



ข่าวสารทันตแพทย์ DAT NEWSLETTER

ข่าวสารทันตแพทย์ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2563

ISSN 0857-841



วารสารแจกฟรี

สวัสดีปีใหม่ 2563

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2563 ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก จงดลบันดาลให้ท่านสมาชิกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ทุกท่าน ประสบแต่ความสุขเกษมสำราญ และสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

สมาชิกรุ่นอาวุโส ก็ขอให้ท่านมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัย ยังมีเรี่ยวแรงมาพบปะกันในการประชุมวิชาการ

สำหรับสมาชิกรุ่นเยาว์ ก็ขอให้ท่านมีความสุข ความเจริญรุ่งเรืองในกิจการ หน้าที่การงาน ปราศจากอุปสรรค ตลอดจนอย่าได้มีคดีความในการประกอบวิชาชีพ

อยากจะฝากเรื่องที่เป็นห่วงและกังวล สำหรับภาวะการผลิตทันตแพทย์ของประเทศไทย ซึ่งปัจจุบัน มีทั้งภาคเอกชนและรัฐ นับวันจะทวีจำนวนมากขึ้น หากสถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ ทั้งในด้านจำนวน และการกระจาย ไม่ได้มีการพิจารณาทบทวน และแก้ไข อีก 10 ปี ข้างหน้า คงได้เห็นภาวะการตกรานในวงการทันตแพทย์ไทยอย่างแน่นอน ปัจจุบันคลินิกทันตกรรมเกิดขึ้นอย่างมากมายจนผิดหูผิดตา และจะเน้นเฉพาะจัดฟันเป็นส่วนใหญ่ การแข่งขันก็มีมากมาย จนลืมนึกถึงจรรยาบรรณศัកดิ์ศรีของทันตแพทย์ เกิดการโฆษณาในรูปแบบที่แปลก ๆ อย่างไม่เคยเกิดขึ้นในวิชาชีพมาก่อน ทั้งในแง่ของราคาและการส่งเสริมการขาย ราวกับการโฆษณาขายของ เพื่อเร่งเอาเป้าเอายอดขาย เป็นที่น่าสังเกตว่า ในภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เราเริ่มเห็นภาวะคลินิกบางแห่งได้ปิดกิจการลง และอาจมีแนวโน้มที่มากขึ้น และถ้าหากอัตราการผลิตทันตแพทย์ที่มีแนวโน้มมากขึ้น และไม่ได้มีการแก้ไข จะเป็นอย่างไร ปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยบุคลากรทุกภาคส่วนที่มีความตระหนักรู้ถึงปัญหา และมองการณ์ไกล และร่วมกันแก้ไข ไม่ใช่รอให้ถึงหายนะแล้วค่อยแก้ไข คงไม่ทันการ

สุดท้าย ก็ขอให้ทุกท่านดำรงชีวิตด้วยความมีสติ มีความรอบคอบในการประกอบวิชาชีพและหน้าที่การงาน โดยยึดเอาประโยชน์ของประชาชนและวิชาชีพเป็นที่ตั้ง

ด้วยความรักและปรารถนาดี

ชวลิต กาญจนโอภาสวงศ์

นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

สารบัญ

เอกซเรย์ทันตกรรม กว่าจะตั้งมั่นในเมืองไทย	4	An apple a day, keeps the doctor away	15
เครื่องมือจัดฟัน มีแบบไหนบ้างนะ ?	9	“ รุ่งไปเที่ยวไป ดีต่อใจ ”	17
การบูรณะฟันผุลึกในเนื้อฟัน ⁽¹⁾	10	ประมวลภาพ งานประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 109	21
การใส่รากฟันเทียม		เก็บเรื่องราว มาเล่าเรื่อง...	22
ช่วยลดอาการปวดไหล่และคอหรือไม่ ?	11		

หนังสือข่าวสารทันตแพทย์

กองบรรณาธิการ ประสิทธิ์ ภาวนันต์ อิศระพงศ์ แก้วกำเหนิดพงษ์ พิมพ์ราไพโรจน์กิจ สันธวาชีวะ สมโภช อังคนาวิริยารักษ์

ฝ่ายศิลป์ อัญมณี คงชีพา ฝ่ายโฆษณา ชิตศักดิ์ สุวรรณโมลี ฝ่ายบริหาร ชวลิต กาญจนโอภาสวงศ์



ข่าวสารทันตแพทย์

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

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

e-mail : dat.news@dent.or.th หรือ thailandnet@gmail.com

web : www.thaidental.or.th

issn : 0857 - 5841



สวัสดีปีใหม่

อ๋อ
วัย/สงส้องผองเหล่า
ทั่วทองดั่งทองทราย
ปลูกประไพ/เมืองเรืองรอง

คศก 2563
อรุณอร่ามวันฤกษ์กรีก้อง
โสดช่วงช่วงหวดป้าทอง
ปีใหม่ใจปอง/ปรมปรีดิ์

โอม...อมรพรประเสริฐ
นาง/นิตชะตาสง่าศรี
เสริม/เด่นเร้นภังไรร่ำ
ไม่มีหวดหมาง/ติดงินต

อีกองค์ไทรรัตนนิรมิต
นำใจจรกระจำทางดวล
สนั่นสิริสวัสดิ์พัฒนภิญ
ง่อมรเงินดลอดป้าเรืองดิสง



เอกซเรย์ทันตกรรม กว่าจะตั้งมั่นในเมืองไทย

เรียบเรียงโดย นว. พิสุทธ์ อำนวยพานิชย์

ເຮົາຄູ່ກັບພັນດີ ເອກຊເຣຍ໌ກໍຍື່ມຄູ່ກັບການຫາພັນດີນັ້ນ ແຕ່ທຸກໆເວລາທີ່ຜ່ານມາ ເຮົາມັກພຸດກັນເຖິງແຕ່ເລື່ອງການຫາພັນດີໃນປະເທດໄທໃນອຸດົດ ແຕ່ລະຍຸກແຕ່ລະສະໄໝ ໂດຍລະເລີຍສິ່ງທີ່ເປັນເໝືອນຄູ່ຫຼຸດຊີວິດໄປ ວ່າເອກຊເຣຍ໌ທາງທັນຕຣາກມໃນປະເທດໄທມີຈຸດເລີ່ມຕົ້ນແລະຄວາມເປັນມາຢ່າງໃດ ທັງທີ່ຈິງແລ້ວ ທັງສອງສິ່ງນີ້ຍື່ມມີພັດທະນາການດຳເນີນຕາມກັນໄປຢ່າງແຍກກັນໄປ

นำเรื่อง ►

เมื่อปลายปี 2438 ซึ่งตรงกับสมัยรัชกาลที่ 5 ของประเทศสยาม Wilhelm Conrad Röntgen นักฟิสิกส์ชาวเยอรมันได้ประกาศการค้นพบรังสีเอกซ์ (X-ray) ออกมา แล้วอีก 2 สัปดาห์หลังจากนั้น ในต้นปี 2439 John Hall-Edwards นายแพทย์ชาวอังกฤษก็เริ่มนำเอกซเรย์มาใช้ในคลินิก เพื่อตรวจดูเข็มที่ถูกแทงติดในมือของผู้ร่วมงาน และอีก 1 วันถัดมา ในวันที่ 12 มกราคม 2439 Otto Walkhoff ทันตแพทย์ชาวเยอรมัน ก็ได้ทดลองถ่ายเอกซเรย์ฟันเป็นครั้งแรกของโลก โดยเป็นการถ่าย Bitewing films ของฟันตนเอง



ภาพเอกซเรย์ฟันภาพแรกของโลก
เป็น Bitewing films ของ Otto Walkhoff



ศ. นพ.หลวงพิณพากย์พิทยาภท
(พิน เมืองแมน)
บิดาแห่งรังสีวิทยาของไทย

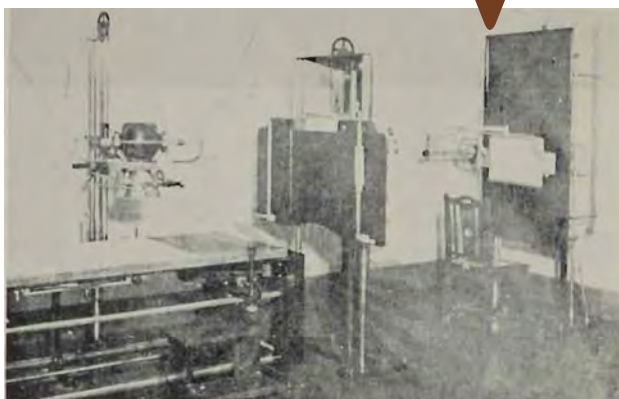
การนำเอกซเรย์มาใช้ทางการแพทย์เป็นเรื่องโด่งดังและตื่นเต้นไปทั่วโลกในขณะนั้น รวมไปถึงประเทศสยามด้วย ในปี 2441 หลังการค้นพบรังสีเอกซ์เพียง 3 ปี พระบำบัตสรพรโธ หรือ Hans Adamsen นายแพทย์ใหญ่กองโลหุโทษ ก็ได้สั่งนำเครื่องเอกซเรย์จากสหรัฐฯ เข้ามาใช้ในประเทศสยามเป็นเครื่องแรก และอีก 30 ปีหลังจากนั้น ในปี 2471 สมัยรัชกาลที่ 7 โรงพยาบาลศิริราชจึงเพิ่มมีเครื่องเอกซเรย์เครื่องแรกไว้ใช้งาน ภายหลังจากที่ หลวงพิณพากย์พิทยาภท (พิน เมืองแมน) สำเร็จการศึกษาด้านรังสีวิทยาจากประเทศสหรัฐฯ กลับมาประเทศสยามแล้ว

เรื่องหนึ่งที่สนใจก็คือ หลวงพิณพากย์พิทยาภท (พิน เมืองแมน) ผู้บุกเบิกการสอนวิชารังสีวิทยาในประเทศไทย มีความเกี่ยวพันกับ หลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ (วาด แยมประยูร) ผู้บุกเบิกการสอนวิชาทันตกรรมในประเทศไทย เป็นอย่างมาก ตั้งแต่เรียนชั้น ม.7-8 ที่โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัยด้วยกัน และสามารถสอบชิงทุนเล่าเรียนหลวงประจำปี 2460 ไปเรียนวิชาแพทยศาสตร์ที่ประเทศสหรัฐฯ ได้เหมือนกัน โดยหลวงพิณพากย์พิทยาภทสอบได้ที่ 1 และหลวงวาจวิทยาวัฑฒน์สอบได้ที่ 2

เมื่อใกล้จะเรียนแพทยศาสตร์จบ ทางกระทรวงธรรมการ แจ้งไปว่า รัฐบาลต้องการให้ทั้งสองคนเลือกเรียนวิชาทันตแพทยศาสตร์ หรือวิชารังสีวิทยาต่อ เผอิญว่าผู้ปกครองนักเรียนไทยให้หลวงวาทวิทยาวัฒน์เลือกก่อน ท่านได้เลือกเรียนทันตแพทยศาสตร์ เนื่องจากจะได้อยู่ต่างประเทศต่ออีก 2 ปี แต่หากเลือกเรียนรังสีวิทยา จะได้อยู่อีกแค่ 1 ปี ดังนั้นหลวงพิณพากย์พิทยาภท จึงต้องเรียนรังสีวิทยาไปโดยปริยาย เมื่อเรียนจบแล้ว ทั้งสองท่านก็กลับมารับราชการด้วยกัน ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลในปี 2471 เพราะฉะนั้น ในอีกมุมมองหนึ่งจะเห็นได้ว่า เอกซเรย์กับทันตกรรมในประเทศไทย มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันมาตั้งแต่ผู้บุกเบิกก่อตั้งแล้ว

ก่อนมีโรงเรียนทันตแพทย

แม้ว่าประเทศสยามมีเครื่องเอกซเรย์ใช้มาตั้งแต่ปี 2441 แต่กลับไม่มีการกล่าวถึงการใช้เอกซเรย์ในทางทันตกรรมเลย จนกระทั่งหลวงวาทวิทยาวัฒน์ได้เข้ามาเป็นอาจารย์แพทย์ ที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลในปี 2471 พร้อมกับรับหน้าที่เป็นทันตแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราชด้วย จึงเริ่มมีการกล่าวถึงการถ่ายภาพเอกซเรย์ประกอบการถอนฟันเป็นครั้งแรก โดยมีหลวงพิณพากย์พิทยาภทเป็นผู้ถ่ายให้



