

รายงานการอบรม

การอบรมฟื้นฟูวิชาการ “Update in Family medicine ๒๐๑๒”

จัดโดย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ร่วมกับสมาคมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

วันที่ ๒๗-๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕

ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ

โดย

นางสาวสุภาพร ธนกรสิริเลิศ นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๒

นางสาวอาทิตย์ยา ลีวีระกรณ นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๕

นางปิยรัตน์ พลพงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๒

นางสาวปัทมา เต็มบุญ นักวิชาการพยาบาลปฏิบัติการ กองการพยาบาลสาธารณสุข

สรุปสาระสำคัญจากการประชุม ดังนี้

การบรรยายเรื่อง ประสบการณ์ดูแลครอบครัวที่มีผู้พิการ

วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๐๐-๐๙.๓๐ น.

โดย นพ.ธাত্রี โบลิตธิพิเชษฐ์

สาระสำคัญ

การดูแลผู้พิการ

วัตถุประสงค์

๑. ครอบครัวและการดูแลทางด้านจิตใจ
๒. สิทธิผู้พิการ
๓. การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

สรุปบทเรียนจากการดูแลผู้พิการรายหนึ่ง

๑. ครอบครัวผู้ป่วยมีศักยภาพ เพียงแต่แพทย์อาจจำเป็นต้องสนับสนุนให้ดึงศักยภาพในจุดนี้มาใช้
๒. ความพิการมีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ที่ควรประเมินและรักษา เนื่องจากเป็นเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การรักษาฟื้นฟูไม่เต็มที่เท่าที่ควร
๓. การดูแลผู้พิการ สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ครบทุกด้านของมิติสุขภาพ
๔. ผู้พิการทุกรายไม่ได้ต้องการขึ้นทะเบียนผู้พิการเสมอไป แม้จะมีสิทธิการรักษาและเงินช่วยเหลือ เนื่องจากได้ชื่อว่าเป็นผู้พิการ มีผลกระทบต่อกำลังใจในการรักษาฟื้นฟู จึงควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป

การบรรยายเรื่อง กรณีศึกษา ก การประเมินและการวางแผนแก่ผู้ป่วยในระยะ

Sub acute & long term : Spinal cord lesion

วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.

โดย พญ. ดลฤดี ศรีศุภผล

สาระสำคัญ

๑. Epidemiology

- Prevalence ๒๒๓-๗๕๕/million inhabitants
- Incidence ๑๐.๔-๘๓/million inhabitants
- ๑/๓=tetraplegic
- ๕๐% complete lesion
- Age ๓๓ year
- Male: female=๓:๘:๑

๒. Classification

- Neurological level

๓. Impairment post SCI

มีประเด็นที่ต้องพิจารณา ดังนี้

- Respiratory system
- Cardiovascular Problem
- Autonomic Dysreflexia
- Musculoskeletal problems
- Pain after SCI
- Sexual dysfunction

๔. Functional Assessment

ع. Goal setting

- According to Neurological level
- Modified by : Age, Spasticity, Body Proportion, Joint contracture, Weight, Heterotrophic bone

การบรรยายเรื่อง Stroke

วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๐.๔๕-๑๒.๐๐ น.

โดย พญ. พิม โพธิอาศน์

สาระสำคัญ

Phase of Stroke

- Acute
- Post-Acute
- After Discharge

การรักษาในระยะ Acute Phase

- Range of motion exercise
- Bed positioning, turning
- Bed mobility
- Sitting
- Chest PT
- Swallowing evaluation& training
- Adequate nutritional intake

การรักษาในระยะ Post-acute Phase

- Physical Therapy
- Occupational Therapy
- Speech Therapy

การรักษาในระยะ After Discharge ควรให้การดูแลเรื่อง

- Follow-Up
- Antihypertensive Drugs
- Activity Intolerance
- Exercise

การบรรยายเรื่อง Cerebral Palsy

วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.

โดย พญ. อุบลวรรณ วัฒนาดิลกกุล

สาระสำคัญ

อุบัติการณ์และความชุก ๑: ๓๔,๐๐๐ ของประชากร จะมีคนพิการ CP ประมาณ ๒,๐๐๐ คน

การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

๑. Multidisciplinary พบหลายวิชาชีพ แต่ต่างให้การบำบัด
๒. Transdisciplinary บำบัดร่วมกันในเวลาใกล้เคียงกับ สถานที่เดียวกัน
๓. Interdisciplinary วางแผนการดูแลร่วมกัน มีวิชาชีพที่ดูแลหลักวิชาชีพเดียว ปรึกษาและจัดตารางให้ได้การบำบัดจากหลายวิชาชีพ ผู้ดูแลหลักจะได้เรียนรู้จากผู้บำบัดอื่น

Team

- แพทย์ ด้านต่างๆ: primary physician
- นักกายภาพบำบัด: gross motor
- นักกิจกรรมบำบัด: fine motor+oral training+perception and cognition
- พยาบาล: nutrition hygiene care, constipation
- นักอรรถบำบัด: communication : speech or augmentative communication
- นักกายอุปกรณ์: orthosis
- ครูการศึกษาพิเศษ
- Assistive device: รถเข็น seat

การบรรยายเรื่อง สถานการณ์ความพิการในประเทศไทย, แนวคิดความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ, กฎหมายและสิทธิประโยชน์ผู้พิการในประเทศไทย, การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๔.๐๐-๑๕.๐๐ น.
โดย พญ. ดารณี สุวพันธ์

สาระสำคัญ

๑. สถานการณ์ความพิการในประเทศไทย

การสำรวจความพิการในประเทศไทย ๒๕๕๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ความชุก ๒.๙ %
ประชากร = ๑,๘๘๙,๕๐๐ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้พิการมากที่สุด คิดเป็น ๓๙.๔ %

๒. คำนิยาม คนพิการ แนวคิดความพิการ

แนวคิดความพิการ

- Medical model องค์การอนามัยโลก(๒๕๒๓)

๑. Impairment บกพร่อง

๒. Disability ความสูญเสียสมรรถภาพ

๓. Handicap ความด้อยโอกาส ความเสียเปรียบในสังคม

- Social model

ความพิการเป็นความหลากหลายอย่างหนึ่งของคนในสังคมเท่านั้น ความพิการเกิดจาก สังคมที่มีปัญหา ซึ่งไม่สามารถจัดการให้คนที่มีความหลากหลายอยู่ร่วมกันได้ เป็นปัญหาจากเงื่อนไขหลายอย่างของสังคม มิใช่ปัญหาในระดับบุคคล

- Bio-psychosocial model

ความพิการหรือความด้อยสมรรถภาพ คือ ผลรวมที่เกิดจากความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลของคนนั้นๆกับปัจจัยภายนอกที่มาจากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวของคนนั้น

๓. กฎหมายและสิทธิประโยชน์ผู้พิการในประเทศไทย

- อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ CRPD

- รัฐธรรมนูญ ๒๕๕๐

- พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐

๔. การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

การเสริมสร้างความสามารถของคนพิการ ให้มีสมรรถภาพดีขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยวิถีทางการแพทย์ การศึกษา ทางสังคม การฝึกอาชีพ และความร่วมมือของคนพิการ ครอบครัว ชุมชน ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากองค์กรของรัฐและเอกชน

Take home message

“ หัวใจของงานสุขภาพชุมชน ไม่ได้อยู่ที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน แต่อยู่ที่การเข้าใจความเป็นชุมชน ”

การบรรยายเรื่อง ประสบการณ์ดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หลอดเลือดหัวใจ)

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.

โดย พญ.สิทธิธนา โตอ่อน, นพ.พรชัย ประเสริฐวชิรากุล
สาระสำคัญ

สรุปทเรียนจากการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่ง

ผู้ป่วยทุกราย ถ้ามองในแง่ biomedical model อย่างเดียว อาจไม่แตกต่างกัน แต่ถ้ามองในแง่ biopsychosocial model ผู้ป่วยทุกรายมีลักษณะเฉพาะของตนเอง การ approach ในการดูแลรักษาจึงย่อมแตกต่างกันเสมอ

การวางเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษาและช่วยกระชับความสัมพันธ์ doctor-patient relationship ซึ่งเป็นหัวใจของ family medicine คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยแต่ละคนมีค่าไม่เท่ากัน แพทย์จึงไม่อาจคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพได้เท่าๆกันในผู้ป่วยแต่ละราย โดยปัจจัยต่าง ๆ นั้นอาจขึ้นอยู่กับ อาชีพ อายุ lifestyle economic status หรือทัศนคติ ดังนั้นแพทย์จึงควรทำความเข้าใจ และเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยกระทบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเดิมน้อยที่สุด เช่น ผู้ป่วยรายนี้ไม่อาจคาดหวังการออกกำลังกายแบบ aerobic exercise ทั่วๆไปอย่างผู้ป่วยอื่นได้ จึงต้องใช้ alternative exercise โดยการใช้ยางยืดแทน

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ใช้การประเมินแบบ IN-HOME-SSS

I=Immobility

N= Nutrition

H=House

O=Other people

M=Medication

E=Examination

S= Safety

S= Spiritual

S= Service

การบรรยายเรื่อง Approaches to CVD

โดย พญ. วีรพร ปิ่นพานิชการ

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.

