ข่าวสารทันตแพทย์
DAT NEWSLETTER

ข่าวสารทันตแพทย์ ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2565 ISSN: 0857-841

สวัสดีปีใหม่ ๒๕๖๕

ขาล นี้ปีหกห้า มาถึง
ขาน ขับสรรพพรอึง เอิกฟ้า
ขาน เรียกอุตตมะโชคพึง บังเกิด
ขาน รับสวัสดิ์ธนัตกล้า ผ่านแผ้วภัยผจญ

ขอ ตลปีใหม่ล้วน ร่วมรมย์
ให้ ประสิทธิ์พรสม วาดไว้
โชค ทรัพย์ลาภท่วมถม ขนัดแน่น เนืองนา
ดี เหตุเภทภัยไร้ กลับร้ายกลายดี

หลีก สิ่งหล่าเล่ห์ลำ พวกพาล
หนี ห่างเรื่องรำคาญ ขุ่นข้อง
โค วิตสิ้นทุกธิ์ราญ ชีพห่อน ได้เฮย
วิต วิต วิ้ว วิ้ว ร้อง Happy New Year

ทพ.ฟิสุทธิ์ อำนวยพาณิชย์ ประพันธ์

อวยพรปีใหม่ จากนายกทันตแพทยสมาคม

ปีใหม่ปีนี้นับเป็นปีที่ 2 ซึ่งเรายังไม่หลุดพ้นจากการระบาดของไวรัสโควิด ตลอดปีที่ผ่านมาโลกของเรายังคงดิ้นรน หาหนทางต่อสู้กับเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์เป็นหลากหลายสายพันธุ์ ด้วยการเร่งฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันและพัฒนายากินที่จะมีผลต่อการรักษาให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง ผมขอขอบคุณทันตแพทย์ทุกท่านที่มุ่งมั่นตั้งใจ เสียสละ ทำหน้าที่ในฐานะที่เป็นบุคลากรด่านหน้า ทั้งการฉีดวัคซีน ทั้งการคัดกรองโรค ตลอดระยะเวลาของการระบาด โดยเฉพาะในช่วงของ โควิดเดลต้าระบาด และ อีกหลายส่วนที่ยังคงให้การรักษาทันตกรรม ที่มีความปลอดภัย ไม่แพร่เชื้อ และ ไม่มีบุคคลากรที่ได้รับการติดเชื้อจากการให้การรักษาทันตกรรม

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2565 นี้ ผมขออำนวยพรให้ทุกท่านประสบแต่ความสุข และความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ที่สำคัญต้องมีสติในการทำงานและการดำเนินชีวิต เพื่อให้เราปลอดภัยจากเชื้อโรคและภัยอันตรายทั้งปวง

ผมขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่านในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อดทน และซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ คำนึงถึงกฎหมายและกฎระเบียบที่พึงปฏิบัติ ที่สำคัญคือ การทำงานในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ ตามพรบ.วิชาชีพทันตกรรม เคารพกฎหมายและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งนอกจากการช่วยกันรักษากฎหมายเพื่อรักษาเกียรติภูมิและชื่อเสียงของพวกเราทันตแพทย์ ยังเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่วงการของเราและคนรุ่นหลังสืบต่อไป

ขอแสดงความปราถนาดี

ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา
นายกทันตแพทยสมาคม

จากใจอดีตนายกทันตแพทยสมาคม

ตลอดระยะเวลา 3 ปี ของการดำรงตำแหน่งนายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ อาจจะโชคร้ายหน่อยที่ 2 ปีหลัง เป็นปีแห่งความตื่นตระหนกและวุ่นวาย สับสน โลกทั้งใบเหมือนถูกทำให้หยุดชะงัก เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดวิธีใหม่ สิ่งที่ไม่เคยคาดคิดว่าจะเกิดก็เกิดขึ้น ท่านเคยคิดไหมว่า อาชีพทันตแพทย์อย่างพวกเรานั้น มีอันที่จะต้องหยุดไปค่อนประเทศ ก็เนื่องมาจากความกลัวหนึ่ง ความไม่รู้ที่แท้จริงหนึ่ง อันนี้หมายถึงโรค COVID-19 แต่พวกเราก็สามารถผ่านวิกฤตต่าง ๆ มาได้อย่างดีพอควร อาจมีบางเหตุการณ์ เกิดดราม่ากันบ้าง ก็คงไม่เป็นไร เพราะในที่สุด เวลาก็เป็นเครื่องตัดสินถึงความตั้งใจ ถึงการมีเจตนาดี ความหวังดี แน่นอนในการทำงาน ก็คงหลีกเลี่ยงความผิดพลาดไปไม่ได้ แต่ทุกอย่างก็ขึ้นกับเจตนา เจตนาดีผลของกรรมดีย่อมดีตามไปด้วย ถ้าเจตนาร้าย ผลของกรรมย่อมร้ายไปด้วย หรืออย่างคำพระที่ว่า กรรมเป็นเครื่องส่อเจตนา (กรรมหมายถึงกรรมดีและกรรมชั่ว) ความร่วมมือร่วมใจ การรวมพลังของพวกเราชาวทันตแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ สามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ต้องขอชื่นชม และอยากเห็นพลังแบบนี้ต่อไป

สุดท้าย ในวารดิถีขึ้นปีใหม่ 2565 ขออำนวยพรให้สมาชิกทุกท่าน มีความสุข ความเจริญ ไร้โรคภัยทั้งหลายทั้งปวง ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของแต่ละท่าน แต่ละศาสนา ดลบันดาลให้ทุกท่าน ด้วยจิต อธิษฐาน ความคิด ความหวังใดที่ประกอบด้วยเจตนาที่ดี ที่ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ขอให้สมปรารถนา ผ่านพ้นตลอดไป

ทพ ชวลิต กาญจนโอภาสวงศ์
อดีตนายกทันตแพทยสมาคม

บรรณาธิการชวนคุย :)

เนื่องในศุภวารดิถีปีใหม่ 2565 ทางกองบรรณาธิการหนังสือข่าวสาร ขออัญเชิญคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากลโลก โปรดดลบรรดาลให้เพื่อน ๆ สมาชิกทุกท่าน ปลอดจากโรคาพยาธิทั้งหลายทั้งปวง ขอให้มีความสุข สุขภาพแข็งแรง คิดอะไรที่ดีก็ขอให้สมความปรารถนาทุกประการ

ในเล่มแรกของปี 2565 นี้ เราก็ได้รวบรวมบทความทางวิชาการที่น่าสนใจมาให้เพื่อน ๆ สมาชิกเช่นเคย และในปีนี้เราได้ทีมงานหน้าใหม่ ๆ เข้ามาเสริม โดยหวังว่าจะมาช่วยกันทำให้หนังสือข่าวสารมีสาระที่น่าสนใจขึ้นในทุก ๆ ด้าน ก็ขอให้ติดตามกันต่อไปนะครับ :)

สารบัญ

ข่าวสารงานประชุมวิชาการ 6

บทความวิชาการ:
กลิ่นปาก Halitosis 8
โรคเริมบริเวณช่องปาก ความรู้สำหรับทันตแพทย์ทั่วไป 12

บทความปาฏิณกะ:
เติมพลังแบบ Go Green Energy ง่าย ๆ สบายกระเป๋า 15

บทความพิเศษ:
หมอฟันออกวิ่ง 19

DENT NEWS 21

หนังสือข่าวสารทันตแพทย์

กองบรรณาธิการ: ประสิทธิ์ ภวสันต์ อิสระพงศ์ แก้วกำเหนิดพงษ์ พิมพ์รำไพ โรจนกิจ สินธวาชีวะ

ฝ่ายศิลป์: อัญมณี คงขีพา ฝ่ายโฆษณา: ชิตศักดิ์ สุวรรณโมลี ฝ่ายบริหาร: ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา

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

งานประชุมวิชาการ ทันตแพทยสมาคมฯ ครั้งที่ 112

หลังจากที่ต้องเลื่อนการประชุมกลางปี มาเป็นช่วงปลายปีแทน ด้วยภาวะการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในที่สุดการประชุมวิชาการประจำปี 2564 ก็ผ่านพ้นไปด้วยดี โดยในส่วนของการประชุมวิชาการ ได้รับการตอบรับด้วยดี จากเพื่อน ๆ ทันตแพทย์ ซึ่งเห็นได้จากจำนวนการลงทะเบียนเพื่อเข้าประชุมทั้ง onsite และ online มากกว่า 1000 คน แม้ว่าในแต่ละช่วงของการประชุม onsite จะมีเพื่อน ๆ ทันตแพทย์เข้าประชุมในห้องประชุม ไม่มากนัก ก็น่าจะเป็นเพราะสามารถฟังทาง online ได้ด้วย ซึ่งก็ช่วยลดความแออัดในห้องประชุม และลดความเสี่ยงในภาวการณ์แพร่ระบาด แต่จำนวนผู้ที่เข้าชมในส่วนแสดงสินค้า ก็ยังอุ่นหนาฝาคั่งเช่นเดียวกับการประชุมครั้งที่ผ่านมา ๆ โดยในปีนี้เราพยายามลดความแออัดโดยการลดจำนวนบูธต่อพื้นที่ลง

นอกจากนี้ เพื่อน ๆ คงจะเห็นว่าเราได้เพิ่มรายงานทางวิชาการ ที่เราใช้ชื่อว่า meet the expert หรือการพูดคุยกลุ่มย่อยกับกูรูทางทันตแพทย์ โดยจัดในช่วงเที่ยงของงานประชุมสองวันแรก ซึ่งท่านที่ลงทะเบียนไม่ต้องกังวลเรื่องอาหารกลางวันเพราะเราจัดเบนโตะ เสริฟให้กับทุก ๆ ท่านที่เข้าร่วมในการพูดคุยดังกล่าว และก็พบว่ารายการพูดคุยนี้ มีเพื่อน ๆ ที่สนใจลงทะเบียนเข้ามาฟังกันในจำนวนที่น่าพอใจ

นอกจากในส่วนของการบรรยายวิชาการ และบูธแสดงสินค้าแล้ว ในการประชุมยังมีกิจกรรมการประกวดงานวิจัย ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่ปีนี้มีคณะทันตแพทยศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ส่งงานวิจัยเข้าประกวดจำนวนมากกว่าทุกปี ซึ่งแต่ละงานได้แสดงถึงความก้าวหน้าในวงการวิจัยทางทันตกรรมที่น่าชื่นชม

แล้วพบกันใหม่ปีหน้าครับ ในการประชุมวิชาการครั้งที่ 113 และ 114 พร้อมงานแสดงสินค้า ในระหว่างวันที่ 8–10 มิถุนายน 2565 และ 7–9 ธันวาคม 2565

กลิ่นปาก (Halitosis)

ชมรมรอยโรคช่องปากแห่งประเทศไทย

กลิ่นปาก (Halitosis or Malodor) หมายถึง กลิ่นไม่พึงประสงค์ที่ออกมาทางช่องปากหรือลมหายใจอย่างเรื้อรัง (chronic bad breath) ซึ่งกลิ่นนั้นอาจออกมาจากปาก หรือจมูก หรือในลำคอก็ได้ กลิ่นปากเป็นปัญหาที่พบได้ปกติของคนทั่วไป อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม และส่งผลระยะยาวต่อสภาวะจิตใจได้ โดยทั่วไปกลิ่นปากนั้นก่อให้เกิดความรำคาญเพียงชั่วคราวเท่านั้น

ความชุก

กลิ่นปากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีประชากรที่รับรู้ว่าตนเองมีกลิ่นปากประมาณร้อยละ 8-50 ขึ้นอยู่กับแต่ละการศึกษา

