

นิพนธ์ต้นฉบับ

สภาวะช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องและภาวะสมองเสื่อมในคลินิกโรคความจำ

รัชนิวรรณ์ รัตนานพงค์¹, เมทินี ศรีสุบิน², ธนะภูมิ รัตนานพงค์³

¹กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง

²กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง

³ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

บทนำ: ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามระดับอายุ สภาวะช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มภาวะสมองเสื่อมมีความสำคัญ ขณะที่การศึกษาปัญหาสภาวะช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวในภาคเหนือของประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสภาวะช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) เก็บข้อมูลการแพทย์จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และแบบบันทึกผลการตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุที่มารับบริการ จำนวน 184 คน อายุเฉลี่ย 76.50 ± 8 ปี เพศหญิง ร้อยละ 58.15 และเพศชาย ร้อยละ 41.85 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 24 คน ภาวะสมองเสื่อม จำนวน 160 คน ค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันแท้ในช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย 18.33 ± 10.61 ซึ่งกลุ่มภาวะสมองเสื่อม 17.27 ± 9.57 ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมมีส่วนการมีหินน้ำลายสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.012$) ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมไม่ได้แปรงฟันในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.033$) แม้ว่าส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มจะแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง

สรุป: ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ทั้งในด้านการสะสมของหินน้ำลาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การไม่แปรงฟันเป็นประจำ สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่เกิดจากความบกพร่องทางความรู้ความเข้าใจ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย, ภาวะสมองเสื่อม, สภาวะช่องปาก

ส่งบทความ: 24 ก.พ. 2568, แก้ไขบทความ: 22 มิ.ย. 2568, ตอรับบทความ: 1 ก.ค. 2568

ติดต่อบทความ

ดร.ธนะภูมิ รัตนานพงค์, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: athanapoom@gmail.com

Original Article

Oral health status among elderly patients with cognitive impairment and dementia in a dementia clinic

Ratchaneewan Rattananupong¹, Methinee Srisubin², Thanapoom Rattananupong³

¹Department of Dentistry, Lampang Hospital

²Department of Internal Medicine, Lampang Hospital

³Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Introduction: Thailand has entered a fully aged society, with the prevalence of dementia among the elderly increasing with age. The oral health of older adults with mild cognitive impairment (MCI) and dementia is an important public health concern. However, studies focusing on oral health issues in these groups in Thailand remain limited.

Objective: To assess and compare the oral health status of older adults with MCI and dementia who received care at the Dementia Clinic, Lampang Hospital.

Study Method: This retrospective study utilized medical data from electronic health records and oral health assessment forms of individuals aged 60 years and above who attended the Dementia Clinic at Lampang Hospital between October 1, 2023, and September 30, 2024. Inclusion criteria were older adults aged 60 years and above who diagnosed by a physician with either mild cognitive impairment (MCI) or dementia.

Results: A total of 184 older adults were included, with a mean age of 76.50 ± 8 years. Of these, 58.15% were female and 41.85% were male. Twenty-four participants were diagnosed with MCI, and 160 with dementia. The mean number of remaining natural teeth was 18.33 ± 10.61 in the MCI group and 17.27 ± 9.57 in the dementia group. Older adults with dementia had a significantly higher prevalence of dental calculus compared to those with MCI ($p\text{-value}=0.012$). Furthermore, the dementia group showed a significantly higher proportion of individuals who did not brush their teeth regularly compared to the MCI group ($p\text{-value}=0.033$), although the majority in both groups reported brushing twice daily.

Conclusions: Older adults with dementia exhibited poorer oral health conditions than those with MCI, particularly with respect to increased calculus accumulation and inadequate oral hygiene behaviors such as infrequent tooth brushing. These findings highlight self-care limitations associated with cognitive decline.

Keywords: elderly, mild cognitive impairment, dementia, oral health

Submitted: 2025 Feb 24, Revised: 2025 Jun 22, Accepted: 2025 Jul 1

Contact

Thanapoom Rattananupong, B.P.H., M.Sc. (Epidemiology), Ph.D. (Health Research and Management),
Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
E-mail: athanapoom@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวน และร้อยละ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537^[1] เป็น 20.7 ในปี พ.ศ. 2567^[2] ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 5 ของประชากร หรือ 13 ล้านคน เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดกว่า 66 ล้านคน^[2] จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีจำนวนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ในลำดับ 1 ของประเทศไทย และลำดับ 2 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือคิดเป็นร้อยละ 28.83 เกือบประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร^[2] เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงมากมาย และเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมถอยลดลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสภาพจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ไม่เหมือนเดิม และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวได้ ภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อย (Mild neurocognitive disorder: เดิมใช้ Mild cognitive impairment: MCI) และภาวะสมองเสื่อม (Major neurocognitive disorder เดิมใช้ Dementia) กำลังเพิ่มปัญหาสุขภาพทั่วโลก คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้คนมากกว่า 81 ล้านคนทั่วโลก^[3] ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางปริิชาณ (cognitive) ร่วมกับตรวจการทำงานของปริิชาณ (cognitive function) แล้วพบว่าบกพร่องแต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจนเหมือนในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้จะมีอาการมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการศึกษาาระดับเท่ากัน^[4] ซึ่งส่งผลต่อความจำ ความคิด การตัดสินใจลดลงจากระดับปกติ มีการดำเนินโรคนำไปสู่โรคอัลไซเมอร์ได้ถึงร้อยละ 6-15 ต่อปี^[5]

