



THAI DENTAL



VOLUME 1 ISSUE 4 OCTOBER • DECEMBER 2016

MAGAZINE



06 เจลลี่พระราชทาน



10 สืบเนื่องจากปก



18 สมดุล คุณค่า ชีวิต



34 DENT AWAY



40 DENT DINING



55 กลืนลำบาก

CONTENTS

VOLUME 1 ISSUE 4 COTOBER • DECEMBER 2016

06	เจลลี่พระราชทาน	34	Dent away	58	ประกันสังคม ไร้อันตรายวันนี้!!!!
10	สืบเนื่องจากปก	40	Dent Dining	62	Fluoride update
18	สมดุล คุณค่า ชีวิต	44	PPE	70	เบื้องหลังแนวทางการใช้ Fluoride update
20	จัดฟันแบบใส อย่างไรดี	48	Update เครื่องเอกซเรย์	72	สารจากนายก
24	ฟันสวยฟ้าผ่า	52	ทันตแพทย์ ต้องรับผิดชอบ ต่อผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน?	74	แถลงข่าวเล่ม
29	พระราชอาวมณัชนัน	55	กลืนลำบาก	75	ถวายอาลัย
30	ใหม่ชัดฟัน ในวันนี้				

* บทความในแมกกาซีนฉบับนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเท่านั้น *

สำนักในพระมหากษัตริย์คุณ

เรื่อง พศ.กณ.ดร. ดุลยพร ตราชูธรรม, พศ.กณ.ดร. อรุณวรรณ คำอวบ

“จากเจดีย์โกชนา สู่อาหารพระราชทาน” นวัตกรรมจากแนวพระราชดำริ น้ำพระทัยอันหาที่สุดมิได้



โรคเมะเร็งช่องปาก ถือเป็นโรคในปากที่ร้ายแรงที่สุด เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหกของโลก และอันดับสี่ในผู้ชายไทย ปัจจุบันแม้จะมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการรักษา แต่อัตราการรอดชีวิตในห้าปีของผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงต่ำกว่า 60% ที่เป็นเช่นนี้นอกจากความรุนแรงของโรคที่ร้ายชีวิตคนแล้ว ภาวะทุพโภชนาการยังเป็นสาเหตุสำคัญ

การมีรอยโรคในช่องปากและความเจ็บปวดจากเนื้องอกทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลำบาก นอกจากนี้ การรักษาด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมี

บำบัดยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับประทานอาหารอย่างมาก เนื่องจากจะก่อให้เกิดแผลอักเสบในช่องปากและลำคอบริเวณที่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะเจ็บปวดเวลาเคี้ยวอาหารและมีอาการกลืนลำบากจึงรับประทานอาหารได้น้อยลง ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการ น้ำหนักลด เกิดภาวะทุพโภชนาการ เป็นเหตุให้ต้องหยุดการรักษาหรือตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้องรับอาหารทางสายผ่านจมูกหรือช่องท้อง ซึ่งต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือพึ่งพาญาติให้เตรียมอาหารให้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจอีกด้วย

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชทรงตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะส่งผลต่อร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามที่พระองค์ได้เคยมีพระราชดำรัสว่า “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” จึงทรงมีพระราชดำริให้มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนาวัตกรรมการอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคิดค้นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคี้ยวการกลืน ให้สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ มีภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังสามารถ

หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
H.M. THE KING'S DENTAL SERVICE UNIT
มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์
Dental Innovation Foundation under Royal Patronage



พึ่งพาตนเองได้เป็นการลดภาระญาติและสถานพยาบาลอีกด้วย โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหลายฝ่าย ได้แก่ มูลนิธินานันทมหิดล โดยมีนักเรียนทุนมูลนิธินานันทมหิดลสองท่าน ได้แก่ ผศ.ทญ.ดร. ดุลยพร ตราชูธรรม และ ผศ.ทญ.ดร. อรุณวรรณ หล้าอุบล เป็นผู้จัดการโครงการสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมคิดค้นและพัฒนานวัตกรรมอาหารที่มีลักษณะกายภาพและคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ รัษฎาบุรี กรมการแพทย์ สถานพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ร่วมเป็นที่ทดลองทางคลินิก และบริษัท อ่าพลฟู้ดส์ โพรเซสซิง จำกัด ร่วมดำเนินการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐานสากล

การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมใดๆ ถือเป็นเรื่องท้าทาย เพราะเป็นการสร้างสิ่งใหม่ให้เกิดขึ้น ต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจและความเชี่ยวชาญจากศาสตร์หลายแขนง โดยปกติแล้วต้องใช้เวลาหลายปีจึงจะสำเร็จ แต่ด้วยความสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณต่อพระองค์ท่าน ทีมผู้ร่วมวิจัยและพัฒนาทุกฝ่ายต่างให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ส่งผลให้งานลุล่วงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์จากโครงการดังกล่าวทำให้เกิดนวัตกรรมอาหารพร้อมรับประทานลักษณะเป็นเจลกึ่งแข็งกึ่งเหลวตั้งชื่อใหม่ว่า “เจลลี่โภชนา” มีลักษณะเป็นก้อนใช้ช้อนตักใส่ปากได้ เมื่อเข้าปากจะละลายในปากและปลด

ปล่อยน้ำออกมาจึงทำให้กลืนได้ง่ายไม่เจ็บปวดนอกจากนี้ยังประกอบด้วยสารอาหารหลายชนิดซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุจำเป็นหลายชนิด โดยองค์ประกอบหลักเป็นนมที่มีน้ำตาลแลคโตสต่ำ ผู้ป่วยที่มีภาวะดื้อต่อเอนไซม์ย่อยนม (Lactose intolerance) จึงสามารถรับประทานได้โดยไม่เกิดอาการท้องเสีย

โครงการวิจัยในเบื้องต้นได้ผลผลิตเป็น เจลลี่โภชนา จำนวน 2 รสชาติ ได้แก่ รสชาวนม กับรสมะม่วง โดย 1 กล่อง มีปริมาณ 250 กรัม ให้พลังงาน 230 กิโลแคลอรี (รสชาวนม) และ



260 กิโลแคลอรี (รสมะม่วง) ตามลำดับ ซึ่งเทียบเท่ากับพลังงานจากอาหารมื้อหลักประมาณครึ่งมื้อ จึงจัดอยู่ในกลุ่มอาหารเสริม เจลลี่โภชนาได้ผ่านการผลิตด้วยกระบวนการที่ได้มาตรฐานทำปราศจากเชื้อด้วยความร้อนสูง (UHT) และบรรจุแบบปลอดเชื้อ ผ่านการทดสอบความปลอดภัยตามมาตรฐานของสำนักคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องอาหารในภาชนะที่บรรจุปิดสนิท และผ่านการรับรองสุขอนามัยจากฮาลาล (HALAL) พี่น้องชาวมุสลิมจึงสามารถรับประทานได้

จากการทดลองทางคลินิกในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษา พบว่า การได้รับเจลลี่โภชนาต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรับรังสีจนเสร็จสิ้นการรักษาช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น รับประทานอาหารทางปากได้มากขึ้น และลดอัตราการพึ่งพาอาหารทางสายลงได้ นอกจากนี้ เจลลี่โภชนายังมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาด้านการบดเคี้ยวและการกลืนด้วย ได้แก่ ผู้ที่รับการถอนฟันหรือผ่าตัดในช่องปาก ผู้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการเคี้ยวและกลืนลำบากนับว่าเป็นประโยชน์แก่ประชาชนจำนวนมาก

มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และคณะทำงานได้รับพระบรมราชานุญาตให้เข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทกราบบังคมทูลรายงานผลการคิดค้นและพัฒนา นวัตกรรมเจลลี่โภชนา ในวันที่ 4 กรกฎาคม 2554 โดยทรงมีพระราชวินิจฉัยเกี่ยวกับเจลลี่โภชนาในหลายประเด็นได้แก่ รสชาติอาหารเป็นสิ่งสำคัญ ต้องทำให้อร่อยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข โดยควรทำรสชาติของควาด้วย เช่น ข้าวมันไก่ และต้มยำกุ้ง นอกจากนี้บรรจุก้อนที่ทำมาเป็นฉลากแนวตั้งคล้ายกล่องนมยังไม่เหมาะสมเพราะถ้านำไปแจกแก่ประชาชนจะเขย่าทำให้เนื้อเจลลี่ผิดรูปไป จึงทรงพระราชทานคำแนะนำให้ปรับฉลากเป็นแนวนอน สิ่งที่พระองค์ท่านพระราชทานคำแนะนำนั้นเป็นจริงทุกประการ เพราะเมื่อคณะทำงานได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนฉลากเป็นแนวนอนแล้ว ปรากฏว่าไม่มีผู้นำไปเขย่าเลย มีแต่คนเข้าใจว่า เป็นสบู่หรือเนยแข็ง เรื่องนี้แสดงถึงพระอัจฉริยภาพในด้านการวิจัยและนวัตกรรมอย่างแท้จริง ด้วยทรงคำนึงถึงผู้ใช้นั้น หัวใจสำคัญ ในวโรกาสนี้ได้ทรงมีพระบรมราโชวาทว่า “การค้นคว้าวิจัยนั้นจะสำเร็จลุล่วงได้ดี จำเป็นต้องเริ่มจากการ “ค้นคว้า” ตามด้วยการ “ปฏิบัติ” และยังต้องมีการ “พัฒนา” อย่างต่อเนื่อง”

เมื่อคณะทำงานได้ทูลเกล้าฯ ถวายเจลลี่โภชนา ก็ได้ทรงโปรดเกล้าฯ พระราชทานเจลลี่โภชนาจำนวน 840,000 กล่อง ให้ทางมูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้นำไปแจกจ่ายให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และผู้ป่วยอื่นๆ ภายใต้โครงการ “อาหารพระราชทานสู่ประชาชน” โดยมีผู้ป่วยมารับพระราชทานทั้งสิ้นกว่า 18,000 คน โดยผู้ป่วยที่มารับอาหารพระราชทานต่างรู้สึกสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้หลายรายรู้สึกว่ “เรารอดแล้ว” น้ำพระทัยจากพระองค์ท่านทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายต่อไป นับเป็นพระมหากรุณาธิคุณต่อพสกนิกรทั่วประเทศเป็นล้นพ้น

ปัจจุบัน มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ยังคงดำเนินการพัฒนาผลิตภัณฑ์เจลลี่โภชนาอย่างต่อเนื่อง โดยได้ทำการปรับปรุงบรรจุภัณฑ์ให้อยู่ในรูปแบบถ้วยแบบมีฝาเปิดเพื่อให้สามารถรับประทานได้โดยง่าย นอกจากนี้กำลังอยู่ในขั้นตอนวิจัยและพัฒนาเจลลี่โภชนารสชาติต่างๆ ถือเป็นการดำเนินรอยตามพระบรมราโชวาท “ค้นคว้า-ปฏิบัติ-พัฒนา” ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

จาก “เจลลี่โภชนา” นวัตกรรมอาหารจากแนวพระราชดำริ สู่ “อาหารพระราชทาน” อันยังประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิต นับเป็นน้ำพระทัยต่อประชาชนชาวไทยอย่างหาที่สุดมิได้ T





ภาพของ “พ่อ”

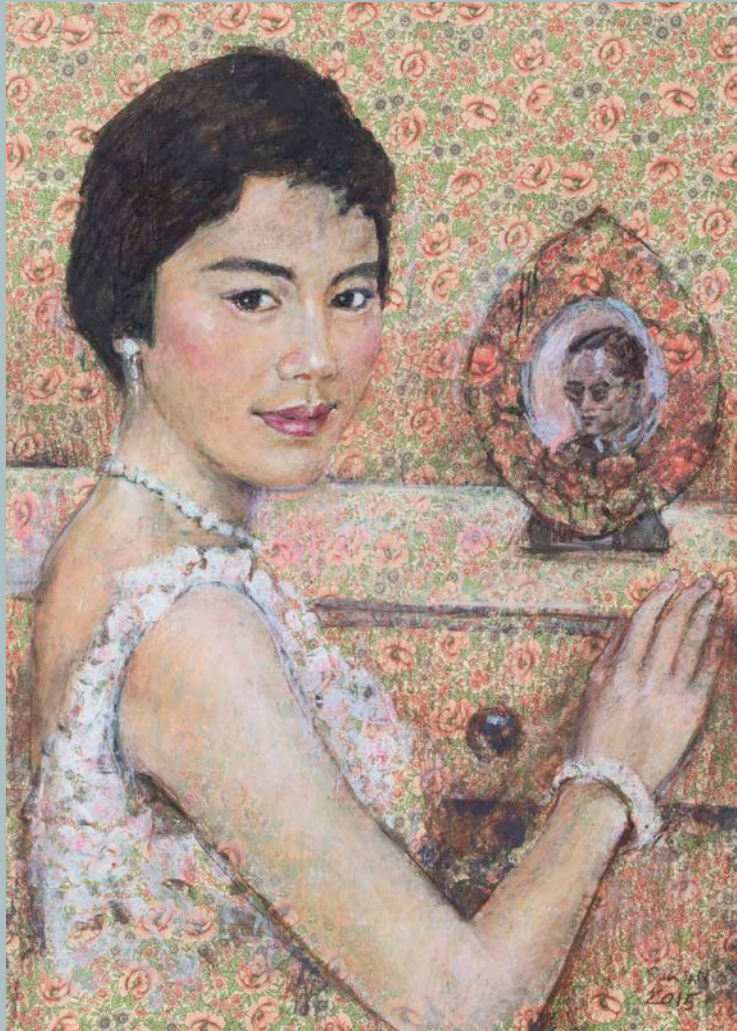
เรื่อง ฤทัย ภาพ ตัน / IS

สำหรับศิลปินนักวาดภาพ การจรดปลายพู่กันลงบนกระดาษสีขาวสะอาด แล้วปล่อยให้เส้นสายที่กระหวัดวาดเป็นไปตามใจคิด ให้นือสีไหลซึมสู่ทุกอณูกระดาษ นับเป็นช่วงเวลาที่ต้องใช้ความประณีตละเอียดอ่อน เพื่อให้ภาพทุกภาพสื่อสะท้อนถึงความหมายที่กินใจ...

พระบรมศาสดาสลัษณ์และพระบรมฉายาสาทิสลักษณ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ในหลากหลายพระราชอิริยาบถ ที่นับรวมแล้วมีมากกว่าสิบภาพ โดยฝีมือการสร้างสรรค์ของศิลปินนักวาดภาพมากฝีมือ ที่ชื่อสุชนันต์ วงศ์วราพันธ์ หรือครูต้อม ที่ได้ถูกนำมาจัดแสดงเพื่อน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณอันหาที่สุดมิได้ ในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ณ ร้าน Life and Kuisine ร้านเท่ๆ

เปิดใหม่ในย่านพระนครไม่เพียงเรียกน้ำตาขึ้นให้เกิดขึ้นแก่ผู้ที่ได้ชื่นชม แต่เพียงเท่านั้น ทว่ายังสร้างความซาบซึ้ง สร้างพลัง สร้างแรงบันดาลใจให้เราทุกคนได้เดินตามรอยเบื้องพระยุคลบาทด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง

จากอดีตมนุษย์เงินเดือนที่คร่ำหวอดอยู่ในวงการโฆษณา ภาพยนตร์โปรดัคชั่นชั้นต่างๆ สู่วิถีชีวิตของการเป็นศิลปินนักวาดภาพ ครูต้อม-สุชนันต์ วงศ์วราพันธ์ ออกตัวกับเราอย่างถ่อมตนว่า



“ผมจบวิทยาลัยช่างศิลป์ ตอนเด็กๆ วาดภาพไม่ค่อยเก่งหรอก แต่เริ่มทำจากความชอบนั่นคือเหตุผล ความเพียรเป็นสิ่งสำคัญในหลวง เป็นแบบอย่างในการวาดรูป ทรงมีอัจฉริยภาพ ทรงเป็นศิลปิน และทุกภาพของพระองค์ล้วนเป็นต้นแบบทั้งงดงามยิ่ง เราชอบรูปไหนก็เอามาวาด เขียนดีบ้างไม่ดีบ้างก็ยังคงเขียน ภาพที่ผมเห็นพระองค์ท่านมาตลอดชีวิต คือพระองค์เสด็จพระราชดำเนินไปยังทั่วทุกภาคของประเทศไทย ไปในถิ่นทุรกันดาร ไปเยี่ยมราษฎรในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ผมซึมซับมาตลอด ตอนเด็กๆ เคยสงสัยว่า ทำไมพระองค์ท่านถึงต้องเสด็จพระราชดำเนินตลอดเวลา ไม่เคยหยุดพัก ในวันนี้อคำตอบชัดเจนว่า สิ่งที่พระราชทานของเรานั้นยิ่งใหญ่เหลือเกิน”

“ก่อนที่จะมาวาดภาพอย่างจริงจัง ตอนนั้นอยากทำตามความฝัน อยากทำงานเกี่ยวกับโปรดักส์ชั่น ทำโฆษณา ทำหนัง ทำค่ายเพลง เป็นช่วงวัยที่เราอยากเรียนรู้ รู้ลึกซึ้ง ได้ทำละคร ละครเวที เหมือนเป็นการใช้ชีวิต แต่เมื่อมาถึงวันหนึ่งคิดว่าไม่ใช่แล้ว และแม้ว่าช่วงนั้นจะเป็นช่วงฟองสบู่แตก หลายคนพยายามอยู่หนึ่งๆ อยู่กับที่ แต่เราไม่

คิดแบบนั้น ลาออกดีกว่า ออกมาวาดรูป รื้อฟื้นใหม่ มีรุ่นพี่ชวนมาสอนเด็กๆ ที่เขาเล่นกัน สิบบุหรี เเกเร จับมารวมตัวกัน ให้เขาได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ได้มองเห็นความฝันของตัวเองมากขึ้น เราไม่ใช่แค่ครู แต่เราเป็นบุคคลสร้างแรงบันดาลใจ ซึ่งความสุขอยู่ที่การให้มากกว่า ถึงแม้ว่าเราจะลาออกจากงานที่มีเงินเดือนเยอะ คิดว่าไม่เป็นไร เพราะเงินเดือนเยอะก็ใช้เยอะ มีเงินน้อยเราก็ใช้น้อย บางทีก็จ้กรยานไปสอน ไม่ได้ใช้จ่ายอะไรมาก มีกับข้าวอะไรก็แบ่งกันกิน ไปขอข้าวกันบาตร จากวัดมา แบ่งปันกัน ชีวิตเรียบง่าย อยู่ง่าย กินง่าย มีความสุข”

“ผมชอบเขียนภาพบุคคล เขียนภาพสัตว์ เป็นภาพเหมือน ชอบสีน้ำมัน สีน้ำ สีพาสเทล ดรออิง เขียนได้ทุกอย่าง แต่การเขียนภาพสีน้ำมัน มีขั้นตอนเยอะ ต้องรองพื้น ต้องมีชั้นสี สีน้ำก็ดีแต่คนเขียนกันมาก จึงหันมาเขียนภาพด้วยสีชอล์ค (PASTEL PAINTING) อยากใช้สีไหนเราก็หยิบ คือเราสามารถใช้สีชอล์คได้ทั้งงานประเพณีวาดเส้น (Drawing) หรือระบาย (Painting) ผมสามารถเขียนภาพพระบรมสาทิสลักษณ์ของพระองค์ท่านได้โดยไม่ต้องดูแบบ ภาพของพระองค์





มหาภูมิพลอดุลยเดช กับคุณทองแดง และกลุ่มสุนัขทรงเลี้ยง ไม่เพียงงดงามจับตา จากการเขียนภาพด้วยสีพาสเทล ผสานเทคนิคการปิดทอง แต่หากมองให้ลึกศิลปินยังได้ถ่ายทอดทุกอารมณ์ความรู้สึก ผ่านพระราชอิริยาบถ แววพระเนตร อันเปี่ยมด้วยพระเมตตา ที่ทรงมีต่อสัตว์น้อยใหญ่ได้อย่างลึกซึ้ง และกินใจ

“ภาพพระบรมฉายาสาทิสลักษณ์ของพระองค์ท่านกับคุณทองแดง จะเห็นว่าบรรยายความรู้สึกได้ดีมาก เป็นภาพแรกที่ผมทดลองนำแผ่นทองมาปิด ซึ่งความจริงแล้วเราใช้สีทองระบายก็ได้ แต่ความรู้สึกที่ได้จะไม่สວຍเหมือนการนำแผ่นทองมาปะ ที่ทำให้ภาพมีมิติได้มากกว่า ภาพนี้เป็นภาพแรกที่ผมเขียนด้วยสีพาสเทลคู่กับเทคนิคการปิดทอง ซึ่งการปิดทองนั้นยาก มีรายละเอียดมาก ทำครั้งแรกออกมาดีก็ภูมิใจ ใช้เวลาเขียนไม่นาน สักปาดหนึ่งก็แล้วเสร็จ ส่วนภาพพระบรมฉายาสาทิสลักษณ์ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงยืนประทับ และทอดพระเนตรมองมายังสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงเปี่ยมใน พึงवादแล้วเสร็จ เป็นการวาดจากรูปขาวดำ ที่ยาก มีความท้าทาย เพราะเรามองไม่เห็นรายละเอียดมากนัก”

“อย่างภาพช้างพระเศวตอดุลยเดชพาหนะ (พลายแก้ว) เป็นพระยาช้างเผือกประจำรัชกาลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เป็นภาพเก่าขาวดำที่เพื่อนสนิทผมมีอยู่ เลยขอเขามาวาดพระเศวตองค์นี้ ในหลวงทรงโปรดมาก ท่านทรงเลี้ยงในวัง เหมือนเราเลี้ยงหมาเลี้ยงแมว ภาพที่เห็นคือพระองค์ท่านไม่ได้สวมฉลองพระบาท ทรงสวมฉลองพระองค์แสนเรียบง่าย เมื่อเห็นแล้วรู้สึกซาบซึ้งใน

ท่านสถิตอยู่ในใจ ส่วนการเขียนภาพพระบรมฉายาสาทิสลักษณ์ จะยึดจากภาพพระบรมฉายาสาทิสลักษณ์ของพระองค์ท่าน ส่วนใหญ่จะเป็นภาพขาวดำ เป็นภาพหายาก ซึ่งรายละเอียดอาจไม่ชัด แต่ความรู้สึกของเราชัด ก็เขียนก็วาดได้”

“ผมเขียนภาพพระองค์ท่านได้ไม่รู้เบื่อ เพราะเราเขียนภาพคนที่เรารักอย่างสุดหัวใจ เราจะเขียนภาพของเขาได้เสมอवादได้ตลอดเวลา เราเนิ่งทำงานในห้องอยู่คนเดียว แล้วระลึกถึงพระองค์ท่าน ก็เขียนไปเรื่อย ๆ ภาพที่วาดอาจมีถึง 100 ภาพ ผมวาดภาพมา 20 ปี แล้วครับ แต่ไม่ได้วาดตลอดเวลา ถ้ามีโอกาส หรือมีความรู้สึกกับรูป ก็เขียนก็วาด เป็นการฝึกฝนโดยมีพระองค์ท่านเป็นต้นแบบ เป็นแบบอย่างที่ดีงาม ทั้งการเขียนภาพ และการดำเนินชีวิต”

ภาพพระบรมฉายาสาทิสลักษณ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช







พระราชจริยวัตรอันงดงามของพระองค์ท่านอย่างสุดซึ้ง ก็เลยอยากเขียนรูปนี้ เขียนคุณพระเศวตนั้นยากมากเพราะรูปที่ได้มาไม่ชัดเป็นขาวดำ ซึ่งไม่ค่อยมีใครเขียน แต่เราเขียน”

“พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ในหลวงผู้ทรงเป็นที่รักยิ่งของเรชาวไทย ไม่ว่าท่านจะเสด็จไปแห่งไหนหนที่แห่งนั้นก็จะชุ่มชื้น ร่มเย็น และเป็นสุข ดังเนื้อร้องตอนหนึ่งในบทเพลงสรรเสริญพระบารมีที่กล่าวว่า เย็นศิระเพราะพระบริบาล ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระองค์ที่มีต่อชาวไทยอย่างหาที่เปรียบมิได้ จึงทำให้เราได้ใช้ชีวิตอย่างร่มเย็น และมีความสุขจนถึงทุกวันนี้”

“วันที่ 13 ตุลาคม 2559 วันที่ที่ทราบข่าวว่าพระองค์ท่านเสด็จสวรรคต ผมไม่เชื่อ ซึมมอเตอร์ไซด์ไปที่โรงพยาบาลศิริราช ตอนขับรถไปฟ้าสลับมืดมัวไม่มีแดด น้ำตาผมเอ่อไหลไม่หยุด ประมาณ 6 โมงเย็นผู้คนก็ทยอยกันมาอย่างเนืองแน่น รอฟังแถลงการณ์ ตอนนั้นรู้สึกเคืองคิ้ว น้ำตายังคงไหลอาบแก้ม เป็นความรู้สึกที่ยากจะหาคำไหนๆ มาอธิบายได้ วันถัดมาผมนั่งเขียนรูปในหลวงที่ค้างอยู่ เขียนยังไม่แล้วเสร็จก็ร้องไห้ฟูมฟายอยู่คนเดียว ไม่สามารถทำอะไรได้อีก ทำไมเราถึงฟูมฟาย เพราะเรารัก และคิดถึงพระองค์ท่านยิ่งชีวิต”

“ในวันนี้ในฐานะศิลปิน เราจะทำหน้าที่ของเราต่อไปให้ดีที่สุด อย่างรูปที่นำมาแสดงเป็นรูปที่หวน อยากเก็บไว้ ไม่ได้ตั้งใจเขียนรูปเพื่อที่จะขายเป็นหลัก แต่คิดทบทวนไปมาเรามีรูปที่อยากทำเยอะมาก จึงตัดสินใจว่าเอามาแชร์กันจะเป็นเรื่องที่ดีกว่า”

“ในความรู้สึกของผมศิลปินใครก็ได้ ถ้าชอบความงาม และมองความงามให้เป็น แต่การเป็นศิลปินต้องเป็นธรรมชาติเป็นตัวของตัวเอง จึงจะเป็นศิลปินได้โดยแท้” **T**





“ผมเป็นบัณฑิตรุ่นสุดท้ายที่ได้รับพระราชทานปริญญาบัตร
จากพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช”
ฉันเริ่มต้นการบรรยาย Endodontics ด้วยความรู้สึกที่ยากจะบรรยาย
พยายามรวบรวมความเข้มแข็งที่เหลือน้อยเต็มที คอยประคองสติ
ให้กลับมาอยู่กับงานสอนตรงหน้า เพราะเป็น..เช้าวันแรกของการสูญเสีย
ครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต วันที่แผ่นดินสิ้นรัชกาลที่ ๙

.....
หนึ่งวันก่อนหน้า

พฤษภาคม ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๙

วันแรกของการเป็นวิทยากรในงานประชุมทันตแพทย์
ภาคเหนือ ที่ จ.เชียงใหม่ ซึ่งได้รับเชิญมาเป็นปีที่สองด้วยความ
คาดหวังจากผู้จัดและผู้ฟังว่าจะได้รับความรู้คู่ความแข็งแรง
เดียวกับภาคแรกซึ่งภาคต่อบนเวทีก็ผ่านพ้นไปด้วยดีแม้ว่าเบื้อง
หลังของผู้บรรยายจะเต็มไปด้วยความกังวลกับอาการป่วย
ของอาม่าที่ทรุดลง ระหว่างบรรยายที่เห็นหน้าจอโทรศัพท์เป็น
เบอร์ของแม่โทรเข้ามาหลายครั้งเพราะหมอย่อยตรงปลายสาย
ต้องการการตัดสินใจ แต่ก็ต้องตัดใจตัดสายไปเพื่อให้การสอน
ดำเนินต่อไปอย่างสนุกสนานตามหน้าที่

หลังเสร็จงานระหว่างกินข้าวเย็น เวลาประมาณหนึ่งทุ่ม
เศษเสียงดนตรีในร้านอาหารหยุดลงกะทันหันกลายเป็นเสียง
ประกาศจากสำนักพระราชวังเสียงไม่ดังแต่ฟังชัด

‘พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
มหิตลาธิเบศรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรม
นาถบพิตร สวรรคต’

เหมือนสายฟ้าฟาดลงกลางใจ ฉันรู้สึกตัวชา หนึ่งจันหมด
ความรู้สึกใดๆ ไปชั่วขณะ

.....

ฉันนึกถึงฉากหนึ่งในละครเวที เรื่อง สี่แผ่นดิน ที่ลูกๆ ของ
แม่พลอยทะเลาะกันอย่างรุนแรง จนพระบรมฉายาลักษณ์ของ
ในหลวงรัชกาลที่ ๙ ตกจากผนังลงบนพื้น เสียงดังสนั่นสะท้าน
สะท้อนจนฉันสะดุ้ง ก่อนที่แม่พลอยจะสิ้นใจพร้อมข่าวสวรรคต
ของพระองค์

ฉากจบของละครเวที คือฉากที่ลูกๆ ของแม่พลอย นำ
ภาพใหม่ขึ้นประดับแทน พลับมีแสงสีทองส่องผ่านช่องหน้าต่าง
ไปเห็นเป็นภาพพระบรมฉายาลักษณ์ของในหลวงพระองค์ใหม่
ในหลวงรัชกาลที่ ๙

๗๐ ปีต่อมา แม่พลอยจะรู้ไหมนะว่า ตอนนี้ แผ่นดินไทย
ได้สูญเสียในหลวงไปอีกพระองค์หนึ่งแล้ว

ความทุกข์กังวลเรื่องในครอบครัว แทบจะเทียบไม่ได้เลย
กับความทุกข์อันใหญ่หลวงที่เกิดขึ้น ณ ตอนนั้น

ฉันจะสอนในวันพรุ่งนี้ต่อไปได้อย่างไร ในเมื่อภายใน
ร่างกายของฉันกลายเป็นพื้นที่ว่างเปล่า ไร้ซึ่งเรี่ยวแรง
สิ่งหนึ่งที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใจให้ทำหน้าที่วิทยากรบนเวทีได้
ในวันถัดมา คือภาพในวันที่ฉันเข้ารับพระราชทานปริญญาบัตร
แพทยศาสตรบัณฑิต

.....

