



เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control,
Ministry of Public Health.

ประจำสัปดาห์

ISSN 0859-547X

<http://epid.moph.go.th/>

ปีที่ ๓๔ : ฉบับที่ ๒๘ : ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๔๖, Volume 34 : Number 28 : July 18, 2003

วิสัยทัศน์

กรมควบคุมโรค “ เป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคในประเทศและระดับนานาชาติ ”

สำนักโรคระบาดวิทยา “ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสากล ในด้านมาตรฐานงานระบาดวิทยา ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและนานาชาติ สร้างองค์ความรู้และภูมิปัญญา ป้องกันโรค กัก และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ”

ทุกรายงานมีคุณค่าต่อระบบเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรค โปรดช่วยกันตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องและส่งให้ทันตามกำหนดเวลา (ภายในเช้าวันอังคาร)

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	34	44	47	50	59	55	57	62	49	69	63	65	61	61

สัปดาห์ที่	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	59	60	66	65	66	69	67	63	66	69	70	64	66	64

สัปดาห์ที่ 28 วันที่ 6 - 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2546

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา
สัปดาห์ที่ 28 ส่งทันเวลา 64 จังหวัด
ปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทย

ส่งข้อมูลทันเวลาสัปดาห์นี้ 64 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 84.21

บรรณาธิการแถลง

ในสัปดาห์นี้มีผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของชาวไทยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2543 - 2544 ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งล่าสุด พบว่า ในกลุ่มเด็กเล็กมีแนวโน้มโรคฟันผุเพิ่มขึ้น ในกลุ่มเด็กและเยาวชน มีแนวโน้มสถานะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น สำหรับในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แนวโน้มของโรคปริทันต์ลดลง

กองบรรณาธิการ หวังว่าผลการสำรวจในครั้งนี้จะสามารถนำข้อมูลระบาดวิทยาของโรคในช่องปาก แต่ละกลุ่มอายุ ไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานทันตสาธารณสุขทุกระดับ อย่างมีประสิทธิภาพ

- ▽ สถานะทันตสุขภาพของคนไทยใน
ปี พ.ศ. 2543 - 2544 512
- ▽ โรตาไวรัสและวัคซีนป้องกัน 516
- ▽ สรุปสถานการณ์การเกิดโรคที่สำคัญ สัปดาห์ที่ 28
วันที่ 6 - 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 518
- ▽ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
เร่งด่วน สัปดาห์ที่ 28,
วันที่ 6 - 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 519

สภาวะทันตสุขภาพของคนไทยใน ปี พ.ศ. 2543 - 2544

Oral Health Status of Thai people in the year 2000 - 2001

บทนำ

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนไทยในระดับประเทศ ได้เริ่มดำเนินการครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2520 และดำเนินการต่อเนื่องมาในปี พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532 และ 2537 ในปี พ.ศ. 2543 - 2544 นี้เป็นครั้งล่าสุด โดยมี กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาของโรคในช่องปากที่สำคัญ แล้วนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ และสามารถพัฒนาทันตสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ในทุกกลุ่มอายุอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

วิธีการ

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ต่างจากการสำรวจครั้งก่อน ๆ โดยดำเนินการร่วมกับพื้นที่สำรวจข้อมูลที่สามารถแสดงสภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนในระดับจังหวัด แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจทั้งหมดมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมของประเทศ ซึ่งเป็นการสำรวจแบบ Path Finder Survey โดยสำรวจใน 6 กลุ่มอายุ คือ 3 ปี, 5 - 6 ปี, 12 ปี 15 ปี, 35 - 44 ปี และ 60 - 74 ปี เพื่อให้ภาพที่แสดงผลการสำรวจของจังหวัดได้ การสุ่มในระดับจังหวัดใช้วิธี Stratified Multistage sampling โดยแยกเป็น เขตเมือง และชนบท แล้วสุ่มเลือกหมู่บ้านโดยวิธี Sampling with Probability Proportional to size (PPS) จำนวนจังหวัดที่สำรวจในครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 48 จังหวัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ รวม 117,640 คน สำหรับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการสำรวจได้แก่ 1.) เครื่องมือในการตรวจประกอบด้วย Mouth mirror และ WHO Periodontal Probe 2.) แบบตรวจในช่องปากดัดแปลงมาจากแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลก (Oral Health Survey: Basic Methods 4th Edition 1997) 3.) แบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

