วย⁽²¹⁾ งานวิจัยที่มีคุณภาพได้ผลการวิจัยเป็นไปในทิศทางเดียวกันที่แสดงว่าสุขภาพเหงือกที่ดีขึ้นมาจากการสอนแปรงฟัน ไม่ใช่การขูดหินน้ำลาย⁽¹⁰⁾ ตัวอย่างเช่น งาน

วิจัยระยะเวลา 2 ปี ชนิดทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการขูดหินน้ำลายเป็นประจำร่วมกับการสอนแปรงฟัน และกลุ่มที่ได้รับเพียงการสอนแปรงฟันแต่ไม่ได้ขูดหินน้ำลาย พบว่าผลลัพธ์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน กล่าวคือมีสุขภาพเหงือกดีขึ้น คราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายน้อยลง⁽¹⁸⁾ งานวิจัยระยะเวลาเกือบ 4 ปี ที่เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ที่ได้รับการขูดหินน้ำลายสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับการสอนแปรงฟัน แม้จะขูดบ่อยถึงทุก 3 เดือนยังคงมีสภาวะช่องปากแย่ตามเดิม ในขณะที่การขูดหินน้ำลายร่วมกับการสอน ไม่ว่าจะทำทุก 1 ปี 6 เดือน หรือ 3 เดือน สามารถปรับปรุงอนามัยช่องปากของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้⁽¹⁹⁾ งานวิจัยติดตามผู้ป่วยที่เป็นโรคเหงือกอักเสบที่ได้รับการขูดหินน้ำลายเป็นประจำทุก 6 เดือน แต่ไม่ได้รับการสอนแปรงฟันเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีสุขภาพเหงือกดีขึ้น⁽²⁰⁾ นอกจากนั้นยังมีรายงานว่าการขูดหินน้ำลายบ่อยอาจทำให้ผิวฟันถูกทำลาย เกิดผิวฟันที่ขรุขระซึ่งกลับยิ่งทำให้คราบจุลินทรีย์เกาะได้ง่ายขึ้น และอาจทำให้เสียวฟันได้ แต่ยังคงขาดรายงานวิจัยที่รวบรวมประเด็นนี้อย่างเป็นระบบ⁽¹⁰⁾

รูปแบบการให้บริการขูดหินน้ำลายเป็นประจำที่คิดเป็นปริมาณภาระงานและค่าใช้จ่ายมหาศาลของระบบบริการสาธารณสุข ควรที่จะได้รับการทบทวนเมื่อไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันถึงประสิทธิภาพ สำหรับบริการในภาคเอกชน แม้ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษา แต่ความเหมาะสมทางจริยธรรมเป็นประเด็นสำคัญที่ควรจะต้องพิจารณา

บริการขูดหินน้ำลายที่เหมาะสม

แนวคิดใหม่ในการขูดหินน้ำลายจึงควรมุ่งไปที่หัวใจหลักของการรักษาสุขภาพเหงือกให้แข็งแรง ซึ่งหมายถึงการกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณคอพอกอย่างสม่ำเสมอด้วยการแปรงฟัน⁽¹⁵⁾ การแปรงฟันให้สะอาดเป็นพฤติกรรมที่ดูแลอนามัยร่างกายอย่างหนึ่งที่ทุกคนควร จะได้รับการฝึกฝนให้เป็นสุขนิสัยในชีวิตประจำวัน

เหงือกอักเสบไม่ใช่โรคที่ร้ายแรงลุกลาม กลไกการเกิดตรงไปตรงมา เป็น ๆ หาย ๆ ได้ (reversible) ขึ้นกับการมีหรือไม่มีคราบจุลินทรีย์ที่บริเวณคอฟัน หินน้ำลายมีพื้นผิวขรุขระจึงทำให้คราบจุลินทรีย์เกาะแน่น แปรงออกยาก ผู้ป่วยจะแปรงฟันได้ง่ายขึ้นหลังชูดหินน้ำลายออกแล้ว และควรจะต้องเน้นการแปรงให้โดนคอฟันบริเวณที่เคยมีหินน้ำลายอยู่

