



ข่าวสาร

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2562 ISSN 0857 - 5841

ทันตแพทย์

DAT NEWSLETTER



ลูกกัณต์วนลงกรานต์

สาดสาด ซ้ำซ้ำ สาดซ้ำ
น้ำมา พาร้อน หม่อนหมาม
ประประ แม้งประ ประปราม
สมาม ตลามร้อน อยู่น้ำใจ

สงกรานต์ สรงน้ำ องค์พระ
มะหะ รื่องรอง อยู่น้ำใจ
สงกรานต์ รดน้ำ น้ำใจ
หทัย กตัญญู มั่นคง

สาดสาด หม่นหม่น ชุ่มชื้น
หิงหิง ร้องเล่น ไหลหลง
เด็ดเด็ด เผลาเผลา เหล่าพงศ์
ลอมอง เปร่มเปร่ม สัมผัส

สามน้ำ น้ำขึ้น ชื่นฉ่ำ
เหมือนน้ำ พรหัง ถึงใจ
เหมือนน้ำ ดินแดน ชานหม่ม
เหมือนน้ำ ใจเจือ เกื้อกูล

ดลท่าน นันเม้น เป็นสุข
ทกมทุก ร้อมมิตร ใดกสุญ
จิราญ จิราศ จิราญ
พรั่งพูน พร้อมพล พรั่งพรณ

ร้อนรื่อง เมืองไทม์ให้มุง
น้ำจืด ดมดลาม นามหนัก
ร้อนใจใดใดให้ปล้น
น้ำนั้น ดมดล ปล่อยให้

สารบัญ

ตารางงานประชุมวิชาการ

4

บทความวิชาการ : DICOM IN DENTISTRY

7

การประชุม FDI

10

บทความพิเศษ : ประวัติการก่อตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

12

DENT NEWS

15

บทความวิชาการ : โรคใจแกน

17

DENT NEWS

21

ภาพถ่ายทางทันตกรรม

24

คุยกับบรรณาธิการ



สวัสดีเพื่อนสมาชิกทุกท่าน ข่าวสารฉบับนี้ก็ย่างเข้าฉบับที่สามของปี 2562 แล้ว สำหรับเรื่องราวในฉบับนี้ เราได้รับเกียรติจาก คณาจารย์ทันตแพทย์ รวมทั้งศิษย์เก่าหลายท่านเข้ามาร่วมเขียนบทความให้พวกเราได้อ่าน ทั้งในแง่ของวิชาการ และประวัติศาสตร์ของคณะทันตแพทย์ โดยเราได้รับเกียรติจาก อ.ภัทรายุ แต่บรรพกุล จากคณะทันตแพทยศาสตร์มศว ในเรื่องราวของโรคใจแกน อ.สุชยา ดำรงค์ศรี จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คุณหมอ สมโภช อังคณาวิริยารักษ์ ในเรื่องราวเกี่ยวกับ imaging และ คุณหมอธนทร อัครพลังพรหม ที่กรุณามาช่วยเรียบเรียงเรื่องราวการก่อตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์ที่มีเก๋ไก๋น่ารู้สนุกๆมาให้อ่านกัน

หวังว่าเพื่อนๆ จะได้รับทั้งความรู้และความเพลิดเพลินจากวารสารฉบับนี้ตามสมควร

แล้วพบกันฉบับหน้าครับ

หนังสือข่าวสารทันตแพทย์

กองบรรณาธิการ ประสิทธิ์ ภาวสันต์ อิศระพงศ์ แก้วกำเหนิดพงษ์ พิมพ์ราไพโรจน์กิจ สีนธาวีชะวะ สมโภช อังคณาวิริยารักษ์
ฝ่ายศิลป์ อัญมณี คงชีพา ฝ่ายโฆษณา ชิตศักดิ์ สุวรรณโมลี ฝ่ายบริหาร อติเรก ศรีวัฒนาวงษา



ข่าวสารทันตแพทย์

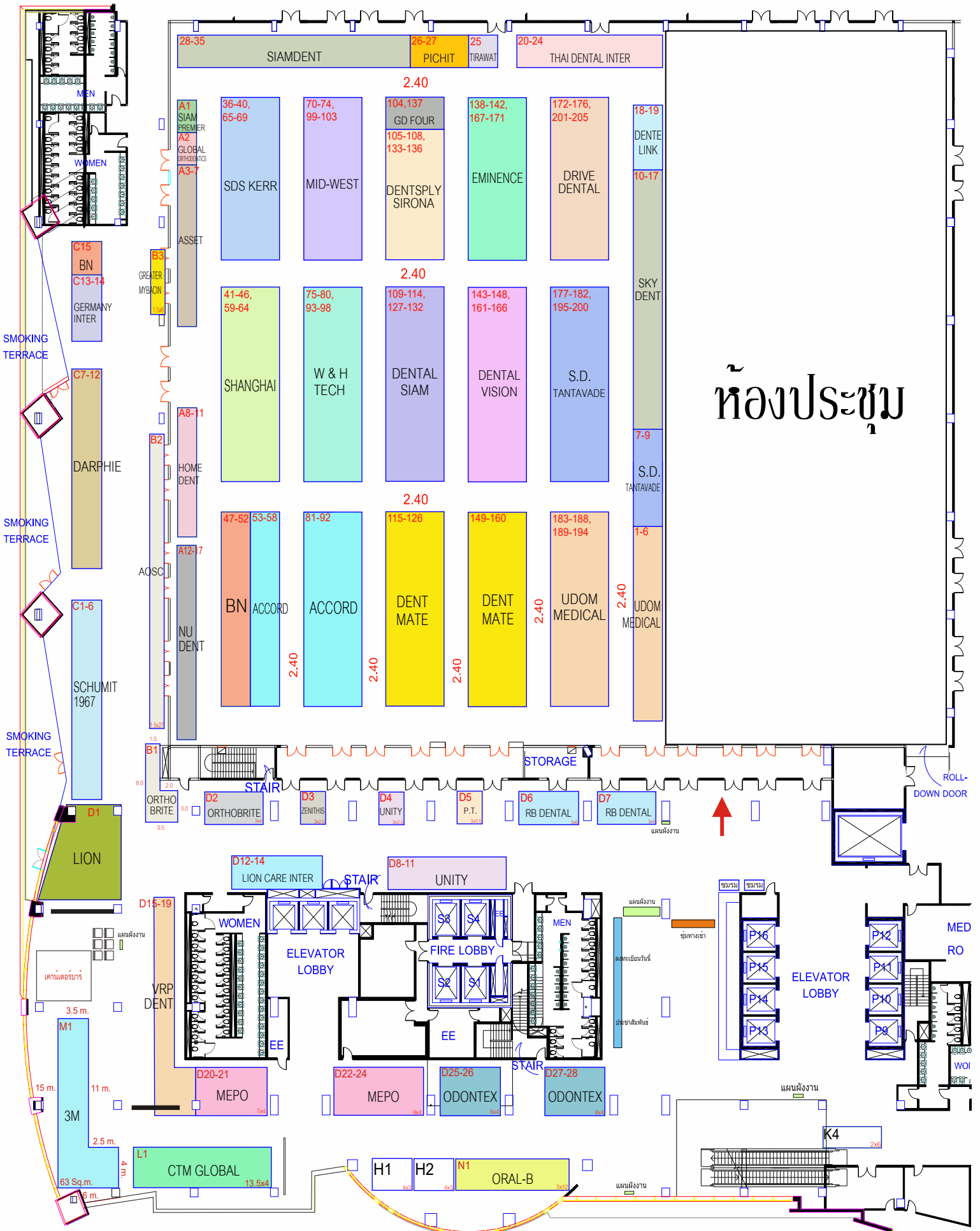
ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

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

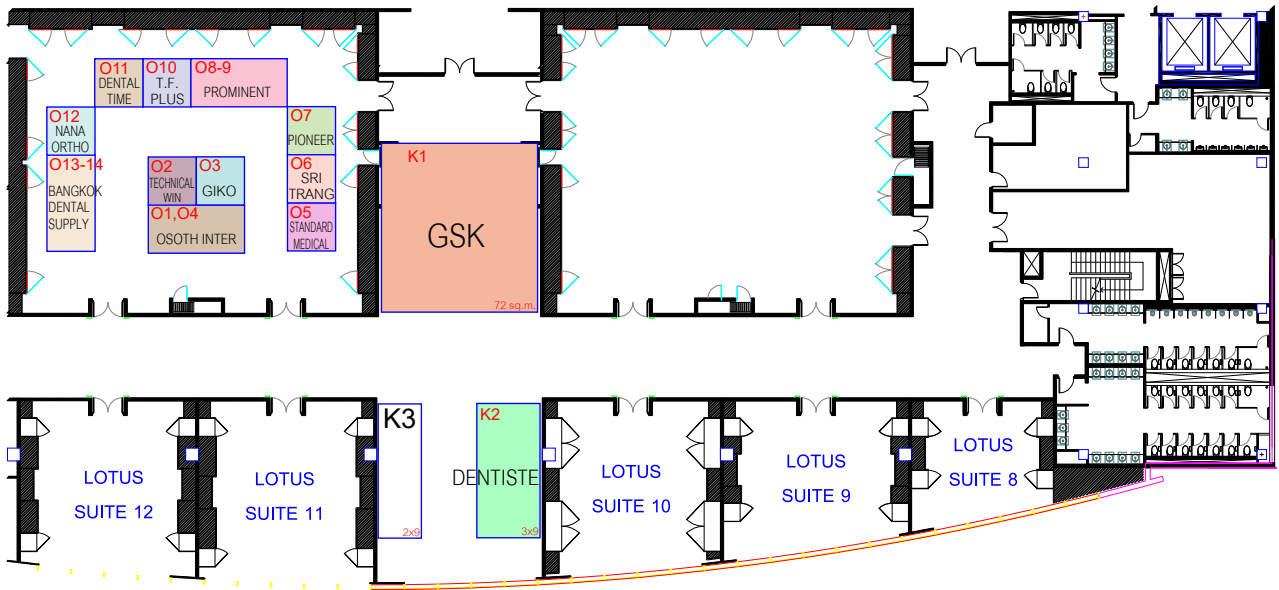
e-mail : dat.news dental@gmail.com หรือ thaidentalnet@gmail.com

web : www.thaidental.net

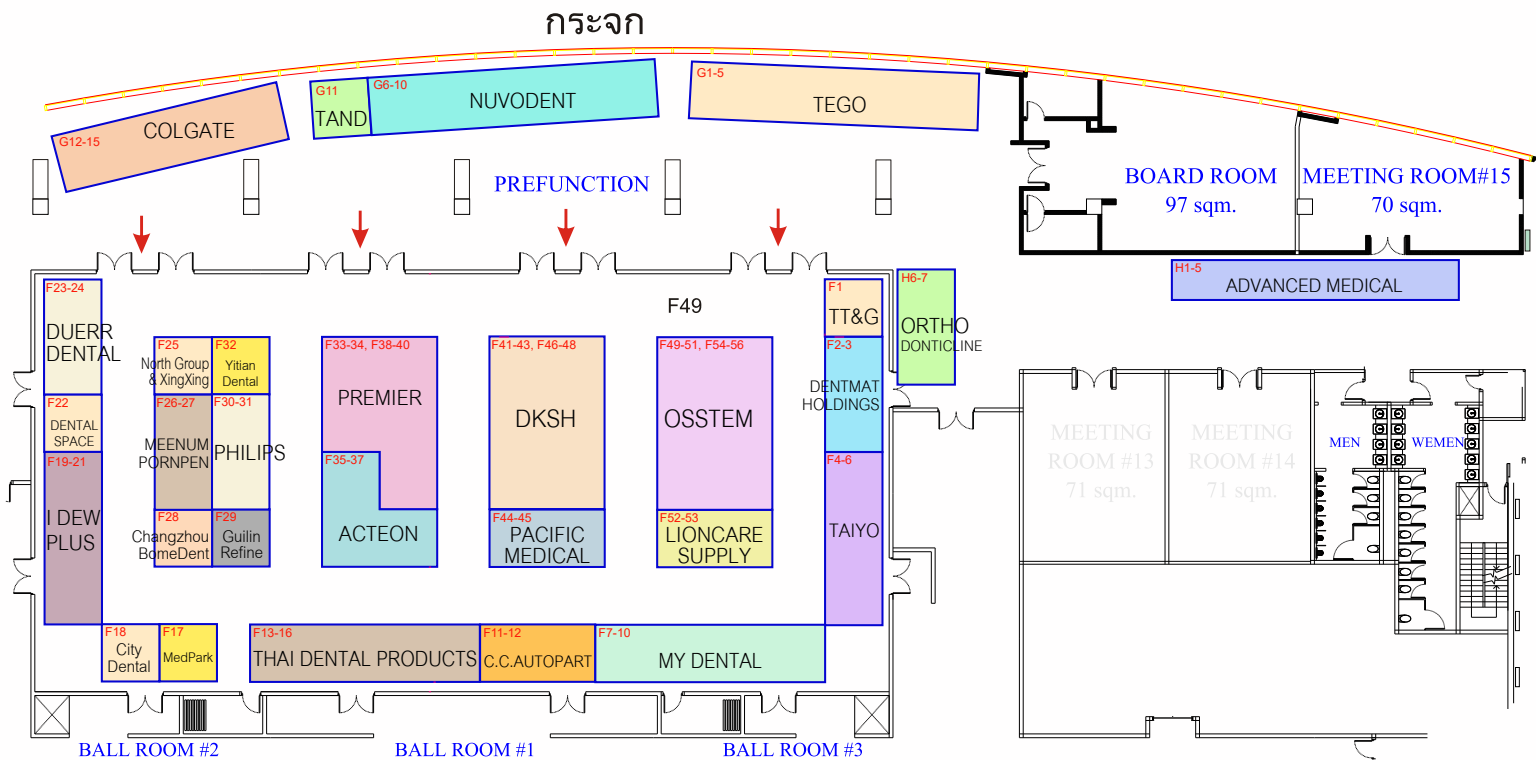
Floor 22nd



Floor 22nd



Floor 23rd





กำหนดการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 108 (1/2562)
ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
วันพุธ-พฤหัสบดี-ศุกร์ 12-13-14 มิถุนายน 2562

