

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study) เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้น้ำยาแอมโลดิพินกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้น้ำยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นๆ เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่หาความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการใช้น้ำยาแอมโลดิพินกับการเกิดเหงือกโต โดยมีทันตแพทย์ 3 คน ใช้เกณฑ์เดียวกันในการประเมินเหงือกโตกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละราย ซึ่งการประเมินเหงือกโตของทันตแพทย์ทั้ง 3 คนมีความเห็นสอดคล้องกัน เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติแคปปา (κ) และ Friedman test ($F = 1.750$; p -value = 0.417)

ความชุกของการเกิดเหงือกโตในผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาแอมโลดิพินจากการศึกษานี้พบร้อยละ 10.7 โดยการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ประเมินเหงือกโตของ Bokenkamp(27) ที่แบ่งลักษณะการเกิดเหงือกโตเป็น 4 ระดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kamik(8) ซึ่งทำการศึกษาในประเทศอินเดีย ประเมินเหงือกโตโดยทันตแพทย์เพียงหนึ่งคน พบผู้ป่วยเกิดเหงือกโต 8 คน จากผู้ที่ใช้น้ำยาแอมโลดิพิน 157 คน ความชุกของการเกิดเหงือกโตคิดเป็นร้อยละ 5.1 ส่วนการศึกษานี้พบความชุกของการเกิดเหงือกโตต่ำกว่าการศึกษานี้ โดยการศึกษาของ Jorgensen(5) ซึ่งทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ทันตแพทย์ประเมินลักษณะเหงือกโตโดยเปรียบเทียบขนาดเหงือกโตที่โตขึ้นกับตัวฟัน พบผู้ป่วยเหงือกโตเล็กน้อย 5 คนจากผู้ที่ใช้น้ำยาแอมโลดิพิน 150 คน คิดเป็นความชุกของการเกิดเหงือกโตร้อยละ 3.3 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Ellis(6) ทำการศึกษาในประเทศอังกฤษโดยศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้น้ำยาในกลุ่ม CCBs ได้แก่ ไนเฟดิพิน แอมโลดิพิน และ ดิลไทอะเซม เปรียบเทียบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ใช้น้ำยาในกลุ่ม CCBs ทำการประเมินเหงือกโตโดยทันตแพทย์หนึ่งคนประเมินลักษณะเหงือกโตทางคลินิกโดยใช้เกณฑ์ประเมินเหงือกโตของ Harris(26) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้แบ่งลักษณะการเกิดเหงือกโตเป็น 4 ระดับ เช่นเดียวกับเกณฑ์ของ Bokenkamp โดยทันตแพทย์จะประเมินเหงือกโตจากรูปถ่ายฟันด้านหน้าของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเกิดเหงือกโต 3 คน จากผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาแอมโลดิพินทั้งหมด 181 คนคิดเป็นความชุกของการเกิดเหงือกโตร้อยละ 1.7 และไม่พบเหงือกโตในกลุ่มเปรียบเทียบสำหรับการศึกษาของ Ono(7) ทำการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาแอมโลดิพิน 301

