ข่าวสารทันตแพทย์
DAT NEWSLETTER

ข่าวสารทันตแพทย์ ปีที่ 35 ฉบับที่ 6 ประจำเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2564 ISSN: 0857-841

เอกสารแจกฟรี

บรรณาธิการชวนคุย :)

ข่าวสารฉบับนี้เป็นฉบับประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2564 ซึ่งตรงกับช่วงที่รัฐบาลเปิดประเทศเพื่อต้อนรับนักท่องเที่ยว และนับเป็นจังหวะที่ดีที่ทางทันตแพทยสมาคม จะได้จัดการประชุมวิชาการแบบ hybrid คือมีทั้ง onsite และ online แต่เราก็ต้องมีมาตรการตามเกณฑ์ของสำนักอนามัย กทม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความไม่สะดวกบ้าง แต่ก็เพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน

ในส่วนของข่าวสารเล่มนี้ ก็ยังคงความเข้มข้นทั้งบทความวิชาการ บทความปกิณกะ และข่าวสารจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เช่นเคย แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า

สวัสดีปีใหม่ครับ

สารบัญ

บทความวิชาการ:

โพลีอีเทอร์อีเทอร์คีโตน (Polyetheretherketone) ทางทันตกรรม 5

การรักษาการบาดเจ็บของฟันและกระดูกเบ้าฟันในชุดฟันน้ำนม 8

บทความพิเศษ:

Little World of Cactus 11

บทความปกิณกะ:

ชีวิตติดความหวาน แต่ไม่เติมน้ำตาลได้ไหม? 13

บทความออกหน่วย:

การออกชุมชนในยุคโควิด-19 17

DENT NEWS 21

หนังสือข่าวสารทันตแพทย์

กองบรรณาธิการ ประสิทธิ์ ภวสันต์ อิสระพงศ์ แก้วกำเหนิดพงษ์ พิมพ์รำไพ โรจนกิจ สินธวาชีวะ สมโภช อังคณาวิริยารักษ์

ฝ่ายศิลป์ อัญมณี คงชีพา **ฝ่ายโฆษณา** ชิตศักดิ์ สุวรรณโมลี **ฝ่ายบริหาร** ชวลิต กาญจนโอภาสวงศ์

ข่าวสารทันตแพทย์

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

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

e-mail : dat.newsdental@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

SCAN ME

วันพุธที่ 15 ธันวาคม 2564

08.15 - 09.00	**พิธีเปิดการประชุม โดย นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ** **การมอบรางวัล *หลวงวาจวิทยาวัฑฒน์*** **และรางวัล *ทันตแพทยศาสตรบัณฑิตผู้มีจริยธรรมดีเยี่ยม จากกองทุน ศ.อิศระ - ทญ. ขนบพันธุ์ ยุกตะนันทน์***	***ทพ. ชวลิต กาญจนโอภาสวงศ์***
ประธาน	**ศ.ทพ.ดร. แมนสรวง อักษรนุกิจ**	
09.00 - 10.00	กัญชา สมุนไพรเพื่อสุขภาพ	ศ.ทพ.ดร. ประสิทธิ์ ภวสันต์
10.00 - 10.15	*Break*	
10.15 - 12.15	Multidisciplinary based decision making in implant dentistry	รศ.ทพ. ประเวศ เสรีเชษฐพงษ์ รศ.ทพ.ดร. อาทิพันธุ์ พิมพ์ขาวขำ อ.ทญ.ดร. วรีย์รัตน์ เจิ่งประภากร อ.ทญ. จีรภา ศรีเพ็ชรดานนท์ ทญ. ณัฐชยา ถิตะพาณิชย์
12.15 - 13.30	*พักกลางวัน*	
ประธาน	**รศ.ทพ.ดร. สรสัณห์ รังสิยานนท์**	
13.30 - 16.45	หลากหลายเคสน่ารู้: การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา *โดย ชมรมรอยโรคช่องปากแห่งประเทศไทย* *(Break เวลา 15.00 - 15.15)*	รศ.ทพ.ดร. ไกรสร ทรัพยะโตษก รศ.ทพ.ดร. ชาญวิทย์ ประพิณจำรูญ ผศ.นพ.ทพ. ธิติพงษ์ พฤกษศรีสกุล อ.ทพ.ดร. ภาสวัชร์ วิริยกิจจา

วันพฤหัสบดีที่ 16 ธันวาคม 2564

ประธาน	**รศ.ทญ.ดร. ศิริรักษ์ นครชัย**	
09.00 - 10.30	Caries fighters: SDF and fluoride toothpaste	ผศ.ทพ.ดร. พรพจน์ เฟื่องธารทิพย์ ผศ.ทญ.ดร. จรัญญา หุ่นศรีสกุล ผศ.ทญ.ดร. อ้อยทิพย์ ชาญการค้า
10.30 - 10.45	*Break*	
10.45 - 12.15	Pain and anxiety control	อ.พญ. ธันชุดา สำเภาเงิน
12.15 - 13.30	*พักกลางวัน*	
ประธาน	**ศ.ทพ. พีรนิธ กันตะบุตร**	
13.30 - 14.45	ไขมันเลว ไม่เลวอย่างที่คิด	ศ.นพ. ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา
14.45 - 15.00	*Break*	
15.00 - 17.00	งานอุดฟัน..สบายๆ สไตล์ อ. สุชิต	ผศ.ทพ.ดร. สุชิต พูลทอง อ.ทญ.ดร. ญาณี ตันติเลิศอนันต์ อ.ทพ. บุญฑริก นิยติวัฒน์ชาญชัย อ.ทพ. ดุสิต นันทนพิบูล

วันศุกร์ที่ 17 ธันวาคม 2564

การประชุมวิชาการเนื่องในโอกาสครบรอบ 50 ปี การสถาปนาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยชียงใหม่

ประธาน	**รศ.ทพ. พีรศุษม์ รอดอนันต์**	
09.00 - 10.30	Comprehensive dental treatment in daily life	ผศ.ทญ.ดร. มาริสา สุขพัทธี ผศ.ทพ.ดร. วีระพันธ์ อุ่นเมืองทอง ผศ.ทพ.ดร. คณิช ตรีภูวพฤทธิ์ ผศ.ทญ. ดรุณี โอวิทยากุล
10.30 - 10.40	*Break*	
10.40 - 12.10	รักษาผู้สูงอายุอย่างไร มองให้ไกล ไปให้ถึง	ผศ.ทญ.ดร. กันยารัตน์ คอวนิช ผศ.ทพ.ดร. จิตจิโรจน์ อิทธิชัยเจริญ ผศ.ทญ.ดร. พิมพ์เดือน รังสิยากูล
12.10 - 13.00	*พักกลางวัน*	
13.00 - 14.00	**การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2564 ของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ และการมอบรางวัลการประกวดงานวิจัย**	

การประชุมวิชาการเนื่องในโอกาสครบรอบ 50 ปี การสถาปนาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยชียงใหม่

ประธาน	**รศ.ทญ.ดร. อรุณวรรณ หล้าอุบล**	
14.00 - 15.30	Neutrocentric occlusion for complete denture: possible or not?	ผศ.ทพ.ดร. พิสัยศิษฎ์ ชัยจรีนนท์
15.30 - 15.45	*Break*	
15.45 - 16.45	รักษาทางทันตกรรมอย่างไร ในผู้ป่วยมะเร็ง	ผศ.ทพ. ชนธีร์ ชิณเครือ อ.ทพ. ยุทธการ อัศว์ไชยตระกูล

18 CE credits

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

ท่านจะได้พบปะฟังบรรยายพูดคุยซักถามวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็น expert ในหัวข้อต่างๆ

พร้อมรับประทานอาหารกลางวันที่เราแจกแบบ เบนโตะอาหารกลางวัน ท่านละ 1 กล่อง

วันพุธที่ 15 ธันวาคม 2564

Interceptive space management

ทญ. เรืองรัตน์ โกมลภิส

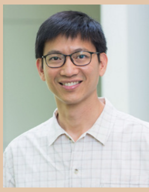
Treatment for unerupted canine

รศ.ทพ.ดร. ไชยรัตน์ เฉลิมรัตนโรจน์

เอ็นโดฯ ซุบซิบ...ทิปส์ แอนด์ ทริคส์ คุยเบาๆ กับ อ.ธารารธ

ทญ. ธารารธ สุนทรเกียรติ

All about tooth autotransplant และ ตอบปัญหาทางศัลยศาสตร์



ผศ.ทพ. ขนิษฐ์ ธเนศวร

คุยกันเรื่องงาน Perio

ผศ.ทญ. สภัทร์พร 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.ทพ. เฉลิมพล ลี้ไวโรจน์

ทำเอ็นโดฯ อย่างไรไม่ให้เครียด

รศ.ทญ.ดร. จีรภัทร จันทรัตน์

"Bleeding control in minor oral surgery" และ "การถอนฟันในคนไข้ที่ได้รับยาต้านการละลายของกระดูก"

รศ.ทญ.ดร. เกศกัญญา สัพพะเลข

Vertical dimension and bite registration

ผศ.ทพ. สรรพัชญ์ นามะโน

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

* รับจำนวนจำกัด 14 ท่าน / 1 หัวข้อการบรรยาย เท่านั้น *

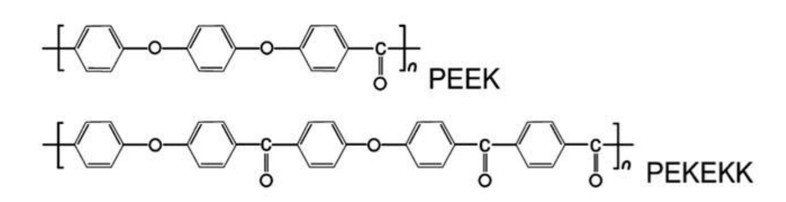
** การลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการนี้ ไม่รวมกับการลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 112 (1/2564) ดังนั้น ผู้สนใจจะเข้าร่วมโครงการนี้ ต้องลงทะเบียนแยกต่างหาก

โพลีอีเทอร์อีเทอร์คีโตน (Polyetheretherketone) ทางทันตกรรม

ผศ.ทพ.ดร.พิสัยศิษฏ์ ชัยจรีนนท์
ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

Polyarlyetherketones (PAEKs) เป็นสมาชิกใหม่ของโพลิเมอร์ในกลุ่มหลอมร้อนผันกลับได้ที่อุณหภูมิสูง (high-temperature thermoplastic polymer) ประกอบไปด้วยโครงสร้างหลักแบบสายวงแหวนอะโรมาติก (aromatic backbone molecular chain) ที่เชื่อมต่อระหว่างกันด้วยหมู่ฟังก์ชัน (functional group) ชนิดอีเธอร์ (ether) และ คีโตน (ketone) โพลิเมอร์ชนิดนี้ มี 2 ชนิด ที่นิยมใช้ในทางการแพทย์คือ พอลิอีเทอร์อีเทอร์คีโตน Poly(ether-ether-ketone) หรือ PEEK และ Poly(arly-ether-ketone-ether-ketone-ketone) หรือ PEKEKK โดยมีสูตรทางเคมีดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงสูตรทางเคมีของ PEEK และ PEKEKK

โครงสร้างทางเคมีของ PEEK มีความเสถียรที่อุณหภูมิสูง ต้านทานต่อการกัดกร่อนจากสารเคมีและรังสีรวมถึง มีความเข้ากันได้กับสารเสริมแรงหลากหลายชนิด PEEK มีลักษณะเป็นสายโซ่ตรงที่มีหน่วยมอนอเมอร์ (Monomer) 100 หน่วย มีน้ำหนักของโมเลกุล (molecular weight) 80,000-120,000 กรัมต่อโมล (g/mol) เป็นวัสดุสีขาว ที่มีความโปร่งรังสี สามารถเปลี่ยนรูปด้วยความร้อน (thermoplastic polymer) ณ อุณหภูมิห้องจะมีสถานะคล้ายแก้ว (glassy state) ซึ่งมีความแข็งและเปราะ ในช่วงอุณหภูมิ 143 องศาเซลเซียส จะมีลักษณะเป็นทรานซิชันแก้ว (glass transition phase; Tg) โดย PEEK จะอ่อนตัวและยืดตัวได้ สามารถทนความร้อนได้ถึง 335.8 องศาเซลเซียส และเมื่อถึงช่วงอุณหภูมิ 343 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นช่วงอุณหภูมิหลอมเหลวผลึก (crystalline melt transition temperature; Tm) จะเกิดการหลอมตัว นอกจากนี้ยังมีความแข็งแรงมาก