ฉันยังจำถึงวินาทีที่พระองค์ท่านเสด็จพระราชดำเนินผ่านแถวที่ฉันยืนอยู่ได้ไม่ลืม ฉันรู้สึกเหมือนเห็นแสงสว่างเป็นประกายอยู่รอบตัวท่าน ตัวของฉันชาเนิ่ง ขนลุกไปทั้งร่าง น้ำตาไหลออกมาโดยไม่รู้สึกตัว

วินาทีสำคัญขณะรับปริญญาบัตรจากพระหัตถ์ ยังคงแจ่มชัดในความทรงจำราวกับเพิ่งเกิดขึ้นเมื่อวาน ยิ่งมาได้ทราบภายหลังว่า เหตุผลที่พระองค์ท่านต้องเสด็จพระราชดำเนินมาด้วยพระองค์เอง ไม่ใช่เพียงเพื่อพระราชทานพระบรมราโชวาท แต่เพื่อสอนวิชาที่มหาวิทยาลัยไม่ได้สอน แต่สอนด้วยการทำให้เห็นถึงการสละความสุข ความสบายส่วนตัว ด้วยการทำให้เพื่อนร่วมรุ่น ดังจะเห็นได้ว่าตลอดเวลากว่า ๕๐ ปี แม้คนบดผู้่านรายชื่อจะเปลี่ยนไปกี่คนแต่คนพระราชทานปริญญาบัตรคือพระองค์เดียวไม่เคยเปลี่ยน

ที่สำคัญที่สุดคือ บัณฑิตส่วนหนึ่งอาจไม่มีโอกาสกลับเข้ามาเรียนต่ออีก จึงเป็นเพียงโอกาสเดียวที่บัณฑิตจะได้ติดต่อกับสื่อสารกับท่านโดยตรงนั่นคือ “การจับกระดาดแผ่นเดียวกันในเวลาเดียวกัน”

เหนือกว่าความภูมิใจ คือ คำสัจยปฎิญาณที่จะมุ่งมั่นทำหน้าที่ให้สมกับความศักดิ์สิทธิ์ของพิธี ให้สมกับ ศักดิ์ และ สิทธิ ที่เจตจำนงไว้บนกระดาดแผ่นนั้น

.....

วันที่ ๒ หลังแผ่นดินสิ้นรัชกาลที่ ๙

ฉันบินไปทำงานที่ภูเก็ต มีคนใช้ชาวต่างชาติอายุราว ๖๐ ปี มาทำพินกับฉัน และเริ่มต้นทำความรู้จักกับฉันด้วยการร้องไห้ เพราะความกลัวเข็มฉีดยา ฉันไม่เพียงต้องรักษารากฟันให้เธอ แต่ยังต้องคอยเสริมพลังใจให้เธอ ทั้งๆ ที่ในใจของฉันก็เอ๋อเอง ด้วยหยดน้ำตาไม่ต่างกัน เธอได้สอนให้ฉันรู้ว่า ฉันต้องเข้มแข็งให้เร็วที่สุด เพื่อให้ตัวเองเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นให้มากที่สุด ทั้งบทบาทบนเวทีบรรยายงานสอนงานคลินิก รวมถึงหน้าที่พยาบาลคนป่วยในครอบครัวที่รออยู่ในทุกวัน

ฉันแทบไม่รู้ตัวว่าผ่านแต่ละวันหลังจากนั้นมาได้อย่างไร มีบางคืนที่ฉันห่อจันแอบภาวนาให้มีใครยกเลิกบางงานไปบ้าง แต่ก็ไม่มี เมื่อมองย้อนกลับไปกลับรู้สึกดี.. คือดีแล้วที่ยังมีงานให้ทำเพราะทั้งหมดเป็นเครื่องเตือนใจให้ฉันยังต้องทำหน้าที่ต่อไป และการทำงานก็มีส่วนช่วยให้ลืมความทุกข์เศร้าลงไปได้บ้าง แม้ว่าหลังเลิกงานจะยังคงมีน้ำตาเวลาอ่านเรื่องราวของพระองค์ท่านอยู่

มีคนบอกกับฉันว่าในยามนี้ถ้ารู้สึกท้อ ให้ไปที่สนามหลวง แล้วจะได้พลังกลับมา ที่นั่นมีพี่วินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คอยวิ่งรับส่งประชาชนไปร่วมลงนามถวายความอาลัยโดยไม่คิดสตางค์ มีคนแจกยาต้ม ผัวยืน อาหาร มีนักศึกษาที่ตรวจงานในคลินิกกับ

ฉัน ไปช่วยเก็บขยะที่ท้องสนามหลวง หลังเลิกเรียนด้วยจิตอาสา

ฉันว่าไม่ใช่เพียงที่สนามหลวง แต่เป็นทุกที่ แม้ยังคงโคกเค็ว ทุกคนต่างลุกขึ้นมาทำหน้าที่ของตัวเอง แต่ไม่ใช่เพื่อตัวเอง กลับเป็นการทำเพื่อผู้อื่น โดยมีในหลวงรัชกาลที่ ๙ เป็นแรงบันดาลใจ

ใครพร้อมตรงไหนก็ทำตามที่ตัวเองถนัด ใครเรียกสติคืนมาได้ก็ช่วยเป็นสติ เป็นกำลังจุดพวงเพื่อนที่อ่อนล้ากว่าให้เดินต่อ แต่ละคนต้องการเวลาที่แข็งแรงไม่เท่ากัน สิ่งที่เราทำได้ดีที่สุดคือแบ่งปันความสุข ด้วยการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์

บางครั้งช่วงเวลาที่เราแข็งแกร่งที่สุดอาจเกิดตอนที่เรอ่อนลงที่สุดก็ได้

.....

ย้อนหลังไปเมื่อ ๓๐ ปีก่อน

ตอนฉันอยู่ป. ๖ ได้เป็นตัวแทนของโรงเรียนไปแข่งขันประกวดเรียงความระดับจังหวัด ใจหายในวันนั้น คือให้เลือกเขียนเรียงความจาก ๒ หัวข้อที่กำหนดให้ โดยที่ไม่ทราบมาก่อน

ฉันเลือกเขียนเรื่องของผู้ชายคนหนึ่งที่ย้ายจากชาวในโทรทัศน์ตอนสองทุ่มทุกคืน ฉันจำได้ว่า ทุกครั้งที่ภาพของผู้ชายท่านั้น อามาของฉันจะพนมมือขึ้นท่อมหัวอยู่หน้าจอและบอกให้ฉันให้หัวตาม สำหรับฉันเหตุผลประสาเด็กๆ ที่ฉันนั่งดูชาวพระราชสำนักพร้อมกับอามา คือ รอดการดูตอน ๗ หลังข่าวจบ ภาพข่าวแต่ละวันที่ได้ดูมาตลอดตั้งแต่จำความได้ คือเรื่องราวที่ฉันนำมาใช้เขียนเรียงความในวันนั้น จนได้รางวัลชนะเลิศ

เป็นปีเดียวกับที่ คุณป้าและแม่ พาฉันไปร่วมจุดเทียนชัยถวายพระพร ณ ท้องสนามหลวง ในวันเฉลิมพระชนมพรรษาครบ ๕ รอบ

หัวข้อเรียงความนั้นมีชื่อว่า “ในหลวงของฉัน”

.....

วันที่ ๙ หลังแผ่นดินสิ้นรัชกาลที่ ๙

เป็นวันที่คนไทยนับแสน ‘ก้าว’ ออกจากบ้านไปร่วมร้องเพลงสรรเสริญพระบารมีที่ท้องสนามหลวง และดังกึกก้องอีกครั้งในยามค่ำ พร้อมประกายสีทองจากแสงเทียนส่องนำทางให้ทุกคน ‘ก้าว’ ตามรอยพระบาท

เป็นวันเดียวกันที่ฉัน ‘ผู้เกิดในรัชกาลที่ ๙’ เขียนเรียงความนี้ โดยจำกัดเวลาจำลองสถานการณ์ให้เหมือนกับวันประกวดเรียงความเรื่อง ‘ในหลวงของฉัน’ ด้วยความรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณอันหาที่สุดมิได้ T

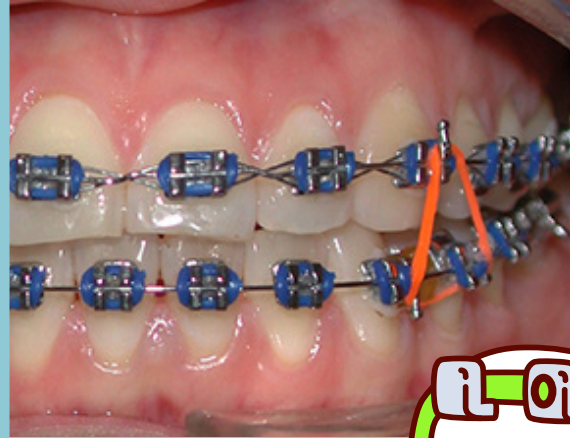
HEALTH TIP

เรื่อง อ.ทญ. เรืองรัตน์ โกมลภิส อุปนายก สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย

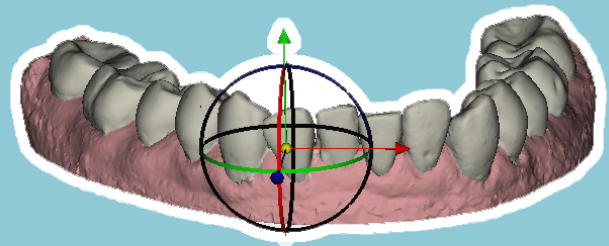
จัดฟันแบบใส ได้ผลจริงหรือ???



Clear Aligner Treatment หรือการจัดฟันแบบใส หมายถึงการจัดฟันด้วยเครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ที่ทำด้วยพลาสติกใสขึ้นรูปด้วยความร้อน (clear thermoplastic) พัฒนาการของเครื่องมือนี้เริ่มต้นจากการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า tooth positioned ที่ทำจากการปรับตำแหน่งฟันในแบบจำลองฟันพลาสติก (plaster model set up)



นำไปเป็นแบบในการอัดแผ่นยางหรือแผ่นพลาสติกเพื่อทำ positioner ให้ผู้ป่วยใส่ทันทีหลังจากถอดเครื่องมือจัดฟันติดแน่นเพื่อใช้เคลื่อนฟันเล็กน้อย (minor tooth movement) เป็นการปรับรายละเอียดตำแหน่งฟันก่อนการใส่เครื่องมือคงสภาพฟัน (retainer) ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาเทคโนโลยีสามมิติ (3D graphic imaging, computer-aided design and computer-aided manufacturing (CAD-CAM) technology) โดยการสแกนแบบจำลองฟันหรือวัสดุพิมพ์ปาก (ซึ่งในปัจจุบันสามารถสแกนฟันโดยตรงจากในปากได้) ให้เป็นแบบจำลองฟันดิจิทัล (digital dental model) และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (software) ในการเคลื่อนฟันหลายซี่พร้อมกัน ขึ้นละ 0.20-0.35 มม. หรือประมาณ 2 องศาอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลสามมิติในแต่ละขั้นตอนของการเคลื่อนฟันจะนำไปขึ้นรูปเป็นแบบจำลองฟันเรซิน (resin) แล้วอัดแผ่นพลาสติกใสไปบนแบบจำลองฟันเรซินเพื่อทำเครื่องมือจัดฟันถอดได้แบบใส ทำให้ได้ชุดของเครื่องมือที่วางแผนเคลื่อนฟันไว้จนถึงตำแหน่งที่ต้องการโดยไม่ต้องพิมพ์ปากใหม่ ผู้ป่วยต้องใส่เครื่องมือที่ละชิ้นตามกำหนด และเปลี่ยนใส่ชิ้นถัดไปอย่างต่อเนื่องจนถึงขั้นที่วางแผนตำแหน่งฟันสุดท้ายไว้



เครื่องมือ clear aligner มีข้อดีคือ

- 1) ใส มองไม่ค่อยเห็น เหมาะกับผู้ที่ไม่ต้องการให้เห็นเครื่องมือจัดฟัน
- 2) เมื่อถอดเครื่องมือ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและแปรงฟันได้ตามปกติ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและการเกิดโรคปริทันต์น้อยกว่าการจัดฟันด้วยเครื่องมือติดแน่น^{1,2}
- 3) ไม่มีลวดหรือแบร็กเกต (bracket) ระคายเคืองช่องปาก มีรายงานในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ว่า ในสัปดาห์แรกที่เริ่มจัดฟันด้วย clear aligner จะเจ็บน้อยกว่าและรบกวนการใช้ชีวิตน้อยกว่าเครื่องมือจัดฟันติดแน่น³





ข้อจำกัด

1) ราคาค่าใช้จ่ายสูง

2) ต้องการความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ต้องใส่เครื่องมือให้ได้ตามที่กำหนด ประมาณ 22 ชั่วโมงต่อวัน หากผู้ป่วยไม่ใส่เครื่องมือตามกำหนด ฟันจะไม่เคลื่อนตามแผนการรักษา และเครื่องมือชิ้นต่อไปจะไม่สามารถใส่ให้แนบสนิทกับฟันได้ หากผู้ป่วยหยุดใส่เครื่องมือระหว่างการรักษาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ฟันจะเคลื่อนกลับ (relapse) แต่อาจไม่ได้เคลื่อนกลับตามรูปแบบที่เคลื่อนมา จึงจะย้อนกลับไปใส่เครื่องมือชิ้นก่อนหน้าขึ้นได้อีก ก็ไม่พอดีกับฟัน ต้องแก้ไขด้วยการทำเครื่องมือชุดใหม่ทั้งหมด

3) การเคลื่อนฟันที่มีความยาวฟันน้อย (short clinical crown) จะทำได้ยาก เพราะมีพื้นที่พลาสติกคลุมฟันอยู่น้อยและการเคลื่อนฟันบางอย่างยังทำได้จำกัด เช่น การดึงฟันขึ้น (extrusion) การหมุนฟันตามแนวแกนฟัน (rotation) ในฟันที่มีรูปร่างกลม เช่น ฟันกรามน้อย การเคลื่อนรากฟันการแก้ไขการสบฟันระหว่างขากรรไกร (Inter-arch correction)⁴⁻⁷ ดังนั้นอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องมืออื่นๆ เสริม เช่น เครื่องมือจัดฟันติดแน่นบางส่วนยางดึงฟัน (elastic)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดว่า clear aligner นั้นเหมือนสินค้าที่เมื่อผลิตจากบริษัทหนึ่งๆ จะจัดฟันได้เหมือนกัน ไม่ว่าทันตแพทย์ผู้ใดจะเป็นผู้สั่งทำเครื่องมือหรือให้การรักษา (เปรียบเสมือนสินค้าโทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ยี่ห้อเดียวกัน รุ่นเดียวกันที่ซื้อจากร้านค้าใด ก็ได้สินค้าแบบเดียวกัน) แม้แต่ผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการใช้เครื่องมือชนิดนี้อย่างแพร่หลาย ยังเข้าใจผิดว่าทันตแพทย์ใดๆ ก็ใช้ Invisalign (ซึ่งเป็นผู้ผลิต clear aligner บริษัทหนึ่ง) ได้ผลเหมือนกัน ดังเช่นในบทความหนึ่งที่พบว่าผู้ป่วยเสียเวลาไป

2 ปีแต่จัดฟันแล้วไม่ได้ผล⁸ นอกจากนี้มีการวิจัยพบว่าทันตแพทย์จัดฟันและทันตแพทย์ทั่วไปนั้นวางแผนการรักษาด้วย Invisalign แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ⁹

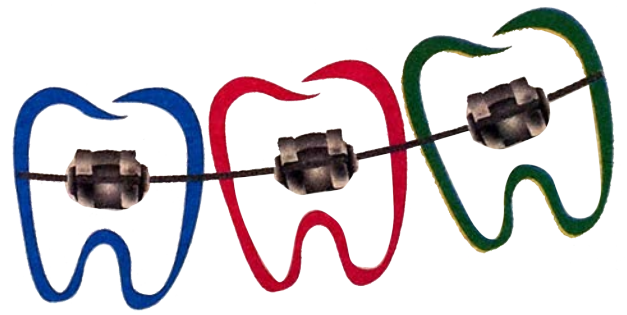
การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันนั้น ต้องเริ่มจากการวินิจฉัยปัญหาการสบฟันของผู้ป่วย ตั้งวัตถุประสงค์การรักษาเป็นข้อๆ และวางแผนการรักษาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ที่กำหนด เครื่องมือจัดฟันชนิดต่าง ๆ เช่น แบริกเกตแบบดั้งเดิม (conventional bracket) แบริกเกตเซลฟ์ไลเกติง (self-ligating bracket) เครื่องมือฟังก์ชันนอล (functional appliance) หมุดจัดฟัน (mini-screw) รวมทั้ง clear aligner ล้วนเป็นเพียงเครื่องมือที่ทันตแพทย์จัดฟันสามารถเลือกใช้เพื่อให้บรรลุผลการรักษาตามที่วางแผนไว้ ทันตแพทย์ที่ใช้เครื่องมืออื่น ๆ นอกจากจะต้องมีพื้นฐานความรู้ในการวินิจฉัยปัญหาการสบฟันและขากรรไกร การเจริญเติบโตของใบหน้า และวางแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันแล้ว ยังจำเป็นต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เหล่านั้นด้วย

ปัจจุบันมีหลายบริษัทที่ผลิต clear aligner ทั้งที่ผลิตเครื่องมือจากการพิมพ์แบบจำลองฟันดิจิทัลสามมิติ และจากการปรับตำแหน่งฟันในแบบจำลองฟันพลาสติกโดยบริษัทจะรับคำสั่งจากทันตแพทย์จัดฟัน ว่าต้องการให้เคลื่อนฟันไปในทิศทางใด อย่างไรก็ตามทันตแพทย์ไม่สามารถฟังช่างเทคนิคของบริษัทผู้ผลิตให้วางแผนการเคลื่อนฟัน เพราะช่างเทคนิคนั้นเป็นเพียงผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี ที่แทบไม่มีความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันเลย ภาพจำลองการเคลื่อนฟันสามมิติเป็นภาพแสดงการเคลื่อนฟัน แต่ฟันจริงจะเคลื่อนตามนั้นได้หรือไม่ทันตแพทย์ต้องรู้ชีวกลศาสตร์การเคลื่อนฟัน (biomechanics of tooth movement) และ รู้กลไกการทำงานของ clear aligner และ

ลักษณะของเครื่องมือเสริม เช่น attachment (เรซินคอมโพสิตที่ทำเป็นรูปร่างต่าง ๆ ติดบนฟันเพื่อให้ clear aligner ทำงานได้ดีขึ้น) เป็นต้น ในการจำลองการเคลื่อนฟันสามมิติของ Invisalign จะมีการระบุไว้ในทุกแผนว่าเป็น “Simulated gingiva and tooth movements. Actual clinical results may vary” และเมื่อทันตแพทย์จะเห็นชอบกับแผนจำลองการเคลื่อนฟันและสั่งผลิตเครื่องมือจะระบุว่า “Diagnosis and prescription are the decision and sole responsibility of the doctor ordering this appliance ...”

ระหว่างการรักษาด้วย clear aligner ผู้ป่วยต้องร่วมมือในการใส่เครื่องมือเกือบตลอดเวลาตามที่กำหนด และมาตรวจเช็คเป็นระยะเหมือนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือจัดฟันติดแน่นถึงแม้ clear aligner จากบางบริษัทจะผลิตมาทั้งชุดตั้งแต่ต้นจนจบ ทันตแพทย์จัดฟันก็ไม่สามารถให้เครื่องมือจำนวนมาก ๆ ให้ผู้ป่วยไปใส่และเปลี่ยนเอง เพราะจะต้องตรวจความคืบหน้าการเคลื่อนฟันเป็นระยะ ๆ หากมีฟันที่ไม่เคลื่อนตามแผน หรือเคลื่อนผิดไปจากแผน ทันตแพทย์อาจแก้ไขด้วยการปรับปรุงร่างของพลาสติก การใช้ยางดึงฟัน หรือใช้เครื่องมือจัดฟันติดแน่นบางส่วนร่วมด้วยระหว่างการรักษาผู้ป่วยควรได้รับการชี้แจงข้อดีข้อเสีย และตรวจฟันเป็นระยะทุก 6 เดือนเป็นอย่างน้อยเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป และหลังการรักษาผู้ป่วยต้องใช้เครื่องมือคงสภาพฟัน (retainer) ด้วยเช่นกัน

โดยสรุป 1) ปัจจุบัน clear aligner treatment ยังมีข้อจำกัดในการเคลื่อนฟันบางประเภท แต่ได้มีการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สามารถเคลื่อนฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น 2) การใช้เครื่องมือ clear aligner ให้ได้ผลนั้น ทันตแพทย์ต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญทางทันตกรรมจัดฟัน มีทักษะและประสบการณ์ในการใช้ clear aligner รวมทั้งสามารถใช้เครื่องมือจัดฟันแบบอื่น ๆ ในการช่วยแก้ปัญหาเมื่อ clear aligner เคลื่อนฟันผิดไปจากแผน 3) เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการผลิต clear aligner มีราคาสูง จึงเหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้เห็นเครื่องมือระหว่างจัดฟันและสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ ส่วนในเด็กวัยรุ่นไทยที่มีค่านิยมให้เห็นเครื่องมือจัดฟัน (ดังเช่น ปัญหาการจัดฟันแพชั่น) และวัยรุ่นบางคนอาจไม่ร่วมมือในการใส่เครื่องมือและไม่ดูแลเครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ ยังแนะนำให้ใช้เครื่องมือจัดฟันติดแน่นเป็นตัวเลือกแรกซึ่งสามารถจัดฟันได้ผลและมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้ว¹⁰ การโน้มน้าวให้ผู้ป่วยใช้เครื่องมือราคาแพงโดยไม่จำเป็นนั้นไม่สมควรอย่างยิ่งและขัดต่อหลักจรรยาบรรณที่ดีของทันตแพทย์ด้วย T



บทความอ้างอิง

1. Karkhanechi M, Chow D, Sipkin J, Sherman D, Boylan RJ, Norman RG, Craig RG, Cisneros GJ. Periodontal status of adult patients treated with fixed buccal appliances and removable aligners over one year of active orthodontic therapy. Angle Orthod. 2013 Jan;83(1):146-51.
2. Rossini G, Parrini S, Castorflorio T, Derigibus A, Debernardi CL. Periodontal health during clear aligners treatment: a systematic review. Eur J Orthod. 2015 Oct;37(5):539-43.
3. Miller KB, McGorray SP, Womack R, Quintero JC, Perelmutter M, Gibson J, Dolan TA, Wheeler TT. A comparison of treatment impacts between Invisalign aligner and fixed appliance therapy during the first week of treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2007 Mar;131(3):302.e1-9.
4. Rosini G, Parrini S, Castorflorio T, Derigibus A, Debernardi CL. Efficacy of clear aligners in controlling orthodontic tooth movement: a systematic review. Angle Orthod. 2015 Sep;85(5):881-9.
5. Simon M1, Keilig L, Schwarze J, Jung BA, Bourauel C. Treatment outcome and efficacy of an aligner technique--regarding incisor torque, premolar derotation and molar distalization. BMC Oral Health. 2014 Jun 11;14:68.
6. Krieger E, Seiferth J, Marinello I, Jung BA, Wriedt S, Jacobs C, Wehrbein H. Invisalign® treatment in the anterior region: were the predicted tooth movements achieved? J Orofac Orthop. 2012 Sep;73(5):365-76.
7. Kravitz ND, Kusnoto B, BeGole E, Obrez A, Agran B. How well does Invisalign work? A prospective clinical study evaluating the efficacy of tooth movement with Invisalign. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2009 Jan;135(1):27-35.
8. <http://kellersteinortho.com/blog/why-you-should-not-get-invisalign-from-your-dentist/>
9. Vicéns J, Russo A. Comparative use of Invisalign by orthodontists and general practitioners. Angle Orthod. 2010 May;80(3):425-34.
10. Djeu G, Shelton C, Maganzini A. Outcome assessment of Invisalign and traditional orthodontic treatment compared with the American Board of Orthodontics objective grading system. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2005 Sep;128(3):292-8.

ฟันสวยฟ้าผ่า

เรื่อง ผศ.ภญ.ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ /
ทญ.ธิดารัตน์ นวนศรี sw. สีเทา อ. สีเทา จ. ดรง



มีทั้งวันศุกร์ 6 โมงเย็น
≡ และเพิ่ม RERUN ≡
วันเสาร์-อาทิตย์ 9 โมงเช้า



“เพราะฟันสวยรอไม่ได้ ต้องดูแลแบบฟ้าผ่า”

ดูγγง รายการที่มาไว ไปไวทุกศุกร์หลังเคาะพรงชาติ 6 โมงเย็น ที่ช่องเวิร์คพอยท์ (WORKPOINT) และเริ่มมี Re-run วันเสาร์อาทิตย์ตอน 9 โมงเช้ากันแล้วจ้า หากใครดูไม่ทัน เข้าไปดูย้อนหลังกันได้เลย ในเพจฟันสวยฟ้าผ่าหรือ youtube ฟันสวยฟ้าผ่า แนะนำกันได้เลยค่า

เป็นการให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแบบสั้นๆ ผสม Reality เล่นกับประชาชนจริงๆ ที่ไม่ใช่นักแสดง เข้าไปแบบรวดเร็ว ไม่ตั้งตัว เหมือนฟ้าผ่า มา พูดคุย สอบถาม ให้ทดลอง ทำให้ทำเรื่องต่างๆ ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อจะรู้ว่าประชาชนเขาคิด เขาทำกันยังไงบ้าง เช่น ให้ลองแปรงฟันกลางสยามสแควร์ ให้ลองใช้สีย้อมฟันดูว่าแปรงฟันมาสะอาดหรือเปล่า แดงกันขนาดไหน ลองใช้ไหมขัดฟัน ใครทำถูกรับรางวัลไปเลย บางครั้งก็เป็นถามความคิดเห็น เช่น เชื่อหรือไม่ว่าลูกดิ่งแคลเซียมจากแม่ตอนตั้งครรภ์ ฟันน้ำนมสำคัญยังงัย และอีกหลายเรื่องราว และตอนท้ายเราจะสรุปสาระสั้นๆ เอาไปใช้ได้เลย แต่ทำทีละเรื่อง ครึ่งละ 3 นาทีเท่านั้น!!! ทำกันได้



เฮ้ย! นั่นคือความอยาก แต่ความจริงงานนี้เกิดจากการสนับสนุนงบประมาณจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับเครือข่ายเด็กเล็กพันธุ์ดี วิถี SELF CARE แต่นั่นมันไม่พอ หากเราไม่ได้โอกาสจากพีเบ็ด (ทพ.สมฤทธิ์ จิโรจน์วนิชชากร- สสจ. ปัตตานี) ที่ได้แนะนำให้เรารู้จัก คุณเจมส์ เทพฤทธิ์ วงศ์วานิชวัฒนา ผู้อำนวยการฝ่ายผลิตของบริษัทเวิร์คพอยท์และเป็นผู้คิดรายการปริศนาฟ้าแลบด้วย พวกเราก็มานั่งคุยกันว่าที่เราสนใจเวิร์คพอยท์เพราะอะไร แล้วเราจะสนใจเราหรือเปล่า จะสนใจเพราะเราหน้าตาดี อันนี้อาจมีส่วน(ผิด)อิอิ คิดไปเอง แต่ที่จริงเพราะคุณเจมส์รู้สึกว่าการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นเรื่องใกล้ตัวที่คนมองไม่เห็น ตัวเองประสบปัญหามาตลอด แต่พอรู้แล้วก็ทำได้ไม่ยาก และคุณเจมส์มีภาพในหัวและเชื่อว่ารายการทำแล้วโดนใจได้! ส่วนพวกเรา ลุ้นและพร้อมทำ จัดเต็ม!

ตอนที่คิดกันว่าจะมีหัวข้อไหนบ้าง คุณเจมส์จะถามเราในเรื่องที่ตัวคุณเจมส์อยากรู้ และเล่าจินตนาการวิธีสื่อสารไปด้วย ส่วนพวกเราเล่า





จากมุมมองของพวกเรา เราอยากให้ประชาชนรู้เรื่องอะไร
ซึ่งเราเองก็สรรหากันมาล่วงหน้าในเครือข่ายเด็กเล็กฟันดีวิถี
SELF CARE ที่มีคณาจารย์จากหลายมหาวิทยาลัยและชมรม
ทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทยมาช่วยกันคิด ประเด็นสำคัญ
คือ เนื้อหาที่เหมาะสมกับประชาชน คือสั้นๆ แฝงบอกวิธีคิด เหตุผลที่
แนะนำให้ทำ และทำอะไร ประเด็นสำคัญต้องไม่มากนักคุยกัน
จนได้ความรู้สึกร่วมกันว่า คนไทยดูแลสุขภาพช่องปากตัวเองได้
ง่ายๆ สไตล์ฮาๆ ทำได้แน่ จัดมาเลย 13 เรื่องสู้ไว้!