ณ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ชั้น 22 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์

วันพุธที่ 12 มิถุนายน 2562

08.45 - 09.00	พิธีเปิดการประชุม โดย นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ	ทพ. ขวลิต กาญจนโสภาสงค์
ประธาน	รศ.ทพ. พรชัย จันศิษย์ยานนท์	
09.00 - 10.00	ปากเป็นประตูสู่สุขภาพ	ศ.ทญ.ดร. รังสิณี มหานนท์
10.00 - 11.00	Clinico-pathologic Correlations	ศ.ทพ.ดร. อะนัษ เอยมอรุณ
11.00 - 12.00	พันธุกรรมของเหงือกและฟันกับการพยากรณ์ชีวิต	ศ.ทพ. พีรณิธ กันตะบุตร
12.00 - 13.30 พักรกลางวัน		
ประธาน	ผศ.ทญ.ดร. ประมาภรณ์ จีวพัฒน์กุล แก้วมณี	
13.30 - 14.30	Minamata Convention: ผลกระทบของอะมัลกัมต่อสุขภาพ	รศ.ทญ.ดร. ศิริวิมล ศรีสวัสดิ์
		ผศ.ทญ. ขวัญชนก อยู่เจริญ
14.30 - 15.30	Obstructive sleep apnea 101 สำหรับทันตแพทย์	ผศ.ทพ. ศุภกิจ เพียรจิตเลิศขจร
15.30 - 16.30	Failure of fixed restoration	ทพ. รุ่งกิจ หลีหเจริญกุล

วันพฤหัสบดีที่ 13 มิถุนายน 2562

ประธาน	ผศ.ทญ.ดร. อรพินท์ โคมิน	
09.00 - 12.00	Masterclass Veneer Live in Bangkok	ทพ. ธนวัต ฤทธิจักร
12.00 - 13.30 พักรกลางวัน		
การประชุมวิชาการร่วมกับสมาคมเอ็นโดดอนติกส์ไทย		
ประธาน	ผศ.ทญ. ชินาลย์ ปิยะชน	
Meet the Experts: Endodontic Myths or Reality		
13.30 - 15.00	Vital pulp therapy รู้แบบนี้ทำตั้งนานแล้ว	รศ.ทญ.ดร. ปัทมา ชัยเลิศวณิชกุล
15.00 - 16.30	Regenerative endodontics ทำซ้ำดีกว่าไม่ทำ	ผศ.ทญ.ดร. จีรภัทร จันทรัตน์

วันศุกร์ที่ 14 มิถุนายน 2562

ประธาน	รศ.ทพ.ดร. สรสิทธิ์ รังสิยานนท์	
09.00 - 10.00	ภาวะซีมีเคร้า เราสู้ได้	นพ. สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข
10.00 - 11.00	Bleeding Control in Dentistry	ทญ. นันทนา ศรีอุดมพร
		ทญ. ธนพร ทองจุต
11.00 - 12.00	การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหากระบบประสาท	รศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า
12.00 - 13.30 พักรกลางวัน		
การประชุมวิชาการร่วมกับสมาคมเอ็นโดดอนติกส์ไทย		
ประธาน	รศ.ทญ.ดร. ปัทมา ชัยเลิศวณิชกุล	
Meet the Experts: Endodontic Myths or Reality		
13.30 - 15.00	Cracked tooth พุดไม่ออก บอกไม่ถูก	ทญ. ธาราธร สุนทรเกียรติ
15.00 - 16.30	Broken instrument: รู้ไว้จะได้ไม่หัก	อ.ทพ. ศิริวุฒิ หิรัญอัคร์

18 CE credits

DICOM

IN DENTISTRY

รศ.ดร.นพญ. สุชาดา ดำรงค์ศรี

ภาควิชารังสีวิทยาช่องปากและแม็กซิลโลเชียล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีปัจจุบันทำให้ภาพรังสีดิจิทัล (digital radiograph) มีบทบาทมากขึ้นในงานทันตกรรม เทียบกับสมัยก่อนที่ใช้ระบบฟิล์มที่บนแผ่นฟิล์มมีเพียงแต่ภาพรังสี ชื่อ-นามสกุล อายุผู้ป่วย หากจะมีการส่งต่อผู้ป่วยก็ต้องมีการถือฟิล์มไปปรึกษากัน แต่ระบบภาพรังสีดิจิทัลมีการใช้ตัวรับภาพรังสีดิจิทัลซึ่งอาจเป็น CCD: Charge-Couple Device; CMOS: Complementary Metal-Oxide semiconductor; หรือ imaging plate: photostimulable phosphor plate ทำหน้าที่แปลงสัญญาณเอกซเรย์โฟตอนเป็นข้อมูลภาพรังสีดิจิทัลแสดงให้เห็นบนจอคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือ สมาร์ทโฟนได้ แต่เนื่องจากภาพรังสีดิจิทัลของแต่ละบริษัทผู้ผลิตมีซอฟต์แวร์ในการประมวลผลแสดงภาพแตกต่างกัน ไม่สามารถเปิดดูภาพรังสีข้ามเครื่องหมายการค้า

กันได้ ดังนั้นในปี พ.ศ.2539 ทาง American College of Radiology (ACR), National Electrical Manufacturers Association (NEMA) และ American Dental Association (ADA) ได้ร่วมกันกำหนดมาตรฐานภาพรังสีดิจิทัลในทางทันตกรรม เรียกว่า DICOM standard ซึ่งย่อมาจาก “Digital Imaging and Communication in Medicine” ปัจจุบันเป็น DICOM เวอร์ชัน 3.0 เพื่อให้สามารถเปิดดูภาพรังสีดิจิทัลในปาก ภาพรังสีดิจิทัลนอกปาก รวมทั้งภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์สร้างสรีรภาพ (Cone-Beam Computed Tomography image หรือ ภาพรังสี CBCT ของทุกยี่ห้อได้ (interoperable) เป็นการลดอัตราการถ่ายภาพรังสีใหม่ในกรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย ลดการได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้อีกด้วย

ไฟล์ DICOM คืออะไร เป็นมากกว่าไฟล์รูปภาพหรือไม่ ?

ไฟล์ DICOM คือ ไฟล์ภาพรังสีที่เป็นไปตามมาตรฐาน DICOM มีนามสกุลไฟล์เป็น .dcm มีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วนดังแสดงใน ตารางที่ 1 ส่วนแรก คือ DICOM header เป็นข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลในการสร้างภาพรังสี เช่น ชื่อ-นามสกุล อายุ เพศ วันเดือนปีเกิด เลขที่บัตรโรงพยาบาล เทคนิคของภาพรังสี หมายเลขของเครื่องสแกน (serial number) ค่าพารามิเตอร์

ของเครื่องถ่ายภาพรังสี (kV, mA, time) ค่าจุดภาพรังสี (pixel spacing) จำนวนบิต (bit depth) วันเวลาที่ถ่ายภาพรังสี เป็นต้น ส่วนที่สอง คือ ภาพรังสีซึ่งอาจเป็นภาพรังสี 2 มิติ (ภาพรังสีรอบปลายราก ภาพรังสีด้านประชิด ภาพรังสีปริทัศน์ เป็นต้น) หรืออาจเป็นภาพรังสี 3 มิติซึ่งได้แก่ ภาพรังสี CBCT

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดส่วนประกอบของไฟล์ DICOM

รายละเอียดส่วนประกอบของไฟล์ DICOM	
DICOM header	Patient: name, age, sex, DOB, ID Modality: radiographic technique, serial number, kV, mA, time, pixel, bit depth, Image acquisition: date, time of image taken, etc.
ภาพรังสี	มีวิธีย่อขนาดภาพรังสี 2 วิธี คือ Lossless ย่อขนาดภาพรังสีโดยไม่ทิ้งข้อมูลภาพ Lossy ย่อขนาดภาพรังสีโดยทิ้งข้อมูลบางส่วนแต่ไม่มีผลต่อการอ่านภาพรังสีเพื่อการวินิจฉัย

การที่ภาพรังสี 2 มิติเป็นไปตามมาตรฐาน DICOM มีข้อดี คือ มีส่วนของข้อมูลที่เป็น DICOM header ติดไปกับภาพรังสีด้วย ทำให้มีชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย วันที่ถ่ายภาพรังสี รวมทั้งค่าพารามิเตอร์ต่างๆของเครื่องถ่ายภาพรังสี เครื่องสแกน imaging plate ดังนั้นกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยด้วยภาพรังสีที่เป็นไฟล์ .dcm เมื่อนำมาเปิดด้วยซอฟต์แวร์อื่นจึงยังคงมีข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ตามมาด้วย เป็นการลดความผิดพลาดจากการบันทึกภาพรังสีผิดคนหรือวันที่ถ่ายภาพรังสี รวมทั้งสามารถวัดระยะได้เหมือนภาพรังสีจากเครื่องเดิมโดยคำนวณจากค่าจุดภาพรังสีที่ส่งมากับ DICOM header เป็นต้น

กรณีภาพรังสี 3 มิติ หรือภาพรังสี CBCT ที่เป็นไปตามมาตรฐาน DICOM นอกจากมีข้อดีเหมือนภาพรังสี 2 มิติดังที่กล่าวมาแล้ว ยังสามารถนำไปใช้กับโปรแกรมพิเศษอื่นๆ (Third party software) เช่น Dolphin, InvivoDental, Simplant เป็นต้น โดยต้อง export .dcm ของบริเวณที่ถ่ายภาพรังสี (Field of View, FOV) จากซอฟต์แวร์ของเครื่อง CBCT ซึ่งทำได้ 2 วิธี วิธีแรก คือ export .dcm ของระนาบตามแกน (axial plane) หลายร้อยไฟล์ที่มีความหนาตามขนาดจุดภาพรังสีสามมิติ (voxel size) ทำให้ได้ไฟล์ .dcm ขนาดไฟล์ละ 300 – 900 กิโลไบต์ (ขึ้นกับขนาด FOV และเครื่องที่ถ่าย) จำนวน 400 – 500 ไฟล์ วิธีที่สอง คือ export ไฟล์ .dcm เป็นไฟล์เดียวแต่จะมีขนาดไฟล์ใหญ่มาก ประมาณ 250 – 260 เมกะไบต์ ทั้งนี้วิธีนี้ทำได้บางซอฟต์แวร์ของเครื่อง CBCT

ซอฟต์แวร์ DICOM ของเครื่องถ่ายภาพรังสีจำเป็นหรือไม่?