โรคฟันผุ

สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนม

ในเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ในปาก พบเด็กเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 65.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.61 ซึ่งต่อคน (ตารางที่ 1) ลักษณะการผุของเด็กวัยนี้จะพบฟันผุมากที่สุดที่ฟันหน้าบน รองลงมาเป็นฟันกรามล่าง และฟันกรามบน จากการสำรวจพบว่า ฟันที่ผุส่วนใหญ่ต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน พบเด็กที่มีฟันผุนต้องถอน เนื่องจากไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้มี ร้อยละ 12.2 กลุ่มอายุ 5 - 6 ปี พบเด็กเป็นโรคฟันผุของฟันน้ำนม ร้อยละ 87.4 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.97 ซึ่งต่อคน (ตารางที่ 1)

สภาวะโรคฟันผุในฟันแท้

กลุ่มอายุ 12 ปี เป็นช่วงที่มีฟันแท้ครบ 28 ซี่ ใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบความรุนแรงของฟันผุในประเทศต่าง ๆ จากการสำรวจ พบผู้เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 57.3 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.64 ซึ่งต่อคน เด็กที่เป็นโรคฟันผุและยังไม่ได้ได้รับการรักษามี ร้อยละ 45.7 (ตารางที่ 1) ฟันซี่ที่ผุมากในวัยนี้เป็นฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 โดยพบว่า ฟันล่างผุมากกว่าฟันบน ฟันแท้ที่ผุส่วนใหญ่ต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน พบเด็กที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ ร้อยละ 42.6 กลุ่มอายุ 15 ปี พบเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 62.1 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.11 ซึ่งต่อคน ผู้เป็นโรคฟันผุและยังมีฟันที่ไม่ได้รับการรักษามี ร้อยละ 52.5 (ตารางที่ 1) ลักษณะการผุในวัยนี้ยังเป็นการผุที่ฟันกรามซี่ที่ 1 และ 2 โดยพบว่า ช่วงอายุ 12 - 15 ปี อัตราเพิ่มของการผุของฟันกรามซี่ที่ 2 มีค่าสูงกว่าซี่อื่น ๆ ฟันที่ผุส่วนใหญ่ยังต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี เริ่มพบมีการสูญเสียฟันหลายซี่ จากการตรวจฟันที่ถูกถอนไปแล้ว ไม่สามารถระบุสาเหตุของการถอนได้ การนับจำนวนฟันที่ถูกถอนในการตรวจโรคฟันผุของกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จึงนับรวมฟันที่ถูกถอนไปจากทุกสาเหตุ ไม่ใช่ฟันที่ถูกถอนจากฟันผุเพียงอย่างเดียว จากการสำรวจพบผู้เป็นโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 85.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6.13 ซึ่ง

ต่อคน (ตารางที่ 1) พบผู้มีฟันผุที่รากฟัน ร้อยละ 10.8 ผู้มีฟันผุและยังไม่ได้การรักษา ร้อยละ 59.7 การรักษาโรคฟันผุที่ประชากรกลุ่มนี้ควรจะได้รับมากที่สุดคือ การอุดฟัน รองลงมาเป็น การถอนฟัน กลุ่มอายุ 60 - 74 ปี พบผู้เป็นโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 95.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.37 ซึ่งต่อคน (ตารางที่ 1) พบผู้มีฟันผุที่รากฟัน ร้อยละ 19.9 ผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้การรักษา ร้อยละ 56.3 การรักษาที่ควรจะได้รับมากที่สุดได้แก่ การถอนฟันที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และการอุดฟันที่เหลืออยู่เพื่อเก็บไว้ใช้เคี้ยวอาหาร