ประเทศไทย มีการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2544 พบความชุกร้อยละ 3.4 และความชุกเพิ่มขึ้นตาม

ระดับอายุ (age-specific prevalence rate) คือ กลุ่มอายุ 60-64 ปี มีโอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อปี จนถึงร้อยละ 31.3 ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป^[6] การศึกษาภาวะสมองเสื่อมในคนที่อายุมากกว่า 45 ปี จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2551 พบความชุกร้อยละ 2.35 โดยพบโรคอัลไซเมอร์มากที่สุดถึงร้อยละ 75^[7] จังหวัดลำปาง ศึกษาในปี พ.ศ. 2554 มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) หรือ TMSE พบผู้สูงอายุมีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน ในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 8.2 และอำเภอแม่พริก ร้อยละ 15^[8]

ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไทย อาทิ โรคปริิทันต์ การสูญเสียฟัน ฟันผุและรากฟันผุ ภาวะปากแห้ง แผลในช่องปาก มะเร็งในช่องปาก และโรคในช่องปากที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน เป็นปัญหาที่สำคัญ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบปัญหาของฟันผุที่ยังไม่ได้รักษานอกจากนี้ยังพบเหงือกอักเสบจากสาเหตุการมีหินน้ำลาย และการทำลายอวัยวะปริิทันต์ที่อยู่รอบรากฟันจนทำให้เกิดร่องลึกปริิทันต์ โดยความชุกของการมีสภาวะปริิทันต์อักเสบในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง และกรุงเทพมหานคร อีกทั้งความชุกในภาคเหนือสูงถึงร้อยละ 58.4 ซึ่งมากกว่าภาคอื่น ๆ^[9] ภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อความสามารถในการคิด ความจำ และพฤติกรรมแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพช่องปาก การศึกษาที่ผ่านมาแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปริิชาณบกพร่องกับโรคปริิทันต์อักเสบ^[10-11] การสูญเสียฟัน และจำนวนฟันที่เหลือเล็กน้อยในช่องปากมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม^[10,12-13]

ประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับสภาวะช่องปาก ดังเช่น โรคปริิทันต์มีความสัมพันธ์กับโรคอัลไซเมอร์ (AD) [Odds ratio (OR)=1.78] และภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อย (MCI) (OR=1.60) โดยเพิ่ม

ความเสี่ยงตามความรุนแรงของโรค (AD, OR=4.89; MCI, OR=2.32)^[14] โดยพบว่าโรคปริทันต์กระตุ้นการอักเสบเรื้อรังที่เพิ่มระดับไซโตไคน์ (cytokines) เช่น IL-6, TNF- α , CRP ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและการเสื่อมทางปัญญา ซึ่งผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และเป็นโรคปริทันต์ร่วมด้วย จะพบอัตราการถดถอยทางปัญญาเร็วขึ้นถึง 6 เท่า และพบสารบ่งชี้ภาวะอักเสบ (Inflammatory marker) ในเลือดสูงขึ้นด้วย^[15] มีจำนวนฟันที่เหลือใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่มากถึงร้อยละ 74.0^[8] โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.5 $\pm$ 8.4 ซี่ และเป็นโรคปริทันต์ร่วมด้วยถึงร้อยละ 54.7^[16] สภาวะช่องปากที่ไม่ดีประเมินด้วยค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์มากถึงร้อยละ 86.9 แต่ไม่มีความแตกต่างตามระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของภาวะสมองเสื่อมกับภาวะปากแห้ง^[17] เมื่อศึกษาเชื้อจุลินทรีย์ (microbiome) พบระดับเชื้อ Fusobacteriota และ Peptostreptococaceae สูงกว่าอย่างชัดเจนในกลุ่มที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เทียบกับกลุ่มที่มีภาวะปริทันต์บกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญ^[18] ส่วนเชื้อก่อโรคปริทันต์ เช่น *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* ถูกตรวจพบในสมองและเกี่ยวข้องกับการสร้าง β -amyloid และ Tau pathology^[19]

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสภาวะช่องปากผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะปริทันต์บกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งการศึกษาปัญหาสภาวะช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวในภาคเหนือของประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการศึกษาในคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปางขึ้น โดยผลของการศึกษานี้จะนำไปสู่วิธีการป้องกัน สร้างความตระหนัก สร้างองค์ความรู้ และมีมาตรการแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน (Pre-aging group) ก่อนวัยสูงอายุอย่างชัดเจน

