



Hip & Knee TODAY

Volume 10 : 2012

The Combined Meeting of 2012
Asia Pacific Insall Legacy Symposium
and 2012 Annual Meeting of
The Thai Hip & Knee Society (THKS)
August 10th-13th, 2012

ADVANCED REPLACEMENT AND REGENERATION IN HIP AND KNEE SURGERY 2012



Ceramic Revision Ball Head
The New Revision Strategy
in Total Hip Arthroplasty

“Stem cell” ความมหัศจรรย์
ของวงการแพทย์

คุยเฟื่องเรื่อง “KOA”



Jailbreak ??

3D-CT Navigation THA

น้องน้ำในความทรงจำ

CAOS Thailand



บัญชียาหลักแห่งชาติ 2551

FOSMICIN

for i.v. use
(fosfomycin sodium)



Recommended Dose

Adult : 2 - 4 g. q̄ 12 hrs

- General dose : 2 g. q̄ 12 hrs
- Osteomyelitis : 4 g. q̄ 12 hrs¹

Children : 100 - 200 mg/kg in 2 divided doses

Indications

FOSMICIN FOR I.V. USE is indicated for the following infections due to fosfomycin susceptible strains of *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus* sp., *Serratia marcescens*, and multidrug resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* in septicemia, infection of respiratory tracts, urogenital tracts, abdominal tracts, bones and lymph node, head injuries, meningitis.

Reference

1. Casado V.H., Fosfomycin in a Traumatological Department, Chemotherapy 23 (Suppl.1): 403 - 10.



คุยกันก่อน

เรียนท่านอาจารย์และสวัสดิสมาชิกชาวออร์โธปิดิกส์ทุกท่าน



ฉบับนี้ก็เป็นฉบับที่ผมจะเขียนคำนำในฐานะประธานชมรมศัลยแพทย์ข้อสะโพกข้อเข่าแห่งประเทศไทยเป็นฉบับสุดท้าย หลังจากการประชุมประจำปีของชมรมฯ ในเดือนสิงหาคมที่จะถึงนี้ อาจารย์อารี ตनावลี จะขึ้นเป็นประธานชมรมฯ และรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ของชมรมต่อไป นอกจากนี้ ผมขอแสดงความยินดีกับอาจารย์จารุณเกียรติ ลีลเศรษฐพร ที่ได้รับเลือกเป็นประธานของ CAOS Thailand คนใหม่ครับ

ก่อนอื่นผมขอเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประชุมเดือนสิงหาคมนี้ การประชุมประจำปีที่จะจัดขึ้นในเดือนสิงหาคมที่จะถึงนี้ จะเป็นการประชุม combine meeting ระหว่าง The Thai Hip & Knee Society (THKS) ร่วมกับ The Asia Pacific Insall Legacy Meeting และนับเป็นโชคดีที่เราได้วิทยากรที่มีชื่อเสียงหลายท่าน อาทิเช่น President of American Knee Society, President of American Hip Society, President of Taiwan Hip & Knee Society, Past President of European Hip Society และ President of Asian Arthroplasty Association มาร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ในการประชุมประจำปีของเรา

การจัดการประชุมยังคงจัดขึ้นที่โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน ในวันที่ 11 – 13 สิงหาคม 2555 นอกจากนี้ ในปีนี้กิจกรรมทางด้านวิชาการ ทางชมรมยังคงสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานวิจัยลงในวารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ ซึ่งจะแล้วเสร็จในปลายปีนี้ กิจกรรมทางด้านสาธารณประโยชน์ ชมรมฯ ยังคงดำเนินการก่อสร้างสนามเด็กเล่น แก่โรงเรียนทูลกระหม่อมดารอย่างสม่ำเสมอทุกปี

สุดท้ายนี้ ในช่วงวาระที่ผมเป็นประธานชมรมศัลยแพทย์ข้อสะโพกข้อเข่าอยู่นั้น อาจจะมีการล่วงเกินทางความคิด และคำพูดบ้าง ก็ต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วยนะครับ

รศ. พอน.พ.ธโนนีย์ โชตนฤดี

ประธานชมรมศัลยแพทย์ข้อสะโพกข้อเข่าแห่งประเทศไทย

E ditor's Note



เมื่อไม่กี่วันนี้...มีการเปิดเผยผลสำรวจที่น่าสนใจถึงผลการวิเคราะห์ศักยภาพการแข่งขันของการเปิดเสรีแรงงานวิชาชีพไทยภายใต้การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC หรือ ASEAN Economic Community) ในกลุ่มแรงงาน 7 สาขา ได้แก่ วิศวกรรม พยาบาล สถาปัตยกรรม การสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และบัญชี พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเรื่อง AEC และไม่เห็นถึงประโยชน์ของการเปิดเสรีที่จะมีขึ้นในวันที่ 1 มกราคมปี 2558

ทั้งนี้ มีข้อมูลที่น่าสนใจมาเล่าสู่กันฟัง ประเทศไทยผลิตแพทย์ปีละ 2,500 คน (เดิมประมาณปีละ 1,200 คน) แพทย์ต่อประชากร 1/1,800 ซึ่งจะเป็น 1/1,000 ในประมาณสิบปีข้างหน้า และการกระจายยังมีปัญหาเพราะกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ (1/600) ซึ่งมีแพทย์มากกว่าภาคเหนือ/อีสาน (1/3,600) ถึงหกเท่า ประเทศมาเลเซียแพทย์ต่อประชากร 1/1,100 ประเทศสิงคโปร์แพทย์ต่อประชากร 1/600

ทางด้านเศรษฐกิจและเศรษฐกิจฐานะ (PPP=Purchasing Power Parity) แพทย์ไทย GDP/Head 12,000 USD/ปี (ปรับ PPP=35,000 USD) แพทย์มาเลเซีย 40,000 USD/ปี แพทย์สิงคโปร์ 44,000 USD/ปี (PPP กับ non-PPP ใกล้เคียงกันในสองประเทศหลัง)

ดังนั้น มีการวิเคราะห์กันว่า แพทย์ไทยซึ่งมีศักยภาพในการแข่งขันสูงเมื่อเทียบกับประเทศในอาเซียน คงไม่ค่อยย้ายที่ทำงานไปในประเทศเพื่อนบ้าน แต่นิยมย้ายไปประเทศพัฒนาแล้วมากกว่า ในเรื่องค่าตอบแทน (ปรับ PPP แล้ว ไทยกับสิงคโปร์ใกล้เคียงกัน แม้ Real term จะต่างกัน 3 เท่า)

อย่างไรก็ตาม พบว่าในทางกลับกันเมื่อเปิด AEC แล้ว แรงงานจากกลุ่มประเทศอาเซียนจะไหลเข้ามาทำงานในเมืองไทยมากขึ้น แพทย์จากประเทศเพื่อนบ้าน Cambodia, Laos, Myanmar, Vietnam จะย้ายเข้ามา หากมีโอกาสเนื่องจากจะได้รายได้มั่นคงกว่า แพทย์จากประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์มีโอกาสย้ายเข้ามาทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเอกชนระดับใหญ่ๆ เนื่องจากความสามารถทางภาษา แต่ก็ต้องผ่านกีดกันเดียวกันกับแพทย์ไทย หากแพทย์ต่างชาติคนใดต้องการเข้าทำงานที่ประเทศไทย ต้องมาสอบใบอนุญาตชั่วคราว เพื่อให้ได้เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขานั้นๆ โดยใบอนุญาตจะมีอายุ 1 ปี ต่างจากแพทย์ไทยที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์มีอายุตลอดชีพ แต่ล่าสุดแพทย์สภายูโรระหว่างหาหรือว่า จะมีการปรับเปลี่ยนอาจกำหนดอายุ 1 ปี หรือ 5 ปี ซึ่งยังไม่ชัดเจน

นี่ยังไม่ได้วิเคราะห์เลยไปถึงการแข่งขันและถ่ายโอนกันของสถานพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเอกชน ซึ่งโดยรวมผมคิดว่าเป็นเรื่องใหญ่และน่าที่จะต้องให้ความสนใจมากขึ้น พวกเราละครับคิดอย่างไรและเตรียมตัวอย่างไรกับเรื่องเปิดเสรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนนี้

นพ.สาธิต เทียงวิทยาพร

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

รศ. นพ.ธเนศ นิธิย์ โชตนฤดี
รศ. นพ.อารี ตनावลิ

บรรณาธิการ

นพ.สาธิต เทียงวิทยาพร

ผู้เขียนบทความ

นพ.สาธิต เทียงวิทยาพร
พ.ต.อ. นพ.ธนา สุระเจน
พ.ต.อ. นพ.สามารถ ม่วงศิริ

• นพ.อุกฤษฏ์ ฉวีวรรณการ
• นพ.อารี ตनावลิ
• นพ.สารเดช เชื้อศิริกุล
• มานิตา จารุศิลาวงศ์
• ศศ. นพ.ปิยะ ปันศรีศักดิ์
• นพ.อรุณกร กาญจนพิบูลวงศ์
• นพ.ยุทธนา คณาสุข
• นพ.วิสิทธิ์ วังวิทยากุล
• นพ.พฤษชัยกิจ
• นพ.อภิสิทธิ์ ปัทมรัตน์
• นพ.ปวิศ สังข์จันทร์

Front Files

นพ.สาธิต เทียงวิทยาพร

4

What's On

“ความก้าวหน้า ปฏิบัติได้จริง”

The Combined Meeting of 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium and Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society (THKS)

พ.ต.อ. นพ.ธนา สุระเจณ

7

On The Move

บทบาทสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

พ.ต.อ. นพ.สามารถ ม่วงศิริ

9

In Focus

“Stem cell” ความมหัศจรรย์ของวงการแพทย์

นพ.อุกฤษฏ์ ฉวีวรรณการ

10

Expert's View

คุยเฟื่องเรื่อง “KOA”

นพ.อารี ตनावลี

13

Hot Topic

3D-CT Navigation THA

นพ.สารเดช เชื่องศิริกุล

16

Interesting Topic

Ceramic Revision Ball Head

The New Revision Strategy in

Total Hip Arthroplasty

นพ.สาธิต เทียงวิทยาพร

18

Activity

Hip & Knee Activity @ Trang

มานิดา จารุติลาวงศ์

20

H & K Sabye Zone

น้องน้ำในความทรงจำ

ผศ. นพ.ปิยะ ปิ่นศรีศักดิ์

22

Jailbreak ??

นพ.อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์

24

H & K Sabye Zone

สุดยอดปรารถนาเบญจกาศ

นพ.ยุทธนา คณาสุข

27

H & K Recharge

“สามัคคี”

นพ.วิสิทธิ์ วังวิทยากุล

30

Current Concepts Review

TKA in Valgus Knee

Pruk Chaiyakit, M.D.

33

Surgical Tips

การใช้ Stem ใน Total Knee Arthroplasty

นพ.อภิสิทธิ์ ปัทมรัตน์

36

Fellowship Training

ประสบการณ์ครั้งแรกในการเป็น

แพทย์ประจำบ้านต่อศัลยศาสตร์

ข้อเข่าข้อสะโพกโรงพยาบาลตำรวจ

นพ.ปวิศ สังข์พันธ์

40

Meeting

CAOS Thailand

42

Must Go

The Combined Meeting of 2012

Asia Pacific Insall Legacy Symposium

and 2012 Annual Meeting of

The Thai Hip & Knee Society (THKS)

“August 10th-13th, 2012

at Dusit Thani Hua Hin Hotel,

Hua Hin, Thailand”

43

คณะกรรมการชมรมศัลยแพทย์ข้อเข่าข้อสะโพกแห่งประเทศไทย

ที่ปรึกษาชมรม

รศ. นพ.ชายรัชช

งามอุโฆษ

รศ. นพ.วัฒน์ชัย

โรจน์วัฒน์ชัย

นพ.วัลลภ

ล้ำราญเวทย์

ผศ. นพ.กฤษณ์

กาญจนฤกษ์

ศ. นพ.สุกิจ

แสงนิพนธ์กุล

ประธาน

รศ. นพ.ธโนนิตย์

โชตนภูติ

ประธานรับเลือก

รศ. นพ.อารี

ตनावลี

รองประธานฝ่ายบริหาร

พ.ต.อ. นพ.ธนา สุระเจณ

รองประธานฝ่ายวิชาการ

นพ.สุรพจน์ เมฆนาวัน

เลขาฯ

นพ.ชาลี สุเมธวานิชย์

นายกฯ

ผศ. (พิเศษ) นพ.พลวรรณ วิฑูรกลชิต

เหรัญญิก

นพ.สิทธิ์

งามอุโฆษ

ประธานอนุสาขา CAOS Thailand

นพ.พรภิชญ ศรีภิรมย์

กรรมการเลขา CAOS Thailand

นพ.ธนพจน์ จันทน์นุ่ม

บรรณาธิการวารสาร

Hip&Knee Today

พ.ต.อ. นพ.วิโรจน์ ลาภไพบูลย์พงศ์

นพ.สาธิต เทียงวิทยาพร

6 A New Definition for Periprosthetic Joint Infection 9

เมื่อเร็วๆ นี้ Musculoskeletal Infection Society (MSIS) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ 21 คน เพื่อทำการกำหนด standard definition ของ Periprosthetic Joint Infection (PJI) ขึ้นมาใหม่หลังจากที่แต่เดิมไม่เคยมี definition ของ PJI ที่แน่นอนมาก่อนซึ่งมักก่อให้เกิดความสับสนในหมู่แพทย์ ผู้ทำการรักษาและผู้ทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดมา โดยเมื่อวันที่ 4 สิงหาคมที่ผ่านมาทางคณะกรรมการได้ออกนิยามของ definite infection ใน PJI เมื่อพบดังนี้

1. A sinus tract communicating with the prosthesis; or
2. A pathogen is isolated by culture from two separate tissue or fluid samples

3. Four of the following six criteria exist:
 - a. Elevated serum erythrocyte sedimentation rate (ESR) or serum C-reactive protein (CRP) concentration
 - b. Elevated synovial white blood cell (WBC) count
 - c. Elevated synovial neutrophil percentage (PMN%)
 - d. Presence of purulence in the affected joint
 - e. Isolation of a microorganism in one culture of periprosthetic tissue or fluid
 - f. Greater than five neutrophils per high-power field in five high-power fields observed from histologic analysis of periprosthetic tissue at 400 times magnification

Reference: AAOS Now November 2011



H & K Interesting Meetings & Courses

June 25, 2012 – June 27, 2012
Barcelona HIP Meeting 2012
Barcelona, Spain
www.barcelonahipmeeting.com

August 10, 2012 – August 13, 2012
The Combined Meeting of 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium and 2012 Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society (THKS) Hua-Hin, Thailand
www.thaihipknee.org

September 14, 2012 – September 16, 2012
Masters' Series: Anterior Hip
Houston, TX, United States of America
www.icjr.net/2012/houston

October 2, 2012 – October 5, 2012
Harvard Medical School 42nd Annual Course: Advance in Arthroplasty

Cambridge, MA, United States of America
October 3, 2012 – October 6, 2012
ISTA 25th Annual Congress Sydney, Australia
www.istaonline.org

October 12, 2012 – October 13, 2012
Update in Knee Replacement
Flint Oak, Kansas, United States of America
www.icjr.net/2012/flintoak

October 19, 2012 – October 21, 2012
13th Annual ISK Sports Medicine, Total Knee and Hip Course

New York, NY, United States of America
www.icjr.net/2012/newyork

November 15, 2011 – November 17, 2011
4th Annual Modern Trends in Joint Replacement (MTJR)
Palm Springs, CA, United States of America
www.icjr.net/2012/palmsprings

December 12, 2012 – December 15, 2012
Current Concepts in Joints Replacement Winter
Orlando, Florida, United States of America
www.ccjr.com





Simultaneous Bilateral Total Knee Arthroplasty: Should you do it??

{ TKR in the Younger Patient: Happening But is it Reasonable?? }

นับตั้งแต่เริ่มมีการทำผ่าตัด total knee replacement เมื่อปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา การทำผ่าตัดชนิดนี้ถูกกำหนดใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในขณะนั้นอยู่ที่ 68-70 ปี ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่านี้มักถูกมองว่าอายุน้อยเกินไปสำหรับการผ่าตัดแบบนี้ เนื่องจากความกังวลในเรื่องของอายุการใช้งานของ prosthesis และความรู้สึกรู้สึกถึงความพึงพอใจต่อข้อเข้าเทียมในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยอาจไม่สูงมากนัก ปัจจุบันเริ่มมีแนวโน้มของการทำผ่าตัด TKR ในผู้ป่วยอายุเฉลี่ยน้อยลง โดยในประเทศสหรัฐอเมริกามีการทำผ่าตัด TKR ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 55-64 ปีเพิ่มขึ้นจาก 20.1% เมื่อปี 1998 เป็น 28.9% ในปี 2009

งานวิจัยระดับคลาสสิกของ Diduch, Insall, Scott et al. ที่ตีพิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 1997 ระบุ survivorship ที่ 18 ปี อยู่ที่ 87% ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 55 ปี และเมื่อไม่นานมานี้ Keeney et al. รายงานผลการผ่าตัด TKR ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 55 ปี ว่า มี survivorship 91-99% ใน 10 ปีแรก และลดลงเหลือ 85-96% ใน 10 ปีต่อมา โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการทำ revision ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ polyethylene wear debris induced complication

ก่อนตัดสินใจทำ TKR ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย จึงมีข้อควรพิจารณาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- แน่ใจว่าไม่มี alternative option : เช่นควรพิจารณาทำ osteotomy ร่วมกับ meniscal restoring ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องกลับไปมี high impact activity เช่น running sport
- พิจารณาทำ UKR ในกลุ่ม one compartment arthritis
 - พิจารณา cementless fixation: เพื่อหวังผลว่าอาจจะมียอายุการใช้งานที่นานกว่า
 - พิจารณาการใช้ non-modular tibial component: เพื่อหวังผลเรื่องลด backside wear
 - พิจารณาการใช้ alternative bearing surfaces: โดยเฉพาะการใช้ highly crosslinked UHMWPE ซึ่งต้องติดตามผลการใช้ในระยะยาวอย่างใกล้ชิดต่อไป

ในงาน Current Concepts in Joint Replacement 2011 Winter Meeting ที่ผ่านมา ได้มีการ debate กันในหัวข้อการทำ simultaneous bilateral total knee arthroplasty



Risks

Javad Pavazi ระบุ simultaneous bilateral TKA เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อ pulmonary emboli และ mortality โดยอ้างถึง meta-analysis จากงานวิจัย 150 ฉบับที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 1996-2005 และอีก meta-analysis ในปี 2011 ที่ระบุว่า mortality 3.2% และเพิ่มเป็น 5.5% ที่ 30 วันหลังผ่าตัด โดยอธิบายจาก embolic load ในผู้ป่วยที่ต้องใช้ intramedullary reaming ระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้ Pavazi ยังไม่เห็นด้วยว่า bilateral จะสามารถลด cost ของการผ่าตัด ทั้งนี้ เนื่องจากต้องมีการเพิ่ม cost จาก complication ที่เกิดขึ้น และยังมีโอกาสต้องรับ blood transfusion สูงกว่าอีกด้วย



Lower cost, mortality

Thomas Sculco แย้งว่า morbidity และ mortality ของ simultaneous bilateral TKA ไม่สูงกว่าการทำ two unilateral TKA และยังคงกล่าวถึงประโยชน์ของการทำ simultaneous bilateral TKA ในผู้ป่วย severe bilateral deformity โดยอ้างถึงการศึกษานี้ของเขาที่ทำผ่าตัดในผู้ป่วย 500 คน ไม่พบว่ามี mortality, strokes และ myocardial infarction และระบุว่า overall mortality rate ใน simultaneous bilateral TKA มีเพียง 0.47% ทั้งนี้ เขาแนะนำว่า หลักการสำคัญอยู่ที่การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม มี anesthetic protocol และ perioperative monitoring ที่ดี ทั้งนี้ ไม่ควรทำผ่าตัดนานกว่า 2.5 ชั่วโมงต่อข้าง และเลือกผู้ป่วยอายุไม่เกิน 75 ปี นอกจากนี้ เขายังถึงการใช้ hydrocortisone ว่าสามารถลด IL-6 และ desmosine ซึ่งเป็นสัญญาณของ lung injury



High Survivorship of Revised TKA seen at 13 years

เมื่อก่อนนี้ถ้าเราต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องทำ revision TKA เรามักจะบอกผู้ป่วยว่า ผลการรักษาไม่ดีเท่า primary TKA, อัตราการล้มเหลวจากการรักษาสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมากมาย และมักลงเอยด้วยอาการปวดและเข้าติด นั่นอาจเป็นเพราะเราไม่มีข้อมูลระยะยาวของผลการรักษาด้วยการทำ revision TKA

Chandran ได้ศึกษาและรายงาน survival of revised TKA ในงาน British Orthopaedic Association and Irish Orthopaedic Association Combined Meeting 2011 โดยศึกษาแบบ prospective ใน 243 revision TKA ที่ทำในผู้ป่วย 230 คนอายุเฉลี่ย 69 ปี ระหว่างปี 1995-2001 โดยใช้ prosthesis เป็น Endolink (Link; Hamburg, Germany) 68 เซ้า และ TC3 (Depuy; Leeds, England) 175 เซ้า พบว่ามี survival ที่ 13 ปีอยู่ที่ 86% ซึ่งนับว่าน่าพอใจทีเดียว และผู้ป่วย 35 คน (14%) มีความจำเป็นต้อง re-revision จาก loosening, wear และ stiffness

Reference: Chandran P, Patel K, Hamed Y, et al. A prospective study of revision total knee replacements at a mean follow-up of 11 years. Presented at the British Orthopaedic Association and Irish Orthopaedic Association Combined Meeting 2011. Sept. 13-16. Dublin.



6 Keys to Long-term Fixation using Cementless Sockets for THA

สาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิด failure ของ cementless sockets คือ aseptic loosening การเลือกใช้ three-dimensional ingrowth surface cementless socket ให้ผลดีกว่าชนิด ongrowth surface ทั้งนี้ พบว่า physical interlock ระหว่าง cup และ supporting bone ที่อยู่ข้างใต้เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนด long-term results William Maloney แนะนำให้ใช้ cluster cup ทำ press-fit โดย under ream 1-2 มิลลิเมตร ร่วมกับการยึดด้วย screw เพิ่มอีก 1-2 ตัวเพื่อให้แน่ใจว่า cup จะมี stability พอที่จะเกิด ingrowth ทั้งนี้ ให้เลี่ยงการใช้ hydroxyapatite (HA)-coated cup on microtexture surface เนื่องจากภายหลัง HA จะ absorb ไปแล้วทำให้ stability ของ cup เสียไป โดยมีรายงาน 22% mechanical failure rate ของ HA cup ที่ 5-9 ปี

Reference: Maloney WJ. Cementless socket fixation. Presented at Orthopaedic Today Hawaii 2012. Jan, 15-18, Wailea, Hawaii.