การแปรงฟันกำจัดคราบจุลินทรีย์บริเวณคอฟันออกให้สะอาดสำคัญกว่าการไปรับบริการชูดหินน้ำลายโดยทันตบุคลากร^(21,50) ผู้ป่วยที่ปรับปรุงการแปรงฟันของตนเองได้ไม่จำเป็นต้องไปชูดหินน้ำลายเป็นประจำ ในขณะที่การไปชูดหินน้ำลายเป็นประจำโดยไม่ปรับปรุงการแปรงฟันไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเหงือก และเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรอย่างไม่สมเหตุผล การชูดหินน้ำลายเป็นประจำจึงไม่มีทางเป็นรูปแบบของบริการชูดหินน้ำลายที่เหมาะสม ไม่ใช่เพียงแค่การกำจัดก้อนหินน้ำลายออกเท่านั้น แต่จำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับการสอนสุขศึกษา และสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วย เน้นที่การสื่อสาร ใช้หินน้ำลายที่มีอยู่ก่อนชูดเป็นสื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงบริเวณที่ตนแปรงไม่โดนคอฟัน ใช้ความรู้สึกพอใจของผู้ป่วยหลังจากชูดหินน้ำลายเสร็จเป็นแรงกระตุ้นจิตใจให้ผู้ป่วยอยากที่จะดูแลตนเองเพื่อช่องปากที่สะอาด เช่นนี้ตลอดไป⁽²¹⁾ เป้าหมายหลักของงานบริการชูดหินน้ำลายจึงควรเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการดูแลสุขภาพเหงือก ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถวางแปรงสีฟันให้ชนแปรงโดนคอฟันบริเวณที่มีหินน้ำลายได้ และทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถตน และอยากที่จะรักษาอนามัยช่องปากให้ดีได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายมารับบริการจากทันตบุคลากร

หลังจากชูดหินน้ำลายไปแล้ว หากผู้ป่วยปรับปรุงการแปรงฟันได้ จะไม่มีหินน้ำลายเกิดขึ้นใหม่ หรืออาจจะมีเพียงเล็กน้อยที่ไม่สร้างผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁽⁴⁸⁾ ไม่ได้เป็นอันตรายและไม่ใช่ว่าสาเหตุหลักของการเกิดโรคลุกลามทางปริทันต์ในอนาคต^(6,7,27) การนัดผู้ป่วยมาพบ

ครั้งถัดไปสามารถทำได้เพื่อติดตามดูการปรับปรุงพฤติกรรมแปรงฟันของผู้ป่วยว่าแปรงได้ดีขึ้นหรือไม่ ยังมีหินน้ำลายเกิดใหม่เท่าเดิมหรือน้อยลงหรือไม่ ทันตบุคลากรจะได้ช่วยพัฒนาความสามารถในการแปรงฟันของผู้ป่วยต่อไป วัฒนธรรมการให้บริการชูดหินน้ำลายเป็นประจำที่ตึงตังพาทันตบุคลากรควรปรับเปลี่ยนมาสู่รูปแบบการบริการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทันตบุคลากรควรที่จะสร้างความสามารถ (empower) ให้กับประชาชนในการดูแลอนามัยช่องปากของตนเองให้ดีได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาทันตบุคลากรในการชูดหินน้ำลายเป็นประจำอีกต่อไป

บทสรุป

การชูดหินน้ำลายเป็นประจำมาจากความเชื่อว่าจะป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบในอนาคต เมื่อหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องธรรมชาติของโรคปริทันต์อักเสบเปลี่ยนไป หินน้ำลายไม่ใช่ตัวทำนายโรคปริทันต์อักเสบ การชูดหินน้ำลายเป็นประจำจึงไม่สมเหตุผล นอกจากนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายยืนยันว่าสุขภาพเหงือกที่ดีขึ้นของผู้ป่วยมาจากการปรับปรุงการแปรงฟันมากกว่าการได้รับบริการชูดหินน้ำลาย การชูดหินน้ำลายโดยไม่ได้สอนแปรงฟันร่วมด้วย ไม่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงสุขภาพเหงือก การประเมินความจำเป็นในการชูดหินน้ำลายไม่ควรที่จะดูเฉพาะตัวโรคหรือการมีหรือไม่มีหินน้ำลายเท่านั้น การให้บริการชูดหินน้ำลายเป็นประจำโดยไม่เน้นการปรับปรุงพฤติกรรมแปรงฟันเป็นบริการที่ไม่เหมาะสมเพราะไม่มีประสิทธิภาพ สิ้นเปลืองทรัพยากรอย่างยิ่ง และยิ่งสร้างวัฒนธรรมความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้กับทันตบุคลากรและประชาชน ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงบริการสุขภาพแทนที่จะพึ่งพาตัวเองเป็นสำคัญ สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยตามระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมควรที่จะได้รับการพิจารณาปรับเปลี่ยนบริการชูดหินน้ำลายไปสู่รูปแบบที่เหมาะสมที่เน้นการปรับปรุงการแปรงฟันของผู้ป่วย