การที่จะให้เครื่องถ่ายภาพรังสีดิจิทัล หรือเครื่องสแกน imaging plate เป็นไปตามมาตรฐาน DICOM ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากราคาเครื่องถ่ายภาพรังสี เพื่อให้มีซอฟต์แวร์ DICOM ฟังก์ชันต่างๆ ในการเชื่อมต่อกับระบบ front office ของโรงพยาบาล ระบบ PACS (Picture Archiving and Communications Systems) หรือ การพิมพ์ภาพรังสีดิจิทัลลงบนแผ่นฟิล์ม เป็นต้น ดังแสดงรายละเอียดซอฟต์แวร์ใน ตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงซอฟต์แวร์ DICOM ประเภทต่างๆ

ซอฟต์แวร์	หน้าที่
DICOM modality worklist (DMWL)	เพื่อให้สามารถเรียกข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ front office ของโรงพยาบาล โดยใส่เพียงเลขที่บัตรโรงพยาบาลที่เครื่องถ่ายภาพรังสีหรือที่เครื่องสแกนแผ่นรับภาพรังสี จากนั้นชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด เพศ ของผู้ป่วยก็จะมาเองโดยไม่ต้องพิมพ์
DICOM store	บันทึกข้อมูลภาพรังสีเป็นไฟล์ .dcm รวมทั้งการ export ไฟล์ .dcm ด้วย
DICOM query	ค้นหาข้อมูลเก่าว่ามีภาพรังสีใดบ้าง
DICOM retrieve	เรียกข้อมูลเก่ามาได้โดยยังคงมีรายละเอียดภาพสมบูรณ์
DICOM print	พิมพ์ภาพรังสีดิจิทัลลงบนแผ่นฟิล์มผ่านเครื่องพิมพ์ภาพรังสีชนิดเลเซอร์ (laser imager/DICOM printer)

นอกจากภาพรังสีดิจิทัลแล้วปัจจุบันยังมีข้อมูลภาพดิจิทัลจากเครื่องสแกนภาพในปาก (intraoral scanner) เครื่องสแกนใบหน้าสามมิติ (3D face scanner) เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ทางทันตกรรม (electronic dental records) เป็นต้น (รูปที่ 1) ดังนั้นหากภาพรังสีดิจิทัลเป็นไปตามมาตรฐาน DICOM ก็จะสามารถใช้ร่วมกับภาพดิจิทัลที่เกิดจากอุปกรณ์เหล่านี้ได้อีกด้วย



ส่วนใหญ่ที่ใช้ไฟล์ .dcm คือ ไฟล์จากข้อมูลภาพรังสี CBCT เพื่อนำไป import เข้าโปรแกรมพิเศษอื่นๆ โดยมีการนำไปใช้ในกรณีดังต่อไปนี้

2. Burgess, J. Digital DICOM in Dentistry. *Open Dent J.* 2015; 9: 330–336.



ADA | fdic

WORLD DENTAL CONGRESS SAN FRANCISCO 2019

ท่านสมาชิกที่ได้อ่านข่าวสารทันแพทย์ คงเคยผ่านตาเรื่องการประชุม FDI (Federation Dentaire Internationale หรือ World Dental Federation) มาแล้ว ดังที่ได้เคยเรียนว่า FDI ถือเป็นองค์กรที่มีจำนวนสมาชิกที่เป็นสมาคมทันตแพทยนานาชาติมากที่สุด ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้เป็นตัวแทนประเทศไทยเป็นสมาชิกของ FDI มาเป็นเวลานานแล้ว

ในแต่ละปี FDI ดำเนินกิจกรรมมากมายทั้งในด้านวิชาการและด้านการเป็นกระบอกเสียงของทันตแพทย์โดยการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้แทนในองค์กรระดับโลกอื่นๆ เช่น World Health Organization หรือ United Nations ในการแสดงความคิดเห็น จุดยืน และผลักดันให้ประชาคมโลกตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก

กิจกรรมหลักด้านวิชาการของ FDI คือการจัดประชุมวิชาการประจำปี (Annual World Dental Congress AWDC) โดยประเทศสมาชิกเสนอตัวจัดและมีการเปลี่ยนสถานที่ประชุมในแต่ละปี และ ประเทศไทยได้รับคัดเลือกให้เป็นเจ้าภาพ ในการจัดประชุมดังกล่าวระหว่างวันที่ 22-25 กันยายน คศ 2019 ท่านสมาชิกที่ได้เข้าประชุมคงจำได้ถึงความยิ่งใหญ่ ของการประชุมในครั้งนั้น สมาชิกต่างประเทศที่ได้มาร่วมงานได้รับความประทับใจจากการเป็นเจ้าภาพที่ดีของทันตแพทย์ไทย และมีหลายๆคนเดินทางกลับมาเที่ยวในประเทศอีกด้วย

ในเดือนกันยายน คศ 2019 นี้ จะเป็นอีกวาระหนึ่งที่มีการประชุม AWDC ของ FDI จะได้กลับมาจัดที่นคร San Francisco อีกครั้งโดยร่วมกับการประชุมประจำปีของ American Dental Association (ADA) ผู้เข้าประชุมจะได้เห็นความยิ่งใหญ่ ของการประชุมร่วมในครั้งนี้อย่างทุกด้าน

ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยฯมีความประสงค์ที่จะเชิญ
ชวนท่านสมาชิกไปร่วมประชุมในครั้งนี้ซึ่งจะจัดระหว่าง
วันที่ 4-8 กันยายน คศ 2019 ที่ Moscone Center
มีที่ตั้งในย่านศูนย์กลางธุรกิจของเมืองเดินทางสะดวกสบาย

การประชุมวิชาการ

เนื่องจากจำนวนผู้เข้าประชุมในครั้งนี้จะมียานพาหนะผู้ประชุมที่เป็นสมาชิก ADA และผู้ประชุมที่เป็นสมาชิกของ FDI จึงมีหัวข้อการบรรยายมากเป็นพิเศษ เพื่อรองรับผู้เข้าประชุมให้ได้มากที่สุด ทั้งนี้ผู้เข้าประชุมจะต้องระบุนามในการลงทะเบียนล่วงหน้าจะเข้าฟังบรรยายเรื่องใดบ้าง มีทั้งแบบเข้าฟังฟรีและแบบที่ต้องชำระเงินเพิ่มเติม

การแสดงผลสินค้า

เพื่อรองรับจำนวนผู้เข้าประชุม ผู้จัดแจ้งว่าจะมีจำนวนบูธมากและมีการตกแต่งที่สวยงาม มีกิจกรรมในบูธที่มีสีสัน นอกเหนือไปจากผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีทางทันตกรรมที่บริษัทต่างๆจะแข่งขันนำมาเสนอแก่ผู้มาเยือนจากทุกมุมโลก คงไม่สามารถปฏิเสธความสามารถของเจ้าภาพในครั้งนี้ในการผสมผสานการนำเสนอด้วยความบันเทิงให้กับผู้เข้าไปเยี่ยมชมในแต่ละบูธ



World Oral Health Forum

นอกเหนือจากกิจกรรมหลักทั้งสองที่กล่าวมาแล้ว ยังจะมีการจัด ฟอรัมที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการประชุมในครั้งนี้อยู่ด้วย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะกำหนดทิศทางของสุขภาพช่องปากในระดับโลก ผ่านการอภิปราย panel discussion มีวิทยากรอย่างน้อยหนึ่งคนจากหน่วยงานต่อไปนี้คือ FDI, องค์การระหว่างประเทศอื่นๆ, ผู้แทนจากอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตแพทย์, ผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพอื่นๆเช่น Cardiology หรือ Information Technology



FDI Parliament Business Meetings

นอกจากนี้มีการจัดประชุมธุรการเกิดขึ้นก่อนหลัง และระหว่างวันที่ 5-8 กันยายนอีกด้วย รูปแบบการจัดการ ใช้วิธีเดียวกันกับการประชุมสหประชาชาติ คือมีการประชุมที่เรียกว่า Open Forum ที่ไม่จำกัดสิทธิ์การเข้าประชุม จะมีการอภิปรายในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเบื้องต้นเพื่อนำเสนอใน General Assembly A และ B ที่ถือว่าการประชุมธุรการที่สำคัญที่สุดเนื่องจากมีผู้บริหารที่เป็นตัวแทนสมาชิกของ FDI จากทั่วโลกในการลงมติเรื่องต่างๆที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานของทันตแพทย์ ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมาเป็นเรื่องร้อนๆ ที่ทุกท่านได้ทราบก็คือเรื่อง Dental Amalgam Phase Down รวมไปถึงความพยายามผลักดันให้ที่ประชุมสหประชาชาติยอมรับว่า Oral diseases มีความสัมพันธ์กับ Non-communicable diseases

▶▶ Link ที่สำคัญ ◀◀

<https://www.world-dental-congress.org> homepage ของการประชุมครั้งนี้

<https://www.world-dental-congress.org/registration> ทันตแพทย์ไทยลงทะเบียนในฐานะ International

<https://www.eventscribe.com/2019/ADA/> สำหรับการดูหัวข้อการบรรยายที่สนใจ

<https://www.world-dental-congress.org/travel-san-francisco> ข้อมูลเรื่องการใช้ชีวิตแบบนักท่องเที่ยวใน San Francisco โดยเฉพาะเรื่องที่พัก

<https://www.world-dental-congress.org/general-information/visa-procedures> เกี่ยวกับการขอวีซ่า ในขั้นตอนการลงทะเบียนจะสามารถกรอกรายละเอียด

เพื่อให้ผู้จัดออกจดหมายเพื่อใช้ในการขอวีซ่า

.....
เนื้อหาจากการเขียนบทความนี้ได้มาจาก <https://www.fdiworlddental.org>

เรียบเรียงโดย พศ. นว เอกชัย ชุนหะวาใจ

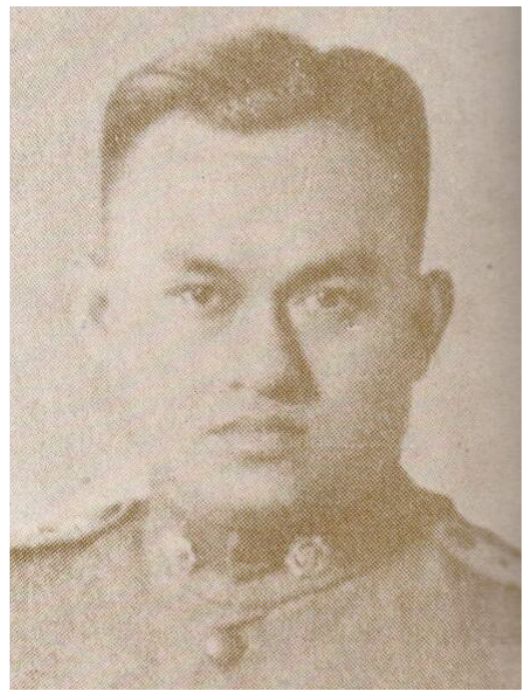
ประวัติการก่อตั้ง

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กนก suns อัศวพลังพรม

ในปี ๒๕๖๓ นี้คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อันเป็นคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งแรกของประเทศไทย ก็จะฉลองครบรอบ ๘๐ ปีแล้ว เป็นที่ทราบกันดีว่า คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อตั้งอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๘๓ ด้วยการอนุมัติของนายพลตรีหลวงพิบูลสงคราม อธิการบดีของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขณะนั้น

มีการกล่าวไว้ในบทความวาระครบรอบ ๓๖ ปีคณะทันตแพทย์ว่า เหตุผลของการอนุมัติให้ตั้งโรงเรียนทันตแพทย์นี้ ก็เนื่องจากท่านจอมพล ป. มีโรคปวดฟันเป็นประจำ และได้ทำการรักษาจากนายแพทย์ทหารกองหนุนผู้หนึ่ง ซึ่งได้ดูงานทางด้านทันตกรรมภายหลังสงครามโลกครั้งที่ ๑ และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วนายแพทย์ผู้นั้นได้ส่งบิลเก็บเงินค่ารักษาซึ่งค่อนข้างสูงมาก พอจอมพล ป. เห็นบิลเก็บเงินเข้าเท่านั้นก็โกรธจนตัวสั่น และสั่งให้นายทหารคนสนิทไปติดต่อขอรื้อให้ลดราคาลงไปอีก นายแพทย์ผู้นั้น บอกไปกับทหารคนสนิทว่า “ถึงผมลดให้ท่านๆ ก็คงไม่ให้ผมทำฟันให้ท่านอีก ผมจึงไม่ขอลดดีกว่า” เหตุการณ์ตอนนั้นประจวบเหมาะ กับโครงการที่หลวงวาจา เสนอขอตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ขึ้นในกรมแพทย์ทหารบก คุณหลวงวาจาจึงได้รับการแต่งตั้งเป็นหัวหน้าแผนกทันตแพทยศาสตร์ อันเป็นแผนกอิสระภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตั้งแต่นั้นมา