{ Technique, Patient and Implant Selection: Key to avoiding Fracture during THA }



จากการศึกษา 5000 THA ที่ทำผ่าตัดโดย 11 surgeons ตลอดระยะเวลา 10 ปี Della Valle ได้ข้อสรุปว่า risk factors for fracture in THA คือ elderly patient, female patient, DDH patient, MIS-THA technique และการใช้ flat-wedge taper designs

Della Valle แนะนำให้ใช้ cemented stem เสมอในผู้ป่วยหญิงสูงอายุ รูปร่างพอมบาง และมีความกระดุกพรุน นอกจากนี้ ยังแนะนำให้ระมัดระวังในเรื่องขนาดของ fully porous coated stem ที่อาจมีขนาดไม่ตรงกับฉลากที่ระบุไว้ข้างกล่อง โดยมีขนาดแตกต่างกันได้ตั้งแต่ 0-1 มิลลิเมตร อันเป็นเหตุให้เกิดการ under-reaming และตามมาด้วย fracture THA



CCJR 2011 Winter Meeting



“ความรู้ทันสมัย ปฏิบัติได้จริง”

The Combined Meeting of 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium and Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society (THKS)

พ.ต.อ.ธนา ฤๅระเจน
หัวหน้างานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ

ในปี พ.ศ. 2555 ผมได้รับตำแหน่งเป็นประธานจัดงานการประชุม (Chairman Organizing Committee) การประชุม The Combined Meeting of 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium and Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society Combined โดย The Thai Hip & Knee Society (THKS) ร่วมกับ Hip and Knee Section, RCOST จากความรู้ทางออร์โธปิดิกส์ในทศวรรษที่กำลังจะมาถึงนี้ได้มีการพัฒนาเข้าสู่รอยต่อเกี่ยวกับ replacement era ความคู่ไปกับ regeneration era จึงทำให้ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ต้องมีมุมมองของความรู้ 360 องศา ของ Arthroplasty and Orthobiology โดยจัดขึ้นในวันที่ 11-13 สิงหาคม พ.ศ. 2555 โดยใช้หลักการจัดที่ว่า Excellence Scientific Program, Supremacy Hospitality และ Perfect Venues



Excellence Scientific Program ได้แก่ Asia Pacific Insall Legacy Symposium การแลกเปลี่ยนทางความรู้และนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นในประเทศ ในระดับภูมิภาคและนานาชาติ โดยจะนำแพทย์ชั้นนำมาแลกเปลี่ยนความรู้ในประเทศไทย ด้วยเทคโนโลยีทันสมัยที่สุดสำหรับเวชปฏิบัติของท่าน เช่น Micheal Kelly, Past President American Knee Society, THKS Certified Course for General Orthopedists เพื่อสร้างรากฐานทางความรู้ที่มั่นคง เพื่อจะได้คิดค้นในสิ่งใหม่ทางการแพทย์สำหรับในอนาคต ระดับภูมิภาคอาเซียน ซึ่งเหมาะสมสำหรับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 และแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่เริ่มสนใจในการผ่าตัดข้อเทียมอย่างมั่นใจ AAOS 2012, EFORT 2012, CCJR 2012, ICRS 2012 Perspective มุมมองของความรู้จากการประชุมทั่วโลกมาย่อไว้ในสมุดความรู้ของท่าน เราได้รับเกียรติจาก Prof. William J Maloney (Past President American Hip Society, Prof. Christopher S Mows จาก Stanford Medical School. มาร่วมการบรรยายให้เราด้วย Stem Cell, Treatment of OA and Cartilage degeneration โดยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิดที่ทันสมัย ร่วมก้าวสู่ทศวรรษใหม่ของการแพทย์ที่เกี่ยวกับ regeneration medicine Dr. Kostas I Papadopoulos รศ. นพ.สิทธิศักดิ์ หงษาเวก

เป็น leader opinions ใน session นี้ครับ Complex & 4-part Shoulder Fracture Treatment and Arthritis การตัดสินใจที่ถูกต้องในการทำ hemiarthroplasty ใน 4-part fracture และการดูแลป้องกันและการรักษาไม่ให้เกิด shoulder arthritis แบบ profession โดย biology, fixation และ hemiarthroplasty เราได้รับเกียรติจาก opinion leader ระดับโลก ได้แก่ พ.อ.สุทร บวรรัตนเวช President AO foundation น.อ.วัชร พิกพมวงคล ประธาน trauma section พ.ท.สุรียา ลีอนาม ร่วมเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้ง Osteotomy Around the Knee เป็นการผ่าตัดที่สำคัญที่จะเพิ่มขึ้นมากในอนาคตอันใกล้นี้ ถ้ารู้และเข้าใจ เลือกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทำได้ง่ายกว่าที่คิด โดยเน้น การเรียนรู้เทคนิคใหม่ที่ท่านทำได้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้อง จากแพทย์ที่มีประสบการณ์ ได้แก่ พ.อ.สุทร บวรรัตนเวช President AO foundation ร่วมให้ความรู้กับเราครับ



Supremacy Hospitality ในปีนี้ในงาน congress dinner เราจัด Theme Village of the World in Thai Culture เพื่อแสดงความเป็นเอกลักษณ์ของไทยครับ ในส่วน **Perfect Venue** สถานที่จัดการประชุมที่โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งเป็นที่ที่เราคุ้นเคยกันดี

ผมและคณะกรรมการทุกท่านหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับเกียรติและมีโอกาสต้อนรับท่านเป็นสมาชิก และเข้าร่วมในการประชุมครั้งนี้ Combined T5 เพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ความรู้ทางออร์โธปิดิกส์ในระดับเอเชีย และนานาชาติ เพื่อร่วมก้าวสู่ต้นทศวรรษแห่งอนาคตของ Advanced Replacement และ Regeneration Medicine ไปพร้อมๆ กันครับ

ผู้ที่สนใจสามารถลงทะเบียนได้ที่
อนุสาขาข้อเข่าและข้อสะโพก
ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์
และสามารถ download
ตารางการประชุมได้ที่
<http://www.thaihipknee.org>



บทบาทสมาชิก สภาผู้แทนราษฎร

พ.ต.อ. นพ.สามารถ ม่วงศิริ

ข้าพเจ้าได้มีโอกาสทำงานในฐานะที่เป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรกรุงเทพมหานครขอเล่าเรื่องราวที่แตกต่างจากหอคอยงาช้างที่ถูกต้องที่ต้องพบปะผู้ปวยมาเป็นพบปะประชาชนไม่ว่าจะต้องร่วมงานพิธีกรรมงานบุญตามประเพณี กิจกรรมตามเทศกาล กิจกรรมตามชุมชนหรือหมู่บ้านเมื่อเปรียบเทียบกับงานทางวิชาชีพแพทย์แล้วงานด้านนี้ยุ่งยากเหนียวหนืดกว่ามาก นอกจากนั้นยังมีงานทางการเมืองในสภาผู้แทนราษฎร

แต่งงานที่น่าสนใจคืองานในฐานะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎรมีบทบาทหน้าที่ตรวจสอบ ติดตาม ศึกษาปัญหาและพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยสามารถเชิญผู้เกี่ยวข้อง ผู้ได้รับผลกระทบ ผู้มีอำนาจมาให้ข้อมูลมาชี้แจงข้อเท็จจริง เพื่อเป็นข้อสรุปและข้อเสนอแนะของกรรมการ ที่ผ่านมามีเรื่องที่เราได้รับการพิจารณาแล้วเป็นต้นว่าการขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุข ปัญหาและผลกระทบของการให้บริการสาธารณสุขจากปัญหาอุทกภัย การกระจายอำนาจและโครงสร้างสาธารณสุขของประเทศ พระราชบัญญัติยา ปัญหาพิษสารตะกั่วตกค้างในอำเภอแม่สอด ปัญหาการใช้ยาซูโดเอฟฟิดีน นโยบายการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่ถามสิทธิของรัฐบาล พอสรุปได้ว่าปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยเรามีมากไม่ว่าจะเป็นเรื่อง

ขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุข กล่าวคือผู้ปฏิบัติงานหนึ่งในสามคือประมาณสามหมื่นคนยังไม่ได้รับการบรรจุ เป็นเพียงลูกจ้างชั่วคราว การกระจายตัวของแพทย์กระจุกอยู่ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้รับค่าตอบแทนในกรณีที่โรงพยาบาลขาดทุน ประชาชนผู้มารับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวนมากขึ้นมาก ทำให้อาจได้รับบริการไม่ดีพอและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทำงานหนัก เสี่ยงต่อความผิดพลาดและถูกฟ้องร้อง งบประมาณแผ่นดินทางสาธารณสุขโดยรวมของประเทศประมาณ 200,000 ล้านบาทต่อปี ยังไม่เพียงพอและมีแนวโน้มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่ถามสิทธิ สำหรับปัญหาของยาซูโดเอฟฟิดีนก็น่าสนใจแพทย์ผู้อำนวยการสถานพยาบาลที่มีการสั่งยาปริมาณมากแต่มีการใช้ยาในโรงพยาบาลน้อยที่เป็นความบกพร่องโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือถูกวางยาโดยข้าราชการชั้นผู้น้อย

จะเห็นได้ว่าปัญหาสาธารณสุขมีมากจริงๆ ทำให้ไม่แน่ใจว่าเราเดินมาถูกทางหรือไม่ สำหรับนโยบายสาธารณสุขของประเทศอย่างไรก็ตาม ในฐานะหมอคนคนหนึ่งได้มีโอกาสพูดคุยกับอาจารย์สุกิจ อาจารย์ยาริ ได้รับฟังข้อแนะนำต่างๆ ที่มีประโยชน์ ในฐานะเลขานุการกรรมการการสาธารณสุข

Email: samartm@yahoo.com





“Stem cell”

ความท้าทาย ของการแพทย์

นพ.อุทฤษฎ์ จิววรรณกร

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาข้อเข่าข้อสะโพก โรงพยาบาลตำรวจ

ก่อนอื่นต้องขอออกตัวก่อนนะครับว่าผมเองเพิ่งได้ศึกษาเรื่อง stem cell มาได้ประมาณ 1 ปี ที่ผ่านมา ยอมรับครับว่าตอนแรกก็เห็นเป็นเรื่องที่ไกลตัวเหลือเกิน ศัพท์ต่างๆ เข้าใจยากจริงๆ พอได้มาติดตามแล้วจึงพบว่าสนุกครับ และคิดว่าน่าจะมีประโยชน์ในการนำมาใช้ในออร์โธปิดิกส์ได้ มาตามไปพร้อมๆ กันนะครับ

“Stem cell” หรือชื่อภาษาไทยคือเซลล์ต้นกำเนิด เมื่อเอ่ยถึงชื่อนี้แล้วหลายท่านคงคุ้นเคยดี เพราะ stem cell เคยเป็นข่าวใหญ่โตในหน้าหนังสือนิตยสารและหนังสือพิมพ์ทั่วโลกมากมาย ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีชีวภาพที่รุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว เชื่อว่าการค้นพบ stem cell นี้จะช่วยรักษาโรคร้ายหลายโรคได้ โรคบางอย่างที่ในอดีตเรายังไม่สามารถเอาชนะก็มีความก้าวหน้าทางการวิจัยที่จะนำ stem cell มาใช้รักษาได้

เซลล์ที่จัดได้ว่าเป็นเซลล์ต้นกำเนิดต้องมีความสามารถที่แตกต่างจากเซลล์ทั่วไปมี 2 ประการคือ ประการแรกต้องเป็นเซลล์ที่ยังไม่มีหน้าที่เฉพาะอย่าง และประการที่สองคือสามารถแบ่งตัวไปเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่เฉพาะชนิดตามอวัยวะต่างๆ ได้

ชนิดของ stem cell

การแบ่งประเภทของเซลล์ต้นกำเนิดใช้วิธีแบ่งตามอายุและแหล่งที่ได้มาของเซลล์ ดังตารางที่ 1 ในปัจจุบันการศึกษาวิจัยจะเน้นไปที่เซลล์ต้นกำเนิดจาก 3 แหล่งคือ

- 1) Embryonic stem cells คือเซลล์ที่ได้มาจากไข่ที่แบ่งตัวอยู่ในระยะ blastocyst
- 2) Umbilical cord stem cells ได้มาจากเลือดของเด็กที่อยู่ในสายสะดือ โดยจะมีเซลล์ต้นกำเนิดของเซลล์เม็ดเลือดอยู่มาก จากการศึกษาพบว่าเซลล์ต้นกำเนิดที่ได้จากเลือดในสายสะดือยังสามารถแบ่งตัวไปเป็นเซลล์ประสาทและเซลล์ตับได้ด้วย ในการเก็บเซลล์ต้นกำเนิดจากสายสะดือนั้น นอกจากจะได้จากเลือดแล้วยังมีเซลล์ที่ได้มาจาก matrix cells ที่เรียกว่า Wharton's jelly เป็น mesenchymal stem cells ซึ่งจากการศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่ามีความสามารถในการแบ่งตัวไปเป็นเซลล์ประสาทได้ดี
- 3) Adult or somatic stem cells คือเซลล์ต้นกำเนิดที่ได้มาจากผู้ใหญ่ซึ่งเซลล์ต่างๆ ได้พัฒนาไปเป็นอวัยวะต่างๆ แล้ว เซลล์ต้นกำเนิดที่สามารถนำมาใช้ได้มาจากสองส่วนคือ

1.1) เซลล์ต้นกำเนิดจากไขกระดูก (bone marrow) ซึ่งจะมีเซลล์ต้นกำเนิดที่ทำหน้าที่เป็นเซลล์ต้นกำเนิดของเม็ดเลือด (hematopoietic) มีหน้าที่แบ่งตัวเป็นเซลล์ต่างๆ ในกระแสเลือด และเซลล์ต้นกำเนิดของเนื้อเยื่อ (mesenchymal stem cells, MSCs) ซึ่งจะได้มาจาก bone marrow stroma เซลล์ต้นกำเนิดชนิดนี้มีความสามารถแบ่งตัวไปเป็นเซลล์ได้หลายประเภท เช่น reticular cells, adipocytes, osteogenic cells, smooth muscle cells, endothelial cells และ macrophages นอกจากนี้ MSCs จะพบในไขกระดูกแล้ว ยังพบได้อีกหลายตำแหน่งคือ periosteum, เซลล์ไขมัน และเซลล์ผิวหนัง เซลล์ต้นกำเนิดชนิดนี้ถือว่าเป็นพระเอกของวงการออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า MSCs สามารถแบ่งตัวทำให้เกิดเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น cartilage, bone, muscle, tendon, ligament และ fat ได้

1.2) Gut stem cells ได้มาจากเซลล์ในระบบทางเดินอาหาร

1.3) Liver stem cells จากตับ

1.4) Bone stem cells ในกระดูกจะมี osteoprogenitor cells อยู่ในปริมาณมาก ซึ่งจะทำหน้าที่ซ่อมแซมกระดูกได้ดีเวลาที่กระดูกได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งต่างจากกระดูกอ่อนที่มี chondrocyte progenitor cell อยู่ในปริมาณน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย ดังนั้น จึงมีความสามารถในการซ่อมแซมตัวเองที่ต่ำมากเมื่อเกิดการบาดเจ็บ

1.5) Epidermal stem cells (skin and hair) จะมีเซลล์ต้นกำเนิดชนิดหนึ่งคือ transient amplifying cell สามารถแบ่งตัวไปเป็น keratinocytes และ sebocytes ได้

1.6) Neuronal stem cells พบอยู่ใน subventricular zone ของสมองส่วนหน้า ในห้องปฏิบัติการพบว่าสามารถแบ่งตัวไปเป็น neurons, astrocytes และ oligodendrocytes

1.7) Pancreatic stem cells มีการศึกษาในหนูพบว่าที่ตับอ่อนจะมีเซลล์ต้นกำเนิดอยู่ที่ Islets of Langerhans และสามารถแบ่งตัวไปเป็น insulin-producing beta-cells สำหรับผลิต insulin แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าในมนุษย์จะมีเซลล์ประเภทนี้หรือไม่

1.8) Eye stem cells จากการศึกษาในหนูเช่นกันพบว่าที่ตาจะมี retinal stem cells อยู่บริเวณ pigmented ciliary ซึ่งจะสามารถแบ่งตัวไปเป็นเซลล์รับแสง photoreceptors, bipolar neurons และ Muller glia cell ใน retina ได้

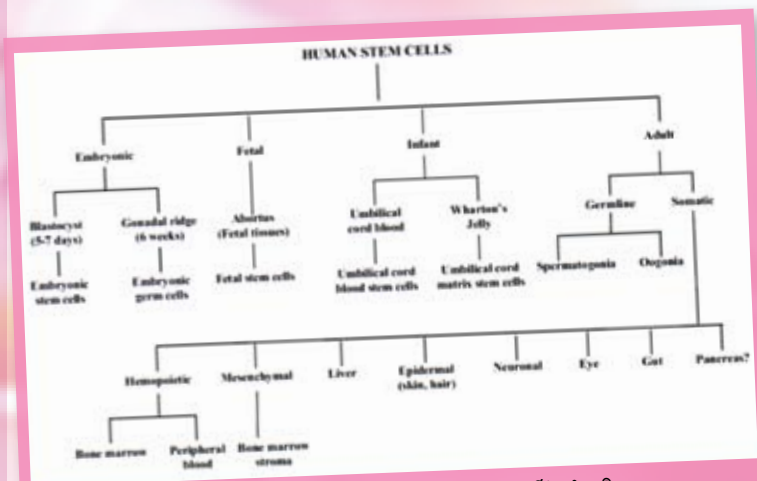
นอกจากการแบ่งเซลล์ต้นกำเนิดดังข้างต้นแล้วยังมีวิธีแบ่งตามความสามารถในการแบ่งตัวของเซลล์ต้นกำเนิด โดยจะแบ่งเป็น

1) Totipotent stem cell คือเซลล์ที่มีความสามารถในการแบ่งตัวไปเป็นเซลล์ต่างๆ ได้ทั้งหมด ทั้งเซลล์ของทารกเอง และเซลล์นอกตัวทารก (extraembryonic tissues) เช่น รก และเซลล์ของถุงน้ำคร่ำได้ จะพบได้เฉพาะใน zygote เท่านั้น

2) Pluripotent stem cell เซลล์ต้นกำเนิดชนิดนี้ จะมีความแตกต่างเซลล์ข้างต้น มีคุณสมบัติในการแบ่งตัวเป็นเซลล์ต่างๆ ได้ทุกประเภท เว้นแต่ว่าไม่สามารถแบ่งเซลล์ไปเป็นเซลล์นอกตัวทารกได้ เซลล์ประเภทนี้พบได้ตั้งแต่เป็น embryo, fetus รวมถึงอวัยวะต่างๆ ในผู้ใหญ่

3) Multipotent stem cell นับว่าเป็นเซลล์ต้นกำเนิดที่แก่ที่สุดในบรรดาเซลล์ต้นกำเนิดทั้งหมด ความสามารถในการแบ่งตัวทำได้เพียงเป็นเซลล์ต่างๆ ในอวัยวะนั้นเท่านั้น ไม่สามารถกลายไปเป็นเซลล์ในอวัยวะอื่นๆ ได้

มาถึงตรงนี้ทุกท่านคงพอจะรู้จัก stem cell กันอย่างคร่าวๆ แล้วนะครับ จะเห็นว่ามีศัพท์ต่างๆ และชนิดต่างๆ มากมาย สิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือการศึกษาค้นคว้าที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ของพวกเรามากกว่า อยากทราบไหมครับว่าเมื่อเราได้ Pluripotent stem cell มาเซลล์หนึ่งมันจะสามารถโตไปเป็นเซลล์อะไรได้อย่างไร ติดตามอ่านกันฉบับหน้าครับ เรื่องมันยาวครับ สงสัยจะได้เป็นไตรภาคพอดี แล้วผมจะรวบรวมงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ stem cell ในการรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ มาให้ดูกันครับ



ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งประเภทของเซลล์ต้นกำเนิด

Fast ... Confident ...

CELEBREXTM

celecoxib

400 mg

The confident choice for
Acute Pain
Management

Figure 1. Chemical structure of SC-58635 (celecoxib).

Delivers fast onset of analgesia and long duration of action

Onset
28
minutes

Median time to onset of
analgesia is 28 minutes
(95% CI, 22 - 33 minutes)³

Duration
>24
hours

Median time to use
rescue medication is
more than 24 hours³

This was a single-dose, 2-center, randomized, double-blind, active- and placebo-controlled study in which patients with moderate to severe pain following third molar extraction were randomized to receive a single dose of celecoxib 400 mg, ibuprofen 400 mg or placebo.





คุยเพื่อนเรื่อง “KOA”

นพ.อารี ตनावลี
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



“KOA” คืออะไร?

KOA หรือ Korean Orthopaedic Association ก็คือ สมาคมออร์โธปิดิกส์ของประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งมีความเก่าแก่ และ/หรือมีความเก่าพอควร เพราะในโอกาสที่ผมได้ไปร่วมการประชุมวิชาการประจำปีครั้งนี้ เป็นการประชุมประจำปีครั้งที่ 55 แล้ว ดังนั้น ถ้าเปรียบองค์กรนี้เป็นมนุษย์ ก็ปาเข้าไปวัยกลางคนแล้วละครับ

ปกติ KOA แทบไม่ค่อยมีความข้องเกี่ยวกับ TOA หรือ RCOST ของเราเท่าไรนัก อาจเป็นเพราะว่าองค์กรนี้มีสมาชิกมากมาย และคิดว่าเป็นองค์การที่มีองค์ความรู้กว้างไกลกว่าหลายๆ ประเทศในทวีปเอเชีย จึงสนใจแต่ตัวเองมั่ง

แต่ในระยะหลังผมสันนิษฐานเองว่า เขาคงทราบว่าคุณคนไทยดูซีริ่ส์และหนังเกาหลี ชอบนักร้องเกาหลี และอื่นๆ เกี่ยวกับเกาหลีอีกมากมาย รวมถึงชอบทานเนื้ออย่างเกาหลี เลยเกิดความสนใจชาวไทยมากมายขึ้นมาเชียว เลยได้อ่านสิ่งส่งมาถึงการสนใจแพทย์ออร์โธปิดิกส์ชาวไทยด้วยเช่นกัน

ประมาณการได้ว่า ในระยะ 2-3 ปีมานี้ KOA แอบส่งแอมมองไปเที่ยวดูในที่ต่างๆ ว่า มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ในภูมิภาคเอเชียท่านใดที่เขาสนใจเป็นพิเศษ แล้วเขาก็ทยอยเชิญมาเป็นวิทยากรรับเชิญในงานประชุมวิชาการประจำปีของ KOA ปีละประมาณ 2 ท่าน ซึ่งในปี 2554 นี้ แอมมองคงเห็นผมเข้าตาเขากระมัง เขาจึงเชิญผมไปบรรยายในเรื่องที่ถนัด 1 เรื่อง เป็นเวลา 20 นาที โดยในปีนี้มีแพทย์ชาวจีนอีก 1 ท่าน ก็ได้รับเชิญแบบผมเช่นกัน

เริ่มต้นของกระบวนการติดต่อผม KOA ติดต่อมาด้วยจดหมายเชิญทางอีเมล เมื่อผมตอบกลับไปแล้ว เขาก็เชิญไปเดือนเศษๆ แล้วก็ตอบกลับมาใหม่ โดยระบุเฉพาะวัน เวลาที่ผมต้องบรรยาย แต่ไม่ให้ข้อมูลเรื่องอื่นๆ แล้วก็เชิญไปอีกเช่นเคย เมื่อผมไปเปิดดูในเว็บไซต์ของ KOA พบว่ามีข้อมูลเพิ่มเติมมากมาย แต่...เป็นภาษาเกาหลี... ผมเลยเกิดอาการ “มึนจังกรู” เมื่อติดต่อไปอีก ก็...ไม่มีสัญญาณตอบรับจากเลขหมายที่ท่านเรียก...จนกระทั่งถึงวันที่ต้องเดินทาง

ด้วยความกลัวว่าจะเสียชื่อชาวไทยว่ารับปากแล้วไม่ยอมไป ผมจึงตัดสินใจเดินทางแบบลุยเลย โดยเป้าหมายคือบินให้ถึงเกาหลี และต้องไปถึงที่โรงแรมฮิลตัน โซล ให้ทันก่อนการเลี้ยง Presidential dinner

เมื่อไปถึงโรงแรมแล้ว จึงพบว่า KOA ได้ดำเนินการเรื่องห้องพักแล้วเสร็จ เพียงแต่.....KOA อาจชี้แจงบอกผมเท่านั้นแหละ ซึ่งบรรยากาศของโรงแรมฮิลตัน โซล ก็คล้ายกับโรงแรมเซ็นทาราของเรา คือ มี convention center ขนาดใหญ่ติดกับโรงแรม ทำให้สะดวกสบาย แต่มีจำนวนหมอมากเกินจำนวนห้อง ดังนั้น พบว่าแพทย์ชาวเกาหลีที่อาวุโสหลายท่าน ไม่สามารถพักที่โรงแรมนี้ เนื่องจากห้องพักเต็ม

กิจกรรมแรกที่ต้องทำ คือ เข้าร่วม Presidential Dinner ซึ่งผมได้เกริ่นบ้างแล้ว วาองค์กรนี้เก่าแก่จริง จึงพบว่าบรรยากาศช่วงแรกเจิบขั้ว (แม้ว่าจะมีการจิบไวน์หรือดื่มเบียร์ย่อยใจแบบ cocktail party ไปนานพอสมควรแล้ว ยังกระตุ้นต่อมเฮฮาไม่สำเร็จ) ไม่มีเสียงดนตรีใดๆ ทั้งสิ้น

สอบถามข้อมูลแขกที่นั่งข้างเคียงผม จึงทราบว่าผู้ร่วมงาน Dinner นี้เป็นกลุ่มที่เชิญมาเฉพาะเท่านั้น คือ แพทย์อาวุโสหลายๆ และหัวหน้าสถาบันฝึกอบรมที่เป็นศาสตราจารย์เท่านั้น ดังนั้น ผมก็ถือโอกาสตีฟอรัมชมเชยเช่นกัน

