

# Begreppet tandhälsa blir munhälsa näringslärares betydelse ökar alltmer

**Det ligger i tiden att använda munnen som kroppens spegel. En rad sjukdomstillstånd – t ex diabetes, aids, malignitet – manifesteras oralt. Även kosten har betydelse för både munhälsan och den generella hälsan.**

□ Centrum för nutrition och toxicologi (CNT) och Institutionen för medicinsk näringslära, båda vid Novum, Huddinge Sjukhus, arrangerar sedan 1982 en seminarierie kallad "Kost och Hälsa". Det 12:e seminariet i serien hade rubriken "Kost och Munhälsa" och ägde rum 21–22 oktober 1994 i Novums hörsal. Intresset för seminariet var mycket stort med närmare 200 deltagare, representerande både tandvård, näringslära, preventiv sjukvård samt politiska beslutsfattare.

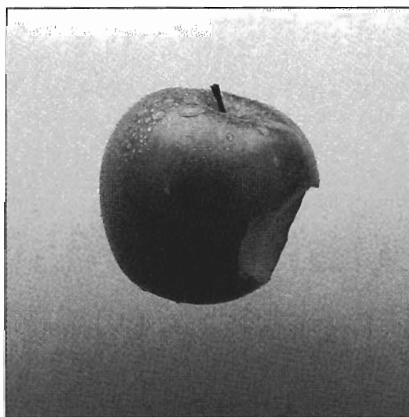
En liknande konferens, "Kost och tandhälsa" i regi av bl a Tandvärnet avhölls 1984. Sedan dess har SPRI 1990 givit ut rapport nr 297, "Tandvårdens arbete för bättre kostvanor".

### Från tandhälsa till munhälsa

Avsikten med seminariet var dels att bredda det tidigare perspektivet från tandhälsa till munhälsa, dels att stimulera till ökat samarbete mellan odontologi och näringslära beträffande diagnostik, behandling och prevention samt stimulera till utveckling av undervisningen av studenter och patienter i näringslära.

Den första dagen ägnades åt en bred genomgång av kunskaper inom området kost och munhälsa, medan den andra dagen fokuserades på hur

kunskaper i näringslära kan förmedlas till patienter och studenter av olika kategorier. Som föreläsare medverkade professor Thomas Modéer och docent Thore Martinsson vid Odontologiska fakulteten i Stockholm, odont dr Annika Skoglund vid Käkkirurgiska kliniken på Södersjukhuset, professor Döwen Birkhed och odont dr Peter Lingström vid Odontologiska fakulteten i Göteborg, samt professor emeritus Thorild Ericson och docent Ingegerd Johansson vid Odontologiska fakulteten i Umeå.



### Oral hälsa i Sverige

Seminariet inleddes med en översikt över den orala hälsan i Sverige. Enligt WHO definieras oral hälsa som "ett tillstånd av fullständig normalitet och funktionsförmåga i tänderna och deras stödjevvnader samt i angränsande delar av munhålan och det mastikatoriska systemet". Mellan 1972 och 1991 sjönk frekvensen tandlöshet i befolkningen från 25 procent till 3,8 procent i åldrarna 20–60 år. Andra mått på oral hälsa, som t ex medeltalet oskadade tänder, är dock oförändrat i åldrarna över 35 år och andelen tänder med fyllning eller krona har ökat i åldrarna över 55 år.

Kariesfrekvensen hos barn har kraftigt reducerats under de senaste 20 åren och cirka 70 procent av treåringar i Sverige är nu kariesfria. Andelen barn med hög kariesfrekvens är dock i stort sett oförändrad. Grovt sett uppskattas att 25 procent av alla patienter inom tandvården svarar för 75 procent av alla karies-skador, varför man ur kariessynpunkt kan tala om en "sjuk" och en "frisk" population. En av förklaringarna till detta är att invandrabarn har mer karies än motsvarande svenska barn.

Risken för både karies och parodontit ökar vid en rad olika sjukdomstillstånd, t ex diabetes mellitus, hjärtsjukdom, agranulocytos, hypofosfatemi, Downs syndrom och cerebral pares.

### Kostens betydelse för karies och parodontit

Kosten kan påverka munhälsan direkt (lokal effekt) och indirekt (systemisk effekt). För kariesutveckling är lokala effekter av kostens kolhydrater av central betydelse, där både kolhydrattyp, mängd och koncentration, födas "klibbighet" samt intagsfrekvens spelar roll. Risken ökar vid reducerad salivsekretion (sjukdom, farmaka), vid högt antal syrabildande bakterier och vid blottlagda rottytor. Sackaros är starkt kariesframkallande, men nya data antyder att stärkelse kan potentiera sackaroseffekten genom att förlänga pH-sänkningen genom sin klibbighet. Patienter som ordinerats en protein- eller fettreducerad kost respektive energität kost har ofta ett högt intag av lätt digerbara kolhydrater, vilket ökar kariesrisken.

För parodontit har inget säkert

samband med kosten kunnat påvisas.

