

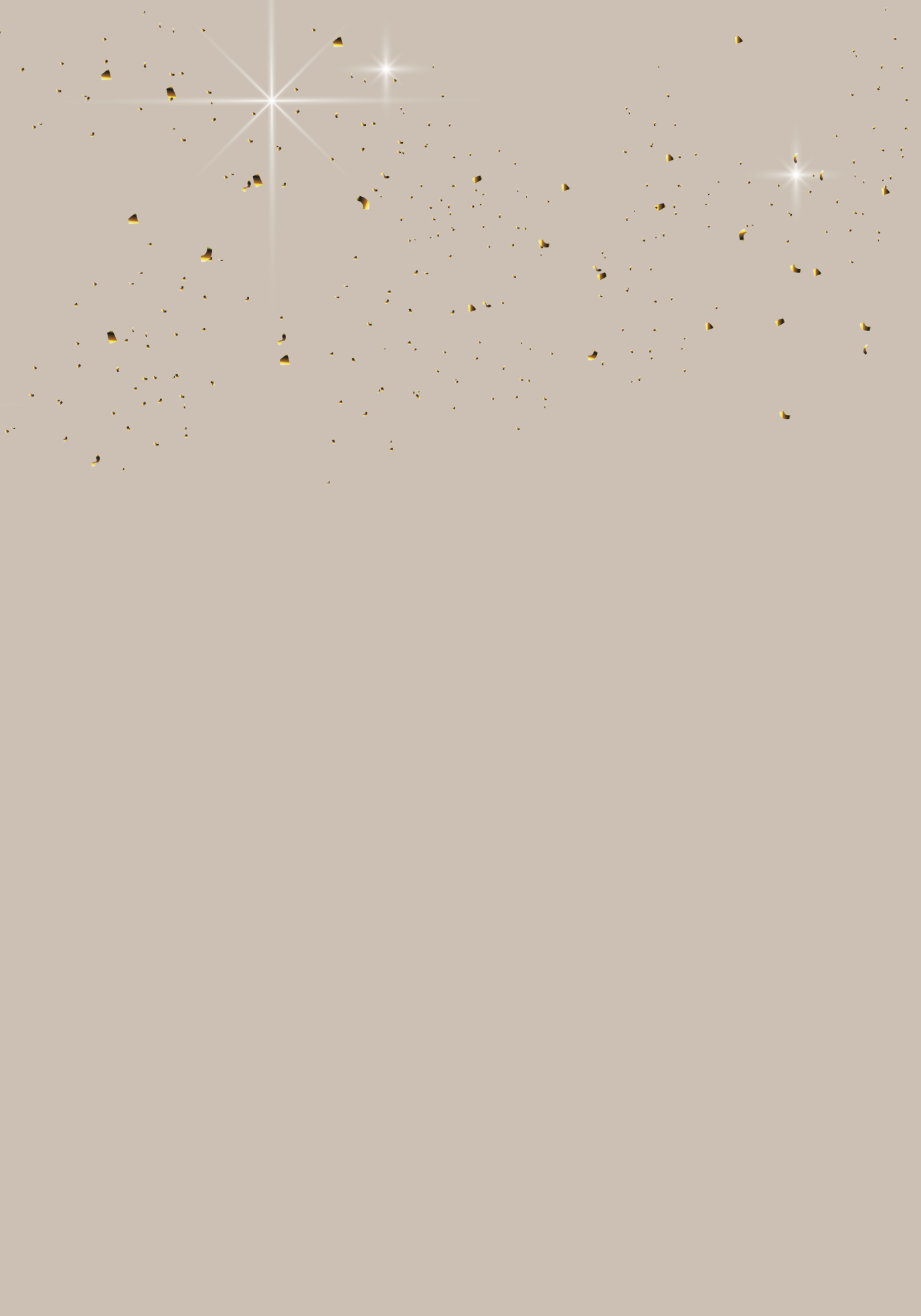


ปี

ต่อมไร้ท่อ

อายุรศาสตร์รามาธิบดี







ปี

ต่อมไร้ท่อ

อายุรศาสตร์รามาริบดี





พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช







สำรจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หนังสือ “50 ปี ต่อมไร้ท่อ อายุรศาสตร์รามาธิบดี” ของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมประวัติความเป็นมาของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อ และเมแทบอลิซึม ซึ่งเป็นสาขาวิชาหนึ่งของภาควิชาอายุรศาสตร์ ร่วมนับตั้งแต่ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี รวมไปถึงประวัติของอดีตหัวหน้าสาขาวิชา และคณาจารย์อาวุโสที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนา สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รวมทั้งแผนงานในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของสาขาวิชาฯ ทำให้ทราบถึงประวัติ การพัฒนาความก้าวหน้า และผลสำเร็จในการดำเนินงานของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ หัวหน้าสาขาวิชา และคณาจารย์ สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม รวมทั้งคณะผู้จัดทำหนังสือฉบับนี้ ให้สำเร็จสมบูรณ์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา)



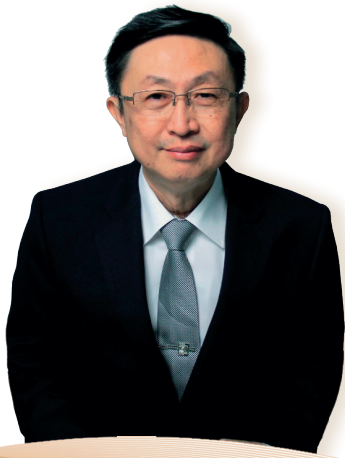
สารจากหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เปิดดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2512 และจะครบ 50 ปีในปี พ.ศ. 2562 นี้ ผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างสูงที่ได้ร่วมแสดงความยินดี และชื่นชมกับความสำเร็จของสาขาวิชา เป็นอย่างยิ่ง

ตลอดระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมได้ประสบความสำเร็จในทุกๆ พันธกิจ ทั้งทางด้านการเรียนการสอน งานวิจัย งานบริการวิชาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมต่างๆ จนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง สาขาวิชา มีการจัดการเรียนการสอนที่เป็นระบบ เพื่อผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและได้รับการประเมินจากผู้รับบริการฝึกอบรมในทุกระดับว่าดีเยี่ยมเป็นอันดับต้นๆ ของภาควิชาอายุรศาสตร์ งานวิจัยของสาขาวิชา จำนวนมากเป็นงานที่มีคุณค่าและประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อฯ ที่ได้พัฒนาขึ้นในรูปแบบที่เป็นระบบโดยสหสาขาวิชาชีพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง ได้ถูกนำไปใช้เป็นต้นแบบอย่างแพร่หลาย องค์ความรู้ทั้งจากงานวิจัยและการพัฒนาดังกล่าวมีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ และการพัฒนาเพื่อสร้างประโยชน์ต่อสังคม

ผมในฐานะหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ ขอเป็นตัวแทนของภาควิชาอายุรศาสตร์ ขอบพระคุณคณาจารย์อาวุโส คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันที่ได้มีความมุ่งมั่นและทุ่มเทให้กับงานของสาขาวิชาอย่างเต็มกำลัง จนมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ และแสดงความยินดีกับสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมที่ได้ก้าวหน้านับเนื่องมาจนถึงปีที่ 50 และเป็นกำลังใจให้สาขาวิชาก้าวต่อไปข้างหน้าอย่างโดดเด่นและมีผลงานเป็นที่ปรากฏต่อสาธารณชนต่อไป

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์วินัย วนานุกุล)



สำรจาก
หัวหน้าสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถือเป็นวันครบรอบ 50 ปีหรือครึ่งศตวรรษของการก่อตั้งสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีนี้จึงเป็นโอกาสอันดีที่สาขาวิชา ได้จัดทำหนังสือ “50 ปี ต่อมไร้ท่อ อายุรศาสตร์รามาธิบดี” เพื่อรวบรวมประวัติการก่อตั้งสาขาวิชา รวมทั้งผลงานของสาขาวิชา ในทุกๆ ด้านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงคุณูปการของอาจารย์อาวุโส ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งสาขาวิชา ทั้งนี้เพื่อให้ศิษย์อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อ รามาธิบดี ได้ทราบประวัติและมีความรู้สึกเป็นหนึ่งในผู้มีส่วนร่วมในประวัติศาสตร์อันน่าภาคภูมิใจของสาขาวิชา หนังสือเล่มนี้ยังได้รวบรวมรายชื่อและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันของศิษย์เก่าทุกคน ซึ่งจะมีประโยชน์ในการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างศิษย์เก่าด้วยกัน ระหว่างศิษย์กับอาจารย์และการติดต่อประสานงานในอนาคต

ด้วยวิสัยทัศน์ของคณาจารย์รุ่นบุกเบิกที่ได้วางรากฐานงานด้านการศึกษา บริการและวิจัยของสาขาวิชาไว้เป็นอย่างดี และการสานต่อจากอาจารย์รุ่นต่อมา รุ่นสู่รุ่น ทำให้งานของสาขาวิชา มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ด้านตลอดระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา ทำให้ผมเชื่อมั่นเป็นอย่างยิ่งว่าอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อ รามาธิบดี จะมีความก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป เป็นเสาหลักและเป็นที่พึ่งให้แก่สังคมและประชาชนทั่วประเทศ ทั้งด้านการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อฯ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคต่อมไร้ท่อฯ ที่ซับซ้อน และการผลิตผลงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้แก่ประเทศ

ผมขอขอบพระคุณอาจารย์อาวุโสของสาขาวิชาทุกท่าน ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สุชสวัสดิ์ เพ็ญสุวรรณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ ศาสตราจารย์ นายแพทย์กอบชัย พัววิไล ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ที่กรุณาสละเวลาให้ข้อมูลประวัติศาสตร์ในอดีตอันมีคุณค่าของสาขาวิชา ขอขอบคุณคณะผู้จัดทำโดยเฉพาะผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุดินธร ศรีพระประแดง ที่ช่วยสัมภาษณ์อาจารย์อาวุโสเพื่อบันทึกข้อมูล รวบรวมผลงานของสาขาวิชา และเรียบเรียงเนื้อหาในหนังสือ คุณอนัญญา ตัวละมูล เลขานุการสาขาวิชา ที่ช่วยค้นหา รวบรวมข้อมูล และติดต่อประสานงานฝ่ายต่างๆ จนหนังสือเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ สุดท้ายนี้ผมขอขอบคุณอาจารย์ นักวิทยาศาสตร์ พยาบาล และบุคลากรของสาขาวิชา และศิษย์เก่าทุกท่านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่มีส่วนร่วมทำให้สาขาวิชา มีความเจริญก้าวหน้าและเป็นหนึ่งในผู้นำทางด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคระบบต่อมไร้ท่อฯ ระดับประเทศอย่างเต็มภาคภูมิ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชชาติ รัตตสาร)

สารจาก

ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล

อดีตหัวหน้าสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นายกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย



ผมมีความยินดีอย่างยิ่งที่มีโอกาสได้แสดงความยินดีและความรู้สึกในโอกาสที่สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี มีความเจริญก้าวหน้ามาจนครบ 50 ปี

สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี ถือได้ว่าเป็นบ้านแห่งที่สองของผม ถ้านับเวลาที่ใช้ตั้งแต่เริ่มชีวิตการทำงานในฐานะแพทย์ทางต่อมไร้ท่อฯ ซึ่งจบจนปัจจุบันเป็นเวลา 25 ปี ผมใช้เวลาอยู่ที่สาขาวิชาฯ มากเป็นอันดับสองรองจากเวลาที่ผมใช้อยู่ที่บ้าน ความรู้สึกหนึ่งที่ผมมีอยู่เสมอตลอดเวลาที่อยู่ที่นี่คือ ความภาคภูมิใจที่มีโอกาสเป็นส่วนหนึ่งของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี ด้วยความรู้ ความสามารถ ความทุ่มเท เสียสละของอาจารย์และบุคลากรต่างๆ ตั้งแต่นักวิทยาศาสตร์ พยาบาล เลขานุการหน่วย และด้านอื่นๆ ได้ทำให้สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี เป็นผู้นำและสร้างคุณประโยชน์แก่ประเทศชาติในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ตลอดจนทางวิชาการทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติหลายด้าน