เมื่อเข้าวัยสูงอายุยังคงมีสุขภาพกาย และสุขภาพช่องปากที่ดีควบคู่กัน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษา และเปรียบเทียบสภาวะช่องปาก ได้แก่ ฟันผุและรากฟันผุ จำนวนฟันที่มีในช่องปาก คู่สบในฟันหลัง การมีฟันโยกและหินน้ำลาย ประวัติการใส่ฟันปลอม ประสบการณ์ทำฟัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะปริทันต์บกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มาใช้บริการในคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะปริทันต์บกพร่องเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการลงรหัสการวินิจฉัยตามแนวทางของ ICD-10-TM (International Classification of Diseases 10th Revision, Thai Modification) คือ รหัส F06.7

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการลงรหัสการวินิจฉัยตามแนวทางของ ICD-10-TM คือ รหัส F00.0, F00.1.0, F00.2, F00.9.4, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02, F02.3, F02.3.2, F02.3.3, F03, F03.9

3. สภาวะช่องปากผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลักและญาติ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโรคในช่องปาก ได้แก่ เคี้ยวหมากและสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
2) ข้อมูลการตรวจสภาวะช่องปาก ได้แก่ สภาพฟัน ฟันผุและรากฟันผุ จำนวนฟันที่มีในช่องปาก จำนวนคู่สบในฟันหลัง การมีฟันโยกและหินน้ำลาย ประวัติการใส่ฟันเทียม ประสบการณ์ทำฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

4. ระยะเวลาในการรักษาในคลินิกความจำ คือ ผู้สูงอายุที่รักษาในคลินิกความจำ โรงพยาบาลลำปาง จนถึงวันที่ได้รับการตรวจฟัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เข้าคลินิก

ความจำ โรงพยาบาลลำปางเป็นครั้งแรก และได้รับการตรวจฟันทันที หรือกลุ่มที่ 2 เข้าคลินิกความจำ โรงพยาบาลลำปางมาก่อนแล้ว เป็นเวลาน้อยกว่า 12 เดือน น้อยกว่า 24 เดือน สำหรับกลุ่มที่ 3 มากกว่า 24 เดือนสำหรับกลุ่มที่ 4 และได้รับการตรวจฟันในภายหลัง

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีวิจัย: รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกความจำ โรงพยาบาลลำปาง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกความจำ โรงพยาบาลลำปาง ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามแนวทางของ ICD-10-TM สำหรับข้อมูลทางการแพทย์ในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลการวินิจฉัยโรคภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยหรือภาวะสมองเสื่อม คะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คะแนน Thai Mental State Examination (TMSE) หรือ MoCA (Montreal Cognitive Assessment) หรือข้อมูลทางทันตกรรมไม่ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลตรวจช่องปากไม่ครบถ้วน จะถูกนำออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล: สืบค้นข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (medical record: HISOPD) และแบบบันทึกผลการสำรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำปาง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก รวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล (record form) โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ น้ำหนัก ส่วนสูง

อาชีพหลักในอดีต การศึกษา ญาติและผู้ดูแลโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา คะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทำการประเมินโดยพยาบาลคัดกรองประจำคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง 2) แบบบันทึกการวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยหรือภาวะสมองเสื่อม คะแนน Thai Mental State Examination (TMSE) หรือ MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ทำการประเมินโดยพยาบาลคัดกรองประจำคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง ระยะเวลาการรักษาในคลินิกความจำ โรงพยาบาลลำปาง (Duration of treatment) ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง (History of old CVA) 3) แบบบันทึกสภาวะช่องปาก ผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงรอยโรคในช่องปาก การเคี้ยวหมากและสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สภาพฟัน ฟันผุและรากฟันผุ สภาพเหงือก การมีฟันโยก หินน้ำลาย ประวัติการใส่ฟันเทียม จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก คู่สบในฟันหลัง และความจำเป็นของการใส่ฟันเทียม ประสิทธิภาพการทำฟัน การวางแผนการรักษาและส่งต่อ ตรวจและบันทึกข้อมูลโดยทันตแพทย์เฉพาะทางปริทันต์ที่รับผิดชอบคลินิกโรคความจำ

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลเชิงกลุ่ม หรือ categorical data เช่น เพศ นำเสนอเป็นจำนวนกับร้อยละ ส่วนข้อมูลตัวเลขต่อเนื่อง หรือ continuous data นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของสภาวะช่องปาก อาทิ ค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันแท้ในช่องปาก ค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันผุ/รากฟันผุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Mild cognitive impairment (MCI) และกลุ่ม Dementia ด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการมีฟันโยก หินน้ำลาย จำนวนฟันแท้ในช่องปาก จำนวนคู่สบในฟันหลัง ประวัติการใส่

ฟันปลอม ปัจจัยเสี่ยงรอยโรคในช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และ ประสิทธิภาพทำฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กับ กลุ่ม Mild cognitive impairment (MCI) ใช้ สถิติ Fisher's exact test พิจารณาระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การวิเคราะห์ทั้งหมด ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA version 18.5 (StataCorp. 2023. Stata Statistical Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC.)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาล

ลำปาง เลขที่โครงการ EC 134/67 ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 213 คน ได้รับการตรวจช่องปาก จำนวน 184 คน เป็น เพศหญิง 107 คน (ร้อยละ 58.15) เพศชาย 77 คน (ร้อยละ 41.85) มีอายุระหว่าง 60-96 ปี โดย อายุเฉลี่ยที่ 76.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.00 ปี) อายุระหว่าง 70-79 ปีมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.48) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 Demographic characteristics of elderly patients in Dementia clinic (n=184).