คน เพื่อประเมินเหงือกโตโดยทันตแพทย์แล้วพบผู้ที่สงสัยว่าเกิดเหงือกโตจึงให้ผู้ป่วยหยุดยาแอมโลดิพิน หลังจากนั้นติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 เดือน พบว่ามีผู้ป่วย 4 คน ที่เหงือกลดขนาดลงอย่างชัดเจนหลังหยุดยาแอมโลดิพิน จึงถือว่าการเกิดเหงือกโตนั้นสัมพันธ์กับการใช้ยาแอมโลดิพินคิดเป็นความชุกของการเกิดเหงือกโตร้อยละ 1.3 แต่ความชุกของผู้ป่วยที่เกิดเหงือกโตในกลุ่มที่ใช้ยาแอมโลดิพินในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ อาจเนื่องมาจากเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามามีการศึกษาแตกต่างกัน โดยในการศึกษาของ Kamik คัดผู้ป่วยโรคเบาหวานออกจากการศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคทางปริทันต์ได้ โดยมีความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน(9) และผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในช่องปาก (periodontal tissue) ทำให้มีความไวต่อปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคทางปริทันต์ ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ยาแอมโลดิพิน 43 คน เป็นผู้ที่เกิดเหงือกโต 7 คน คิดเป็นร้อยละ 16.28 แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบก็มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานด้วยในจำนวนที่แม้จะน้อยกว่าในกลุ่มศึกษาแต่ถือว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมโลดิพินเกิดเหงือกโต 9 คน ซึ่งถูกส่งไปปรึกษาแพทย์เพื่อทำการหยุดยาแอมโลดิพิน โดยผู้ป่วย 5 คน เปลี่ยนไปใช้ยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น ได้แก่ ลอซาทาน อินาลาพริว อาทีโนลอล ไฮดรอลาซีน และ เมทิลโดปา สำหรับอีก 4 คนมีแนวโน้มควบคุมความดันโลหิตได้ แพทย์จึงไม่ได้ให้ยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นเพิ่ม ผู้ป่วยที่เกิดเหงือกโตจากยาแอมโลดิพินทุกรายได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและนัดให้มาพบทันตแพทย์เพื่อกำจัดการาบจุลินทรีย์โดยติดตามผู้ป่วย 3 ครั้งหลังจากหยุดยาแอมโลดิพิน ครั้งที่ 1 หลังหยุดยาแอมโลดิพิน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 หลังหยุดยาแอมโลดิพิน 1 เดือน และ ครั้งที่ 3 หลังหยุดยาแอมโลดิพิน 2 เดือนตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 2 คน ไม่ได้มาพบทันตแพทย์ตามนัด มีผู้ป่วย 1 คนมาตามนัด 1 ครั้ง มีผู้ป่วย 1 คนมาตามนัด 2 ครั้ง และมีผู้ป่วย 5 คนมาตามนัดจนครบ 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยที่มาตามนัด 2 ครั้ง และผู้ป่วยที่มาครบตามนัด จำนวน 6 คน เหงือกลดขนาดลงหลังจากหยุดยาแอมโลดิพินและเห็นได้ชัดเจนในผู้ป่วยที่เกิดเหงือกโตระดับปานกลางซึ่งหลังจากหยุดยาได้ 2 เดือน เหงือกลดขนาดลงมา 1 ระดับ เป็นเหงือกโตเล็กน้อยจึงเป็นหลักฐานที่ช่วยสนับสนุนว่ายาแอมโลดิพินน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหงือกโต เมื่อประเมินจากผู้ป่วยที่มีข้อมูลของการหยุดยาแอมโลดิพินแล้วอาการเหงือกโตลดลงนี้เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ono จะคำนวณหาความชุกของการเกิดเหงือกโตจากยาแอมโลดิพินจากการศึกษานี้ได้ร้อยละ 7.1

เมื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดเหงือกโตกับการใช้ยาแอมโลดิพินตามเกณฑ์การประเมินของ Naranjo ผู้ป่วยทุกคนได้คะแนนในระดับน่าจะใช่ (probable) โดยได้คะแนนในข้อ 1-3, 5 และ 10

เนื่องจากเคยมีรายงานอาการเหงือกโตจากยาแอมโลดิพินในต่างประเทศมาก่อน (ข้อ 1) อาการเหงือกโตที่พบคาดว่าเกิดขึ้นหลังจากใช้ยาแอมโลดิพิน (ข้อ 2) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวางจึงไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะเหงือกของผู้ป่วยมาก่อน จึงทำให้การประเมินในข้อนี้คลาดเคลื่อนได้ สำหรับผู้ป่วย 6 ราย ที่หยุดยาแอมโลดิพินแล้วเหงือกที่โตลดขนาดลง จะได้คะแนนในข้อที่ 3 ด้วย ส่วนข้อที่ 5 ซึ่งเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดเหงือกโตในผู้ป่วยทุกรายถือว่าไม่พบสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดเหงือกโตนอกเหนือจากการใช้ยาแอมโลดิพิน แม้ว่าภาวะเหงือกอักเสบจะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดเหงือกโตได้ แต่ในการศึกษานี้ทั้งผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลพื้นฐานทางทันตกรรม ได้แก่ อนามัยช่องปากและเหงือกอักเสบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลับพบผู้ป่วยเกิดเหงือกโตเฉพาะกลุ่มศึกษา สำหรับโรคร่วมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นไตวายเรื้อรังที่พบในผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมโลดิพินมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามไม่พบหลักฐานว่าไตวายเรื้อรังเกี่ยวข้องกับการเกิดเหงือกโต ส่วนข้อที่ 10 เกี่ยวกับหลักฐานการเกิดเหงือกโตซึ่งเห็นได้ชัดเจนในผู้ป่วยทุกรายตามที่กล่าวไปแล้วเกี่ยวกับการให้คะแนนในข้อ 2 แม้ว่าคะแนนในข้อนี้จะเป็นศูนย์เนื่องจากข้อมูลไม่ชัดเจน แต่การที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหยุดยาแล้วอาการดีขึ้นก็ช่วยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดเหงือกโตและยาแอมโลดิพินได้ ในการศึกษานี้การประเมินเหงือกโตโดยทันตแพทย์ใช้เกณฑ์ในการประเมินเดียวกันและมีความเห็นสอดคล้องกัน โดยทันตแพทย์ไม่รู้ว่าผู้ป่วยได้รับยาชนิดใด จึงไม่เกิดอคติในการประเมินเหงือกโต ดังนั้นจึงสนับสนุนว่ายาแอมโลดิพินน่าจะเป็นสาเหตุของอาการเหงือกโต