เครื่องเอกซเรย์ Kellekoett, Aerial type, 30 MA, 120 KV, Motor Rectification เป็นเครื่องเอกซเรย์เครื่องแรก ที่หลวงพิณพากย์พิทยาภทนำมาติดตั้งเองที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2471

ในขณะนั้นเรียกว่าวิชา **วิทยาเรนต์เกน** อาจารย์ที่สอนวิชานี้ในตอนแรกมีเพียงท่านเดียวเท่านั้น คือ **ศ. ร.อ. หิรัญ สาทรายทอง** เป็น **รัศมีแพทย์** หรือที่ปัจจุบันเรียกว่า **รังสีแพทย์** ไม่ได้เป็นทันตแพทย์แต่อย่างใด

ในระยะแรกนั้น ท่านยังประจำอยู่ที่ **กองเสนารักษ์ มณฑลทหารบกที่ 1** (ปัจจุบันคือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) ยังไม่ได้เป็นอาจารย์ประจำของโรงเรียนทันตแพทย์ นักศึกษารุ่นแรกจึงต้องเดินทางแสไกลไปเรียนวิชานี้ถึงที่กองเสนารักษ์พญาไท โดยทำการสอนกันที่ห้องทันตกรรม และฝึกปฏิบัติกันที่แผนกรัศมีวิทยา แม้ว่าโรงเรียนทันตแพทย์ในขณะนั้นตั้งอยู่ที่ศิริกษมิวิทยา ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลก็ตาม

เมื่อมีทันตแพทย์ที่เรียนจบจากต่างประเทศเข้ามายังประเทศสยามมากขึ้น ไปอยู่ประจำตามหน่วยงานราชการต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และกองเสนารักษ์ของกองทัพบก ก็เริ่มมีการส่งถ่ายเอกซเรย์ทันตกรรมตามโรงพยาบาลเหล่านั้นขึ้นมา ส่วนทันตแพทย์บางคนก็ไปเปิดคลินิกส่วนตัว ก็ได้ส่งผู้ป่วยเข้ามาถ่ายเอกซเรย์ทันตกรรมตามโรงพยาบาลเหล่านั้นบ้างเช่นกัน

ในสมัยนั้น เครื่องเอกซเรย์ที่ใช้ถ่ายภาพฟันยังต้องใช้เครื่องเอกซเรย์ใหญ่ร่วมกับทางการแพทย์ ซึ่งงานส่วนใหญ่เน้นไปทางด้านเอกซเรย์ศัลยกรรม อายุรกรรม หรือสูติรีเวชกรรมมากกว่า ทำให้เอกซเรย์ทันตกรรมซึ่งเป็นเพียงงานส่วนน้อยถูกละเลยไป เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยให้ความสนใจ และขาดความชำนาญการถ่ายภาพเอกซเรย์ฟันจึงคล้ายกับว่าสั๊กแต่ถ่ายให้เสร็จ ๆ ไป ภาพที่ถ่ายออกมาจึงมีคุณภาพไม่ดี มีทั้งสิ้นเกินไป ยาวเกินไป ดำเกินไป ขาวเกินไป หรือทับกันบ้าง ทำให้วินิจฉัยได้ยาก บางครั้งทันตแพทย์ถึงกับต้องมากำกับด้วยตัวเองว่าต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ เพื่อให้ได้ภาพที่ต้องการ

การอ่านฟิล์มก็มักให้การวินิจฉัยกันแบบกว้าง ๆ ตามแนวของ General Roentgenology เท่านั้น เช่น ถ้ามีเงากระดูกละลายที่ปลายราก ก็วินิจฉัยว่า Root abscess หรือถ้ามีกระดูกเข้าฟันละลาย ก็วินิจฉัยว่า Retraction ส่งผลให้ทันตแพทย์ไม่รู้ว่าควรจะจัดการอย่างไรต่อไป ท้ายที่สุดจึงมักลงเอยด้วยการถอนฟันแทบทั้งหมด

ส่วนบรรดาช่างทำฟันเรียนเองที่มีอยู่มากในสมัยนั้น ก็ไม่มีใครนึกถึงการถ่ายภาพเอกซเรย์ฟันอย่างแน่นอน เมื่อจะถอนฟันก็จัดการลงมือทันที ไม่รื้อเอกซเรย์ก่อนให้เสียเวลา

ดังนั้น เอกซเรย์ทันตกรรมในช่วงก่อนมีโรงเรียนทันตแพทย์ จึงถือว่าอยู่ในความมืดมนและขุ่นมัวพอ ๆ กับฟิล์มเอกซเรย์เป็นอย่างยิ่ง

หลังมีโรงเรียนทันตแพทย

เมื่อโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแห่งแรกของประเทศไทยก่อตั้งขึ้นในปี 2483 ก็ได้บรรจุให้มีการเรียนวิชาทันตรังสีวิทยาในชั้นปีที่ 3-4 (คือชั้นปีที่ 5-6 ในปัจจุบัน) ด้วย โดย

การสอนในระยะแรก ๆ ยังซุกซลักอยู่มาก ตัวอย่างฟิล์มของรอยโรคต่าง ๆ ก็ไม่ค่อยมี จำนวนชั่วโมงเรียนก็น้อย การเรียนจึงเน้นไปในทางทฤษฎีมากกว่าปฏิบัติ

ส่วนการถ่ายภาพเอกซเรย์ทันตกรรมก็ซุกซลักเช่นกัน เนื่องจากเครื่องเอกซเรย์ที่ใช้ที่กองเสนารักษ์เป็นเครื่องเอกซเรย์ใหญ่ มี Capacity สูง กระจายภาพหาศูนย์ลำบาก หัวหลอดก็หนัก มุมก็ไม่ค่อยดี ทำให้ภาพที่ได้มองเห็นรายละเอียดของฟันไม่ค่อยชัดเจน ต้องขอให้ถ่ายใหม่บ่อย ๆ จนเจ้าหน้าที่รังสีของกองเสนารักษ์รู้สึกรำคาญ ทว่าในภายหลังก็ได้ปรับปรุงพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถถ่ายภาพเอกซเรย์ได้ดีขึ้น ได้รับคำตำหนิน้อยลง

ต่อมาประมาณปี 2485 ก็ได้ย้ายการเรียนการสอนวิชานี้ไปรวมอยู่ที่ ตึกกรังมีวิทยา ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ทำให้การถ่ายภาพเอกซเรย์ทันตกรรมกลับมาซุกซลักอีกครั้ง ต้องเริ่มต้นฝึกฝนเจ้าหน้าที่กันใหม่ โดยการเรียนนั้นก็ยังคงเน้นไปทางทฤษฎี แต่ก็มีฝึกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

จนกระทั่งในปี 2488 เมื่อโรงเรียนทันตแพทย์ย้ายมาอยู่ที่ ชั้น 3 ของอาคาร 5 ถนนราชดำเนิน โดยมีคณบดีกับอาจารย์ของโรงเรียนทันตแพทย์เป็นผู้บริหารจัดการเรื่องต่าง ๆ อย่างเต็มตัว งานเอกซเรย์ทันตกรรมทั้งด้านการเรียนและการให้บริการ จึงค่อย ๆ เจริญก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ มีเครื่องเอกซเรย์ทันตกรรมมากขึ้น เริ่มมีเครื่องมือเครื่องใช้เฉพาะ และเริ่มมีเจ้าหน้าที่ช่วยงานด้านนี้เป็นครั้งแรก คือมี นายแปลก เจตนศิลป์ เป็นเจ้าหน้าที่ถ่ายภาพ (Technician) และ นางพิศ สุวรรณ เป็นผู้ช่วยเหลือ บุคลากรก็เพิ่มขึ้นจาก 1 คนเป็น 3 คน และต่อมาในปี 2493 จึงเพิ่มมีทันตแพทย์คนแรกเข้ามาอยู่ในแผนกรังสีวิทยาของโรงเรียนทันตแพทย์ คือ รศ. ทพญ.บุปผา วิเศษ

ส่วนในด้านการเรียนนั้น ก็มีจำนวนชั่วโมงเรียนเพิ่มขึ้น นอกจากเรียนทางทฤษฎี ตั้งแต่เรื่องการกำเนิดรังสีในทางฟิสิกส์ เทคนิคการถ่ายภาพ การอ่านฟิล์มและให้การวินิจฉัย ไปจนถึงเรื่องรังสีรักษาแล้ว ก็มีการฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น โดยได้ฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยจริงตอนปีที่ 4 นักศึกษาต้องผลัดกันไปประจำแผนกรังสีวิทยาคณะประมาณ 1 เดือน แล้วฝึกทำทุกอย่าง ตั้งแต่ต้อนรับคนไข้ ลงทะเบียน ถ่ายเอกซเรย์ ล้างฟิล์มไปจนถึงอ่านฟิล์ม และวินิจฉัย

ดังนั้น หลังจากมีโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแล้ว เอกซเรย์ทันตกรรมจึงได้ตั้งมั่นและขยายไปอย่างมีทิศทางมากขึ้น พร้อม ๆ กับที่ทันตแพทย์ที่เรียนจบออกมา ก็เห็นถึงความสำคัญของการถ่ายภาพเอกซเรย์ฟันประกอบการตรวจรักษามากขึ้นตาม ต่างจากพวกช่างทำฟันในสมัยนั้นหรือสมัยก่อนหน้า คลินิกและโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงเริ่มติดตั้งเครื่องเอกซเรย์ทันตกรรมกันเพิ่มมากขึ้น เอกซเรย์จึงเป็นสิ่งสำคัญจำเป็นคู่กับงานทันตกรรมดังเช่นทุกวันนี้



เครื่องเอกซเรย์ทันตกรรมที่ใช้ในโรงเรียนทันตแพทย์
ตั้งแต่ระยะแรกก่อตั้งจนถึงปี 2493

ระลึกถึง ศ. ร.อ. ธีรฤๅ สหรัๅยทอง

เรื่องหนึ่งที่ทันตแพทย์หลายคนอาจนึกไม่ถึงก็คือ ผู้บุกเบิก และวางรากฐานวิชาทันตรังสีวิทยาในประเทศไทยนั้น ไม่ใช่ทันตแพทย์ แต่เป็น รังสีแพทย์ ที่ชื่อ ศ. ร.อ. ธีรฤๅ สหรัๅยทอง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการก่อตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแห่งแรกในประเทศไทยด้วย แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า ชื่อนี้กลับถูกหลงลืมไปจากวงการทันตกรรมไทยไปตามกาลเวลา

ศ. ร.อ. ธีรฤๅ สหรัๅยทอง เริ่มแรกเข้าเรียนที่คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2473 แต่ต่อมา ย้ายไปเรียนที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแทน และสำเร็จการศึกษาในปี 2479 หลังจากนั้นจึงเข้าทำงานที่กองเสนารักษ์ มณฑลทหารบกที่ 1 เรื่อยมา จนเมื่อมีการก่อตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแห่งแรกขึ้นในปี 2483 ขณะนั้นยังขาดอาจารย์ผู้สอนวิชาต่าง ๆ อยู่มาก รวมถึงวิชาวิทยาเรนต์เกนด้วย หลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ จึงได้ชวน ศ. ร.อ. ธีรฤๅ สหรัๅยทอง ซึ่งเป็นรังสีแพทย์ ให้มาร่วมงานด้วย แต่เนื่องจากอาจารย์ไม่ได้เรียนจบทางด้านทันตแพทยศาสตร์ ทำให้ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเอกซเรย์ทันตกรรมมาก่อน และไม่เคยเห็นการทำงานด้านนี้ที่ต่างประเทศด้วย จึงต้องพยายามเร่งศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากหนังสือที่มีอยู่ ตั้งแต่เรื่องเทคนิคการถ่ายภาพเอกซเรย์ ไปจนถึงการอ่านฟิล์ม และการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ในช่องปาก โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ด้านการแพทย์ที่มี จนมีความรู้และความชำนาญในสาขาวิชานี้ได้อย่างยอดเยี่ยม เป็นที่ยอมรับนับถือของทันตแพทย์ในสมัยนั้น มีอาจารย์จากแผนกต่าง ๆ มาขอคำปรึกษาให้ช่วยอ่านฟิล์มอยู่เสมอ และยังได้ทำหน้าที่