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ ผู้สูญเสียฟัน ผู้ได้รับการอุดฟัน และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) จำแนกตามกลุ่มอายุ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543 – 2544

อายุ (ปี)	ผู้เป็นโรคฟันผุ	ผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้การรักษา	ผู้ที่มีการสูญเสียฟัน ¹	ผู้ได้รับการอุดฟัน	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด(ซี่/คน)
3*	65.7	65.0	4.8	2.7	3.61
5 - 6*	87.4	85.9	16.8	7.7	5.97
12	57.3	45.7	5.4	22.8	1.64
15	62.1	52.5	8.8	23.6	2.11
35 - 44	85.6	59.7	74.9	21.1	6.13
60 - 74	95.6	56.3	92.7	4.8	14.37

หมายเหตุ * หมายถึง ฟันน้ำนม
¹ อายุ 3 – 15 ปี เป็นการสูญเสียฟันจากฟันผุ
 อายุ 35 – 44 ปี และ 60 – 74 ปี เป็นการสูญเสียฟันจากทุกสาเหตุ

สถานะปริทันต์

ปริทันต์ มาจากคำว่า ปริ แปลว่า รอบ ๆ ส่วนทันต์มาจากคำว่า “ทันต์” หมายถึง ฟัน ดังนั้นสถานะปริทันต์ หมายถึงสถานะต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวฟัน การประเมินสถานะปริทันต์ทำการสำรวจในกลุ่มอายุ 12 ปี, 15 ปี, 35 - 44 ปี และ 60 - 74 ปี โดยใช้ดัชนี CPI (Community Periodontal Index) ซึ่งแบ่งการตรวจช่องปาก ออกเป็น 6 ส่วน (Sextant) คือ ด้านซ้าย ด้านหน้า และด้านขวาของขากรรไกรบนและล่าง ดัชนีนี้จะวัดสถานะโรคตามความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น เริ่มจากการมีเหงือกปกติ (CPI=0), การมีเลือดออก ซึ่งเป็นอาการของเหงือกอักเสบ (CPI=1), การมีหินน้ำลาย (CPI=2), และการมีร่องลึกปริทันต์ซึ่งเป็นสถานะที่มีการทำลายเนื้อเยื่อรอบรากฟัน (CPI=3 และ 4) ในการสำรวจนี้ได้เพิ่มรหัสอีกตัวหนึ่ง เพื่อจำแนกการมีหินน้ำลายร่วมกับการมีเหงือกอักเสบ (CPI=5) ออกจากสถานะการเกิดหินน้ำลายโดยทั่วไป จากการสำรวจสถานะปริทันต์ในเด็กและเยาวชน พบว่า ในกลุ่มอายุ 12 ปี เมื่อวัดด้วยดัชนี CPI พบผู้มีสภาพเหงือกปกติ ร้อยละ 9.5 เหงือกอักเสบ (ไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 17.4 และผู้มีหินน้ำลาย (มีหรือไม่มีเหงือกอักเสบ) ร้อยละ 73.1 (ตารางที่ 2) สำหรับกลุ่มอายุ 15 ปี ปัญหาที่พบยังคงเป็นเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย ผู้มีร่องลึกปริทันต์พบบ้างเล็กน้อย พบผู้มีสภาพเหงือกปกติ ร้อยละ 3.8 เหงือกอักเสบ (ไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 12.8 และผู้มีหินน้ำลาย (มีหรือไม่มีเหงือกอักเสบ) ร้อยละ 82.2 ผู้มีร่องลึกปริทันต์ พบบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 1.1 (ตารางที่ 2) จะเห็นได้ว่า กลุ่มเด็กและเยาวชน ต้องการบริการขูดหินน้ำลาย รวมทั้งคำแนะนำในการดูแลตัวเอง เพื่อให้สามารถแปรงฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะเป็นการช่วยลดการเกิดเหงือกอักเสบในประชากรกลุ่มนี้ ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 37.3 (CPI=3+CPI=4, ตารางที่ 2) โดยมีร่องลึกปริทันต์เฉลี่ย 0.97 ส่วนในช่องปาก กลุ่มอายุ 60 - 74 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.6 (CPI = 3+ CPI = 4, ตารางที่ 2) โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนที่เป็นร่องลึกปริทันต์ 4 - 5 มิลลิเมตรเป็น 1.22 ส่วน และร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร เป็น 0.44 ส่วน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยู่ยากซับซ้อน