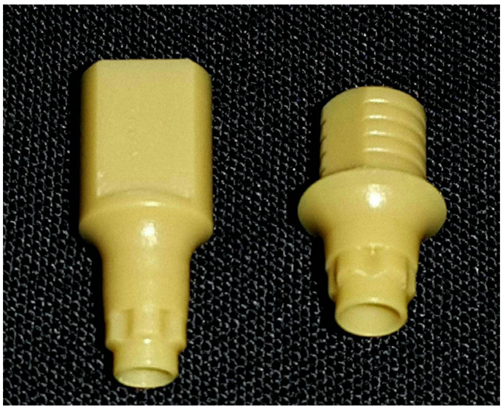
อย่างไรก็ตาม PEEK บริสุทธิ์ (pure PEEK) มีค่ามอดูลัสของสภาพยืดหยุ่น 3 ถึง 4 จิกะปาสคาล (GPa) ซึ่งมีค่าต่ำและไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้งานในบริเวณที่รับแรงสูง ดังนั้นจึงมีการปรับเปลี่ยนให้มีค่ามอดูลัสของสภาพยืดหยุ่นใกล้เคียงกับกระดูกทึบ (18GPa) หรือสารประกอบไทเทเนียม (110GPa) โดยการเสริมด้วยวัสดุอัดแทรก เช่น เส้นใยคาร์บอน และ เส้นใยแก้ว เข้าไปทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของ PEEK ได้ ในช่วงปลายของยุค 1990 PEEK โพลิเมอร์เป็นวัสดุที่น่าสนใจในกลุ่มเทอร์โมพลาสติกที่มีคุณสมบัติพิเศษ (high-performance thermoplastic) ทำให้ปัจจุบันนิยมนำ PEEK มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยในงานทันตกรรม เช่น งานทันตกรรมรากฟันเทียม การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

การนำมาใช้งานในทางทันตกรรม

1. ทันตกรรมรากเทียม (Dental Implant)

Titanium (Ti) และ Titanium alloy เป็นวัสดุที่นิยมใช้ในงานทันตกรรมรากฟันเทียมมานาน เนื่องจากมีคุณสมบัติที่เหมาะสมหลายประการ เช่น การมีคุณสมบัติทางเคมีทางกายภาพและคุณสมบัติทางกลที่ดี มีการเข้ากันได้ดีกับเนื้อเยื่อในช่องปากและมีความแข็งแรงอีกทั้งยังทนทานต่อการกัดกร่อนสูง แต่อย่างไรก็ตาม Titanium ยังเป็นวัสดุที่มีค่า elastic modulus สูงกว่ากระดูก (Titanium: 110 GPa; cortical bone: 14 GPa) โดยความแตกต่างของค่า elastic modulus ที่แตกต่างกันเกินไปนี้ทำให้เกิดแรงความเค้นรอบ ๆ กระดูกรอบรากฟันเทียม ส่งผลให้เกิดการละลายของกระดูกและนำมาสู่ผลกระทบต่าง ๆ ต่อรากฟันเทียมได้ นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงคนไข้ที่แพ้โลหะและปัญหาของการเกิดการกระเจิงของแสงรังสีในคนไข้ที่ต้องถ่ายภาพรังสี MRI หรือ CT scan นอกจากนี้ Titanium เป็นโลหะที่มีสีดำส่งผลในเรื่องความสวยงามในการใช้งานในตำแหน่งที่ต้องการความสวยงามเข้ามาเกี่ยวข้อง

มีความพยายามที่จะลดปัญหาของ Titanium ดังที่กล่าวมาโดยการเลือกใช้วัสดุต่างๆเช่น Zirconia แต่ Zirconia ก็ยังเป็นวัสดุที่มีค่า elastic modulus สูงกว่ากระดูกมาก (Zr: 100 GPa) รวมทั้งมีโอกาสเกิดการแตกหักได้จึงไม่เป็นที่นิยมใช้เพื่อทำรากฟันเทียม โดยในปัจจุบันได้มีการพัฒนาวัสดุ Polymeric compounds โดยวัสดุที่เริ่มนำมาใช้เพื่อทำรากฟันเทียมก็คือ PEEK โดยในทางทันตกรรม PEEK นิยมนำมาใช้ทำส่วน superstructure ของรากฟันเทียมเช่นส่วน abutment และส่วน healing cap (รูปที่ 2) หรือในบางบริษัทได้นำมาทำในส่วน implant body โดย PEEK มีค่า elastic modulus ประมาณ 3-18 GPa คุณสมบัติต่างๆของวัสดุจะขึ้นกับการเสริมวัสดุอัดแทรกเข้าไป



รูปที่ 2 แสดง PEEK abutment
(รูปโดย ผศ.ทพ.ดร.พิสัยศิษฎ์ ชัยจรีนนท์)

2. ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ (Removable Partial Denture)

การสูญเสียฟันธรรมชาติไปบางส่วนในช่องปาก ผู้ป่วยมักมีความต้องการใส่ฟันทดแทนเพื่อทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวดีขึ้น ป้องกันการล้มเอียงของฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ รวมถึงช่วยเพิ่มความสวยงามและสามารถออกเสียงได้ดีขึ้น การใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา ส่วนประกอบของฟันเทียมบางส่วนถอดได้ประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลักคือ ซี่ฟันเทียมและฐานฟันเทียม เมื่อแบ่งประเภทตามวัสดุที่ใช้ทำฐานฟันเทียมจะสามารถจำแนกได้เป็น 2 ชนิดหลัก ชนิดแรกคือ ชนิดฐานโลหะโดยโลหะที่นิยมนำมาใช้เป็นโลหะเจือ (metal alloy) เช่น โคบอลต์-โครเมียม (cobalt-chromium), นิกเกิล-โครเมียม (nickel-chromium) ที่มีความแข็งแรงคงทน สามารถนำความร้อนได้ดี แต่มีข้อด้อยในเรื่องความสวยงามที่มองเห็นสีของโลหะ มีน้ำหนักที่ค่อนข้างมาก อาจทำให้เกิดการแพ้หรือมีรสชาติของโลหะในผู้ป่วยบางราย ส่วนในชนิดที่สอง คือ ชนิดฐานโพลีเมอร์ (polymer) โดยโพลีเมอร์ที่นิยมนำมาใช้ คือ โพลีเมทิลเมทาคริเลต (polymethylmethacrylate, PMMA) โดยฟันเทียมชนิดบางส่วนถอดได้ฐานโพลีเมอร์นี้มีน้ำหนักเบา มีความสวยงาม ราคาถูก แต่ก็มีข้อด้อยที่มีความเปราะแตกหักได้ง่าย ไม่มีความแข็งแรงคงทน จึงมักใช้เป็นฟันเทียมชนิดชั่วคราว คุณสมบัติของวัสดุที่นิยมนำมาใช้เป็นฐานฟันเทียมชนิดบางส่วนถอดได้แสดงในตารางที่ 1

การใช้ PEEK ถือเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่แพ้โลหะ รู้สึกว่ามีรสชาติของโลหะขณะใส่ฟันเทียมและไม่ต้องการให้เห็นสีของโลหะ มีความต้องการฐานฟันเทียมที่มีสีใกล้เคียงฟันธรรมชาติ และมีน้ำหนักเบาใกล้เคียงฐานโพลีเมทิลเมทาคริเลต แต่มีความแข็งแรงคงทนต้านการสึกกร่อนและแรงบดเคี้ยวได้และไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ด้วยคุณสมบัติการเข้ากันกับเนื้อเยื่อได้ดีของวัสดุ มีความทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิสูงและมีความเสถียรทางเคมี นอกจากนี้ยังพบการสะสมของคราบจุลินทรีย์ที่ผิวของฟันเทียมได้น้อย ในฟันเทียมที่สร้างจากวัสดุชนิดนี้เนื่องจากคุณสมบัติความมันเงาของวัสดุ แสดงดังรูปที่ 3

ถึงแม้ว่าการนำ PEEK มาใช้ในทางทันตกรรมรากเทียมเริ่มมีความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆแต่คุณสมบัติบางประการยังต้องมีการศึกษาต่อไป ดังนั้นการเลือกใช้วัสดุควรเลือกใช้ให้เหมาะสมและมีการศึกษาหรือรายงานผู้ป่วยรองรับการใช้งาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณสมบัติของวัสดุที่นิยมนำมาใช้เป็นฐานฟันเทียมชนิดบางส่วนถอดได้

คุณสมบัติ	คุณสมบัติในอุดมคติ	ชนิดของวัสดุ		
		โลหะเจือ	โพลีเมทิล เมทาคริเลต	PEEK
ด้านชีวภาพ (Biological)	ไม่เป็นพิษและระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ	อาจพบการแพ้โลหะที่เป็นส่วนประกอบบางชนิด เช่น นิกเกิล	อาจพบการแพ้และระคายเคืองเนื้อเยื่อได้ จากส่วนมอนอเมอร์ที่ตกค้าง	มีความเข้ากันได้กับเนื้อเยื่อ
ด้านเชิงกล	สารถต้านทานแรงบดเคี้ยวได้ดี ควรมีค่ามอดูลัสยืดหยุ่นสูง	ค่ามอดูลัสยืดหยุ่น		
		100-220 จิกะปาสคาล	3-5 จิกะปาสคาล	3-4 จิกะปาสคาล
	ควรต้านการแตกหักได้ดี มีค่าความแข็งแรงดัดขวาง (Flexural strength) สูง	ค่าความแข็งแรงดัดขวาง		
		~ 2500 เมกะปาสคาล	~100 เมกะปาสคาล	140-170 เมกะปาสคาล
ด้านกายภาพ	สามารถนำความร้อนได้ดี ควรมีค่าสภาพนำความร้อนสูง	ค่าสภาพนำความร้อน (วัตต์/ เมตร เคลวิล)		
		9.4	0.21	0.29
ด้านอื่นๆ	มีสีใกล้เคียงเนื้อเยื่อและฟันธรรมชาติ ให้ความสวยงามที่สามารถยอมรับได้	มีความทึบแสงและมองเห็นเป็นสีของโลหะ	มีความโปร่งแสงสามารถทำให้มีสีใกล้เคียงสีของเนื้อเยื่อและฟันธรรมชาติ	มีสีขาว ใกล้เคียงสีฟันธรรมชาติ
	มีราคาไม่แพง	มีราคาสูงกว่าฐานโพลีเมทิลเมทาคริเลต	มีราคาถูก	มีราคาค่อนข้างสูง
	ควรมีน้ำหนักเบา โดยมีค่าความหนาแน่นน้อย	ค่าความหนาแน่น (กรัม/ลูกบาศก์เซนติเมตร)		
		8	1.19	1.3

การใช้ PEEK ถือเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่แพ้โลหะ รู้สึกว่ามีรสชาติของโลหะขณะใส่ฟันเทียมและไม่ต้องการให้เห็นสีของโลหะ มีความต้องการฐานฟันเทียมที่มีสีใกล้เคียงฟันธรรมชาติและมีน้ำหนักเบาใกล้เคียงฐานโพลีเมทิลเมทาคริเลต แต่มีความแข็งแรงคงทนต้านการสึกกร่อนและแรงบดเคี้ยวได้และไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ด้วยคุณสมบัติการเข้ากันกับเนื้อเยื่อได้ดีของวัสดุ มีความทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิสูงและมีความเสถียรทางเคมี นอกจากนี้ยังพบการสะสมของคราบจุลินทรีย์ที่ผิวของฟันเทียมได้น้อย ในฟันเทียมที่สร้างจากวัสดุชนิดนี้ เนื่องจากคุณสมบัติความมันเงาของวัสดุ แสดงดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 แสดง PEEK RPD Framework
(รูปโดย ผศ.ทพ.ดร.พิสัยศิษฏ์ ชัยจรีนนท์)

ถึงแม้ว่าการนำ PEEK มาใช้ในงานฟันเทียมบางส่วนถอดได้และฟันเทียมทั้งปากมากขึ้นแต่ยังต้องมีการศึกษาและติดตามผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

" เอกสารอ้างอิง "

1. Mishra, S.; Chowdhary, R. PEEK materials as an alternative to titanium in dental implants: A systematic review. Clin Implant Dent Relat Res. 2019; 21,208–222.
2. Zoidis, P.; Papathanasiou, I.; Polyzois, G. The Use of a Modified Poly-Ether-Ether-Ketone (PEEK) as an Alternative Framework Material for Removable Dental Prostheses. A Clinical Report. J. Prosthodont. 2016, 25, 580–584.
3. Stock, V.; Schmidlin, P.R.; Merk, S.; Wagner, C.; Roos, M.; Eichberger, M.; Stawarczyk, B. PEEK Primary Crowns with Cobalt-Chromium, Zirconia and Galvanic Secondary Crowns with Different Tapers—A Comparison of Retention Forces. Materials 2016, 9, 187.
4. Najeeb, S.; Zafar, M.S.; Khurshid, Z.; Siddiqui, F. Applications of polyetheretherketone (PEEK) in oral implantology and prosthodontics. J. Prosthodont. Res. 2016, 60, 12–19.
5. Rahmitasari, F.; Ishida, Y.; Kurahashi, K.; Matsuda, T.; Watanabe, M.; Ichikawa, T. PEEK with Reinforced Materials and Modifications for Dental Implant Applications. Dent. J. 2017, 5, 35.
6. Ogasawara, T.; Tsuda, T.; Takeda, N. Stress-strain behavior of multi-walled carbon nanotube/PEEK composites. Compos. Sci. Technol. 2011, 71, 73–78.
7. Young, F.A.;Williams, K.R.; Draughn, R.; Strohaver, R. Design of prosthetic cantilever bridgework supported by osseointegrated implants using the finite element method. Dent. Mater. 1998, 14, 37–43.
8. Chrystie, J.A. Principles of clasp retention: A review. Aust. Dent. J. 1988, 33, 96–100.
9. Osada, H.; Shimpo, H.; Hayakawa, T.; Ohkubo, C. Influence of thickness and undercut of thermoplastic resin clasps on retentive force. Dent. Mater. J. 2013, 32, 381–389.