ในเวลาผ่านไปช้าๆ พร้อมๆ กับมีเพียงเสียงคุยของแต่ละโต๊ะเบาๆ อีกสักพักใหญ่ จนกระทั่งประธานจัดประชุมขึ้นกล่าวระหว่างกลางของงาน Dinner เป็นการกล่าวสั้นๆ รวมถึงแนะนำวิทยากรรับเชิญ และวิทยากรต่างประเทศ (มีวิทยากรที่บริษัทเชิญมาอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งคล้ายรูปแบบการจัดงานประชุมของไทย)

หลังจากนั้นก็เข้าสู่บรรยากาศขั้วๆ ต่อไป เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไวน์แดง จึงทำให้การดื่มหนักแบบเกาหลีกลายเป็นแบบการจิบซะมากกว่า หากคนที่ดื่มจนคุ้ยคล่องแล้วเสียงดังได้ยาก อย่างไรก็ตาม โดยรวมแล้วเป็นการต้อนรับและให้เกียรติแพทย์รุ่นเยาว์ (สัมพันธ์กับแพทย์ที่อยู่ในงานเลี้ยง) อย่างผมเป็นอย่างดี

และเป็นที่น่ายินดีอย่างยิ่งครับ เมื่อแพทย์อาวุโสหลายท่านทราบว่าผมมาจากประเทศไทย ก็ถามต่อเลยว่า “Do you know Suthorn?” ผมก็ “Yes, everyone knows him” ทันที ก็ต้องขอบคุณอาจารย์สุทรของเรา ที่ได้ช่วยสร้างชื่อเสียงในระดับนานาชาติไว้มากมาย



ภาพชุดที่ 1 (บน) หนังสือ proceeding หนาประมาณ 500 หน้า ซึ่งครึ่งหนึ่งของหนังสือเป็น free papers!!!!
(ล่าง) อาคารโรงแรมฮิลตัน โซล สูงตระหง่านอยู่บนเนินเขาเตี้ย ๆ ทางเหนือของกรุงโซล



ภาพชุดที่ 2 (ซ้ายและขวา) ระหว่างงานเลี้ยง Presidential Dinner ซึ่งไม่มีดนตรี ไม่มีใครมีแต่เราจริงๆ ก็เพราะว่า.....เรามีเรา จึงไม่ต้องมีดนตรี

ภารกิจในวันถัดมา คือ เข้าร่วมประชุม และบรรยายวิชาการ เรื่องที่น่าสนใจ คือ งานประชุมของ KOA มีปริมาณ Free paper มากจริงๆ คือ ประมาณ 55% ของเนื้อหาการประชุม โดยการประชุมมีจำนวน 3 วัน แต่每天有มีการจัดประชุม 5 ห้องขนานกัน บางห้องที่มีวิทยากรต่างประเทศ ถูกกำหนดให้พูดภาษาอังกฤษ แต่ห้องอื่นๆ พูดภาษา “แดจังกึม”

ส่วน Poster ก็มีมากมายจริงๆ เมื่อเห็น Free paper & Poster มากมายเช่นนี้ จึงทำให้ผมเริ่มเข้าใจมากขึ้นว่าทำไมจึงมี paper จากเกาหลีไปตีพิมพ์ในวารสารออโรโอบิดิกส์ระดับนานาชาติเป็นจำนวนมาก ก็เพราะพลังกิมจิอันทรงพลังของแแก่นเลย จึงมีงานวิจัยออกมามากมายจริงๆ จนน่าทำเป็นแบบอย่าง



ภาพชุดที่ 3 (ซ้าย) บรรยากาสส่วน Technical exhibit ยามเช้าตรู่ สังเกตได้ว่าผู้ร่วมประชุมแต่งตัวเป็นทางการ จำนวนคนยังไม่มากนัก

(ขวา) บรรยากาสส่วน Technical exhibit ยามสาย ผู้ร่วมประชุมจำนวนมากขึ้น รวมถึงผู้ร่วมประชุมนิสัยดี (คือ คุณพยาบาลนั้นใจ เพราะทำกิจกรรมเพียง 2 อย่าง คือ เข้าประชุมและเดินดูบู๊ท ไม่ไปไหนข้างนอก)

รูปแบบการประชุม และการควบคุมเวลาแล้วตีความได้ว่า เฮียกิมจิ เป็นพวกเอาเรื่องมากในประเด็นการตรงต่อเวลา แถมผมดันไปได้ยินคนข้างๆ บ่นเมื่อวิทยากรท่านหนึ่งพูดเลยเวลาไปประมาณ 2 นาที ก็ทำให้ยิ่งต้องรัดกุม เมื่อถึงคิวผมขึ้นบรรยาย ก็ต้องมองนาฬิกาเป็นระยะ และคุมจนพูดตามเวลาตั้งใจได้



ภาพชุดที่ 4 (ซ้ายและขวา) บรรยากาสในห้องบรรยายที่ผมต้องบรรยาย ทั้งมุมมองด้านหน้าและด้านหลัง ผู้เข้าฟังประชุมนั่งหน้าตาเคร่งขรึมตามสไตล์เกาหลี

และเช่นเคย หลังบรรยายจะมีคำถามมาเป็นชุด ซึ่งก็เป็นคำถามที่สุภาพ (โดยเฉพาะสุภาพกว่าแพทย์จากอินเดียอย่างมักๆ) หลังจากนั้นผมก็รับมอบ Certificate แผ่นใหญ่เปื้อนเรื่อ ก็เป็นอันจบภารกิจ มีเวลาเดินเล่น และนั่งเล่นห้องประชุมอื่นๆ จนเย็น แล้วก็ไปสันทนการต่อในเมือง



ภาพชุดที่ 5 (ซ้าย) บรรยากาสส่วน Poster exhibit ยามเช้าตรู่ ก่อนที่จะเปิดการประชุมสังเกตได้ว่าจำนวน poster มากจริงๆ (เพราะยังมีที่ไม่ได้ถ่ายรูปอีกบริเวณกว้าง)

(ขวา) บริเวณหน้าลิฟต์ ซึ่งอยู่หน้าจุดลงทะเบียน ผมเห็นป้ายโฆษณา ไม่ทราบว่าเป็นของใคร แต่เขาเขียนว่า “Fresh Shoulder Cadaveric Workshop in Bangkok” ทำให้ดีใจว่า ประเทศไทยมีจุดเด่นในเรื่อง workshop แบบนี้มากทีเดียว

โดยสรุป.... ก็เป็นอีกประสบการณ์หนึ่งของผมในบรรยากาศวิชาการ ณ ต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่เราฟังภาษาเขาไม่รู้เรื่องเลย (พอติไม่ดูหนังเกาหลี ไม่ฟังเพลงเกาหลี และไม่ติดนักร้องเกาหลี แต่อาจชอบสาวเกาหลี) และผู้คนดูเหมือนซิงซัง เร่งรีบ แถมชอบสูบบุหรี่ด้วยแหละ แต่ก็ส่งผลให้เต็มไปด้วยผลงานที่เป็นรูปธรรม ผมหวังว่าจุดเด่นเรื่องการขยันทำงานวิจัย และเสนอผลงานของแพทย์ชาวกิมจิ คงมีส่วนช่วยกระตุ้นน้องๆ รุ่นใหม่ไฟแรงๆ ให้พิถีพิถันกับเขานะครับ



3D-CT

Navigation THA

นพ.สารเดช เชื้อศิริกุล
กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีหลากหลายมาประยุกต์ช่วยในการผ่าตัดเพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้น บ้างก็เพื่อความเที่ยงตรงแม่นยำ ความสะดวก-รวดเร็ว ลดปัญหาแทรกซ้อน ไปจนถึงขนาดแผลที่เล็กลง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total hip arthroplasty: THA) ก็เช่นกัน นอกเหนือจากการพัฒนา ด้านวัสดุอุปกรณ์ prostheses ลักษณะต่างๆ รวมถึง alternative bearing surface หลากชนิด เพื่อยืดอายุการใช้งานของข้อเทียมแล้ว เทคโนโลยี navigation system ก็มีส่วนช่วยทั้งก่อนผ่าตัด และขณะผ่าตัด เพื่อให้ได้ผลการรักษาเป็นไปตามที่ศัลยแพทย์ต้องการ

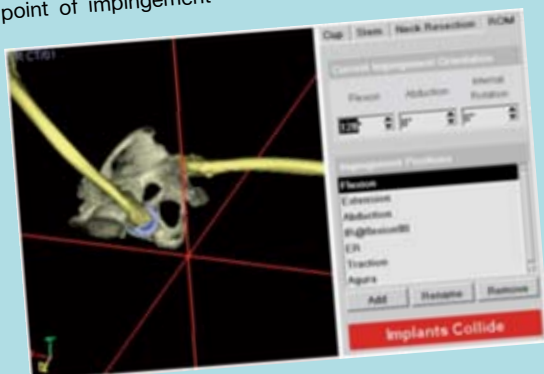


รูปที่ 1 Navigation software แสดงการเลือก implant วางใน orientation และ position ที่ต้องการเพื่อให้ได้ leg length และตำแหน่ง center of rotation ที่เหมาะสม

3D-CT (3-dimensional computer tomography) navigation software ถูกออกแบบให้บันทึกข้อมูล 3D-CT pelvis-hip-femur ของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด แปลงภาพออกมาเป็น simulation เพื่อความสะดวกในการใช้งาน แพทย์สามารถใช้โปรแกรม preoperative planning เลือก prostheses ชนิดต่างๆ ที่เหมาะสม template ลงบนภาพจำลอง 3 มิติของข้อสะโพกผู้ป่วยแต่ละราย (รูปที่ 1) โดยในโปรแกรมนี้มีทางเลือก หลากหลายไม่ว่าจะเป็น type or design of prosthesis, size, neck-shaft angle, offset, neck length, neck diameter, femoral head-acetabular liner ชนิดและขนาดต่างๆ กัน เพื่อให้การ preoperative planning ออกมาสมบูรณ์ที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (จะมีข้อจำกัดบ้างในเรื่องของการเลือกใช้ implant ชำบบริษัท ซึ่งอาจไม่มีข้อมูลบรรจุอยู่ในโปรแกรม)

เมื่อเลือก prostheses ที่เหมาะสมวางลงบนตำแหน่งที่พอดีได้แล้ว ศัลยแพทย์จะสามารถตรวจสอบ center of rotation, leg-length discrepancy (LLD), point of impingement / dislocation ตลอดไปจนถึง prosthetic range of motion (ROM) ได้ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด (รูปที่ 1 และ 2) ฉะนั้นหากมีข้อจำกัดใดๆ หรือมีทางเลือกที่ดีกว่าก็สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การเปลี่ยนมุม ตำแหน่งการวาง femoral stem

รูปที่ 2 Simulation แสดง prosthetic ROM และ point of impingement



หรือ acetabular component เพียงเล็กน้อยก็อาจเพิ่มหรือลด ROM ได้อย่างชัดเจน ซึ่งในบางครั้งมุมเพียงไม่กี่องศาที่เอง ที่เป็นสาเหตุของการ impingement-dislocation ทำให้เกิดปัญหานำปวดหัวตามมาอย่างมากมาย

หลังการ templating ข้อมูล ชนิด ขนาด และตำแหน่ง การวาง prostheses จะถูกบันทึกไว้ใช้ระหว่างการผ่าตัด ขณะผ่าตัดศัลยแพทย์จะต้องติดตั้งอุปกรณ์ navigator ซึ่งประกอบด้วยตัวรับ-ส่งสัญญาณและจอมอนิเตอร์แสดงผล แบบ real time แสดงขั้นตอนการผ่าตัดต่างๆ เริ่มตั้งแต่การ calibrate (เสียเวลาไม่นานนัก ไม่เกิน 3-5 นาที), acetabular reaming & cup placement (รูปที่ 3), femoral canal preparation & stem insertion ไปจนกระทั่ง การทดสอบ prosthetic impingement / dislocation และ shuck test หลังจากใส่ prosthesis เป็นที่เรียบร้อยแล้ว (รูปที่ 4)



รูปที่ 3 Navigation THA ขณะผ่าตัดในขั้นตอน cup placement

ในทุกขั้นตอน จอมอนิเตอร์จะแสดงผล เป็นภาพ 3D simulation ค่าตัวเลขและสัญลักษณ์ แจ้งเตือนหากตำแหน่งของ prosthesis แตกต่าง ไปจากที่วางแผน template ไว้ เพื่อป้องกัน

ความผิดพลาดระหว่างผ่าตัดด้วยระบบ 3D-CT Navigation THA นี้ หากการ calibrate เป็นไปด้วยความถูกต้องแล้ว แทบจะลดปัญหา prosthetic malposition ไปได้เกือบทั้งหมด นำมาซึ่งการลดอัตราการเกิด dislocation THA หลังการผ่าตัด ลงไปได้ด้วย อย่างไรก็ตาม ความคลาดเคลื่อนระหว่างการผ่าตัด ก็สามารถเกิดขึ้นได้ หากศัลยแพทย์ไม่มีความชำนาญหรือ ขาดความคุ้นเคยกับระบบเครื่องมือ



รูปที่ 4 Navigation THA ขณะผ่าตัดในขั้นตอน การทดสอบ impingement (บน) และ shuck test (ล่าง) หลังจากใส่ prosthesis เรียบร้อยแล้ว

นอกจากจะช่วยให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความเที่ยงตรง แม่นยำแล้ว navigation software นี้ยังมีประโยชน์ใน ด้านการศึกษา-วิจัยอีกด้วย ในข้อมูล 3D-CT ของผู้ป่วย รายเดียวกัน เราสามารถเลือกปรับเปลี่ยนชนิด ขนาด และตำแหน่งของ prostheses ต่างๆ กัน แล้วพิจารณา เปรียบเทียบผล LLD, center of rotation และ prosthetic ROM จากภาพจำลอง simulation ได้เลย ซึ่งการปรับเปลี่ยน เพื่อการศึกษาเหล่านี้เราไม่สามารถทำได้ในการผ่าตัดผู้ป่วย จริงๆ



Ceramic Revision Ball Head The New Revision Strategy in Total Hip Arthroplasty

นพ.สาธิต เทียงวิทยพร
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

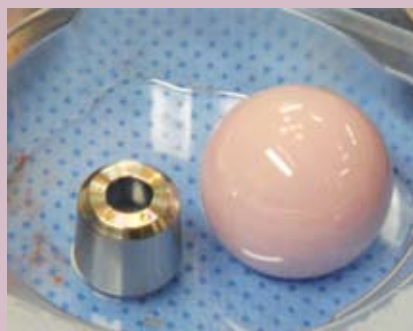
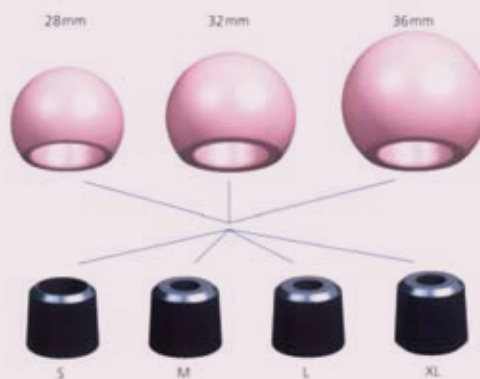
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Arthroplasty; THA) โดยใช้ Ultra-High-Molecular-Weight Polyethylene (UHMWPE) และหัว metal (CoCrMo) เป็น bearing surface ที่มีความนิยมเลือกใช้ตลอด 40-50 ปีที่ผ่านมา แต่เพราะเหตุผลเรื่องของ wear debris ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาของ osteolysis และ aseptic loosening ตามมาในที่สุด รวมถึงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในปัจจุบันก็มีแนวโน้มทำในคนอายุน้อยลง จึงมีความจำเป็นที่ต้องหา alternative bearing ที่มี wear rate น้อย และมีคุณสมบัติต่างๆ ที่ทำให้การใช้งานของข้อสะโพกเป็นไปได้นานที่สุด

การใช้ ceramic on ceramic bearing surface ในวงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก็ถือว่าใช้มานาน โดยปัจจุบันมี ceramic ที่ใช้อยู่ 3 ประเภท คือ alumina (BIOLX[®] Forte), zirconia และ composite of alumina and zirconia (BIOLX[®] Delta) โดยที่ ceramic มีข้อเสียในฐานะที่มี wear rate ดำมาก (in vivo wear rate 1 mm³/year, in simulator 0.05 mm³/million cycles)¹ นอกจากนี้ ยังมีคุณสมบัติ inert, stable และ highly wettable แต่ก็มีข้อเสียที่เปราะ (brittle) ทำให้มีโอกาสแตกเสียหายง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีปัญหาของ component malposition อันนำมาสู่ impingement, edge loading และ fracture ในที่สุดซึ่งปัญหาดังกล่าวก็ได้ลดลงมากเมื่อใช้ ceramic รุ่นใหม่ขึ้น (BIOLX[®] Delta)

ด้วยคุณสมบัติของ ceramic ที่มี wear น้อยดังกล่าวนี้องค์การนำเอา ceramic มาใช้เป็น bearing surface ใน revision THA จึงน่าสนใจเป็นอย่างมาก สถานการณ์ที่พบบ่อยก็คือเมื่อจำเป็นต้อง revision เฉพาะส่วนของหัวโดยที่ femoral stem ยังแน่นดีอยู่ ถ้าเราต้องการใช้ ceramic head มาเปลี่ยนทดแทนก็ต้องระวังปัญหาของโอกาสที่จะเกิด ceramic fracture อันเนื่องมาจากร่องรอยที่ไม่เรียบของ taper ที่ trunion เดิมของ stem



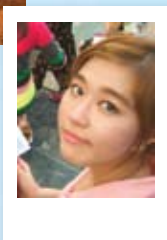
เมื่อปี ค.ศ. 2006 นี้เองได้มีการออกแบบให้ BIOLX[®]Delta heads ใช้ร่วมกับ titanium alloy adapter sleeves รวมเรียกว่า BIOLOX[®] OPTION โดยผิวด้านนอก sleeve จะสัมผัสกับผิว taper ด้านในของ ceramic ball head ส่วนผิวด้านในของ sleeve จะไปสวมลงบน trunion ของ femoral stem เดิม ขนาดของ sleeve ก็มีให้เลือกว่าสามารถใช้ร่วมกับ taper ได้หลายขนาดทั้ง 8/10, 10/12, 12/14 และ sleeve adapter เองก็มีความยาวขนาดต่างๆ ให้เลือก ทั้ง short, medium, long, และ extra-long นอกจากนี้ ก็มีขนาดของ ceramic head ให้เลือกหลายขนาดทั้ง 28 mm, 32 mm, 36 mm และ 40 mm



เมื่อไม่นานมานี้ได้เริ่มมีรายงานของผลการใช้ ceramic revision ball head ในการทำผ่าตัด revision THA จำนวน 91 cases ที่ระยะเวลาติดตามผล 2.1 ปีให้ผลการศึกษาดังกล่าวทั้งในแง่ clinical results และ radiographic results โดยไม่พบ ceramic head fracture² จึงนับว่าเป็นวิทยาการใหม่ที่จัดเป็นทางเลือกที่สำคัญของการใช้ ceramic head ในการทำผ่าตัด revisionTHA

References

1. Nevelos JE, Ingham E, Doyle C, Fisher J, Nevelos AB (1999) Analysis of retrieved alumina ceramic components from Mittelmeier total hip prostheses. *Biomaterials* 201: 833-840.
2. Thorey F, Sakdinakittikoon M, Thiengwittayaporn S, Windhagen H. Early Results of revision total hip arthroplasty using a ceramic revision ball head. *Seminars in Arthroplasty*. 2011;22(4):284-289.



Hip & Knee Activity @ Trang

มานิตา จารุศิริวงค์
เลขานุการชมรมศัลยแพทย์ข้อสะโพกข้อเข่าแห่งประเทศไทย

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน ในช่วงหน้าฝนที่อากาศร้อนอบอ้าวเช่นนี้ เชื่อว่าหลายๆ ท่านคงอยากหาเวลาไปท่องเที่ยวยังสถานที่ต่างๆ เพื่อหลีกหนีความวุ่นวายและซึมซับบรรยากาศดีๆ เพื่อเติมพลังกำลังให้กายและใจ ถ้าท่านยังไม่มีตัวเลือกไหนในใจ ตรงนี้อาจจะเป็นอีกตัวเลือกหนึ่งสำหรับผู้รักการผจญภัยที่ควรหาโอกาสไปเยี่ยมเยือน

กิจกรรม Arthroplasty Club สัญจรระยะไกล ที่จัดขึ้นในวันที่ 26 - 27 เมษายน 2555 ณ โรงแรมนันทรา สีเทา ท่ามกลางบรรยากาศอันเป็นธรรมชาติ นับเป็นโอกาสอันดีที่ชาว Hip & Knee ทั้งอาจารย์ และ fellow กว่า 40 ท่าน ได้มาแลกเปลี่ยนความรู้และเทคนิคทางการแพทย์ ในช่วงเช้าได้มีการนำเสนอ interesting cases โดยสถาบันต่างๆ ซึ่งบรรยากาศเป็นไปด้วยความเข้มข้น ในเนื้อหาสาระ ช่วงบ่ายเป็นการประชุมความคืบหน้าการดำเนินงานของคณะกรรมการชมรมศัลยแพทย์ข้อสะโพกข้อเข่าแห่งประเทศไทย





เมื่อกองทัพต้องเดินด้วยท้อง และว่ากันว่าถ้ามาเยือนเมืองตรังแล้วพลาดการชิมหมูย่างเมืองตรังพร้อมจิบกาแฟหรือชาร้อนๆ เสมือนมาไม่ถึงเมืองตรัง ดังนั้น กองทัพ Hip & Knee จึงแวะเติมพลังที่ร้านอาหารเรือนไทยติ่มซำ บรรยากาศในร้านคึกคักตั้งแต่เช้า ดูเหมือนว่าคนที่นี่จะรับประทานอาหารเช้ากันเป็นมือนั่น ทั้งหมูย่าง ต้มชำนานาชนิด ต่อด้วยจืดและปาต่องโก๋

หลังจากอ้อมท้องกันแล้ว พวกเราชาว Hip & Knee ได้มีโอกาสทำกิจกรรม ลอดถ้ำมรกตที่อยู่ในเกาะมุกเป็นที่แรก ซึ่งว่ากันว่ามีความสวยงามติดอันดับโลก และได้ไปดำน้ำให้อาหารปลาที่เกาะม้า ซึ่งเป็นจุดดำน้ำที่สวยงามที่สุดเกาะหนึ่งของทะเลตรัง สาเหตุที่เกาะนี้ชื่อเกาะม้าเพราะรูปร่างของเกาะคล้ายกับหัวของม้าตั้งตระหง่านอยู่กลางทะเล ปะการังที่ปกคลุมแล้วพบได้เฉพาะในบริเวณน้ำลึก ก็สามารถพบได้ที่ระดับน้ำไม่ลึกนัก มีฝูงปลาทะเลสีส้มสวยงามนานาชนิด เช่น ปลานกแก้ว ปลาโนรี ปลาสินสมุทร ปลาลายเสือ เมื่อท้องหิวอีกครั้ง คณะเดินทางจึงมุ่งหน้ามายังจุดหมายปลายทางที่เกาะโหล่งรีสอร์ท ซึ่งรสชาติของอาหารของที่นี่ก็ไม่ได้ทำให้ใครต้องผิดหวัง

นี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเสน่ห์แห่งเมืองตรังที่ทางชมรมได้สัมผัสจากประสบการณ์การเดินทางครั้งนี้ ซึ่งได้สร้างความประทับใจและสมานสามัคคีเพื่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคณะกรรมการชมรมฯ หลังจากการผ่านทำงานอย่างหนักร่วมกัน





