



การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยแทมโพโร- แมนดิบิวลาร์ดีสออเดอรัที่ยุติการรักษา

วันทนีย์ มุทิตรากร ท.บ., M.S., อ.ท. (วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก)¹

ประภาพร หอมจันทร์จิรัง²

สัจจพร พรคอนันต์²

¹ ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² นิสิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลการรักษาและหาสาเหตุที่ผู้ป่วยแทมโพโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอรั (ทีเอ็มดี) ยุติการรักษา

วัสดุและวิธีการ ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ส่งไปยังผู้ป่วยทีเอ็มดีที่มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ยุติการรักษาไป 316 คน

ผลการศึกษา มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 77 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 24.3) เป็นชาย 17 คน (ร้อยละ 22.1) หญิง 60 คน (ร้อยละ 77.9) โดยกลุ่มนี้มี 58 คน (ร้อยละ 75.3) เป็นผู้มารับการรักษาด้วยอาการมากกว่าหนึ่งอย่าง และมีเสียงข้อต่อขากรรไกรขณะอ้า-หุบปากเป็นอาการสำคัญอันดับแรกที่ต้องการรักษา (ร้อยละ 31.1) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาเชิงอนุรักษ์โดยใช้เฝือกสบฟันเป็นหลัก พบว่า 1. หลังจากยุติการรักษา ผู้ป่วยยังมีอาการอยู่ 55 คน (ร้อยละ 71.4) โดยอาการที่ยังคงมีไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากก่อนรักษา ยกเว้นอาการอ้าปากจำกัด ($p = 0.013$) มีผู้ที่ต้องการรักษาต่อ 43 คน (ร้อยละ 78.2) และผู้ที่ไม่ต้องการรักษาต่อ 12 คน (ร้อยละ 21.8) 2. เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยยุติการรักษาไปมีดังนี้ รู้สึกทนอาการที่มีอยู่ได้ (ร้อยละ 37.7) คิดว่าอาการนั้นรักษาไม่หาย (ร้อยละ 32.5) ไม่สะดวกมารับการรักษาในเวลาราชการ (ร้อยละ 31.2) ไม่สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 26.0) ไม่ได้รับการติดต่อ (ร้อยละ 20.8) และอื่นๆ

สรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยทีเอ็มดีอาจยังมีอาการอยู่ภายหลังจากยุติการรักษาไป และมีเหตุผลหลายประการที่เป็นสาเหตุของการยุติการรักษา

(ว ทันต จุฬาฯ 2550;30:117-28)

คำสำคัญ: การติดตามผลการรักษา; แทมโพโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอรั; ผู้ป่วยยุติการรักษา

บทนำ

เท็มโฟโรแมนติบิวลาร์ติสออเดออร์ (ทีเอ็มดี) เป็นอาการเจ็บป่วยไม่สบายบริเวณช่องปาก ศีรษะและใบหน้า เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในส่วนกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและ/หรือข้อต่อขากรรไกรและอวัยวะที่เกี่ยวข้องทำให้มีอาการทำหน้าที่ผิดปกติ (dysfunction) ของระบบบดเคี้ยวและความเจ็บปวด (pain) บริเวณศีรษะ-ใบหน้าที่พบบ่อยนอกเหนือจากอาการปวดเนื่องจากฟันและอวัยวะปริทันต์¹ อย่างไรก็ตามทีเอ็มดีมีความหลากหลายทั้งอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการทำนายผลการรักษา มีบางการศึกษาอ้างว่า โดยทั่วไปไม่ค่อยพบทีเอ็มดีเปลี่ยนแปลงไปในทางรุนแรงขึ้น มักพบว่ายหายได้ ทุเลาได้ด้วยตนเอง หรือเปลี่ยนไปตามกาลเวลา² ในขณะที่การศึกษาอื่นเสนอว่า ทีเอ็มดีไม่สามารถหายได้ด้วยตนเองและต้องการการรักษา³⁻⁵ การรักษาที่นิยมว่าได้ผลสำเร็จคืออยู่ในกลุ่มการรักษาบรรเทาอาการแบบอนุรักษ์ที่มีเปลือกสบฟันประเภทต่าง ๆ เป็นอุปกรณ์สำคัญ^{1, 6, 7} สามารถใช้รักษาได้ผลดีทั้งทีเอ็มดีที่มีเหตุจากกล้ามเนื้อ (myogenous origin)⁸ และข้อต่อขากรรไกร (arthrogenous origin)⁹ ในขณะที่การรักษากำจัดสาเหตุเพื่อการป้องกันการเกิดอาการยังไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากเรายังขาดความรู้เรื่องของทีเอ็มดีอีกหลายประเด็น¹⁰ ไม่ว่าจะเป็นธรรมชาติของการดำเนินโรครวมถึงความสำเร็จในการรักษา จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว ซึ่งพบว่า ปัจจุบันยังมีการศึกษาทีเอ็มดีระยะยาวจำนวนน้อยและการศึกษาที่มีอยู่ก็ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มบุคคล อีกทั้งการศึกษาเหล่านั้นยังขาดความน่าเชื่อถือตามหลักเกณฑ์จากการศึกษาที่มีหลักฐานพิสูจน์ชัด (evidence based study)

อุปสรรคหนึ่งในการศึกษาติดตามผลการรักษาทีเอ็มดีคือ มีผู้ป่วยทีเอ็มดีจำนวนมากที่ไม่มารับการรักษาตามนัดและยุติการรักษาไป^{11,12} และการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้อายางานข้อมูลนี้¹³ จึงน่าจะทำให้เกิดปัญหาความน่าเชื่อถือได้^{11,13} ในฐานะที่ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่