การรักษาการบาดเจ็บของฟันและกระดูกเบ้าฟันในชุดฟันน้ำนม

Traumatic injuries to teeth and alveolar bone in primary dentition

ผศ.ทพญ. วรรณภา จินาเดช
ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อุบัติเหตุที่เกิดกับฟันน้ำนมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ การบาดเจ็บบริเวณช่องปากในเด็กวัย 0-6 ปี พบได้มากเป็นอันดับที่สองหรือ 18 เปอร์เซ็นต์ของการบาดเจ็บทางร่างกายทั้งหมด (Somatic injuries) และการบาดเจ็บต่อฟันจัดเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยที่สุดของการบาดเจ็บบริเวณช่องปาก ตามด้วยการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อน ดังนั้นทันตแพทย์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสมต่อฟันน้ำนมที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งมีความพิเศษ แตกต่างจากการจัดการในฟันแท้ที่ได้รับบาดเจ็บ เพราะนอกจากจะมีผลต่อตัวฟันและเนื้อเยื่อรองรับโดยรอบแล้ว สิ่งที่ทันตแพทย์ต้องพึงระวังก็คือ การบาดเจ็บต่อฟันน้ำนมอาจจะส่งผลต่อหน่อฟันแท้ที่อยู่ข้างใต้ ดังนั้นการติดตามผลการรักษาอย่างเหมาะสม ตลอดจนทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดในระยะยาวต่อผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทันตแพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ และหากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันท่วงที จะสามารถลดความรุนแรงของผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นต่อหน่อฟันแท้ได้

อุบัติการณ์และสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บต่อฟันน้ำนม

การเกิดการบาดเจ็บต่อฟันน้ำนม มักจะพบได้บ่อยในเด็กซึ่งอายุต่ำกว่า 3 ปี เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่เด็กกำลังเรียนรู้ที่จะหัดเดินวิ่ง จึงมีโอกาสล้มได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฉีกขาดของเหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก มักจะเกิดกับเด็กทารกที่หัดเดินและล้มโดยดูดขวดนม (Bottle) ดูดจุกนมหลอก (Pacifier) หรือ ถือแก้วหัดดื่ม (Sippy cups) ไปด้วย หรืออาจจะพบได้ในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Special health care needs) เช่น เด็กที่เป็นโรคลมชัก การพัฒนาช้าหรือโรคสมาธิสั้น เป็นต้น สำหรับผลต่อฟันแท้ก็พบได้บ่อยหากการบาดเจ็บต่อฟันน้ำนมเป็นแบบหลุดออกจากเบ้าฟัน (Avulsion) หรือถูกดันเข้าสู่เบ้าฟัน (Intrusion) ที่อายุระหว่าง 1-3 ปี การเกิดการหักของตัวฟันหรือรากฟันจะพบได้น้อยในฟันน้ำนม ทั้งนี้เนื่องจากกระดูกรองรับฟันที่ยังบางและมีความยืดหยุ่นค่อนข้างสูง ในเด็กวัยนี้การบาดเจ็บมักจะเกิดซ้ำ ๆ ดังนั้นการตัดสินใจเรื่องการรักษาต้องคำนึงถึงหลาย ๆ ปัจจัยร่วมด้วย ยกตัวอย่างเช่น เวลาในการหลุดของฟันน้ำนมซี่นั้น ๆ ความสามารถในการให้ความร่วมมือของเด็กต่อการรักษา การสบฟัน เป็นต้น

ชนิดของการบาดเจ็บที่เกิดกับฟัน แบ่งออกเป็น 3 แบบดังนี้

1. การบาดเจ็บจากการแตกหักของฟัน (Fracture injuries)
2. การบาดเจ็บจากฟันเคลื่อนเหตุแรงกระแทก (Luxation injuries)
3. การบาดเจ็บต่อเหงือกและเยื่อบุช่องปาก (Injuries to gingiva or oral mucosa)

การบาดเจ็บจากการแตกหักของฟัน (Fracture injuries)

สิ่งที่ต้องทำเป็นอันดับแรกคือ ประเมินว่าเศษฟันที่แตกหักออกไปนั้นไปฝังอยู่บริเวณริมฝีปาก ลิ้น หรือกระพุ้งแก้มหรือไม่ สังเกตได้จากการบวมของ soft tissue และมีลักษณะคลำแข็งเป็นก้อน กรณีที่สงสัยสามารถถ่ายภาพรังสีเนื้อเยื่ออ่อนเพื่อตรวจสอบว่ามีการฝังคุดของเศษฟันเหล่านั้นหรือไม่ ซึ่งสามารถถ่ายภาพทางรังสีโดยใช้ฟิล์มวางในช่องปาก (Intra-oral examination) บริเวณที่สงสัย และลด exposure time ลงจากปกติ ร้อยละ 25 กรณีที่วางฟิล์มนอกช่องปาก (Extra-oral examination) ให้ลด exposure time ลงจากปกติร้อยละ 50

- **Crown fracture/Crown root fracture**

ให้ประเมินว่าการแตกหักของฟันสามารถบูรณะได้หรือไม่ กรณีที่บูรณะไม่ได้ให้เลือกการรักษาเป็นการถอนฟัน แต่หากประเมินแล้วว่าสามารถบูรณะได้ ให้พิจารณาต่อว่าการแตกหักของตัวฟันนั้นมีการแตกหักที่ทะลุโพรงประสาทฟันหรือไม่ (Complicated crown fracture) หากมีการทะลุจำเป็นต้องให้การรักษาโพรงประสาทฟันก่อน ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่ direct pulp capping, partial pulpotomy, pulpotomy หรือ pulpectomy ทั้งนี้ขึ้นกับ exposure site, ระยะเวลาที่เกิดการบาดเจ็บและเวลาที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ เพื่อประเมินความมีชีวิตของฟัน ยกตัวอย่างเช่น หากเกิดการบาดเจ็บเป็นระยะเวลายาวนานหลายอาทิตย์ ผู้ป่วยเกิดอาการปวดฟันแบบ spontaneous pain การรักษามักจะเป็นการทำ pulpectomy เป็นต้น การพิจารณาเลือกการรักษาสำหรับ crown-root fracture พิจารณาเช่นเดียวกับ crown fracture แต่ประเด็นสำคัญคือ หากนำชิ้นส่วนที่มีการแตกหักออกไปแล้ว ยังสามารถบูรณะได้หรือไม่ หากประเมินแล้วการแตกหักอยู่ต่ำจากขอบเหงือกมากเกินไป มักจะไม่สามารถบูรณะได้ การรักษามักจะเป็นการถอนฟัน

- **Root fracture**

การให้การรักษาให้ประเมินว่าการแตกหักของรากฟันนั้นทำให้เกิดการโยกหรือเคลื่อนในส่วนของตัวฟันมากน้อยแค่ไหน มี occlusal interference หรือไม่ และพิจารณาดังนี้

◆ ไม่มี occlusal interference: รักษาโดยทิ้งให้เกิด spontaneous reposition

◆ มี occlusal interference เล็กน้อย: สามารถฉีดยาชาและใช้นิ้วค่อยๆ ดันตัวฟันกลับไปยังตำแหน่งเดิม หากตัวฟัน stable ไม่จำเป็นต้อง splint กรณีที่ตัวฟันไม่ stable ในตำแหน่งใหม่ให้ทำการ splint ฟันโดยใช้ flexible splint 4 สัปดาห์

◆ มี severe displacement และ occlusal interference มาก: ให้พิจารณาถอนฟันโดยสามารถถอนเฉพาะในส่วนของตัวฟัน และทิ้งส่วนของรากฟันให้มีการละลายไปตามธรรมชาติได้ เนื่องจากการพยายามเอาเศษรากฟันออก อาจจะไปกระทบกระเทือนต่อหน่อฟันแท้ข้างใต้ได้

- **Alveolar bond fracture**

กระดูกเบ้าฟันเกิดการแตกหัก สังเกตว่าหากเกิดการบาดเจ็บชนิดนี้ฟันมันจะมีการเคลื่อนไปจากตำแหน่งเดิมพร้อม ๆ กันทั้ง segment หรือมากกว่า 1 ซี่ การบาดเจ็บชนิดนี้ต้องการการรักษาที่เร่งด่วนเนื่องจากหากทิ้งไว้นาน หรือได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้ไม่สามารถเคลื่อนกระดูกเบ้าฟันกลับไปยังตำแหน่งเดิมได้ รักษาได้โดยการฉีดยาชาและใช้นิ้วมือดันกระดูกเบ้าฟันที่แตกให้กลับไปยังตำแหน่งเดิมและผู้ป่วยสามารถสบฟันได้สนิทเหมือนเดิม และต้องทำการ splint โดยใช้ flexible splint อย่างน้อย 4 สัปดาห์

การบาดเจ็บจากฟันเคลื่อนเหตุแรงกระแทก (luxation injuries)

เป็นการบาดเจ็บที่มีแรงมากระทำกับฟันและเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะปริทันต์รอบ ๆ รากฟัน อาจมีการโยก หรือมีการเคลื่อนขยับในแนวต่าง ๆ ร่วมด้วย การบาดเจ็บแบบ luxation ที่ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา เพียงแต่ต้องติดตามดูอาการทางคลินิกหรือการเปลี่ยนแปลงทางภาพถ่ายรังสี คือ concussion และ subluxation ดังนั้นควรถ่ายภาพทางรังสีอย่างน้อยหนึ่งฟิล์มเพื่อเป็น baseline สำหรับกรณีที่อาจจะเกิด unfavorable outcomes ในอนาคต เช่น ตัวฟันเปลี่ยนสี หรือมีการอักเสบติดเชื้อ เป็นต้น สำหรับการบาดเจ็บแบบ luxation ชนิดอื่น ๆ มักต้องการการรักษาดังต่อไปนี้

▶ Intrusive luxation

คือฟันมีการเคลื่อนขยับในทิศทางเข้าสู่กระดูกเบ้าฟัน การรักษาคือติดตามดูอาการ โดยควรถ่ายภาพรังสีเบื้องต้นไว้ก่อนอย่างน้อยหนึ่งฟิล์มเพื่อดูว่าระดับการเคลื่อนของฟันมากน้อยแค่ไหน ในปัจจุบันแนวการปฏิบัติที่แนะนำโดย International association of dental traumatology guidelines (IADT) ได้แนะนำว่า ไม่ควรรักษาโดยการถอนฟันแม้ว่าทิศทางการเคลื่อนของฟันจะเป็นในแนวที่อาจกระทบกระเทือนต่อหน่อฟันแท้ข้างใต้หรือไม่กระทบก็ตาม เนื่องจากมีหลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่าน ๆ มาพบว่า การพยายามเข้าไปถอนฟันที่ถูกดันเข้าไปในเบ้าฟันนั้น อาจจะไปกระทบกระเทือนต่อหน่อฟันแท้ข้างใต้ได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าฟันน้ำนมที่ถูกดันเข้าไปในเบ้าฟันสามารถเกิด spontaneous re-eruption ได้เองโดยใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน หรือในบางกรณีอาจใช้เวลามากถึง 1 ปี สำหรับ unfavorable outcome ที่เกิดได้บ่อยคือ ankylosis ดังนั้นต้องมีการติดตามการบาดเจ็บอย่างเหมาะสม

▶ Extrusive luxation

คือการบาดเจ็บที่ฟันมีการเคลื่อนออกจากเบ้าฟัน การรักษาประเมินได้โดยหากพบว่าฟันมีการเคลื่อนขยับออกจากเบ้าฟันมากกว่า 3 มิลลิเมตร ให้เลือกการรักษาโดยการถอนฟัน กรณีที่น้อยกว่า 3 มิลลิเมตร ให้ประเมินว่ามี occlusal interference มากหรือไม่ สามารถกัดสบฟันได้ตามปกติหรือไม่ หากมี occlusal interference เพียงเล็กน้อย สามารถทิ้งไว้ให้เกิด spontaneous reposition เองได้

▶ Lateral luxation

คือการบาดเจ็บที่เกิดการเคลื่อนขยับไปในทิศทางนอกเหนือจากแนวแกนฟัน (long axis) ให้สังเกตจากตัวฟัน หากมีการเคลื่อนขยับไปในทิศทางไหน รากฟันจะเคลื่อนไปในทิศทางตรงกันข้าม เช่นตัวฟันถูกดันไปทางเพดานปาก รากฟันจะถูกดันไปทางริมฝีปาก เป็นต้น