สำหรับการศึกษานี้ได้มีการศึกษานำร่อง (pilot study) มาก่อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ยาแอมโลดิพิน 20 คน แล้วประเมินเหงือกโตโดยทันตแพทย์หนึ่งคน พบผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ยาแอมโลดิพิน (กลุ่มศึกษา) เกิดเหงือกโต 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 แต่ไม่พบผู้ป่วยเกิดเหงือกโตในกลุ่มที่ใช้ยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นๆ (กลุ่มเปรียบเทียบ) เมื่อได้ข้อมูลของการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหงือกโตจากยาแอมโลดิพิน โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างน้อยกลุ่มละ 83 คน แต่เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลจริง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มศึกษามี 84 คน และผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบมี 85 คน แต่พบผู้ป่วยกลุ่มศึกษาเกิดเหงือกโตเพียง 9 ราย ซึ่งน้อยกว่าข้อมูลที่คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานำร่อง อาจเนื่องจากการปรับปรุงรูปแบบการประเมินเหงือกโตโดยมีทันตแพทย์ 3 คน ใช้เกณฑ์ของ Bokenkamp ในการประเมินเหงือกโตซึ่งทันตแพทย์อย่างน้อย 2 ใน 3 จะต้องมีความเห็นที่สอดคล้องกันในการประเมินว่าเกิดเหงือกโต ข้อมูลที่ได้จึงมีความน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลจากการศึกษานำร่อง

ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดของภาวะเหงือกโต อย่างไรก็ตามมีผู้เสนอกลไกดังต่อไปนี้ (34) กลไกแรกเกี่ยวข้องกับเอนไซม์แมทริกซ์เมทัลโลโปรทีเนส (metrix