ผมเป็น fellow รุ่นแรกๆ ของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี ตอนนั้นมี fellow ไม่ครบทุกปี และถ้ามีก็มีเพียงคนเดียว ปัจจุบันเรามี fellow ทั้งปีหนึ่งและปีที่สองรวมกันแล้ว 6 คนแทบทุกปี fellow มีส่วนสำคัญมากในการพัฒนาหน่วย ทั้งในการดูแลผู้ป่วยและในทางวิชาการ ตอนผมเป็น fellow ผมได้เรียนจากอาจารย์อย่างมาก ตอนผมเป็นอาจารย์ ผมได้เรียนจาก fellow ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน บรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างอาจารย์กับ fellow นี้เห็นได้อยู่เสมอในสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี

ผมขอขอบพระคุณสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี ที่ให้โอกาสผมเป็นส่วนหนึ่ง และขอขอบคุณทุกท่านที่ช่วยกันสร้างและจรรโลง ด้วยความเสียสละและมุนานะ จนกระทั่งสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ รามาธิบดี ก้าวหน้ามาถึงปีที่ 50 และจะก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล)

สารบัญ

ประวัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	1
ประวัติสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม	2
Honoring Our Past	
- ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สุขสวัสต์ เพ็ญสุวรรณ	10
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กอบชัย พัววิไล	20
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ	26
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน	32
คณาจารย์สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม	40
บุคลากรประจำสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม	43
ผลงานของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม	44
ผลงานวิจัยของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม	51
การบริหารจัดการประชุมวิชาการประจำปี	60
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด	62
ทำเนียบรุ่นศิษย์เก่าแพทย์ประจำบ้านต่อยอด	65
รูปภาพกิจกรรมต่าง ๆ	90

ประวัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี



วันที่ 27 กรกฎาคม 2508 ได้มีพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดีขึ้น ซึ่งนับเป็นคณะแพทยศาสตร์อีกคณะหนึ่งในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โดยในพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวนี้นี้ได้กำหนดให้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มีหน้าที่จัดการศึกษาทั้งฝ่ายแพทย์และฝ่ายโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย

ตามหนังสือรามาริบดี ปี พ.ศ. 2508-2528 ซึ่งอ้างหลักฐานในพระราชหัตถเลขาฉบับที่ 57/92 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2509 ความว่าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชได้พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ขายที่ดินจำนวน 120 ไร่ 3 งาน 90 ตารางวา แก่กระทรวงการคลัง เพื่อนำมาใช้เป็นพื้นที่ของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ในลักษณะที่เกือบจะเรียกได้ว่า “ให้เปล่า” หลังจากที่ดินรัฐบาลซื้อไว้แล้ว จึงจัดสรรแบ่งให้องค์การสนธิสัญญาป้องกันร่วมกันแห่งชาติเอเชียอาคเนย์ (สปอ.) จำนวน 38 ไร่ คณะวิทยาศาสตร์ 40 ไร่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติอีก 5 ไร่ และเหลือเป็นเนื้อที่ก่อสร้างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดีจำนวน 37 ไร่ 3 งาน 90 ตารางวา

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม เสด็จพระราชดำเนินมาทรงประกอบพิธีเปิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันเสาร์ที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2512 และเปิดรับผู้ป่วยอย่างเป็นทางการในวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2512



ประวัติสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติความเป็นมา

สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ได้รับการก่อตั้งมาตั้งแต่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เปิดดำเนินการในวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2512 โดยมีนายแพทย์สุขสวัสดิ์ เพ็ญสุวรรณ ซึ่งเดินทางกลับมาจากสหรัฐอเมริกามาดำรงตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชาเป็นคนแรกและเป็นอาจารย์ท่านเดียวของสาขาวิชาในตอนนั้น

ด้วยปณิธานของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ที่ก่อตั้งเพื่อผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงได้เริ่มรับแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์รุ่นแรกเข้าฝึกอบรมในปี พ.ศ. 2522 คือ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน และแพทย์หญิงนพวรรณ กิตติวัฒน์ หลังจากนั้นได้มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องมาจนขณะนี้แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางรวมกว่า 60 คน

งานบริการในสาขานี้เน้นการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมที่ได้มาตรฐาน ข้อโดดเด่นหนึ่งของทางสาขา คือได้พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์อย่างครบวงจร เช่น การวินิจฉัยและติดตามก้อนเนื้อที่ต่อมไทรอยด์โดยการอัลตราซาวนด์ การทำ fine-needle aspiration biopsy และ percutaneous ethanol injection ของก้อนเนื้อที่ต่อมไทรอยด์ อีกทั้งได้มีการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบโดยสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้แบบกลุ่มและคลินิกนัดคาร์โบไฮเดรต ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวได้มีการนำไปเผยแพร่ในระดับประเทศ

และเนื่องจากการวิจัยเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้และวิทยาการใหม่ๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป คณะอาจารย์และบุคลากรในสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าวและมีการดำเนินการวิจัยต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยเฉพาะในเรื่องโรคของต่อมไทรอยด์ และการขาดสารไอโอดีน โรคทางเมตาบอลิกของกระดูก โรคของต่อมหมวกไต โรคเบาหวานและอื่นๆ โดยทางสาขาวิชาได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากแหล่งทุนที่สำคัญๆ หลากหลาย อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ และมูลนิธิประชาชนไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีหลายงานวิจัยสร้างประโยชน์ต่อสังคม หรือส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ เช่น

1. งานวิจัยเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ได้รับการนำไปประกอบแผนการรณรงค์ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ และอาจารย์ของสาขาวิชาได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ

2. งานวิจัยเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด ได้รับการบรรจุให้เป็นงานประจำของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐแห่งแรกๆ ที่ให้บริการการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด และดำเนินการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

3. งานวิจัยเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนในคนไทย ได้รับการนำไปใช้ในการกำหนดปริมาณแคลเซียมที่