Characteristics	n (%)	
Gender		
Male	77	(41.85)
Female	107	(58.15)
Age (year)		
60-69 years old	39	(21.20)
70-79 years old	80	(43.48)
80-89 years old	58	(31.52)
90 years old and above	7	(3.80)
Mean $\pm$ S.D., min-max	76.50 $\pm$ 8.00, 60 - 96	
Education		
Uneducated	26	(14.13)
Primary education	119	(64.67)
Secondary education	12	(6.52)
Associate degree	17	(9.24)
Bachelor's degree	10	(5.43)
Occupation		
Unemployed / Housekeeper	24	(13.04)
Agricultural profession	67	(36.41)
Laborer	41	(22.28)
Shopkeeper	27	(14.67)
Civil servant / State enterprise	25	(13.59)
Medical insurance		
Universal Coverage Scheme	132	(71.74)
Government Or State Enterprise Officer	50	(27.17)
Social Security Scheme	2	(1.09)

ตารางที่ 1 Demographic characteristics of elderly patients in Dementia clinic (n=184) (ต่อ)

Characteristics	n (%)	
Body Mass Index (BMI) kg/m ²		
< 18.50 kg/m ²	39	(21.20)
18.50 - 22.99 kg/m ²	97	(52.72)
23.00 - 24.99 kg/m ²	27	(14.67)
25.00 - 29.99 kg/m ²	17	(9.24)
>= 30 kg/m ²	4	(2.17)
Mean ± S.D., min-max	21.18 ± 3.43, 13.5 – 32.8	

ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 160 คน (ร้อยละ 86.96) มีเพียงจำนวน 24 คน (ร้อยละ 13.04) ที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย โดยมีภาวะ Behavioral and Psychological symptoms of dementia (BPSD) ร่วมด้วยจำนวน 42 คน การคัดกรองแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ได้คะแนนน้อยกว่า 24 เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.33) ทำแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 12-20 ซึ่งถือว่าไม่มีภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้สูงถึง

ร้อยละ 94.57 สำหรับผู้ดูแล (care giver) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือมีญาติพี่น้องที่สามารถดูแลกันได้เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 97.28 แต่ยังคงมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว และการดูแลของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของเอกชนจำนวน 4 คนและ 1 คน ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ระยะเวลาในการรักษาในคลินิกโรคความจำจนกระทั่งได้รับการตรวจฟัน พบว่า ร้อยละ 38.04 มารับการตรวจฟันในช่วงวันแรกของการรักษา รองลงมาร้อยละ 32.07 ได้รับการตรวจฟันในช่วงรักษาภายใน 12 เดือน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 Clinical characteristics of elderly patients in Dementia clinic (n=184)

Characteristics	n (%)	
Diagnosis (ICD-10-TM)		
Mild cognitive impairment	24	(13.04)
Dementia	160	(86.96)
Thai Mental State Examination (TMSE)		
<24 scores	158	(91.33)
24-30 scores	15	(8.67)
Barthel Activities of Daily Living (ADL)		
0-4 scores	3	(1.63)
5-8 scores	4	(2.17)
9-11 scores	3	(1.63)
12-20 scores	174	(94.57)
Behavioral and Psychological symptoms of dementia (BPSD)	42	(22.83)
Care giver		
Family members	179	(97.28)
Live alone	4	(2.17)
Nursing home	1	(0.54)

ตารางที่ 2 Clinical characteristics of elderly patients in Dementia clinic (n=184) (ต่อ)

Characteristics	n (%)	
Duration of treatment		
1st visit	70	(38.04)
<=12 months	59	(32.07)
13-24 months	46	(25.00)
> 24 months	9	(4.89)
Medical problem		
No medical problems	28	(15.22)
Medical problems	156	(84.78)
Hypertension	118	(64.13)
Dyslipidemia	96	(52.17)
Cerebrovascular disease	49	(31.41)
Diabetes mellitus	40	(21.74)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม จำนวน 184 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย 156 คน (ร้อยละ 84.78) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 64.13 52.17 31.41 และ 21.74 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เช่นเดียวกับข้อมูลเมื่อจำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มี

ปัญหาปริิชาณบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม พบโรคประจำตัวร่วมโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 66.67 และ 63.75 ตามลำดับ) รองลงมาคือโรคไขมันในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 45.83 และ 53.12 ตามลำดับ) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 33.33 และ 25.63 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 General characteristics of elderly with Mild Cognitive Impairment (MCI) and Dementia