การขูดหินน้ำลายและความรู้สึกสะอาดหลังการขูดสามารถใช้เป็นสื่อในการสอนและสร้างทัศนคติที่ดีให้กับผู้ป่วย ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนสีฟันให้ชนแปรงโดนคอฟันบริเวณที่มีหินน้ำลายได้ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนและอยากจะทำรักษาอนามัยช่องปากให้ดีหลังจากขูดหินน้ำลายเสร็จแล้ว การนัดครั้งต่อไปควรจะเป็นการประเมินว่าผู้ป่วยแปรงฟันได้ดีขึ้นหรือไม่ หน้าที่หลักของทันตบุคลากรในบริการขูดหินน้ำลายควรจะเป็นการสร้างความสามารถให้กับผู้ป่วยในการดูแลอนามัยช่องปากของตนให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Beirne P, Forgie A, Clarkson J, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD004346.
2. Department of Health. Modernising NHS dentistry – implementing the NHS plan. London: HMSO; 2000.
3. Frame PS, Sawai R, Bowen WH, Meyerowitz C. Preventive dentistry: practitioners' recommendations for low-risk patients compared with scientific evidence and practice guidelines. *Am J Prev Med* 2000;18:159–62.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
5. Sheiham A. Minimal intervention in dental care. *Med Princ Pract* 2002;11Suppl 1:2–6.
6. Armitage GC. Learned and unlearned concepts in periodontal diagnostics: a 50-year perspective. *Periodontol* 2000 2013;62:20–36.
7. Slots J. Periodontology: past, present, perspectives. *Periodontol* 2000 2013;62:7–19.
8. Beirne P, Forgie A, Worthington HV, Clarkson JE. Routine scale and polish for periodontal health in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1:CD004625.
9. Beirne P, Worthington HV, Clarkson JE. Routine scale and polish for periodontal health in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD004625.
10. Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Beirne PV. Routine scale and polish for periodontal health in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;11:CD004625.
11. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J* 2000;50:129–39.
12. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965;36:177–87.
13. Lang NP, Kiel RA, Anderhalden K. Clinical and microbiological effects of subgingival restorations with overhanging or clinically perfect margins. *J Clin Perio* 1983; 10:563–78.
14. Saxton CA. Scanning electron microscopic study of the formation of dental plaque. *Caries Res* 1973;7:102–19.
15. สุดาตวง ฤกษ์ภาพงษ์. แปรงฟันด้วยวิธีใดดี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2017;26:1148–55.
16. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004;31:749–57.
17. Ower P. Minimally-invasive non-surgical periodontal therapy. *Dent Update* 2013;40:289–90, 293–5.
18. Jones CL, Milsom KM, Ratcliffe P, Wyllie A, Macfarlane TV, Tickle M. Clinical outcomes of single-visit oral prophylaxis: a practice-based randomised controlled trial. *BMC Oral Health* 2011;11:35.
19. Lightner LM, O'Leary JT, Drake RB, Crump PP, Allen MF. Preventive periodontic treatment procedures: results over 46 months. *J Periodontol* 1971;42:555–61.
20. Listgarten MA, Schifter CC, Laster L. 3-year longitudinal study of the periodontal status of an adult population with gingivitis. *J Clin Periodontol* 1985;12:225–38.
21. Needleman I, Nibali L, Di Iorio A. Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases in adults – systematic review update. *J Clin Periodontol* 2015;42Suppl 16:S12–35.
22. Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J. Development of the WHO community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J* 1982;32:281–93.