สาระสำคัญ

Case ๑: ๗๐ year-old female • Substernal chest pain, =ghtness ๒ days •
ineased induration and intensity over =me • Relieved by rest • Underlying DM, HT, Dyslipidemia •
PE: Normal • What is proper inves=ga=on to do next?

Case ๒: ๔๕ year-old male • Epigastric-substernal chest pain ๒ months, burning,
some =mes =ghtness, not relate with ac=vity • Underlying hypertension with well
controlled BP • PE, EKG, CXR: within normal limit • What is proper inves=ga=on to do next?

Chest pain VS Angina Pectoris Angina pectoris • Heavy chest pressure or squeezing
• A burning feeling • Difficulty breathing • Relate to leZ shoulder, neck, arm
• Build in intensity over a period of few minutes The Principal Presenta=ons of Unstable
Angina • Rest angina – occurring at rest and usually – prolonged >๒๐ minutes occurring
within a week of presenta=on • New onset angina – Angina within ๒ months onset of
ini=al presenta=on – Increasing angina • more frequent, longer in dura=on or lower in
threshold

Angina equivalent • Symptoms of myocardial ischemia other than angina
• Indicator of IHD even when angina is absent or no evidence of CAD on ECG –

**Dyspnea – Faintness – History of exerBonal dyspnea Atypical chest pain Reduce
the likelihood that the symptoms represent MI** • Pleuric pain • Primary located in the
middle or lower abdominal region • Localized at the =p of one finger Reproduced with
movement or palpa=on • Constant pain that persists for many hours • Last seconds or less •
Radiate to lower extremity

Beware of atypical chest pain in Women Older person Diabetes

Outline Causes of acute chest pain • Cardiac • Vascular • Pulmonary •
Gastrointes=nal: GERD, PU, • Musculoskeletal • Infec=ous : Herpes Zoster **Cardiac cause** •
Acute coronary syndrome (ACS) – Unstable angina (UA) – Acute MI (AMI) STEMI, NSTEMI •
Pericardi=s

Vascular cause • Aortic dissection • Pulmonary embolism • Pulmonary hypertension
BIG THREE !!! MI Aortic dissection Pulmonary emboli **Invasive (r/o ACS)** • leads EKG
 • Cardiac enzymes

Case 1 • Multiple risk factors for CAD • Unstable angina symptom • Normal EKG and cardiac enzymes • Treat **at least as UA** (same as NSTEMI) • Then risk stratification by stress testing

Point of case 1 • The diagnosis is **solely** made on the **character of chest pain**. • Adding up with **risk factors Stable ischemic heart disease (IHD) Stable angina** Evaluation in stable angina patient • Noninvasive procedures – Non-stress testing • Resting EKG, CXR, Echo – **Stress testing** • Invasive procedures **Stress testing** Who is benefit? • The value of noninvasive stress testing is greatest when the pretest likelihood is **Intermediate** because the test result is likely to have the greatest effect on the post-test probability of CAD and on clinical decision making. Risk stratification based on noninvasive testing 1. High risk (>10% Annual mortality rate) – Risk of LM, TVD, reduced LVEF 2. Intermediate risk (1%-10%) 3. Low risk (<1%) – Normal test Novel testing • MDCT : Multidetector cardiac CT • CMR : Cardiac magnetic resonance imaging

MDCT • Noninvasive approach to **imaging atherosclerosis** • Highly sensitive method for detecting **coronary calcification** • Calcium score is highly sensitive finding in patient who have CAD • But only 50% specific for identifying obstructive CAD

CMR • Valuable clinical tool for imaging the aorta, cerebral, peripheral arterial vasculature • Application for IHD patients • **Viability assessment Invasive procedure**

• Catheterization – Coronary arteriography (CAG)

Case 2: 65 year-old male • Epigastric-substernal chest pain 6 months, burning, sometimes at night, not related with activity • Underlying hypertension with well controlled BP • PE, EKG, CXR : within normal limit • What is proper investigation to do next?

CASE 2 • EST (Exercise stress test) – Negative test at moderate workload (5 min BRUCE protocol, 7 METs) • Intermediate risk test result • What would you do next? • Need to confirm the coronary anatomy • MDCT is a good option for this patient

Point of case 2 • Start with intermediate clinical • Go through intermediate stress test result • End up with definite anatomical evaluation Medication therapy

Risk reduction strategies and goal • Smoking • BP • Physical activity • Weight management • Diabetes control • Complete cessation • $130/80$ mmHg • 5 min; $3-4$ days/wk • BMI $25-29.9$ kg/m² • HbA_{1c} < 7% Gibbons et al. Pharmacotherapy for chronic stable angina • Aspirin • All patients • Indefinitely • $75-100$ mg/dl • Clopidogrel as an alternative if ASA is contraindicated

Five elements • A = Aspirin and Antianginal therapy • B = Beta-blocker and Blood pressure(ACEI) • C = Cigarette smoking and Cholesterol (Statins) • D = Diet and Diabetes • E = Education and Exercise

Conclusion • Chest pain VS angina pectoris • Acute chest pain need to rule out life threatening disease (BIG THREE!) • Stable angina, risk stratification and medical therapy is mainstay

การบรรยายเรื่อง Approaches to Stroke

โดย พญ. อรุมา ชุตินทร

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๐.๔๕-๑๒.๐๐ น.

สาระสำคัญ

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม

๑. โรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ประมาณร้อยละ ๒๐ - ๓๐ ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด
๒. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พบได้ประมาณร้อยละ ๗๐ - ๘๐ ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๑. โรคความดันโลหิตสูง

๒. สูบบุหรี่

๓. โรคเบาหวาน

๔. โรคหัวใจ

๕. ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง

๖. โรคอ้วน

๗. ดื่มสุราปริมาณมากๆ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เชื้อชาติ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด

ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขปรับเปลี่ยนได้

- ลดและควบคุมความดันโลหิต
- ลดคอเลสเตอรอลในเลือด
- ลดน้ำหนัก, ออกกำลังกายแบบแอโรบิค
- รับประทานอาหารผักและผลไม้ให้มาก
- งด ! อาหารไขมัน งด ! เหล้า บุหรี่ และสารเสพติด
- ให้อย่าป้องกันการเกิดลิ่มเลือด
- เพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งเป็นหลอดเลือดสำคัญของหัวใจ

การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๑. งดสูบบุหรี่

๒. งดดื่มสุรา

๓. รับประทานอาหารผัก ผลไม้ เพื่อช่วยให้ขับถ่ายดีขึ้น

๔. ดื่มน้ำมากๆ อย่ารับประทานอาหารมันๆ เพื่อป้องกันหลอดเลือดตีบตัน

๕. ถ้ามีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

๖. อย่าเครียด อย่าโมโหง่าย อย่าคิดมาก

๗. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ ๓๐ นาทีอย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์

๘. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม อย่าให้อ้วน

๙. ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถ้าพบต้องรักษาและพบแพทย์สม่ำเสมอ

การบรรยายเรื่อง Current management in common eye problems

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.

