

Commentary

บทความแสดงข้อคิดเห็น

เรื่อง แปรงแห้ง แปรงไม่แห้ง เอยังไงกันดี?

ในข่าวสารทันตแพทย์เล่มสอง เราได้ลงบทความ สองเรื่อง ที่กล่าวถึงเรื่องการแปรงแห้งในสองมุมมอง และได้ก่อให้เกิดคำถามขึ้นมาจากเพื่อน ๆ ทันตแพทย์หลายท่าน

ในบทความนี้ ทางทีมบรรณาธิการ ร่วมกับ ทีมทันตแพทย์นิรนาม ได้เข้าไปสัมภาษณ์ ความเห็นของอาจารย์ทันตแพทย์หลายท่านเกี่ยวกับความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการแปรงฟัน รวมทั้งประเด็นเรื่อง การแปรงแห้ง จากนั้นทางทีมทันตแพทย์นิรนาม ได้สรุปรวบรวมความเห็นต่าง ๆ รวมทั้งค้นคว้าเพิ่มเติม ออกมาเป็นบทความ commentary ฉบับนี้

ทางทีมบรรณาธิการพร้อมรับฟังความเห็นจากจากผู้ทรงคุณวุฒิ และเพื่อน ๆ ทันตแพทย์ทุกท่าน ทั้งนี้ขอให้ตั้งอยู่บนข้อเท็จจริงทางวิชาการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับฟังและถกเถียงในประเด็นต่าง ๆ ทางทันตกรรมอย่างสร้างสรรค์ โดยข่าวสารทันตแพทย์ยินดีเป็นตัวกลางในการรับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่าย

การดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก ถือว่าเป็นก้าวแรกของการมีสุขภาพในช่องปากที่ดี และเป็นสิ่งที่คนทั่วไปได้รับการสอนมาตั้งแต่เด็กว่าเป็นหนึ่งในสุขนิสัยที่จำเป็นต้องทำในทุกวัน การแปรงฟันคือวิธีการเบื้องต้นที่คนทั่วไปสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ร่วมกับการไปตรวจสุขภาพในช่องปากกับทันตแพทย์เป็นประจำทุกปี

การทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การกำจัดคราบสกปรกที่ติดในบริเวณต่าง ๆ ของฟัน รวมถึงการแปรงบริเวณลิ้น (Mechanical cleansing) โดยคราบสกปรกนั้น หมายถึง Biofilm และ food debris ต่าง ๆ การควบคุมปริมาณ Biofilm ยังเป็นการรักษาสมดุลของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากอีกด้วย ซึ่งหากเสียสมดุล (Dysbiosis) จะนำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ ในช่องปาก ทั้งโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และ โรคของเนื้อเยื่อในช่องปากได้ต่อไป

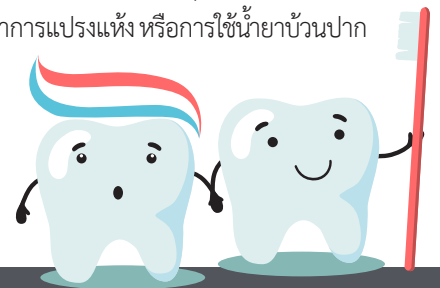
วิธีการแปรงฟันที่ได้รับการพูดถึงในวงการทันตกรรมประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา คือ การแปรงแห้ง หรือถ่มทิ้งไม่ต้องบ้วนน้ำ (spit don't rinse) โดยเป็นวิธีการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคงความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในช่องปากภายหลังการแปรงฟัน (Post-brushing fluoride retention) เอาไว้ให้ได้มากและนานที่สุดเพื่อลดและป้องกันการเกิดฟันผุ

อย่างไรก็ดี การแปรงฟันแบบแปรงแห้งนี้ มียังมีแนวคิดขัดแย้งกับวัตถุประสงค์หลักของการแปรงฟันที่กล่าวถึงข้างต้น โดยการคำนึงถึงเพียงปัจจัยในการคงความเข้มข้นของฟลูออไรด์ไว้ในช่องปากเท่านั้น

ในบทความของ Pitts ในปี 2012 และ Parnell กับ Mullane ในปี 2013 ได้สรุปว่ามี After-Brush rinsing protocol 3 วิธี ได้แก่

1. Spit don't rinse
2. แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์โดยไม่ต้องผสมน้ำหรือผสมน้อยที่สุด (แปรงร่วมกับน้ำลายในช่องปาก)
3. บ้วนปากตามหลังการแปรงฟันด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีฟลูออไรด์