metalloproteinase) โดยยาในกลุ่ม CCBs จะลดการนำแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ ทำให้ลดการนำกรดโฟลิกเข้าสู่เซลล์ด้วย ทำให้เอนไซม์นี้ถูกสร้างลดลงทำให้คอลลาเจนถูกทำลายน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดเหงือกโต กลไกที่สองเกี่ยวข้องกับไซโตไคน์ ได้แก่ อินเตอร์ลิวคิน-1 β และ อินเตอร์ลิวคิน-6 จะส่งผลร่วมกัน ทำให้มีการสร้างคอลลาเจน และเพิ่มจำนวนเซลล์สร้างเส้นใยที่บริเวณเหงือก กลไกที่สามเกี่ยวกับบทบาทของพันธุกรรมที่ส่งผลให้เซลล์สร้างเส้นใยไวต่อยาในกลุ่ม CCBs นอกจากนี้อาจเกี่ยวข้องกับ ความแตกต่างของยีนที่ควบคุมให้เกิดลักษณะที่ต่างกันของเอนไซม์ไซโตโครมพี-450 (cytochrome P450) ที่มีผลต่อการแปรสภาพยา เช่น แอมโลดิพิน จึงทำให้ระดับความเข้มข้นของยาในกระแสเลือด และเนื้อเยื่อของแต่ละคนแตกต่างกัน เนื่องจากแอมโลดิพินเป็น substrate ของเอนไซม์ไซโตโครมพี 3A4 ที่พบว่ามียีนลักษณะเป็น genetic polymorphism ด้วย ในผู้ป่วยบางรายที่มีฤทธิ์ของเอนไซม์ไซโตโครมพี 3A4 ที่ต่ำ จึงอาจพบระดับยาแอมโลดิพินที่สูงกว่าปกติได้ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเกิดเหงือกโต ผลการศึกษานี้พบว่าข้อมูลพื้นฐานและตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดเหงือกโตของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีโรคร่วม คือ ไตวายเรื้อรังมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ และผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบมีการใช้ยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs มากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ถือว่าเป็นตัวแปรกวนในการศึกษา เนื่องจากไม่ส่งผลต่อการเกิดเหงือกโต การศึกษานี้ไม่สามารถหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหงือกโตจากยาแอมโลดิพินได้ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหงือกโตไม่มากพอ การศึกษาต่อไปควรที่จะเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ยาแอมโลดิพินในจำนวนที่มากขึ้น โดยให้มีอัตราส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันชนิดอื่น เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมโลดิพินมากเป็นอันดับหนึ่ง ที่ผ่านมามีหลายการศึกษาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหงือกโตในผู้ที่ใช้ยาแอมโลดิพิน โดยพบว่า เพศ อายุ ขนาดยา และอนามัยช่องปาก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหงือกโต(6,8,19,23-24) จากการศึกษาของ Ellis พบว่าเพศชายเกิดเหงือกโตเป็น 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง แต่การศึกษาของ Karnik ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเกิดเหงือกโต สำหรับการศึกษาของ Kaur(21) พบว่าการเกิดเหงือกโตเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เมื่อใช้ยาในกลุ่ม CCBs ในขนาดที่มากกว่าขนาดในการรักษา ส่วนการศึกษาของ Ellis และการศึกษาของ Karnik พบว่าการเกิดเหงือกอีกเสบมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหงือกโต แต่ปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ ขนาดยา และระยะเวลาในการใช้ยาไม่สัมพันธ์กับการเกิดเหงือกโต ทั้ง 2 การศึกษาประเมินค่าอนามัยช่องปากจากดัชนีคราบจุลินทรีย์ โดยการศึกษาของ Karnik พบความสัมพันธ์ระหว่างคราบจุลินทรีย์กับการเกิดเหงือกโต แต่การศึกษาของ Ellis ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว สำหรับการศึกษานี้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าอนามัยช่องปากเท่ากับ 3.4 ± 0.9 ซึ่งหมายถึงผู้เข้าร่วมการศึกษามีอนามัยช่องปากในระดับต่ำ(30) ซึ่งค่าที่ได้มาจากค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์รวมกับค่าดัชนีหินปูน(29) ในการศึกษาอื่นๆ(6,8) ใช้เฉพาะค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ในการวิเคราะห์เพียงอย่างเดียว จึงทำให้ค่าอนามัยช่องปากในการศึกษานี้มีค่าสูง

เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่ใช้ยาแอมโลดิพิน 84 คน มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าดัชนีการบาดเจ็บระหว่างผู้ที่เกิดเหงือกโตกับผู้ที่ไม่เกิดเหงือกโต พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าดัชนีการบาดเจ็บเท่ากัน คือ 1.5 ± 0.5 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าการศึกษาของ Karnik จากการศึกษาพบว่าการบาดเจ็บไม่น่าจะเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดเหงือกโตจากยาแอมโลดิพิน เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าดัชนีการบาดเจ็บเท่ากัน แต่เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมโลดิพินเท่านั้นที่เกิดเหงือกโต แต่การศึกษาของ Karnik พบว่ากลุ่มที่ใช้ยาแอมโลดิพินที่เกิดเหงือกโตมีค่าดัชนีการบาดเจ็บเป็น 2.9 ± 0.4 ส่วนผู้ที่ไม่เกิดเหงือกโตมีค่าดัชนีการบาดเจ็บเป็น 1.9 ± 0.5 นั่นคือ ค่าดัชนีการบาดเจ็บและค่าดัชนีเหงือกอักเสบระหว่างผู้ที่เกิดเหงือกโตกับผู้ที่ไม่เกิดเหงือกโตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการศึกษานี้ซึ่งเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาแอมโลดิพินกับการเกิดเหงือกโต พบความชุกของการเกิดเหงือกโตจากยาแอมโลดิพินเท่ากับร้อยละ 7.1

