

ความสัมพันธ์ของทันตสุขศึกษากับการพบราแคนดิดาในช่องปากของผู้ป่วยโรคไลเคนแพลนัสที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟลูออซิโนโลน อะเซโทโทไนด์ ความเข้มข้นร้อยละ 0.1

Relationship of Oral Hygiene Instruction and the Presence of *Candida* in Oral Lichen Planus Patients Treated with 0.1% Fluocinolone Acetonide

วารงกนา ชรรยงเกษมสุข (Warangkana Yanyongkasemsuk)*

ประทานพร อารีราชการณีย์ (Pratanporn Arirachakaran)** ชาญวิทย์ ประพินจำรูญ (Chanwit Prapinjumrune)***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ทันตสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคไลเคนแพลนัสในช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟลูออซิโนโลนอะเซโทโทไนด์ ความเข้มข้นร้อยละ 0.1 ต่อความชุกของราแคนดิดาในช่องปากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนได้รับการตรวจความชุกของราแคนดิดาด้วยวิธีอิมพริ้นท์และเทคนิคสเปรดจากน้ำลายตัวอย่าง รวมถึงการตรวจวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษาที่ 1 และ 3 เดือน พบว่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ช่วงก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อย่างไรก็ตามความชุกของราแคนดิดาบริเวณรอยโรคและในช่องปากโดยรวมก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ($P > 0.05$) แม้ว่าการให้ทันตสุขศึกษาจะมีประสิทธิภาพในการลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและปริทันต์อักเสบ แต่ไม่มีผลในการลดความชุกของราแคนดิดาในช่องปากของผู้ป่วยโรคไลเคนแพลนัสที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์เฉพาะที่

ABSTRACT

The aim of this research was to study the impact of oral hygiene instruction on *Candida* prevalence in oral lichen planus patients undergoing treatment with 0.1% fluocinolone acetonide. The prevalence of oral *Candida* in 22 samples were assessed by imprint culture, concentrated oral rinse technique including plaque index measurement before oral hygiene instruction and 1, 3 months after that. The results showed the statistical difference of plaque index score between before and after oral hygiene instruction ($P < 0.05$). On the contrary, prevalence of *Candida* at lesion site and overall oral *Candida* showed no difference ($P > 0.05$). Despite the effective of oral hygiene instruction in reducing risks of dental caries and periodontal disease, there has no effect on the prevalence of oral *Candida* in oral lichen planus patients treated with topical steroid.

Key Words: Oral hygiene instruction, Topical steroid, *Candida*

คำสำคัญ: การให้ทันตสุขศึกษา สเตียรอยด์เฉพาะที่ แคนดิดา

* นิสิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

โรคไลเคนแพลนัส (Lichen planus) เป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่มักจะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อเมือกช่องปากแบบเรื้อรัง ในปัจจุบันสาเหตุและกลไกการเกิดโรคที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การลดการอักเสบของเนื้อเยื่อโดยการควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย วิธีการรักษารอยโรคไลเคนแพลนัสในช่องปากมีอยู่หลายวิธี แต่วิธีที่ให้ผลการรักษาก่อนข้างดีคือการใส่ยาในกลุ่มสเตียรอยด์แบบเฉพาะที่ทาบริเวณรอยโรค (Scardina *et al.*, 2006) อย่างไรก็ตามการใส่ยาในกลุ่มสเตียรอยด์มีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อราในช่องปาก (oral fungal infection) ขึ้นได้ (Thongprasom *et al.*, 1992) ซึ่งการติดเชื้อราในช่องปากที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การติดเชื้อราแคนดิดา (Candidal infection) เชื้อราแคนดิดานั้นจัดเป็นเชื้อฉวยโอกาส ในภาวะปกติจะอาศัยอยู่ร่วมกับจุลินทรีย์อื่น ๆ ในลักษณะของเชื้อประจำถิ่น (normal flora) สามารถตรวจพบได้จากช่องปากของคนทั่วไปโดยไม่มีอาการใด ๆ ด้วยความชุกร้อยละ 20 – 75 (Ghannoum MA, 1990) แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง รวมถึงมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น การใส่ยากกลุ่มสเตียรอยด์ก็จะเอื้ออำนวยให้เกิดการติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปากขึ้นได้ (Lundstrom *et al.*, 1984; Scully *et al.*, 1994) และเมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไลเคนแพลนัสในช่องปากพบว่ามีรายงานการตรวจพบราแคนดิดาถึงร้อยละ 37 (Krogh *et al.*, 1987) และยังมีรายงานอีกว่าผู้ป่วยโรคไลเคนแพลนัสในช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มสเตียรอยด์แบบเฉพาะที่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปากได้มากกว่าบุคคลทั่วไป (Jainkittivong *et al.*, 2007) ซึ่งเมื่อเกิดการติดเชื้อราแคนดิดาร่วมด้วยจะส่งผลให้โรคไลเคนแพลนัสในช่องปากมีความรุนแรงมากขึ้น (Dreyer, 1983; Lacy *et al.*, 1983)

การสอนทันตสุขศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดปริมาณเชื้อในช่องปากลงได้ ปัจจุบันมีหลายงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ทันตสุขศึกษากับเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก โดยถึงแม้ว่าแต่ละงานวิจัยจะมีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาแตกต่างกันไป แต่แนวโน้มของผลการวิจัยนั้นออกมาในทางเดียวกัน คือ เมื่อมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดความตระหนัก เข้าใจความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีและสามารถปฏิบัติตามวิธีการทำความสะอาดได้นั้น ส่งผลให้แนวโน้มการตรวจพบเชื้อราแคนดิดาและการติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปากลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนทันตสุขศึกษา (Adachi *et al.*, 2007; Budtz-Jorgensen *et al.*, 2000; Grimoud *et al.*, 2005; Hilton *et al.*, 2004; Kulak-Ozkan *et al.*, 2002)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ทันตสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคไลเคนแพลนัสในช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ยาฟลูโอซิโนโลน อะเซทโทไนด์ ความเข้มข้นร้อยละ 0.1 ต่อความชุกของราแคนดิดาในช่องปาก

วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ป่วยโรคไลเคนแพลนัสในช่องปากที่ได้รับการคัดเลือกอย่างไม่เจาะจงจำนวน 22 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 19 คน มีอายุโดยเฉลี่ย 51.91 ± 12.11 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการวินิจฉัยโรคจากการตรวจทางคลินิกและได้รับการยืนยันผลการวินิจฉัยโรคจากผลการตรวจลักษณะทางพยาธิวิทยา และมีความรุนแรงของโรคโดยพิจารณาจาก Thongprasom score (Thongprasom *et al.*, 2003) อยู่ในระดับที่ 2,3,4 ผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องเป็นผู้ที่ใส่ยาฟลูโอซิโนโลน อะเซทโทไนด์ความเข้มข้นร้อยละ 0.1 ในการรักษาโรคไลเคนแพลนัสเป็นประจำมากกว่า 1 เดือน ด้วยความถี่ 1-3 ครั้งต่อวัน โดยไม่มีประวัติการใส่ยาอื่น ๆ

รวมถึงน้ำยาบ้วนปากหรือยาล้างปาก ร่วมด้วย ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนได้รับทราบข้อมูลและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวินิจฉัยในมนุษย์ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

ผู้ป่วย	อายุ	เพศ	Thongprasom score				
			1	2	3	4	5
1	34	หญิง		✓			
2	61	หญิง			✓		
3	53	หญิง			✓		
4	67	หญิง			✓		
5	54	หญิง			✓		
6	49	ชาย			✓		
7	64	หญิง			✓		
8	48	ชาย		✓			
9	53	หญิง		✓			
10	56	หญิง		✓			
11	66	หญิง		✓			
12	51	หญิง		✓			
13	57	หญิง			✓		
14	21	หญิง			✓		
15	61	หญิง				✓	
16	58	หญิง			✓		
17	62	หญิง			✓		
18	26	หญิง			✓		
19	57	หญิง			✓		
20	56	หญิง			✓		
21	35	ชาย			✓		
22	53	หญิง			✓		

การตรวจหาการแยกเชื้อ (Candida isolation)