Characteristics	Total		Mild Cognitive Impairment		Dementia		p-value
	(n = 184)		(n=24)		(n=160)		
	n (%)		n (%)		n (%)		
Gender							0.825 [‡]
Male	77	(41.85)	9	(37.50)	68	(42.50)	
Female	107	(58.15)	15	(62.50)	92	(57.50)	
Mean age,year (S.D.)	75.60	(8.00)	74.75	(7.41)	76.77	(8.07)	0.250 [†]
Medical problem							
Hypertension	118	(64.13)	16	(66.67)	102	(63.75)	0.824 [‡]
Dyslipidemia	96	(52.17)	11	(45.83)	85	(53.12)	0.520 [‡]
Cerebrovascular disease	49	(26.63)	8	(33.33)	41	(25.63)	0.580 [‡]
Diabetes mellitus	40	(21.74)	6	(25.00)	34	(21.25)	0.791 [‡]

[†]Independent t-test [‡]Fisher's exact

การตรวจสภาพฟันผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม การตรวจพบฟันผุและรากฟันผุ ในผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อม มากถึงร้อยละ 56.88 แต่ในกลุ่มภาวะปริิชาณบกพร่องเล็กน้อย พบเพียงร้อยละ 45.83 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยในการมี

ฟันผุและรากฟันผุในกลุ่มภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย เท่ากับ 5.09 ซี่ต่อคน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.80 ซี่ต่อคน) ในกลุ่มภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 3.46 ซี่ต่อคน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.64 ซี่ต่อคน) (ตารางที่ 4)

สภาวะปริทันตของการมีฟันโยก พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม มีฟันโยกในช่องปาก (ร้อยละ 70.83 และ ร้อยละ 83.75 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมพบว่าสัดส่วนการมีหินน้ำลายสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (ร้อยละ 76.25 และร้อยละ 50.00; p-value=0.012)

ร้อยละ 50.00 ของผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยมีจำนวนฟันแท้ในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ ขณะที่ผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 44.38 มีจำนวนฟันแท้ในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ ค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันแท้ในช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย เท่ากับ 18.33 ซี่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.61 ซี่) กลุ่มภาวะสมองเสื่อม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันแท้ในช่องปากเพียง 17.27 ซี่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.57 ซี่) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 Oral health status of elderly with Mild Cognitive Impairment (MCI) and Dementia

Characteristics	Total (n = 184)		Mild Cognitive Impairment (n=24)		Dementia (n=160)		p-value
	n (%)		n (%)		n (%)		
Number of dental and root caries	102	(55.43)	11	(45.83)	91	(56.88)	0.380 [‡]
Mean (S.D.) Dental and root caries	3.64	(3.79)		5.09 (4.80)	3.46	(3.64)	0.180 [‡]
Number of tooth mobility	151	(82.07)	17	(70.83)	134	(83.75)	0.152 [‡]
Calculus status	134	(72.83)	12	(50.00)	122	(76.25)	0.012 ^{‡*}
Mean (S.D.) Remaining of teeth	17.41	(9.69)		18.33 (10.61)	17.27	(9.57)	0.617 [‡]
Number of Remaining of teeth							0.663 [‡]
< 20 teeth	83	(45.11)	12	(50.00)	71	(44.38)	
>= 20 teeth	101	(54.89)	12	(50.00)	89	(55.62)	
A pair of occluded of tooth							0.767 [‡]
Natural teeth <4 pairs	87	(47.28)	11	(45.83)	76	(47.50)	
Natural and false teeth or false and false teeth >=4 pairs	30	(16.30)	5	(20.83)	25	(15.62)	
Natural teeth >=4 pairs	67	(36.41)	8	(33.33)	59	(36.88)	
Denture experience							0.377 [‡]
No wearing dentures	139	(75.54)	18	(75.00)	121	(75.62)	
Denture wearer <16 teeth	19	(10.33)	1	(4.17)	18	(11.25)	
Denture wearer >=16 teeth	6	(3.26)	2	(8.33)	4	(2.50)	
Complete dentures	16	(8.70)	3	(12.50)	13	(8.12)	
Worn dentures before	4	(2.17)	0	(0.00)	4	(2.50)	

[‡]Independent t-test ^{*}Fisher's exact

การคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดรอยโรคในช่องปาก พบว่า กลุ่มที่มีภาวะปริทันตบกพร่อง

เล็กน้อยมีสัดส่วนรอยโรคจากการตีบเรื้อรังตีบแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อม (ร้อยละ 12.50 และร้อยละ 3.12 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

พฤติกรรมในการดูแลอนามัยในช่องปาก ในภาพรวมส่วนใหญ่มีการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 50.54) โดยกลุ่มที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย (ร้อยละ 54.17) และกลุ่มภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 50.00) แต่ยังคงมีอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้แปรงฟัน โดยพบร้อยละ 25.00 ในกลุ่มภาวะสมองเสื่อม และร้อยละ

12.50 ในกลุ่มที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย (ตารางที่ 5)

