

# ThAPD news

วารสารสมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย  
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1/2566

- 🦷 ถอดบทเรียนจากกิจกรรม  
From Tasty Recipe to  
Healthy Teeth
- 🦷 เข้าใจด้อม Alpha  
หมดปัญหาเรื่องปรับพฤติกรรม
- 🦷 Available Esthetic Restorations  
for Primary Posterior Teeth and  
Considerations
- 🦷 ตามติดกิจกรรม

นางแบบปก : “มาลิญ”  
ด.ญ.มาลิญ หล้ากุล





# สาส์นจาก นายกสมาคมฯ

ขอขอบคุณท่านสมาชิกทุกท่านที่ไว้วางใจและมอบหมายให้ฉันทำหน้าที่นายกสมาคมฯ อีกวาระหนึ่ง หลังจากที่เคยเป็นประธานชมรมทันตกรรมสำหรับเด็กครั้งหนึ่งในวาระปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2554

สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย เริ่มต้นจากกลุ่มทันตแพทย์ที่สนใจและปฏิบัติงานทางด้านทันตกรรมสำหรับเด็กรวมตัวกันตั้งเป็น “ชมรมทันตกรรมสำหรับเด็ก” มีกิจกรรมประชุมวิชาการกันอย่างต่อเนื่อง ได้จัดตั้งเป็น “สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย” เมื่อปี พ.ศ. 2562 เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาคมทันตกรรมเด็กนานาชาติทั้งในเอเชีย และนานาชาติ เช่น Pediatric Dentistry Association of Asia (PDAA) และ International Association of Pediatric Dentistry (IAPD) ระยะเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน สมาคมฯ ได้มีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตอย่างมากมาย มีสมาชิกเพิ่มขึ้น มีกิจกรรมและผลงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของเด็กเหมือนกัน สร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์แก่สังคม

สมาคมฯ ได้จัดตั้งกรรมการชุดใหม่สำหรับช่วงการทำงานตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 ถึง 2567 กรรมการเก่าหลายท่านได้กลับเข้ามาช่วยงานของสมาคมฯ ขณะเดียวกัน เราก็ได้กรรมการใหม่อีกหลายท่านที่แข่งขันอาสาเข้ามาช่วยงานดำรงนามด้านล่างนี้

ช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ. 2019-2020) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้กิจกรรมการประชุมวิชาการแบบพบปะกันลดลงมาก การเดินทางออกนอกประเทศเพื่อไปร่วมประชุมในต่างประเทศแทบไม่มีเลย เราต้องจัดการประชุมกันแบบเสมือนจริงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยตั้งความหวังว่า ตั้งแต่นี้ไปเราจะได้กลับมาจัดการประชุมแบบ face to face ได้พบปะพูดคุยกันให้หายคิดถึง ทั้งนี้ สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย ได้รับเกียรติจากคณะกรรมการ PDAA ให้เป็นเจ้าภาพร่วมจัดประชุมวิชาการ “PDAA 2024” ซึ่งเราเคยเป็นเจ้าภาพจัดงาน PDAA มาแล้วเมื่อปีค.ศ. 2004 ผ่านไปแล้ว 20 ปี ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพอีกครั้งหนึ่ง โดยงานจะจัดที่กรุงเทพมหานครในปีหน้าค.ศ. 2024



งานใหญ่กำลังรอเราอยู่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความร่วมมือร่วมใจจากสมาชิกทุกท่าน

สุดท้ายนี้ดิฉันต้องขอขอบคุณสมาชิกทุกท่าน ผู้สนับสนุนทุกท่าน ทุกองค์กร คณะกรรมการ  
ทุกๆ ท่านที่ผ่านมาและชุดปัจจุบันที่ได้ช่วยให้สมาคมฯ ได้ก้าวมาถึงวันนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า  
สมาคมฯ จะได้รับการสนับสนุนเช่นที่ผ่านมาเพื่อร่วมกันทำประโยชน์ให้กับวงการทันตกรรมและสังคม  
ต่อไป

ด้วยความเคารพยิ่ง

รศ.ทพญ.ปริม อวยชัย

นายกสมาคมฯ

อุปนายกสมาคมฯ

ประธานฝ่ายจัดงาน

ประชุม PDAA

กรรมการฝ่ายเลขานุการ

กรรมการฝ่ายทะเบียน

กรรมการฝ่ายวิชาการ

กรรมการฝ่ายเหรียญกษาปณ์

กรรมการฝ่ายปฏิคม

กรรมการฝ่ายสาราณียากร  
และประชาสัมพันธ์

อนุกรรมการกลาง  
(ผู้ช่วยเลขานุการ  
และประสานงาน)

รศ.ทพญ.ปริม อวยชัย

พ.อ.ทพญ.ศุทธิษา แต่บรรพกุล

รศ.ทพญ.ภัทรวดี ลีลาทวิวุฒิ

ทพญ.ตรีษา ศาสตรระจุ

อ.ทพญ.ดร.อรนุช เตชะธราทิพย์

พ.ท.ทพญ.มโนวดี สารพานิช

อ.ดร.ทพญ.รติชนก นันทนีย์

ผศ.ทพญ.ขวัญชนก อยู่เจริญ

ผศ.ดร.ทพญ.ปฎิมาพร พึ่งชาญชัยกุล

รศ.ทพญ.อภิวันท์ สมุทรศิริ

รศ.ทพญ.ดร.วลีรัตน์ ศุภวรรณ

ผศ.ทพญ.อรนิตา วัฒนรัตน์

ผศ.ทพญ.ดร.ศิริพร ส่งศิริประดับบุญ

อ.ทพญ.ดร.วิจิตา ฉวีวรรณกร

อ.ทพญ.ดร.นรีณี ชินะจิตะพันธ์

ทพญ.เมธพร ทรงเวชเกษม

ทพญ.สุนิศา ชีรานนท์

รศ.ทพญ.ประภาศรี ธีรัตนพงษ์

พ.ต.ทพญ.กุลนันท์ หนูแก้ว

ทพญ.นิรมล ใจเชื้อ

ทพญ.จิตรวดี จิตตั้งสมบูรณ์

ทพญ.กมลชนก เดี่ยวสุรินทร์

รศ.ดร.ทพญ.วรรณกร ศรีอาจ

ทพญ.กุลนันท์ พันธุ์ศรีมังกร

ทพญ.นิรินธน์ มโนทรัพย์ศักดิ์

อ.ทพญ.ลิลินดา ศรีสุนทรไท

ทพญ.ชุติมณฑน์ สมประจบ







**PDAA**  
2024 Bangkok

THE 13TH BIENNIAL CONGRESS OF  
PEDIATRIC DENTISTRY ASSOCIATION OF ASIA

# PDAA

## 2024 BANGKOK

Reunite for Children's Healthy Smiles



OCTOBER 30 - NOVEMBER 1, 2024  
EASTIN GRAND HOTEL, PHAYATHAI



**CALL FOR ABSTRACT**  
January 15 - May 15, 2024

**EARLY REGISTRATION**  
January 15 - August 15, 2024



[www.pdaa2024.org](http://www.pdaa2024.org)

**Local Organizing Committee**

✉ [pdaa2024@gmail.com](mailto:pdaa2024@gmail.com)

☎ +66 94 681 2992



# Filtek™ Supreme Flowable Restorative



No material  
“run-on”  
and air trap



Easy to hold and inject

## Goodbye Bubbles and Run-on Waste.



## สารบัญ

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| สาส์นจากนายกสมาคม                                                                    | 1  |
| ถอดบทเรียนจากกิจกรรม<br>From Tasty Recipe to<br>Healthy Teeth                        | 4  |
| เข้าใจด้อม Alpha<br>หมดปัญหาเรื่องปรับพฤติกรรม                                       | 14 |
| Available Esthetic Restorations<br>for Primary Posterior Teeth and<br>Considerations | 20 |
| ตามติดกิจกรรม                                                                        | 26 |

### บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ขอต้อนรับเพื่อนสมาชิกทุกท่านด้วยรอยยิ้มที่น่ารักของนางแบบปก **ชญ. มาลีญ หลีกุล** ลูกสาวคุณหมอมอม **พ.ท.หญิง มโนวดี สารพานิช** ขอขอบคุณนางแบบและคุณแม่ด้วยค่ะ

ThAPD news ฉบับนี้ เป็นฉบับแรกที่มาพบท่านในรูปแบบดิจิทัล ไม่ได้เป็นรูปแบบกระดาษอย่างเคย เนื่องจากการพิมพ์เป็นรูปเล่มและจัดส่งถึงผู้รับที่ผ่านมา มีการตีกลับเป็นจำนวนไม่น้อยทุกๆ ปี ประกอบกับ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้การเผยแพร่ข่าวสารทางดิจิทัลทำได้ง่ายขึ้น เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว อ่านซ้ำได้สะดวก รวมทั้งเป็นการลดการใช้กระดาษเพื่อสิ่งแวดล้อมอีกด้วย ทางคณะผู้จัดทำและกรรมการสมาคมฯ วาระปัจจุบัน จึงมีมติให้จัดทำเป็นรูปแบบดิจิทัลเพียงอย่างเดียว สามารถอ่าน ThAPD news ได้ที่ [www.thapd.org](http://www.thapd.org) และขอขอบคุณสมาชิกที่ร่วมตอบแบบสำรวจรูปแบบการจัดทำวารสารด้วยค่ะ





ติดตามเราได้ที่  
[www.thapd.org](http://www.thapd.org)  
เพจ THAPD for dentist  
เพจ สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย

ในปีนี้อสมาคมฯ ได้จัดกิจกรรมเรียนรู้การเลือกอาหารสุขภาพพร้อมกับเวิร์คช็อปทำอาหาร เมื่อเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา เป็นกิจกรรมรูปแบบใหม่ของทางสมาคมฯ ทั้งสนุกสนานและได้ความรู้ว่าเราจะเลือกอาหารสุขภาพให้ตนเอง ให้คนในครอบครัวและแนะนำกับคนไข้ตัวน้อยของเราอย่างไรดี คณะทำงานได้รวบรวมเนื้อหาเอาไว้ให้ในฉบับนี้ด้วยแล้วค่ะ และไปทำความรู้จักเด็ก “เงินแอลฟา” กลุ่มอายุ 0-12 ปี ให้มากขึ้นด้วยกันค่ะ คนไข้ของเราเป็นอย่างไร รู้เขารู้เราจะได้เข้าใจและทำฟันกันราบรื่น นอกจากนั้น ในยุคนี้การบูรณะฟันเด็กไม่เพียงเพื่อให้ใช้งานได้ หรือรักษาอาการเจ็บปวดเท่านั้น แต่ยังต้องการความสวยงามอีกด้วย แม้จะเป็นการบูรณะฟันหลังน้ำนมก็ตาม มีวิธีใดบ้างอ่านได้ในวารสารฉบับนี้เลยคะ

ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ติดตามเป็นกำลังใจกันมาตลอด สามารถติดตามข้อมูลข่าวสารของสมาคมฯ ได้ทางเพจ ThAPD for Dentists หากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สามารถส่งความคิดเห็นมาทาง inbox ของเพจได้ค่ะ ในส่วนความรู้ภาคประชาชน เพื่อนสมาชิกสามารถแนะนำเพจ สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย ให้กับคนไข้และผู้สนใจได้อ่านสาระความรู้ด้านการดูแลฟันเด็กได้นะคะ

ขอบคุณมากค่ะ





## ถอดบทเรียนจากกิจกรรม From Tasty Recipe to Healthy Teeth

ทพญ.ดร.นรีน ชินะจิตพันธุ์  
ทพญ.ดร.วิจิตา ฉวีวรรณการ  
ผศ.ทพญ.ขวัญชนก อยู่เจริญ

ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมป้องกัน  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย ได้จัดกิจกรรมเรียนรู้การเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยการบรรยาย ในหัวข้อ Healthier Choices for Personal Balance Diet, Tips and Tricks Dietitians Never Tell You โดย คุณเชร่าห์ เจนเสน และกิจกรรมเวิร์คช็อปทำอาหารเมนูพิเศษ **“From Tasty Recipe to Healthy Teeth กินอร่อย ไม่อ้วนส์ฟันผุ”** ในวันพุธที่ 17 พฤษภาคม 2566 ที่ The Racquet Club Sukhumvit 49

โดยในครั้งนี้ทางสมาคมทันตกรรมเด็กได้รับเกียรติจากวิทยากร คุณเช-เชร่าห์ เจนเสน นักโภชนาการบำบัดคุณแม่ลูกหนึ่ง ดิกริปริญญาโทด้านโภชนาศาสตร์และสาขาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ อีกทั้งยังได้ประกาศนียบัตร Nutrition consultant and natural chef training program จากสหรัฐอเมริกา คุณเชมีประสบการณ์เป็นเชฟในร้านอาหารฝรั่งเศสระดับมิชลินสตาร์ และยังเคยทำงานเป็นโภชนาการดูแลอาหารให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล Better Being ซึ่งในครั้งนี้คุณเชได้มาให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาหารทางเลือกสุขภาพ (Healthier food choice) โดยจะเป็นการให้คำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดีต่อสุขภาพและภาวะร่างกายของตน

ถ้าพูดถึงปัญหาของสุขภาพช่องปากแล้วนั้น หลายคนอาจจะนึกถึงแค่เฉพาะปัญหาภายในช่องปาก เช่น กลิ่นปาก ฟันผุ หรือโรคเหงือกและปริทันต์ แต่ในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่าโรคเรื้อรังหลายชนิดมีความสัมพันธ์กับโรคในช่องปาก เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอด เป็นต้น ดังนั้นสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพร่างกายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เราจึงไม่ควรมองข้ามปัญหาสุขภาพช่องปากซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กด้วย เช่น ปัญหาการรับประทานอาหารและการบดเคี้ยว ถ้าเด็กเคี้ยวอาหารไม่สะดวกทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติทำให้มีปัญหากลายเป็นเด็กเลือกกิน (Picky eating) ไม่อยากรับประทานอาหารจำพวกโปรตีน ผัก เพราะเคี้ยวอาหารลำบาก ส่งผลให้ขาดความหลากหลายของอาหารที่รับประทานและทำให้ขาดสารอาหาร รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุบางชนิด อีกทั้งการไม่รับประทานผัก ผลไม้ก็อาจทำให้ท้องผูก การไม่รับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์หรือโปรตีนทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ส่งผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า ปัญหาทางสภาพจิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคม ในเด็กที่ต้องสูญเสียฟันไปก่อนกำหนด ส่งผลต่อภาพลักษณ์ทำให้เด็กขาดความมั่นใจ