ในกระบวนการตรวจหาการแยกเชื้อที่ปรากฏในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างนั้น จะใช้วิธีเก็บตัวอย่างน้ำลายและวิธีพิมพ์ฟัน โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการอมกล้วช่องปากด้วยน้ำเกลือธรรมดา (normal saline solution) และนำไปเพาะเชื้อราด้วยเทคนิคสเปรด จากนั้นจึงอบเพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 48 ชั่วโมง แล้วประเมินจำนวนการขึ้นของโคโลนีของเชื้อราต่อไป สำหรับการเพาะเชื้ออิมพริ้นท์นั้น ทำโดยใช้ฟองน้ำรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าที่ชุบน้ำยาเลี้ยงเชื้อรา (sabouraud broth) วางบนเยื่อผิวช่องปากในตำแหน่งรอยโรค และตำแหน่งใกล้เคียงกันที่ไม่มีรอยโรค แล้วนำฟองน้ำดังกล่าวไปวางบนวุ้นเลี้ยงเชื้อรา (sabouraud's dextrose agar) จากนั้นนำไปอบที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 6 ชั่วโมง ให้นำฟองน้ำออกและนำจานเพาะเชื้อเข้าไปอบต่อจนครบ 48 ชั่วโมง จึงนำออกมาประเมินพื้นที่การขึ้นโคโลนี ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวจะทำซ้ำอีก 2 ครั้ง ที่ระยะเวลา 1 และ 3 เดือนถัดจากวันที่เก็บตัวอย่างครั้งแรก

การให้ทันตสุขศึกษาและบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ (plaque index)

หลังจากเก็บตัวอย่างด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว จึงยอมแผ่นคราบจุลินทรีย์เพื่อบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ตามแบบ Plaque Control Record (O'Leary *et al.*, 1972) โดยจะทำการบันทึกซ้ำอีกสองครั้งเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการมาตามนัดตามระยะเวลาที่นัดหมาย จากนั้นจึงให้ทันตสุขศึกษา โดยการสอนวิธีการแปรงฟันด้วยเทคนิค modified bass และการใช้ไหมขัดฟัน

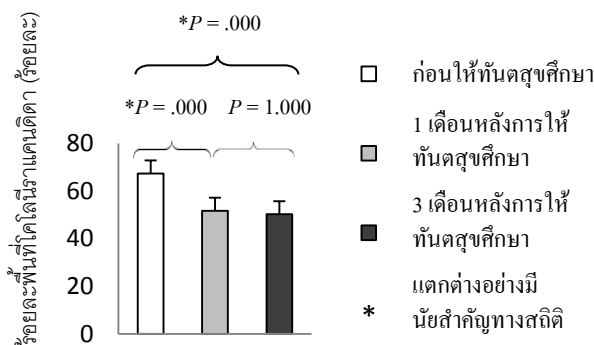
การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้เลือกใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ในการทดสอบหาค่าความแตกต่างของค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์, ร้อยละของพื้นที่ที่พบเชื้อราบนวุ้นเลี้ยงเชื้อราจากวิธีพิมพ์ฟันและจำนวนโคโลนีของ

เชื้อราที่ขึ้นบนวุ้นเลี้ยงเชื้อรา โดยกำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

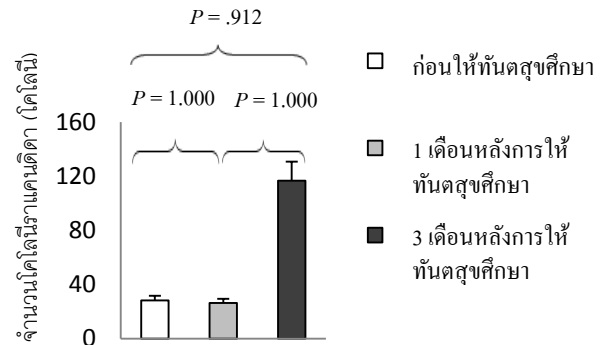
ผลการวัดดัชนีการบ่งชี้การเจริญเติบโตของราแคนดิดาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสามครั้ง พบว่าในครั้งแรกซึ่งผู้ป่วยยังไม่ได้รับทันตสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยดัชนีการบ่งชี้การเจริญเติบโตที่ 67.34 ± 15.64 ถัดมาอีก 1 และ 3 เดือนหลังได้รับทันตสุขภาพ พบค่าเฉลี่ยเป็น 51.67 ± 11.37 และ 50.23 ± 9.81 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ซึ่งพบว่า การให้ทันตสุขภาพมีผลต่อดัชนีการบ่งชี้การเจริญเติบโตเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบทั้งช่วงเวลาก่อนกับหลังการให้ทันตสุขภาพ 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ในการเปรียบเทียบดัชนีการบ่งชี้การเจริญเติบโตในช่วงเวลา 1 และ 3 เดือน หลังให้ทันตสุขภาพไปแล้ว ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)



ภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบดัชนีการบ่งชี้การเจริญเติบโตในช่วงเวลาก่อนและหลังการให้ทันตสุขภาพที่ 1 และ 3 เดือนถัดมา

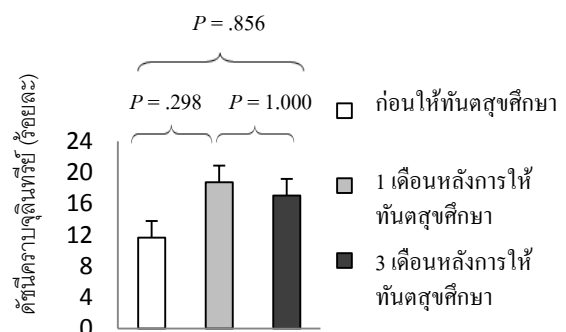
ผลการวัดจำนวนโคโลนีของราแคนดิดาที่ปรากฏขึ้นจากตัวอย่างน้ำลายโดยเทคนิคใช้วิธีสเปรดดังแผนภาพที่ 2 โดยพบว่าในครั้งแรกซึ่งผู้ป่วยยังไม่ได้รับทันตสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยจำนวนโคโลนีของราแคนดิดาที่ปรากฏเป็น 28.32 ± 68.86 โคโลนีและเมื่อถัดมาอีก 1 และ 3 เดือนหลังได้รับทันตสุขภาพ ค่าเฉลี่ย

เป็น 26.36 ± 45.94 และ 116.77 ± 456.48 โคโลนีตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างในช่วงเวลาใดทั้งก่อนการให้ทันตสุขภาพและหลังการให้ทันตสุขภาพที่ 1 และ 3 เดือน ($P > 0.05$)



ภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนโคโลนีราแคนดิดาที่ปรากฏบนวุ้นเลี้ยงเชื้อราด้วยเทคนิคสเปรดโดยเฉลี่ยในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาก่อนการให้ทันตสุขภาพและหลังการให้ทันตสุขภาพที่ 1 และ 3 เดือน

ผลการวัดร้อยละพื้นที่โคโลนีของราแคนดิดาที่ปรากฏขึ้นโดยใช้วิธีอิมพริ้นท์จากบริเวณรอยโรคดังแผนภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละพื้นที่ที่โคโลนีราแคนดิดาปรากฏขึ้นจากวิธีอิมพริ้นท์โดยเฉลี่ยในช่องปากของ กลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาก่อนการให้ทันตสุขภาพและหลังการให้ทันตสุขภาพที่ 1 และ 3 เดือนถัดมา

ผลการวิจัยพบว่าในครั้งแรกซึ่งผู้ป่วยยังไม่ได้รับทันตศุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยร้อยละพื้นที่โคโลนิของราแคนดิดาที่ปรากฏบนวันเลี้ยงเชื้อราเป็นร้อยละ 11.65 ± 20.98 และเมื่อถัดมาอีก 1 และ 3 เดือนหลังได้รับทันตศุขศึกษา พบค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ 18.75 ± 29.25 และ 17.05 ± 28.23 ตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างในช่วงเวลาใดทั้งก่อนการให้ทันตศุขศึกษา และหลังการให้ทันตศุขศึกษาที่ 1 และ 3 เดือน ($P > 0.05$)