ควรรับประทานในคนไทย และอาจารย์ในสาขาได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการจัดทำหนังสือ “แคลเซียมเพื่อสุขภาพ” โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับโภชนาการแคลเซียม

4. หน่วยเป็นผู้เริ่มการวิเคราะห์ระดับฮอร์โมนไทรอยด์โดยวิธี radioimmunoassay ในประเทศไทย เป็นการเปิดแนวทางการบริการและการวิจัยเกี่ยวกับโรคของต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมในคนไทย และนำมาซึ่งการตรวจวิเคราะห์ฮอร์โมนได้เกือบทุกชนิดในปัจจุบัน

5. การนำเอาผลการศึกษาเรื่อง คะแนนความเสี่ยงของเบาหวาน (diabetes risk score) ในการคำนวณปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานมาปรับเข้าเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงของกระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัยที่ยังคงกำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน มีหลากหลาย เช่น การศึกษาภาวะพร่องวิตามินดี และผลต่อสุขภาพในคนไทย การศึกษาอณูพันธุศาสตร์ของโรคกระดูกพรุนในคนไทย การค้นหากายใหม่ ของโรคเบาหวานประเภทที่ 2 การศึกษาภาวะดื้อต่อ ยาแอสไพริน การศึกษาการนอนหลับและผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ได้ผ่านการพัฒนามาตลอด 50 ปี ควบคู่ไปกับภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และกำลังก้าวเข้าสู่ทศวรรษที่ 5 ภายใต้ปณิธานของสาขาวิชา คือ “วิจัยเด่น ศึกษาเลิศ บริการเยี่ยม คนดีมีสุข เชิงรุกด้านบริหาร”

หัวหน้าสาขาวิชาจากอดีตถึงปัจจุบัน

พ.ศ. 2512 - 2534 ศาสตราจารย์คลินิก
นายแพทย์สุขสวัสดิ์ เพ็ญสุวรรณ

พ.ศ. 2534 - 2551 ศาสตราจารย์ นายแพทย์
กอบชัย พัววิไล

พ.ศ. 2551 - 2555 ศาสตราจารย์ นายแพทย์
บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล

พ.ศ. 2555 - ปัจจุบัน ศาสตราจารย์ นายแพทย์
ชัชชาติ รัตตสาร

คณาจารย์ประจำสาขาวิชาจากอดีตถึงปัจจุบัน

1. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สุขสวัสดิ์
เพ็ญสุวรรณ (พ.ศ. 2512 - 2534) และปัจจุบันเป็น
อาจารย์แต่งตั้งพิเศษ

2. อาจารย์ แพทย์หญิงพวงเพ็ญ ทศน-
ไพโรจน์ (พ.ศ. 2515 - 2520) ลาออกจากราชการ

3. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เทพ
หิมะทองคำ (พ.ศ. 2517 - 2528) และปัจจุบันเป็น
อาจารย์แต่งตั้งพิเศษ

4. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์
กอบชัย พัววิไล (พ.ศ. 2522 - 2551) ปัจจุบันเป็น
อาจารย์แต่งตั้งพิเศษ

5. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ
รัชตะนาวัน (พ.ศ. 2526 - 2557) และปัจจุบันเป็น
ที่ปรึกษาคณบดีด้านบริหาร

6. ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง
องค์กรพัฒน์กุล (พ.ศ. 2536 - ปัจจุบัน)

7. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชชาติ รัตตสาร
(พ.ศ. 2548 - ปัจจุบัน)

8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พงศ์อมร
บุญนาท (พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน)

9. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงฉัตร
ประอร งามอุโฆษ (พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน)

10. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวัลยา
จงเจริญประเสริฐ (พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน)

11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง
หทัยกาญจน์ นิमितพงษ์ (พ.ศ. 2550 - ปัจจุบัน)

12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุตินธร
ศรีพระประแดง (พ.ศ. 2554 - ปัจจุบัน)

13. อาจารย์ แพทย์หญิงช่อทิพย์ นาสสุภา
พัฒนาศรี (อาจารย์พิเศษ พ.ศ. 2549 - ปัจจุบัน)

14. อาจารย์ แพทย์หญิงกาญจนาสุดา ทองไทย
(อาจารย์พิเศษ พ.ศ. 2549 - 2550) ลาออกจากราชการ

15. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิริมนต์
วีระตระกูล ประเทืองธรรม (พ.ศ. 2556 - 2560)
ปัจจุบันทำงานที่ University of Illinois College of
Medicine at Chicago

บุคลากรประจำสาขาวิชาในอดีตถึงปัจจุบัน

นางนิลวรรณ พิษณุโยธิน

นักเทคนิคการแพทย์ (ถึงแก่กรรม)

นางอาภรณ์ ศรีพระประแดง

นักเทคนิคการแพทย์ (เกษียณอายุราชการ)

นางสาวละออ ชัยลือกิจ

นักเทคนิคการแพทย์ (บุคลากรประจำหน่วยใน
ปัจจุบัน)

นายนิวัฒน์ ไผะพรหม
นักเทคนิคการแพทย์ (บุคลากรประจำหน่วย
ในปัจจุบัน)
นางสาวสุนีย์ แซ่ตั้ง
พยาบาล (บุคลากรประจำหน่วยในปัจจุบัน)
นางสาวรุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค
พยาบาล (บุคลากรประจำหน่วยในปัจจุบัน)
นางอัญญา คงสุขใส
พยาบาล (ถึงแก่กรรม)
นางสาวณัฐพิมพ์ ภิรมย์เมือง
พยาบาล (เปลี่ยนสายงาน)
นางสาวอัญญิกา เจริญศรี
ผู้ช่วยพยาบาล (เปลี่ยนสายงาน)
นางรัตติกอ อินทสุวรรณ
คนงานห้องทดลอง (เกษียณอายุราชการ)
นางสาวรัตนา สุดาทิพย์
ผู้ปฏิบัติงานบริหาร (เปลี่ยนสายงาน)
นางสาววลัยภรณ์ จำเริญทรัพย์
เลขานุการ (ลาออก)
นางสาวฉัตรวรา อารีวุฒิ
นักกำหนดอาหาร (บุคลากรประจำหน่วย
ในปัจจุบัน)
นางจันทร์ดาณี ศักดิ์มานะฤทธิ์
นักกำหนดอาหาร (บุคลากรประจำหน่วย
ในปัจจุบัน)
นางสาวอนัญญา ตัวละมูล
เลขานุการ (บุคลากรประจำหน่วยในปัจจุบัน)
นางสาวชนิษฐา หล้าคำคง
ผู้ปฏิบัติงานบริหาร (บุคลากรประจำหน่วย
ในปัจจุบัน)
นางสาวบุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์
พยาบาล ฝ่ายการพยาบาล (เกษียณอายุราชการ)