พยาธิกำเนิดของกลิ่นปาก

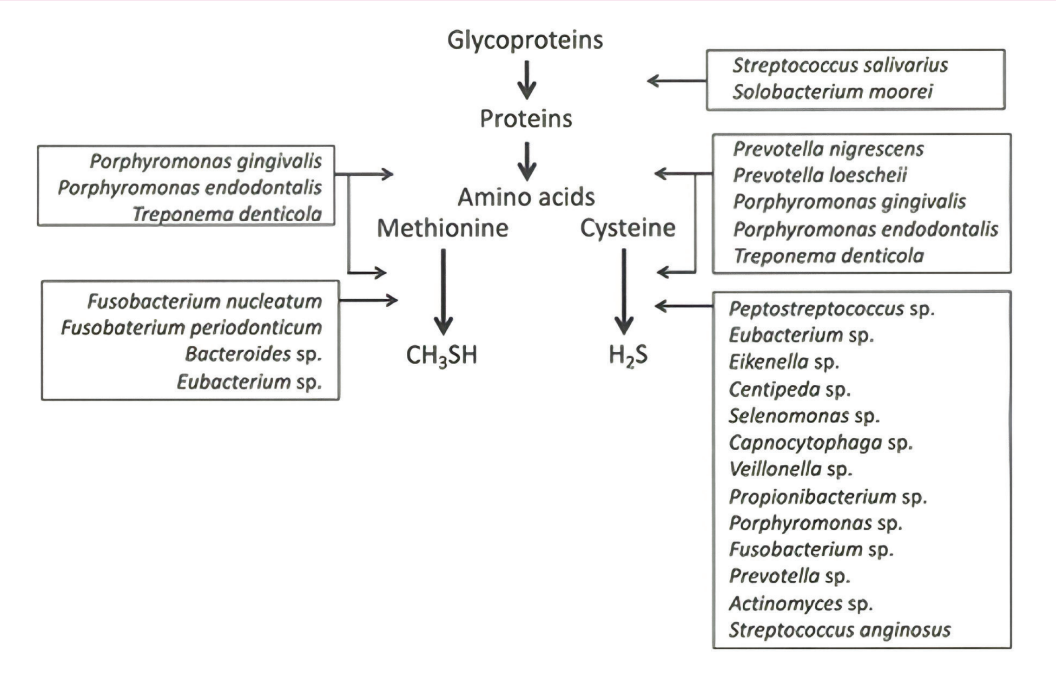
กลไกการเกิดกลิ่นปากที่มีสาเหตุจากภายในช่องปากเกิดจากเชื้อแบคทีเรียกรัมลบที่ไม่ชอบออกซิเจนที่สามารถย่อยสลายโปรตีนได้ (proteolytic gram-negative anaerobic bacteria) ย่อยสลายโปรตีนจากคราบอาหารที่ตกค้างอยู่ที่ฟัน ลิ้น ซอกหลืบของต่อมทอนซิล เสมหะในลำคอ โปรตีนในน้ำลาย หรือน้ำร่องเหงือก (crevicular fluid) เกิดสารระเหยที่มีกลิ่นเหม็นขึ้น โดยเฉพาะก๊าซที่มีองค์ประกอบของซัลเฟอร์ที่เรียกว่า volatile sulfur-containing compounds (VSCs) ที่สำคัญมีอยู่ 3 ชนิด คือ ไฮโดรเจนซัลไฟด์ (hydrogen sulfide) เมทิลเมอร์แคปแทน (methyl mercaptan) และไดเมทิลซัลไฟด์ (dimethyl sulfide) ซึ่งสารเหล่านี้เกิดจากการย่อยสลายโปรตีนที่มีกรดอะมิโน –SH group เช่น ซิสเตอิน (cysteine) เมทิโอนิน (methionine) ทริปโตเฟน (tryptophan) และไลซิน (lysine) เป็นต้น (ดังภาพที่ 1) นอกจากนี้พบว่าอาจมีสารอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดกลิ่นปากได้ เช่น สารระเหยจำพวกกรดไขมัน (volatile fatty acid) เช่น บิวไทเรต (butyrate) โพรพิโอเนต (propionate) เป็นต้น และ สารระเหยจำพวกไดเอมีน (diamines) เช่น คาดาเวอรีน (cadaverine) พิวทริซีน (putrescine) เป็นต้น

เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียที่ผลิตก๊าซ VSCs ได้ส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรียที่ไม่ชอบออกซิเจน ซึ่งภาวะที่ไม่มีออกซิเจนสามารถพบได้ในช่องปากบริเวณร่องลึกปริทันต์ รวมถึงคราบจุลินทรีย์ที่หนาโดยเฉพาะคราบจุลินทรีย์บนลิ้น คราบจุลินทรีย์บนลิ้นที่หนาเพียง 0.1-0.2 มิลลิเมตร ก็สามารถสร้างภาวะที่ไม่มีออกซิเจนให้เชื้อแบคทีเรียกลุ่มที่ไม่ชอบออกซิเจนเจริญได้ดี ตัวอย่างของเชื้อแบคทีเรียกลุ่มนี้ได้แก่ ฟิวโซแบคทีเรียม นิวคลิเอตัม (Fusobacterium nucleatum) ทรีโพนิม่า เดนติโคล่า (Treponema denticola) พรีโวเทลล่า อินเทอร์มิดีย (Prevotella intermedia) พอร์ไฟโลโมนาส จินจิวาลิส (Porphyromonas gingivalis) แทน-เนอณ์เรลล่า ฟอร์ไซเทีย (Tannerella forsythia) เป็นต้น ซึ่งก๊าซ VSCs แต่ละชนิดมีพยาธิกำเนิดที่แตกต่างกัน เกิดลักษณะกลิ่นไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันออกไป

1. ไฮโดรเจนซัลไฟด์ ก๊าซชนิดนี้กลิ่นคล้ายไข่เน่า (rotten egg) มักเกิดจากฝ้าขาวที่ติดอยู่บนลิ้น (coated tongue) นอกจากนั้นอาจเกิดจากเสมหะในลำคอ หรือเศษอาหารที่ตกค้างอยู่ในร่อง หรือซอกหลืบของต่อมทอนซิล

2. เมทิลเมอร์แคปแทน ก๊าซชนิดนี้มีกลิ่นคล้ายอุจจาระ (feces) มักเกิดจากฟันผุลึก และร่องลึกปริทันต์ จึงพบมากในผู้ที่มีอนามัยช่องปากไม่ดี มีโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์อักเสบ เมทิลเมอร์แคปแทนเป็นก๊าซ VSCs ที่มีกลิ่นรุนแรงที่สุดและสัมพันธ์กับการพิสูจน์กลิ่นด้วยการดม (organoleptic; OLT)

3. ไดเมทิลซัลไฟด์ ก๊าซชนิดนี้มีกลิ่นเหมือนผักเน่า มักพบในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด อาหารไม่ย่อย กรดไหลย้อน หรือเป็นผลมาจากขบวนการย่อยสลายอาหารบางชนิดแล้วขับออกมากับลมหายใจ เช่น กระเทียม ทุเรียน กะหล่ำปลี บร็อคโคลี่ บีทรูธ หน่อไม้ฝรั่ง ข้าวโพด และอาหารทะเล เป็นต้น



ภาพที่ 1 กลไลการเกิดกลิ่นปากที่มีสาเหตุจากภายในช่องปากผลิตก๊าซที่มีกำมะถันเป็นองค์ประกอบ
ที่มา: Suzuki N, Yoneda M, Takeshita T, Hirofuji T, Hanioka T. Induction and inhibition of oral malodor. Mol Oral Microbiol. 2019 Jun;34(3):85-96.

การจำแนกประเภทของกลิ่นปาก

กลิ่นปาก สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. กลิ่นปากแท้ (genuine halitosis) หมายถึง การมีกลิ่นผิดปกติจริง ซึ่งสามารถตรวจพบ และวินิจฉัยได้จริง กลิ่นปากประเภทนี้แบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 กลิ่นปากที่มีสาเหตุทางกายภาพ (physiologic halitosis) เป็นกลิ่นปากที่เกิดจากกระบวนการย่อยสลายปกติภายในช่องปาก เกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติ เช่น กลิ่นปากหลังตื่นนอนในเวลาเช้า กลิ่นปากในขณะที่หิว หรือกลิ่นปากในสภาวะขาดน้ำ (dehydrate) เป็นต้น กลิ่นปากชนิดนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวแล้วหายไปได้เอง โดยไม่รบกวนการดำเนินชีวิตปกติของผู้ป่วย

1.2 กลิ่นปากที่มีสาเหตุมาจากโรคหรือความผิดปกติ (pathologic halitosis) กลิ่นปากชนิดนี้จะเกิดขึ้นแบบเรื้อรัง อาการไม่สามารถหายไปได้เองหรือจากการทำความสะอาดช่องปากตามปกติเท่านั้น แต่จะต้องรักษาที่ต้นเหตุของโรคหรือความผิดปกตินั้น กลิ่นปากชนิดนี้สามารถแบ่งตามสาเหตุได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.2.1 สาเหตุจากภายในช่องปาก พบได้ประมาณร้อยละ 90 โดยเกิดจากการสะสมของเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและลิ้น โรคหรือความผิดปกติภายในช่องปาก

1.2.2 สาเหตุจากภายนอกช่องปาก พบได้ประมาณร้อยละ 10 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคทางระบบ โดยเฉพาะโรคของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ระบบทางเดินอาหารและโรคเมตตาบอลิก เช่น โรคเบาหวาน โรคไต

2. กลิ่นปากเทียม (pseudo halitosis) หมายถึง การที่ตนเองรู้สึกว่ามีกลิ่นปาก ทั้งที่จริง ๆ แล้วไม่ได้มีกลิ่นปาก และผู้อื่นก็ไม่ได้รู้สึกถึงกลิ่นนั้น

3. อาการกลัวการมีกลิ่นปาก (Halitophobia or Psychological halitosis or Delusional halitosis) คือ ผู้ป่วยที่รู้สึกวิตกกังวลต่ออาการกลิ่นปากของตนเองมากกว่าปกติ มักครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลาว่าตนเองมีกลิ่นปาก ถึงแม้ว่าจะได้รับการตรวจ รักษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วก็ตาม ซึ่งมักเกิดกับผู้ที่รักความสะอาดมากกว่าปกติ ถือเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจ โดยอาจเกิดในผู้ป่วยที่มีกลิ่นปากเทียม หรือมีกลิ่นปากแท้และได้รับการบำบัดรักษาเรียบร้อยแล้วก็ได้

