

รายงานวิจัย

Research Article

ความชุกของโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบและโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง

**Prevalence of Peri-implant Mucositis and Peri-implantitis
in Implant-retained Mandibular Overdenture**

ศิริชัย ตันตระกูลเจริญ*

Sirichai Tantrakoolcharoen*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง ลำปาง

*Dental Department, Lampang Hospital, Amphur Muang Lampang 52100

Corresponding author e-mail address: d30psu@yahoo.com

Received: October 18, 2019

Revised: November 10, 2019

Accepted: December 17, 2019

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือการอักเสบของเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียม การศึกษาแบบพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการอักเสบของเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมและการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง โดยศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ 24 คนที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากชั้นล่างที่แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง จากการติดตามผลการรักษาภายหลังการใช้งาน 8-9 ปีด้วยการตรวจทางคลินิกและภาพรังสี วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการของสมาคมปริทันต์แห่งประเทศไทย นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 28.3 และโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 39.1 โดยค่าเฉลี่ยการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียมเท่ากับ 3.28 มม. นั่นคือโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบและโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนทางชีวภาพที่พบได้มาก

คำสำคัญ: โรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบ, โรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ, รากฟันเทียมเพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง

พุทธชินราชเวชสาร 2562;36(3):322-31.

Abstract

Seniors up to one in fourth are necessary to wear implants, which have common complications: inflammation of the mucous tissue surrounding the implants and the tissue surrounding the implants. The aim of this descriptive study was to evaluate the prevalence of peri-implant mucositis and peri-implantitis in implant-retained mandibular overdenture after a 8-9 years follow-up period. The twenty four-fully edentulous patients underwent implant-retained mandibular overdenture surgery in Dental Department, Lampang Hospital, were recalled for clinical and radiographic examination after functional loading for 8-9 years. The prevalence of peri-implant mucositis and peri-implantitis were analyzed following the consensus of the third Periodontology Thailand Workshop. Data were presented as frequency and percentage. The results of this study found that prevalence of peri-implant mucositis was 28.3%, and of the implant and peri-implantitis occurred in 39.1% of the implant. The average marginal bone loss was 3.28 mm. after functional loading for 8-9 years. In conclusion, peri-implant mucositis and peri-implantitis are the most common biological complications in implant-retained mandibular overdenture of the fully edentulous patients.

Keywords: peri-implant mucositis, peri-implantitis, implant-retained mandibular overdenture

Buddhachinaraj Med J 2019;36(3):322-31.

บทนำ

“สังคมผู้สูงอายุ” หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ปัจจุบันจำนวนประชากรไทยมีประมาณ 66 ล้านคน และเป็นประชากรที่อายุเกิน 60 ปีถึงร้อยละ 17 และคาดการณ์ว่าในอีก 3 ปีข้างหน้าหรือประมาณปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” กล่าวคือมีผู้สูงอายุในสัดส่วนร้อยละ 20 จากการสำรวจ สัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางพบผู้สูงอายุร้อยละ 24.1 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศและปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญคือการสูญเสียฟัน โดยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากเพื่อช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร¹ การใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกหรือฟันเทียมทั้งปากแบบดั้งเดิม (conventional complete denture) ถูกนำมาใช้เพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวอาหารได้ดียิ่งขึ้น มีความมั่นใจในตัวเองเวลาพูด ออกเสียง และเพื่อความสวยงาม ส่งผลต่อสุขภาพกายใจ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น แม้แรงบดเคี้ยวจากฟันเทียมทั้งปากซึ่งลอกเลียนแบบเนื้อเยื่อที่รองรับด้านใต้เป็นอย่างดีแล้วจะน้อยกว่าแรงบดเคี้ยวจากฟันธรรมชาติมากก็ตาม ทั้งยังพบการเคลื่อนไหวของฟันเทียมขณะการใช้งาน² การฝัง

รากฟันเทียมเพื่อช่วยยึดฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกในขากรรไกรล่าง 2 ตำแหน่งเป็นอีกทางเลือกที่เพิ่มประสิทธิภาพในการยึดฟันเทียมให้มีเสถียรภาพมากขึ้น ช่วยเพิ่มแรงในการบดเคี้ยวอาหารได้ดียิ่งขึ้น ลดอาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนด้านใต้จากการที่ฐานฟันปลอมขยับไปมา และยังลดการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรล่างอีกด้วย³⁻⁴