การรักษาให้ประเมินจากการมี occlusal interference ดังต่อไปนี้

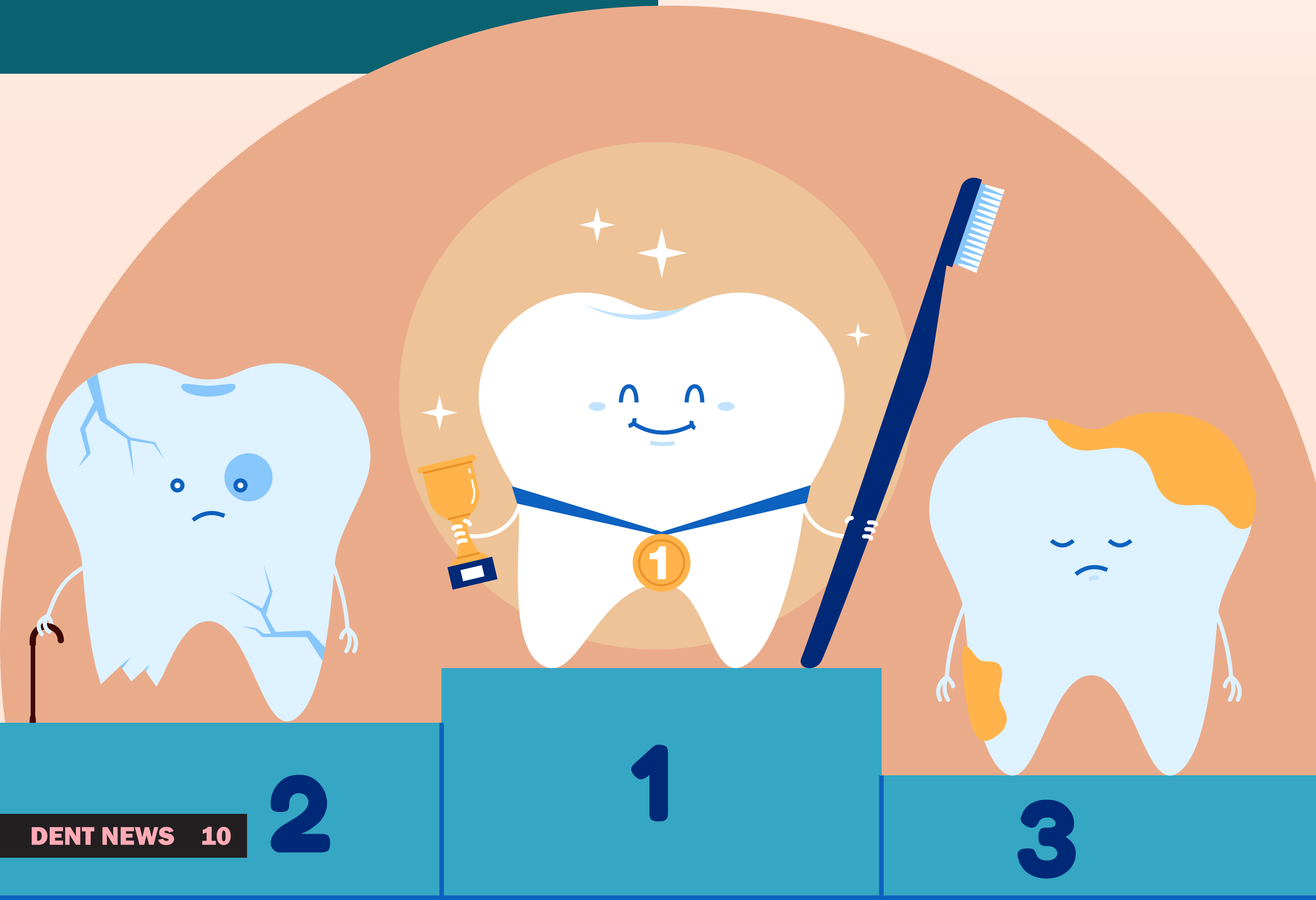
- ไม่มี occlusal interference หรือมีเพียงเล็กน้อย: รักษาโดยทิ้งให้เกิด spontaneous reposition
- มี occlusal interference มาก (สังเกตจากไม่สามารถสบฟันได้): สามารถฉีดยาชา และใช้นิ้วค่อยๆ ดันตัวฟันกลับไปยังตำแหน่งเดิม หากตัวฟัน stable ไม่จำเป็นต้อง splint กรณีที่ตัวฟันไม่ stable ในตำแหน่งใหม่ให้ทำการ splint ฟันโดยใช้ flexible splint 4 สัปดาห์หรือ หากกรณีที่เด็กเล็กมากและไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ ผู้ปกครองไม่ต้องการการรักษา หรือจำนวนฟันไม่มากพอให้ splint สามารถเลือกการรักษาโดยการถอนฟันได้
- มี severe displacement และ occlusal interference มาก: ให้พิจารณาถอนฟัน

▶ Avulsion

คือการบาดเจ็บที่ฟันถูกแรงกระแทกและหลุดออกมาจากเบ้าฟัน สิ่งสำคัญคือต้องถามผู้ปกครองเสมอว่าฟันที่หลุดออกมาหาเจอหรือไม่ กรณีที่หาไม่เจอให้พึงระวังเนื่องจากฟันอาจจะหลุดลงไปในหลอดลมได้ ควรสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการของภาวะหายใจอุดกลั้นหรือไม่ กรณีที่หาฟันไม่เจอทันตแพทย์ควรส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อทำ chest x-ray เสมอ กรณีที่หาฟันเจอไม่ควรใส่กลับเข้าไปทุกกรณี เนื่องจากอาจทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อหน่อฟันแท้ข้างใต้ หรือเกิดการอักเสบติดเชื้อจากตัวฟันน้ำนมที่ใส่กลับเข้าไป

เอกสารอ้างอิง

1. Day PF, Flores MT, O'Connell AC, et al. International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in primary dentition. Dental Traumatology 2020; 36(4):343-359.
2. Holan G. Development of clinical and radiographic signs associated with dark discolored primary incicors following traumatic injuries: a prospective controlled study. Dental Traumatology 2004; 20: 276-287.
3. Thibodeau B, Martin T. Pulp revascularization of a necrotic infected immature permanent tooth: case report and review of the literature. Pediatr Dent 2007; 29(1):47-50.
4. Day PF, Duggal MS. A multicentre investigation into the role of structured histories for patients with tooth avulsion at their initial visit to a dental hospital. Dent Traumatol. 2003; 19: 243– 7.
5. Lauridsen E, Blanche P, Yousaf N, Andreasen JO. The risk of healing complications in primary teeth with extrusive or lateral luxation - A retrospective cohort study. Dent Traumatol. 2017; 33: 307– 16.



เรียบเรียงโดย ทพ. วุฒิพงษ์ เหล่าอมต

Little world of cactus

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันเพิ่งเริ่มเลี้ยงพวกต้นกระบองเพชร สาเหตุเพราะการที่อยากมีพื้นที่สีเขียวให้กับระเบียงคอนโด แต่ฉันไม่ได้นอนที่นั่นทุกคืน เมื่อลองปลูกต้นไม้ปกติทั่ว ๆ ไปที่ต้องการการรดน้ำทุกวันหรือวันเว้นวัน มันจึงเหี่ยวเฉาตายไปอย่างน่าสงสารและทำให้ฉันรู้สึกผิดต่อชีวิตพืชที่ไม่สามารถแสดงอาการทรมานออกมาให้สังเกตเห็นและได้แต่สิ้นใจตายไปอย่างเงียบ ๆ ฉันจึงเริ่มคิดได้ว่าพืชทนทานตายยากอย่างพวกกระบองเพชรที่ทนความแห้งแล้งได้ดีจึงน่าจะเหมาะกับคนงานยุ่งและไม่ได้อยู่ที่คอนโดทุกวันอย่างฉัน

ฉันเริ่มต้นด้วยการไปตลาดต้นไม้สนามหลวงสอง และเลือกเอาต้นเล็ก ๆ 5 ต้นที่ราคาไม่แพงนัก โดยไม่มีความรู้ความเข้าใจใด ๆ ทั้งสิ้น

เลือกจากความถูกชะตาและเลือกเพราะมันเข้ากันได้ดีกับกระถางดีไซน์มินิมอลที่ฉันเดินไปซื้อมาจากอีกร้าน จากนั้นก็หอบหิ้วพวกมันกลับคอนโดด้วยใจตื้นตัน โอ้ นี่ห้องของฉันจะสมบูรณ์ขึ้นด้วยสิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ทั้ง 5 นี้แล้ว ฉันรดน้ำให้พวกมันสามสี่วันครั้งตามที่คนขายบอก ส่วนเรื่องดินปลูกอะไรนั้นฉันไม่รู้รายละเอียดใด ๆ ยังนึกอยู่หน่อย ๆ ด้วยซ้ำว่ากระถางเล็กแค่นี้มันคงไม่โตและอยู่อย่างกระจุ๋มกระจิ๋มเช่นนี้ไปชั่วกัลปวสานแบบเดียวกับไม้ประเภทบอนไซและแน่นอนที่สุดว่าฉันคิดผิดทั้งหมด

บ่ายวันหนึ่งหลังจากฉันซื้อพวกมันมาได้ราวสองสัปดาห์ เพื่อน ๆ หมอฟันมาเที่ยวเล่นที่ห้องของฉัน หนึ่งในนั้นเริ่มเลี้ยงกระบองเพชรมาได้หนึ่งปี นางปรี่เข้ามาชื่นชมต้นเล็ก ๆ ทั้ง 5 ต้นของฉันอย่างรักใคร่ แต่เมื่อนางยกกระถางขึ้นมาพิศสังเกตดู นางก็บอกว่าฉันดูแลพวกมันไม่ถูกต้อง ลำต้นที่เริ่มยืดยาวของมันไม่ใช่การเจริญเติบโตอย่างที่ฉันเข้าใจและภูมิใจในการดูแลของฉันที่มีต่อพวกมัน แต่เป็นอาการได้รับแสงสว่างไม่พอจนต้องพยายามยืดลำต้นเข้าหาแสงอาทิตย์ หนามของต้นหนึ่งเปลี่ยนจากสีเหลืองทองเป็นสีขาวซีดเพราะขาดแสง

นางแนะนำให้ฉันไปลงทะเบียนเรียนเวิร์คช็อปมือใหม่หัดปลูกต้นกระบองเพชรกับนาง ตอนแรกฉันได้แต่งง ๆ ว่ากับอีแค่จะปลูกอะไรพวกนี้ถึงกับต้องไปลงคอร์สเรียนเลยเหรอ แต่สุดท้ายนางก็ลงทะเบียนพร้อมจ่ายเงินค่าเรียนเผื่อฉัน ฉันจึงต้องไปเรียนอย่างเลี่ยงไม่ได้และไปสายถึง 30 นาที ในห้องเรียนครูสอนให้ฉันลองดึงต้นกระบองเพชรออกจากกระถาง ตัดแต่งราก สอนวิธีเปลี่ยนดิน และสอนพื้นฐานการปรุงดินสำหรับกระบองเพชรโดยเฉพาะ สอนการตัดต่อต้นหนึ่งกับอีกต้นหนึ่งหรือที่เรียกว่าการ graft สอนเพาะเมล็ดและผสมเกสรดอกไม้ จริง ๆ แล้วฉันเพิ่งรู้ด้วยซ้ำในวันนั้นว่ากระบองเพชรออกดอกได้ด้วย นับว่าฉันเป็นนักเรียนที่มีพื้นฐานที่ค่อนข้างเลว แต่หลังจากเรียนจบวันนั้นชีวิตฉันก็ไม่เหมือนเดิมอีกเลยตลอดกาล

จากกระบองเพชรต้นเล็ก ๆ 5 ต้นกลายเป็นร้อยกว่าต้น ภายในเวลาเพียง 2 เดือน ฉันซื้อโรงเรือนขนาดเล็กชนิดประกอบเอง 3 หลังมาวางไว้ที่ระเบียงคอนโด เก้าอี้สูง 2 ตัวที่ฉันตั้งใจจะเอาไว้นั่งจิบเครื่องดื่มกับเพื่อนอย่างเป็นส่วนตัวยามวิกาลก็ถูกยกออกไปแจกจ่ายให้ผู้อื่นเพื่อเคลียร์พื้นที่สำหรับพวกมัน พวกมันไม่ใช่ของประดับห้องสไตล์มินิมอลอย่างที่ฉันตั้งใจอีกต่อไป ฉันคลั่งพวกมัน หลงรักพวกมัน สะสมพวกมัน อ่านหนังสือเกี่ยวกับพวกมัน เฝ้าครุ่นคิดถึงแต่เรื่องของพวกมันทั้งวัน และยินดีกับวันที่แสงอาทิตย์แผดเปลวระอุเดือดทั้ง ๆ ที่แต่ก่อนฉันออกจะเกลียดวันที่อากาศร้อนจากเพลิงนรกของแสงแดดอย่างนั้น ในช่วงเวลานั้นเองขณะที่ต้นกระบองเพชรของฉันต่างเติบโตขึ้นอย่างแข็งแกร่งและผลิดอกงดงามให้ฉันชื่นใจและภูมิใจในตัวเองที่สามารถเลี้ยงมันรอดได้สมบูรณ์

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างสายพันธุ์ของกระบองเพชรที่น่ารักน่าเอ็นดู เผื่อจะมีใครสนใจอยากลองเลี้ยงแล้วตกเป็นทาสน้องหนามเหมือนกับฉัน มันสนุกและผ่อนคลายความเครียดได้ดีมาก โดยเฉพาะกับอาชีพอย่างพวกเราที่มีแรงกดดันจากการทำงานสูง มาลองปลูกเลี้ยงกระบอกเพชรกันเถอะนะ

1. Astrophytum asterias น่ารักแบน ๆ ไม่มีหนาม บางต้นมีขนปุยฟู ออกดอกสีเหลืองตอนฤดูร้อน ชอบความแห้ง ใช้ดินโปร่ง ๆ และให้น้ำทุก 7 วันก็พอ

2. Lophophora fricii หรือชื่อเล่นคือน้องซาลาเปา เป็นกระบองเพชร หรือแคคตัสที่ไม่มีหนาม แต่เป็นตุ่มขนปุย ๆ ฟู ๆ ผิวต้นนุ่มนิ่มน่ารักอวบอ้วน แถมให้ดอกสีชมพูหวานสวย ออกดอกง่ายถ้าเลี้ยงไว้ในที่ที่แสงแดดเพียงพอและความชื้นต่ำ ๆ ดินต้องโปร่งมาก และ ห้ามรดน้ำมากเกินไป เพราะเน่าง่าย