โดย นพ.ธีรเทพ ตันตยาคม

สาระสำคัญ

Chief complaint Redness Painful Vision drop

Vital signs of the eye Visual acuity Pupillary reac,on Intraocular pressure **Visual acuity** • Snellen chart • ETDRS chart • Landolt C • E game • Picture chart • Near chart • Newspaper

Snellen chart • **Distance**; ๖m. or ๒๐ N. • **Read**; from top to bottom • **Start**; worse eye first • **Normal**; ๖/๖ or ๒๐/๒๐ • **Vision**; with correc,on (glasses or contact lens) and pinhole • **LeDer size**; ๖/๖ = ๘.๗๓mm

Near chart for immobilized patients ๓๐cm from the eye > newspaper headline = visual acuity ๒๐/๒๐๐ > standard textbook printed = visual acuity ๒๐/๗๐

Pupillary reacFon • Direct light reflex • Consensual reflex • Rela,ve afferent papillary defect

Intraocular pressure ๑. Schiotz Tonometer ๒. Digital palpa,on

Common Eye Problems Redness Infectious conjunctivitis Allergic conjunctivitis Corneal ulcer **Infectious conjunctivitis** **Viral conjunctivitis**: Eye irritation Tearing* Conjunctival injection; bulbar or palpebral Conjunctival discharge Swelling of conjunctiva and eyelid No visual loss * Specific types of conjunctivitis

Epidemic keratoconjunctivitis: Punctate epithelial erosion Unilateral * Contagious Visual loss Duration; usually > ๒ weeks Adenovirus • **Management** -. Frequent hand wash Rela,ve isolation Cold compresses Artificial tears Antibiotic eyedrop Antihistamine eyedrop

Bacterial Conjunctivitis: • History; - acute or subacute onset of redness - irritation - Mucopurulent discharge * • Signs; - mild to severe lid edema/ erythema - conjunctival injection

• Pathophysiology; - commonly Staphylococcus sp. & Streptococcus sp. in any age group - with addition of Haemophilus influenzae and Streptococcus pneumoniae

In children • Treatment: - broad spectrum topical antibiotics (quinolone group) - systemic treatment in Neisseria gonorrhoeae: IV 3rd generation of Cephalosporins

And continuous saline irrigation *

Allergic Conjunctivitis • History: - usually bilateral itching* - redness and tearing with exposure to pollen, dust, or topical medications (may be unilateral) • Signs: - mild to moderate lid edema; “allergic shiners” * - conjunctival injection and edema - Conjunctival papillae • Pathophysiology; Type I or immediate hypersensitivity reaction to allergens in sensitized individual type IV or cell-mediated hypersensitivity reaction for contact conjunctivitis associated with medications

• Treatment; - Avoidance of allergen/medication - Allergy testing (epicutaneous) - H₁ antihistamine/ vasoconstrictor - Mast cell stabilizers - Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) - Topical corticosteroids

Corneal ulcer Infiltration of the cornea Conjunctival injection Hypopyon Conjunctival discharge Vision drop • **History** - Contact lens, cosmetics, on respirator; **Pseudomonas** - Vegetable, plants; **fungus**

• **Management** Corneal scraping for cultures Smears CL culture Corneal biopsy

Pseudomonas aeruginosa corneal ulcer _ CL related _ Progress rapidly _ Ring infiltration _ Greenish yellow mucous discharge _ **Management**; frequent fortified antibiotic drop (Cefazidime/Amikacin)

Painful - Acute glaucoma attack - Foreign body in cornea and conjunctiva

Glaucoma . Pain (acute) or no pain (chronic) . Vision may be normal

Glaucoma triad Intraocular pressure Op,c cup Visual field Types of glaucoma
 1.) Primary _ Open angle _ Angle closure
 2.) Secondary _ Trauma _ Uveitic _ Steroid induced
 3.) Developmental

Acute glaucoma attack . Redness . Photophobia . Headache . nausea and vomiting . Glare . Halos . Semidilated and fixed pupil . Corneal swelling . Acute visual loss

Risk factors • Familial history of glaucoma • Older than age 40 • Women ; 3 to 4 times • Shallow anterior chamber depth • Hyperopia

Examination 1.) IOP - Schiottz - Digit 2.) **Angle exam** - Project the light from temporal site 3.) **Cupping** – Ophthalmoscope 4.) **Visual field** – Confrontation

Managements **AnFglaucoma drugs** 1.) beta blocker 2.) alpha agonist 3.) Prostaglandins 4.) Carbonic anhydrase inhibitors: oral acetazolamide – for acute management 5.) parasympathomimetics 6.) Hyperosmotic : oral glycerine – for acute management

Surgery . Iridotomy . Trabeculectomy o Treatment underlying diseases o Refer to specialist

Corneal foreign body

Symptoms: • Pain • foreign body sensation • Injected conjunctiva • Tearing

• Blepharospasm

Diagnosis is made with Direct inspect or slit-lamp

Management • topical anesthetic is applied • removing corneal foreign body • Use cotton bud or 23-gauge needle with 20 ml syringe as a handle Antibiotic eyedrops/ ointment Artificial tears eyedrops Pressure patch 12 - 24 hours promote wound healing (but if longer chance of infection) FB presentation **no patch** Analgesia don't use topical anesthetics Follow up : < 24 hr

Vision drop - Refractive error - Cataract

Refractive error • When the visual acuity is improved with pinhole; • most likely diagnosis is “refractive error”

The pinhole - If a pinhole aperture is placed in front of an eye The blur circle • **Manifest refractive error**; refractive error in normal situation • **Cycloplegic refractive error**; refractive error in relaxing/ nonaccommodating situation – For children . Cycloplegic drugs: Cyclopentolate(cyclogyl), Atropine

Auto refraction Ratiometry Correction of refractive error • Glasses – Myopia: concave lens – Hyperopia: convex lens – Astigmatism: cylinder lens – Presbyopia: bifocal, progressive lens • Contact lens – Soft / Hard contact lens • Refractive Surgery – Photorefractive

keratectomy(PRK) – LASIK(Laser in situ keratomileusis) – Intraocular lens Cataract . Visual loss
. No pain . RAPD nega,ve . Opaque lens (white pupil)

• **Managements;** - Refrac,on; prescribe glasses - **Surgery;** - Phacoemulsifica,on -
Extracapsular cataract

การบรรยายเรื่อง Current management in common ENT problems

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๔.๐๐-๑๕.๐๐ น.

โดย พญ. สายสุรีย์ นีวาทวงศ์

สาระสำคัญ

Outline

๑. Ear

- Infection: OE, OM, cholesteatoma
- Dizziness & Vertigo

๒. Nose & paranasal sinus

- Epistaxis
- Sinusitis

๓. Neck & Throat

- Snoring & Obstructive sleep apnea

-Weight reduction, removal
sedative,
alcohol, caffeine, and
tobacco

- Tonsillitis & peritonsillar abscess

Rx: systemic ATB,
analgesia, hydration

Rx: pus draining, ATB, analgesia

การบรรยายเรื่อง Common Problems in Urology
วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๕.๑๕-๑๖.๓๐ น.
โดย นพ.วชิระ คชการ
สาระสำคัญ

ปัญหาที่พบบ่อยในศัลยกรรมระบบปัสสาวะ

- Back pain
- Back pain-stone on KUB
- Back pain – no stone on KUB
- Back pain – not obviously urological

Testicular pain

- Testicular torsion
- Epididymitis
- TESTIS CANCER

Problems with the penis

- Phimosis:circumcise
- Paraphimosis:Reduce
- Priapism: investigate

Pathophysiology of Clinical BPH:

Predictive Risk Factors

- Increasing age
- Prostatic enlargement
- Elevated prostate-specific antigen (PSA)
- Lower-urinary-tract symptoms (LUTS)
- Decreased urinary flow rate

Complications of Untreated
Clinical BPH

- Acute urinary retention
- Urinary tract infection
- Bladder calculi
- Bladder damage
- Renal impairment
- Hematuria

What is ED?

-ED is the inability to achieve and maintain an erection adequate for intercourse to the mutual satisfaction of the man and his partner.

-Remember, both partners in a relationship are affected.

Cause of ED

- Psychogenic Causes:
 - Anxiety
 - Depression
 - Fatigue
 - Guilt
 - Stress
 - Marital Discord
 - Excessive alcohol consumption
- Organic Causes
 - Cardiovascular disease
 - Diabetes mellitus
 - Surgery on colon, bladder, prostate
 - Neurologic causes (lumbar disc, MS, CVA)
 - Priapism
 - Hormonal deficiency

Treatment Options

- Nonpharmacologic
- Non-invasive
- Minimally invasive
- Invasive
- Counseling and/or sex therapy
- Oral medications - Viagra, Levitra, Cialis
- Urethral suppositories (MUSE)
- Injection therapy - Caverject, Trimix, Bimix
- Vacuum constriction device
- Surgery
- Sex therapy

Urinary incontinence

Classification of UI

- 3 major subtypes of urinary incontinence:
 - Stress
 - Urge (“overactive bladder”)
 - Overflow
 - Mixed
 - Functional
 - Other (deformity/lack of continuity)

Primary Care Management

- General recommendations:
 - restrict fluid loads, coffee, tea, alcohol
 - limit diuretic use; give in am if needed
 - avoid anticholinergic meds when possible; give in lowest possible doses
 - AVOID indwelling catheters (increase risk of infection, exacerbate detrusor instability, leakage)
- Behavioral techniques:
 - focus on strengthening or retraining
 - help improve all types of incont except functional
 - in a small study, crossing the legs helped 75% of women with stress incontinence prevent leakage almost completely
- Kegel exercises
 - designed to strengthen pelvic floor muscles
 - should be primary treatment for stress incontinence
 - also helpful for urge incontinence without nerve damage