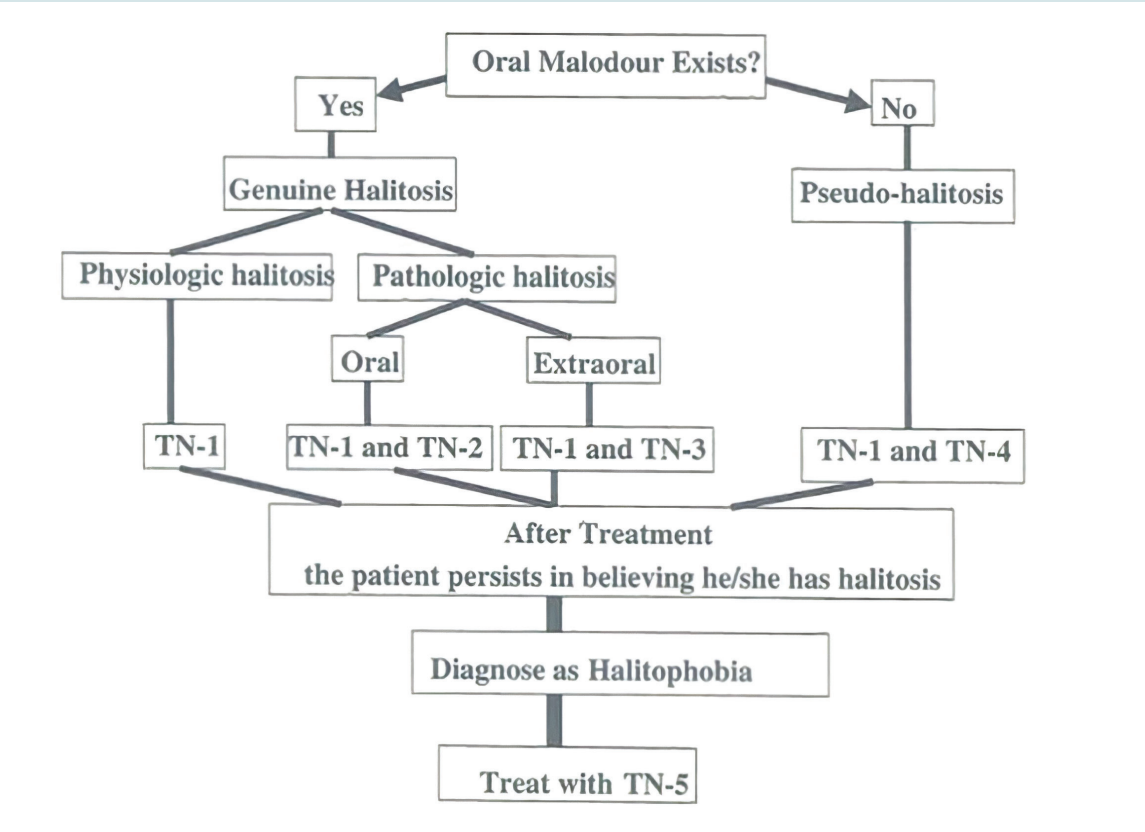
การจัดการกับผู้ที่มีปัญหากลิ่นปาก

การจัดการกับผู้ที่มีปัญหากลิ่นปาก สิ่งแรกที่ต้องทำคือ การวินิจฉัยยืนยันและหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดกลิ่นปากขึ้น โดยการซักประวัติ การตรวจช่องปากอย่างละเอียด และการประเมินกลิ่นปาก นำข้อมูลต่าง ๆ นั้น มาประมวลวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและแผนการรักษาผู้ที่มีปัญหากลิ่นปากต่อไป ดังตารางที่ 1 และแผนภาพที่ 2

ตารางที่ 1 ประเภทของผู้ป่วยกลิ่นปากและแผนการรักษา

Table 1 The classification of halitosis and treatment needs (TN)[6-8]

Classification	Treatment needs[a]
I Genuine halitosis	
A. Physiologic halitosis	TN-1
B. Pathologic halitosis	
a. Oral patholosis halitosis	TN-1 and TN-2
b. Extraoral pathologic halitosis	TN-1 and TN-3
I Pseudo-halitosis	TN-1 and TN-4
III Halitophobia	TN-1 and TN-5



ภาพที่ 2 แผนภาพแนวทางการรักษากลิ่นปาก

ที่มา: Coil JM, Yaegaki K, Matsuo T,Miyazaki H. Treatment Needs (TN) and practical remedies for halitosis. International Dental Journal. 2002; 52(5): 187-91.

แผนการรักษาผู้ที่มีปัญหากลิ่นปาก มี 5 แผน ขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วย

TN 1 ควรเน้นให้ทันตสุขศึกษา ทั้งการทำความสะอาดฟันและลิ้น รวมทั้งให้ความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์ลดกลิ่นปาก เช่น ยาสีฟันหรือน้ำยาอมบ้วนปาก

TN 2 การรักษาปัญหาหรือพยาธิสภาพภายในช่องปากที่อาจทำให้เกิดปัญหากลิ่นปาก เช่น วัสดุอุดฟันสภาพไม่ดี ฟันผุ เศษอาหารติดซอกฟัน โดยเฉพาะโรคปริทันต์ เป็นต้น

TN 3 การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อปรึกษากับอายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ

TN 4 การอธิบายถึงข้อมูลที่ตรวจพบและการวินิจฉัย โดยอ้างอิงความรู้พื้นฐานด้านกลิ่นปาก

TN 5 การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางจิตเวช

ปัจจุบันเริ่มมีความสนใจนำโพรไบโอติก (Probiotics) มาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหากลิ่นปาก เนื่องจากการรักษาส่วนใหญ่ที่ให้กับผู้ป่วยในปัจจุบัน เช่น การทำความสะอาดฟันและลิ้น การขูดหินปูนเกลารากฟัน การใช้ยาสีฟัน น้ำยาอมบ้วนปาก สามารถควบคุมกลิ่นปากได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น และการใช้สารที่มีฤทธิ์ antimicrobial ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียที่เป็นต้นเหตุกลิ่นปากเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลเสีย ทำให้สมดุลของเชื้อในช่องปากเปลี่ยนแปลงไป โพไบโอติก คือ การนำเชื้อจุลินทรีย์ชนิดดีมาใช้เพื่อป้องกันโรค โพรไบโอติกส์ถูกใช้อย่างแพร่หลายในการป้องกันโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคลำไส้แปรปรวน อาหารไม่ย่อย ท้องผุ ปกติการเกิดกลิ่นปากมีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียกรัมลบที่ไม่ชอบออกซิเจน และพบว่าผู้ที่มีปัญหากลิ่นปากจะพบเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่น โดยเฉพาะ *Streptococcus salivarius* ลดลง

จากการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ถึงประสิทธิผลของโพรไบโอติกส์ กับกลิ่นปาก พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ใช้ *Lactobacillus strains* สามารถลดระดับ OLT scores ($P < 0.0001$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับความเข้มข้น VSC ($P = 0.98$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก การที่การศึกษาส่วนใหญ่นั้นใช้เชื้อ *Lactobacillus strains* เป็นโพรไบโอติกส์แทนที่จะเป็น *Streptococcus salivarius* ซึ่งเป็นเชื้อหลักที่พบในช่องปากของผู้ที่ไม่มีปัญหากลิ่นปาก ขณะที่การศึกษาแบบ clinical trial ที่นำ *Streptococcus salivarius* มารักษาผู้ที่มีปัญหากลิ่นปาก พบว่าสามารถลดทั้งระดับก๊าซ VSCs และลดปริมาณเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการเกิดกลิ่นปากลงได้ โดย *Streptococcus salivarius* K12 สามารถผลิต lantibiotics ได้ 2 ชนิด คือ salivaricin A2 (SalA2) และ salivaricin B (SboB) ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งแบคทีเรียตัวอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Coil JM, Yaegaki K, Matsuo T,Miyazaki H. Treatment Needs (TN) and practical remedies for halitosis,
2. International Dental Journal. 2002; 52(5): 187-91.
3. Karbalaei M, Keikha M, Kobyliak NM, Khatib Zadeh Z, Yousefi B, Eslami M. Alleviation of halitosis by use of probiotics and their protective mechanisms in the oral cavity. New Microbes New Infect. 2021;42:100887.
4. Suzuki N, Yoneda M, Takeshita T, Hirofuji T, Hanioka T. Induction and inhibition of oral malodor. Mol Oral Microbiol. 2019 Jun;34(3):85-96.
5. Yaegaki K, Coil JM. Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. J Can Dent Assoc. 2000 May;66(5):257-61.
6. Yoo JI, Shin IS, Jeon JG, Yang YM, Kim JG, Lee DW. The Effect of Probiotics on Halitosis: a Systematic Review and Meta-analysis. Probiotics Antimicrob Proteins. 2019 Mar;11(1):150-157.

โรคเริมบริเวณช่องปาก ความรู้สำหรับทันตแพทย์ทั่วไป

ชมรมรอยโรคช่องปากแห่งประเทศไทย

Primary infection

การติดเชื้อเริมครั้งแรก เราเรียกว่า primary infection หรือ primary herpetic gingivostomatitis ส่วนใหญ่มักเกิดในเด็กหรือคนอายุน้อย มีการศึกษาพบว่าช่วงอายุที่มักเกิดมีสองช่วง คือเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 5 ขวบ และอีกช่วงคืออายุประมาณ 20 ต้น ๆ ในเด็กบางรายอาจไม่มีอาการอะไรรุนแรง แต่ส่วนหนึ่งหลังจากช่วงระยะฟักตัวของเชื้อประมาณ 2 ถึง 20 วัน ก็จะเริ่มมีอาการปวดเมื่อยตามตัวหรือไม่สบายเนื้อสบายตัว เด็กอาจ ร้องไห้งอแง หาสาเหตุอื่นไม่พบ หลังจากนั้นอีกประมาณ 1 ถึง 3 วันก็จะเริ่มมีลักษณะตุ่มน้ำใส (vesicle) เกิดขึ้นในช่องปาก ตุ่มน้ำใสที่เกิดขึ้นเกิดได้ทั้งบริเวณลิ้น ริมฝีปาก เหงือก buccal mucosa และเพดานปาก ทั้ง hard และ soft palates รวมไปถึงอาจพบที่ floor of mouth ได้ด้วย ซึ่งต่อไปตุ่มน้ำใสจะแตกออกเป็นแผลเล็ก ๆ ที่เจ็บมาก ลักษณะแผลมักจะเป็นแผล irregular shape มีรอยขาว เหลือง ที่เรียกว่า pseudomembrane ปกคลุม และมีรอยแดง ๆ ล้อมรอบ คล้ายกับ aphthous ulcer ได้ โดยทั่วไปแผลจะหายเองในระยะเวลาประมาณ 7-14 วัน โดยไม่ทิ้งรอยแผลเป็นไว้

รอยโรคที่เหงือกจะมีลักษณะเหงือกเป็นแผลเล็ก ๆ กระจายไปทั่ว เหงือกอาจมีลักษณะบวม เกิดได้ทั้ง free และ attached gingiva ถ้ามีรอยโรคในช่องปากมากหลายตำแหน่ง แปลว่าอาการมักจะรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีไข้

ในบางรายโดยเฉพาะในเด็กจะมีอาการเบื่ออาหาร และน้ำลายเยอะขึ้นร่วมด้วยได้ อาจพบต่อมน้ำลายบริเวณคอบวมได้ด้วยเช่นกัน ในเด็กที่มีอาการรุนแรง เด็กจะไม่ยอมรับประทานอาหาร เกิดภาวะขาดน้ำ ทำให้อาจต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ในบางรายถือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ร้ายแรงสำหรับเด็ก เพราะอาจลุกลามไปเป็น herpetic encephalitis ได้

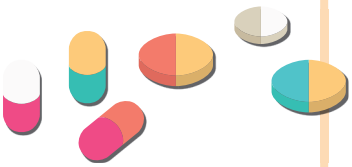
ในผู้ใหญ่อาจพบรอยโรคที่บริเวณคอหอยและต่อมทอนซิลได้ ซึ่งลักษณะของรอยโรคที่พบในบริเวณ non keratinized tissue เหล่านี้ รวมไปถึงเพดานอ่อน buccal mucosa, floor of mouth จะไม่ค่อยพบในกรณี recurrent herpes infection ที่จะกล่าวต่อไป

การวินิจฉัยแยกโรคของรอยโรค primary infection ของ herpes simplex infection ในบางกรณีอาจทำได้ยาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก (หรือในผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่พบ primary infection) เนื่องจากตำแหน่งของรอยโรคอาจเกิดได้ในบริเวณ non keratinized mucosa ด้วย (เป็นตำแหน่งที่ไม่ค่อย common สำหรับ recurrent herpetic stomatitis) หรือในบางรายเกิดทั่วไปในช่องปาก ในกรณีที่ว่า อาจแยกยากจากการติดเชื้อชนิดอื่น ๆ แพทย์เฉพาะทางสาขาเด็กซึ่งมีโอกาสพบผู้ป่วยเด็กที่มีรอยโรคลักษณะแบบนี้มากกว่าทันตแพทย์ อาจมีการส่งตรวจเพิ่มเติมในทาง cytology, serology หรือ molecular biology เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค นอกจากจะใช้ลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าโดยทั่วไปโรคจะหายไปเองภายใน 7-14 วัน การรักษาจะมุ่งเน้นการลดความรุนแรงของโรคหรือลดความเจ็บปวดในรายที่เป็นมาก เช่นแนะนำ soft diet หรือให้สารน้ำทดแทนในกรณีผู้ป่วยเป็นเด็กและรับประทานอะไรไม่ได้ ให้ยาลดไข้ได้ตามสมควร แต่ไม่ควรให้ aspirin ในเด็ก