นางน้ำเพชร สายบัวทอง
พยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
(บุคลากรประจำหน่วยในปัจจุบัน)
นางสาวรัตนภรณ์ จีระวัฒนะ
พยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
(บุคลากรประจำหน่วยในปัจจุบัน)

สำนักงานตั้งอยู่ที่

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270
ชั้น 7 อาคาร 1 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์/โทรสาร
0 2201 1647

ปณิธาน

สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม มี
ปณิธานที่จะผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อมไร้ท่อและ
เมแทบอลิซึม เพื่อให้บริการทางการแพทย์และ
สาธารณสุข และค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้และ
สร้างสรรค์วิทยาการใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อมไร้ท่อ
และเมแทบอลิซึม

วิสัยทัศน์ พันธกิจ

“วิจัยเด่น ศึกษาเลิศ บริการเยี่ยม คนดีมีสุข
เชิงรุกด้านบริหาร” คือ ปรัชญาประจำสาขาวิชา
โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม เพื่อบรรลุเป้าหมาย
ดังกล่าว สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ เน้นการพัฒนา
อย่างต่อเนื่องในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เป็นผู้นำในด้านงานวิจัยโรคต่อมไร้ท่อที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขของประเทศ

2. ผลิตแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในสาขาวิชาต่อมไร้ท่อ ที่มีคุณภาพทั้งทางด้านการรักษา วิชาการ คุณธรรม จริยธรรม และมีความเป็นครู

3. พัฒนาระบบการสอนและให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับปัญหาของโรคและความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่แพทย์ นักศึกษา บุคลากรทางสาธารณสุข และประชาชน

4. เป็นศูนย์กลางและผู้นำในการรักษาผู้ที่มีโรคและความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการดำเนินงานของ สาขาวิชางานการเรียนการสอน

รับผิดชอบการเรียนการสอนของนักศึกษาทั้งระดับก่อนและหลังปริญญา จนถึงระดับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

1. การเรียนการสอนวิชาอายุรศาสตร์สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม สำหรับนักศึกษาแพทย์

2. การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์และสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

3. การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอายุรศาสตร์สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

งานวิจัย

เน้นการวิจัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศ ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. โรคทางเมแทบอลิกของกระดูก (กระดูกพรุน, โรคกระดูกในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และ distal renal tubular acidosis) ทั้งในทางคลินิกและวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่เชื่อมโยงกัน
3. โรคของต่อมไทรอยด์และโรคขาดสารไอโอดีน
4. โรคของต่อมหมวกไต



งานบริการทางการแพทย์

1. ให้บริการตรวจผู้ป่วยโรคของต่อมไทรอยด์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ชั้น 1 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ทุกวันจันทร์-พฤษภาคม เวลา 13.00 - 16.00 น. ซึ่งรวมไปถึงการทำ ultrasound, fine needle aspiration biopsy และ percutaneous ethanol injection ของ thyroid nodule

2. ให้บริการตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป ที่ชั้น 1 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ในวันอังคาร และวันศุกร์เช้า เวลา 09.00 - 12.00 น.

3. ให้บริการตรวจผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์และเมแทบอลิซึม ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ชั้น 1 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 - 16.00 น.

4. ให้บริการทำการทดสอบการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่างๆ ทุกชนิด ที่ห้อง 619 ชั้น 6 อาคารสิริกิติ์ ในเวลาราชการ

5. การดูแลรักษาและให้คำปรึกษาทางด้านโรคต่อมไทรอยด์ สำหรับผู้ป่วยใน ทั้งในภาควิชาอายุรศาสตร์และภาควิชาอื่นๆ



งานบริการทางวิชาการ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

2. จัดการประชุมทางวิชาการเบาหวาน ประจำปีให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

3. จัดการประชุมทางวิชาการประจำปีเกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์และเมแทบอลิซึม ให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

4. บุคลากรในหน่วยร่วมเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการประจำปีของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี การประชุมวิชาการโรคต่อมไทรอยด์ในเวชปฏิบัติ ฯลฯ

5. ขยายขอบเขตภาระงานให้มีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างประเทศ เพื่อเป็นโอกาสพัฒนาสำหรับการสอน การบริการ และการทำวิจัยด้านโรคต่อมไทรอยด์และเมแทบอลิซึม



Honoring Our Past





ความทรงจำ อาจารย์ผู้ก่อตั้งบุกเบิก สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สุขสวัสดิ์ เพ็ญสุวรรณ
อดีตหัวหน้าสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม คนแรก

ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2511 นับเป็นวันแรกที่ผมเริ่มรับราชการเป็นอาจารย์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในขณะที่เดียวกันผมก็ต้องเริ่มต้นนับหนึ่งสำหรับ
ชีวิตในเมืองไทย หลังจากที่ได้จากไปประมาณ 10 ปี (ตั้งแต่ พ.ศ. 2501)