การบรรยายเรื่อง ประสบการณ์ดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยเด็ก
วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.
โดย นพ.จตุภูมิ นีละศรี และพญ. อัจฉราภรณ์ นีละศรี
สาระสำคัญ

ระบาดวิทยาโรคเด็กของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

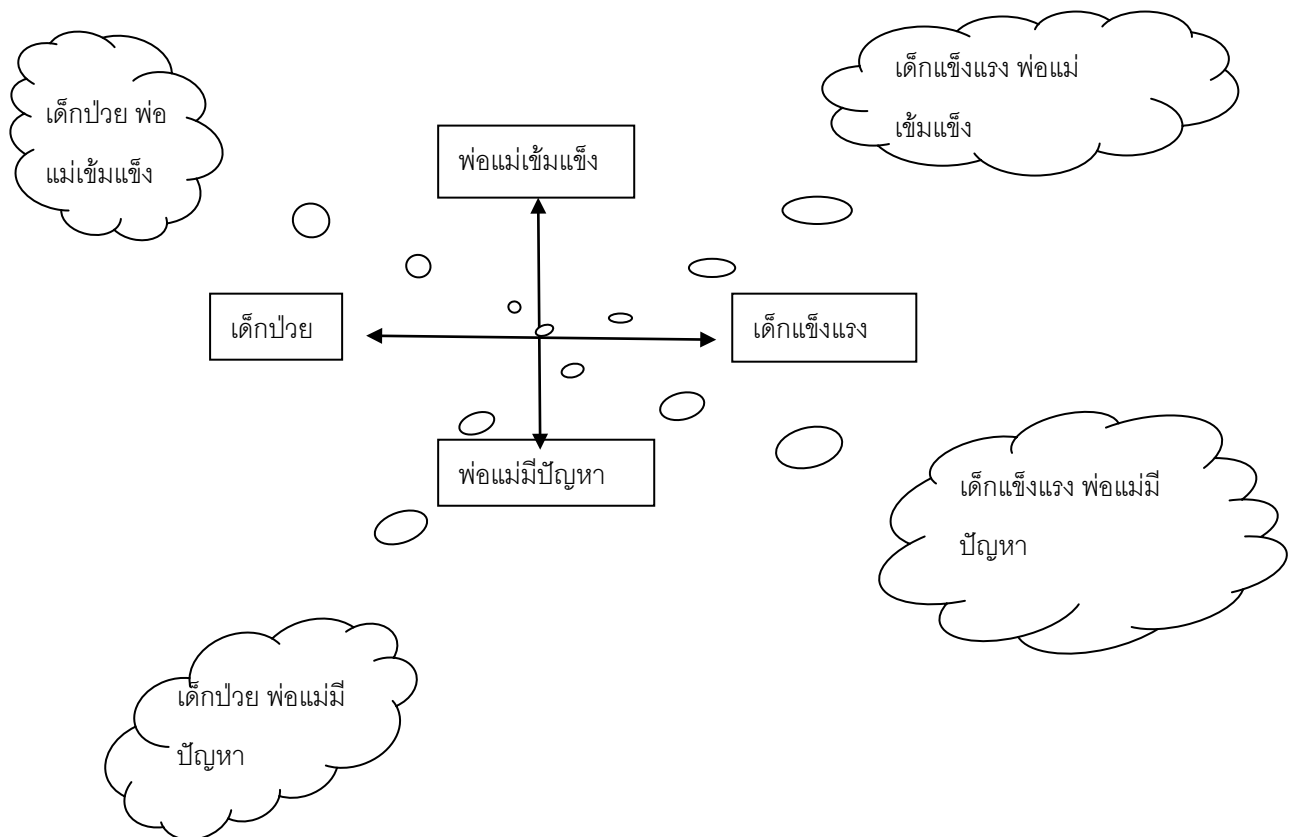
Top ๕

๑. URI
๒. Diarrhea
๓. Well baby clinic
๔. EPI
๕. Dental care

Chronic care

๑. Asthma
๒. Behavior
๓. Problem of child and family

มิติของการดูแลสุขภาพเด็ก



ตัวอย่าง case

เด็กชาย ๙ ปี re-admit เป็นประจำ มารดาเป็น asthma with chronic stress บิดาติดการพนัน ติดสุรา มี
ก๊ก

การจัดการที่สำคัญคือ Set priority and define the critical problems.

ทำความเข้าใจและเข้าใจปัญหาผู้ป่วยผ่านเครื่องมือ IFEF

I=Idea F=Feeling E=Expectation F=Function

การวิเคราะห์ปัญหาแบบองค์รวม

- Biomedical problem
- Psychosocial problem

Key success Factor of family practice

- Good doctor
- Good team
- Good system
- Good competency

การบรรยายเรื่อง Injury and intoxication in children

วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.

โดย พญ.ฉันท์สุดา พงศ์พันธ์ผู้ภักดี

สาระสำคัญ

๑. *How important of injury prevention*

Risk factor

- Children
- Caregiver
- Environment

บทบาทของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

๑. การส่งเสริม personal skill
๒. การสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะ

๒. *How to(อุบัติเหตุที่ควรระวัง)*

เด็กอายุ ๐-๖ เดือน	<ol style="list-style-type: none"> ๑. Fall ๒. Shaken baby syndrome ๓. Rattle ๔. Safe sleep ๕. Pacifier ๖. Animal bite ๗. Car seat
๖ เดือน-๑ปี	<ol style="list-style-type: none"> ๑. Falling downstairs ๒. safe play area ๓. baby walker ๔. small objects ๕. CPR ๖. Drowning ๗. Scalding burn ๘. Toxic substances ๙. child-proof lock

<p>๑ ปี-๒ ปี</p>	<p>๑.water recovery ๒.furniture safety ๓.Window higher ๔.ของเล่น ไม่ควรให้เด็ก อายุต่ำกว่า ๓ ปีเล่นของเล่นที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า ๔.๔ ซม. ๕.การซ้อนท้ายรถจักรยาน เด็กต้องอายุมากกว่า ๙ เดือน มอเตอร์ไซด์ต้องอายุมากกว่า ๒ ปี ๖.ไม่ควรปล่อยเด็กอยู่ในรถตามลำพัง ๗.Firearm hazards</p>
<p>๒ปี-๔ปี</p>	<p>๑. play ground ๒. Electrical injury ๓. kitchen's door ๔.Pool Force ๕.ก่อนถอยรถ ควรสำรวจว่ามีเด็กอยู่ข้างหลังรถหรือไม่</p>
<p>มากกว่า ๕ ปี</p>	<p>๑. Bite ๒.traffic injury ๓.swimming</p>

๓. Conclusion

อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ป้องกันได้

การบรรยายเรื่อง Drug used in Pediatrics

วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๐.๔๕-๑๒.๐๐ น.

โดย พญ. ยอดขวัญ อภิกุลชาติกิจ

สาระสำคัญ

ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ (๖๕%)

Respiratory tract infection

- Upper respiratory tract infection
ให้การรักษาแบบ supportive and symptomatic treatment
- Lower respiratory tract infection

Supportive and symptomatic treatment (URI)

- ให้น้ำดื่มน้ำใช้
- บรรเทาอาการคัดจมูก
- บรรเทาอาการไอ

Specific treatment (URI)

- antibiotic

Common cold

ส่วนใหญ่หายได้เอง ควรให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

Acute pharyngotonsillitis

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส มักพบในเด็กอายุมากกว่า ๓ ปี การให้ยาปฏิชีวนะมีประโยชน์ ทำให้หายไว ลดการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำให้ใช้ penicillin เป็นยาอันดับแรก ทานให้ครบ ๑๐ วัน

Acute otitis media (AOM)

เกิดจากเชื้อไวรัสร้อยละ ๑๐-๔๐ สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย แนะนำให้ antibiotic

Acute laryngotracheobronchitis (Viral croup)

พบบ่อยในเด็กอายุ ๖ เดือน-๓ ปี ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก ไอเสียงก้อง ร้องเสียงแหบ มีเสียง stridor เกิดจากเชื้อไวรัส

Acute Bronchiolitis

มักเกิดในเด็กเล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุระหว่าง ๖-๒๔ เดือน มักจะเริ่มด้วยอาการ น้ำมูกไหล มีไข้ต่ำๆ หลังจากนั้นจะเริ่มหอบ หายใจเร็ว ไอบามาก และได้ยินเสียง wheezing ได้ ทั่วๆไป ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส

การบรรยายเรื่อง Common Problems in Orthopedics :Non-traumatic
วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.
โดย นพ.กิตติพงษ์ คงรักเกียรติยศ
สาระสำคัญ

PROBLEM BASE APPROACH

Shoulder Pain

- Adhesive Capsulitis
- Subacromion Impingement Syndrome
- Rotator Cuff disease
- Glenoid labrum disease

Knee Pain: OA knee Versus ?