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

วิธีการที่ใช้เก็บตัวอย่างเชื้อราในช่องปากเพื่อช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรคมียหลายวิธี ได้แก่ การสเมียร์ (smear) การป้าย (swab) (Silverman J, 1990) การทำอิมพริ้นท์ (imprint) (Davenport, 1970) การนำน้ำลายทั้งหมดมาเพาะเชื้อ (culture of whole saliva) (Oliver and Shillitoe, 1984) รวมถึงนำตัวอย่างน้ำลายบางส่วนมาทำเทคนิคสเปรดลงบนวันเลี้ยงเชื้อรา (concentrated oral rinse culture) (Samaranayake *et al.*, 1986) โดยการเลือกวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และตำแหน่งในช่องปากที่ต้องการตรวจหาเชื้อรา เทคนิคสเปรดนั้นเป็นที่นิยมใช้กันมากเนื่องจากสะดวกและทำได้ง่าย ปริมาณเชื้อราที่พบจะเป็นเชื้อราโดยรวมในช่องปากไม่จำเพาะที่ตำแหน่งใด สำหรับวิธีป้ายหรืออิมพริ้นท์จะเหมาะสมในกรณีที่ต้องการตรวจหาปริมาณหรือชนิดของเชื้อรา ณ ตำแหน่งที่จำเพาะ (Darwazeh *et al.*, 2010) ดังนั้นในงานวิจัยนี้ซึ่งต้องการตรวจหาความชุกของราแคนดิดาโดยรวมทั้งปาก และราแคนดิดาในตำแหน่งของรอยโรคที่สัมผัสยากกลุ่มสแตปติโคคอคคัสเฉพาะที่ จึงได้เลือกใช้การเก็บตัวอย่างน้ำลายและอิมพริ้นท์ตามลำดับ

การใช้ยากกลุ่มสแตปติโคคอคคัสในทางทันตกรรมเพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบและภาวะภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติหรือโรคเอดส์นั้นมีความแพร่หลายยาวนาน (Savage and McCullough, 2005) อย่างไรก็ตามมีรายงานถึงผลข้างเคียงของ

ยาในกลุ่มสแตปติโคคอคคัสเฉพาะที่ เช่น อาการแสบร้อน (burning mouth) ความสามารถในการรับรสลดลง (hypogeusia) (Lozada-Nur *et al.*, 1991) รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อราในช่องปาก (Thongprasom *et al.*, 1992) ซึ่งมีรายงานทางการแพทย์ที่แนะนำว่าควรให้ยาด้านเชื้อราในกรณีที่ต้องใช้ยาสแตปติโคคอคคัสเฉพาะที่เกิน 10 วันเพื่อป้องกันการติดเชื้อรา (Gonzalez-Moles, 2010) เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าการให้ทันตศุขศึกษามีส่วนช่วยลดปริมาณเชื้อราในช่องปากลงได้ มีรายงานว่ามีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อราในช่องปากได้เช่นกัน (Adachi *et al.*, 2007; Budtz-Jorgensen *et al.*, 2000; Grimoud *et al.*, 2005; Hilton *et al.*, 2004; Kulak-Ozkan *et al.*, 2002) ในทางกลับกันมีงานวิจัยที่รายงานว่าไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเชื้อราในช่องปากกับสุขภาพช่องปากเมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีเหงือกอักเสบ (Darwazeh *et al.*, 2010) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าวมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความชุกของราแคนดิดาในช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้ผลงานวิจัยเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าความชุกของราแคนดิดาในช่องปากนั้นไม่ลดลงแม้ผู้ป่วยจะมีดัชนีคราบจุลินทรีย์น้อยลงก็ตาม รวมถึงความชุกของราแคนดิดาจากบริเวณรอยโรคก็มีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน โดยไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ทันตศุขศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ใช้วิธีเดียวกันนี้ในการเปรียบเทียบความชุกของราแคนดิดาโดยรวมทั้งปากและตำแหน่งเฉพาะที่บริเวณเพดานกับกระพุ้งแก้มที่ไม่มีรอยโรคของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กลุ่มสแตปติโคคอคคัสเฉพาะที่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีรอยโรคใด ๆ พบว่าความชุกของราแคนดิดาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมากกว่ากลุ่มควบคุม (Jainkittivong *et al.*, 2007) จึงเป็นไปได้ว่าผลของยาสแตปติโคคอคคัสเฉพาะที่ซึ่งผู้ป่วยใช้เป็นประจำเพื่อควบคุมรอยโรคเอดส์ในช่องปากมีส่วนทำให้ความชุกของราแคนดิดาโดยรวมในช่องปากเพิ่มมากขึ้น