ทั้งศึกษาและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว โดยมีทีเอ็มดีเป็นปัญหาหรืออาการสำคัญของผู้ป่วย เราพบว่าผู้ป่วยทีเอ็มดีที่มารับการรักษาที่ภาควิชาฯ จำนวนหนึ่งที่ไม่มาตามนัดหมายการรักษาและยุติการรักษาไปโดยที่ยังมีอาการอยู่ในการนัดหมายครั้งสุดท้าย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยเหล่านี้

การศึกษานี้เป็นการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ยุติการรักษาไปโดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินไปของทีเอ็มดี และเหตุผลที่ผู้ป่วยยุติการรักษา ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ในการจัดติดตามผลการรักษาผู้ป่วยทีเอ็มดีระยะยาวต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ส่งไปยังผู้ที่เคยมารับการรักษาอาการทีเอ็มดีที่ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และยุติการรักษาไปโดยยังมีอาการอยู่ในการนัดหมายครั้งสุดท้ายโดยคัดเลือกจากบันทึกประวัติผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีที่อยู่ติดต่อได้ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ขึ้นไปประมาณ 5 ปี ได้จำนวน 316 คน

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วยในขณะที่มารับการรักษา ได้แก่ ประวัติอาการเจ็บป่วย ประเภทของการบำบัดรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่มารับการรักษาและยุติการรักษาไป ผลของการรักษา การหายจากอาการ รวมถึงผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เป้าหมายหรือความคาดหวังจากการรักษา และสาเหตุที่ยุติการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการจำแนกความถี่และค่าเฉลี่ยของข้อมูลต่าง ๆ และวิเคราะห์ความแตกต่างของอาการสำคัญของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาโดยการทดสอบแมคเนมาร์ (McNemar test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3 แบ่งตามเพศเป็นชาย 17 คน (ร้อยละ 22.1) หญิง 66 คน (ร้อยละ 77.9) มีอายุขณะตอบแบบสอบถามตั้งแต่ 21 ถึง 66 ปี (เฉลี่ย 37.19 ปี) มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาเอก โดยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จากแบบสอบถาม มี 66 คน (ร้อยละ 85.7) ประเมินว่า ปัจจุบันตนมีสุขภาพแข็งแรง ในขณะที่ 5 คน (ร้อยละ 6.5) คิดว่าตนป่วย และ 6 คน (ร้อยละ 7.8) ไม่ตอบคำถามนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการที่เมีตี โดยที่ 59 คน (ร้อยละ 75.8) ให้ประวัติว่า มารับการรักษาอาการมากกว่าหนึ่งอย่าง ในขณะที่เพียง 18 คน (ร้อยละ 23.4) ระบุว่า มารักษาอาการเพียงหนึ่งอย่าง อาการที่ต้องการบำบัดรักษา 4 อันดับแรก คือ มีเสียงข้อต่อขากรรไกรขณะอ้า/หุบปาก (ร้อยละ 31.1) ขากรรไกรขัด (ร้อยละ 22.1) อ้าปากได้ไม่กว้างเท่าที่เคย (ร้อยละ 13.0) และเจ็บฟัน/ขากรรไกรจากการเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 10.4) โดยมีอาการมาก่อนรับการรักษาเป็นระยะเวลาตั้งแต่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ จนถึงมากกว่า 5 ปี และอาการที่มารักษา มีหลายรูปแบบ ลักษณะของอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการเป็น ๆ หาย ๆ (ร้อยละ 32.5)

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ ซึ่งประกอบด้วย การใช้เฝือกสบฟัน การให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตน และการใช้ยา โดยมีการใช้เฝือกสบฟันเป็นการรักษาหลัก และมีผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษา ร่วมโดยการรื้อปรับสบฟันบางส่วน ระยะเวลาที่ผู้ตอบแบบสอบถามมารับการรักษามีตั้งแต่ น้อยกว่าหนึ่งเดือน (ร้อยละ 6.5) 1 ถึง 3 เดือน (ร้อยละ 15.6) 3 ถึง 6 เดือน (ร้อยละ 22.1) 6 ถึง 12 เดือน (ร้อยละ 16.9) 1 ถึง 5 ปี (ร้อยละ 11.7) มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 19.5) และไม่ได้ตอบ (ร้อยละ 5.2) และ 63 คน (ร้อยละ 81.8) รายงานว่า ยุติการรักษานานกว่า 2 ปี

เมื่อพิจารณาผลการรักษา พบมี 19 คน (ร้อยละ 24.7) รายงานว่า หายจากอาการที่เมีตี ในขณะที่ 55 คน (ร้อยละ 71.4) รายงานว่า ยังมีอาการที่เมีตีอยู่ และ 3 คน (ร้อยละ 3.9) ไม่ตอบข้อนี้ โดย 29 คน (ร้อยละ 37.7) มีอาการดีขึ้น 21 คน (ร้อยละ 27.3) มีอาการคงเดิม และ 5 คน (ร้อยละ 6.5) ระบุว่า มีอาการแย่ลง อาการที่ยังคงมีอยู่ คือ มีเสียงข้อต่อขากรรไกรขณะอ้า/หุบปาก (ร้อยละ 55.9) ขากรรไกรขัด (ร้อยละ 31.2) เมื่อยลำแก้ม มุมคาง หลังหู และ/หรือต้นคอ (ร้อยละ 31.2) ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 19.5) เจ็บฟัน/ขากรรไกรจากการเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 19.5) และรู้สึกกัดฟันได้ไม่เหมือนเคย (ร้อยละ 13) เมื่อเปรียบเทียบอาการปัจจุบันและอาการก่อนรักษา พบว่า อาการส่วนใหญ่ แย่ลง แต่ไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญเมื่อทดสอบทางสถิติ โดยการทดสอบแมกนีมาร์ (McNemar Test) ยกเว้นอาการ อ้าปากจำกัดหรืออ้าปากไม่ได้กว้างเท่าที่เคย ($p = 0.013$) (ตารางที่ 1) และจากจำนวน 55 คนที่ยังคงมีอาการอยู่หลังจากยุติการรักษาไป มี 43 คน (ร้อยละ 78.2) รายงานว่า ยังคงต้องการรักษาต่อ และ 12 คน (ร้อยละ 21.8) ไม่ต้องการรักษา