ประสบการณ์ทำฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ในภาพรวมส่วนใหญ่มีการทำฟันที่โรงพยาบาลของรัฐ/รพ.สต. มากถึงร้อยละ 57.07 โดยกลุ่มที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 58.33 และกลุ่มภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 56.88 รองลงมาจำนวน 1 ใน 3 คือ กลุ่มที่ไม่ได้ทำฟันเลย และพบว่าผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ทำฟันปลอมกับหมอฟัน (ร้อยละ 3.26) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 Factors in the oral cavity of elderly with Mild Cognitive Impairment (MCI) and Dementia

Characteristics	Total (n = 184)		Mild Cognitive Impairment (n=24)		Dementia (n=160)		p-value
	n (%)		n (%)		n (%)		
Risk factors of oral lesions							
Smoking	9	(4.89)	0	(0.00)	9	(5.62)	0.608 [‡]
Alcohol drinking	8	(4.35)	3	(12.50)	5	(3.12)	0.071 [‡]
Smoking and alcohol drinking	8	(4.35)	0	(0.00)	8	(5.00)	0.599 [‡]
Chewing betel nut and alcohol drinking	1	(0.54)	0	(0.00)	1	(0.62)	>0.999 [‡]
Behavioral of mouth care							0.033 ^{‡*}
No brushing	43	(23.37)	3	(12.50)	40	(25.00)	
Brushing 1 time per day	41	(22.28)	5	(20.83)	36	(22.50)	
Brushing 2 times per day	93	(50.54)	13	(54.17)	80	(50.00)	
Brushing 3 times per day	2	(1.09)	2	(8.33)	0	(0.00)	
Rinse the water only	5	(2.72)	1	(4.17)	4	(2.50)	
Dental experience in the past 1 year ^w							0.225 [‡]
No dental treatment	60	(32.61)	6	(25.00)	54	(33.75)	
Dental treatment in government hospital and networks	105	(57.07)	14	(58.33)	91	(56.88)	
Dental treatment in private clinic	13	(7.07)	4	(16.67)	9	(5.62)	
Illegal dentures	6	(3.26)	0	(0.00)	6	(3.75)	

[‡]Fisher's exact *significance < 0.05

^{*}such as dental examination/oral check-up, tooth extraction, dental filling, root canal treatment, scaling/root planing, dental crown/bridge, dentures, dental implants

บทวิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 86.96 มีเพียงร้อยละ 13.04 ที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ถึงแม้ว่า

สัดส่วนเพศระหว่างผู้สูงอายุภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม ไม่ได้หลักฐานทางสถิติที่จะบอกว่าแตกต่างกัน แต่หากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะปรีชาน

บกพร่องเล็กน้อย การศึกษานี้พบว่าสัดส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 14.02 และร้อยละ 11.69) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 16.3 และร้อยละ 11.0 ตามลำดับ)^[20] การศึกษาในประเทศจีน พบว่าปัจจัยเรื่องอายุมีความสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย (OR=1.89 [95% CI 1.77-2.00] ถึง 4.70 [95% CI 3.77-5.87]) และภาวะสมองเสื่อมที่สัมพันธ์กับอายุ (OR=2.69 [95% CI 2.43-2.98] ถึง 6.60 [95% CI 5.24-8.32])^[21] การศึกษานี้พบอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 76.77 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.07 ปี) ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยเท่ากับ 74.75 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.41 ปี)

การศึกษาเกี่ยวกับโรคทางระบบพบว่าโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) ต่างมีความสัมพันธ์กับกลุ่มภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มสมองเสื่อมในประชากรชาวจีน^[21] ในการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในคลินิกโรคความจำโรงพยาบาลลำปางมีสัดส่วนของการมีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 84.78 โดยพบโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงมีสัดส่วนที่สูงขึ้นเดียวกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยกับโรคปริทันต์^[10-11] และยังมีการศึกษาที่ระบุว่าผู้ที่มีประวัติเป็นโรคปริทันต์มาก่อน มีแนวโน้มที่จะมีภาวะปริทันตบกพร่องมากกว่าคนปกติถึง 2.14 เท่า (95% CI 1.04-4.41)^[22] การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตามนานกว่า 18 ปี พบว่าโรคปริทันต์ระดับรุนแรงหรือมีการสูญเสียฟันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยหรือภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 20-90 เมื่อเทียบกับผู้มีสุขภาพ

ช่องปากดี^[19] การสูญเสียฟัน^[10] และจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก^[12-13,23-24] ต่างพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปาก มีภาวะปริทันตบกพร่องมากกว่าคนปกติถึง 3.59 เท่า (95% CI 2.36-5.47)^[25] ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์^[26] โรคสมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์^[27] ต่างพบค่าดัชนีเหงือกอักเสบ (Gingival Index: I) ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index: PI) การมีร่องลึกปริทันต์ (Probing depth: PD) การสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ (Clinical Attachment Loss: CAL) และการมีเลือดออกหลังจากโพรบ (Bleeding on probing: BoP) มีค่าสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับคนปกติ และเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค

สำหรับประเทศไทย ผลการศึกษาพบการสูญเสียฟันตามดัชนีของอิซเนอร์ ในรูปแบบปีร้อยละ 54.3 มีจำนวนฟันในช่องปากเฉลี่ย 17.8 ซี่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.9 ซี่) ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 13.1 ซี่ต่อคน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.5 ซี่ต่อคน)^[24] ในการศึกษาเมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันแท้ในช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย เท่ากับ 18.33 ซี่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.61 ซี่) ส่วนกลุ่มภาวะสมองเสื่อม มีค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันแท้ในช่องปากเพียง 17.27 ซี่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.57 ซี่) เมื่อใช้เกณฑ์ของตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผู้สูงอายุควรมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และคู่สบในฟันหลังมากกว่า 4 คู่สบ เท่ากับร้อยละ 44 การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มผ่านเกณฑ์การมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ (ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 55.62) แต่ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวนคู่สบในฟันหลังมากกว่า 4 คู่สบ (ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 36.68) อีกทั้งยังมีการศึกษาที่ค่อนข้างชัดเจนของการมีฟันโยกและมีหินน้ำลาย โดยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม มีฟันโยกในช่องปาก (ร้อยละ 70.83 และร้อยละ

83.75 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขั้นต้นได้ แต่ยังไม่สามารถอธิบายความเป็นเชิงเหตุผล จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงรอยโรคในช่องปากจากการศึกษานี้ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยมีส่วนการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการรณรงค์เรื่องการเลิกสูบบุหรี่ยังเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากการศึกษาที่ระบุว่า การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Odds ratio=1.85 [95% CI 1.67-2.04])^[28] และในกลุ่มภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย (Odds ratio=1.27 [95% CI 1.19-1.63-27])^[21]

พฤติกรรมในการดูแลอนามัยในช่องปาก การศึกษานี้พบภาพรวมส่วนใหญ่มีการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 50.54) แต่ยังคงมีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้แปรงฟัน โดยพบร้อยละ 25.00 ในกลุ่มภาวะสมองเสื่อม และร้อยละ 12.50 ในกลุ่มที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย ในขณะที่มีการแปรงฟันวันละ 1 ครั้งเท่านั้น พบร้อยละ 22.50 ในกลุ่มภาวะสมองเสื่อม และร้อยละ 20.83 ในกลุ่มที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งผู้ดูแลควรมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการช่วยเหลือ กำกับดูแลอย่างใกล้ชิด

การศึกษานี้ถือได้ว่าเป็นการศึกษาแรกที่แสดงสภาวะช่องปาก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกโรคความจำ โรงพยาบาลลำปาง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) รูปแบบการศึกษาย้อนหลังในอดีต (Retrospective study) ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม พร้อมกับข้อมูลสภาวะช่องปากต่าง ๆ เช่น ฟันผุและรากฟันผุ ฟันโยก

หรือการมีหินน้ำลายนั้น โดยมิได้มีการติดตามกลุ่มสูงอายุดังกล่าวแต่อย่างใด ดังนั้นจึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้ว่า โรคในช่องปากทำให้เกิดภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม หรือการที่ผู้สูงอายุมีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อมแล้วทำให้เกิดโรคในช่องปากหรือพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเปลี่ยนแปลงไป 2) การใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน (Medical records) มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้องของข้อมูลจากการบันทึกที่ไม่ละเอียด ครบถ้วน หรือผิดพลาด และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมและความสามารถทางสติปัญญา มีทั้ง TMSE และ MoCA ซึ่งการนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ขึ้นกับความเหมาะสม และบริบทของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

สำหรับการศึกษาในอนาคตอาจจะดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับบทบาทของผู้ดูแลหลัก (main care giver) หรือศึกษาถึงผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่มีต่อสุขภาพช่องปาก เช่น โรคฟันผุและโรคปริทันตอักเสบ รวมทั้งการศึกษาถึงการพัฒนาอุปกรณ์เครื่องมือ หรือผลิตภัณฑ์ที่ช่วยในการดูแลอนามัยช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุต่อไป

บทสรุป

การศึกษานี้พบว่า การมีหินน้ำลายและพฤติกรรมที่ไม่แปรงฟันในผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะปริทันตบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่เกิดจากความบกพร่องทางความรู้ความเข้าใจ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับความสำคัญในเชิงระบบ

โดยเน้นการประเมิน ติดตาม และสนับสนุนอย่าง
ต่อเนื่อง ทั้งจากผู้ดูแล ทันตบุคลากร และระบบ

บริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่
อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. The 2014 survey of the older persons in Thailand [Internet]. Bangkok: Text and Journal Publication; c2024 [cited 2024 Sep 15]. Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20162508144025_1.pdf [In Thai]
2. Department of older person, Ministry of Social Development and Human Security. Elderly Statistics, June 2023 [Internet]. Bangkok: Department of older person; c2023 [updated 2023 Dec 31; cited 2024 Sep 15]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=2 [In Thai]
3. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005;366(9503):2112-7. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67889-0.
4. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2011;7(3):270-9. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.008.
5. Senanarong V, Harnphadungkit K, Pongvarin N, Vannasaeng S, Chongwisal S, Chakorn T, et al. The Dementia and Disability Project in Thai Elderly: rational, design, methodology and early results. BMC Neurol. 2013;13:3. doi: 10.1186/1471-2377-13-3.
6. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai. 2001;84(4):461-7. [In Thai]
7. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Inthrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai. 2008;91(11):1685-90. [In Thai]
8. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services. Study report on dementia screening in Lampang Province [Internet]. Bangkok: Department of Medical Services; 2020 [cited 2025 Jun 19]. Available from: https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_12.pdf [In Thai]
9. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health. The 9th Thailand National Oral Health Survey Report, 2023. [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; c2024 [updated 2024 May; cited 2024 Sep 15]. Available from: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/202406/m_magazine/36716/4952/file_download/f983389ded6e5dccbfe6f3362a453364.pdf [In Thai]

10. Li L, Zhang Q, Yang D, Yang S, Zhao Y, Jiang M, et al. Tooth loss and the risk of cognitive decline and dementia: A meta-analysis of cohort studies. *Front Neurol.* 2023;14:1103052. doi: 10.3389/fneur.2023.1103052.
11. Holmes C, Cunningham C, Zotova E, Woolford J, Dean C, Kerr S, et al. Systemic inflammation and disease progression in Alzheimer disease. *Neurology.* 2009;73(10):768-74. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181b6bb95.
12. Stewart R, Sabbah W, Tsakos G, D'Aiuto F, Watt RG. Oral health and cognitive function in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Psychosom Med.* 2008;70(8):936-41. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181870aec.
13. Starr JM, Hall RJ, Macintyre S, Deary IJ, Whalley LJ. Predictors and correlates of edentulism in the healthy old people in Edinburgh (HOPE) study. *Gerodontology.* 2008;25(4):199-204. doi: 10.1111/j.1741-2358.2008.00227.x.
14. Hu X, Zhang J, Qiu Y, Liu Z. Periodontal disease and the risk of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Psychogeriatrics.* 2021;21(5):813-25. doi: 10.1111/psyg.12743.
15. Ide M, Harris M, Stevens A, Sussams R, Hopkins V, Culliford D, et al. Periodontitis and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease. *PLoS One.* 2016;11(3):e0151081. doi: 10.1371/journal.pone.0151081.
16. Srisilapanan P, Jai-Ua C. Oral health status of dementia patients in Chiang Mai Neurological Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2013;96(3):351-7. [In Thai]
17. Sukhumanphaibun P. Oral health status and oral dryness of elderly patients with dementia in Sawanpracharak hospital [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2019. [In Thai]
18. Sritana N, Phungpinij A. Analysis of Oral Microbiota in Elderly Thai Patients with Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(9):1242. doi: 10.3390/ijerph21091242.
19. Demmer RT, Norby FL, Lakshminarayan K, Walker KA, Pankow JS, Folsom AR, et al. Periodontal disease and incident dementia: The Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC). *Neurology.* 2020;95(12):e1660-71. doi: 10.1212/WNL.000000000010312.
20. Stern Y, Gurland B, Tatemichi TK, Tang MX, Wilder D, Mayeux R. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. *JAMA.* 1994;271(13):1004-10.
21. Jia L, Du Y, Chu L, Zhang Z, Li F, Lyu D, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *Lancet Public Health.* 2020;5(12):e661-71. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30185-7.

22. Shin HS, Shin MS, Ahn YB, Choi BY, Nam JH, Kim HD. Periodontitis Is Associated with Cognitive Impairment in Elderly Koreans: Results from the Yangpyeong Cohort Study. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(1):162-7. doi: 10.1111/jgs.13781.
23. Gatz M, Mortimer JA, Fratiglioni L, Johansson B, Berg S, Reynolds CA, et al. Potentially modifiable risk factors for dementia in identical twins. *Alzheimers Dement.* 2006;2(2):110-7. doi: 10.1016/j.jalz.2006.01.002.
24. Chata S, Pitiphat W, Chaijit R. Oral Health Status of Elderly with Cognitive Impairment. *Khon Kaen Dental Journal.* 2021;24(2):61–70. [In Thai]
25. Stewart R, Hirani V. Dental health and cognitive impairment in an English national survey population. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(9):1410-4. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01298.x.
26. Martande SS, Pradeep AR, Singh SP, Kumari M, Suke DK, Raju AP, et al. Periodontal health condition in patients with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2014;29(6):498-502. doi: 10.1177/1533317514549650.
27. Ab Malik N, Walls AWG. Periodontal health status of people with dementia - A systematic review of case-control studies. *Saudi Dent J.* 2023;35(6):625-40. doi: 10.1016/j.sdentj.2023.06.004.
28. Rao D, Luo X, Tang M, Shen Y, Huang R, Yu J, et al. Prevalence of mild cognitive impairment and its subtypes in community-dwelling residents aged 65 years or older in Guangzhou, China. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;75:70-5. doi: 10.1016/j.archger.2017.11.003.