พอมิมีฟัน เด็กไม่กลัวยิ้ม หรืออาจพูดและออกเสียงไม่ชัด ทำให้โดนเพื่อนล้อ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าสังคม ปัญหาสุขภาพช่องปากยังทำให้เกิดความเจ็บปวดและความกังวล ส่งผลกระทบต่อการเรียนและอาจส่งผลต่อเนื่องทำให้เด็กหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ดังนั้นการมีสุขภาพช่องปากที่ดีจะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

การเลือกรับประทานอาหารที่ดีและเหมาะสมถือเป็นหนึ่งในวิธีการป้องกันปัญหาสุขภาพร่างกายรวมถึงสุขภาพช่องปาก อาหารหลายชนิดช่วยส่งเสริมทำให้สุขภาพช่องปากและฟันแข็งแรง เช่น

- ธัญพืชเต็มเมล็ดหรือธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดสี มีวิตามินบี และ ธาตุเหล็กสูง ทำให้เหงือกแข็งแรง
- ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นม โยเกิร์ต มีแคลเซียม ฟอสฟอรัส ช่วยเสริมสร้างฟัน
- ผัก ผลไม้ นอกจากมีไฟเบอร์และวิตามินแล้วยังมีส่วนช่วยในการขัดทำความสะอาดฟัน
- ไขมันที่ดีช่วยลดการอักเสบของเหงือกและฟันได้

ในทางตรงกันข้าม เราควรหลีกเลี่ยงการทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารขยะ (Junk food) ที่มีแป้ง น้ำตาล ไขมัน เกลือ หรือความเป็นกรดสูง เราทราบกันดีอยู่แล้วว่าอาหารชนิดใด คือ อาหารสุขภาพ (Healthy food) และอาหารชนิดใดเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Unhealthy food) แต่เราจะสามารถใช้ชีวิตอยู่โดยเลือกกินแต่ Healthy food อย่างเดียวได้หรือไม่ การบังคับเด็กให้เลือกรับประทานแต่อาหารสุขภาพอย่างเดียวนั้นเป็นไปได้ยาก ดังนั้นสิ่งสำคัญ คือ การหาสมดุลระหว่างการรับประทานอาหารทั้ง 2 ประเภท ซึ่งสมดุลของเด็กแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน ดังนั้น

โภชนาการจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและคำนวณปริมาณที่เหมาะสมให้แก่เด็กแต่ละคน

การรับประทานอาหารให้สมดุลกับความต้องการของร่างกายนั้น สามารถทำได้โดยการประเมินปริมาณความต้องการพลังงานที่เด็กควรได้รับประจำวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับกิจกรรมการใช้พลังงานของร่างกาย โดยค่าความต้องการพลังงานต่อวันของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี คือ 70 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน และจะลดลงเป็น 25-35 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนความต้องการโปรตีนนั้น เด็กในวัย 3-8 ปี ควรรับประทานโปรตีน 0.95 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

การเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้ได้รับปริมาณพลังงานที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายนั้นจะพิจารณาจากแหล่งสารอาหารต่างๆ ที่ให้พลังงานเป็นหลัก ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และต้องคำนึงถึง ผัก ผลไม้ และน้ำตาล การเลือกรับประทานอาหารนั้นสามารถใช้หลักการอาหารแลกเปลี่ยนโดยสามารถปรับเปลี่ยนอาหารที่อยู่ในหมวดหมู่เดียวกันมาทดแทนกันได้ซึ่งก็ยังจะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารใกล้เคียงกัน

ปริมาณอาหารในแต่ละหมวดหมู่เรียกว่า สัดส่วนบริโภค (Portion size) มีหน่วยนับอาหาร เรียกว่า ส่วน ซึ่งแต่ละส่วนจะมีปริมาณอาหารแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดอาหาร แต่ภายในหมวดอาหารเดียวกัน ปริมาณ 1 ส่วน จะให้พลังงานและสารอาหารใกล้เคียงกัน ดังนั้นการชั่งตวงวัดอาหารควรใช้อุปกรณ์การวัดมาตรฐานจะได้ค่าคงที่ในการรับประทานอาหารแต่ละครั้ง

ตารางแสดงปริมาณอาหารที่ควรได้รับใน 1 วัน แยกตามช่วงอายุ

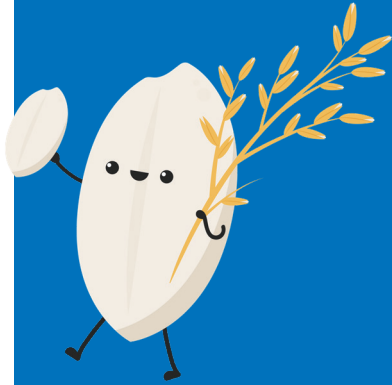
| กลุ่มอาหาร        | 2-3 ปี    | 3-4 ปี    | 4-6 ปี    | >6 ปี     |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                   | 1000 kcal | 1200 kcal | 1400 kcal | 1600 kcal |
| ข้าว แป้ง (ส่วน)  | 5         | 6         | 7         | 8         |
| ผักสุก (ส่วน)     | 2         | 3         | 3         | 4         |
| ผลไม้ (ส่วน)      | 2         | 3         | 3         | 3         |
| เนื้อสัตว์ (ส่วน) | 2         | 2.5       | 3         | 3         |
| นม (ส่วน)         | 2         | 2         | 2         | 2         |
| น้ำมัน (ส่วน)     | 2 ½       | 3         | 3 ½       | 4 ½       |
| น้ำตาล (ช้อนชา)   | <2        | <2        | <2        | <4        |

ดัดแปลงจาก สำนักโภชนาการ กรมอนามัย



โดยเราจะแบ่งอาหารออกเป็น 7 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว แป้งและธัญพืช กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนม กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์และไข่ กลุ่มไขมัน และกลุ่มน้ำตาล

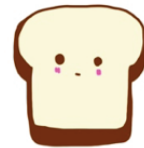
### กลุ่มข้าว แป้งและธัญพืช



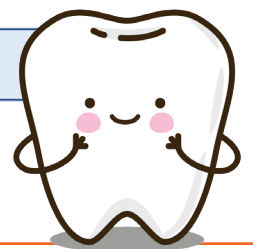
อาหารในกลุ่มข้าวและแป้ง เช่น ข้าวเหนียว ข้าวเจ้า ขนมหิน ขนมหินปิ้ง เส้นก๋วยเตี๋ยว ซึ่งเป็นแหล่งให้คาร์โบไฮเดรตที่สำคัญ โดย 1 ส่วน จะให้พลังงานประมาณ 80 กิโลแคลอรี โดยที่ 1 ส่วนของอาหารในหมวดเดียวกันจะมีปริมาณแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของอาหาร เช่น ข้าวสวย 1 ทัพพี เท่ากับ ขนมหิน 1 จีบ หรือ แครกเกอร์ 6 แผ่น หรือ ข้าวโพด ½ ฝักกลาง เป็นต้น

โดยที่เด็กในแต่ละช่วงวัยจะต้องการได้รับข้าวและแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ประจำวัน ในปริมาณที่ต่างกัน เช่น ในเด็กเล็กอายุ 2-3 ปีควรได้รับอาหารในกลุ่มนี้ 5 ส่วน/วัน ดังนั้นใน 1 วัน ผู้ปกครองสามารถเลือกอาหารในกลุ่มข้าวและแป้งได้หลากหลายรูปแบบ เช่น ข้าวสวย 3 ทัพพีในมื้อหลัก และ ขนมหิน 2 แผ่นเป็นอาหารว่างในวันนั้นๆ

#### หมวดข้าว แป้ง



| ปริมาณ 1 ส่วน     | ข้าวสวย | ข้าวเหนียว | ข้าวต้ม | ขนมปังแผ่น |
|-------------------|---------|------------|---------|------------|
|                   | 1 ทัพพี | ½ ทัพพี    | 2 ทัพพี | 1 แผ่น     |
| คาร์โบไฮเดรต (g)  | 18      |            |         |            |
| โปรตีน (g)        | 2       |            |         |            |
| ไขมัน (g)         | 0       |            |         |            |
| พลังงานรวม (kcal) | 80      |            |         |            |



### กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนม



อาหารในกลุ่มนี้จะนับรวมนมที่มีไขมันเต็มส่วน นมพร่องมันเนย นมขาดไขมัน โยเกิร์ต แต่ควรหลีกเลี่ยง นมที่มีการปรุงแต่งรส เช่น นมหวาน นมเปรี้ยว นม 1 ส่วนเท่ากับ 240 มิลลิลิตร โดยนมแต่ละประเภทจะให้ปริมาณ คาร์โบไฮเดรตและโปรตีนที่เท่ากัน แต่ให้พลังงานแตกต่างกันขึ้นกับปริมาณไขมันที่มีอยู่



## หมวดนม

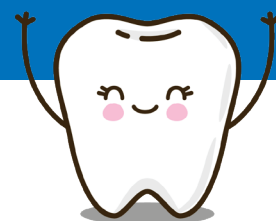


| ปริมาณ 1 ส่วน     | นมจืด(ไขมันเต็มส่วน) | นมพร่องมันเนย | นมขาดไขมัน |
|-------------------|----------------------|---------------|------------|
|                   | 240 ml               | 240 ml        | 240 ml     |
| คาร์โบไฮเดรต (g)  | 12                   |               |            |
| โปรตีน (g)        | 8                    |               |            |
| ไขมัน (g)         | 8                    | 5             | 0-1        |
| พลังงานรวม (kcal) | 150                  | 120           | 80-90      |

## กลุ่มผัก



ผักสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ผักที่ให้พลังงานต่ำมาก (ไม่คิดพลังงาน) เช่น ผักสลัด ผักใบเขียว แตงกวา มะเขือเทศสีดา เป็นต้น และผักที่ให้พลังงาน เช่น แครอท บรอกโคลี ข้าวโพดอ่อน ดอกกะหล่ำ เป็นต้น โดย 1 ส่วนของผักที่ให้พลังงาน เท่ากับ 100 กรัมของผักดิบ หรือ 50 กรัมของผักสุก ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี



## หมวดผัก



| ปริมาณ 1 ส่วน     | ผักที่ให้พลังงานต่ำมาก<br>(ผักใบเขียว ผักกาดขาว มะเขือเทศ) | ผักที่ให้พลังงาน<br>(แครอท หอมใหญ่ ผักคะน้า) |
|-------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                   | ปรุงสุก 50 g (1 ทัพพี)<br>หรือ ผักสด 100 g                 | ปรุงสุก 50 g (1 ทัพพี)<br>หรือ ผักสด 100 g   |
| คาร์โบไฮเดรต (g)  | 0                                                          | 5                                            |
| โปรตีน (g)        | 0                                                          | 2                                            |
| ไขมัน (g)         | 0                                                          | 0                                            |
| พลังงานรวม (kcal) | 0                                                          | 25                                           |



## กลุ่มผลไม้



ผลไม้ 1 ส่วน คือ ให้พลังงานประมาณ 60 กิโลแคลอรี โดยที่ 1 ส่วนของผลไม้แต่ละชนิดจะขึ้นอยู่กับขนาดและน้ำหนักของผลไม้ ผลไม้ให้คุณค่าทางโภชนาการทั้งวิตามินและกากใย แต่ต้องระมัดระวังเรื่องน้ำตาล ซึ่งผลไม้ต่างชนิดกันให้ปริมาณน้ำตาลที่แตกต่างกัน

### หมวดผลไม้

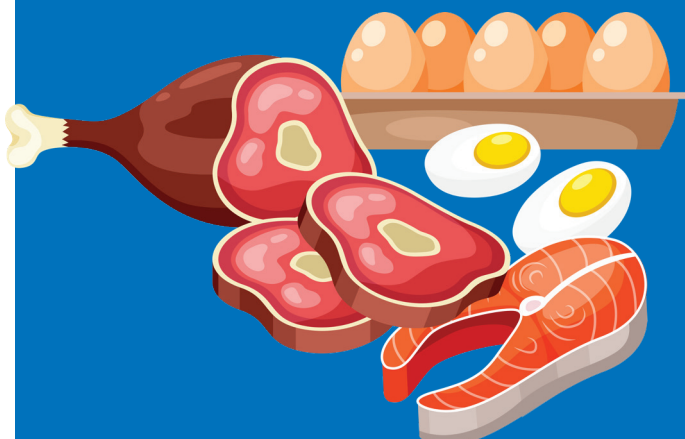


| ปริมาณ 1 ส่วน     | ผลไม้พวง/เล็ก<br>(องุ่น ลิ้นจี่) | ผลไม้ค่อนข้างเล็ก<br>(กล้วยน้ำว้า ส้ม) | ผลไม้ขนาดกลาง<br>(กล้วยหอม แก้วมังกร) | ผลไม้ขนาดใหญ่<br>(แตงโม มะละกอสุก) |
|-------------------|----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
|                   | 5-6 ผล                           | 1 ผล                                   | ½ ผล                                  | 6-8 ชิ้นคำ                         |
| คาร์โบไฮเดรต (g)  | 15                               |                                        |                                       |                                    |
| โปรตีน (g)        | 0                                |                                        |                                       |                                    |
| ไขมัน (g)         | 0                                |                                        |                                       |                                    |
| พลังงานรวม (kcal) | 60                               |                                        |                                       |                                    |

CARE  
YOUR  
TEETH

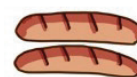
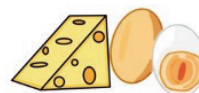
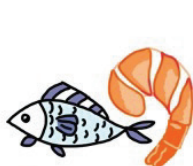