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน จำแนกตามกลุ่มอายุต่าง ๆ วัดโดยดัชนี CPI (Community Periodontal Index) ในประเทศไทย พ.ศ. 2543 - 2544

อายุ (ปี)	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์				
	ปกติ (CPI = 0)	มีเลือดออก (CPI = 1)	หินน้ำลาย (CPI = 2)	ร่องลึกปริทันต์ >4 มม. (CPI=3)	ร่องลึกปริทันต์ >=6ม.ม. (CPI = 4)
12	9.5	17.4	73.1	0.0	0.0
15	3.8	12.8	82.2	1.0	0.1
35 - 44	1.8	3.2	57.7	26.8	10.5
60 - 74	1.2	1.1	36.1	35.9	25.7

การสูญเสียฟัน

จากการสำรวจพบว่า การสูญเสียฟันจะเพิ่มขึ้นตามอายุ กลุ่มเด็กและเยาวชน การสูญเสียฟันจะมีสาเหตุมาจากฟันผุ กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การสูญเสียฟันจะมีสาเหตุจากทั้งฟันผุและโรคปริทันต์ ในเด็กอายุ 12 ปี พบมีการสูญเสียฟัน 0.07 ที่เพิ่มขึ้น 0.13 ที่ ในอายุ 15 ปี และเพิ่มมากขึ้นถึง 3.55 และ 12.20 ที่ กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี และ 60 - 74 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุมีฟันเหลือในช่องปากเฉลี่ย 19.57 ที่ พบผู้ไม่มีฟันเหลืออยู่ในปากเลย ร้อยละ 8.2 ผู้มีฟันเพียงพอสำหรับการเคี้ยวอาหาร คือ มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ที่ พบร้อยละ 92.3 และ 49.0 ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี และ 60 - 74 ปี ตามลำดับ

สภาวะและความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม

จากการสำรวจในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี มีผู้ใส่ฟันปลอม ร้อยละ 7.7 ฟันปลอมที่ใส่ส่วนใหญ่เป็นฟันปลอมบางส่วนใส่เฉพาะด้านบน ที่เหลือ ร้อยละ 6.1 เป็นการใส่ฟันปลอมแบบอื่น ๆ จากการตรวจพบ ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมมี ร้อยละ 47.0 ชนิดของฟันปลอมที่ต้องการมากที่สุดคือ ฟันปลอมบางส่วนเฉพาะด้านล่าง และฟันปลอมบางส่วนทั้งบนและล่าง ในกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี มีผู้ใส่ฟันปลอมอยู่แล้ว ร้อยละ 18.3 ฟันปลอมที่ใส่ส่วนใหญ่เป็นฟันปลอมทั้งปากบนและล่าง จากการตรวจพบ ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอม ร้อยละ 70.9 ส่วนใหญ่ของฟันปลอมที่ต้องการเป็นฟันปลอมบางส่วนทั้งบนและล่าง ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากบนและล่าง ร้อยละ 5.3

สภาวะฟันตกรกระ

จากการตรวจในเด็กอายุ 12 ปี พบว่า ร้อยละ 10.6 มีฟันตกรกระระดับความรุนแรงที่พบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสงสัย (Questionable) และระดับน้อยมาก ภาคที่มีฟันตกรกระมากที่สุดคือ ภาคเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการตรวจพบปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำสูงกว่าภาคอื่น