เนื้อหาเรียงยังงี้ จะออกตอนไหนก่อนหลัง

แน่นอน น่าจะเรียงจากความสำคัญของสุขภาพช่องปาก
ปัญหา แล้วจบท้ายด้วยการป้องกันหรือดูแลตนเอง แต่มันไม่ใช่
เลย กลับกลายเป็นเริ่มจากสิ่งที่ต้องเบี่ยงๆๆ ใครๆ ก็อยากรู้และ
นำไปทำได้เลยนั่นก็คือเรื่องการแปรงฟันถูกวิธี เช็ดความสะอาด
ของช่องปากง่ายๆ ด้วยเจลย้อมฟัน แล้วค่อยตามด้วยการใช้ไหม
ขัดฟัน แต่ละเรื่องเน้นการนำไปใช้ล้วนๆ จากนั้นจึงเข้ามาในเรื่อง
ความเชื่อ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ทั้งในวัยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง
แปรงฟันเลือดออกแล้วจะทำไมยังงี้ต่อ หญิงตั้งครรภ์ฟันผุเพราะ
ลูกดึงแคลเซียม? ทำให้ฟันขัดฟันกลางเหง้า อาหารแบบไหน กิน
ยังงี้ถึงผุได้ และขนมของของเด็กๆ ที่เราอยากอยากรจะเน้นให้สม
ชื่อเครือข่ายและเป้าหมายหลักของเรา ไม่ว่าจะเป็นความสำคัญ
ของฟันน้ำนม การแปรงฟัน การบิยาสีฟันสำหรับเด็กสลับกับ
มาเรื่องที่คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้แต่น่ารู้อีกครั้ง เช่นเสียว(ฟัน)สึก
จะใช้ฟลูออไรด์หลายตัวดีหรือไม่ และปิดท้ายด้วยความคิดรวบ
ยอดว่า ถ้าจะให้ช่องปากดี บอกวิธี SELF CARE ง่ายๆ มา 4 ข้อ
ที่ใครๆ ก็ทำได้ ซึ่งพวกเราที่ไม่รู้ว่าการสร้างเนื้อหาแบบนี้จะโดนใจ
ประชาชนได้แค่ไหน เราก็พร้อมเรียนรู้แต่ที่แน่ๆ คนทำสนุกกัน
แล้วจ้า

13 ตอน พิธีกรเป็นใคร หมอละมาจากไหนกับ

ในส่วนสร้างความสุขและทำให้เข้าถึงประชาชน พวกเรา
โชคดีที่ได้คุณพิน พลุดกมาช่วยเป็นหลัก ส่วนพี่ๆ น้องๆ หมอ
พันธมิตรที่มีสาระได้ด้วย เรื่องไหนเหมาะกับใคร เอาใจดี ไม่ได้

ง่ายเลย การจะหา หมอพินที่น่ารัก ใจดี กล้าเล่น มีใจให้ความ
รู้กับประชาชน อีกต้องกล้ามัน เอาใจเอากัน คุยกันได้ รักกันๆ
แต่บุญกรรมคงเคยร่วมกันมา เลยได้มาช่วยเหลือกัน ต้องบอก
เลยแต่ละคน จัดเต็ม ช่วยกันทุกตอน คุยกันทุกวันเพื่อให้ได้งาน
ออกมาดีที่สุดเท่าที่พวกเราจะมีศักยภาพทำได้ ตั้งแต่หมอลแอล
คิดทำฟันสวยฟ้าผ่า ออกแบบผ้าพันคอสายฟ้า เริ่มถ่ายทำครั้ง
แรกที่ทีมงานเวิร์คพอยท์ถึงกับอึ้งไปเลย เฮ้ย หมอลกล้าทำขนาดนี้
ทีมงานก็พร้อมสนุกกับเรา ตอนแรกๆ เขาเองเข้าใจว่า เราคงมา
แบบเรียบร้อย คริคริ มันเป็นเพียงภาพในนิยายนะแะ

หมอบ๊อบก็ไชยย คุยกับคุณพิน ยังกะอยู่ในกองถ่ายมา
หลายปีแล้ว คล่องจริงๆ ชุมน้องพอมารอบต่อๆ ไป เราก็มียิ้ม
คนใหม่มาอีก ไม่ว่าจะเป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัย อ.ปุ๋ย จาก
มหิดล อ.โป้ง จาก มศว อ.ดวงจากจุฬา อ.จ๊อบ อ.พิน และตัวเอง
จาก ม.อ. มาแบบเล่นกันจนทีมงานถามว่า อันนี้คุณหมอดูจริงจัง
หรือเปล้าครับ มาจากเพจดังๆ เซเลบเราก็มี หมอนะจากเพจใกล้
หมอ “พิน” หมอตุ๊กตาจากเพจฟันน้ำนม และมีปิดท้ายฮาแบบ
หน้าไทยๆ ในชุดฝรั่ง หมอหนึ่งจาก รพ. ยุพราชฉวางฯ เราว่า
คุณพินอาจจะงงสักนิด แต่มีช้านาน ความกันเอง ความเป็นตัว
เองของหมอแต่ละท่านกับวิทยุญาณนักแสดง ก็ทะลักทะล้นกัน
มา ผู้กำกับให้ทำอะไร จะวิ่งวน ตามหาพระสวามีเหมือนนางเอก
หนังอินเดีย เราก็ทำ จะให้เดินเข้าไปคุยกับคนที่เราไม่เคยรู้จัก ที่
แม่เคยห้ามไว้ไม่ให้คุยกับชายแปลกหน้า หรือยิ้มซำกับสตรีใดๆ
เราก็ต้องยอม พวกเรามาถึงจุดนี้ได้ไง!

เตรียมตัวกันยังงี้

แต่ละครั้งก่อนวันถ่ายทำสัก 3-4 วัน ทีมงานทางเวิร์คพอยท์



นำโดยน้องมาริน สถาปนิกใจกล้าผู้มาเล่นเรื่องสื่อให้สนุก จะโทรมา Brief วิธีการเล่นของแต่ละตอน และสิ่งที่เขาคิดว่าน่าสนใจที่จะสื่อสารกับประชาชนมาแลกเปลี่ยนกับพวกเรา มันตื่นเต้นนะค่ะท่าน ขอบอก ซึ่งคำว่ามีอาชีพของเขาที่เจอกันเต็ม ๆ คือ เขาคิดเล่นแบบง่าย ๆ เน้นทำจริง ตรงประเด็น สั้นๆ ชัดๆ และเขาก็เปิดกว้างให้เราแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ คุยกันจนเห็นพ้องว่าจะเล่นอย่างไร และเมื่อถึงวันจริง ทางทีมเวิร์คพอยท์ เขาจะลองเล่นสิ่งที่เสนอกันมาไปกับกลุ่มเล็กๆ ก่อน และมาถามพวกเราให้ลองตอบกันดู ทำให้เห็นประเด็นที่จะชวนคิด ชวนเล่นกับประชาชนจริงๆ คมขึ้น น่าสนใจขึ้น

พอตอนเล่นจริง มันสดมาก! ไม่ได้มีการเตรียมคำตอบให้กับคนดู มีชีวิตชีวามาก ทีมงานจากทางเวิร์คพอยท์วิ่งกันไปทุกที่ยิ่งกว่าขบวนขันหมาก หัวกลิ้ง ไฟ ถึง กะละมัง แปร่ง ยาดม ครบค่ะ โดราเอมอนชุดๆ ที่สนุกอีกอย่างคือ ถ้าหากดูบรรยากาศไม่สนุกหรือสาระเบา เราก็ปรับกันหน้างานกันเลย จุดสำคัญคือเราจะทำยังไงให้เข้าใจมุมหรือสิ่งที่ประชาชนเป็นอยู่และจะสรุปเนื้อหาอย่างไรให้โดนใจตรงประเด็นได้ประโยชน์ไปใช้งานได้ และมีความสุขแฝงไว้เป็นระยะ

ที่เราได้ดู 3 นาที เกิดจากถ่ายทำประมาณ 1-2 ชั่วโมง ใส่มแม่เจ้า ขั้นตอนการตัดต่อ เป็นอีกส่วนที่ทางเวิร์คพอยท์ทำกันอย่างหนัก ให้เราดูและเสนอแนะ ก่อนจะได้เป็นตัวจริงมา แต่ละครึ่ง ก็ปรับไป 2-3 รอบ เพื่อให้ได้ความถูกต้องที่มาพร้อมความสนุก พวกเราทุกคนก็จะแนะนำกันกับทุกตอน มันตั้งใจมากเลยนะกับความ เป็นทีมที่ช่วยกันแบบนี้

ไม่ใช่เพียงรายการทีวี แต่เรามีเพจฟินสวีย ฟาฟา มาพร้อมสาระน่ารักของ Infographic

โชคดีจริงๆ ที่เราได้น้องปิ๊ปซึ่งเพิ่งจบจากวิทยาลัยนานาชาติ ม.อ.สาขา Digital media มาช่วยในการแปลงเนื้อหามาเป็นภาพการ์ตูนให้เข้าใจง่าย ๆ ในแต่ละสัปดาห์เราจะขยายเรื่องที่ออกอากาศไปให้ชัดเจนขึ้น มีรายละเอียดที่สำคัญมากขึ้น และยังเน้นการตอบคำถามให้ตรงประเด็นเช่นเคย และเราก็มีเกมให้ลูกเพจได้มาร่วมสร้างสีสันอยู่ทุกสัปดาห์พร้อมมีรางวัลเล็กน้อยให้ด้วยนะ ซึ่งก็ได้

รับการสนับสนุนจากบริษัทไล่อ่อน (ประเทศไทย) จำกัด และจากทางลิสเตอร์ สิ่งที่น่าดีใจมากๆ คือการที่พี่ๆ น้องๆ ทันตบุคลากรนิสิตนักศึกษาทั้งทันตแพทย์ ทันตาภิบาลทั่วไทยและประชาชนเองช่วยกันแชร์ช่วยกันเชียร์ให้เนื้อหาและกิจกรรมต่างๆ ของเพจไปถึงประชาชนในทุกวันขอบคุณมากๆ จากใจทีมงานทุกๆ คน ใครไม่เคยชม เคยแชร์ เชิญเลยนะค่ะ เรามาช่วยกันค่ะ

พลัฟร์เป็นไบบัง

สิ่งที่เราพอจะประเมินได้ ก็คงเป็นเรื่องการดูจาก rating ที่เทียบเคียงแล้ว เราอยู่ในลำดับที่ 17 ของรายการ WORKPOINT ทั้งหมดที่มีกว่าหกสิบรายการ โดยรายการของเราน่าจะมีคนดูราวล้านกว่าคนในแต่ละตอน และจากเสียงตอบรับในเพจฟินสวีย ฟาฟา ที่ช่วยกันแชร์ความรู้สู่ประชาชนกันทุกวัน และมีการนำเนื้อหาไปสื่อสารในรูปแบบ offline เช่น นำไปฉายหน้าห้องรอผู้ป่วย การนำ infographicไปทำเป็นบอร์ด โปสเตอร์ นิทรรศการ นับเป็นกำลังใจให้พวกเราเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความรู้ในวงกว้างอีกรูปแบบหนึ่ง เพื่อให้ใครๆ ก็ดูแลช่องปากได้ง่าย

ถ้าถามว่า อะไรคือที่สุดของการทำรายการนี้ ขอบอกเลยว่า “เพื่อนร่วมทีม” ทั้งทีมทำงานที่เป็นพลังมหาพลังและผู้ใหญ่ใจดีทั้งจากคณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัย

สงขลานครินทร์

และจากเครือข่าย

เด็กเล็กพันธุ์ วิถี

SELF CARE ที่เป็นทีม

เบื้องหลัง เคียงข้างคอยช่วย

เหลือทั้งเรื่องวิชาการและ

การบริหารจัดการ เป็นกำลังใจ

ให้ สนับสนุนชวนคนไทย

ให้หันมามองเรื่องสุขภาพ

ช่องปากกันแบบฟาฟา

ฟาฟาโดนใจประชาชนกัน

และขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ



พลังทันตบุคลากรชาวไทย อีกครั้งนะคะที่ช่วย ชม แชร์ เชียร์ ชง สร้างโอกาสสื่อสารสู่สังคมกันอย่างเต็มที่ ขอบพระคุณจากใจทีมงานค่ะ



“ประทับใจที่สาระความรู้เชิงวิชาการเกี่ยวกับฟันกลายเป็นเรื่องสนุกสนาน เข้าใจง่าย เข้าถึงประชาชนได้”

ทญ.ปวีณา คุณนาเมือง (หมอดุ๊กตา) – รพ.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก / เพจฟันน้ำนม

“ประทับใจที่ได้มีโอกาสก้าวผ่านความจำเจในเรื่องการให้ความรู้ทางทันตกรรมในแบบเก่าๆ ประทับใจที่ได้มีโอกาสทำงานร่วมกับคนเก่งๆ ที่มีไฟและพันธมิตร ซึ่งไม่คิดว่าจะได้มีโอกาสได้มาร่วมงานกัน ประทับใจทีมงานและครีเอทีฟมืออาชีพที่ทำให้ความรู้ที่ยากๆ ย่อยง่าย กลืนได้และสนุกสนานน่าจดจำครับ”

รศ. ทพ.ดร. สรสันต์ รั้งลิยานนท์ (อ. ป๊อง)-มศว

“รู้สึกว่าการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนไม่ใช่เรื่องง่าย การมีความรู้ที่ดียังอย่างเดียวไม่เพียงพอต้องมีเทคนิคการสื่อสารที่ดีด้วย เพื่อที่จะผลักดันให้คนไม่ใช่แค่ฟัง แต่พยายามทำตามวิธีปฏิบัติที่เราสื่อสารออกไป หรือถ้ายิ่งกว่านั้นคือเอาไปปรับใช้ตามบริบทของตัวเองและแนะนำคนอื่นต่อ การถ่ายทำรายการทำให้ได้มุมมองใหม่ๆ เปิดโลกทัศน์ให้เห็นแง่มุมที่เปิดโอกาสให้เราเติมความรู้ทันตสุขภาพสู่ประชาชน เป็นการเรียนรู้ที่หาไม่ได้จากตำราค่ะ”

อ. ทญ.ดร. สุพิชชา ตลิ่งจิตร (อ. จี๊)-ม.อ.

“ประทับใจทีมงานเลยคะ เรื่องนำใจใส่ในงานและอยากให้ทันตแพทย์ทุกคน ย้ำ ทุกคน ใส่ใจลงไปในการป้องกันโรค การเผยแพร่ความรู้ให้ประชาชนดูแลตัวเองได้ ไม่ใช่เรื่อง routine แต่มันท้าทาย ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์หลายแขนง แต่สำคัญที่สุดคือใจที่อยากให้คนไทยปลอดโรค”

ผศ.ทญ.ภัทรวดี ลีลาทวีวุฒิ (อ. ปู่)-มหิดล

“ได้เรียนรู้ มีความสุข เกิดพลังเพราะได้ทำงานกับทีมที่น่ารักและช่างคิด ทีมนักวิชาการที่สร้างสรรค์ทำให้ยิ่งเชื่อมั่นว่าการดูแลช่องปากเป็นเรื่องที่ทั้งพวกเราทันตบุคลากรและประชาชนสามารถสื่อสารและนำไปทำจริงๆ ได้ค่ะ”

ผศ.ดร.ทญ.จรัญญา หุ่นศรีสกุล (อ. ตู๋) -ม.อ.

“ก่อนอื่นต้องขอบพระคุณ อ.ตู่ จรัญญา มากเลยคะ ที่ชวนหนูเข้าวงการ จนได้มีวันนี้!!! (พูดไว้เมื่อตั้งคะ 555) รู้สึกยินดีมากกับภารกิจ oral health promotion เชิงสร้างสรรค์ ลัลลาเยี่ยงนี้คะ ได้เปิดโลกทัศน์ตัวเอง ให้ OHI คนไข้เหมือนเดิม เพิ่มเติมคือ ถ้าโพรงใหญ่ขึ้นพูดทีเดียวได้ยืนกันทั้งประเทศเบย^^ ภายใต้ ภาพลักษณ์รายการที่เราเน้นเฮฮาแบบมีสาระ ใครจะรู้ว่า ทุกคำพูด ทุกประโยค ทุกรูปภาพสื่อที่ส่งออกไป ได้ผ่านการ กลั่นกรอง ระดมพลังสมอง ของ คณะจารย์ พี่ๆ ที่แม้เราจะไม่เคยเจอตัวเป็นๆ กันเลยแต่เราก็คุยแลกเปลี่ยนความเห็นกันอย่างเข้มข้นผ่านสื่อโซเชียล เพื่อให้ได้สื่อที่มีคุณภาพ การทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย การทำเรื่องชวนปวดหัว ให้เป็นเรื่องเบาสมองแบบแฝงสาระ มันไม่ง่ายเลยคะ ดีใจที่ได้เป็นส่วนเล็กๆ ในโปรเจกต์ที่ยิ่งใหญ่นี้คะ #เพราะฟันสวยรอไม่ได้ ต้องดูแลแบบฟ้าผ่า #ขอบพระทัยโลกไซเบอร์หน้าแชร์เจ้าคะ รอไร ^^ Tooth thunder L-Ly”

ทพญ.ธิดารัตน์ นวนศรี รพ. สิเกา อ. สิเกา จ. ตรัง

พระราชอารมณ์ขัน

ไม่มีบัตร

นอกจากนี้ยังโปรดจะเสด็จพระราชดำเนินระยะไกลตามชายทะเลจากหน้า พระราชวังอีกด้วย และเสด็จกลับมาใน ตอนเย็นๆ เมื่อเสด็จกลับถึง ปรากฏว่าทหารนั้นไม่ให้พระองค์เข้า

“ไม่ได้ครับ ไม่มีบัตรผ่านเข้าไม่ได้” ทหารพูด

“ขอโทษที ฉันไม่มีบัตร แต่เอาเป็นว่า

ตอนนี้เธอมีธนบัตรไหม” ทรงตรัสตอบ

ทหารพูด **“มีครับ ทำไม่หรือ”**

แล้วก็ทรงตรัสว่า **“นั่นแหละบัตรของฉัน”**



ไปไหมเสีย

เมื่อสมัยก่อนเสด็จแปรพระราชฐานไปยังหัวหินมักจะเสด็จออกไปยังตลาดหัวหินบ่อยครั้ง และบางครั้งโดยลำพัง ส่วนพระองค์ มีครั้งหนึ่งระหว่างจะเสด็จกลับ ข้าเล็งที่ตลาดทูลถามว่า

“ไปไหมเสีย”

ปรากฏว่าเสด็จพระองค์นี้สนพระทัยก็ตรัสจ้ำไปยัง พระราชวังไกลกังวล โดยข้าเล็งคนนั้นไม่รู้ นี่ถือว่าเป็นข้าราชการ แต่พอถึงพระราชวัง ทหารสั่ง วันทยาอุธ เท่านั้นแหละ ข้าเล็งถึงรู้ว่าเสียที่มาส่งนะเป็นใคร



ฉันซื้อภูมิพล

มีครั้งหนึ่งในหลวงทรงโทรศัพท์ไปหาหม่อมคนหนึ่ง พอดีหม่อมคนนั้นไม่อยู่บ้าน คนใช้ของหม่อมถามว่า นั่นใครคะ อยากจะฝากข้อความไว้หรืออยากจะพูด กับเจ้านายต้องบอกชื่อมาก่อน ในหลวงทรงตรัสว่า

“ฉันซื้อภูมิพลเคยได้ยินบ้างไหม ยังไรบอกนายโทรหาฉันกลับด้วยแล้วกันนะ”

เท่านั้นแหละคนใช้คนนั้นเป็นลมต้องปฐมพยาบาลกันใหญ่



อันนี้ให้มึง

มีครั้งหนึ่งในหลวงทรงเสด็จไปทรงงานที่แดนไกล พวกผู้ใหญ่บ้านก็เกณฑ์กะเหรี่ยง มูเซอ ที่เพาะปลูกพืชอะไรเอ่ย มาถวายให้ในหลวงก็ซ่อมราชาศัพท์ได้แล้ว บอกว่า “ได้แน่นอน ในหลวงต้องไม่เสียพระทัยแน่นอน” ที่วันนี้ในหลวงทรงมาตรวจงาน กะเหรี่ยงก็ถวายของให้กับในหลวง ด้วยอารมณ์ตื่นเต้นนึกไม่ออกจะพูดอย่างไรดี มันตื้อไปหมด ก็เลยพูดว่า

“อะ...อันนี้ให้มึง อันนี้ให้เมียมึง ส่วนอันนี้ให้ลูกๆ มึง”

ในหลวงก็ทรงสรวล แล้วตรัสว่า

“ขอบใจนะ”

ชาวบ้านรวมทั้งผู้ใหญ่บ้านหน้าซีดกันเป็นแถบ

HEALTH TIP

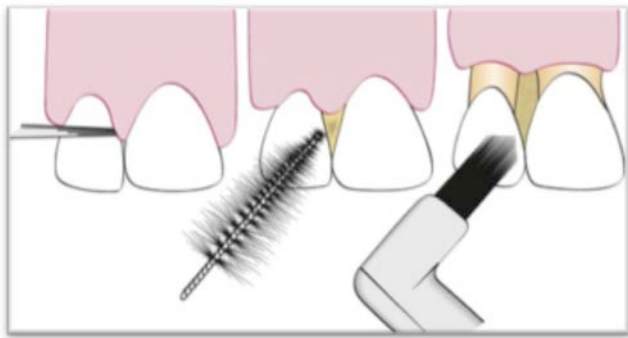
เรื่อง ผศ.ทพ.ขจร กังสดาลพิภพ / อ.ทญ.พรรณ พงษ์เสฐียร
ฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ สมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย

การใช้ ไหมขัดฟัน ยังจำเป็นหรือไม่!!!



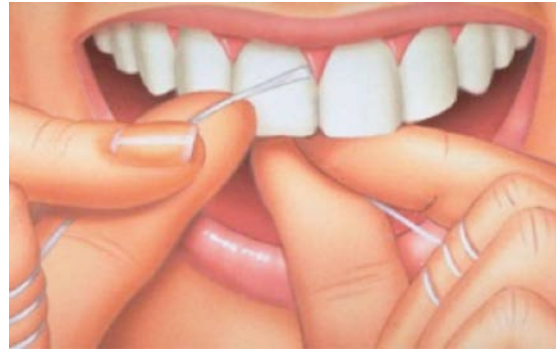
ข่าวล่าสุดเรื่องการไม่ใช้ไหมขัดฟันไม่ถึงกับเป็นอันตรายอะไร ทำให้คนไข้อยากทราบว่าทำไมการไม่ใช้ไหมขัดฟันถึงไม่ดีนัก ตามที่เป็นข่าวในหนังสือพิมพ์และนิตยสารซึ่งอ้างว่าการใช้ไหมขัดฟันไม่มีประสิทธิผลนั้น ในทางวิชาการและงานวิจัยแล้วเรายังต้องการการศึกษาเรื่องดังกล่าวที่มากพอ จึงจะสรุปได้ชัดเจนกว่านี้ ทั้งนี้ ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย (ADA) สมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย (AAP) ได้ออกมาแสดงความเห็นโดยยังคงแนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันอยู่ครับ (ลองอ่านรายละเอียดตาม website ตอนท้ายได้ครับ)

เป็นที่ทราบกันดีว่าการแปรงฟันไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่หลงเหลือตามร่องเหงือกและบริเวณซอกฟันได้หมด การทำความสะอาดบริเวณระหว่างซอกฟัน เช่น การใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการทำความสะอาดบริเวณนี้จะสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นสาเหตุของฟันผุ โรคเหงือกและกลิ่นปากได้ ปัจจุบันมีเครื่องมือทำความสะอาดซอกฟันหลายรูปแบบเช่นไหมขัดฟัน หรือ แปรงซอกฟัน เป็นต้น ผู้ป่วยจึงควรเลือกให้เหมาะสมตามสภาพฟันและเหงือกตามรูปที่ 1



รูปที่ 1 ตัวอย่างการใช้เครื่องมือทำความสะอาดซอกฟันให้เหมาะสมตามสภาวะเหงือกและฟัน

ไหมขัดฟัน (Dental floss) จริง ๆ มีใช้กันมานานแล้ว เมื่อประมาณ 200 ปีที่แล้ว ในยุคนั้น แปรงสีฟันยังมีราคาแพงมาก ทำให้คนใช้หลายคนไม่ได้แปรงฟัน ทันตแพทย์ชาวอเมริกัน Dr.Parmly จึงแนะนำให้คนใช้ใช้ด้ายเคลือบขี้ผึ้งทำความสะอาดฟันแทน จึงเป็นจุดเริ่มต้นของไหมขัดฟันที่ใช้มาจนถึงปัจจุบัน ลองทายดูนะครับว่าถ้าแปรงสีฟันและไหมขัดฟันหาได้ง่ายขึ้นแล้ว จะเลือกใช้อะไร ส่วนใหญ่จะตอบว่าแปรงฟันอย่างเดียว เลยเอาตัวเลขมาฝากกันครับ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพพบว่า 40% ของชาวอเมริกันใช้ไหมขัดฟันทุกวัน ในขณะที่ฝั่งบ้านเรามีเพียง 3% ของคนไทยเท่านั้นที่ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ (แถมจะขี้นเวลาเมื่อไรถามเราเรื่องนี้เราตอบเขายังไงดีละ) คำถามต่อมาคือทำไมคนไทยใช้ไหมขัดฟันน้อย อาจจะด้วยวิธีการใช้ที่ยาก หาซื้อลำบากหากเทียบกับไม้จิ้มฟัน วันนี้เลยมาเล่าสู่กันฟังคร่าว ๆ ถึงวิธีใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องนะครับ (รูปที่2) ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วโป้งในการควบคุมไหม ค่อยๆ ขยับไหมผ่านจุดสัมผัสระหว่างฟันบริเวณซอกฟัน ห้ามกดหรือดันไหมลงไปในซอกฟันเพราะจะบาดเจ็บเหงือกและทำให้เกิดเหงือกกร่นได้ เมื่อไหมผ่านลงไปบริเวณซอกฟันแล้วจึงโอบไหมรอบฟัน ไล่ขัดจากคอฟันไปยังปลายฟัน ควรใช้ไหมขัดฟันทุกซอกฟันรวมถึงบริเวณด้านในสุดของฟันที่สุดท้ายด้วย



รูปที่2 วิธีใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง ไหมต้องโอบรอบคอฟัน

อ่านบทความแล้วอาจจะยังนึกภาพการใช้ไหมขัดฟันไม่ออก อยากให้ลองเข้าไปดูคลิปเกี่ยวกับการดูแลอนามัยช่องปากจัดทำโดยภาควิชาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะเห็นภาพและเข้าใจมากขึ้น หยิบมือถือเลยครับ เข้าไปที่ youtube แล้วเสิร์ชว่า “การดูแลอนามัยในช่องปากด้วยตนเอง” หรือสแกน QR code ตามนี้เลยครับ





พูดถึงการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน มีคำถามว่าควรขัดฟันก่อนแปรงหรือแปรงฟันก่อนขัดด้วยไหมขัดฟัน ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยหรืออเมริกา (ADA) แนะนำว่าจะขัดฟันก่อนแปรงหรือจะแปรงฟันก่อนใช้ไหมขัดฟันก็ได้ผลดีไม่ต่างกัน トラバเท่าที่คนใช้ทำครบทั้ง 2 อย่าง อันนี้อยู่ที่ความถนัดละครับ เช่น บางคนแปรงฟันเสร็จแล้วจะขี้เกียจใช้ไหมขัดฟันต่อ ก็แนะนำให้ขัดฟันด้วยไหมขัดฟันก่อนเลยแล้วค่อยแปรง เป็นต้น พุดง่าย ๆ อยากให้ใช้ไหมขัดฟัน ใช้เถอะครับตามที่สะดวก อย่างไรก็ตามทันตแพทย์ส่วนใหญ่จะแนะนำให้แปรงฟันก่อนตามด้วยใช้ไหมขัดฟันวันละครั้งครับ



จะว่าไปแล้วชีวิตความเป็นอยู่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนไทยเราแตกต่างกัน หมอมักจะโดนคำถามว่าใช้ไหมขัดฟันแทนได้ไหม ง่ายกว่าตั้งเยอะ คงไม่หำมนะครับ ไม่จิ้มฟันอยู่คู่ชีวิตคนไทยมานาน แต่อยากขอเสริมว่าถ้าใช้ควรใช้ให้ถูกต้อง ไม่จิ้มฟันเขี่ยเศษอาหารออกได้แต่ไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ พุดง่าย ๆ เขี่ยออกครับแต่คราบขี้นั้นยังอยู่ครบเหมือนเดิม แถมถ้าใช้ไม่ถูกวิธีไปสีฟันมากๆ ฟันสึก หรือไปตาเหวี่ยงได้ หมอยังแนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันเพราะโอปะฟันได้ดีกว่า สะอาดกว่าแค่วันละครั้งเอง หรือถ้าไม่ถนัดลองใช้แปรงซอกฟันดูนะครับ

สุดท้ายมีคำถามต่อว่าถ้าดูแลดีทั้งแปรงและใช้ไหมขัดฟันเพียงพอไหม จากประสบการณ์ผู้เขียนหากเราแปรงฟันได้ถูกวิธี คราบจุลินทรีย์ลดลงไปเกือบ 50 % หากใช้ไหมขัดฟันได้ดีพอสมควรจะลดลงไปอีก 20-30 % ที่เดียวเอาเป็นว่าป้องกันโรคได้และช่วยคงสภาพให้มีสภาวะฟันและเหงือกที่สะอาดในระดับหนึ่ง แต่ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันและช่องปากอย่างละเอียด อย่าลืมนะครับ ตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 2-3 นาที ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ รวมถึงทำความสะอาดซอกฟันวันละ 1 ครั้งด้วยอุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟันที่เหมาะสม