### **Kost och saliv**

Människans salivkörtlar producerar  $\approx 0,5-1$  liter saliv/dygn. De olika salivkörtlarna producerar sekret med olika sammansättning. Parotiskörteln är mest stimulerbar. Kostens kvalitet (tuggstimulering och näringsinnehåll) påverkar både salivens kvantitet och kvalitet. Salivsekretionen kan kraftigt påverkas i både stimulerande och hämmande riktning genom t ex kostens konsistens, smak, tuggning, generell proteinenergi malnutrition och vissa specifika näringsämnen, t ex vitamin A, D, B<sub>2</sub> och järn. Det är väsentligt att skilja subjektiv muntorrhet från objektiviserbar hyposalivation.

### **Munhålan – kroppens spegel**

En rad olika sjukdomstillstånd kan manifesteras i munhålan vävnader. Som exempel på kostrelaterade munslemhinnesjukdomar nämndes järnbristanemi, B12-brist och folatbrist. Generell malnutrition predisponerar för t ex orala sår, glossit och angulär cheilit. Härutöver togs upp bl a Mb Sjögren och oral candidos som led i systemsjukdom (t ex diabetes mellitus, malignitet, bindvävsjukdom, aids) samt lichen ruber planus/lichenoida reaktioner och leukoplakier som alla kan vara precancerösa förändringar. En noggrann undersökning av munhålan vävnader kan ibland påvisa orala manifestationer av sjukdomar som huvudsakligen engagerar andra organ i kroppen.

### **Bra kost – bra även för munhälsan**

En översikt gavs över den cellbiologiska bakgrunden till bl a salivsekretionen och behovet av kontinuerlig näringstillförsel för att säkra adekvat salivsekretion. Med ökande kunskaper om samband mellan exogena (kost/närings-ämnen) och endogena

komponenter (saliv, bakterier, tuggmuskler etc) kan man förutse ökade möjligheter att förstå och intervjera med bl a kostråd på både individ- och gruppnivå.

### **Sötningsmedel och dess effekter i munhålan**

Sötningsmedel kan indelas i energigivande och icke-energivande. Till den första kategorin hör sockerarter (t ex invertsocker, glukos, fruktos) och sockeralkoholer (t ex sorbitol, xylitol). Till den senare hör bl a sackarin, aspartam och cyklamat.

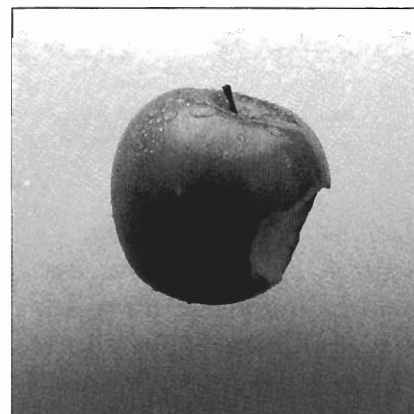
Flera av dessa sötningsmedel kan ej (icke-energivande sötningsmedel) eller endast i liten utsträckning (sockeralkoholer) metaboliseras av munbakterierna, varför de ej inducerar någon oral syraproduktion och därmed ej är kariogena.

Sockeralkoholerna har fått ett stort genomslag i vårt land och sorbitol används i merparten av sockerfritt godis och tuggummi, ofta i kombination med xylitol. Alla sockeralkoholer, framför allt xylitol, är laxerande, varför diarré kan vara ett problem vid hög dosering.

### **Tandvårdens behov av kunskaper i näringslära**

Under den andra seminariedagen sammanfattades undervisningen i näringslära vid olika odontologiska fakulteter i Europa inklusive Sverige. Näringslära är ett litet ämne vid alla de fyra odontologiska fakulteterna i landet och undervisningen är upplagd på olika sätt. Någon consensus om vilken kunskap i näringslära tandläkarstuderande bör ha föreligger ej.

Det bedömdes att tandvårdspersonal behöver ökade kunskaper i kost- och näringslära av flera skäl: kariesprevention, orala manifestationer av annan kostrelaterad sjukdom, konsekvenser av olika specialkost samt tandvårdens ansvar och möjligheter när det gäller patienternas allmänna hälsa (där kost/närings-fak-



torer är av stor betydelse), eftersom flertalet invånare redan går på regelbundna tandläkarkontroller.

Exempel gavs på hur tandvården kan arbeta preventivt med ambitionen att ta ett folkhälsoansvar utöver tandhälsan. Under seminariet demonstrerades även ett par typer av kostdatorsystem som kan användas för undervisning i näringslära på olika nivåer.

### **Uppföljning**

En uppföljningskonferens i anslutning till tandläkarnas och/eller läkarnas Riksstämman planeras 1996. Man bör då bredda perspektivet ytterligare och diskutera kostens betydelse för både munhälsan och den generella hälsan respektive huruvida munhålestatus kan användas som markör för allmänt hälsostatus. Därmed blir det naturligt att bjuda in både odontologer och medicinare samt personer som arbetar inom näringslära för en bred diskussion.

*Gunnar Akner  
Böllmed dr, Huddinge*

*Programansvarig och koordinator var biträdande överläkare Gunnar Akner. Moderatorer var professor Downen Birkhed och docent Ingegerd Johansson.*