3. Mammillaria lenta แมมมิลาเรียนั้นเป็นสายพันธุ์ที่มีความหลากหลายสูงมาก แต่มีความน่ารักน่าเอ็นดู ชอบอากาศถ่ายเทดี แสงแดดจัด และห้ามให้น้ำบ่อย ออกดอกในช่วงอากาศเย็น มักออกดอกกันตอนปลายปีถึงต้นปีที่มีลมหนาวและแสงแดดสีทอง แมมมิลาเรีย เลนต้า ถือเป็นราชินีแห่งแมมมิลาเรีย เพราะเมื่ออยู่ในสภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงจะให้ดอกรอบ ๆ หัวเหมือนมงกุฎดอกไม้ เจอแบบนี้เข้าไป ใครจะอดใจไม่หลงรักไหวล่ะเนาะ

4. Mammillaria schumannii เป็นแมมมิลาเรียที่อึด อดทน ราคาไม่แพง เลี้ยงไม่ยากนัก ให้ดอกสีชมพูเข้มสดใส สะกดสายตา มองเพลิน ๆ ลืมเรื่องกลุ้มใจไปหมด

5. Ariocarpus kotschoubeyanus เป็นกระบองเพชรที่เหนือจินตนาการของเราว่ากระบองเพชรต้องเป็นลำหรือกลม ๆ แล้วมีหนาม แต่อริโอคาปัสนั้นกลับมีโครงสร้างเหมือนใบ ซึ่งจริง ๆ ไม่ใช่ใบแต่เป็น tubercle สายพันธุ์คอทชูบุยยานัสนั้นมีขนาดเล็ก มีใบ แผ่แบนราบไปกับผิวดิน ออกดอกช่วงฤดูหนาว เหมือนน้ำพุอันสดใสใจกลางต้น สวยงามแปลกตา อาจหาซื้อยากหน่อย ปลูกเลี้ยงเหมือนสกุลโลโฟโฟร่า

6. Ariocarpus fissuratus cv. Godzilla พัฒนาสายพันธุ์โดยชาวญี่ปุ่น ที่คัดต้นผสมพันธุ์จนได้ลักษณะผิวที่ยับขรุขระเป็นพิเศษ จึงมีชื่อเล่นเรียกว่าก๊อตซิล่า ด้วยความที่มีผิวยับเหมือนกัน (คนไทยบางคนบอกเหมือนบร็อคโคลี่มากกว่า) สวยงามแปลกตา แต่หาซื้อยากและมีราคาสูงให้ดอกช่วงหน้าหนาวเช่นเดียวกัน

7. Gymnocalycium mihanovichii เป็นแคคตัสที่ผ่านการคัดเลือกลักษณะ และผสมหลายครั้งจนได้ความต่างที่แสดงออกมาในรูปสีแดง ชมพู เหลือง ส้ม น้ำตาล ม่วง บางลักษณะสามารถผลิตซ้ำได้อีกหลายรุ่นจนสามารถตั้งชื่อเฉพาะโดยเป็นที่ยอมรับได้ เช่นในภาพคือ pink diamond ส่วนยิมโนคาลิเซียมสีเขียวล้วน ๆ จะราคาไม่แพง ข้อดีคือความทน อึด ปลูกเลี้ยงไม่ยาก เป็นที่นิยมในหมู่นักเลี้ยง

ชีวิตติดความหวาน แต่ไม่อยากเติมน้ำตาลได้ไหม?

มายด์มิ้งค์ ผู้ชายสามมิติ

สวัสดีเพื่อน ๆ ผู้อ่านทุกท่าน ตอนที่ผมกำลังคิดเรื่องที่จะมาเล่าในวันนี้ ก็เพิ่งเข้าสู่เดือนสิงหาคม เป็นระยะเวลากว่า 18 เดือนแล้ว ท่ามกลางสถานการณ์ที่คนไทยทั้งประเทศ (และชาวโลก) ต้องประสบความยากลำบาก หันไปทางไหนก็ได้ยินแต่เสียงบ่น กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยขับเคลื่อนเศรษฐกิจและหล่อเลี้ยงชีวิตต้องหยุดชะงัก บางรายถึงขั้นปิดกิจการ จะใช้คำว่าชีวิตขมขื่นกับหลาย ๆ คนคงไม่เกินจริงไปนัก แต่ก่อนที่ผมจะดึงอารมณ์ของท่านให้ดิ่งลงไปกว่านี้ ผมขอกลับเข้ามาสู่เรื่องที่ผมตั้งใจจะนำมาฝากวันนี้ก่อนดีกว่าครับ

พูดถึงความขมขื่น สิ่งที่ช่วยเติมความรื่นรมย์ เพิ่มพลังชีวิตให้เราได้เป็นอย่างดีในเวลานี้ คงไม่พ้นการสรรหาของอร่อยมาปรนเปรอตัวเอง หลายคนคงอดคิดถึงขนมหวานไม่ได้ และในยุคที่ใคร ๆ ก็สามารถเปิดร้านขายขนมได้ ทำให้คนที่มีฝีไม้ลายมือในการเข้าครัว ต่างพากันปล่อยของ ปลดล็อคสกิลกันจนบางทีก็อดสงสารคนที่กำลังลดน้ำหนักไม่ได้ ทั้ง Instagram, Tiktok, Facebook แม้กระทั่งไลน์กลุ่มหมู่บ้าน มีแต่ของอร่อยคอย feed เข้ามายั่วน้ำลายทุกครั้งที่เปิดดู ยิ่งต้อง Work from home ทำงานไม่เป็นเวลา มีเวลาอยู่หน้าจอมากกว่าปกติ แยกชีวิตส่วนตัวออกจากการทำงานแทบไม่ออก แถมยังขยับร่างกายน้อยเหลือเกิน ลุกออกมาจากเตียงปุ๊บก็ถึงโต๊ะทำงานปั๊บ ถึงเวลาทานข้าว ขยับตัวไม่ถึง 10 ก้าวก็ถึงโต๊ะอาหาร จนนึกว่าตัวเองเหมือนจระเข้นอนอาบแดด... ขยับตัวน้อยเหลือเกิน... ผมลองนึกเปรียบเทียบกับตัวเอง ตอนที่ยังไม่มีโรคโควิด ผมทำงาน Desk job เป็นพนักงานออฟฟิศ นับก้าวเดินทั้งวันเฉลี่ยประมาณ 10,000 – 12,000 ก้าว หลังจากเปลี่ยนมานั่งทำงานที่บ้านเหลือแค่วันละ 2,000 – 3,000 ก้าว น้ำหนักขึ้นมา 5 กิโลกรัมภายใน 2 เดือน มาลองทบทวนหาสาเหตุดู นอกจากเรื่องเราขยับตัวน้อยลงก็คงจะเป็นความเครียดสะสมจากการทำงานอยู่กับบ้านแบบที่เราไม่รู้ตัว สุดท้ายต้องไปละบายลงที่ Shopee, Lazada และร้านขายขนมออนไลน์ต่าง ๆ นี่แหละครับ

ที่มา : https://www.csdlabservices.com/2019/article-2/

ดูเหมือนว่ากลไกธรรมชาติของพฤติกรรมของมนุษย์เอง ก็เป็นสาเหตุที่สอดคล้องกับสถานการณ์นี้ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นเราจะหาทางปลดปล่อยความเครียดเหล่านั้นผ่านกิจกรรมการบริโภค หลาย ๆ ครั้งที่เรา CF ของจาก IG อย่างไร้เหตุผล รู้ตัวอีกทีตอนเห็นยอดเงินในบัญชีหรือถ้าเป็นเรื่องอาหารการกิน เราก็มีแนวโน้มที่จะชื่นชอบและมีความสุขจากของหวาน ๆ มัน ๆ เค็ม ๆ เป็นพิเศษ มารู้สึกตัวอีกที ตอนที่ตัวเลขบนตาชั่งมันพุ่งขึ้นจนน่าตกใจ เหตุผลทางด้านวิวัฒนาการที่รองรับเรื่องนี้ก็คือตลอดเวลาหลายแสนปีที่ผ่านมา มนุษย์เอาชีวิตรอดได้จากการล่าสัตว์ วันไหนล่าได้ก็อิ่มท้อง วันไหนล่าไม่ได้ก็ต้องอดทนกับความหิว ดังนั้นมนุษย์จึงโหยหาอาหารที่ให้พลังงานมาก ๆ อิ่มนาน ๆ อย่างไขมันและอาหารที่มีรสหวาน รวมไปถึงรสเค็มที่จำเป็นสำหรับกลไกการเก็บกักน้ำในเซลล์ร่างกาย ตรงกันข้ามกับอาหารรสเปรี้ยวและขม ซึ่งมักจะเป็นรสของอาหารที่เน่าเสียหรือมีพิษ ที่มนุษย์สมัยก่อนได้เรียนรู้สิ่งเหล่านี้ และถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านทาง DNA มารุ่นสู่รุ่นจนถึงพวกเราในปัจจุบัน

อธิบายกลไกการใช้พลังงานจากน้ำตาลของร่างกายสรุปสั้น ๆ ได้ว่า อาหารประเภทแป้งและน้ำตาลจะให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี่ต่อกรัม เมื่อเรารับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเข้าไป ร่างกายเราจะย่อยสารอาหารเหล่านั้นเป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวหน่วยเล็ก ๆ เรียกว่ากลูโคส เก็บไว้ในกล้ามเนื้อและตับเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานหลัก โดยเฉพาะสมอง ซึ่งใช้พลังงานจากกลูโคสมากถึงร้อยละ 20 – 25 เทียบกับพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายใช้ในแต่ละวัน รวมถึงกิจกรรมทางร่างกายที่ใช้พลังงานสูง อย่างการออกกำลังกายหรือการออกแรงยกของหนัก ๆ และถ้าเราใช้พลังงานเหล่านั้นไม่หมด ร่างกายก็จะนำเอาพลังงานส่วนเกิน ไปเก็บไว้เป็นพลังงานสำรอง ในรูปของไขมัน ซึ่งจะถูกดึงออกมาใช้เป็นพลังงานหลักในกิจกรรมเบา ๆ อย่างเช่นการหายใจ การนอน หรือการออกกำลังกายประเภท Low intensity exercise

ต้องขอบคุณวิทยาการด้านโภชนาการ ที่ทำให้เรารู้ว่าของหวานมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (และเผ่าพันธุ์) ของเรา แต่หากรับประทานมากเกินไป ก็อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว เราจึงควรเลือกทานอาหารให้หลากหลายและครบ 5 หมู่ แต่สิ่งเร้ารอบตัว กลับนำพาให้เราเสพติดของหวาน ๆ มีการศึกษาที่อ้างว่าการเสพติดรสหวาน เลิกยากกว่าการเสพติดโคเคนถึง 6 เท่า!!! แน่นอนว่าส่วนหนึ่งเป็นกับดักทางธุรกิจ ที่ใช้กลไกทางธรรมชาติของมนุษย์ (ที่ชอบอาหารรสหวาน-เค็ม-มัน) ยัดเยียดความหวานให้กับเราโดยไม่รู้ตัว ใครที่เคยสั่งชานมไข่มุกน่าจะนึกออก ว่าถ้าเราไม่สั่งลดน้ำตาลเหลือ 50% หรือ 25% แล้ว เราจะได้น้ำเชื่อมกลิ่นชานมใส่ไข่มุกดี ๆ นี่เอง

และทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ก็เพื่อจะนำไปสู่วิธีการรับมือกับกลไกที่แยบยลนี้ โดยจะขอข้ามเรื่องของอาหารมัน ๆ เค็ม ๆ ไปก่อน แต่เราจะมาเรียนรู้วิธีการรับมือกับภัยอันตรายที่ชวนหลงไหลอย่างของหวาน เพื่อสุขภาพที่ดีแบบยั่งยืน ความรู้ด้านโภชนาการในปัจจุบันที่ช่วยเราจำแนกแหล่งที่มาของความหวานออกมาได้หลายแบบ แถมยังสามารถสังเคราะห์สารให้ความหวานทดแทนน้ำตาลได้อีกด้วย เรามาทำความรู้จักกับสารให้ความหวานต่าง ๆ เหล่านั้นกันครับ :)

สารแต่งเติมรสหวานธรรมชาติ ที่เป็นที่รู้จักและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดก็คือน้ำตาล ซึ่งผลิตจากพืชอย่างเช่น อ้อย ตาล มะพร้าว ข้าวโพด หัวบีท ธัญพืช ฯลฯ ถูกผลิตขึ้นเพื่อให้สะดวกต่อการนำมาปรุงอาหารในรูปของน้ำตาลทราย น้ำเชื่อม น้ำตาลกรวด หรือรูปแบบอื่น ๆ อีกมากมาย สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ตามรูปแบบโครงสร้างโมเลกุล ได้แก่ น้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว (Monosaccharide) เช่น กลูโคส (Glucose) เป็นน้ำตาลที่พบมากที่สุดในธรรมชาติ พบได้ในผลไม้รสหวาน น้ำผึ้ง และในกระแสเลือด ช่วยในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ช่วยให้กล้ามเนื้อมีการยืดหดตัว ควบคุมการเต้นของหัวใจ มีประสิทธิภาพมากขึ้น ฟรุกโตส (Fructose) เป็นน้ำตาลที่มีความหวานมากที่สุด พบมากในน้ำผึ้ง ผัก และผลไม้ที่มีรสหวานต่าง ๆ โดยมักพบอยู่ร่วมกับซูโครสและกลูโคส เป็นน้ำตาลที่มีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการเผาผลาญอาหารของสิ่งมีชีวิต และสามารถคงรูปอยู่ในสถานะของเหลว จึงเป็นที่นิยมในอุตสาหกรรมอาหารเป็นอย่างมาก กาแลคโตส (Galactose) เป็นน้ำตาลที่มีความหวานน้อย ไม่พบในธรรมชาติ แต่ได้จากการย่อยน้ำตาลแลกโทสในน้ำนม เป็นสารองค์ประกอบของระบบสมองและเนื้อเยื่อประสาท ร่างกายสามารถดูดซึมน้ำตาลประเภทนี้และนำไปใช้ได้ทันที