โดยควรมีข้อพิจารณาอื่น ๆ ในการเลือกวิธีดังกล่าว ได้แก่ สภาพของสุขภาพในช่องปาก ความสามารถในการดูแลทำความสะอาดในช่องปาก และความสามารถในการควบคุมการบ้วนปากของแต่ละบุคคลด้วย เช่น แนะนำการแปรงแห้ง หรือการใช้ยาบ้วนปากในเด็ก ควรจะแนะนำในเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป เป็นต้น



อย่างที่กล่าวไปแล้วว่า วัตถุประสงค์หลักของการแปรงฟันและการใช้อุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดช่องฟัน คือ การกำจัดคราบสกปรกที่ตัวฟัน และส่วนอื่น ๆ ในช่องปาก ซึ่งจะได้ผลดีแค่ไหนก็ขึ้นอยู่กับ การแปรงฟันที่ถูกวิธี ระยะเวลาในการแปรงฟันในแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งในการแปรงฟันด้วย โดยควรจะแปรงให้ได้วันละ 2 ครั้ง



ในขณะเดียวกัน ผลของฟลูออไรด์นั้น เป็นที่ยอมรับในวงการทันตกรรม ว่าสามารถลดและป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากใช้ในปริมาณและวิธีการที่เหมาะสม ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุของแต่ละบุคคล โดยฟลูออไรด์ในรูปแบบยาสีฟัน เป็นวิธีการที่แพร่หลายและเข้าถึงประชาชนได้ง่าย การแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่มีชนิดและปริมาณฟลูออไรด์ที่เหมาะสม จึงเป็นวิธีการลดการเกิดฟันผุที่แนะนำกันโดยทั่วไป

“ในการแนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยวิธีแปรงแห้ง มีการพูดถึงข้อดีคือ สามารถลดความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในช่องปากได้นานขึ้น ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่าย และ ประหยัด เพราะไม่ต้องใช้น้ำยาบ้วนปากเพิ่ม อย่างไรก็ตามในส่วนขององค์ประกอบอื่น ๆ ในยาสีฟันนอกเหนือจากฟลูออไรด์ที่จะคงค้างอยู่ในช่องปาก ยังเป็นที่ถกเถียงว่าสารเหล่านี้จะส่งผลต่อฟันและเนื้อเยื่อในช่องปากอย่างไรบ้าง”

และยังต้องการข้อมูลทางการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประกอบการให้คำแนะนำในเรื่องนี้

ส่วนประกอบอื่น ๆ ในยาสีฟัน นอกเหนือจากฟลูออไรด์ เช่น

- Antiplaque/Anti-calculus /Anti-gingivitis agent เช่น Metal salts Pyrophosphate Chlorhexidine
- Whitening agent
- Desensitizing agent
- ผงขัดซึ่งมักเป็นสารในกลุ่ม Microplastic
- Essential oil หรือ ส่วนผสมของสมุนไพร
- สารลดแรงตึงผิว เช่น Sodium Dodecyl Sulfate (SDS)

หรืออีกชื่อคือ Sodium Lauryl Sulfate (SLS)

ในส่วนของ SLS มีรายงานว่า ทำให้เกิดการลอกของเยื่อในช่องปากรวมถึงริมฝีปาก มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในช่องปากชนิด Recurrent aphthous stomatitis และระคายเคืองเนื้อเยื่อในช่องปากในช่วงที่มีการบาดเจ็บหรือรอยโรค