นอกเหนือจากประสิทธิภาพของทันตสุขศึกษาในแง่ของการลดความชุกเชื้อราดังกล่าวมาข้างต้นแล้วยังพบว่ามีผลในการลดคราบจุลินทรีย์และความรุนแรงของภาวะเหงือกอักเสบอีกด้วย (Axelsson and Lindhe, 1978; Axelsson and Lindhe, 1981; Lang *et al.*, 2005; Mojon *et al.*, 1998) ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยนี้ที่พบว่า เมื่อให้ทันตสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วยไปนั้น คราบจุลินทรีย์มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทำการเปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังการให้ทันตสุขศึกษา และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ กระตือรือร้นในการเรียนรู้เพื่อจะดูแลทันตสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งมีความภาคภูมิใจในผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพช่องปากในทางที่ดีขึ้นของตนอีกด้วย

เมื่อพิจารณาการปรากฏของราแคนดิดาในช่องปากของผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนแพลนัสที่ซ้ำๆ สตรีรอยโรคเฉพาะที่กับผลการให้ทันตสุขศึกษานั้นโดยทั่วไปการที่ผู้ป่วยได้รับทันตสุขศึกษาที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากได้ดีขึ้น ช่วยลดอัตราการเกิดโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น โรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ (Belloso *et al.*, 1999) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่าการให้ทันตสุขศึกษาไม่มีผลต่อความชุกของราแคนดิดาทั้งบริเวณตำแหน่งรอยโรคที่สัมผัสกับยาสตรีรอยโรคเฉพาะที่และความชุกของราแคนดิดาในช่องปากโดยรวม

ดังนั้น การให้ทันตสุขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนแพลนัสที่ได้รับการรักษาโดยยาสตรีรอยโรคเฉพาะที่ในช่องปากเพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อรา จึงจำเป็นที่จะต้องควบคุมการใช้ยาสตรีรอยโรคเฉพาะที่ให้มีรูปแบบของยาและความถี่การใช้งานให้มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสมด้วย อย่างไรก็ตามการให้ทันตสุขศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีความสำคัญและจำเป็น เพราะการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก จะส่งผลดีในแง่อื่นได้แก่ การลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคในช่องปาก

ลดความชุกและความรุนแรงของโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบได้มากกว่าผู้ที่มิทันตสุขอนามัยที่ไม่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์และบุคลากรภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คุณสุริรัตน์ เหลืองวรคุณ รวมถึงหน่วยปฏิบัติการรอยโรคช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Adachi, M., Ishihara, K., Abe, S., Okuda, K. 2007. Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. *Int J Dent Hyg.* 5(2): 69-74.
- Axelsson, P., Lindhe, J. 1978. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol.* 5(2): 133-151.
- Axelsson, P., Lindhe, J. 1981. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin Periodontol.* 8(3): 239-248.
- Belloso, N., Hernandez, N., Rivera, L., Moron, A. 1999. Effectiveness educational programs for school dental health. Experimental trial. *Acta Cient Venez.* 50(1): 42-47.
- Budtz-Jorgensen, E., Mojon, P., Rentsch, A., Deslauriers, N. 2000. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol.* 28(2): 141-149.