น้ำตาลโมเลกุลคู่ (Disaccharide) คือน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว 2 ตัวมารวมกัน เมื่อรับประทานเข้าไป จะถูกย่อยในลำไส้เล็กให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวก่อน ร่างกายจึงนำไปใช้ประโยชน์ได้ น้ำตาลโมเลกุลคู่ ได้แก่ ***ซูโครส*** *(Sucrose)* หรือน้ำตาลทราย พบได้มากในอ้อย ตาล มะพร้าว ผลไม้ที่มีรสหวานทุกชนิด เมื่อถูกย่อยจะได้ กลูโคส และ ฟรุกโตส อย่างละ 1 โมเลกุล น้ำตาลซูโครสเป็นน้ำตาลที่นิยมใช้ในการผลิตไวน์ ***แลคโตส*** *(Lactose)* เป็นน้ำตาลซึ่งมีรสหวานน้อย ย่อยสลายได้ยากกว่าน้ำตาลโมเลกุลคู่อื่น ๆ พบมากในน้ำนม เมื่อย่อยสลายจะได้ กาแลกโตสและกลูโคสอย่างละ 1 โมเลกุล ***มอลโตส*** *(Maltose)* พบได้มากในข้าวมอลต์ เมล็ดข้าวที่กำลังงอก น้ำนมข้าว และข้าวโพด เมื่อถูกย่อยจะได้กลูโคส 2 โมเลกุล

และประเภทที่ 3 คือ**น้ำตาลโมเลกุลใหญ่** (Polysaccharide) จัดเป็นคาร์โบไฮเดรตโมเลกุลใหญ่ที่มีสูตรโครงสร้างซับซ้อน ประกอบไปด้วยน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวจำนวนมากกว่า 10 หน่วยขึ้นไปมารวมตัวกันอยู่ พบได้ทั่วไปในอาหารที่เราทานกันอยู่ อาทิเช่น ***แป้ง*** *(Starch)* เกิดจากกลูโคสหลายพันโมเลกุลเชื่อมต่อกัน ละลายน้ำได้เล็กน้อย เป็นรูปแบบของคาร์โบไฮเดรตที่พืชใช้ในการเก็บสะสมอาหาร โดยเปลี่ยนกลูโคสที่ได้จากกระบวนการสังเคราะห์แสงให้มาอยู่ในรูปของแป้ง เป็นโมเลกุลที่มีขนาดใหญ่ ร่างกายจึงไม่สามารถดูดซึมได้ทันที ต้องมีการย่อยสลายให้กลายเป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวก่อน ***เซลลูโลส*** *(Cellulose)* เกิดจากการรวมตัวกันของกลูโคสหลายหมื่นโมเลกุล มีลักษณะเป็นเส้นใยยาวที่ไม่ละลายน้ำและไม่ได้เป็นรูปแบบการเก็บสะสมอาหารของสิ่งมีชีวิต แต่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของผนังเซลล์ของพืช ทำหน้าที่เพิ่มความแข็งแรงให้แก่ผนังเซลล์ของพืช มนุษย์เราไม่สามารถย่อยเซลลูโลสได้ แต่เราก็ควรบริโภคเซลลูโลสอยู่เสมอ เนื่องจากเซลลูโลสมีลักษณะเป็นเส้นใย ซึ่งช่วยกระตุ้นลำไส้ทำให้ขับถ่ายได้สะดวก โดย เซลลูโลสจะมีอยู่มากในอาหารประเภทพืช ผัก และผลไม้ ***ไกลโคเจน*** *(Glycogen)* มีขนาดโมเลกุลใหญ่กว่าแป้งมาก เป็นรูปแบบการเก็บสะสมอาหารที่พบในมนุษย์และสัตว์เท่านั้น โดยร่างกายจะเปลี่ยนกลูโคสที่มีอยู่มากในกระแสเลือดให้เป็นไกลโคเจนเก็บไว้ในบริเวณกล้ามเนื้อและตับ และ จะสามารถเปลี่ยนให้กลับมาเป็นกลูโคสได้ในภาวะที่ปริมาณน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง ภาวะที่ร่างกายขาดสารอาหารหรือเมื่อร่างกายมีกิจกรรมที่ต้องการใช้พลังงานสูง

เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะไม่พึงประสงค์จากการบริโภคน้ำตาล เราไม่ควรบริโภคน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชาหรือ 30 กรัมต่อวัน ซึ่งนับเฉพาะน้ำตาลส่วนที่ตักเพิ่มนะครับ เช่นดื่มกาแฟใส่นม ในนมมีน้ำตาลประมาณ 5 – 6 กรัมอยู่แล้ว ไม่ต้องนับ แต่ถ้าเราปรุงหวานเติมน้ำตาลลงไปอีก ให้หักออกจากโควต้าน้ำตาลที่เติมได้ในวันนั้นครับ และอย่าลืมว่าอาหารรสหวานต่าง ๆ อย่างน้ำราดข้าวหมูแดง น้ำจิ้มไก่ ซีอิ๊วหวาน น้ำมันหอย ส้มตำไทย น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ฯลฯ ก็นับเป็นน้ำตาลส่วนเพิ่มเหมือนกัน แม้แต่ของที่หลายคนคิดว่ามีประโยชน์อย่างน้ำผึ้งแท้ ก็ไม่ต่างอะไรกับน้ำเชื่อมครับ เพราะมีปริมาณน้ำตาลสูงมาก แต่ก็มีข้อดีมากกว่าตรงที่มีสารอาหารอื่น ๆ อย่าง โปรตีน วิตามินและแร่ธาตุเป็นองค์ประกอบด้วย

จะเห็นว่า การหลีกเลี่ยงน้ำตาลส่วนเกินในชีวิตประจำวันนั้นทำได้ยาก โดยเฉพาะเมื่อเราต้องซื้ออาหารนอกบ้าน แต่ก็ใช่ว่าจะทำไม่ได้สักทีเดียว วิธีการลดการดูดซึมน้ำตาลของร่างกายที่นักโภชนาการแนะนำคือการทานอาหารที่มีไฟเบอร์สูง อย่างผักและธัญพืชไม่ขัดสีเช่นข้าวกล้อง หรือขนมปังโฮลวีท โฮลเกรน เพราะไฟเบอร์ในอาหารเหล่านี้จะช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลจากลำไส้ให้ค่อย ๆ เข้าสู่กระแสเลือดอย่างช้า ๆ ด้วยหลักการเดียวกันนี้ การรับประทานผลไม้สดที่มีทั้งเนื้อผลไม้และไฟเบอร์จึงดีกว่าการดื่มน้ำผลไม้คั้นหรือสกัด ซึ่งปราศจากเส้นใยไฟเบอร์นั่นเอง

ตามที่ผมได้กล่าวในช่วงแรก เกี่ยวกับสารให้ความหวานแทนน้ำตาล จุดเด่นของสารให้ความหวานแทนน้ำตาลที่ชัดที่สุดก็คือ ให้รสหวาน แต่ไม่ให้พลังงาน หรืออาจจะให้พลังงานน้อยกว่าน้ำตาลตามธรรมชาติอย่างมีนัยยะสำคัญ ช่วยให้คนที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก หรือมีโรคประจำตัวอย่างโรคเบาหวาน ความดัน ที่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลหรืออินซุลินในเลือด ยังสามารถทานของหวานให้ได้ชุ่มชื่นหัวใจ โดยไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สารให้ความหวานแทนน้ำตาลก็มีมากมายหลากหลายชนิด ทั้งแบบที่มาจากธรรมชาติและที่เป็นสารที่สังเคราะห์ขึ้น แต่ละชนิด มีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยและคนที่ต้องการลดน้ำหนัก อาจจะต้องเลือกใช้ให้ถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยและสุขภาพด้วยนะครับ

สารให้ความหวานแทนน้ำตาลที่มีชื่อเสียง (และราคา) สูง และเป็นที่นิยมมากที่สุดก็คือ หญ้าหวาน หรือ สตีเวีย (Stevia) เป็นสารให้ความหวานจากธรรมชาติที่ให้พลังงานเป็น 0 แคลอรี่ ที่ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ ให้รสหวานมากกว่าน้ำตาลทั่วไป 350 เท่า จึงควรใช้ทีละน้อย ค่อย ๆ เติมจนได้รสชาติที่พอใจ

ที่มา : https://hellokhunmor.com/

ผมมี **Tips** สำหรับสาย Hardcore ใจแข็ง ที่อยากเปลี่ยนนิสัยติดของหวานมาฝากด้วยครับ จำได้ว่าเมื่อหลายปีก่อน เคยเห็นโฆษณาของ สสส. เรื่องลดเค็ม ลดโรค รณรงค์ให้คนไทยไม่ทานรสเค็ม เขาแนะนำให้เราค่อย ๆ ลดความเค็มของอาหารที่ทาน ค่อย ๆ ลดเครื่องปรุง เกลือ น้ำปลาลง แล้วเราจะเริ่มชินและอร่อยกับรสชาติที่อ่อนลงได้ภายใน 2 สัปดาห์ ผมเคยเป็นคนที่ทานอาหารรสจัด พริก น้ำปลา น้ำตาล น้ำส้ม น้ำจิ้ม มีอะไรผมใส่หมด โดยเฉพาะรสหวาน จนกระทั่งเริ่มมาคิดว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมาก็ไม่น้อย กับลูก ๆ ที่ยังต้องเลี้ยงอีกหลายปี น่าจะลองปรับพฤติกรรมการกินของตัวเองดูสักที และผมก็เป็นพวกใจร้อนเสียด้วย เลยหักดิบ เลิกปรุงเค็มกับหวานทันที (แต่ยังใส่พริกกับน้ำส้มสายชูอยู่นะ) จากกาแฟเย็นหวานมัน เปลี่ยนมาเป็นกาแฟดำ ไม่ใส่น้ำตาล แล้วมันก็ได้ผลจริง ๆ ครับ ภายใน 2 สัปดาห์ ผมสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการทานอาหารได้ตามที่ สสส. โฆษณาไว้จริง ๆ ด้วย มีของแถมคือหมอฟันจะชมผมตลอด เรื่องฟันไม่ผุ (ฮ่า ๆ) และน้ำหนักผมลดลงประมาณ 10 กิโลกรัม ภายในเวลา 10 เดือน ไม่มีโยโย่ เอฟเฟ็คด้วย :) เลยอยากจะขอใช้พื้นที่นี้ เป็นกำลังใจให้ผู้อ่านทุกท่าน ที่อยากลองเปลี่ยนพฤติกรรมติดรสหวาน เวลา 2 สัปดาห์ มันสั้นมากจริง ๆ ครับ ผมทำได้ ใคร ๆ ก็ต้องทำได้เหมือนกันครับ แต่สำหรับใครที่เคยลองทำมาแล้วไม่ประสบความสำเร็จ เรายังมีตัวช่วยอีกนะครับ

ตามที่ผมได้กล่าวในช่วงแรก เกี่ยวกับสารให้ความหวานแทนน้ำตาล จุดเด่นของสารให้ความหวานแทนน้ำตาลที่ชัดที่สุดก็คือ ให้รสหวาน แต่ไม่ให้พลังงาน หรืออาจจะให้พลังงานน้อยกว่าน้ำตาลตามธรรมชาติอย่างมีนัยยะสำคัญ ช่วยให้คนที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก หรือมีโรคประจำตัวอย่างโรคเบาหวาน ความดัน ที่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลหรืออินซุลินในเลือด ยังสามารถทานของหวานให้ได้ชุ่มชื่นหัวใจ โดยไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สารให้ความหวานแทนน้ำตาลก็มีมากมายหลากหลายชนิด ทั้งแบบที่มาจากธรรมชาติและที่เป็นสารที่สังเคราะห์ขึ้น แต่ละชนิด มีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยและคนที่ต้องการลดน้ำหนัก อาจจะต้องเลือกใช้ให้ถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยและสุขภาพด้วยนะครับ

ไซลิทอล (Xylitol) เป็นน้ำตาลแอลกอฮอล์ที่ให้แคลอรี่น้อยกว่าน้ำตาลปกติประมาณ 40% และยังให้ความหวานได้ใกล้เคียงกับน้ำตาลมาก ๆ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือลดอินซูลิน ลดปัญหาการเกิดฟันผุ แนะนำให้ใช้ไซลิทอลในปริมาณที่พอเหมาะ เพราะอาจทำให้ท้องเสียได้หากใช้ในปริมาณมาก ๆ