เมื่อถามถึงความคาดหวังจากการรักษา ผู้ตอบแบบสอบถาม 77 คนได้ให้ความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้แก่ เคี้ยว อ้า-หุบปากได้เป็นปกติ เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ หวังว่าจะไม่มีอาการรุนแรงขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ไม่มีอาการเจ็บปวด และอื่น ๆ ได้แก่ การไม่มีเสียงข้อต่อขากรรไกร และความสามารถที่จะทำงานและเรียนได้ (ตารางที่ 2) ผู้ตอบแบบสอบถาม 74 คน (ร้อยละ 96.1) รายงานว่า ที่เมีตีมีผลให้รู้สึกทรมานมาก 18 คน (ร้อยละ 23.4) รู้สึกรำคาญ 26 คน (ร้อยละ 33.8) และรู้สึกพอทนได้ 30 คน (ร้อยละ 39.0) โดยที่ 3 คน ไม่ตอบคำถามนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่า อาการที่เมีตีมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในแบบที่แตกต่างกัน อันดับหนึ่งได้แก่ ทำให้รู้สึกเครียดหรือหงุดหงิด รองลงมาคือ ทำให้เคี้ยวอาหาร

บางประเภทไม่ได้ และมีบ้างที่ทำให้ไม่สามารถทำงานหรือเรียนได้

ผู้ตอบแบบสอบถาม 77 คนให้เหตุผลในการยุติการรักษาไปหลายประการดังนี้ รู้สึกทนอาการที่มีอยู่ได้ (ร้อยละ 37.7) คิดว่าอาการนั้นรักษาไม่หาย (ร้อยละ 32.5) ไม่สะดวกมารับการรักษาในเวลาราชการ (ร้อยละ 31.2) ไม่สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 26.0) ไม่ได้รับการติดต่อ (ร้อยละ 20.8) และมีเหตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาได้แก่ ความไม่พอใจต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ให้การรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละการนัดหมาย ค่ารักษา วิธีการรักษา

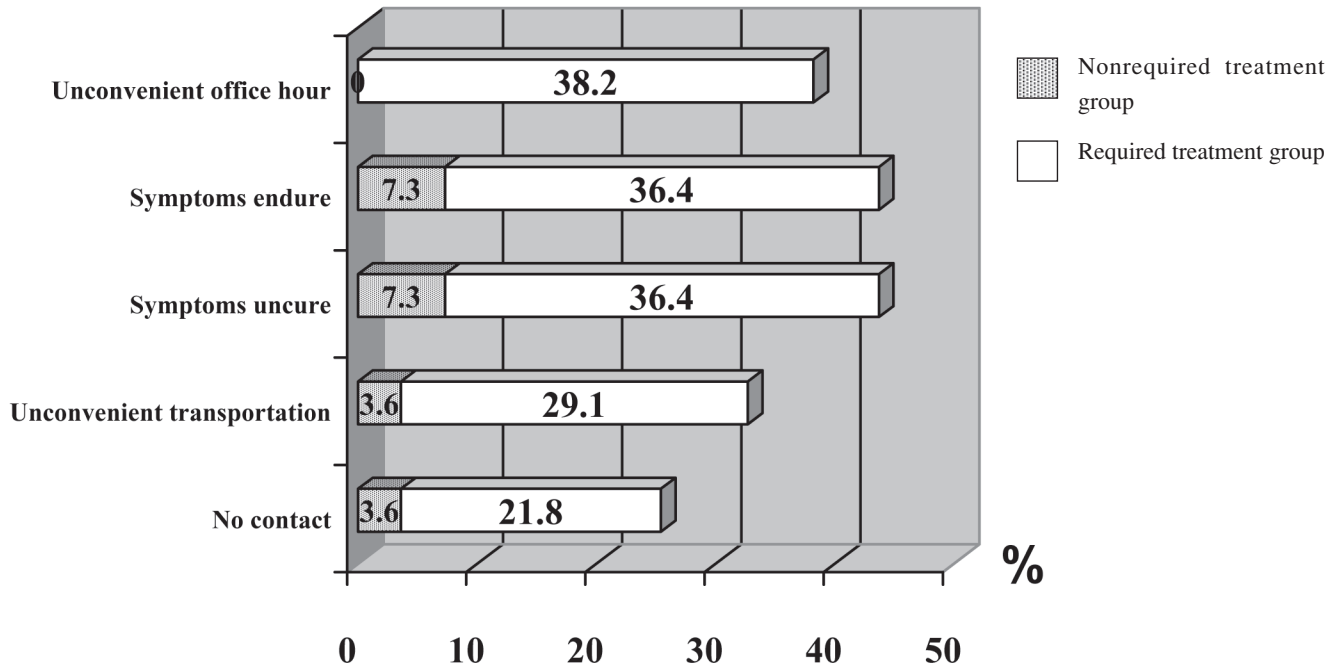
เป็นต้น ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงเหตุผลพร้อมทั้งจัดอันดับความสำคัญของเหตุผลนั้นโดยเรียงอันดับการให้ความสำคัญของเหตุผลเป็นอันดับที่ 1 ถึง 5 โดยมีการกระจายลำดับความสำคัญของเหตุผลดังตารางที่ 3 จากผู้ที่ยังคงมีอาการอยู่หลังจากยุติการรักษาไปจำนวน 55 คน ทั้งผู้ที่ยังคงต้องการรักษาต่อ และผู้ที่ไม่ต้องการรักษาต่อ ทั้งสองกลุ่มให้เหตุผลที่ยุติการรักษาไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีปัญหาความไม่สะดวกมารับการรักษาในเวลาราชการเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการรักษาต่อต้องยุติการรักษาไป (รูปที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอาการก่อนและหลังการรักษา ในผู้ตอบแบบสอบถามที่ยังคงมีอาการอยู่จำนวน 55 คน