มาถึงตรงนี้หลายคนคงสงสัยทำไมเขียนมายืดยาวแค่เรื่องแปรงฟันใช้ไหมขัดฟัน คือจริงๆ มันเป็นเรื่องใกล้ตัว แต่เรามักมองข้ามและถ้าทุกคนทำได้ ปัญหาโรคฟันผุ โรคเหงือกคงน้อยลง ยิ่งไปกว่านั้นโรคในช่องปากส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม เช่น คนไข้เบาหวานถ้าเป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเรื้อรัง ไม่รักษาอาจส่งผลการควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี ซึ่งมีผลต่อตา ต่อไต แผลที่มือเท้าได้ หรือรายงานวิจัยที่พบว่าโรคปริทันต์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ใ้ค้อยหาโอกาสมาคุยเรื่องนี้นักใหม่ น่าจะดี

ในยุคสมัย สังคมสูงอายุนี้อ่านผู้อ่านน่าจะมีสุขภาพดีถ้าลงทุนใช้ไหมขัดฟันให้เป็นกิจวัตรและมีไว้ติดบ้านในตอนนี้ ...ดีกว่าจะต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากในอนาคตนะครับ ยังไงฟันเรามากกว่าฟันเขาแน่นอนครับ T

Reference:

1. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพ ช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 สำนัก กทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. www.ada.org/en/press-room/news-releases/2016-archive/august/statement-from-the-american-dental-association-about-interdental-cleaners
3. www.perio.org/consumet/AAP-recommends-flossing

DENT AWAY

เรื่อง ทญ.ปิยะธิดา จิตตานันท์

MEETING IN LONDON

(ประ)ชุมไปเที่ยวไปในลอนดอน

สำหรับผู้เขียนการออกเดินทางแต่ละครั้ง
จุดหมายปลายทางอาจจะต่างกันไป
แต่จุดมุ่งหมายส่วนใหญ่มักเป็นการท่องเที่ยว
เพื่อความบันเทิง นานน่าน นานที่สืบทอดมา
ผู้เขียนถึงจะออกเดินทางไปประชุมวิชาการ
กับเค้ามั่ง





งานนี้ที่เลือกไปเพราะอยากไปเสนอผลงานวิชาการที่ทำร่วมกับคุณหมอดัน (ทพ.ศุภกิจ เพ็ญจิตเลิศขจร) หมอพื้นคนไทยในอเมริกา คุณหมอดันเธอทำงานที่ Hayward Braces Clinic, California USA และเราทำงานวิจัย เรื่อง “Quantitative Analysis of Decisions to Perform Surgical Revisions In Patients With Repaired Complete Unilateral Cleft Lip and Palate” ด้วยกัน โครงการนี้ทำร่วมกับหมอพื้นอเมริกา ไปแลนด์ และสวีตเซอร์แลนด์ด้วย เป็นงานร่วมทางฝั่งอเมริกา ยุโรป และเอเชีย ไหนๆ ก็ออกแรงทำวิจัยกันมาใช้เวลาเป็นปีแล้ว นำเสนอสักหน่อยทำทนายสติปัญญา ว่าแล้วคุณน้องหัวหน้าโครงการให้เลือกว่าจะไปเสนอผลงานที่ไหนระหว่างประชุม Cleft ที่อินเดียกุมภาพันธ์หน้า หรือ ประชุม Ancient and Modern – Surgery Meets Technology : 23rd Congress of the European Association for Cranio Maxillo-Facial Surgery (ชื่องานยาวมาก) เรียกสั้นๆ ว่า EACMFS2016 (ชื่อย่อก็ยาว) เดือนกันยายนี่ที่อังกฤษ...แน่นอนอยู่แล้ว อังกฤษสิคะจะรออะไร

งานประชุมนี้ ค่าเข้าประชุมแสนแพง 630 ปอนด์ (ปอนด์ละ 46.6 บาท) ตอนสมัครทางเว็บไซต์แทบเป็นลมเมื่อเห็นราคา จะกลับลำเปลี่ยนไปอินเดียก็เกรงจะนานเกิน แล้วจะเตรียม poster ทันใหม่ เรื่องก็ยังไม่ได้เขียน จนลงทะเบียนเสร็จก่อนหน้านี้งานสัก 1 เดือนก็อีเมลมาบอกให้ส่งเป็น E-poster ดีจังเลย... ไม่ต้องแบกบ๊อง ไม่ต้องหาที่พิมพ์ เตรียมเป็น PDF file แล้ว upload ขึ้นไปที่เว็บของงานประชุม ดีค่ะ

ตอนจะไปคิดว่าเป็นคนไทยคนเดียวซะอีก ดีใจที่ได้รู้ว่ามีคนไทยไปประชุมด้วยรวมราว 10 คนได้ ส่วนใหญ่เป็นคุณหมอศัลยนักอรรถบำบัด มีเค้าคนเดียวที่เป็นแกะดำ (จัดฟัน) งานประชุมนี้จัดขึ้นที่ Queen Elizabeth II Center อยู่ใกล้สถานี Westminster และเป็นย่านที่มีสถานที่เที่ยวสำคัญๆ อย่าง Westminster Abbey, Big Ben,



London Eye ล้วนอยู่ใน
ระยะที่เดินเที่ยวได้... ประชุม
ประชุม ประชุม ...
ท่องไว้ๆๆๆ มิน่าค่าประชุม
ถึง แพงมาก ๆ ๆ ๆ

สถานที่ประชุมดีตรงที่เดินทางง่าย

ตอนลงทะเบียนก็ง่ายมาก พิมพ์ไปตอบ

รับจากอีเมลซึ่งมี barcode อยู่เข้าเครื่อง scan ปุ่ม พิมพ์ออกมา
เป็น sticker แปะเป็นป้ายชื่อได้เลย พร้อมสายคล้องและมี
booklet เล็กๆ แจกให้ดูตารางงานประชุม ง่ายๆ ใช้เวลาไม่ถึง 2
นาที แต่ไม่มีของแจกเลย ค่าประชุมแพงแพง กระป๋องกระป๋องก็
ไม่ยกกะมีให้ (ยังไม่เลิกป่น) Queen Elizabeth II center (QE
II) มีห้องประชุมใหญ่ และห้องประชุมย่อยๆ มากมาย มีห้องที่
เป็น Oral Session ให้มาเสนอผลงานสั้นๆ 10-15 นาที Guest
Society จะเป็นส่วนที่สมาคมของชาติต่างๆ มาจัดประชุม มีหลาย
ห้องมากเลือกประชุมรับฟังกันได้ตามความสนใจ ว่าแต่ฉันมาทำ
อะไรที่นี่??? เข้าห้องนั้นออกห้องนี้มีแต่คล้ายๆๆ เลือดท่วมจอ
ตัดแบบนั้น flap แบบนี้ สิ่งเดียวที่ทำให้ยังอยู่งานประชุมคือค่า
ประชุมแสนแพง.. แหะแหะ แล้วก็ใช่แล้ว E-poster ยังไม่ได้
present เลย ตื่นเต้นๆ ต้องยื่นผ้าไหม จะมีคนถามเยอะไหม จะ
ตอบเค้ารู้เรื่องไหม ปรากฏว่า... บริเวณที่เป็น E-poster Presenta-
tion มีจอขนาดใหญ่ ตั้งเชื่อมกับ ipad เปิดดูแล้ว ว้าว.... มีตั้ง
เป็น 1000 Poster แต่ละคนก็หา Poster ที่ตัวเองส่งมา แค่นี้ก็
หมดเวลาแล้ว ถึงกับต้องต่อคิวรอเปิดดู Poster ของตัวเอง ต้องหา

วันว่างอื่นๆ มาดูงานของคนอื่นละคะ แต่ก็ยังดีที่มีอาหารเที่ยงให้
เป็นบุฟเฟต์ มีพนักงานตักอาหารให้ ผ่านวันประชุมวันแรกไปแบบ
มีินๆ เหลืออีกตั้ง 3 วัน จะไหวไหมเนี่ย

การเดินทางในลอนดอนแสนสะดวก คนแหวกจากประชุมมา
เที่ยวอย่างเรา จะนั่งรถเมล์ รถไฟใต้ดิน (Tube) ลงเรือ เดิน หรือ
ขี่จักรยาน ก็ไปมาได้สะดวก ระบบโดยสารสาธารณะดีมาก อย่าง
จักรยานจะมีจักรยานให้เช่า วันละ 2 ปอนด์ ถ้าขี่ภายใน 30 นาที
จะไม่ต้องเสียเงิน ในลอนดอนมีจุดจอดจักรยานเป็นระยะๆ ถ้า
วางแผนดีๆ โดยใช้ application ในมือถือช่วยก็สามารถใช้ได้ทั้ง
วันโดยเสียค่าเช่าแค่ 2 ปอนด์ แต่ว่าถ้าขี่เกิน 30 นาที ก็ต้องเสีย
เงินชั่วโมงละ 2 ปอนด์ ผู้เขียนเล็งอยู่ทุกวัน มีจุดจอดจักรยานใกล้
ที่พักและใกล้ที่ประชุม เล็งทุกวันดูเส้นทางอยากจะไปประชุมกับที่
เที่ยวในเมือง (เขามีทางจักรยานบ้าง) เสียตรงที่ในลอนดอนคน
ขับรถเร็วมาก ๆ น่าหวาดเสียว ช่วงประชุมนี้เป็นช่วงหน้าร้อนของ
ลอนดอน อากาศสบายๆ มีฝนประปรายตามธรรมเนียมอังกฤษ





วันที่ตัดสินใจว่าเอาละฉันจะขี้จักรยานไปประชุม ปรากฏวันนั้นฝนตกคะ จบข้าว

วันที่สองที่งานประชุม พบว่าผู้คนที่มีงานประชุมเริ่มบางตา อย่างเห็นได้ชัด ต่างกับวันแรกอย่างสิ้นเชิง ค่าประชุมแพงนะคะ.. ไม่(ทน) ฟังกันเหรออ... ว่าแล้วผู้เขียนก็เข้าห้องน้ํานอกห้องนี้ รอจนถึงเวลาทานข้าวเที่ยงแะเปิดดู E-poster ของชาวบ้านสักหน่อยแล้วขอลาจากงานประชุมอย่างสงบ งานประชุมทันตแพทยสมาคมของไทย ประทับใจกว่าเยอะเลยคะ ไม่ได้ช่วยกันเองนะจริงๆ... (การเก็บหน่วย CE ทางฝ่ายจัดประชุมจะส่งอีเมลมาให้เราเข้าไปตามลิงค์ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับงานประชุม เสร็จแล้วก็มีบอกว่า ประชุมแต่ละวัน ได้วันละกี่หน่วย ก็ให้ชัวร์มั้งละ 1 CE เหมือนบ้านเรา ตอบคำถามครบถ้วนแล้วก็จะมีให้ใส่ ชื่อ และ เครดิต CME ที่เราจะเคลม เปิดเป็น PDF file แล้วก็พิมพ์ออกมาได้เลย)

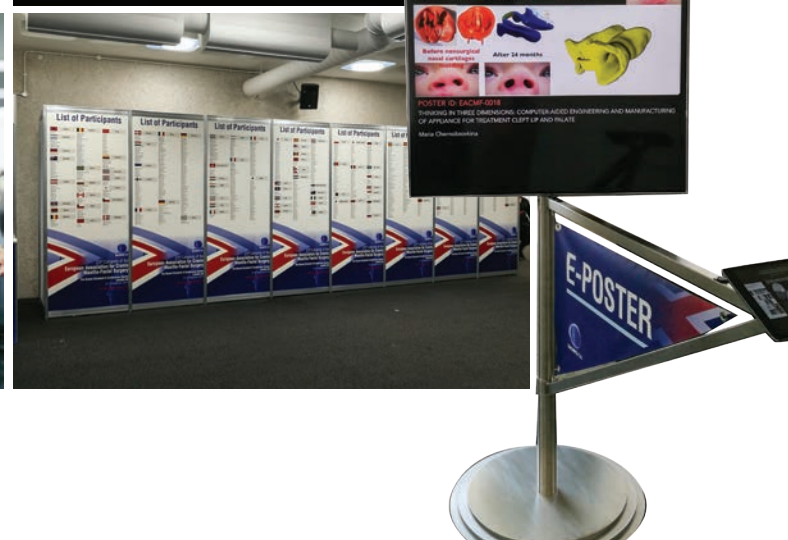
การเที่ยวในลอนดอนนั้นแสนง่าย ถ้าวางแผนสักนิดการใช้ London Pass ก็เป็นอีกทางเลือกที่น่าสนใจ

บัตร London Pass สามารถซื้อได้จากเมืองไทยได้ (ที่ทำวีซ่า) หรือจะไปซื้อที่อังกฤษเลยก็ได้ บัตรมีทั้ง 1, 2, 3 และ 6 วัน ข้อดีของบัตรนี้คือสามารถใช้เข้าชมสถานที่สำคัญๆ อาทิ เช่น Westminster Abbey, Tower of London ใช้ขึ้นเรือ ขึ้นรถบัสแบบวนรอบเมือง ยกตัวอย่างบัตร 1 วัน เราซื้อในราคา 56 ปอนด์ แต่มูลค่าในบัตรจะมี 90 ปอนด์ เราเริ่มที่เข้า Westminster Abbey เดินเล่นแถวนี้ไปถ่ายรูปกับนาฬิกา Big Ben ผ่านชมรัฐสภา (Houses of Parliament) แล้วอาจจะไปลงเรือล่องแม่น้ำเทมส์ ผ่าน London Eye นั่งไปจนถึง Tower Bridge ลงถ่ายรูป และเข้า Tower of London ลงเรือเปือแล้วมานั่งรถบัสชมรอบเมืองต่อ แบบนี้เป็นต้น ถ้าใช้ London Pass สามารถเข้าได้โดยไปออกตัวด้านใน ไม่ต้องเข้าคิว

รอซื้อตั๋ว (แต่คิวของ London Pass เองก็ยาว) โดยจะหักค่าเข้าจากมูลค่าในบัตรที่เหลืออยู่ ถ้าทำได้ตามแผน บัตรนี้ก็คุ้มอยู่คะ

Westminster Abbey เป็นมหาวิหารที่สำคัญใช้ในการประกอบพระราชพิธีใหญ่ๆ เช่น พระราชพิธีราชาภิเษกหรืองานสำคัญของราชวงศ์ ภายในห้ามถ่ายรูป

ใครมาลอนดอนช่วงฤดูร้อนเดือน สิงหาคม – กันยายน ไม่อยากให้พลาดการเข้าชมพระราชวัง Buckingham ซึ่งในช่วงเวลานี้สมเด็จพระราชินีนาถเอลิซาเบธที่ 2 เสด็จแปรพระราชฐานทางวังจะเปิดให้เข้าชม The State Rooms เป็นพื้นที่ด้านในบางส่วน หลังเข้าชมพระราชวัง Buckingham ใกล้เคียงกันจะมี The Royal Mews เป็นที่เก็บรถของราชวงศ์และรถที่ใช้ในพระราชพิธี ถ้าเที่ยวกลางวันเริ่มเปื้อแล้ว แนะนำให้ลองหาละครเวที (Musical) ดูสักเรื่อง โรงละครที่นี่มีเยอะมาก เลือกดูได้หลายแนว





แต่ที่นิยมน่าจะเป็น Disney's the Lion King, The Phantom of the Opera, Wicked เป็นต้น ผู้เขียนเลือกเรื่อง Wicked ค่ะ เห็นว่าเปิดการแสดงมาครบ 10 ปีในปีนี้อย่างไรก็ได้รับหลายรางวัล การซื้อบัตรที่นั่งถ้าซื้อกับที่โรงละครจะเป็นราคาเต็มค่ะ ชั้นสอง ไกลโพ้นถูกสุดก็ยังแพงเกือบ 60 ปอนด์ ขนาดซื้อวันแสดงนะ แนะนำให้ไปหาซื้อตามร้านขายบัตรละครเวทีลดราคา เราสามารถซื้อบัตรที่นั่งดีๆ (ที่ยังเหลือ) ถูกไปเกือบครึ่ง แล้วเรื่อง Wicked ก็ไม่ทำให้ผิดหวังค่ะ ฉาก แสง สี เสียง นักแสดง คุ่มค่าราคาบัตรจริงๆ ใครผ่านไปลอนดอนลองไปชมกันสักครั้งนะคะ

เที่ยวแล้วก็ต้องกิน สำหรับร้านอาหาร นอกจาก Four Seasons ที่ฮิตติดลมจนมีสาขาที่เมืองไทย มีร้านที่อยากแนะนำคือ Burger and Lobster ค่ะ ร้านนี้เริ่มจากที่เดียวจนตอนนี้มีหลายสาขา ตึกใกล้ๆ ห้างดัง Harrods ก็มี Hamburger ก็อร่อย ใครไม่ทานเนื้อก็ลองทาน Lobster ซึ่งจะมีให้เลือกหลายขนาดตามความจุกระเพาะแต่ละคนค่ะ สนนราคาก็ไม่มาก แค่ประมาณ 20 ปอนด์ต่อมือเท่านั้น ขนหน้าแข่งวิ่งไปบ้างตามระเบียบ

มาประชุมอังกฤษครั้งนี้..เที่ยวสนุกแบบพอเพียงค่ะ ขอให้มีความสุขกับการใช้ชีวิตนะคะ.. T



DENT DINING

เรื่อง ฤทัย ภาพ เรย์





กาชาติ CAFÉ

เมื่อรอยอดีตถูกหลอมรวมเป็นหนึ่งกับปัจจุบัน
สมัย เมื่อความเก่าผสานกับความใหม่ ผลลัพธ์
ที่ได้คือความร่วมมือสมัย ที่ไม่มีวันเสื่อมสลายไป
ตามกาลเวลา...

ทุกวันนี้ปฏิเสธไม่ได้ว่าเราทุกคนมองหาความสุข ซึ่ง
ความสุขเกิดขึ้นได้ง่ายๆ ในรูปแบบที่แตกต่าง รวมถึง
การได้นั่งนิ่งๆ แล้วละเลียดจิบดื่มกาแฟแก้วโปรดใน
วันที่ฝนโปรยสาย หรือแค่นัดกลุ่มเพื่อนสนทนารู้ใจมาจิบรสเสียด
ความสุข ความสนุก ความรู้สึกผ่อนคลาย ก็ผ่านได้ในทุกโอกาส
เราอยากชวนคุณมาผ่อนคลายด้วยการย้อนอดีต พร้อมหาร้าน
นั่งชิลล์กันที่ย่านนางเลิ้ง ย่านชุมชนเก่าแก่ที่เต็มไปด้วยประวัติศาสตร์
ทางวัฒนธรรมอันล้ำค่า ทั้งยังเป็นย่านการค้าที่มีความสำคัญทาง
เศรษฐกิจ ที่นี้มีวัดวาอาราม สถาปัตยกรรมที่หาดูได้ยาก ร้านรวง
จำหน่ายข้าวของในบรรยากาศที่คุณอาจไม่เคยเห็น ทั้งยังมีร้านคาเฟ่
เก๋ๆ ที่ชื่อ “กาชาติ Café” ซึ่งเป็นการนำบ้านโบราณอายุยาวนานหลาย
สิบปี ที่ตั้งอยู่ในซอยเล็กๆ ริมถนนนครสวรรค์ มาไว้ในเวทใหม่ให้กลายเป็น
เป็นคาเฟ่แสนน่ารัก ที่ยังคงความเก่า และความเก่าของรอยอดีต พร้อม
สอดแทรกมุมมองทางความคิด ที่มีความสดใหม่ ทันสมัยลงไปในงาน
ส่วน จนก่อให้เกิดเป็นความกลมกลืน และโดดเด่นในเรื่องของงาน
ดีไซน์

พื้นที่ของทางร้านถูกแบ่งออกเป็นสาม
ส่วน ส่วนแรกคือส่วนตึกหน้าถูกแบ่งเป็นสองชั้น ชั้น
ล่างเป็นส่วนของคาเฟ่ห้องกระจกเล็กๆ ที่พร้อมให้แขกคน
พิเศษเลือกนั่งจิบกาแฟสบายๆ หรือเลือกเทคโนโลยีกลับบ้าน
ก็ย่อมได้ อยู่ติดริมถนน ส่วนที่สองคือชั้นสอง
ด้านบนตึก ได้รับการออกแบบตกแต่งออกมา
ในแบบย้อนยุคแต่ซ่อนความรู้สึกสนุกในทุกขณะ
ให้คุณเลือกจิบดื่มกาแฟ เครื่องดื่มแก้วโปรด ขนม
และอาหารสดใหม่ในแบบโฮมเมดได้ไม่รู้เบื่อ
ส่วนที่สามจะเป็นในส่วนของตัวบ้าน ที่ชั้น
บนยังคงสภาพในแบบเดิมไม่แปรเปลี่ยน ส่วนชั้น







ถึงมือเที่ยงไปจนตลอดวันถึงสี่ทุ่ม ขอแนะนำหลากหลายเมนูเด็ดต้องห้ามพลาด อาทิ พืชชาโฮมเมด ทำขึ้นต่อชิ้นสดใหม่ คุณสามารถไปยืนดูเซฟทำได้ทีค่าเฟรนช์คอกด้านหน้า มีหลายหน้าให้เลือกลองลิ้ม อาทิ Hawaiian Double Cheese Vegetarian และ Ham & Bacon แป้งบางกรอบ บวกกับชีสร้อนๆ กัดแล้วยืดได้อารมณ์สุดๆ ผลสมรสชาติแสนกลมกล่อม เค็มๆ หอมๆ ของชีส อร่อยมาก

รวมถึงชีสสไลด์ผักสดกรอบ สปาเก็ตตี้เบคอนผัดพริกแห้ง สเต็กหมู พอร์คชอป หรือจะเป็นอาหารไทยที่นี่ก็มีพร้อมเสิร์ฟ รับประกันความอร่อยถูกปากอย่างไทย อย่าง แกงส้มชะอมกุ้ง กุ้งแม่น้ำตัวโตๆ ถึงเครื่องแกงส้มแท้ๆ ทานคู่กับข้าวสวยร้อนๆ ได้ใจ หรือจะเป็นกุ้งผัดพริกเกลือ เนื้อกุ้งเคียวเหนียวแน่นหนึบ เค็มๆ เผ็ดๆ อร่อยเด็ดน้ำลายสอ ปีกไก่ทอดกรอบ เนื้อไก่กรอบนอกนุ่มใน จิ้มกับน้ำจิ้มแจ่วสูตรเด็ดเปรี้ยว เผ็ด เค็ม หวานลงตัว และถ้าถามหาของหวานต้อง Fudge Brownies เนื้อแน่นนุ่มชุ่มรสช็อคโกแลตแท้ๆ หรือจะเลือกเป็นซูครีมลูกอวบน้ำสอดไส้ครีมแสนหอมหวาน ทานคู่กับ Café Latte เย็นหรือร้อนรสเข้มข้น หรือจะเลือกเป็นเครื่องดื่มเย็นๆ อย่าง Mango lime soda ก็ชาบชานถึงทรวงใน สดชื่นสดใได้ตลอดวัน

ต้องบอกว่าราคาอาหาร และเครื่องดื่ม รวมถึงรสชาติ บรรยากาศที่สดใหม่ของ “กาชาดี Café” จะทำให้คุณตกหลุมรักอย่างถอนตัวไม่ขึ้น... T



ล่างในส่วนของพื้นที่บ้านยังคงเป็นพื้นที่ไม้โบราณขัดเงาสวย แต่ฝ้าบ้านที่แต่เดิมเป็นไม้ฉนวนได้เสื่อมสภาพไปตามกาลเวลา กระดานบานใหญ่ และเหล็กกล้า จึงถูกนำมาเป็นวัสดุหลักในการตกแต่งทดแทนที่เปิดโล่งให้คุณได้ทอดสายตาได้มองเห็นสวนด้านหน้าอย่างเพลินใจ ภายในร้านยังตกแต่งด้วยโต๊ะ เก้าอี้ โซฟาหลากสีสัน ดีไซน์สวยในสไตล์เรโทรสุดเก๋เก๋ ทั้งเก่า ใหม่ หลากหลายรูปทรง ในบางมุมถูกจัดวางด้วยโต๊ะเก้าอี้ไม้เก่ารูปทรงกลมเข้าชุดกัน พร้อมตู้ไม้บรรจของสะสมแต่เก่าก่อนดูเพลินตา และที่เฟอร์นิเจอร์ไม้เข้าแบบกันเลยสักชิ้น เนื่องจากเจ้าของร้านเป็นนักสะสมเฟอร์นิเจอร์ตัวยง ไม่ว่าคุณจะมาเดี่ยว มาเป็นคู่ มาเป็นกลุ่ม ก็เลือกนั่งในมุมโปรดได้ตั้งแต่เช้าจรดค่ำ หรือจะเลือกนั่งชิลล์บริเวณสวนด้านหน้าบ้าน ที่เป็นลานเอาท์ดอร์แสนกว้างในยามเย็น ย่ำ นั่งจิบกาแฟอุ่นๆ รับสายลมหนาว ชมดาว ชมเดือน คลอเคล้าเสียงเพลงเบาๆ ก็เข้าที่

ที่สำคัญที่กาชาดี Café ยังตกแต่งผนังบริเวณด้านข้างร้าน ด้วยการวาดภาพอาร์ตแบบลายเส้น และงานศิลปะแบบกราฟฟิตี้ (graffiti) ที่ไม่เพียงให้เหล่าฮิปสเตอร์ได้แชะภาพ แต่ยังช่วยกระตุ้นต่อมทางความคิดอย่างภาพนกฮูกที่ริมรั้วด้านใน ความหมายของภาพที่ทางร้านตั้งใจถ่ายทอด คือการตื่นรู้ โดยเปรียบคนที่ตื่นรู้เหมือนกับนกฮูกแสนน่ารัก เก๋ไก๋ซะไม่มี ถูกใจชาวอินดี้อยู่ไม่น้อยเลยทีเดียว

ส่วนเรื่องของอาหาร เมนูของทางร้านเป็นโฮมเมดที่คัดสรรวัตถุดิบคุณภาพชั้นดีมาใช้ อาทิ ข้าวจากโครงการผูกปิ่นโตข้าว ผักอินทรีย์ และนมสดจืดรสลา โดยเปิดให้บริการตั้งแต่เจ็ดโมงเช้าเป็นต้นไป ให้คุณเริ่มต้นเช้าวันใหม่กับเมนูอร่อยง่าย อิ่มสบายท้อง อย่างไข่กระทะหอมกลิ่นพริกไทยอ่อนๆ ทานคู่กับ Espresso ร้อนๆ ดิถีใจ ช่วงสายๆ

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและสำรองที่นั่งได้ที่ : <https://www.facebook.com/kachartcafe> หรือ โทร : 081 459 3322

PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)



ทันตแพทย์หลายท่านคงเคยได้ยินหรือเห็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม หรือ Dental Safety Goals & Guidelines 2015 ซึ่งจัดทำโดยคณะทำงานศึกษาและพัฒนา มาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของ ทันตแพทย์ กลุ่มครองผู้บริโภคทางทันตกรรมและพัฒนาระบบคุณภาพบริการ และคณะกรรมการ ทันตแพทยสภา วาระที่ 7 (พ.ศ.2556-2559) กันมาบ้างแล้วนะคะ ซึ่งในหัวข้อนี้ขอพูดถึงรายละเอียดเรื่อง อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยและ ผู้ให้บริการรักษา ได้แก่ ถุงมือ แอมส์ก แว่นป้องกันหรือแผ่นป้องกันใบหน้า และเสื้อกาวน์

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) แนะนำการใช้ PPE ช่วยป้องกันผิวหนังและ mucous membrane บริเวณตา จมูกและช่องปากของทันตบุคลากรจากเลือดหรือวัสดุ ต่างๆ ที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อ งานทันตกรรมและศัลยกรรมมีการ ใช้เครื่องมือ rotary เช่น Handpiece, ultrasonic scaler และ air-water syringes ทำให้เกิดการกระเด็นของน้ำ น้ำลาย เลือด สิ่งมีชีวิตขนาดเล็ก debris ต่างๆ และละอองฝอย (Aerosol) การ กระเด็นของสิ่งต่างๆ จะตกอยู่ในระยะใกล้ๆ ตามพื้นผิวบริเวณ ที่ทำงาน เครื่องมือ ติดตามเสื้อผ้าของทันตบุคลากร และผู้ป่วย ลักษณะของ Aerosol มีขนาดอนุภาค 10 ไมครอนไม่สามารถ มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า สามารถหายใจเข้าไปและเกิดติดเชื้อ ที่ผ่านทางอากาศได้

โดยปกติผิวหนังคนเราจะมีเชื้อโรคอยู่ 2 ชนิด คือ เชื้อที่ เกาะหรืออาศัยอยู่ชั่วคราว ซึ่งจะอยู่ที่ผิวหนังชั้นบน สามารถกำจัด ออกได้ง่ายโดยการล้างมือและเช็ดประจําถิ่นที่อาศัยอยู่ชั้นลึก ของผิวหนัง กำจัดออกยากกว่าแต่สามารถลดจำนวนเชื้อลงโดย การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ การใส่ถุงมือปฏิบัติงานเป็นการป้องกันเชื้อ โรคจากมือบุคลากรถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยและป้องกันความเสี่ยง ใ้บุคลากรจากการสัมผัสกับ bloodborne pathogen การล้าง มือด้วยน้ำสบู่ธรรมดาที่ไม่ได้ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วใส่ถุงมือเป็น ระยะเวลานานจะมีปริมาณเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังเพิ่มจำนวนขึ้น มาก จึงแนะนำให้ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนใส่ถุงมือและหลัง จากถอดถุงมือ