อีริธริทอล (Erythritol) เป็นน้ำตาลแอลกอฮอล์เช่นกัน แต่มีแคลอรี่น้อยกว่าไซลิทอล นิยมใช้กับการลดน้ำหนักแบบคีโตเจนิค เพราะให้พลังงานต่ำเพียง 6% ของน้ำตาลปกติ และให้ความหวานเกือบเหมือนน้ำตาลสุด ๆ ทั้งยังไม่ส่งผลอันตรายต่อร่างกายเหมือนอย่างน้ำตาลทั่วไป คนที่เป็นเบาหวานก็สามารถทานได้ เพราะมันจะไม่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด, คอเลสเตอรอล หรือไตรกลีเซอไรด์ครับ

น้ำตาลหล่อฮั่งก้วย (Monk fruit) เป็นสารให้ความหวานจากธรรมชาติที่ไม่ให้พลังงาน ทั้งยังมีความหวานกว่าน้ำตาลทั่วไปประมาณ 100–250 เท่า ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและยังมีสารต้านอนุมูลอิสระที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบอีกด้วย

น้ำเชื่อมเสวี่ยเหลียนกว่อ (Yacon) หรือที่คนไทยเรียกว่าน้ำเชื่อมบัวหิมะ สกัดจากพืชที่มีลักษณะคล้ายมันเทศ รสหวานคล้ายกับน้ำตาล แต่ให้พลังงานเพียง 1 ใน 3 ของน้ำตาลปกติ มีคุณสมบัติเด่นที่ช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ช่วยทำให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น ช่วยลดการเสี่ยงของโรคเบาหวาน และโรคอ้วนแนะนำให้ทานในปริมาณที่พอเหมาะ เพราะหากมากเกินไปอาจจะทำให้ท้องเสียได้

แอสปาร์แตม (Aspartame) เป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาลแบบสังเคราะห์ หวานกว่าน้ำตาลทราย 200 เท่า แต่จะมีรสขมปลายเล็กน้อย แม้จะให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี่/กรัมเท่ากับน้ำตาล แต่เนื่องจากรับประทานในปริมาณน้อยจึงถือว่าให้พลังงานต่ำ ไม่ทำให้ฟันผุ แต่ไม่ถูกกับความร้อน จึงไม่เหมาะกับการนำมาปรุงอาหารบนเตา และห้ามรับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคเฟนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria) ที่ผ่านมา มีรายงานที่เชื่อมโยงแอสปาร์แตมเข้ากับอาการปวดไมเกรนในผู้ใช้บางราย และเมื่อบริโภคไปนาน ๆ อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาวได้ ปริมาณที่แนะนำให้ใช้อย่างปลอดภัยในคนคือ 50 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ในสหรัฐอเมริกาและในสหภาพยุโรป และเท่ากับ 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวันในผู้ป่วยเฟนิลคีโตนูเรีย

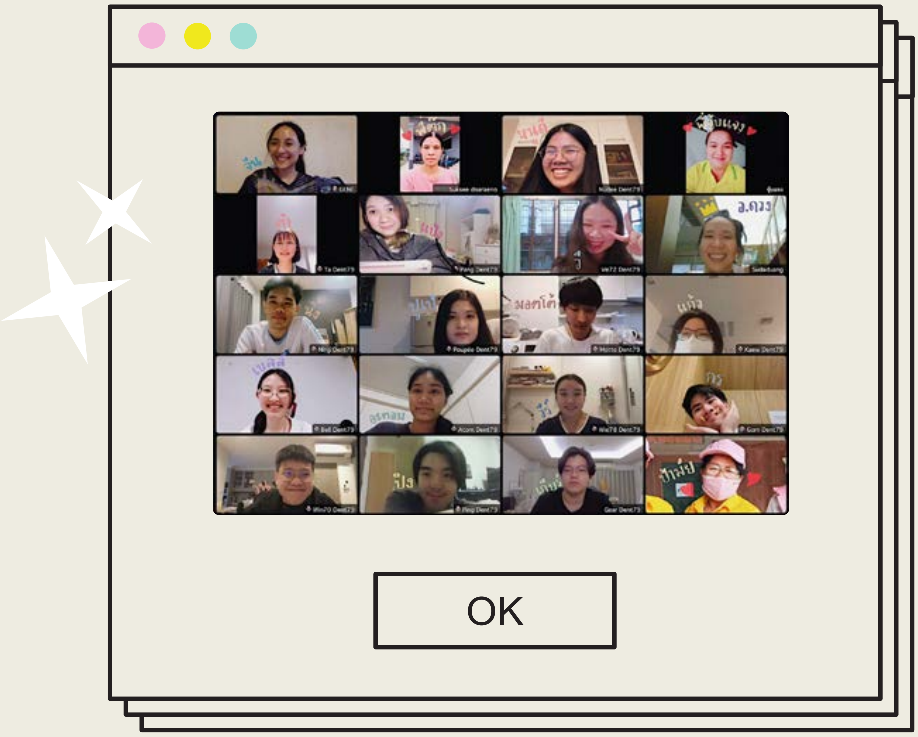
ซูคราโลส (Sucralose) เป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาลแบบสังเคราะห์ มีความหวานมากกว่าน้ำตาลทรายถึง 600 เท่า ไม่มีรสขม ใช้ได้หลากหลาย ทนความร้อนได้ดี เป็นสารให้ความหวานที่ค่อนข้างใหม่เมื่อเทียบกับสารให้ความหวานอื่น ปริมาณที่สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยคือ 15 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

และสารให้ความหวานตัวสุดท้ายของวันนี้ ที่คุณอาจจะอ่านเจอชื่อหลังซองสลากกำกับอาหารก็คือ อะเซซัลเฟม-เค (Acesulfame-K) ซึ่งเจ้า K นี้ย่อมาจากชื่อธาตุ โพแทสเซียม เป็นสารสังเคราะห์ที่หวานมากกว่าน้ำตาลทราย 200 เท่า แต่อาจมีรสขมเล็กน้อย ให้พลังงาน 0 แคลอรี่ ทนความร้อนได้ดี ปริมาณที่สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยคือ 15 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

สุดท้ายนี้ อยากจะฝากเอาไว้ว่า ถึงแม้เราจะมีตัวช่วยต่าง ๆ แต่ส่วนตัวผมแล้วก็ยังคิดว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมายที่เกี่ยวข้องกับการทานรสหวาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของนิสัยติดหวาน กระบวนการทางชีวเคมีของร่างกายเมื่อได้รับสารให้ความหวานสังเคราะห์เหล่านี้ เช่น การกระตุ้นระดับอินซูลินในเลือด การทำงานของตับ การขจัดสารแปลกปลอมออกจากร่างกาย รวมถึงปัจจัยด้านสุขภาพเดิมและโรคประจำตัวของแต่ละบุคคล ผมเลยอยากจะกลับมาเชียร์ให้ทุกคนที่มีความตั้งใจ อยากจะกู้หรือรักษาสุขภาพที่ดี ให้อยู่กับเราไปนาน ๆ กลับมาใส่ใจเรื่องการบริโภคน้ำตาลอย่างมีสติ ลดหวาน ลดโรค ขอให้สุขภาพดีกันไปนาน ๆ สวัสดีครับ :)

การออกชุมชน ในยุคโควิด-19

เขียนโดย นทพ.รวิสรา สุวรรณนิมิตร และนทพ.สัญฐกรณ์ วิเวโก
นิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ ชั้นปีที่ 5 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



หนึ่งในวิชาสำคัญที่จะขาดไปไม่ได้สำหรับการเป็นทันตแพทย์ คือ วิชาทันตกรรมชุมชนพวกเราเป็นนิสิตทันตแพทย์ชั้นปีที่สี่ ที่เรียนออนไลน์มาราว ๆ หนึ่งปีเต็ม สถานการณ์ในปัจจุบันหลายคนอาจจะเรียกว่า “ยุคโควิด” แน่นอนว่าโรคระบาดร้ายแรงที่ดำเนินมาตั้งแต่ปีที่แล้วทำให้ การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปในทุกแง่ หลายภาคส่วนต้องเตรียมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันและปรับตัวเพื่อให้ทุกอย่างดำเนินต่อไปได้ ซึ่งการเรียนก็เป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบที่แตกต่างจากเดิม โดยปกติแล้วหากได้ยินคำว่าทันตกรรมชุมชน ก็คงหนีไม่พ้นกับการได้ลงไปสัมผัส ประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ต่างจังหวัดในชุมชนเล็กๆ และใช้ชีวิตอยู่กับชาวบ้าน ในระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งพวกเรา จึงไม่เคยคิดมาก่อนว่าการเรียนวิชาทันตกรรมชุมชนนั้นจะสามารถจัดกิจกรรมในรูปออนไลน์ได้ แต่อย่างไรก็ตาม “ชุมชนออนไลน์” ที่เราไม่เคยคาดคิดถึงนั้นได้เกิดขึ้นแล้วจริง ๆ ในยุคที่เราเรียกกันว่ายุคโควิด

Today

กิจกรรมชุมชนออนไลน์หรือที่มีชื่อกิจกรรมเต็มๆ ว่าวิชาทันตกรรมชุมชน ภาคปฏิบัติ (ในรูปแบบออนไลน์) มีทั้งหมดห้าวัน โดยชุมชนที่พวกเราทำการศึกษาดูงาน คือ ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี กิจกรรมทั้งหมดแบ่งเป็นสามส่วนหลัก ๆ ส่วนแรกคือการดูงานผ่านทางระบบ zoom ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำผักแพวองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลแก่งคอย และหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนที่สองเป็นการสำรวจชุมชน โดยจะให้ อสม. พาพวกเราไปเยี่ยมบ้านของคนในหมู่บ้าน นิสิตทำการสัมภาษณ์ผ่านไลน์วิดีโอคอล โดยถามคำถามหลัก ๆ และนำข้อมูลที่ได้รับมาทำความเข้าใจ ระดมความคิดร่วมกันในกลุ่มนำไปสู่การทำประวัติชีวิตบุคคล โครงสร้างองค์กรชุมชน และระบบสุขภาพชุมชนออกมาเป็นรูปธรรม และนำมาสรุปผลนำเสนอ ในวันสุดท้ายของกิจกรรม และส่วนสุดท้ายคือการทำฟิลด์โน้ตและสรุป การเรียนรู้ที่เป็นส่วนของพวกเราที่ต้องรับผิดชอบ โดยเป็นการบันทึกลงฟิลด์โน้ตในทุก ๆ วันเพื่อสรุปสิ่งที่ได้ทำและความรู้สึกในแต่ละวัน จากนั้นก็นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการออกชุมชนออนไลน์ในครั้งนี้มาสรุป วิเคราะห์และบูรณาการร่วมกับหลักการที่ได้เรียนจากวิชาทันตกรรมชุมชนตลอดระยะเวลา 4 ปี เพื่อทำเป็นสรุปการเรียนรู้

Read
09:00

FieldNote.pdf
Valid till: 14/08 09:01
Size: 1.44 MB

สรุปการเรียนรู้.pdf
Valid till: 14/08 09:02
Size: 1.50 MB

Aa

ในวันถัด ๆ มา การสัมภาษณ์ชาวบ้านเริ่มต้นขึ้นจากการสัมภาษณ์ อสม. เพื่อให้พอเห็นภาพความเป็นอยู่ของผู้คนภายในชุมชนอย่างคร่าว ๆ ก่อน และเริ่มสัมภาษณ์ชาวบ้านในพื้นที่มากขึ้น โดยเป็นการทำแบบสอบถาม ที่พวกเราจัดทำขึ้นมา โดยพวกเราทำการสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 บ้าน ในแต่ละบ้านมีความหลากหลายวัย หลากหลายอาชีพ ซึ่งสิ่งที่พวกเรามองเห็นจากชุมชนอย่างชัดเจน คือ การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ต่างจาก สังคมเมืองอย่างชัดเจน อีกทั้งการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้มีทางเลือกเท่ากับคนในเมืองนัก ซึ่งคนในชุมชนมีความเชื่อ ค่านิยม และ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป หรืออาจจะถูกมองว่า “ไม่ถูกต้อง” ตามหลักการหรือในมุมมองของบุคลากรสายวิทยาศาสตร์สุขภาพก็ตาม พวกเรามีความคิดเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจาก *ต้นเหตุทางสังคมของสุขภาพ (social determinants)* ซึ่งประกอบด้วย วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และสถานะทางเศรษฐกิจ และ สังคม หล่อหลอมรวมกันส่งผลให้เกิดความเชื่อ และข้อจำกัดที่ทำให้ชาวบ้านมีความคิดตัดสินใจ ตลอดจนมีพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เราสามารถ เห็นได้ว่าในแง่ของวัฒนธรรม ชาวบ้านมักจะมีพฤติกรรมคล้อยตามจากคนรู้จัก อย่างเช่น ได้ยินมาว่าทำอย่างนั้น อย่างนี้แล้วจะหายป่วย จึงตัดสินใจทำตามที่ได้ยินจากคนสนิท และผู้เฒ่าผู้แก่ในบ้านบอกมามากกว่าที่จะเชื่อคำพูดของ อสม. หรือแม้แต่คำแนะนำของหมอก็ตาม ส่วนในแง่ของสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าการมียาชุดขายที่ร้านขายยา ในหมู่บ้านทำให้ชาวบ้านสามารถเข้าถึงสิ่งเหล่านี้มากขึ้น หรือหากมองในแง่ที่ดี การที่ชาวบ้านหลายคน มีรถจักรยานยนต์ก็ทำให้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้มากขึ้นเช่นกัน ในส่วนของปัจจัยทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ อย่างหลายคนเลือกที่จะซื้อยารับประทานเอง บางคนเลือกไปที่ รพ.สต. บางคน เลือกที่จะไปรักษาโรงพยาบาลสังกัดเอกชนตามกำลังทรัพย์ที่มี หรือบางคนเลือกจะไปรักษาโรงพยาบาลที่ตนมีสิทธิ์การรักษาที่ทำให้ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้