การให้ acyclovir แบบรับประทานหรือ แบบฉีด ก็อาจให้ได้ในรายที่มีรอยโรครุนแรง หรือในกรณีผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน (immunocompromised patients) หรืออาจเลือกใช้ valacyclovir ได้ แต่ราคาจะสูงกว่า

การใช้ยา (แนวทางการจ่ายยาต้านไวรัสมีหลายแนวทางแตกต่างกันตามแต่ละ guideline แนวทางนี้เป็นเพียงหนึ่งในแนวทางที่ผู้เขียนใช้)



Acyclovir (suspension หรือ tablets)

แบบ tablet ใช้ยาขนาด 200 mg รับประทานวันละ 5 ครั้ง ทุกวัน 7-10 วัน หรือเพื่อให้บริหารยาได้ง่าย รับประทานสองเม็ด (รวมเป็นครั้งละ 400 มิลลิกรัม) วันละสามครั้ง

ในเด็กควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเด็กเสมอ ในเด็กอายุ 2-11 ขวบ ขนาดยาอยู่ที่ 80 มิลลิกรัม ต่อกิโลกรัม ต่อวัน แบ่งให้รับประทานได้ทุก 6 หรือ 8 ชั่วโมง ระยะเวลา 5-10 วัน ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 1000 มิลลิกรัมต่อวัน (suspension สำหรับเด็กมีขนาดยา 200 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร)

ในเด็กอายุ 12 ขวบขึ้นไป ให้ยา 200 mg รับประทานวันละ 5 ครั้ง ทุกวัน 7-10 วัน เช่นเดียวกับผู้ใหญ่

• Recurrent herpetic infection (herpes labialis) •

เมื่อผ่านการติดเชื้อครั้งแรก เชื้อจะหลบซ่อนอยู่ใน sensory ganglion ตัวเชื้ออาจถูกกระตุ้นขึ้นมาใหม่ (reactivation) ได้จากหลาย ๆ ปัจจัยเช่น ช่วงที่ร่างกายไม่แข็งแรง ความเครียด อ่อนเพลีย หรืออาจถูกกระตุ้นจากการมีไข้สูงจากสาเหตุอื่น ๆ การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ยาเคมีบำบัด บางคนอาจมีรอยโรคกลับเป็นซ้ำบ่อยในช่วงมีประจำเดือน หรือจากการได้รับ trauma เล็ก ๆ เช่นในบางรายพบว่ามักเกิดหลังทำฟัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการระคายเคือง หรือ minor trauma ในระหว่างการทำฟัน หรืออาจเป็นเพราะความเครียด ในระหว่างการทำฟันก็ได้เช่นกัน ในบางกรณีการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่น ๆ บางชนิดที่ส่งผลต่อภูมิคุ้มกัน ก็อาจส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของไวรัสเริมที่หลบซ่อนอยู่ใน sensory ganglion ได้

Herpes labialis จะมีอาการน้อย ไม่รุนแรงเท่าการติดเชื้อครั้งแรก และเกิดรอยโรคที่มุมปากเป็นส่วนใหญ่ ในบางรายอาจมีอาการนำก่อนที่จะมีรอยโรคให้เห็น เช่น มีอาการชาเล็กน้อย หรือเจ็บ ๆ ที่ริมฝีปาก บางราย (ตามการศึกษาบอกว่าอยู่ที่ประมาณ 46-60 %) จะมีอาการแสบร้อน หรือคัน ๆ ที่มุมปาก ผู้ป่วยที่เป็นบ่อยมักจะทราบว่านี่คืออาการนำ ว่ากำลังจะเกิด herpes labialis อีกครั้ง

รอยโรคจะเริ่มจากมีรอยปื้นแดงเล็ก ๆ ที่สังเกตได้ยากมาก หลังจากนั้นจะมีตุ่มน้ำใสขึ้น ซึ่งถือเป็นระยะที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง ในระยะนี้ต้องระวังการติดต่อไปยังผู้อื่น หลังจากนั้นตุ่มน้ำจะแตกออกเป็นแผลและอาจมีลักษณะของการตกสะเก็ดที่มุมปากได้ โดยทั่วไปรอยโรคจะหายไปเองในเวลา 7 ถึง 14 วัน

ถ้าจะใช้ยาทา ก็อาจเลือกใช้ penciclovir 1% cream หรือ acyclovir 5% cream ซึ่งเป็น ยาต้านไวรัสแบบทาเฉพาะที่ ทาบริเวณแผลก่อนที่จะแตกออกเป็นตุ่มน้ำจะช่วยให้เป็นน้อยและหายเร็วขึ้น โดยทั่วไปจะไม่ให้ acyclovir แบบรับประทาน เว้นว่าจะมีอาการรุนแรงมาก เป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือผู้ป่วยมีภาวะ immunocompromised ร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามอาจมีแผลบางชนิดที่บริเวณมุมปากที่ผู้ป่วยเองอาจไม่สามารถแยกออกจากแผล herpes labialis ได้ ดังนั้นถ้าเป็นแผลที่ริมฝีปากบ่อยจนเกินไป หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาจากยาต้านไวรัสแบบเฉพาะที่ หรือมีแผลที่มุมปากร่วมกับปากแห้งน้ำลายน้อย หรือในกรณีที่พบแผลในช่องปากร่วมกับฟันปลอมถอดได้ที่ใส่ไม่สบายร่วมด้วย แนะนำให้ท่านส่งต่อเพื่อพบทันตแพทย์เฉพาะทางเพื่อปรึกษาให้แน่ชัดว่าเป็นรอยโรคชนิดใด เพื่อจะได้ให้การรักษาที่ตรงกับโรคต่อไป

การใช้ยา (แนวทางการจ่ายยาต้านไวรัสมีหลายแนวทางแตกต่างกันตามแต่ละ guideline แนวทางนี้เป็นเพียงหนึ่งในแนวทางที่ผู้เขียนใช้)

Acyclovir (5% cream) ทาที่รอยโรค และควรใช้ cotton tip applicator หรือสวมถุงมือไม่มีแป้งทา ถ้าเลี่ยงไม่ได้ ใช้มือเปล่าต้องล้าง ก่อนและหลังให้สะอาด ทาทุกสองชั่วโมง เวลากลางวันประมาณห้าวัน

Penciclovir (1% cream) ทาที่รอยโรค และควรใช้ cotton tip applicator หรือสวมถุงมือไม่มีแป้งทา ถ้าเลี่ยงไม่ได้ ใช้มือเปล่าต้องล้าง ก่อนและหลังให้สะอาดเช่นกัน ทาทุกสองชั่วโมง เวลากลางวันประมาณห้าวัน

Acyclovir (tablets) 200 mg แบบรับประทาน ในรายที่พิจารณาแล้วว่าควรต้องให้การรักษา การเริ่มยาให้เร็วที่สุดจะได้ประโยชน์มากที่สุด รับปะระทานวันละ 5 ครั้ง ทุกวัน 5-7 วัน หรือเพื่อให้บริหารยาได้ง่าย รับประทานสองเม็ด (รวมเป็นครั้งละ 400 มิลลิกรัม) วันละสามครั้ง ในบางครั้งอาจปรับระดับยาได้ถึง 400 มิลลิกรัม วันละห้าครั้ง ในผู้ป่วย immunocompromised เช่น HIV อาจให้ยาได้ยาวจนกว่ารอยโรคจะตกสะเก็ดและเริ่มหายไป และควรประเมินการทำงานของไตก่อนให้ยาของผู้ป่วยด้วยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ประจำตัวที่รักษาโรคของผู้ป่วยก่อนเพื่อระวังปัญหาที่เกิดจาก drug interaction

ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 12 ปี ให้ขนาดยาแบบเดียวกับผู้ใหญ่ได้เช่นกัน

Valacyclovir (tablets) 2 g แบบรับประทาน รับประทานทุก 12 ชั่วโมง วันเดียว ในรายที่พิจารณาแล้วว่าควรต้องให้การรักษาเริ่มยาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เมื่อเริ่มมีอาการ ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัส หรือยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก ปลูกถ่ายไต เนื่องจากมีความเสี่ยงในการพบ hemolytic uremic syndrome ได้

การเกิดรอยโรคเริมกลับเป็นซ้ำในช่องปาก มีชื่อเรียกหลายชื่อเช่น recurrent herpetic stomatitis หรือ herpetic gingivostomatitis หรือ recurrent intraoral herpes แผลเริมชนิดนี้ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นที่ keratinized oral mucosa ซึ่งแตกต่างกับการติดเชื้อครั้งแรก และแตกต่างจากแผล aphthous ulcer (ใช้แยกได้ระดับหนึ่งแต่ไม่ทั้งหมด) แผลเริมกลับเป็นซ้ำในปากมักจะมีขนาดเล็ก และเป็นประมาณ 7-14 วัน ยกเว้นในบางรายที่อาจมีอาการรุนแรงและเป็นได้นานกว่าระยะที่กล่าว รอยโรคที่เพดานปากหรือลิ้นจะเป็นได้สองฝั่ง (ใช้แยกกับแผล herpes zoster ในช่องปากที่จะไม่ข้าม midline)

ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จะพบว่าแผลที่เกิดจาก recurrent herpetic stomatitis จะรุนแรงมาก และมีลักษณะแผลที่แตกต่างออกไปอาจมีขนาดแผลใหญ่ มีตุ่มน้ำใสแตกออกเป็นแผลเล็ก ๆ จำนวนมากหายช้า และเจ็บปวดมาก อาจพบรอยโรคที่ลิ้นได้มากกว่าคนที่แข็งแรง และที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการเกิดการติดเชื้อเริมที่บริเวณอื่น (ไม่เกี่ยวกับช่องปาก) และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

รอยโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะทางคลินิกคล้ายกับ recurrent herpetic stomatitis มีอีกหลายชนิด ถ้าพบแผลในช่องปากที่มีลักษณะรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือเป็นซ้ำบ่อยมาก หรือท่านไม่มั่นใจ แนะนำให้ท่านส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ หรือทันตแพทย์เฉพาะทาง เพื่อการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องต่อไป

การรักษา recurrent herpetic stomatitis ก็มีหลักการเช่นเดียวกันกับที่กล่าวมา คือ รอยโรคโดยทั่วไปจะหายเอง ในรายที่มีรอยโรครุนแรง หรือเป็น immunocompromised patients เลือกใช้ยาต้านไวรัสเช่น acyclovir หรืออาจพิจารณาเลือกใช้ valacyclovir หรือ famciclovir (off label use) ได้ แต่ราคาจะสูงกว่า และไม่ควรใช้ยาต้านไวรัสชนิดทานอกปากมาทาในปาก

การใช้ยา (แนวทางการจ่ายยาต้านไวรัสมีหลายแนวทางแตกต่างกันตามแต่ละ guideline แนวทางนี้เป็นเพียงหนึ่งในแนวทางที่ผู้เขียนใช้)

Acyclovir (tablets) 200 mg แบบรับประทาน ในรายที่คิดว่าควรต้องให้การรักษา การเริ่มยาให้เร็วที่สุดจะได้ประโยชน์มากที่สุด รับประทานวันละ 5 times ทุกวัน 5-7 วัน หรือเพื่อให้บริหารยาได้ง่าย รับประทานสองเม็ด (รวมเป็นครั้งละ 400 มิลลิกรัม) วันละสามครั้ง ในผู้ป่วย immunocompromised เช่น HIV อาจให้ยาได้ยาวจนกว่ารอยโรคจะตกสะเก็ดและเริ่มหายไป และควรประเมินการทำงานของไตของผู้ป่วยด้วยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ก่อน เพื่อระวังปัญหาที่เกิดจาก drug interaction