กรุงเทพฯ ได้เปลี่ยนแปลงไปมากสำหรับผม มีตึกกรมบ้านเรือนเพิ่มขึ้นมากมาย
ที่เห็นได้ชัดๆ คือ ถนนพระรามที่ 4, ถนนสุขุมวิท และถนนเพชรบุรี ได้ขยายยาวไกล
ออกไปมาก ก่อนผมจากกรุงเทพฯ ถนนดังกล่าวนี้จะสิ้นสุดอยู่ประมาณทางรถไฟที่
ตัดผ่านไปท่าเรือคลองเตย สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นอีกอย่างหนึ่งคือ โรงพยาบาลรามาธิบดี
และตึกคณะวิทยาศาสตร์ที่อยู่ติดๆ กัน โรงพยาบาลรามาฯ ขณะนั้นเพิ่งสร้างเสร็จ
เป็นโรงพยาบาลที่กะทัดรัดสวยงามที่สุดแห่งหนึ่ง มีการเชื่อมต่อ
ถึงกันหมด มีสภาพโปร่งลมพัดถ่ายเทได้ราวกับซานเมือง
มีบริเวณความเขียวและพื้นที่โล่งโดยรอบอย่างน่ารื่นรมย์ ไม่มี
สิ่งปลูกสร้างขวางทางลมอย่างในปัจจุบัน เช่น หน่วยทันตกรรม
ตึกภาควิชาออโรโลยี, OPD ศัลยกรรม, ตึกธนาคาร ฯลฯ ต้องขอ
ชมเชยสถาปนิกผู้ออกแบบได้อย่างเหมาะสมกับสภาพเมืองร้อน
อย่างประเทศไทย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนึกเปรียบเทียบกับ
กับลักษณะตึกเล็กตึกน้อยกระจายกระจายสอดแทรกอยู่ในบริเวณ
เช่นที่พบได้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช
ผมจำได้ว่าในปีแรกๆ จะมีรถทัวร์นำนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศ
มาชมโรงพยาบาลเป็นประจำ



ผมเข้ามาเป็นอาจารย์รามาฯ ในรุ่นแรก ในโรงพยาบาลยังมีสภาพไม่มาก ยังไม่ได้เปิดรับตรวจและรักษาผู้ป่วยทั้งในและนอก แต่ละวันที่มาทำงานก็คือมานั่งประชุมกำหนดแนวทางการเรียนการสอน กำหนดแบบฟอร์มที่จะใช้ในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วย เช่น แบบฟอร์มผลการตรวจเลือด น้ำเหลือง น้ำไขสันหลัง ฯลฯ ผมจำได้แม่นย่ว่าเพียงไม่กี่อาทิตย์ที่ประชุมกัน ที่ประชุมต้องยอมรับแบบฟอร์มที่เสนอเข้ามาทั้งหมด ทั้งจากอาจารย์ที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาล และอาจารย์ที่ยังอยู่ต่างประเทศเป็นจำนวนถึง 207 คนิต ผมเป็นผู้ที่ไม่เห็นด้วยมาตลอด เพราะคิดว่าเมื่อการทำงานได้เริ่มขึ้นอย่างเต็มที่ แต่ละหน่วยก็คงจะคิดแบบฟอร์มขึ้นมาให้เหมาะสมกับลักษณะงานของตน ทางฝ่ายบริหารที่นั่งประชุมควรกำหนดแบบฟอร์มหลักให้กะทัดรัด เพื่อให้ได้ข้อมูลรวม เห็นภาพการรักษาในวงกว้าง ไม่ควรให้ละเอียด ยุ่งเหยิงมากเกินไป จนบัดนี้แบบฟอร์มต่างๆ ก็ได้เพิ่มมากขึ้นๆ อย่างสับสน และแบบฟอร์มเก่าตั้งแต่สมัย 23 ปีก่อนก็ยังตกค้าง ไม่ได้ใช้อยู่เป็นจำนวนมาก มันเป็นความประทับใจชิ้นแรกในเมืองไทยว่า เมืองไทยเราชอบสร้างแบบฟอร์ม สร้างขั้นตอนตามความคิดเห็นของแต่ละคนแต่ละกลุ่ม เราไม่ชอบทำอะไรให้ใช้ปฏิบัติได้สำหรับทุกคน ทุกกลุ่มเป็นส่วนรวม ผมอาจจะคิดผิด แต่ก็ยังเชื่อจนบัดนี้ว่ากฎและขั้นตอนควรมีไว้เป็นหลัก ควรสร้างความอึดอึดเพราะความเข้าใจซึ่งกันและกัน จะกำหนดไว้ในกฎหรือขั้นตอนถ้าไม่ได้ขั้นตอนหรือกฎยิ่งมาก ยิ่งสร้างปัญหาในทางปฏิบัติซ้ำจะทำให้เป็นสาเหตุของการแตกแยกได้

เนื่องจากไม่มีงานในด้านการเรียนการสอน ไม่มีบริการผู้ป่วยอย่างใดทั้งสิ้นในระยะเริ่มแรก ผมจึงขออนุญาตไปทำการตรวจรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามทางที่ถนัดแทนที่จะนั่งประชุม

อยู่ทั้งวัน การไปทำงานที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้านับเป็นความสบายใจมากทีเดียว เพราะเป็นบ้านเก่าของผม ผมเคยทำงานอยู่ในโรงพยาบาลนี้มาก่อน ในฐานะร้อยโทเสนารักษ์แห่งกองทัพบก ก่อนจะไปเมืองนอกและได้รับการแต่งตั้งอย่างไม่เป็นทางการเป็น endocrinologist จากอาจารย์ พันเอก พรพิศกนก (ยศสมัยนั้น) ผมรับราชการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอยู่ประมาณ 6 เดือน ก่อนที่จะสมัครไปเป็นผู้บังคับหมวดเสนารักษ์ที่หน่วยรบที่ลำปาง (สมัยนั้นผู้ที่สอบการทหารได้คะแนนดีก็มีสิทธิ์เลือกตำแหน่งก่อน ตำแหน่งที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีเพียงตำแหน่งร้อยโทแพทย์ประจำหน่วยสูติกรรม ซึ่งผมไม่ชอบอย่างยิ่งที่ได้คะแนนดีเพราะคนอื่นไม่ยอมสอบ)

ต่อจากนั้นมาผมก็ได้รับเชิญจากสถานทูตอเมริกาให้ไปรับตำแหน่งที่ปรึกษาในด้านแพทย์ประจำประเทศลาว ผมได้สัมผัสกับชนหลายระดับในประเทศลาว ได้ดูแลทหารอเมริกันทหารไทยที่ร่วมรบในประเทศลาว ได้ดูแลชาวลาวที่แสนยากไร้ ต้องไปในงานพิธีระดับทูต ได้สัมผัสกับคณะรัฐมนตรีและราชวงศ์ของลาว ซึ่งมีแพทย์จบจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาฯ ด้วย 1 คน ได้พบกับพยาบาลไทย พนักงานห้องทดลองชาวไทยอีกหลายคน ต้องไปตรวจทหารแนวหน้า ต้องทำการผ่าตัดต่างๆ และผ่าตัดและสะเก็ดกระดูกที่ฝังอยู่ทั่วทั้งตัวของทหารไทยและอเมริกัน เนื่องจากกระดูกหน้าปิดเรือบินโดนยิงแตกกระจาย