ถ่ายภาพเอกซเรย์พระทนต์และอ่านฟิล์มถวายพระบรมวงศ์อีกหลายพระองค์ รวมถึงได้รับใบรับรองคุณวุฒิเป็นผู้อำนวยการในวิชาวิทยาเรนต์เกนจากทางรัฐบาลด้วย

เล่ากันว่าอาจารย์เป็นคนอารมณ์ดี คุยสนุก และมีความรุ่มรวย นอกจากสอนวิชาวิทยาเรนต์เกนแล้ว อาจารย์ยังรับหน้าที่เป็นแพทย์ช่วยตรวจรักษาบุคลากรทุกระดับในโรงเรียนทันตแพทย์ด้วย และเนื่องจากเป็นรังสีแพทย์ ดังนั้นในแผนกรังสีวิทยาของโรงเรียนทันตแพทย์แห่งนี้ จึงมีเครื่องเอกซเรย์ใหญ่ที่ใช้ทางการแพทย์อยู่ด้วย สำหรับทำ General survey ประกอบการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น อาจารย์เคยพูดถึงบทบาทของตนเองในโรงเรียนทันตแพทย์ไว้ว่า “เป็นหมอฟันก็ไม่ใช่ หมอไข้ก็ไม่เชิง” อาจารย์ยังได้รับปริญญาดุษฎีศาสตรบัณฑิต (เรียนวิทยาศาสตร์เป็นหลัก) จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง จึงมักพูดเล่น ๆ ถามคนที่มาหาว่า “จะมามาหมอยาหรือหมอความ”

ศ. ร.อ. ธีรฤๅ สหรัๅยทอง เริ่มสอนนักเรียนทันตแพทย์ ตั้งแต่รุ่นที่ 1 ในปี 2485 จนถึงรุ่นที่ 30 ในปี 2515 โดยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าแผนกรังสีวิทยามาตั้งแต่ต้นจนเกษียณ ในการสอนวิชาวิทยาเรนต์เกน อาจารย์จะเข้าห้องก่อนถึงเวลาเล็กน้อยเพื่อเขียนโน้ตย่อบนกระดานดำ เมื่อถึงเวลาสอนก็พูดบรรยายไปทีละข้อ ๆ โดยไม่ดูตำราเลย ด้วยเสียงดังฟังชัดทั่วทั้งห้องแม้ไม่มีไมโครโฟนก็ตาม ส่วนการสอบวิชานี้ขึ้นชื่อเรื่องความโหดเป็นที่สุด อาจารย์จะเรียกนักเรียนเข้ามาสอบปากเปล่าทีละคน ชักถามจนอาจารย์พอใจ แต่นักเรียนนำ

จะหนักใจ แล้วจึงปล่อยออกไป โดยเป็นที่รู้กันว่าต้องทอหนังสือมาตั้งแต่ต้นจนจบ เพราะไม่ทราบว่าอาจารย์จะถามเรื่องอะไร และมักจะโดนถามจนจนมุมบ่อย ๆ นักเรียนบางคนถึงกับเหงื่อแตกปากคอสั่นตอนสอบ นอกจากการสอบปากเปล่าแล้ว ก็ยังมีการสอบอ่านฟิล์มด้วย เป็นข้อสอบภาษาอังกฤษที่ยากถึงขนาดต้องให้นั่งติด ๆ กัน แอบถามกันได้ ก็ยังทำไม่ค่อยได้ นักเรียนจึงสอบตกแทบทั้งชั้น แต่ยังมีคะแนนจากการสอบปากเปล่ามาช่วยจึงพอรอดตัวไปได้

นอกจากนี้อาจารย์ยังได้รับเชิญให้ไปสอนวิชาทันต-รังสีวิทยาให้แก่แพทย์ประจำบ้าน และเจ้าหน้าที่แผนกรังสีวิทยา

ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงเป็นอาจารย์พิเศษที่คณะทันต-แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และยังทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคฟัน ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยด้วย หลังจากเกษียณแล้ว อาจารย์ก็ยังรับเชิญมาเป็นศาสตราจารย์ที่ปรึกษาในแผนกรังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต่ออีกระยะหนึ่ง

ศ. ร.อ. หิรัญ สาหรัยทอง ถึงแก่อนิจกรรมที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2525

ท้ายเรื่อง

ท้ายที่สุด เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของเอกซเรย์ในทางทันตกรรม จึงขอทั้งท้ายด้วยคำพูดของ ศ. ร.อ. หิรัญ สาหรัยทอง ผู้บุกเบิกและวางรากฐานวิชาทันตรังสีวิทยาของประเทศไทย ไว้ว่า

**“มือนั้น ถ้าขาดนิ้วก็ยากี่ทำหรือทำงานไม่ถนัด
วิชาเอกซเรย์แม้เป็นเพียงนิ้วก็ยาก ก็ขอให้ถนอมเพื่อความสำเร็จในวิชาชีพของตน”**

บรรณานุกรม

1. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิตลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยเชม; 2508.
2. วาจิทยาวัฒน์อนุสรณ์. พระนคร: โรงพิมพ์แพร่การช่าง; 2509.
3. อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์ ร้อยเอก นายแพทย์ หิรัญ สาหรัยทอง. ม.ป.ท.; 2525.
4. อนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ หลวงพิณ-พากย์พิทยาเกท (พิณ เมืองแมน). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระจันทร์; 2520.
5. Canger EM and Çelenk P. The history of dental radiology in Turkey. J Oral Maxillofac Radiol 2013;1(3):94-8.
6. Martinez B. In a new light: early x-ray technology in dentistry, 1890-1955 [Master's thesis]. Arizona: Arizona State University; 2013.

ศ. ร.อ. หิรัญ สาหรัยทอง ผู้บุกเบิกและวางรากฐานวิชาทันตรังสีวิทยาของประเทศไทย

เครื่องมือจัดฟัน มีแบบไหนบ้างนะ ?

ในตอนที่แล้วเราได้รู้แล้วว่า การจัดฟัน ควรทำในกรณีใด มีประโยชน์อย่างไรบ้างไปแล้ว ในตอนนี้เราจะมาทำความรู้จักกับประเภทของเครื่องมือในงานทันตกรรมจัดฟันกันบ้างจริง ๆ แล้วเครื่องมือจัดฟันไม่ได้มีเพียงแค่เหล็กจัดฟันเท่านั้น หมอจัดฟันยังมีเครื่องมือจัดฟันแบบอื่น ๆ อีกหลายชนิด ตอนนี้จะมาแนะนำเครื่องมือจัดฟันชนิดต่าง ๆ รวมไปถึงข้อดี-ข้อด้อยของแต่ละชนิดแบบย่อ ๆ ให้ผู้อ่านได้เข้าใจเพิ่มขึ้น เครื่องมือจัดฟันสามารถแบ่งให้เข้าใจง่าย ๆ ได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่คนไข้สามารถถอดออกได้เอง และชนิดที่คนไข้ไม่สามารถถอดออกได้เองหรือที่เรียกว่าเครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่น

ชนิดที่คนไข้สามารถถอดได้ จะเป็นเครื่องมือจัดฟันแบบที่คนไข้สามารถถอดออกได้เองเวลาทานอาหารหรือทำความสะอาดช่องปาก ข้อเด่นหลัก ๆ คือ คนไข้สามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากได้ง่ายกว่าแบบติดแน่น ลดโอกาสการมีลวดทิ่มตำในช่องปาก แต่ข้อด้อยหลักคือ คนไข้จะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างมาก เพราะหากคนไข้ไม่ใส่เครื่องมือในเวลาที่เหมาะสมก็จะไม่เกิดการเคลื่อนขยับฟัน กล่าวโดยง่ายคือ ประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับตัวคนไข้เองเกือบ 100% นอกจากนี้เครื่องมือจัดฟันถอดได้ในแต่ละชิ้นจะมีความสามารถในการขยับฟันได้จำกัด ในกรณีที่ฟันมีความผิดปกติมากจึงมีความจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนเครื่องมือหลายชิ้น ตัวอย่างของเครื่องมือกลุ่มนี้ ดังภาพแสดงที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 เครื่องมือขยายขากรรไกรแบบถอดได้
(<https://www.ortoplus.es/en/active-plates.html>)



ภาพที่ 2 เครื่องมือจัดฟันแบบใส
(<https://unsichtbare-zahnspange.berlin/invisalign-faq.html>)



ภาพที่ 3 เหล็กจัดฟันแบบใช้ยาวรด
(<https://www.tokopedia.com/drg-rosita/behel-gigi-permanent-metal-ortho-permanent>)



ภาพที่ 4 เครื่องมือขยายขากรรไกรแบบติดแน่น
(<https://www.accutechortho.com/orthodontic-laboratory-products/expansion/haas-expander>)

ชนิดที่สองเป็นเครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่น คนไข้จะไม่สามารถถอดเครื่องมือได้เอง จำเป็นต้องให้หมอจัดฟันเป็นคนถอดหรือปรับเครื่องมือให้ ข้อเด่นของเครื่องมือในกลุ่มนี้ คือ ไม่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของคนไข้มากเท่าชนิดแรก เพราะหมอจัดฟันได้ทำการติดเครื่องมือในปากคนไข้แล้ว เครื่องมือจะทำหน้าที่เคลื่อนขยับฟันตามที่หมอได้วางแผนไว้ แต่ข้อด้อย คือ การดูแลทำความสะอาดช่องปากทำได้ยากขึ้น เพิ่มโอกาสการเกิดฟันผุ เหงือกอักเสบ และมีโอกาสเกิดลวดทิ่มตำจากเหล็กจัดฟันได้ ตัวอย่างของเครื่องมือกลุ่มนี้ ดังภาพแสดงที่ 3 และ 4

เป้าหมายของเครื่องมือจัดฟันทุกชนิด มีเพื่อแก้ไขการสบฟันให้ดีขึ้น การที่คนไข้จะใช้เลือกใช้เครื่องมือจัดฟันแบบใดนั้น มีปัจจัยที่ต้องพิจารณาหลายอย่าง เช่น ความเหมาะสมของเครื่องมือกับสภาพความผิดปกติของการสบฟัน อายุของคนไข้ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ฯลฯ คนไข้ควรไปรับการตรวจและปรึกษาหมอจัดฟันเพื่อเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป

อ.กพญ.ดร. กุลธิดา ปสนธรรพ์

สาขาทันตกรรมจัดฟัน ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมป้องกัน

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การบูรณะฟันพลุกในเนื้อฟัน⁽¹⁾

บริบท (Context)

หลักการปัจจุบันของวิทยาการโรคฟันผุแนะนำว่า ให้พิจารณาระดับความแข็งแรงของเนื้อฟันที่เหลือเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าจะกำจัดออกหรือไม่ เพื่อประโยชน์ของการคงสภาพที่ดีของประสาทฟันเป็นหลัก⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ในโรงเรียนทันตแพทย์จำนวนมาก ยังคงมีการสอนวิธีการกำจัดรอยผุและเนื้อฟันที่เปลี่ยนสีไปโดยวิธีที่แนะนำโดย G.V. Black เมื่อประมาณ 150 กว่าปีมาแล้ว⁽²⁾ และทันตแพทย์จำนวนมากทั่วโลกก็ยังถือปฏิบัติอยู่ แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรอยผุและการเตรียมโพรงฟันที่เป็นหลักการในปัจจุบันไม่ได้ถูกสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพไปสู่การศึกษาระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิต และวงการวิชาชีพ ทำให้ผลที่ตามมา คือ การกำจัดโครงสร้างของฟันออกมากเกินไปจนความจำเป็น

หลักการ (Principles)

ตามหลักวิชาและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ การจัดการฟันผุ และการจัดการรอยผุควรทำอย่างอนุรักษ์ให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดรอยโรคใหม่หรือเกิดซ้ำ หยุดการดำเนินไปของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงและคงสภาพของสุขภาพช่องปากที่ดี⁽⁵⁾

นโยบาย (Policy)

FDI สนับสนุนแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการกำจัดรอยผุในเนื้อฟันในฟันที่ไม่มีอาการ ดังนี้⁽¹⁾:

1. รักษาไว้ซึ่งเนื้อฟันที่ไม่ผุและเนื้อฟันที่มีการคืนกลับของแร่ธาตุได้
2. สร้างการฉีกตามขอบที่ดี โดยทำการบูรณะให้วางอยู่บนเคลือบฟันและเนื้อฟันที่แข็งแรงเพื่อควบคุมการลุกลามของการผุเอาไว้และทำให้เชื้อโรคที่เหลืออยู่อ่อนกำลังลง
3. ลดอาการไม่สบาย ความเจ็บปวด และความกังวลทางทันตกรรม
4. คงสภาพความมีสุขภาพดีของประสาทฟันโดยอนุรักษ์เนื้อฟันและป้องกันการทะลุเข้าโพรงประสาทฟัน ตัวอย่างเช่น อาจเหลือเนื้อฟันที่อ่อนนุ่มที่ผุซึ่งอยู่ติดกับโพรงประสาทฟันเอาไว้ก่อนหากจำเป็น
5. ยึดอายุการใช้งานของการบูรณะให้ยืนยาวที่สุดโดยการกำจัดเนื้อฟันที่นิ่มออกไปมากเพียงพอที่จะทำการบูรณะฟันให้ได้วัสดุบูรณะที่มีความแข็งแรงและให้การฉีกตามขอบที่เหมาะสม

ขอบเขต (Scope)

เอกสารนโยบายของ FDI ฉบับนี้ ต้องการสนับสนุนแนวทางในปัจจุบันของการรักษารอยโรคฟันผุ โดยมีการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางงานวิจัย และเป็นข้อแนะนำร่วมกันในระดับนานาชาติ ด้วยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคงสภาพความมีชีวิตของประสาทฟันในโพรงฟันที่ลึก และผลที่คาดว่าจะได้รับตามมาคืออายุของฟันที่ยืนยาวขึ้น^(1,3)

คำจำกัดความ (Definition)

ฟันผุ: โรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศภายในไบโอฟิล์ม (biofilm) จากระบบที่สมดุลไปสู่ระบบที่มีจุลชีพที่ก่อให้เกิดฟันผุ โดยปัจจัยสำคัญอันหนึ่งคืออาหารที่อุดมด้วยคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุออกจากฟันและมีลักษณะและอาการของโรคฟันผุ⁽⁴⁾

โพรงฟันในเนื้อฟัน: การทำลายโครงสร้างในเคลือบฟันและเนื้อฟันที่ทำให้เกิดโพรงฟัน



FDI แนะนำให้สมาคมทางวิชาชีพระดับชาติ มหาวิทยาลัยและโรงเรียนทันตแพทย์:

1. ส่งเสริมให้สมาชิกทำการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย (evidence-based research)
2. ไม่ส่งเสริมให้ใช้การรักษาแบบรุกรานโดยการกรอรอยผุออกจนหมดสมบูรณ์และเข้าใกล้ประสาทฟัน
3. สนับสนุนการกำจัดรอยผุแบบไม่รุกราน (non-invasive) และอนุรักษ์เนื้อฟันให้มากที่สุดตามวิธีการที่แนะนำโดย International Caries Consensus Cooperation (ICCC) เช่น วิธีการกำจัดรอยผุแบบ selective removal of carious tissue to soft, firm and hard dentine วิธี step-wise excavation วิธี Hall Technique วิธี Atraumatic Restorative Treatment (ART) และวิธีการรักษาแบบไม่บูรณะ เช่นการใช้สารซิลเวอร์ไดออกไซด์ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้⁽¹⁾

คำสำคัญ (Keywords)

Carious tissue removal, unnecessary removal of tooth substance, cariology, restorative treatment, dentine cavity, minimally invasive treatment procedure

ประกาศความไม่รับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น (Disclaimer)

ข้อมูลที่ปรากฏในประกาศนโยบายฉบับนี้มาจากพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบัน อาจมีการแปลหรือตีความให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของความลึกซึ้งทางวัฒนธรรมและสถานะทางเศรษฐกิจสังคม



เอกสารอ้างอิง (References)

1. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, Van Landuyt K, Banerjee A, Campus G, Doméjean S, Fontana M, Leal S, Lo E, Machiulskiene V, Schulte A, Splieth C, Zandona AF, Innes NP. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. Adv Dent Res. 2016 May;28(2):58-67.
 2. Innes NPT, Schwendicke F. Restorative Thresholds for Carious Lesions: Systematic Review and Metaanalysis. J Dent Res. 2017 May;96(5):501-508.
 3. Kidd EA. How 'clean' must a cavity be before restoration? Caries Res 2004 May-Jun;38(3):305-13.
 4. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd EA. Pathology of dental caries. In: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd EA (eds). Dental caries: the disease and its clinical management. 3rd ed. Oxford (UK): Wiley Blackwell, 2015; p 7-9.
 5. Caries Prevention and Management Chairsides Guide. Geneva, FDI World Dental Federation, 2017. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/toolkits/caries-prevention-and-...> [3].
- Classification: Access to care [4]
 Source URL: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/deep-dentine-caries-and-restorative-care>
 Links
 [1] <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/deep-dentine-caries-and-restorative-care>
 [2] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28195749>
 [3] <https://www.fdiworlddental.org/resources/toolkits/caries-prevention-and-management-chairsides-guide>
 [4] <https://www.fdiworlddental.org/policy-statement-classification/access-to-care>

การใส่ลูปทำฟัน ช่วยลดอาการปวดไหล่และคอหรือไม่ ?

ชลิดา ลัมจิระจรัส

วีระ สุพรรณศิลป์ชัย

เรามักจะเห็นทันตแพทย์ โดยเฉพาะทันตแพทย์เฉพาะทาง เช่น สายงานทันตกรรมประดิษฐ์ เอนโดดอนต์ หรือทันตกรรมเพื่อความสวยงาม สวมลูปทันตกรรมในระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการมองเห็น แต่ก็มีบางการศึกษาให้ความเห็นว่าการใส่ลูปช่วยทำให้ทำในการปฏิบัติงานทางทันตกรรมถูกต้องตามหลักการของเอร์โกโนมิกส์ ดังนั้นแล้วมักมีคำถามจากเพื่อน ๆ ทันตแพทย์ทั่วไปว่า ทันตกรรมทั่วไปควรใส่ลูปในการทำฟันเพื่อช่วยลดอาการปวดหลังหรือไม่ บทความวันนี้จะอธิบายตามหัวข้อต่อไปนี้

- ทันตแพทย์กลุ่มใด อายุ เพศ หรือจำนวนการทำคนไข้แบบใดที่มีอาการปวดหลังและคอ ?

- อาการปวดหลัง คอ ไหล่เวลาทำฟันเกิดขึ้นจากท่าทางการทำฟันแบบใด ระยะเวลาแบบใด ?

- การใช้ลูป dental loupe ทางทันตกรรม ชนิดของลูปที่ใช้มีแบบไหนบ้าง?

- การใส่ลูปเพื่อให้ posture ร่างกายดีขึ้นขณะทำทันตกรรมอย่างไร

- ทันตแพทย์กลุ่มใด อายุ เพศ หรือจำนวนการทำคนไข้แบบใดที่มีอาการปวดหลังและคอ ? อาการปวดหลังไหล่เป็นอาการในกลุ่มของกล้ามเนื้อ musculoskeletal disorders (MSD) เป็นลักษณะอาการที่พบได้มากในบุคลากรทางทันตกรรม จากการศึกษา systematic review ในปี 2009 (1) พบว่าทันตแพทย์ที่ยังทำการรักษาทางทันตกรรมเป็นอาชีพหลัก (ทำงานมากกว่าสี่วันต่อสัปดาห์) มีอาการทาง MSD มากกว่า 65% ของประชากรทันตแพทย์ที่สำรวจ โดยอาการปวดที่พบมากที่สุดอันดับหนึ่งคือ อาการปวดหลังช่วงบน (upper back pain) ตามมาด้วยอาการปวดที่คอ (neck/shoulder pain) ในขณะที่บางประเทศที่มีทันตภิบาล (ให้การรักษาค่าพิกัดหินปูน) มีอัตราการปวดข้อมือและแขนสูง การศึกษาในปี 2015 (3) (4) แบบสอบถามพบว่า ทันตแพทย์ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการเกิด MSD ไม่ต่างกัน โดยพบว่า ไม่ว่าจะมีประวัติการทำงานมาตั้งแต่ เริ่มทำงานจนเกิน 10 ปี เป็นต้นไป ก็มีโอกาสดังเกิด MSD เท่ากัน และเมื่อศึกษาว่าทันตแพทย์เหล่านี้ให้การรักษาค่าพิกัดหินปูน กี่คนต่อวัน พบว่า ทันตแพทย์ที่ให้การรักษาค่าพิกัดหินปูนเพียง 2-3 คนต่อวันกับกลุ่มที่รักษาค่าพิกัดหินปูนเกิน 7 คนต่อวัน มีอัตราการเกิด MSD ที่ไม่แตกต่างกันเลย เป็นที่น่าสังเกตว่าทันตแพทย์เหล่านี้ส่วนใหญ่ ไม่ได้มีการ พักกล้ามเนื้อระหว่างการทำงาน (exercising/stretching)

- อาการปวดหลัง คอ ไหล่เวลาทำฟันเกิดขึ้นจากท่าทางการทำฟันแบบใด ระยะเวลาแบบใด ? โอกาสการมีอาการปวดหลังและคอ จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเกร็งต่อเนื่องของกล้ามเนื้อ (static muscle contraction) เป็นเวลานานกว่า 30 นาที โดยมีการงอของศีรษะ (neck flexion) หรือหลัง (trunk flexion) มากกว่า 30 องศา ดังนั้นการให้การรักษาทันตกรรมเป็นเวลานานกว่า 30 นาที จึงทำให้ทันตแพทย์เกิดการเกร็งแบบ static contraction เป็นเวลานาน

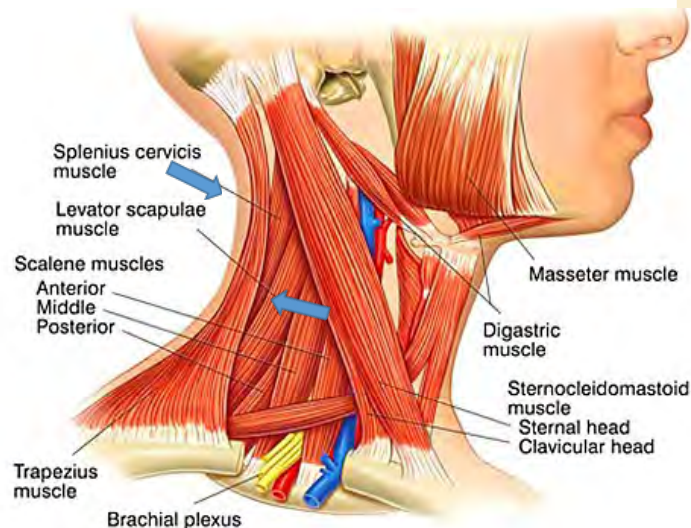
ลักษณะการทำงานที่ต้องก้มคอเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มที่ใช้เวลาก้มคอ (neck flexion) เช่น sternocleidomastoid ส่วนการทำงานให้ท่าหดยืดคอตลอดเวลาและกล้ามเนื้อเหยียดคอ (neck extension) เช่น กล้ามเนื้อ splenius cervicis ถูกยึดอยู่ตลอดเวลา (รูปที่ 1) ส่วนกล้ามเนื้อไหล่และหลังส่วนบน เช่น กล้ามเนื้อ trapezius และกล้ามเนื้อ levator scapulae ทำงานในลักษณะหดสั้นตลอดเวลา กล้ามเนื้อกลุ่ม rhomboid ทำงานในลักษณะถูกยืด (รูปที่ 2) โดยจะพบมีจุดกดเจ็บบริเวณจุดเกาะของกล้ามเนื้อหรือบริเวณตัวกล้ามเนื้อดังกล่าว โดยอาการของโรคกลุ่ม MSD อาจพบแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรุนแรง โดยระยะแรกอาจมีอาการปวดเมื่อยบริเวณคอและบ่ามีอาการล้าของกล้ามเนื้อ ถ้าอาการเป็นมากขึ้นอาจมีอาการปวดร้าวลงแขนหรือปวดศีรษะ รบกวนการทำงานประจำวันหรือรบกวนการนอนได้

- การใช้ลูป dental loupe ทางทันตกรรม ชนิดของลูปที่ใช้มีแบบไหนบ้าง?