## กลุ่มเนื้อสัตว์ และไข่



โดย 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ให้พลังงานเฉลี่ย 35-100 กิโลแคลอรี ขึ้นอยู่กับปริมาณไขมันในเนื้อสัตว์ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง และ เนื้อสัตว์ไขมันสูง ซีสหรือเนยแข็งก็ถือว่าอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย

## หมวดเนื้อสัตว์



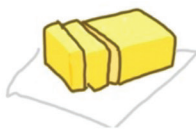
| ปริมาณ 1 ส่วน     | เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก<br>(กุ้ง เนื้อปลา ไข่ขาว) | เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ<br>(อกไก่ เนื้อหมูสันใน) | เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง<br>(ไข่ไก่ เนยแข็ง) | เนื้อสัตว์ไขมันสูง<br>(ไส้กรอก หมูบด) |
|-------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
|                   | 2 ช้อนโต๊ะ (30 g)                               | 2 ช้อนโต๊ะ (30 g)                           | 2 ช้อนโต๊ะ (30 g)                          | 2 ช้อนโต๊ะ (30 g)                     |
| คาร์โบไฮเดรต (g)  | 0                                               |                                             |                                            |                                       |
| โปรตีน (g)        | 7                                               |                                             |                                            |                                       |
| ไขมัน (g)         | 0-1                                             | 3                                           | 5                                          | 8                                     |
| พลังงานรวม (kcal) | 35                                              | 55                                          | 75                                         | 100                                   |

## กลุ่มไขมัน



อาหารในหมวดหมู่นี้ ประกอบไปด้วยน้ำมันชนิดต่างๆ เนย  
มาการีน และถั่ว โดยไขมัน 1 ส่วน มีไขมัน 5 กรัมให้พลังงาน  
45 กิโลแคลอรี

## หมวดไขมัน



| ปริมาณ 1 ส่วน     | น้ำมัน   | เนย      | ถั่วเมล็ดเล็ก<br>(ถั่วลิสง) | ถั่วเมล็ดใหญ่<br>(อัลมอนต์ เมล็ดมะม่วงหิมพานต์) |
|-------------------|----------|----------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
|                   | 1 ช้อนชา | 1 ช้อนชา | 1 กำมือ (15-20 เมล็ด)       | 1 กำมือ (6-8 เมล็ด)                             |
| คาร์โบไฮเดรต (g)  | 0        |          |                             |                                                 |
| โปรตีน (g)        | 0        |          |                             |                                                 |
| ไขมัน (g)         | 5        |          |                             |                                                 |
| พลังงานรวม (kcal) | 45       |          |                             |                                                 |

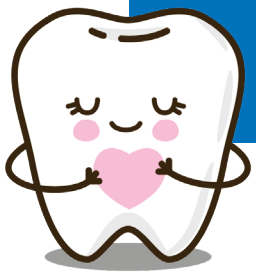


## กลุ่มน้ำตาล

น้ำตาลที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ในการปรุงอาหารหรือเครื่องดื่มนั้น ควรจำกัด ปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 1 ส่วน เท่ากับ 2 ช้อนชา (8 กรัม) ต่อวัน

องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำการบริโภคน้ำตาลอิสระ (Free sugar) ให้ไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และมีการพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อที่จะปรับลดลงให้ไม่เกินร้อยละ 5 ของพลังงานที่ได้รับ

น้ำตาลอิสระ หมายถึง น้ำตาลที่เติมลงไปในการปรุงอาหารและเครื่องดื่ม (added sugars) ทั้งน้ำตาลเชิงเดี่ยว (monosaccharide) น้ำตาลเชิงคู่ (disaccharide) และน้ำตาลธรรมชาติจาก น้ำผึ้ง ไซรัป น้ำผลไม้ และน้ำผลไม้เข้มข้นด้วย แต่ไม่ได้รวมถึงน้ำตาลในธรรมชาติในผลไม้สด และนม



**สารอาหารหลัก (Macronutrients)** เป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการในปริมาณมาก ประกอบไปด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และน้ำ

**กลุ่มคาร์โบไฮเดรต** เป็นแหล่งพลังงานสำคัญ ร่างกายจะย่อยคาร์โบไฮเดรตเป็นน้ำตาลกลูโคสและดูดซึมเข้ากระแสเลือด ส่วนที่เหลือจะเก็บสะสมเป็นไกลโคเจนและไขมัน นำมาใช้ยามที่ร่างกายต้องการ แบ่งออกเป็น

- **คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว หรือ Simple sugars** พบได้ใน ข้าวและแป้งที่ได้รับการขัดสี

- น้ำตาลเชิงเดี่ยว เป็นหน่วยเล็กที่สุดของคาร์โบไฮเดรตได้แก่ น้ำตาลกลูโคส (Glucose) เป็นน้ำตาลที่ได้จากผลไม้ ผลไม้แห้ง น้ำผึ้ง, น้ำตาลฟรุคโตส (Fructose) เป็นน้ำตาลที่ได้จากผลไม้ที่มีรสหวาน น้ำผึ้ง, น้ำตาลกาแลคโตส (Galactose) เป็นน้ำตาลที่ได้จากการย่อยนมและผลิตภัณฑ์จากนม
- น้ำตาลเชิงคู่ ประกอบด้วยน้ำตาลเชิงเดี่ยว 2 โมเลกุล ได้แก่ น้ำตาลทรีฮาโลส (Trehalose) พบได้ในเห็ด ยีสต์ และสาหร่าย, น้ำตาลซูโครส (Sucrose) คือน้ำตาลทรายหรือน้ำตาลอ้อยพบได้ใน พืชและผลไม้บางชนิด

และในอาหาร เครื่องดื่มรสหวาน, น้ำตาลแลคโตส (Lactose) พบได้ในนมและผลิตภัณฑ์จากนม, น้ำตาลมอลโตส (Maltose) พบได้ในผลิตภัณฑ์จากข้าวบาร์เลย์ เบเกอร์ และธัญพืชต่างๆ

- โอลิโกแซคคาไรด์ (Oligosaccharides) ประกอบด้วยน้ำตาลเชิงเดี่ยวมากกว่า 2 โมเลกุล ได้แก่ น้ำตาลแรฟฟิโนส (Raffinose) และสแตคิโอส (Stachyose) เป็นน้ำตาลที่พบได้ในพืชตระกูลถั่ว, น้ำตาลฟรุคโตโอลิโกแซคคาไรด์ (FOS) นับเป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาลที่สกัดมาจากพืช เช่น หัวหอม กระเทียม หน่อไม้ฝรั่ง อาร์ติโชค, น้ำตาลกาแลคโตโอลิโกแซคคาไรด์ (GOS) เป็นน้ำตาลที่สกัดมาจากถั่วเหลือง

- **คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน หรือ Complex sugars / Polysaccharides** พบได้ใน พืช ผักและผลไม้ มีเส้นใยอาหารสูงช่วยเรื่องการขับถ่ายถูกย่อยช้า อิ่มท้องนาน แบ่งออกเป็น

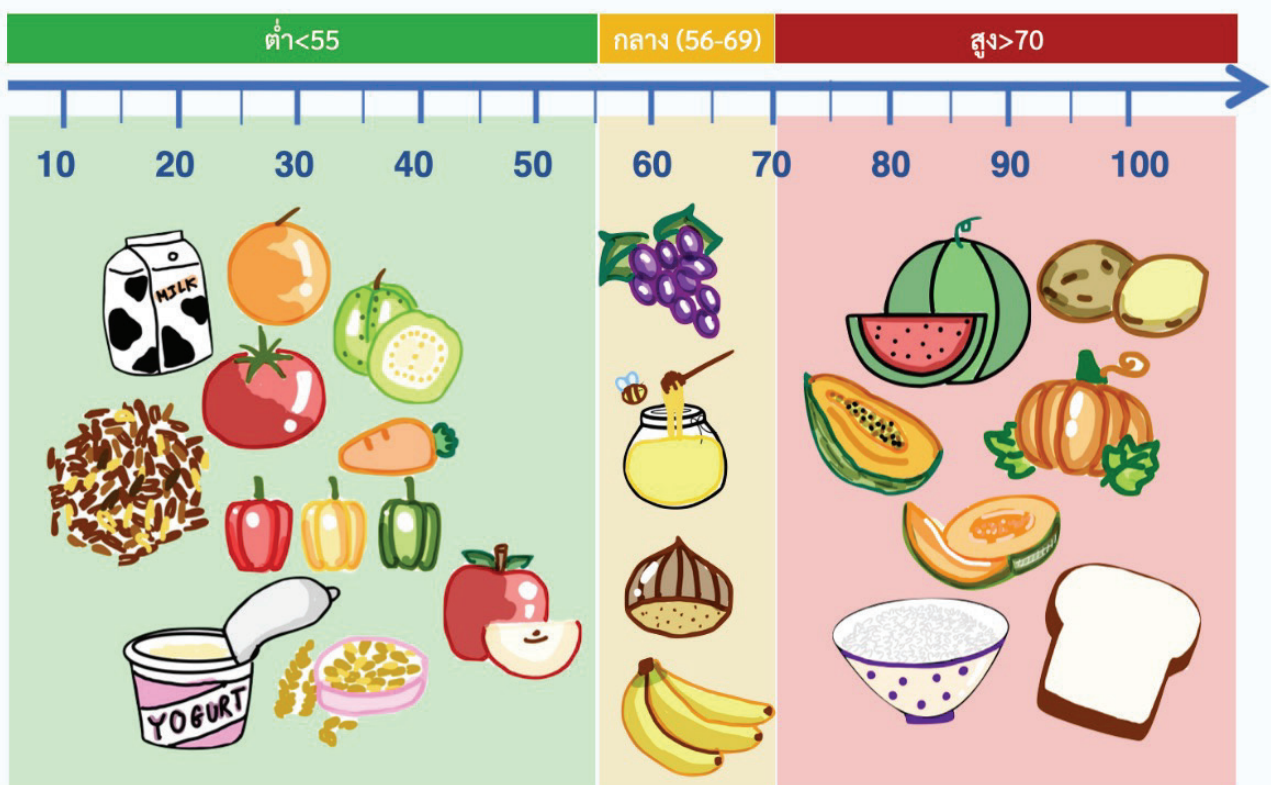
- แป้ง (Amylose) ได้แก่ ข้าว ขนมปัง แป้ง ข้าวโพด พาสต้า มันฝรั่ง มันสำปะหลัง ถั่ว ธัญพืช

- ไกลโคเจน (Glycogen)
- เซลลูโลส และ เฮมิ-เซลลูโลส (Cellulose and hemi-cellulose) ได้แก่ ผัก เปลือกผลไม้ ธัญพืช เมล็ดพืช
- เพคติน (Pectin), กัม (gums), มิวสิเลจส์ (mucilages) มีลักษณะเป็นยาง พบในผนังเซลล์พืช ได้แก่ ถั่ว ผลไม้และพืชตระกูลเบอร์รี่ ข้าว ข้าวบาร์เลย์ และข้าวโอ๊ต
- น้ำตาลแอลกอฮอล์ (Polyol) ได้แก่ ไอโซแมต (Isomat), ซิลิทอล (xylitol), ซอบิทอล (sorbitol) เป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาล ไม่ช่วยให้หมดความอยากน้ำตาล ไม่ถูกย่อยภายในช่องปาก ไม่ทำให้เกิดฟันผุ ไม่ถูกดูดซึม

ในลำไส้เล็กแต่เมื่อผ่านไปในลำไส้ใหญ่แบคทีเรียจะย่อยได้เป็นกรดไขมันสายสั้นๆ และก๊าซ ดังนั้นการกินในปริมาณมากเกินไปจะทำให้เกิดท้องเสียหรือ osmotic diarrhea ได้

**Glycemic index (GI, ดัชนีน้ำตาล)** เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความเร็วของการย่อยและดูดซึมน้ำตาลเข้ากระแสเลือดภายหลังรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำตาลกลูโคส (GI = 100) โดยแบ่งเป็น GI ระดับต่ำ (<55), GI ระดับปานกลาง (56-69) และ GI ระดับสูง (>70) โดยอาหารที่มีค่า GI ระดับสูงหมายความว่าอาหารชนิดนั้นจะถูกย่อยและดูดซึมอย่างรวดเร็วหลังรับประทาน เช่น ข้าวและแป้งที่ผ่านการขัดสีหรืออาหารที่เติมน้ำตาล ทำให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและฟันผุ

### Glycemic index (ดัชนีน้ำตาล)



**pH spectrum** เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความเป็นกรดของอาหาร โดยอาหารที่มีความเป็นกรดมากมักสอดคล้องกับอาหารที่มีน้ำตาลสูงและผ่านกระบวนการการปรุงแต่ง

และแปรรูปมา อาหารที่มีความเป็นกรดก็จะทำให้ผู้รับประทานเสี่ยงต่อการเกิดฟันสึกกร่อนและฟันผุได้



**กลุ่มโปรตีน** เป็นสารอาหารที่ใช้ในการเสริมสร้าง การเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เปรียบเทียบเหมือน วัสดุสร้างร่างกายจะย่อยโปรตีนเป็นกรดอะมิโน (Amino acids หรือ AA) และดูดซึมเข้ากระแสเลือด แบ่งออกเป็น

- **กรดอะมิโนจำเป็น (Essential AA)** ร่างกาย สร้างเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับจากภายนอก พบได้ใน เนื้อสัตว์ ไข่ขาว นม ชีส
- **กรดอะมิโนจำเป็นอย่างมีเงื่อนไข (Conditionally essential AA)** ร่างกายสามารถสร้างเองได้ใน สภาวะปกติ แต่ไม่เพียงพอในสภาวะที่ร่างกาย มีความเครียด เช่น เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ
- **กรดอะมิโนไม่จำเป็น (Non-essential AA)** ร่างกายจัดการสังเคราะห์เองได้