Work Related Pain

- Elbow
- Wrist/ Hand

THE SHOULDER: PAIN

- Adhesive Capsulitis
- Subacromion Impingement Syndrome
- Rotator Cuff disease
- Glenoid labrum disease

ADHESIVE CAPSULITIS (FROZEN SHOULDER)

DEFINITION OF FROZEN SHOULDER

- Common problem but poorly understood
- Neviasser ‘s “adhesive capsulitis”
-Contracted thickened joint capsule with chronic synovitis
- Uncertain cause characterized by spontaneous onset of pain with restriction of both active and passive ROM of shoulder

TREATMENT

Conservative

Medication

- Physical therapy

- ----- ๘๐% improve -----

Operative

- Capsule fluid distension (Brisement)
- Manipulation under anesthesia
- Arthroscopic capsular release
- Open capsular release

IMPINGEMENT SYNDROME

“IMPINGEMENT”

- การกระทบ
- การปะทะ
- การกระแทก

TREATMENT

- Nonoperative
- rest
- Control inflammation
- Physical therapy: stretching, strengthening programs

SUPERIOR LABRAL LESIONS ANTERIOR TO POSTERIOR

HISTORY

- Recognition of glenoid labral pathology and its association with shoulder instability early as

๑๘๖๖ by Perthes and in ๑๘๓๘ by Bankart

- Andrews first to report labral tears superiorly near the biceps tendon origin in ๗/๓ overheadthrowing athletes treated arthroscopically
- Snyder coined the term “SLAP” (superior labral tear, anterior to posterior)

EPIDEMIOLOGY

- Snyder and colleagues reported an incidence of only ๖% in more than ๒,๐๐๐ arthroscopic shoulder cases

FALL WITH OUTSTRETCH HAND

HISTORY

- Most common complaint: anterior shoulder pain
- Intermittent clicking and mechanical symptoms
- Instability
- Rotator cuff weakness

MANAGEMENT OF ROTATOR CUFF INJURY

HISTORY

- Two groups of patients
 - Elderly: insidious onset of shoulder pain and weakness
 - Young (< 50 years): acute traumatic tear with sudden pain and weakness after specific injury
- Night pain

PALPATION

- Object to find any painful points
 - greater tuberosity
 - Tip of the acromion
 - Coracoid process
 - Coracoacromial ligament
 - Acromioclavicular joint
 - Bicipital groove

KNEE PAIN

CLASSIFICATION

- Primary: no obvious cause
- Secondary: predisposing factors
 - Trauma
 - Congenital predisposition : Blout
 - Infection
 - Metabolic: gout, Paget, hemochromatosis
 - Endocrine: acromegaly, hyperparathyroidism
 - Occupation
 - Obesity

MEDICATION

- Analgesics: paracetamol, NSAIDS, opioids
 - Disease modifying osteoarthritis drug (DMOAD)
- Recognition of chondroprotective drugs that reduce cartilage breakdown and stimulate matrix repair
- But not all structural improvement relieves illness
- Two additional terms
- Structure modifying OA drugs (SMOAD)
 - Symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis: (SYSADOA) glucosamine sulfate, chondroitin sulfate, diacerein, hyaluronic acid

GLUCOSAMINE SULFATE

(VIATRIL-S, GLUCOSA, FLEXA)

- Naturally occurring chemical in body use in building tendons, ligaments, cartilage and synovial fluid
- Component of glycoaminoglycans in matrix of cartilage and synovial fluid
- Shellfish (chitin)
 - Different forms: glucosamine sulfate, glucosamine hydrochloride, N-acetyl-glucosamine
 - Scientific research on glucosamine sulfate

KNEE PAIN DDX

- ***Bursitis
- ***Tendonitis
- Traumatic knee pain: meniscus

WORK RELATED PROBLEMS

ELBOW PAIN

- Lateral epicondylitis (tennis elbow)
- Medial epicondylitis (golfer elbow)

MEDIAL EPICONDYLITIS (GOLFER'S ELBOW)

- Pain at medial side of elbow
- Injury to wrist flexors
- Increases with wrist flexion
- Increases with resisting wrist pronation

TREATMENT

Nonsurgical

- Rest
- NSAIDS
- Physical therapy
- Brace
- Steroid injections
- Extracorporeal shock wave therapy

Surgical

- Open
- Arthroscopic

WRIST/HAND:

- Dequervain tenosynovitis
- Carpal tunnel syndrome
- Trigger finger

TREATMENT

- Medical
- rest
- Splint with thumb brace
- NSAIDs
- Physical therapy
- Injection with steroid:
 - Make sure the injection is placed in the sheath and not subcutaneously which can lead to fat and dermal atrophy

CARPAL TUNNEL SYNDROME

TREATMENT

- Rest wrist
- Splint with wrist brace
- NSAIDs
- Corticosteroid injection: use with caution

TRIGGER FINGER (STENOSING TENOSYNOVITIS)

TREATMENT

- Medication
- Stretching flexor tendon

การบรรยายเรื่อง Common Problems in Orthopedics: Traumatic

วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๔.๐๐-๑๕.๐๐ น.

โดย นพ. ศรัณย์ ตันตวิสุทธิ

สาระสำคัญ

Orthopaedics

Care of patients with injuries of musculoskeletal system

- Medical ,Immobilization, surgical, and rehabilitation means
- Includes all ages

Musculoskeletal Trauma

- Fractures
- Soft tissue injuries;muscle,tendon,nerve,amputation

Scope

- Orthopedic Terminology
- Joint injury

-Varus Deformity
-Valgus Deformity

- Joint injury; contusion, Sprain, Ligamentous tear,Ligamentous avulsion
- Ligament injuries
- Joint Instability; Occult instability,Subluxation,Dislocation

- Fracture

- Fracture description
- Open fracture
- Complications of fracture
 - Superficial necrosis
 - Compartment syndrome
 - Fat Embolism
 - Failure of hardware
 - Abnormal healing of fracture
 - Post-traumatic Avascular Necrosis
 - Deformity

Fracture healing

● Adult

- Upper extremity \Rightarrow Metaphyseal fracture 4-6 weeks
Diaphyseal fracture 6-8 weeks
 - Lower extremity \Rightarrow Metaphyseal fracture 6-8 weeks
Diaphyseal fracture 8-12 weeks
- Children
- Adult healing time /6

การบรรยายเรื่อง Pitfalls in Psychiatric diagnosis and drug use

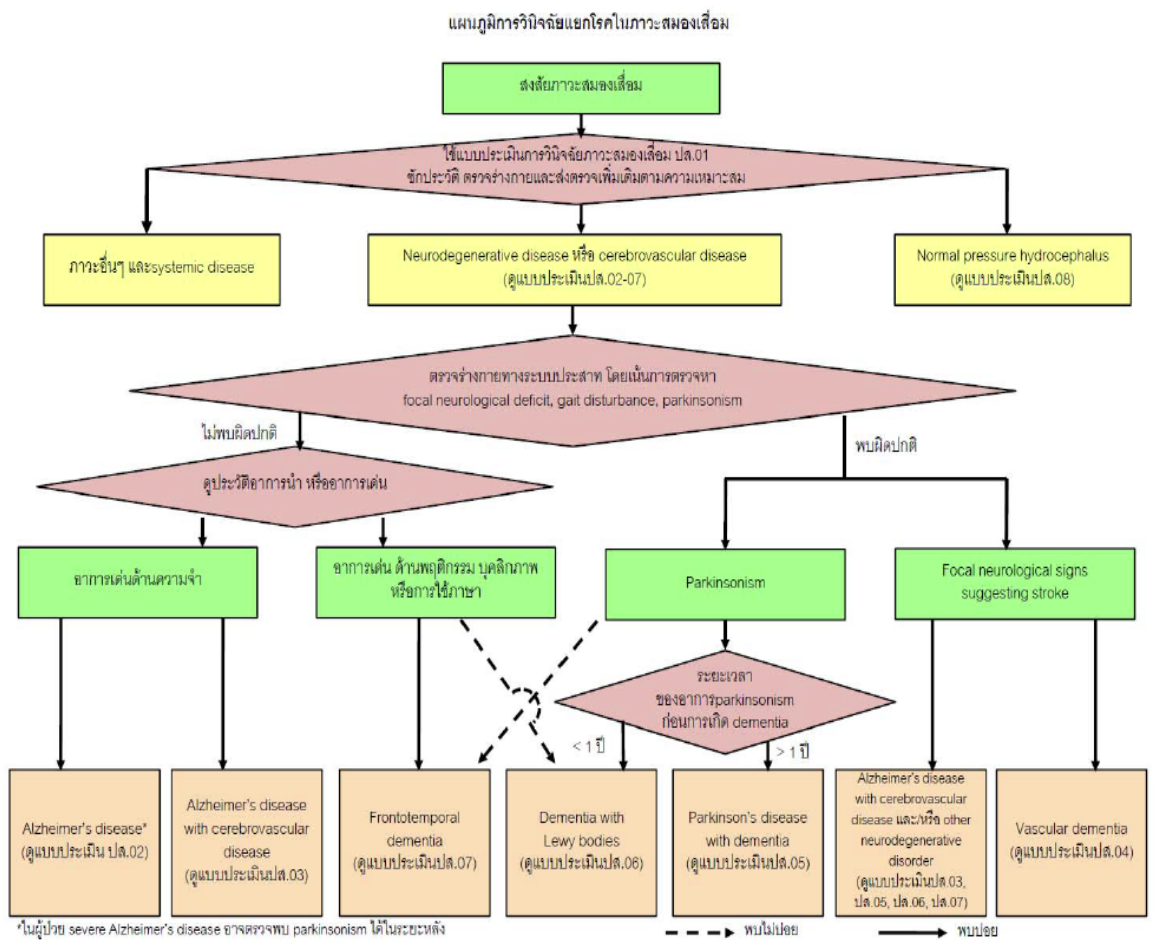
วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๕.๑๕-๑๖.๓๐ น.