หลวงวาจา หรือ นายแพทย์วาด แยมประยูร (ศาสตราจารย์ พันเอกหลวงวาทวิทยาวัจนัน) มีความตั้งใจในการก่อตั้งโรงเรียนทันตแพทย์มาตั้งแต่สมัยที่ท่านยังเป็นนักศึกษาทุนเล่าเรียนหลวงอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เดิมที่ท่านศึกษาคณะแพทยศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยสิราคิวส์ (Syracuse University) ด้วยความที่ไม่มีใครมีปริญญาทันตแพทยศาสตร์เลยในสมัยนั้น ทำให้ต้องเชิญทันตแพทย์จีนชื่อ เอช ซี พุน จาก University of California มาเป็นผู้ถวายการรักษาให้พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ท่านจึงศึกษาปริญญาด้านทันตแพทยศาสตร์เพิ่มเติมต่อที่ University of Pennsylvania เพื่อจะได้เป็นผู้ถวายการรักษาด้วยตนเอง และสำเร็จการศึกษาในปีพ.ศ. ๒๔๖๘

บุคคลสำคัญอีกท่านที่มีบทบาทในระยะเริ่มแรกของการก่อตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย คือ

กัณฑ์แพทย์สี สิริสิงห (ศาสตราจารย์ พันโทสี สิริสิงห)

ท่านเป็นนักเรียนทุนของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้าฯ กรมขุนสงขลานครินทร์ (พระบิดาของรัชกาลที่ ๙) ศาสตราจารย์ พันโทสี สิริสิงหตั้งใจจะศึกษาด้านแพทยศาสตร์ แต่หลังจากสมเด็จพระบรมราชชนกได้ทอดพระเนตร Transcript ของปี Premedical แล้ว ไม่ทรงพอพระทัยคะแนนทางเคมีและฟิสิกส์ จึงทรงรับสั่งว่า “แกอย่าเรียนเลยหมอนะ เพราะฉันเห็นคะแนนทางวิทยาศาสตร์ของแกน่ากลัวจะไปไม่ไหว แต่ฉันไม่ห้าม จะเรียนวิชาใด จะเป็น Safecracker (โจรเปิดตู้เซฟ) ก็ได้ แต่ต้องเป็นชนิด First Class เป็นโจรธรรมดาๆ ก็ไม่เอา” ศาสตราจารย์ พันโทสี สิริสิงหจึงเบนเข็มความตั้งใจมาเรียนคณะทันตแพทยศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนียและกลับมาในปี พ.ศ. ๒๔๗๕

ทั้งศาสตราจารย์ พันเอกหลวงวาทวิทยาวัฒน์และศาสตราจารย์ พันโทสี สิริสิงหได้มีโอกาสรู้จักกันตั้งแต่สมัยที่เรียนอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และเคยปรึกษาหารือกันที่จะสร้างโรงเรียนทันตแพทย์ขึ้นในประเทศไทย

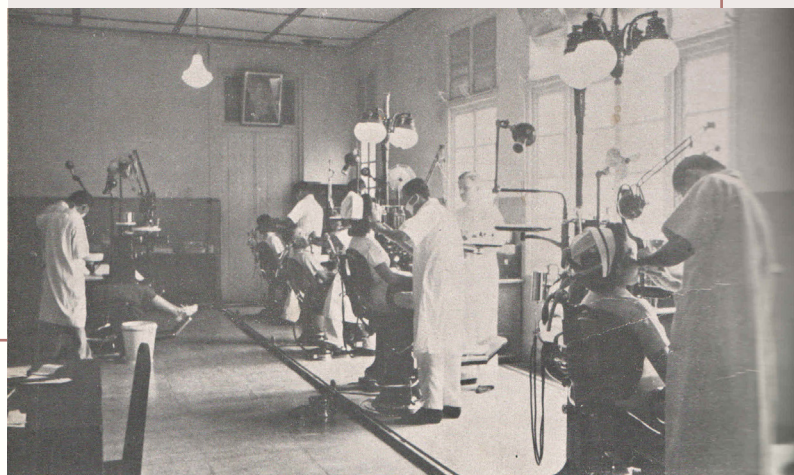
ในปี พ.ศ. ๒๔๗๑ หลังจากนายแพทย์วาท แยมประยูร (ศาสตราจารย์ พันเอกหลวงวาทวิทยาวัฒน์) เดินทางกลับประเทศไทย ก็เข้ารับราชการเป็นอาจารย์อายุรศาสตร์ และทันตแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปัจจุบันคือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล) เมื่อทำงานไปได้ระยะหนึ่งท่านได้เสนอความคิดต่อศาสตราจารย์ เอ. จี. เอลลิส (A.G. Ellis) คณบดีคณะแพทยศาสตร์และผู้แทนของมูลนิธิโรคกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) ขอให้มีการสอนวิชาทันตแพทยศาสตร์ขึ้นในมหาวิทยาลัย แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนเพราะติดขัดเรื่องงบประมาณ ถึงแม้ว่าความตั้งใจในการตั้งโรงเรียนทันตแพทย์จะไม่ประสบความสำเร็จ แต่รองอำมาตย์เอก นายแพทย์วาท แยมประยูร ก็ได้พยายามอย่างมากที่จะให้มีการรักษาฟันขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช จนในที่สุดปรากฏว่าได้เก้าอี้ทำฟันที่ทันสมัยมา ๑ ตัว แทนการถอนฟันบนเก้าอี้ธรรมดา หรือบนเตียงคนไข้ ท่านได้จัดตั้งเก้าอี้ขึ้นที่ห้องพักแพทย์ติดกับห้องตรวจโรค แล้วดัดแปลงเป็นห้องทันตกรรมห้องแรกของโรงพยาบาล จนปีพ.ศ. ๒๔๗๔ ท่านก็ได้รับพระราชทานยศศักดิ์เป็นหลวงวาทวิทยาวัฒน์

ในปี พ.ศ. ๒๔๗๕ ทันตแพทย์สี สิริสิงห กลับจากสหรัฐอเมริกา และได้ติดต่อกับศาสตราจารย์เอลลิส คณบดีคณะแพทยศาสตร์ เพื่อเรียนถามถึงเรื่องขอให้มีการสอนวิชาทันตแพทยศาสตร์ขึ้นในมหาวิทยาลัย โดยมีทราบมาก่อนว่าหลวงวาทเคยได้ไปติดต่อในเรื่องเดียวกันไว้แล้ว และได้รับคำตอบด้วยเหตุผล



เช่นเดียวกัน คือรัฐบาลไม่มีงบประมาณ ทันตแพทย์สีเสียใจที่ต้องผิดหวัง จึงไปประกอบอาชีพส่วนตัว แล้วไปทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. ๒๔๗๖ ได้ดำรงตำแหน่งเป็นพลทหารในตำแหน่งทันตแพทย์ กองเสนารักษ์ มณฑลทหารบกที่ ๑ ซึ่งเป็นปีเดียวกับที่หลวงวาทวิทยาวัฒน์ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าอายุรแพทย์ในกองเดียวกัน ต่อมาทันตแพทย์สีได้เลื่อนยศเป็นนายสิบตรี พ.ศ. ๒๔๗๗-๒๔๘๑ ท่านได้ไปเป็นทันตแพทย์ประจำที่วชิรพยาบาล แต่ความคิดที่จะให้มีการสอนวิชาทันตแพทยศาสตร์ยังอยู่ในใจท่านตลอดเวลา

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๗๙ นายพันเอก หลวงวาทวิทยาวัฒน์ได้ติดต่อกับศาสตราจารย์เอลลิส ซึ่งเป็นอธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอจัดตั้งแผนกทันตแพทยศาสตร์ขึ้นในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แต่ก็ได้รับคำตอบขัดข้องอีก เพราะยังไม่สามารถจัดตั้งให้ได้ในขณะนั้น ที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่า หลังเปลี่ยนแปลงการปกครองจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังอยู่ในฐานะลำบาก ทั้งทางด้านงบประมาณและถูกหน่วยราชการอื่นเข้ามาใช้พื้นที่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง เช่น คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ พร้อมทั้งทรัพย์สินและงบประมาณถูกโอนไปขึ้นกับมหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมือง



ความหวังในการก่อตั้งคณะเริ่มเป็นรูปร่างขึ้นเมื่อ ปี ๒๔๘๑ พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าจุลจักรพงษ์ได้ประทาน เงินจำนวน ๗๐๐๐ บาท สร้างตึกบำบัดโรคฟันขึ้นที่กองเสนารักษ มณฑลทหารบกที่ ๑ วังพญาไท (ปัจจุบันวังพญาไท คือโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า) ปรากฏว่าราษฎรเลื่อมใสมาก ได้ร่วมบริจาค เงินซื้อเครื่องมือทันตกรรมให้จำนวนหนึ่ง ในช่วงเวลานั้นนาย พันเอก หลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ ได้พยายามอีกครั้งหนึ่ง โดยติดต่อกับนายพันเอกหลวงพิบูลสงคราม (จอมพล ป. พิบูลสงคราม) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมขณะนั้น ขอให้มีการตั้งโรงเรียน ทันตแพทย์ขึ้นในกรมแพทยทหารบกและได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ ได้ ในกลางปีเดียวกันนั้นเองนายพันเอกหลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ ได้ ติดต่อขอทุนจากกระทรวงกลาโหมเพื่อไปดูงานกิจการโรงเรียน ทันตแพทย์ต่างประเทศเพื่อจะได้นำความก้าวหน้าทางวิชาการ ด้านทันตแพทย์มาปรับปรุงให้เข้ากับประเทศไทย

ในช่วงเวลาเดียวกันทันตแพทย์สีก็ได้มีมติได้มีการ เขียนจดหมายกราบทูลสมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์(สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี) ขอประทานอนุญาตให้เข้าเฝ้า เพื่อขอให้ทรงสนับสนุนเงินทุนสำหรับใช้จ่ายเป็นค่าอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ในการก่อตั้งคณะ แม้สุดท้ายแล้วจะไม่จำเป็นต้อง รบกวณขอพระราชทาน เนื่องจากพลตรีหลวงพิบูลสงครามได้แจ้ง ว่ามีงบประมาณจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงได้มีการปรึกษาหารือเรื่องงบประมาณร่วมกันกับอาจารย์สุกิจ นิมมานเหมินท์ เลขาธิการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและท่านอื่นๆ เพื่อจัดหาสถานที่สร้างตึกเรียน และแผนกทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นแผนกอิสระใน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยก็ได้รับการก่อตั้งอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๔๘๓ โดยมีพันเอกหลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ดำรง ตำแหน่งหัวหน้าแผนกตั้งที่กล่าวไปนั่นเอง

หลังจากก่อตั้งคณะก็ได้มีการชักชวนชี้แจงนิสิตแพทย์ที่กำลังเรียนอยู่ในชั้นปีที่ ๒ ถึงอนาคตอันแจ่มใสและหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือประชาชนให้พ้นจากการทรมานด้วยโรคเกี่ยวกับฟัน จน ได้นิสิตทันตแพทย์รุ่นแรกมาจำนวน ๘ คน ซึ่งมีอาจารย์ทั้ง ๓ ท่าน เป็นผู้สอนคือนายพันเอก หลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ ทันตแพทย์สี สิริสิงห และทันตแพทย์มาร์ติน ฮันท์ ทันตแพทย์ชาวเยอรมันซึ่งลี้ภัยทางการเมืองจากนาซีเยอรมัน และใช้ติ๊กวิทยาศาสตร์ คณะอักษร ศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่ จัดการเรียนการสอนชั่วคราวระหว่างรอสร้างตึกเรียนของตนเอง ซึ่งมีพิธีเปิดตึกในปีถัดมาในวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๔๘๔

ในบันทึกของทันตแพทย์สี สิริสิงหได้กล่าวถึง Martin Hanf ไว้ว่า “หมอฮันท์พูดภาษาอังกฤษเลอะยิ่งกว่าคนไทยพูด ภาษาอังกฤษ เล่นเอาผู้สอนและผู้เรียนสับสนสับสนไปมาตามกัน” อย่างไรก็ตามในช่วงเดือนธันวาคม ๒๔๘๓ ประเทศไทยประกาศ สงครามกับอินโดจีนและฝรั่งเศส หลวงวาจาและนายสิบลีรี สี จำเป็นต้องไปช่วยราชการทหารชั่วคราวจนเหี่ยวทันตแพทย์ฮันท์ ในการสอนวิชาทางทันตกรรมแต่เพียงผู้เดียว

นับจากช่วงแรกที่ก่อตั้งคณะซึ่งมีอาจารย์เพียง ๓ ท่าน และไม่มีแม้แต่ตึกเรียน จวบจนปัจจุบันก็เป็นเวลา ๘๐ ปีแล้ว คณะ ทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ผลิตบัณฑิตออกมารับ ใช้ประชาชนมากกว่า ๕๐๐๐ คน ได้มีการพัฒนาหลักสูตรการศึกษา และผลิตงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการทำสัญญาความร่วมมือ (MOU) กับคณบดีต่างประเทศมากกว่า ๑๐ มหาวิทยาลัย ดังปณิธานของหลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ว่า “อันความต้องการของ ส่วนรวมในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ย่อมต้องการทันตแพทย์ ไม่ใช่ช่างฟัน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของคนไทยเอง และเพื่อให้ระดับ มาตรฐานของการประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรมในประเทศไทย ได้เท่าเทียมกับประเทศทั้งหลายที่เจริญแล้ว”

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

๑. ๕๐ ปี ทันตแพทย์จุฬา ประวัติและวิวัฒนาการ, นำอักษรการพิมพ์ ๒๕๓๓.