อภิปรายผล

โรคฟันผุ

ในฟันน้ำนม พบว่า เด็กอายุ 5 - 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีฟันน้ำนมผุสูงสุด มีการเพิ่มขึ้นของโรค จากร้อยละ 71.6 ในปี พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 87.4 ในปี พ.ศ. 2543 - 2544 จำนวนซี่ฟันผุ (dmft) เพิ่มขึ้นจาก 5.6 ที่ ในปี พ.ศ. 2532 เป็น 6.0 ที่ ในปี พ.ศ. 2543 - 2544 แสดงให้เห็นว่า มีการฟันที่เพิ่มขึ้น ทำให้ร้อยละของผู้ปราศจากโรคฟันผุลดลงตามลำดับ เมื่อเทียบกับผลการสำรวจครั้งก่อน ๆ (ตารางที่ 3) การฟันในฟันน้ำนมค่อนข้างรุนแรง ตั้งแต่อายุน้อย เห็นได้จากเด็กอายุ 3 ปีที่ฟันน้ำนมเพิ่งขึ้นครบ มีฟันผุที่จำเป็นต้องถอนฟันร้อยละ 12.2 การให้การรักษฟันที่ฟันในกลุ่มเด็กทำได้ยาก เนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือ แนวทางที่เหมาะสมควรเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเกิดฟันผุตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้นในฟันแท้ พบว่า ในเด็กอายุ 12 ปี มีผู้เป็นโรคฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.8 ใน ปี พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 57.3 ในปี พ.ศ. 2543 - 2544 แต่ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เพิ่มเล็กน้อยจาก 1.5 เป็น 1.6 ที่ต่อคน (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าแม้ความชุกของโรคจะยังคงเพิ่มขึ้น แต่ความรุนแรงของการเกิดโรคน่าจะถูกควบคุมได้ในระดับหนึ่ง ในเด็กอายุ 12 ปี พบว่า เด็กได้รับบริการที่มุ่งเน้นเพื่อการเก็บรักษาฟันไว้เพิ่มมากขึ้น สัดส่วนของฟันผุที่ได้รับการ

รักษาโดยการอุดฟันสูงขึ้น ในช่วง 12 - 15 ปี อัตราการผุของฟันกรามซี่ที่ 2 จะเพิ่มสูงกว่าซี่อื่น ๆ อย่างรวดเร็ว การป้องกันเพื่อเก็บรักษาฟันไว้ใช้ในการเคี้ยวอาหาร จึงควรเน้นให้เด็กแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ แปรงฟันให้ทั่วทุกซี่ โดยเฉพาะบริเวณฟันกรามที่เพิ่งขึ้น ร่วมกับการใช้ สารเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันฟันผุ ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี พบว่า สัดส่วนของฟันผุที่ได้รับการอุดฟันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย ขณะที่กลุ่มอายุ 60 - 74 ปี ไม่พบความเปลี่ยนแปลงของการอุดฟันที่ได้รับ

ตารางที่ 3 ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย เปรียบเทียบกับเป้าหมาย
ทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 และเป้าหมายทันตสุขภาพของโลก พ.ศ. 2543 จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	เป้าหมาย	เป้าหมายโลก		เป้าหมายชาติ			
		2543	2543	2527	2532	2537	2543 - 2544
5 - 6	ร้อยละผู้ปราศจากฟันผุ	50	30	25.6	17.2	14.7	12.5
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ไม่เกิน (ซี่ต่อคน)	3	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6
12	สภาวะปริทันต์ปกติอย่างน้อย (ส่วน)		3	1.5	1.4	1.4	1.9
	ร้อยละของผู้มีฟันครบ 28 ซี่ ต้องไม่น้อยกว่า	85	75	65.0	79.0	66.5	71.4*
18	สภาวะปริทันต์ปกติอย่างน้อย (ส่วน)		2	0.9	1.3	1.1	1.4*
	ลดการสูญเสียฟันทั้งปากกลางจากปัจจุบันร้อยละ	50					
35 - 44	ร้อยละของผู้มีฟันอยู่ในสภาพ ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่		95	92.7	91.7	91.9	92.3
	ลดการสูญเสียฟันทั้งปากกลางจากปัจจุบันร้อยละ	25					
60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของผู้มีฟันอยู่ในสภาพ ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่		50	47.2	40.8	47.7**	49.0**