โดย ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

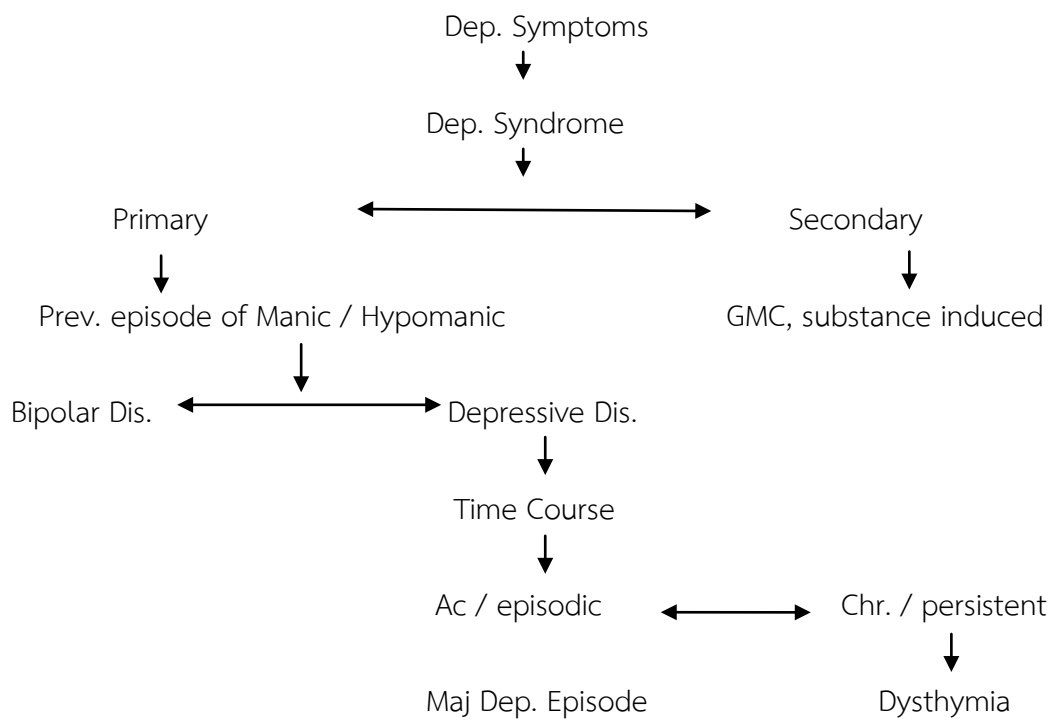
สาระสำคัญ

Memory Complaints in Elderly

- Age appropriated mental decline
- Delirium
- Depressive disorder
- Anxiety disorder
- Mild cognitive impairment (MCI)
- Dementia : treatable VS. neurodegenerative disease
- Systemic disease and medication



Diagnosis of Depression : Flowchart



การบรรยายเรื่อง ประสบการณ์ดูแลครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ

วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.

โดย พ.ท.พญ. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

สาระสำคัญ

ผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆเมื่อเทียบกับสัดส่วนจำนวนประชากรทั้งหมด ในประเทศสหรัฐอเมริกาคาดว่าในปี ๒๕๗๓ ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด คือจะมีจำนวน ๗๐ ล้านคน และในสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน โดยคาดว่าปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๗ ของประชากรไทย คือจะมีจำนวน ๑๑ ล้านคน จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๕ พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดีถึงร้อยละ ๒๒.๑ และสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ ๒.๒ มีเพียงร้อยละ ๕.๘ เท่านั้นรายงานว่ามีความสุขที่ดี ซึ่งในสังคมไทยผู้สูงอายุประมาณร้อยละ ๙๖-๙๘ อาศัยอยู่กับครอบครัว ดังนั้นแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวครอบครัววัยชรา คือครอบครัวระยะที่ ๘ ของ วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) มีภารกิจ และพัฒนาการหลักดังนี้

๑. ปรับตัวกับการเสื่อมลงของสังขารตามความเจ็บป่วยของตนเอง และครอบครัว
๒. ปรับตัวกับการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองต้องพึ่งพิงลูกหลานมากขึ้น
๓. ปรับตัวกับการสูญเสียคุ้มครอง เพื่อนฝูง และสังคมที่ตนคุ้นเคยมาตลอดชีวิต
๔. ต้องปรับตัวให้มีชีวิตอยู่ในยุคสมัยใหม่ได้

วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และครอบครัว

การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ทำหายอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุมักมาด้วยปัญหา และโรคที่ซับซ้อน และยังมีอุปสรรคด้านการสื่อสาร ซึ่งจากการสำรวจในคลินิกปฐมภูมิพบว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุมักมาตรวจกับสมาชิกในครอบครัว

วิธีการซักประวัติผู้ป่วย และครอบครัวมีดังนี้

๑. เตรียมตัว ได้แก่ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และครอบครัวเท่าที่มีให้มากที่สุดก่อนการสัมภาษณ์ และมีช่วงเวลาในการประเมินอย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนอาจตอบคำถามช้า และอาจมีการทวนคำถาม คำตอบซ้ำ

๒. เมื่อเริ่มสัมภาษณ์ต้องประเมินปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารก่อนเสมอ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ทำให้อาจเกิดปัญหาด้านการสื่อสาร ทัศนคติ รวมถึงความจำ เช่นผู้สูงอายุความจำเสื่อม อาจให้ข้อมูลไม่ตรงตามความจริง

๓. ควรกล่าวทักทาย เพื่อให้ความสำคัญผู้ป่วยก่อนเสมอ เป็นการให้เกียรติผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งแพทย์ ละเลยไปซักประวัติของผู้ป่วยจากญาติเลย อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีตัวตน แพทย์ไม่ให้ความสำคัญหรือเข้าข้าง ญาติ ในกรณีที่ผู้ป่วย และญาติมีความขัดแย้งกัน

๔. เมื่อเริ่มซักประวัติถึงการดูแลผู้ป่วย ควรซักประวัติจากผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เสมอ อาจซักประวัติแบบรวม หรือแยกแต่ละบุคคลแล้วแต่กรณี เพื่อให้แต่ละฝ่ายมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น ของตนเอง

๕. ควรมีการประเมินถึงอารมณ์ ความกังวลต่างๆตลอดการประเมิน โดยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือระยะ สุดท้าย ผู้ป่วยและญาติมักกังวลถึงสภาพร่างกายที่จะเสื่อมลงไปเรื่อยๆของผู้ป่วย ทำให้การดูแลยากลำบากขึ้น

๖. การวางแผนการรักษาควรเป็นแผนที่เกิดจากการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และ แพทย์เสมอ ไม่ควรเป็นความเห็นจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด

การประเมินผู้สูงอายุ การประเมินผู้สูงอายุต้องประเมินแบบองค์รวม ซึ่งอาจต้องใช้เวลานานในการ ประเมิน อย่างไรก็ตามมีการประเมินปัญหาเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่พบบ่อยโดยใช้เวลาเพียง ๑๐ นาที (Ten-Minute Screen for Geriatric Conditions)

โดยมีการประเมินหัวข้อต่างๆ ดังนี้

๑. การมองเห็น (Vision) -สอบถามเรื่องปัญหาสายตา เช่น มีปัญหาในการดูทีวี อ่านหนังสือ ขับรถ และทำงานบ้านทั่วไปหรือไม่ -ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาควรได้รับการประเมินด้วย Snellen eye chart ตามแต่ละข้าง โดยถ้าผู้ป่วยมีแว่นตาให้ผู้ป่วยใส่แว่นตาขณะทดสอบ