การทำงานทางทันตกรรมในบริเวณที่มีขนาดเล็ก ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่จะต้องมีการใช้สายตาเป็นเวลานาน การใส่ลูปแว่นขยายในการทันตกรรมจึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มการมองเห็นให้ชัดเจนเพื่อลดการเพ่งสายตา อย่างไรก็ตาม นับว่า มีงานวิจัยศึกษาจำนวนไม่มากนักที่ยืนยันว่าช่วยในการมองเห็นและช่วยแก้ไขท่าทางในการทำงานทางทันตกรรม อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยพบว่าทันตแพทย์มักมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาอย่างมากเมื่ออายุถึง 40 (4) ซึ่งอาจมาจากการเริ่มมีอาการสายตาวาย จึงเป็นที่แนะนำว่าควรตรวจสายตาเมื่ออายุ 40 ปี

การนำแว่น หรือลูปมาใช้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มกำลังขยายให้มองเห็นบริเวณทำงานชัดขึ้น optical magnification (accuracy, comfort, ergonomics) เนื่องจาก ระยะสายตาที่มองชัด (visual accommodation) ของสายตาหลังจากการใส่ลูปแล้ว จะทำให้ทันตแพทย์ต้องมีระยะห่างจากบริเวณทำงานอย่างน้อย 30-40 ซม. จึงทำให้หลังของผู้ปฏิบัติงานยืดยึดขึ้น ไม่สามารถงอให้เข้าใกล้บริเวณทำงานได้มากกว่านี้ (รูปที่ 3)

ลูปทางทันตกรรมที่ทันตแพทย์นิยมใช้ มีสองชนิด คือ ชนิด TTL (Through-the-lens) และแบบ flip-up ชนิด TTL คือแว่นตาผ่าตัดประเภทที่เลนส์จะขยายเงาเข้าไปในแว่น แว่นตาผ่าตัดแบบนี้มีราคาสูงและต้องตัดเฉพาะตัวบุคคลในขณะที่แบบ flip up เป็นเหมือนเลนส์ขนาดเล็กที่แปะอยู่บนแว่นพลาสติกอีกที จึงทำให้ชนิดนี้มีน้ำหนักมากกว่าชนิด TTL ดังนั้น ต้องปรับแว่นและสายรัดให้แนบกับศีรษะเสมอ (ยิ่งถ้ามีไฟติดด้วย จะยิ่งมีน้ำหนักมาก ทำให้เพิ่มน้ำหนักที่อยู่บนศีรษะอีก) แว่นชนิด flip up มักมีกำลังขยาย 2.5- 4 เท่า ในขณะที่ TTL สามารถขยายได้ตั้งแต่ 4 จนถึง 8 เท่า



รูปที่ 1 <https://www.t-nation.com/training/building-a-strong-neck> แสดงกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid และกล้ามเนื้อ splenius cervicis (ลูกศร) ที่มักได้รับผลกระทบจากการก้มคอ เป็นเวลานาน



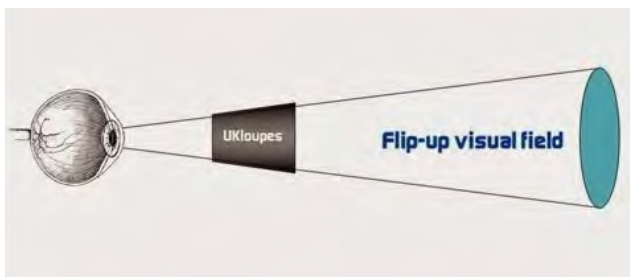
รูปที่ 2 <https://www.physio-pedia.com/Rhomboids> แสดงกล้ามเนื้อ Trapezius, Levator scapulae และกล้ามเนื้อกลุ่ม Rhomboid ที่มักได้รับผลกระทบจากการก้มคอ เป็นเวลานาน



รูปที่ 3 แสดงท่าของทันตแพทย์ปฏิบัติงานภายหลังการใส่ลูปในการทำงาน (ขอบคุณภาพจากภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)



รูปที่ 4 รูปแสดงชนิดของลูป จะเห็นว่าแว่นลูปทางซ้าย(สีแดง) เป็นแบบflip up คือสามารถปรับระยะและยกเข้าออกได้ ในขณะที่ ทางขวามือ (สีเขียว) เป็นชนิด TTL ซึ่งจะลงไปบนแว่นอีกที (ภาพจากอินเทอร์เน็ต <http://thaidentalloupes.blogspot.com/2014/03/ttl-flip-up.html>)



รูปที่ 5 Visual field ของลูปชนิด flip-up (ภาพจากอินเทอร์เน็ต <http://thaidentalloupes.blogspot.com/2014/03/ttl-flip-up.html>) สามารถมองได้แคบกว่า แบบ TTL



รูปที่ 6 Visual field ของลูปชนิด TTL (ภาพจากอินเทอร์เน็ต <http://thaidentalloupes.blogspot.com/2014/03/ttl-flip-up.html>) สามารถมองได้กว้างกว่า Flip up

ข้อดีของลูปชนิด TTL คือ น้ำหนักเบากว่าและระยะของเลนส์กับลูกตา (interpupillary distance) อยู่ใกล้กันมากกว่าชนิด Flip-up ทำให้ลดความเหนื่อยล้าของสายตาเมื่อต้องมองผ่านลูปเป็นเวลานานๆ นอกจากนี้ เมื่อระยะห่างของตาใกล้กับเลนส์ใกล้กัน ทำให้ลูปแบบ TTL สามารถมองได้ชัดและกว้างกว่าแบบ flip-up (รูปที่ 4)

โดยสรุปคือ อาการปวดหลังและคอ เป็นอาการที่พบมากในทันตแพทย์ ทั้งชายหญิง โดยไม่มีความเกี่ยวข้องกับจำนวนปีที่ทำงานหรือจำนวนคนไข้ที่ทำงานในแต่ละวัน แต่เป็นที่สังเกตว่าท่าทาง posture ที่ไม่ดีจากการก้มจอ ทำให้คอและหลัง งอมากกว่า 30 องศา เป็นเวลานานเกิน 30 นาทีอย่างต่อเนื่อง การมีปัญหาทางสายตาที่ทำให้มองไม่ชัดเจน และการไม่หยุดพักกล้ามเนื้อโดยการทำ stretching มักเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ อาการปวดหลังมักเป็นกันเรื้อรังและอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวได้ จึงไม่ควรละเลย

ทันตแพทย์ควรวัดสายตาเป็นประจำ โดยเฉพาะท่านที่กำลังอายุใกล้เลข สี่ หรือคนที่ที่มีสวมแว่นสายตาคอนแทคเลนส์ ควรตรวจสายตาประจำปีสม่ำเสมอ ลูปทางทันตกรรมที่นิยมใช้มีชนิด flip-up ซึ่งมีราคาถูก ปรับขึ้นลงได้ แต่มีน้ำหนักมาก ส่วน TTL loupe มีขนาดเล็กและระยะเลนส์ใกล้กับดวงตามากกว่าจึงทำให้มองเห็นได้กว้างและสบายตากว่า แต่มีราคาแพงและต้องตัดพิเศษ การใช้ลูปเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการมองเห็นทางสายตาอาจจะช่วยให้การมองเห็นชัดเจนขึ้นและทำให้ท่าทางในการทำงานดีขึ้น

ส่วนการใช้ลูปช่วยแก้ไขหรือลดอาการปวดกล้ามเนื้อแบบใดได้บ้างและคำแนะนำในการออกกำลังกายเสริมความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ สามารถทำเช่นไรได้บ้างจะกล่าวในบทความครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Hayes M, Cockrell D, Smith DR. A systematic review of musculoskeletal disorders among dental professionals. Int J Dent Hyg. 2009;7(3):159-165.
2. Riziq AG, Mohamed FC, Amer AS, Salwa EG, Gamal K, and Samira AS, Prevalence of and risk factors for low back pain among dentists. J. Phys. Ther. Sci. 2015;27(9): 2803-2806.
3. Danielle W, Patricia Petromilli Nordin Sasso Garcia. Effect of magnification devices on dental students' visual acuity. PLoS ONE. 2019;14(3): 1-13.
4. Martina E, Philippe P, Klaus N, Adrian L, Ueli B. Influence of loupes and age on the near visual acuity of practicing dentists. J. of Biomedical Optics. 2011;16(3):0350031-0350035.



An apple a day, keeps the doctor away

เรียบเรียงโดย “มายด์มิ่งค์ ผู้ชายสามมิติ”

ผลสีแดง รสหวานอมเปรี้ยว มีเนื้อสัมผัสฉ่ำกรอบ ทานเย็นๆ ช่วยเพิ่มความสดชื่น แก่กระหายคลายร้อนได้ดี แถมยังอุดมไปด้วยวิตามินและสารอาหารที่มีประโยชน์ คงจะเดากันไม่ยาก ว่ากำลังพูดถึงผลไม้ชนิดหนึ่งที่มีชื่อว่าแอปเปิ้ล มีแอปเปิ้ลอยู่ประมาณ 7,500 สายพันธุ์ทั่วโลก และมีอยู่ประมาณ 100 สายพันธุ์ที่ถูกนำมาบริโภคในเชิงพาณิชย์ เจ้าผลไม้ลูกสีแดง (หรือเขียว) นี้ มีประโยชน์ต่อร่างกายจนเกิดเป็นวลีที่คุ้นหูว่า “An apple a day, keeps the doctor away” การทานแอปเปิ้ลแค่วันละหนึ่งลูก จะช่วยให้เราแข็งแรงจนเราไม่จำเป็นต้องหาหมออีกเลย เป็นความเชื่อของฝรั่งที่มีมานานแล้ว เท่าที่สืบค้นจากอาทูล วลีนี้เกิดขึ้นเมื่อประมาณ 150 ปีก่อน วันนี้เรามาดูกันว่าเจ้าแอปเปิ้ลนี้มันดีขนาดนั้นจริงรึเปล่า?

ตอนสมัยผมเด็กๆ ผมจำได้แม่นเลยว่า การที่จะได้ทานแอปเปิ้ลแต่ละครั้งนี่จะต้องเป็นโอกาสที่พิเศษจริงๆ เราจะได้ทานแอปเปิ้ลกันแค่ในเทศกาลไหว้เจ้า ไหว้บรรพบุรุษเท่านั้น เพราะสมัยนั้น ราคาของแอปเปิ้ล แพงขายกันเป็นลูกลูละประมาณ 25 ถึง 30 บาท ซึ่งเมื่อเทียบราคากับข้าวราดแกงจานหนึ่ง ก็ราคาประมาณจานละ 10 ถึง 15 บาทเท่านั้น เรียกว่า ถ้าจะซื้อแอปเปิ้ลมาทานกันหนึ่งลูก อาจจะต้องอดข้าวกันไปสองมื้อเลยทีเดียว เปรียบเทียบกับตอนนี้ ที่แอปเปิ้ลกลายเป็นผลไม้ที่สามารถซื้อได้ทั่วไป ในราคาที่จับต้องได้ ที่แม้แต่รถเข็นขายผลไม้ทั่วไป ก็มีแอปเปิ้ลอร่อยๆ ไว้เป็นตัวเลือกให้พวกเราหามาทานเล่น เป็นผลไม้ล้างปากหลังมื้อเที่ยงได้ทุกวัน



มีงานวิจัยชิ้นหนึ่ง (2010) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ของการรับประทานแอปเปิ้ล กับความถี่ในการพบหมอในกลุ่มตัวอย่างประมาณ 8,300 คน และผลการวิจัยสรุปว่า ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ทานแอปเปิ้ลวันละผลกับกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานแอปเปิ้ลที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างต้องพบหมอ เอ๊ะ... พอรู้แบบนี้แล้ว ก็เริ่มสงสัยว่า ตกลงเจ้าผลไม้รสอร่อยนี้มันมีประโยชน์ต่อร่างกายเราจริงหรือเปล่านะ? ทำไมคนถึงเชื่อและบอกต่อกันมาเรื่อยๆ เป็น 100 ปี ว่า “An apple a day, keeps the doctor away” หรือแม้แต่ความเชื่อที่ว่าเราสามารถทานแอปเปิ้ลเพื่อหวังผลในการลดน้ำหนักอีกด้วย นี่ยังไม่รวมถึงคุณูปการที่แอปเปิ้ลมีต่อวงการวิทยาศาสตร์ (ซึ่งจะขอเก็บไว้เล่าให้ฟังในตอนต่อไปนะคริ) แล้วตกลงเจ้าผลไม้ มันมีดีอะไรบ้าง แล้วจะช่วยให้เรา keep the doctor away ได้อย่างที่เค้าพูดกันได้อย่างไร?