Table 1 Comparison of symptoms of 55 respondents with sustained symptoms, before and after treatment

| Symptoms | Before treatment | | After treatment | | p-value |
|---|------------------|-----------|-----------------|-----------|---------|
| | yes | no | yes | no | |
| Pain in or about the cheek, jaw, ear, and/or neck | 11 (14.3) | 44 (57.1) | 9 (11.7) | 46 (59.7) | .791 |
| Swelling in or about the cheek, jaw, ear, and/or neck | 0 | 55 (71.4) | 1 (1.3) | 54 (70.1) | 1.000 |
| Tension in or about the cheek, jaw, ear, and/or neck | 8 (10.4) | 47 (61.0) | 7 (9.1) | 48 (62.3) | 1.000 |
| Jaw "get stuck" or "lock" | 29 (37.7) | 26 (33.8) | 24 (31.2) | 31 (40.3) | .267 |
| Tooth / jaw ache from chewing foods | 15 (19.5) | 40 (51.9) | 15 (19.5) | 40 (51.9) | 1.000 |
| Changed bite position | 10 (13.0) | 45 (58.4) | 10 (13.0) | 45 (58.4) | 1.000 |
| Joint noises or sounds during jaw opening - closing | 42 (54.5) | 13 (16.9) | 40 (51.9) | 15 (19.5) | .791 |
| Joint sounds during jaw opening - closing with pain | 3 (3.9) | 52 (67.5) | 2 (2.6) | 53 (68.8) | 1.000 |
| Tired in or about the cheek, jaw, ear, and/or neck | 22 (28.6) | 33 (42.9) | 24 (31.2) | 31 (40.3) | .727 |
| Opened lock jaw | 8 (10.4) | 47 (61.0) | 3 (3.9) | 52 (67.5) | .063 |
| Limited mouth opening | 21 (27.3) | 34 (44.2) | 10 (13.0) | 45 (58.4) | .013 * |
| Jaw pain during speaking or yawning | 7 (9.1) | 48 (62.3) | 5 (6.5) | 50 (64.9) | .625 |
| Headaches | 14 (18.2) | 41 (53.2) | 14 (18.2) | 41 (53.2) | 1.000 |
| Ear ringing | 8 (10.4) | 47 (61.0) | 9 (11.7) | 46 (59.7) | 1.000 |

Values in parentheses are percentages. * p-value is significant at the 0.05 level.



รูปที่ 1 เหตุผลของการยุติการรักษาของผู้ที่ต้องการรักษาต่อและผู้ที่ไม่ต้องการรักษา

Fig. 1 Reasons for dropping out treatment of nonrequired and required treatment groups

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 77 คน) ต่อความคาดหวังต่าง ๆ จากการรักษา

Table 2 Numbers and percentages of subjects (n = 77) with treatment expectations

| Treatment expectation | Numbers of respondent in assigning a rank of treatment expectation | | | | |
|----------------------------|--|------------|------------|------------|------------|
| | Rank No. 1 | Rank No. 2 | Rank No. 3 | Rank No. 4 | Rank No. 5 |
| Normal jaw functions | 45 (58.4) | 3 (3.9) | 0 | 1 (1.3) | 0 |
| Hope not to get worse | 18 (23.4) | 3 (3.9) | 1 (1.3) | 0 | 3 (3.9) |
| Normal daily life | 15 (19.5) | 3 (3.9) | 1 (1.3) | 1 (1.3) | 0 |
| No pain | 15 (19.5) | 2 (2.6) | 1 (1.3) | 3 (3.9) | 0 |
| Others | | | | | |
| • No joint sound | 1 (1.3) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • Ability to work or learn | 0 | 1 (1.3) | 4 (5.2) | 0 | 0 |

Values in parentheses are percentages.

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 77 คน) ต่อเหตุผลยุติการรักษา

Table 3 Numbers and percentages of subjects (n = 77) with treatment drop-out reasons

| Treatment drop-out reasons | Number of respondent | Numbers of respondent in assigning a rank of treatment drop-out reason | | | | |
|--|----------------------|--|------------|------------|------------|------------|
| | | Rank No. 1 | Rank No. 2 | Rank No. 3 | Rank No. 4 | Rank No. 5 |
| Symptoms were bearable | 29 (37.7) | 21 (27.3) | 5 (6.5) | 3 (3.9) | 0 | 0 |
| Symptoms were thought incurable | 25 (32.5) | 14 (18.2) | 8 (10.4) | 2 (2.6) | 1 (1.3) | 0 |
| Office hours were not convenient | 24 (31.2) | 13 (16.9) | 4 (5.2) | 5 (6.5) | 2 (2.6) | 0 |
| Transportation was not convenient | 20 (26.0) | 12 (15.6) | 6 (7.8) | 1 (1.3) | 1 (1.3) | 0 |
| There was no contact | 16 (20.8) | 11 (14.3) | 2 (2.6) | 1 (1.3) | 0 | 2 (2.60) |
| Other reasons concerning treatment procedure unpleasantness: | | | | | | |
| • Treatment provider | 8 (10.4) | 7 (9.1) | 0 | 0 | 1 (1.3) | 0 |
| • Appointment | 5 (6.5) | 5 (6.5) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • Treatment modality | 7 (9.1) | 4 (5.2) | 1 (1.3) | 2 (2.6) | 0 | 0 |
| • Treatment fee | 5 (6.5) | 2 (2.6) | 0 | 2 (2.6) | 1 (1.3) | 0 |

Values in parentheses are percentages.