หลังจากทำงานในลาวได้ 3 - 4 เดือน โรงพยาบาลรามาฯ ก็เปิดบริการมีผู้ป่วยนอกและใน มีนักศึกษาแพทย์ มีผู้ป่วยอยู่ในวอร์ด ชายหนึ่งและหญิงหนึ่งเท่านั้น ไม่มีวอร์ดพิเศษ มีแพทย์จากเชียงใหม่และศิริราชสมัครมาเป็น intern ไม่มี resident ฉะนั้น

อาจารย์ทุกคนต้องทำหน้าที่ resident กลางคืนต้องนอนอยู่เวรที่โรงพยาบาล ที่นอนคือหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 8 ปัจจุบัน ห้องหนึ่งนอน 3 เตียง แต่ละเตียงเป็นแพทย์ต่างแผนก เวลาตามจะมีโทรศัพท์มาที่เคาน์เตอร์ จากนั้นก็จะมีคนงานมาปลุกเคาะประตูตามห้อง แพทย์คนใดโดนปลุกแพทย์อีก 2 คนก็จะต้องตื่นด้วย ผมเป็นคนหลับยาก ตื่นแล้วจะหลับไม่ได้ ฉะนั้นเมื่อตื่นก็จะถือโอกาสไป round ที่วอร์ดหรือลงไปตรวจดูที่ ER เลย ได้เบียร์เลี้ยงอยู่เวรคืนละ 27 บาท อยู่เวรประมาณอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ต้องอยู่ประมาณเกือบ 2 ปี จนมี resident การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวทำให้เกิดนิสัยเป็น resident ไปด้วย ตื่นเช้า round กลางคืน round วันเสาร์-อาทิตย์ round แต่ละวัน อาจารย์ทุกคนก็ต้องสอน internal medicine เพราะมีอาจารย์จำกัด มีไม่ครบทุก subspecialty ด้วยเหตุนี้อาจารย์และนักศึกษาแพทย์ในรุ่นแรกๆ จึงมีความผูกพันกันมาก (หรืออาจเกลียดชังไม่พอใจที่ถูกจ้ำจี้จ้ำไชมากก็ได้)

ที่ OPD มีคนไข้ไม่มาก พอตรวจเสร็จก็เดินไปตาม OPD ของภาควิชาอื่นๆ เพื่อดูว่ามีผู้ป่วยอะไรบ้าง ด้วยการปฏิบัติอย่างนี้จึงทำให้ได้ผู้ป่วย Cushing

และ Acromegaly เข้าวอร์ดอายุรศาสตร์เป็นรายแรก โดยดึงตัวผู้ป่วยที่นั่งอยู่ที่ OPD ภาควิชาอื่น เช่น ผู้ป่วย Acromegaly ไปนั่งรอที่ OPD urology เพราะปัสสาวะมากและบ่อย ผู้ป่วย Cushing ไปนั่งรออยู่ที่ OPD OB-Gyne ด้วยเรื่อง amenorrhea

ผมเชื่อเหลือเกินว่าอาจารย์ชุดแรกของโรงพยาบาลรามาริบัติทำงานกันหนักทีเดียวในภาควิชาอายุรศาสตร์มีอาจารย์ทั้งหัวหน้าภาควิชา (อ.รจิต บุรี ซึ่งรักษาการตำแหน่งคณบดีด้วย) รวมประมาณ 7 คน กับ fellow ทาง neuro 1 คน ทุกคนรวมทั้ง อ.รจิต ต้องออก OPD กันแทบทุกวัน round ผู้ป่วยแทบทุกเช้า รวมทั้งดูผู้ป่วยในภาควิชาอื่นๆ ด้วย เสร็จก็เกือบเที่ยงต้องมาพบนักศึกษาที่ผมเป็น preceptor ประจำนั่งฟังปัญหา พยายามแก้ปัญหาให้ อาจต้องไปตรวจผู้ป่วยกับเขาอีก แล้วเลยลงไปรับประทานอาหารเที่ยงด้วยกัน เตรียม grand round และ discussion อื่นๆ ซึ่งต้องทำกันบ่อยมากเพราะมีผมอยู่ในหน่วยเพียงคนเดียว (เป็นทั้งหัวหน้าและลูกน้องอยู่ 5 ปี จึงมีผู้ช่วย) ซ้ำตอนเย็นจะต้องแวะ ER ดูผู้ป่วยในระหว่างลงจากตึกจะกลับบ้าน ต่อมาผมจึงได้เปิด endocrine clinic เพิ่มขึ้นในตอนบ่ายวันพฤหัสบดี ผมใช้ห้องเบอร์ 7 เป็น



ที่ตรวจผู้ป่วยทั่วไปในภาคเช้า และตรวจผู้ป่วยทางต่อมไร้ท่อในภาคบ่ายมาตั้งแต่เริ่มแรก จนอาจนับได้ว่าห้องตรวจเบอร์ 7 เป็นสัญลักษณ์ของผม