Valacyclovir (tablets) 2 g แบบรับประทาน รับประทานทุก 12 ชั่วโมง วันเดียว ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัส หรือยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก ปลูกถ่ายไต เนื่องจากมีความเสี่ยงในการพบ hemolytic uremic syndrome ได้

เติมพลังแบบ Go Green Energy ง่าย ๆ สบายกระเป๋า

มายด์มิ้งค์ ผู้ชายสามมิติ

ที่มา : Youtube Matchingstudio Chanel

ฮาโหลเพื่อน ๆ ชาวโลก เรื่องที่จะมานำเสนอในวันนี้ อยากจะนำเสนอในฐานะประชากรของโลก ที่กำลังบริโภคทรัพยากร และผลิตของเสียให้กับโลกใบนี้ไปพร้อม ๆ กัน ในทุกวินาทีที่หายใจ เกริ่นมาขนาดนี้เดาง่ายไม่ต้องสืบ ว่าจะมาชวนสะกิดจิตสำนึกรักสิ่งแวดล้อมแน่นอนครับ ถ้าลองนึกย้อนดู ตั้งแต่สมัยเด็ก ๆ เรามีแคมเปญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมาตลอด ถ้าเอาแค่ที่ผมจำได้ ย้อนไปเมื่อ 30 – 40 ปีก่อนคงเคยได้ยินคำว่า “อีสานเขียว” เป็นแคมเปญที่พยายามจะบอกเล่าเรื่องราวการบุกรุกทำลายพื้นที่ป่าในภาคอีสาน ทำให้เกิดปัญหาความแห้งแล้งฝนตกไม่ตรงฤดู ตามมาด้วยแคมเปญ “น้ำมันไร้สารตะกั่ว” ในช่วงปลายทศวรรษ 1990 ที่ใช้ Mascot เป็นมนุษย์ตะกั่วตัวสีเทา ๆ ปรากฏตัวในโฆษณาทีวี รณรงค์ให้ผู้ใช้รถใช้น้ำมันไร้สารตะกั่ว เพื่อลดมลพิษจากโลหะหนักในไอเสีย และลดผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพในระยะยาว

ทั้งสองแคมเปญที่กล่าวมา ผมคิดว่าประสบความสำเร็จมากกว่าล้มเหลว เราสามารถลดการบุกรุกผืนป่าลงได้ มีมาตรการจัดโซนนิ่งพื้นที่ทั้งประเทศ มีหน่วยงานเข้ามากำกับดูแลทรัพยากรป่าไม้อย่างเป็นรูปธรรมควบคู่ไปกับการพัฒนาเมือง บรรลุการบังคับใช้น้ำมันเบนซินไร้สารตะกั่วได้สำเร็จในปี 1996 (สำเร็จก่อนประเทศมหาอำนาจหลายประเทศ) และยอมรับการใช้เชื้อเพลิงพลังงานทางเลือกอย่างไบโอดีเซลและแก๊สโซฮอลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

แต่ถึงอย่างนั้น ก็ยังมีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นทุกวัน มีคำใหม่ ๆ ที่เราไม่เคยได้ยิน เกิดขึ้นมาตลอดช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ที่เป็นกระแสโด่งดังทั่วโลกในช่วงกลางของทศวรรษ 2000 คือคำว่าภาวะโลกร้อน และปรากฏการณ์เรือนกระจกผ่านทางภาพยนตร์สารคดีเรื่อง *An Inconvinient Truth* ที่มีชื่อภาษาไทยว่า “เรื่องจริง ช็อคโลก” ของรองประธานาธิบดีสหรัฐฯ Al Gore ผู้ปลุกกระแสความตื่นตัวด้านสิ่งแวดล้อมทั่วโลก ภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับโลกใบนี้ หากมนุษย์ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หายนะจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ ภายในช่วงชีวิตของพวกเราเอง น่าเสียดายที่กระแสนั้นได้เลือนหายไปในเวลาต่อมา จากความน่าตื่นเต้นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นบนโลกในช่วงต้นทศวรรษ 2010 นวัตกรรมและเทคโนโลยีการสื่อสาร การเชื่อมต่อทางไกล จาก 2G เป็น 3G 4G และ 5G ทำให้เกิดการแข่งขันด้านการพัฒนาเทคโนโลยีมากมาย เศรษฐกิจดีขึ้นทั่วโลกอย่างก้าวกระโดด เราก็พากันยินดีปรีดากับความสำเร็จเหล่านั้น ขณะที่ภัยเงียบอุบัติอยู่รอบตัวเราทุก ๆ วินาที และนาทีนี้ ปัญหาโลกร้อน, น้ำท่วม, ดินถล่ม, ปัญหาสภาพอากาศไม่ว่าจะเป็นฝุ่นละออง, ฤดูกาลผิดเพี้ยน, ภัยแล้ง, heat wave, ฝนกรด, ไฟป่า, ปะการังฟอกขาว, กระแสน้ำทะเลแปรปรวน, น้ำแข็งขั้วโลกละลาย, ขยะในทะเล, ขยะพิษ, ขยะอิเล็กทรอนิคส์, สัตว์ไร้ที่อยู่อาศัยและใกล้สูญพันธุ์ ฯลฯ ล้วนมีสาเหตุหลักมาจากกิจกรรมของมนุษย์ทั้งสิ้น

จนกระทั่งเมื่อ 3 – 4 ปีมานี้ ประเด็นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ถูกหยิบยกกลับขึ้นมาพูดถึงใหม่บนเวทีระดับโลก แต่ครั้งนี้มันถูกกล่าวถึงในอีกมุมหนึ่ง นักวิทยาศาสตร์จากหลายหน่วยงานทั่วโลกต่างนำเสนอแนวคิดและข้อกังวลไปในทิศทางเดียวกันว่าในทำนองที่ว่า **Not Local but Global** ภายในอนาคตอันใกล้ (มาก ๆ) ที่จะถึงนี้ หากมนุษย์ยังคงไม่ปรับพฤติกรรม ลดอัตราการปล่อยก๊าซคาร์บอน-ไดออกไซด์ลงภายใน 2 – 3 ปีข้างหน้า เราจะมาถึงจุดที่ไม่สามารถย้อนกลับไปแก้ไขอะไรได้อีก **(Point of no return)** พอเล่ามาถึงตรงนี้ ผมขอสารภาพว่า รู้สึกหดหู่มาก ผมรู้สึกเชื่อและกังวลกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น อันที่จริง ความคิดแรกเริ่มผมตั้งใจเขียนเรื่องเบา ๆ มาแบ่งปันไอเดียให้เรามาช่วยกันปรับเปลี่ยนเรื่องเล็ก ๆ ในชีวิตประจำวัน ที่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหาต่าง ๆ ที่ผมกล่าวถึงข้างต้น และถ้าโชคดี เราอาจจะสามารถยับยั้งหายนะได้ก่อนที่จะสายเกินไป

ความซับซ้อนของปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมมีหลากหลายมิติเกี่ยวข้องกับเราในทุก ๆ ระดับ ตั้งแต่ตัวบุคคลไปจนถึงระดับโลก เชื่อมโยงกันแบบพลวัต และส่งผลกระทบต่อเราทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หลายองค์กรพยายามหาทางแก้ไข สำเร็จบ้าง ล้มเหลวบ้าง ความพยายามระดับประเทศครั้งล่าสุดที่เห็น เมื่อต้นเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมา มีการประชุม COP26 หรือ การประชุมรัฐภาคีกรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ณ ประเทศอังกฤษ บรรดาผู้นำกว่า 100 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ได้มีความตกลงร่วมกันเรื่องการหยุดและพลิกฟื้นสถานการณ์การทำลายป่าและหยุดการเสื่อมโทรมของผืนดินให้ได้ภายในปี 2030 โดยได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางรวมถึงตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมภายในกรอบระยะเวลาไม่ถึง 10 ปี แสดงว่าทั่วโลกเห็นตรงกันว่าเรากำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่เลวร้าย และต้องร่วมมือแก้ไขปัญหาพร้อมกันทั้งโลกอย่างเร่งด่วน แต่ก็มีบางประเทศที่ไม่ได้ตกลงปฏิบัติตามข้อตกลงนี้ เช่นประเทศอินโดนิเซีย ซึ่งให้ความเห็นว่า การยุติการตัดไม้ทำลายป่าทั้งหมดภายในปี 2030 นั้น ไม่เหมาะสมและอาจไม่สามารถปฏิบัติตามได้ โดยให้เหตุผลว่ามีหลายหนทางในการจำกัดการตัดไม้ทำลายป่า แต่สิ่งสำคัญอันดับแรกของรัฐบาลคือการพัฒนาประเทศ ซึ่งการตัดไม้ทำลายป่ามีความจำเป็น ความมั่งคั่งทางธรรมชาติรวมถึงป่าไม้ ต้องได้รับการจัดการให้ใช้งานได้ตามหลักการที่ยั่งยืน และมีอีกหลายประเทศ ที่มีข้อจำกัดหรือเหตุผลของตนเองในการไม่เข้าร่วมตามข้อตกลงนี้

โชคดีที่เราไม่จำเป็นต้องรอถึงปี 2030 หรือฝากความหวังไว้กับผู้นำประเทศไหน ๆ เราคงเคยได้ยินแนวทางในการรักษาสิ่งแวดล้อม ที่พวกเราสามารถช่วยกันคนละไม้คนละมือได้ทันที อย่างการแยกขยะ การประหยัดน้ำ การปลูกต้นไม้ ลดการใช้ผลิตภัณฑ์จากพลาสติกและโฟม ลดการใช้พลังงาน หรือหันมาใช้พลังงานทางเลือก ฯลฯ เหล่านี้ล้วนสามารถเริ่มต้นได้ทันที และหลายคนน่าจะได้ทำอยู่แล้ว แต่บางคนอาจจะไม่สนใจ และถามหาการขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากภาครัฐ หรือทิ้งให้เป็นภาระของภาคการผลิต

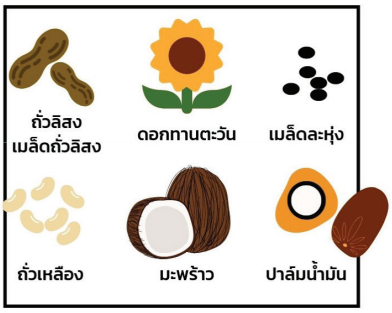
"ผมคิดเสมอว่า ทำน้อย ดีกว่าไม่ทำ.. ผมไม่เคยตั้งคำถามกับตัวเองเลยว่า.. ต้องรอให้ใครทำก่อน"

อย่างการแยกขยะรีไซเคิล การไม่สตาร์ทรถขณะจอดรอ เคยมีการทดลองสตาร์ทรถทิ้งไว้ 5 นาที พบว่าเผาผลาญน้ำมันเชื้อเพลิงได้ประมาณ 1 ลิตร เทียบเท่ากับการขับรถเป็นระยะทางประมาณ 8-10 กม. และยังเกิดมลพิษทางอากาศมากขึ้น เพราะการไหลเวียนของอากาศไม่ดี ทำให้การสันดาปไม่สมบูรณ์เมื่อเทียบกับเวลารถวิ่ง