ถุงมือ (Gloves) แนะนำให้ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ถึงแม้ว่าใน ระหว่างการรักษาจะถอดออกเพื่อไป หยิบสิ่งของอื่นก็ห้ามสวมกลับมา ใช้ซ้ำ เพราะโอกาสที่เราจะถอด หรือใส่กลับใหม่โดยที่ไม่มีการ contaminate กับมือเราค่อนข้าง ยาก ยิ่งช่วงที่เรามีความเร่งรีบ ความระมัดระวังมักจะน้อยลง



เมื่อสวมถุงมือแล้วระหว่างการรักษาต้องไม่สัมผัสพื้นผิวอื่นที่อยู่ นอก Clinical operation field และภายหลังการใช้งานให้ถือเป็น ขยะติดเชื้อ ถุงมือที่ใช้ในงานศัลยกรรมควรใช้ชนิดปลอดเชื้อและ มีความหนา สำหรับการถอนฟันง่าย ๆ อาจพิจารณาใช้ถุงมือตรวจ (Examination Gloves) ได้ แนวทางปฏิบัติของ CDC ก็แนะนำ การใช้ถุงมือ non-sterile ในการตรวจและทำหัตถการที่ไม่ใช่การ ผ่าตัด และมีหลายงานวิจัยที่ศึกษาแล้วพบว่าการใช้ถุงมือตรวจ ในการถอนฟันไม่ได้ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการ ถอนฟันแตกต่างจากการใช้ถุงมือ sterile หรือ surgical gloves

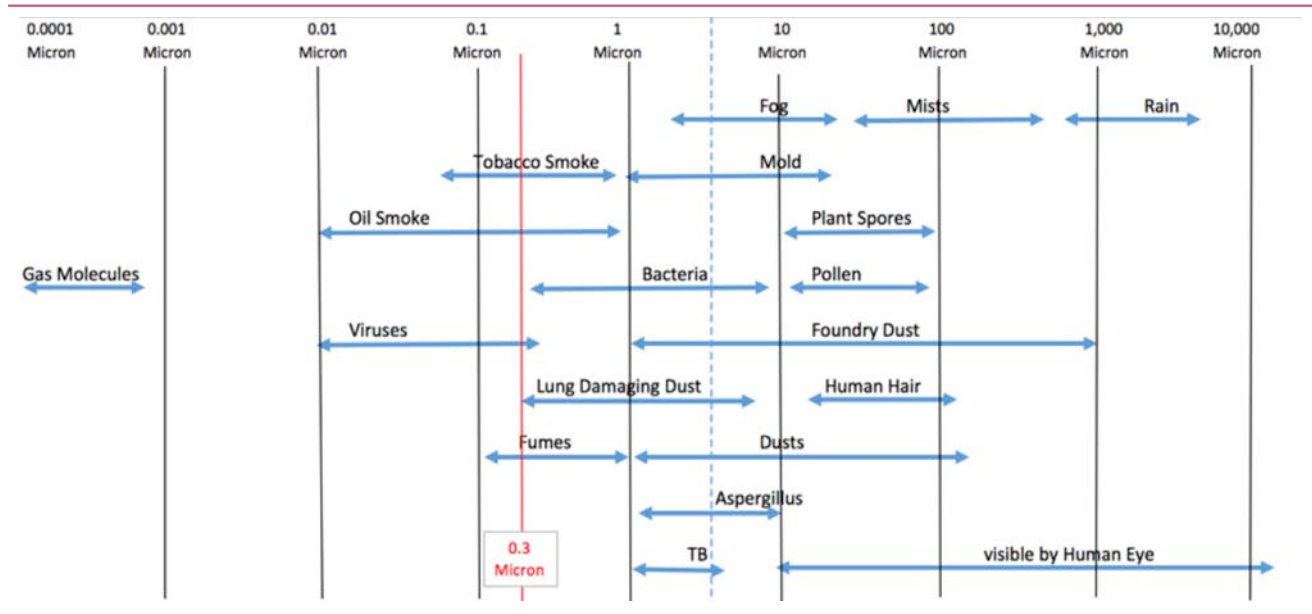
จากการศึกษาพบว่าถุงมือที่ผลิตจาก Latex มีประสิทธิภาพ ป้องกันแทรกซึมของไวรัสผ่านถุงมือได้ไม่สมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ดีกว่าที่ผลิตจาก Polyethylene และ Polyvinyl chloride การ ใช้ถุงมือไม่ควรนำถุงมือไปทำการฆ่าเชื้อหรือ sterile โดยเฉพาะ การนำไปเข้าเครื่อง Autoclave หรือใส่ถุงมือแล้วล้างมือ เพราะ สารเคมีต่างๆ เช่น แอลกอฮอล์หรือความร้อนมีผลให้ถุงมือเกิดรู รั่วขนาดเล็กที่ตาเราไม่สามารถตรวจพบได้ นอกจากนั้นถุงมือที่ สัมผัสกับวัสดุทันตกรรม เช่น โมโนเมอร์ น้ำมันหรือ oil-based lotion Chlorhexidine ก็อาจทำให้ถุงมือเกิดรูรั่วขนาดเล็กซึ่ง สามารถทำให้เชื้อโรคซึมผ่านรูเล็กๆ เหล่านั้นได้เช่นกัน ดังนั้นอย่าลืม ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนใส่ถุงมือและหลังถอดถุงมือจะ

แอมส์ก (Mask) แนะนำให้สวมแอมส์กเมื่อให้การรักษาที่ ทำให้เกิดละออง (Droplets) หรือ ละอองฝอย (Aerosols) หรือ ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางละอองหรือทางอากาศ (Airborne) โดยแอมส์กที่ใช้อย่างน้อยควรมีประสิทธิภาพในการ กรอง 95% สำหรับอนุภาค 0.3 ไมครอน (อนุภาคขนาด 0.43-0.65

ไมครอนสามารถผ่านระบบทางเดิน หายใจลงไปถึงระดับ Alveoli ใน ปอดได้) การสวมแอมส์กควรให้ ปิดคลุมทั้งปากและจมูกแนบ เข้ากับใบหน้าแต่ไม่ควรให้แอมส์ก สัมผัสกับริมฝีปาก



Airborne particle / อนุภาคในอากาศ



แว่นป้องกัน (Protective Eyewear) หรือ แผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield) แนะนำให้สวมร่วมกับแมสก์ ทุกครั้งที่เกิดละอองหรือละอองฝอย โดยแว่นป้องกันควรมีขอบ ด้านข้างและด้านบน และสวมทับบนแว่นสายตา เมื่อใช้งานแล้ว ควรล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อภายหลังให้การรักษาผู้ป่วย แต่ละรายหรือเมื่อเห็นว่าสกปรก

เสื้อกาวน์ (Gown)

แนะนำให้สวมทับเสื้อผ้านี้ที่สวมอยู่ แขนยาว ปลายแขนรัดบริเวณข้อมือ คอปิด หลีกเลียงการมีเข็มขัดหรือกระเป๋าสตางค์ ซึ่งเป็นที่กักเก็บสิ่งสกปรก เมื่อสวมแล้วควรให้ถุงมือคลุมปลายแขนเสื้อกาวน์ ไม่ควรสวมเสื้อกาวน์ออกนอกบริเวณให้การรักษา และควรเปลี่ยนอย่างน้อยวันละครั้งหรือเมื่อเห็นว่าสกปรก **T**



อ้างอิง

1. แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015
2. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm> Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings --- 2003
3. Dewar NE ,Gravens DL. Effectiveness of sepiol antiseptic foam as a surgical scrub agent. Appl Microbial 1973;26(4):544-9.
4. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021095.htm> Recommended Infection-Control Practices for Dentistry,1993
5. Klein RC , Party E , Gershey EL. Virus penetration of examination gloves. Biotechniques 1990;9(2):196-9.
6. Nakamura M ,Oshima H , Hashimoto Y. Monomer permeability of disposable dental gloves. JProsthet Dent 2003;90(1);81-5.
7. AdeyemoWL ,Ogunlewe MO , Ladeinde AL , Bamgbose BO. Are sterile gloves necessary in nonsurgical dental extractions? J Oral MaxillofacSurg 2005;63(7):936-40.
8. Shah JC , Shah NS , Shas R , Shah N , Salot R. Comparison of healing of extraction socket in nonsurgical extraction cases with use of either sterile or clean gloves. J of Advanced Oral Research 2014;5(3):12-7.
9. GiglioJA ,Rowland RW , Laskin DM , GrenevickiL , Roland RW. The use of sterile versus nonsterile gloves during out-patient exodontia. Quintessence Int1993;24(8):543-5.
10. <http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/6099/airborne-particle>

วิชาการทันตกรรม

เรื่อง อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. พัสชา พัทย์พัฒน์ / อาจารย์ ทันตแพทย์ พลกฤษณ์ ศิลป์พิทักษ์สกุล
ภาควิชารังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การป้องกันรังสีเอกซ์ ในทางทันตกรรม

RADIATION PROTECTION IN DENTISTRY

การถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการรักษาทางทันตกรรม ที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการรักษา รวมทั้งการประเมินผลและติดตามการรักษา ทันตแพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้อย่างระมัดระวัง ถึงแม้ปริมาณรังสีเอกซ์ที่ใช้ในทางทันตกรรมโดยเฉลี่ยจะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม ดังนั้นทันตแพทย์ผู้ที่ทำการถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรมต้องคำนึงถึง 3 ประเด็นสำคัญดังนี้ เมื่อต้องถ่ายภาพรังสีให้กับผู้ป่วย



TYPE OF ENCOUNTER	PATIENT AGE AND DENTAL DEVELOPMENTAL STAGE				
	Child with Primary Dentition (prior to eruption of first permanent tooth)	Child with Transitional Dentition (after eruption of first permanent tooth)	Adolescent with Permanent Dentition (prior to eruption of third molars)	Adult, Dentate or Partially Edentulous	Adult, Edentulous
New Patient* being evaluated for oral diseases	Individualized radiographic exam consisting of selected periapical, panoramic views and/or posterior bitewings if proximal surfaces cannot be visualized or probed. Patients without evidence of disease and with open proximal contacts may not require a radiographic exam at this time.	Individualized radiographic exam consisting of posterior bitewings with panoramic exams or posterior bitewings and selected periapical images.	Individualized radiographic exam consisting of posterior bitewings with panoramic exam or a full mouth intraoral radiographic exam is preferred when the patient has clinical evidence of generalized oral disease or a history of extensive dental treatment.	Individualized radiographic exam, based on clinical signs and symptoms.	
Recall Patient* with clinical caries or at increased risk for caries**	Posterior bitewing exam at 6-12 month intervals if proximal surfaces cannot be examined visually or with a probe.		Posterior bitewing exam at 6-18 month intervals.	Not applicable	
Recall Patient* with no clinical caries and not at increased risk for caries**	Posterior bitewing exam at 12-24 month intervals if proximal surfaces cannot be examined visually or with a probe.		Posterior bitewing exam at 18-36 month intervals.	Not applicable	
Recall Patient* with periodontal disease	Clinical judgment as to the need for and type of radiographic images for the evaluation of periodontal disease. Imaging may consist of, but is not limited to, selected bitewing and/or periapical images of areas where periodontal disease (other than nonspecific gingivitis) can be demonstrated clinically.			Not applicable	
Patient (New and Recall) for monitoring of dentofacial growth and development, and/or assessment of dentofacial relationships	Clinical judgment as to need for and type of radiographic images for evaluation and/or monitoring of dentofacial growth and development or assessment of dental and skeletal relationships.	Clinical judgment as to need for and type of radiographic images for evaluation and/or monitoring of dentofacial growth and development, or assessment of dental and skeletal relationships. Panoramic or periapical exam to assess developing third molars.	Usually not indicated for monitoring of growth and development. Clinical judgment as to the need for and type of radiographic image for evaluation of dental and skeletal relationships.		
Patient with other circumstances including, but not limited to, proposed or existing implants, other dental and craniofacial pathologies, relative/absolute orthodontic needs, treated periodontal disease and caries generalization.	Clinical judgment as to need for and type of radiographic images for evaluation and/or monitoring of these conditions.				

*Clinical situations for which radiographs may be indicated include, but are not limited to:

ตารางที่ 1 ข้อแนะนำในการส่งถ่ายภาพรังสีสำหรับงานทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยประเภทต่างๆ ตามอายุและลักษณะของพยาธิสภาพ (1)

1. JUSTIFICATION

การเลือกถ่ายภาพรังสีอย่างมีเหตุผล ทันตแพทย์ต้องคำนึงเสมอว่าเมื่อไหร่จึงจำเป็นที่จะต้องถ่ายภาพรังสีให้ผู้ป่วย เมื่อไหร่ภาพรังสีจะให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย โดยสามารถดูข้อมูลจาก American Dental Association (ADA): Dental Radiographic Examinations: Recommendation for Patient Selection and Limiting Radiation Exposure, 2012. ดังในตารางที่ 1 (1) ซึ่งได้ตีพิมพ์ข้อแนะนำในการเลือกถ่ายภาพรังสีแก่ผู้ป่วยตามอายุ และตามลักษณะของโรคของผู้ป่วยไว้ รวมถึงการเลือกใช้ควรเลือกใช้เทคนิคการถ่ายภาพรังสีแบบต่างๆ ซึ่งให้ภาพรังสีและข้อมูลที่เหมาะสม และการเลือกใช้ parameters ต่างๆ เช่น การตั้งเวลาในการถ่ายภาพรังสีแต่ละเทคนิคอย่างเหมาะสมเมื่อแบ่งตามประเภทของงานทันตกรรม ข้อแนะนำในการส่งถ่ายภาพรังสี มีดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อแนะนำในการส่งถ่ายภาพรังสีสำหรับงานทันตกรรมสาขาต่างๆ

งานทันตกรรมสาขา ชนิดของภาพรังสีที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

1. ปรีทันตวิทยา

● ภาพรังสีรังสีรอบปลายรากฟันทั้งปากร่วมภาพรังสีกัดปีก ฟันหลังมีประโยชน์ในการวินิจฉัยร่องปริทันต์

● ภาพรังสีฟานอราไมกสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปในช่องปากแต่อาจให้ความถูกต้องไม่เท่ากับภาพรังสีรอบปลายราก เนื่องจากอาจมีความบิดเบือนของภาพได้

2. ทันตกรรมหัตถการและวิทยาเอ็นโดดอนต์

● ภาพรังสีรอบปลายรากให้ข้อมูลในการวินิจฉัยพยาธิสภาพปลายรากฟันในตำแหน่งเฉพาะที่

● ภาพรังสีกัดปีกใช้การวินิจฉัยรอยผุด้านประชิด ซึ่งช่วยในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุของผู้ป่วย

3. ทันตกรรมสำหรับเด็ก

● ภาพรังสีรอบปลายรากให้ข้อมูลในการวินิจฉัยพยาธิสภาพปลายรากฟันในตำแหน่งเฉพาะที่ หรือหากสงสัยความผิดปกติในการขึ้นของฟันแท้

● ภาพรังสีกัดปีกใช้การวินิจฉัยรอยผุด้านประชิด ซึ่งช่วยในการประเมินความเสี่ยง ในการเกิดโรคฟันผุของผู้ป่วย

● หากจำเป็นภาพรังสีฟานอราไมกสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปในช่องปากและลำดับการขึ้นของฟันแท้ได้

4. ทันตกรรมจัดฟัน

● ภาพรังสีฟานอราไมกใช้ในการประเมินสภาพทั่วไปในช่องปาก และใบหน้า การตรวจความขนานของรากฟันระหว่างการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

● ภาพรังสีด้านข้างกระดูกศีรษะใช้เพื่อประเมินวิเคราะห์ความผิดปกติของความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง

● ภาพรังสีกระดูกศีรษะด้านหน้าใช้สำหรับวิเคราะห์ความสมมาตรของโครงสร้างใบหน้า

● ภาพรังสีกระดูกข้อมือ ใช้ตรวจประเมินอายุและการเจริญเติบโตในผู้ป่วยเด็ก

● ภาพรังสีรอบปลายรากเพื่อตรวจดูพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน และตรวจการละลายตัวของปลายรากฟันระหว่างการจัดฟัน

5. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

● ภาพรังสีรังสีรอบปลายรากมีความจำเป็นในการประเมินก่อนการถอนฟัน

● ภาพรังสีฟานอราไมกใช้ประมาณดูรอยโรคขนาดใหญ่ หรือประเมินฟันคุด

● ภาพรังสีโคนบีบซีที (CBCT)* สามารถให้ข้อมูล 3 มิติในการประเมินการแตกหักของกระดูกขากรรไกร การประเมินรอยโรคขนาดใหญ่ เป็นต้น

6. ทันตกรรมรากเทียม

● ภาพรังสีรังสีรอบปลายรากฟันและภาพรังสีฟานอราไมกสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริเวณที่วางแผนการฝังรากเทียม รวมถึงสภาพทั่วไปในช่องปากซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นภาพ 2 มิติ ไม่สามารถให้ข้อมูลในแง่ของความกว้างของสันกระดูกได้ ซึ่งในบางกรณีเมื่อใช้ร่วมกับข้อมูลการตรวจทางคลินิก ก็เพียงพอต่อการวางแผนการรักษาทันตกรรมรากเทียมได้

● ภาพรังสีโคนบีบซีที (CBCT)* สามารถให้ข้อมูลของบริเวณที่ต้องการฝังรากเทียมเป็น 3 มิติได้โดยสามารถวัดระยะขนาดเท่าขนาดจริง เหมาะสมกับการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมรากเทียม

*ภาพรังสีโคนบีบซีที (CBCT) มีประโยชน์ในงานทันตกรรมหลายสาขาด้วยกันทั้งงาน ศัลยศาสตร์ช่องปาก ทันตกรรมรากเทียม วิทยาเอ็นโดดอนต์ ทันตกรรมจัดฟัน เป็นต้น



ภาพที่ 1 ตัวอย่างเครื่องถ่ายภาพรังสีแบบมือถือ

2.. ALARA – AS LOW AS REASONABLY ACHIEVABLE

หลักการของ ALARA เป็นที่ทราบกันดีคือ ทันตแพทย์จะถ่ายภาพรังสีให้ผู้ป่วยโดยใช้ปริมาณรังสีที่น้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยที่ผู้ป่วยได้ประโยชน์มากที่สุด ซึ่งสามารถตีความได้ว่า หากผู้ป่วยไม่ได้ข้อมูลจากภาพรังสีนั้นๆ มาช่วยเสริมในการวินิจฉัย ก็อาจทำให้ทันตแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำ ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้ ยกตัวอย่างเช่น

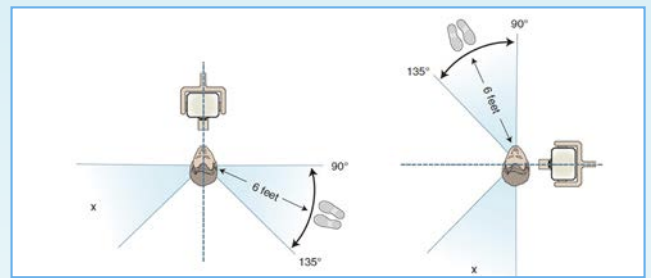
- ในกรณีผู้ป่วยตั้งครรภ์ซึ่งเราทราบกันดีว่าในช่วงไตรมาสแรก หรือ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ทารกกำลังมีการพัฒนาการของอวัยวะต่างๆ ซึ่งมีความไวต่อรังสีมากกว่าในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 ดังนั้นหากมารดามีความจำเป็นต้องได้รับการถ่ายภาพรังสี ซึ่งหากไม่ได้รับการถ่ายภาพรังสีดังกล่าว ก็จะทำให้ทันตแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย และให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง อาจเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นภาพรังสีจึงมีความจำเป็น ในระหว่างการถ่ายทันตแพทย์ต้องให้การป้องกันแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม คือ ต้องมีการใส่เสื้อตะกั่วป้องกันรังสี (lead apron) และเลือกถ่ายภาพรังสีเท่าที่มีความจำเป็นต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยรายนั้นๆ

- ส่วนในกรณีผู้ป่วยเด็กซึ่งต่อมไทรอยด์เป็นเนื้อเยื่อที่มีความไวต่อรังสีมากกว่าในวัยอื่นๆ ต้องมีการให้การป้องกันแก่ ผู้ป่วย เช่น การใส่ปลอกคอไทรอยด์ (thyroid collar) เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการถ่ายภาพรังสีในปาก ส่วนในการถ่ายภาพรังสีนอกปากโดยเฉพาะภาพรังสีพานอรามิก จะไม่สามารถใส่ปลอกคอป้องกันไทรอยด์ได้ เนื่องจากปลอกคอจะมาซ้อนทับและบดบังภาพบริเวณขากรรไกรล่างสรุปแล้ว ทันตแพทย์ต้องยึดหลักการของ ALARA เป็นสำคัญ โดยในผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีความจำเป็นในการได้รับการถ่ายภาพรังสีที่ไม่เหมือนกัน ทันตแพทย์ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

3. DOSE LIMITS สำหรับบุคลากรทางทันตกรรมและคนทั่วไป

ทันตแพทย์นอกจากต้องให้ความสำคัญแก่การป้องกันอันตรายของรังสีเอกซ์แก่ผู้ป่วยแล้วยังต้องคำนึงถึงการป้องกันอันตรายให้แก่ผู้ถ่ายภาพรังสีซึ่งอาจเป็นตัวทันตแพทย์เอง หรือ เป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ก็ตามรวมถึงต้องคำนึงถึงผู้ป่วยท่านอื่นที่อยู่ในบริเวณใกล้ๆ กับห้องถ่ายภาพรังสี และบุคคลภายนอกคลินิกของเราด้วยการจัดตำแหน่งเครื่องถ่ายภาพรังสีให้เหมาะสมมีความสำคัญต่อการป้องกันรังสีเอกซ์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องและบุคคลทั่วไปในการ

ออกแบบห้องถ่ายภาพรังสี ต้องมีการก่อสร้างผนังที่สามารถป้องกันรังสีได้ตามมาตรฐานดังแสดงในตารางที่ 3 (Radiation Protection in Environmental Health Directorate, Health Canada, Dentistry-Recommended safety Procedure for the Use of Dental X-Ray Equipment-Safety Code 30, 1999.) (2) ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่ทันตแพทย์ใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีในปาก 70kVp, 7mA ที่ต้องมีการถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก 20 ภาพ/วัน โดยประมาณแล้วใน 1 สัปดาห์ จะคำนวณ mAs/week ได้ประมาณ 300 ซึ่งเมื่อเทียบจากตาราง ทันตแพทย์มีความจำเป็นต้องบุนผนังห้องถ่ายภาพรังสีด้วยตะกั่ว 0.1 มิลลิเมตร หรือ คอนกรีตหนา 1 เซนติเมตร เมื่อระยะห่างจากจุดกำเนิดรังสีถึงผนังเท่ากับ 1 เมตร



ภาพที่ 2 ตำแหน่งการยืนที่ปลอดภัยของผู้ถ่ายภาพรังสีคือ บริเวณ 90-135 องศา โดยเว้นระยะห่างจากกระบอกรังสีเป็นระยะทาง 6 ฟุต (1.8 เมตร) (3)

ในปัจจุบันมีการใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีแบบมือถือ (Hand-held dental X-ray machine) หรือเครื่องถ่ายภาพรังสีแบบเคลื่อนที่ (Portable dental X-ray machine) ที่มีลักษณะคล้ายกล้องถ่ายภาพดิจิทัล (ภาพที่ 1) (3) ซึ่งผู้ถ่ายภาพรังสีต้องถือเครื่องถ่ายภาพรังสีไว้ขณะกดถ่ายภาพ ซึ่งผู้ถ่ายมีโอกาสได้รับรังสีสะท้อนได้โดยเฉพาะในบริเวณนิ้วมือ และลำตัว ถึงแม้ในเครื่องเอกซเรย์แบบมือถือบางยี่ห้อจะมีการติดตั้งป้องกันรังสีสะท้อนบริเวณกระบอกถ่าย (shielding) แต่เนื่องจากผู้ถ่ายอาจไม่ได้ถือเครื่องเอกซเรย์ในแนวราบ (ซึ่งเป็นลักษณะการถือที่แนะนำ) ได้เสมอไป โอกาสที่ผู้ถ่ายจะได้รับรังสีสะท้อน (scattered radiation) จึงยังสูงกว่าการใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีในปากแบบทั่วๆ ไป (ภาพที่ 2) (4) เครื่องถ่ายภาพรังสีแบบมือถือเช่นนี้ เหมาะกับงานที่ทันตแพทย์ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่เครื่องถ่ายภาพรังสีได้ เช่น ในกรณีหน่วยทันตกรรมนอกสถานที่ งานด้านนิติเวชวิทยา ผู้ป่วยสูงอายุ หรือการถ่ายภาพรังสีในห้องผ่าตัด เป็นต้น ปัจจุบันยังไม่แนะนำให้ทันตแพทย์ใช้เครื่องถ่ายภาพรังสีชนิดนี้ในงานประจำทั่วไป หากจำเป็นต้องใช้ ผู้ถ่ายภาพรังสีควรใส่เสื้อตะกั่วป้องกัน รวมถึงใส่ถุงมือตะกั่ว (lead gloves) ป้องกันขณะใช้เสมอ

ทันตแพทย์ต้องหมั่นเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการถ่ายภาพรังสีเทคนิคใหม่ๆ ทั้งในแง่การเลือกใช้ และการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย โดยปัจจุบันได้มีการตีพิมพ์แนวทาง และข้อแนะนำในการถ่ายภาพรังสีแบบต่างๆ โดยเฉพาะการใช้ Cone-beam computed tomography (CBCT) เนื่องจากภาพรังสี 3 มิติที่ได้จาก CBCT กำลังเป็นที่นิยมกันอย่างมากในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาทางทันตกรรมหลากหลายสาขา (5-9) รวมถึงมีการณรงค์การลดปริมาณรังสีเอกซ์ในการถ่ายภาพรังสีในผู้ป่วยเด็กด้วย



ภาพที่ 3 <http://www.imagegently.org/>

REFERENCES

1. American Dental Association (ADA): Dental Radiographic Examinations: Recommendation for Patient Selection and Limiting Radiation Exposure, 2012.
2. Radiation Protection in Environmental Health Directorate, Health Canada, Dentistry- Recommended safety Procedure for the Use of Dental X-Ray Equipment-Safety Code 30, 1999.
3. Pittayapat P, Oliveira-Santos C, Thevissen P, Michielsen K, Bergans N, Willems G, Debruyckere D, Jacobs R. Image quality assessment and medical physics evaluation of different portable dental X-ray units. Forensic Sci Int. 2010;201:112-7.
4. White SC, Pharoah JP. Oral Radiology. Principles and Interpretation. 7 ed. Canada: Elsevier Mosby; 2014.
5. Bornstein MM, Scarfe WC, Vaughn VM, Jacobs R. Cone beam computed tomography in implant dentistry: a systematic review focusing on guidelines, indications, and radiation dose risks. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014;29 Suppl:55-77.
6. Carter, L., Farman, A.G., Geist, J., Scarfe, W.C., Angelopoulos, C., Nair, M.K., Hildebolt, C.F., Tyndall, D. and Shrout, M.; American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology. American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology executive opinion statement on performing and interpreting diagnostic cone beam computed tomography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;106:561-2.
7. American Dental Association Council on Scientific Affairs. The use of cone-beam computed tomography in dentistry: an advisory statement from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc.

A. Lead

X-Ray Tube Voltage (kVp)	Effective Workload (mA-sec/week)	Shielding in millimetres of lead required at a source distance of				
		1 m	1.5 m	2 m	3 m	4 m
60	1000	0.15	0.10	0.05	—	—
	500	0.10	0.05	—	—	—
	250	0.05	—	—	—	—
	100	—	—	—	—	—
	50	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—
70	1000	0.15	0.10	0.05	0.05	—
	500	0.10	0.05	0.05	—	—
	250	0.05	—	—	—	—
	100	0.05	—	—	—	—
	50	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—
90	1000	0.30	0.15	0.10	0.05	—
	500	0.20	0.10	0.05	—	—
	250	0.10	0.05	—	—	—
	100	0.05	—	—	—	—
	50	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—

ตารางที่ 2 ข้อแนะนำในการส่งถ่ายภาพรังสีสำหรับงานทันตกรรมสาขาต่างๆ

B. Concrete

X-Ray Tube Voltage (kVp)	Effective Workload (mA-sec/week)	Shielding in centimetres of concrete required at a source distance of				
		1 m	1.5 m	2 m	3 m	4 m
60	1000	1.5	1.0	0.5	—	—
	500	1.0	0.5	—	—	—
	250	0.5	—	—	—	—
	100	—	—	—	—	—
	50	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—
70	1000	1.5	1.0	0.5	0.5	—
	500	1.0	0.5	0.5	—	—
	250	0.5	—	—	—	—
	100	0.5	—	—	—	—
	50	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—
90	1000	3.0	2.0	1.0	0.5	—
	500	2.0	1.0	0.5	—	—
	250	1.0	0.5	—	—	—
	100	0.5	—	—	—	—
	50	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการคำนวณความหนาของผนังกันด้วยตะกั่วและคอนกรีตของเครื่องถ่ายภาพรังสีในปาก (2)

2012;143:899-902.

8. European Commission. Cone beam CT for Dental and Maxillofacial Radiology (Evidence Based Guidelines). In: Radiation Protection 172. 2012. <http://www.sedentext.eu/content/guidelines-cbct-dental-and-maxillofacial-radiology>.