คุณประโยชน์ที่เด่นชัดของแอปเปิ้ลนอกจากจะมีรสชาติที่อร่อยและเนื้อสัมผัสที่ชวนให้กินได้ไม่รู้เบื่อแล้ว แอปเปิ้ลยังเป็นผลไม้ที่อุดมไปด้วยวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะวิตามินซี วิตามินเอ ไฟเบอร์ โพแทสเซียม แคลเซียม และสารต้านอนุมูลอิสระ Polyphenols มีโซเดียมเพียงเล็กน้อย ปราศจากไขมันและคอเลสเตอรอล แอปเปิ้ลให้พลังงานเพียงแค่ 130Kcal.ต่อ 1 ผล ฟังดูเป็นอาหารที่ควรค่าแก่การถูกยกย่องมา 150 ปีตามที่เค้านักอ้างกันมาจริงๆ ด้วย ว่ามั๊ยครับ? มีงานวิจัยต่างมากมายที่สนับสนุนคุณประโยชน์ต่างๆ ของเจ้าแอปเปิ้ล เช่นการบรรเทาอาการของโรคหืดหอบ โรคอัลไซเมอร์ ช่วยในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก ป้องกันภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด ช่วยลดระดับไขมัน LDL แม้กระทั่งเสริมสร้างประสิทธิภาพระบบการทำงานของปอด ระบบทางเดินอาหาร และเสริมสร้างกระดูกให้แข็งแรง แอปเปิ้ลจึงเหมือนกับเป็นอาหารที่เป็นยาบำรุงร่างกายให้กับเรา

อย่างไรก็ตาม เหยี่ยวมีสองด้าน ดาบมีสองคม นกมีสองหัวฉันใด เจ้าพระเอกของเราก็มีข้อเสียอยู่บ้างเหมือนกันครับ การรับประทานแอปเปิ้ลมากเกินไป ถึงแม้จะไม่ได้มีอันตรายที่ร้ายแรงต่อสุขภาพ แต่ก็อาจจะทำให้อ้วนได้ เพราะในแอปเปิ้ลหนึ่งผล มีน้ำตาลอยู่ถึง 25 กรัม ดังนั้นเราจึงควรรับประทานในปริมาณที่พอดี ตามที่ฝรั่งเค้าแนะนำนั่นแหละ “An apple a day” คือรับประทานวันละ 1 ลูก (ประมาณ 240กรัม ไม่เล็ก ไม่ใหญ่เกินไป) และนอกจากน้ำตาลแล้ว รสอมเปรี้ยวแสนอร่อยของเจ้าแอปเปิ้ลนี้เอง ก็มีส่วนในการทำลายเคลือบฟันได้เหมือนกัน เนื่องจากเป็นส่วนประกอบของกรดผลไม้ ซึ่งสามารถกัดกร่อนเคลือบฟันได้รุนแรงกว่าน้ำอัดลมถึง 4 เท่า!! เมื่อรู้

อย่างนี้ เราจึงจำเป็นต้องดั่งสตินะลูก สติ!! ทานวันละ 1 ลูกก็พอ และควรทานพร้อมมื้ออาหาร แทนที่จะนำมาทานเล่นระหว่างวัน และแนะนำให้บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานแอปเปิ้ล เพื่อล้างเอาน้ำตาลและกรดผลไม้ที่เป็นตัวการทำลายเคลือบฟันของเราออกไป แต่ยังคง

ครับ!! ยังไม่หมด ความร้ายกาจที่โด่งดังอีกอย่างหนึ่งของเจ้าผลไม้ ถ้าคุณรู้จักสโนไวท์

คุณจะรู้ว่าแท้จริงแล้ว แอปเปิ้ลคือยาพิษ! ใช่ครับ คุณอ่านไม่ผิด แอปเปิ้ลคือยา

แต่จะขออธิบายเพิ่มให้กระจ่างอีกหน่อย เพื่อพวกเราจะได้ไม่ตกเป็นเหยื่อ

ที่น่าสงสารของแอปเปิ้ลเหมือนอย่างสโนไวท์เคยโดน ส่วนที่มีพิษของ

แอปเปิ้ลจริงๆ แล้วคือเมล็ดของมันครับ ในเมล็ดแอปเปิ้ลมีสารพิษ

ร้ายแรงชนิดหนึ่งที่มีชื่อว่าไซยาไนด์ (Cyanide) ซึ่งเป็นสารที่

สามารถปลิดชีวิตมนุษย์ได้เลยครับ ถ้าเราผลอรับประทาน

เจ้าไซยาไนด์เข้าไปในปริมาณที่มากกว่า 1 มิลลิกรัมต่อ

น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมของเราจะทำให้ได้รับอันตรายถึง

ตายได้ ยกตัวอย่างเช่น ถ้าเราหนัก 70 กิโลกรัม

หากเรารับประทานแอปเปิ้ลทั้งผล(แบบ

ไม่คายเมล็ดทิ้ง) พร้อมกันทีเดียว

ประมาณ 18 ลูก เราจะได้รับไซยาไนด์

ที่เป็นอันตรายถึงชีวิตครับ ดังนั้น

ก่อนจากกันในวันนี้ ขอย้ำกันอีก

สักทีนะครับว่า “An apple a

day, keeps the doctor away”

และแถมท้ายให้อีกด้วยครับว่า

“If you take 18 apples a day,

go to the doctor right away” ครับ



“วิ่งไปเรื่อยๆไป ดีต่อใจ”

ผศ.ทพญ.ดร.วัลลภัน์ แสนทวีสุข

สวัสดีค่ะ ผู้เขียนได้รับเกียรติจากกองบรรณาธิการให้เขียนเรื่องไลฟ์สไตล์ที่นอกเหนือจากการเป็นหมอพื้น คัด ไม่นานก็ตอบรับเพราะว่า อยากแชร์ประสบการณ์ดี ๆ และอยากเชิญชวนคุณหมอพื้นทุกท่านให้หันมาใส่ใจดูแลสุขภาพ ปัจจุบันนี้ผู้เขียนทำคลินิกน้อยลงมาก เพราะทำมา 20 กว่าปีแล้ว เหนื่อยและ เครียดค่ะ จึงทำคลินิกแค่สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นอาจารย์พิเศษ 1 วัน มีคนชอบถามว่าแล้ววันที่เหลือทำอะไร กิจกรรมเยอะเลยละะ วิ่งออกกำลังกาย เรียนโยคะ ไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ ไปทานของอร่อย ๆ ใช้ชีวิตให้มีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

ตั้งใจจะเขียนเรื่องวิ่ง ก่อนอื่นต้องออกตัวก่อนว่า เป็นคนชอบเล่นกีฬาแต่ไม่ชอบวิ่ง ไม่ได้วิ่งเก่งวิ่งเร็ว ไม่ได้เป็นนักวิ่งขาล่าถั่วย ไม่ได้เป็นครูเรื่องวิ่ง ยังมีทันตแพทย์ที่วิ่งเก่ง ๆ อีกมากมายที่เป็นที่รู้จักในวงการวิ่ง แต่ผู้เขียนขอมาเล่า ในมุมมองวิ่งกาก ๆ นักวิ่งสายเต่า วิ่งไปเที่ยวไปกินไปก็แล้วกันนะคะ ผู้เขียนเริ่มวิ่งเพื่อออกกำลังกายอย่างจริงจังมาได้ 3 ปีกว่า เมื่อหลายปีก่อนเคยไปวิ่งงาน TMB Park Run ซึ่งลงสมัครวิ่งฟันรัน (Fun Run) 5 กิโลเมตร แล้วรู้สึกเหนื่อยมาก ๆ และครั้งหนึ่งเคยไปเที่ยวญี่ปุ่นพร้อมกับน้องที่ไปวิ่งงาน Osaka Marathon 2015 ตอนนั้นยังคิดเลยว่า คนที่วิ่งมาราธอนได้นี้เก่งสุด ๆ ซาตินี้เราคงวิ่ง 42 กิโลเมตรไม่ได้แน่ ๆ แค่วิ่งรอบสวนลุมพินี 1 รอบ ระยะทางประมาณ 2.5 กิโลเมตร ยังเหนื่อยเลย โชคชะตาฟ้าลิขิตให้มาเจอคู่ชีวิตที่ชอบวิ่ง ก็เลยต้องทำให้ชอบวิ่งไปด้วย



เริ่มจากอยากท้าทายตัวเองไปสมัครงานวิ่งมินิมาราธอน (Mini-Marathon) 10 กิโลเมตร ซึ่งตอนนั้นก็คิดว่ายากมาก หัวใจอยู่ว่าจะวิ่งสำเร็จหรือไม่ ปรากฏว่าทำได้ ก็มีกำลังใจ รู้สึกอีกเหิมบวกกับเหิมเกริม ตั้งเป้าหมายใหม่ไปวิ่งฮาล์ฟมาราธอนแรก (Half-Marathon) 21.1 กิโลเมตร ที่งานบุรีรัมย์มาราธอน 2017 ซึ่งก็วิ่งสำเร็จได้อีก แต่เดิมที่ไม่เคยคิดจะวิ่งมาราธอนเลย ก็เริ่มทะเยอทะยานอยากจะทำวิ่งระยะมาราธอน (Full-Marathon) 42.195 กิโลเมตร ทำให้มีเป้าหมายในชีวิตใหม่ ๆ อีกอย่างหนึ่ง ตัดสินใจเลือกวิ่งมาราธอนแรกที่งานจอมบึงมาราธอน 2018 ซึ่งเป็นงานวิ่งในตำนานที่มีชื่อเสียง จัดมานานสามสิบกว่าปี รีวิวดี ที่สำคัญคือมีกำหนดเวลาตัดท้อฟ (cut-off) 8 ชั่วโมง ดีต่อใจสำหรับนักวิ่งมาราธอนแรก เพราะไม่กดดันเรื่องเวลาจนเกินไป แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ งานนี้ต้องสมัครแบบลุ้นล็อตได้ เนื่องจากมีผู้สมัครจำนวนมากกว่าจำนวนรับ จึงต้องมีการสุ่มจับสลากนักวิ่งผู้โชคดี แล้วผู้เขียนก็เป็นหนึ่งในนั้น แล้วก็วิ่งจบมาราธอนแรกใช้เวลา 6:43 ชั่วโมงเป็นที่น่าพอใจ วิ่งจบด้วยดี ไม่บาดเจ็บ ทำให้เปลี่ยนความคิด อะไรที่เราเคยคิดว่าทำไม่ได้ ถ้าเรามุ่งมั่นตั้งใจ ก็ไม่มีอะไรยากเกินความพยายาม แล้วมันก็ทำให้เรารู้สึกภูมิใจสุด ๆ หลังจากวิ่งมาราธอนแรกได้สำเร็จ ก็รู้สึกว่าการวิ่งมาราธอนไม่ได้ยากอย่างที่กลัวอย่างที่คิด จากที่เคยคิดว่าจะวิ่งมาราธอนแค่สักครั้งเดียวก็พอ ก็เริ่มมีความคิดจะสมัครวิ่งงานไหนต่อดี 555 แล้วอีกไม่กี่เดือนต่อมาก็วิ่งมาราธอนที่สองคือ นาวิกโยธินมาราธอน (Marines Marathon) ที่ฐานทัพเรือสัตหีบ ก็วิ่งสำเร็จได้เวลาดีขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย 6:39 ชั่วโมงเวลาเท่า ๆ เท่านั้นยังไม่มั่นใจว่าจะไปวิ่งมาราธอนงานใหญ่ ๆ ในต่างประเทศได้ จนสมัครได้ล็อตได้ไปวิ่งงาน Osaka Marathon 2018 ซึ่งเป็นงานวิ่งมาราธอนต่างประเทศครั้งแรก งานนี้ตั้งใจมากอยากวิ่งให้สำเร็จ วิ่งจบได้เวลาดี ๆ ก็พยายามขยันซ้อมวิ่งมากขึ้น นักวิ่งงานนี้สามหมื่นกว่าคน มีการคัดท้อฟหลายช่วงระยะ ทำให้ท้าทายมากว่าจะวิ่งทันเวลาหรือไม่ ในที่สุดเราก็วิ่งระยะมาราธอนทำเวลาดีที่สุดในชีวิต คือ 5:54 ชั่วโมง เฮ้ย! เราวิ่งมาราธอนต่ำกว่า 6 ชั่วโมงได้แล้วนะ