พูดถึงเรื่องเชื้อเพลิงและมลพิษ ก็เข้าเรื่องที่ตั้งใจจะเล่าวันนี้สักที ในหัวข้อพลังงานทางเลือก ไบโอดีเซลและแก๊สโซฮอล จากความสงสัยของผมเอง ย้อนไปช่วงที่เราเจอปัญหา PM 2.5 มีการรณรงค์ให้ประชาชนใช้น้ำมันพลังงานทางเลือกแทนเชื้อเพลิงจากฟอสซิล เพื่อลดปัญหาอนุภาคฝุ่นขนาดเล็ก แต่โฆษณาน้ำมันเชื้อเพลิงในท้องตลาดหลายยี่ห้อ ก็โฆษณาว่าน้ำมันเชื้อเพลิงฟอสซิลของตัวเอง มีประสิทธิภาพการเผาไหม้หมดจด ผมเลยสงสัยว่า ตกลงน้ำมันแบบไหนสะอาดกว่ากัน

ขอเริ่มจากน้ำมันดีเซล ที่ใช้มากในภาคการผลิตและการขนส่ง และมักถูกมองเป็นผู้ร้ายในการก่อมลภาวะมาตลอด ที่นิยมใช้มี 2 ประเภทคือ น้ำมันดีเซลปิโตรเลียม (ต่อไปนี้จะขอเรียกว่าน้ำมันดีเซลเฉย ๆ) และไบโอดีเซล เราทำความรู้จักกับน้ำมันทั้ง 2 ชนิดนี้กันแบบคร่าว ๆ สักนิดดีกว่าครับ ไบโอดีเซล ผลิตจากพืชจำพวกปาล์ม ถั่วเหลือง ทานตะวัน มะพร้าว ฯลฯ มีขนาดโมเลกุลใกล้เคียงกับน้ำมันดีเซล แตกต่างกันตรงโครงสร้างของโมเลกุล น้ำมันดีเซลมีองค์ประกอบหลักเป็นสารประกอบไฮโดรคาร์บอนชนิดอิ่มตัวและซัลเฟอร์เล็กน้อย ส่วนไบโอดีเซลมีโครงสร้างโมเลกุลเป็นสารประกอบไฮโดรคาร์บอนชนิดไม่อิ่มตัวเป็นหลัก หากผลิตจากเมธานอลผสมจะเรียกว่า fatty acid methyl esters (FAME) และหากใช้ส่วนผสมเป็นเอธานอลจะเรียกว่า fatty acid ethyl esters (FAEE) ความแตกต่างทางกายภาพที่สังเกตได้ชัดของน้ำมันดีเซลทั้งสองชนิดนี้มี 7 อย่างได้แก่

วัตถุดิบที่ใช้ผลิต**ไบโอดีเซล**



ที่มา : www.machumetal.com

1. ไบโอดีเซล มีคุณสมบัติด้านการหล่อลื่นดีกว่าดีเซล จึงช่วยลดการสึกหรอของเครื่องยนต์ได้ดีกว่า

2. ไบโอดีเซล ไม่มีส่วนผสมของซัลเฟอร์ จึงไม่ก่อให้เกิดไอระเหยที่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม

3. ไบโอดีเซลบริสุทธิ์ มี Oxigen content มากกว่าน้ำมันดีเซลบริสุทธิ์ประมาณ 10 % - 12 % จึงก่อมลพิษน้อยกว่า แต่ในทางกลับกันก็ให้กำลังเครื่องยนต์ต่ำกว่าน้ำมันดีเซลประมาณ 4 %

4. ไบโอดีเซลมีความเป็นพิษน้อยกว่าน้ำมันดีเซลมาก เมื่อเกิดการรั่วไหล จึงเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อมน้อยกว่ามาก

5. ที่อุณหภูมิต่ำ ไบโอดีเซลมีแนวโน้มที่จะเหนียวข้น หรือกลายเป็นเจลง่ายขึ้น จึงไม่เหมาะกับการใช้งานในพื้นที่ภูมิประเทศที่มีอากาศหนาว

6. จำเป็นต้องมีวิธีการจัดเก็บไบโอดีเซลที่เหมาะสม เพื่อป้องการการเกิดปฏิกิริยากับออกซิเจน (Oxidize) หรือการใช้กับเครื่องยนต์ที่ไม่ได้ใช้งานเป็นประจำ น้ำมันอาจจะเกิดการจับตัวเป็นก้อนได้

7. ไบโอดีเซล เป็นตัวทำละลายที่ดีกว่าน้ำมันดีเซล จึงต้องเลือกวัสดุบรรจุภัณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเสียหายของบรรจุภัณฑ์และเครื่องยนต์ รวมถึงประสิทธิภาพของตัวน้ำมันไบโอดีเซลเอง

การควบคุมมาตรฐานการผลิตน้ำมันไบโอดีเซลทำได้ยากกว่ามาก โดยเฉพาะเมื่อผลิตครั้งละน้อย ๆ ผู้ผลิตจึงเลือกใช้ไบโอดีเซลผสมกับน้ำมันดีเซลปิโตรเลียม รวมถึงการเติมสารผสมเพิ่มเพื่อลดข้อจำกัดทางกายภาพ ของน้ำมันไบโอดีเซลให้อยู่ในระดับที่ผ่านมาจรฐานการใช้งาน โดยทั่วไป จะนิยมนำไปผสมหลายสูตรตามสัดส่วนของ ไบโอดีเซล : ดีเซลตามกำลังการผลิตของวัตถุดิบในแต่ละพื้นที่ เช่น

B2 หมายถึงอัตราส่วนระหว่างไบโอดีเซล 2 % ต่อ ดีเซล 98 % มีจำหน่ายทั่วไปในมลรัฐมินนิโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา และถูกบังคับใช้ทั้งมลรัฐในปี พ.ศ. 2548

B5 มีอัตราส่วนระหว่างไบโอดีเซล 5 % ต่อ ดีเซล 95 % มีจำหน่ายทั่วไปในประเทศฝรั่งเศส โดยกว่าครึ่งหนึ่งของน้ำมันดีเซลที่จำหน่ายเป็นน้ำมันสูตร B5

B20 มีอัตราส่วนระหว่างไบโอดีเซล 20 % ต่อ ดีเซล 80 % เป็นน้ำมันผสมที่คณะกรรมการไบโอดีเซลแห่งชาติ และสำนักงานป้องกันสิ่งแวดล้อมของประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ใช้

B40 มีอัตราส่วนระหว่างไบโอดีเซล 40 % ต่อ ดีเซล 60 % เป็นสูตรที่ใช้ในรถยนต์ขนส่งมวลชนในประเทศฝรั่งเศส ทั้งนี้เพื่อผลในการลดมลพิษ

B100 คือน้ำมันไบโอดีเซล 100 % ที่ใช้ในประเทศเยอรมนีและออสเตรีย โดยได้รับการรับรองจากบริษัทผู้ผลิตรถยนต์รายใหญ่ของประเทศ

ในตลาดบ้านเราที่เห็นตามสถานีบริการน้ำมันจะมีให้เลือก 2 เกรด คือ B7 และ B10 แต่จะมีการปรับสูตรใหม่ตามมติคณะกรรมการบริหารนโยบายพลังงาน เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2564 ให้ลดการผสมไบโอดีเซลจาก B10 และ B7 ให้เหลือ B6 ซึ่งมีผลระหว่างวันที่ 11-31 ตุลาคม 2564 ก็ไม่แน่ใจว่ากว่าเรื่องนี้จะตีพิมพ์เราจะได้ใช้ไบโอดีเซลสูตรใหม่กันหรือยัง

มาถึงฝั่งเครื่องยนต์เบนซินบ้าง เชื้อเพลิงทางเลือกของฝั่งนี้มีให้เลือกใช้ตั้งแต่ แก๊สโซฮอล E10, แก๊สโซฮอล E20 และ แก๊สโซฮอล E85 ซึ่งหมายถึงอัตราส่วนผสมของน้ำมันเบนซินต่อเอธานอลบริสุทธิ์ 99.5% เท่ากับ 90:10, 80:20 และ 15:85 ตามลำดับ แต่ละชนิดมีข้อจำกัดในการใช้แตกต่างกัน

• **น้ำมันแก๊สโซฮอล 95 (E10)** เป็นน้ำมันเชื้อเพลิงในกลุ่มของแก๊สโซลีน ที่ถูกผลิตมาให้ใช้แทน เบนซินออกเทน 95 มีส่วนผสมของเบนซินออกเทน 95 อยู่ 90 % ต่อเอธานอล 10 % ทำให้แก๊สโซฮอลที่ออกมามีออกเทนเทียบเท่ากับ เบนซิน 95 ปัจจุบันถูกนำมาแทนที่เบนซินออกเทน 95

• **น้ำมันแก๊สโซฮอล 91 (E10)** มีส่วนผสมของ น้ำมันเบนซินออกเทน 91 อยู่ 90 % ผสมกับเอธานอล 10 % มีข้อดีคือ ราคาถูกและเป็นที่นิยมอย่างมาก ไม่มีผลกระทบต่อสมรรถนะเครื่องยนต์และอัตราการเร่งไม่แตกต่างจากน้ำมันเบนซินออกเทน 91 มากนัก

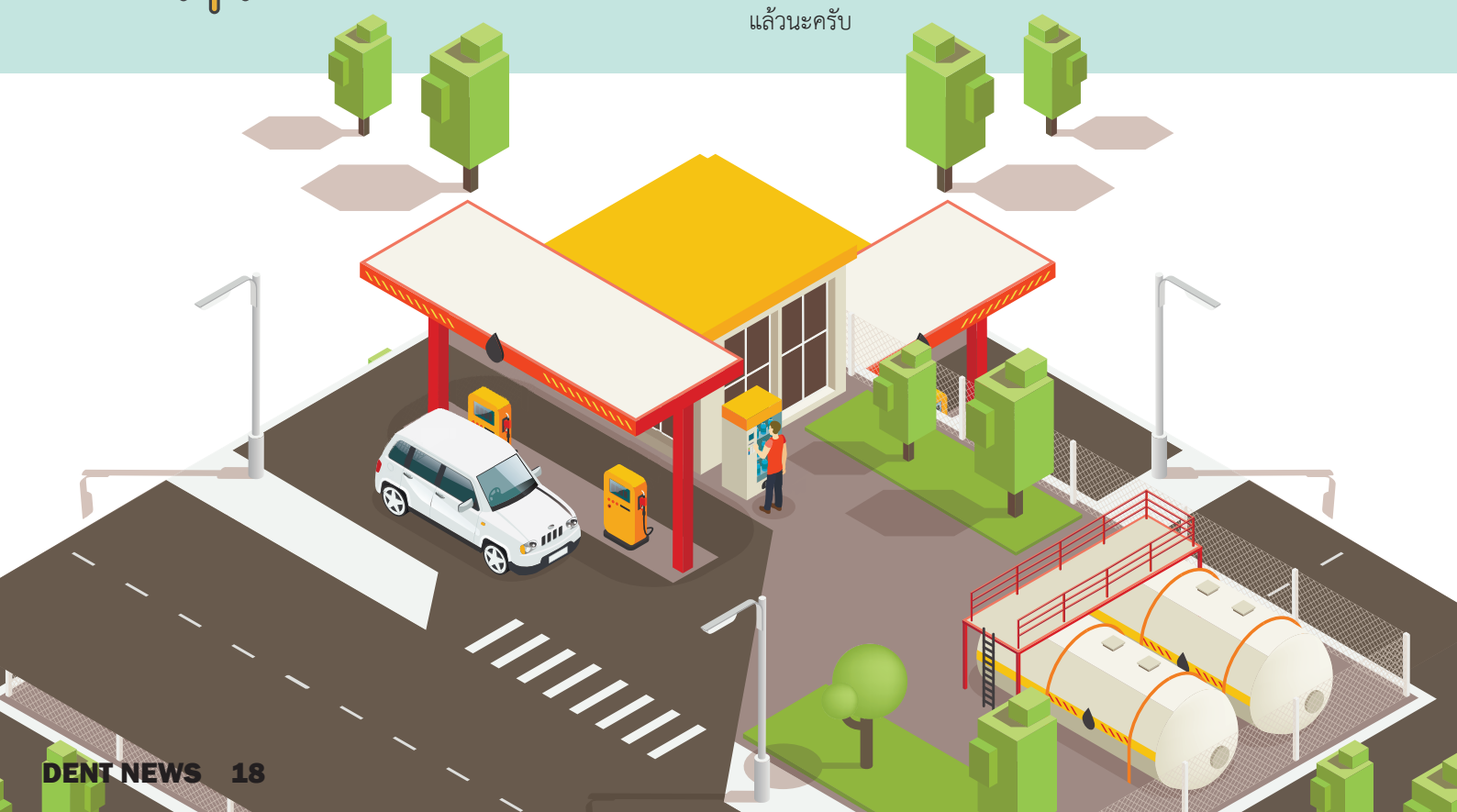
• **น้ำมันแก๊สโซฮอล E20** มีส่วนผสมของ น้ำมันเบนซินออกเทน 95 ในสัดส่วน 80 % ผสมกับเอธานอล 20 % มีราคาถูกประสิทธิภาพการใช้งาน อัตราในการเร่งจะด้อยกว่าแก๊สโซฮอล์ 95 และ 91 เน้นการใช้งานในเมืองเป็นหลัก