การฝังรากฟันเทียมถูกนำมาใช้รักษาเพื่อทดแทนการสูญเสียฟันไม่ว่าจะเป็นซี่เดียว หลายซี่ หลายตำแหน่งหรือทั้งปากเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีการศึกษามากมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ แต่การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งไปที่ความสำเร็จของการรักษาในระยะยาว ซึ่งผลการศึกษาพบว่าอัตราการอยู่รอดอยู่ที่ร้อยละ 95 ภายหลังการใช้งานนาน 10 ปี อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาไม่ได้แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนไม่ว่าจะเป็นทางเทคนิค (technical) หรือทางชีวภาพ (biological)⁵⁻⁹ ปัญหาทางชีวภาพที่พบบ่อยคือการอักเสบของเนื้อเยื่อเมื่อครอบรากฟันเทียม (peri-implant mucositis) และการอักเสบของเนื้อเยื่อครอบรากฟันเทียม (peri-implantitis)¹⁰⁻¹¹ ทั้งนี้ โรคเนื้อเยื่อเมื่อครอบรากฟันเทียมอักเสบ เป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อเมือกที่อยู่ครอบรากฟันเทียมโดยปราศจากการละลายตัวของ

กระดูกที่รองรับอย่างต่อเนื่องภายหลังการปรับรูปกระดูกรอบรากฟันเทียม (remodeling) ลักษณะทางคลินิกอาจพบเหงือกรอบ ๆ บวม แดง มีเลือดออกหรือพบหนองตามร่องลึกภายหลังการหยั่งวีตรองลิกรอบรากฟันเทียม ภาพถ่ายรังสีไม่พบการละลายของกระดูกโดยรอบ เป็นภาวะที่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติถ้าหากได้รับการรักษาหรือดูแลแต่เนิ่นๆ^{2,10,12-14} ส่วน โรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ เป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมร่วมกับการละลายตัวของกระดูกรองรับโดยรอบ การวินิจฉัยโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบต้องอาศัยการตรวจทางคลินิกที่อาจพบร่องลิกรอบรากฟันเทียมเพิ่มมากขึ้นหรือพบการเคลื่อนตัวของขอบเหงือกลงไป มีเลือดออกหรือหนองตามร่องลิกรอบรากฟันเทียมและภาพถ่ายรังสีที่แสดงให้เห็นการละลายตัวของกระดูก^{12,14-15} ซึ่งความสนใจในภาวะแทรกซ้อนทางชีวภาพรอบรากฟันเทียมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะพบการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมเพิ่มขึ้นปีละ 1 ล้านราก

จากการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการล่าสุด 3 ครั้งของสมาพันธ์ปริทันตวิทยาโร¹² ได้นำเรื่องนี้มาพิจารณาพบว่ามีความเข้าใจ มุมมองหรือให้คำจำกัดความที่แตกต่างกัน ค่าความชุก หรืออุบัติการณ์ของโรครอบรากฟันเทียม (peri-implant disease) ไม่ว่าจะเป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมหรือการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมก็แตกต่างกันออกไป^{12,16} การศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ของการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการของสมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทยครั้งที่ 3¹⁷ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการอักเสบของเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมและการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมในผู้ป่วยที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างภายหลังการใช้งานเป็นระยะเวลา 8-9 ปี เพื่อเป็นข้อมูลในการแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่ฝังรากฟันเทียมเพื่อยึดฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างให้ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบพรรณานี้ศึกษาในผู้ป่วยที่มาใช้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่แผนกทันตกรรม

โรงพยาบาลลำปาง โดยได้รับการตรวจสภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไปที่เหมาะสมต่อการฝังรากฟันเทียมตามโครงการฝังรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ 80 พรรษา รัชกาลที่ 9 เก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (เช่น อายุ เพศ) ข้อมูลของรากฟันเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ (เช่น ขนาด ความยาวของรากฟันเทียม) และข้อมูลเกี่ยวกับการทำศัลยกรรม (เช่น ตำแหน่งของรากฟันเทียม) ข้อมูลจากการตรวจในแต่ละครั้งของการติดตามผลตรวจสภาพเนื้อเยื่อโดยรอบรากฟันเทียมจากลักษณะภายนอก คราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายพร้อมประเมินภาวะการอักเสบติดเชื้อ ทั้งนี้การวัดร่องลิกรอบ ๆ เนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมคล้ายกับการวัดร่องลึกปริทันต์ โดยใช้เครื่องมือตรวจวัดร่องลึกชนิดพลาสติกวัดร่องลึกทั้งหมด 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ด้านแก้ม (buccal) ด้านลิ้น (lingual) ด้านใกล้กลาง (mesial) และด้านไกลกลาง (distal) (รูปที่ 1) ค่าที่วัดได้บันทึกหน่วยเป็นมิลลิเมตร การตรวจหาเลือดออกหรือหนองตามร่องลึกนั้นใช้เครื่องมือวัดร่องลึกเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมว่ามีเลือดออกหรือหนองตามร่องเนื้อเยื่อรอบ ๆ รากฟันเทียมภายใน 10 วินาทีหรือไม่โดยบันทึกว่ามี/ไม่มี (รูปที่ 2)