9. American Academy of Oral Maxillofacial Radiology. Clinical recommendations regarding use of cone beam computed tomography in orthodontic treatment. Position statement by the American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116:238-57. **T**

ทันตแพทย์ ต้องรับผิดชอบ ต่อผู้ป่วย มากน้อยแค่ไหน?

หากพิจารณารายละเอียดของข้อบังคับจรรยาบรรณ
แห่งวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2538 จะพบว่า หลักประเพณี
ของทันตแพทย์ที่สำคัญประการหนึ่งคือการคำนึงถึงสิทธิ
ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ดังนั้นการกระทำของทันตแพทย์
ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษา
ทางทันตกรรมนั้น ทันตแพทย์ก็ควรแสดงความรับผิดชอบ
ต่อผลการกระทำของตนเองอย่างเหมาะสม แต่อาจมีบางท่าน
สงสัยว่า แล้วความรับผิดชอบนี้มันมีขอบเขตหรือไม่
มีหลักการคิดอย่างไร

ผู้เขียนขอยกตัวอย่างกรณีฟ้องร้องคดีหนึ่ง ผู้ป่วยรายหนึ่ง
รับการรักษาทันตกรรมกับทันตแพทย์ ก มานานหลายสิบปี
จนกล่าวได้ว่ามีความสนิทสนมและเชื่อใจในตัวทันตแพทย์ ก
เป็นอย่างมากอยู่มาวันหนึ่งผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ ก เนื่องจาก
ฟันแตกและต้องการให้ทันตแพทย์อุดฟันให้ แต่ทันตแพทย์ได้ตรวจ
แล้วเห็นว่าเนื้อฟันเหลืออยู่น้อยควรได้รับการครอบฟัน จึงส่งต่อ
ผู้ป่วยให้ทันตแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกเดียวกัน
รักษา เนื่องจากเห็นว่าเกินความสามารถของตน ผู้ป่วยได้เริ่มรับ
การรักษากับทันตแพทย์เฉพาะทางไปถึงขั้นตอนพิมพ์ปาก
final impression เพื่อส่งแลปทำครอบฟัน และในครั้งนั้น
ทันตแพทย์ได้ทำครอบฟันชั่วคราวใส่ให้ผู้ป่วย และเก็บเงินผู้ป่วย
ครึ่งหนึ่งของค่ารักษาทั้งหมด และวางแผนที่จะนัดมาในใส่
ครอบฟันจริงในอีก 1 สัปดาห์

หลังจากนั้นไม่กี่วันผู้ป่วยส่งอีเมลมาต่อว่าทันตแพทย์ ก ว่า
ทันตแพทย์เฉพาะทางไม่ได้ทำตาม que ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยต้องการ
ครอบฟันชั่วคราวและยึดติดด้วยกาวที่ยึดติดได้นานๆ ไม่อยาก
ทำครอบฟันถาวร เนื่องจากราคาแพง และผู้ป่วยต้องการขอให้
ยุติการ ส่งแลป และต้องการเงินคืน ระหว่างดำเนินเรื่องกับ
ธนาคารเพื่อคืนเงินให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้บอกมาที่คลินิกเพื่อต้องการ
ขอเงินที่จ่ายไปคืนทั้งหมดโดยเข้ามาด้วยอารมณ์โมโห และ
ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่คลินิก ผู้ป่วยแจ้งว่าต้องการยกเลิกการ
รักษากับทันตแพทย์เฉพาะทาง และต้องการรักษากับทันตแพทย์
ท่านอื่น

ภายหลังทันตแพทย์ ก ได้คืนเงินให้แก่ผู้ป่วยไปจำนวนหนึ่ง ผ่าน
ไปประมาณ 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลับมาอีกครั้งเนื่องจากครอบฟัน
หลุดออก โดยมาด้วยอารมณ์โมโห พุดจาไม่สุภาพ ตะโกนเสียง
ดังเช่นเคย และต่อว่าทันตแพทย์เฉพาะทางคนเดิมให้ทันตแพทย์
ก ฟัง ด้วยวาจาหยาบคายต่อหน้าผู้มารับบริการที่นั่งรอในคลินิก
ผู้ป่วยต้องการให้ทันตแพทย์ ก ยึดครอบฟันให้แต่ไม่ต้องการ
รักษาต่อกับทันตแพทย์เฉพาะทาง แต่ทันตแพทย์ ก ปฏิเสธการ
รักษาแก่ผู้ป่วยรายนี้

มาถึงตอนนี้ ท่านผู้อ่านคงจะมีคำถามในใจว่าจากสิ่งที่ทันตแพทย์
ก ทำนั้น ถูกต้องหรือไม่ การกระทำเช่นนี้ถือเป็นการประพฤติดิ
จรรยาบรรณที่ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ หรือเป็นการไม่
แสดงความรับผิดชอบของทันตแพทย์ ก ที่พึงมีต่อชิ้นงานที่ทำ
ไปแล้วแต่มีปัญหา เรื่องนี้มีหลักในการคิดอย่างไร

ก่อนอื่นต้องขอกล่าวว่ากฎหมายให้อำนาจทันตแพทย์ในการ
ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งคนธรรมดาสามัญจะทำได้ และ
ด้วยเหตุนี้ ทันตแพทย์จึงถูกกำกับด้วยกฎหมายให้ต้องมีหลัก
ประพฤติดิตามจรรยาบรรณที่มุ่งเน้นการให้บริการที่ดี และปลอดภัย
ที่สุดแก่ผู้ป่วย ทันตแพทย์ถูกคาดหวังว่าจะต้องจัดการกับปัญหา
ข้อขัดแย้งกับผู้ป่วยอย่างมืออาชีพ การแสดงความรับผิดชอบ
นั้นอาจเป็นในแง่การชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้นแล้ว และค่าเสียหาย
ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่บางครั้งเรื่องราวอาจไม่จบ ไม่ใช่
แค่ชดเชยเงินแล้วความเสียหายที่เกิดขึ้นจะกลับคืนมาได้ บางที

ผู้ป่วยก็มีอารมณ์ไม่พึงพอใจและแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ทางวาจา และ/หรือท่าทาง ด้วยอาจเนื่องจากความเจ็บป่วย ไม่สบายกาย จากการรักษา หรืออื่นใด ก็ตาม เมื่อมาถึงจุดนี้ซึ่งเป็นจุดเปราะบาง มากที่สุด...

ทันตแพทย์ต้องมีความอดทนให้มากถึงมากที่สุด พยายามเข้าใจและหาทางออกร่วมกัน บางท่านอาจมีเครื่องหมายคำถามในใจ (เสียงสูง).....แปลว่า....ต้องยอมให้ผู้ป่วยต่อว่าทุกกรณี เลยหรือ? ที่เราต้องทนเพราะมีจรรยาบรรณวิชาชีพค้ำคออยู่หรืออย่างไร คำตอบคือ‘ใช่’

แต่ทว่า.....พฤติกรรมของผู้ป่วยนั้นก็ต้องไม่เป็นการล่วงเกิน ถ้าเส้นละเมิดสิทธิมนุษยชนของทันตแพทย์เช่นกัน นั่นคือ พฤติกรรมที่แสดงถึงการดูหมิ่นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และ/หรือการทำร้ายร่างกายเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ตามกฎหมายสิทธิมนุษยชน หากทันตแพทย์อยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวยอมมีสิทธิที่จะปกป้องตนเองตามหลักกฎหมายเช่นกัน ไม่ต้องยอมไปชะงักเรื่องเมื่อกลับมาพิจารณากรณีของทันตแพทย์ ก ก็ได้แสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมหรือยัง เรามาแยกพิจารณาเป็นประเด็นดังนี้

1 ทันตแพทย์ได้ให้บริการที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยหรือยัง ถ้าดูจากข้อเท็จจริงจะเห็นว่า ทันตแพทย์ ก รู้ถึงข้อจำกัดของตนเอง และต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากทันตแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด

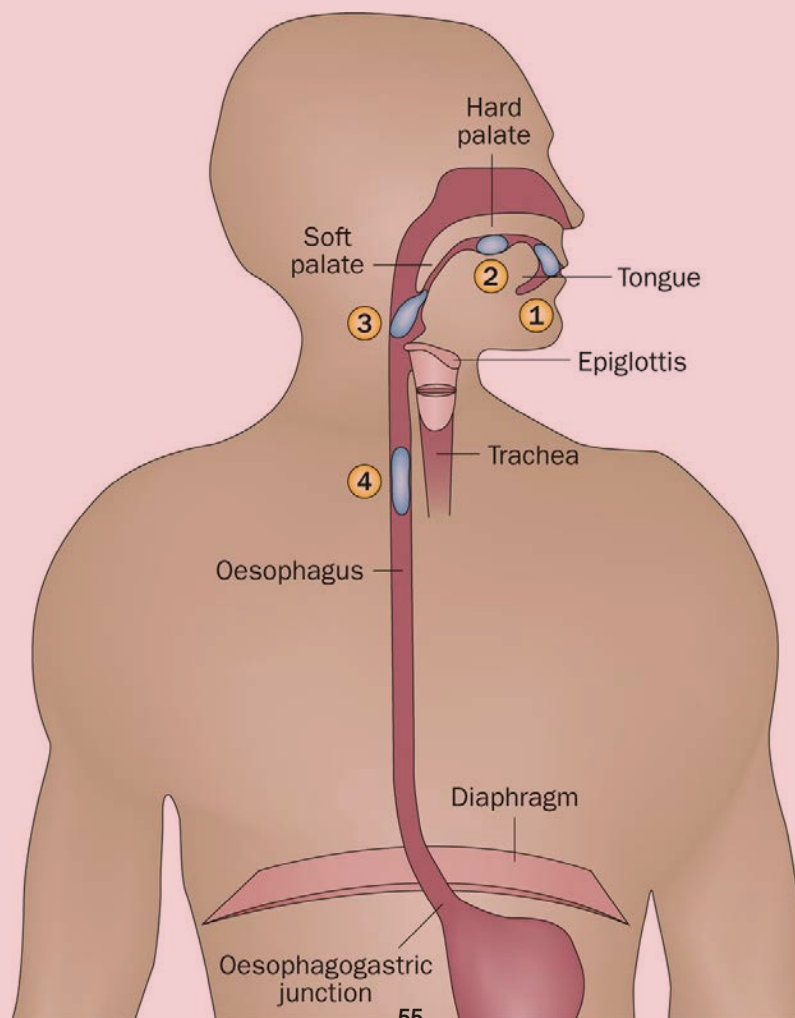
2 ผู้ป่วยเป็นฝ่ายปฏิเสธการรักษาและต้องการค่ารักษาคืน ทันตแพทย์ ก ก็คืนเงินตามที่ร้องขอ และเมื่อผู้ป่วยแสดงเจตจำนงว่าไม่ต้องการรักษาต่อกับทันตแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ ก ก็ยินดียินยอม

3 ทันตแพทย์ ก แสดงความรับผิดชอบอย่างดีที่สุดหรือยัง เมื่อผู้ป่วยกลับมาหาทันตแพทย์ ก เพื่อให้รักษาอีกครั้งเมื่อครบพันหลุด ปรากฏว่าในกรณีที่เกิดขึ้นนี้ ทันตแพทย์ ก ปฏิเสธที่จะไม่รักษาต่อให้ผู้ป่วยรายนี้ หากพิจารณาจากรูปการณ์ที่ปรากฏคือผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และลงมือทำร้ายร่างกายผู้อื่นถึงแม้จะไม่ใช้กระแทกตัวของทันตแพทย์ ก ก็ตาม เมื่อพิจารณาจะเห็นว่ามีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย ซึ่งกรณีนี้ถือเป็นสิทธิของทันตแพทย์ ก โดยชอบธรรมที่จะปกป้องตนเองเหมือนกัน โดยไม่ถือเป็น การประพฤติดจรรยาบรรณ

‘มนุษย์ในฐานะทันตแพทย์’ มีอำนาจเหนือมนุษย์ธรรมดาในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่กฎหมาย มอบให้ และสิ่ง นั้นมาพร้อมกับความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเป็นที่สุด อันหลีกเลี่ยงมิได้ และในทางกลับกัน ‘ทันตแพทย์ในฐานะมนุษย์’ ก็มีสิทธิอันชอบด้วยกฎหมายที่บุคคลอื่นมิสามารถละเมิดได้ ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นคือผู้ป่วยก็ตาม T

บทบาทของทันตบุคลากร กับภาวะกลืนลำบาก

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนั้น สิ่งที่มาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือการที่ทันตบุคลากรจะได้พบและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเพิ่มมากขึ้น ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia หรือ swallowing difficulty) พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคพาร์กินสัน กลุ่มโรคสมองเสื่อมระยะท้ายๆ (later stages of dementia) และในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องปากหรือใบหน้า ผลข้างเคียงของยาที่มีผลต่อระบบประสาท หรือ ภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย ก็ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากได้ด้วยเช่นกัน นอกจากความผิดปกติทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากแล้ว สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ก้อนเนื้อหรือมะเร็ง หรืออาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างทางกายภาพของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง



ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการควบคุมกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ทำให้กลืนอาหารและน้ำลำบาก กลืนแล้วไม่ลง หลอดอาหาร มีอาหารหรือน้ำออกทางจมูก หรือ สำลักลงหลอดลม ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง มีปัญหาทุพโภชนาการ ขาดน้ำและสารอาหาร เสี่ยงสมดุลเกลือแร่ ที่สำคัญคือปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ส่งผลทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักนั้นเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิต ยังไม่นับว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากการอุดกันทางเดินหายใจเพราะสำลักเศษอาหารได้ด้วยเช่นกัน หากผู้ป่วยต้องได้รับอาหารและน้ำทางสายยาง (tube feeding) หลักฐานทางวิชาการบ่งชี้ว่า tube feeding ไม่สามารถลดปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลักได้เพราะถึงไม่ได้รับประทานอาหารทางปากแล้วยังมีน้ำลาย มีเสมหะที่อาจเต็มไปด้วยเชื้อโรคร้ายแรงเนื่องจากสภาพภายในช่องปากและลำคอไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เวลาผู้ป่วย aspirate หรือการที่มีน้ำลายไหลหรือสำลักลงไปหลอดลมแต่ละครั้งไม่ได้ทำให้เกิด

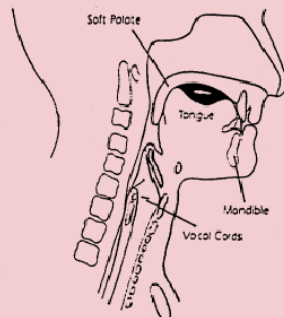
เกิด aspiration pneumonia เสมอไป ปัจจัยสำคัญที่เพิ่มหรือลดความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ปอดก็คือสุขภาพช่องปากนั่นเอง ในปัจจุบัน หลักฐานวิชาการยืนยันว่าการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถลดปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อในผู้สูงอายุได้

ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการดูแลทำความสะอาดช่องปากหรือทำการรักษาทางทันตกรรมให้กับผู้ป่วยแม้จะมีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่ยอมอ้าปาก กลืนเนื้อเกร็ง สั่น และที่สำคัญที่สุดคือ ทำอย่างไรไม่ให้สำลักขณะทำการดูแลรักษา ท่ามกลางความท้าทายเหล่านี้ สิ่งที่จะง่ายกว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอื่น คือ ทันตบุคลากรน่าจะไม่ต้องเหนื่อยมากในการที่จะทำให้สหสาขาวิชาชีพอื่นๆ หรือญาติของผู้ป่วยเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปาก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากตระหนักในความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากกับปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อจากการสำลัก เพียงแต่ทันตบุคลากรเองยังมัวงัดความรู้ในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย เพราะเนื้อหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากแทบไม่ได้ถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตรไม่ว่าจะก่อนปริญญาหรือหลังปริญญา

กลไกการกลืน ภาวะกลืนลำบาก และ บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

กลไกการกลืนแบ่งได้ใหญ่ๆ ทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ระยะช่องปาก (oral stage)
2. ระยะคอหอย (pharyngeal stage)
3. ระยะหลอดอาหาร (esophageal stage)



ลักษณะอาการของผู้ป่วยพอสรุปโดยคร่าว่ได้ดังต่อไปนี้

ระยะช่องปาก (oral stage)	ระยะคอหอย (pharyngeal stage)	ระยะหลอดอาหาร (esophageal stage)
• ริมฝีปากปิดไม่สนิท • อาจมีน้ำลายไหล (drooling) • ไม่สามารถเคลื่อนไหวลิ้นเพื่อคลุกเคล้าอาหาร ดันกดแบกับเพดานปาก หรือส่งผ่านอาหารลงสู่คอหอยได้ • มีปัญหาในการเคี้ยว • อาจจะปากแห้ง น้ำลายน้อย • หลังรับประทานอาหารเสร็จแล้วจะพบว่า มีเศษอาหารค้างอยู่บริเวณ vestibule (food pouch หรือ food pocketing) • อาจแหงนหน้าเวลากลืน กลืนซ้ำ	• มีอาหารและน้ำกลับออกมาที่ช่องปากหรือล้นออกทางจมูก • กลืนซ้ำ กลืนซ้ำ • รู้สึกกลืนติดบริเวณลำคอ • ไอ สำลัก • เสียงเปลี่ยนขณะรับประทานอาหาร	• รู้สึกกลืนติดบริเวณหน้าอก • มี reflux ทำให้รู้สึกแสบร้อนที่บริเวณหน้าอก (heartburn)



นอกจากภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) แล้ว ในผู้สูงอายุ อาจมีภาวะกลืนช้าที่เรียกว่า presbyphagia ได้ด้วย presbyphagia เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอันเป็นส่วนผสมของกระบวนการชรภาพ เช่น ความแข็งแรงของลิ้นและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยว การกลืนลดลง ความยืดหยุ่นของเส้นเอ็นรอบๆ ของกระดูกไฮอยด์ลดลง หรือเป็นผลจากความผิดปกติ เช่น การสูญเสียฟัน ทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเวลาทันตบุคลากรให้การรักษาทางทันตกรรมจึงต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ หากทำหัตถการที่ใช้น้ำ เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะสำลักน้ำได้พบพาหนะที่สำคัญที่สุดของทันตบุคลากรคือการพยายามให้ถึงที่สุดที่จะให้ผู้ป่วยดูแลทำความสะอาดช่องปากตนเองหรือให้ผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากพบผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงภาวะกลืนลำบาก ทันตบุคลากรสามารถส่งต่อผู้ป่วยหรือแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติพาผู้ป่วยไปพบกับแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งจะสามารถประเมินภาวะกลืนลำบากโดยการตรวจร่างกายโดยละเอียด ทำการทดสอบการกลืน หรือ ใช้การส่องกล้อง videoendoscopy (VE) ร่วมกับการกลืนแบเรียมแล้วประเมินการกลืนด้วยเครื่อง videofluoroscopy (VF)

ซึ่งขั้นตอนแรกก่อนที่จะแพทย์จะทำการทดสอบการกลืนด้วยการให้ผู้ป่วยกลืนน้ำปริมาณ 3 มล. ได้นั้น protocol สากลเขียนไว้ชัดเจนว่าจะทำได้ต่อเมื่อช่องปากสะอาด หากช่องปากไม่สะอาดให้ทำความสะอาดช่องปากก่อนเสมอ หากไม่สามารถทำได้ให้งดการให้อาหารและน้ำทางปาก เหล่านี้ล้วนเป็นการต่อยอดถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากและบทบาทของทันตบุคลากรที่จะเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้การทำให้ช่วยระในช่องปากพร้อมที่สุดที่จะบดเคี้ยวและทำหน้าที่ในการกลืนก็เป็นหน้าที่โดยตรงของทันตบุคลากร ทันตแพทย์สามารถทำ obturator ดัดแปลงขึ้นพิเศษเพิ่มทำ palatal augmentation ให้เพดานหนาขึ้นทำให้ลิ้น

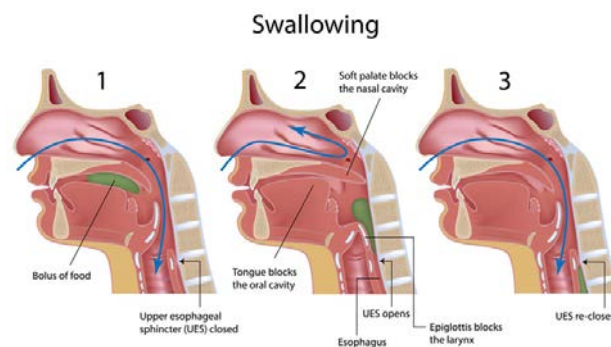
ที่อาจจะถูกผ่าตัดออกไปบางส่วนหรือกล้ามเนื้ออ่อนแอสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นอีกด้วย

ดังนั้นวิชาชีพทันตแพทย์อาจต้องพิจารณาเพิ่มเนื้อหาเรื่องนี้ไปในหลักสูตรก่อนหรือหลังปริญญา หรือ จัดเป็นหัวข้อในการอบรมเพื่อการศึกษาต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการตรวจประเมินเบื้องต้น การป้องกันการสำลัก เทคนิคการทำความสะดวกช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หัตถการและวิธีที่จะช่วยบำบัดฟื้นฟูภาวะการกลืน อันจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในที่สุด **T**



อ้างอิง

1. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. Arch GerontolGeriatr. 2013 Jan-Feb;56(1):1-9.
2. Müller F. Oral Hygiene Reduces the Mortality from Aspiration Pneumonia in Frail Elders. J Dent Res. 2015 Mar; 94(3 Suppl): 14S–16S.
3. ภัทธา วัฒนพันธุ์ การประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก. Srinagarind Med J 2014;29 (Suppl).



ที่มาของภาพ <https://www.healthhub.sg/sites/assets/Assets/Categories/Chronic%20Illness/JHS/Jurong%20Health%20-%20swallowing%20diagram.JPG>

อนาคต
ของสิทธิการ
รักษาทาง
ทันตกรรมใน

ระบบ

ประกันสังคม

ความเปลี่ยนแปลง ระลอกแรก

“ต่อไปนี่ใครจะบอกว่าเรื่องนี้เป็นไปไม่ได้ไม่ได้แล้วนะ นี่ใจทำให้ดูแล้ว” พี่มาลี ทันตแพทย์หญิงมาลี วัฒนาศิริ ทันตแพทย์โรงพยาบาลลำลูกกา จ.ปทุมธานี แก่นนำคนสำคัญของเครือข่ายฟ.ฟันสร้างสุข ที่ทำงานร่วมกับเครือข่ายประชาสังคมต่างๆ ในการเคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษาทางทันตกรรมของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม จนเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น พุดกับผมทางโทรศัพท์ในวันที่เราอัปเดตข้อมูลข่าวสารเพื่อเตรียมรับมือกับประกาศเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษาทางทันตกรรมของผู้ประกันตนเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2559 ซึ่งแม้ทางเครือข่ายมีความเห็นว่ามีปัญหาและเตรียมให้มีการคัดค้านเกิดขึ้น แต่อย่างน้อยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก็เป็นสัญญาณที่ดีว่า กฎเกณฑ์ที่ทุกคนคิดว่าย่ำแย่เปลี่ยนไม่ได้มัน คนตัวเล็กๆ อย่างพวกเรา ถ้าตั้งใจจริงแล้ว เราก็ขยับมันได้เหมือนกัน

หลังจากที่ทางเครือข่ายฟ.ฟันสร้างสุข กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ และเครือข่ายประกันสังคมคนทำงาน (คปค.) (โดยได้รับความสนับสนุนจากทันตแพทยสภา) ได้เริ่มเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษาทางทันตกรรมของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมภายใต้สโลแกน “ยิ้มสดใสสิทธิเท่าเทียมได้ในวันเมย์เดย์” ดังที่ผมได้เล่าใน Thai Dental Magazine เมื่อสองฉบับที่แล้ว (Vol.1 Issue 2 April – June 2016) ใวนั้นแม้ว่ายังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในวันแรงงานอย่างที่ตั้งใจ แต่ในวันแม่แห่งชาติที่ผ่านมา ทางสำนักงานประกันสังคมก็ได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์

ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันไม่ได้เนื่องมาจากการทำงาน ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2559 (ระบุให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 12 สิงหาคม 2559) โดยในเนื้อหา มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์การรักษาทางทันตกรรมของผู้ประกันตน มีการขยายเพดานการเบิกจ่ายจาก 600 บาทต่อปี เป็น 900 บาทต่อปี และสามารถเบิกค่ารักษาได้โดยไม่ต้องสำรองจ่ายในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับทางสำนักงานประกันสังคม แต่ก็มีข้อกำหนดอัตราค่าบริการที่เบิกได้ในแต่ละรายการตามบัญชีแนบท้าย ซึ่งแม้จะเป็นเรื่องดีที่มีการเพิ่มวงเงินของสิทธิให้กับผู้ประกันตน แต่การกำหนดเพดานอัตราค่าบริการที่จะเบิกได้ในแต่ละรายการ และการเปิดให้สถานบริการ (คลินิกทันตกรรม) เข้าร่วมโครงการโดยไม่มีระบบการเบิกจ่ายที่ดีพอรองรับนั้น จะตามมาด้วยปัญหาหลายประการ ซึ่งอาจจะทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่อาจเรียกว่าการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้ เมื่อประกาศนี้ออกมา ทางเครือข่ายที่ร่วมเคลื่อนไหวมาตั้งแต่ต้นจึงได้มีการพูดคุย และนัดประชุมกันอย่างเร่งด่วน ในวันที่ 19 สิงหาคม 2559 ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อหารือแนวทางการรับมือกับประกาศฉบับดังกล่าวของสำนักงานประกันสังคมจากการประชุมของเครือข่าย ข้อเสนอของปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากประกาศฉบับใหม่นี้มีสองประการใหญ่ๆ คือ

1. สิทธิที่หายไป ก่อนประกาศฯ ฉบับใหม่สิทธิการรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตนกำหนดให้ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษา (ชุดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด) ได้ไม่เกิน 600 บาทต่อปี โดยที่ไม่ได้มีการกำหนดอัตราค่าบริการขั้นต่ำของแต่ละรายการรักษาที่เบิกได้ สำหรับสิทธิใหม่นั้น แม้จะมีการเพิ่ม



ซึ่งในที่ประชุมวันนั้นได้มีมติว่า เพื่อไม่ให้ผู้ประกันตนได้รับผลกระทบในทางลบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสิทธิทางทันตกรรมตามประกาศที่ออกมา และเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิทธิทางทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตนอย่างที่ทางเครือข่ายตั้งใจต่อไป ทางเครือข่ายจะเข้ายื่นหนังสือต่อปลัดกระทรวงแรงงานและสำนักงานประกันสังคมอีกครั้ง โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อเสนอการแก้ปัญหาในระยะเร่งด่วน

วงเงินเป็นปีละ 900 บาท แต่มีการกำหนดอัตราค่าบริการที่เบิกได้ของแต่ละรายการ ซึ่งจะทำให้ผู้ประกันตนเบิกค่าบริการได้น้อยลงต่อรายการ เช่น ตามสิทธิแบบเก่า ถ้าผู้ประกันตนเข้ารับบริการขูดหินน้ำลายที่คลินิกที่กำหนดราคา 700 บาท ผู้ป่วยสามารถเบิกได้ 600 บาท เหลือจ่ายส่วนต่าง 100 บาท แต่ในสิทธิแบบใหม่นี้ ผู้ป่วยจะสามารถเบิกค่าบริการได้เพียง 400 บาท ตามอัตราแนบท้ายประกาศ ทำให้ต้องจ่ายส่วนต่างถึง 300 บาท ซึ่งการกำหนดเพดานราคาของแต่ละรายการนี้ ทำให้ผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการที่คลินิกเอกชนที่มีค่าบริการสูงกว่าอัตราแนบท้ายต้องจ่ายค่าส่วนต่างมากขึ้น ผู้ประกันคนที่จะได้รับประโยชน์เต็มที่ได้ 900 บาท คือคนที่รักษาหลายรายการ แต่สำหรับคนที่ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากได้ดี ต้องการการรักษาเพียงเล็กน้อย เช่น ขูดหินน้ำลายอย่างเดียวจะเบิกค่ารักษาได้น้อยลง ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการส่งเสริมให้ผู้ประกันตนรักษาสุขภาพช่องปาก

2. ระบบการเบิกจ่ายตรง ประกาศฯ ฉบับดังกล่าวได้ระบุว่า สถานบริการที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมนั้น ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษาได้โดยตรงตามสิทธิโดยไม่ต้องสำรองจ่าย โดยมีการเปิดรับสมัครสถานบริการเพื่อเข้าร่วมโครงการ แต่เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดีพอ ทำให้หลายๆ คลินิกไม่ทราบรายละเอียดและแนวทางการจัดการของระบบการเบิกจ่ายดังกล่าว อีกทั้งระบบการเบิกจ่ายนั้นก็ยังไม่มี การวางระบบที่มีความพร้อม ขั้นตอนการใช้สิทธิมีความยุ่งยากซับซ้อนทำให้สถานบริการมีความไม่แน่ใจที่จะเข้าร่วมโครงการ

3. ยังไม่ถึงฝั่งฝัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังไม่บรรลุเป้าหมายในการเคลื่อนไหวของทางเครือข่ายที่ต้องการปฏิรูปสิทธิการรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมให้มีความเท่าเทียมกับสิทธิอื่นๆ โดย ผู้ประกันตนสามารถรับการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐานได้ตามความจำเป็นโดยไม่ต้องสำรองจ่ายและไม่กำหนดเพดานสิทธิ