• **น้ำมันแก๊สโซฮอล E85** มีส่วนผสมของ น้ำมันเบนซินออกเทน 95 อยู่ 15 % และเอธานอล 85 % เป็นน้ำมันที่มีราคาถูกที่สุด เพราะมีปริมาณส่วนผสมของน้ำมันเบนซินออกเทนที่ค่อนข้างน้อย มีการระเหยสูง เพราะมีส่วนผสมของแอลกอฮอลมาก หากมีการขับขี่ในระยะทางไกลๆ เป็นระยะเวลานาน จะสังเกตได้ถึงการเผาไหม้ที่ไวกว่าน้ำมันชนิดอื่น แม้จะมีราคาถูก แต่ก็ต้องเติมน้ำมันบ่อยกว่าชนิดอื่น ๆ และสมรรถนะในการขับขี่ ไม่เทียบเท่ารถยนต์ที่ใช้น้ำมันเบนซินแบบธรรมดา น้ำมันแก๊สโซฮอล E85 ต้องใช้กับรถยนต์ FFVs (Flexible Fuel Vehicles) เท่านั้น หากรถของคุณไม่ได้ระบุว่าสามารถเติมน้ำมันแก๊สโซฮอล E85 ก็ห้ามเติมโดยเด็ดขาด เพราะจะส่งผลให้เครื่องยนต์เร่งไม่ขึ้น สะดุด และสตาร์ทติดยาก

หากเปรียบเทียบข้อดี-ข้อด้อยระหว่างน้ำมันเบนซินและแก๊สโซฮอลในภาพรวม สรุปได้ว่า แก๊สโซฮอลมีราคาถูกกว่า ยิ่งมีอัตราส่วนของเอธานอลมากเท่าไร ยิ่งราคาถูกลงมากเท่านั้น เมื่อเทียบกันลิตรต่อลิตร แม้การใช้น้ำมันแก๊สโซฮอลจะทำให้ขับได้ระยะทางน้อยกว่าเบนซิน แต่เนื่องจากเอธานอลมีค่าออกเทนสูงว่าเบนซินจึงทำให้เครื่องยนต์มีกำลังและสมรรถนะดีกว่า นอกจากนี้แก๊สโซฮอลก็ก่อมลพิษน้อยกว่าเบนซินได้ถึง 70 % ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดการในใช้งานกับเครื่องยนต์บางประเภทและเหมาะกับยานพาหนะขนาดเล็กมากกว่า การหันมาใช้น้ำมันแก๊สโซฮอลยังให้ประโยชน์ทางอ้อมอีกมากมาย อาทิ การลดการนำเข้าน้ำมัน การส่งเสริมอาชีพเกษตรกร จึงช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางด้านพลังงานให้กับประเทศ ช่วยให้เครื่องยนต์สะอาดเนื่องจากสามารถเผาไหม้ได้สมบูรณ์มากกว่า

เมื่อมีข้อดี ก็ต้องมีข้อเสียเหมือนกัน เนื่องจากเอธานอลผลิตจากพืชที่มีแป้งและน้ำตาลสูงจำพวกอ้อยหรือข้าวโพด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดสรรผลผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดทั้งในฝั่งพลังงานและอาหาร เนื่องจากน้ำตาลเป็นวัตถุดิบหลักในการผลิตอาหารหลายประเภท หากจัดสรรไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อต้นทุนการผลิตอาหารได้ เอธานอลยังมีคุณสมบัติกัดกร่อนวัสดุประเภทยาง จึงเป็นอันตรายต่อชิ้นส่วนอะไหล่ยางภายในเครื่องยนต์ ดังนั้นผู้ใช้รถที่ต้องการใช้แก๊สโซฮอลที่มีสัดส่วนของเอธานอลในปริมาณสูง ๆ อย่าง E85 จำเป็นต้องตรวจสอบในแน่ใจว่ารถของท่านได้รับการรับรองจากผู้ผลิตว่าเป็นเครื่องยนต์ประเภท FFVs (Flexible-Fuel Vehicles) หรือไม่

เมื่อรู้อย่างนี้แล้ว ต่อไปเราก็สามารถเลือกเติมน้ำมันได้อย่างมั่นใจแบบ Go Green ง่าย ๆ แถมสบายกระเป๋าด้วยเชื้อเพลิงทางเลือกแบบไม่ต้องกังวลว่าเครื่องยนต์พาหนะคู่ใจจะเสียหายแล้วนะครับ



หมอฟันออกวิ่ง

ทพญ. ชรินญา กาญจนเสวี (มิยู)

อาชีพหมอฟันแบบพวกเราแค่ต้องนั่งเพ่งช่องปากคนไข้ ทำฟันทั้งวันก็รู้หมดแรงแล้ว ยิ่งถ้าใครทำงานในคลินิกเอกชนยิ่งแล้วใหญ่ บางคนต้องลากยาวถึง 2 ทุ่มเลย ยิ่งทำงานหนักก็ยิ่งไม่ค่อยได้พบปะผู้คนมากเท่าไหร่เจอก็แต่ผู้ช่วย และคนไข้ที่อ้าปากให้เราอย่างเดียว เราเป็นคนนึงที่รู้สึกว่าการนั่งทำฟัน ๆๆ อย่างเดียวโดยที่ไม่ให้เวลากับตัวเองในการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจบ้างอาจจะทำให้เราหมด passion ในการทำงานได้ ปัจจุบันเราจะเห็นว่าเหล่าทันตแพทย์เริ่มใช้ชีวิตแบบ work life balance มากขึ้น “การวิ่ง” ก็ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างนึงที่ฮิตมากในยุคนี้ อาจเพราะความง่ายทั้งอุปกรณ์ เวลา สถานที่ มีแค่รองเท้า และชุดวิ่ง ก็สามารถเริ่มต้นการออกกำลังกายได้แล้ว บางคนวิ่งลดความอ้วน บางคนวิ่งเพื่อสุขภาพ วิ่งลดโรค และบางคน (เช่นเรา) ก็วิ่งเพื่อให้ลืมใครสักคน

วันนี้เลยอยากมาแชร์ประสบการณ์ในวงการวิ่งของเราให้เพื่อน ๆ ทันตแพทย์ได้เห็นว่า การวิ่งก็เป็นอีกกิจกรรมที่ดีเพื่อลดความเครียดจากการทำงาน จากคนที่วิ่งเพราะอกหัก วิ่ง ๆ เดิน ๆ หยุด ๆ ในตอนแรก จนตอนนี้เราสามารถกลายเป็นนักวิ่งที่ล่าถ้วยในสนามแข่งวิ่งจริงได้ มีถ้วยรางวัลกว่า 100 ถ้วยเต็มบ้าน สามารถวิ่งจบระยะมาราธอน แล้วเรายังทำให้คนในครอบครัวและคนที่เรารักออกมาวิ่งตามได้ด้วย

สำหรับเพื่อน ๆ ที่ไม่เคยวิ่งมาก่อนและอยากเริ่มต้นวิ่งดูเรามีเทคนิคเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เราใช้ตอนเราเริ่มวิ่งแรก ๆ มาแนะนำ นั่นคือ เทคนิคการวิ่งสลับเดิน เราจะเห็นว่าช่วงแรก ๆ สำหรับคนที่เพิ่งเริ่มต้นวิ่งหรือไม่เคยวิ่งมาก่อนจะวิ่งออกตัวกันแรงมากกก ซึ่งพอเราวิ่งไปสัก 100-200 m ก็หอบแล้ว แรก ๆ เราจะรู้สึกเฟลนิด ๆ ว่าทำไมเหนื่อยง่ายจัง แต่ไม่ต้องเศร้าใจไป เราไม่จำเป็นต้องเริ่มด้วยการวิ่งเร็ว แค่สามารถวิ่งสลับเดินไปให้ครบเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ได้ก็พอ เช่น การวิ่งแบบนับเวลาโดยวิ่งต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ พอให้เราไม่เหนื่อยมาก พอพูดคุยได้ ดูสิว่าได้นานแค่ไหน บางคนวิ่งต่อเนื่อง 30 วินาที ก็ถือว่าเยอะแล้ว บางคนอาจจะได้ 1 นาที เป็นต้น ถ้าเหนื่อยก็เดิน พอหายเหนื่อยก็เริ่มใหม่ หรือ บางคนอาจจะตั้งเป้าจากระยะทางในการวิ่ง เช่น ถ้าเราตั้งเป้าการฝึกวิ่งไว้ที่ 3 กิโลเมตร อาจจะลองฝึกแบบนี้ดู

วิ่งต่อเนื่องด้วยความเร็วที่เราพูดเป็นประโยคได้ (หัวใจโซน 2) อย่างต่อเนื่อง สัก 300-500 m และสลับเดิน 1 km ทำไปจนครบ 3 km ค่อย ๆ ขยับเป็นวิ่งต่อเนื่อง 1 km สลับเดิน 1 km ทำไปจนครบ 3 km ลองเพิ่มระยะการวิ่งต่อเนื่องเป็น 1-2 km ไม่ต้องวิ่งเร็ว แค่วิ่งช้า ๆ ค่อยๆ ไป และสลับเดิน 1 km (credit : Thairun) เมื่อร่างกาย และหัวใจเราเริ่มชินกับความเหนื่อยที่เราซ้อมแล้ว เราก็จะสามารถวิ่งต่อเนื่อง 3 km ได้มันจะวิ่งได้เองแบบงง ๆ เลยล่ะ รับรองว่า 1 อาทิตย์ผ่านไปก็จะเริ่มเห็นผลแล้วแน่

อีกเทคนิคที่คนที่มีดนตรีในหัวใจอย่างเราใช้ในการซ้อมปัจจุบัน คือ การวิ่งตามจังหวะเพลง เราจะมี playlist ของเราเลยว่าตารางวิ่งวันไหนจะวิ่งช้าวิ่งเร็ว วิ่งเพซอะไรต้องใช้ playlist อะไร ซึ่งส่วนตัวแล้วทำให้รู้สึกว่าเราวิ่งไปเรื่อย ๆ ต่อเนื่องได้สนุกขึ้น วิ่งแล้วไม่เหนื่อย วิ่งไปเต้นไปก็ได้ หรือ บางคนก็ไปวิ่งกับเพื่อน กับก๊วนวิ่ง วิ่งไปคุยไปก็เพลิน ๆ ไปอีกแบบ แถมพอเริ่มวิ่งจริง ๆ จัง ๆ เราก็จะเริ่มมีเพื่อนที่อยู่นอกวงการทำฟันมากขึ้น เรียกได้ว่าได้เพื่อนใหม่เยอะมาก ๆ จากทุกวงการ มีสังคมใหม่ ๆ มากขึ้น แถมยังพาพวกเขามาทำฟันกับเราได้อีกด้วย