23. Goodson JM, Tanner AC, Haffajee AD, Sornberger GC, Socransky SS. Patterns of progression and regression of advanced destructive periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1982;9:472-81.
24. Socransky SS, Haffajee AD, Goodson JM, Lindhe J. New concepts of destructive periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984;11:21-32.
25. Løe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol* 1986;13:431-45.
26. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res* 2014;93:1045-53.
27. Kornman KS. Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look. *J Periodontol* 2008;79:1560-8.
28. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000 2013;62:59-94.
29. Ismail AI, Lewis DW, Dingle JL. Prevention of periodontal disease. In: Canadian Task Force on Preventive Health Care. Guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada; 1994. p. 420-31.
30. Holmgren CJ. CPITN—interpretations and limitations. *Int Dent J* 1994;44:533-46.
31. World Health Organization. Oral Health Surveys: basic Methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
32. Watt RG, Petersen PE. Periodontal health through public health—the case for oral health promotion. *Petersen Periodontol* 2000 2012;60:147-55.
33. Wilder RS, Bray KS. Improving periodontal outcomes: merging clinical and behavioral science. *Periodontol* 2000 2016;71:65-81.
34. Bradshaw JS. A taxonomy of social need. In: Mc Lachlan G, editor. Problems and progress in medical care. Essays on current research. Oxford: Oxford University Press; 1972. p. 69-82.
35. Sheiham A, Tsakos G. Oral health needs assessment. In: Pine CM, Harris R, editors. Community Oral Health. London: Quintessence Books; 2007. p. 59-79.
36. Fuchs VR. The contribution of health services to the American economy. In: Fuchs VR, editor. Essays on the economics of health and medical care. New York: Columbia University Press; 1972.
37. Acheson RM. The definition and identification of need for health care. *J Epidemiol Community Health* 1978;32:10-5.
38. Stevens A, Gabbay J. Needs assessment. *Health Trends* 1991;23:20-3.
39. Wright J, Williams R, Wilkinson J. The development of health needs assessment. In: Wright J, editor. Health needs assessment in practice. London: BMJ; 1998. p. 1-11.
40. Matthew GK. Measuring need and evaluating services. In: Mc Lachlan G, editor. Problems and progress in medical care. Essays on current research 6th series. London: Oxford University Press; 1971. p. 27-46.
41. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med*. 1995;41:1207-16.
42. Listgarten MA. Why do epidemiologic data have no diagnostic value? In: Guggenheim B, editor. Periodontology Today. Zurich: Karger and Basel; 1988. p. 59-67.
43. Kieser JB. Periodontics: a practical approach. London: Wright; 1990.
44. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A socio-dental approach to assessing dental needs of children: concept and models. *Int J Paediatr Dent* 2006;16:81-8.
45. สุดดวง กฤษภาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (oral health-related quality of life). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
46. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A socio-dental approach to assessing children's oral health needs: integrating and oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. *Bull World Health Organ* 2006;84:36-42.
47. Krisdapong S. Developing a socio-dental system of dental needs assessment in children [PhD dissertation]. London: University College London; 2004. 446 p.

48. Krisdapong S, Prasertsom P, Rattarangsim K, Sheiham A, Tsakos G. The impacts of gingivitis and calculus on Thai children's quality of life. *J Clin Perio* 2012;39:834-43.
49. สุดาดวง เกร็นพงษ์. ความต้องการทางทันตกรรมที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองของเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่หก. ว. ทันต 2549;56:1-10.
50. Public Health England. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention. London: Public Health England [Internet]. 2014. [cited 2017 Sep 7]. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/367563/DBOHv32014OCTMainDocument_3.pdf

Abstract: Is routine scaling appropriate?

Sudaduang Krisdapong, D.D.S., M.Phil., Ph.D.

Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Thailand

Journal of Health Science 2018;27:562-72.

Routine scaling is commonly provided by oral health services in many countries, including Thailand. The practice has led to a high amount and high cost of treatment of national health services. Criticism on the effectiveness and appropriateness routine scaling emerged around the year 2000, after the concept of natural history of periodontal diseases had changed. Calculus is not the main determinant of periodontitis. The presence of calculus is not the predictor of periodontitis in the future. As a consequence, routine scaling as believed to prevent periodontitis is no longer justified. Many studies were conducted to evaluate the effectiveness of routine scaling. Findings indicated that the improvement of gingival health was due to oral hygiene instruction (OHI). Routine scaling without OHI has no benefit for gingival health. Tooth-brushing practice that effectively removes dental plaque at cervical areas is more important than professional scaling. This is because gingivitis is caused by dental plaque at cervical areas, while calculus itself is not harmful but facilitate plaque accumulation due to its roughness. Calculus is calcified dental plaque, thus, the presence of calculus indicate the area inadequately cleaned by daily tooth-brushing. There is no need for routine scaling in patients who could improve their tooth-brushing practice. On the other hand, receiving scaling without improving tooth-brushing practice is not effective and a waste of resources. Routine scaling cannot be an appropriate pattern of scaling services. An appropriate scaling service is not merely for calculus removal. Calculus removal and patient's satisfaction after scaling should be used as oral education tools. Patients should be aware of their improperly cleaned areas, indicated by the present calculus, and be able to place their toothbrush right to the areas. Patients should be motivated and empowered to improve and maintain their oral self-care practices. A generally practiced pattern of professionally dependent routine scaling should be changed to a more appropriate pattern that focusing on patient's participation and empowerment. Dental professionals should empower their patients to maintain their good oral hygiene by themselves, not to depend on professional routine services.

Key words: calculus, dental plaque, gingivitis, oral hygiene, scaling