ส่วนการถ่ายภาพรังสีใช้วิธีการแบบขนาน (parallel technique) เพื่อนำมาคำนวณหาปริมาณการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม⁶ โดยวัดความยาวของรากฟันเทียมจากภาพรังสี (A) วัดความยาวของกระดูกที่ละลายโดยวัดจากขอบของรากฟันเทียมถึงจุดต่ำสุดของกระดูกที่หายไป (B) แล้วนำมาคำนวณโดยเปรียบเทียบความยาวของรากฟันเทียมที่แท้จริง (F) จากสูตร $R = (F \times B)/A$ (R: ปริมาณกระดูกที่ละลายไป) ค่าที่วัดได้มีหน่วยเป็นมิลลิเมตร (รูปที่ 3)² นำค่าที่ได้ไปวินิจฉัยสภาพเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียม โดยอาศัยข้อมูลสภาพตั้งแต่เริ่มต้นของผู้ป่วยในการอ้างอิง

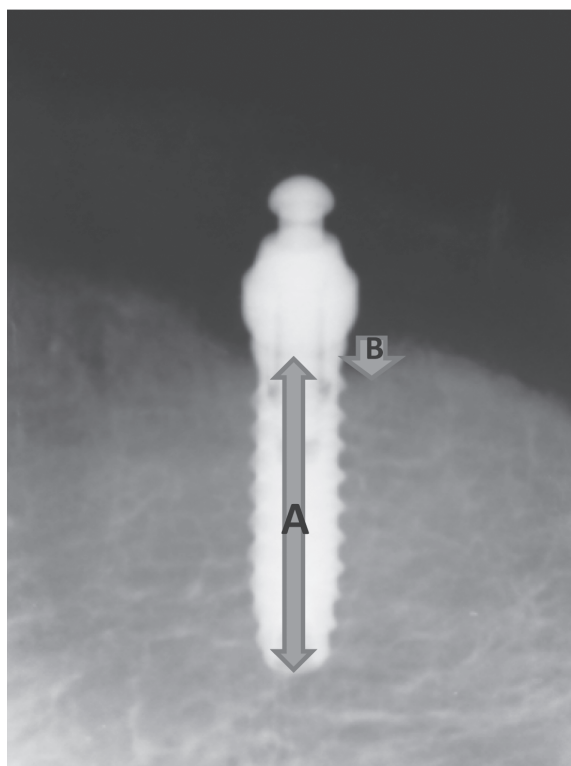
แนวทางสำหรับการวินิจฉัยโรครอบรากฟันเทียม (guideline for peri-implant diagnosis) มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้ว่าโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบเป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อเมือกที่อยู่รอบรากฟันเทียมโดยปราศจากการละลายตัวของกระดูกที่รองรับมากกว่า 3 มม. ส่วนโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ เป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมร่วมกับการละลายตัวของกระดูกรองรับโดยรอบมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มม. (รูปที่ 4)



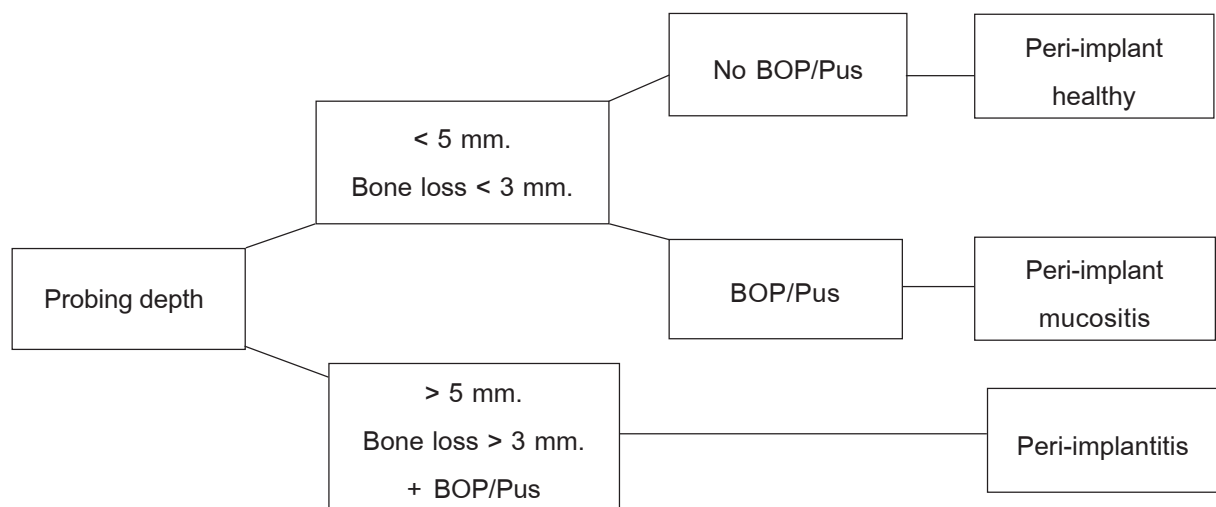
รูปที่ 1 การตรวจวัดร่องลึกเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียม



รูปที่ 2 การตรวจพบเลือดหรือหนองออกตามร่องลึก
รอบรากฟันเทียม



รูปที่ 3 การคำนวณหาปริมาณกระดูกที่ละลาย



รูปที่ 4 แนวทางสำหรับการวินิจฉัยโรครอบรากฟันเทียม

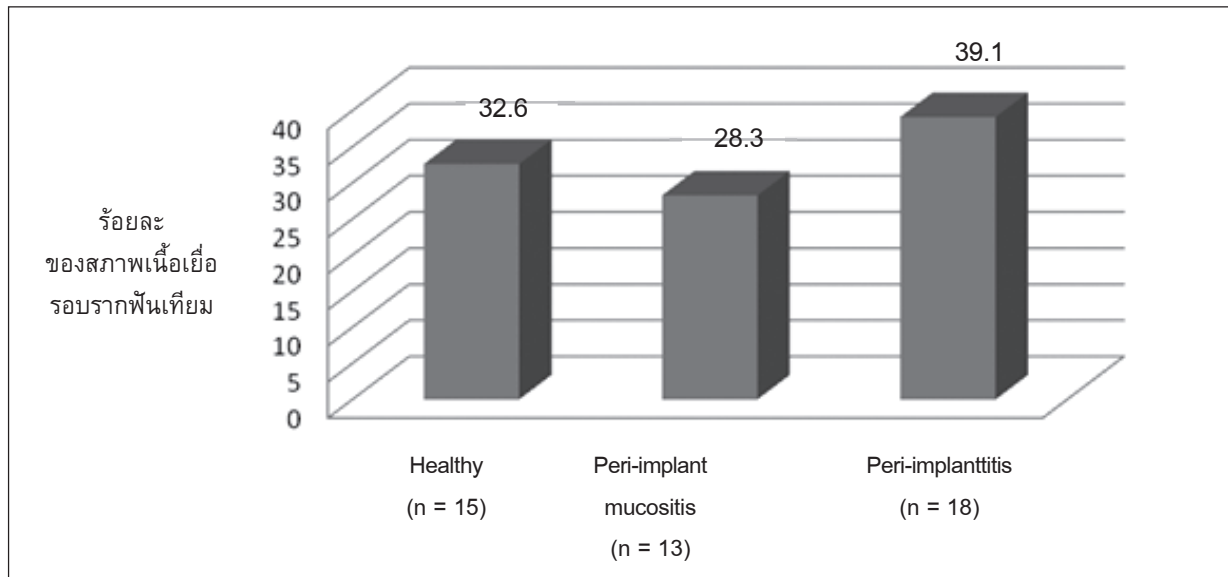
BOP: bleeding on probing (จุดเลือดออกเมือหยั่ง)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปากชั้นล่างตามโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ 80 พรรษา ร.9 ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีจำนวนทั้งสิ้น 46 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2554 ได้ติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ แต่ผู้ป่วยมักไม่มาพบตามนัด โดยมาพบเมื่อมีปัญหาแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ฟันปลอมหัก, O-ring ขาด หรือเจ็บเหงือก ในปี พ.ศ. 2561-2562 ได้ติดตามผู้ป่วยเพื่อมาตรวจสภาพฟันเทียมและชิ้นส่วน พร้อมทั้งตรวจสภาพเนื้อเยื่อโดยรอบรากฟันเทียม ซึ่งสามารถติดตามผู้ป่วยได้ทั้งหมด 24 คน ผู้ป่วยเสียชีวิต 17 คน ไม่สามารถติดต่อได้ 3 คน และอีก 2 คนมีปัญหาสุขภาพไม่สามารถเดินทางมาได้ ซึ่งผู้ป่วย 24 คนนั้นเป็นชาย