๒. การได้ยิน (Hearing) -ใช้ audioscope ตั้งค่าที่ ๔๐ dB และทดสอบการได้ยิน ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ Hz-ถ้าไม่มีเครื่องมือตรวจสอบสามารถใช้การทดสอบโดยการกระซิบ (Whispered voice test) คือให้ผู้ ทดสอบนั่งหลังผู้ป่วยโดยให้ห่างจากผู้ป่วย ๑ ช่วงแขน (ประมาณ ๐.๖ เมตร) ให้ทดสอบหูที่ได้ยินดีกว่าก่อน และปิดหูที่ไม่ต้องการทดสอบให้แน่น กระซิบตัวเลขสลับตัวอักษร เช่น สี่-กอก-สอง จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดตาม ถ้า ผู้ป่วยพูดได้ถูกมากกว่า ๓ ตัวถือว่าการได้ยินปกติ

๓. การเคลื่อนไหว (Mobility) และความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Falls) -Timed Up and Go Test คือ ให้ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ เดินไป ๒๐ ฟุต (หรือ ๓ เมตร) แล้วให้ผู้ผู้ป่วยหมุนตัวกลับมานั่งที่เก้าอี้ ถ้าผู้ป่วยใช้เวลา มากกว่า ๑๕ วินาทีถือว่าผิดปกติ - ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดิน หรือพื้นที่ในการตรวจมีจำกัด สามารถตรวจ Functional reach test เป็นการทดสอบการทรงตัว คือให้ผู้ผู้ป่วยยืนตรง กำมือ และเหยียดแขนข้างใดข้าง หนึ่งยืดออกแล้ววัดระยะครั้งแรก ต่อไปให้ผู้ผู้ป่วยยืดแขนข้างเดิมไปข้างหน้าให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยที่เท้า ทั้ง ๒ ข้างอยู่กับที่ และยังทรงตัวได้ดี (เหมือนลักษณะการเอื้อมหยิบของ) วัดระยะทางที่สามารถเหยียดแขน ออกไปได้ครั้งที่ ๒ วัดผลต่างระหว่างครั้งที่ ๑ และ ๒

การแปลผล - ถ้ายึดแขนได้มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ ซ.ม. คือปกติ - ๑๕-๒๕ ซ.ม. มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ๒ เท่า- ต่ำกว่า ๑๕ ซ.ม. มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ๔ เท่า - ไม่สามารถเหยียดแขน ยื่นไปได้เลย มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ๘ เท่า

๔. การกลั้นปัสสาวะ (Urinary incontinence) –ถามคำถาม ในปีที่ผ่านมาคุณมีปัสสาวะเล็ดออกมาหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบใช่ ให้ถามต่อว่าคุณมีปัญหาเช่นนี้มากกว่า ๖ วันหรือไม่ ถ้าตอบใช่แปลว่าผู้ป่วยมีปัญหา

๕. ภาวะโภชนาการ และน้ำหนักลด (Nutrition and weight loss) –ถามคำถามว่า “คุณมีปัญหา น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจมากกว่าประมาณ ๔.๕ กิโลกรัมภายใน ๖ เดือนหรือไม่” ถ้าผู้ป่วยตอบใช่แปลว่ามีปัญหา และควรชั่งน้ำหนักผู้ป่วย

๖. ความจำ (Memory) –ให้จำคำ ๓ คำ (Three-item recall) แล้วถามผู้ป่วยอีก ๑ นาที ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจำคำทั้ง ๓ คำถือว่าผิดปกติ

๗. ภาวะซึมเศร้า (Depression) –ถามผู้ป่วยว่าคุณมีความรู้สึกเศร้า หรือซึมเศร้าบ้างหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบว่าใช่ถือว่าผิดปกติ แต่ในประชากรไทยอาจไม่ค่อยแสดงออกทางความรู้สึก หรือมักไม่บอกความรู้สึกตามความจริง ดังนั้นอาจต้องอาศัยการสัมภาษณ์ภาพจนผู้ป่วยมีความไว้วางใจมากขึ้น หรือติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และสอบถามข้อมูลจากครอบครัว หรือผู้ที่ใกล้ชิด

๘. ภาวะทุพพลภาพ (Physical disability) –ถามคำถาม ๖ ข้อในการทำกิจกรรมต่างๆดังนี้

๑.) คุณสามารถเดินเร็ว หรือขี่จักรยานได้หรือไม่

๒.) คุณสามารถทำงานบ้านที่อาศัยการออกแรงอย่างหนัก เช่นขัดพื้นได้หรือไม่

๓.) คุณสามารถซื้อของในตลาดได้หรือไม่

๔.) คุณสามารถเดินในระยะทางไกลหรือไม่

๕.) คุณสามารถอาบน้ำได้เองหรือไม่

๖.) คุณสามารถแต่งตัวได้เองหรือไม่ เมื่อมีการประเมินเบื้องต้นพบว่าผิดปกติ ต้องทำการประเมินตามหัวข้อที่ผิดปกติอย่างละเอียด เพื่อหาสาเหตุ และวางแผนการรักษาต่อไป

การประเมินครอบครัวของผู้สูงอายุ (Family assessor of Elderly)

ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรค และเรื้อรัง อาจมีภาวะทุพพลภาพ สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล ดังนั้นการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวในด้านร่างกาย และจิตใจ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยควรเริ่มประเมินเมื่อผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วย ประเมินด้านต่างๆ ดังนี้

- ๑.) สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
- ๒.) ความเต็มใจของผู้สูงอายุในการรับการช่วยเหลือ
- ๓.) ความรู้สึกในการเป็นหน้าที่ของทั้งผู้ดูแล และผู้สูงอายุ

การประเมินผู้ดูแล (Care of caregivers)

โดยใช้หลักการประเมินอย่างองค์รวม ดูแลผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ติดตามอย่างต่อเนื่อง แสดงความเห็นใจเมื่อมีโอกาส และให้คำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยมีคำย่อ CAREGIVER ดังต่อไปนี้

-Care: สอบถามรายละเอียดเรื่องการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรบ้าง ผู้ดูแลต้องทำอะไรบ้าง ประเมินขีดความสามารถของผู้ดูแล

-Affection: ประเมินสภาพทางอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆของผู้ดูแล

-Rest: ผู้ดูแลได้พัก หรือทำในสิ่งที่ตนชอบบ้างหรือไม่

-Empathy: แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อมีโอกาส

-Goal of care: ถามเป้าหมายการดูแลว่าเป็นอย่างไร อยากให้เป็นอย่างไร ตั้งเป้าหมายการรักษาที่เป็นจริงร่วมกันกับผู้ดูแล

-Information: ให้ความรู้เรื่องโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา

-Ventilation: รับฟังผู้ดูแล แนะนำหาผู้ที่สามารถพูดคุยระบายความรู้สึกได้

-Empowerment: ชื่นชมให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ดูแลทำได้ดี

-Resources: หาผู้ช่วยเหลือด้านต่างๆที่จำเป็น

ข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (Geriatric home assessment)

เมื่อไม่สามารถประเมิน ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวได้ที่ห้องตรวจ หรือการดูแลรักษาไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และครอบครัว โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้

๑.) มีปัญหาด้วยโรคหลายโรค หลายปัญหา (Multiple medical problems)

๒.) ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Poor therapeutic response)

๓.) หกล้ม (Falls)

๔.) มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (Immobility)

- ๕.) เจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronically ill patients)
- ๖.) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patients)
- ๗.) การที่ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ หรือผู้ดูแลหมดไฟในการดูแล (Caregiver burnout)
- ๘.) สงสัยว่ามีการทำร้ายผู้สูงอายุ (Suspected abuse)
- ๙.) ปฏิเสธ หรือไม่ไปตามนัด (Refusal of office visits or treatment)
- ๑๐.) เศร้าโศกเสียใจอย่างรุนแรง (Bereavement)

การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

เมื่อมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ควรมีการประเมินทั้งผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาใช้ในการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น การเยี่ยมบ้านควรวางแผน ตั้งเป้าหมาย กำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมให้ชัดเจนกับทีมเยี่ยมบ้าน และเมื่อมีการเยี่ยมบ้านควรเริ่มจากทบทวนวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมร่วมกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ประเมินปัญหาเดิม และปัญหาใหม่ที่อาจเกิดขึ้น วินิจฉัยปัญหา วางแผนการดูแลรักษา และการช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยหลักการประเมินเหมือนกับการเยี่ยมบ้านทั่วไป คือ INHOMESSS แต่ในผู้สูงอายุควรประเมินเป็นพิเศษดังนี้