น้องน้ำ ในความทรงจำ

ผศ. นพ.ปิยะ ปันศรีศักดิ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ผมรู้สึกว่ายานบทความทางวิชาการมาหลายฉบับแล้วนะครับ ครั้งนี้เลยอยากเปลี่ยนบรรยากาศมาเขียนเรื่องทั่วไปดูบ้าง เห็นดาราชอบแต่งหนังสือ ลองมาดูหมอบแต่งหนังสือดูบ้างถ้า feedback ดีอาจเบนเข็มไปเอาดีด้านเขียนหนังสือขายซะเลย (ล้อเล่นนะครับ) ปีที่ผ่านมาผมมีเหตุการณ์ที่ผมคิดว่าคงจะอยู่ในความทรงจำของทุกๆ คนอย่างที่ไม่ลืมทางลืม นั่นคือเหตุการณ์น้องน้ำบุกบ้านพวกเรา เราได้เรียนรู้ศัพท์ใหม่มากมายจากเหตุการณ์ครั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็น น้องน้ำ (ฟังดูเหมือนเป็นชื่อก็ยังไม่รู้) มวลน้ำก้อนใหญ่ (ผมต้องมาสอนเด็กๆใหม่น้ำนั่นมันมีหน่วยเป็นก้อน แฮ่! สงสัยต้องไปเรียนภาษาไทยใหม่) เอาอยู่ (ซึ่งจริงๆ แปลว่า เอาไม่อยู่ ให้รีบหนีโดยด่วน) คงจำกันได้ว่าน้องน้ำบุกตีหัวเมืองมาตั้งแต่ภาคเหนือลงมาเรื่อยๆ โดยไม่มีกองทัพอากาศของเราเอาอยู่เลยซักเมือง (ถ้าไม่รู้ว่าเป็นอยู่คืออะไรให้หันกลับไปอ่านข้างบน) บางหัวเมืองออกสลับภาษาว่าเตรียมการเป็นอย่างดี อย่างนั้น อย่างนี้ แต่แป๊บเดียวก็...ไปซะละ ผมได้เห็นความร่วมมือร่วมใจของคนไทยในยามที่ลำบากผ่านทางทีวีเป็นระยะๆ เป็นภาพที่ทำให้ผมรู้ว่า ถึงแม้ดูเหมือนจะมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน แบ่งสีแบ่งฝ่ายของคนไทยแต่ในยามศัตรูบุกเข้าบ้าน คนไทยเราก็ร่วมมือกันและมีความสามัคคีกันเป็นอย่างดี มานั่งคิดเล่นๆว่าอย่างนี้ถ้าท่วมบ่อยๆ ก็น่าจะดีนะ คนไทยจะได้รักกันมากขึ้น (แต่ผมขอให้ไปท่วมจังหวัดอื่นแทนนะครับ ผมว่าทางจังหวัดผมรักกันดีแล้ว) ผมได้เห็นน้ำใจหลายๆ อย่างที่ไม่เคยเห็นมาก่อน รถกระบะรับคนแปลกหน้าอย่างผมขึ้นรถโดยไม่มีเงื่อนไข ผมได้รู้จักคนในหมู่บ้านผมมากขึ้นเป็นกอง ทั้งๆที่ก่อนหน้านี้อยู่มาแป๊บปี ไม่ค่อยได้เห็นหน้ากันเลย

ช่วงที่น้องน้ำเริ่มคืบคลานเข้ามาหาผม ผมก็ได้ประเมินสถานการณ์และคิดแผนต้อนรับไว้เป็นอย่างดี ผมรู้ตัวว่าอย่างไรเสียคงไม่รอดแน่ กำลังพลของบ้าน จะนับไปก็มีทั้งเด็ก สตรี และคนชรา (ครบตาม contraindication ของการต่อสู้กับน้องน้ำเลยทีเดียว) ดูไฟในมือก็รู้แล้วว่าต้องหมอบตั้งแต่อยู่ในมุ้ง น้องน้ำมาเมื่อไหร่ก็เปิดประตูรับ พร้อมกล่าวคำว่า welcome ทันที คิดได้ตั้งนั้นเราจึงเก็บของกันแต่เนิ่นๆ เมื่อได้ข่าวน้องน้ำเริ่มเข้าตืออยุธยา ทุกอย่างก็ขนขึ้นชั้น 2 ได้ก็ขนเรียบ เพราะผมเองเคยมีประสบการณ์น้ำท่วมหาดใหญ่มาก่อน (น้องน้ำที่นั่นก็จู่โจมเราแบบไม่ทันตั้งตัว แค่ระยะเวลา 3-4 ชั่วโมงตอนดึกสงัด น้องน้ำก็ขึ้นมาเอ่อถึงคอหอยเลยทีเดียว) จากนั้นน้องน้ำก็มาเคาะประตูบ้านตามคำทักทาย แทรกตัวมาวันละคืบๆ ไม่มีท่าทีจะจากไปง่ายๆ พอชนของชั้นจนครบ (รวมถึงตู้เย็น 18 คิวด้วย!) เราก็พบว่าอยู่ต่อไปก็ไม่มีประโยชน์ น้องน้ำเอาผมแน่ แล้วผมก็เอาไม่อยู่แน่นอน เลยตัดสินใจดีใจจากน้องน้ำออกมาก่อนที่จะถล่มตัวไม่ขึ้น ผมได้หนีมาที่พัทยาเพื่อเตรียมตัวประชุมราชวิทยาลัยก่อนใครๆ ประมาณ 1 สัปดาห์ ตอนแรกก็คิดว่าน้องน้ำคงไม่ตื้อนาน สักพักก็คงจะลิมๆ แล้วถอยกลับไป แต่ที่ไหนได้น้องน้ำก็ไม่เลิกจริงๆ โทรกลับมาเช็กข่าวที่ไร น้องน้ำก็ยังอยู่ที่เดิม จนสุดท้ายผมก็ต้องทำใจและปล่อยน้องน้ำไปอยู่บ้านผมตามอำเภอใจ



รูปแสดงสภาพก่อนและหลังจากน้ำเริ่มมาหา ซึ่งหลังจากนั้น
น้ำก็สูงขึ้นไปกว่าในรูปอีก 1 เมตร

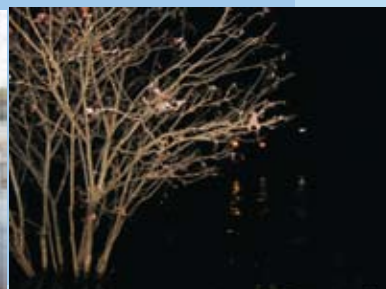
ผมได้ข้อคิดหลายอย่างจากการมาเยี่ยมของน้องน้ำ
ครั้งนั้นะครับ ผมได้ลาพักผ่อนอย่างไม่มีกำหนด (รู้สึกเห็น
อกเห็นใจคนที่โดนไล่ออกจากงานขึ้นมัจใจ) เข้าใจคนที่
โดนไล่ออกจากบ้านเชื่อว่ามันชั่วแค่ไหน (แถมโดนไล่
ออกแบบสายฟ้าแลบ เก็บของแทบไม่ทันและก็ไม่รู้จะไป
นอนไหนด้วย) ผมได้มีเวลาออกกำลังกายอย่างเต็มที่
(ตื่นมาวิ่งริมทะเล สูดอากาศบริสุทธิ์ทุกเช้า เหมือนพวก
เศรษฐีที่มีบ้านอยู่ริมทะเล) วิ่งเสร็จก็มีเวลาเดินอ้อยอิ่ง
(นึกในใจว่า เอ้อ วันนี้จะทำอะไรดีวะ) ไปเดินดูเรือประมง
เอาปูมาสดๆ มาขาย ซื้อปูกลับไปกินที่โรงแรมทุกวัน ซื้อจน
แทบรูดจรรยาบัตรของปูเลยก็ว่าได้ ได้รู้ว่ราคาปูนั้นมันขึ้นๆ
ลงๆ เหมือนหุ้นในตลาดหุ้น ช่วงไหนมีพายุเข้า ปูได้น้อย
ราคาก็จะถีบตัวสูงขึ้นอย่างน่าใจหาย วันไหนเป็นเสาร์-อาทิตย์
คนเยอะ ราคาก็ขยับขึ้นอย่างรวดเร็ว มาสายก็อดกิน ได้รู้ว่
ปูสดๆ นี่เนื้อมันหวานอร่อยมาก ต่างจากที่กินปูตายตาม
ตลาดอย่างมากมาย รู้ถึง tip and trick ในการเลือกซื้อปู
(เพราะวางนึ่งคุยกับแม่ค้าจนสนิทกัน) กินข้าวเสร็จไม่รู้
ทำอะไรก็ลงว่ายน้ำที่สระกับเด็กๆ ว่ายน้ำว่ายมาก็มีคนจาก
นนทบุรี และกรุงเทพฯ ตามมาสมทบว่ายน้ำเป็นเพื่อนเพิ่ม
มากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีได้นัดหมาย โรงแรมคนเริ่มแน่น มี
แต่คนมาแต่ไม่มีคนกลับ ข้าวปลาอาหารหาซื้อได้ยากขึ้น
น้ำก็ต้องทยอยซื้อทีละ 3 ขวด (รู้แบบนี้ถอดเครื่องกรองน้ำ
ที่บ้านมาด้วยก็ดี จะได้ไม่ต้องจ้อเซเว่นฯ แถมบางที่ตั้ง
ขายน้ำอาจได้กำไรมาจ่ายค่าห้องหรือดาวน์รถเลยก็ได้
เพราะน้ำขายดีเหลือเกิน) รถรอบข้างมีแต่ทะเบียนกรุงเทพฯ
อยู่พื้พยานเบื้อ น้องน้ำก็ไม่ไปซักที คุยกับเพื่อน (โชคดีที่มี
เพื่อนดี) พอติมีบ้านพักว่างอยู่ที่ชะอำ คิดไว้ว่าต้องอยู่นาน
แน่นอน เลยย้ายจากพัทยาไปอยู่ชะอำเพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ
(จริงๆ แล้วมันประหยัดตั้งค์มากกว่า) มาถึงชะอำก็เจอ
สถานการณ์เดียวกันอีก คนแน่นยิ่งกว่าหยุด long weekend
เข้าไปซื้อของในห้าง ปลายกระบือ อาหารแห้งแทบไม่มี
มามีแต่คนมองตามเหมือนพวก The new ipad ผ้าปูที่นอน
หมอน มุ้งชาดตลาดทั้งหมด (นึกในใจว่า สงสัยคราวต่อไป
ต้องลงไปถึง 3 จังหวัดภาคใต้ จึงจะไม่มีคนมาแย่ง) เข้าเซเว่นฯ
คนขายตะโกนคุยกันว่า สงสัยเมืองหลวงมันย้ายมาอยู่ชะอำ

แล้วมั้ง ของที่ตลาดยังอยู่ไปราคายังขึ้นเหมือนหุ้นเบรคแตก
อยากกินปาตองโก่ตอนเช้าต้องตื่นแต่เช้าตรู่ ไม่งั้นจะได้
เห็นแต่ซาก อยู่ได้สักพักเริ่มสังเกตว่ามีขบวนน้ำเปล่าออก
ออกมาเต็มบ้านพักไปหมด เยอะจนเด็กๆ เอามาทำเป็นขวด
โบว์ลิ่ง แล้วเอาบอลมาขว้างเล่น สนุกกันได้อยู่หลายวัน
หลังจากเวลาผ่านไปได้เดือนกว่าก็เริ่มมีข่าวตื่อน้ำ
กำลังจะล่าถอยไป ถึงแม้ว่าจะช้ากว่าคนอื่นเนื่องจากเป็น
ชุมชนหลัง big bag อยู่ปทุมธานี (แหมมันชางน่าน้อยใจนัก
เรามันไม่ใช่คนกรุง เป็นแค่ชาวปริมณฑล) สุดท้ายน้องน้ำ
ก็ยอมจากไปแต่โดยดี พวกเราจึงได้กลับบ้านกันสมใจ
ตอนกลับไปดูบ้านใหม่ๆ ต้องนั่งเรือติดเครื่องเข้าไป
บรรยากาศเหมือนเข้าไปในเมืองร้าง raccoon city ในเรื่อง
resident evil น้ำก็เน่าเหมือนตอนนั่ง gondola เข้าชมคลอง
Venice แหมสุดจะบรรยาย แต่ที่สำคัญมันตื่นเต้นนะครับ
ที่จะได้กลับบ้าน ใส่ถังรองเท้ากันไ้ดูดู ชุดหมักน้ำ
(เหมือนเข้า sauna+stream) เข้าไปทำความสะอาดบ้านและ
ยกของลง ที่สำคัญ highlight มันอยู่ที่ตอนเปิดตู้เย็นมาล้าง
นี่ละครับ ผมดันลืมเอากะปิออกจากตู้เย็น พอ 2 เดือนผ่านไป
เปิดออกมา หือ กลิ่นน่าดูหมอยาบอกใคร เป่าพัดลมอยู่ 2
วันกลิ่นยังตามมาอยู่ในฝันเลยครับ ใครที่บ้านน้ำไม่ท่วมก็
ขอบอกว่าเสียใจด้วยที่พลาดประสบการณ์ดีๆ แบบนี้ไป
แต่ไม่เป็นไรครับ คราวหน้าถ้ามีคงได้มีโอกาสกัน (แต่
สำหรับผม OK แล้วนะครับ ไม่ต้องซ้ำอีกทีก็ได้ครับ)
พอทำความสะอาดเสร็จแล้ว ก็ได้กลับมาอนบ้าน วันแรก
ที่ได้กลับมาอนบ้านบอกได้เลยครับว่ามีความสุขกว่าถูก
ลอตเตอรี่รางวัลที่ 1 ซะอีกครับ (ถึงแม้จะยังไม่เคยถูกก็ตาม)

ประสบการณ์น้องน้ำบุกบ้านคราวนี้ ได้สอนให้ผมรู้
ถึงคำพระที่ท่านว่า เราควรตั้งอยู่ในความไม่ประมาท
เหตุการณ์ไม่คาดหมายบางอย่างอาจเกิดขึ้นได้เสมอ แต่
หากเราเตรียมพร้อมและมีจิตใจที่เข้มแข็ง เราจะผ่านมันไป
ได้อย่างสง่างามครับ พบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีครับ



รูปแสดงศาลากลางน้ำ ที่ตอนแรก
สร้างไว้เป็นศาลาริมน้ำ แต่หลังจากใช้ได้
ประมาณ 1 ปี มีการถมเปลี่ยนไปริมชั้น
อัดโนมิติเป็นศาลากลางน้ำ โดยที่เจ้าของ
บ้านไม่ได้ร้องขอ



สภาพต้นไม้ยืนต้นน้ำตายในตอนค่ำ
ดูแล้ววังเวงเหมือนอยู่ในเมืองร้าง ต้อง
คอยเอาไฟส่องดูว่ามีน้องงูห้อยหัวมาทักทาย
หรือเปล่านั้นเรื่องออกจากบ้าน
บ้านไม่ได้ร้องขอ



นพ.อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

Jailbreak ??

ในเวลาปัจจุบันนี้ ผมเชื่อว่าไม่มีแพทย์คนไหนไม่รู้จัก “iPhone” และเกินกว่าครึ่งของแพทย์ จะมี iPhone ใช้กันอยู่ (ไม่ว่าจะรุ่นไหนก็ตาม) แต่สิ่งที่หลายคนเคยได้ยินมาบ้างแต่น่าจะยังไม่ค่อยรู้นั่นก็คือการ “เจลเบรก” (Jailbreak = แหกคุก) นั่นเองครับ



Jailbreak คืออะไร? ทำไปเพื่ออะไร? ผิดกฎหมายหรือไม่?

ทำแล้วเครื่องจะรวนง่ายไม่เสถียรไหม? ทำแล้วหมดประกันใช้หรือเปล่า? แล้วมันมีข้อดีข้อเสียอย่างไร? บทความนี้จะช่วยไขข้อข้องใจเหล่านี้ให้ครับ



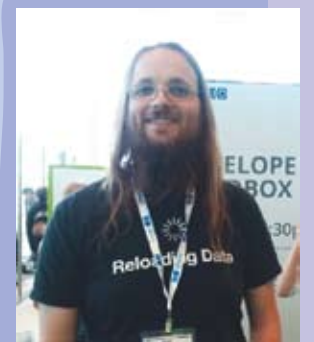
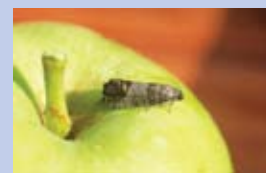
Jailbreak คือการทำให้ iPhone สามารถติดตั้งโปรแกรมอื่นๆ ที่ไม่มีใน App Store ได้ โดยเครื่องที่ผ่านการ Jailbreak แล้วทุกเครื่องจะได้รับการติดตั้งโปรแกรมที่ชื่อว่า Cydia (อ่านว่า ซีเดีย) แทนที่โดยอัตโนมัติครับ ซึ่งเราสามารถโหลดโปรแกรมอื่นๆ ที่ไม่มีใน App Store มาลง โดยผ่านทาง Cydia ครับ

Cydia คือ application ที่ทำหน้าที่คล้าย App Store แต่เป็นช่องทางโหลด App อื่นๆ ที่ไม่มีใน App Store (คือ แอปที่ไม่ได้รับการตรวจสอบเรื่องความเสถียรและไม่ขึ้นตรงกับ Apple) เพราะมักจะเป็นแอปๆ ที่มีการปรับเปลี่ยนข้อมูลกับทาง Apple ปิดกั้นไว้ไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล Cydia คือ นาย Jay Freeman (Saurik) และคำว่า Cydia มาจากชื่อของแมลงตระกูลผีเสื้อ (moth) ที่ชื่อว่า Cydia Pomonella ซึ่งมีช่วงชีวิตตอนเป็นหนอนของมันนั้นชอบเจาะกินแอปเปิ้ลนั่นเอง

ทำไปเพื่ออะไร? แต่เดิมความสามารถของ iPhone ในรุ่นแรกๆ

นั้นถือว่ามีข้อจำกัดมากมาย จากการที่ทางบริษัท Apple นั้นไม่ต้องการให้นักพัฒนาโปรแกรมมาปรับแต่งค่าพื้นฐานของเครื่องเพื่อหวังว่าผู้บริโภคที่ใช้อุปกรณ์จะประสบกับปัญหาเครื่องแฮงค์ เครื่องรวน เครื่องหน่วงน้อยที่สุด

แต่การจำกัดนั้นทำให้ผู้ใช้ส่วนหนึ่งรู้สึกอึดอัดกับการใช้งานที่ไม่สะดวกในการถูกจำกัดนั้น จึงมีกลุ่มคนที่ต้องการทลายข้อจำกัดเหล่านั้นไปเสีย นั่นจึงนำมาสู่การ Jailbreak จนถึงปัจจุบัน แม้ว่าปัจจุบันนี้หลายข้อจำกัดในการใช้งานในอดีตถูกพัฒนามาเรื่อยๆ จนถึง OS 5.1.1 ซึ่งผู้เขียนยอมรับว่าในแง่การใช้นั้นสะดวกขึ้นมาก แต่แท้จริงแล้วหลายๆ ความสามารถที่มีมากขึ้นของ OS 5.1.1 นั้น สามารถทำได้มานานมากแล้วในกลุ่มคนที่ทำการ Jailbreak เช่น การมี personal hotspot, internet tethering, เปิดโปรแกรม camera จากหน้า lock screen การถ่ายรูปโดยใช้ปุ่มเพิ่มเสียง และบางความสามารถนั้นทาง Apple เองได้มีการรับนักพัฒนาโปรแกรมที่ลงผ่าน Cydia มาทำงานให้กับตน ยกตัวอย่างเช่น Notification Center ที่มีขึ้นใหม่ใน OS 5.0 เป็นต้น



ผิดกฎหมายหรือไม่ อันนี้ตอบได้เต็มปากครับว่าการ Jailbreak นั้น ไม่ผิดกฎหมายแต่อย่างใดครับ เรื่องนี้เข้าผ่านชั้นศาลกันมาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เหตุผลอธิบายง่ายโดยยกตัวอย่าง เช่น คุณเสียเงินซื้อรถยนต์มาหนึ่งคัน ต้องการไปติดระบบแก๊ส แต่ง skirt เปลี่ยนล้อแม็ก โดยใช้บริการกับร้านที่ไม่ได้เป็นของยี่ห้อรถยนต์นั้นๆ แลหาระดับ แล้วเราก็ตองดูกันเองว่าไปทำร้านไหนดี เปรียบเหมือนกันกับซื้อ iPhone มาแล้วต้องการ Jailbreak เพื่อปรับแต่งเครื่องนั้นแหละครับ แต่อย่างเดียวที่จะทำให้ผิดกฎหมายคือการที่คุณ Jailbreak แล้ว ทำการลงโปรแกรม crack เพื่อให้ใช้โปรแกรมอื่นๆ ได้โดยไม่ต้องเสียเงิน กรณีนี้ผิดกฎหมายเต็มๆ นะครับ อันนี้ผู้เขียนไม่แนะนำครับ



เครื่องจะรวนง่าย ไม่เสถียร หลังการ Jailbreak หรือไม่ เรื่องนี้คิดว่านานาจิตตังครับ แล้วแต่ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลครับ เจอประสบการณ์ดีก็ชม เจอประสบการณ์ไม่ดีก็ว่า แต่ส่วนตัวของผู้เขียนที่ทำการ Jailbreak มา ไม่พบว่าจะมีปัญหามากกว่าเครื่องที่ไม่ทำการ Jailbreak แต่อย่างใดครับ (มีปัญหาทั้งคู่!!?? แป่ว) ทั้งนี้ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่หลังจาก Jailbreak มักจะเป็นเรื่องของโปรแกรมที่เราลงเพื่อปรับแต่งเครื่องครับว่านักพัฒนายังเขียนโปรแกรมมาไม่ดีพอ ซึ่งถ้าเป็นกรณีนี้แค่ลบโปรแกรมนั้นๆ ออก ส่วนใหญ่ปัญหา ก็จะหมดไปครับ

ทำแล้วจะหมดประกันใช่หรือไม่ คำตอบอาจฟังดูวนวน นะครับ คือ ถ้าคุณทำให้เขาไม่รู้ตัวว่าเราทำการ Jailbreak มาแล้วก็ไม่หมดประกันครับ งงกันใช่ไหมครับ สรุปง่ายๆ คือ เครื่องที่ทำการ Jailbreak ไปแล้วนั้นสามารถ restore กลับไปสู่ภาวะเริ่มต้นที่ไม่ได้ทำการ Jailbreak ได้ครับ เพียงแค่คุณเชื่อมต่อ iPhone กับ iTunes ที่คอมพิวเตอร์ที่ต่อ internet ไว้ของคุณ แล้วกดปุ่ม restore ทุกอย่างจะกลับสู่สภาพเดิมแบบตอนที่คุณซื้อมาเลยครับ (แบบไม่มี app ใดๆ ที่ลงเพิ่มเลยนะ แต่เราสามารถลงโปรแกรมกลับไปได้

ค่าเดิมเสมอ หากเราทำการ backup iPhone ของเรา อย่างสม่ำเสมอครับ) แต่เท่าที่ใช้งานมาบวกกับรับทราบ ข้อมูลจากผู้ใช้ท่านอื่น ส่วนใหญ่การที่เราจะเอา iPhone ไปเคลม มักจะเป็นปัญหาเรื่อง hardware มากกว่า software นะครับ เพราะปัญหา hardware เราใช้ไปไม่นานจะพบได้ก่อนทำการ Jailbreak ก็เอาไปเคลม ส่วนปัญหา software มักแก้ได้โดยง่าย อย่างมากก็ลบทิ้งโหลดใหม่ หรือ restart reboot เครื่อง อาการก็มักจะหายครับ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทั้งเครื่องที่ Jailbreak หรือไม่ก็ได้

ข้อดีของการใช้ตามปกติ

- ไม่คิดอะไรมากไม่ต้องติดปัญหาใดเมื่อมีการอัปเดตอะไรใหม่ๆ ก็อัปเดตตลอด
- เสี่ยงเครื่องแฮงค์น้อยกว่านิดนึง เพราะไม่ได้ปรับเปลี่ยนอะไรมากมาย

ข้อเสียของการใช้ตามปกติ

- ไม่สะดวกเพราะมีข้อจำกัดบางประการเวลาใช้งาน
- มีประสิทธิภาพการใช้งานในระดับหนึ่ง
- อนิเมชันจำเจ ไม่หลากหลาย เปลี่ยนได้แต่ภาพพื้นหลังที่ Lock screen and Home screen
- ต้องเสียดังค์ซื้อโปรแกรมเพิ่มเอง (อาจไม่ใช่ข้อเสีย นะครับ เพราะอันนี้สนับสนุนนักพัฒนาโปรแกรม ถูกต้องตามกฎหมาย)

ข้อดีของการ Jailbreak

- ทำลายข้อจำกัดบางประการ เพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการใช้งานมากขึ้น เช่น

1. สามารถเปิด-ปิด internet wifi, 3G, EDGE ไฟฉาย และอื่นๆ ที่หน้าจอ Lock screen or Home screen ได้ด้วยการแตะหน้าจอเพียง 1-2 ครั้ง โดยไม่ต้องเข้า Settings