๒. ๖๐ ปี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์ ๒๕๔๓.

๓. ๗๐ ปี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๕๓.



CU NEWS

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ร่วมลงนามถวายพระพร สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ร่วมลงนามถวายพระพร สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ให้ทรงหายจากพระอาการประชวรโดยเร็ว โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร. สุจิต พูลทอง คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และบุคลากร นำแจกันดอกไม้ไปถวาย พร้อมลงนามถวายพระพรให้ทรงมีพระพลานามัยแข็งแรงและหายจากพระประชวรโดยเร็ววัน เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ร่วมลงนามถวายพระพร พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ร่วมลงนามถวายพระพร พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ให้ทรงหายจากพระอาการประชวรโดยเร็ว โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร. สุจิต พูลทอง คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และบุคลากร นำแจกันดอกไม้ไปถวาย พร้อมลงนามถวายพระพร ให้ทรงมีพระพลานามัยแข็งแรงและหายจากพระประชวรโดยเร็ววัน เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562 ณ อาคารภูมิ นุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดโครงการสแกนอารมณ์สร้างสุข

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ร่วมกับมูลนิธิสมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก และโครงการสนทนาธรรมสร้างสุข จัดการบรรยายธรรม เรื่อง “ชุดความคิด” (mindset) โดย อาจารย์แม่ชีวิมุตติยา (รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพรณ ญ บางช้าง) ประธานหอพระไตรปิฎกนานาชาติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2562 ณ ห้องพระพุทธชินรังษี ชั้น 12 อาคารทันตแพทยศาสตร์เฉลิมนวมราช 80 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ โดยมีคณาจารย์ บุคลากร และบุคคลภายนอกมาร่วมครั้งนี้



คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดการบรรยายพิเศษ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดการบรรยายพิเศษ เรื่อง “Novel Strategy for Caries Treatment Development of Dentin Remineralization/Regeneration Therapy” โดย Prof. Takashi Saito Dean Health Sciences, University of Hokkaido ให้เกียรติมาเป็นวิทยากร เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2562 ณ ห้องประชุมท่านผู้หญิง เพ็ชรา เตชะกัมพุช ชั้น 2 อาคารสมเด็จพระเจ้า 93 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ โดยมีคณาจารย์ และนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ร่วมเข้าฟัง การบรรยายในครั้งนี้



คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ร่วมลงนามถวายพระพร สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ร่วมลงนามถวายพระพร สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ให้ทรงหายจากพระอาการประชวรโดยเร็ว โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร. สุจิต พูลทอง คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และบุคลากร นำแจกันดอกไม้ไปถวาย พร้อมลงนามถวายพระพร ให้ทรงมีพระพลานามัยแข็งแรงและหายจากพระประชวรโดยเร็ววัน เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562 ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี



บุกิตาจิต รองศาสตราจารย์ ชัยรัตน์ วิวัฒน์วรพันธ์

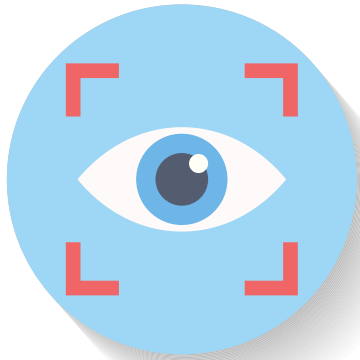
ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดงานแสดงบุกิตาจิต ครบ 5 รอบ รองศาสตราจารย์ ชัยรัตน์ วิวัฒน์วรพันธ์ โดยมี คณาจารย์อาวุโส คณาจารย์ ทันตแพทย์ นิสิต และบุคลากรและบุคคลภายนอก เข้าร่วมงานเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562 ณ คลินิกบัณฑิตศึกษาทันตกรรมประดิษฐ์ ชั้น 8 อาคารสมเด็จพระเจ้า 93 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ



คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดบรรยายเรื่อง Drug Interaction in Dentistry

โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดบรรยายเรื่อง “Drug Interaction in Dentistry” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิสนธิ จงตระกูลได้ให้เกียรติมาเป็นวิทยากร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562 ณ ห้องประชุมสี สิริสิงห ชั้น 2 อาคารสมเด็จพระเจ้า 93 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ





โรคไจอกร

(Sjogren's syndrome):

โรคปากแห้ง ตาแห้งและการดูแลทางทันตกรรม

อ.กฤษฎา ภัทรราชย์ แพทย์ประจำ

ภาควิชาศัลยศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

“เคยบ้างไหมคะ ที่ทำฟันคนไข้อยู่ แล้วรู้สึกว่ทำไมคนไข้คนนั้นปากแห้งจังเลย เวลาใส่เครื่องมือลงไปช่องปากโดยเฉพาะกระจกส่องในช่องปากก็ติดหนึบกับเนื้อเยื่อในช่องปากทุกที ทำให้ต้องนึกว่ามีสาเหตุอะไรที่ทำให้คนไข้ปากแห้งได้ขนาดนี้ อันที่จริงแล้วอาการปากแห้งจากการที่มีน้ำลายน้อยนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ รวม ทั้งอาจจะเกี่ยวข้องกับการที่คนไข้มีโรคทางระบบบางอย่างได้เช่นกัน หนึ่งในนั้นคือโรคไจอกร (Sjogren's syndrome (SS)) หรือกลุ่มอาการเอสเอส เคยได้ยินกันบ้างไหมคะ”

โรคไจอกรเป็นอย่างไร??

เป็นโรคทางระบบซึ่งพบการอักเสบอย่างเรื้อรังของต่อมมีท่อ (exocrine glands) โดยเฉพาะต่อมน้ำตาและต่อมน้ำลาย ส่งผลให้เกิดอาการตาแห้ง (keratoconjunctivitis sicca) และปากแห้ง (xerostomia) โดยพบว่ามี การแทรกซึมของลิมโฟไซต์ (lymphocytic infiltration) เข้าสู่ต่อมมีท่อและบี-ลิมโฟไซต์ (B-lymphocytes) มีการทำงานที่ผิดปกติ (hyperactivity) ส่งผลให้เกิดการอักเสบและเกิดการทำลายเนื้อต่อมจนสูญเสียการทำงานที่ สาเหตุการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (autoimmune disease) โดยมีแอนติบอดี (autoantibodies) ต่อ Ro และ La ซึ่งจัดเป็น immunological marker ของโรคนี้

โรคไจอกร สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ primary Sjogren's syndrome ซึ่งในกรณีแรกนี้จะไม่มีอาการของโรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue disease) ร่วมด้วย จะพบอาการปากแห้งและตาแห้งจากการสูญเสียการทำงานของต่อมน้ำลายและต่อมน้ำตา และอีกแบบหนึ่งได้แก่ secondary Sjogren's syndrome จะพบว่ามีอาการปากแห้ง ตาแห้ง ร่วมกับโรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันอื่นๆ เช่น โรครูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) และโรคลูปัส (systemic lupus erythematosus)

โรคนี้พบได้มากในผู้หญิง อายุ 50-60 ปี แต่ก็สามารถพบในวัยรุ่นและคนที่อายุน้อยได้เช่นกัน รวมทั้งพบในผู้ชายได้เช่นกัน มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการวินิจฉัย เกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษาและกลุ่มประชากร โดยประมาณการณ่ว่าประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการตาแห้งเป็นโรคนี้ ในประเทศไทยยัง

ไม่เคยมีการสำรวจหา

อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการ

นี้ในประชากรทั่วไปโดยตรง

ในผู้สูงอายุและคนที่มีความผิดปกติ

ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอยู่เดิม

จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ไจอกรได้เพิ่มมากขึ้น



ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะเด่นทางคลินิกของโรคโจเกรน คืออาการตาแห้ง และปากแห้ง แต่อาจพบที่บริเวณเยื่ออื่นๆ ได้แก่ จมูก กล่องเสียง ทางเดินอาหารและช่องคลอด อาการตาแห้งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมองภาพไม่ชัด ส่วนในช่องปากนั้น การที่มีน้ำลายน้อยและปากแห้ง อาจส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น นิ่วน้ำลาย (sialoliths) ต่อม น้ำลายโต ฟันผุ โรคเหงือกและปริทันต์อักเสบ รวมทั้งสามารถพบ การติดเชื้อของเนื้อเยื่ออ่อน เช่น เชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis) และอักเสบบริเวณมุมปาก (angular cheilitis) ผู้ป่วยมักจะมี ความรู้สึกไม่สบายในช่องปาก และมีอาการแสบในช่องปากได้ บางครั้ง อาจพบว่ามีการกลืนลำบาก (dysphagia)

สำหรับอาการทางระบบ (systemic autoimmunity) ที่สามารถพบในโรคโจเกรน ได้แก่ อาการผิวหนังแห้ง อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำๆ ท้องผูก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและเจ็บตามข้อ นอกจากนี้ อาจพบสภาวะอื่นๆ ได้แก่ การอักเสบของหลอดเลือดขนาดเล็ก

ปรากฏการณ์เรเนาด์ (Raynaud's phenomenon) อาการเกี่ยวกับปอด (pulmonary symptoms) ไตอักเสบ (nephritis) เส้นประสาทอักเสบ (neuropathy) ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน (hyperthyroidism) และลิมโฟมา (lymphoma)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคโจเกรนนั้น ควรมีการวินิจฉัยร่วมกันโดยทีมผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคข้อและรูมาติซึม จักษุแพทย์ พยาธิแพทย์ และทันตแพทย์ โดยทันตแพทย์สามารถช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคโจเกรน โดยการซักประวัติทางการแพทย์และซักถามอาการเกี่ยวกับช่องปากและตา ทำการตรวจภายในและนอกช่องปาก และพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง คำถามที่ใช้ในการประเมินอาการในช่องปากและตา ดังตารางข้างล่าง โดยหากตอบว่าใช้อย่างน้อยหนึ่งข้อในแต่ละส่วน อาจเป็นไปได้ว่ามีอาการของโรคโจเกรน

คำถามเกี่ยวกับอาการในช่องปาก

1. มีความรู้สึกปากแห้งมากกว่าสามเดือนหรือไม่
2. มีต่อมน้ำลายน้ำลายบวมบ่อยๆ หรือเป็นอยู่ตลอดเวลา
3. ต้องรับประทานน้ำเพื่อช่วยในการกลืนอาหารแห้งๆ หรือไม่

คำถามเกี่ยวกับอาการที่บริเวณตา

1. มีอาการตาแห้งมากกว่าสามเดือนหรือไม่
2. มีความรู้สึกเหมือนมีทรายอยู่ในตาหรือไม่ (recurrent sensation of sand or gravel)
3. ต้องใช้น้ำตาเทียมช่วยบรรเทาอาการตาแห้งมากกว่าสามครั้งต่อวันหรือไม่