หมายเหตุ * กลุ่มอายุ 15 ปี ** กลุ่มอายุ 60 - 74 ปี

สภาวะปริทันต์

ในอายุ 12 ปี พบว่า ผู้มีหินน้ำลายลดลงจาก ร้อยละ 84.4 ในปี พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 73.4 ในปี พ.ศ. 2543 - 2544 ผู้มีเหงือกอักเสบ (มี หรือ ไม่มีหินน้ำลาย) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.1 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 76.9 ในปี พ.ศ. 2543 - 2544 เมื่อดูค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่สำรวจในปี พ.ศ. 2537 เทียบกับ พ.ศ. 2543 - 2544 พบว่า ส่วนที่มีหินน้ำลาย (ทั้งมีและไม่มีเลือดออก) ลดลงจาก 3.5 ส่วน เป็น 2.5 ส่วน ส่วนที่มีเหงือกอักเสบ (ทั้งมีและไม่มีหินน้ำลาย) ยังเป็น 3.1 ส่วนเท่าเดิม การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่า เด็กกลุ่มนี้ ยังไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาดพอ ที่จะช่วยป้องกันการเกิดเหงือกอักเสบ ซึ่งโดยปกติแล้วหินน้ำลายก็ไม่น่าจะลดลง แต่เด็กกลุ่มนี้กลับมีสภาวะของการมีหินน้ำลายลดลงอย่างชัดเจน น่าจะเป็นผลมาจากการได้รับการบริการอุดหินน้ำลายที่เพิ่มขึ้นจากโครงการต่าง ๆ ในช่วงที่ผ่านมา การแก้ไขปัญหาสภาวะปริทันต์ในเด็กกลุ่มนี้ ควรเน้นการส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลอนามัยในช่องปากตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องมากขึ้น ควบคู่ไปกับการจัดบริการอุดหินน้ำลาย เพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ในวัยผู้ใหญ่ ในผู้ใหญ่พบว่า ผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์มีแนวโน้มลดลง จาก ร้อยละ 58.2 เป็นร้อยละ 37.3 ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี และจากร้อยละ 84.1 เป็นร้อยละ 61.6 ในกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี ในการสำรวจ พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2543 - 2544

สรุป

จากผลสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 กล่าวโดยสรุปภาพรวมได้ว่า โรคฟันผุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กเล็ก สภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีแนวโน้มของโรคปริทันต์ลดลง แต่ยังคงพบว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีการสูญเสียฟันหลายซี่ ดังนั้นการป้องกันโรคในช่องปาก และกลวิธีส่งเสริมทันตสุขภาพ

จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับโรคที่เกิดขึ้น ในแต่ละช่วงวัยของทุกกลุ่มอายุ และมีการจัดการให้บริการที่ถูกต้อง ในกรณีที่เกิดโรครุนแรงแล้ว เพื่อเป็นการป้องกันมิให้โรครุนแรงจนต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 .
สรุปความโดย บุญเอื้อ ยงวานิชกร ทบ. สม.อท. (ทันตสาธารณสุข) และวรวรรณ อัครกุล ทบ.สม. (ทันตสาธารณสุข)
สรุปความจากหนังสือ รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมษายน 2545

โรตาไวรัสและวัคซีนป้องกัน

โรตาไวรัสทำให้เกิด acute gastroenteritis ซึ่งมีอาการและอาการแสดงโดย acute onset ของ watery diarrhoea และมีอาการอาเจียน อาการอุจจาระร่วง มีข้อสังเกตว่านานถึง 22 วัน และในทารกจะมีอาการอุจจาระร่วงนานกว่าเด็กที่อายุมากกว่า อาการไข้และอาเจียนเป็นอาการสำคัญในระยะสองสามวันแรกของการติดเชื้อ โรคโรตาไวรัสมีจะรุนแรงกว่า สาเหตุอื่นของอุจจาระร่วง และเชื่อกันว่าอาการต่าง ๆ ของโรคโรตาไวรัส จะสัมพันธ์กับ dehydration ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้อุจจาระร่วง จากโรคโรตาไวรัส ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนมากกว่าที่พบในชุมชนหรือในคลินิกผู้ป่วยนอก

