

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๒๘๓.....ลงวันที่.....๔ มีนาคม...๒๕๖๕.....
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ.....พรรณวดี.....นามสกุล.....รุ่งธรรมสกุล.....
ตำแหน่ง.....นายแพทย์ชำนาญการ.....สังกัด/งาน/ฝ่าย/โรงเรียน หน่วยงานรังสีวิทยา
กอง.....โรงพยาบาลสิรินธร.....สำนัก/สำนักงานเขต...การแพทย์.....
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ.....รัชรัย.....นามสกุล.....ฐาปนกุลศักดิ์.....
ตำแหน่ง.....นายแพทย์ชำนาญการ.....สังกัด/งาน/ฝ่าย/โรงเรียน หน่วยงานรังสีวิทยา
กอง.....โรงพยาบาลสิรินธร.....สำนัก/สำนักงานเขต...การแพทย์.....
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ.....นิธิภา.....นามสกุล.....จิตรระกุลชัย.....
ตำแหน่ง.....นายแพทย์ชำนาญการ.....สังกัด/งาน/ฝ่าย/โรงเรียน หน่วยงานรังสีวิทยา
กอง.....โรงพยาบาลสิรินธร.....สำนัก/สำนักงานเขต...การแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ.
.....การประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๕๘/๒๕๖๕ ในหัวข้อ “Looking back & moving forward
in radiology” ระหว่างวันที่.....๒๓-๒๕...มีนาคม...๒๕๖๕.....
จัดโดย.....ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ รังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
เบิกค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนคนละ...๔,๕๐๐...บาท รวมทั้งสิ้น.....๑๓,๕๐๐.....บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(.....พรรณวดี รุ่งธรรมสกุล.....)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(.....รัชรัย ฐาปนกุลศักดิ์.....)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(.....นิธิภา จิตรระกุลชัย.....)

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....พรรณวดี รุ่งธรรมสกุล.....

อายุ.....๓๘.....ปี การศึกษา. แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....รังสีวินิจฉัย.....

ชื่อ - นามสกุล.....รัชนีกร สุภาพนกุลศักดิ์.....

อายุ.....๓๘.....ปี การศึกษา.แพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....รังสีวินิจฉัย และอนุสาขาวินิจฉัยภาพขั้นสูง.....

ชื่อ - นามสกุล.....นิธิภา จิตรระกูลชัย.....

อายุ.....๓๔.....ปี การศึกษา. แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....รังสีวินิจฉัย.....

๑.๒ ตำแหน่ง.....นายแพทย์ชำนาญการ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) แปลผลภาพถ่ายทางรังสี เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาร่วมกับทางแพทย์เจ้าของไข้ในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย รวมถึงให้ความรู้และสอนนักศึกษาแพทย์

๑.๓ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร “Looking back & moving forward in radiology”

สาขา.....รังสีวิทยา.....

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๑๓,๕๐๐.....บาท

ระหว่างวันที่.....๒๓-๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕.....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ วุฒิบัตรการเข้าร่วมประชุมในหัวข้อ “Looking back & moving forward in radiology.”

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

- ได้รับความรู้ เพิ่มพูนทักษะ ความชำนาญ และความแม่นยำในการแปลผลภาพวินิจฉัยทางรังสีวิทยา อาทิเช่น Plain radiography, Ultrasonography, CT tomography and MRI study ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำมากยิ่งขึ้น เนื่องจากปัจจุบันได้มีการพัฒนาทางด้านเครื่องมือและเทคนิคในการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ทันสมัยขึ้น ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องทบทวนความรู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อในการปรับใช้ในการทำงาน และร่วมรักษาในผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

๒.๒ เนื้อหา

การวินิจฉัยท่อน้ำดีตีบตัน (Diagnosing Biliary Stricture)