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมที่สามารถทำได้ ได้แก่ การตรวจเลือด สำหรับโปรไฟล์ทางออโตแอนติบอดี (Rheumatoid factor (RF), Anti-nuclear factor (ANF), anti-Ro & anti-La Ab) และการตัดชิ้นเนื้อตรวจต่อมน้ำลายจากบริเวณริมฝีปากด้านในเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา นอกจากนี้ จะมีการตรวจตาด้วยการย้อมสี (staining) ด้วย Rose Bengal และการใช้ van Bijsterveld score เพื่อตรวจประเมินความเสียหายของเยื่อบุตาและกระจกตา การตรวจ Schirmer's test เพื่อดูการไหลของน้ำตาและการวัดการหลั่งของน้ำลายในภาวะที่ไม่มีการกระตุ้น (unstimulated salivary flow)

เกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรคโจเกรน ที่นิยมใช้กันถูกจัดทำขึ้นในปีค.ศ. 2002 โดย American-European Consensus Group ประกอบไปด้วยเกณฑ์ 6 ข้อที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ตา อาการในช่องปาก ผลทางพยาธิของต่อมน้ำลาย การทำงานของต่อมน้ำลายและการตรวจออโตแอนติบอดี anti-Ro และ anti-La ซึ่งถ้าผลการตรวจเป็นบวกอย่างน้อย 4 ใน 6 ข้อ จะให้การวินิจฉัยเป็นโรคโจเกรนได้ ต่อมาในปีค.ศ. 2012 มีการปรับปรุงเกณฑ์ขึ้น

มาใหม่ ซึ่งได้รับการยอมรับโดย the American College of Rheumatology (ACR) มีเกณฑ์ทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ 1) ตรวจพบผลเป็นบวกต่อ serum anti-Ro และ/หรือ anti-La หรือผลเป็นบวกต่อ RA และ ANA 2) การตัดชิ้นเนื้อต่อมน้ำลาย จะพบมีการอักเสบของต่อมน้ำลายและมีการแทรกซึมของลิมโฟไซต์ที่เฉพาะจุด (focal lymphocytic sialadenitis) โดยต้องมี inflammatory focus score > 1 ต่อ 4 mm² และ 3) มีตาอักเสบ (keratoconjunctivitis sicca) ร่วมกับพบว่ามี ocular staining score > 3 โดยหากพบอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ อาจจะเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยนั้นเป็นโรคโจเกรน

และล่าสุดในปีค.ศ. 2016 the American College of Rheumatology (ACR) และ the European League Against Rheumatism (EULAR) ได้ช่วยกันพัฒนาและหาข้อตกลงร่วมกัน (validated an international consensus) สำหรับเกณฑ์ในการวินิจฉัย primary Sjogren's syndrome แต่ใช้สำหรับการคัดผู้ป่วยเข้าในการศึกษาทางคลินิก โดยเกณฑ์การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายขึ้นกับการให้น้ำหนักจากเกณฑ์ 5 ข้อ จากตาราง ได้แก่...

เกณฑ์การวินิจฉัย

Anti-SSA/Ro antibody positivity	: 3 คะแนน
Focal lymphocytic sialadenitis with a focus score of 1 foci/4 mm ² or greater	: 3 คะแนน
An abnormal ocular staining score of 5 or greater (or van Bijsterveld score of 4 or more)	: 1 คะแนน
A Schirmer's test result of 5 mm/5 minutes or less	: 1 คะแนน
An unstimulated salivary flow rate of 0.1 mL/minute, or less	: 1 คะแนน

โดยจะเห็นจากตารางว่าในแต่ละข้อจะมีคะแนนแยกต่างหากกัน โดยหากมีคะแนนรวมอย่างน้อย 4 คะแนน จะถูกจัดว่าเป็น primary Sjogren's syndrome



สำหรับโรคโจเกรนนั้น ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่นที่สามารถทำให้เกิดอาการตาแห้ง ปากแห้งได้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยลิมโฟมา (pre-existing lymphoma) ผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ผู้ป่วยโรคซาร์คอยด์ (sarcoidosis) ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (graft versus host disease) ผู้ที่ใช้ยากกลุ่มแอนติโคลิเนอร์จิก (anti-cholinergic drugs) หรือผู้ที่มีประวัติได้รับการฉายแสงบริเวณศีรษะและลำคอ

การดูแลในช่องปากและการให้คำแนะนำ

ผู้ป่วยโรคโจเกรน ควรได้รับการตรวจทั้งภายนอกช่องปากและภายในช่องปากเป็นประจำ โดยมีวัตถุประสงค์คือลดอาการที่มีรบกวนทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การกระตุ้นน้ำลายและใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทน (saliva substitutes) ต่างๆ เช่น น้ำลายเทียมและเจลใช้ในช่องปากจึงถูกนำมาใช้ โดยมีผลิตภัณฑ์ทดแทนจำหน่ายหลายยี่ห้อเช่น Biotene, Xerostom และ GC dry mouth gel เป็นต้น อย่างไรก็ตามผลิตภัณฑ์ส่วนมากวางขายแต่ในต่างประเทศ จึงอาจหาซื้อได้ยาก แต่ทันตแพทย์สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปากได้อีกทางหนึ่งในกรณีที่พบการบวมของต่อมน้ำลายพาโรติดและต่อมน้ำลายสับแมนดิบูลาร์ การประคบด้วยความร้อนและการนวดในบริเวณนั้นอาจช่วยเพิ่มปริมาณน้ำลาย (salivary flow) ที่ไหลผ่านเข้าสู่ท่อของต่อมน้ำลายได้ (ducts)

ในการประเมินผลการรักษาและการจัดการผู้ป่วย อาจนำ Challacombe Scale of Clinical Oral Dryness (<http://www.challacombescale.co.uk/index.html>) มาช่วยประเมินอาการทางคลินิกและความรุนแรงของอาการปากแห้ง โดยเกณฑ์การวัดนี้ขึ้นกับคะแนนอาการปากแห้งที่ตรวจพบทางคลินิก (Clinical Oral Dryness Score (CODS)) ประเมินได้จากลักษณะที่สำคัญ 10 อย่างที่เกี่ยวข้องกับอาการปากแห้ง โดยจะให้คะแนน 1 คะแนนหากพบว่ามีอาการในแต่ละข้อ ยังมีคะแนนมากเท่าไรยิ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการปากแห้งมากเท่านั้น โดยจะมีความ

สัมพันธ์ที่แปรผันระหว่างอัตราการหลั่งของน้ำลาย (salivary flow rates) และ CODS โดย CODS ที่สูงมีความสัมพันธ์กับปริมาณน้ำลายที่น้อย (hyposalivation)

ฟันผุนั้นพบได้บ่อยในผู้ที่มีอาการปากแห้ง ดังนั้นทันตแพทย์ควรจัดการแก้ไขวัสดุที่ไม่ดีและกำจัดบริเวณที่เป็นแหล่งสะสมของคราบจุลินทรีย์ได้ ควรแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูงจากการศึกษาของ Zero DT และคณะ ในปีค.ศ.2016 ได้แนะนำให้ป้องกันฟันผุในผู้ป่วยโรคโจเกรนที่มีอาการปากแห้ง ดังนี้ 1) การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ (topical fluoride) ควรใช้ในผู้ป่วยทุกราย 2) ถึงแม้ว่าไม่มีการศึกษาที่เชื่อมโยงถึงการที่มีน้ำลายกับการป้องกันฟันผุ แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าปริมาณน้ำลายที่เพิ่มมากขึ้นอาจมีส่วนในการลดอุบัติการณ์การเกิดฟันผุได้ ดังนั้นอาจพิจารณาเพิ่มปริมาณน้ำลายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเคี้ยวกระตุ้นน้ำลายด้วยหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล การใช้ยากระตุ้นน้ำลาย ได้แก่ pilocarpine hydrochloride และ civemeline 3) สำหรับการใช้อนุพันธ์ที่มีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อต่างๆ (antimicrobial agents) เช่น คลอเฮกซิดีน (chlorhexidine) อาจพิจารณาใช้ในผู้ป่วยโรคโจเกรนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุที่รากฟัน (high root caries rate) 4) การใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มที่ไม่ใช่ฟลูออไรด์แต่ช่วยคืนกลับของแร่ธาตุที่ผิวฟัน (nonfluoride remineralizing agents) อาจพิจารณาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ให้ร่วม (adjunct therapy) ในการจัดการกับโรคฟันผุในผู้ป่วยโรคโจเกรนได้

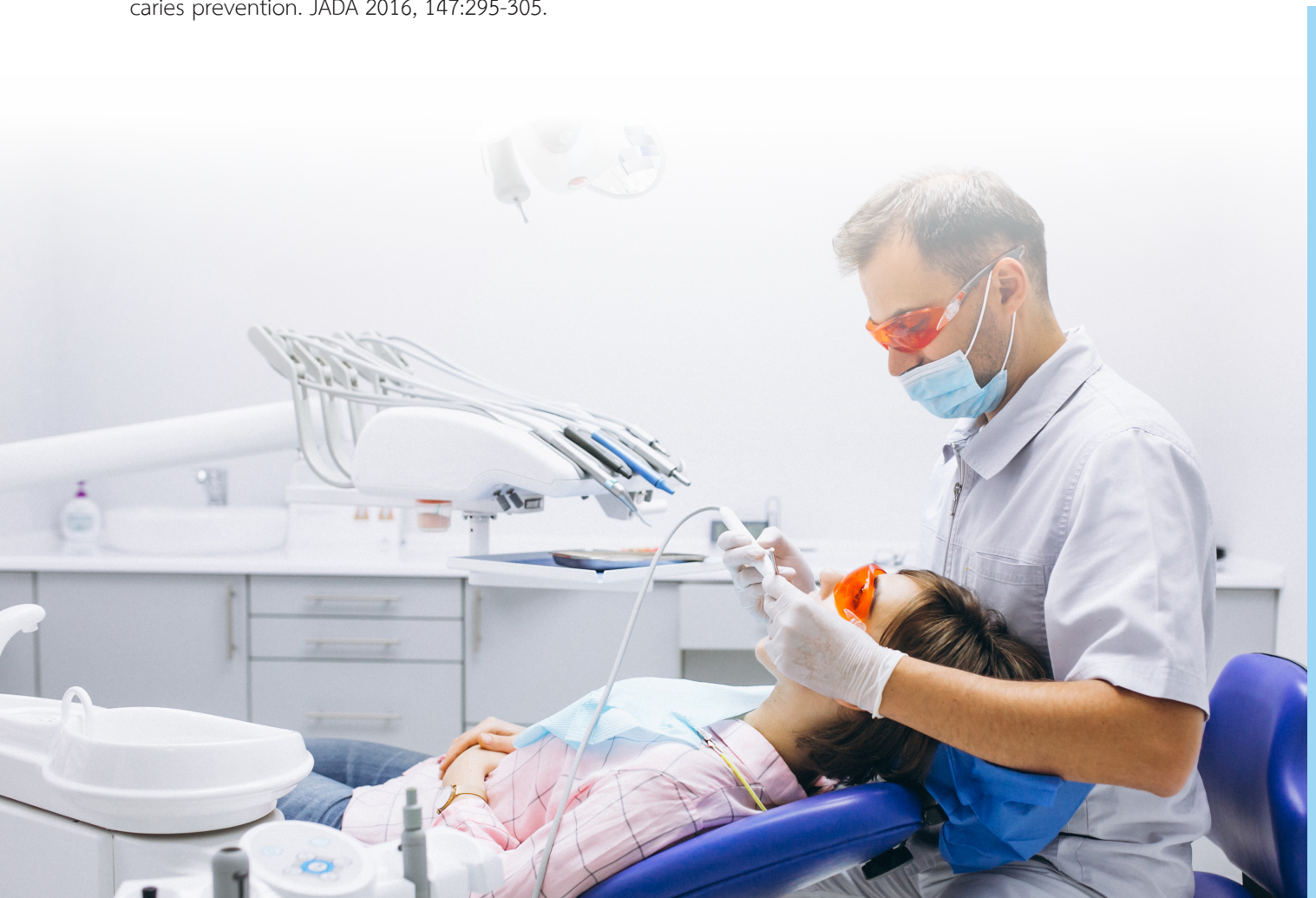
นอกจากนั้นการติดเชื้อราในช่องปากสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ในกรณีนี้สามารถจ่ายยาต้านเชื้อราเฉพาะที่ เช่น nystatin oral suspension, miconazole oral gel หรือให้ antifungal lozenges เช่น clotrimazole troches เป็นระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ หากผู้ป่วยมีฟันปลอมแนะนำให้แช่ฟันปลอมในคลอเฮกซิดีน 0.12% หรือโซเดียมไฮโปคลอไรต์ 1% ขึ้นกับชนิดของฟันปลอม

สรุป

ทันตแพทย์มีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยโจเกรนได้ตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งสามารถช่วยแนะนำดูแลอาการที่เกิดขึ้นในช่องปากของผู้ป่วยได้ การวินิจฉัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจะส่งผลดีต่อการป้องกัน การดูแลผู้ป่วย โดยสำหรับผู้ป่วยโจเกรนควรมีการวางแผนการ recall ผู้ป่วยเพื่อกลับมาตรวจดูในช่องปากอย่างเป็นประจำ

เอกสารอ้างอิง

1. Baer AN. Diagnosis and classification of Sjogren's syndrome. In: UpToDate, Fox R and Romain PL (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on December 6, 2018).
2. Carr AJ, Ng WF, Figueiredo F, et al. Sjogren's syndrome – an update for dental practitioners. BDJ 2012, 213: 353-357.
3. Gonzalez S, Sung H, Sepulveda D, et al. Oral manifestations and their treatment in Sjogren's syndrome. Oral diseases 2014, 20: 153-161.
4. Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, et al. American College of Rheumatology classification criteria for Sjogren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjogren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012, 64: 475-487.
5. Zero DT, Brennan MT, Daniels TE, et al. Clinical practice guidelines for oral management of Sjogren disease: Dental caries prevention. JADA 2016, 147:295-305.