เหล่านี้ ยิ่งตอกย้ำความเหลื่อมล้ำทางความคิด เศรษสถานะ รวมถึงการเข้าถึงสุขศึกษาที่ถูกต้อง *จนนำไปสู่การเกิดขึ้นของค่านิยม และพฤติกรรมผิด ๆ ที่ยังคงมีอยู่ในปัจจุบันของสังคมไทย*

9:00 5G

Hello,

Rawitsara Santhakoron　**Suwannimit Wiweko**

Search

My favourite

พวกเรามีความเห็นว่า ทั้งการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชน ทั้งปัญหาเรื่องของเหตุผลของความเชื่อของชุมชนในต่างจังหวัดที่แตกต่างจากสังคมเมือง ล้วนมาจากความล้มเหลวของระบบการจัดการของภาครัฐ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ไม่ใช่ความผิดของชาวบ้านแต่อย่างใด เพราะแม้จะมีการพัฒนามาเรื่อย ๆ แต่การพัฒนาดังกล่าวก็ยังไม่ได้แก้ปัญหา ความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นได้ โดยยังสามารถพบเห็นได้จากบริบทสังคมเมือง เมื่อเปรียบเทียบกับสังคมในต่างจังหวัด จึงเป็นสาเหตุให้ต้นเหตุทางสังคมที่พวกเรากล่าวไปข้างต้นยังคงมีอยู่ ยังคงเกิดขึ้น และมีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของคนไทยเสมอมา

กิจกรรมชุมชนออนไลน์ในวันสุดท้าย จบลงด้วยการนำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้ตลอดสี่วัน ได้แลกเปลี่ยนมุมมอง และสิ่งที่พบเจอจากการสัมภาษณ์คนใน ชุมชนระหว่างกลุ่ม แตกต่างกันไปตามคำถามที่ตั้งขึ้นและคำตอบที่ได้รับ อย่างหลากหลาย และได้ปิดท้ายด้วยการพูดความรู้สึกที่ได้จากการเข้าร่วม กิจกรรมครั้งนี้ คนละ 1 นาที เพื่อน ๆ เห็นตรงกันว่าเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เรา เข้าใจชุมชนมากขึ้น และทำให้เราได้มองเห็นภาพหลายด้าน ตั้งแต่มุมมองของคนในชุมชนไปจนถึงการเข้าใจสาเหตุของปัญหาใต้พรหมที่ซ่อนอยู่ ไม่ใช่แค่มองจากมุมมองของนิสิตทันตแพทย์ที่ใช้ชีวิตในเมืองหลวงแต่เพียงอย่างเดียว จากที่พวกเราจินตนาการภาพกิจกรรม “ชุมชนออนไลน์” ไม่ออกในตอนแรก แต่สุดท้ายแล้วกิจกรรมครั้งนี้ก็สามารถเกิดขึ้นได้จริง แม้จะไม่สามารถลงไปศึกษาพื้นที่จริงได้ แต่ก็ทำให้พวกเราได้รับประโยชน์ไม่มากก็น้อย

Summary

สุดท้ายนี้ ในเมื่อเราไม่สามารถเลือกเกิดได้ จะเป็นไปได้หรือไม่ ถ้าทุกคนได้เกิดขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นในเมืองหรือ นอกเมืองออกไป แล้วได้รับการศึกษา สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การได้มีสิทธิเข้าถึงชุดข้อมูลความรู้ รวมถึงมีการปลูกฝังให้มีการเติบโตสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่ดีนั้น มีความเท่าเทียมกันในทุก ๆ คน เพื่อตั้งแต่วันนี้ตลอดจนในอนาคต สามารถแก้ปัญหาความเหลื่อม-ล้ำที่เกิดขึ้นนี้ รวมถึงการสร้าง ความเป็น *“ มนุษย์ ”* ที่มีสิทธิคิด มีสิทธิแสดงออก และสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ จนเกิดเป็นความหลากหลายในฐานะประชาชนโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ..

CU NEWS

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ รับมอบรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย จาก มูลนิธิโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารในพระสังฆราชูปถัมภ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ รับมอบรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย จากมูลนิธิโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารในพระสังฆราชูปถัมภ์ โดยคุณบรรณสาร จันทร์สมศักดิ์ กรรมการและผู้จัดการมูลนิธิโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารในพระสังฆราชูปถัมภ์ ดร.จรูญเดช เจนจรัสสกุล กรรมการสภาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังและกรรมการมูลนิธิโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร ในพระสังฆราชูปถัมภ์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเสริฐฐศรีวิจิตรศิลป์ รองอธิการบดี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และทันตแพทย์ ธรรศ สุนทรภิษัช ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง เป็นตัวแทนมอบ โดยมีรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เป็นตัวแทนรับมอบรถเก็บตัวอย่างชีวนิรภัย เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2564 ณ บริเวณสนามหญ้าเทียม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ รับมอบวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส COVID - 19

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ รับมอบวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส COVID - 19 จาก บริษัท ไทยแทฟฟิต้า จากัด โดยมี คุณสุพจน์ ชัยวิไล เป็นตัวแทนมอบชุดป้องกันเชื้อโรค แบบ Cover all (PPE) จำนวน 100 ชุด โดยมี รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬา และรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.รังสิมา สกุลณะมรรคา รองคณบดี ฝ่ายวิรัชกิจ สื่อสารองค์กร และกิจกรรมเพื่อสังคม เป็นผู้รับมอบเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 16 กันยายน 2564 ณ บริเวณด้านหน้าสำนักคณบดี ชั้น 2 อาคารวาจวิทยาวัฑฒน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ รับมอบเงินบริจาค จากบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน)

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ รับมอบเงินบริจาค จาก บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) โดยมี นางสาวดวงพร เที่ยงวัฒนธรรม รองกรรมการผู้จัดการใหญ่กำกับดูแลองค์กรและกิจการสัมพันธ์ ปตท. เป็นตัวแทนมอบเงินบริจาคจานวน 1,000,000 บาท ให้กับคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เพื่อสนับสนุนโครงการทันตกรรมเพื่อผู้พิการทางสายตา โดยมีศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และทีมผู้บริหารคณะฯ เป็นผู้รับมอบ เมื่อวันพุธที่ 22 กันยายน 2564 ณ ห้องประชุมกรรมการบริหารคณะฯ ชั้น 2 อาคารวาจวิทยาวัฑฒน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดพิธีถวายราชสักการะ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เนื่องในวันคล้ายวันสวรรคต

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ สุพจน์ ตามสายลม รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ นำ คณะผู้บริหาร ทันตแพทย์ และบุคลากร คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปวางพวงมาลัย ถวายราชสักการะพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เนื่องในวันคล้ายวันสวรรคต วันที่ 13 ตุลาคม เพื่อน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ที่มีต่อปวงชนชาวไทยทุกคน เมื่อวันอังคารที่ 12 ตุลาคม 2564 ณ บริเวณโถงชั้นล่าง อาคารบรมนาถศรีนครินทร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

CU NEWS

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับมอบเงินสนับสนุนในการฉีดวัคซีนสาหรับบุคลากรทางการแพทย์ จากทันตแพทยสภา

ทันตแพทยสภา มอบเงินสนับสนุนในการฉีดวัคซีนสาหรับบุคลากรทางการแพทย์ ให้กับโครงการซื้อครุภัณฑ์เพื่อการศึกษาวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี พันตำรวจโทพจนารถ พุ่มประกอบศรี นายกทันตแพทยสภา และทันตแพทย์ยุวบูรณ์ จันทร์แจ่มจรูญ เลขาธิการทันตแพทยสภา เป็นตัวแทนมอบ โดยมีศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดีคณะทันต-แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นตัวแทนรับมอบ เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2564 ณ ทันตแพทยสภา ชั้น 5 อาคารสภาวิชาชีพจังหวัดนนทบุรี

คณะผู้บริหาร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มอบกระเช้าของที่ระลึกและบัตรแสดงความขอบคุณ แด่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2564 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล รองอธิการบดี ประธานคณะกรรมการโควิด-19 จุฬาฯ และประธานคณะกรรมการอำนวยการโครงการจัดบริการวัคซีนโควิด-19 จุฬาฯ พร้อมด้วย นายแพทย์สัณฐิติ ดะห์ลัน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสุขภาพแห่งจุฬาฯ เป็นตัวแทนมอบกระเช้าของที่ระลึก และบัตรแสดงความขอบคุณ จาก ศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิต เอื้ออาภรณ์ อธิการบดี จุฬาฯ เพื่อแสดงความขอบคุณที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการวัคซีนจุฬาฯ โดยมีศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เป็นตัวแทนรับมอบ ณ บริเวณด้านหน้าห้องสำนักคณบดี ชั้น 2 อาคารวาจวิทยาวัฑฒน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดพิธีวางพานพุ่มถวายสักการะพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

อาจารย์ ทันตแพทย์ ดร.ณัฐวุฒิ คุตตะเทพ รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะผู้บริหาร และบุคลากร จัดพิธีวางพานพุ่มถวายสักการะพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระศรีนครินทราบรม-ราชชนนี เนื่องในโอกาส 121 ปี วันคล้ายวันพระราชสมภพ และวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2564 เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2564 ณ บริเวณลานพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

MU NEWS

เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2564 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดพิธีไหว้ครู ประจำปีการศึกษา 2564 โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี เป็นประธานในพิธี พร้อมด้วยผู้บริหาร คณาจารย์ และนักศึกษาเข้าร่วมพิธี ณ ห้องประชุมเทพรัตนทันตกิจสโมสร ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา (ส่วนหลัง) และผ่านระบบออนไลน์ Cisco Webex Meetings โดยภายในงานประกอบด้วย ตัวแทนนักศึกษากล่าวคำขอขมาและคำไหว้ครู พิธีมอบพานไหว้ครูและพวงมาลัยแด่อาจารย์ ร้องเพลงเทิดพระคุณครู และพิธีเจิมตำรา หลังจากนั้นประธานในพิธีให้โอวาทแก่นักศึกษา พิธีมอบรางวัลและทุนการศึกษา และพิธีมอบเสื้อกาวน์ปฏิบัติงานคลินิกแก่นักศึกษาทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 4 จากนั้นคณะผู้บริหาร คณาจารย์พร้อมด้วยนักศึกษาร่วมวางพานไหว้ครู และพวงมาลัยสักการะรูปปั้น ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ทพ.อิศระ ยุกตะนันทน์ ผู้เป็น “ครูคนแรก” ของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ บริเวณโถง ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา

MU NEWS

เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2564 รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี พร้อมด้วย ผู้บริหาร และบุคลากร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมวางพวงมาลา ถวายราชสักการะพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขของไทย“ เนื่องในวันมหิดล เพื่อน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ และพระราชกรณียกิจที่ทรงวางรากฐานต่อวงการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย ณ พระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และพระราชานุสาวรีย์สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดช-วิกรม พระบรมราชชนก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ทันตแพทย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี พร้อมด้วย คณะผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมพิธีวางพานพุ่มและถวายราชสักการะเพื่อเทิดพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ในฐานะทรงเป็น “พระบิดาแห่งเทคโนโลยีของไทย” เนื่องใน “วันเทคโนโลยีของไทย” ประจำปี 2564 เพื่อเป็นการแสดงความจงรักภักดีและรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ณ ลานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กรุงเทพฯ

เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2564 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล เนื่องในวันคล้ายวันพระราชสมภพสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ โดยได้เปิดให้บริการตรวจรักษาทางทันต-กรรม โดยไม่คิดมูลค่าแก่ประชาชนทั่วไป (1 คน / 1 การรักษา) ได้แก่ อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด ขูดหินน้ำลาย รักษารากฟันฉุกเฉิน ทันตกรรมเด็ก และถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม ณ โรงพยาบาลทันตกรรมคณะทันตแพทยศาสตร์ (วิทยาเขตพญาไท) ผู้ใหญ่ 260 ราย / เด็ก 40 ราย และโรงพยาบาลทันตกรรมมหาจักรีสิรินธร (วิทยาเขตศาลายา) ผู้ใหญ่ 200 ราย / เด็ก 30 ราย

เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 โรงพยาบาลทันตกรรมคณะทันตแพทยศาสตร์ (วิทยาเขตพญาไท) ได้จัดให้มีการตรวจคัดกรอง COVID-19 ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) แก่ผู้มารับบริการ ก่อนเข้ารับบริการทางทันตกรรม ในส่วนของโรงพยาบาลทันตกรรมมหาจักรีสิรินธร (วิทยาเขตศาลายา) ได้เปิดให้มีการลงทะเบียนออนไลน์ล่วงหน้า และปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมในสถานการณ์ COVID-19 ของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ในการให้บริการทางทันตกรรม เพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

สำหรับกิจกรรมภายในงานประกอบด้วย พิธีถวายราชสักการะพระฉายาลักษณ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พิธีเปิดการให้บริการทางทันตกรรมแก่ประชาชน โดยไม่คิดมูลค่า