คนที่วิ่งเร็ว ๆ อาจขำว่าวิ่งช้าขนาดนี้ยังดีใจ โถ ๆ ๆ ๆ แค่วิ่งได้จบทันเวลาของงาน แถมวิ่งทำเวลาได้ดีขึ้นก็มีความสุขมาก ๆ แล้วค่ะ เริ่มมีกำลังใจซ้อมวิ่งไปงานเมเจอร์มาราธอนของโลกที่มีคัตออฟ 6 ชั่วโมงแล้ว จนถึงตอนนี้ผู้เขียนวิ่งจบมาแล้ว 5 มาราธอนงานวิ่งฮาล์ฟ และมินิมาราธอน ก็วิ่งเยอะมากจนลืมนับจำนวนไปแล้ว และยังมียานวิ่งต่างประเทศที่สำคัญรออยู่ในปี 2020 อีก 3 งาน คือ Paris Marathon ที่สมัครเพราะชอบไปเที่ยวฝรั่งเศส และงานเมเจอร์มาราธอนของโลก 2 งาน คือ



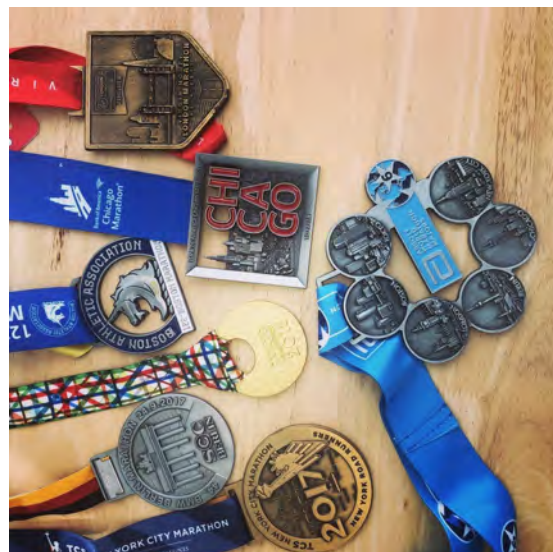
Berlin Marathon และ Chicago Marathon ซึ่งสมัครมา 3 ปีแล้วไม่เคยได้ แต่ปีนี้โชคดีได้ล็อตได้ ดีใจมาก ๆ เพราะจะได้ไปวิ่งงานเมเจอร์มาราธอนที่ยิ่งใหญ่สำหรับนักวิ่งสมัครเล่นอย่างเรา เป้าหมายนี้ใหญ่หลวงนักคงต้องซ้อมหนักกว่าเดิมอีกค่ะ

การไปวิ่งมาราธอนแต่ละครั้ง นอกจากความภาคภูมิใจที่วิ่งสำเร็จได้เวลาที่ดีกว่าเดิมแล้ว สิ่งที่ดีต่อใจที่ได้รับอีกอย่างคือ เหรียญรางวัล (Finisher medal) รวมถึงเสื้อผู้พิชิต (Finisher T-shirt) ที่เป็นเหมือนรางวัลให้กับผู้ที่ชนะ ถึงผู้เขียนจะวิ่งช้า ไม่ชนะคนอื่น แต่ก็ชนะใจตัวเองที่มีความพยายามซ้อมวิ่ง และอดทนวิ่งจนเข้าเส้นชัยได้ ยิ่งถ้างานไหนมีเหรียญและเสื้อสวยจะยิ่งอยากวิ่งเป็นพิเศษ

เหรียญที่ผู้เขียนภูมิใจและประทับใจที่สุดอันหนึ่งคือ เหรียญมาราธอนแรกในชีวิต จอมบึงมาราธอน 2018 เหรียญสวยคลาสสิกมาก



เหรียญที่สวยงามประทับใจจนอยากไป
สอยมาครอบครองให้ได้ คือ Fujisan Marathon ที่
ออกแบบเหรียญเหมือนรูปภูเขาไฟฟูจิและมีลายดอก
ซากุระและใบไม้แดงน่ารักมาก



งาน Osaka Marathon 2019 ปีนี้
ก็ออกแบบเหรียญใหม่ มีปราสาท
โอซาก้าอยู่บนเหรียญรูปใบแปะก๊วย
งานละเอียดสวยงามมาก และเหรียญ
งานเมเจอร์มาราธอนทั้ง 6 งาน ของโลก
(The Abbott World Marathon
Majors) ได้แก่ โตเกียว (Tokyo
Marathon), บอสตัน (Boston
Marathon), ลอนดอน (London
Marathon), เบอร์ลิน (Berlin
Marathon), ชิคาโก (Chicago Marathon) และ นิวยอร์ก
(New York City Marathon)

ที่สุดยอดกว่านั้นคือ ถ้าใครเป็นนักวิ่งมาราธอน
ที่พิชิตครบทั้ง 6 งานมาราธอนระดับเมเจอร์นี้ จะได้รับ
เหรียญ 6 ดาว (Six Star Finisher Medal) หรือที่เรา
เรียกกันว่า เหรียญพอนเดอร์ริง (Pon de Ring) เนื่องจาก
รูปร่างคล้ายโดนัท ซึ่งในปัจจุบันมีนักวิ่งคนไทยได้เหรียญ
เกียรติยศนี้มาครอบครองแล้ว 4 คน สุดยอดมาก ๆ ผู้เขียน
ไม่มีทางได้แน่ ๆ เพราะงานวิ่งบอสตันมาราธอนจะต้องวิ่ง
ทำเวลาได้เร็วตามเกณฑ์อายุที่กำหนดจึงจะมีสิทธิ์สมัคร
อายุผู้เขียนช่วง 45-49 ปี จะต้องวิ่งได้เร็วกว่า 3:55 ชั่วโมง
เฮ้อ! คงต้องไปเกิดใหม่ที่เคนย่าแล้วค่ะ แต่ก็ช่างมันเถอะ
แค่ได้มีโอกาสไปสัมผัสงานวิ่งเมเจอร์มาราธอน 2 งานใน
ปีหน้า ก็เป็นบุญแล้วค่ะ

ที่เล่ามาข้างต้น อยากจะให้เห็นภาพว่าจากคนที่
ไม่ชอบวิ่งเลย วิ่งก็ช้ามาก ก็ยังวิ่งมาได้ขนาดนี้ แต่ก่อนเคย
คิดว่าวิ่งแล้วเหนื่อยจะตาย จะทรมานตัวเองทำไม แต่จริง ๆ
แล้ว พอเราวิ่งเป็นประจำไปสักพัก เราจะวิ่งได้สบาย ๆ วิ่งแล้ว
เหงื่อออก หัวใจได้ทำงาน สดชื่นมาก ๆ ค่ะ เราวิ่งเพื่อ
ออกกำลังกาย ไม่ได้แข่งกับคนอื่น แข่งกับตัวเองนี่ล่ะค่ะ

แค่ชุดตัวเองจากเตียงออกไปวิ่ง ก็ชนะใจตัวเองได้
แล้วค่ะ และการออกไปวิ่งในแต่ละครั้ง แค่เราตั้งเป้าหมาย
ว่าจะวิ่งกี่กิโลเมตร หรือวิ่งจบเวลาเท่าไร แล้วทำได้ตามนั้น
ก็เหมือนเราประสบความสำเร็จเล็ก ๆ ในทุก ๆ วัน ดีต่อใจ
จริง ๆ ค่ะ

การไปวิ่งตามงานวิ่งก็มีข้อดีคือ สนุกสนานคึกคัก
เพราะมีเพื่อนวิ่งเยอะ และโมเมนต์การวิ่งเข้าเส้นชัยและได้
รับเหรียญหรือเสื้อ Finisher นี่มันก็ฟินสมชื่อที่เราได้วิ่ง
สำเร็จแล้ว แต่ก่อนผู้เขียนทำแต่งงาน เป็นข้าราชการแล้ว
ทำคลินิกต่อตอนเย็นและเสาร์อาทิตย์ ทำงานหนักเครียด
ตลอดจนเป็นไมเกรน ทำงานเสร็จก็หมดแรง อยากนอน
อย่างเดียว ไม่เคยไปออกกำลังกายเลย ท้องผูกมาตลอด
ชีวิต พอมาเริ่มวิ่ง ปัญหาสุขภาพทั้งหลายก็หายเลยค่ะ คิด
ว่าร่างกายได้เคลื่อนไหวทำให้การขับถ่ายดีไปด้วย ร่างกาย
ก็แข็งแรง แต่ก่อนเดินขึ้นบันไดสะพานลอยก็เหนื่อยละ ตอนนี้
วิ่งขึ้นบันไดสบาย ๆ



บางคนอาจคิดว่าการวิ่งน่าเบื่อ โดยส่วนตัวก็เคยคิดเช่นนั้น ผู้เขียนไม่ชอบวิ่งสายพานเพราะวิ่งย่ำอยู่กับที่ แต่ถ้าเราไปวิ่งในสวน เช่น สวนลุมพินี สวนหลวง ร.9 สวนรถไฟ เราก็จะได้ดูผู้คน ต้นไม้ดอกไม้ วิวอย่างเพลิดเพลิน หรือเลือกไปงานวิ่งที่วิวสวย ๆ เช่น เขาใหญ่มาราธอน ลากูน่าภูเก็ตมาราธอน ก็จะเหมือนได้เที่ยวไปด้วย หรือไปงานวิ่งต่างประเทศที่เราอยากไป วิ่งเสร็จก็เที่ยวต่อได้เลย เช่นงาน Paris Marathon ที่ได้วิ่งกลางเมืองปารีส งาน Fujisan Marathon วิ่งรอบทะเลสาบวิ่งไปชมวิวฟูจิไป ถ่ายรูปสวยๆไปด้วย มีความสุขมาก ๆ เลยค่ะ หรือถ้าไม่ชอบวิ่งถนน เพราะเขื่อนรถราและควันพิษ งานวิ่งเทรล (trail) ก็มีมากมายนะค่ะ วิ่งตามภูมิประเทศ วิ่งตามภูเขาป่าไม้สดชื่นสวยงาม ความยากง่ายก็แล้วแต่งาน ระยะทาง และ ความชันของเส้นทางวิ่งเลือกให้เหมาะสมกับศักยภาพของตนเองค่ะ ผู้เขียนยังไม่แข็งแรงพอขนาดไปวิ่งอัลตร้าเทรลที่ระยะทางเกิน 50 กิโลเมตร ขอวิ่งระยะทางแค่ 20 ถึง 35 กิโลเมตร ความชันไม่เกิน 2000 เมตร ก็พอค่ะ ทางไหน ๆ ชัน ๆ ต้องคำนึงในป่า ขอบายค่ะ ไม่อยากบาดเจ็บ ยังมีผู้ป่วยรอใส่พินอยู่ค่ะ เอาแค่นี้วิ่งชมธรรมชาติป่าเขา ฟังเสียงน้ำตกลำธารไหลริน วิวทะเลหมอกหรือวิวจากยอดเขาที่เราไปพิชิตมาก็จะสวยตราตรึงใจมากเป็นพิเศษค่ะ วิ่งไปถ่ายรูปไป ส่วนใหญ่งานวิ่งเทรล จะจัดตามภูเขา แถบภาคเหนือ เช่น เชียงใหม่ เชียงราย น่าน แม่ฮ่องสอน อากาศดี วิวสวย อาหารอร่อย เลือกได้ตามใจชอบค่ะ แต่งานวิ่งเทรลอาจต้องเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และอุปกรณ์หน่อยนะค่ะ เช่น เป้ น้ำ เพื่อใส่น้ำและอาหารให้พลังงานระหว่างวิ่ง เพราะวิ่งอยู่บนเขาหรือในป่า ต้องมีน้ำสำรองไว้ค่ะ ไมโพล (trekking pole) ช่วยค้ำยันตอนปีนเขา รองเท้าเทรลที่มีพื้นรองเท้าจิกเกาะกันลื่นเวลาขึ้นลงเขา แต่ถ้าเราเป็นนักวิ่งเทรลสมัครเล่น วิ่งระยะสั้น ความชันไม่มาก ก็อาจยังไม่ต้องมีอุปกรณ์ครบมาก็ได้ค่ะ สันเปลือยเปล่าๆ โดยส่วนตัวแล้วผู้เขียนชอบการวิ่งเทรลมากกว่าวิ่งถนนค่ะ ได้อารมณ์เหมือนไปเที่ยวมากกว่าวิ่ง และยังได้ภาพสวย ๆ ด้วยค่ะ

สำหรับผู้อ่านที่ไม่ชอบวิ่ง มือใหม่หัดวิ่งที่ไม่เคยวิ่งออกกำลังกาย และอยากจะเริ่มวิ่งนะค่ะ แนะนำให้ไปวิ่งออกกำลังกายในสวนสาธารณะ เพราะมีคนมาวิ่งเยอะ ทำให้เรามีแรงบันดาลใจ มีกำลังใจวิ่งค่ะ ควรหารองเท้าวิ่งที่เหมาะสม เพื่อให้รองรับแรงกระแทกจากการวิ่งได้ดี เท้าไม่บาดเจ็บ หรือถ้าอยากออกกำลังกายแค่เดิน หรือวิ่งเบาๆ (jog) ก็ใส่รองเท้าผ้าใบที่ใส่สบาย ๆ ก็ได้ค่ะ ก่อนที่จะเริ่มวิ่งออกกำลังกาย ควรมีการอบอุ่นร่างกาย หรือวอร์มอัพ (warm up) ด้วยการเดิน หรือวิ่งเหยาะ ๆ



เพื่อบริหารข้อต่อต่าง ๆ และยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ ให้ร่างกายพร้อมที่จะวิ่ง ควรเตรียมน้ำเพื่อไว้จิบระหว่างวิ่งด้วย เพราะร่างกายอาจขาดน้ำจากการเสียเหงื่อ จัดท่าทางการวิ่งที่เราวิ่งได้สบาย ๆ เริ่มวิ่งช้า ๆ ก่อน ให้เรารู้สึกว่าหายใจได้สะดวก ไม่หอบเหนื่อย ถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก หัวใจเต้นแรง หายใจไม่ทัน ควรลดระดับความเร็วลง แล้วเปลี่ยนเป็นเดินแทน อย่าหักโหมเดินหรือวิ่งครั้งแรกๆ อาจเริ่มต้นตั้งเป้าหมายที่ระยะทาง 2 ถึง 3 กิโลเมตรก่อน แล้ววันต่อ ๆ ไป ก็ค่อย ๆ เพิ่มระยะทาง หรือเพิ่มความเร็วในการวิ่งทีละน้อย เอาความเร็วที่ติดใจนะค่ะ เมื่อออกกําลังกายจนปอดและหัวใจเราแข็งแรงขึ้น อาการหอบเหนื่อยจะลดลง เราจะเพลิดเพลินกับการวิ่งมากขึ้น และหลังจากวิ่งออกกําลังกาย อย่าลืมการยืดเหยียดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือวอร์มดาวน์ (warm down) ด้วยนะค่ะ เพื่อช่วยลดการบาดเจ็บจากการวิ่งค่ะ และถ้าผู้อ่านสนใจอยากจะทำสมัครงานวิ่ง แนะนำให้หาข้อมูลงานวิ่งที่สนใจ ปฏิทินงานวิ่ง กำหนดการ และวันรับสมัครจาก เพจวิ่งไหนดี หรือหาความรู้ ข้อมูลการวิ่งจากเพจวิ่งอื่น ๆ เช่น Running Insider, Runner's journey เป็นต้นค่ะ

ที่เล่ามาทั้งหมดนี้ ก็แค่อยากแชร์ประสบการณ์การวิ่งในมุมมองของนักวิ่งสายเต๋าทิ้งไว้ไม่แถม แต่วิ่งเพื่อสุขภาพ ร่างกายแข็งแรง วิ่งแล้วชีวิตดีขึ้น วิ่งแล้วได้เที่ยวด้วย วิ่งแล้วกินของอร่อยได้มากขึ้น (กินแล้วค่อยไปเบิร์นออก) วิ่งเพื่อคนที่คุณรักและตัวคุณเอง มาวิ่งด้วยกันค่ะ

ประมวลภาพ งานประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 109

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการ ประจำปีครั้งที่ 109 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 18-20 ธันวาคม 2562 ณ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ โรงแรมเซาเทรราแกรนด์ มีผู้เข้าประชุม รวม 5578 คน

โดยมีกิจกรรม ประกอบด้วย การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 109, การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2562, การบรรยายทางวิชาการให้แก่ยุวมหาชิก, การประกวดผลงานวิจัยทั้งในนักศึกษาทันตแพทย์ และระดับหลังปริญญา

ในงานยังมีการออกบูธแสดงสินค้า โดยมีจำนวนบูธแสดงสินค้ากว่า 290 บูธ และมีบริษัทห้างร้านเข้าร่วมกว่า 80 บริษัท

นอกจากนี้ ยังมีสมาคม ชมรม และมูลนิธิ มาร่วมแสดงผลงานในการประชุมอีกจำนวนหนึ่ง



เก็บเรื่องราว มาเล่าเรื่อง

สำหรับการประชุมวิชาการประจำปี 2562 ในรอบปลายปีที่ผ่านมา ทางทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ได้จัดนิทรรศการพิเศษขึ้นชื่อว่า “120 ปีชาตกาล หลวงวาทิชยาวัฑฒน์ 8 ทศวรรษ การศึกษาทันตแพทย์ไทย” เพื่อเป็นการอุทิศเครื่องเตรียมรับปี 2563 ซึ่งถือเป็นปีสำคัญของวงการทันตกรรม เนื่องจากเป็นปีครบรอบวาระสำคัญ 3 วาระด้วยกัน คือ

สิ่งที่น่าสนใจคือ วาระสำคัญทั้ง 3 วาระนี้ล้วนเกี่ยวข้องกับหลวงวาทิชยาวัฑฒน์ทั้งสิ้น การจัดนิทรรศการครั้งนี้จึงมีจุดมุ่งหมายหลัก เพื่อให้ทันตแพทย์ไทยได้รู้จักและระลึกถึง “หลวงวาทิชยาวัฑฒน์” ซึ่งถือเป็นผู้ให้กำเนิดการศึกษาทันตแพทย์ไทย และผู้วางรากฐานวิชาชีพทันตกรรมไทย ให้มั่นคงเช่นทุกวันนี้

ภายในนิทรรศการแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วนหลักด้วยกัน คือ



1. ครบรอบ 120 ปีชาตกาล ของหลวงวาทิชยาวัฑฒน์ ซึ่งเกิดเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2443 ผู้ก่อตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแห่งแรกของไทย และเป็นผู้ก่อตั้งทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ด้วย

2. ครบรอบ 80 ปี การศึกษาทันตแพทย์ไทย โดยนับตามการก่อตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแห่งแรกของไทย คือ แผนกทันตแพทยศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งก่อตั้งเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2483

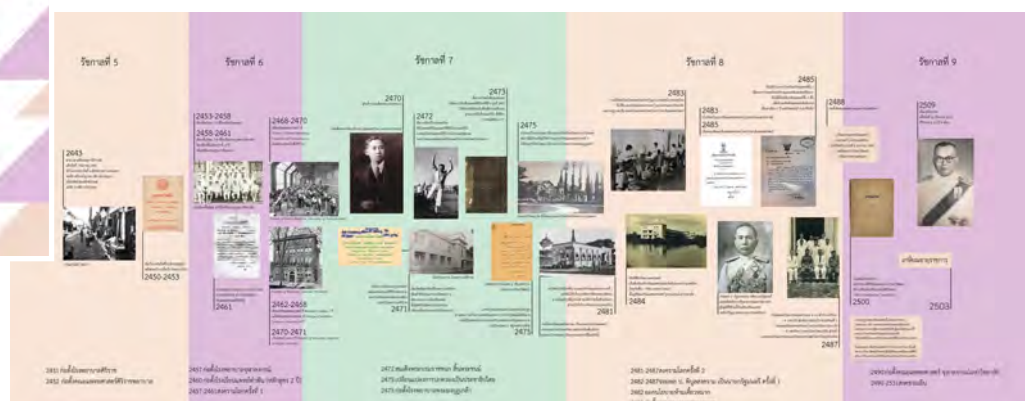
3. ครบรอบ 75 ปี การก่อตั้งทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งริเริ่มจัดตั้งขึ้นเมื่อปลายปี 2488



ส่วนที่ 1 บทนำ – เล่าถึงความสำคัญของหลวงวาทิชยาวัฑฒน์ ต่อการศึกษาทันตแพทย์ไทย และวงการทันตกรรมไทย



ส่วนที่ 2 ประวัติชีวิตของหลวงวาทิชยาวัฑฒน์ – เล่าถึงชีวิต การศึกษา และผลงานของหลวงวาทิชยาวัฑฒน์ ผ่านรูปภาพ ตามลำดับ พ.ศ. ในแต่ละช่วงรัชสมัย โดยเทียบเคียงกับเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ทางประวัติศาสตร์ไทย และยังมีสมุดรายงานผลการเรียนแพทยศาสตร์ของท่าน สมุดภาพโรงเรียนแพทย์ และโรงเรียนทันตแพทย์ในสหรัฐฯ ที่ท่านเคยเรียน รวมถึงสมุดภาพโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแห่งแรกของไทย จัดแสดงไว้ให้เปิดดูด้วย



ส่วนที่ 3 โรงเรียนทันตแพทย์ของไทย – แสดงเฉพาะโรงเรียนทันตแพทย์ที่ก่อตั้งก่อนปี 2560 ที่กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ของไทย ซึ่งโรงเรียนทันตแพทย์เหล่านี้ นัยหนึ่งก็เป็นเหมือนดอกผลที่เติบโตออกมาจากโรงเรียนทันตแพทย์ระดับปริญญาแห่งแรกที่หลวงวาทวิทยาลัยได้สร้างขึ้น



นอกจากนี้ ภายในนิทรรศการยังมีกิจกรรมให้ผู้เข้าชมร่วมสนุกอีก 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 ถ่ายรูป แลกรับหนังสือ “พรหมลิขิต” – ถ่ายรูปตนเองภายในนิทรรศการ แล้วอัปโหลดขึ้น Facebook แล้วมาแลกรับหนังสือพรหมลิขิตได้เลย



หนังสือ “พรหมลิขิต” เล่มนี้ไม่ได้แต่งโดยรอมแพง และไม่ได้เกี่ยวกับพีพีเน่ หรือแม่กระเกต แต่เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับประวัติชีวิตของหลวงวาทวิทยาลัยวชิร ที่ท่านแต่งด้วยตนเองในรูปแบบนวนิยายมีครบรส ทั้งความเศร้า ความสุข ความรัก และเรื่องดราม่า จัดพิมพ์มาจำนวนจำกัด เพื่อแจกในวาระสำคัญนี้โดยเฉพาะ

นิทรรศการ “120 ปีชาตกาล หลวงวาทวิทยาลัยวชิร 8 ทศวรรษ การศึกษาทันตแพทย์ไทย” ครั้งนี้ ก็จบลงไปด้วยงานประชุมวิชาการประจำปี 2562 แต่อย่าลืมว่านิทรรศการครั้งนี้เป็นเพียงการอุ่นเครื่องเท่านั้น

รอบพบกับการประชุมวิชาการประจำปี 2563 ในรอบกลางปี จะมีการจัดนิทรรศการพิเศษขึ้นอีกครั้ง เกี่ยวกับประวัติศาสตร์ของทันตกรรมไทย ที่มีเนื้อหาน่าสนใจแตกต่างไปจากเดิม พร้อมด้วยกิจกรรมให้ร่วมสนุก ลุ้นรับของรางวัล และมีรูปแบบการจัดงานที่อลังการกว่าเดิมอย่างแน่นอน !!!

ส่วนที่ 4 ผลงานของทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย – เล่าถึงผลงานที่สำคัญตลอด 75 ปีที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านสังคม ด้านวิชาการ และ ด้านวิจัย



กิจกรรมที่ 2 ตอบคำถามชิงรางวัล – ตอบคำถามง่าย ๆ เกี่ยวกับเนื้อหาในนิทรรศการนี้ แล้วจับฉลากลุ้นรับของรางวัลทันที



กิจกรรมที่ 3 สุ่มซื้อลุ้นทอง – สำหรับผู้ลงทะเบียนเข้าประชุม ที่ตอบคำถามชิงรางวัลได้ถูกต้อง จะมีสิทธิ์ร่วมลุ้นรับทองคำจำนวน 5 รางวัล สุ่มซื้อในวันสุดท้ายของการประชุมที่ห้องประชุมใหญ่ แล้วแจกทองคำกันจริง ๆ ที่หน้าเวทีกันเลย





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