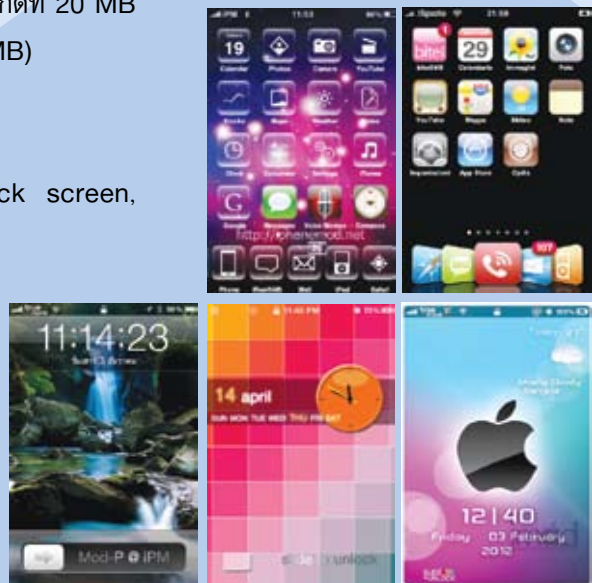
2. เพิ่มเมนูใน Notification Center ได้มากมาย นอกเหนือจากการ notify ใดๆ



3. สามารถใช้แป้นพิมพ์ภาษาไทยที่เป็นแบบสื่แถวแบบมาตรฐานสากลได้
4. สามารถโหลด App ที่มีขนาดไฟล์ใหญ่เกินกว่า 50 MB โดยการโหลดผ่าน EDGE or 3G ได้โดยไม่ต้องง้อ Wi-Fi (ในอดีตถูกจำกัดที่ 20 MB แต่หลังจาก OS 5.1 สามารถโหลดได้ที่ขนาดไฟล์ไม่เกิน 50 MB)

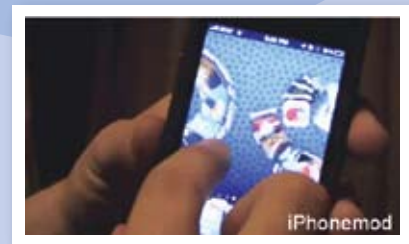
หลักหนีความจำเจได้ เช่น

1. สามารถเปลี่ยนธีมที่หน้าจอ Home screen, Lock screen, Notification Center
2. ใส่ลูกเล่น animation ที่ Home screen
3. เปลี่ยน Fonts ของตัวอักษรได้
4. แก้ไขชื่อเครือข่ายโทรศัพท์ทางด้านมุมซ้ายบน หรือคำว่า slide to unlock เป็นคำอื่นๆ ได้
 - ใช้โปรแกรมฟรีได้ (อันนี้ให้ทราบไว้แต่ไม่สนับสนุนการละเมิดลิขสิทธิ์นะคะ)



ข้อเสียของการ Jailbreak

- อย่างแรกเลยคือคุณต้องเสียเวลาเรียนรู้เกี่ยวกับการ Jailbreak นั้นเองครับ (หรือเอาง่ายๆ ก็ไปเสียเงินให้ที่ร้านทำ ซึ่งผู้เขียนไม่แนะนำ เนื่องจากแท้จริงแล้วการ Jailbreak ไม่ได้ยากอย่างที่คิดเลยครับ)
- เสี่ยงเครื่องแฮงค์มากขึ้นเล็กน้อย? จากการลงโปรแกรมที่มีการปรับเปลี่ยนการทำงานของหลักของเครื่อง
- อัปเดตเฟิร์มแวร์ทันทีที่มีออกเวอร์ชันใหม่ไม่ได้ (เพราะสถานการณ์การ Jailbreak จะหายไปทันที) จนกว่า hacker จะสร้างโปรแกรมสำหรับ Jailbreak ตัวใหม่สำหรับเวอร์ชันใหม่นั้นออกมา
- อัปเดตแอปฯ ทันทีที่มีออกเวอร์ชันใหม่ไม่ได้ กรณีคนที่ใช้โปรแกรมแครก ต้องรอจนกว่าจะมีคนเสียสละทำการแครกโปรแกรมมาแจก
- เมื่อเจแล้วคนส่วนใหญ่จะไม่อยากกลับไปใช้แบบไม่เจอีกเพราะติดใจจากอิสระที่ได้รับอยู่ไม่ได้ (อันนี้ซ้ำๆ ครับ)



บรรยายเป็นข้อความกับภาพนิ่งในเนื้อหาหน้าจำกัด ไม่สามารถจะบรรยายได้หมดว่าหลังจาก Jailbreak แล้วจะสามารถทำอะไรได้บ้าง แนะนำคนที่สนใจอยากทราบให้เข้าไปใน YouTube แล้วหาคำว่า “100 Reasons to Jailbreak your iPhone [2012]” ลองดูกันนะคะว่าเป็นยังไงบ้าง

บทความนี้เขียนขึ้นเพื่อหวังให้เป็นข้อมูลความรู้ในแง่มุมต่างๆ ทั้งข้อดีและข้อเสีย เป็นประสบการณ์และความเห็นส่วนตัวเท่านั้น ไม่ได้หวังเชิญชวนให้ทำหรือไม่ทำการ Jailbreak แต่อย่างใด

Credit: Data: iphonemod.net, pdamobiz.com, Pictures: iphonemod.net, insectimages.org, flickriver.com



สุดยอดปรารถนา เบญจภาคี

นพ.ยุทธนา คณาสุข
แพทย์ประจำบ้านต้อยอดสาขาข้อเข่าและสะโพกเทียม
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบคุณบรรณาธิการและผู้ที่ให้ความสนใจบทความฉบับที่แล้วนะครับ ครั้งนี้จะเป็นเรื่องราวที่ผมเองก็ได้แต่มอง คงไม่มีโอกาสได้มาครอบครองเนื่องจากว่า พระเครื่องที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นสุดยอดปรารถนาของทุกคนครับ

พระชุดเบญจภาคี ถูกบัญญัติขึ้นโดยเขียนพระรุ่นเก่า นามปากกาว่า “ตริยัมปวาย” ได้นำพระที่นิยมในยุคหนึ่งที่มีค่านิยมใกล้เคียงกัน และขนาดที่เหมาะสมสวยงามมาจัดเข้าเป็นชุดเพื่อคล้องคอ สมัยก่อนนักเลงพระนิยมแขวนพระองค์ค่อนข้างใหญ่ และหลายๆ องค์ ผลักเลยมาลงตัวที่ 5 องค์นี้ครับ โดยที่การเรียงก็จะมีลำดับเวลาแสนใส่สร้อยด้วย ดังนี้ สมเด็จวัดระฆัง อยู่ตรงกลาง, พระนางพญา อยู่ล่างซ้าย, พระซุ้มกอ อยู่ล่างขวา, พระผงสุพรรณ อยู่บนซ้าย และพระรอด อยู่บนขวา



ชุดเบญจภาคี

1. พระสมเด็จวัดระฆัง

พระสมเด็จฯ นี้จะเรียกว่าเป็นจักรพรรดิแห่งพระเครื่องสยามก็ดูจะไม่เกินจริงครับ เพราะเป็นที่รู้จักกันมากที่สุด และทุกคนก็คิดว่าดีที่สุดด้วยครับ พระสมเด็จฯนี้สร้างโดยสมเด็จพะพุฒาจารย์โต พรหมรังสี วัดระฆัง ท่านสร้างพระผงเป็นรูปสี่เหลี่ยมมีด้วยกัน 3 วัดคือ วัดระฆัง วัดบางขุนพรหม และวัดไชโย (ที่ชอบเรียกกันว่าสมเด็จเกศไชโยครับ) เหตุที่เรียกว่าพระสมเด็จฯ นั้นเพราะผู้สร้างมีสมณศักดิ์ (ยศของพระ) เป็นชั้นสมเด็จ ดังนั้น จึงเรียกสั้นๆ ว่าพระสมเด็จ ต่อมาผู้นิยมมาก จึงมีการสร้างพระลักษณะนี้ขึ้นอีกหลายอาจารย์ รวมทั้งลูกศิษย์ท่านเองก็รวมๆ เรียกพระที่มีลักษณะสี่เหลี่ยม และรูปทรงพระแบบพระสมเด็จฯ (ต้นตำรับ) ว่าพระสมเด็จฯ



พระรูปทรงแบบนี้
ปัจจุบันรวมๆ เรียกว่า
พระสมเด็จ ครับ

พระสมเด็จฯ เขาว่าเด่นทางด้านเมตตามหานิยมนัก ใครเห็นก็นิยมชมชอบ รักใคร่ ท่านเคยบอกลูกศิษย์ว่า หากมีคนรักชอบ ใครจะมาทำร้าย ซึ่งสมัยก่อน ยุคนั้นมีการตีรันฟันแทงกันมาก พระที่เด่นทางด้านคงกระพัน มหาอุทม์ เหนียว ฟันแทงไม่เข้า ที่นิยมสูง อย่างเช่นพระกริ่ง คลองตะเคียน

ที่ว่าเหนียวชะมัด มีผู้กล่าวว่าสมัย ต้องนำพระสมเด็จมาแลกหนึ่งต่อหนึ่ง ตอนนี้อ่านกันทั้งกันเป็นพันๆ เท่าครับ เพราะยุคสมัยเปลี่ยนไปแล้วครับ ไม่มีใครมาตีกันอีกแล้ว ถ้าไม่ใช่พวกนักเลง



พระนางพญา บ้างก็เรียก สมเด็จนางพญา

2. พระนางพญา

เป็นพระเนื้อดิน กรุวัดนางพญา สันนิษฐานว่าสร้างโดยสมเด็จพระวิสุทธิกษัตริย์ องค์เอกอัครมเหสี แห่งสมเด็จพระมหาธรรมราชา ซึ่งเป็นพระราชมารดาของสมเด็จพระนเรศวร พระนางพญานี้มีด้วยกัน 6 พิมพ์เป็นพระรูปสามเหลี่ยม

พุทธคุณเด่นทางด้านคงกระพันชาตรี แต่ก็มีเมตตามหานิยมอยู่น้อย



สังเกตที่ข้างๆ องค์พระ ลายกนก คล้ายๆ ก ไก่

3. พระขุมกอก

เป็นพระกรุทุ่งเศรษฐี จังหวัดกำแพงเพชร คาดกันว่าพระมหาธรรมราชา ลีโล สมัยสุโขทัยเป็นผู้สร้างไว้ เป็นพระรูปทรงคล้ายเล็บมือ ขอบข้างๆ เป็นลายโค้งๆ คล้ายกับ ก ไก่ (คนแรกที่เจอจินตนาการออกมาเป็นแบบนี้ครับ) ก็เลยเรียกว่า เป็นพระขุมกอก พระขุมกอกนี้จะค่อนข้างเป็นที่สนใจในหมู่พ่อค้า

มากน้อยครับ เนื่องจากพุทธคุณโดดเด่นทางด้านโภคทรัพย์ (เอาง่ายๆ ก็คือ ทำอะไรก็เฮงไปหมด เงินทองไม่ขาดมือ) ตอนที่พบพระชุดนี้ มีบันทึกโบราณที่พบพร้อมกันว่าเป็นพวกฤาษีที่มีขมังเวทย์ ขณะนั้นสร้างแล้วก็บอกว่า “มีกูไว้ ไม่จน”

4. พระผงสุพรรณ

กรุวัดพระศรีรัตนมหาธาตุ จังหวัดสุพรรณบุรี คาดว่าสร้างสมัยพระธรรมราชาที่ 2 ของอยุธยา เป็นพระรูปสามเหลี่ยม เนื้อดินผสมพวกผงเกสร เนื้อละเอียด พุทธคุณครอบจักรวาล



พระผงสุพรรณ พิมพ์หน้าแก่ ซึ่งนิยมกว่า หน้ากลางและหน้าหนุ่ม

5. พระรอดลำพูน

เป็นพระนิรันตรายสุดยอดของเมืองไทย ชื่อก็บอกแล้วว่า รอด เป็นพระกรุที่สร้างสมัยพระนางจามเทวี พระตระกูลลำพูนนี้มีหลายกรุ หลายวัด (กรุหมายถึงที่รวมๆ เก็บพระไว้ โดยมากฝังไว้ใต้ดิน ให้คนรุ่นหลังเป็นการสืบทอดพระพุทธศาสนา กรุแตกก็หมายถึงการที่พบเจอที่เก็บพระเก่าไว้ แล้วก็ได้ออกมา) พระคง พระบาง พระเปิม พระเลียง พระลือ ฯลฯ ซึ่งทั้งหมดนี้ พระรอดกรุวัดมหาวัน มีราคาค่างวดที่สุด เด่นดังเรื่องแคล้วคลาดอยู่รอดปลอดภัย จะว่าไปแล้ว พระเบญจภาคีทั้งหมด พระรอดลำพูนหายากที่สุด (แต่ไม่ได้มีค่านิยมมากที่สุด ถ้าเทียบสวดยต่อสวดย พระสมเด็จที่มีพบได้มากกว่า มีค่านิยมสูงกว่า เนื่องมาจากอุปสงค์อุปทานครับ)



พระกรูยุคที่อายุเก่าแก่ที่สุดในไทย แต่ศิลปะช่างงดงามเหลือเกิน

เนื่องจากพระถูกจัดในชุดเบญจภาคีนี้ เลือกเฉพาะพิมพ์เอกของแต่ละชุดมาจัดเรียงคือ พระสมเด็จวัดระฆัง, พระนางพญาพิมพ์เข้าโค้ง, พระขุมกอกพิมพ์ใหญ่, พระผงสุพรรณพิมพ์หน้าแก่ และพระรอดวัดมหาวันพิมพ์ใหญ่ ทั้งหมดนี้ถ้าหาสวยๆ มาแขวนคงต้องมีเงินเกิน 50 ล้านขึ้นไป ซึ่งค่านิยมก็ลดหลั่นกันตามสภาพพระ แต่พระพวกนี้มีเงินก็เชื่อว่าหามาได้นะครับ เจ้าของเก่าเขาก็มีเหมือนกัน ถ้าไม่ปล่อยชะอย่างก็คงได้แต่ตื้อกันต่อไปครับ

จากพระเบญจภาคีต้นกำเนิดความนิยมมาถึงปัจจุบัน พระเหล่านี้สูงเกินคนธรรมดาจะเอื้อมถึง มีการจัดอันดับเบญจภาคีในชุดอื่นๆ เช่น เหรียญหล่อรูปหล่อลอยองค์ พระปิดตาเนื้อดิน-เนื้อโลหะ พระปรกใบมะขาม เบญจภาคีเครื่องราง เป็นต้น แต่การจัดเบญจภาคีชุดอื่นๆ นี้ ไม่ได้คำนึงถึงความสวยงามของการจัดเรียงตามจุดประสงค์ การบัญญัติครั้งแรกแต่อย่างใด เป็นการจัด Top 5 ความนิยมมากกว่าครับ

ชุดเบญจภาคีเหรียญ

1. เหรียญขอเบ็ด หลวงพ่อกลั่น วัดพระญาติ จ.อยุธยา ปี 2469

วัดอุ้มงคงเดี่ยวที่สร้างโดยหลวงพ่อกลั่น ต้องเป็นพิมพ์ขอเบ็ดอย่างเดียวนั่นเอง ส่วนพิมพ์อื่นไม่ทันท่านสร้าง ขณะนี้เหรียญของท่านมีค่านิยมสูงที่สุด รู้สึกล่าช้าสุดสวายๆ เค้าเช่าอยู่ที่ 12 ล้านบาทครับ



2. เหรียญหลวงปู่เอี่ยม วัดหนัง จ.กทม

หลวงปู่เอี่ยมท่านสร้างวัดอุ้มงคงมากมาย แต่ละอย่างเป็นที่นิยมและราคาสูงทั้งสิ้น หลวงปู่เอี่ยมเป็นที่ศรัทธาของสมเด็จพระจุลจอมเกล้ารัชกาลที่ 5 อย่างมาก ท่านเคยทำนายครั้งที่ท่านไปเยือนยุโรปว่าจะเจอภัยทางทะเล และภัยที่เกิดจากสัตว์สี่เท้าปรากฏว่าท่านเจอพายุ แต่ก็ได้แก้ไขตามที่หลวงปู่เอี่ยมแนะไว้ ส่วนภัยจากสัตว์สี่เท้านั้นคือม้า พวกฝรั่งคิดจะลองดีให้สมเด็จพระปิยมหาราชทรงม้าพยศ และอีกเช่นเดียวกัน หลวงปู่เอี่ยมได้ให้ท่านท่องคาถาเสกหญ้าให้ม้ากิน และม้าก็เชื่องจนเป็นที่อัศจรรย์แก่พวกเจ้าฝรั่ง ครั้นเสด็จกลับ ท่าน



ได้นำของที่ระลึกจากยุโรปมาฝากหลวงปู่เอี่ยมด้วย และท่านก็ยังเป็นพระสงฆ์เพียงไม่กี่รูปที่ได้รับพระราชทานตาลปัตรจากพระมหากษัตริย์ (คิดดูนะครับ นางช้างมาทำเป็นเส้นแล้วสานเป็นตาลปัตรจะมีค่าสำหรับคนไทยขนาดไหน)

3. เหรียญหลวงปู่ศุข วัดปากคลอง มะขามเฒ่า จ.ชัยนาท

หลวงปู่ศุข ท่านถือว่าเป็นพระอาจารย์เอกของกรมหลวงชุมพรฯ พระราชโอรสของรัชกาลที่ 5 ซึ่งพวกทหารเรือจะรู้จักท่านในนาม “เสด็จเตี่ย” ท่านเป็นที่นับถืออย่างมากของคนโดยทั่วไป ประวัตินี้เรื่องราวอภินิหารต่างๆ ของท่านจะดูมากกว่าพระสงฆ์รูปอื่นๆ หากลองอ่านประวัติบางคนเชื่อ บางคนไม่เชื่อ ก็สุดท้ายจะอภิปรายกันได้นะครับ แต่ที่แน่ๆ วัดอุ้มงคงของ ท่าน มีเยอะมากๆ ติดอันดับยอดนิยมเกือบทุกเบญจภาคี ท่านยังเป็นพระต่างจังหวัดเพียงไม่กี่รูปที่ได้รับนิมนต์มาสร้างพระครั้งใหญ่ๆ ในกรุงเทพฯ เพราะสมัยก่อนการสื่อสารไม่ดีเท่านี้ ไม่เจ๋งจริง คงไม่ถึงมาถึงกรุงเทพฯ แน่ๆ ครับ



4. เหรียญหลวงพ่อก วัดบางกะพ้อม จ.สมุทรสาคร

เหรียญนี้ดูจะใหม่ที่สุดในบรรดา เพราะออกปี 2484 แต่ว่ามีค่าขวัญที่หลังเหรียญว่า “ลาภผล พูนทวี”

ประกอบกับหลวงพ่อกยังอยู่ในใจคนวัยสงครามโลกครั้งที่ 2 อย่างมาก ว่ากันว่าสมัยสงคราม พระเกจิรวมพลังกันสร้างของคุ้มกันให้คนไทยผ่านวิกฤต มิงานใหญ่ๆ ที่จัดสร้างวัดอุ้มงคงมากมาย และเกจิอาจารย์ขึ้นชื่อที่สุด (ที่สร้างชื่อให้กับทหารไทย ซึ่งศัตรูเรียกว่า ทหารผี เพราะฆ่าไม่ตาย) ก็คือ “จาด จง คง อี” (หลวงพ่อกจาด วัดบางกระเบา, หลวงพ่อก วัดหน้าต่างนอก, หลวงพ่อก วัดบางกะพ้อม, หลวงพ่อก วัดลัดทึบ)



5. เหรียญหลวงพ่อดู วัด คงคาราม จ.เพชรบุรี

เมืองเพชรบุรี เมืองคนดู มีเหตุให้คนต้องตีรันฟันแทงกันเรื่อย หลวงพ่อดูท่านสร้างเหรียญขึ้นมาว่ากันว่าเหนียวสุดๆ ขนาดลูกศิษย์ท่านหลวงพ่อดูแดง วัดเขาบันไดอิฐ คนยังนิยมมากขนาดนี้ ระดับอาจารย์หลวงพ่อดูไม่ต้องคิดครับว่าจะสุดยอดขนาดไหน



คราวต่อไปจะนำเสนอพระชุดเบญจภาคีที่เหลือนะครับ ขอขอบคุณครับ



“ลำลึก”

นพ.วิสิทธิ์ วัชรวิทยกุล
แพทย์ประจำบ้านตอยอดสาขาศัลยกรรมกระดูกข้อสะโพก-ข้อเข่าเทียม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ก็ผ่านพ้นไปได้ด้วยดีนะครับสำหรับทริปเฉพาะกิจ “ท่องเที่ยวท่องทะเลตรัง” ซึ่งเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของการประชุม Hip-Knee สัญจรครั้งที่ผ่านมา ถึงแม้เวลาในการดื่มด่ำธรรมชาติจะใช้เวลาแค่ครึ่งวันบ่าย แต่ก็เพียงพอที่จะสร้างความประทับใจในความอ่อนล้านิดๆ ในการได้สัมผัสกับความสวยงามในธรรมชาติของท้องทะเลแห่งจังหวัดที่ขึ้นชื่อเรื่องหมู่เกาะแห่งนี้ สำหรับสถานที่ที่สร้างความตื่นตาตื่นใจให้กับคณะของเราคงไม่พ้น “ถ้ำมรกต” ถ้ำมหัศจรรย์กลางทะเล ที่จัดอยู่ใน unseen in Thailand จึงขออนุญาต retrospective review ประวัติของสถานที่แห่งนี้



ถ้ำมรกต หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ถ้ำน้ำ เป็นส่วนหนึ่งของเกาะมุก ตั้งอยู่ในหมู่ที่ 2 ต.เกาะลิบง อ.กันตัง จ.ตรัง มีความยาวทั้งหมด 80 เมตร ตามประวัติกล่าวกันว่า...กลุ่มราษฎรท้องถิ่นได้เข้ามาถ้ำมรกตครั้งแรกเพื่อหารังนกอีแอ่น เนื่องจากในอดีตถ้ำนี้จะมีนกอีแอ่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก และต่อมาโจรสลัดจะนำของที่ปล้นมาได้ซุกซ่อนไว้ในที่แห่งนี้ระยะหนึ่ง แล้วจึงจะนำของดังกล่าวออกไป สอดรับกับตำนานของชาวเรือแห่งอันดามันที่ว่า กาลครั้งหนึ่งมีตาบยายส่งลูกชายไปเรียนในดินแดนไกลโพ้น พอเรียนจบเขาล่องเรือกลับมาพร้อมกับเมียที่ทั้งสวยทั้งรวย ชายหนุ่มเกิดอับอายที่พ่อแม่ยากจน เลยเสแสร้งทำเป็นไม่รู้จักร พ่อแม่จึงสาปแช่งให้เรือล่ม ทรัพย์สินมบัติที่บรรทุกมากระจัดกระจายกลายเป็นหมู่เกาะแห่งกระปี่และดั่งรังคือ เกาะเกดตรา เกาะสุกร เกาะแหวน เกาะกระดาน เกาะเชือก เกาะม้า ส่วนชายหนุ่มกลายเป็นเซาเมง ยืนทะเลหน้าหาดปากเมง ขณะที่เมียสาวชื่อมุกกลายเป็นเกาะมุก นอนหลับไหลชั่วฉับวันคร ถ้ำมรกตและหาดมรกตจึงเป็นอนุสรณ์แห่งความงามของนางผู้เป็นส่วนหนึ่งของตำนานชาวเรือแห่งอันดามัน เมื่อมองดูรอบๆ เหมือนกับเรายืนอยู่ในปล่อง

ขนาดใหญ่ ซึ่งเกิดจากการยุบตัวของหินปูนในอดีต “ถ้ำมรกต” จัดอยู่ในประเภทถ้ำทะเลที่มีน้ำไหลลอดผ่านถ้ำ เมื่อน้ำซัดหินทรายเข้าไปนานวันก็เกิดเป็นเงี่ยงหาดอยู่ภายใน ซึ่งยามที่มีแสงจากภายนอกส่องกระทบ ทำให้เกิดน้ำสีมรกตงดงามมาก ฝรั่งเศสเรียกถ้ำประเภทนี้ว่า “กรอตโต้ (Grotto)”