อย่างไรก็ตามคนบางกลุ่มอาจไม่สามารถรับโปรตีน จากอาหารได้เพียงพอ เช่น คนที่รับประทานอาหารมังสวิรัต หรือรับประทานอาหารเจ เนื่องจากโปรตีนจากพืชมีกรด อะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายไม่ครบถ้วนเหมือนโปรตีนที่ ได้จากสัตว์ จึงจำเป็นต้องมีการจับคู่โปรตีนจากพืชและ ธัญพืชเข้าด้วยกันเป็น Complementary proteins เพื่อ ทดแทนกรดอะมิโนจำเป็นที่มีปริมาณจำกัดและเพื่อให้ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้ เช่น การจับคู่ ข้าวกับถั่ว เนยถั่วกับขนมปังโฮลวีต คุกกี้ธัญพืช เป็นต้น

**กลุ่มไขมัน** เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง ปรับ ระดับฮอร์โมน และดูดซึมวิตามิน (Fat Soluble Vitamins) ร่างกายจะย่อยไขมันเป็นกรดไขมันและกลีเซอรอลและ ดูดซึมเข้ากระแสเลือด แบ่งออกเป็น

- **ไขมันอิ่มตัว (Saturated fat)** ร่างกายสร้างเองได้ ถ้าบริโภคมากเกินไปจะทำให้คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูง
- **ไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated fat)** เป็นไขมันที่ จำเป็นต่อร่างกาย
  - กรดไขมันที่มีพันธะคู่ 1 แห่ง (Monounsaturated fat) พบในพืชและน้ำมันพืช เช่น น้ำมัน มะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันงา น้ำมัน ถั่วลิสง น้ำมันคาโนล่า อโวคาโด

- กรดไขมันที่มีพันธะคู่มากกว่า 1 แห่ง (Poly unsaturated fat) ได้แก่ Omega -3, -6 พบในปลาทะเล เช่น แซลมอน แมคเคอเรล ชาร์ดีน ทูน่า ถั่ว และธัญพืช เช่น วอลนัท เมล็ดเจีย น้ำมันถั่วเหลือง

- **ไขมันชนิดทรานส์ (Trans Fatty acids)** พบ ตามธรรมชาติเล็กน้อยได้ในเนื้อสัตว์และ ผลิตภัณฑ์จากนมของสัตว์กินพืช และพบในการ สังเคราะห์ Hydrogenated fat จำนวนมากได้แก่ มาการีน (เนยเทียม) เนยขาว เป็นต้น ซึ่งมี หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชี้ว่ามีผลกระทบต่อ สุขภาพร่างกายในระยะยาว

**น้ำ** เป็นปัจจัยสำคัญของกระบวนการต่างๆ ในร่างกาย เช่น ขับของเสีย รักษาสมดุลกรดด่าง รักษาอุณหภูมิ เป็นต้น โดยร่างกายของแต่ละคนต้องการน้ำในปริมาณที่ แตกต่างกันในแต่ละวัน

**ฉลากอาหาร หรือ Food labeling** เป็นข้อความ ที่แสดงปริมาณของสารอาหารและพลังงานของอาหารไว้ ที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อ มักพบได้ในอาหารที่ซื้อตาม ร้านสะดวกซื้อ หากพิจารณาฉลากอาหารแล้วในการเลือก รับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลใกล้เคียงกันควร พิจารณาถึงคุณค่าสารอาหาร ปริมาณเสิร์ฟ (serving size) และองค์ประกอบอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ทางเลือก ที่เหมาะสมที่สุด เช่น ชอคโกแลต เวเฟอร์ เทียบกับ นมจืด 100 มล. มีน้ำตาลประมาณ 4-8 กรัม เท่ากัน แต่นมจืดมีสารอาหารอื่นๆ ที่มีคุณค่ากว่า เป็นต้น ใน ปัจจุบันจะมีอาหารทางเลือกที่ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม สามารถสังเกตได้จากสัญลักษณ์ โภชนาการทางเลือก เพื่อสุขภาพ (Healthier choice)



อย่างที่เราทราบกันว่า ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมีผลต่อการเกิดฟันผุมากกว่าปริมาณน้ำตาลในการทาน การบริโภคน้ำตาลในมือหลักมักไม่ส่งผลต่อการเกิดฟันผุเมื่อเทียบกับนอกมืออาหาร โดยการบริโภคน้ำตาลน้อยกว่า 25 กรัมต่อวัน มีผลต่อการเกิดฟันผุน้อย ในขณะที่ 40-90 กรัม จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ ซึ่งปริมาณดังกล่าวสอดคล้องกับคำแนะนำของ WHO และสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้เกิดฟันผุคือ พฤติกรรมการรับประทาน เช่น การหลับคาขวดนม การเติมน้ำผลไม้หรือน้ำตาลลงในขวดนม

จากการบรรยายในครั้งนี้คุณเซียงให้เทคนิคว่า การกระตุ้นให้เด็กรับประทานมือหลักครบ 3 มือ มือเสริม 2 มือ และครบหมู่อาหาร มักมาจากกิจกรรมและสิ่งที่ทำร่วมกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง โดยมีการอธิบายอย่างเป็นเหตุเป็นผล เช่น กิจกรรมการไปซื้อของกับลูก ให้ลูกช่วยเลือกหรือดูแล้วตัดสินใจ การจัดตารางให้มีนิสัย การทำอาหารกับลูก เป็นต้น



ภาพบรรยากาศการเข้าร่วมการฟังบรรยาย ในหัวข้อ Healthier Choices for Personal Balance Diet, Tips and Tricks Dietitians Never Tell You โดย คุณเซวาร์ท เจนเสน, The Racquet Club Sukhumvit49



ภาพบรรยากาศกิจกรรมเวิร์คช็อปทำอาหารเมนูพิเศษ “From Tasty Recipe to Healthy Teeth กินอร่อย ไม่นอยส์ฟันผุ”, A Little Something, The Racquet Club Sukhumvit49



# เข้าใจด้อม Alpha หมดปัญหาเรื่องปรับตัวกิจกรรม

ผศ.ทพญ.ดร.ณัฐนันท์ โกวิทวัฒนา  
รศ.ทพญ.ดร.วรรณกร ศรีอาจ  
ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## GENERATION ALPHA

เราคงปฏิเสธไม่ได้ว่าในยุคนี้ กำลังเผชิญความท้าทายของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปีที่ผ่านมา มีอัตราเด็กเกิดใหม่ต่ำสุดในประวัติศาสตร์!!! ในขณะที่อัตราผู้สูงอายุกลับสวนทางเป็นเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เด็กในยุคปัจจุบันต้องเผชิญกับการแข่งขันและความท้าทายต่างๆ สำหรับทันตแพทย์สำหรับเด็กเอง ก็ต้องเตรียมตัวรับมือกับเหล่าวัยรุ่นฟันน้ำนมให้พร้อม!

วันนี้เราจะมาทำความรู้จักกับ **เจนเนอเรชั่น อัลฟ่า (Generation Alpha)** หรือที่เราเรียกกันว่า “**เจนอัลฟ่า**” กันค่ะ ต้องบอกก่อนเลยว่า เจนอัลฟ่า ถือเป็นเจนเนอเรชั่นที่ฉลาดที่สุดที่เคยถือกำเนิดขึ้นในโลกมนุษย์เลยทีเดียว! โดยเจนอัลฟ่า คือเด็กที่เกิดตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2024 (พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2567) อาจเป็นลูกของเจนวาย (generation Y) และอาจเป็นน้องน้อยของเจนซี (generation Z) และคิดว่าผู้อ่านของเราไม่มากนักก็น่าจะเป็นคุณพ่อคุณแม่เจนวายที่กำลังรับมือกับลูกเจนอัลฟ่าอยู่เช่นกัน โดยถ้าใครอยากรู้ว่าตัวเองเป็นคนเจนไหนก็ดูจากปีเกิดของตัวเองตามตารางด้านล่างได้เลยค่ะ

| ค.ศ. (เกิด) | พ.ศ. (เกิด) | Generation       |
|-------------|-------------|------------------|
| 1946-1964   | 2489-2507   | Baby Boomers     |
| 1965-1976   | 2508-2519   | Generation X     |
| 1977-1994   | 2520-2537   | Generation Y     |
| 1995-2009   | 2538-2552   | Generation Z     |
| 2010-2024   | 2553-2567   | Generation Alpha |



เด็กเจนอัลฟ่า เป็นเด็กที่ถือว่เป็นชาวดิจิทัลโดยกำเนิด (digital natives) คือเกิดมาในช่วงที่โลกทั้งโลกสามารถสั่งการหรือทำทุกอย่างผ่านระบบดิจิทัลเพียงแค่ปลายนิ้วได้แทบทุกอย่าง เด็กเจนนี้ไม่เคยได้สัมผัสกับโลกที่ไม่มี smartphone หรือ social media มาก่อนเลย เรียกว่าเป็นรุ่นที่ถือกำเนิดมาพร้อมกับ Ipad เครื่องแรกของโลก มาพร้อมกับการเปิดตัวครั้งแรกของ Instagram และการค้นหา App ต่างๆ กันอย่างกว้างขวางเลยทีเดียว และด้วยความสามารถเข้าถึง social media ได้ง่ายนี้เอง เด็กเจนนี้จึงได้เห็นความหลากหลายของวัฒนธรรมและภาษาดั้งแต่ยังเล็ก จึงทำให้ค่อนข้างเปิดกว้างกับความต่าง

และสามารถเชื่อมต่อกับคนอื่นๆ ในส่วนต่างๆ ของโลกได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามด้วยเทคโนโลยีต่างๆ นี้เอง ทำให้เด็กเจนนี้มีความสนใจหรือมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งสั้นลง เราในฐานะทันตแพทย์สำหรับเด็กก็จะต้องปรับตัวเพื่อทำความรู้จักเด็กเจนนี้ให้มากขึ้น เพื่อที่เราจะได้สามารถหาวิธีในการรับมือได้อย่างเหมาะสม เพราะนอกจากทุกวันนี้เจนอัลฟ่าจะเป็นกลุ่มคนใช้หลักของเราแล้วอีกไม่นานก็จะมีเจนเบต้า (generation Beta) และเจนอื่นๆ ตามมาอีกมากมายแน่นอน และเพื่อไม่ให้ตกยุคเรามาทำความรู้จักกับลักษณะเด่นๆ ของเด็กเจนอัลฟ่ากันค่ะ

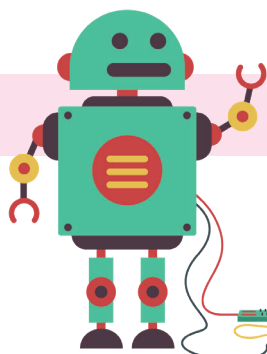


## 1. ใช้เทคโนโลยีต่างๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว

อันนี้คงเห็นได้จากการที่ทุกวันนี้เด็กเล็กอายุเพียงไม่กี่ปีก็สามารถใช้งาน smartphone หรืออุปกรณ์ดิจิทัลต่างๆ ได้อย่างคล่องแคล่วราวกับว่ารู้ภาษาในการสื่อสารกับเจ้าเครื่องต่างๆ พวกนี้มาตั้งแต่เกิดกันเลยทีเดียว โดยพบว่าเด็กเจนอัลฟ่ามีการใช้อินเตอร์เน็ตทุกวันเฉลี่ยร้อยละ 47.4 และมีแนวโน้มการใช้อินเตอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเลยทีเดียว

## 2. ยอมรับในความหลากหลาย

เนื่องจากเด็กรุ่นนี้เติบโตมาในโลกที่มีการเชื่อมต่องถึงกันได้หมด การเข้าถึง social media ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น Youtube, Tiktok หรือ platform ต่างๆ ทำให้เด็กได้เรียนรู้และปรับตัวกับความหลากหลายของภาษาและวัฒนธรรมของคนในอีกส่วนหนึ่งของโลกได้อย่างง่ายดายตั้งแต่อายุยังน้อย ไม่ว่าจะเป็นภาพยนตร์ เพลง แฟชั่น หรืออาหารก็ตาม



## 3. ปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว

เนื่องจากโลกในยุคนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา จึงทำให้เด็กเจนนี้มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว





#### 4. มีสมาธิสั้น

เนื่องจากการเข้าถึง internet และ social media ต่างๆ เด็กวันนี้จึงมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งต่างๆ ได้สั้นลง โดยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการให้เวลากับการเล่นหน้าจอมากเกินไปส่งผลต่อสมาธิของเด็กได้

#### 5. มีความมั่นใจและพึ่งพาตนเองได้ดี

เนื่องจากสามารถเข้าถึง internet และค้นหาข้อมูลต่างๆ ด้วยตนเองได้ เด็กในเจนนี้จึงมีความคิดเป็นของตนเอง มีความเชื่อมั่นและสามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

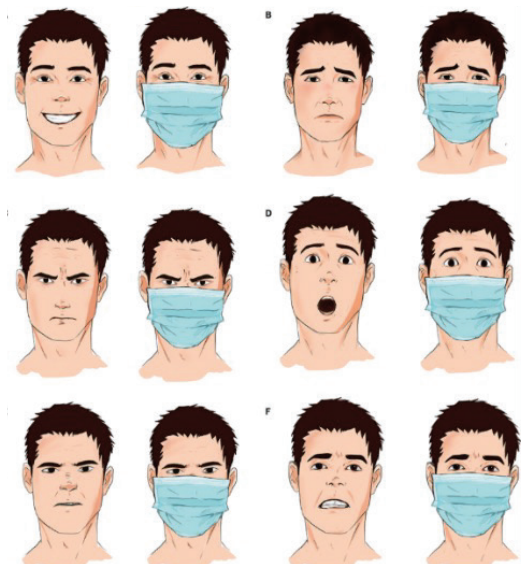


อย่างไรก็ตามไม่ใช่ว่าเด็กเจนอัลฟ่าทุกคนจะมีลักษณะดังที่กล่าวมานี้ทั้งหมด เด็กแต่ละคนยังมีความแตกต่างกันขึ้นกับสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูด้วยเช่นกัน โดยเทคนิคการปรับพฤติกรรมขั้นพื้นฐาน (basic behavior guidance) ยังคงใช้ได้ดีในการรับมือกับผู้ป่วยเด็กเจนอัลฟ่า เช่น การบอก แสดง ทำ การเบี่ยงเบนความสนใจ การชมเชย ให้รางวัล เรียกได้ว่าเป็น เทคนิคคลาสสิกคู่มือทันตแพทย์เลยก็ว่าได้ มาลองทำความเข้าใจกับบางเทคนิคที่ชื่ออาจจะไม่คุ้นหู แต่อ่านแล้วต้องร้อง อ้ออ้อ อย่างแน่นอน