- สาเหตุของภาวะท่อน้ำดีตีบตัน สามารถเกิดได้จากสาเหตุรอยโรคที่ไม่ได้อันตราย (Benign cause) หรือสาเหตุจากภาวะมะเร็ง (Malignant cause)
 - ส่วนใหญ่มากกว่า ๗๐ เปอร์เซ็นต์ พบว่าสาเหตุมักเกิดจากภาวะมะเร็ง
 - ประมาณ ๑๕-๒๕ เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในกรณีที่สงสัยภาวะตีบตันของท่อน้ำดี จากภาวะมะเร็ง และสุดท้ายพบว่าสาเหตุที่แท้จริงเกิดจาก รอยโรคที่ไม่ได้อันตราย (Benign cause)
 - ตัวอย่างของสาเหตุรอยโรคที่ไม่ได้อันตราย (Benign cause)
 - ภาวะบาดเจ็บของท่อน้ำดีจากความผิดพลาดของการผ่าตัด (Iatrogenic cause) อาทิเช่น การผ่าตัดถุงน้ำดี (Post cholecystectomy), ภาวะผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายตับ (Liver transplantation)
 - ภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (Chronic pancreatitis)
 - ภาวะท่อน้ำดีอักเสบร่วมกับมีพังพืด (Sclerosing cholangitis) ซึ่งอาจเกิดจาก
 - ภาวะที่ไม่ทราบสาเหตุ
 - โรคเกี่ยวข้องกับอิมมูโนโกลบูลินจี ๔ (IgG๔-related disease)
 - ภาวะที่อาจมีสาเหตุอื่น อาทิเช่น นิ่วในท่อน้ำดี ภาวะขาดเลือดของท่อน้ำดี โรคเอดส์ (AIDS cholangiopathy) ภาวะเคมีบำบัดกระตุ้นภาวะท่อน้ำดีอักเสบ
 - ภาวะเมอริซซี่ (Mirizzi syndrome)
 - ตัวอย่างของสาเหตุจากภาวะมะเร็ง (Malignant cause)
 - โรคมะเร็งชนิดปฐมภูมิ (Primary Cancer)
 - มะเร็งทางเดินน้ำดี (Cholangiocarcinoma)
 - มะเร็งตับอ่อน (Pancreatic Cancer)
 - มะเร็งที่บริเวณแอมพูลล่า (Ampullary carcinoma)
 - โรคมะเร็งชนิดทุติยภูมิ (Secondary Cancer)
 - มะเร็งแพร่กระจาย (Metastasis)
 - การส่งตรวจภาพทางรังสีวิทยาจึงมีบทบาทในการช่วยแยกสาเหตุของภาวะท่อน้ำดีตีบตัน ว่าเกิดจากรอยโรคที่ไม่ได้อันตราย (Benign cause) หรือ สาเหตุจากภาวะมะเร็ง (Malignant cause)
 - ลักษณะภาพทางรังสีวิทยาจากการตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography) หรือการตรวจคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging)

- ลักษณะที่บ่งบอกว่าสาเหตุการตีบของท่อน้ำดีน่าจะเกิดจากภาวะมะเร็ง (Malignant cause)
 - (๑) บริเวณที่ตีบมีความหนามากกว่า ๓ มิลลิเมตร
 - (๒) บริเวณที่ตีบมีความยาวมากกว่า ๑๒ มิลลิเมตร
 - (๓) ลักษณะภาวะตีบที่ผนังขรุขระ หนาไม่สม่ำเสมอ ลักษณะขอบแหลมแบบ Shoulder-like margin หรือลักษณะขอบนอกที่เห็นได้ไม่ชัดเจน (indistinct outer margin)
 - (๔) การพบก้อนเนื้อร่วมด้วย
 - (๕) ลักษณะก้อนที่มีการรับสารทึบรังสีอยู่ภายในก้อนอย่างเข้มข้นตลอดการตรวจ (hyperenhancement pattern on all phases)
 - (๖) ลักษณะที่มีการลุกลามไปยังเส้นเลือดใกล้เคียง
 - (๗) ภาวะที่เห็นเซลล์หนาแน่นจากการตรวจเอ็ม อาร์ ไอ (Restricted diffusion on DWI sequence)
- ลักษณะที่บ่งบอกว่าสาเหตุการตีบของท่อน้ำดีน่าจะเกิดจากภาวะรอยโรคที่ไม่ได้อันตราย (Benign cause)
 - (๑) ลักษณะท่อน้ำดีขยายใหญ่ทั่ว ๆ แบบสม่ำเสมอ (Diffuse/uniform upstream dilatation) หรือลักษณะการตีบของท่อน้ำดีแบบกระเปาะ (Beaded appearance stricture)
 - (๒) ผนังท่อน้ำดีที่หนาตัวขึ้นแบบล้อมรอบและผนังขอบในเรียบ