คนที่ป่วยเป็นโรคโรตาไวรัสมักไม่มีอาการ โดยเฉพาะในทารกอายุต่ำกว่า 3 เดือน และผู้ใหญ่ แต่การที่มีการติดเชื้อ asymptomatic มากในเด็กเกิดใหม่ ยังไม่สามารถอธิบายได้ แต่ที่มีภูมิคุ้มกันจากมารดา และภูมิคุ้มกันที่ไม่สมบูรณ์ในลำไส้ของทารก อาจเป็นสาเหตุที่ช่วยอธิบายได้อันหนึ่ง

ภูมิคุ้มกันที่เกิดจากผู้ติดเชื้อโรตาไวรัสซ้ำซาก อาจเป็นสาเหตุทำให้อัตราติดเชื้อต่ออัตราการป่วย (infection to illness) สูงในเด็กที่มีอายุมากและในผู้ใหญ่ โรคโรตาไวรัสบางครั้งมีอาการรุนแรงได้ และมีการปล่อยไวรัสออกมานานกว่าธรรมดาโดยเฉพาะใน immunocompromised host.

ภาวะความหนักเบาของโรคโรตาไวรัส (Burdens of Rotavirus Diseases)

ในปี พ.ศ. 2528 (1985) โรคโรตาไวรัสเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่พบในโรงพยาบาลประมาณ 20 - 70 % และใน 20 % เป็นสาเหตุของการตายด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี พ.ศ. 2529 (1986) ได้ประเมินว่ามีเด็กเป็นโรคอุจจาระร่วงจากโรตาไวรัส 130 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้มี 18 ล้านคนที่มี dehydration ปานกลางหรือรุนแรง ซึ่งทำให้มีเด็กตายประมาณ 873,000 คน

การคาดคะเนใหม่เมื่อไม่นานมานี้พบว่า เด็กตายประมาณ 500,000 ถึง 600,000 คน ในแต่ละปี และพบว่า 85% ของเด็กที่ตายจะเป็นเด็กจากประเทศกำลังพัฒนา

เมื่อมีการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาจากประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า โรคโรตาไวรัสเป็นสาเหตุของอุจจาระร่วงทั้งหมด 6 % เป็นสาเหตุของอุจจาระร่วงที่มารตรวจที่คลินิก 28% และเป็นสาเหตุของอุจจาระร่วงที่ของมารตรวจที่โรงพยาบาล 34 %

การรักษาในโรงพยาบาลจะแตกต่างกันระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา หรือยังแตกต่างกันแม้ในประเทศที่รายได้ประชากรเท่ากันอีกด้วย มีข้อมูลซึ่งน้อยมากได้บ่งชี้ว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนาอัตราการเป็นโรคโรตาไวรัสที่รุนแรงมากจนต้องนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะมีอัตราสูงกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ได้มีผู้ศึกษาข้อมูลจากประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรป สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย รวม 10 ประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2532 - 2541 (1989 - 1998) พบว่า อัตราการเป็นโรคโรตาไวรัสต่อปีและต่อประชากรเด็ก 100,000 คน ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จะแตกต่างกันตั้งแต่ ในประเทศสเปน 250 ราย และสูงขึ้นถึง 1,080 ราย ในประเทศไอร์แลนด์ จากอเมริกาใต้ 2 ประเทศ คือ เวเนซุเอลา เท่ากับ 3,000 ราย และอาร์เจนตินา 645 ราย สำหรับอัตราการรับเด็กที่เป็นโรคโรตาไวรัสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะแตกต่างกันระหว่าง 1: 19 ถึง 1: 80