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้จากบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ของภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว ที่ยุติการรักษามานานโดยดูจากประวัติการรักษาครั้งสุดท้าย ซึ่งถึงแม้ว่าผู้วิจัยได้พยายามรวบรวมให้ได้มากที่สุด แต่เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยของภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยวยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ และเพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายต่อการนัดผู้ป่วยมารับรักษาต่อ การรวบรวมข้อมูลจึงกระทำได้เพียงบางส่วน ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยรวบรวมใบบันทึกประวัติผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ของภาควิชาฯ ที่ยุติการรักษาและมีที่อยู่ติดต่อได้จำนวน 316 ราย มีผู้ตอบกลับ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.3 ซึ่งเมื่อเทียบอัตราส่วนผู้ตอบกลับกับการศึกษาอื่นพบว่า อัตราผู้ตอบกลับในการศึกษานี้ค่อนข้างน้อย DeBoever และคณะ¹² ศึกษาในผู้ป่วย 60 คน ได้ตอบกลับร้อยละ 93 Yatani และคณะ¹¹ ศึกษาในผู้ป่วย 244 คน ได้

ตอบกลับร้อยละ 62.3 และ Kamisaka และคณะ¹⁴ ศึกษาในผู้ป่วย 672 คน ได้ตอบกลับร้อยละ 59.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อกับภาควิชาไปนาน อาจมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ด้วยเนื่องจากมีแบบสอบถามจำนวนหนึ่งถูกส่งกลับด้วยเหตุไม่ถึงผู้รับ หรือผู้ป่วยไทยไม่สนใจตอบแบบสอบถาม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีผลตอบรับใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่ใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์เป็นเครื่องมือซึ่งมักมีผู้ตอบกลับอยู่ประมาณร้อยละ 20 ถึง 30 และแม้ว่าเราไม่อาจอ้างได้ว่า ผลของการศึกษานี้เป็นตัวแทนของปัญหาการยุติการรักษาของผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ที่มารับรักษาที่ภาควิชาฯ แต่การศึกษานี้มีข้อมูลหลายประการสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{1,11,12} ได้แก่ สัดส่วนของเพศชายต่อหญิง (1 ต่อ 3.5) และอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วง 20-40 ปี เป็นต้น

โดยทั่วไปมักมีรายงานว่า ความเจ็บปวดเป็นปัญหาหรืออาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการบำบัดรักษามากที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยให้ความสนใจเสี่ยงข้อต่อขากรรไกรน้อยที่สุด¹⁵ จากการศึกษา¹⁶ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากให้ประวัติว่ามารับการรักษาด้วยอาการมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยมีเสียงข้อต่อขากรรไกรเป็นอาการสำคัญร่วมกับอาการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้ได้จากผู้ที่ยุติการรักษาไป ข้อมูลเรื่องปัญหาหรืออาการที่ต้องการบำบัดรักษาจึงแตกต่างออกไป แต่จะมีความคล้ายกับอาการที่มักมีรายงานว่าคงมีอยู่ภายหลังการรักษา¹⁶⁻¹⁸ จากการศึกษา¹⁶ พบว่า เกือบ 3 ใน 4 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็นผู้ที่ยังคงมีอาการอยู่หลังยุติการรักษา และเสียงข้อต่อขากรรไกรเป็นอาการที่ยังคงเหลือมากที่สุด

เป็นที่ยอมรับกันว่า การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ซึ่งมีผลอกลบพันเป็นอุปกรณ์สำคัญมีประโยชน์ในการบำบัดรักษาที่เอ็มดี^{1, 7-9} และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นโดยไม่จำกัดว่ามีคำวินิจฉัยจำเพาะใด^{9, 19-23} การศึกษานี้พบว่า มีผู้ที่ยุติการรักษาหายจากอาการที่เอ็มดีและ/หรือดีขึ้นจำนวนมาก แต่ก็ยังมีอีกจำนวนหนึ่งที่มีอาการคงที่หรือแย่ลงภายหลังจากรับการรักษาระยะหนึ่ง จึงเกิดประเด็นที่น่าสนใจว่า ควรมีระยะเวลาในการรักษาและติดตามผลนานเท่าไรผู้ป่วยจึงจะหายจากความเจ็บป่วยนั้น Magnusson และคณะ¹⁸ ศึกษาติดตามผลระยะยาว 10 ปีในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ถึง 25 ปี จำนวน 84 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงขึ้น-ลง (fluctuation) อย่างเห็นได้ชัด แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อจำแนกอาการแสดงเหล่านี้เป็นส่วน ๆ หรือพิจารณาตามดัชนีต่าง ๆ และไม่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขึ้น อาการที่ตรวจพบทางคลินิกได้แก่ ยังมีกล้ามเนื้อกดเจ็บ ข้อต่อขากรรไกรมีเสียงคลิก แต่ไม่พบอาการข้อต่อยึด (locked joint) และเมื่อมีการติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่ออีก 10 ปี²⁴ มีผู้ได้รับการรักษาในการติดตามผล 20 ปีจำนวนร้อยละ 18 และมีผู้ที่ยังต้องการรับรักษาเมื่ออายุ 35 ปีเพียงร้อยละ 3 ส่วน Sato และคณะ²⁵ พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย

ว่ามีแผ่นรองข้อต่ออยู่ผิดตำแหน่งมาด้านหน้าชนิดไม่กลับคืน (anterior disc displacement without reduction) มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นถึงแม้ไม่มีการรักษา ในระยะเวลาต่าง ๆ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.1 มีอาการดีขึ้นที่ 6 เดือน ร้อยละ 50 มีอาการดีขึ้นที่ 12 เดือน และร้อยละ 68.2 มีอาการดีขึ้นที่ 18 เดือน เช่นเดียวกัน Kurita และคณะ²⁶ ติดตามผู้ป่วยที่มีอาการของข้อต่อ ได้แก่ ข้อต่อขากรรไกรอักเสบ (osteoarthritis) และมีการเปลี่ยนแปลงภายใน (internal derangement) ที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลา 2.5 ปี ศึกษาโดยใช้เอ็มอาร์ไอ (MRI, Magnetic Resonance Imaging) พบว่า ร้อยละ 43 ไม่มีอาการ ร้อยละ 33 มีอาการลดลง และร้อยละ 25 มีอาการไม่ดีขึ้นและต้องการรักษา Rammelberg²⁷ นำเสนอว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดพังผืดกล้ามเนื้อ (myofascial pain) ร้อยละ 31 ยังคงมีอาการภายหลังการรักษาในระยะเวลา 5 ปี ร้อยละ 33 หายจากอาการ และร้อยละ 36 กลับมามีอาการใหม่ ส่วนการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลาที่หลากหลาย ตั้งแต่ไม่น้อยกว่าหนึ่งเดือนจนถึงมากกว่า 5 ปี และส่วนใหญ่ยุติการรักษา นานกว่า 2 ปี เนื่องด้วยการศึกษานี้มีข้อมูลน้อย ไม่สามารถวิเคราะห์ประเด็นนี้ทางสถิติได้ จึงน่าสนใจว่า บุคคลกลุ่มนี้จะมีการปะทุของอาการอีกหรือไม่และเมื่อไรถ้าไม่มีการรักษา เนื่องจากมีผู้ที่ต้องการรักษาต่อถึงร้อยละ 78.2 ของผู้ที่ยังมีอาการ

จากที่การศึกษาทางระบาดวิทยาในอดีต¹ สรุปไว้ว่ามีผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของทีเอ็มดีอย่างน้อยหนึ่งอาการ ในประชากรทั่วไปทั้งผู้ใหญ่และเด็ก โดยไม่ต้องการรับการรักษา อาการแสดงเหล่านี้ได้แก่ เสียงข้อต่อขากรรไกรหรืออาการอ้าปากได้ไม่เป็นแนวตรง โดยไม่มีปัญหาอ้าปากได้จำกัดหรือไม่ได้กว้าง และในหลายการศึกษา^{16, 17, 19, 24-26, 28-31} พบว่า อาการดังกล่าวเป็นอาการที่ยังคงอยู่หลังการรักษา เช่นเดียวกันการศึกษานี้พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบร้อยละ 90 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี ถึงแม้ว่าบางคนยังคงมีอาการอยู่ Greene³⁰ และ Hiltunen และคณะ³¹ รายงาน

ว่า ความต้องการรับการรักษารหรืออาการและอาการแสดง ได้แก่ เสียงซ้อต่อขากรรไกร การกดเจ็บซ้อต่อและกล้ามเนื้อ การอ้าปากเบ้ การอ้าปากได้ไม่กว้าง ปากกฏน้อยลงในผู้สูงวัย ชื้นหรือผู้ที่ลดการรักษา (decreased treatment) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะที่เอมดีกระทบต่อบุคคลในระดับที่แตกต่างกัน ทั้งระดับความทนทุกข์ทรมานและผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน³² ผู้ตอบแบบสอบถามนี้ก็มีความรู้สึกว่าที่เอมดีมีผลตั้งแต่ ทำให้รู้สึกทรมานจนถึงระดับพอทนได้

Ash³³ ได้ชี้ประเด็นว่า ทันตแพทย์มักประเมินความสำเร็จหรือความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมโดยอาศัยหลักทางวิชาการหรือสิ่งที่ตนเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ถูก ได้แก่ ลักษณะของด้านหรือการสบฟันที่ทำให้บดเคี้ยวได้ดี เป็นต้น แต่สิ่งนี้ไม่ใช่ปัจจัยที่ชี้ว่าความต้องการรับการรักษของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เอมดี ซึ่งพบว่าความต้องการรักษาขึ้นอยู่กับปัญหาจากที่เอมดีที่ผู้ป่วยประสบอยู่³⁴⁻³⁶ ได้แก่ อาการเจ็บปวด และ/หรือการทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติของระบบบดเคี้ยว ความคาดหวังจากการรักษาที่ต้องการให้ระบบบดเคี้ยวทำหน้าที่ได้ และความสามารถดำรงชีวิตประจำวัน เป็นปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทันตแพทย์ควรสนใจในการรักษาผู้ป่วยที่เอมดี^{37,38} จากการศึกษาพบว่า อาการที่เอมดีที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีผลต่อชีวิตประจำวันมากที่สุด โดยทำให้รู้สึกเครียด หงุดหงิด คือ เคี้ยวอาหารบางประเภทไม่ได้และมีปัญหาในการอ้า-หุบปาก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอาการก่อนและหลังการรักษา พบว่าผู้ป่วยอ้าปากได้กว้างขึ้น การรักษาที่ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วยนี้น่าจะมีผลให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรู้สึกหายและ/หรือดีขึ้น ในขณะที่เสียงซ้อต่อขากรรไกรและอื่น ๆ เป็นอาการที่ไม่เปลี่ยนแปลงอาจจะมีผลให้ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งรู้สึกคงเดิมและ/หรือแย่ลง และอาจทำให้ผู้ป่วยยุติการรักษาไป