ภาวะก้อนเนื้อของตับอ่อน

- การวางแผนการตรวจภาพทางรังสีวิทยา
 - 1) การตรวจภาพวินิจฉัยจากเครื่องสนามไฟฟ้าแม่เหล็ก เอ็ม อาร์ ไอ (MRI) ควรประกอบด้วยภาพดังต่อไปนี้
 - ภาพการตรวจ In and out of phases T๑ GRE
 - ภาพการตรวจ T๒WI, Heavily T๒WI
 - ภาพการตรวจ DWI with ADC map
 - ภาพการตรวจ T๑WI และ multiphases หลังฉีดสารทึบรังสี
 - ภาพการตรวจท่อน้ำดี MRCP
 - 2) การตรวจภาพวินิจฉัยจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (Computed tomography) ควรประกอบด้วยภาพดังต่อไปนี้
 - การเตรียมตัวผู้ป่วยโดย การดื่มน้ำประมาณ ๑๐๐๐ ซีซี และดื่มน้ำ ๒๕๐ ซีซี ทันทีก่อนการฉีดสารทึบรังสี
 - ภาพการตรวจก่อนฉีดสารทึบรังสี (Non contrast phase) เพื่อดูลักษณะหินปูนหรือภาวะเลือดออก
 - ภาพการตรวจหลังฉีดสารทึบรังสี ๒๐-๓๐ วินาที (Arterial phase) เพื่อดูลักษณะก้อนที่มีเส้นเลือดแดงเลี้ยงปริมาณมาก
 - ภาพการตรวจหลังฉีดสารทึบรังสี ๔๐-๕๐ วินาที (Pancreatic parenchyma phase) เพื่อดูลักษณะก้อนมะเร็งตับอ่อนชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Pancreatic Adenocarcinoma = PDAC) และประเมินภาวะลุกลามของก้อนเนื้อไปยังเส้นเลือดแดง

- ภาพการตรวจหลังฉีดสารทึบรังสี ๖๕-๘๐ วินาที (Portovenous phase) เพื่อดูลักษณะก้อนมะเร็งที่แพร่กระจายมายังตับ (Liver metastasis) และประเมินภาวะลุกลามของก้อนเนื้อไปยังเส้นเลือดดำ
- ภาพการตรวจหลังฉีดสารทึบรังสี ๓-๕ นาที (Delayed phase) เพื่อดูลักษณะการออกของสารทึบรังสีภายในก้อนเนื้อ (Washout pattern)
- ภาวะหรือโรคก้อนเนื้อของตับอ่อน
 - ๑) ลักษณะก้อนเนื้อที่มีเส้นเลือดเลี้ยงน้อย (Hypovascular solid lesion)
 - ก้อนเนื้อจากมะเร็ง อาทิเช่น ก้อนมะเร็งตับอ่อนชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Pancreatic Adenocarcinoma = PDAC) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองของตับอ่อน (Lymphoma) ก้อนมะเร็งตับอ่อนชนิดอะซินา เซลล์ คาร์ซิโนมา (Acinar cell carcinoma) หรือมะเร็งแพร่กระจายมายังตับอ่อนแบบที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงน้อย (Hypovascular metastasis)
 - ก้อนเนื้อจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง อาทิเช่น ลักษณะคล้ายก้อนจากภาวะตับอ่อนอักเสบแบบเรื้อรัง (Mass-forming chronic pancreatitis) ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉพาะที่จากภูมิคุ้มกัน (Focal autoimmune pancreatitis) ภาวะตับอ่อนอักเสบใกล้ลำไส้เล็กดูโอดีนัม (Paraduodenal pancreatitis) หรือภาวะไขมันแทรกภายในตับอ่อน (Fatty-infiltration-replacement)
 - ๒) ลักษณะก้อนเนื้อที่มีเส้นเลือดเลี้ยงมาก (Hypervascular solid lesion)
 - ก้อนเนื้อจากมะเร็ง อาทิเช่น ก้อนมะเร็งตับอ่อนชนิดนิวโรเอ็นโดครายด์ (Neuroendocrine tumor) ก้อนมะเร็งตับอ่อนชนิด Solid pseudopapillary tumor มะเร็งแพร่กระจายมายังตับอ่อนแบบที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก (Hypervascular metastasis) หรือก้อนเนื้อชนิด Solid-type serous cystadenoma
 - ก้อนเนื้อจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง อาทิเช่น ภาวะม้ามที่นอกตำแหน่งโดยอยู่ภายในเนื้อตับอ่อน (Intrapancreatic accessory spleen)
- ก้อนมะเร็งตับอ่อนชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Pancreatic Adenocarcinoma = PDAC)
 - เป็นภาวะเนื้องอกที่เกิดจากท่อน้ำดีของตับอ่อน
 - ๘๕%-๙๕% ของมะเร็งตับอ่อนทั้งหมด
 - ตำแหน่งที่เกิดขึ้นของมะเร็งชนิดนี้ มักพบที่ส่วนหัวของตับอ่อน (๖๐-๗๐%) ส่วนบริเวณอื่น เช่นบริเวณลำตัวของตับอ่อนพบ ๕-๑๐% ส่วนหางของตับอ่อนพบ ๑๐-๑๕% และลักษณะแพร่กระจายของมะเร็งแบบทั่ว ๆ พบ ๕%
 - พยากรณ์ของโรคไม่ค่อยดี พบว่าอัตราการรอดชีวิตภายใน ๕ ปี พบน้อยกว่า ๕%
 - อายุของผู้ป่วยมักพบในช่วง ๖๐-๘๐ ปี และมักพบในผู้ชาย
 - อาการของผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวดท้อง น้ำหนักลด และตัวเหลือง
 - ลักษณะภาพทางรังสีจากการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT findings)
 - (1) ลักษณะ ก้อนที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงน้อยถ้าเทียบกับเนื้อตับอ่อนที่ปกติ (Hypodense, hypovascular during arterial phase)
 - (2) ขอบเขตก้อนไม่ค่อยชัดเจน และบางครั้งอาจลุกลามไปช่องท้องส่วนหลัง (posterior infiltration into retroperitoneum)
 - (3) มีแนวโน้มที่จะลุกลามไปยังเส้นเลือดข้างเคียง (Tendency to encase vessel) ทำให้เราต้องประเมินเส้นเลือดทั้งหมด ๕ เส้นคือ SMA, Portal vein, Celiac trunk, Hepatic artery and SMA

- ลักษณะภาพทางรังสีจากการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI findings)
 - (๑) ก่อนมีลักษณะสัญญาณต่ำ ลักษณะสีดํา (Hypointense) ในภาพ T๑W และ สัญญาณกลางถึงมาก ลักษณะเทาถึงขาว (Iso- to hyperintense) ในภาพ T๒W
 - (๒) ก่อนมีลักษณะสัญญาณต่ำ (Hypointense) ในภาพ arterial phase gadolinium enhanced MRI และการรับสารทึบรังสีระดับปานกลาง (Moderate enhancement at venous phase scan) และสัญญาณต่ำระดับปานกลางถึงสัญญาณกลางในภาพหลังฉีดสารทึบรังสีถัดไป (Moderate hypointensity to isointensity in later phases)
- ภาวะตับอ่อนอักเสบภูมิคุ้มกัน (Autoimmune pancreatitis = AIP)
 - อุบัติการณ์การเกิดของโรคพบประมาณ ๑.๙-๖.๖% ของสาเหตุการเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรังทั้งหมด
 - ประมาณ ๒-๓ % เราทำการผ่าตัดเนื่องจากสงสัยภาวะมะเร็งของตับอ่อน
 - สามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ชนิด
 - (1) AIP ชนิดที่ ๑
 - พบบ่อยในทวีปเอเชีย
 - เป็นลักษณะที่มีการอักเสบของตับอ่อนแบบ Lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis
 - พบในภาวะ โรคเกี่ยวข้องกับอิมมูโนโกลบูลินจี ๔ (IgG๔-related disease)
 - มักพบผลเลือดของอิมมูโนโกลบูลินจี ๔ ที่สูงขึ้น (IgG๔ level > ๑๓๕ md/dl)
 - (๒) AIP ชนิดที่ ๒
 - พบบ่อยในทวีปตะวันตก
 - มักมีลักษณะก้อนเดี่ยวๆที่ตับอ่อน ร่วมกับมีพังพืดของท่อน้ำดีและลักษณะ granulocytic epithelial lesion
 - ระดับผลเลือดของอิมมูโนโกลบูลินจี ๔ จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal IgG๔ level)
 - ลักษณะของภาพทางรังสีวิทยา
 - จะมีลักษณะขอบเทียมรอบๆตับอ่อน (Peripheral pseudocapsule) โดยจะเห็นลักษณะขอบค้ำล้อมรอบตับอ่อน (low attenuation capsule-like rim)
 - จะพบลักษณะการตีบของท่อน้ำดีตับอ่อนแบบค่อนข้างเรียบที่ตำแหน่งของก้อน (smooth narrowing of the pancreatic duct at the site of the mass without abrupt cut-off appearance)
 - ยังสามารถเห็นท่อน้ำดีภายในก้อนได้อยู่ (Visible duct within a mass)
 - อาจพบลักษณะการตีบของท่อน้ำดีตับอ่อนแบบกระจายไปทั่วหรือเป็นช่วงๆ (Diffuse or segmental narrowing of pancreatic duct) แต่ส่วนใหญ่่มักจะมีการตีบของท่อน้ำดีตับอ่อนค่อนข้างยาว
 - ไม่พบภาวะฝ่อของตับอ่อน (Absence of upstream pancreatic atrophy)
 - อาจมีลักษณะท่อน้ำดีของตับอ่อนขยายขึ้นเล็กน้อย (Mild dilatation of the upstream main pancreatic duct < ๔ mm)
 - อาจพบลักษณะตำแหน่งตีบของท่อน้ำดีตับอ่อนหลายๆจุด (Multifocal stricture)
 - ไม่พบภาวะลุกลามหรือข้องเกี่ยวกับเส้นเลือด (Absence of contact vascular involvement)