ช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการเที่ยวถ้ำมรกต คือช่วงที่น้ำขึ้นเต็มที่ในแต่ละวัน เนื่องจากจะเห็นทะเลสาบสีมรกตงดงามและเวลาที่แสงจะลอดปาก ปล่องถ้ำมรกตลงมา คือระหว่างเวลา 10.00-14.00 น. การลอดถ้ำสามารถทำได้ตลอดเวลา เดือนที่เหมาะสมในการท่องเที่ยวคือระหว่างเดือนธันวาคมถึง

ต้นเดือนพฤษภาคม ซึ่งก็ตรงกับช่วงเวลาที่
เราไปพอดี ส่วนวิธีการเข้าถ้ำก็ใช้แบบที่เรา
ทำกันก็คือขับเคลื่อนด้วยพลังขา (ปั่น
จักรยานได้น้ำ) ซึ่งข้อแนะนำคือ ให้ทุกคน
ถีบขาไปตรงๆ อย่าถีบไปข้างหน้าหรือ
ข้างหลัง มิฉะนั้นจะเป็นการสร้างความ
เดือดร้อนให้กับตัวเองและคนอื่น ก่อนลง
ไปในน้ำจึงมีใครบางคนบอกว่าให้ระวัง
ปลาตีนเป็นพิเศษ ซึ่งไกด์เราก็ไม่ได้เตือนไว้
ทำให้บางคนอาจโดนปลาตอดไปหลายตัว
เหตุที่ต้องระวังเข้าแถวกันเข้าไปก็เพราะว่า
ทางเข้าถ้ำมรกตที่ยาวประมาณ 80 เมตร
นั้นมีมืดสนิท ถ้าวายไปกันเองอาจจะหลงเข้า
ไปในซอกหลืบของถ้ำ อดชมความสวยงาม
เสียเปล่าๆ แต่ถ้าเกิดหลุดมือตามคนข้างหน้า
ไม่ทันขึ้นมาจริงๆ ละก็ ให้อ่อยๆ หาทาง
ออกโดยยึดผนังถ้ำด้านซ้ายเอาไว้ พอพ้น
จากปากถ้ำอันเขียวมรกต ความงามของ
ธรรมชาติที่ซ่อนเร้นก็ปรากฏอยู่เบื้องหน้า
ชายหาดเล็กแต่ก็สวยงาม ทรายขาวละเอียด
กับพื้นน้ำทะเลเขียว สดเหมือนมรกตที่ซ่อน
อยู่ภายในแสงอาทิตย์ที่สาดส่องมาจาก
ปากโพรงปล่องถ้ำ ด้านบนที่มีแผ่นฟ้าเป็น
หลังคา ทำให้หลายๆ คนรู้สึกว๊านี้แหละ...
สวรรค์กลางทะเลของจริง หลังจากที่ได้ชม
ธรรมชาติกันพอหอมปากหอมคอ ไกด์ก็
เรียกพวกเราเข้าแถวตอนเรียงหนึ่งเพื่อทำ
การถีบจักรยานได้น้ำออกจากถ้ำได้อย่าง
ปลอดภัย

อีกสิ่งหนึ่งที่น่าประทับใจนอกจาก
ความสวยงามของธรรมชาติก็คือ การที่ได้
เห็นภาพความสามัคคีของคนในหมู่
คณะในการต่อแถวช่วยกันปั่นจักรยานได้น้ำ
เพื่อบรรลุดังเป้าหมายไปพร้อมๆ กัน จึง
ขอน้อมนำบางส่วนของพระราชดำรัสของ
พ่อหลวงในเรื่องของความสามัคคีเป็นบท
ส่งท้ายครับ

“ความสามัคคีคือความสามารถจะทำงานเพื่อส่วนรวมหรือความพร้อม
ที่จะให้ความร่วมมือกันและกันเพื่อเอื้อประโยชน์ส่วนรวมซึ่งความสามัคคี
แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือความสามัคคีของวิชาการและความสามัคคี
ในจิตใจ

ความสามัคคีวิชาการคือการประสานความรู้และทักษะของผู้ที่มี
ความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ มากมายเพื่อส่งผลสำเร็จในด้านต่างๆ
มาสู่ประเทศ

ความสามัคคีในจิตใจเป็นลักษณะของการปรองดองกันโดยเกิดจาก
ความเมตตากรุณากันและกันมีจิตใจผูกพันที่จะช่วยเหลือกันและกัน
เพื่อให้งานนั้นๆ บรรลุเป้าหมาย

คำว่า “สามัคคี” แปลว่าความพร้อมเพรียง ได้แก่ ความพร้อมเพรียง
กันทางกายวาจาและใจ พร้อมเพรียงช่วยกันทำกิจที่บังเกิดผลเป็นประโยชน์
แก่ส่วนรวม พร้อมเพรียงกันทำงานในหน้าที่ของตน ใครมีหน้าที่อย่างไร
ก็ทำอย่างนั้น ตั้งใจทำให้เต็มกำลังเต็มความสามารถของตนอย่างนี้เรียกว่า
“สามัคคี” ปัจจัยเกื้อหนุนให้เกิดความสามัคคีคือความสามัคคีกลมเกลียวกัน
หรือความร่วมมือและร่วมใจกันเป็นสิ่งที่สำคัญที่คนไทยทุกคนๆ คนพึง
มีอยู่ในจิตสำนึก และช่วยกันสร้างสรรค์ให้เกิดขึ้นพื้นฐานที่สุดของการ
จรรโลงความสามัคคีกลมเกลียวกันให้บังเกิดขึ้นและดำรงอยู่ต่อไปอย่าง
แน่นแฟ้น คือการรู้จักหน้าที่ของตนเองในหมู่สมาชิกของสังคมและ
ประเทศนั้นๆ กล่าวคือผู้ใดมีภาระหน้าที่อันใดอยู่ก็เร่งกระทำให้สำเร็จ
ลุล่วงไปให้ทันการณ์ทันเวลาโดยเต็มกำลังความรู้ความสามารถและโดย
บริสุทธิ์จริงใจ ผลงานของแต่ละคนจึงได้ประกอบส่งเสริมกันขึ้นเป็น
ความสำเร็จและความมั่นคงของชาติ

การที่จะเกิดความสามัคคี
ได้ในการกระทำต้องเริ่มจากใจ
ภายในเสียก่อน ถ้าทุกคนมี
ความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว
กันแล้ว ประเทศชาติย่อม
คลาดแคล้วจากภัยของศัตรูและ
ตั้งมั่นมีความสุขสมบูรณ์อยู่ได้ ”



INTRODUCING THE NEW ORAL, ONCE-DAILY DIRECT FACTOR Xa INHIBITOR⁴

Xarelto[®] : Better Efficacy for Antithrombotic Prophylaxis in Orthopaedic Surgery⁴

VTE is a serious disorder and a frequent complication following orthopaedic surgery^{1,2}

For the prevention of VTE in adult patients undergoing elective hip and knee replacement, Xarelto demonstrated :

- ♦ Oral form, once daily, fixed dosed 10 mg and ease of administration^{4,5,6}
- ♦ High bioavailability and rapid onset of action^{3,4,5}
- ♦ Plasma concentration (Cmax) within 2 to 4 hours of administration^{3,5}
- ♦ Potential to increase the use of extended prophylaxis after discharge from hospital and to Improve patient compliance^{4,6}
- ♦ Rivaroxaban showed a good safety profile with low incidence of major bleeding similar to that observed with enoxaparin.^{4,7}
- ♦ Predictable pharmacokinetics and pharmacodynamics⁴

Reference:

1. Prandoni P, Samama M. Risk stratification and venous thromboprophylaxis in hospitalized medical and cancer patients. *British Journal of Haematology* 2008; 141: 587-597.
2. Turpie AGG, Fisher WD, Bauer KA, et al. BAY 59-7939: an oral, direct Factor Xa inhibitor for the prevention of venous thromboembolism in patients after total knee replacement. A phase II dose-ranging study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2005; 3: 2479-86.
3. Haas S. New oral Xa and IIa inhibitors: updates on clinical trial results. *Journal Thrombosis and Thrombolysis* (2008); 25: 52-60.
4. Borris LC Rivaroxaban, a new, oral, direct factor Xa inhibitor for thromboprophylaxis after major joint arthroplasty. *Expert Opinion Pharmacotherapy* 2009 Apr;10(6):1083-8.
5. Laux V, Perzborn E, Kubitz D, et al. Preclinical and Clinical Characteristics of Rivaroxaban: A Novel, Oral, Direct Factor Xa Inhibitor. *Seminars Thrombosis and Hemostasis* 2007; 33: 515-523.
6. Piccini JP, Patel MR, Mahaffey KW, et al. Rivaroxaban, an oral direct factor Xa inhibitor. *Expert Opinion Investigation. Drugs* (2008); 17(6): 925-937.
7. Haas S. Review article: Rivaroxaban – an oral, direct Factor Xa inhibitor – lessons from a broad clinical study programme. *European Journal of Haematology* 2009; Accepted for publication on 19 January 2009.

Abbreviated Prescribing information **XARELTO[®]** (Rivaroxaban) Film-coated tablets 10 mg

Presentation: Rivaroxaban; Tablet of 10 mg **Indication:** **XARELTO[®]** (Rivaroxaban) is indicated for prevention of venous thromboembolism (VTE) in patients undergoing major orthopedic surgery of the lower limbs. **Dosage:** The recommended dose for VTE prevention in major orthopedic surgery is one 10 mg tablet once daily. **Duration of treatment :** After major hip surgery patients should be treated for 5 weeks. After major knee surgery patients should be treated for 2 weeks. **Contraindications:** hypersensitivity to rivaroxaban or any excipient of the tablet. Rivaroxaban is contraindicated in patients with clinically significant active bleeding. **Precautions/Warnings:** Not recommended in patients receiving concomitant systemic treatment with azole-antimycotics (e.g. ketoconazole) or HIV protease inhibitors (e.g. ritonavir). Used with caution in patients with Creatinine clearance <30 -15 mL/min. No clinical data are available for patients with severe renal impairment (Creatinine clearance <15 mL/min). Therefore use of rivaroxaban is not recommended in these patients. Pregnancy and Lactation. **Interaction:** Rivaroxaban is cleared mainly via cytochrome P450-mediated (CYP 3A4, CYP 2J2) hepatic metabolism and renal excretion of the unchanged drug. The concomitant use of rivaroxaban with strong CYP 3A4 and P-gp inhibitors, may lead to both reduced hepatic and renal clearance and thus significantly increased systemic exposure. **Undesirable Effects:** The safety of rivaroxaban 10 mg has been evaluated in three phase III studies including 4571 patients exposed to rivaroxaban undergoing major orthopedic surgery of the lower limbs) treated up to 39 days. During in three phase III studies the commonly reported adverse reactions were anemia, nausea, increased GGT, increase in transaminases (incl. ALT increase, AST increase), postprocedural hemorrhage (incl. postoperative anemia, and wound hemorrhage). **Pack :** 1 X 10 tablet

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา



ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฅค 1157/2552
เป็นยาใหม่ ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Further information is available on request

Bayer Thai Co.Ltd.

28/19 Mu 4 Changwattana Rd.

Bangtad Pakkred Nonthaburi 11120, Thailand

Tel. 02-831-4900, Fax. 02-984-5702



A Novel, Oral, Direct Factor Xa Inhibitor¹

Xarelto[®]
rivaroxaban

Simple, Uncomplicated Clot Prevention





TKA in Valgus Knee

Pruk Chaiyakit, M.D.
Vajira hospital school of Medicine
Navamindradhiraj University



Since more than 90% of TKA cases is varus OA knee, surgeons are more familiar with surgical techniques in varus knee correction. Valgus OA knee is a special entity, which may consist of any combination of primary and secondary bone and soft tissue abnormality as followed⁽¹⁾.

1. Contracted lateral capsule and ligamentous structure
2. Laxity of medial structures
3. Acquired or pre-existing bony anatomic deficiency

Etiology of Valgus OA knee

1. Inflammatory
2. Unresolved physiologic valgus
3. Secondary from metabolic bone disease: rickets, renal osteodystrophy
4. Post-traumatic
5. AVN of lateral femoral condyle
6. Post HTO
7. Primary OA: most common

Classification: Krackow⁽²⁾

Type I: bone loss in the lateral compartment and soft tissue contracture with medial soft tissue intact. (Fig.1)

Type II: type I + obvious attenuation of the medial capsular ligament complex. (Fig.2)

Type III: severe valgus deformity with valgus malpositioning of the proximal tibial joint line after overcorrected proximal tibial osteotomy.

The goals of TKA are restoration of mechanical axis, appropriate bone cut and flexion-extension gap balancing. In OA knee there are 2 types of ligament instability, which should examine under tension, consists of symmetrical and asymmetrical

Figure 1: Krackow 1 valgus knee deformity

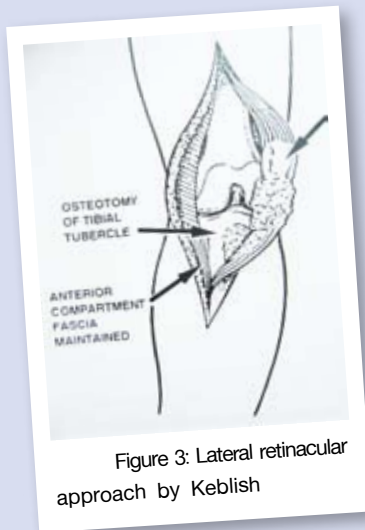


Figure 2: Krackow 2 valgus knee deformity

instability. Symmetrical instability occurs in early phase of OA with minimal secondary adaptive changes (Krackow 1), TKA can be done in standard manner. Asymmetrical instability occurs in late stage of disease with significant adaptive change and fixed deformity (Krackow 2) and in this situation surgeons need to understand pathology and how to correct deformity beforehand.

Surgical approaches:

1. Standard medial parapatellar approach. This approach is more familiar to most surgeons. Patella eversion is easy. Lateral release is more difficult but possible and well described by many authors. Very limited medial release must be done in valgus OA knee because of medial side laxity may already occurs.



2. Lateral retinacular approach (Fig. 3). Keblish⁽³⁾ described this approach in 1991. This approach allowed direct access to lateral retinacular and lateral capsular structures, which need to be release. Actually IT band was automatically release from Gerdy's tubercle from the beginning. There was no disturbance of blood supply on the medial side of patella. But it was unfamiliar and relatively difficult to expose the medial side, sometimes need to do Tibial tubercle osteotomy to facilitate exposure. And also soft tissue closure on lateral side was rather thin, infrapatellar fat pad should be preserved and mobilized for thicker soft tissue closure.

Bone preparation:

Lateral bone deficiency is common finding and may involve both femur condyle and tibia plateau. Femoral condyle involvement could be on both distal and posterior aspect.

1. Minimal bone cut from lateral condyle and/or lateral plateau depends on deformity
2. Aware of inadequate external rotation of femoral condyle when posterior condylar axis was used to determine femoral rotation. Using of Whiteside's line and/or epicondylar axis may be more helpful.

Ligament balancing and Step of release:

There are two options of balancing, which can be combined: various technique of lateral side lengthening and medial side tightening.

1. Lateral side lengthening consisted of 1. Various technique of sequential release⁽⁴⁻⁶⁾
2. Pie crusting⁽⁷⁾ and 3. Lateral condylar sliding osteotomy⁽⁸⁾ (LCSO). However, there is no consensus regarding the sequence of lateral release but the common structure to be

release are IT band, posterolateral capsule, LCL, Popliteal tendon, PCL, and lateral head of gastrocnemius muscle. Generally release IT band first is accepted if correct extension gap alone is needed. But if tight in flexion was encountered then release of Postero-lateral capsule +/- Popliteo-fibular ligament may be needed. If tight in both gaps then release of LCL may be needed. Too much release could occur and lead to postero-lateral instability. Carefully pie crusting is commonly used technique nowadays. But LCSO (figure 4) is still viable option and strongly recommend by some surgeons.

2. Medial side tightening can be done with various technique of MCL proximal advancement^(2, 9). It could be helpful in medial-lateral gap difference more than 10 mm.

Prosthesis selection depends on how good soft tissue balancing was done and degree of bone loss. If good soft tissue balance was achieve, prosthesis selection may include both mobile bearing and minimally constrain fixed bearing such as Cruciate retaining prosthesis. If degree of bone loss is severe then metal augment may be needed. Although Krackow reported about PCL resection increase correction angle in valgus knee but there are lots of large reports using CR prosthesis with good results including one of Krackow. Therefore, I believe CR prosthesis can be use in valgus OA knee. However, back up with more constrain prosthesis such as PS or VVC type is strongly recommended especially in Krackow type 2.

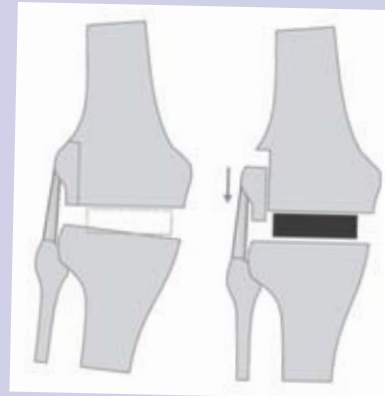


Figure 4: Lateral Condyle Sliding Osteotomy

References

1. Favorito PJ, Mihalko WM, Krackow KA. Total knee arthroplasty in the valgus knee. *J Am Acad Orthop Surg.* 2002 Jan-Feb;10(1): 16-24.
2. Krackow KA, Jones MM, Teeny SM, Hungerford DS. Primary total knee arthroplasty in patients with fixed valgus deformity. *Clin Orthop Relat Res.* 1991 Dec(273):9-18.
3. Keblish PA. The lateral approach to the valgus knee. Surgical technique and analysis of 53 cases with over two-year follow-up evaluation. *Clin Orthop Relat Res.* 1991 Oct(271):52-62.
4. Ranawat CS, Rose HA, Rich DS. Total condylar knee arthroplasty for valgus and combined valgus-flexion deformity of the knee. *Instr Course Lect.* 1984;33:412-6.
5. Buechel FF. A sequential three-step lateral release for correcting fixed valgus knee deformities during total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 1990 Nov(260):170-5.
6. Whiteside LA. Correction of ligament and bone defects in total arthroplasty of the severely valgus knee. *Clin Orthop Relat Res.* 1993 Mar(288): 234-45.
7. Clarke HD, Scuderi GR. Correction of valgus deformity in total knee arthroplasty with the pie-crust technique of lateral soft-tissue releases. *J Knee Surg.* 2004 Jul;17(3):157-61.
8. Brilhault J, Lautman S, Favard L, Burdin P. Lateral femoral sliding osteotomy lateral release in total knee arthroplasty for a fixed valgus deformity. *J Bone Joint Surg Br.* 2002 Nov;84(8):1131-7.
9. Healy WL, Iorio R, Lemos DW. Medial reconstruction during total knee arthroplasty for severe valgus deformity. *Clin Orthop Relat Res.* 1998 Nov(356): 161-9.



การใช้ Stem ใน Total Knee Arthroplasty

นพ.อภิสิทธิ์ ปัทมรัตน์
รพศ.พระนครศรีอยุธยา

ปัจจุบันมีการใช้ intramedullary stem ในการผ่าตัด TKA กันมากขึ้น ข้อบ่งชี้ในการใช้ stem ถ้าเป็นใน primary case ก็คือใน case ที่มี bone defect (ตั้งแต่ T2, F2 ใน classification of bone defect) ที่ใช้ graft หรือ augment โดยมากมักจะใช้ในส่วน tibia มากกว่า femur ใน revision case ก็คือในผู้ป่วยที่มี bone loss เช่นเดียวกัน ร่วมกับในรายที่ต้องใช้ constrain prosthesis และบางตำรา ก็รวมผู้ป่วยที่มีภาวะ obesity และ osteoporosis รวมด้วย

Table 1. Classification of Tibial (T) and Femoral (F) Defects in TKA*

CLASSIFICATION	DESCRIPTION
T1	Defect is completely contained
T2	Cortical deficiency on either one (T2A) or both (T2B) tibial plateau surfaces
T3	Includes substantial segmental bone loss, requires bone grafting, and is associated with ligamentous laxity or deficiency
F1	Defect is completely contained
F2A	Cortical loss of one condyle
F2B	Cortical loss of both medial and lateral femoral condyles
F3	Segmental loss of bone with occasional ligamentous laxity

Type of stem

- แบ่งตามชนิดของ fixation เป็น 2 กลุ่มคือ
 1. cemented stem
 2. cementless stem
- แบ่งตาม design ของ stem คือ
 1. Metaphyseal engaging stem ซึ่ง stem มีลักษณะสั้นกว่า (<10 cm) และยึดกับกระดูกบริเวณ metaphysis และมักนิยมใช้ cement เป็นตัวยึด
 2. Diaphyseal engaging stem ซึ่ง stem มีลักษณะยาวกว่า (15-20 cm) และยึดกระดูกบริเวณ diaphysis โดยใช้ cementless technique เพื่อทำให้เกิด press-fit ต่อ canal
- แบ่งตามการ contact ต่อกระดูกคือ
 1. Dangle stem เป็น stem เล็ก contact กับ กระดูกโดยใช้ cement
 2. Cortical contact stem เป็น stem ที่ใหญ่ขึ้นเท่า canal ของ diaphysis แต่ไม่แน่นมาก จนเกิด mechanical impaction
 3. Press-fit stem เป็น stem ที่ใหญ่พอที่ทำให้เกิด press-fit กับ diaphyseal canal



ข้อเปรียบเทียบระหว่างการใช้ cemented stem และ cementless stem

1. Stress shielding มีการศึกษาพบว่าการใช้ press-fit stem ที่แน่นกับ diaphysis จะก่อให้เกิด stress shielding บริเวณ proximal tibia ได้ แต่ก็มีการศึกษาใน cemented stem ที่ยึดแน่นก็สามารถเกิดได้เช่นเดียวกัน สรุปได้ว่า ถ้าสามารถทำให้เกิด complete coverage บริเวณ tibial plateau surface โอกาสที่จะเกิด stress shielding ก็จะไม่ต่างไม่ว่าจะเป็น cemented หรือ cementless stem

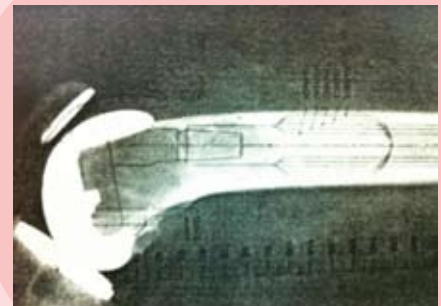


2. Micromotion มีการศึกษาใน cadaveric study พบว่ากลุ่มที่ใช้ cemented stem มี micromotion น้อยกว่าในกลุ่มที่เป็น cementless stem (proximal ไม่ได้ใช้ cement ใน study นี้) และมีการศึกษา biomechanical study พบว่ากลุ่มที่ใช้ cementless stem ร่วมกับ cemented บริเวณ proximal จะเกิด micromotion ไม่ต่างจากกลุ่มที่ใช้ cemented ทั้งหมด สรุปว่าถ้าจะใช้ cementless stem ก็ควรที่จะ cemented บริเวณ proximal ด้วยเพื่อลดการเกิด micromotion ซึ่งทำให้เกิด loosening ตามมาได้

3. Limb alignment และ implant position ในกลุ่มที่ใช้ cementless stem จะมีปัญหามากในส่วนนี้

- Tibia พบว่าเกิด varus alignment, tray overhang ไปทาง anteromedial site ทำให้เกิด pain ได้
- Femur พบว่าเกิด anterior displacement และมี lateral shift ทำให้เกิดมี flexion instability

ปัญหาเหล่านี้จะมีน้อยกว่าและแก้ไขโดยใช้ cemented stem ซึ่งจะช่วยให้ position ของ articular component ไม่ถูกรบกวนและสามารถจะมีพื้นที่มากพอที่จะปรับ position และ alignment ของ prosthesis ได้ดีขึ้น อีกวิธีในการแก้ไขถ้าจะใช้ cementless stem คือการใช้ offset ซึ่งจะช่วย improve flexion/extension gap ใน femur และช่วยแก้ไขใน anatomic deformity ใน tibia ด้วยแต่มักจะช่วยได้ดีในฝั่ง tibia มากกว่า femur และ offset ที่ดีควรจะมีตำแหน่ง connection ของ offset อยู่ใกล้ articular component เพราะสามารถปรับ position และ alignment ได้ดีกว่า



4. Loosening rate พบว่าใน cementless stem จะมี radiolucent line รอบๆ stem ใน 2-3 ปีแรก แต่ไม่ได้เป็นปัจจัยต่อการเกิด loosening ในระยะยาว มี study ที่จำนวน cases มากๆ ของ Fehring ใน 475 revision cases ใช้ stem 393 cases ติดตามการรักษา 57 เดือนเหลืออยู่ 202 cases วัด stability ของ prosthesis จาก film โดยใช้ Knee Society Radiographic Scoring System พบว่าใน cemented stem 107 cases มี stable อยู่ 93% ใน cementless stem มี stable อยู่ 71%

5. Re-revision ถ้าต้อง revision ชั่วในกลุ่มที่ทำ cemented stem ไว้ก่อนจะ revision เป็น cementless stem ได้ง่ายกว่าเนื่องจาก stem มีลักษณะสั้นทำให้ bone stock ในส่วนที่ต่ำลงไปยังมีมากพอและสามารถใส่ stem ที่ยาวและทำให้เกิด press-fit ได้ดี แต่ canal ก็ไม่ควรจะกว้างเกิน 18 mm. เพราะจะทำให้ไม่เกิด press-fit และทำให้เกิด end of stem pain ได้ แต่ปัญหาของ cemented stem ก็อาจจะ remove cement ออกยาก ทำให้เกิด bone loss ได้มากเช่นกัน

6. Cemented stem ก็มีข้อแนะนำไม่ควรใช้ใน case ที่มี bone loss มากๆ หรือ case ที่มี fracture หรือใน case ที่ทำ osteotomy เพราะจะควบคุม cement leakage ได้ยาก โดย technique ของการทำ cement ควรจะทำเหมือนกับใน hip โดยควรมี cement gun, plug และ pressurization ที่ดี

7. Cementless stem การเลือกความยาวของ stem ก็มีความสำคัญ stem ที่ยาวจะช่วยในด้าน stability ควรใช้ใน case ที่ใช้ graft ขนาดใหญ่หรือมี fracture หรือทำ osteotomy แต่ใน stem ที่ยาวก็จะมีปัญหาในการ adjust alignment และ position ของ prosthesis ให้ได้ตามต้องการยากโดยเฉพาะทางฝั่ง femur

โดยสรุปการเลือกใช้ stem ควรดูจุดประสงค์ในการใช้ตาม indication และเรียนรู้ surgical technique ตามชนิดและ design ที่ใช้ให้ถูกต้องเหมาะสม ในประเทศไทย ส่วนใหญ่ที่มีใช้จะเป็น cementless stem เกือบทั้งหมดหวังว่าในอนาคตจะมี cemented stem มาให้ใช้มากขึ้นเพื่อ share ประสบการณ์ ซึ่งอาจจะช่วยทำให้การผ่าตัด revision cases ได้ง่ายขึ้น และอาจจะมี result ที่ดีขึ้นก็ได้

References

1. Fehring TK, Odum S, Olekson C, Griffin WL, Mason JB, McCoy TH. Stem fixation in revision total knee arthroplasty: A comparative analysis. Clin Orthop Relat Res 2003;416:217-224.
2. Stern SH, Wills D, Gilbert JL. The effect of tibial stem design on component micromotion in knee arthroplasty. Clin Orthop 1997;345:44-52.
3. Bert JM, McShane M. Is it necessary to cement the tibial stem in cemented total knee arthroplasty. Clin Orthop 1998;356:73-78.
4. Kelly MA. The use of intramedullary stems in total knee replacement. 14th Annual Vail Orthopaedics Symposium 2000.