- **Contingent escape** เป็นเทคนิคที่ทันตแพทย์จะทำการตกลงกับเด็กไว้ก่อนว่า จะมีการให้หยุดพัก หากทำตามข้อตกลง เหมือนให้การได้หยุดพักชั่วคราวเป็นการเสริมแรงทางบวก ซึ่งน่าจะใช้ได้ดีในเด็กเจนอัลฟ่า ที่มีความมั่นใจและมีความคิดเป็นของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น การทำความสะอาดฟัน เด็กบางคนอาจจะไม่ชอบการขัดฟันด้วยผงขัด ทันตแพทย์ทำการตกลงไว้ก่อนว่าจะขอขัดจากฟันซี่นี้ถึงซี่นี้ แล้วจะให้พักบ้วนน้ำ หรือเทคนิคง่ายๆ เลยก็นับเลขถึงเท่าไร จะให้พัก คล้ายกับการนำวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจมาใช้ร่วมด้วย



- **Nonverbal communication** หมายถึงการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด เป็นการแสดงสีหน้าท่าทาง การสัมผัสผู้ป่วย เหล่านี้ล้วนเป็นการสื่อสารที่ส่งไปถึงเด็กทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่เราต้องสื่อสารกับเด็กภายใต้ mask และ face shield นั้น อาจจะการยากที่จะทำให้เห็นว่าเรากำลังแสดงอารมณ์แบบไหนอยู่ไม่ว่าจะยิ้มหรือจริงจังก็ตาม อย่างไรก็ตาม ในส่วนของใบหน้าที่ไม่ใส่ฟัน mask ออกมา นั่นก็คือดวงตา ก็ยังสามารถสื่ออารมณ์ของทันตแพทย์ออกมาได้ นอกจากการแสดงออกทางสีหน้าแล้วการสัมผัสต่างๆ หรือแม้กระทั่งน้ำหนักมือในการสัมผัสก็เป็นอีกการสื่อสารที่สำคัญที่สามารถส่งไปถึงเด็กเพื่อให้เด็กรับรู้ถึงอารมณ์ที่เราต้องการให้เด็กรับรู้ได้ด้วยเช่นกัน



• **Memory restructuring** เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในเด็กที่มีประสบการณ์ในการทำฟันที่ไม่ดีมาก่อน เพื่อใส่ความทรงจำใหม่ๆ ที่ดีในการทำฟันให้กับเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการนำรูปภาพหรือการ์ตูนที่โชว์ให้เห็นถึงการมีประสบการณ์ที่ดีในการทำฟัน จากนั้นจึงเสริมแรงบวกในการทำฟันโดยทันตแพทย์อาจต้องเริ่มจากการกล่าวชมเด็กถึงการทำฟันครั้งก่อน ถึงแม้จะเป็นเพียงสิ่งเล็กน้อยก็ตาม เพื่อสร้างความมั่นใจให้เด็กอีกครั้งว่าเขาสามารถร่วมมือทำฟันได้ดี เช่น การอ้าปากกว้าง หรือ นอนนิ่งวางมือบนตักเป็นต้น จากนั้นจึงลองให้เด็กทำให้อีกครั้ง และทันตแพทย์กล่าวชมเชยทันทีว่าเขาทำได้ดีอย่างไร ก็จะยิ่งเป็นการย้ำความมั่นใจ และทำให้เด็กรู้สึกถึงความสำเร็จว่าเขาสามารถทำได้ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการทำฟันในครั้งต่อไป อย่างไรก็ตามเทคนิคนี้จะต้องทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้อาจจะต้องใช้เวลามากกว่าวิธีอื่นๆ ทันตแพทย์จึงควรอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจและยอมรับด้วยเช่นกัน



และในฐานะที่เราเป็นทันตแพทย์สำหรับเด็กเจนอัลฟานั้น นอกจากวิธีในการจัดการพฤติกรรมแบบพื้นฐานที่เราได้กล่าวมาข้างต้น เรายังสามารถนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยปรับพฤติกรรมเด็กน้อยของเรา เพื่อช่วยให้การรักษาของเราราบรื่นขึ้นได้อีกด้วย ซึ่งเทคโนโลยีที่เริ่มเข้ามามีบทบาทมากในตอนนี้ก็คงหนีไม่พ้นหน้าจอต่างๆ เชื่อว่าทันตแพทย์หลายท่านทุกวันนี้ก็คงมีการนำ ipad มาติดไว้ตรงยูนิททำฟัน เพื่อเปิด youtube หรือ tiktok ช่องโปรัดให้เด็กน้อยดูระหว่างทำฟัน ซึ่งนอกจากที่เราจะนำ ipad มาใช้เปิดช่องที่เด็กอยากดูแล้ว เรายังสามารถใช้ technique role modeling ผ่าน ipad เพื่อให้เด็กดูก่อนเข้าห้องทำฟันได้อีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นการดูการทำฟันหรือภาพวิดีโอขั้นตอนการทำฟันของเด็กคนอื่นๆ ก็อาจช่วยให้เด็กสามารถยอมรับการทำฟันได้ดีมากขึ้นอีกด้วย นอกจาก ipad หรือ smartphone แล้ว ช่วงหลังมานี้ได้เริ่มมีการพัฒนานำเอาแว่นตา audio-visual มาใช้ช่วยลดความกังวลและทำให้ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งก็มีทั้งการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าได้ผลดีและไม่ค่อยได้ผลด้วยเช่นกัน โดยช่วงอายุและความสนใจของเด็กก็มีส่วนต่อความสำเร็จในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เหล่านี้ด้วยและเนื่องจากทุกอย่างมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งแน่นอนว่าเด็กแต่ละคนก็จะมี ความชอบที่ ความแตกต่างกัน ดังนั้นเราคงต้องเลือกปรับเทคนิคของเราให้เหมาะสมกับเด็กของเราที่สุด



สุดท้ายกับคำถามคาใจทันตแพทย์ ว่าเทคนิคเหล่านี้จะยังใช้กับเจนอัลฟา ได้หรือไม่ อาทิเช่น

- **การใช้เทคนิค Parental presence/ absence ยังควรแยกผู้ปกครองหรือไม่**

ภาพคุ้นตาที่ทันตแพทย์มักพบในปัจจุบัน คือ นอกจากคุณพ่อคุณแม่เข้ามาอยู่ในห้องทำฟันแล้ว บางครั้งก็ยังมีคุณปู่คุณย่าเข้ามาให้กำลังใจกับหลานสุดที่รักอีกด้วย โดยจากการศึกษาในระยะหลังพบว่าผู้ปกครองมากกว่าร้อยละ 70 ต้องการอยู่ในห้องทำฟันเนื่องจากการช่วยดูแล อยากให้กำลังใจและอยากมีประสบการณ์ร่วมในการทำฟันกับเด็ก โดยเฉพาะในผู้ปกครองที่มีอายุนมาก หรือมีการศึกษาสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะอยากอยู่ในห้องทำฟันมากขึ้น ซึ่งเราในฐานะทันตแพทย์สำหรับเด็กก็ต้องปรับตัวเพื่อรับกับความเปลี่ยนแปลงและสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป อย่างไรก็ตามในบางกรณีที่มีความจำเป็นต้องให้ผู้ปกครองออกจากห้อง เราก็จะต้องอธิบายข้อดีข้อเสียให้ผู้ปกครองยอมรับเสียก่อน โดยเรายังสามารถให้ผู้ปกครองแอบดูเด็กจากนอกห้องได้ แต่ต้องไม่อยู่ในสายตาเด็กเท่านั้นเอง

- **เทคนิคการจำกัดการเคลื่อนไหว (protective stabilization) เด็กจะกลัวการทำฟัน จนฝังใจไปจนโตหรือไม่**

สำหรับเทคนิคนี้มักจะถูกนำมาใช้ในกรณีทันตแพทย์ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมขั้นพื้นฐาน จนครบทุกกระบวนการแล้ว ยังไม่สำเร็จจึงต้องขยับมาที่เทคนิคการปรับพฤติกรรมขั้นสูงอาจจะเนื่องมาจากคนไข้เป็นเด็กเล็กที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือเด็กพิเศษที่มีปัญหาในการสื่อสาร หรือไม่เข้าข่ายในการใช้เทคนิคปรับพฤติกรรมโดยการให้ยา (sedation/general anesthesia) หรือผู้ปกครองปฏิเสธการปรับพฤติกรรมโดยการให้ยา เทคนิคการจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องมีความระมัดระวังในการใช้งานอย่างยิ่ง และต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครองทุกครั้ง ทันตแพทย์มักจะได้รับคำถามว่า หากใช้การจำกัดการเคลื่อนไหวแล้วเด็กจะกลัวการทำฟันไปจนโตหรือไม่บางการศึกษารายงานว่าความกลัวในการทำฟันสัมพันธ์กับความเจ็บปวดจากการทำฟันหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวในวัยเด็ก แต่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการวิจัยที่ชี้ชัดว่าการจำกัดการเคลื่อนไหวเด็กขณะให้การรักษานั้น จะมีผลต่อจิตใจในระยะยาว นอกจากนี้มีรายงานความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการจำกัดการเคลื่อนไหวพบว่า ผู้ปกครองยังมีกังวล แต่ส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าการตัดสินใจถูกแล้วที่เลือกวิธีการนี้ ดังนั้นหากทันตแพทย์ซึ่งนำหนักระหว่างข้อดี ข้อเสีย เหตุผลความจำเป็น และอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจก่อน วิธีนี้ก็ยังสามารถใช้กับเด็กๆในยุคนี้ได้เช่นกัน



และเรื่องราวอันเข้มข้น ก็ดำเนินมาถึงตอนจบของเรื่อง... มาถึงตรงนี้แล้ว ผู้อ่านจะเห็นว่าไม่ว่าจะเป็นเด็กยุคไหน Gen ไหน การปรับพฤติกรรมเด็กให้ยอมรับการทำฟันก็ยังเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพไปพร้อมๆ กับสร้างความไว้วางใจ เจนนำไปสู่ทัศนคติที่ดีในการทำฟันให้กับเด็กๆ หากทันตแพทย์มีความรู้และเข้าใจเด็ก ก็จะสามารถปรับพฤติกรรมเด็กได้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี สำหรับบทความนี้หวังจะทำให้ทุกท่าน รู้จักเจนอัลฟ่า และเลือกใช้เทคนิคที่น่าสนใจได้อย่างหลากหลายนะคะ.....ถ้าเข้าใจด้อมอัลฟ่า ก็หมดปัญหา เรื่องปรับพฤติกรรม



#### เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:321-39.
2. Barton DH, Hatcher E, Potter R, Henderson HZ. Dental attitudes and memories: a study of the effects of hand over mouth/restraint. *Pediatr Dent.* 1993;15(1):13-9.
3. Brill WA. Parents' assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. *ASDC J Dent Child.* 2002;69(3):310-3, 236.
4. Felemban OM, Alshamrani RM, Aljeddawi DH, Bagher SM. Effect of virtual reality distraction on pain and anxiety during infiltration anesthesia in pediatric patients: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):321.
5. Lyons RA. Understanding basic behavioral support techniques as an alternative to sedation and anesthesia. *Spec Care Dentist.* 2009;29(1):39-50.
6. Sabbagh HJ and Sijini OT. Parental Preference for Parental Separation and Their Satisfaction Regarding Their Children Dental Treatment in Pediatric Dental Clinics in Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2020;10(1): 116-123.
7. Silva MV, Bussadori SK, Santos CM, Rezende KM. Behaviour Management of the contemporary child in paediatric dentistry: an overview of the reaserch. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada.* 2021;21(6): 1-12.
8. <https://mccrindle.com.au/article/topic/generation-z/gen-z-and-gen-alpha-infographic-update/>
9. <https://www.studentcenteredworld.com/generation-alpha/>
10. <https://th.hrnote.asia/tips/190805-generation-alpha/>

#### ขอบคุณภาพประกอบจาก

- Felemban, O.M., Alshamrani, R.M., Aljeddawi, D.H. *et al.* Effect of virtual reality distraction on pain and anxiety during infiltration anesthesia in pediatric patients: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health* 21, 321 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01678-x>
- Mheidly, Nour & Fares, Mohamad & Zalzale, Hussein & Fares, Jawad. (2020). Effect of Face Masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health.* 8. 582191. 10.3389/fpubh.2020.582191.
- <https://www.broadwaykidsandsmiles.com/pediatric-dentist-office-10007.html>





Science.  
Applied to Life.™

# Comprehensive care for caries-prone patients ...in just 3 easy steps

Restore



Protect



Mineralize



**Ketec™ Universal**



**Clinpro™  
White Varnish**

Fluoride Varnish with TCP



**Clinpro™  
Tooth Creme**



นำเข้าโดย: บริษัท 3เอ็ม ประเทศไทย จำกัด  
88 อาคารเดอะ พาร์ค ชั้น 14 ถนนรัชดาภิเษก  
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110  
โทรศัพท์ 02 666-3666 [www.3M.com/th](http://www.3M.com/th)

โปรดอ่านคำเตือนในฉลากและเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ก่อนใช้  
ใบอนุญาตโฆษณาเครื่องมือแพทย์เลขที่ ขพ.2340/2560