- ส่วนใหญ่มักตอบสนองได้ดีต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ (Response to corticosteroid treatment)
- มะเร็งต่อมน้ำเหลืองของตับอ่อน (Pancreatic Lymphoma)
 - ลักษณะของภาพทางรังสีวิทยา
 - ก้อนมีลักษณะสีดําอย่างสม่ำเสมอและมีการรับของสารทึบรังสีเล็กน้อย (Homogenous low attenuation soft tissue mass with little enhancement)
 - สามารถพบลักษณะตับอ่อนมีขนาดใหญ่ขึ้นและมีก้อนเนื้อแทรกซึมไปยังตับอ่อนแบบทั่ว ๆ และอาจพบการลุกลามไปยังไขมันรอบๆตับอ่อน แต่เป็นลักษณะที่พบได้ค่อนข้างยาก (May rarely present as diffuse enlargement of pancreas with infiltrating tumor + /- peripancreatic fat involvement)
 - มักพบต่อมน้ำเหลืองโตร่วมด้วย โดยเฉพาะต่อมน้ำเหลืองรอบๆตับอ่อน
 - ก้อนเนื้อมักโอบล้อมเส้นเลือดโดยไม่ได้ทำให้เส้นเลือดตีบหรืออุดตัน
 - ไม่ค่อยพบลักษณะการขยายของท่อน้ำดีหรือท่อน้ำดีตับอ่อน
 - ไม่ค่อยพบลักษณะการฝ่อของตับอ่อน

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- ได้รับการทบทวนความรู้ที่เคยได้ศึกษามา และได้รับความรู้ใหม่ตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจ เทคนิคในการตรวจ และการแปลผล จากการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ที่ถูกต้องเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้ยังเพิ่มความมั่นใจในการแปลผลของการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- สามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและแม่นยำมากขึ้น
- สามารถนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาเทคนิคในการตรวจรักษาผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
- สามารถนำความรู้ที่ได้มาสอนรังสีเทคนิคและเจ้าหน้าที่เอกซเรย์เพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

- สามารถนำความรู้ที่ได้ทำการสอนนักศึกษาแพทย์ที่มาเรียนรู้ที่แผนกรังสีวิทยา อีกทั้งให้คำปรึกษาในการวินิจฉัยตรวจทางรังสีวินิจฉัยกับแพทย์แผนกอื่นๆ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- การประชุมบางครั้งรายละเอียดไม่ได้ตรงตามแผนการของงบประมาณ ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ทำให้มีความไม่สะดวกในการเบิกงบประมาณในงานประชุมดังกล่าว
- การเขียนรายงานการประชุมด้วยภาษาไทยทั้งหมด อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้เนื่องจากในแต่ละหัวข้อของการประชุม มีคำศัพท์เฉพาะทางเป็นจำนวนมาก

๓.๒ การพัฒนา

- เนื่องจากความรู้ทางด้านแผนกรังสีวิทยาจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีเครื่องมือและเทคนิคในการตรวจวินิจฉัยโรค ที่มีการปรับเปลี่ยนพัฒนาอยู่ต่อเนื่อง ทำให้มีความจำเป็นจะต้องมีการเข้าร่วมประชุม อย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้ความรู้ล้าหลังและสามารถพัฒนาความรู้ให้ทันสมัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- การประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่องทำให้บุคลากรมีการพัฒนาและปรับปรุงความรู้ในการแปลผลวินิจฉัยโรคให้เหมาะสม ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- การเขียนรายงานการประชุม โดยการใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษร่วมกัน

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(..... พรรณวดี รุ่งธรรมสกุล.....)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(..... รัชชีย์ ฐาปนกุลศักดิ์.....)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(..... นิธิภา จิตรระกุลชัย.....)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน
(.....)

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป.....

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(.....)