1. ขอให้อยกเลิกอัตราค่าบริการแนบท้ายของประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2559 โดยคงสิทธิการเบิกค่าบริการเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 900 บาทต่อปีไว้ดังเดิม เพื่อให้ไม่มีเพดานในการเบิกค่าบริการในแต่ละรายการ

2. ให้สำนักงานประกันสังคมสร้างระบบฐานข้อมูล ผู้ประกันตน ระบบการเช็คสิทธิการรักษาพยาบาล และระบบการเบิกจ่ายค่าบริการทางทันตกรรมที่ผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่าย (ระบบเบิกจ่ายตรง) ที่มีประสิทธิภาพภายใน 1 ปี โดยปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ทำให้เกิดปัญหาความไม่สะดวกต่างๆ ให้มีความคล่องตัว รวดเร็ว และสะดวกต่อทั้งสถานบริการและผู้รับบริการ

3. ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจแก่สถานพยาบาลเอกชน เพื่อดึงสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงกับสำนักงานประกันสังคมให้มากขึ้น รวมถึงทำข้อตกลงอย่างเป็นทางการกับทางกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ประกันตนที่ใช้บริการทั้งในสถานพยาบาลเอกชนและสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถเบิกค่าบริการตามสิทธิได้โดยไม่ต้องสำรองจ่าย

4. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิทธิและแนวทางการปฏิบัติในกรณีการรักษาทางทันตกรรมที่ได้รับบริการแก้ไขแก่ประชาชนทั่วไปและผู้ประกอบวิชาชีพทางทันตกรรมอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง

ข้อเสนอการปฏิรูปในระยะยาว

ทางเครือข่ายฯ ยืนยันข้อเสนอเดิมคือการปฏิรูปสิทธิประโยชน์การรักษาทางทันตกรรมให้มีความเป็นธรรมและเท่าเทียม ผู้ประกันตนต้องมีสิทธิการรักษาทางทันตกรรมตามความจำเป็นโดยไม่กำหนดเพดานการรับบริการ และไม่ต้องสำรองจ่าย (รายละเอียดตามเอกสารแนบ) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิรูปขอให้ทางสำนักงานประกันสังคมรายงานความคืบหน้า

ของการดำเนินการปฏิรูปต่อสาธารณชนทุกๆ 3 เดือน

และในวันที่ 25 สิงหาคม 2559 ตัวแทนจากทางเครือข่ายเข้ายื่นหนังสือต่อปลัดกระทรวงแรงงานพร้อมทั้งตัวแทนจากสำนักงานประกันสังคม ซึ่งทางเครือข่ายทราบดีถึงความตั้งใจดีของสำนักงานประกันสังคมที่ขยายสิทธิให้ผู้ประกันตน แต่เมื่อเล็งเห็นว่ามีปัญหา จึงต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจ เพื่อให้ความเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตนมากที่สุด ซึ่งตัวแทนจากกระทรวงแรงงานและสำนักงานประกันสังคมก็รับปากว่าจะมีการประชุมหารือกันในการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งต่อไป

ในที่สุด ในวันที่ 29 กันยายน 2559 ก็มีประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันไม่ได้เนื่องมาจากการทำงาน ฉบับใหม่ออกมา โดยมีการยกเลิกบัญชีแนบท้ายของประกาศฉบับเก่า ทำให้ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าบริการได้ในวงเงิน 900 บาทโดยไม่มีเพดานการเบิกของแต่ละรายการการรักษา โดยทางเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมได้รับปากว่าสำนักงานประกันสังคมจะขยายหน่วยบริการรับทันตกรรมเพิ่มเติม โดยจะประสานขอความร่วมมือสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ทั้ง



กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กรุงเทพมหานคร (กทม.) และสังกัดอื่นๆ ให้ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทันตกรรมโดยไม่ต้องสำรองจ่ายให้สถานพยาบาลนั้นๆ เบิกจ่ายกับ สปส. โดยตรงต่อไป ซึ่งทำให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นโดยที่ทางเครือข่ายจะติดตามและผลักดันการปฏิรูปอย่างใกล้ชิดต่อไป

แม้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะยังไม่เป็นไปตามที่ทางเครือข่ายตั้งความหวังไว้ แต่ความเปลี่ยนแปลงก็ได้เกิดขึ้นแล้ว (แม้จะทำให้ใจหายใจว่าอยู่บ้าง) กฎเกณฑ์ทุกคนไม่คิดว่าจะเคลื่อนไหวได้ วันนี้คนตัวเล็กๆ กลุ่มหนึ่งสามารถทำให้มันขยับได้แล้ว และพวกเราจะขยับมันต่อไป จนกว่าจะถึงเป้าหมายที่พวกเราตั้งใจ T

สรุปไทม์ไลน์การเคลื่อนไหว

วันที่	การเคลื่อนไหว	ผลการเคลื่อนไหว
18 กุมภาพันธ์ 2559 9 มีนาคม 2559	ประชุมตัวแทนเครือข่ายการเคลื่อนไหว	ได้ข้อมูล กลยุทธ์การเคลื่อนไหว ข้อเสนอที่เป็นรูปธรรม และสร้างกระแสประเด็นการเคลื่อนไหวต่อสื่อต่างๆ
8 เมษายน 2559	ยื่นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมผ่านรองปลัดกระทรวงแรงงาน	ทางประกันสังคมรับข้อเสนอเพื่อนำเข้าที่ประชุมบอร์ดประกันสังคมต่อไป
21 เมษายน 2559	นำข้อเสนอเข้าที่ประชุมทันตแพทยสภา	ทันตแพทยสภามีมติสนับสนุนข้อเรียกร้องของเครือข่าย
27 เมษายน 2559	ประชุมเรื่องการติดตามข้อเสนอ	
28 เมษายน 2559	ติดตามผลของข้อเสนอกับสำนักงานประกันสังคม	คณะกรรมการการแพทย์เห็นพ้องกับข้อเสนองานของเครือข่ายฯ และตั้งคณะกรรมการร่วม
12 สิงหาคม 2559		ประกาศเพิ่มสิทธิเป็น 900 บาทต่อปีแต่มีบัญชีแนบท้ายกำหนดเงื่อนไขการเบิกค่าบริการ
19 สิงหาคม 2559	ประชุมเพื่อรับมือความเปลี่ยนแปลงจากประกาศฯ ฉบับใหม่	ได้ข้อเสนอระยะสั้นและระยะยาวสำหรับการปฏิรูป
25 สิงหาคม 2559	ยื่นหนังสือต่อปลัดกระทรวงแรงงานและตัวแทนจากสำนักงานประกันสังคม	
29 กันยายน 2559		ประกาศยกเลิกบัญชีแนบท้ายที่กำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่าย ผู้ประกันตนสามารถเบิกได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 900 บาทต่อปี

เบื้องหลังการจัดทำ แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ สำหรับเด็กประเทศไทย (ทบทวน 2559)



การใช้ฟลูออไรด์เป็นวิธีหนึ่งที่ยอมรับว่าสามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง ปัจจุบันมีการใช้ฟลูออไรด์อย่างแพร่หลายในหลายรูปแบบ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์เสริมชนิดเม็ด การเคลือบหรือการทาฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากร เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2553 ฝ่ายวิชาการ ทันตแพทยสมาคมฯ ได้รวบรวมข้อมูลและจัดทำแนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็กขึ้น และใช้อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2554 ต่อมาทันตแพทยสมาคมฯ ได้ร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดการประชุมนานาชาติ เรื่อง Effective uses of fluoride in Asia ซึ่งในการประชุมครั้งนั้นได้มีการนำเสนอการใช้ฟลูออไรด์ของประเทศทางเอเชีย โดยมีประเด็นที่น่าสนใจและต้องการการทบทวนคือ ยาสีฟันสำหรับเด็กควรมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ไม่น้อยกว่า 850 ppm (เดิมแนะนำที่ 500 ppm) ส่วนการใช้ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์สามารถใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป (เดิมแนะนำให้ใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป)

ปี 2556 ราชวิทยาลัยทันตแพทย์ ได้มีโครงการจัดทำแนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับประชาชนโดยได้เสนอให้มีการใช้ปริมาณยาสีฟันในเด็กต่างจากที่แนะนำไว้คือ ปริมาณยาสีฟันสำหรับเด็กเปลี่ยนจาก

ปริมาณพอกเปียกแปรง (smear layer) เป็นเม็ดถั่วลิสงเตา (pea size) และเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปได้อย่างขึ้นได้มีการเสนอให้ใช้ปริมาณยาสีฟันจากเม็ดถั่วลิสงเตา (pea size) เป็นปริมาณตามขวางของแปรง

ปี 2559 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล ซึ่งเป็น WHO-CC (collaborating center) ได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุม WHO Global Consultation on Early Childhood Caries (ECC) จากที่ประชุมได้มีการนำเสนอข้อมูลวิชาการและแนะนำการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุต้องมีความเข้มข้นไม่น้อยกว่า 1000 ppm และไม่นับสนุนการใช้ฟลูออไรด์เสริม นอกจากประเด็นทางด้านวิชาการ การใช้ฟลูออไรด์เป็นเรื่องที่สังคมให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากความกังวลในเรื่องพิษของฟลูออไรด์จึงทำให้มีการต่อต้านการใช้ฟลูออไรด์ ปัจจุบันโรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศไทย การใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุยังคงมีความจำเป็น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวฝ่ายวิชาการทันตแพทยสมาคมฯ จึงจัดให้มีการทบทวนแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ พ.ศ. 2554 เพื่อให้การใช้ฟลูออไรด์เป็นไปอย่างถูกต้อง ทันสมัย และมีประโยชน์สูงสุดในการป้องกันฟันผุ รวมทั้งเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุดโดย รศ. ดร. ทญ. ศิริรักษ์ นครชัย อุปนายกที่ 2 เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ มีขั้นตอนในการทำงานคือ 1) รวบรวมข้อมูลทางวิชาการ 2) การจัดประชุมวิชาการและปรับแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ ในวันที่ 8-9 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมห้องโถงใต้ 7 โรงแรมเซ็นทรัลเวิลด์ 3) สรุปแนวทางและส่งรับฟังความคิดเห็นอีกครั้ง 4) จัดทำแนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก 2559

ในการทำงานได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิและคณาจารย์ในการรวบรวมข้อมูล นำเสนอ และร่วมให้ความคิดเห็นดังนี้



ประเด็นวิชาการ	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่ปฏิบัติงาน
Fluoride Mechanism for Caries Prevention	รศ.ทว. ประทีป พันธุมวนิช	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Fluoride Metabolism and Toxicity	รศ.ดร. ฤดี สุราฤกษ์	ภาควิชาชีววิทยาช่องปาก มหาวิทยาลัยมหิดล
Fluoride Supplement	ผศ.ทญ. จินดา เลิศศิริวงกุล	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Fluoride Toothpaste	ศ.ทญ. ชุตินา ไตรรัตน์วงกุล	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Fluoride Mouthrinse	อ.ทญ. ภาพิมล ชมภูอินทว	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Fluoride Varnish	ผศ.ทญ.ดร. อ้อยทิพย์ ชาญการคำ	ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Fluoride Gel	ผศ.ทญ.ดร. ทิพนาค วิชญาณรัตน์	ภาควิชาทันตกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล
Silver Diamine Fluoride	อ.ทญ. ฤดี สกุลรัชตะ ผศ.ทญ.ดร. ทิพวัลย์ เตชะนิริสวัสดิ์	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก มหาวิทยาลัยนเรศวร ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Water Fluoridation	ทญ. ปิยะดา ประเสริฐสม	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
Fluoridated Milk	ทญ. วิกุล วิศาลเสสดี	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
Caries Risk Assessments	ผศ.ทญ. ภัทรวดี สิลากวีวุฒิ ผศ.ทญ. วัญชนก อยู่เจริญ	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รวบรวมข้อมูลและจัดทำ	รศ.ทญ.ดร. ศิริรักษ์ นครชัย ทญ. วรินทร์ ทองเนรมิตชัย	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์พิเศษ

นอกจากนี้ยังมีผู้แทนสาขาต่างๆ และผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมประชุมและให้ความคิดเห็นได้แก่

ผู้แทนจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	รศ.พญ. อุมามร สุทัศน์วรวุฒิ อ.พญ. อรภา สุธีโรจน์ตระกูล
ผู้แทนจากราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย	ผศ.ทญ. รุจิรา เพื่อนอัยกา รศ.ทญ.ดร. อารยา พงษ์หาญยุทธ รศ.ทญ. วัชรภรณ์ ทศจันทร์
ผู้แทนจากชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กแห่งประเทศไทย	ทญ. พวงเพชร เสฐฐักดิ์ ทญ. นันทนา ศรีอุดมพร
ผู้แทนจากสภาการพยาบาล	ดร. เสริมศรี สันตติ ดร. ฉัตรศิริ เมฆวิวัฒนาวงศ์
ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	รศ.ทญ. วนิดา แสงอลังการ อ.ทญ. จิรนนท์ โชติธรรมนาวิ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	ทญ. บนกนิ์ ตั้งเจริญดี ทญ. กรกมล นิยมศิลป์ ทญ. พวงทอง เล็กเฟื่องฟู ทญ. จิราพร จิตดี

ภายหลังจากการประชุมได้มีการรวบรวมและเขียนร่างส่งให้แสดงความคิดเห็นอีกครั้ง และได้ข้อสรุปเป็นแนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก 2559 ดังนี้

แนวทาง การใช้ฟลูออไรด์ สำหรับเด็ก (บททวน พ.ศ.2559)



การใช้ฟลูออไรด์มีหลายรูปแบบแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ฟลูออไรด์เฉพาะที่สำหรับใช้ที่บ้าน (Home-use fluoride) แบ่งเป็น
 - ฟลูออไรด์ชนิดที่ซื้อใช้เองได้แก่ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (Fluoride toothpaste) ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ (Fluoride mouthrinse)
 - ฟลูออไรด์ชนิดที่ทันตแพทย์สั่งจ่ายให้ ได้แก่ ฟลูออไรด์เจลสำหรับใช้ที่บ้าน (Home fluoride gel) ฟลูออไรด์เสริม (Fluoride supplement)
2. ฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร (Professional applied fluoride) ได้แก่ ฟลูออไรด์เจล (Professional fluoride gel) ฟลูออไรด์วาร์นิช (Fluoride varnish) ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver diamine fluoride)
3. ฟลูออไรด์สำหรับใช้ในชุมชน (Community-use fluoride) ได้แก่ น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ (Fluoridated water) นมผสมฟลูออไรด์ (Fluoridated milk)

ฟลูออไรด์เฉพาะที่สำหรับใช้ที่บ้าน ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

การใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่มีความเข้มข้น 1000, 1055, 1100 และ 1250 ส่วนในล้านส่วนสามารถลดฟันผุในชุดฟันผสมและฟันแท้ได้เฉลี่ยร้อยละ 23 (ร้อยละ 19-27) โดยความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,500 ส่วนในล้านส่วน จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับ 1,000 ส่วนในล้านส่วน(3) ในฟันน้ำนมการใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ประมาณ 1,000 ส่วนในล้านส่วนสามารถลดฟันผุได้ร้อยละ 31 สำหรับประสิทธิภาพในการลดฟันผุของยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์น้อยกว่า 600 ส่วนในล้านส่วน ยังไม่ชัดเจน (4)

ข้อบ่งชี้

แนะนำให้ใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในทุกกลุ่มอายุ และทุกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเพราะเป็นการป้องกันฟันผุขั้นพื้นฐาน

วิธีใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

- แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือเช้าและก่อนนอน
- ผลข้างเคียงของการใช้อยาสีฟันผสม



ฟลูออไรด์ในเด็กคือการกลืนยาสีฟันซึ่งจะส่งผลให้เด็กได้รับฟลูออไรด์มากเกินไปและเพิ่มโอกาสการเกิดฟันตกกระ เพื่อลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ แนะนำการใช้ดังตารางที่ 1 และ 2

- การใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กเล็กต้องใช้ด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะช่วงก่อนอายุ 2 ปีซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เสี่ยงมากที่สุดต่อการเกิดฟันตกกระของฟันหน้าแท้บน(5) ส่วนการใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กที่สามารถควบคุมการกลืนได้แล้วควรบ้วนน้ำแต่น้อยเพื่อให้ฟลูออไรด์อยู่ในช่องปากมากที่สุด(6,7)

- ในกรณีที่เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงอาจพิจารณาใช้อยาสีฟันที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์มากกว่า 1,000 แต่ไม่เกิน 1,500 ส่วนในล้านส่วน(8) โดยผู้ปกครองเป็นผู้แปรงฟันและดูแลไม่让孩子กลืนยาสีฟัน

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณยาสีฟันฟลูออไรด์ที่แนะนำ (9)

ช่วงอายุ	ปริมาณยาสีฟันฟลูออไรด์ (1,000 ส่วนในล้านส่วน)	คำแนะนำเพิ่มเติม
ฟันซี่แรกขึ้นถึงอายุต่ำกว่า 3 ปี	แตะจนแปรงพอเปียก	ผู้ปกครองแปรงให้และเช็ดฟองออก
อายุ 3 - <6 ปี	เท่ากับความกว้างของแปรง	ผู้ปกครองบีบยาสีฟันให้และช่วยแปรงฟัน
อายุ ≥6 ปีขึ้นไป	เท่ากับความยาวของแปรง	ให้เด็กแปรงเองและผู้ปกครองตรวจซ้ำ

ตารางที่ 2 ปริมาณยาฟลูออไรด์และปริมาณฟลูออไรด์ของยาฟลูออไรด์ความเข้มข้นฟลูออไรด์ 1,000 ส่วนในล้านส่วน

ปริมาณยาฟลูออไรด์	ปริมาณยาฟลูออไรด์ (กรัม)	ปริมาณฟลูออไรด์ (มิลลิกรัมฟลูออไรด์)
แปรงฟันแปรงฟลูออไรด์ 	0.1	0.1
แท่งความเข้มข้นของแปรง 	0.25	0.25
แท่งความยาวของแปรง 	1.0	1.0

ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์

การใช้ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์พบว่าสามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 28(10) ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ที่ใช้ได้แก่ โซเดียมฟลูออไรด์ (Sodium fluoride, NaF) ร้อยละ 0.05 แนะนำให้ใช้วันละครั้งและ NaF ร้อยละ 0.2 แนะนำให้ใช้อาทิตย์ละ 1-2 ครั้งและควรเลือกใช้ชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

ข้อบ่งชี้

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงและมีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปที่สามารถควบคุมการกลืนและบ้วนทิ้งได้

วิธีใช้ยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์

- ใช้ปริมาณ 5-10 มิลลิลิตร อมและกลืนให้ทั่วปากเป็นเวลาอย่างน้อย 1 นาที โดยความเข้มข้นและปริมาณฟลูออไรด์ของยาอมบ้วนปากฟลูออไรด์แสดงในตารางที่ 3
- ไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารหลังใช้อย่างน้อย 30 นาที (11,12)
- ไม่ใช้ในเวลาเดียวกับการแปรงฟันเพื่อเพิ่มความถี่ของการสัมผัสกับฟลูออไรด์

ตารางที่ 3 แสดงความเข้มข้นและปริมาณฟลูออไรด์ของยาอมบ้วนปากฟลูออไรด์ปริมาตร 5-10 มิลลิลิตร

ความเข้มข้น	ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ (ส่วนในล้านส่วน)	ปริมาณฟลูออไรด์ (มิลลิกรัมฟลูออไรด์)
0.05% NaF	226	1.65-2.30
0.2% NaF	904	4.55-9.10

ฟลูออไรด์เสริม

การใช้ฟลูออไรด์เสริมเป็นอีกวิธีที่พบว่าจะสามารถป้องกันฟันผุได้จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานฟลูออไรด์เสริมในช่วงอายุ 6 ปีแรกกับฟันตกกระ โดยพบฟันตกกระระดับอ่อนมากถึงอ่อน (very mild to mild fluorosis) ซึ่งผลกระทบต่อความสวยงามไม่มากนัก (13, 14)

ข้อบ่งชี้

เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง

วิธีจ่ายฟลูออไรด์เสริม

การจ่ายฟลูออไรด์เสริมมีข้อพิจารณา ดังนี้

- ก่อนจ่ายฟลูออไรด์เสริมต้องประเมินปริมาณฟลูออไรด์ที่เด็กได้รับจากแหล่งต่างๆ เช่น จากน้ำดื่ม นม ยาฟลูออไรด์ เป็นต้นเพื่อป้องกันไม่让孩子ได้รับฟลูออไรด์เกิน 0.05-0.07 มิลลิกรัมฟลูออไรด์ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
- ขนาดของฟลูออไรด์เสริมพิจารณาจากอายุน้ำหนักตัวและความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำดื่มดังตารางที่ 4 ซึ่งจะพิจารณาจ่ายฟลูออไรด์เสริม เมื่อความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำดื่มน้อยกว่า 0.3 ส่วนในล้านส่วน
- ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเป็นระยะ หากความเสี่ยงลดลงก็ไม่จำเป็นต้องได้รับฟลูออไรด์เสริม
- การจ่ายฟลูออไรด์เสริมแต่ละครั้งไม่ควรจ่ายเกิน 120 มิลลิกรัมฟลูออไรด์ (15) เนื่องจากปริมาณดังกล่าวเป็นขนาดที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตสำหรับเด็กที่หนักต่ำกว่า 8 กิโลกรัม และเป็นขนาดที่อาจก่อให้เกิดภาวะพิษในเด็กที่หนัก 24 กิโลกรัมหรือต่ำกว่า (16)
- ควรแบ่งขนาดยาที่ควรจะได้รับในแต่ละวันออกเป็นหลายๆ ครั้ง เช่น ถ้าเด็กควรจะได้รับวันละ 0.5 มิลลิกรัมฟลูออไรด์ ควรแบ่งให้ 0.25 มิลลิกรัมฟลูออไรด์ เข้า 1 ครั้ง และเย็น 1 ครั้ง จะได้ผลในการป้องกันดีกว่า
- แนะนำให้อมฟลูออไรด์เสริมเพื่อให้ยาสัมผัสฟันก่อนกลืน หรือละลายน้ำแล้วให้ดื่มทีละน้อยจนหมด

หมายเหตุ

- กรุงเทพมหานครมีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำประปา 0.12 ± 0.4 ส่วนในล้านส่วน
- องค์การอาหารและยาได้มีข้อกำหนดให้น้ำดื่มบรรจุขวดมีฟลูออไรด์ได้ไม่เกิน 0.7 ส่วนในล้านส่วน
- ข้อมูลฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคสามารถหาได้ที่ www.thaidental.net และ www.dental.anamai.moph.go.th

ข้อบ่งชี้

เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงและ อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ความร่วมมือในการเคลือบฟลูออไรด์(24)

สารประกอบฟลูออไรด์ที่ใช้ได้แก่ 1.23% Acidulated phosphate fluoride (APF), 2% Sodium fluoride (NaF) ความเข้มข้นและปริมาณฟลูออไรด์แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การจ่ายฟลูออไรด์เสริม (17)

ช่วงอายุ	ปริมาณฟลูออไรด์เสริมที่สั่งจ่าย
ฟันซี่แรกขึ้นถึง อายุต่ำกว่า 3 ปี	0.25 มิลลิกรัม/วัน
อายุ 3 - ต่ำกว่า 6 ปี	0.5 มิลลิกรัม/วัน
อายุ 6 ปีขึ้นไป	ไม่จำเป็นต้องจ่าย



ฟลูออไรด์เจลสำหรับใช้ที่บ้าน

ข้อบ่งชี้

การใช้ฟลูออไรด์ชนิดนี้แนะนำให้ใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงและมีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป(18,19) สารประกอบฟลูออไรด์ที่ใช้ ได้แก่ NaF ร้อยละ 1.1 การนำไปใช้ต้องได้รับการสั่งจ่ายจากทันตแพทย์

วิธีใช้ฟลูออไรด์เจลสำหรับใช้ที่บ้าน

- หลังการแปรงฟันด้วยยาสีฟัน ให้บีบเจลเป็นริ้วบางๆ บนแปรงสีฟันแล้วนำไปทาบนตัวฟันให้ทั่วหรืออาจใช้ถาดเคลือบฟลูออไรด์ทิ้งไว้บนตัวฟันอย่างน้อย 1 นาที โดยเคลือบวันละหนึ่งครั้ง
- สำหรับเด็กให้บ้วนเจลส่วนเกินและบ้วนน้ำ สำหรับผู้ใหญ่บ้วนฟลูออไรด์ออกแต่ไม่ต้องบ้วนน้ำ
- ห้ามบ้วนน้ำ ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร เป็นเวลา 30 นาที ภายหลังการเคลือบหรือแปรงด้วยฟลูออไรด์เจล

ฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร

ฟลูออไรด์เจล (gel)

การใช้ฟลูออไรด์เจลสามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 28 ในฟันแท้ และสามารถลดอัตราฟันผุ อุด ถอนเฉลี่ยร้อยละ 20 ในฟันน้ำนม(20-22) แต่ไม่พบประสิทธิภาพในการยับยั้งการลุกลามของรอยฟันผุ(23)

ตารางที่ 5 แสดงความเข้มข้นและปริมาณฟลูออไรด์ของฟลูออไรด์เจล

สารฟลูออไรด์	ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ (ส่วนในล้านส่วน)	ปริมาณฟลูออไรด์ (มิลลิกรัมฟลูออไรด์/มิลลิลิตร)	ปริมาณในการเคลือบฟลูออไรด์ (มิลลิกรัมฟลูออไรด์/5 มิลลิลิตร)
1.23% APF	12,300	12.3	61.5
2% NaF	9,040	9.04	45.2

วิธีเคลือบฟลูออไรด์เจล(24)

- แปรงฟันหรือขัดฟัน
- เลือกขนาดถาด (tray) ที่เหมาะสมกับจำนวนฟันของเด็ก
- ใส่ปริมาณฟลูออไรด์เจลประมาณไม่เกิน 2 ใน 5 ของความสูงของถาด
- วางถาดที่มีฟลูออไรด์เจลครอบฟันบนและฟันล่าง ให้เด็กกัดไว้เป็นเวลา 4 นาที
- ขณะที่เคลือบใช้ที่ดูดน้ำลายตลอดเวลาเพื่อป้องกันการกลืนและดูดเจลส่วนเกินออกหลังจากเคลือบ (ไม่แนะนำให้ใช้ในกรณีที่ไม่มีเครื่องช่วยดูดน้ำลาย)
- ภายหลังการเคลือบฟลูออไรด์เจล ห้ามบ้วนน้ำ ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหาร เป็นเวลา 30 นาที



ฟลูออไรด์วาร์นิช

ฟลูออไรด์วาร์นิชมีประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุร้อยละ 46 ในฟันแท้และร้อยละ 33 ในฟันน้ำนม(25)

ข้อบ่งชี้

- เด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี หรือผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง
- ฟันเริ่มผุ (white spot lesion)

ข้อห้าม

- ผู้ที่มีประวัติการแพ้วัสดุที่มีลักษณะการเหนียวเป็นส่วนประกอบ เช่น พลาสติกเรซิน หรือวัสดุทางทันตกรรมอื่น ๆ เช่น วัสดุพิมพ์ปาก ยาปิดแผลปริทันต์ (periodontal dressing) ซีเมนต์ และสารยึดติดต่าง ๆ (adhesive) ที่มีสาร Colophony เป็นส่วนประกอบ
- ผู้ที่มีแผลในปาก มีโรคเหงือก หรือมีการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก(26)
- ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด(27)

ฟลูออไรด์วาร์นิชที่ใช้มากที่สุดคือ 5% NaF ซึ่งมีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 22,600 ส่วนในล้านส่วน มีปริมาณฟลูออไรด์ 22.6 มิลลิกรัมฟลูออไรด์/มิลลิลิตร ปริมาณที่ใช้ในการทาฟลูออไรด์วาร์นิช เมื่อทาชุดฟันน้ำนม 0.25 มิลลิลิตร (ปริมาณฟลูออไรด์ 5.7 มิลลิกรัม) ชุดฟันผสม 0.4-0.5 มิลลิลิตร (ปริมาณฟลูออไรด์ 9- 11.3 มิลลิกรัม)

วิธีการทาฟลูออไรด์วาร์นิช

- ทำความสะอาดฟันโดยขัดฟัน ขัดฟัน หรือแปรงฟัน
- ใช้ฟูกันทาฟลูออไรด์วาร์นิชบางๆ บนผิวฟันโดยเน้นการทาฟันที่เริ่มผุ และด้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ด้านประชิดและด้านบดเคี้ยว หลีกเลี่ยงการทาโดนบริเวณเหงือก เพื่อลดโอกาสการแพ้หรืออาการระคายเคือง

- ภายหลังการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ควรเลี่ยงอาหารแข็งอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และงดการแปรงฟันในวันถัดจากฟลูออไรด์วาร์นิช เพื่อเพิ่มเวลาการยึดติดและการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟัน(28)

ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (Silver diamine fluoride, SDF)

SDF เป็นสารละลายที่ใช้ทาบนผิวฟันหรือฟันผุเพื่อหวังผลในการยับยั้งและป้องกันฟันผุ รวมทั้งลด การเสียวฟัน (Dentin Hypersensitivity) สูตรทางเคมีของ SDF คือ $Ag(NH_3)_2F$