5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษานี้ต้องอาศัยทันตแพทย์ 3 คน เป็นผู้ประเมินเหงือกโต โดยทันตแพทย์อย่างน้อย 2 ใน 3 จะต้องมีความเห็นที่สอดคล้องกัน ดังนั้นในบางวันที่มีผู้ป่วยมารับบริการงานทันตกรรมมาก หรือทันตแพทย์อยู่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 2 คน จึงไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ จึงทำให้เก็บข้อมูลได้น้อยและเป็นไปได้ช้า ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ถูกคัดเลือกเข้าร่วมในการศึกษาทั้งสิ้น 333 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มศึกษา 167 คน และผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ 166 คน แต่พบปัญหาผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา เนื่องจากขั้นตอนของการดำเนินการใช้เวลานาน นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนกลัวการเข้าพบทันตแพทย์ หรือมีภารกิจอื่น เมื่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาน้อย จึงทำให้พบผู้ป่วยที่เกิดเหงือกโตน้อยกว่าที่ประมาณการไว้ จึงส่งผลต่อการหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหงือกโตจากยาตามไปด้วย ทำให้กำลังในการทดสอบของตัวแปรต่างๆ ไม่เพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามการหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหงือกโตจากยาแอมโลดิพินไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เมื่อพบผู้ป่วยที่เกิดเหงือกโตแล้วจะประเมินหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาแอมโลดิพินกับการเกิดเหงือกโต ผู้วิจัยจะไม่มีข้อมูลว่าผู้ป่วยเกิดเหงือกโตมาก่อนใช้ยาแอมโลดิพินหรือไม่

5.3 ข้อเสนอแนะ

ดังนั้นการศึกษาที่จะทำต่อไปในอนาคตควรทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหงือกโตโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอและทำการศึกษแบบไปข้างหน้า มีการติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนใช้ยาแอมโลดิพิน ไปจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดเหงือกโต หรือใช้เวลาดำเนินการศึกษานานขึ้น นอกจากนี้ควร

ใช้วิธีช่วยให้ทันตแพทย์ประเมินการเกิดเหงือกโตได้สะดวกขึ้น เช่น ให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ถ่ายรูปเหงือกของผู้ป่วยไว้แล้วให้ทันตแพทย์มาประเมินในภายหลังในวันที่มีผู้มารับบริการมากหรือทันตแพทย์ติดภารกิจอื่น จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนในการอ้างอิงไปสู่ประชากร นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขควรเฝ้าระวังการเกิดเหงือกโตหลังจากใช้ยาแอม โคลิพิน โดยให้ผู้ป่วยที่จะเริ่มใช้ยาแอม โคลิพินพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก กำจัดคราบจุลินทรีย์ จะทำให้ลดความรุนแรงของการเกิดเหงือกโตหลังจากใช้ยาแอม โคลิพินได้ และผู้ป่วยที่ใช้ยาแอม โคลิพินควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (9,18,35) สำหรับผู้ป่วยที่เกิดเหงือกโตจากยาแอม โคลิพิน ควรหยุดยาแอม โคลิพินทันที และเปลี่ยนไปใช้ยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นแทน ใช้ยาอมบ้วนปากที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซีดีน มาพบทันตแพทย์เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ ควรติดตามอาการเหงือกโตของผู้ป่วยหลังจากหยุดยาเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน และเน้นย้ำผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ(9,14)

5.4 สรุปผลการศึกษา

ความชุกของการเกิดเหงือกโตในผู้ที่ใช้ยาแอม โคลิพินเท่ากับร้อยละ 10.7 แต่ถ้าประเมินจากผู้ป่วยที่มีข้อมูลของการหยุดยาแอม โคลิพินแล้วอาการเหงือกโตลดลง ความชุกของการเกิดเหงือกโตจากยาแอม โคลิพินจากการศึกษานี้จะเท่ากับร้อยละ 7.1 และพบว่าการใช้ยาแอม โคลิพินมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหงือกโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved