



ข่าวสารทันตแพทย์ DAT NEWSLETTER

ข่าวสารทันตแพทย์ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2564

ISSN 0857-841



บรรณาธิการ ชวนคุย :)



ข่าวสารเล่มที่สี่นี้ เรามีเรื่องราวที่น่าสนใจมาแบ่งปันกันอ่านเช่นเคย เร่อกจากการตอบบทความ ที่ อรรถพร ทรายู ได้บรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เพื่อช่วยเป็นแนวทางสำหรับเพื่อนๆทันตแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด อีกบทความหนึ่งที่น่าสนใจคือ รวมทั้งบทความจาก อรุณภาพร เรื่อง adjunctive orthodontic หรือการจัดฟันเพื่อส่งเสริมการรักษาสุขภาพช่องปาก หรือที่ อาจารย์ท่านให้ชื่อว่า การจัดฟันแบบส่งเสริม ถ้าถามว่ามันคืออะไร ก็เชิญเข้ามาอ่านกันเลยครับ

เรายังมีบทความพิเศษที่ทางกองบรรณาธิการไปรวบรวม ความเห็นและเนื้อหาเกี่ยวกับการแปร่งฟันมรอีกลุ่มมองหนึ่งมาเล่าสู่กันฟัง ในเรื่อง แปร่งเหง้า แปร่งไม่เหง้า เอาอย่างไงกันดี ลองอ่านแล้วส่งความคิดเห็นกันเข้ามาได้ครับ

ในส่วนของการสถานการณ์โควิดในบ้านเรายังมีผู้ติดสูงจำนวนมากอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทางทันตแพทย์สมาคมฯ ก็มีความห่วงใยในเรื่องนี้ และได้พยายามประสานเพื่อติดต่อหาวัคซีนมาฉีดให้กับเพื่อนๆทันตแพทย์โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเท่าที่เราจะสามารถทำได้ ซึ่งเรายังคงพยายามดำเนินการเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไปเท่าที่ทำได้ทุกอย่างก็ดี ระหว่างนี้ ขอให้เพื่อน ๆ ดูแลตัวเองให้ดีที่สุด และทางสมาคมก็ขอเอาใจช่วยเพื่อน ๆ ทันตแพทย์ทุกคนให้ปลอดภัย และมีสุขภาพแข็งแรง

พบกันใหม่ฉบับหน้า

สารบัญ

บทความวิชาการ:

แนวทางการปฏิบัติทางทันตกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ	
ยาด้านเกล็ดเลือด และยาด้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด	5
ทันตกรรมจัดฟันแบบส่งเสริม	10
Commentary บทความแสดงข้อคิดเห็น	
เรื่อง การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากกับ	
ประชาชนทั่วไป	12

ข่าวสารจากสมาคม:

หมอฟันต้องพร้อม..สมาคมจะอยู่เคียงข้างวิชาชีพ	16
บทความพิเศษ:	
วันนี้รับกาแฟอะไรดีครับ? ตอนที่ 2	18
Staycation ริมเจ้าพระยา	21
ข่าวสารออกหน่วย:	
ห่างไกล ดูแลไม่ห่างกัน	25
DENT NEWS	29

หนังสือข่าวสารทันตแพทย์

กองบรรณาธิการ ประสิทธิ์ กวสันต์ อัสระพงศ์ แก้วกำเหนิดพงษ์ พิมพ์ราไพ โรจนกิจ สินธวาชะว: สมโภช อังคนาวิริยารักษ์
ฝ่ายศิลป์ อัญมณี คงชีพา ฝ่ายโฆษณา ชิตศักดิ์ สุวรรณโมลี ฝ่ายบริหาร ขวลิศ กาญจนโสภาสงศ์



ข่าวสารทันตแพทย์

ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

71 ลาดพร้าว 95 วังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 02-539-4748, 02-932-3176 โทรสาร. 02 -514-1100

e-mail : dat.news dental@gmail.com หรือ thaidentalnet@gmail.com

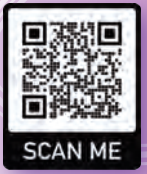
web : www.thaidental.or.th

issn : 0857 - 5841



กำหนดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 112 (1/2564)
ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
วันพุธ พฤหัสบดี ศุกร์ที่ 15 - 16 - 17 ธันวาคม 2564

ณ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ชั้น 22 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์



วันพุธที่ 15 ธันวาคม 2564

08.30 - 09.00 พิธีเปิดการประชุม โดย นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
และการมอบรางวัลผลงานวิจัยทางทันตกรรม

ประธาน ศ.ทพ.ดร. แมนสรวง อักษรนุกิจ

09.00 - 10.00 กัญชา สมุนไพรเพื่อสุขภาพ

10.00 - 12.00 Multidisciplinary based decision making in implant dentistry

ทพ. ขวลิต กาญจนโสภาสงศ์

ศ.ทพ.ดร. ประสิทธิ์ ภาวสันต์

รศ.ทพ. ประเวศ เสรีเชษฐพงษ์

รศ.ทพ.ดร. อาทิตย์ ภูมิพิชิต

อ.ทพ.ดร. วรวิทย์ ใจประภากร

อ.ทพ. จิรภา ศรีเพ็ชรตานนท์

ทพ. ญัฐชยา ถิระพานิชย์

12.00 - 13.30 พั๊กกลางวัน

ประธาน รศ.ทพ.ดร. สรสิทธิ์ รังสิยานนท์

13.30 - 16.30 หลากหลายเคสความรู้: การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา
โดย ชมรมรอยโรคช่องปากแห่งประเทศไทย

รศ.ทพ.ดร. ไกรสร ทรัพย์ะโตษก

รศ.ทพ.ดร. ชาญวิทย์ ประพัฒน์จำรูญ

ผศ.นพ.ทพ. ธิติพงษ์ พุกขศรีสกุล

อ.ทพ.ดร. ภาสวัชร วิริยกิจจา

วันพฤหัสบดีที่ 16 ธันวาคม 2564

ประธาน รศ.ทพ.ดร. ศิริรักษ์ นครชัย

09.00 - 10.30 Caries fighters: SDF and fluoride toothpaste

10.30 - 12.00 Pain and anxiety control

12.00 - 13.30 พั๊กกลางวัน

ประธาน ศ.ทพ. พิธีธ กัณตะบุตร

13.30 - 15.00 ไขมันเลว ไม่เลวอย่างที่คิด

15.00 - 17.00 งานอดิเรก...สบายๆ สไตล์ อ. สุจิต

ผศ.ทพ.ดร. พรพจน์ เฟื่องธารทิพย์

ผศ.ทพ.ดร. จริญญา หุ่นศรีสกุล

ผศ.ทพ.ดร. อ้อยทิพย์ ชาญการคำ

อ.พญ. ธันชฎา สำเภาเงิน

ศ.นพ. ชีระวัฒน์ เหมะจุฑา

ผศ.ทพ.ดร. สุจิต พูลทอง

อ.ทพ.ดร. ญาณิ์ ตันติเลิศอนันต์

อ.ทพ. บุญพริก นิยติวัฒน์ชาญชัย

อ.ทพ. ดุสิต นันทนพิบูล

วันศุกร์ที่ 17 ธันวาคม 2564

การประชุมวิชาการเนื่องในโอกาสครบรอบ 50 ปี การสถาปนาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประธาน รศ.ทพ. พิเศษ รอดอนันต์

09.00 - 10.30 Comprehensive dental treatment in daily practice

10.30 - 12.00 รักษาผู้สูงอายุอย่างไร มองให้ไกล ไปให้ถึง

12.00 - 13.00 พั๊กกลางวัน

13.00 - 14.00 การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2564 ของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย และการมอบรางวัลการประกวดงานวิจัย

การประชุมวิชาการเนื่องในโอกาสครบรอบ 50 ปี การสถาปนาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประธาน รศ.ทพ.ดร. อรุณวรรณ หล้าอุบล

14.00 - 15.30 Neutrocentric occlusion for complete denture: possible or not?

15.30 - 16.30 รักษาทางทันตกรรมอย่างไร ในผู้ป่วยมะเร็ง

ผศ.ทพ. พชณี ชูวีระ

ผศ.ทพ.ดร. มาริสา สุขพัทธ์

ผศ.ทพ.ดร. วีระพันธ์ อุ่นเมืองทอง

ผศ.ทพ.ดร. คณิชา ตริภูวฤทธิ์

ผศ.ทพ.ดร. กันยารัตน์ คอวนิช

ผศ.ทพ.ดร. จิตจิโรจน์ อิทธิชัยเจริญ

ผศ.ทพ.ดร. พิมพ์เดือน รังสิยากุล

ผศ.ทพ.ดร. พิสมัยศุภย์ ชัยจรีนนท์

ผศ.ทพ. ชนธีร์ ชินเครือ

อ.ทพ. ยุทธการ อัครวิชัยตระกูล



Meet the Expert

1.5 CE credits

วันพุธที่ 15 ธันวาคม 2564 และ วันพฤหัสบดีที่ 16 ธันวาคม 2564

เวลา 12.00 - 13.30 น.

ณ ห้องโลตัส 1 - 4 ชั้น 22 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ
ท่านจะได้ฟังบรรยายบรรยายพูดคุยซักถามวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็น expert ในหัวข้อต่างๆ
พร้อมรับประทานอาหารกลางวันที่เราแจกแบบ เบนโตะอาหารกลางวัน ท่านละ 1 กล่อง

วันพุธที่ 15 ธันวาคม 2564

Interceptive space management



ทญ. เรืองรัตน์ โกมลภิส

Treatment for unerupted canine



รศ.ทว.ดร. ไชยรัตน์ เจลิมรัตนโรจน์



เอ็นโดฯ ซุปซิป...ทึปส์ แอนด์ ทริกส์
คุยเบาๆ กับ อ.ธาราร



ทญ. ธาราร สุนทรเกียรติ

All about tooth autotransplant และ
ตอบปัญหาทางศัลยศาสตร์



พศ.ทว. ชนิษฐ์ ธนศวร

คุยกันเรื่องงาน Perio



พศ.ทญ. สกัทรพร สิทธิสมวงศ์

วันพฤหัสบดีที่ 16 ธันวาคม 2564

Pulp treatment in primary teeth:
How to manage poor prognosis and failure cases



รศ.ทญ.ดร. ศิริรักษ์ นครชัย



รศ.ทญ. ปริม อวยชัย

“ลัด สั้น ตรงประเด็น” การสร้าง ceramic veneer
ให้สวยสมรอยยิ้มเฉพาะบุคคล



รศ.ทว. เจลิมพล ลีไวยโรจน์



ทำเอ็นโดฯ อย่างไรไม่ให้เครียด



รศ.ทญ.ดร. จิรภัทร จันทรรัตน์

“Bleeding control in minor oral surgery” และ
“การถอนฟันในคนไข้ที่ได้รับยาต้านการละลายของกระดูก”



รศ.ทญ.ดร. เกศกัญญา สัพพะเลข

Vertical dimension and bite registration



พศ.ทว. สรรพชัย นามโน

ค่าลงทะเบียน : สมาชิกสมาคม 1,000 บาท **ไม่ใช่สมาชิกสมาคม 1,500 บาท** ต่อ 1 หัวข้อการบรรยาย

*** รับจำนวนจำกัด 14 ท่าน / 1 หัวข้อการบรรยาย เท่านั้น ***

**** การลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการนี้ ไม่รวมกับการลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 112 (1/2564)**

ดังนั้น ผู้สนใจจะเข้าร่วมโครงการนี้ ต้องลงทะเบียนแยกต่างหาก



ตามที่ทางคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ได้จัดการบรรยายพิเศษ ในหัวข้อ **การประเมินผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ และผู้ป่วยก่อนได้รับการดมยาสลบ** เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2564 โดยเป็นการบรรยาย online ผ่านทาง Facebook Live นั้น ทาง “ข่าวสารทันตแพทย์” เห็นว่า เนื้อหาการบรรยายในส่วนของ อ. วรภัทร ตรีราช มีประโยชน์แก่เพื่อน ๆ ทันตแพทย์ จึงได้ขออนุญาตถอดคำบรรยายบทความ เพื่อให้ทุกท่านได้อ่านทบทวนอันจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประกอบการให้การรักษาทันตกรรมต่อไป

แนวทางการปฏิบัติทางทันตกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้เขียน: อ. นพ. ทพ.วรภัทร ตรีราช

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

D.D.S. (Dentistry), Chulalongkorn University

M.D. Second-Class Honors (Medicine), Chulalongkorn University

Grad. Dip. in Clin. Sc. (Oral and Maxillofacial Surgery), Chulalongkorn University

Diplomate, Thai Board of Oral and Maxillofacial Surgery, The Dental Council

ผู้ที่ได้รับยาต้านการเกิดการแข็งตัวของเกล็ดเลือดอยู่เป็นประจำนั้น จะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดที่มากเกินไป ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ เลือดอุดตัน หรือ เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจบางชนิดที่ทำให้เกิดการอุดตันของเลือดได้ง่าย

เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องเข้ารับหัตถการทางทันตกรรม ทันตแพทย์จะต้องพิจารณาและประเมินการรักษาทางทันตกรรมต่อผู้ป่วยอย่างรอบคอบ เพื่อความปลอดภัยทั้งในด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว และสุขภาพทางช่องปากของผู้ป่วย ทันตแพทย์จะต้องซักถามประวัติ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลการให้หัตถการทางทันตกรรมต่อผู้ป่วย ซึ่งมีหลักการในการประเมินหลัก ๆ 5 ประการ ได้แก่

1. ชนิด หรือกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ

เมื่อทันตแพทย์ได้พบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ผู้ป่วยอาจทราบข้อมูลการใช้ยาของตนเองแล้วว่า “กำลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด” แต่ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่ายาที่ตนเองได้รับนั้นคืออะไร และอาจไม่ได้มีแนวคิดด้วยว่าสิ่งที่ทันตแพทย์ต้องพิจารณาเป็นอันดับแรกคือการแยกกลุ่มของยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับว่าเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มใด

โดยทั่วไป ผู้ป่วยเหล่านี้ จะได้รับยาหนึ่งในสองกลุ่มนี้ ได้แก่

1) ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ ที่นิยมใช้ ได้แก่

Aspirin, Clopidogrel (Apolets, Plavix),

Ticlopidine (Ticlid), Prasugrel (Effient),

Tecagrelor (Brilinta), Cilostazol (Pletaal)

2) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) โดยยาในกลุ่มนี้ แบ่งออกได้เป็นสองแบบ คือแบบยาฉีดและยากิน

- รูปแบบยาฉีด ได้แก่ Heparin ซึ่งยังแบ่งเป็น 2 ประเภทตามน้ำหนักโมเลกุล ได้แก่

Unfractionated heparin : UFH และ

Low molecular weight heparin : LMWH

โดย LMWH ที่รู้จักกันดี คือ Enoxaparin ซึ่งนำมาใช้ในการ bridging therapy

- รูปแบบยากิน ได้แก่ Warfarin (Coumadin, Maforan, Orfarin) และยาในกลุ่ม Direct oral anticoagulants : DOAC

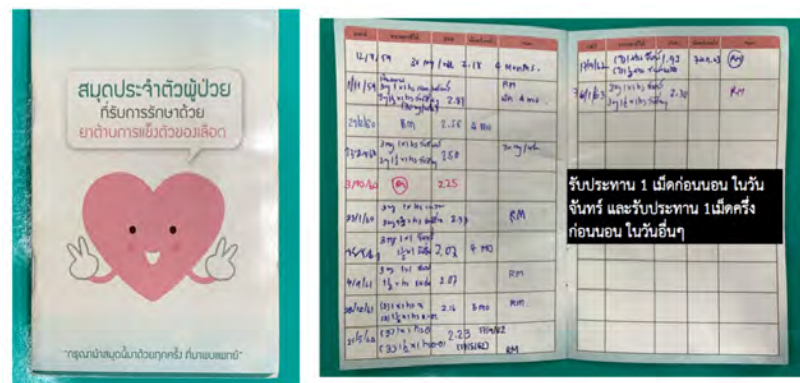
Antiplatelet เป็นยาที่ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจ หรือใส่ขดลวดร่วมด้วย หรือภายหลังทำ CABG (Coronary artery bypass grafting) โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ซึ่งยาในกลุ่มดังกล่าวผู้ป่วยจะรับประทานหลังอาหารเช้า ด้วยปริมาณขนาดที่เท่าเดิมทุกวัน และมีลักษณะเฉพาะคือผู้ป่วยมักจะหยุดยาเองก่อนมาถอนฟัน



Warfarin เป็นยาที่ใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation, ผู้ป่วยที่มี mechanical heart valve หรือกับผู้ป่วยที่มีประวัติลิ้มเลือดอุดตัน เช่น deep vein thrombosis, pulmonary embolism โดยทั่วไปผู้ป่วยจะรับประทานยาในกลุ่ม Warfarin ก่อนนอนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด food-drug interaction หรือในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยากลุ่มนี้ แพทย์จะสั่งให้รับประทานยาในปริมาณขนาดที่ไม่เท่ากันในแต่ละวัน ลักษณะเฉพาะที่บ่งบอกถึงการใช้อย่างไม่ถูกต้องของผู้ป่วยคือ มีสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลการใช้ยา และผู้ป่วยมีการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับ INR (international normalized ratio)

ดังนั้นจุดสังเกตที่สามารถช่วยให้ทันตแพทย์แยกกลุ่มยา 2 กลุ่มนี้ได้ คือ โรค/ภาวะที่ได้รับยา, การรับประทานยา และลักษณะเฉพาะ รวมไปถึงการติดยาในสถานทันตกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถชี้และลักษณะเม็ดยาได้ ก็จะสามารถช่วยให้การแบ่งประเภทของยาทั้ง 2 กลุ่มนี้เป็นไปได้อย่างสะดวกและแม่นยำมากยิ่งขึ้น

ส่วนยากลุ่ม DOACs นั้นใช้กับเพียงผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง, ผู้ป่วยที่มีฐานะในระดับสูง เนื่องจากเป็นยากลุ่มที่มีราคาแพง และไม่ยี่ห้อที่ขึ้นทะเบียนยา ผู้ป่วยที่รับประทานยากลุ่ม DOACs ไม่มีสมุดบันทึกประจำตัว ไม่มีการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับยา และผู้ป่วยมักรับประทานยาหลังอาหารเช้า หรือยาบางตัวในกลุ่มนี้ต้องรับประทานวันละ 2 ครั้ง



รูปที่ 1 สมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยที่รับประทานยากลุ่ม Warfarin



รูปที่ 2 ลักษณะเม็ดยา Warfarin ที่ใช้บ่อยในโรงพยาบาล

DOACs

Generic name	Trade name	Dosage	Pills
Rivaroxaban	Xarelto	2.5 mg 10 mg 15 mg 20 mg	
Apixaban	Eliquis	2.5 mg 5 mg	
Edoxaban	Lixiana	60 mg	
Dabigatran	Pradaxa	75 mg 110 mg 150 mg	

รูปที่ 3 ยาในกลุ่ม DOACs ที่ใช้ในปัจจุบัน

ตารางที่ 1 แสดงข้อแตกต่างระหว่าง Antiplatelet และ Anticoagulant (Warfarin)

	Antiplatelet	Warfarin
โรค/ภาวะที่ได้รับยา	» โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ได้รับการสวนหัวใจหรืออาจจะใส่ขดลวดร่วมด้วย » โรคหลอดเลือดสมอง » โรคเบาหวาน	» โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial fibrillation » ผู้ป่วยที่มี mechanical heart valve » มีประวัติลิ้มเลือดอุดตัน เช่น deep vein thrombosis, pulmonary embolism
การรับประทานยา	» รับประทานหลังอาหารเช้า » รับประทานขนาดเท่าเดิมทุกวัน	» รับประทานยาก่อนนอนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด food-drug interaction » ผู้ป่วยบางราย แพทย์จะสั่งให้รับประทานยาในแต่ละวันขนาดไม่เท่ากัน (ดังรูปที่ 2)
ลักษณะเฉพาะ	» ผู้ป่วยมักหยุดยาเองก่อนมาถอนฟัน	» มีสมุดประจำตัวผู้ป่วย (ดังรูปที่ 1) » มีการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับ INR เป็นระยะ

2. ประเภทของหัตถการทางทันตกรรม

ประเภทของหัตถการทางทันตกรรม แบ่งตามระดับความเสี่ยงที่ทำให้เลือดออกได้เป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 หัตถการที่แทบจะไม่มีเลือดออก (Unlikely to cause bleeding) เป็นหัตถการที่ไม่มีการยุ่งเกี่ยวกับ soft tissue เช่น การฉีดยาชาเฉพาะที่ การขูดหินปูน การอุดฟันเนื้อขอบเหงือก การติด เครื่องมือจัดฟัน การรักษาคลองรากฟันแบบมาตรฐาน เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 หัตถการที่มีความเสี่ยงต่ำที่ทำให้มีเลือดออก (Low bleeding risk procedures) เป็นหัตถการที่เริ่มมีการยุ่งเกี่ยวกับ gingival soft tissue เล็ก ๆ เช่น การถอนฟัน 1-3 ซี่ การระบายหนอง การเกลารากฟัน เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 หัตถการที่มีความเสี่ยงสูงที่ทำให้มีเลือดออก (High bleeding risk procedures) เป็นหัตถการกลุ่มที่ยุ่งเกี่ยวกับ gingival soft tissue โดยตรง เช่น หัตถการที่มีการเปิด flap การถอนฟันมากกว่า 3 ซี่ขึ้นไป และ biopsies เป็นต้น

*การแบ่งกลุ่มประเภทของหัตถการทางทันตกรรมข้างต้น ดัดแปลงมาจาก Scottish Clinical Effective Programme (SDCEP). 2015. Management of dental patients taking anticoagulants or antiplatelet drugs. Dental Clinical Guidance.

3. ความเร่งด่วน และความจำเป็นในการกำหัตถการ

ความเร่งด่วนและความจำเป็นในการให้การรักษาทันตกรรมก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญสำหรับการประเมินการรักษาให้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด โดยทันตแพทย์ควรพิจารณาถึงกลุ่มยาและลักษณะการรักษาที่ได้รับการรักษาจากแพทย์ และพิจารณาต่อมาถึงประเภทของหัตถการว่าประเภทของหัตถการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับอยู่ในประเภทใด และมีความจำเป็นเร่งด่วนมากน้อยเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วยได้รับ dual-antiplatelet therapy (DAPT) ที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิด เป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี และการให้การรักษาทันตกรรมอยู่ในกลุ่มหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงที่ทำให้มีเลือดออก แต่ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วน หรือสามารถรอได้โดยไม่เกิดผลเสียต่อการรักษา ทันตแพทย์อาจตัดสินใจเลื่อนหัตถการออกไปก่อน และรอให้ผู้ป่วยกลับมาได้รับ single antiplatelet therapy (SAPT) แล้วจึงค่อยทำหัตถการเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด post-operative bleeding ในกรณีเช่นนี้ทันตแพทย์ควรพิจารณาหลักการเหล่านี้ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน ในทางกลับกันหากผู้ป่วยได้รับ dual-antiplatelet therapy แต่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการรักษาทันตกรรมที่อยู่ในกลุ่มหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงที่ทำให้มีเลือดออก ทันตแพทย์สามารถให้การรักษาทันตกรรมร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่ (local hemostatic measurement) โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยา

4. ความเสี่ยงของการเกิด thromboembolic event ของผู้ป่วย

อีกปัจจัยหนึ่งที่ทันตแพทย์ควรคำนึงถึงร่วมด้วยก่อนที่ทันตแพทย์จะเขียนขอคำปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยเพื่อหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือดก่อนทำหัตถการ คือการพิจารณาถึงความเสี่ยงของการเกิด thromboembolic event ของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากการที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดหรือไม่หยุดยานั้นขึ้นกับความเสี่ยงของการเกิด thromboembolic event ของผู้ป่วยแต่ละราย หากแพทย์ประเมินแล้วว่าประโยชน์จากการรักษาทันตกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับไม่คุ้มกับความเสี่ยงที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทุพพลภาพ หรืออาจจะเสียชีวิตได้ แพทย์ก็ตัดสินใจที่จะไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด และหากในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา antithrombotic drugs และจะต้องได้รับหัตถการที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดเลือดออก ทันตแพทย์ควรให้การรักษาร่วมกับพิจารณาใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ตามความเหมาะสม และระมัดระวังเรื่องการจ่ายยา โดยเฉพาะเมื่อต้องให้ยาร่วมกับ Warfarin ซึ่งเป็นยาที่มี drug-drug interaction สูง ทันตแพทย์ควรต้องหลีกเลี่ยงการให้ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs) แก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มี high risk thromboembolic event ที่แพทย์อาจพิจารณาไม่ให้หยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเทียมที่เป็นโลหะ (mechanical heart valve)
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF (atrial fibrillation) ที่ไม่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ (non-valvular atrial fibrillation; NVAf) ที่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ด้วย
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ในกรณีที่มีความเร่งด่วนทางทันตกรรมที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษา และผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มโรค 3 กลุ่มข้างต้น ทันตแพทย์อาจต้องปรึกษาร่วมกันกับแพทย์เพื่อทำ bridging therapy คือการเปลี่ยนมาใช้ยาฉีดที่ออกฤทธิ์ anticoagulant ในระยะเวลาสั้น ๆ แล้วหยุดยาก่อนการทำหัตถการเพื่อทำให้คนไข้มีช่วงที่ไม่มี anticoagulant น้อยที่สุด

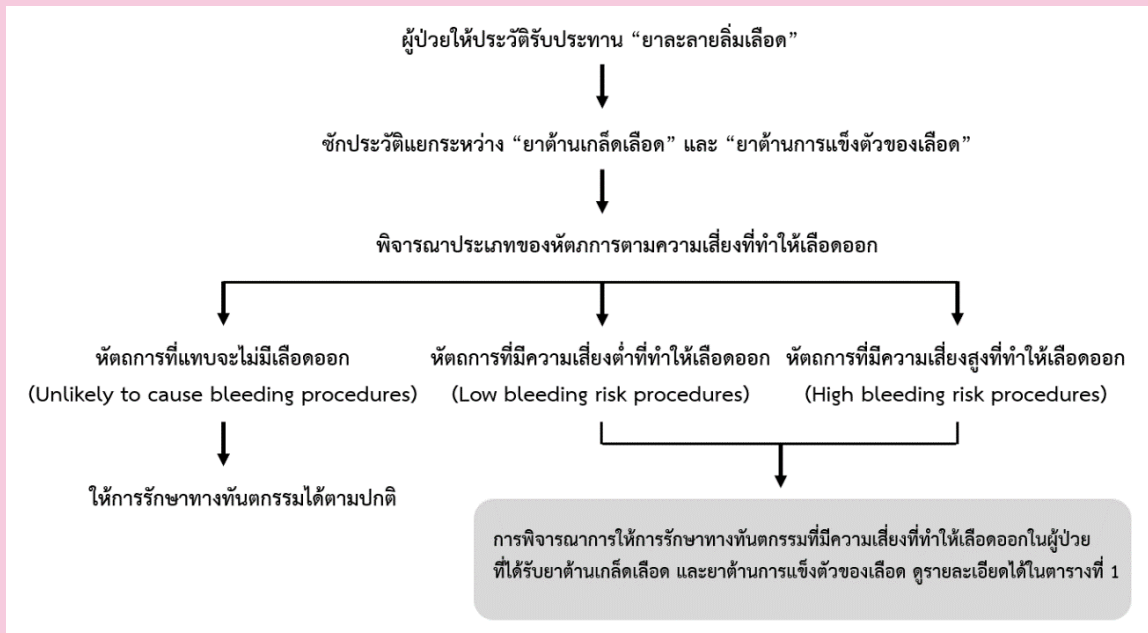


5. ความพร้อมของสถานพยาบาล



ความพร้อมของสถานพยาบาลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทันตแพทย์ไม่ควรลืมที่จะคำนึงถึง โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด Warfarin ทันตแพทย์จำเป็นต้องทราบค่า INR ทุกครั้งก่อนการให้การรักษโดยการเจาะเลือดคนไข้ ค่า INR นี้เป็นตัวที่บ่งบอกถึงผลกระทบของยาว่าจะส่งผลให้เลือดหยุดยากมากน้อยเพียงใด โดยทั่วไปต้องอยู่ในระดับ 2.0 – 3.5 จึงเหมาะสมที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และระยะเวลาที่เจาะเลือดตรวจค่า INR จนถึงวันที่ทำหัตถการจะต้องไม่เกิน 72 ชั่วโมง สถานพยาบาลบางแห่งที่

เป็นคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจมีข้อจำกัดในการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ ทำให้ผู้ป่วยที่จะเข้ารับหัตถการในสถานพยาบาลเหล่านี้ถูกแนะนำให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้สิ่งที่ทันตแพทย์ควรคำนึงถึงก่อนให้การรักษหากเป็น invasive dental procedures คือ ความพร้อมในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถทำการห้ามเลือดเฉพาะที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้วัสดุห้ามเลือด การเย็บแผล การบ้วนปากด้วย Tranexamic acid (Transamine) การทำเยือกบริเวณแผลผ่าตัด (surgical stent) เป็นต้น



รูปที่ 4 แสดงขั้นตอนการพิจารณาการให้การรักษาทันทีแก่ผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาด้านเกล็ดเลือด และยาด้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด

โดยสรุป เมื่อทันตแพทย์ต้องให้การรักษาทันทีแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านเกล็ดเลือดและยาด้านการแข็งตัวของเลือด ทันตแพทย์สามารถเริ่มต้นได้จากการซักประวัติของผู้ป่วยเพื่อแยกแยะกลุ่มยาที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานว่าอยู่ในกลุ่มยาด้านเกล็ดเลือด หรือ

ยาด้านการแข็งตัวของเลือด จากนั้นพิจารณาถึงประเภทของหัตถการที่ต้องให้การรักษแก่ผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกมากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถพิจารณาได้ตามรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการพิจารณาการให้การรักษาทันที โดยประเมินจากความเสี่ยงของหัตถการในการเกิด bleeding risk กับชนิดของยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับ

Bleeding risk	Type of Antithrombotic drugs			
	SAPT	DAPT	Warfarin	DOACs
Low risk	สามารถทำหัตถการได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยา			
High risk	สามารถทำหัตถการได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยา	ปรึกษาร่วมกันกับแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิด Thromboembolic event หากแพทย์ประเมินแล้ว » ความเสี่ยงต่ำ -> แพทย์อาจพิจารณาให้หยุดยา Warfarin หรือ skip dose DOAC » ความเสี่ยงสูง -> แพทย์อาจพิจารณาทำ bridging therapy หรือ skip dose DOAC		

SAPT; Single-antiplatelet therapy, DAPT; Dual-antiplatelet therapy, DOAC; Direct oral anticoagulant

*ผู้ป่วยที่ได้รับยา Wafarin ควรได้รับการส่งตรวจค่า INR ก่อนทำหัตถการทุกครั้ง โดยที่ค่า INR...

- » ควรน้อยกว่า 3.5
- » ตรวจมาไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนวันทำหัตถการ

**ผู้ป่วยที่ได้รับยา DAPT หากเป็นหัตถการที่ไม่เร่งด่วน หรือสามารถรอได้โดยไม่เกิดผลเสียต่อการรักษา ทันตแพทย์สามารถรอให้ผู้ป่วยกลับมาได้รับ SAPT แล้วจึงเริ่มทำหัตถการ เพื่อลดความเสี่ยงของ post-operation bleeding

» ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา antithrombotic drugs และได้รับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงทำให้มีเลือดออกควรให้การรักษาร่วมกับการพิจารณาใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ตามความเหมาะสม และระมัดระวังเรื่องการจ่ายยา โดยเฉพาะเมื่อต้องให้ยาร่วมกับ Wafarin ซึ่งเป็นยาที่มี drug-drug interaction สูง และหลีกเลี่ยงการใช้ NSAIDs

ส่วนในหัตถการที่แทบจะไม่มีเลือดออก ทันตแพทย์สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมได้ตามปกติ แต่หากหัตถการอยู่ในกลุ่มหัตถการที่มีความเสี่ยงที่ทำให้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำและสูง ทันตแพทย์ควรพิจารณาถึงการให้การรักษาทางทันตกรรมร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถคงความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วยด้วยในขณะเดียวกัน

Reference

1. Ardekian L, Gaspar R, Peled M, Brenner B, Laufer D. Does low dose aspirin therapy complicate oral surgical procedure? JADA 2000;131(3):331-5.
2. Chamnarnphol N. Antiplatelet therapy in the patient with coronary stent undergoing surgery and dental procedure. Songkla Med J 2011;29(2):77-87.
3. Brennan MT, Valerin MA, Napenas JJ, Kent ML, Fox PC, et al. Aspirin use and post-operative bleeding from dental extractions. J Dent Res 2009;87(8):704-4
4. Napenas JJ, HL Hong C, Brennan MT, Furney SL, Fox PC, Lockhart PB. The frequency of bleeding complications after invasive dental treatment in patients receiving single and dual antiplatelet therapy. J Am Dent Assoc 2009;140(6):690-5.
5. Lillis T, Ziakas A, Koskinas K, Tsirlis A, Giannoglou G. Safety of dental extractions during uninterrupted single or dual antiplatelet treatment. Am J Cardiol 2011;108:964-7.
6. Lockhart PB, Gibson J, Pond SH, Leitch J. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part 2: Coagulopathies from drugs. Br Dent Dent J 2003;195(9):495-500.
7. Wahl MJ, Pinto A, Kilham J, Lally RV. Dental surgery in anticoagulated patients – stop the interruption. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015;119(2):136-57.
8. Blinder D, Manor Y, Martinowitz U, and Taicher S. Dental extractions in patients maintained on oral anticoagulant therapy: comparison of INR value with occurrence of postoperative bleeding. Int J Oral Maxillofac Surg 2001;30(6):518-21.
9. Morimoto Y, Niwa H, and Minermatsu K. Hemostatic management of tooth extractions in patients on oral antithrombotic therapy. J Oral Maxillofac Surg 2008;66(1):51-7
10. Lanau N, Mareque J, Giner L, Zabalza M. Direct oral anticoagulants and its complications in dentistry. A review of literature. J Clin Exp Dent 2017;9(11):246-54.



ทันตกรรมจัดฟันแบบบ่งเสริม

Adjunctive orthodontic treatment

ผู้เขียน: ทพ.รฐาพร อินทร์เสวก (หมอปอ)

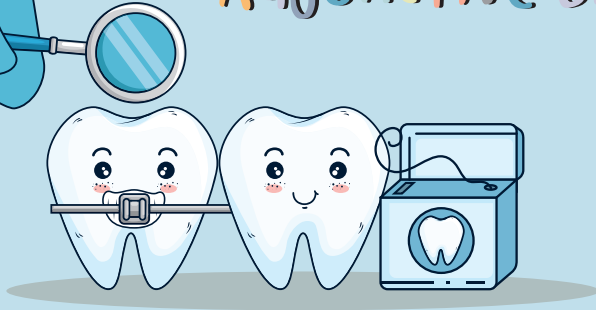
วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ท.บ. มหาวิทยาลัยรังสิต

MSc. Dental and Craniofacial science (Orthodontic),

Chang Gung University, Taiwan

Cert. Residency training in Craniofacial Orthodontics,

Taipei Chang Gung Memorial Hospital, Taiwan



ในปัจจุบันคงปฏิเสธไม่ได้ว่าการรักษาทางทันตกรรมนั้น นอกจากจะเป็นการบูรณะ หรือรักษาโรคในช่องปากให้มีความปกติและนำมาซึ่งระบบบดเคี้ยวที่ดี แต่ผู้ป่วยยังมุ่งให้ความสำคัญต่อทันตกรรมเพื่อความสวยงาม ควบคู่ไปกับการรักษาและบูรณะโรคในช่องปากอีกด้วย

เมื่อพูดถึงทันตกรรมเพื่อการรักษาและความสวยงาม ทุกคนคงนึกถึง ทันตกรรมจัดฟัน ที่กำลังเป็นที่ต้องการการเข้ารับการรักษาสูงที่สุดในปัจจุบัน (จากผลสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยในปี 2561) เพราะเป็นการแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติทั้งหมดเพื่อให้ได้มาซึ่งการสบฟันที่ปกติ หรือแบบในอุดมคติ (Ideal occlusion) และ ยังสร้างความกลมกลืนของส่วนต่างๆของระบบช่องปาก ขากรรไกรและใบหน้า (craniofacial-stomatognathic system) เราจะเรียกรักษาทางทันตกรรมจัดฟันนี้ว่า การรักษาทันตกรรมจัดฟันแบบบำบัดเบ็ดเสร็จ (comprehensive orthodontic treatment) แต่การจัดฟันนั้น ไม่ใช่มีเพียงแค่การรักษาแบบบำบัดเบ็ดเสร็จเท่านั้น ยังมีการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันอีกแบบที่มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างออกไป ที่ผมจะนำมาเล่าสู่กันฟังในวันนี้ครับ

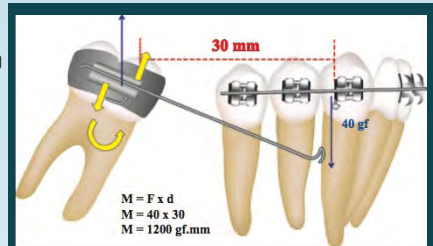
การรักษาทันตกรรมจัดฟันแบบบ่งเสริม (adjunctive orthodontic)

เป็นการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่มีเป้าหมายในการรักษาปัญหาเฉพาะอย่างเพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับการรักษาทันตกรรมด้านอื่น ๆ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งเครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่น (fixed orthodontic appliance) หรือ แบบถอดได้ (removeable orthodontic appliance) ก็ได้ ระยะเวลาในการรักษาแบบบ่งเสริมเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะอย่างจะใช้เวลาน้อยกว่าแบบบำบัดเบ็ดเสร็จอีกด้วย

ตัวอย่างที่จะนำมาเล่าให้ฟังในวันนี้ว่าการรักษาทันตกรรมจัดฟันแบบบ่งเสริมนั้น จะมีการรักษาส่วนใหญ่ 4 แบบด้วยกันดังนี้

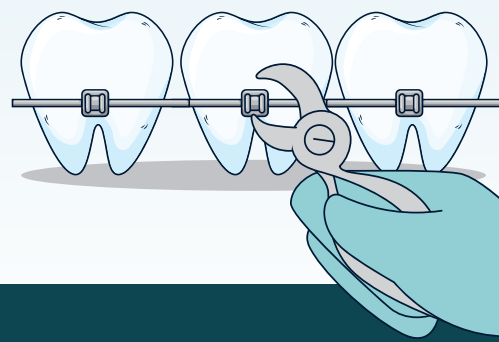
1. การตั้งฟันหลัง (molar uprighting)

ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันบางส่วนไประยะเวลานาน ทำให้เกิดช่องว่างในขากรรไกรและเกิดการล้มเอียงสู่ช่องว่างของฟันซี่ข้างเคียงขึ้น เมื่อผู้ป่วยต้องทำการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์เพื่อใส่ฟันทดแทน การล้มเอียงของฟันกรามนั้น ก็จะทำให้การบูรณะหรือใส่ฟันมีข้อจำกัดมากขึ้นและอาจส่งผลต่อความสวยงามอีกด้วย การจัดฟันแบบบ่งเสริมเพื่อ



รูปที่ 1 molar uprighting, Caldas SGFR 2014

แก้ปัญหาการล้มเอียงของฟันกรามหรือการจัดฟัน ก็จะเป็นการเอื้อประโยชน์ให้การใส่ฟันได้มากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องของขนาดฟันเทียมที่เหมาะสมและแนวการถอดใส่ที่ดี (part of insertion) และการออกแบบตะขอเพื่อแรงยึดที่เหมาะสม และไม่ทำการกรอเนื้อฟันมากจนเกินไปอีกด้วย โดยเครื่องมือที่นิยมใช้คือรูปแบบติดแน่น หรือการใช้หมุดทางทันตกรรมจัดฟันเข้ามาช่วย (รูปที่ 1) แต่การจัดฟันกรามนั้นมีข้อพึงระวังในเคสผู้ป่วยที่มีใบหน้ายาว (long anterior lower facial height) หรือมีติในแนวตั้งยาวผิดปกติ เพราะการจัดฟันกรามนั้นเป็นการเคลื่อนฟันแบบ distalization of crown และ upright ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการสบฟันในแนวตั้งหรือการสบเปิดในแนวตั้งของฟันหน้าได้ (anterior openbite)



2. การเคลื่อนฟันเข้า หรือ ออกจากกระดูกเบ้าฟัน (Force intrusion and eruption)

การเคลื่อนฟันแบบส่งเสริมในแนวตั้ง มีทั้งการยกฟันที่มี การย้อยลงมาจากการที่ฟันขึ้นไม่มีคู่สบมาเป็นเวลานานโดยเฉพาะ ฟันบน จนทำให้เกิดความแตกต่างกันของแนวระนาบการสบค้ำย และอาจจะเกิดปัญหาของการสบฟันที่ผิดปกติ หรือ ไม่สามารถใส่ ฟันเทียมคู่สบได้ การจัดฟันเพื่อทำการยกฟันขึ้น (intrusion) เพื่อให้ได้ระนาบการสบฟันที่ดีแบบเดิมหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุด เพื่อลดการกรอดฟัน (enameloplasty) และทำให้มีช่องว่างใน แนวตั้งเพียงพอต่อการใส่ฟันคู่สบได้ หรือในกรณีที่ฟันมีการแตกหัก มีฟันผุขนาดใหญ่ หรือฟันที่ได้รับการรักษารากฟันและต้องการทำ บุรณะฟันเป็นครอบฟัน แบบถาวร (Final permanent restoration) แล้วพบว่าขอบของฟัน นั้น อยู่ลึกลงไปใต้เหงือก ส่งผลต่อการทำการทำ final restoration การจัดเคลื่อนฟันออกนอก กระดูกเบ้าฟัน (Force eruption หรือ extrusion) ก็สามารถช่วยแก้ปัญหา นี้ได้ แต่ข้อพึงระวังคือ ต้องให้อยู่ในอัตราส่วนตัว



รูปที่ 2 Force eruption, Kang SH et al, 2016

ฟันต่อรากฟันที่เหมาะสมด้วย (รูปที่ 2)

3. การเรียงฟันหน้า (Alignment of anterior teeth)

ในฟันหน้าที่มีการซ้อนเก หรือมีช่องว่าง อาจเกิดขึ้นได้ หลายสาเหตุ เช่น อัตราส่วนที่ไม่สัมพันธ์กันของขนาดของฟันและ ฟันที่ส่วนของกระดูกรองรับฟัน (Arch length discrepancy : ALD) หรือมี oral habit เมื่อตอนยังเป็นเด็กเป็นต้น การมีปัญหของ alignment ฟันหน้าเพียงเล็กน้อย การจัดฟันแบบส่งเสริมจะช่วยให้ การเรียงตัวของฟันดีขึ้น ส่งผลดีต่อเนื้อเยื่อปริทันต์ เพราะคนใช้ สามารถทำความสะอาดง่ายขึ้น หรือในรายที่มีช่องว่างและมีรูปร่าง ฟันที่ไม่สวยงามการจัดเตรียมช่องว่างฟันให้เหมาะสมเพื่อทำการรักษา ด้วยวีเนียร์ (Dental veneer) ก็จะทำให้การทำการรักษาง่ายขึ้นและ ลดการกรอดฟันในบางตำแหน่งได้มากขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีปัญหาของ ฟันทั้งฟันหน้าและฟันหลังด้วยและต้องการเคลื่อนฟันหลายซี่และ ซับซ้อน การพิจารณาการรักษาแบบบำบัดเบ็ดเสร็จอาจจะเหมาะสม มากกว่า ดังนั้นจึงต้องขึ้นอยู่กัขั้นตอนและแผนการรักษาของ ทันตแพทย์เห็นสมควร

4. การเตรียมช่องว่างสำหรับการใส่รากฟันเทียม (Space management for Implant)

ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจะต้องทำการรักษาใส่ฟันเทียมเพื่อ ทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป ช่องว่างที่เหมาะสม ทั้งในส่วนของ กระดูกเบ้าฟัน และช่องว่าง ระหว่างตัวฟันในช่องปาก ต่างส่งผลต่อการรักษาหรือ การฝังรากฟันเทียมทั้งสิ้น การ เตรียมช่องว่างให้เหมาะสมใน บางจุด จึงเป็นอีกทางเลือกใน การรักษาก่อนการฝังราก ฟันเทียม (รูปที่ 3) ปัจจุบัน การเตรียมช่องว่างเพื่อใส่ราก ฟันเทียมมีความต้องการสูงขึ้น ตามความต้องการบูรณะช่อง ปาก ที่เน้นความสวยงามมาก ขึ้น เพราะคนไข้มีความ ต้องการทดแทนฟันที่สูญเสีย ไปด้วยฟันชนิดติดแน่นมาก



รูปที่ 3 Force eruption, Kang SH et al, 2016

กว่าแบบถอดได้ การจัดฟันแบบส่งเสริมด้วยเครื่องมือติดแน่นบาง ส่วน จึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้น แต่ในปัจจุบันการจัดฟันแบบส่งเสริม ด้วยอุปกรณ์ถอดได้แบบใส (Clear aligner) เข้ามาช่วยย่นระยะเวลา ในการรักษาได้มากขึ้น และสะดวกสบายต่อผู้ป่วยในการทำ ความสะอาดและทานอาหารอีกด้วย

"การจัดฟันทั้งแบบบำบัดเบ็ดเสร็จ หรือ การจัดฟันแบบ ส่งเสริม นั้น มีวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และวิธีการที่แตกต่างกัน แต่มี จุดมุ่งหมายเดียวกันคือส่งเสริมให้มีการสบฟันที่ดี ส่งผลต่อความ สบายงาม หรือเอื้ออำนวยความสะดวกในการรักษาทันตกรรมด้านอื่น ๆ ทั้งนี้การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา ทันตแพทย์จึงควรมีการมองภาพรวมอย่างครอบคลุม หรือเป็น comprehensive dental care ที่ดีเพื่อประโยชน์สูงสุดของ คนไข้ครับ"

Reference

1. Thammanichanon P., Suntornlohanakul S., Songklanakarin., Adjunctive orthodontic treatment for adult , Dent. J. Vol. 7 No.1 January – June, 2019
2. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary Orthodontics. St. Louis: Mosby; 2013:623-627
3. Caldas SGFR, Ribeiro AA, Simplicio H, Machado AW. Segmented arch or continuous arch technique? A rational approach. Dental Press J Orthod. 2014 Mar-Apr;19(2):126-41.
4. M. Nienkemper, A. Pauls, B. Ludwig, B. Wilmes, D. Drescher, Preprosthetic molar uprighting using skeletal anchorage, Journal of clinical orthodontics : JCO. 2013

Commentary

บทความแสดงข้อคิดเห็น

เรื่อง แปรงแห้ง แปรงไม่แห้ง เอยังไงกันดี?

ในข่าวสารทันตแพทย์เล่มสอง เราได้ลงบทความ สองเรื่อง ที่กล่าวถึงเรื่องการแปรงแห้งในสองมุมมอง และได้ก่อให้เกิดคำถามขึ้นมาจากเพื่อน ๆ ทันตแพทย์หลายท่าน

ในบทความนี้ ทางทีมบรรณาธิการ ร่วมกับ ทีมทันตแพทย์นิรนาม ได้เข้าไปสัมภาษณ์ ความเห็นของอาจารย์ทันตแพทย์หลายท่าน เกี่ยวกับความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการแปรงฟัน รวมทั้งประเด็นเรื่อง การแปรงแห้ง จากนั้นทางทีมทันตแพทย์นิรนาม ได้สรุปรวบรวมความเห็นต่าง ๆ รวมทั้งค้นคว้าเพิ่มเติม ออกมาเป็นบทความ commentary ฉบับนี้

ทางทีมบรรณาธิการพร้อมรับฟังความเห็นจากจากผู้ทรงคุณวุฒิ และเพื่อน ๆ ทันตแพทย์ทุกท่าน ทั้งนี้ขอให้ตั้งอยู่บนข้อเท็จจริงทางวิชาการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับฟังและถกเถียงในประเด็นต่าง ๆ ทางทันตกรรมอย่างสร้างสรรค์ โดยข่าวสารทันตแพทย์ยินดีเป็นตัวกลางในการรับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่าย

การดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก ถือว่าเป็นก้าวแรกของการมีสุขภาพในช่องปากที่ดี และเป็นสิ่งที่คนทั่วไปได้รับการสอนมาตั้งแต่เด็กว่าเป็นหนึ่งในสุขนิสัยที่จำเป็นต้องทำในทุกวัน การแปรงฟันคือวิธีการเบื้องต้นที่คนทั่วไปสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ร่วมกับการไปตรวจสุขภาพในช่องปากกับทันตแพทย์เป็นประจำทุกปี

การทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การกำจัดคราบสกปรกที่ติดในบริเวณต่าง ๆ ของฟัน รวมถึงการแปรงบริเวณลิ้น (Mechanical cleansing) โดยคราบสกปรกนั้น หมายถึง Biofilm และ food debris ต่าง ๆ การควบคุมปริมาณ Biofilm ยังเป็นการรักษาสมดุลของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากอีกด้วย ซึ่งหากเสียสมดุล (Dysbiosis) จะนำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ ในช่องปาก ทั้งโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และ โรคของเนื้อเยื่อในช่องปากได้ต่อไป

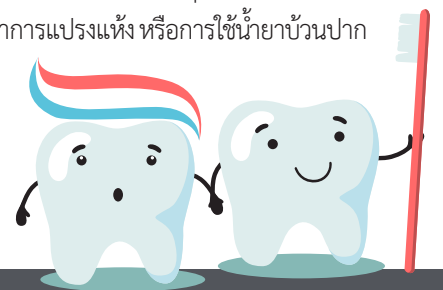
วิธีการแปรงฟันที่ได้รับการพูดถึงในวงการทันตกรรมประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา คือ การแปรงแห้ง หรือถ่มทิ้งไม่ต้องบ้วนน้ำ (spit don't rinse) โดยเป็นวิธีการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคงความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในช่องปากภายหลังการแปรงฟัน (Post-brushing fluoride retention) เอาไว้ให้ได้มากที่สุดและนานที่สุดเพื่อลดและป้องกันการเกิดฟันผุ

อย่างไรก็ดี การแปรงฟันแบบแปรงแห้งนี้ ยังมีแนวคิดขัดแย้งกับวัตถุประสงค์หลักของการแปรงฟันที่กล่าวถึงข้างต้น โดยการคำนึงถึงเพียงปัจจัยในการคงความเข้มข้นของฟลูออไรด์ไว้ในช่องปากเท่านั้น

ในบทความของ Pitts ในปี 2012 และ Parnell กับ Mullane ในปี 2013 ได้สรุปว่ามี After-Brush rinsing protocol 3 วิธี ได้แก่

1. Spit don't rinse
2. แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์โดยไม่ต้องผสมน้ำหรือผสมน้อยที่สุด (แปรงร่วมกับน้ำลายในช่องปาก)
3. บ้วนปากตามหลังการแปรงฟันด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีฟลูออไรด์

โดยควรมีข้อพิจารณาอื่น ๆ ในการเลือกวิธีดังกล่าว ได้แก่ สภาพของสุขภาพในช่องปาก ความสามารถในการดูแลทำความสะอาดในช่องปาก และความสามารถในการควบคุมการบ้วนปากของแต่ละบุคคลด้วย เช่น แนะนำการแปรงแห้ง หรือการใช้ยาบ้วนปากในเด็ก ควรจะแนะนำในเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป เป็นต้น



อย่างที่กล่าวไปแล้วว่า วัตถุประสงค์หลักของการแปรงฟันและการใช้อุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดช่องฟัน คือ การกำจัดคราบสกปรกที่ตัวฟัน และส่วนอื่น ๆ ในช่องปาก ซึ่งจะได้ผลดีแค่ไหนก็ขึ้นกับ การแปรงฟันที่ถูกวิธี ระยะเวลาในการแปรงฟันในแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งในการแปรงฟันด้วย โดยควรจะแปรงให้ได้วันละ 2 ครั้ง



ในขณะเดียวกัน ผลของฟลูออไรด์นั้น เป็นที่ยอมรับในวงการทันตกรรม ว่าสามารถลดและป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากใช้ในปริมาณและวิธีการที่เหมาะสม ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุของแต่ละบุคคล โดยฟลูออไรด์ในรูปแบบยาสีฟัน เป็นวิธีการที่แพร่หลายและเข้าถึงประชาชนได้ง่าย การแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่มีชนิดและปริมาณฟลูออไรด์ที่เหมาะสม จึงเป็นวิธีการลดการเกิดฟันผุที่แนะนำกันโดยทั่วไป

“ในการแนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยวิธีแปรงแห้ง มีการพูดถึงข้อดีคือ สามารถลดความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในช่องปากได้นานขึ้น ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่าย และ ประหยัด เพราะไม่ต้องใช้น้ำยาบ้วนปากเพิ่ม อย่างไรก็ตามในส่วนของผู้ประกอบอื่น ๆ ในยาสีฟันนอกเหนือจากฟลูออไรด์ที่จะคงค้างอยู่ในช่องปาก ยังเป็นที่ถกเถียงว่าสารเหล่านี้จะส่งผลต่อฟันและเนื้อเยื่อในช่องปากอย่างไรบ้าง”

และยังต้องการข้อมูลทางการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประกอบการให้คำแนะนำในเรื่องนี้

ส่วนประกอบอื่น ๆ ในยาสีฟัน นอกเหนือจากฟลูออไรด์ เช่น

- Antiplaque/Anti-calculus /Anti-gingivitis agent เช่น Metal salts Pyrophosphate Chlorhexidine
- Whitening agent
- Desensitizing agent
- ผงขัดซึ่งมักเป็นสารในกลุ่ม Microplastic
- Essential oil หรือ ส่วนผสมของสมุนไพร
- สารลดแรงตึงผิว เช่น Sodium Dodecyl Sulfate (SDS) หรืออีกชื่อคือ Sodium Lauryl Sulfate (SLS)

ในส่วนของ SLS มีรายงานว่า ทำให้เกิดการลอกของเยื่อในช่องปากรวมถึงริมฝีปาก มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลในช่องปากชนิด Recurrent aphthous stomatitis และระคายเคืองเนื้อเยื่อในช่องปากในช่วงที่มีการบาดเจ็บหรือรอยโรค

นอกจากนี้ควรมีการประเมินด้วยว่า การแปรงแบบแห้งนั้น ผู้แปรงสามารถทำความสะอาดได้ดีเพียงใดด้วย

เมื่อมองในภาพรวม การมีสุขภาพช่องปากที่ดีประกอบด้วยหลายปัจจัย หากมองแค่เพียงการลดการเกิดฟันผุเพียงอย่างเดียว ก็อาจส่งผลต่อสุขภาพในช่องปากด้านอื่น ๆ ได้เช่นกัน ปัจจัยอื่น ๆ ที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในช่องปากให้กับผู้ป่วย นอกเหนือจากการใช้ฟลูออไรด์เพื่อการป้องกันฟันผุได้แก่

- วิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธี ที่นอกจากจะช่วยลด Biofilm ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังถนอมเนื้อฟันรวมถึงเหงือกจากการขัดถูที่จะนำไปสู่การเกิดคอพอกฟันสึกและเหงือกร่นได้

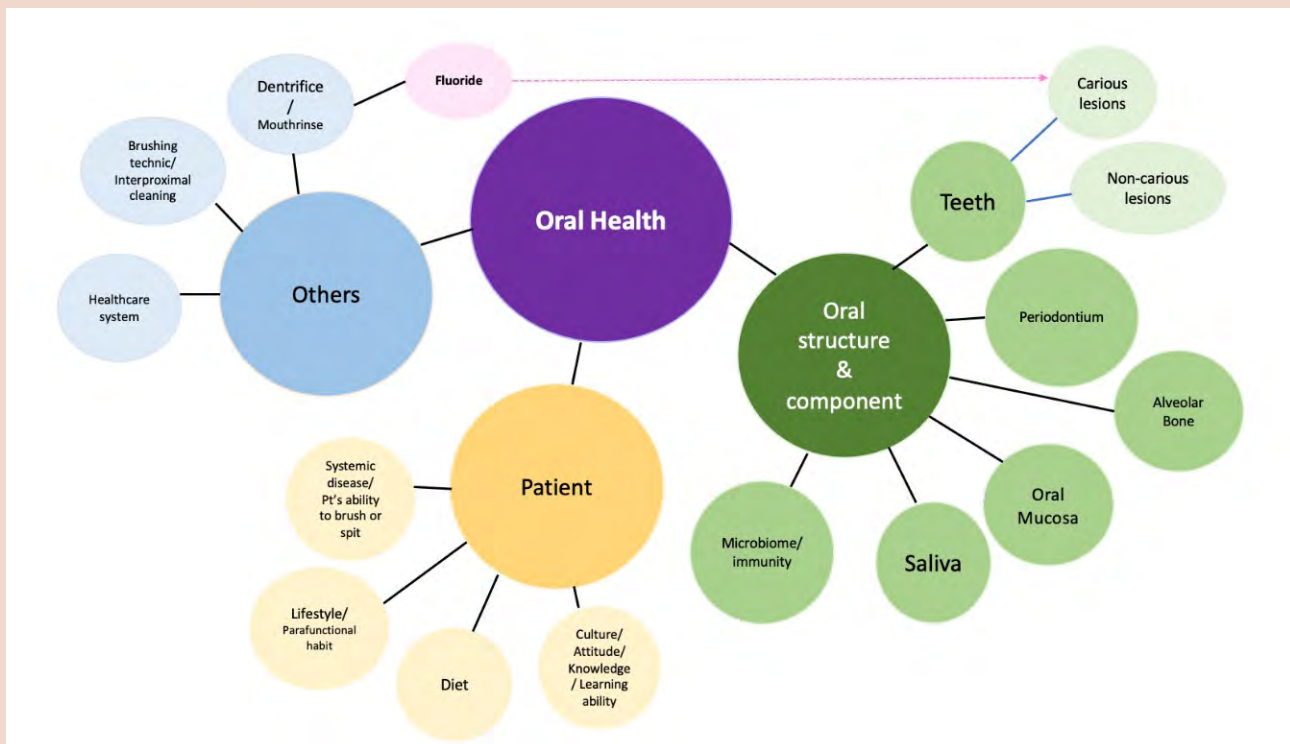
- ภาวะทางโภชนาการ ความถี่ในการรับประทานอาหาร รูปแบบการใช้ชีวิต Parafunctional habit โรคประจำตัว และยาที่รับประทานเป็นประจำ

- อายุ และ สภาวะทางร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพในช่องปาก รวมถึงการบ้วนน้ำลาย หรือ ใช้น้ำลาย

- ปริมาณและคุณภาพของน้ำลายผู้ป่วย
- ระบบนิเวศในช่องปาก และ ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย
- ความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระบบสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อทัศนคติทางสุขภาพ

ดังนั้น ทันตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย เพื่อสามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี และเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนในองค์กร





แผนภูมิแสดงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพในช่องปาก ได้แก่ ผู้ป่วย อวัยวะและส่วนประกอบต่าง ๆ ในช่องปาก และ ปัจจัยอื่น ๆ

สรุปคำแนะนำ

- จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เท่าที่มีในปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ให้รอบด้าน เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในช่องปากที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

- วิธีการแปรงเหงือก แบบ Spit don't rinse เหมาะในคนที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง และจะได้ผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

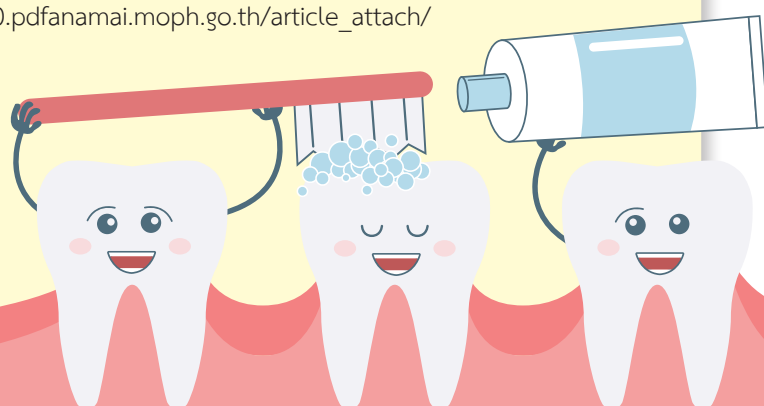
1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป หรือ คนที่สามารถบ้วน หรือ ถู หรือ ถ่ม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. แปรงฟันได้ถูกวิธี ไม่เป็นอันตรายต่อตัวฟัน เหงือก และเนื้อเยื่อในช่องปาก และ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง
3. ใช้ยาสีฟันที่มีความเข้มข้นฟลูออไรด์ตามที่กำหนด และเหมาะกับสภาพของผู้ป่วย
4. มีโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพในช่องปาก
5. ไม่แพ้ SLS หรือ ingredients อื่น ๆ ในยาสีฟัน (ขึ้นกับสภาพแต่ละบุคคล และ ยาสีฟันแต่ละยี่ห้อ)

- ในกลุ่มผู้ป่วยที่นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น มีคำแนะนำโดยทั่วไป คือ ให้แปรงอย่างถูกวิธีด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์แล้วบ้วนฟองออกให้มากที่สุด



References:

- Alli, B. Y., Erinoso, O. A., & Olawuyi, A. B. (2019). Effect of sodium lauryl sulfate on recurrent aphthous stomatitis: A systematic review. *J Oral Pathol Med*, 48(5), 358-364. <https://doi.org/10.1111/jop.12845>
- Cugini, C., Ramasubbu, N., Tsiagbe, V. K., & Fine, D. H. (2021). Dysbiosis From a Microbial and Host Perspective Relative to Oral Health and Disease. *Front Microbiol*, 12, 617485. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.617485>
- Duckworth, R. M., Maguire, A., Omid, N., Steen, I. N., McCracken, G. I., & Zohoori, F. V. (2009). Effect of rinsing with mouthwashes after brushing with a fluoridated toothpaste on salivary fluoride concentration. *Caries Res*, 43(5), 391-396. <https://doi.org/10.1159/000239753>
- Nordstrom, A., & Birkhed, D. (2009). Fluoride retention in proximal plaque and saliva using two NaF dentifrices containing 5,000 and 1,450 ppm F with and without water rinsing. *Caries Res*, 43(1), 64-69. <https://doi.org/10.1159/000201592>
- O'Mullane, D. M., Baez, R. J., Jones, S., Lennon, M. A., Petersen, P. E., Rugg-Gunn, A. J., Whelton, H., & Whitford, G. M. (2016). Fluoride and Oral Health. *Community Dent Health*, 33(2), 69-99. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27352462>
- Parnell, C., & O'Mullane, D. (2013). After-brush rinsing protocols, frequency of toothpaste use: fluoride and other active ingredients. *Monogr Oral Sci*, 23, 140-153. <https://doi.org/10.1159/000350480>
- Perez-Lopez, D., Varela-Centelles, P., Garcia-Pola, M. J., Castelo-Baz, P., Garcia-Caballero, L., & Seoane-Romero, J. M. (2019). Oral mucosal peeling related to dentifrices and mouthwashes: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 24(4), e452-e460. <https://doi.org/10.4317/medoral.22939>
- Pitts, N., Duckworth, R. M., Marsh, P., Mutti, B., Parnell, C., & Zero, D. (2012). Post-brushing rinsing for the control of dental caries: exploration of the available evidence to establish what advice we should give our patients. *Br Dent J*, 212(7), 315-320. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.260>
- Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F., Tagami, J., Twetman, S., Tsakos, G., & Ismail, A. (2017). Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*, 3, 17030. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
- Radaic, A., & Kapila, Y. L. (2021). The oralome and its dysbiosis: New insights into oral microbiome-host interactions. *Comput Struct Biotechnol J*, 19, 1335-1360. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2021.02.010>
- Sjögren K, Birkhed D. Effect of Various Post-Brushing Activities on Salivary Fluoride Concentration after Toothbrushing with a Sodium Fluoride Dentifrice. *Caries Res*. 1994;28(2):127-31.
- Takenaka, S., Ohsumi, T., & Noiri, Y. (2019). Evidence-based strategy for dental biofilms: Current evidence of mouthwashes on dental biofilm and gingivitis. *Jpn Dent Sci Rev*, 55(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2018.07.001>
- Thongprasom, K. (2016). Glycerin Borax Treatment of Exfoliative Cheilitis Induced by Sodium Lauryl Sulfate: a Case Report. *Acta Stomatol Croat*, 50(2), 158-161. <https://doi.org/10.1564/asc50/2/9>
- WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. Fluorides and oral health. Geneva: World Health Organization; 1994:1-37.
- [Internet]. Hp.anamai.moph.go.th. 2019 [cited 6 March 2019]. Available from: http://hp.anamai.moph.go.th/article_attach/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%B0.pdf





หมอพื้นต้องพร้อม.. สมาคมจะอยู่เคียงข้างวิชาชีพ

ในท่ามกลางสถานการณ์การระบาดที่รุนแรงขึ้นของโรคโควิด-19, ความเสี่ยงสูงของวิชาชีพทันตกรรมต่อการสัมผัสเชื้อ รวมถึงความไม่พร้อมของระบบการจัดสรรวัคซีนในระดับประเทศ แม้ทันตบุคลากรจะได้รับการวางลำดับความสำคัญไว้ในกลุ่มแรก ๆ ที่ควรได้รับวัคซีน แต่ในความเป็นจริงพบว่า มีเพียงทันตแพทย์ในโรงพยาบาลภาครัฐหรือรพ.เอกชนที่มีลักษณะเป็นองค์กรชัดเจนเท่านั้นที่ได้รับการจัดสรรไปก่อน ส่วนทันตบุคลากรในคลินิกทันตกรรมเอกชน stand alone ซึ่งขาดกลไกขององค์กรวิชาชีพมารวบรวมข้อมูล จึงยังไม่ได้การจัดสรร



ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยฯ ร่วมกับ Well-mixed team ได้เล็งเห็นช่องว่างการกระจายวัคซีนที่สมาคมฯ สามารถช่วยเติมเต็มได้ จึงได้มีการรวบรวมข้อมูล ทำหนังสือขอรับการจัดสรรวัคซีนยื่นถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จนมีการฝากฉีดที่ รพ.วิมุตไปแล้วกว่า 5,500 ราย รวม 11,000 โดส ต่อมาได้รับการจัดสรรอีก 4,400 โดส จากกระทรวงอุดมศึกษา แต่หา รพ.ที่ฉีดได้ยากเนื่องจาก รพ.มีคิวยาวไปกว่า 2 เดือน จึงจำเป็นต้องจัดศูนย์ฉีดเองเพื่อให้ทันตบุคลากรได้รับวัคซีนโดยเร็วที่สุด โดยเจรจาฝาก รพ.วิมุต ฉีดได้ 357 โดส และจัดศูนย์ฉีดที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ โดยทีม รพ.ปิยะเวท ในวันที่ 5-6 มิ.ย. 64 จำนวนกว่า 2,037 โดส

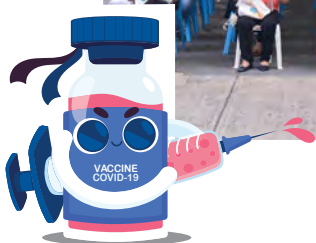




ศูนย์ฉีดที่พัฒนาขึ้นเองร่วมกับ partner หลายภาคส่วน สามารถให้บริการด้วยเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการจนสังเกตอาการเสร็จสิ้นราว 37 นาที มีผลลัพธ์ความพึงพอใจมากที่ 92% มีผู้ที่มีผลข้างเคียงรุนแรง 1 ราย ได้รับการส่งต่อและรับการรักษา ต่ออย่างทันทั่วทั้งที่ ขณะนี้อาการปลอดภัยแล้ว นอกจากนี้ยังมีการส่ง วัคซีนไปเพื่อจัดฉีดแก่ทันตบุคลากรในต่าง จังหวัด เช่น จังหวัดสุรินทร์ เป็นต้น รวมแล้ว ราว 8,000 คน

ทันตแพทย์สมาคมขอขอบคุณ partners ที่มาช่วยให้การกระจายวัคซีนนี้ เป็นไปได้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ รพ.วิมุต, คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ, รพ.ปิยะเวท, สปสช., Well-mixed Team และทีมกระจาย วัคซีนที่เป็นทันตแพทย์รุ่นใหม่กว่า 10 คน มาช่วยขับเคลื่อนระบบการกระจายวัคซีน นับเป็นอีกความชื่นใจที่ได้พัฒนาผู้นำวิชาชีพรุ่นใหม่ภายใต้สถานการณ์วิกฤตจริง

การจัดการดังกล่าว เป็นความภาคภูมิใจของทันตแพทย์-สมาคมฯ ที่สามารถสร้างความร่วมมือหลายภาคส่วน และได้ดูแล สวัสดิภาพของเพื่อนร่วมวิชาชีพและทีมงานทันตบุคลากร ทันตแพทย์-สมาคมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าสมาคมฯจะมีโอกาสได้ช่วยเหลือส่งเสริม เพื่อนสมาชิก เพื่อให้ท่านสามารถช่วยเหลือประชาชนและช่วยดูแล ระบบสุขภาพไทยได้อย่างปลอดภัย



วันนี้รับกาแฟอะไรดีครับ? ตอนที่ 2



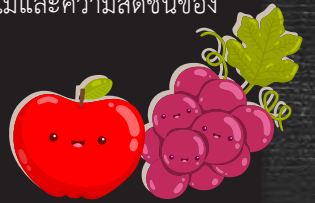
สวัสดีพลพรรคนักดื่ม :D อย่าเพิ่งตกใจนะครับ ผมไม่ได้มาชวนชนแก้ว ต้มของมีนเมาในวารสารทางการแพทย์นะ วันนี้ยังคงเป็นเรื่องราวของกาแฟต่อจากเล่มที่แล้ว มีคุณผู้อ่านทักมาถามผมว่า ปกติไม่ใช่คนที่ดื่มกาแฟ แต่อ่านแล้วอยากจะลองเดินเข้าไปสั่งกาแฟสักแก้ว ควรจะสั่งเมนูไหนดี ซึ่งบังเอิญตรงกับใจของผมพอดีครับ ผมตั้งใจว่าในเล่มนี้ ผมอยากจะมาชวนคุณผู้อ่านลองกาแฟเมนูต่างๆด้วยกัน แล้วใครชอบแบบไหน ก็อย่าลืมมาเล่าสู่กันฟังบ้างนะครับ

เมื่อก่อนนี้ กาแฟถูกมองเป็นเพียงเครื่องดื่มกระตุ้นสมอง ในมือเช้า จนกระทั่งระยะหลัง มีการพัฒนาเรื่องคุณภาพของกาแฟ เริ่มตั้งแต่การดูแลถิ่นกำเนิด วิธีการปลูก การเก็บเกี่ยว การบ่ม การคั่ว การบด และการชง (หรือสกัด) เรียกได้ว่าต้องใส่ใจพิถีพิถันในทุกๆ ขั้นตอนกว่าจะมาเป็นกาแฟให้เราได้ดื่มหนึ่งแก้วทำให้สามารถยกระดับจากการเป็นแค่เครื่องดื่มกระตุ้นสมอง กลายมาเป็นการเสพเพื่อความสุขสุนทรีย์ของหลาย ๆ คน

ก่อนที่จะไปถึงการเลือกเมนูกาแฟ ขอให้ผมได้แนะนำให้ได้รู้จักกับเมล็ดกาแฟที่นิยมดื่มกันก่อนดีกว่า โดยขอเริ่มจากฝั่งทวีปแอฟริกาต้นกำเนิดของกาแฟอย่างกาแฟเอธิโอเปีย ลักษณะเด่นของกาแฟเอธิโอเปียคือ มีรสชาติที่ซับซ้อนหลากหลายอย่างชัดเจน มีความเปรี้ยวแบบผลไม้ มะกรูด พืช กลิ่นหอมดอกไม้ ไปจนถึงผลไม้เคลือบน้ำตาลขึ้นอยู่กับกรรมวิธีในการบ่ม ที่ผู้ผลิตต้องการจะดึงรสสัมผัสแบบไหนออกมาจากเมล็ด กาแฟเคนย่าก็เป็น

อีกแหล่งหนึ่งของโลกที่มีชื่อเสียงและมีเมล็ดกาแฟคุณภาพสูง ลักษณะเด่นของกาแฟเคนย่าคือความสดชื่นที่ซับซ้อนของเบอร์รี่หรือผลไม้ ความหวานและเปรี้ยวที่ชัดเจนคล้ายกับกาแฟแทนซาเนีย แต่กาแฟเคนย่าอาจจะมีความชุ่มฉ่ำน้อยกว่า อีกหนึ่งประเทศที่มีกาแฟน่าสนใจคือกาแฟรวันดา ที่มีความเด่นของรสผลไม้และความสดชื่นของแอปเปิ้ลแดงหรืออุ้งน้แดงเป็นเอกลักษณ์

ข้ามมาฝั่งทวีปเอเชียในบ้านเรากันบ้าง กาแฟที่มีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชียของเราที่มีชื่อเสียงขจรกระจายข้ามภพที่คุ้นเคยกันได้แก่ กาแฟอินโดนีเซีย ซึ่งมีกาแฟขี้ชะมดที่มีชื่อเสียง มีรสและกลิ่นที่เป็นเอกลักษณ์ที่เกิดจากการหมักในกระเพาะอาหารของสัตว์ที่กินผลไม้กาแฟเข้าไปและเก็บเอาเมล็ดที่ถ่ายออกมาล้างเพื่อเก็บเมล็ดผลกาแฟส่วนที่ไม่ย่อยมาผ่านกระบวนการผลิตต่อไป ทำให้กาแฟมีบอดี้ที่หนัก มีกลิ่นดิน ไม้ และเครื่องเทศกับความเปรี้ยวเล็กน้อย กาแฟปาปัวนิวกินี มีความหวานมันเนยที่ซับซ้อนเป็นจุดเด่น สุดท้ายคือกาแฟเยเมน ที่ผมได้กล่าวถึงในเล่มที่แล้วไว้ยาวเหยียด ลักษณะเด่นของกาแฟเยเมนคือความแรง ซับซ้อนและกลิ่นฉุน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ไม่เหมือนกาแฟอื่นใดในโลก ทำให้บางคนอาจจะไม่ชอบกาแฟนี้เลย ในขณะที่บางคนชื่นชอบมากๆ ส่วนกาแฟที่ปลูกในไทย ส่วนมากจะมีอยู่สองแหล่งใหญ่ ๆ คือที่ปลูกทางภาคใต้ สายพันธุ์โรบัสต้า ที่มีความเข้มข้นและกลิ่นсмоคที่ชัดเจน กับที่ปลูกในภาคเหนือ(และภาคอีสานบางส่วน) คือกาแฟอาราบิก้า สายพันธุ์ Bourbon และ Caturra ซึ่งมีแหล่งกำเนิดมาจากประเทศบราซิล มีรสเปรี้ยวเบอร์รี่เล็กน้อย และมีกลิ่นช็อคโกแลต คาราเมลหรือถั่วบาง ๆ บอดี้ไม่หนักมาก จึงเป็นกาแฟที่ดื่มง่าย



ทวีปที่มีการส่งออกกาแฟมากที่สุดในโลกคือกลุ่มประเทศในทวีปอเมริกา ประเทศบราซิล เป็นผู้ส่งออกกาแฟอันดับหนึ่งของโลก มีส่วนแบ่งการตลาดสูงถึง 1 ใน 3 ของโลก โดยภาพรวมจึงเป็นการผลิตเชิงอุตสาหกรรม ที่ไม่ได้เน้นเรื่องของคุณภาพเหมือนกาแฟในประเทศอื่น กาแฟบราซิลเป็นกาแฟที่รสชาติกลาง ๆ ไม่เด่นชัดไปในทางใดทางหนึ่ง กาแฟโคลอมเบียเป็นอีกหนึ่งตลาดที่เติบโตอย่างรวดเร็ว มีการควบคุมคุณภาพการผลิตที่เข้มงวด มีรสชาติที่หลากหลาย ทั้งรสหวานของผลไม้และเย็ม หรือรสที่หนักและมีรสช็อกโกแลตและวนิลา ขึ้นอยู่กับภูมิภาคที่ผลิต กาแฟเอลซัลวาดอร์ มีชื่อเสียงเรื่องความหวานและความสมดุล มีรสเปรี้ยวเล็กน้อย มีกลิ่นหอมผลไม้อย่างองุ่นแห้ง เหมาะสำหรับการดื่มเป็นกาแฟดำ กาแฟกัวเตมาลา ขึ้นชื่อเรื่องความมีรสชาติที่หลากหลาย ตั้งแต่มีบอดน้อย หวานมาก มีรสผลไม้ที่ซับซ้อน ไปจนถึงมีบอดที่หนัก เข้มข้นและมีรสช็อกโกแลต และสำหรับคนที่ชอบกาแฟรสเปรี้ยว ผมขอแนะนำให้ลองกาแฟฮอนดูรัส ที่มีรสกลิ่นผลไม้หลายมิติ ฉ่ำไวน์และความเปรี้ยวที่โดดเด่น และขอเสนอกาแฟคอสตาริกาเป็นตัวปิดท้ายของวันนี้ กาแฟนี้มีบอดที่เบาบางและรสชาติสะอาด ไม่ซับซ้อนเปรี้ยวแบบสัมผัสเล็กน้อย มีรสหวาน ดื่มง่ายครับ

หลังจากการเลือกเมล็ดกาแฟ ผมจะขอข้ามขั้นตอนการเก็บเกี่ยว บ่ม หมัก ไปที่วิธีการชงเลยนะครับ ตอนนี้นผมเชื่อว่าหลาย ๆ คนน่าจะมึนงงที่อยากลองในใจกันบ้างแล้ว เตรียมเงินใน E-Wallet ไว้ 100-200 บาท แล้วตามผมมาเลยครับ



ที่มา : <https://visionspresso.com/wmf-espresso-superautomatic-espresso-machine/>

สำหรับการชงหรือการสกัดกาแฟ ส่วนใหญ่เราจะเห็นเจ้าเครื่องนี้ที่ร้านกาแฟส่วนใหญ่มักจะต้องมี ก็คือเครื่อง Espresso machine หน้าที่ของมันก็ตามชื่อครับ



ที่มา : <https://scribblerscoffee.com/blogs/news/espresso-based-drinks>
THE ESPRESSO DRINK DIAGRAM

คือไว้สำหรับทำ Espresso shot ซึ่งก็คือการสกัดเอาสารและน้ำมันจากเมล็ดกาแฟออกมา 1 ช็อตหรือประมาณ 30 มิลลิลิตร ภายในระยะเวลาประมาณ 27-29 วินาที ด้วยแรงดันน้ำร้อนที่ถูกควบคุมไว้อย่างดี ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ประมาณ 94 ถึง 97 องศาเซลเซียส ที่แรงดันไม่ต่ำกว่า 9 บาร์ ซึ่งเป็นจุดที่เหมาะสมสำหรับการดึงรสชาติที่ดีที่สุดของกาแฟ ทำให้ได้กลิ่นและรสของกาแฟตรงตาม Character ของเมล็ดกาแฟนั้น ๆ มากที่สุด จนมีศัพท์ที่เรียกกันในกลุ่มนักดื่มกาแฟว่า Perfect shot และบาริสต้าก็จะนำเอาเอสเพรสโซ่ ช็อตนี้ไปรังสรรค์เมนูเครื่องดื่มต่างๆให้เรารดไปอย่างที่เราคุ้นๆ เป็นมาตรฐานร้านกาแฟในบ้านเรา เช่นเมนู เอสเพรสโซ่ ลาเต้ มีอคค่า คาปูชิโน ร้อน-เย็น ฯลฯ

และถ้าเรานึกถึงความแฟนซีเหมือนหลุดออกมาจากห้องทดลองทางวิทยาศาสตร์แล้วละก็... เราจะต้องนึกถึงเครื่องชงสุญญากาศ (Vacuum pot หรือ Syphon brewer) ที่ตั้งเด่นอยู่บนบาร์กาแฟ จุดเด่นของเครื่องนี้นอกจากความสวยงามสะดุดตาเหมือนเครื่องตกแต่งบ้านมากกว่าเครื่องชงกาแฟ ก็คือรสชาติความใสสว่าง รสและกลิ่นแบบตรงไปตรงมาที่ชัดเจนของน้ำกาแฟ แต่บอดี้จะไม่แน่นและเข้มข้นเท่าการสกัดด้วยเครื่อง Espresso machine



อีกหนึ่งอุปกรณ์ที่ดูเรียบง่าย แต่มีเสน่ห์ ซิล ๑ อีป ๑ แบบชีวิตสโลว์ไลฟ์ คือกาแฟที่สกัดแบบ Pour-Over หรือที่เรามักจะเรียกว่ากาแฟดริป แม้จะดูเรียบง่าย แต่บาริสต้าจะต้องพิถีพิถันกับการชงกาแฟแบบนี้มาก เพราะรสชาติของกาแฟจะขึ้นอยู่กับความละเอียดของการบดเมล็ดกาแฟ ปริมาณกาแฟและปริมาณน้ำที่ใช้ รวมถึงเทคนิคการรินน้ำผ่านกระดาษกรอง ซึ่งวิธีการสกัดกาแฟแบบ Pour-Over นี้ จะทำให้ได้กาแฟที่เบาใส รสชาตินุ่มนวลกว่าการสกัดด้วย Syphon brewer หรือ Espresso machine คำแนะนำเดียวที่ขอเตือนไว้ตรงนี้คือถ้าคุณสั่งกาแฟดริป ก็อย่าเพิ่งชวนบาริสต้าคุยตลกกำลังดริปกาแฟนะครับ



ที่มา : <https://unocasa.com/blogs/tips/what-is-pour-over-coffee>

ที่เล่ามาข้างต้น ส่วนมากจะเป็นวิธีการชงกาแฟที่ต้องอาศัยความชำนาญและความแม่นยำในการสกัดสารกาแฟ ซึ่งเราอาจจะเจอในร้านใหญ่ๆ เป็นส่วนมาก เพราะอุปกรณ์ที่กล่าวมานั้นราคาค่อนข้างสูง บางยี่ห้อราคาแพงกว่ารถยนต์ทั้งคัน แต่เราก็สามารถหากาแฟดี ๆ แบบ Specialty Coffee ดื่มจากร้านเล็ก ๆ ได้เหมือนกันนะครับ อุปกรณ์ที่ใช้ในการสกัดกาแฟที่ได้ดีอีกชนิดหนึ่งคือ Moka pot ซึ่งสามารถสกัดกาแฟได้รสชาติที่เข้มข้นใกล้เคียงกับ Espresso shot ที่เดียวหนึ่งในร้านกาแฟ Slow bar เจ้าประจำของผมนี่ใช้เจ้า Moka pot เป็นหลัก ด้วยความใช้ง่ายและสามารถสกัดกาแฟที่เข้มข้น ทำให้ Moka pot เหมาะสำหรับเมนูกาแฟประเภทที่ใส่นม แบบที่คนไทยชอบดื่ม แล้วยังเหมาะสำหรับซื้อไว้ใช้เองที่บ้านก็ได้เช่นกัน



ที่มา : <https://www.alzashop.com/kela-espresso-maker-ITALIA-d5123422.htm>

ถ้าอ่านมาถึงตรงนี้แล้ว ยังนึกไม่ออกว่าจะสั่งกาแฟอะไรดี ผมขอแนะนำเมนูกาแฟที่ดื่มง่ายและกำลังฮิตอยู่ช่วงนี้เห็นใคร ๆ ก็สั่งกันเวลาเข้าร้านกาแฟ เมื่อนั้นก็คือ Dirty coffee ที่ชื่อเหมือนจะไม่สะอาด แต่รสชาติน่าจะถูกใจนักดื่มหน้าใหม่แน่นอนครับ Dirty coffee มีที่มาจากร้านกาแฟแห่งหนึ่งในประเทศญี่ปุ่น ที่เสิร์ฟ Double Espresso shot ที่สกัดออกมาในปริมาณแค่ช็อตเดียว เสิร์ฟโดยการให้กาแฟค่อย ๆ ไหลลงบนหน้านมที่เย็นจัด ๆ ทำให้ Dirty coffee เป็นเมนูกาแฟเย็นที่ไม่จำเป็นต้องใส่น้ำแข็งครับ เสน่ห์ของ Dirty coffee คือจะใช้การสกัดน้ำมันกาแฟเข้มข้นมาก ๆ ทำให้กาแฟลอยอยู่บนผิวนม เวลาดื่ม บาริสต้าไม่แนะนำให้คนนะครับ สามารถยกดื่มได้เลย ทำให้ได้สัมผัสแรกเป็นกาแฟที่



ที่มา : <https://www.facebook.com/pacamaracoffee/posts/3434158009963712/>

เข้มข้น และความหอมมันของนมเย็นตามมา ช่วยให้ดื่มง่ายและไม่รู้สึกขม ใคร ๆ ก็ดื่มได้โดยที่มาจากชื่อ Dirty coffee ก็คือการเสิร์ฟที่ดูเหมือนกับมีกาแฟไหลเปื้อนขอบแก้วลงมาอย่างที่เราเห็นในรูปนี่เองครับ

และสำหรับคอกาแฟดำ ผมคิดว่าคุณพร้อมแล้วสำหรับการลิ้มลองรสชาติใหม่ๆ ของกาแฟทุกแบบในร้าน Specialty Coffee ขอให้มีความสุขกับการดื่มนะครับ

และท้ายสุด... ขอขอบคุณ(อีกแล้ว) คุณเต้ย บาริสต้าร้าน King coffee ตลาดสะพานพระพิรุณฯ 4 ที่เอื้อเฟื้อคัมภีร์ The World Atlas Coffee ของ James Hoffmann มาเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูล พร้อมคอมเมนต์ดีๆ ให้กับเรื่องราวในวันนี้ด้วยครับ พบกันใหม่ในฉบับหน้ากับเรื่องราวที่น่าสนใจที่รู้เอาไว้ประดับสมอง วันนี้ขอลาไปก่อน สวัสดีครับผม..



ผู้เขียน: กฤษฎา เดชะรินทร์ (มิ่งค์)

วิศวกรโยธา จาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่มีครอบครัวที่อบอุ่น และมีงานอดิเรกที่น่าสนใจ คือ การทำอาหาร อ่านหนังสือ และเขียนเล่าเรื่องต่าง ๆ รอบตัวที่น่าสนใจ

Staycation ริมเจ้าพระยา

หมอมุมน้อย

กลับมาพบกันอีกครั้งนะครับกับผมเอง หมอมุมน้อย ผมห่างหายจากการเขียน column ไปนานหลายปี ดีใจที่ได้กลับมาเขียนเรื่องกิน ๆ เที่ยว ๆ ตาม style ผมอีกครั้ง รับรองว่ามีหลากหลาย style แน่แน่นอนครับ

ในช่วงการระบาดหนักของ COVID-19 ตั้งแต่ปีที่แล้ว เพื่อน ๆ พี่น้องทันตแพทย์น่าจะเห็นคำว่า staycation กันมากขึ้นนะครับทั้งตามหน้า website ของโรงแรม หรือตามโฆษณาใน social media ต่าง ๆ ตามนิยามแล้วคำว่า staycation นั้นมีความหมายกว้างมากทั้งหมายถึงการเที่ยวในประเทศตัวเอง หรือไม่ก็หมายถึงการพักผ่อนอยู่กับบ้านสบาย ๆ หรือไปที่ไหนใกล้ ๆ แบบไม่ต้องพิธีกรรมมากมายนัก

ที่ผ่านมา COVID-19 สร้างความเสียหายให้กับธุรกิจภาคต่าง ๆ มากมายไปหมดครับ ที่เห็นเด่นชัดอย่างหนึ่งคืออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและร้านอาหาร ในช่วงที่ผ่านมาตั้งแต่ปีที่แล้ว โรงแรมทั้งในกรุงเทพ และต่างจังหวัด จึงออก package แบบ staycation ต่าง ๆ ออกมาอย่างถล่มทลาย เพื่อให้สามารถพ่วงตัวเองในช่วงที่ไม่มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาในระบบ แคม staycation ของโรงแรมในเมืองไทย ก็ยังมีอะไรที่น่าแปลกใจ อึ้ง ทั้ง มากมายไปหมดเลยครับ ถามเพื่อนที่ต่างประเทศมาหลาย ๆ ที่ทั้งยุโรป ญี่ปุ่น ฮองกง ไม่มี staycation ที่ไหน สุด ๆ เท่าในไทยอีกแล้วหลาย ๆ อย่างเป็นสิ่งที่ไม่ได้คิดว่าจะได้เห็นในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวไทยเลย ไม่ว่าจะเป็นการเข้าพักได้ตั้งแต่ 8.00 แล้ว check out ได้อีกวันเวลา 20.00 หรือบางโรงแรมใจป้ำขนาดให้ถึง 22.00 ไปเลย หรือบางแห่งก็มีแม้กระทั่งราคาห้องพักที่ถูกกว่าปกติอย่างมาก หั่นราคาลงมามากกว่า 50% ซึ่งในช่วงปกติจับต้องได้ยากมากสำหรับบางโรงแรม แล้วแถมยังให้ credit เป็นค่าอาหารอีก 50%

ของค่าห้อง รวมกับอาหารเช้าสองท่าน และสปาสำหรับสองท่านฟรี ๆ เพิ่มไปอีก ผมเคยเห็น package ของบางโรงแรม ให้ราคาห้อง suite ที่ในช่วงปกติแพงมาก ๆ คืนละมากกว่าหนึ่งแสน ลดลงมาเหลือสองหมื่นนิด ๆ พักได้สี่ท่าน แล้วก็แถมค่าอาหารเท่าค่าห้องเลยครับ ลดสุดมาก ๆ จริง ๆ

แล้วก็ไม่ใช่แค่ในกรุงเทพนะครับ โรงแรมในเมืองท่องเที่ยวทั้งสมัย ภูเก็ต ก็ออก package หั่นราคากันน่ากลัวมากแบบที่ไม่เคยเห็นราคาห้องพักของโรงแรมหรู ๆ หาดดาวในเมืองท่องเที่ยวทั้งสองแห่งเป็นแบบนี้มาก่อนเลยครับ ดังนั้นช่วงนี้เป็นช่วงที่ไปต่างประเทศไม่ได้ ในฉบับนี้ผมก็เลยพา staycation แบบไทย พักผ่อนในประเทศกันไปแทนนะครับ

รอบนี้ผมตั้งใจจะพามา staycation ริมแม่น้ำเจ้าพระยากับโรงแรมที่เก่าแก่และคลาสสิกที่สุดในกรุงเทพมหานคร คือโรงแรม Mandarin Oriental Bangkok ซึ่งผมจะขอย่อว่า MOBKK ผมไปพักผ่อน ไม่ได้มี sponsor ใด ๆ ไม่ได้มี conflict of interest ใด ๆ ทั้งสิ้นนะครับ :)



แม่น้ำเจ้าพระยาเป็นแม่น้ำหลักของภาคกลาง ไหลผ่าน กรุงเทพมหานครแบ่งฝั่งพระนคร กับฝั่งธนออกจากกัน ถ้าเราไม่ได้ไปเที่ยวทะเลที่ไหนไกล ๆ ผนวกการมาพักผ่อนโรงแรมริมแม่น้ำเจ้าพระยา ก็เป็นการผ่อนคลายที่ดีมาก ๆ อย่างหนึ่ง นั่งมองแม่น้ำไป ทานข้าวริมน้ำ ออกไปตกบาตร นั่งเรือไปวัดต่าง ๆ ที่อยู่ริมน้ำ ก็เป็นการผ่อนคลายได้ระดับหนึ่งเหมือนกัน

MOBKK เป็นโรงแรมที่เก่าแก่ที่สุดในประเทศไทย ตอนนี้มีอายุมากกว่า 145 ปีแล้ว เปิดให้บริการครั้งแรกก็ปี พ.ศ. 2419 โน่นเลยมาถึงตอนนี้โรงแรมได้รับรางวัลมากมาย ทั้งจาก Travel-leisure ซึ่งเป็น website ที่จัดอันดับโรงแรมและแหล่งท่องเที่ยวชื่อดัง โดย MOBKK เคยได้รางวัลโรงแรมที่ดีที่สุดในโลกมาแล้วสามปีด้วยกันครับ นอกจากนี้ MOBKK ยังได้รับรางวัลห้าดาวทั้งในส่วนของโรงแรมและสปา จาก Forbes โดยเฉพาะสปาเป็นห้าดาวจาก Forbes แห่งเดียวในไทยอีกด้วย

ตัวโรงแรมมีสองฝั่งแม่น้ำ ฝั่งพระนครเป็นฝั่งห้องพักหลักของโรงแรม มีสองตึก ผมก็ไม่แน่ใจแล้วว่าตอนนี้เขาเรียกอะไร แต่ผมเรียก Author's wing หรือ Garden wing แล้วก็อีกตึกที่สูงกว่าผมเรียก River wing หรือ Main wing ฝั่งนี้นอกจากเป็นที่ตั้งของตัวโรงแรม ก็มีห้องอาหารหลายห้อง ได้แก่ห้องอาหารนานาชาติ Lord Jim's ห้องอาหารฝรั่งเศสระดับมิชลินสองดาว Le Normandie และห้องอาหารที่บริการ all day dining ชื่อ Verandah ซึ่งตอนนี้เชฟที่ดูแลก็เป็นเชฟอาหารไทยที่เคยทำงานในร้านอาหารระดับมิชลินมาก่อนเช่นกัน ส่วนตรงริมน้ำยังมีห้องอาหาร Riverside Terrace ที่ปกติบริการ buffet มื้อค่ำทุกวัน (แต่ช่วงนี้ยังปิดบริการครับ) แล้วก็ยังมีห้องอาหารอิตาเลียนใกล้ ๆ กับท่าเรือของโรงแรมชื่อ Ciao ที่อาหารอร่อยมากเช่นกัน (จริง ๆ ก็ยังมีห้องอาหารจีนที่มี dim sum buffet ที่เยี่ยมมาก ๆ ชื่อ The China House ซึ่งตอนนี้ยังปิดบริการอยู่) แลผมตอนนี้มีอีกหนึ่งห้องที่เปิดใหม่พร้อมกับการเปิดบริการใหม่ของตึก River wing หลังจากปิดซ่อมเพื่อ renovate มาเป็นปี เป็นห้องอาหารญี่ปุ่นชื่อ Kinu by Takagi นอกจากนี้ฝั่งนี้ยังมี Jazz bar แห่งแรกของไทย เปิดเมื่อปี พ.ศ. 2493 และได้รางวัล jazz bar ที่เยี่ยมที่สุดในไทยชื่อ Bamboo Bar รวมทั้งที่ฝั่ง Garden wing ก็ยังมี Author's lounge ที่ให้บริการ afternoon tea ที่คลาสสิกมาก ๆ อีกที่หนึ่งด้วยครับ (Author's lounge เป็นห้องชาว ๆ ที่ชอบมีงานหมั้นหรืองานแต่งงานจัดกันครับ)

อีกฝั่งของโรงแรมอยู่ที่ฝั่งกรุงธนบุรีชื่อว่า ศาลาริมน้ำ เพราะตั้งอยู่ริมแม่น้ำระหว่างโรงแรม Peninsula และห้าง Icon Siam ต้องนั่งเรือข้ามฟากไปจากฝั่งห้องพักของโรงแรม โดยมีเรือข้ามไปทุก 10 นาทีทั้งวัน แลผมเรือที่ว่า ยังบริการรับส่งที่ท่าเรือสะพานตากสิน (ทำให้เดินทางมาโรงแรมทาง BTS ได้สะดวก) และ Icon Siam ทุกครั้ง ชั่วโมงด้วยครับ ฝั่งศาลาริมน้ำมีห้องอาหารไทยศาลาริมน้ำที่เดิมมี buffet อาหารไทยมือเที่ยงที่อร่อยมากและราคาไม่ถึงพันบาท (ตอนนี้ยังปิดอยู่) มี Oriental spa ที่โด่งดังของโรงแรม บริการดีมาก ๆ และมี Fitness center รวมทั้งโรงเรียนสอนการโรงแรมของ MOBKK ของก็จะอยู่ที่ฝั่งนี้ด้วยครับ

ปัจจุบันโรงแรมมีการ renovate เสร็จสิ้นไปแล้ว โดยทำเป็นสองช่วง (เป็นโรงแรมริมน้ำเจ้าพระยาห้าดาวแห่งแรกที่ renovate ครั้งใหญ่ทั้งหมดในช่วงหลังปี 2000 เลยครับ) ช่วงแรกก็มีการทำห้องใหม่ที่ Garden wing ก่อนครับ เสร็จไปสักพักแล้วครับ ห้องพักที่ตึกนี้ถ้าจำไม่ผิดเมื่อก่อนใช้คำว่า Premier room ครับ มีห้องเล่นระดับสองแบบ ตอนนี้นำมาใหม่แล้วครับ มีห้องสองแบบคือ Chaophraya room กับ Chaophraya suite ห้องยังมี layout การเล่นระดับหลายแบบเหมือนเดิมครับ แต่ตกแต่งใหม่สวยมาก ๆ ดูสว่างและทันสมัยมากขึ้น แล้วก็เปลี่ยน audiovisual system เป็นแบบ online แล้ว (เมื่อก่อนเป็นระบบยืม DVD มาเปิด ซึ่งจริง ๆ ผมก็ชอบมาก ๆ ครับ มันคลาสสิกดีมาก)

ตอนนี้ยังเป็นตึกเก่าก่อน renovate จะมีห้องที่ตกแต่งแบบเก่ามาก เติงเป็นแบบตั้ง มีขาโต๊ะ ห้องน้ำ ห้องแต่งตัวเป็นแบบโบราณหมดเลย ผมจำชื่อไม่ได้แม่นทั้งหมด แต่น่าจะมีห้องสี่ห้องเรียกว่า Heritage Authors' Suite คือ Joseph Conrad, Somerset Maugham, Noel Coward แล้วก็ James Michener แลผมห้องฝั่งริมสวนอีกห้องชื่อ Adisorn lodge room ห้องฝั่งนี้ ต่างชาติและคนญี่ปุ่นชอบมาพักนะครับ ผมเสียดายเหมือนกันที่ไม่มีห้องแบบโบราณแบบนี้ในโรงแรมแล้ว ห้องทั้งหมดที่ว่าที่อยู่ชั้นสองของ Authors' lounge ถูกเปลี่ยนเป็นห้องใหญ่ ๆ สองห้องที่ connect กันได้ คือ Ambassador two-bedroom suite กับ Royal suite

ห้องพักฝั่ง River wing หลังตกแต่งใหม่ทั้งหมด ห้องเล็กที่สุดเปลี่ยนชื่อเป็น Deluxe premier room มีการขยายขนาดของห้องออกไปนิดหนึ่งครับ ทำให้กว้างกว่าเดิมมาก เปลี่ยนระบบ audiovisual system ให้เปิด Youtube หรืออะไรต่าง ๆ จากโทรศัพท์มือถือขึ้นจอได้ บางห้องมีระเบียงเล็ก ๆ เพิ่มขึ้นมาก็เรียกว่า Deluxe balcony room แล้วก็มีการแบ่ง category ของห้องใหม่แยกย่อยไปกว่าเดิมเยอะมากครับ เช่นตำแหน่งของห้อง Executive suite เดิมก็เปลี่ยนเป็นห้อง Premier one-bedroom suite ตกแต่งสีสดสวยแล้วก็กว้างขึ้นมาก ๆ ด้วย (เท่ากับสามห้อง deluxe มารวมกัน) และมีห้อง One bedroom suite (เท่ากับสองห้อง deluxe มารวมกัน) ตกแต่งด้วยโทนเหลืองทอง หันไปทางสะพานตากสินอีกห้องหนึ่งครับ ที่เพิ่มมาใหม่



สามห้องที่หันหน้าเข้าแม่น้ำเจ้าพระยา และพิเศษกว่าห้องอื่น ๆ ตรงที่มีระเบียงหันหน้าเข้าหาแม่น้ำเลยยังอยู่ตำแหน่งเหมือนเดิม แต่ตกแต่งใหม่หมดคือห้อง State room และ Authors' suite (ผมจะเล่าต่อในส่วนต่อไป) ห้องสองแบบนี้ผมว่าเป็นมุมห้องที่สวยงามที่สุด เห็นโค้งแม่น้ำเจ้าพระยาได้สวยที่สุด (ไม่นับห้องใหญ่สุดชั้นบนสุดคือห้อง Oriental suite)

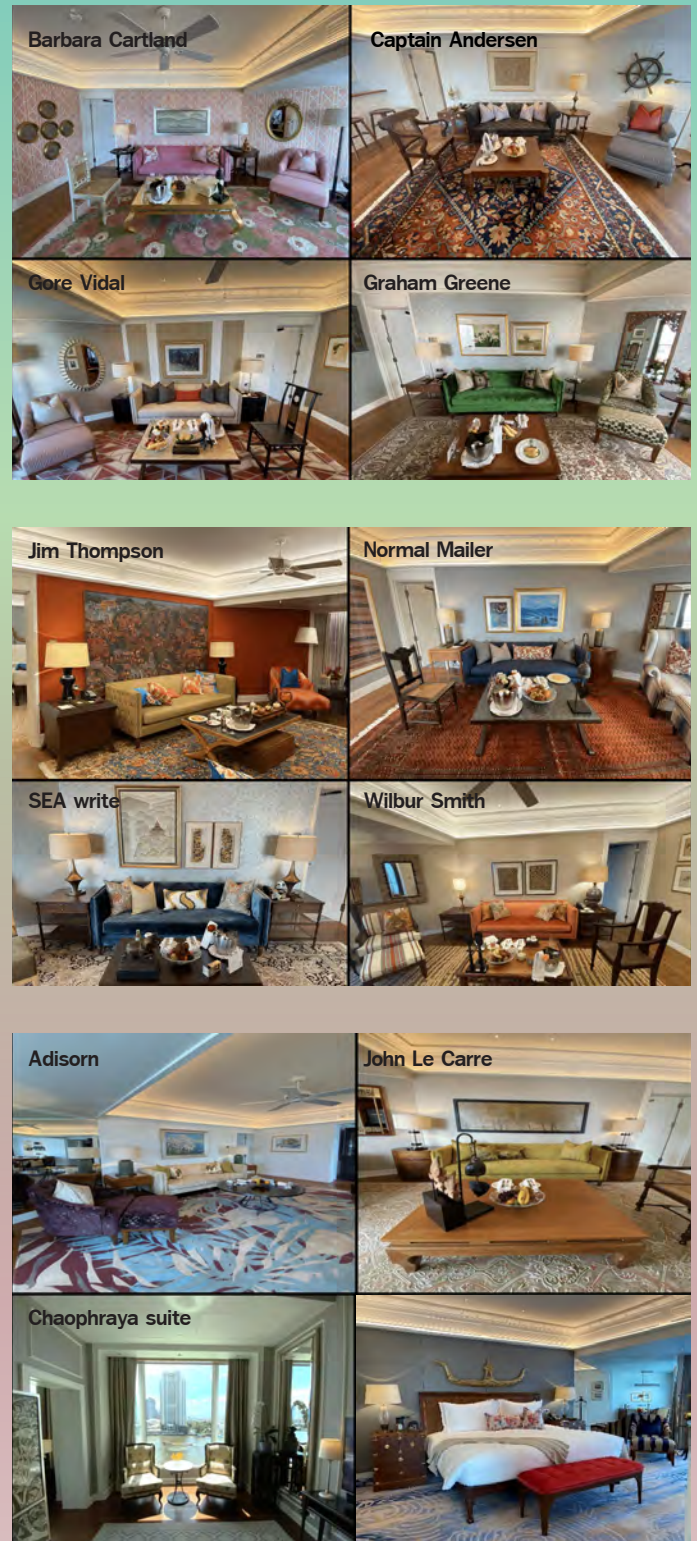
ส่วนที่ฝั่งท้ายของโรงแรม ซึ่งจะได้วิวแม่น้ำแบบเฉียง ๆ จะมีห้องแบบเดิมสองห้องคือ Mandarin room และ Selandia suite (ชั้นบนสุด) และมีห้องเพิ่มมาใหม่อีกหนึ่งแบบชื่อ Junior terrace suite หันไปทางสะพานตากสินและโรงเรียนอัสสัมชัญ ที่ชั้นบนสุด (ชั้น 16) ยังมีห้องพิเศษที่มีความเป็นไทยมาก ๆ เรียกว่า Siam suite แล้วก็ห้อง Theme suite ซึ่งเหมือนกับห้อง One bedroom suite แต่มีเพดานสูงกว่า มีชื่อเป็นชื่อเรือเช่น Otago, Melita, Vesatri และ Natuna

ห้องที่ผมจะพามาชมเป็นหลักในครั้งนี้เป็นห้อง Authors' suite ซึ่งมีแค่ 10 ห้องเท่านั้น แม้ว่า layout จะของแต่ห้องจะเหมือนกัน คือหนึ่งห้องนั่งเล่น หนึ่งห้องนอนและระเบียงริมน้ำใหญ่ แต่ว่าแต่ละห้องจะตกแต่งด้วยโทน และสีไม่เหมือนกันเลย ห้องแต่ละห้องจะถูกตั้งชื่อห้องตามนักเขียนหรือคนมีชื่อเสียงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรงแรม เช่น Jim Thompson ที่เคยเป็นเจ้าของโรงแรมอยู่ช่วงหนึ่ง

การตกแต่งของห้อง Author's suite แต่ละแบบ น้ำหนักและสัดส่วนความ contemporary หรือ modern หรือไทย ๆ ก็แล้วแต่เอกลักษณ์ของแต่ละห้องครับ ห้องที่ลงท้ายด้วย 12 จะอยู่ฝั่งที่มองไปทางสะพานตากสิน ส่วนห้องที่ลงท้ายด้วย 10 จะหันไปทาง French embassy และ Icon Siam แต่ไม่ว่าจะเป็นฝั่งไหน ห้อง Authors' suite จะมีระเบียงที่กว้างมาก เพราะฉะนั้นออกมายืนที่ระเบียง วิวก็จะเห็นไปทั้งสองฝั่งครับ แต่ว่าจะมองไกลไปทางไหนมากกว่าเท่านั้นเองครับ



ห้อง Authors' suite มี 10 ห้องนะครับ ที่นี้น่าจะเป็นที่เดียวนะครับ ที่จะมีรูปครบทั้ง 10 ห้องให้ชม สิบห้องที่ว่าได้แก่ Jim Thompson, Gore Vidal, Wilbur Smith, Barbara Cartland, Captain Andersen, Graham Greene, SEA write, John Le Carre, Normal Mailer แล้วก็ห้องใหม่คือห้อง Adisorn (แทนห้องเดิม) ชื่อ Adisorn เป็นชื่อของเจ้าของเก่าของโรงแรมครับ



ห้อง Authors' suite ที่ตกแต่งใหม่ มีการใช้กระจกใน ห้องนอนมากขึ้น ทำให้ห้องดูกว้างมาก การบริการของที่นี่ ถือว่า ดีเยี่ยมสมกับรางวัลต่าง ๆ ที่ได้นามากเลยครับ ทุกห้องมี butler ประจำ อายากให้ช่วย unpack หรือจัดกระเป๋าก่อนกลับ จองห้อง อาหาร สปา ดีฟองในอ่างน้ำ เรียก butler ได้เลยครับ ถ้าเป็นแขก ประจำ butler จะจดจำได้เลยว่าเราชอบอะไร มีระบบการส่งต่อ preference ของเรา แม้ไม่ได้เจอกับ butler คนเดิม จริง ๆ แล้ว หลายโรงแรมในไทยก็มีระบบ butler นะ แต่ที่บริการดีมาก ๆ จริง ๆ และมีอาชีพก็คือที่ MOBKK นี่ละครับที่หนึ่งเลย เช่นพอมมาในห้อง butler จะจัดเตรียมทุกอย่างที่เราชอบที่โรงแรมจำได้ เช่นผมชอบ มะม่วงมาก ทุกครั้งที่มาพักก็จะมีมะม่วงปอกไว้ให้เดินมาที่ห้อง อาหาร ชอบนั่งที่ไหนก็ได้ที่เดิมเป็นประจำ มาพักที่นี่พร้อมกับทาน อาหารในโรงแรม แวะไปพักผ่อนที่สปา ก็ถือว่าได้ผ่อนคลายจากความเครียดแล้วนะครับ

สำหรับอาหารเที่ยงก็เลือกได้ว่าจะไปรับประทานอาหารที่ Lord Jim's ที่ปกติแล้วเป็น buffet แต่ตอนนี้เนื่องจาก COVID-19 เลยเป็น Buffet ที่ใช้วิธีสั่งจากเมนู แล้วบริการจะนำมาเสิร์ฟ ที่โต๊ะเลยครับ อาหารมีทั้ง อาหารไทย และอาหาร นานาชาติครับ ดับฟาน อาหารไทย อาหารญี่ปุ่น และของหวานที่นี้อร่อย ทุก ๆ งานเลยครับ ส่วนที่ Le Normandie ซึ่งเป็น ห้องอาหารระดับมิชลิน สองดาว จะให้บริการ อาหารฝรั่งเศสซึ่งมีทั้งแบบ Set menu และ a la carte ครับ ตอน เที่ยงแต่งตัวแบบสุภาพแต่มีข้อต้องใส่สูทสำหรับผู้ชาย อาหารที่ Le Normandie จะเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ครับ แล้วแต่ฤดูดิบในแต่ละ ช่วง ส่วนห้องอาหาร Verandah ที่เปิดเป็น all day dining ตอนนี้ก็ จะเป็นอาหารไทย และอาหารนานาชาติครับ ผัดกระเพราและผัดไทย ที่นี้อร่อยมาก ๆ เลยครับ



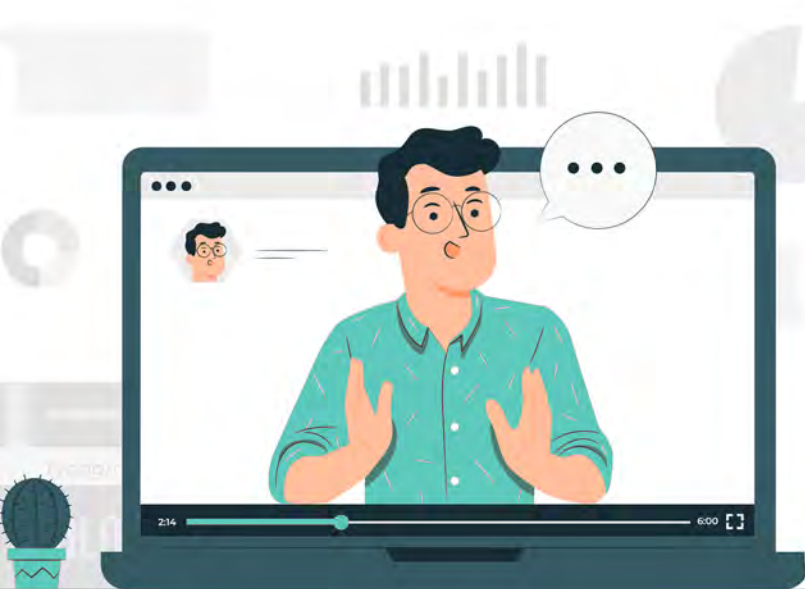
ส่วนถ้าอยากลอง Afternoon tea ก็จองที่ Authors' lounge ได้เลยครับ แต่ว่าเชิควันดี ๆ เพราะว่าบางช่วงจะมีงานหมั้น จัดที่นี่ ไม่งั้นแทนที่จะได้บรรยากาศของ lounge ก็จะต้องมานั่งที่ lobby แทนครับ เมนูที่ปัจจุบันใช้ชาของ TWG ครับ โดยปกติชุด afternoon tea ก็จะมีชุด Oriental set มีของหวานและของหวาน เป็นแบบไทย ๆ มีขนมไทย แล้วก็มี Vegan and gluten free set แล้วก็ Western set ที่เป็นพวก finger sandwich แล้วก็เค้กทั่ว ๆ ไปซึ่งจะเปลี่ยน theme ไปทุก ๆ เดือนครับ โดยบางช่วงก็จะมี Oriental set พิเศษครับ เช่นตอนที่ผมเขียน column อยู่ก็จะเป็น ข้าวแช่ set แทน Oriental set ปกติ

สำหรับ Oriental Spa ที่ต้องข้ามฝั่งมาศาลาริมน้ำ มีห้องหลายแบบนะครับ ผมมีรูปห้องที่ใหญ่ที่สุดคือ Oriental spa suite มาให้ชมนะครับ ห้องกว้างมาก ๆ มีอ่างอาบน้ำใหญ่มาก ๆ แะได้สองคนเลย ที่นี่จะตกแต่งเป็นแบบไทยมาก ๆ เลยครับ Therapist แต่ละคนผมว่าประสบการณ์มากมายและสุภาพมาก ๆ นอกจาก staycation จะมีค่าห้องที่ถูกแล้ว ค่าสปาที่นี่ก็ถูกที่สุดที่เคยเห็น มาเลยครับ



ทุกท่านอ่านแล้วก็ขยับไป น่าจะคลายเครียดจาก COVID-19 ไปได้บ้างนะครับแล้วเจอกันในฉบับต่อไปนะครับ :)





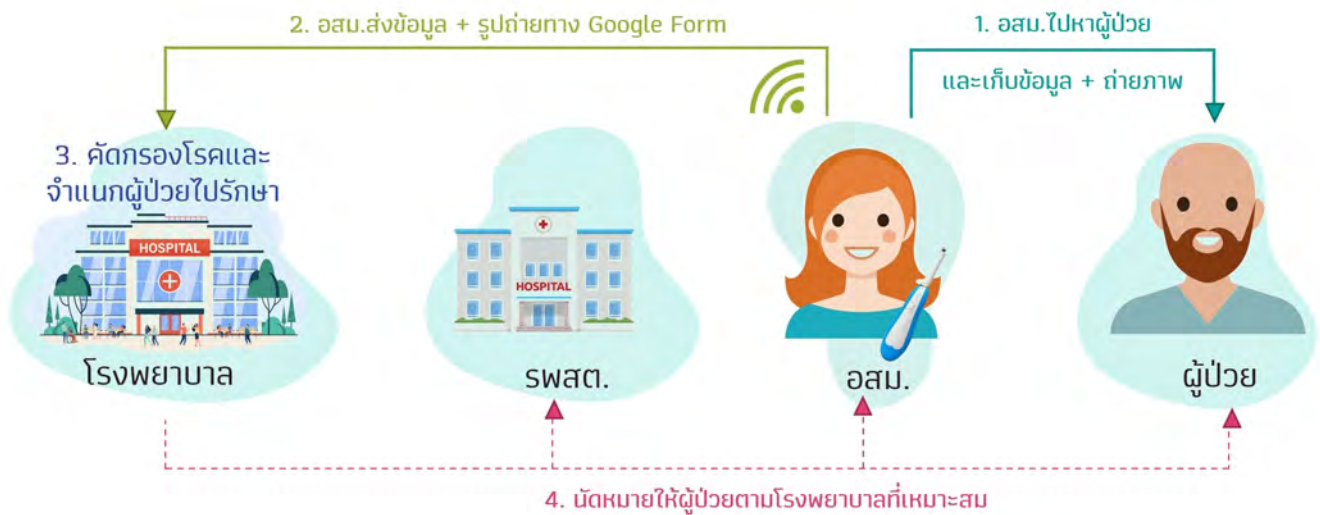
ห่างไกล ดูแลไม่ห่างกัน

สถานการณ์โลกตอนนี้ต้องเผชิญกับโรคระบาดโควิด 19 ส่งผลกระทบไปทั่วโลก รวมถึงนักศึกษาทันตแพทย์ เดิมทีการศึกษาชุมชนปี 6 นิสิตต้องไปใช้ชีวิตในชุมชน ห่างไกล เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ศึกษาปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน จัดกิจกรรมเพื่อที่จะแก้ปัญหาของชาวบ้าน และประเมินผล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นทักษะการเรียนรู้รูปแบบที่นิสิตอย่างเราจำเป็นต้องได้เรียนรู้ที่จะจบออกไปเป็นทันตแพทย์รับใช้ประชาชน แต่ปีนี้ต้องถูกปรับเปลี่ยนโดยสิ้นเชิง เนื่องจากเชื้อโควิด 19 ได้เข้ายึดทุกพื้นที่ และจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องมาก หากเรายังคงทำงานโดยเข้าพื้นที่ทุกวัน

ปีนี้กระบวนการเรียนรู้ชุมชนภาคสนาม จึงกลายเป็น “ออนไลน์” แทน และลงพื้นที่ก็เพียงเท่าที่จำเป็น ทำให้ไม่มีค้างคืนเหมือนปีก่อน ๆ พวกเราจึงต้องหาทางเลือกอื่น โดยพลิกวิกฤตการณ์โควิดให้เป็นโอกาส ทำสิ่งที่ไม่เคยทำ

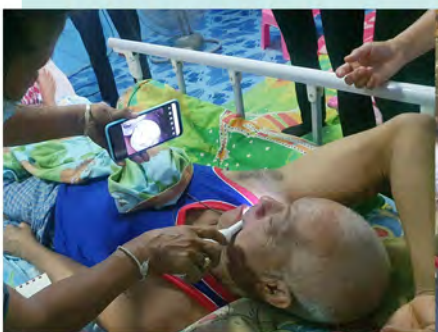


สำหรับโครงการของเรา “**ห่างไกลดูแลไม่ห่างกัน**” เริ่มต้นจากผลสำรวจว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมแต่เข้าไม่ถึงการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยในชนบทโครงการของเราจึงมีเป้าหมายคือ “**สร้างระบบให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางทันต ศาธารณสุขอย่างทั่วถึงลดระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในเดินทางมารับการรักษาทางทันตกรรม**” อุปสรรคสำคัญสำหรับโครงการนี้ คือ กล้องถ่ายรูปในช่วงปากที่ตัวกล้องสามารถถ่ายภาพในช่วงปากได้โดยตรงโทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ส่วนบุคคลลากรที่มีส่วนร่วมในโครงการคือเครือข่ายผู้ให้บริการสาธารณสุขและอส.



สิ่งที่เราต้องการจะสร้างคือ ระบบคัดกรอง “ออนไลน์” ที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องไปตรวจฟันคัดกรองกับโรงพยาบาลแต่มีเจ้าหน้าที่อาสาเข้ามาถึงบ้านถ่ายรูปด้วยกล้องถ่ายในปากชักประวัติอาการสำคัญและข้อมูลส่วนตัวเก็บภาพและข้อมูลเข้า google form จากนั้นส่งข้อมูลทาง “ออนไลน์” แล้วให้ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ประเมินความยากง่ายคร่าว ๆ ที่เหมาะสมกับความพร้อมของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ และจัดคิวไปตามโรงพยาบาลนั้นหรือตามที่ผู้ป่วยจะสะดวกไปตามวันเวลาและสถานที่ต่าง ๆ โดยปกติโรงพยาบาลใหญ่หลายที่จะมีคิวทำฟันที่นาน ทำบ่อยครั้งผู้ป่วยที่ walk-in เข้ามาได้แค่ตรวจคัดกรองแล้วก็เข้าคิว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียเวลา หากเรามีระบบคัดกรองและนัดคิวได้ทาง “ออนไลน์” จะทำให้ผู้ป่วยสะดวกมากขึ้นที่จะมารับการรักษาทางทันตกรรม

เราเริ่มทดสอบอุปกรณ์กับพนักงานในคณะโดยจำลองให้พนักงานเทียบท่า อสม. แล้วนำคำแนะนำที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขคำถามคัดกรองให้เหมาะสมมากขึ้นแล้วทดลองลงพื้นที่จริงกับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีทันตแพทย์ร่วมด้วย และ อสม. ที่อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ในวันนั้นมี อสม. 3 คนที่ได้ลองใช้ระบบ กับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3 บ้าน อสม. ทุกคนถ่ายรูปออกมาได้ค่อนข้างดี และสามารถ ใช้ google form เก็บภาพและข้อมูลอัปโหลดออนไลน์ได้ ผลตอบรับที่ได้จากผู้ป่วยแต่ละบ้านก็ออกมาดี มีบ้านหนึ่งเราถามคุณยายไปว่า “ยาย เติม 5 ยายจะให้คะแนนเท่าไร” “ยายตอบว่า โอ้ยให้ 100 ไปเลย”





เมื่อเสร็จจากการเยี่ยมชมบ้าน เราได้คุยกับบุคลากรที่โรงพยาบาลลำลูกกาถึงผลของการลงพื้นที่ อสม. ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ยังรู้สึกไม่คุ้นเคยกับการใช้กล้อง และ google form มากนัก อยากให้มีการอบรมและฝึกก่อนที่จะลงมือทำงานจริง อสม. ประเมินว่าหากฝึกฝนอย่างเพียงพอ จะสามารถถ่ายรูปได้คุณภาพของภาพ ตามที่ทันตแพทย์ต้องการ สำหรับพยาบาล ได้ให้คำแนะนำว่า ควรมียุมือเพิ่มเติมสำหรับการจัดการผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น วิธีการคุย วิธีการปฏิบัติตน อสม. ใช้กล้องตรวจบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เพราะในครั้งนี้ผู้ป่วยทั้ง 3 บ้านดูแล และกังวลเวลาใช้กล้องตรวจถ่ายภาพ สำหรับทันตแพทย์ ได้บอกว่า ชอบที่จะตรวจเองในปากแบบผู้ป่วย มาหา อย่างไรก็ตามการถ่ายรูปจะเป็นประโยชน์แน่นอนสำหรับการดูความยากง่ายของเคสแบบ คร่าว ๆ ก่อนที่จะเลือกผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลส่วนตำบลก็เพียงพอแล้ว หรือจำเป็น ต้องมาโรงพยาบาลประจำชุมชน

นอกจากนี้อาจารย์ทันตแพทย์ได้กล่าวว่าไม่ยากให้ระบบหยุดแค่การคัดกรองอาการสำคัญของผู้ป่วย แต่คิดว่าควรต่อยอดการเก็บข้อมูลเชิงลึกลักษณะ นี่เป็นแบบระดับทั่วประเทศ เก็บข้อมูลช่องปากของผู้ป่วยทุกคน ให้เหมือนเก็บข้อมูลบัตรประชาชน ถ่ายภาพช่องปากมาให้ได้ข้อมูลทั้งปากเก็บไว้ในฐานข้อมูลประเทศโดยที่ทันตแพทย์ทุกคนสามารถเรียกข้อมูลมาดูได้ผ่านแอปพลิเคชัน ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็ตาม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ เพราะเหมือนได้มีหมอทั่วประเทศ ช่วยกันวินิจฉัยวางแผนการรักษา และสามารถนัดผู้ป่วยได้ โดยมีการส่งข้อความอัตโนมัติ เมื่อทันตแพทย์ลงนัดในแอป



มาถึงผลของการดำเนินโครงการ เราได้บรรลุตัวชี้วัด 3 ข้อที่คิดไว้คือ สร้างระบบการคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูลและภาพส่งออนไลน์ได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทดสอบระบบในชุมชนและเกิดรูปแบบต่าง ๆ ของระบบคัดกรองและส่งต่อออนไลน์ ที่สอดคล้องตามบริบทต่าง ๆ ของชุมชน ซึ่งทั้งหมดที่เกิดขึ้นยังเป็นเพียงแค่ก้าวแรกเท่านั้น โครงการของเรายังห่างจากคำว่าความเป็นจริง แต่เป็นการเริ่มต้นของกันตรึมรูปแบบใหม่ กันตรึมเชิงรุกที่ทันตแพทย์ไม่ได้เข้าไปตรวจเอง แต่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้นผ่านทาง อสม. ซึ่งหากมีผู้สานต่อโครงการ และพัฒนาต่อ พวกเรามองว่าประชาชนทุกคนในประเทศไทยจะได้รับประโยชน์อย่างแน่นอน

สุดท้ายเราต้องขอบคุณทุก ๆ ฝ่ายที่ทำให้โครงการนี้เกิดขึ้นได้ ขอขอบคุณ อสม. ที่ให้ความสนใจ และผลตอบรับที่ดี ขอขอบคุณคำแนะนำจากพี่พยาบาลและอาจารย์ทันตแพทย์ในพื้นที่ ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัว ที่ให้อีกาสากับเราได้ลองโครงการ สุดท้ายขอขอบคุณอาจารย์ อีสระพงศ์ แก้วกำเนิดพรมย์อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยชี้แนะ จัดหาสถานที่และให้คำปรึกษาดลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ พวกเราหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โครงการของพวกเราจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนทุกคนในอนาคต

จัดทำโดย

นทพ. กฤตชัย ทวีชุมพล

นทพ. ธนาพวงษ์ สิกธิ์โชคตระกูล

นทพ. นารายณ์ เมมพุกฤทธิ์

นทพ. วัชรพล เอี่ยมศรี

นทพ. ศุภชัย อีสรานุสรณ์



MU NEWS

เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2564 รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานเปิดกรวยกระทงดอกไม้ถวายราชสักการะ ในพิธีลงนามถวายพระพรชัยมงคล สมเด็จพระนางเจ้าสุทิดา พัชรสุธาพิมลลักษณ พระบรมราชินี เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 43 พรรษา 3 มิถุนายน 2564 และร่วมลงนามถวายพระพร โดยมีผู้บริหารและบุคลากรเข้าร่วมงาน ณ พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพิพิธ ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา นอกจากนี้ภายในงานมีการถ่ายทอดผ่านระบบออนไลน์ Cisco Webex Meetings อีกด้วย



เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2564 รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประธานกล่าวเปิด “งานมหกรรมคุณภาพ ประจำปี 2564” โดยภายในงานมีการบรรยาย กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง รู้ลึก รู้จริงกับการทำผลงานคุณภาพให้ประสบความสำเร็จ โดย รองศาสตราจารย์ ดร. ทันตแพทย์ชูชัย อนันต์มานะ รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ และพิธีมอบรางวัลการประกวดผลงานคุณภาพ พร้อมจับรางวัลแก่ผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมงาน ผ่านระบบออนไลน์ Cisco Webex Meetings



เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2564 รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี พร้อมด้วยผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมในพิธีทำบุญครบรอบ 53 ปี วันคล้ายวันสถาปนาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ วัดราชบพิธสถิตมหาสีมารามราชวรวิหาร กรุงเทพมหานคร และจัดให้มีการถ่ายทอดสดบรรยากาศภายในงานผ่านระบบออนไลน์ Cisco Webex Meetings ให้ได้รับชมอีกด้วย



CMU NEWS

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอแสดงความยินดีกับ ศ.คลินิก ทพ.การุณ เวโรจน์ ที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เลขาธิการ
องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2564

DENT
CMU

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ขอแสดงความยินดีกับ

ศ.คลินิก ทพ.การุณ เวโรจน์

ที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เลขาธิการ
องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
ตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2564 เป็นต้นไป



คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอแสดงความยินดีกับ ผศ.ทพ.ดร.นฤมนัส คอวนิช คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประธานกรรมการ ผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ตั้งแต่วันที่
23 เมษายน 2564

DENT
CMU

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ขอแสดงความยินดีกับ

ผศ.ทพ.ดร.นฤมนัส คอวนิช
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประธานกรรมการ
ผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
ตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2564 เป็นต้นไป



CMU NEWS

ร่วมใจสู้ภัย COVID-19 ความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดอบรมเพิ่มทักษะการฉีดวัคซีน COVID-19 และการ swab สำหรับทันตแพทย์ผู้สนใจและอยากเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการฉีดวัคซีน และตรวจเชื้อแก่ประชากรใน จ.เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 18-19 พฤษภาคม 2564 ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบพระคุณ โครงการ “ลมหายใจเดียวกัน” จากกลุ่ม บริษัท ปตท.จำกัด (มหาชน) ในโอกาสสนับสนุนเครื่องช่วยหายใจแก่โรงพยาบาลทันตกรรมเพื่อใช้สนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย จำนวน 2 เครื่อง มูลค่า 870,000 บาท โดยมี ผศ.ทพ.ดร.นฤมนัส คอวนิช คณบดี พร้อมด้วย ผู้บริหารเป็นผู้รับมอบ เมื่อวันที่ 19 พ.ค.64