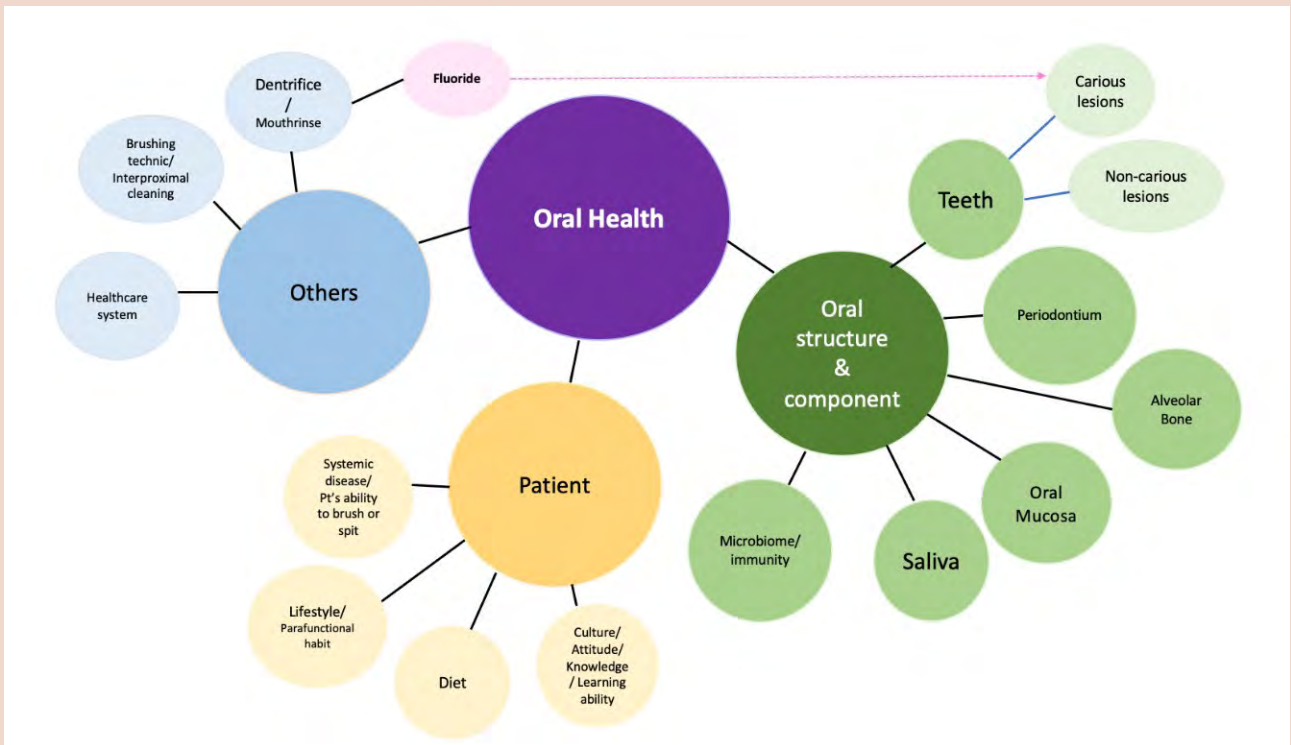
นอกจากนี้ ควรมีการประเมินด้วยว่า การแปรงแบบแห้งนั้น ผู้แปรงสามารถทำความสะอาดได้ดีเพียงใดด้วย

เมื่อมองในภาพรวม การมีสุขภาพช่องปากที่ดีประกอบด้วยหลายปัจจัย หากมองแค่เพียงการลดการเกิดฟันผุเพียงอย่างเดียว ก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในช่องปากด้านอื่น ๆ ได้เช่นกัน ปัจจัยอื่น ๆ ที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในช่องปากให้กับผู้ป่วย นอกเหนือจากการใช้ฟลูออไรด์เพื่อการป้องกันฟันผุได้แก่

- วิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธี ที่นอกจากจะช่วยลด Biofilm ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังถนอมเนื้อฟันรวมถึงเหงือกจากการขัดถูที่จะนำไปสู่การเกิดคอพอกฟันสึกและเหงือกกร่นได้
- ภาวะทางโภชนาการ ความถี่ในการรับประทานอาหาร รูปแบบการใช้ชีวิต Parafunctional habit โรคประจำตัว และยาที่รับประทานเป็นประจำ
- อายุ และ สภาวะทางร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลความสะอาดในช่องปาก รวมถึงการบ้วน ถ่ม หรือ ใช้น้ำลาย
- ปริมาณและคุณภาพของน้ำลายผู้ป่วย
- ระบบนิเวศในช่องปาก และ ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย
- ความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระบบสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อทัศนคติทางสุขภาพ

ดังนั้น ทันตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย เพื่อสามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี และเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนในองค์รวม





แผนภูมิแสดงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพในช่องปาก ได้แก่ ผู้ป่วย อวัยวะและส่วนประกอบต่าง ๆ ในช่องปาก และ ปัจจัยอื่น ๆ