ACTONEL: COMPELLING FRACTURE PROTECTION

- **WHERE** – at all key skeletal sites – vertebral, nonvertebral and hip^{1,2,3}
- **WHEN** – as early as 6 months^{*,1,2,4} and in the long-term⁵
- **HOW** – with the convenience of a once-a-month tablet, to simplify patients' lives



Abbreviated Prescribing Information

ACTONEL® 5 mg, 35 mg

1. **NAME AND PRESENTATION:** ACTONEL® is available as tablets of 5 mg, and 35 mg risedronate sodium. 2. **THERAPEUTIC INDICATIONS:** ACTONEL® 5 mg: Treatment of postmenopausal osteoporosis, to reduce the risk of vertebral fractures. Treatment of established postmenopausal osteoporosis, to reduce the risk of hip fractures. Prevention of osteoporosis in postmenopausal women with increased risk of osteoporosis. Prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis in men and women who are either initiating or continuing systemic glucocorticoid treatment (daily dosage equivalent to 7.5 mg or greater of prednisone). 3. **POSLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION:** The recommended daily dose in adults is one 5 mg tablet orally. The absorption is affected by food and it must be taken at least 30 minutes before the first food, other medicinal product or drink (other than plain water) of the day. 5 mg dosages can be taken between meals or in the evening at the same time everyday, on an empty stomach; at least 2 hours after any food and at least 30 minutes before going to bed. Calcium and vitamin D should be considered if the dietary intake is inadequate. 4. **CONTRA-INDICATIONS:** Known hypersensitivity to risedronate sodium or to any of the excipients. Hypocalcaemia. Pregnancy and lactation. Severe renal impairment. 5. **SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE:** Foods, drinks and medicinal products containing polyvalent cations interfere with the absorption of bisphosphonates; see full SmPC. In order to achieve the intended efficacy, strict adherence to dosing recommendations is necessary. Efficacy of bisphosphonates in the treatment of PMO is related to the presence of low bone mineral density (BMD T-score at hip or lumbar spine <-2.5 SD) and/or prevalent fracture. High age or clinical risk factors for fracture alone are not reasons to initiate treatment of osteoporosis with a bisphosphonate. The efficacy in very elderly women (>80 years) is limited. See full SmPC. 6. **DRUG INTERACTIONS:** Calcium, magnesium, iron and aluminium interfere with the absorption; see full SmPC. 7. **PREGNANCY AND LACTATION:** Actonel® must not be used during pregnancy or by breast-feeding women. 8. **UNDESIRABLE EFFECTS:** The majority of undesirable effects observed in clinical trials were mild to moderate in severity and usually did not require cessation of therapy. In PMW treated for up to 36 months with risedronate 5mg/day (n=5020), placebo (n=5048) was reported (%): headache 1.8/1.4; constipation 5.0/4.8; dyspepsia 4.5/4.1; nausea 4.3/4.0; abdominal pain 3.5/3.3; diarrhoea 3.0/2.7; musculoskeletal pain 2.1/1.9. for uncommon and rare effects see full SmPC. 9. **OVERDOSAGE:** No specific information is available. Hypocalcaemia may occur. 10. **PHARMACODYNAMIC PROPERTIES:** ATC Code: M05 BA07mon

ACTONEL® Once-A-Month (OAM) 150 mg

1. **NAME AND PRESENTATION:** Risedronate sodium 150 mg, film-coated tablet, pack size of 1 tablet. 2. **THERAPEUTIC INDICATIONS:** ACTONEL® OAM 150 mg: Actonel 150 mg Once-A-Month tablet is indicated for the treatment of osteoporosis in postmenopausal women and for the prevention of osteoporosis in postmenopausal women. 3. **POSLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION:** For osteoporosis, the usual dose is one 150 mg tablet once a month. Take your Actonel tablet in the morning, at least 30 minutes before your first meal, drink or medication of the day. Actonel is most effective when your stomach is empty. Take your Actonel tablet while sitting or standing upright. Do not lie down immediately after swallowing it. Take your Actonel 150 mg Once-a-Month tablet on the same day each month. If you have forgotten to take your 150 mg tablet, and your next monthly dose is more than 7 days ahead just take one tablet the next morning. For the next monthly dose, take one tablet as originally scheduled. If you have forgotten to take your 150 mg tablet, and your next monthly dose is within 7 days do not take it. Return to taking one tablet once a month, as originally scheduled on your chosen day. 4. **CONTRA-INDICATIONS:** An allergy to Actonel or any of the ingredients. Inability to stand or sit upright for at least 30 minutes. A condition called hypocalcaemia (a low level of calcium in the blood). Severe renal impairment. Pregnancy and lactation. 5. **SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS FOR USE:** Food and liquids, other than plain water, can interfere with the absorption of risedronate; see full SmPC. Since some bisphosphonate have been associated with esophageal ulcerations, patients should take risedronate with sufficient plain water [≥ 4 oz. (120 mL)] to facilitate delivery to the stomach and should not lie down for 30 minutes after taking the drug. Hypocalcaemia should be treated before starting risedronate therapy. Do not give Actonel to children or adolescents under 18 years of age. See full SmPC. 6. **DRUG INTERACTIONS:** Antacids and medicines containing: Calcium, Magnesium, Aluminium (for example some indigestion mixtures), Iron. See full SmPC. 7. **PREGNANCY AND LACTATION:** Actonel is not recommended for use during pregnancy. Do not take Actonel if you are pregnant or if you are breastfeeding. 8. **UNDESIRABLE EFFECTS:** The majority of undesirable effects observed in clinical trials were mild to moderate in severity and usually did not require cessation of therapy. In PMW treated for up to 36 months with risedronate 5mg/day (n=5,020), placebo (n=5,048) was reported (%): headache 1.8/1.4; constipation 5.0/4.8; dyspepsia 4.5/4.1; nausea 4.3/4.0; abdominal pain 3.5/3.3; diarrhoea 3.0/2.7; musculoskeletal pain 2.1/1.9. for uncommon and rare effects see full SmPC. 9. **OVERDOSAGE:** No specific information is available. Hypocalcaemia may occur. 10. **PHARMACODYNAMIC PROPERTIES:** ATC Code: M05 BA07

*Patients should have continuous treatment.

References:

1. Roux C, et al. Efficacy of risedronate on clinical vertebral fractures within six months. *Curr Med Res Opin.* 2004;20(4):433-9. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)
2. Harrington JT, et al. Risedronate rapidly reduces the risk for nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 2004; 74(2):129-35. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)
3. McClung M et al. Effect of risedronate on the risk of Hip fracture in elderly women. *NEJM* 2001;344(5):333-40. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)
4. Silverman S et al. Effectiveness of bisphosphonates on non-vertebral and hip fractures in the first year of therapy: The risedronate and alendronate (REAL) cohort study*. *Osteoporos Int* 2007;18:25-34. (funded by research grant from the Alliance for Better Bone Health (Procter & Gamble Pharmaceuticals and sanofi-aventis)
5. Mellstrom et al. Seven Years of Treatment with Risedronate in Women with Postmenopausal Osteoporosis. *Calcif Tissue Int* 2004;75:462-8. (funded by research grant from P&G Pharmaceuticals, Cincinnati, OH USA & Aventis, Bridgewater, NJ, USA)

Further information is available on request

sanofi-aventis (Thailand) Ltd.

87/2 CRC Tower, 24th Floor, All Seasons Place, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330
Tel : 66 (0) 2264-9999 Fax : 66 (0) 2264-9996

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารกำกับยาฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาฉบับที่ จส.1296/2554



TH.RIS.11.09(03)



ประสบการณ์ครั้งแรกในการเป็น แพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาชา ข้อเข่าข้อสะโพกโรงพยาบาลตำรวจ

นพ.ปาริศ สังข์สิทธิ์
งานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบ่อพลอย กาญจนบุรี

สวัสดีครับท่านผู้อ่านทุกท่าน ปลายเดือนพฤษภาคม ปี 2554 ผมได้รับโอกาสจากอาจารย์ ธนา (พ.ต.อ.ธนา ฐระเจน) และอาจารย์วิโรจน์ (พ.ต.อ.วิโรจน์ ลาภไพบูลย์พงศ์) รับผมเข้ามาเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในสาขาข้อเข่าข้อสะโพก หลังจากผมได้ใช้ชีวิตเป็นแพทย์ัลยกรรมกระดูกประจำโรงพยาบาลบ่อพลอย จ.กาญจนบุรีได้หนึ่งปีเต็ม โดยผมต้องเป็นแพทย์ fellow ติดตามอาจารย์วิโรจน์ไปตลอดหนึ่งปีจนครบหลักสูตร



ในช่วงเวลาหนึ่งปีที่เป็นแพทย์ัลยกรรมกระดูกที่โรงพยาบาลบ่อพลอย ได้เริ่มทำ TKA, THR โดยมีแพทย์รุ่นพี่จากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาเป็นผู้ช่วยและได้ประสบปัญหาบางอย่างก็ไม่ใช่ใจ ที่สำคัญที่สุดในขณะที่ทำผ่าตัดเนื่องจากความเข้าใจเรื่อง surgical technique และ instrument ยังน้อยเลยต้องคล้อยตามเจ้าหน้าที่จากบริษัทเครื่องมือ ทำให้รู้สึกอึดอัดในบางครั้ง โดยเฉพาะการทำ THR วิธีการ ream acetabulum ให้ได้ press fit พอดีต้อง ream แค่นั้นถึงจะพอแล้วถ้าตอกไม่ได้ press fit จะทำอย่างไรดี ถ้า ream แล้ว posterior wall หายจะแก้อย่างไร กรณี bone นุ่มมาก ream แล้วเกิด protrusio เท้าโหลจึงยอมรับได้ มีวิธีป้องกันไม่ให้เกิดได้อย่างไร ในการทำ TKA วิธีการ exposure ที่จะทำให้แผลเล็กและทำได้ง่ายทำอย่างไร วิธี release ligament ในการทำ TKA ในคนไข้ที่ deformity มากๆ วิธีการตัด proximal tibia ให้ perpendicular กับ axis ต้องเล็งอย่างไร ตัดอย่างไรไม่ให้ varus valgus หรือถ้า bone นิ่มมากโดนกดจนเกิด defect จะมีวิธีป้องกันอย่างไร และถ้า balance ligament แล้ว flexion gap ต่างจาก extention gap มากจะแก้อย่างไร เย็บแผลแบบไหนไม่ให้แผลซึม ถ้าแผลซึม 7 วันจะแก้อย่างไร สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ทำให้เหงื่อของผมหั่งไหลเหมือนกับมวลน้ำที่ถาโถมกรุงเทพฯ ตอนต้นปีกันเลยทีเดียว บางครั้งผ่าตัดเสร็จก็นอนไม่หลับอยู่หลายวัน แต่ยังเป็นโชคดีที่คนไข้ทุกคนไม่มีปัญหาใดๆ หลังผ่าตัดและสามารถใช้ข้อเข่า ข้อสะโพกเทียมได้ดี แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ผมได้ตระหนักว่าความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ ของผมคงไม่พอที่จะทำเคสที่ยากและซับซ้อนได้ดี การมาเรียนรู้กับอาจารย์ มารับประสบการณ์ มาดูเคสที่ยากๆ ซับซ้อนและเทคนิคที่ทันสมัยคงเป็นเรื่องที่ดีสำหรับผม ตลอดจนถึงโปรแกรมในการดูแลหลังการผ่าตัด ผมจึงคิดว่าการไปเรียนเพิ่มในอนุสาขาคือข้อเข่าและข้อสะโพกคงเป็นหนทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ผมเป็นแพทย์ที่มีความสามารถมากขึ้นในการผ่าตัดข้อเข่าข้อสะโพกเทียมได้

การเป็น fellow เปรียบเสมือนอวัยวะที่ 33 ของอาจารย์ ไม่ว่าอาจารย์จะผ่าอะไรที่ไหน โรงพยาบาลใด เราต้องไปทุกที่ แรกๆ รู้สึกตัวว่าค่อนข้างเป็นภาระอาจารย์ซะมากกว่า เนื่องจากยังช่วยไม่ได้ เช่น การบุผ้าให้ sterile ก็ต้องมีขั้นตอนที่พลาดไม่ได้ การจัดทำคนไข้ การลงมีดผ่ารายละเอียดทุกขั้นตอน ทำให้การผ่าตัดช้า แต่พอเข้าช่วยหลายเคสเข้าจะเริ่มมีความชำนาญเรียนรู้ขั้นตอนในการผ่าตัดของอาจารย์เพิ่มมากขึ้น ทำให้เข้าใจและสามารถช่วยได้อย่างดีมากขึ้น นอกจากนี้ การมาเรียนเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอดยังได้เรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น การทำ short metaphyseal femoral stem, BMHR, BHR, PSI, Computer assist navigator แต่ที่ผมชอบและสนุกมากที่สุดคือการใช้ navigator ในการทำ TKA ใครที่ยังไม่เคยลองแนะนำให้ใช้ครับ เพราะท่านสามารถวางแผนและแก้ปัญหาได้ทันทีโดยไม่ต้อง finish cut bone ท่านจะสนุกในการ balance ligament ดูความแตกต่างทางด้าน medial และ lateral ความแตกต่างใน flexion และ extension จะ up size หรือ down size prosthesis เพื่อจะทำให้ flexion gap เท่ากับ extension gap พอดี

ที่สำคัญที่สุดคือ การได้เรียนรู้วิถีดูแลคนไข้ของอาจารย์ อาจารย์ round คนไข้ทุกวัน ผมจึงจำเป็นต้องมาทุกวันด้วยเหมือนกัน แรกๆ รู้สึกเหนื่อยมากที่ต้องตื่นแต่เช้าและต้อง round ในวันเสาร์อาทิตย์ แต่ซักพักก็เริ่มอยู่ตัวสิ่งเหล่านี้ ทำให้ผมรู้ว่าการเป็นหมอนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ doctor patient relationship ถ้าคนไข้เข้าใจและศรัทธาในตัวแพทย์ การรักษาก็ง่ายขึ้นและมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น เนื่องจากได้รับความร่วมมืออย่างดีจากคนไข้และญาติ ปัญหาต่างๆ ก็จะน้อยลง

สำหรับน้องๆ ออร์โธปิดิกส์ที่จบใหม่ที่ยังลังเลว่าจะเรียนต่อเลยดีหรือไม่เรียน ผมแนะนำว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดคงเป็นความตั้งใจที่ดีที่จะให้คนไข้หายป่วย ความตั้งใจที่ดีนำมาซึ่งความอยากรู้ อยากรเรียน อยากรพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ไม่ว่าสาขาวิชาอะไรขอให้น้องๆ ทุกคนตั้งใจ หากไม่มีโอกาสได้มาเรียน fellow ก็หมั่นดูงานและเข้ามาเข้าเคสอาจารย์อยู่เสมอ การมาเรียนต่ออาจไม่จำเป็นแต่ถ้าน้องๆ ที่รู้สึกว่าการดูงานหรือการเข้ามาเรียนรู้เคสกับอาจารย์ยังไม่พอ ผมแนะนำให้เรียนเลยครับ เพราะจะทำให้เราพัฒนาตัวเองได้เร็วมากขึ้น

สุดท้ายนี้ผมขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ธนา สุระเจน ที่ให้โอกาสรับผมเข้ามาเรียน อาจารย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้ผมมาเรียนได้ ที่สำคัญที่สุดที่ผมติดตามท่านตลอด 1 ปีเต็ม อาจารย์วิโรจน์ ลาภไพบูลย์พงศ์ และอาจารย์ในโรงพยาบาลตำรวจทุกท่านด้วยครับ



CAOS Thailand



และแล้วก็เวียนมาถึงอีกครั้ง สำหรับกิจกรรมของ CAOS Thailand โดยในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จัดการสัมมนาเชิงปฏิบัติการในวันที่ 17 พฤษภาคม 2555 ที่ผ่านมากิจกรรมในช่วงเช้าได้จัดให้มีการผ่าตัด CAS TKA live surgery demonstration อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับความสนใจจากคณาจารย์ผู้มีประสบการณ์หลายๆ ท่านและคณะแพทย์ผู้เข้าร่วมประชุมมากมาย ร่วมซักถาม-แสดงความคิดเห็นระหว่างผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง จากนั้นก็เป็นการนำเสนอ interesting case discussion จากโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ในช่วงบ่ายเดินทางไปต่อกันที่ The Tide Resort หาดบางแสน เพื่อสัมมนา CAOS Thailand - Research Meeting 2012 ซึ่งในครั้งนี้จัดขึ้นเป็นครั้งที่ 2 ต่อเนื่องจากเมื่อปีที่แล้ว มีผู้เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัยรวมทั้งสิ้น 6 ผลงานดังต่อไปนี้

1. Comparison radiographic alignment CAS TKA versus patient match instrument TKA โดย นพ.ณัฐพล วรรณประเสริฐ
2. Does the reducing femoral component in PS-TKA using CAS have no effect in the extension gap? Cadaveric study โดย นพ.นที เรืองทอง
3. Computer-navigated THA early experience in Korat : research proposal โดย นพ.จิรายุทธ เสือจัญ
4. Computer - assisted TKA can reduce post-operative blood loss โดย นพ.กลยุทธ ตันนิตศุภวงษ์
5. Comparison of 9 models finite element study โดย นพ.พรภวิญ ศรีภิรมย์
6. Accuracy evaluation of conventional workflow of CAS : Preliminary study โดย นพ.จตุพร ปราดนาดี



นพ.พรภวิญ ศรีภิรมย์



น.อ.(พิเศษ)นพ.จตุรณเกียรติ ลีลเศรษฐพร

ในการนี้คณะกรรมการได้จัดให้มีการเลือกตั้งประธาน CAOS Thailand ท่านใหม่ซึ่งได้แก่ น.อ.(พิเศษ)นพ.จตุรณเกียรติ ลีลเศรษฐพร เพื่อเข้ารับตำแหน่งต่อจาก นพ.พรภวิญ ศรีภิรมย์ ประธานรับเลือกท่านเก่าซึ่งกำลังจะหมดวาระในเดือนสิงหาคมนี้



The Combined Meeting of 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium and 2012 Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society (THKS)

August 10th-13th, 2012 at Dusit Thani Hua Hin Hotel, Hua Hin, Thailand



Friday August 10 th , 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium DAY 1					
Time	Dusit Lobby				
15.30-15.40	Welcome Address	Thana Turajane			
15.40-15.50	Opening Address	Clarence Ngui			
15.50-16.00	Introduction of Guest Speakers	Aree Tanavalee			
16.00-16.15	Tribute to John N Insall, MD.	Michael A. Kelly			
16.15-16.30	Insall Legacy in Asia	Ching Chuan Jiang			
16.30-16.45	Insall Legacy in Thailand	Wallob Samranvedhya			
17.30-21.30	Insall Legacy Exclusive Dinner (by invitation)				
17.30-18.30	Welcome Reception				
18.30-21.30	Dinner				
Saturday August 11 th , 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium DAY 2			2012 THKS Certified Course for General Orthopaedists & Residents		
Time	Royal Dusit	Ballroom A	Time	Royal Dusit	Ballroom B
08.30-10.00	Symposium I: Update Technology in Knee Prosthesis	Moderators Michael A. Kelly Wallob Samranvedhya Ngai Nung Lo Chen Yun Su Viroj Larbpaiboonpong	08.20-08.30 08.30-10.00	Introduction & Overview by Course Chairman THKS Certified Course: Basic Hip I	Viroj Larbpaiboonpong
08.30-08.40	UKA: Is it still working?		08.30-08.40	Approaches to the hip	
08.40-08.50	Fixed bearing TKA: What is new?		08.40-08.50	Principles of cemented fixation	
08.50-09.00	Mobile bearing TKA: Are all the same?		08.50-09.00	Principles of cementless fixation	
09.00-09.10	High flexion knee prosthesis: Is it safe?	Seong Il Bin	09.00-09.10	Postoperative care after THA	
09.10-09.20	Gender specific prosthesis: Is it real?	Aree Tanavalee	09.10-09.20	Complications of THA	
09.20-09.30	Contemporary polyethylene: Why going cross linked?	Park Lin Chin	09.20-09.30	SSI VS hip arthroplasty	
09.30-10.00	Discussion		09.30-10.00	Discussion	
10.00-10.30	Coffee Break	Coffee Break	10.00-10.30	Coffee Break	Coffee Break
10.30-12.00	Symposium II: Update Surgical Technology	Moderators Ching Chuan Jiang Sattaya Rojanastien Aree Tanavalee	10.30-12.00	THKS Certified Course: Basic Knee I:	Moderators Thana Turajane Polawat Witoolkulachit Monoon Sakdinakietikul
10.30-10.40	UKA: Tibial bone preserving technique		10.30-10.40	Simple & difficult primary knee exposure	
10.40-10.50	MIS-TKA: Update surgical tips, pitfalls & results	Satit Thiengwittayaporn	10.40-10.50	Bone cut issues in TKA	Pruk Chaiyakit
10.50-11.00	CAS-TKA: Is there a role to continue?	Park Lin Chin	10.50-11.00	Femoral & tibial rotation issue in TKA	Polawat Witoolkulachit
11.00-11.10	Patient specific instrument for TKA: Is the way to go?	Ngai Nung Lo	11.00-11.10	Balancing in frontal plane	Tanaphot Channoom
11.10-11.20	Patellofemoral arthroplasty: Is it necessary?	Michael A. Kelly	11.10-11.20	Balancing in sagittal plane	Rapeepat Narkbunnam
11.20-11.30	No pain after TKA: Is it too ideal?	Ruslan Simanjuntak	11.20-11.30	Principles of UKA surgical technique	Chumroonkiat Leelasetaporn
11.30-12.00	Discussion		11.30-12.00	Discussion	
12.00-13.00	Insall Legacy Lunch Symposium	THKS lunch symposium 1	12.00-13.00		
12.00-12.15	Decision Making in Revision TKA	Moderators Wallob Samranvedhya Ngai Nung Lo Ashok Rajgopal			
12.15-12.30	Constraint of knee implants: A smart selection				
12.30-12.45	Stem & metal augments: When it is needed?	Hemant Wakankar			
12.45-13.00	Trabecular metal: Why and how? Discussion	Michael A. Kelly			
13.00-14.30	Symposium III: Difficult Scenarios in TKA	Moderators Seong Il Bin Aree Tanavalee Ashok Rajgopal	13.00-14.30	THKS Certified Course: Basic Hip II	Moderators Supichai Charoenvareekul Vajara Wilairatana Siwadol Wongsak
13.00-13.10	Moderate to severe bone loss: Options should be chosen		13.00-13.10	Comprehensive preoperative planning	
13.10-13.20	Extraarticular deformity: When to correct intraarticularly?	Sattaya Rojanastien	13.10-13.20	Selection for type of fixation & implant	Piya Pinsorasak
13.20-13.30	Sagittal plane deformity: What should concern?	Thana Turajane	13.20-13.30	Selection for hemi & total hip arthroplasty	Srihatach Ngarmukos
13.30-13.40	Knee with osteoporotic bone: How to deal with it?	Weerachai Kosuwan	13.30-13.40	Radiographic evaluation after hip arthroplasty	Yongsak Wangroongsab
13.40-13.50	Knee with poor quadriceps strength: When to do or not to do?	Wallob Samranvedhya	13.40-13.50	Diagnosis of difficult hip diseases	Thanainit Chotanaphuti
13.50-14.00	Knee with retained hardware: Tips and pitfalls	Surapoj Meknavin	13.50-14.00	Difficult THA	Pacharapol Udomkiat
14.00-14.30	Discussion		14.00-14.30	Discussion	
14.30-15.00	Coffee Break	Coffee Break	14.30-15.00	Coffee Break	Coffee Break