-Immobility (การเคลื่อนไหว) ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) เช่น การอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การกินอาหาร และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การประเมินกิจวัตรที่ต้องใช้เครื่องมือต่างๆ (Instrumental activities of daily living) เช่น การใช้โทรศัพท์ การรับประทานยา การไปตลาด การใช้จ่ายเงิน การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน ประเมินว่าต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆเหล่านี้หรือไม่

-Nutrition (อาหาร) ได้แก่ การประเมินลักษณะอาหาร ชนิดอาหารที่ผู้ป่วย และครอบครัวรับประทาน การเก็บ และประกอบอาหาร

-Housing (สภาพบ้าน) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านว่าเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ และสำรวจที่ที่อาจจะเป็นแหล่งนำโรคต่างๆ

-Other people (สมาชิกคนอื่นในบ้าน) ได้แก่ การประเมินความสัมพันธ์ภายในบ้าน ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ประเมินผู้ดูแล

-Medication (การใช้ยา) ได้แก่ ประเมินวิธีการใช้ยา ภาวะบรรจยา การเก็บยาประเมินยาแผนปัจจุบัน สมุนไพร วิตามิน และสารต่างๆของแพทย์ทางเลือกทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ผลข้างเคียงจากยาต่างๆ

-Examination (การตรวจร่างกาย) ได้แก่ การตรวจร่างกายของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว

-Service (แหล่งให้บริการด้านสุขภาพ) ได้แก่ ประเมินว่ามีแหล่งบริการใดบ้างที่ผู้ป่วยใช้อยู่ประจำ และมีแหล่งบริการใกล้บ้าน หรือผู้ป่วยสะดวกที่จะไปที่สามารถดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชนได้

-Safety (ความปลอดภัย) ได้แก่ ประเมินสภาพบ้าน ตัวบ้าน เฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวก ว่ามีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และครอบครัวหรือไม่ รวมถึงการป้องกันสัตว์มีพิษที่อาจจะเข้ามาจากนอกบ้าน

-Spiritual (สภาวะทางจิตวิญญาณ) ได้แก่ การประเมินศาสนา หลักคำสอนที่นับถือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ความเชื่อ และคุณค่าในชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ

สรุป ในปัจจุบันซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ การมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวจะช่วยทำให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ร่วมกับการดูแลสมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านเมื่อมีข้อบ่งชี้ จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพต่อไป

การบรรยายเรื่อง Overall concept for Anti-Aging and How to Extend Human Lifespan

วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.

โดย นพ.สุรพงษ์ ลูกหนูมารเจ้า

สาระสำคัญ

ปัจจุบันมีคนสูงอายุมากกว่า ๑๐% ทั่วโลก (ปี ๒๐๐๔) พบว่าคนที่อายุยืนที่สุดมีอายุ ๑๒๒ ปี
ขณะที่อายุเฉลี่ยทั่วไป ๗๖ ปี
ปัจจัยที่ทำให้อายุยืน

๑. Lifestyle Health ของแต่ละคน
๒. การดูแลคร งานศิลปะ ทำให้อายุยืน
๓. คนที่ทำงานแบบเดิมๆ ทำให้อายุสั้น
๔. Stress
๕. Avoid smoking
๖. ควบคุม weight
๗. Healthy food
๘. Water intake
๙. Decrease toxic food
๑๐. ตรวจสอบ parameter ต่างๆของร่างกาย เช่น cholesterol
๑๑. บ้านที่มีความสุข
๑๒. Solid health psychology

สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีอายุ ๑๐๐ ปี

๑. พื้นฐานส่วนบุคคล
๒. พฤติกรรมการใช้ชีวิต
๓. สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย ธรรมชาติ
๔. คุณภาพชีวิต

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ Aging

๑. Programmed Aging
๒. Accidental Aging

การบรรยายเรื่อง Approach to common environmental problems

วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.

โดย นพ.โยธิน เบญจวงษ์

สาระสำคัญ

โรคที่เกิดกับผู้ทำงานแบ่งเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ๆดังต่อไปนี้

๑. โรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational Diseases)
๒. โรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ (Work-related diseases)
๓. โรคทั่วไป

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

๑. ผู้ประกอบอาชีพ
๒. สภาพการทำงาน
๓. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

การวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพต้องอาศัยข้อมูลต่างๆประกอบด้วย

๑. การซักประวัติผู้ป่วย
๒. การตรวจร่างกาย เพื่อวิเคราะห์ลักษณะอาการและปัญหาของโรค
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ
๔. สืบหาข้อมูลของการสัมผัส ต้องมีการสำรวจสถานที่ทำงาน

การบรรยายเรื่อง Current management in Gynecology

วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.

โดย ศ.นพ.สมบูรณ์ คุณาธิคม

สาระสำคัญ

Common Gynecologic Problems

! Leukorrhea

! Abnormal vaginal bleeding

! Pelvic pain

! Pelvic mass

Vaginitis

๑. Candida

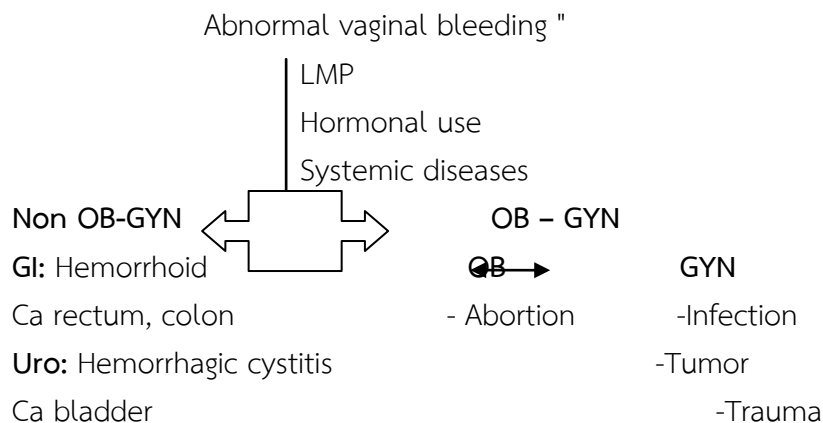
๒. Trichomonas

๓. Bacterial

๔. Gonococcal

๕. Atrophic

ABNORMAL VAGINAL BLEEDING



PELVIC PAIN

Acute Pelvic Pain

- **Non – gynecological**

! **GI** : appendicitis, colitis

! **Urological** : calculi

- **Gynecological**

๓ frequent disease with ๓ major symptom each

Ectopic pregnancy

Acute PID

Complication of ovarian cyst

Chronic pelvic pain

- **Non – gynecological**

Irritable bowel syndrome

Constipation

Urinary retention

Psychosomatic

- **Gynecological**

Endometriosis

Chronic PID

Pelvic tumors

Pelvic congestion syndrome

การบรรยายเรื่อง Current management in Obstetrics

วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๔.๐๐-๑๕.๐๐ น.

โดย รศ.นพ.วิทยา ถิฐาพันธ์

สาระสำคัญ

Antenatal Care

- Detect and manage pre-existing maternal disorders that may affect pregnancy outcome
- Prevent or detect and manage maternal complications of pregnancy
- Prevent or detect and manage fetal complication of pregnancy
- Detect congenital fetal problems, if requested by the patient
- Plan, with the mother, the circumstances of delivery to ensure maximum safety for the mother and baby, and maximum maternal satisfaction
- Provide education and advice regarding lifestyle and 'minor' condition of pregnancy

Preconception care and counselling

- Many of aims of antenatal care could be better fulfilled before conception
- Cares should be performed and checked
 - Previous pregnancies
 - Health check
 - Rubella status
 - Glucose control in diabetes
 - Routine administration of folic acid
 - Advice regarding smoking and drugs
 - Encouraging record of date of menstruation

Risk factors for preterm labour

- Previous history
- Urinary and subclinical genital tract infection!
- Multiple pregnancy
- Diabetes
- Polyhydramnios
- Uterine abnormalities
- Short cervix on transvaginal sonography

Risk factors for Down's syndrome

History : Balanced parental translocation (rare)

Ultrasound : Thickened nuchal translucency Some-structural abnormalities Absent or shortened nasal bone

Blood test: Triple test (Alpha fetoprotein, B-hCG, Oestriol)

Prenatal Diagnosis : Chorionic villus sampling, Amniocentesis Cordocentesis

Postnatal history

History

- Major antenatal complications
- Delivery
- Infant
- History of puerperium so far
- Plan for the puerperium
- Social and personal history

Postnatal examination

Examination

- General examination
- Abdominal and pelvic examination
 - Wound: abdomen, perineum
 - Uterine involution
 - Lochia
 - Palpable bladder