สรุปคำแนะนำ

- จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เท่าที่มีในปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ให้รอบด้าน เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในช่องปากที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
- วิธีการแปรงแห้ง แบบ Spit don't rinse เหมาะในคนที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง และจะได้ผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้
 1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป หรือ คนที่สามารถบ้วน หรือ ถูย หรือ ถ่ม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 2. แปรงฟันได้ถูกวิธี ไม่เป็นอันตรายต่อตัวฟัน เหงือก และเนื้อเยื่อในช่องปาก และ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง
 3. ใช้ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นฟลูออไรด์ตามที่กำหนด และเหมาะกับสภาพของผู้ป่วย
 4. มีโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพในช่องปาก
 5. ไม่แพ้ SLS หรือ ingredients อื่น ๆ ในยาสีฟัน (ขึ้นกับสภาพแต่ละบุคคล และ ยาสีฟันแต่ละยี่ห้อ)
- ในกลุ่มผู้ป่วยที่นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น มีคำแนะนำโดยทั่วไปใน คือ ให้แปรงอย่างถูกวิธีด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์แล้วบ้วนฟองออกให้มากที่สุด



References:

- Alli, B. Y., Erinoso, O. A., & Olawuyi, A. B. (2019). Effect of sodium lauryl sulfate on recurrent aphthous stomatitis: A systematic review. *J Oral Pathol Med*, 48(5), 358-364. <https://doi.org/10.1111/jop.12845>
- Cugini, C., Ramasubbu, N., Tsiagbe, V. K., & Fine, D. H. (2021). Dysbiosis From a Microbial and Host Perspective Relative to Oral Health and Disease. *Front Microbiol*, 12, 617485. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.617485>
- Duckworth, R. M., Maguire, A., Omid, N., Steen, I. N., McCracken, G. I., & Zohoori, F. V. (2009). Effect of rinsing with mouthwashes after brushing with a fluoridated toothpaste on salivary fluoride concentration. *Caries Res*, 43(5), 391-396. <https://doi.org/10.1159/000239753>
- Nordstrom, A., & Birkhed, D. (2009). Fluoride retention in proximal plaque and saliva using two NaF dentifrices containing 5,000 and 1,450 ppm F with and without water rinsing. *Caries Res*, 43(1), 64-69. <https://doi.org/10.1159/000201592>
- O'Mullane, D. M., Baez, R. J., Jones, S., Lennon, M. A., Petersen, P. E., Rugg-Gunn, A. J., Whelton, H., & Whitford, G. M. (2016). Fluoride and Oral Health. *Community Dent Health*, 33(2), 69-99. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27352462>
- Parnell, C., & O'Mullane, D. (2013). After-brush rinsing protocols, frequency of toothpaste use: fluoride and other active ingredients. *Monogr Oral Sci*, 23, 140-153. <https://doi.org/10.1159/000350480>
- Perez-Lopez, D., Varela-Centelles, P., Garcia-Pola, M. J., Castelo-Baz, P., Garcia-Caballero, L., & Seoane-Romero, J. M. (2019). Oral mucosal peeling related to dentifrices and mouthwashes: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 24(4), e452-e460. <https://doi.org/10.4317/medoral.22939>
- Pitts, N., Duckworth, R. M., Marsh, P., Mutti, B., Parnell, C., & Zero, D. (2012). Post-brushing rinsing for the control of dental caries: exploration of the available evidence to establish what advice we should give our patients. *Br Dent J*, 212(7), 315-320. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.260>
- Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F., Tagami, J., Twetman, S., Tsakos, G., & Ismail, A. (2017). Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*, 3, 17030. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
- Radaic, A., & Kapila, Y. L. (2021). The oralome and its dysbiosis: New insights into oral microbiome-host interactions. *Comput Struct Biotechnol J*, 19, 1335-1360. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2021.02.010>
- Sjögren K, Birkhed D. Effect of Various Post-Brushing Activities on Salivary Fluoride Concentration after Toothbrushing with a Sodium Fluoride Dentifrice. *Caries Res*. 1994;28(2):127-31.
- Takenaka, S., Ohsumi, T., & Noiri, Y. (2019). Evidence-based strategy for dental biofilms: Current evidence of mouthwashes on dental biofilm and gingivitis. *Jpn Dent Sci Rev*, 55(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2018.07.001>
- Thongprasom, K. (2016). Glycerin Borax Treatment of Exfoliative Cheilitis Induced by Sodium Lauryl Sulfate: a Case Report. *Acta Stomatol Croat*, 50(2), 158-161. <https://doi.org/10.1564/asc50/2/9>
- WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. Fluorides and oral health. Geneva: World Health Organization; 1994:1-37.
- [Internet]. Hp.anamai.moph.go.th. 2019 [cited 6 March 2019]. Available from: http://hp.anamai.moph.go.th/article_attach/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%B0.pdf