แม้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนหนึ่งยังมีอาการและต้องการรักษาต่อ แต่ไม่มารับการติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง จึงเป็นที่น่าสนใจว่า อะไรเป็นสาเหตุของการยุติการรักษา จากการสอบถามในครั้งนี้นพบว่ามีเหตุผลหลายประการ ได้แก่ รู้สึก

ทนกับอาการที่เป็นอยู่ได้ รู้สึกว่าอาการที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ความไม่สะดวกเรื่องเวลาและการเดินทางมาติดตามผล การขาดการติดต่อจากผู้ให้การรักษา และอื่น ๆ โดยในกลุ่มที่ต้องการรักษาต่อและกลุ่มที่ไม่ต้องการรักษาต่อก็มีความเห็นไปในทางเดียวกัน ลักษณะเช่นนี้สอดคล้องกับรายงานจาก Smith³⁹ De Boever และ Keersmaekers⁴⁰ Yatani และคณะ¹¹ และ Morgan⁴¹ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า ปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งน่าจะแก้ได้ โดยทันตแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงธรรมชาติของที่เอมดี กระบวนการรักษา ทางเลือกของวิธีการรักษา และผลของการรักษา การสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาน่าจะเป็นกุญแจสำคัญให้ผู้ป่วยพอใจและร่วมมือมารับการรักษาตามกำหนดนัด และการบริหารจัดการคลินิกให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้แก่ การจัดคลินิกนอกเวลาราชการก็น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาและติดตามผลมากขึ้น

สรุป

ในกระบวนการบำบัดรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่สบายใด ๆ การติดตามผลการรักษามีความสำคัญยิ่งเพราะนอกจากจะทำให้ทราบถึงผลการรักษาแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาการดำเนินไปของโรคนั้น โดยเฉพาะในกรณีของที่เอมดีที่มีความหลากหลายและไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในเรื่องการดำเนินไปของโรคหรืออาการนั้น เมื่อมีผู้ป่วยยุติการรักษาไปโดยไม่ทราบสาเหตุ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษานี้ ซึ่งผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า การยุติการรักษาของผู้ป่วยที่เอมดี อาจไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยหายจากอาการเหล่านั้นแล้ว ยังมีผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ การที่ผู้ป่วยยุติการรักษาอาจเป็นเพราะสาเหตุอื่น การจัดการคลินิกเพื่อการบำบัดรักษาที่เอมดีให้ประสบความสำเร็จ จึงควรมีการคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุน โดยเงินทุนอุดหนุนการวิจัยทางทันตกรรม 3205-312 # 12/2543 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Okeson J. Orofacial: Guidelines for assessment and management. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence Publishing Co., 1996: 113-84.
2. Goddard G. Controversies in TMD. J Calif Dent Assoc. 1998;26(11):827-32.
3. Brown DT, Gaudet EL. Temporomandibular disorder treatment outcomes: second report of a large-scale prospective clinical study. Cranio. 2002;20(4):244-53.
4. Gaudet E, Brown D. Temporomandibular disorder treatment outcomes: first report of a large-scale prospective clinical study. Cranio. 2000;18(1):9-22.
5. Wexler G, Steed P. Psychological factors and temporomandibular outcomes. Cranio. 1998;16(2): 72-7.
6. Ekberg E, Nilner M. A 6- and 12-month follow-up of appliance therapy in TMD patients: a follow-up of controlled trial. Int J Prosthodont. 2002;15(6): 564-70.
7. Ekberg E, Vallon D, Nilner M. Occlusal appliance therapy in patients with temporomandibular disorders. A double-blind controlled study in a short-term perspective. Acta Odontol Scand. 1998;56(2):122-8.
8. Ekberg E, Vallon D, Nilner M. The efficacy of appliance therapy in patients with temporomandibular disorders of mainly myogenous origin. A randomized, controlled, short-term trial. J Orofac Pain. 2003;17(2):133-9.
9. Ekberg E, Vallon D, Nilner M. Treatment outcome of headache after occlusal appliance therapy in a randomized controlled trial among patients with temporomandibular disorders of mainly arthrogenous origin. Swed Dent J. 2002;26(3):115-24.
10. Clark GT. Etiologic theory and the prevention of temporomandibular disorders. Adv Dent Res. 1991;5:60-6.
11. Yatani H, Kaneshima T, Kiuboki T, Yoshimoto A, Matsuka Y, Yamashita A. Long-term follow-up study on drop-out TMD patients with self-administered questionnaires. J Orofac Pain. 1997; 11(3):258-69.
12. De Boever JA, Van Wormhoudt K, De Boever EH. Reasons that patients do not return for appointments in the initial phase of treatment of temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 1996;10(1):66-72.
13. Holmlund A. Criteria for temporomandibular joint treatment outcome. In: Stegenga B, de Bont L, editors. Management of temporomandibular joint degenerative diseases. Basel, Switzerland: Birkhauser Verlag, 1996:63-72.
14. Kamisaka M, Yatani H, Koboki T, Matsuka Y, Minakuchi H. Four-year longitudinal course of TMD symptoms in an adult population and the estimation of risk factors in relation to symptoms. J Orofac Pain. 2000;14(3):224-32.
15. Smith J. Neglected patients in temporomandibular joint dysfunction reports. J Prosthet Dent. 1988; 59(1):78-80.
16. Pedersen A, Hansen H. Long-term evaluation of 211 patients with internal derangement of the temporomandibular joint. Community Dent Oral Epidemiol. 1987;15(6):344-7.