14 คนและหญิง 10 คน อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นรับการรักษา 70 ปี (62-79 ปี) มี 2 คนที่รากฟันเทียมหักไป 1 ราก เหลือรากฟันเทียมทั้งหมด 46 รากใน 24 คน ผลการตรวจสภาพเนื้อเยื่อรอบๆ รากฟันเทียมตามแนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการของสมาคมปริทันต์แห่งประเทศไทยและนำข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนที่บันทึกการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นใช้อ้างอิงได้ผลดังนี้ สภาพเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมสมบูรณ์ 15 ราก (ร้อยละ 32.6) พบเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบ 13 ราก (ร้อยละ 28.3) และพบเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ 18 ราก (ร้อยละ 39.1) (รูปที่ 5) พบกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายเฉลี่ย 3.28 มม. และผู้ป่วยที่กระดูกรอบรากฟันเทียมละลายมากที่สุดเท่ากับ 6.67 มม.





รูปที่ 5 สภาพเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียม

วิจารณ์

โรครอบรากฟันเทียมประกอบด้วยโรคเนื้อเยื่อเมื่อบรรณรากฟันเทียมอักเสบและโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางชีวภาพที่พบมากที่สุดแต่การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้มีน้อยมากโดยมักศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จหรือความอยู่รอดและความล้มเหลวของรากฟันเทียม¹² จากการสำรวจหรือการศึกษาที่ผ่านมาใช้หลักเกณฑ์ที่แตกต่างกันซึ่งเพียงคำจำกัดความที่แตกต่างกันก็มีผลต่อค่าความชุกที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาหนึ่งกำหนดค่าการละลายตัวของกระดูกมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มม. มีเลือดออกในขณะตรวจร่องลึกและวัดร่องลึกได้มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มม. ได้ค่าความชุกของการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมเท่ากับร้อยละ 11.3 แต่ถ้ากำหนดค่าการละลายตัวของกระดูกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 มม. มีเลือดออกในขณะตรวจร่องลึกและวัดร่องลึกมากกว่าหรือเท่ากับ 4 มม. ได้ค่าความชุกของการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมเท่ากับร้อยละ 20.4¹⁴ ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของโรคเนื้อเยื่อเมื่อบรรณรากฟันเทียมอักเสบระหว่างร้อยละ 19-65 และโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบระหว่างร้อยละ 1-47 สาเหตุที่ค่าความชุกค่อนข้างกว้างเป็นเพราะเกณฑ์ที่ใช้กำหนดในแต่ละการศึกษาแตกต่างกัน¹³

อนึ่ง ในการศึกษาหาความชุกของโรครอบรากฟันเทียมในประเทศไทยอาจยังไม่ได้ศึกษาอย่างจริงจังซึ่งการศึกษารังนี้ได้ใช้หลักเกณฑ์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 ของสมาคมปริทันต์แห่งประเทศไทยที่ให้คำจำกัดความว่าโรคเนื้อเยื่อเมื่อบรรณรากฟันเทียมอักเสบเป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อเมื่อบรรณรากฟันเทียมโดยปราศจากการละลายตัวของกระดูกที่รองรับมากกว่า 3 มม. ส่วนโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบเป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมร่วมกับการละลายตัวของกระดูกรองรับโดยรอบมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มม. โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบค่าความชุกของโรครอบรากฟันเทียมที่รองรับฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง ดังนี้ โรคเนื้อเยื่อเมื่อบรรณรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 27.3 (12 ราก) และโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 40.9 (18 ราก) และยังพบเนื้อเยื่อโดยรอบรากฟันเทียมมีสภาพสมบุรณ์ร้อยละ 31.8 (14 ราก)

ในประเทศสเปนผลการศึกษาซึ่งหาความชุกของโรคเนื้อเยื่อเมื่อบรรณรากฟันเทียมอักเสบและโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบที่มีระยะเวลาการใช้งานรากฟันเทียมเป็นเวลอย่างน้อย 5 ปีพบโรคเนื้อเยื่อเมื่อบรรณรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 27

โรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 20 นั่นคือพบโรครอบรากฟันเทียมทั้งหมดถึงร้อยละ 47 ซึ่งถือว่าสูงมาก¹⁹ โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบ ได้แก่ พบเลือดออกภายหลังหยั่งวัดร่องลึกกรอบรากฟันเทียมและพบกระดูกโดยรอบละลายน้อยกว่า 2 มม. ส่วนโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ ได้แก่ พบเลือดออกภายหลังหยั่งวัดร่องลึกกรอบรากฟันเทียมและพบกระดูกโดยรอบละลายมากกว่าหรือเท่ากับ 2 มม. แต่จากการศึกษารากฟันเทียม ทั้งหมด 100 รายนั้นมีเพียง 5 รายที่เป็นรากฟันเทียมที่รองรับฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้