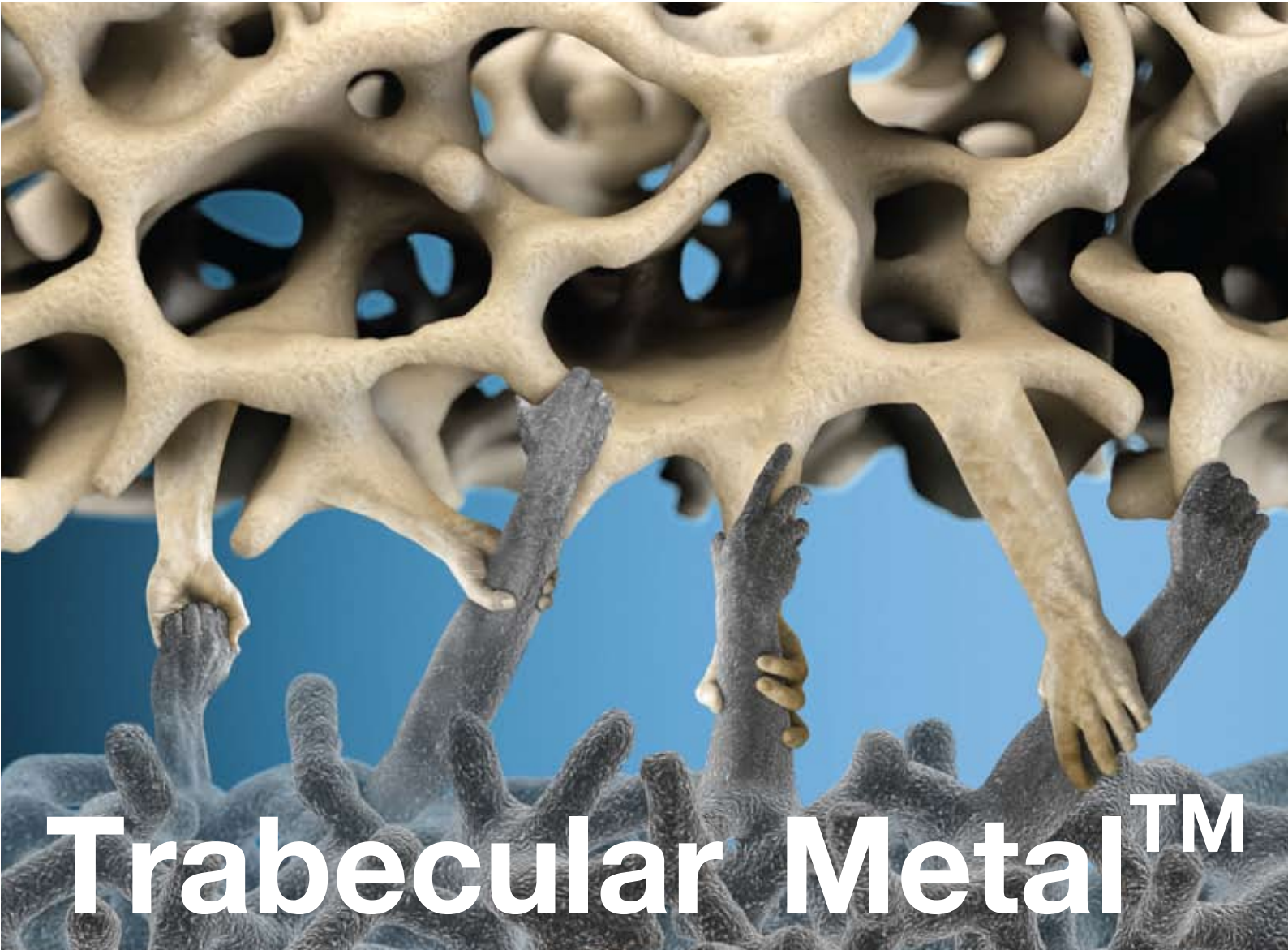
15.00-17.00	Symposium IV: Expert-Based Opinions in 1ry & revision TKA	Moderators Ashok Rajgopal Sattaya Rojanastien Michael A. Kelly Ruslan Simanjuntak Ching Chuan Jiang	15.00-16.30	THKS Certified Course: Basic Knee II (10 min/presentation)	Moderators Pongsak Yuktanandana Surapoj Meknavin Vajara Wilairatana
15.00-15.10	How I fasten the surgical time?		15.00-15.10	Current prosthesis design and selection in TKA	
15.10-15.20	How I approach stiff TKA?		15.10-15.20	Aseptic complications of TKA	Saradej Khuangsirikul
15.20-15.30	How I define good knees & bad knees after TKA?		15.20-15.30	Postoperative care after knee arthroplasty	Nattapol Tammachote
15.30-15.40	How I deal with supracondylar fracture after TKA?	Thanainit Chotanaphuti	15.30-15.40	Natural course of pain & inflammation after TKA	Aree Tanavalee
15.40-15.50	How I manage infected TKA?	Hemant Wakankar	15.40-15.50	Diagnosis of infected TKA	Artit Laorueangthana
15.50-16.00	Discussion		15.50-16.00	Radiographic evaluation after knee arthroplasty	Chavanont Sumanasrethakul
16.00-16.20	Case Discussion	Case Presenters	16.00-16.30	Discussion	
16.20-16.40	Case 1	Weerachai Kosuwan			
16.40-17.00	Case 2	Chen Yun Su			
	Case 3	Thana Turajane			
17.00	End of the Day		16.30	End of the Day	
19.00-21.30	Thai Hip & Knee and Insall Faculty Dinner (by invitation)				
Sunday August 12 th , 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium DAY 3 and Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society DAY 1					
			Time Business Meeting Room 2 (25 persons)		
			THKS Special Event: Breakfast & Discussion with The Experts		
			07.30-08.30	Selection of New Technology in THA	Moderators Pornpavit Sriphirom Piya Pinsorasak Speakers Nattapol Tammachote
			07.30-07.45	Proper bearing couples for proper patients	
			07.45-08.00	Analysis different features of cementless stem	Charlee Sumettavanich
			08.00-08.15	ETO for revision surgery: why and how?	Satit Thiengwittayaporn
			08.15-08.30	Questions & Answers	
Time Royal Dusit Ballroom A					
08.30-10.30	2012 Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society				
08.30-09.22	Highlights from International Meetings	Moderators Thamrongrat Kaewkam Chaithavat Ngarmukos			
08.30-08.43	2012 AAOS hip society meeting	Srihatach Ngarmukos			
08.43-08.56	2012 AAOS knee society meeting	Siwadol Wongsak			
08.56-09.09	2012 EFORT meeting	Satit Thiengwittayaporn			
09.09-09.22	2011 CCJR meeting	Boonchana Pongchareon			
09.22-09.30	Opening Remark of The Vice President of RCOST	MC: Nattapol Tammachote Sukit Saengnipanthkul			
09.30-09.35	Welcome Address & Summary of THKS Annual Activities	Thanainit Chotanaphuti			
09.35-09.43	Summary of Annual Activities of The Thai Hip & Knee Society	Aree Tanavalee			
09.43-09.51	Future of The Thai Hip & Knee Society	Thana Turajane			
09.51-09.59	Perspective of International Hip & Knee Society (8 min/ presentation)				
09.51-09.59	Overview of The Knee Society	Michael A. Kelly			
09.59-10.07	Overview of The Hip Society	William J. Maloney			
10.07-10.15	Taiwan Insall Club Model	Ching Chuan Jiang			
10.15-10.20	Thamrongrat Kaewkam Award				
	Introduction	Thana Turajane			
	Announcement of the best paper published in J Med Asscoci Thai (year 2012)	Thamrongrat Kaewkam			
10.20-10.30	Ngarmukos Honorary Lecture				
	Introduction	Pongsak Yuktanandana			
	Highlight of Direk's anterolateral approach to the hip	Direk Israngkul			

10.30-11.00 Coffee Break			Time Royal Dusit Ballroom B			Time Exhibit Room		
11.00-12.30 Asia Pacific Insall Legacy Symposium DAY 3			11.00-12.30 THKS Symposium 1 (English language)			11.00-12.30 CAOS Thailand Symposium (Thai language)		
	Symposium V: Revision TKA	Moderators Ruslan Simanjuntak Hemant Wakankar		New Technology in Arthroplasty (20 min/ presentation)	Moderators Vatanachai Rojvanit Viroj Kawinwonggovit		Session 1 (30 min)	Moderators Pornpavit Sriphirom Pruk Chaiyakit
11.00-11.10	Surgical approaches & my preference	Wallob Samranvedhya	11.00-11.20	New Advance in Revision TKA	Dae Kyung Bae	11.00-11.30	Highlight CAOS International Meeting 2012	Speakers Watcharin Panichcharoen
11.10-11.20	Technique for implant removal & my tips	Song Il Bin	11.20-11.40	Smith&Nephew-New Teechnology in Arthroplasty	Nattapol Tammachote	11.07-11.14	Tip and pearl TKA CAS: for beginner	Pacharapol Udomkiat
11.20-11.30	Technique for tibial & femoral reconstruction & my tips	Ashok Rajgopal	11.40-12.00	New Concept in Biologic Treatment for Early Intervention and Articular Cartilage Repair	Michael A. Kelly	11.14-11.21	How can I start hip-navigator in Maharat Hospital?	Yingyong Suksatien
11.30-11.40	Reimplantation after infected TKA & my technique	Thanainit Chotanaphuti				11.21-11.28	Navigation in urban hospital?	Sirisak Bunruksa
11.40-11.55	Discussion	Case Presenters Surapoj Meknavin Satit Thiengwittayaporn Park Lin Chin	12.00-12.20	THA revision strategies with ceramic revision ball heads	Hartmuth Kiefer	11.30-11.55	Session 2 (25 min) 5 minute Pinless Navigator for better accuracy	Speakers Pruk Chaiyakit
11.55-12.10	Case discussion 2		12.20-12.30	Discussion		11.30-11.38	Recently revision software for TKR	Pornpavit Sriphirom
12.10-12.25	Case discussion 3					11.38-11.46	Computer aided surgery in shoulder	Bancha Chemchujitt
						11.46-11.54	Session 3 (35 min) Case Discussion	Panelists Sakarin Wonglertsiri Pacharapol Udomkiat Tanaphot Channoom Viroj Larbpaiboonpong Polawat Witoolkulachit Yingyong Suksatien
						11.55-12.02	Presenters Case Presenter 1: Fellow from Vajira	Tosapon Gatekham
						12.02-12.09	Case Presenter 2: Fellow from Nopparat	Somboon Sahajarupat
						12.09-12.16	Case Presenter 3: Fellow from Police General	Pawaris Sangkhun
						12.16-12.23	Case Presenter 4: Fellow from Siriraj	Kittiwat Wingprawat
						12.23-12.30	Case Presenter 5: Fellow from Rajvithi	Nathee Ruangthong
12.30 Adjourn for the 2012 Asia Pacific Insall Legacy Symposium			12.30-13.30 Lunch Symposium I (Pfizer)			12.30-13.30 Lunch Symposium II (TBA)		
13.30-15.00 THKS Symposium 2 (English language)			13.30-15.30 THKS Symposium 3 (Thai language)			13.30-15.30 THKS Free Papers (Thai language)		
	Update Interesting Issues in Hip Arthroplasty	Moderators Sukit Saengnipanthkul Pornchai Mulpruek		Surgeons' Opinion on Practice-based Issues in TJA	Moderators Weerachai Kosuwan Thana Turajane		(8 min/Presentation & 2 min/Question)	Moderators Surapoj Meknavin Artit Laoruengthana Jatuporn Pratanadee
13.30-13.42	From hip resurfacing to short stem THA	Speakers Viroj Larbpaiboonpong		Presenters Polawat Witoolkulachit & Apisit Patamarat	Panelists Pairoje Varachit Kris Kanchanareok	13.30-13.40	Accuracy evaluation of verification CAS workflow	Kittipol Naratrikun
13.42-13.54	Osteolysis after THA – Has XLPE solved the problem?	Christopher Mow		Topic of Issues Patient & cost of treatment	Yongsak Wangroongsab Yolchai Jongjirasiri	13.40-13.50	The effect of infrapatellar fat pad excision on postoperative complication after TKA	
13.54-14.06	Avoiding complications in ceramic on ceramic THA	Hartmuth Kiefer		Investigation & new technology	Savatvong Jintasopon	13.50-14.00	Does The reducing femoral components in PS-TKA using computer-assisted surgery have no impact on the extension gap? : A cadaveric study	Nathee Ruangthong
14.06-14.18	Metal on metal hip replacement: Recommendations for patient management	William J. Maloney		VTE prophylaxis	Sakarin Wonglertsiri Prasitsak Veerayutvilai			
14.18-14.30	Periprosthetic fracture in THA	Suthorn Bavonratanavech		Postoperative rehabilitation & pain management	Surapon Atiprayoon	14.00-14.10	Comparison radiographic alignment between CAS TKA and patient match instrument TKA	Nuttapol Vannaprasert
14.30-15.00	Discussion			Common postoperative complications	Siripoj Sribunditkul	14.10-14.20	The comparative study between narrow and wide saw blade of first proximal tibia bone cut in total knee arthroplasty measures by computer navigation system	Pawaris Sungkhun
15.00-15.30 Coffee break			15.30-16.00 Coffee break			14.20-14.30	Radiographic Measurement to Restore Femoral Head Center in Hip Arthroplasty	Phonthakorn Panichkul
	Difficult Cases Discussion In Hip Arthroplasty	Moderators Thanainit Chotanaphuti Aree Tanavalee				14.30-14.40	Effect of different third body interposition between ceramic liners and acetabular metal shells on push out strength	Sarit Hongvilai
15.30-15.40	Case Presenters Case Presenter 1: Fellow from PMK	Panelists William J. Maloney Hartmuth Kiefer Ching Chuan Jiang Christopher Mow Wallob Samranvedhya Surapoj Meknavin Pornpavit Sriphirom				14.40-14.50	Femoral component rotation in well-aligned, well-balanced PCL-retaining CAS-TKA	Tosapon Gatekhum
15.40-15.50	Case Presenter 2: Fellow from Chula							
15.50-16.00	Case Presenter 3: Fellow from Police General							

16.00-16.10	Case Presenter 4: Fellow from Vajira			14.50-15.00	Combination of Intraarticular Autologous Activated Peripheral Blood Stem Cells With Growth Factor Addition/Preservation And Hyaluronic Acid In Conjunction With Arthroscopic Microdrilling Mesenchymal Cell Stimulation Improves Quality of Life and Regenerates Articular Cartilage in Early Osteoarthritic Knee Disease	Ukrit Chaweewannakorn
16.10-16.20	Case Presenter 5: Fellow from Rama			15.00-15.10	Accuracy of component ligment comparison between custom cutting blocks in total knee replacement and conventional total knee replacement instrumentation	Visit Wangwittayakul
16.20-16.30	Case Presenter 6: Fellow from Thammasat			15.10-15.20	Low Urine Output During The First Twenty-four Hours After Total Knee Arthroplasty	Yutthana Kanasuk
16.30-16.40	Case Presenter 7: Fellow from Lerdsin			15.20-15.30	Discussion	
16.40-16.50	Case Presenter 8: Fellow from Rajvithi			15.30-16.00	Coffee break	
17.00	End of The Day					
19.00-22.00 THKS Congress Dinner (All participants)						
Monday August 13 th , 2012 Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society DAY 2						
Time		Royal Dusit Ballroom A	Time		Royal Dusit Ballroom B	
08.30-10.30	THKS Symposium 5 (English language)		08.30-10.30	THKS Basic Sciences (English Language)		
	Complex & 4-part Shoulder Fracture Treatment	Moderators Suthorn Bavonratanavech		Cartilage & Biological Treatment of OA	Moderators Thana Turajane	
08.30-08.40	Decision making for conservative or surgery	Suthorn Bavonratanavech	08.30-08.50	Future Medicine with stem Cell	Jongjate Aojanepong	
08.40-08.50	Plate VS Pin, which fixation is the first chioce?	Vajara Phiphobmongkol	08.50-09.10	Update Stem Cell and PRP in Orthopedic	Kosta Papualos	
08.50-09.00	Time to do hemiarthroplasty	Suriya Luenam	09.10-09.30	Advance basic Sciences in PRP and stem Cell	Sittisak Hongsawek	
09.00-09.10	Case discussions present by panel		09.30-09.50	Clinical Application of Stem in OA and Cartilage injury	Thana Turajane	
09.10-09.25	Case 1 (15 min)		09.50-10.00	Discussion		
09.25-09.40	Case 2 (15 min)					
09.40-09.55	Case 3 (15 min)					
10.30-12.00	THKS Symposium 6 (Thai language)		10.30-12.00	THKS Symposium 7 (English language)		
	Shoulder reconstruction/ arthroplasty Case Discussions	Moderators Suriya Luenam Nattha Kulkamthorn		Osteotomy Around The Knee	Moderators Suthorn Bavonratanavech	
10.30-10.40	Decision making in massive irreparable rotator cuff tear		10.30-10.40	Patello-femoral arthritis	Chanchit Sangkaew	
10.40-10.50	Treatment of the sequelae of fractures of the proximal humerus		10.40-10.50	Valgus OA knee	Suthorn Bavonratanavech	
10.50-11.00	Osteonecrosis of humeral head		10.50-11.00	1ry varus OA knee	Suthorn Bavonratanavech	
11.00-11.10	Shoulder arthritis	Panelists Prachan Banchasuek Bancha Chernchujitt Chanakarn Phomphutkul	11.00-11.10	2nd varus OA knee with ACLPCL insufficiency	Jiruntanin Rattanavarinchai	
12.00	Adjourn for the 2012 annual meeting of THKS		11.10-12.00	Discussion		







Trabecular Metal™

**POROUS TANTALUM BIOMATERIAL
ENABLES RAPID BONE INFILTRATION**



(Nexgen™ Femoral Cone Augment, TM Cone, TM Primary Nexgen Patella, TM Hydrocel Revision Shell, TM Modular Acetabular System Shell with holes, TM ACE Augment)

ผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์

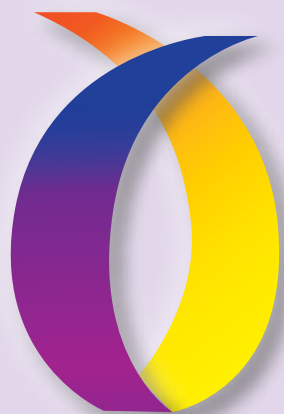
บริษัท ซิมเมอร์ เมดิคัล (ประเทศไทย) จำกัด

183 อาคารสำนักงาน ชั้น 2 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ : 02-638-1900 www.zimmer.co.th

ใบอนุญาตเลขที่ นพ.1223/2552





Moderate to Moderately Severe Pain

ULTRACETTM

(Tramadol 37.5mg + Paracetamol 325 mg)

1-2 tablets every 4-6 hours as needed for pain relief. Up to 8 tablets per day

Treatment guideline for OA Pain with Risk factors

Pain intensity

Mild to moderate

Paracetamol up to 4 g/day

Cardiovascular risk

Renal risk

Gastrointestinal risk

Avoid NSAIDs/
COX-2 inhibitors

Flares

Long term

Moderate

Severe

● Paracetamol/tramadol
Weak opioid combinations*

- Tramadol
- Strong opioids

COX-2
Inhibitors

NSAIDs
+PPI

Paracetamol
/tramadol

- Tramadol
- Strong opioids

Reference: Thomas J. Schnitzer, Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain, Clin Rheumatol(2006) 25 (Suppl 1): S22-S29
By WGPM (The Working Group on Pain Management) Recommendation at the 2nd meeting in EULAR2005

Prescribing Information:

Indications: Ultracet is indicated for the management of moderate to severe pain. Posology and method of administration: Unless otherwise prescribed, Ultracet should be administered as follows: Adults and children over 16 years: The maximum single dose of Ultracet is 1 to 2 tablets every 4 to 6 hours as needed for pain relief up to a maximum of 8 tablets per day. Ultracet can be administered without regard to food. Pediatric (children below 16 years): The safety and effectiveness of ULTRACET has not been established in the pediatric population. Elderly (geriatric): No overall differences with regard to safety or pharmacokinetics were noted between subjects ≥ 65 years of age and younger subjects. **Contraindications:** Ultracet should not be administered to patients who have previously demonstrated hypersensitivity to tramadol, paracetamol, any other component of this product or opioids. It is also contraindicated in cases of acute intoxication with alcohol, hypnotics, narcotics, centrally acting analgesics, opioids or psychotropic drugs. **Special warnings and special precautions for use:** Seizures have been reported in patients receiving tramadol within the recommended dosage range. Refer pack insert for more details. Administer Ultracet cautiously in patients at risk for respiratory depression; patients receiving CNS depressants; patients with increased intracranial pressure or head injury; patients taking monoamine oxidase inhibitors. Ultracet should not be used in opioid-dependent patients; patients with a history of anaphylactoid reactions to codeine and other opioids and in patients with severe hepatic impairment. Chronic heavy alcohol abusers may be at increased risk of liver toxicity from excessive paracetamol use. Withdrawal symptoms may occur if Ultracet is discontinued abruptly. Ultracet should not be co-administered with other tramadol or paracetamol-containing products. For interactions with other medicinal products and other forms of interaction: Kindly refer to the pack insert. **Pregnancy and lactation:** Tramadol has been shown to cross the placenta. Safe use in pregnancy is not established. Ultracet is not recommended for nursing mothers. **Undesirable effects:** Most frequently reported events were in the CNS and gastrointestinal system. The most common reported events were nausea, dizziness, and somnolence. In addition, the following effects have been frequently observed, though the frequency is generally lower: asthenia, fatigue, hot flushes, headache, tremor, abdominal pain, constipation, diarrhea, dyspepsia, flatulence, dry mouth, vomiting, anorexia, anxiety, confusion, euphoria, insomnia, nervousness, pruritus, rash, increased sweating.

For Full Prescribing Information, Please Contact: Janssen-Cilag THAILAND