สิ่งที่เกิดขึ้นอีกอย่างสำหรับเราเมื่อเข้าวงการวิ่งแล้วคือ เรามีกิจกรรมเพิ่มเติมเวลาไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ นั่นคือ การสมัครงานวิ่งและไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ มากมาย อย่างมาราธอนแรกของเราที่ Osaka Marathon 2019 ของเรา เราเป็นคนที่ชอบเที่ยวญี่ปุ่นมากกกกก เคยไปปีละหลายครั้ง แต่ครั้งที่ไปลงงานวิ่งมีความพิเศษสุดๆ เหมือนเราจะได้เห็นอีกมุมนึงของเมืองที่เราไป เห็นผู้คน เห็นสิ่งแวดล้อมที่ต่างไปจากการที่เราไปเที่ยวเฉย ๆ ที่เคยไป จนวางแพลนสมัครวิ่งและไปเที่ยวในประเทศต่าง ๆ หลายประเทศ (แต่ดันมีโควิดต้องพับแพลนไปก่อน) สรุปแล้วการวิ่งก็ถือว่าเป็น Hobby อีกอย่างที่น่าสนใจสำหรับอาชีพทันตแพทย์ เพื่อสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง เติม Passion ในการทำงานของพวกเราได้ ขอบอกว่าตั้งแต่มาวิ่ง อาการเมื่อยตามตัว หลัง แขน ไม่ค่อยมีแล้ว (เมื่อยขาแทน) แถมเวลาทำคนไข้ติดต่อกันนาน ๆ รู้สึกเหนื่อยน้อยลงกว่าเดิมเยอะเลย อยากให้เพื่อน ๆ ลองดูนะ มาวิ่งกัน เราอยากเห็นทันตแพทย์ไทยแข็งแรง ถ้าเจอกันตามงานวิ่งหรือตามสวนมาทักกันได้น้า รักใครให้ลองชวนมาวิ่งกันนะคะ :) :)

CU NEWS

นิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ได้รับรางวัลทันตแพทยศาสตรบัณฑิตผู้มีจริยธรรมดีเยี่ยม ประจำปี การศึกษา 2563 และรางวัลหลวงวาจวิทยาวัฒน์ ประจำปี 2564

ทพ.เจตณัฐ ทัศนานุตริยกุล ศิษย์เก่าคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ รุ่น 77 ได้รับรางวัลทันตแพทยศาสตร บัณฑิตผู้มีจริยธรรมดีเยี่ยม ประจำปีการศึกษา 2563 จากกองทุน ศ.อิศระ - ทญ.ขนบพันธุ์ ยุกตะนันทน์ และ นทพ.ภคนันท์ ศิริจารุวร นิสิตทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ได้รับรางวัลหลวงวาจวิทยาวัฒน์ ประจำปี 2564 ในการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 112 (1/2564) จัดโดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2564 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์

นิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ DAT Graduate Research Compettition

ทพ. ธีรวัฒน์ สุขไผ่ตา นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ ในการประกวด DAT Graduate Research Compettition ใน

การประชุมวิชาการครั้งที่ 112 (1/2564) จัดโดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศ ไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จากการประกวดผลงานวิจัยเรื่อง Development of Novel Chitosan/BCP/Tricostatin A scaffolds for Mineralized Tissue Regeneration โดยมี รศ.ทญ.ดร.รัชนี อัมพร อร่ามเวทย์ ภาควิชาจุลชีววิทยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย และ รศ.ทพ.ดร.อาทิพันธุ์ พิมพ์ขาวขำ ภาควิชาศัลยศาสตร์ และ ศ.ดร.สุวบุญ จิรชาญชัย วิทยาลัยปิโตรเลียมและปิโตรเคมี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อีกด้วย เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2564 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัล เวิลด์ กรุงเทพฯ

พิธีมอบเสื้อกาวน์แก่นิสิตทันตแพทย์ ประจำปี การศึกษา 2564

ฝ่ายกิจการนิสิต และนิสิตเก่าสัมพันธ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ได้จัดพิธีมอบเสื้อกราวน์ และให้โอวาทแก่นิสิต ในวาระที่นิสิตเริ่มฝึกทักษะการปฏิบัติงานรักษาผู้ป่วย โดยมี ศ.ทพ.ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดี เป็นประธานในพิธี กิจกรรมดังกล่าวเน้นให้นิสิตตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับประสบการณ์ตรง และรับรู้บทบาทหน้าที่ตลอดจนความรับผิดชอบด้วยความมีคุณธรรม และจรรยาบรรณ ในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ ในการนี้ยังได้เชิญผู้ปกครองมร่วมงานเพื่อให้เห็นความก้าวหน้าของนิสิต และพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคณาจารย์อีกด้วย เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2564 ณ ห้องประชุมสี สิริสิงห ชั้น 2 อาคารสมเด็จย่า 93 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ

MU NEWS

เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2564 ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมด้วยผู้บริหารมหาวิทยาลัยมหิดล รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ ผู้บริหารส่วนงาน และบุคลากรจากส่วนงานต่าง ๆ เข้าร่วมพิธีทำบุญตักบาตรแด่พระภิกษุสงฆ์จากวัดมหาสวัสดิ์ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล แด่ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถ เนื่องในโอกาสวันคล้ายวันพระบรมราชสมภพ วันชาติ และวันพ่อแห่งชาติ 5 ธันวาคม 2564 จากนั้นเป็นพิธีถวายราชสดุดีฯ เพื่อน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และถวายความเคารพพร้อมกัน ณ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา

เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2564 รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เข้าร่วมประชุม Dean's Meeting โดยมีคณบดีจากประเทศสมาชิก SEAADE เข้าร่วมประชุม เพื่อเจรจาความร่วมมือและแลกเปลี่ยน ทางด้านการศึกษาระหว่างกัน และวันที่ 4 ธันวาคม 2564 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นำโดยผู้บริหาร ได้แก่

-รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ทพ.ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดี

-ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพ.บัณฑิต จิรจริยาเวช รองคณบดี

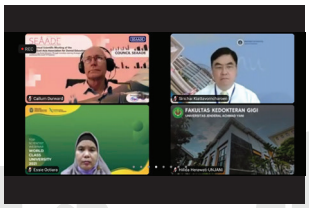
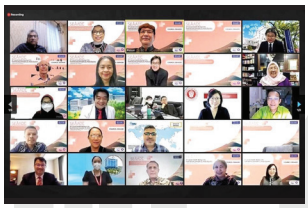
-รองศาสตราจารย์ ดร. รัชชพิน ศรีสัจจะลักษณ์ รองคณบดีฝ่ายหลักสูตรก่อนปริญญานานาชาติและเครือข่ายความร่วมมือ

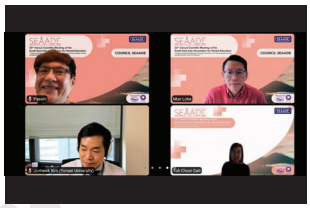
-รองศาสตราจารย์ ดร. ทญ.ศิริรักษ์ นครชัย รองคณบดีฝ่ายวิชาการและการศึกษาหลังปริญญา

พร้อมด้วย คณาจารย์ และนักศึกษา ได้เข้าร่วมงานประชุมวิชาการ The 32nd South East Asia Association for Dental Education (SEAADE) Meeting ในหัวข้อ "Transforming Dental Education through Innovation - Learning Strategies During and Beyond the COVID-19 Pandemic" จัดขึ้นโดย Faculty of Dentistry, Universitas Indonesia สาธารณรัฐอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 4-5 ธันวาคม 2564 ผ่านระบบออนไลน์ การประชุม SEAADE ในครั้งนี้ มีการจัดในรูปแบบเสมือนจริง (Virtual) อย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยมี ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ ทพ.พาสน์ศิริ นิสาลักษณ์ ที่ปรึกษาคณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะ SEAADE President ร่วมกล่าวเปิดการประชุมอย่างเป็นทางการ

ในโอกาสนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.วรางคณา จิรรัตนโสภา อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมเด็ก ได้รับเกียรติให้เป็น Competition Judge สำหรับ Student Community Engagement Competition ของงานประชุม พร้อมด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.กวิน สิปิยารักษ์ อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน ที่ได้รับเกียรติเป็นวิทยากรบรรยายในหัวข้อ "Serious Games in Dental Education: The Promising Learning Tools in the Post-COVID-19 Era" และนักศึกษาทันตแพทย์ ได้เข้าร่วมนำเสนอผลงาน Oral / Poster Presentation อีกด้วย

การประชุมวิชาการดังกล่าว มีกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบไปด้วย Main Lecture Session, Workshop, การนำเสนอ Oral และ Poster Presentation รวมไปถึง Cultural Night โดยมีผู้บริหาร คณาจารย์ ทันตแพทย์ และนักศึกษา จากสถาบันสมาชิก SEAADE จากประเทศต่าง ๆ ในทวีปเอเชีย กว่า 60 สถาบัน ให้ความสนใจเข้าร่วมประชุม



MU NEWS

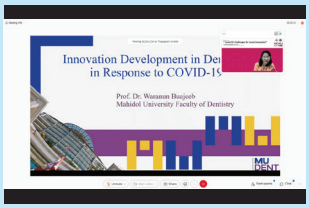
เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2564 ทพ.ชวลิต กาญจนโอภาสวงศ์ นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นประธานมอบรางวัลแก่ นักศึกษาทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในโอกาสเข้ารับรางวัล ในงานประชุมวิชาการ ครั้งที่ 112 (1/2564) ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 15 - 17 ธันวาคม 2564 ณ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพมหานคร

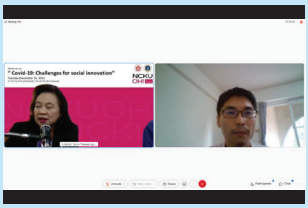
- รางวัล “หลวงวาจวิทยาวัฒน์” (รุ่น 2) ได้แก่ นักศึกษาทันตแพทย์พัทธวรรณ กลลดาเรืองไกร ชั้นปีที่ 6
- รางวัลทันตแพทยศาสตรบัณฑิตผู้มีจริยธรรมดีเยี่ยม จากกองทุน ศ.อิศระ-ทญ.ขนบพันธุ์ ยุกตะนันทน์ ประจำปีการศึกษา 2563 ได้แก่
  - ทันตแพทย์หญิงอภิษฎา จินดาโรจนกุล (หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต)
  - ทันตแพทย์หญิงปภาวรินทร์ วุฒิสิริวรภัทร์ (หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรนานาชาติ)

  พร้อมทั้ง คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เข้าร่วมออกบูธ และจำหน่ายผลิตภัณฑ์ทางทันตกรรม ภายในงานด้วย

เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2564 ศาสตราจารย์ ดร. ทพญ.วรานันท์ บัวจีบ ที่ปรึกษาคณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมงานสัมมนาวิชาการออนไลน์ 2021 NCKU Overseas Week “Covid-19: Challenges for Social Innovation” และร่วมบรรยายในหัวข้อ “Innovation Development in Dentistry in Response to Covid-19” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ฤดี สุราฤทธิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาชีววิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมเป็นผู้ดำเนินรายการ (Moderator)

งานสัมมนาวิชาการดังกล่าว จัดขึ้นโดย National Cheng Kung University (NCKU) สาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะ MU-NCKU Joint Research Center ผ่านระบบ Cisco Webex Meetings โดยได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ Institute of Allied Health Sciences, NCKU ไต้หวัน ร่วมบรรยายเกี่ยวกับการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อสังคมในช่วงสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019





ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

71 ลาดพร้าว 95 วังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

THE DENTAL ASSOCIATION OF THAILAND

71 ladplaw 95 Wangthonglang Bangkok 10310, Thailand

Tel. 662-539-4748 Fax. 662-514-1100 [www.thaidental.or.th]

email: datnews.editor@gmail.com / thaidentalnet@gmail.com