# 3M™ Prefabricated Crowns Reference Chart



| Type                                                                                | Coverage           | Dentition | Selection            | Key Traits                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3M™ Polycarbonate Crowns                                                            |                    |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|    | Short or long term | Permanent | Anterior or bicuspid | <ul style="list-style-type: none"><li>● Polycarbonate resin with micro-glass fibers</li><li>● Strong/durable</li><li>● Contours and crimps similar to metal crowns</li><li>● Esthetic/U62 shade</li></ul>                                                                                                               |
| 3M™ Strip Crown Forms                                                               |                    |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|   | N/A                | Primary   | Anterior             | <ul style="list-style-type: none"><li>● Automatically contours restorative material to match natural dentition</li><li>● Strips off easily leaving a smooth surface</li><li>● Thin interproximal walls</li><li>● Sufficient strength for easy handling</li><li>● Ideal for chemical or light-cured composites</li></ul> |
| 3M™ Iso-Form™ Crowns                                                                |                    |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|  | Short term         | Permanent | Molar and bicuspid   | <ul style="list-style-type: none"><li>● Tin-silver alloy</li><li>● Pre-finished, belled and contoured</li><li>● Ductile/can be stretched and burnished to fit prep margins</li><li>● Faster placement than acrylics or chemical resins for single units</li></ul>                                                       |
| 3M™ Stainless Steel Crowns                                                          |                    |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|  | Short or long term | Permanent | Molar                | <ul style="list-style-type: none"><li>● Minimal adjustment</li><li>● Pre-trimmed, belled and crimped</li></ul>                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     |                    | Primary   | Molar                | <ul style="list-style-type: none"><li>● Accurately duplicates anatomy</li><li>● Superior longevity compared to multi-surface amalgam fillings</li></ul>                                                                                                                                                                 |
| 3M™ Unitek™ Stainless Steel Crowns                                                  |                    |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|  | Short or long term | Permanent | Molar and bicuspid   | <ul style="list-style-type: none"><li>● Shallow occlusal anatomy/less tooth reduction</li><li>● Thick occlusal surface to prevent bite-through</li></ul>                                                                                                                                                                |
|                                                                                     |                    | Primary   | Anterior and molar   | <ul style="list-style-type: none"><li>● Parallel walls</li><li>● Pre-trimmed to optimum length and contour</li></ul>                                                                                                                                                                                                    |

## Cement Choices

**3M™ RelyX™ Luting 2**  
RMGI Cement



**3M™ Ketac™ Cem Easymix**  
GI Cement





## Available Esthetic Restorations for Primary Posterior Teeth and Considerations



อ.ดร.ทพญ.ศวรรยา พฤฒิถาวร  
ภาควิชาทันตกรรมเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Stainless Steel Crowns (SSC) เป็นการบูรณะฟันหลังที่ทันตแพทย์เลือกใช้มากที่สุดทางคลินิก<sup>(1,2)</sup> ผลสำรวจในปี พ.ศ.2555 พบว่าทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมเด็กร้อยละ 80 ไม่เคยให้การบูรณะฟันหลังน้ำนมด้วยครอบฟันที่ให้ความสวยงาม<sup>(3)</sup> แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันความสนใจและความตระหนักเรื่องความสวยงามทางทันตกรรม (Dental esthetics) ในทันตแพทย์ ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก บทความนี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะวัสดุบูรณะอื่นๆ นอกเหนือจากวัสดุอุด (Direct tooth-colored fillings) ที่ให้ความสวยงามและมีรายงานการใช้ในฟันหลังน้ำนม

การบูรณะเพื่อความสวยงามในฟันหลังน้ำมนั้นมีทั้งการใช้วัสดุบูรณะชนิด Full coverage restorations และ Indirect coronal restorations ครอบฟันเพื่อความสวยงามที่มีการนำมาใช้ในฟันน้ำนมสามารถแบ่งได้เป็นครอบฟันชนิดสีเหมือนฟัน ซึ่งแยกย่อยตามการขึ้นรูปขึ้นงานเป็น 2 ชนิด คือ Pre-fabricated crown และ Custom crown นอกจากนี้ยังมีครอบฟันชนิดที่ดัดแปลงครอบฟันโลหะไร้สนิม (Stainless Steel Crowns; SSC) เพื่อให้เกิดความสวยงาม เช่น Open-faced SSC หรือ Direct composite veneered SSC เป็นต้น การบูรณะเพื่อความสวยงามในฟันหลังน้ำนมยังมีการทำ Onlay อีกด้วย (แสดงในตาราง 1) ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลสำเร็จสูงสุดในการรักษา ทันตแพทย์ควรทราบถึงขั้นตอนการเตรียมฟันและข้อจำกัดในการทำงานทางคลินิกของแต่ละวัสดุบูรณะ

ตาราง 1 วัสดุบูรณะที่ให้ความสวยงามสำหรับฟันหลังน้ำนม

| ครอบฟัน                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | วัสดุบูรณะ                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ครอบฟันชนิดที่ดัดแปลงครอบฟันโลหะไร้สนิม                                                                                | ครอบฟันชนิดสีเหมือนฟัน                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                              |
|                                                                                                                        | ครอบฟันชนิดขึ้นรูปสำเร็จ                                                                                                                              | ครอบฟันชนิดขึ้นรูปเฉพาะบุคคล <sup>§</sup>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              |
| 1. Open-faced SSC<br>                 | 1. Zirconia crown<br>                                                | Milled-Crowns<br>1. Zirconia crown<br>2. Polymethyl Methacrylate crown (PMMA)<br>3. Glass-ceramic crown<br>4. Hybrid Ceramic crown<br>5. Glass fibre-reinforced composite crown<br><br>3D-Printed Crowns<br>1. 3D light-curing photopolymer resin (GC Temp PRINT, Tokyo, Japan) | Indirect coronal restoration<br>1. Glass-ceramic onlay<br>2. Composite onlay |
| 2. Direct composite veneered SSC<br> | 2. Pre-veneered SSC<br>2.1. Composite Resin<br>2.2. Epoxy Resin<br> |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                              |
|                                                                                                                        | 3. Polycarbonate crown <sup>†</sup><br>4. Composite strip crown <sup>†</sup>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                              |

<sup>§</sup> ขึ้นรูปโดย CAD-CAM แยกย่อยตามวัสดุที่มีรายงานการใช้ทางคลินิกในฟันหลังน้ำนมของแต่ละวิธีการผลิตชิ้นงาน

<sup>†</sup> ไม่มีจำหน่ายในปัจจุบัน

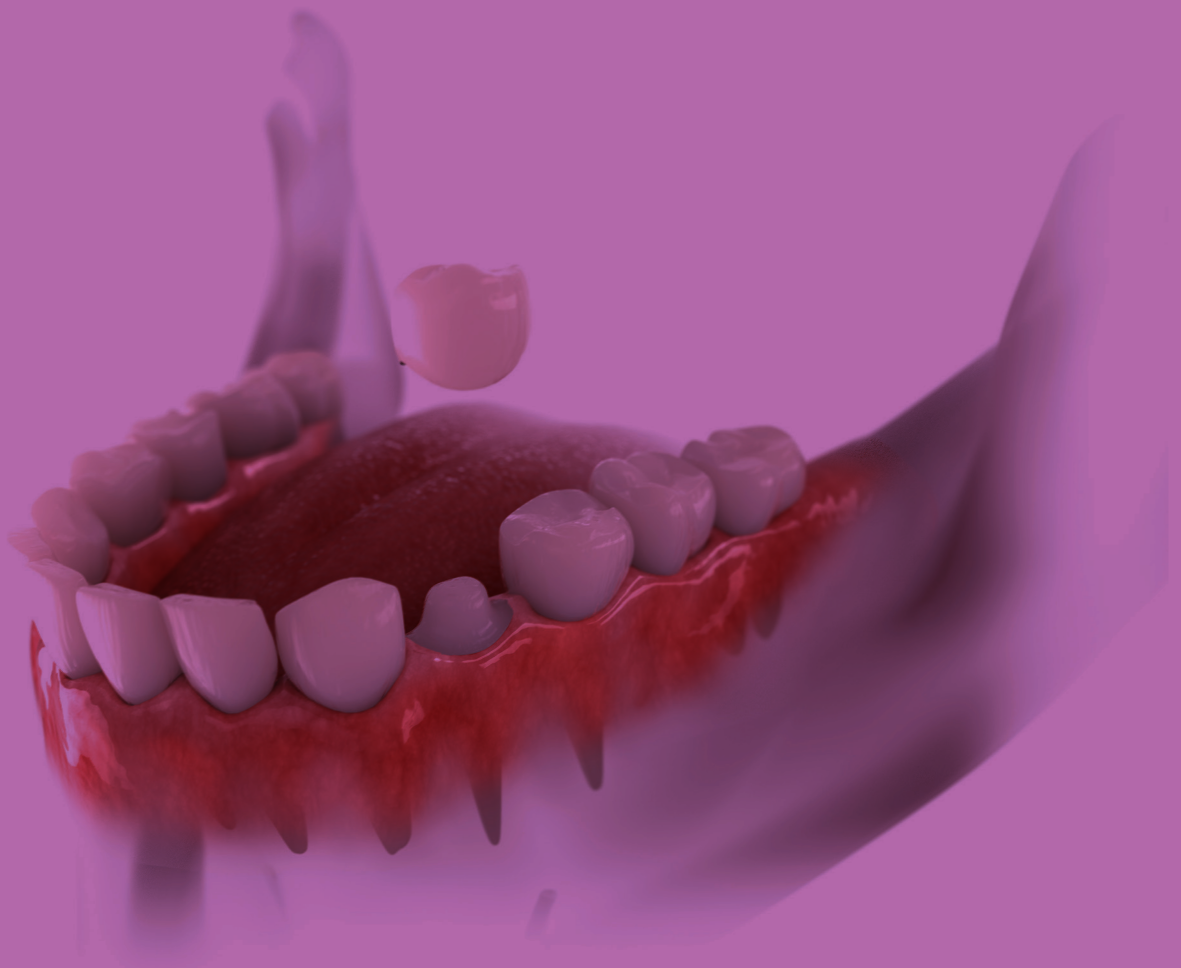
ในอดีต Open-faced SSC และ Direct composite veneered SSC เป็นตัวเลือกแรกเมื่อต้องการให้เกิดความสวยงามในการบูรณะฟันหลังน้ำนม ทำได้โดยการดัดแปลงครอบฟันโลหะไร้สนิมผ่านการเจาะช่องด้านหน้า (Open-faced) และการฉาบด้วยคอมโพสิต (Direct composite veneered) ตามลำดับ ดังนั้นการเตรียมฟันเพื่อรองรับการบูรณะด้วย Open-faced SSC และ Direct composite veneered SSC นั้นจึงไม่ต่างจากการบูรณะครอบฟันโลหะไร้สนิม รวมทั้งทันตแพทย์ยังสามารถดัดแปลงครอบฟันขณะบูรณะได้เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวจะต้องใช้เวลาทางคลินิกและต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังคงมีข้อจำกัดด้านความสวยงามเนื่องจากจะพบสีของโลหะปรากฏได้ทางคลินิก ร่วมกับหลังรักษาจะสังเกตเห็นความป่องนูนด้าน Buccal ที่เด่นชัดกว่าฟันธรรมชาติประมาณ 1.2 ถึง 2.0 มิลลิเมตร<sup>(4, 5)</sup> และเป็น

เหตุให้พบเหงือกอักเสบในช่วง 6 เดือนแรกหลังบูรณะได้มากกว่าการบูรณะด้วยครอบฟันโลหะไร้สนิม<sup>(4)</sup> การบูรณะโดย Open-faced SSC และ Direct composite veneered SSC ทั้งแบบที่ฉาบด้วยคอมโพสิตโดยตรง และฉาบคอมโพสิตร่วมกับการเตรียมพื้นผิวครอบฟันนั้นทำให้เกิดเหงือกอักเสบหลังบูรณะได้ไม่แตกต่างกัน<sup>(6)</sup> เมื่อติดตามผลหลังรักษาเป็นเวลา 18 และ 48 เดือนพบว่าทั้งการใช้งานหรือการอักเสบที่อวัยวะปริทันต์โดยรอบฟันไม่แตกต่างจากการบูรณะด้วยครอบฟันโลหะไร้สนิม<sup>(5,7)</sup> อย่างไรก็ตามมักพบการแตกหรือบิ่นของคอมโพสิตหลังใช้งาน โดยเริ่มพบได้ตั้งแต่เดือนแรกหลังรักษา<sup>(6)</sup> และจะพบมากขึ้นตามระยะเวลาการใช้งาน<sup>(6,7)</sup> โดยมักพบการแตกบิ่นของคอมโพสิตในฟันล่างได้มากกว่าฟันบน<sup>(5)</sup>



ขณะที่ Pre-fabricated crown นั้นเป็นตัวเลือกหลัก ปัจจุบันเมื่อต้องการความสวยงามในการบูรณะฟันหลัง น้ำนม ชนิดของ Pre-fabricated crown ที่ปัจจุบันยังมีจำหน่ายในท้องตลาด คือ Pre-veneered crown และ Zirconia crown ครอบฟันสองชนิดนี้ให้ความสวยงามทางคลินิกที่สูงกว่าครอบฟันโลหะไร้สนิมที่ผ่านการดัดแปลงให้เกิดความสวยงาม เพราะมีสี รูปร่าง และ ขนาดที่ใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติมากกว่า แต่ต้องเตรียมฟันเพื่อการบูรณะให้มี Clearance 1.5-2.0 มิลลิเมตร ทั้งบริเวณ Circumferential และ Occlusal ซึ่งทำให้สูญเสียเนื้อฟันมากกว่าครอบฟันโลหะไร้สนิม<sup>(4,8)</sup> นอกจากนี้ทันตแพทย์จะไม่สามารถดัดแต่งขอบของครอบฟัน หรือปรับแต่งขนาดในแนว Mesiodistal ได้ เมื่อบูรณะโดยครอบฟันทั้งสองชนิดนี้<sup>(5)</sup> สองข้อที่กล่าวมา จัดเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการใช้งานทางคลินิกโดยเฉพาะเมื่อต้องบูรณะฟันที่สูญเสีย Interproximal space เนื่องจากทันตแพทย์จะต้องเลือกใช้ครอบฟันที่มีขนาดเล็กลง เพื่อให้พอดีกับความกว้างในแนว Mesiodistal เป็นผลให้ต้องสูญเสียเนื้อฟันโดยรอบซี่มากขึ้น ดังนั้นเมื่อบูรณะใน vital tooth ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทะลุโพรงประสาทฟัน โดยเฉพาะในตำแหน่งที่พบความสูงของ pulp horn มาก เช่น Mesio Buccal ในฟันหลังบน<sup>(9)</sup> หรือฟันซี่ที่พบสัดส่วนของโพรงประสาทฟันขนาดใหญ่ เช่น ฟันกรามน้ำนมบน