17. Vanichanon P, Samchai S, Preechanusorn S. Evaluation of treatment for temporomandibular disorders utilizing mail questionnaires. *CU Dent J.* 1995;18(3):177-89.
18. Magnusson T, Carlsson G, Egermark I. Changes in clinical signs of craniomandibular disorders from the age of 15 to 25 years. *J Orofac Pain.* 1994; 8(2):207-15.
19. de Leeuw R, Boering G, Stegenga B, de Bont L. Symptoms of temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement 30 years after non-surgical treatment. *Cranio.* 1995;13(2):81-8.
20. Conti P, de Azevedo L, de Souza N, Ferreira F. Pain measurement in TMD patients: evaluation of precision and sensitivity of different scales. *J Oral Rehabil.* 2001;28(6):534-9.
21. Auerbach S, Laskin D, Frantsve L, Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorders patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59(6):628-33.
22. McNeill C. History and evolution of TMD concepts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83(1):51-60.
23. Emshoff R. Clinical factors affecting the outcome of occlusal splint therapy of temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil.* 2006;33:393-401.
24. Magnusson T, Egermark I, Carlsson G. Treatment received, treatment demand, and treatment need for temporomandibular disorders in 35-year-old subjects. *Cranio.* 2002;20(1):11-7.
25. Sato S, Kawamura H, Nagasaka H, Motegi K. The natural course of anterior disc displacement without reduction in the temporomandibular joint: follow-up at 6, 12, and 18 months. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55(3):234-8.
26. Kurita K, Westesson P, Yuasa H, Toyama M, Machida J, Ogi N. Natural course of untreated symptomatic temporomandibular joint disc displacement without reduction. *J Dent Res.* 1998; 77(2):361-5.
27. Rammelberg P, LeResche L, Dworkin S, Mancl L. Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: a 5-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2003;17(1):9-20.
28. de Leeuw J, Ros W, Steenks M, Lobbezoo-Scholte A, Bosman F, Winnubst J. Craniomandibular dysfunction: patient characteristics related to treatment outcome. *J Oral Rehabil.* 1994;21: 667-78.
29. Sato S, Kawamura H, Motegi K. Management of nonreducing temporomandibular joint disk displacement. Evaluation of three treatments. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995; 80(4):384-8.
30. Greene C. Temporomandibular disorders in the geriatric population. *J Prosthet Dent.* 1994;72(5): 507-9.
31. Hiltunen K, Peltola JS, Vehkalahti MM, Narhi T, Ainamo A. A 5-Year Follow-up of signs and symptoms of TMD and radiographic findings in the elderly. *Int J Prosthodont.* 2003;16:631-4.
32. Vallon D, Nilner M, Soderfeldt B. Treatment outcome in patients with craniomandibular disorders of muscular origin: a 7-year follow-up. *J Orofac Pain.* 1998;12:210-8.

33. Ash M. Paradigmatic shifts in occlusion and temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil.* 2001; 28(1):1-13.
34. Ohrbach R, Dworkin SF. Five-year outcomes in TMD: relationship of changes in pain to changes in physical and psychological variables. *Pain.* 1998; 74(2-3):315-26.
35. Murakami K, Kaneshita S, Kanoh C, Yamamura I. Ten-year outcome of nonsurgical treatment for the internal derangement of the temporomandibular joint with closed lock. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;94(5):572-5.
36. Epker J, Gatchel RJ. Prediction of treatment-seeking behavior in acute TMD patients: practical application in clinical settings. *J Orofac Pain.* 2000; 14(4):303-9.
37. Schiffman E, Friction J, Haley D, Shapiro B. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc.* 1990;120(3):295-303.
38. Yap AUJ, Chua EK, Hoe JKE. Clinical TMD, pain-related disability and psychological status of TMD patients. *J Oral Rehabil.* 2002;29(4):374-80.
39. Smith J. Non-compliance in patients with temporomandibular joint dysfunction. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1983;11(2):132-3.
40. De Boever JA, Keersmaekers K. Trauma in patients with temporomandibular disorders: frequency and treatment outcome. *J Oral Rehabil.* 1996;23(2):91-6.
41. Morgan DG. 'Please see and advise': a qualitative study of patients' experiences of psychiatric outpatient care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(8):442-50.

Follow-up study on drop-out temporomandibular disorders patients

Wantanee Mutirangura DDS., MS., Diplomate, Thai Board of Oral Diagnostic Sciences¹

Prapaporn Homjunjeerung²

Sajjaporn Pakanan²

¹ Department of Occlusion, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

² Dental student, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

Abstract

Objectives To follow-up and determine causes of temporomandibular disorders (TMD) treatment drop-out.

Materials and methods Self-administered questionnaires were mailed to 316 TMD drop-out patients, treated at Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University.

Results There were 77 respondents (response rate 24.3%). They were 17 males (22.1%) and 60 females (77.9%). The group presented 58 patients (75.3%) sought treatment for more than one symptom, and temporomandibular joint sound was the primary chief complaint (31.1%). All subjects received conservative treatment, which was the mainly use of occlusal appliance. The results were as follows. 1. There were 55 remained symptoms persons (71.4%) after dropping out treatment. The persistent symptoms were not different significantly from the symptoms before treatment except the limitation of mouth opening ($p = 0.013$). The further treatment was required by 43 persons (78.2%) but not by 12 persons (21.8%). 2. The treatment remission reasons were: symptoms were bearable (37.7%), symptoms were thought incurable (32.5%), government office hours were not convenient (31.2%), transportation was not convenient (26.0%), there was no contact (20.8%), and other.

Conclusion This study suggests that the TMD patient may have sustained symptoms after treatment remission, and several reasons are the cause of dropping out treatment.

(CU Dent J. 2007;30:117-28)

Key words: patient drop-out; temporomandibular disorders; treatment follow-up