กระบวนการป้องกันและยับยั้งฟันผุของ SDF เกิดจากส่วนประกอบของ SDF คือ Silver และ Fluoride โดยเมื่อทา SDF ลงไปในบริเวณที่มี exposed sensitive dentin ส่วน aqueous silver ที่มีความเข้มข้นสูงจะทำให้เกิดชั้น (squamous layer) ของ silver protein conjugates forms บน dentin และปิด dentinal tubule(29,30) ทำให้ dentin เพิ่มความทนต่อการกัดและการย่อยของเอนไซม์(31) เกิด Hydroxyapatite และ Fluoroapatite บน exposed organic matrix ร่วมกับ silver chloride และ metallic silver นอกจากนี้ SDF มีฤทธิ์ยับยั้ง matrix metalloproteinases (MMPs) (30,31) Cathepsins และ bacterial collagenase ที่ไปทำลาย dentin organic matrix (30)

ข้อบ่งชี้

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงมาก เช่น เด็กที่มี salivary dysfunction (Xerostomia), severe early childhood caries
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำฟันตามปกติได้เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เช่น เด็กเล็กที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ Immunocompromised patient(32) ผู้ป่วยที่อาจต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบแต่ยังไม่ได้รับการรักษหรือไม่สามารถดมยาสลบได้
- ผู้ป่วยที่มีรอยผุหลายตำแหน่งและไม่สามารถทำการรักษาได้ทั้งหมดในครั้งเดียว
- รอยผุที่ทำการรักษาได้ยาก เช่น ฟันผู้ช้ำบริเวณขอบของครอบฟัน ฟันผุบริเวณรอยแยกกราก เป็นต้น
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรม

ข้อห้าม

ผู้ที่แพ้โลหะเงิน ผู้ที่มีอาการ Ulcerative gingivitis หรือ Stomatitis

วิธีการทา SDF

- แนะนำให้ใช้ 38% SDF โดยใช้ปริมาณครึ่งละ 25 μ l (1 หยด) ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม
- กันน้ำลายฟันที่มีรอยผุด้วยก๊อช หากรอยผุอยู่ใกล้เหงือก ให้ทาวาสลินบนเหงือกบริเวณใกล้เคียงนั้น
- เป่าฟันและรอยผุให้แห้งด้วย Triple syringe
- ใช้ Microsponge ทา SDF ลงบนรอยผุ โดยปกติ 1 หยดของ SDF (25 μ l) สามารถใช้ทาบนฟันได้ประมาณ 5 ซี่
- รอให้ SDF ซึมลงสู่เนื้อฟันประมาณ 1 นาที
- ล้างส่วนเกินออกด้วยน้ำจาก Triple syringe

ข้อควรพิจารณา

- รอยโรคฟันผุที่ถูกทาด้วย SDF แล้วหยุดผุ (Arrested caries) จะมีสีน้ำตาล ดำ (ผิวหรือเนื้อฟันปกติจะไม่ติดสี)
- วัสดุอุดหรือครอบฟันที่โดน SDF อาจจะติดสี แต่สามารถกำจัดออกโดยการขัดผิวที่ติดสีออกได้ ยกเว้นส่วนขอบหรือรอยต่อของวัสดุกับเนื้อฟันที่อาจจะไม่สามารถขัดออกได้
- หาก SDF โดนเหงือกหรือผิวหนังจะติดสีฟ้าเทา ซึ่งล้างไม่ออก แต่จะหายไปเองใน 2-3 อาทิตย์
- หาก SDF เปื้อนสิ่งของหรือเสื้อผ้า อาจจะขีดหรือชักไม่ออก
- หลังจากทา SDF เพื่อชะลอการลุกลามของฟันผุแล้ว เมื่อผู้ป่วยและปัจจัยอื่นๆ มีความพร้อมอาจพิจารณาทำการบูรณะฟันตามปกติต่อไป
- รอยผุควรได้รับการทา SDF ซ้ำ โดยทาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งไปจนกว่ารอยโรคจะหยุดผุ รอยผุได้รับการบูรณะ หรือฟันหลุดไปตามธรรมชาติ

ฟลูออไรด์สำหรับใช้ในชุมชน

น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ (Fluoridated water)

การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่มเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจมาใช้ป้องกันฟันผุ เหมาะสำหรับพื้นที่ที่มีความชุกของโรคฟันผุสูงและมีระบบประปาที่ได้มาตรฐานโดยความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำดื่มที่เหมาะสมในประเทศไทยคือ 0.5 ส่วนในล้านส่วน(33) สำหรับประเทศไทยไม่มีการเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม

นมผสมฟลูออไรด์ (Fluoridated milk)

การเติมฟลูออไรด์ในนมเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจมาใช้ป้องกันฟันผุ(34) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำเพื่อใช้ป้องกันฟันผุในเด็กและได้ระบุเหตุผลที่ใช้นมเป็นตัวกลางไว้ว่า นมมีคุณค่าทางโภชนาการ การเติมฟลูออไรด์ในนมทำได้ไม่ยาก การใช้นม

ฟลูออไรด์สามารถมุ่งเน้นไปยังชุมชนที่มีความต้องการสูงก่อนได้ และมักจะมีโครงการสนับสนุนให้แก่เด็กนักเรียน ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ หรือ ลดการลุกลามการเกิดฟันผุ ร้อยละ 31-78(35,36) โดยมีข้อแนะนำว่าประสิทธิผลจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณฟลูออไรด์และจำนวนวันของการได้รับฟลูออไรด์ที่เพิ่มขึ้น

ข้อบ่งชี้

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในการเติมฟลูออไรด์ในนม ดังนี้ (35-37)

- ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในชุมชนที่จะใช้มาตรการฟลูออไรด์ในนมจะต้องอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน (DMFT) (เกณฑ์การจำแนกสภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี คือต่ำมาก:0.0-1.1 ต่ำ: 1.2-2.6 ปานกลาง: 2.7-4.4 สูง: 4.5-6.5 สูงมาก: >6.6)
- ต้องคำนึงถึงระดับฟลูออไรด์ในน้ำดื่มและพฤติกรรมการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ของเด็ก
- ต้องมีการจัดระบบการเฝ้าระวังการได้รับฟลูออไรด์ของเด็ก โดยต้องมีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจปริมาณฟลูออไรด์ในปัสสาวะของเด็ก เพื่อความปลอดภัยจากการได้รับฟลูออไรด์สูงเกินไปและเพื่อการกำกับความร่วมมือของเด็ก
- ระบบการจัดส่งนมฟลูออไรด์ให้ถึงตัวเด็กจะต้องทำได้อย่างสม่ำเสมอและรักษาคุณภาพของนมเป็นอย่างดี ฟลูออไรด์ที่เติมในนมคือโซเดียมฟลูออไรด์ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีโครงการเติมฟลูออไรด์ในนมให้แก่เด็กนักเรียนในหลายพื้นที่ โดยเติมฟลูออไรด์ 0.5 มิลลิกรัม ในนมที่เด็กบริโภควันละ 200 มิลลิลิตร T



เอกสารอ้างอิง

1. Fejerskov O, Kidd E (eds): Dental Caries the Disease and its Clinical Management. Oxford: Blackwell Munksgaard. 2008:209-31.
2. Buzalaf MAR (ed): Fluoride and the Oral Environment. Monogr Oral Sci, Basel, Karger. 2011;22:97-114.
3. Walsh T, Worthington HV, Glenny A-M et al. Fluoride tooth-pastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 1:CD007868.
4. Santos APP, Nadanovsky P, Oliveira BH. A systematic review and metaanalysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. Community Dent Oral Epidemiol. 2013; 41:1-12.
5. Evans RW, Stamm JW. An epidemiologic estimate of the critical period during which human maxillary central incisors are most susceptible to fluorosis. J Public Health Dent 1991; 51(4):251-9.
6. Sjögren K, Birkhed D. Effect of various post-brushing activities on salivary fluoride concentration after tooth-brushing with a sodium fluoride dentifrice. Caries Res.1994; 28:127-31.
7. Chestnutt IG, Schafer F, Jacobson APM, Stephen KW: The influence of tooth-brushing frequency and post-brushing rinsing on caries experience in a caries clinical trial. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 26:406-11.
8. Zero D.T, Marinho V.C.C, Phantumvanit P. Effective Use of Self-care Fluoride Administration in Asia. Adv Dent Res. 2012; 24(1):16-21.
9. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุในประเทศไทยราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556.
10. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 3:CD002284.
11. Chen CJ, Ling KS, Esa R, Chia JC, Eddy A, Yaw SL. A school-based fluoride mouth rinsing programme in Sarawak: a 3-year field study. Community Dent Oral Epidemiol. 2010; 38 (4):310-4.
12. MobergSköld U, Birkhed D, Borg E, Petersson LG. Ap-proximal Caries Development in Adolescents with Low to Moderate Caries Risk after Different 3-Year School-Based Supervised Fluoride Mouth Rinsing Programmes. Caries Res. 2005; 39(6):529-35.
13. Ismail AI, Hasson H. Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: a systematic review. J Am Dent Assoc. 2008; 139(11):1457-68.
14. Rozier RG, Adair S, Graham F, et al. Evidence-based clinical recommendations on the prescription of dietary fluoride supplements for caries prevention: A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc. 2010;141(12):1480-9.
15. Limeback H, Ismail A, Banting D, et al. Canadian Consensus Conference On the Appropriate Use Of Fluoride Supplements For the Prevention Of Dental Caries In Children. Available at www.cda-adc.ca/jcda/vol-64/issue-9/636.html.
16. New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the use of fluorides. Chapter 6: Fluoride tablets. Wellington: New Zealand Ministry of Health; 2009:47-49. Available at www.health.govt.nz/system/files/.../guidelines-for-the-use-of-fluoride-nov09.pdf.
17. Whitford GM. Fluoride in dental products: Safety consid-erations. J Dent Res. 1987; 66(5):1056-60.
18. Weyant RJ1, Tracy SL, Anselmo TT, Beltrán-Aguilar ED, Donly KJ, Frese WA, Hujol PP, Iafolla T, et al. Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommen-dations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc. 2013; 144(11):1279-91.
19. Maguire A. ADA clinical recommendations on topical fluoride for caries prevention. Evid Based Dent. 2014; 15(2):38-9.
20. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2002; (2): CD002280.
21. Marinho VC, Higgin JP, Logan, S, Sheiham A. Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children. J Dent Educ. 2003; 67(4):448-58.
22. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Flu-oride gels for preventing dental caries in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; 6:CD002280. PubMed PMID: 26075879.
23. Gao SS, Zhang S, Mei ML, Lo EC, Chu CH. Caries reminer-alisation and arresting effect in children by professionally applied fluoride treatment - a systematic review. BMC oral health 2016; 16: 12. PubMed PMID: 26831727. Pubmed Central PMCID: 4736084.
24. Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo TT, Beltran-Aguilar ED, Donly KJ, Frese WA, et al. Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. JADA. 2013; 144(11):1279-91.
25. Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and ado-lescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 7:CD002279.
26. Sharma PR. Allergic contact stomatitis from colophony. Dent Update. 2006;33(7):440-2.
27. Fluoride dental treatment and asthma | AAAAI [Internet]. The American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. [Cited 2016 Jun 2]. Available from: <http://www.aaaai.org/ask-the-expert/fluoride-asthma>.
28. Cochrane NJ, Shen P, Yuan Y, Reynolds EC. Ion release from calcium and fluoride containing dental varnishes. Aust Dent J. 2014;59(1):100-5.
29. Mei ML, Ito L, Cao Y, Li QL, Lo EC, Chu CH. Inhibitory effect of silver diamine fluoride on dentine demineralisation and collagen degradation. J Dent. 2013;41: 809-17.
30. Mei ML, Li QL, Chu CH, Yiu CK, Lo EC. The inhibitory effects of silver diamine fluoride at different concentrations on matrix metalloproteinases. Dent mater. 2012;28: 903-8.
31. Mei ML, Ito L, Cao Y, Li QL, Chu CH, Lo EC. The inhibitory effects of silver diamine fluorides on cysteine cathepsins. J Dent. 2014;42: 329-35.
32. Chu CH, Lee AH, Zheng L, Mei ML, Chan GC. Arresting rampant dental caries with silver diamine fluoride in a young teenager suffering from chronic oral graft versus host disease post-bone marrow transplantation: a case report. BMC research notes.2014; 7: 3.
33. ประทีป พันธุ์วนิช. ความพร้อมของการปรับปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำประปาในประเทศไทยในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการระดับชาติ 17-18 พฤษภาคม 2532. คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2532: 66-73.
34. World Health Organization. Fluoride and oral health. Geneva : Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use (Technical Report Series 846), Geneva, World Health Organization. 1994: 16-19,30.
35. WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. 2003;WHO Technical Report Series 916. Geneva: World Health Organization.
36. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32:319-321.
37. WHO. Call to action to promote dental health by using fluoride. Declaration of Global Consultation on Oral Health Through Fluoride. 2006 Available at: http://www.who.int/oral_health/events/Global_consultation/en/index.html [Access 10 October 2012]

เรียนท่านสมาชิก และกัลยาณมิตรที่รักและเคารพทุกท่าน

ปี พุทธศักราช ๒๕๕๙ นับเป็นปีที่ต้องจารึกไว้ในหน้าประวัติศาสตร์ที่สำคัญของประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๙ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ล้นเกล้ารัชกาลที่ ๙ ได้เสด็จสวรรคต เป็นห้วงเวลาที่ชาวไทยทุกคนหยุดนิ่งและว้าวุ่น ณ เวลา ๑๙.๐๐ นาฬิกา ที่ฯพณฯ ท่านนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ออกมาแถลงถึงการเสด็จสวรรคต สังคมทุกภาคส่วนได้ สงบนิ่ง และทุกผู้ทุกนามไม่ต้องการรับรู้ในการเสด็จสวรรคตของพระองค์ท่าน แม้จะได้รับทราบข่าวทรงพระประชวรเรื่อยมาตั้งแต่ต้นปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ เพราะพระองค์ทรงเป็นดังเทพที่ทรงเปี่ยมด้วยพระเมตตา กับประชาชนทุกชนชั้น ทุกอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการแพทย์และการทันตแพทย์ พระองค์ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานทุนอาณันทมหิดล เพื่อให้ทันตแพทย์ได้มีโอกาสไปศึกษาต่ออย่างต่างประเทศ ในสถาบันชั้นยอดเยี่ยมระดับโลก เพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีกลับมาพัฒนาการรักษาของไทยให้เจริญรุดหน้า เทียบเท่าอารยประเทศ มีความเป็นสากล และทำให้ทันตแพทย์ไทยได้รับความเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ขณะเดียวกันพระองค์ทรงพระราชทาน หน่วยทันตกรรมพระราชทาน เพื่อให้ทันตแพทย์ได้เสียสละออกไปให้การรักษาแก่ประชาชนด้วยโอกาสในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้วงการทันตแพทย์ได้ซึมซับพระราชประสงค์ของพระองค์ที่ต้องการให้ประชาชนไทยได้มีความเท่าเทียมกัน เข้าถึงการรักษาทันตกรรมโดยไม่มีการแบ่งชนชั้น

กระผมในฐานะนายกทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ ๔ มกราคม พุทธศักราช ๒๕๐๑) ขอเชิญชวนทันตแพทย์ทุกท่านส่งเสด็จพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชล้นเกล้ารัชกาลที่ ๙ สู่สวรรคาลัย

ปวงข้าพระพุทธเจ้าขอน้อมเกล้าฯน้อมกระหม่อม
รำลึกในพระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้
ข้าพระพุทธเจ้า คณะกรรมการ ทันตแพทย์ทุกท่าน
และทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

ในปีนี้ยังมีความเปลี่ยนแปลงในโลกอีกหลายๆ เรื่องที่ควรจับตามองไว้ในประวัติศาสตร์ของชาวโลก เพื่อให้พวกเราได้จดจำ เรียนรู้และใช้เป็นบทเรียนในความเป็นไปของสังคมโลก และความไม่เป็นประชาธิปไตยของประเทศมหาอำนาจในโลก ซึ่งทำตัวเป็นผู้ตรวจสอบให้ทุกประเทศในโลกต้องเป็นประชาธิปไตย แต่เมื่อถึงคราวประเทศตนเองกลับมีการปฏิบัติ และการแสดงออกของผู้บริหารและประชาชนในทางตรงกันข้าม

เหตุการณ์แรกที่เราจะกล่าวถึงคือ การปฏิวัติที่ล้มเหลวในประเทศตุรกี ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเกินความคาดหมาย เพราะประเทศตุรกีไม่เคยมีปฏิวัติเลยตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ก่อนหน้านั้นตุรกีปกครองโดยชาวเติร์ก ภายใต้ อาณาจักร Ottoman Turk ซึ่งรุ่งเรืองมาตั้งแต่ ค.ศ. ๑๔๕๐ และมีสายสัมพันธ์อย่างดีกับชาวอูยกูร์ในมณฑล ซินเจียงของจีน เป็นมณฑลที่นับถือศาสนาอิสลามที่ใหญ่ที่สุดของจีน มีรากเหง้า และ เชื้อสายของชาวมองโกล ที่อพยพเข้ามายังพื้นที่ที่เรียกว่า Anatolia อนุโตเลีย อันเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ในด้านตะวันออกของตุรกี มาตั้งแต่ ก่อนคริสต์ศตวรรษ และประมาณ ค.ศ. ๓๐๐ เมื่อเมือง คอนสแตนติโนเปิล ที่อยู่ทางตะวันตก อีกด้านหนึ่งของช่องแคบบอสฟอรัส ก็รุ่งเรือง เพราะกษัตริย์ Constantin ของอาณาจักรโรมันได้มายึดเมือง Byzantium และเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น Constantinople จนกระทั่ง อาณาจักร Ottoman มายึดเมืองนี้แล้วเปลี่ยนชื่อเป็น Istanbul เป็นเมืองหลวงของประเทศตุรกี ตั้งแต่นั้นมาประวัติศาสตร์ของประเทศนี้น่าสนใจ เพราะมีทั้งความเป็นยุโรปและเอเชียที่สำคัญคือ เป็นฐานสำคัญของ ค่ายยุโรปและสหรัฐอเมริกามาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ แต่ด้วยความที่ประธานาธิบดีคนปัจจุบัน ERDOGAN เริ่มไม่ค่อยทำตามคำสั่งของสหรัฐ และยุโรป จึงมีการก่อกบฏขึ้นแล้วกลายมาเป็นการกบฏ ทั้งนี้ในช่วง ๒ ชั่วโมงแรกของปฏิบัติการที่ยังไม่รู้ว่าเป็นใคร ใครบ้าง CNN ได้รายงานการเกิดปฏิวัติในตุรกีและโค่นล้ม ประธานาธิบดี ERDOGAN ได้แล้วโดยกลุ่มทหารหนุ่ม และ สหรัฐให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการครั้งนี้ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าประหลาดมาก เพราะสหรัฐประณามทุกประเทศที่ทหารทำการปฏิวัติ รวมถึงประเทศไทยด้วย มีการโจมตีไทยและรัฐบาลทหารอย่างรุนแรง ถึงขั้นประกาศจะคว่ำบาตร ถ้าไม่รีบจัดให้มีการเลือกตั้ง เพื่อคืนอำนาจและประชาธิปไตยให้กับประชาชนโดยเร็ว แต่คราวนี้กลับตรงกันข้ามสหรัฐกลับไปสนับสนุนพวกก่อการปฏิวัติเสียเอง แต่งานนี้เจอประธานาธิบดีที่เก่งกว่ามาก ควบคุมสถานการณ์อยู่และจับผู้ก่อการ ที่มีทั้ง ทหาร หมอ ผู้พิพากษา อัยการ และ อาจารย์มหาวิทยาลัย รวมแล้วกว่า

๓๕,๐๐๐ คน ขนาดที่ต้องมีการล้างคุก คือปล่อยนักโทษที่มีโทษน้อยออกเป็นอิสระ เพื่อจะได้มีห้องว่างไว้คุมขังพวกก่อการกบฏ และ ขณะเดียวกัน องค์การสนธิสัญญา NATO ที่มียุโรปและสหรัฐหนุนหลัง ก็สูญเสียสมาชิกประเทศที่สำคัญและมีกำลังทหารมากอย่างตุรกีออกไป ปล่อยให้หันไปอยู่ในค่ายของรัสเซีย และจีน

อีกเหตุการณ์คือ การเลือกตั้งประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา ที่ได้ Donald Trump มาเป็นประธานาธิบดี พลิกความคาดหมายของนักเลือกตั้งอย่างพรรค เดโมแครท โดยสิ้นเชิง และ พลิกความคาดหมายของสำนักข่าวหลายสำนัก เช่น CNN NBC ของสหรัฐ ที่เชียร์ประธานาธิบดี Clinton ของ Democrat อย่างไม่ลืมหูลืมตา เป็นที่น่าสังเกตว่า ทุกสำนักข่าว และนักการเมืองที่อยู่ในแวดวงการเมืองอยู่แล้วจะดูถูกดูแคลนว่า คนอย่าง Trump จะมาเป็นประธานาธิบดีได้อย่างไร ไม่เคยเล่นการเมือง ไม่รู้จักการทหาร และการทูตระหว่างประเทศ แล้วจะมาคุมหัวรบนิวเคลียร์ ที่สามารถยิงได้ทั่วโลก ได้อย่างไร อีกทั้ง Trump ยังมีคดีฟ้องร้องทางการเมือง และการซื้อขายอสังหาริมทรัพย์หลายคดีที่มีโอกาสแพ้และหมดตัวได้ กฎหมายอเมริกาไม่ห้ามบุคคลล้มละลายเป็นประธานาธิบดี แต่ห้ามคนที่ไม่ได้เกิดในสหรัฐเป็นประธานาธิบดี นอกจากนั้นภายหลังจาก Trump ได้รับเลือกตั้งก็เกิดการประท้วงเผาเมือง ในหลายรัฐ และที่ขัดแย้งคือ รัฐแคลิฟอร์เนีย ประกาศจะถอนตัวออกจากการเป็นส่วนหนึ่งของสหรัฐอเมริกา จะแยกไปเป็นประเทศอิสระ อย่างนี้เรียกว่า ประชาธิปไตยใหม่ คนอเมริกันเองก็ไม่เล่นตามกติกาประชาธิปไตย เทียบบอกให้ประเทศไหนประเทศนี้ ต้องเลือกตั้งถึงเป็นประชาธิปไตย แต่ในประเทศตัวเอง พรรคที่แพ้และไม่พอใจ เพราะ แคลิฟอร์เนีย เลือก Clinton พอแพ้ก็เลยประกาศถอนตัวเป็นประเทศอิสระ อย่างนี้ต้องใช้คำพูดของทูตสหรัฐ ที่เที่ยวพูดว่า “ ประชาชนในส่วนใหญ่ไม่ได้ผู้แทนของตนเองเป็นนายก หรือ เป็นประธานาธิบดี ต้องหาเรียนรู้ที่จะแพ้เป็น และ เรียนรู้กติกาประชาธิปไตย” เก็บเอาไปสอนคนที่บ้านเกิดในสหรัฐดีกว่าไหม คนทั่วโลกเขาเป็น ประชาธิปไตยกันทั้งนั้น ไม่จอมปลอมอย่างสหรัฐอเมริกา

ทั้งสองเหตุการณ์นี้ เป็นภาพสะท้อนให้เห็นว่า ตลอดหลายสิบปีหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ สังคมโลกอยู่ใต้อิทธิพลของสหรัฐและยุโรป จนกระทั่งใครที่ไหนจะทำอะไรต้องเป็นไปตามที่กลุ่มนี้ชี้แจง จึงจะดำเนินการได้ ถึงเวลาที่สังคมโลกต้องปรับตัวให้อยู่รอดและเลิกมกยในความเป็นประชาธิปไตยแบบตามใจตัวเองของพวกเขาฝรั่งเสียที มิเช่นนั้น เราอาจไม่สามารถรักษาประเทศไทยให้ยั่งยืน มั่นคง และ พัฒนาไปข้างหน้า ตามปรัชญาของในหลวงรัชกาลที่ ๙ ซึ่งพระราชทานให้ใช้แนวทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” คือมีความพอประมาณ มีเหตุมีผล และ สร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ภายใต้เงื่อนไข ต้องมีความรู้ และ คุณธรรม” T

คัดท้าย

2 559 ช่วงเป็นปีที่ไม่มีธรรมดา เราเริ่มเปิดปีด้วยกระแสอาจารย์ทันตแพทย์หนึ่ทุน ทำให้สังคมหันมาสนใจวิชาชีพ สื่อโทรทัศน์หลายช่องติดตามเรื่องอย่างใกล้ชิด วิชาชีพเองก็เข้ามาเมนต์เรื่องนี้กันในเฟสออนไลน์อย่างคึกคัก ทำให้เกิดการสื่อสารออนไลน์เพื่อรวมพลังวิชาชีพ

เรามีการเลือกตั้งทันตแพทยสภาช่วงต้นปี เป็นการเลือกตั้งที่มีผู้ออกคะแนนไม่มาก และมีข้อครหาเรื่องเอกสารส่งไม่ถึง (เพราะส่งเอกสารเลือกตั้งแบบไม่ลงทะเบียน) การเลือกตั้งทันตแพทยสภาครั้งนี้มีปรากฏการณ์ใหม่หลายอย่าง มีการรวมการจากการเลือกตั้งเพิ่ม เนื่องจากมีการเพิ่มของโรงเรียนทันตแพทย์จาก 9 เป็น 13 แห่ง ทำให้มีการรวมการจากการเลือกตั้งมากถึง 20 คน มีปรากฏการณ์คนรุ่นใหม่เข้ามาเป็นกรรมการทันตแพทยสภา (จบเพียง 2 ปี) และมีการรวมการจากโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุดเป็นประวัติการณ์ ทั้งจากภาคเหนือ อีสาน ตะวันตก กรรมการทันตแพทยสภาครั้งนี้มีตัวแทนมาจากสายทันตสาธารณสุขมากที่สุด

ปีนี้ก็เช่นกันที่มีการผ่านกฎหมายวิชาชีพทันตแพทย์ 2559 ทำให้ต้องมีการจัดการศึกษาต่อเนื่องของวิชาชีพโดยพ.ร.บ. เริ่มมีผลในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2560 นี้ มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในเรื่องนี้หลายท่านเห็นด้วยในหลักการว่าทันตแพทย์ควรมีการหาความรู้อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่เห็นด้วยว่าทำไมต้องบังคับกัน มีทั้งผู้ไม่เห็นด้วยกับการบังคับใช้พ.ร.บ. ใหม่ทุกกรณี มีผู้เห็นด้วยกับพ.ร.บ. แต่ไม่มั่นใจว่ากระบวนการจัดการศึกษาต่อเนื่องที่จะเกิดขึ้นจะตอบเจตนารมณ์ของกฎหมายหรือไม่ เรื่องนี้ก็ต้องติดตามกันต่อไปนะคะ

และช่วงไตรมาสที่สามของปี มีเรื่องพ.ร.บ. ปรมาณูเพื่อสันติ 2559 ที่สั่นคลอนวงการเราอีกครั้ง มีข้อมูลจากสมาชิกว่า เกิดกรณีการชุมนุมสมาชิกเพื่อเรียกร้องค่าสอบ Radiation Safety Officer ค่าครอบครองเครื่องเอกซเรย์ ทำให้วิชาชีพทันตแพทย์เรารวมตัวกันเพื่อแสดงความไม่เห็นด้วยโดยการรวมตัวทำในระบบออนไลน์ ทั้งในเฟสและไลน์ และออกมาเป็นการนัดหมายอย่างเป็นทางการ

สมาชิกอันไม่เคยเกิดมาก่อน นับเป็นความตื่นตัวที่น่ายินดีของวิชาชีพเราค่ะ

และในปีนี้เป็นปีวิปโยคของคนไทยทั้งประเทศ จากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ที่เคารพภักย์ของเราทุกคน ในฐานะบรรณธิการแมกกาซีนทันตแพทยสมาคม สิ่งที่เราทำได้เพื่อถวายความอาลัยคือหน้าปกและเนื้อหาในแมกกาซีนเล่มนี้ และชักชวนท่านสมาชิกร่วมกันเดินตามพระราชดำรัสในการใช้ชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และร่วมกันสร้างความสามัคคีเพื่อร่วมกันพัฒนาสังคมไทยและดูแลประชากรไทยร่วมกันค่ะ

บรรณธิการ
ทญ. แพรว จิตตินันท์



เจ้าของ
ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์

ที่ปรึกษา
ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา
ศ.ทพ.ดร.ประสิทธิ์ ภาสันต์
ทญ.ดร.ญาดา ชัยบุตร
ผศ.ทญ.ดร.ศิริจันทร์ เจียรพุด

บรรณาธิการ
ทญ.แพรว จิตตินันท์

กองบรรณาธิการ
ทพ.ปริญญา อมรเศรษฐชัย
ทญ.อภิญา บุญจำรัส
ทพ.สุธี สุขสุเดช
ทญ.ดวงตา อัสสระพานิชกิจ
ทญ.ธิดา วิจิตรจรัสรุ่ง
ทพ.กิตติธัช มงคลศิระ
ทญ.เดือน ปัญญาปิยะกุล
ทพ.สมดุลย์ หมั่นเพียรการ
ทพ.อภิสิทธิ์ อารยะเจริญชัย
ทพ.รุ่งกิจ หลั่นเจริญกุล
ทญ.ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ
ทญ.วิญา ลิขิตนุรักษ์

ทญ.ประภาสิริ เดี่ยวปรัชญารักษ์
ดร.พัฒน์พงษ์ จาเกิด

ติดต่อโฆษณา
คุณ ชิตศักดิ์ สุวรรณโมลี
โทร.02-539-4748

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
71 ลาดพร้าว 95 วังทองหลาง
กรุงเทพฯ 10310
โทร. 02-5394748 แฟกซ์ 02-5141100
e-mail: thaidentalnet@gmail.com