- Darwazeh, AM., Hammad, MM., Al-Jamaei, AA. 2010. The relationship between oral hygiene and oral colonization with *Candida* species in healthy adult subjects. *Int J Dent Hyg.* 8(2): 128-133.
- Davenport, JC. 1970. The oral distribution of *Candida* in denture stomatitis. *Br Dent J.* 129(4): 151-156.
- Dreyer, WP. 1983. The clinical manifestations of oral lichen planus. *J Dent Assoc S Afr.* 38(10): 619-624.
- Ghannoum, MA RS. 1990. *Candida* adherence to epithelial cells. Florida: CRC Press.
- Gonzalez-Moles, MA. 2010. The use of topical corticoids in oral pathology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 15(6): e827-831.
- Grimoud, AM., Lodter, JP., Marty, N., Andrieu, S., Bocquet, H., Linas, MD., Rumeau, M., Cazard, JC. 2005. Improved oral hygiene and *Candida* species colonization level in geriatric patients. *Oral Dis.* 11(3): 163-169.
- Hilton, JF., MacPhail, LA., Pascasio, L., Sroussi, HY., Cheikh, B., LaBao, ME., Malvin, K., Greenspan, D., Dodd, MJ. 2004. Self-care intervention to reduce oral candidiasis recurrences in HIV-seropositive persons: a pilot study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 32(3): 190-200.
- Jainkittivong, A., Kuvatanasuchati, J., Pipattanagovit, P., Sinheng, W. 2007. *Candida* in oral lichen planus patients undergoing topical steroid therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 104(1): 61-66.
- Krogh, P., Holmstrup, P., Thorn, JJ., Vedtofte, P., Pindborg, JJ. 1987. Yeast species and biotypes associated with oral leukoplakia and lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 63(1): 48-54.
- Kulak-Ozkan, Y., Kazazoglu, E., Arikan, A. 2002. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil.* 29(3): 300-304.
- Lacy, MF., Reade, PC., Hay, KD. 1983. Lichen planus: a theory of pathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 56(5): 521-526.
- Lang, NP., Lindhe, J., van der Velden, U. 2005. Advances in the prevention of periodontitis. Group D consensus report of the 5th European Workshop in Periodontology. *J Clin Periodontol.* 32(Suppl 6): 291-293.
- Lozada-Nur, F., Huang, MZ., Zhou, GA. 1991. Open preliminary clinical trial of clobetasol propionate ointment in adhesive paste for treatment of chronic oral vesiculoerosive diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 71(3): 283-287.
- Lundstrom, IM., Anneroth, GB., Holmberg, K. 1984. *Candida* in patients with oral lichen planus. *Int J Oral Surg.* 13(3): 226-238.
- Mojon, P., Rentsch, A., Budtz-Jorgensen, E., Baehni, PC. 1998. Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. *Eur J Oral Sci.* 106(4): 827-834.
- O'Leary, TJ., Drake, RB., Naylor, JE. 1972. The plaque control record. *J Periodontol.* 43(1): 38.

- Oliver, DE., Shillitoe, EJ. 1984. Effects of smoking on the prevalence and intraoral distribution of *Candida albicans*. J Oral Pathol. 13(3): 265-270.
- Samaranayake, LP., MacFarlane, TW., Lamey, PJ., Ferguson, MM. 1986. A comparison of oral rinse and imprint sampling techniques for the detection of yeast, coliform and Staphylococcus aureus carriage in the oral cavity. J Oral Pathol. 15(7): 386-388.
- Savage, NW., McCullough, MJ. 2005. Topical corticosteroids in dental practice. Aust Dent J. 50(4 Suppl 2): S40-44.
- Scardina, GA., Messina, P., Carini, F., Maresi, E. 2006. A randomized trial assessing the effectiveness of different concentrations of isotretinoin in the management of lichen planus. Int J Oral Maxillofac Surg. 35(1): 67-71.
- Scully, C., El-Kabir, M., Samaranayake, LP. 1994. *Candida* and oral candidosis: a review. Crit Rev Oral Biol Med. 5(2): 125-157.
- Silverman, J MJ., Epstein, L., Samaranayake, LP. 1990. Oral candidosis. London: Butterworth.
- Thongprasom, K., Luangjarmekorn, L., Sererat, T., Taweasap, W. 1992. Relative efficacy of fluocinolone acetonide compared with triamcinolone acetonide in treatment of oral lichen planus. J Oral Pathol Med. 21(10): 456-458.
- Thongprasom, K., Luengvisut, P., Wongwatanakij, A., Boonjatturus, C. 2003. Clinical evaluation in treatment of oral lichen planus with topical fluocinolone acetonide: a 2-year follow-up. J Oral Pathol Med. 32(6): 315-322.