MU NEWS

ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมนำเสนอผลการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม ของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2561

ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมนำเสนอผลการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม : การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2561 ซึ่งออกฝึกภาคปฏิบัติงานภาคสนาม ระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์ - 9 มีนาคม 2562 ณ จังหวัดเชียงราย พะเยา แพร่ น่าน และบุรีรัมย์ แก่ผู้สนใจ ณ บริเวณโถงข้างศูนย์อาหาร M Dent ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา ระหว่างวันที่ 11-12 มีนาคม 2562



คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่นบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2561 (ประเภทบริหาร) จากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2562 ศาสตราจารย์ ดร. ทันตแพทย์หญิง วรฉัตร บัวจิบ คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เข้ารับโล่และคำประกาศเกียรติคุณ รางวัลศิษย์เก่าดีเด่นบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2561 (ประเภทบริหาร) จากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ในงานประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2561 โดยภายในงานได้จัดให้มีการปาฐกถาเกียรติยศ ครั้งที่ 24 เรื่อง “ปราชญ์ของประเทศ” พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 โดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.วิญญู เครืองาม รองนายกรัฐมนตรีฯ เป็นผู้เข้าร่วมงานด้วย ณ ห้องกรุงธนบอลรูม โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร



นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จาก School of Dentistry, Hiroshima University ประเทศญี่ปุ่นเข้าศึกษาดูงาน ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้การต้อนรับ Ms. Nanako Kajikawa (Dental Technician student) and Ms. Nanaka Fujishima (Dental hygienist student) นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จาก School of Dentistry, Hiroshima University ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเข้าศึกษาดูงานทางทันตกรรม และการสังเกตการณ์ทางคลินิก เมื่อระหว่างวันที่ 6-15 มีนาคม 2562 ณ ภาควิชาทันตกรรมเด็ก ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปากและปริทันตวิทยา ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ โรงเรียนเทคโนโลยีทันตกรรม รวมไปถึงการเยี่ยมชมโรงพยาบาลทันตกรรมมหาจักรีสิรินธร และโรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อสังเกตการณ์ ศึกษาดูงาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งกิจกรรมการแลกเปลี่ยน/ศึกษาดูงานนี้ เป็นไปตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ที่มีร่วมกัน ในด้านการแลกเปลี่ยนนักศึกษา ระหว่างคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ School of Dentistry, Hiroshima University

นักศึกษาทันตแพทย์ จาก School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido ประเทศญี่ปุ่น เข้าศึกษาดูงาน ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้การต้อนรับ Mr. Kota Saito (นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 4) Mr. Hiroyoshi Kuniyasu (นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 3) และ Ms. Ayano Ishinoseki (นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 3) จาก School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเข้าศึกษาดูงานทางทันตกรรม และการสังเกตการณ์ทางคลินิก เมื่อวันที่ 18-22 มีนาคม 2562 ณ ภาควิชารังสีวิทยา ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน ภาควิชาทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง และ ภาควิชาทันตกรรมเด็ก ซึ่งกิจกรรมการแลกเปลี่ยน/ศึกษาดูงานนี้ เป็นไปตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ที่มีร่วมกัน ในด้านการแลกเปลี่ยนนักศึกษา ระหว่างคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และ School of Dentistry, Health Sciences University of Hokkaido ระหว่างวันที่ 11-12 มีนาคม 2562



คณะทันตแพทย์ ร่วมเป็นเจ้าภาพสวดพระอภิธรรมในพิธีพระราชทานเพลิงศพครูใหญ่และครูใหญ่พระเทพวิทยาคม (หลวงพ่อคุณ)

วันที่ 26 มกราคม 2562 รศ.ดร.ทพญ.วราณัฐ ปีติพัฒน์ พร้อมทีมบริหาร และบุคลากรคณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 50 คน เข้าร่วมเป็นเจ้าภาพสวดพระอภิธรรมเนื่องในพิธีพระราชทานเพลิงศพครูใหญ่ และครูใหญ่พระเทพวิทยาคม (หลวงพ่อคุณ ปรีสุทโธ) และครูใหญ่ ประจำปี 2561 ณ ศูนย์ประชุมเอนกประสงค์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยขอนแก่น นอกจากนี้คณะทันตแพทยศาสตร์ ยังได้จัดทำโรงาน และมอบดอกไม้จันทน์ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรคณะทันตแพทยศาสตร์ อีกด้วย



คณะให้การต้อนรับคณะนักศึกษาทันตแพทย์ จาก CHARLES STURT UNIVERSITY, AUSTRALIA

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ผ่านมา ผศ.ดร.ทพ.ทีฆายุ พลางกูร จอร์นัส ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ตัวแทนคณะผู้บริหารจากคณะทันตแพทยศาสตร์ ให้การต้อนรับคณะนักศึกษาทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 5 จาก School of Dentistry and Health Sciences, Charles Sturt University, Australia ในโอกาสเข้าศึกษาดูงานด้านทันตกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศ (MOU) ระหว่างคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กับ School of Dentistry and Health Sciences, Charles Sturt University, Australia ระหว่างวันที่ 4-15 กุมภาพันธ์ 2562



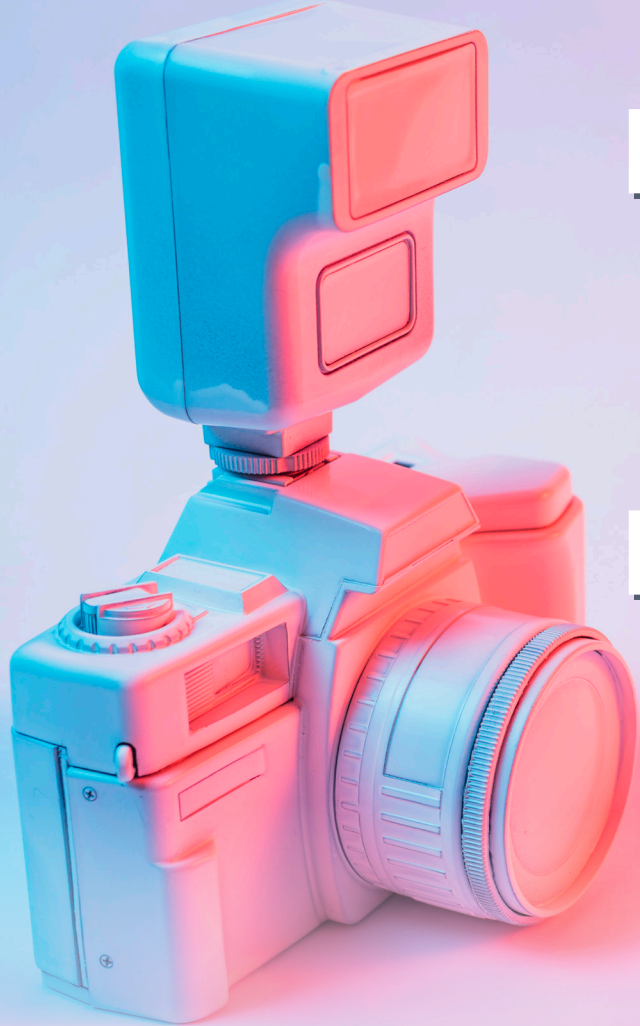
กิจกรรมพระราชทาน มข.ถวายงานสมเด็จพระเทพฯ ทำฟันประชาชนกั้นกันดาร ฟรี

เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ออกหน่วยให้บริการทางทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่า พร้อมรับเสด็จสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยมี รศ.ทพญ.ดร.วรานุช ปิติพัฒน์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ กล่าวถวายรายงาน ณ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านหาดทรายเฒ่า ตำบลหนองเทา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม



ตามที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการคัดเลือกข้าราชการพลเรือนดีเด่นประจำปี 2561 โดยคัดเลือกข้าราชการและลูกจ้างประจำผู้ที่ได้ประพฤติปฏิบัติในด้านการครองตน ครองคน ครองงาน และมีผลการปฏิบัติงานดีเด่นเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ ประกาศเกียรติคุณและรับมอบเข็มเชิดชูเกียรติ (ครุฑทองคำ) จากกระทรวงศึกษาธิการมหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่นขอแสดงความชื่นชมยินดีกับ รองศาสตราจารย์ ดร. อาริยา รัตนทองคำ ตำแหน่งรองศาสตราจารย์สาขาวิชาชีววิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์





ภาพถ่ายทางทันตกรรม

“ A picture is worth a thousand words ”

ภาพหนึ่งภาพแทนคำนับพันเป็นคำพูดที่เราได้ยินกันอยู่บ่อยๆ ซึ่งสะท้อนถึงพลังในการสื่อสารของภาพถ่ายว่ามีรายละเอียดได้มากกว่าการบรรยายด้วยคำพูดหรือคำเขียน ในปัจจุบันเทคโนโลยีการถ่ายภาพนั้นได้พัฒนาไปไกล มีทางเลือกหลากหลายและมีราคาถูกลง ทำให้การเข้าถึงอุปกรณ์การถ่ายภาพ การส่งต่อภาพถ่ายและการสื่อสารด้วยภาพทำได้ง่ายขึ้นมาก การถ่ายภาพในทางทันตกรรมจึงไม่ใช่เรื่องไกลตัวหรือเป็นเรื่องที่ใช้กันในกลุ่มเฉพาะ เช่นในโรงเรียนทันตแพทย์อีกต่อไป แต่เป็นเรื่องที่ทันตแพทย์ทุกท่านสามารถเรียนรู้และนำมาประยุกต์ใช้ประกอบในการทำการรักษา ไม่ว่าจะในระดับมากน้อยแค่ไหนก็ตาม

ทำไมต้องถ่ายภาพในทางทันตกรรม

- เป็นการเก็บข้อมูลที่มีรายละเอียดได้ดีกว่าการบันทึกด้วยการเขียนหรือภาพวาด
- ใช้เปรียบเทียบก่อนและหลังทำการรักษาและติดตามผลการรักษา
- ใช้เป็นสื่อเพื่อการวางแผนการรักษา สื่อสารระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย และระหว่างทันตแพทย์
- ใช้เป็นสื่อในการเรียนการสอน ให้นำเสนอในการศึกษาวิจัยและบทความวิชาการ
- ใช้สื่อสารกับแลปทันตกรรม เพื่อการผลิตชิ้นงานที่ตรงตามความต้องการ

ซึ่งการสื่อสารต่างๆที่กล่าวในข้างต้นสามารถใช้วิธีการอื่นๆได้ เช่นการเขียน แต่การสื่อสารด้วยภาพถ่ายสามารถให้รายละเอียดได้มากกว่าการเขียนบรรยาย แต่อย่างไรก็ตามภาพถ่ายไม่ควรเป็นเพียงช่องทางเดียวในการสื่อสาร แต่ควรเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาการสื่อสารให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น