และล่างซี่ที่หนึ่ง<sup>(10)</sup> และความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่อายุน้อยเนื่องจากขนาดของโพรงประสาทฟันจะมีขนาดใหญ่<sup>(9)</sup> เมื่อพิจารณาผลหลังรักษาพบว่า Pre-veneered crown มีอัตราการบิ่นและแตกเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการใช้งาน โดยในปีแรกหลังรักษาพบฟันที่มีการคงอยู่ของวีเนียร์ ร้อยละ 81 และลดลงเป็นร้อยละ 53 ในปีที่ 3 หลังรักษา<sup>(8)</sup> ขณะที่การบูรณะด้วย Zirconia crown จะพบปัญหาการหลุดของครอบฟันได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังรักษาหากไม่สามารถควบคุมความชื้นขณะยึดครอบได้<sup>(11)</sup> เมื่อติดตามเป็นเวลา 2 ปีพบว่า มีผลผลสำเร็จทางคลินิกและภาพรังสี ไม่แตกต่างจากการบูรณะด้วยครอบฟันโลหะไร้สนิม<sup>(12)</sup> รวมทั้งพบว่าค่า Plaque index และ Gingival index ของฟันที่บูรณะด้วย Zirconia crown ต่ำกว่าฟันที่บูรณะด้วยครอบฟันโลหะไร้สนิมในช่วง 6-12 เดือนแรก หลังรักษาอีกด้วย<sup>(11,12)</sup> อย่างไรก็ตามมีโอกาสพบการติดสีบนด้านบดเคี้ยวของ Zirconia crown ได้ตามระยะเวลาการใช้งาน<sup>(11,12)</sup> และการติดสีมีโอกาสเกิดมากขึ้นเมื่อคู่สบเป็นครอบฟันโลหะไร้สนิม<sup>(12)</sup> จากการรวบรวมวรรณกรรมพบว่าที่ระยะเวลา 6-37 เดือนหลังรักษา Zirconia crown มีอัตราการยึดอยู่ร้อยละ 83 โดยไม่พบการแตกหักของครอบฟัน และสามารถพบการสึกของฟันคู่สบได้ ร้อยละ 11<sup>(13)</sup>



นอกจากครอบฟันที่กล่าวไปข้างต้นปัจจุบันยังมีการทำครอบฟันชนิด Custom crown ซึ่งเป็นการขึ้นรูปครอบฟันเฉพาะบุคคลเหมือนการทำครอบฟันในฟันแท้ โดยมีขั้นตอนการรักษาที่เพิ่มขึ้นจากการทำครอบฟันโลหะไร้สนิมคือการพิมพ์ปากร่วมกับการทำ Provisional crown การเตรียมฟันจะมีความแตกต่างกันไปตามวัสดุและวิธีการขึ้นรูปครอบฟัน<sup>(14-16)</sup> Clearance บริเวณ Circumferential และ Occlusal ที่แนะนำในแต่ละรายงานการศึกษาจะอยู่ระหว่าง 1.0-2.0 มิลลิเมตร ขณะที่ finishing line ที่แนะนำมีทั้งแบบ Chamfer และ Shoulder ด้วยขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าการบูรณะโดย Pre-fabricated crown ทำให้ต้องใช้เวลารวมทางคลินิกและจำนวนครั้งที่ต้องนัดผู้ป่วยมากขึ้น แต่การทำครอบฟัน Custom crown มีข้อดีคือสามารถวาง Gingival margin ไว้เหนือเหงือกได้<sup>(14)</sup> ทำให้การควบคุมความขึ้นขณะยึดครอบฟันทำได้ง่ายกว่า อีกทั้งลดโอกาสในการอักเสบของอวัยวะปริทันต์โดยรอบได้มากกว่า เมื่อเทียบกับ Pre-veneered crown และ Zirconia crown ที่ต้องวางขอบไว้ใต้เหงือก นอกจากนี้ยังพบความแนบสนิทระหว่างขอบครอบฟันและ Abutment สูงกว่าครอบฟันชนิดอื่น<sup>(14,17)</sup> การขึ้นรูปครอบฟันโดย Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacturing (CAD-CAM) ทั้งโดยการ Milling และ 3D-Printing ให้ผลการยึดอยู่การอักเสบของเหงือก และ Marginal adaptation ที่ไม่แตกต่างกัน<sup>(15)</sup> หากพิจารณาถึงความเหมาะสมของการเลือกวัสดุจะพบว่า Zirconia เป็นตัวเลือกที่เหมาะสมกับการบูรณะในฟันหลังน้ำนมมากกว่า Leucite glass-ceramic และ Lithium disilicate glass-ceramic (LDS) เนื่องจากมี Wear resistance ต่ำกว่าวัสดุอื่น<sup>(17, 18)</sup> ดังนั้นจึงมีโอกาสทำให้ฟันคู่สบสึกได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาทางคลินิกของการใช้ครอบฟันชนิด Custom crown ยังมีจำนวนน้อย และเป็นการบูรณะในฟันที่ผ่านการรักษาพัลโพโตมี (Pulpotomy) อีกทั้งมีระยะเวลาการติดตามผลหลังรักษาเพียง 12 เดือน<sup>(14-16)</sup> นอกจากนี้ในปัจจุบันการทำครอบฟันชนิด Custom crown ยังคงเป็นการบูรณะที่มีค่าใช้จ่ายต่อซี่สูง ทันตแพทย์จึงควรพิจารณาความเหมาะสมและความคุ้มค่าในการรักษา

การทำ Onlay เป็นการบูรณะโดยวิธี Indirect coronal restoration ซึ่งการศึกษาเปรียบเทียบเทคนิคที่ใช้บูรณะในฟันน้ำนมระหว่าง Indirect และ Direct ต่อการเกิด Marginal Leakage พบว่าการบูรณะโดยวิธี Indirect ก่อให้เกิด Leakage ที่ต่ำกว่า<sup>(19)</sup> มีรายงานการศึกษาทางคลินิกถึงการทำ Onlay โดยใช้วัสดุทั้ง Glass-ceramic และ Composite ในฟันหลังน้ำนมที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องทำครอบฟัน พบว่า Composite onlay และ ครอบฟันโลหะไร้สนิม มีอัตราการอยู่รอด (Cumulative survival rate) ร้อยละ 82.9 และ 90.7 ตามลำดับ เมื่อติดตามผลทางคลินิกเป็นระยะเวลา 36 เดือนหลังรักษา โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างผลสำเร็จทางคลินิกของการบูรณะทั้งสองวิธี<sup>(20)</sup> นอกจากนี้พบว่าภาวะเหงือกอักเสบ Marginal adaptation และ Marginal integrity ในระยะเวลา 24 เดือนหลังบูรณะโดย Glass-ceramic onlay ไม่แตกต่างจากการบูรณะโดย Zirconia crown<sup>(21)</sup> อย่างไรก็ตามการบูรณะด้วย Onlay ในฟันหลังน้ำนมยังจำกัดเฉพาะในฟันที่ผ่านการรักษาโดยพัลโพโตมี<sup>(20-22)</sup> โดยทั่วไปการบูรณะโดย Inlay และ Onlay จะมีขอบระหว่างวัสดุบูรณะและ Abutment ที่ยาวกว่าการบูรณะโดยครอบฟัน ซึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในผู้ป่วยรายที่มีสุขภาวะช่องปากไม่ดี แม้ว่าการทำ Onlay ในฟันหลังน้ำนมให้ผลสำเร็จทางคลินิกไม่แตกต่างจากการบูรณะด้วยครอบฟันโลหะไร้สนิมหรือ Zirconia crown แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาที่เปรียบเทียบโอกาส Secondary caries หลังรักษา





เมื่อบูรณะฟันหลังน้ำนมในผู้ป่วยรายที่ต้องการความสวยงามทันตแพทย์สามารถเลือกใช้ครอบสีเหมือนฟันทั้งชนิด Pre-fabricated crown และ Custom crown หรือครอบฟันโลหะไร้สนิมที่ผ่านการดัดแปลงให้เกิดความสวยงาม หรือทำ Onlay ก็ได้ โดยการเลือกชนิดของวัสดุบูรณะที่เหมาะสมควรพิจารณาปัจจัยทั้ง Abutment conditions สภาพช่องปาก การสบฟัน ความร่วมมือของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ฟันจะคงอยู่ ค่าใช้จ่าย และความสามารถในการมาตรวจติดตามผล ร่วมกับความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ปกครอง อย่างไรก็ตามครอบฟันหลังชนิดที่ให้ความสวยงามไม่เหมาะให้การรักษาในผู้ป่วยที่มี Parafunctional habits เนื่องจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแตกหักของวัสดุบูรณะ และการสึกของฟันธรรมชาติที่เป็นคู่สบ หากพิจารณา Preparation form จะพบว่า การบูรณะโดยครอบสีเหมือนฟันชนิด Pre-fabricated crown เหมาะจะให้การรักษาในฟัน vital tooth ที่ไม่พบ Interproximal loss หรือ ฟัน non-vital tooth ที่ยังมีเนื้อฟันธรรมชาติเหลือเพียงพอสำหรับการยึดติดกับ Dental adhesive เพื่อต้านทานการหลุด หากฟันซี่ที่รักษาจะอยู่ในช่องปากนานเกินกว่า 2 ปีควรพิจารณาทำ Zirconia crown ขณะที่ Pre-veneered crown แม้จะมีการยึดอยู่ที่ดีแต่พบการแตกหักของวีเนียร์ได้มากขึ้นตามระยะเวลาใช้งานจึงเหมาะที่จะใช้ในฟันที่จะอยู่ในช่องปากไม่นาน เช่นเดียวกันกับ Open-faced SSC และ Direct composite veneered SSC และควรเลือกทำในฟันบนมากกว่าฟันล่าง ในผู้ป่วยที่สามารถกลับมาตรวจติดตามผลได้สม่ำเสมอเพราะต้องเฝ้าระวังเรื่องการทำความสะอาดและการแตกบิ่นจากการใช้งาน ส่วนการบูรณะโดยครอบฟันชนิด Custom crown และ Onlay นั้นควรเลือกทำในเฉพาะในฟันที่ผ่านการรักษาเนื้อเยื่อใน (Pulp treatment) และแนะนำให้ทันตแพทย์พิจารณาความจำเป็นในการรักษา สุขภาวะช่องปาก ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนการรักษาซึ่งประกอบด้วย การออกแบบ Abutment และการเลือกวัสดุอย่างรอบคอบ







## บรรณานุกรม

1. Halawany HS, Salama F, Jacob V, Abraham NB, Moharib TNB, Alazmah AS, et al. A survey of pediatric dentists' caries-related treatment decisions and restorative modalities - A web-based survey. *Saudi Dent J.* 2017;29(2):66-73.
2. Varughese RC, Andrews P, Sigal MJ, Azarpazhooh A. An Assessment of Direct Restorative Material Use in Posterior Teeth by American and Canadian Pediatric Dentists: I. Material Choice. *Pediatr Dent.* 2016;38(7):489-96.
3. Shahawy OC, Maher RA, Jundi SA, Hussein I, Tong HJ, Srinivasan N, et al. The use of aesthetic paediatric full coverage restorations among paediatric dental practitioners: an international survey. *J Clin Pediatr Dent.* 2023;47(4):16-24.
4. Fuks AB, Ram D, Eidelman E. Clinical performance of esthetic posterior crowns in primary molars: a pilot study. *Pediatr Dent.* 1999;21(7):445-8.
5. Yilmaz Y, Kocogullari MC. Clinical evaluation of two different methods of stainless steel esthetic crowns. *J Dent Child (Chic).* 2004;71(3):212-4.
6. Khurana D, Indushekar KR, Saraf BG, Sheoran N, Sardana D. A randomized controlled clinical trial to evaluate and compare three chairside techniques of veneering stainless steel crowns. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2018;36(2):198-205.
7. Ram D, Fuks AB, Eidelman E. Long-term clinical performance of esthetic primary molar crowns. *Pediatr Dent.* 2003;25(6):582-4.
8. O'Connell AC, Kratunova E, Leith R. Posterior preveneered stainless steel crowns: clinical performance after three years. *Pediatr Dent.* 2014;36(3):254-8.
9. Amano M, Agematsu H, Abe S, Usami A, Matsunaga S, Suto K, et al. Three-dimensional analysis of pulp chambers in maxillary second deciduous molars. *J Dent.* 2006;34(7):503-8.
10. Dieguez-Perez M, Ticona-Flores JM. Three-Dimensional Analysis of the Pulp Chamber and Coronal Tooth of Primary Molars: An In Vitro Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15).
11. Taran PK, Kaya MS. A Comparison of Periodontal Health in Primary Molars Restored with Prefabricated Stainless Steel and Zirconia Crowns. *Pediatr Dent.* 2018;40(5):334-9.
12. Donly KJ, Sasa I, Contreras CI, Mendez MJC. Prospective Randomized Clinical Trial of Primary Molar Crowns: 24-Month Results. *Pediatr Dent.* 2018;40(4):253-8.
13. Alzanbaqi SD, Alogaiel RM, Alasmari MA, Al Essa AM, Khogeer LN, Alanazi BS, et al. Zirconia Crowns for Primary Teeth: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5).
14. Al-Halabi MN, Bshara N, Nassar JA, Comisi JC, Alawa L. Comparative Assessment of Novel 3d Printed Resin Crowns Versus Direct Celluloid Crowns in Restoring Pulp Treated Primary Molars. *J Evid Based Dent Pract.* 2022;22(1):101664.
15. Al-Halabi MN, Bshara N, Nassar JA, Comisi JC, Rizk CK. Clinical Performance of Two Types of Primary Molar Indirect Crowns Fabricated by 3D Printer and CAD/CAM for Rehabilitation of Large Carious Primary Molars. *Eur J Dent.* 2021;15(3):463-8.
16. Prabhu D, Anantharaj A, Praveen P, Rani SP, Sudhir R. A clinical and radiographic comparative evaluation of custom-made zirconia crowns using CAD-CAM and stainless steel crowns in primary molars. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2022;40(1):34-42.
17. Mohn M, Frankenberger R, Kramer N. Wear and marginal quality of aesthetic crowns for primary molars. *Int J Paediatr Dent.* 2022;32(2):273-83.
18. Choi JW, Bae IH, Noh TH, Ju SW, Lee TK, Ahn JS, et al. Wear of primary teeth caused by opposed all-ceramic or stainless steel crowns. *J Adv Prosthodont.* 2016;8(1):43-52.
19. Ferreira MC, Vieira RS. Marginal leakage in direct and indirect composite resin restorations in primary teeth: an in vitro study. *J Dent.* 2008;36(5):322-5.
20. Mittal HC, Goyal A, Gauba K, Kapur A. Clinical Performance of Indirect Composite Onlays as Esthetic Alternative to Stainless Steel Crowns for Rehabilitation of a Large Carious Primary Molar. *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(5):345-52.
21. Khattab NMA, Makawi Y, Eltheeny AAH. Clinical Evaluation of CAD/CAM Ceramic Endocrown Versus Prefabricated Zirconia Crown in the Restoration of Pulpotomized Primary Molars: A Two-Year Spilt-Mouth Randomized Controlled Trial. *Eur J Dent.* 2022;16(3):627-36.
22. Dursun E, Monnier-Da Costa A, Moussally C. Chairside CAD/CAM Composite Onlays for the Restoration Of Primary Molars. *J Clin Pediatr Dent.* 2018;42(5):349-54.