ส่วนการศึกษาค้นหาความชุกของโรครอบรากฟันเทียมในเบลเยียมพบโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 38 โรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบพบร้อยละ 23²⁰ นอกจากนี้จากบทความทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานศึกษาทั้งหมด 47 การศึกษาของ Derks และ Tomasi¹³ เพื่อหาความชุกของโรครอบรากฟันเทียมพบโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 46.8 และโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบพบร้อยละ 19.8¹⁶ ขณะที่การศึกษาของ Daubert และคณะ²¹ หาความชุกของโรครอบรากฟันเทียมจากผู้ป่วย 96 คน รากฟันเทียมทั้งหมด 225 ราก ติดตามผล 10.09 ปี พบโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 33 และโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 16 ส่วนการศึกษาของ Frisch และคณะ¹¹ ในรากฟันเทียมที่รองรับฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ โดยออกแบบรากฟันเทียมเป็นครอบฟัน 2 ตัว ติดตามผล 14.2 ปี พบโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 21.3 และโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 8 ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยผู้ศึกษาให้ความเห็นว่าการออกแบบเป็นครอบฟันสามารถทำความสะอาดได้ดีกว่าชนิดอื่น

การศึกษาล่าสุดนี้ของผู้วิจัยได้ผลใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Meijer และคณะ¹⁶ ในปี ค.ศ. 2014 ที่พบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 57 และโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 29.7 ในผู้ป่วยรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก ติดตามผลเป็นเวลา 10 ปี ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้เป็นค่าที่รวมทั้งรากฟันเทียมชนิดที่รองรับฟันเทียมบางส่วนและราก

ฟันเทียมชนิดที่รองรับฟันเทียมทั้งปาก เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรครอบรากฟันเทียมครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ตั้งแต่เริ่มต้น มิได้ยึดตามค่าร่องลึกกรอบรากฟันเทียมเพียงอย่างเดียว โดยดูการเคลื่อนตัวของขอบเหงือกร่วมด้วย เกณฑ์สำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบต้องพบการละลายตัวของกระดูกมากกว่า 3 มม. จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของสมาคมปริทันตวิทยาแห่งยุโรป ครั้งที่ 8 เมื่อปี ค.ศ. 2012 ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบในกรณีที่ไม่ใช่ข้อมูลจากภาพถ่ายรังสีเริ่มต้นเป็นตัวอ้างอิงว่าต้องพบการละลายตัวของกระดูกมากกว่า 2 มม. ร่วมกับอาการทางคลินิก²² ส่วนการประชุมเชิงปฏิบัติการจากทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 เพื่อจำแนกรอบรากฟันเทียมได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่าหากไม่มีภาพถ่ายรังสีเริ่มต้นเมื่อตรวจพบการละลายตัวของกระดูกมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มม. ร่วมกับมีเลือดออกหรือพบหนองตามร่องลึกภายหลังการหยั่งวัดร่องลึกกรอบรากฟันเทียมให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ¹⁴

การศึกษา cross-section ของ Bresson และคณะ² พบความเกี่ยวข้องระหว่างการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียมกับระยะเวลาที่ใช้งาน โดยพบกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายเฉลี่ย 0.7 มม. ซึ่งในระยะ 3.9 ปีที่ติดตามผลพบว่าร้อยละ 90 กระดูกละลายตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.0 มม. มีเพียง 11 รายที่พบการอักเสบรุนแรงมาก โดยในรายที่พบกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายมากที่สุด 6.3 มม. ส่วนการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 7 ปีของ Turkyilmaz และคณะ⁶ พบกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายตัวในปีแรกเฉลี่ยไม่เกิน 1.0 มม. และตลอดการศึกษาพบเฉลี่ยปีละ 0.2 มม. โดยเมื่อปีที่ 7 พบกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายตัวเฉลี่ย 2.0 มม. เท่านั้น

ส่วนการศึกษาล่าสุดนี้ของผู้วิจัยจากการติดตามผล 8-9 ปีพบกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายเฉลี่ย 3.28 มม. และในรายที่พบกระดูกรอบรากฟันเทียมละลายมากที่สุดเท่ากับ 6.67 มม. โดยในรายที่รากฟันเทียมไม่สามารถใช้งานได้นั้นเนื่องจากส่วนของบารากฟันเทียมแตกหัก มิได้เกิดจากการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียมจนหมด นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ French และคณะ²³ ปี ค.ศ. 2018 ในรากฟันเทียมที่

รองรับฟันเทียมทั้งปากชนิดติดแน่น ติดตามผลเฉลี่ย 4.5 ปี และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลอย่างสม่ำเสมอพบโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 40 และโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 8.8 ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษารั้งนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ของผู้วิจัยขาดความต่อเนื่องในการกลับมาติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยมักมาพบเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Costa และคณะ²⁴ ซึ่งแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องกับอีกกลุ่มที่ขาดการดูแลพบว่ากลุ่มที่ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบมากกว่าร้อยละ 43 ในขณะที่อีกกลุ่มพบเพียงร้อยละ 18 หรือผลการศึกษาของ Rodrigo และคณะ¹⁹ ที่พบความเกี่ยวข้องระหว่างการเกิดโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบกับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ หรือผลการศึกษาของ Rokn และคณะ²⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ขาดการดูแลอย่างสม่ำเสมอเกิดโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบร้อยละ 40 และโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบพบร้อยละ 8.8 โดยพบเลือดออกในขณะหยั่งวัดร่องลึกและดัชนีคราบจุลินทรีย์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรครอบรากฟันเทียม มีเพียงผลการศึกษาของ Daubert และคณะ²¹ ที่ไม่พบว่าการเกิดโรครอบรากฟันเทียมเกี่ยวข้องกับการขาดการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Marrone และคณะ²⁰ พบความเกี่ยวข้องของการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี ขณะที่อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้ 70 ปี สาเหตุอาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำความสะอาดลดลง มีปัญหาการมองเห็น หรือระบบภูมิคุ้มกันที่ต่ำลง การหายของแผลช้าลง หรือโรคทางระบบประสาทพาร์กินสัน ส่วนผลการศึกษาของ Hocksema และคณะ²⁶ ไม่พบความแตกต่างในการละลายตัวของกระดูกรองรับรากฟันเทียมระหว่างกลุ่มที่อายุน้อยกับกลุ่มที่อายุมาก นอกจากนี้ยังพบความเกี่ยวข้องของโรครอบรากฟันเทียมกับรากฟันเทียมที่ใช้งานมานานกว่า 10 ปี และพบในรากฟันเทียมที่รองรับฟันเทียมทั้งปากมากกว่ากลุ่มอื่น²⁰

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าโรครอบรากฟันเทียมอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในการฝัง

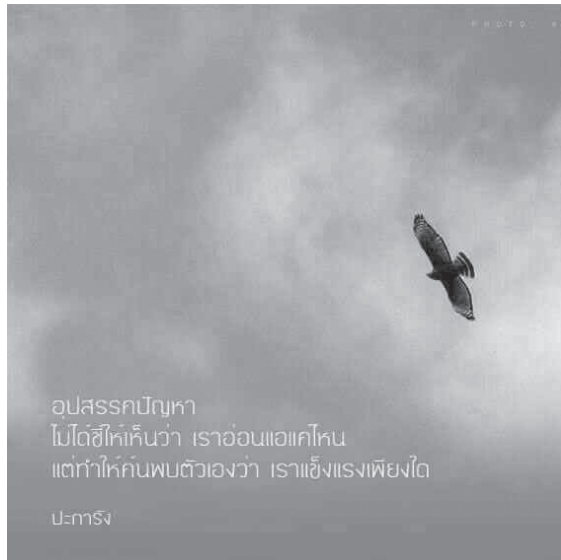
รากฟันเทียม ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบและโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบ โดยผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคเนื้อเยื่อเมือกรอบรากฟันเทียมอักเสบในระยะเวลา 5 ปี และท้ายสุดอาจต้องสูญเสียรากฟันเทียม จึงควรศึกษาความชุกของการเกิดโรครอบรากฟันเทียมเพื่อป้องกันและรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ แต่การศึกษาความชุกของการเกิดโรครอบรากฟันเทียมยังค่อนข้างน้อย ผลจากการศึกษานี้ น่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยบริการอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Deuan Tula Printing House; 2017.
2. Bressan E, Tomasi C, Stellini E, Sivoilella S, Favero G, Berglundh T. Implant-supported mandibular overdentures: a cross-sectional study. Clin Oral Implants Res 2012;23(7):814-9.
3. Visser A, Meijer H, Raghorbar G, Vissink A. Implant-retained mandibular overdentures versus conventional dentures: 10 years of care and aftercare. Int J Prosth 2006;19(3): 271-8.
4. Yu-Hwa Pan, Tai-Min Lin, Chao-Hua Liang. Comparison of patient's satisfaction with implant-supported mandibular overdentures and complete dentures. Biomed J 2014; 37(3):156-62.
5. Berglundh T, Persson L, Klinge B. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years. J Clin Periodontol 2002;29(Suppl 1):197-212
6. Turkyilmaz I, Tozum T, Fuhrmann D, Tumer C. Seven-year follow up results of Tiunite

- implants supporting mandibular overdenture: early versus delay loading. *Clin Implant Dent Relat Res* 2012;14:(Suppl 1) 83-90.
7. Derks J, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Larsson M, Berglundh T. Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: early and late implant loss. *J Dent Res* 2015;94 (3 Suppl): 44S-51S.
 8. Cakarar S, Can T, Yaltirik M, Keskin C. Complications associated with the ball, bar and locator attachments for implant-supported overdentures. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16(7):e953-9.
 9. Francetti L, Cavalli N, Taschieri S, Corbella S. Ten years follow-up retrospective study on implant survival rates and prevalence of peri-implantitis in implant-supported full-arch rehabilitations. *Clin Oral Impl Res* 2019;30(3):252-60.
 10. Heitz-Mayfield LJA, Salvi GE. Peri-implant mucositis. *J Periodontol* 2018;89(Suppl 1): S257-66.
 11. Frisch E, Ziebolz D, Rinke S. Long-term results of implant-supported overdentures retained by double crowns: a practice-based retrospective study after minimally 10 years follow-up. *Clin Oral Impl Res* 2013; 24(12):1281-7.
 12. Klinge B, Klinge A, Berti K, Stavropoulos A. Peri-implant diseases. *Eur J Oral Sci* 2018; 126(Suppl 1):88-94.
 13. Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. *J Clin Periodontol* 2015;42 (Suppl 16):S158-71.
 14. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol* 2018;89 (Suppl 1):S313-8.
 15. Lang NP, Berglundh T. Periimplant diseases: where are we now ?-- Consensus of the seventh European workshop on periodontology. *J Clin Periodontol* 2011;38 (Suppl 1):178-81.
 16. Meijer HJA, Raghoeban GM, Waal YCM, Vissink A. Incidence of peri-implant mucositis and peri-implantitis in edentulous patients with an implant-retained mandibular overdenture during a 10-year follow up period. *J Clin Periodontol* 2014;41(12): 1178-83.
 17. Thai Association of Periodontology. Guideline for implant care and treatment of peri-implant disease: A consensus from workshop: Conference proceeding of the Annual Academic Conference 2018; 2018 Jul 9-10; Pullman Kingpower Hotel, Bangkok.
 18. Koldslund OC, Scheie A, Aass AM. Prevalence of peri-implantitis related to severity of the disease with different degrees of bone loss. *J Periodontol* 2010; 81(2):231-8.
 19. Rodrigo D, Sáñz-Sánchez I, Figuero E, Llodrá JC, Bravo M, Caffesse RG, et al. Prevalence and risk indicators of peri-implant diseases in Spain. *J Clin Periodontol* 2018;45(12):1510-20.
 20. Marrone A, Lasserre J, Bercy P, Brecx MC. Prevalence and risk factors for peri-implant disease in Belgian adults. *Clin Oral Impl Res* 2013;24(8):934-40.
 21. Daubert DM, Weinstein BF, Bordin S, Leroux BG, Flemming TF. Prevalence and

- predictive factors for peri-implant disease and implant failure: a cross-sectional analysis. J Periodontol 2015;86(3):337-47.
22. Sanz M, Chapple IL. Clinical research on peri-implant diseases: consensus report of working group 4. J Clin Periodontol 2012; 39(Suppl 12):202-6.
 23. French D, Grandin HM, Ofec R. Retrospective cohort study of 4,591 dental implants: analysis of risk indicators for bone loss and prevalence of peri-implant mucositis and peri-implantitis. J Periodontol 2019;90(7): 691-700.
 24. Costa FO, Takenaka-Martinez S, Cota LO, Ferreira SD, Silva GL, Costa JE. Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. J Clin Periodontol 2012;39(2):173-81.
 25. Rokn A, Aslroosta H, Akbari S, Najafi H, Zayeri F, Hashemi K. Prevalence of peri-implantitis in patients not participating in well-designed supportive periodontal treatments: a cross-sectional study. Clin Oral Implant Res 2017;28(3):314-19.
 26. Hoeksema AR, Visser A, Raghoobar GM, Vissink A, Meijer HJ. Influence of age on clinical performance of mandibular two-implant overdentures: A 10-year prospective comparative study. Clin Implant Dent Relat Res 2016;18(4):745-51.



**อ่านหนังสือออก สำคัญ
อ่านเหตุการณ์ออก สำคัญกว่า
อ่านคนอื่นออก สำคัญยิ่ง
อ่านตนเองออก สำคัญที่สุด**

[PercySkin.co.th](https://www.facebook.com/PercySkin.co.th)

PERCY SKIN
ABSOLUTE