ประเภทของภาพถ่ายที่ใช้ในทางทันตกรรม

1. ภาพถ่ายนอกช่องปาก

เพื่อการเก็บข้อมูลลักษณะภายนอกของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นภาพรวมของการรักษา สัดส่วน ความสมมาตรของใบหน้า และร่างกาย



๒ . ภาพถ่ายในช่องปาก

เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดภายในช่องปากและฟัน โดยจะให้ข้อมูลของลักษณะการสบฟัน รอยโรคของเหงือกและฟัน วัสดุบูรณะในช่องปากและสีฟันเป็นต้น



3 . ภาพถ่ายชิ้นงานทางทันตกรรม

เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดของชิ้นงานทางทันตกรรม ทั้งในส่วนของชิ้นงานที่เสร็จเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนการเตรียมชิ้นงาน ไปจนถึงงานที่เกิดความเสียหายขึ้นแล้ว



ซึ่งภาพถ่ายทางทันตกรรมทั้ง 3 แบบนั้นมีประโยชน์ในการเก็บข้อมูลทั้งก่อนการรักษา เพื่อนำมาวางแผนการรักษา ใช้เก็บข้อมูลระหว่างและหลังการรักษา เป็นข้อมูลอ้างอิงเพื่อนำมาเปรียบเทียบ รวมทั้งยังใช้บันทึกผลการรักษา

โดยการถ่ายภาพประเภทแรกคือภาพนอกช่องปากหรือภาพใบหน้านั้นหลายๆท่านอาจจะคุ้นเคยจากการถ่ายภาพด้วยอุปกรณ์ถ่ายภาพทั่วไปที่มีกันอยู่แล้ว แต่ภาพถ่ายใน 2 ประเภทหลัง

หากจะให้ได้ภาพที่มีคุณภาพจะต้องมีอุปกรณ์ถ่ายภาพที่เฉพาะทางมากขึ้น เนื่องจากเป็นภาพถ่ายที่ต้องเข้าใกล้เพื่อเก็บรายละเอียดหรือที่เรียกกันทางภาษาถ่ายภาพว่า การถ่ายภาพแบบมาโคร (Macro photography) ซึ่งการเลือกใช้อุปกรณ์จะมีผลต่อคุณภาพของภาพที่ได้ หากใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เข้าใจในอุปกรณ์อาจจะทำให้ได้ภาพที่ไม่มีคุณภาพ หรืออาจจะไม่สามารถถ่ายภาพที่ต้องการได้เลย





ชนิดของกล้อง สามารถแบ่งได้หลายแบบ ทั้งตามชนิดของเซนเซอร์ กลไกการทำงาน ขนาด แต่เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย ทางผู้เขียนจะขอแบ่งการเลือกกล้องตามระดับการใช้งาน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. การใช้งานระดับเริ่มต้น

ใช้เพื่อการสื่อสารเบื้องต้น ที่ไม่ต้องการรายละเอียดที่มาก เช่น การถ่ายเพื่อระบุชี้ฟัน เพื่อให้เห็นการสบฟัน หรือ เพื่อให้ดูรอยโรคที่มีขนาดใหญ่เห็นได้ชัด เป็นต้น

กล้องที่ใช้ในระดับนี้ไม่จำเป็นต้องให้รายละเอียดภาพที่สูงมาก ไม่จำเป็นต้องให้มิติภาพและรายละเอียดสีที่แม่นยำมาก อุปกรณ์ที่ใช้ในการถ่ายภาพระดับนี้สามารถใช้กล้องในโทรศัพท์มือถือ หรือกล้องคอมแพคขนาดเล็ก

ข้อดีของกล้องในกลุ่มนี้คือ สะดวก ขนาดเบา ใช้งานไม่ยุ่งยาก ไม่จำเป็นต้องมีความรู้เรื่องกล้องมาก โดยเฉพาะกล้องในโทรศัพท์มือถือที่ในปัจจุบันนี้มีใช้กันแพร่หลาย และมีแนวโน้มในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของกล้องในระดับนี้คือ ความละเอียดของภาพจะไม่สูงไม่สามารถเก็บรายละเอียดเล็กน้อยได้ดี เนื่องจากขนาดของเซนเซอร์รับภาพที่มีขนาดเล็ก รวมทั้งมิติภาพที่ได้จะมีความผิดเพี้ยนไปเนื่องจากเลนส์ที่ใช้ในกล้องระดับนี้ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อถ่ายภาพระยะใกล้โดยเฉพาะ จึงมีความบิดเบี้ยวของมิติภาพ โดยทั่วไปจะเห็นภาพในลักษณะที่บวม ดังจะเห็นได้ในรูปตัวอย่าง

2. การใช้งานระดับกลาง

ใช้ในการบันทึกภาพที่ต้องการรายละเอียดที่ถูกต้อง เช่น การนำเสนอเคสการรักษา ภาพประกอบการสอน การสื่อสารกับแลปทันตกรรมที่ต้องการรายละเอียดของรูปร่างและสีที่ถูกต้อง

กล้องที่ใช้ในระดับนี้จะเป็นกล้องที่เปลี่ยนเลนส์ได้ ร่วมกับเลนส์ชนิดมาโคร ระยะตั้งแต่ 60-105 มิลลิเมตร โดยจะต้องใช้ร่วมกับอุปกรณ์ให้แสงสว่าง คือแฟลช โดยจะใช้เป็นชนิดริงแฟลช (Ring Flash) ติดที่หน้าเลนส์เพื่อให้ภาพที่สว่างมีรายละเอียด และไม่เกิดเงามืดบนภาพ

ข้อดีของกล้องในระดับนี้คือ ให้ภาพที่มีความถูกต้อง ใช้ในการอ้างอิงได้ทั้งในแง่ของมิติและสีของภาพ สามารถควบคุมสภาวะของการถ่ายภาพแต่ละครั้งให้เหมือนกันได้จึงทำให้เหมาะแก่การเปรียบเทียบภาพก่อนหลังได้ดี

ข้อจำกัด คือ มีราคาที่สูงขึ้น มีน้ำหนักที่มากขึ้น การเซ็ตอัพกล้องมีความซับซ้อนขึ้น จำเป็นต้องมีความรู้ในการใช้กล้องเพื่อการใช้งานที่ถูกต้อง



ตัวอย่างกล้องคอมแพค และกล้อง



ตัวอย่างภาพจากกล้องโทรศัพท์มือถือ



ตัวอย่างกล้องแบบเปลี่ยนเลนส์ได้และชุดแฟลชแบบริงแฟลช



ตัวอย่างภาพที่ได้จากริงแฟลช

3. การใช้งานระดับสูง

การใช้งานในระดับสูงจะใกล้เคียงกับระดับกลางในแง่ของการบันทึกภาพให้ได้รายละเอียดที่ดี แต่คุณภาพของภาพจะมีความละเอียดมากขึ้น ลักษณะของแสงที่ใช้ในภาพถ่ายมีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ภาพมีความสวยงามและน่าสนใจยิ่งขึ้น ตัวอย่างการใช้งานในระดับสูง ได้แก่ การบันทึกภาพเพื่อใช้ในการนำเสนอบนจอภาพขนาดใหญ่ การใช้ภาพในสื่อสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ การนำเสนอที่ดึงดูดน่าสนใจ ภาพเพื่อการสื่อสารกับแลปทันตกรรมที่ต้องการรายละเอียดของสีที่ละเอียดยิ่งขึ้น

กล้องและเลนส์ที่ใช้ในการถ่ายภาพระดับนี้จะใกล้เคียงกับในระดับกลาง แต่สิ่งที่ต่างออกไปคือชุดอุปกรณ์ให้แสงสว่าง หรือแฟลชจะมีทิศทางของแสงที่ปรับแต่งได้ ตัวอย่างเช่น ชุดแฟลชแบบคู่อัลแฟลช (Dual Flash)



ตัวอย่างภาพที่ได้จากคู่อัลแฟลช

อีกข้อสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือภาพถ่ายทางทันตกรรมเป็นการบันทึกการรักษาและเป็นข้อมูลของผู้ป่วย ดังนั้นเรื่องสิทธิผู้ป่วย และการได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการถ่ายภาพนั้นมีความสำคัญอย่างมาก การให้ผู้ป่วยรับทราบและลงนามในเอกสารยินยอมก่อนทำการบันทึกภาพนั้นเป็นสิ่งที่แนะนำให้ทำอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันปัญหาการละเมิดสิทธิผู้ป่วย รวมถึงการจัดเก็บและเผยแพร่ภาพออกไปนั้นก็ต้องได้รับความยินยอมเช่นกัน

จากเนื้อหาในบทความนี้ได้กล่าวถึงอุปกรณ์การถ่ายภาพในทางทันตกรรมแบบกว้างๆ โดยรายละเอียดเรื่องอุปกรณ์และเทคนิคการถ่ายภาพนั้นมีมากกว่าในบทความนี้มาก สิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะสื่อถึงคือการถ่ายรูปในทางทันตกรรมนั้นทันตแพทย์ทุกคนสามารถเริ่มต้นได้ทันที เพราะอุปกรณ์สำหรับการถ่ายภาพแบบระดับเบื้องต้นนั้นอยู่ในมือของทุกคนอยู่แล้ว นั่นก็คือกล้องโทรศัพท์มือถือนั่นเอง ในปัจจุบันกล้องโทรศัพท์มือถือมีการพัฒนาไปมาก เมื่อได้ลองเริ่มต้นถ่ายภาพแล้วการเรียนรู้และการพัฒนาก็จะเกิดขึ้น

ข้อดีที่เพิ่มขึ้นมาคือ ลักษณะของภาพที่มีความสวยงามมากขึ้น ภาพดูมีมิติจากแสงเงาที่มาจากแต่ละทิศทาง ทำให้ได้ภาพที่มีความน่าสนใจมากขึ้น สามารถประยุกต์การใช้แสงให้ได้ภาพที่หลากหลายมากขึ้น

ข้อจำกัด คือ ต้องมีความรู้ในการใช้อุปกรณ์ให้แสงสว่างที่มาจากหลายทิศทางเพื่อควบคุมให้เกิดแสงและเงาในแบบที่ต้องการ มีความยุ่งยากมากขึ้น และชุดแสงในลักษณะนี้มักจะทำให้เกิดเงาขึ้นในภาพซึ่งอาจจะทำให้เสียรายละเอียดในบางส่วนของภาพไป อาจจะไม่เหมาะกับงานบางประเภทที่ต้องการรายละเอียดของภาพเพื่อการอ้างอิง



ตัวอย่างกล้องแบบเปลี่ยนเลนส์ได้และชุดแฟลชแบบคู่อัลแฟลช

สิ่งที่สำคัญกว่าอุปกรณ์ คือการได้เรียนรู้จากการฝึกฝนถ่ายภาพเช่นเดียวกับการถ่ายภาพในแบบอื่นๆ และเมื่อได้เริ่มต้นที่จะถ่ายภาพทางทันตกรรมแล้วก็จะพบว่ายังมีปัจจัยต่างๆที่ต้องคำนึงอีกหลายประการ เช่น การจัดเตรียมคนไข้ การจัดเตรียมชิ้นงาน การจัดองค์ประกอบภาพ เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้สามารถเริ่มต้นได้จากการเริ่มหัดถ่ายภาพชิ้นงานง่ายๆก่อนเพื่อให้คุ้นเคยและมั่นใจกับการใช้อุปกรณ์ถ่ายภาพแล้วจึงเริ่มถ่ายในผู้ป่วยจริง ท่านทันตแพทย์ผู้อ่านหลายๆท่านอาจจะได้ค้นพบว่าตัวเองชอบการถ่ายภาพก็เป็นได้ จะดีแค่ไหนถ้าห้องทำงานที่เราทำงานอยู่เนี่ยเราสามารถทำทั้งงานรักษาและงานอดิเรกไปได้พร้อมๆกัน



nw. สมโภช อังคภาววิธารักษ์
DDS, MS Prosthodontics,
Fellowship in Esthetics Dentistry

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
71 ลาดพร้าว 95 วังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

THE DENTAL ASSOCIATION OF THAILAND
71 Ladprao95 Wangthonglang Bangkok 10310, Thailand
Tel. 662-539-4748 Fax. 662-514-1100 [www.thaidantal.net]
Email: dat.newsletter@gmail.com / thaidantalnet@gmail.com