# ตามติดกิจกรรม



1

เพื่อให้กิจกรรมของสมาคมฯ ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ในเดือนสิงหาคม 2565 ได้มีการสรรหานายกสมาคมทันตกรรมเด็กฯ วาระต่อไป ก่อนที่กรรมการชุดเดิมจะครบวาระ 2 ปีในปี 2566 ผู้ที่ได้รับการลงคะแนนคัดเลือกคือ รศ.ทพญ.ปริม อวยชัย และได้รับการรับรองในการประชุมใหญ่สามัญประจำปี เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 ให้ดำรงตำแหน่งนายกสมาคมทันตกรรมเด็กฯ วาระปี 2566 - 2567



2



งานประชุมวิชาการของสมาคมทันตกรรมเด็กฯ ประจำปี 2565 ได้กลับมาจัด on-site ตามปกติ ในหัวข้อ “Pediatric Dentistry 2022: Reunion” ที่โรงแรม Pullman King Power เมื่อวันที่ 10-11 พฤศจิกายน 2565 ได้รับการตอบรับจากเพื่อนสมาชิกอย่างมาก ด้วยหัวข้อการบรรยายหลากหลายน่าสนใจจาก speakers ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งเพื่อนสมาชิกทุกคนคิดถึงกันอยากมาพบปะกัน ทำให้มีผู้ลงทะเบียนเต็มจำนวนอย่างรวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเปิดรับ เป็นความตื่นเต้นดีใจของคณะทำงานเป็นอย่างมาก





2



3

วันพุธที่ 1 มีนาคม 2566 สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย ร่วมกับ บริษัท คอลเกต-ปาล์มโอลีฟ (ประเทศไทย) จำกัด จัดบรรยายวิชาการออนไลน์ฟรีไม่มีค่าลงทะเบียน ในหัวข้อ “ยังงไหนเล่า!? ไขข้อข้องใจ...การใช้ฟลูออไรด์ในเด็ก” โดยวิทยากร 3 ท่าน คือ ผศ.ทพญ.ดร.ศิริพร ส่งศิริประดับบุญ ผศ.ทพญ.ดร.อ้อยทิพย์ ชาญการคำ และ ผศ.ทพญ.พรทิพย์ ผจจวิริยาพร ผ่านทาง google meet และมีให้ชมย้อนหลังได้อีก 1 เดือน มีผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมฟังบรรยายถึง 1,176 คน เป็นทันตแพทย์ 1,139 คน เป็นผู้สนใจอื่นๆ 37 คน ช่วงถามตอบจากผู้ฟังมีคำถามที่น่าสนใจได้คำตอบให้ทุกคนนำไปใช้ในการทำงานได้อย่างดี

สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย ร่วมกับ บริษัท คอลเกต-ปาล์มโอลีฟ (ประเทศไทย) จำกัด  
ขอเชิญ ทันตแพทย์ ผู้ศึกษาทันตแพทย์ และทันตบุคลากรที่สนใจ เข้าร่วมการบรรยายวิชาการออนไลน์

## ยังงไหนเล่า!? ไขข้อข้องใจ...การใช้ฟลูออไรด์ในเด็ก

วันพุธที่ 1 มีนาคม 2566 เวลา 13.00-15.00 น.

ผศ.ทพญ.ดร.ศิริพร ส่งศิริประดับบุญ

ผศ.ทพญ.ดร.อ้อยทิพย์ ชาญการคำ

ผศ.ทพญ.พรทิพย์ ผจจวิริยาพร

ลงทะเบียนผ่าน QR Code เพื่อรับ CE Credits ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่  
thapd.regist@gmail.com  
หรือสอบถามได้ที่ พ.จ.ตจ.อ. ศศิญา แสงธรรมกุล  
02-763-3058 (ในเวลาทำการ)

SCAN เพื่อลงทะเบียน

SCAN เพื่อเข้าฟังการบรรยาย

**รับชม  
ย้อนหลัง  
ได้ทาง**

ThAPD for Dentists





# ตามติดกิจกรรม



4

World Oral Health Day ในวันที่ 20 มีนาคม 2566 ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ เข้าร่วมกิจกรรม “Be Proud of your mouth” กับ FDI World Dental Federation เพื่อกระตุ้นให้ประชากรโลกตื่นตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก และได้เชิญชวนองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นภาคีจัดกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสมาคมทันตกรรมเด็กฯ ได้เข้าร่วมกิจกรรมนี้ด้วย โดยได้เชิญภาคีเครือข่ายด้านทันตกรรมเด็ก ได้แก่ ภาควิชาทันตแพทยศาสตร์ สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก และภาควิชาทันตกรรมเด็ก คณะ/สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศ ร่วมกันรณรงค์ผ่านโซเชียลมีเดีย ซึ่งสมาคมฯ ได้โพสต์ความรู้และคลิปวิดีโอการแปรงฟัน ได้รับการสนับสนุนจากลูกรักฟันดีเริ่มที่ซี่แรก และ แผ่นภาพความรู้ทันตกรรมเด็กจากฟันสวยฟ้าผ่า ลงในเพจ “สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย” ซึ่งมีผู้ติดตามอยู่ประมาณ 23,000 คน และจัดกิจกรรมเชิญชวนให้คุณพ่อคุณแม่ผู้ปกครองร่วมสนุกส่งคลิปการแปรงฟันให้ลูกเข้าชิงรางวัล โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ อายุน้อยกว่า 3 ปี, 3-6 ปี และ 6 ปีขึ้นไป มีผู้สนใจส่งคลิปเข้ามามากกว่า 100 คลิป คณะจารย์ทันตแพทย์จากสถาบันต่างๆ ที่เป็นภาคีร่วมกับสมาคมฯ ในกิจกรรมนี้ ได้ร่วมกันคัดเลือกผู้ได้รางวัลและประกาศผล พร้อมส่งรางวัลให้ในเดือนมิถุนายน 2566 ที่ผ่านมามีทุกท่านสามารถเข้าชมคลิปของผู้ชนะเลิศในแต่ละกลุ่มอายุได้ในเพจสมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย





วันทันตสาธารณสุขโลก  
20 มีนาคม

**Act now,  
keep smiling  
tomorrow**

แปรงฟันให้ลูกตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น  
ด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์

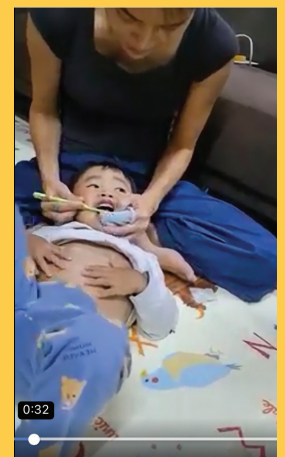
ลูกนอนหลับดี ขณะแม่แปรงฟันให้

แปรงฟันลูกด้วยอารมณ์ปกติ  
ไม่ดุลูก ไม่สู้กับลูก และไม่โอ้อวด



**BE PROUD  
OF YOUR MOUTH**

#WOHD\_TH, #MouthProud\_TH  
#WOHD\_THxThAPD, #WOHD\_THxRCDS\_Pedo  
#WOHD\_THxPedDent\_CU, #WOHD\_THxPedDent\_MU  
#WOHD\_THxPedDent\_CMU, #WOHD\_THxPedDent\_KKU  
#WOHD\_THxPedDent\_PSU, #WOHD\_THxPedDent\_SWU  
#WOHD\_THxPedDent\_TU, #WOHD\_THxPedDent\_NU



ภาพคลิปที่ได้รางวัลชนะเลิศทั้ง 3 กลุ่ม



ภาพผู้ที่ได้รับรางวัล



จากกิจกรรม World Oral Health Day 2023 ทางทันตแพทยสมาคมฯ มีรางวัลองค์กรผู้สนับสนุนกิจกรรมดีเด่น ซึ่งสมาคมทันตกรรมเด็กฯ ได้รางวัลที่ 2 โดยทพญ.กมลชนก เดียวสุรินทร์ กรรมการสมาคมฯ ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสารนิยกร เป็นตัวแทนรับรางวัลจากนายกทันตแพทยสมาคมฯ ณ เวลด์บอลรูม ชั้น 23 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ ในวันที่ 7 มิถุนายน 2566





# ตามติดกิจกรรม



6

ในวันพุธที่ 17 พฤษภาคม 2566 สมาคมทันตกรรมเด็กฯ จัดกิจกรรมเรียนรู้การเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ มีการบรรยายร่วมกับเวิร์คช็อป โดยเชิณนักโภชนาการบำบัด คุณเชร่าห์ เจนเสน มาบรรยายในหัวข้อ Healthier Choices for Personal Balanced Diet, Tips and Tricks Dietitians Never Tell You ที่ The Racquet Club สุขุมวิท พร้อมมีกิจกรรมเวิร์คช็อปทำอาหารเมนูพิเศษ “From tasty recipe to healthy teeth กินอร่อยไม่ นอยส์ฟันดู” ที่ A Little something กิจกรรมนี้จัดเป็นกลุ่มเล็กๆ ได้ความรู้แบบ exclusive และได้อาหารอร่อย กลับบ้านด้วย



7

ในปีหน้า 2567 สมาคมทันตกรรมเด็กฯ ได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพจัดงานประชุมวิชาการ The 13th Biennial Congress of Pediatric Dentistry Association of Asia ซึ่งจัดร่วมกับงานประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ โดยจะมีขึ้นในวันที่ 30 ตุลาคม – 1 พฤศจิกายน 2567 ที่โรงแรม Eastin Grand Hotel Phayathai ทางสมาคมทันตกรรมเด็กฯ ได้แต่งตั้งคณะทำงาน PDAA 2024 โดยมี รศ.ทพญ.ภัทรวดี สิลาทวีวุฒิ เป็นประธานจัดงานฯ จึงขอเชิญชวนเพื่อนทันตแพทย์ทุกท่านติดตามรายละเอียดได้ทาง [www.pdaa2024.org](http://www.pdaa2024.org) โดย scan QR code ในภาพ และติดตามความคืบหน้าได้ทางเพจ PDAA2024 Bangkok, Thailand เตรียมตัวมาร่วมงานประชุมระดับนานาชาติ PDAA2024 กันนะคะ



8

นายกสมาคมฯ รศ.ทพญ.ปริม อวยชัย พร้อมด้วยประธานฝ่ายวิชาการของสมาคมฯ ผศ.ทพญ.ขวัญชนก อยู่เจริญ และประธานจัดงาน PDAA 2024 รศ.ทพญ.ภัทรวดี สิลาทวีวุฒิ ได้พบปะรับรอง นายกสมาคม Singapore Association of Pediatric Dentistry (SAPD), Dr. Yee Ruixiang เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2566 ที่ร้านโรงสีโกชนา เนื่องในวาระที่ท่านมาประชุมที่กรุงเทพมหานคร





## 3M™ Scotchbond™ Universal Plus Adhesive

# More than just a strong bond.

The features you count on, plus:

- ✓ Dentin-like radiopacity
- ✓ Bonds and seals caries-affected dentin
- ✓ No dual cure activator needed



Caries zones – Image courtesy of Prof. Leandro Hilgert and Prof. Soraya Leal, University of Brasília (UnB), Brazil

### Minimally Invasive Dentistry

3M Scotchbond™ Universal Plus Adhesive gives you confidence when performing minimally invasive preparations because it has the same high bond strength to caries affected dentine as to sound dentine.

#### Infected Dentine

- ① Necrotic zone
- ② Contaminated zone

#### Affected Dentine

- ③ Demineralised zone
- ④ Translucent zone
- ⑤ Sound dentine
- ⑥ Tertiary dentine



Non-Radiopaque  
Adhesive

3M™ Scotchbond™  
Universal Plus Adhesive

Intentional adhesive pooling under Class I restorations – X-rays of extracted human molars, filling material 3M™ Filtek™ One Bulk Fill Restorative. K. Dede et al., J Dent Res 99 (Spec Iss A): 192 IADR, 2020 – 3M internal data, H. Loll et al., J Dent Res 99 (Spec Iss A): No. 757, 2020

“Radiolucent adhesive pooling underneath a restoration doubles the risk of restoration replacement.”

– Dr. John O. Burgess, University of Alabama, USA

[Learn more](#)



@3MOralCareThailand  
LINE Official Account

Direct advertising  
to healthcare professionals  
that is exemption for permission.