ในระยะต่อมาอีกไม่นานผมได้เปิด endocrine discussion hour ขึ้นทุกวันศุกร์เวลา 16.00 น. โดยส่งไปรษณียบัตรเชิญแพทย์ปฏิบัติทั้งหลายใน กทม. ซึ่งก็ได้รับความสนใจดีพอสมควรในระยะแรกๆ activity ที่ตามต่อมาก็คือเปิด special diabetic clinic ในเวลา 10.00 - 12.00 น. ทุกวันเสาร์ ผู้ป่วยที่มาคือ ผู้ป่วยที่น่าสนใจเป็นพิเศษ คัดเลือกมาจาก endocrine clinic หรือ medical OPD พยาบาลที่มาช่วยผมจะได้เบี้ยเลี้ยงครึ่งละประมาณ 30 บาท ส่วนผู้ป่วยได้ยาฟรีและอาจได้ค่ารถพิเศษอีกคนละ 10 - 20 บาทตามความจำเป็น รายการพิเศษทั้ง 2 นี้เปิดอยู่ได้ราวๆ 6 เดือนก็ต้องล้มไป เพราะผมอาจจะไม่แข็งแรงพอก็ได้ เพราะต้องทำคนเดียว หนำซ้ำจ่ายไม่ไหว ทั้งๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาเกือบทั้งหมดและโดยที่ผมก็ยังไม่คิดว่าจะเปิด practice ที่ไหนและเนื่องจากมีเงินเดือนเพียง 1,900 บาท (กว่ารัฐบาลจะยอมปรับให้เหมาะสมก็กินเวลาถึง 3 ปี ขึ้นเงินเดือนหลายขั้นแต่ไม่มีผลย้อนหลัง)

ในระยะหลังๆ คือประมาณ 6 - 7 ปีก่อน ได้มีอาจารย์ไฟแรง 2 - 3 ท่าน ต้องการจะให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดียิ่งขึ้นไปอีก โดยจัดตั้งหน่วยรักษาสมบูรณ์แบบ (หน่วย รส.) ขึ้นมา มีนโยบายที่จะรักษาผู้ป่วยให้ครบวงจร เริ่มแรกคือผู้ป่วยจะต้องมาตามเวลานัดหมาย มาแล้วได้เข้าตรวจเลยไม่ต้องรอ พยาบาลผู้ช่วยแพทย์จะช่วยแนะนำการปฏิบัติตัว จัดบันทึกประวัติการป่วย การวินิจฉัยโรคและการรักษาอื่นๆ พยาบาลในหน่วยนอกจากจะเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ยังมีหน้าที่ติดตามการรักษาและรับปรึกษาจากผู้ป่วยนอกเวลาราชการ เช่นผู้ป่วย

มีความผิดปกติอะไรเกิดขึ้นก็ติดต่อมาที่พยาบาลของหน่วยซึ่งก็จะให้คำแนะนำที่เหมาะสมไปหรือให้ไปซื้อยาต่างๆ ใช้ง่ายๆ ใช้ไปก่อน เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเสียเวลามาโรงพยาบาล ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแทรกแซงจากแพทย์อื่นโดยไม่จำเป็น ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลประจำหน่วย รส. นี้จะต้องเป็นผู้ที่คล่องมาก ต้องจำผู้ป่วยทั้งหมดได้เป็นอย่างดี เนื่องจากหน่วยนี้มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนมากกว่าการตรวจผู้ป่วยนอกตามปกติ จึงได้ขอให้ห้อง 6-7-8 เป็นสถานที่ทำงานของหน่วย ผมจึงได้ย้ายไปตรวจผู้ป่วยภาคเช้าที่ห้องเบอร์ 9 แม้จะไม่เห็นด้วยอย่างไรก็ตาม แต่เพื่อเห็นแก่ความตั้งใจจริงของหน่วย รส. ผมจึงเปลี่ยนสัญลักษณ์เป็นเบอร์ 9 ภาคเช้า เบอร์ 7 ภาคบ่าย

แนวทางบริการที่หน่วย รส. วาดภาพไว้เป็นสิ่งที่สมบูรณ์จริงๆ ถ้าหากสามารถปฏิบัติได้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ทั้งผู้บริหารและผู้รับบริการ ที่ผมไม่เห็นมาด้วยตั้งแต่แรกก็เพราะไม่คิดว่าจะเป็นไปได้ เพราะในสภาพสังคมเศรษฐกิจการศึกษา รวมไปถึงจำนวนและแหล่งมาของผู้ป่วยเกือบทั่วทุกมุมของประเทศที่มารับบริการ เป็นอุปสรรคต่อการกำหนดแนวทางดังกล่าว แต่ก็ต้องถือว่าเป็นความตั้งใจที่น่าชื่นชม ถ้าทำได้ชื่อเสียงของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ตั้งอยู่แล้วก็จะดังมากยิ่งขึ้น จนอาจกลายเป็นหน่วยงานรักษาสมบูรณ์แบบแห่งชาติ (รสช.) และคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ ในปัจจุบันอาจจะต้องไปหาชื่อย่อคำอื่นมาใช้

โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะวิทยาศาสตร์ สร้างขึ้นมาด้วยแผนผังอันงามสง่า มีถนนกว้างใหญ่หลายสายตัดผ่าน ตึกและสิ่งก่อสร้างโดยรอบก็ล้วนเป็นระเบียบ แต่การเปลี่ยนแปลงก็ได้เกิดขึ้นในช่วง 20 ปีกว่าที่ผ่านมา สภาพตึกก็ได้เปลี่ยนจากเด่นเดี่ยว

กะทัดรัด โปร่งสะอาด มาเป็นตึกที่เทอะทะ แออัด ยัดเยียด อุดอู้ มีการสร้างเสริมต่อเติมตึกเดิม สร้าง ตึกใหม่เปิดเสียดบังซึ่งกันและกัน ความแออัดเกิดขึ้น ไม่เฉพาะแต่ตัวตึกด้านนอก แต่ยังรวมไปถึง สภาพภายในตึก พื้นที่ว่างสำหรับการพัฒนาของลมก็ ถูกปิดกั้นด้วยการก่อสร้าง เป็นหน่วยเป็นห้องไปจน หมดสิ้น เติบโตเพิ่มขึ้นในหอผู้ป่วยทำให้สภาพความ โปร่งสบายหายไปจนหมดสิ้น

ภาพที่เคยวาดไว้ว่าคณะแพทยรามาฯ จะทำ หน้าทีกว้างลึกแต่จำกัด ก็ต้องเปลี่ยนไปเป็นทำหน้าที่ ทั้งกว้างและลึกอย่างไม่มีขอบเขต บางครั้งผมอยาก จะนึกว่าคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดีคล้ายกับเรือ ที่แล่นด้วยความเร็วสูง แต่มีหางเสือที่จะควบคุมการ แล่นของเรือเล็กไปที่สำคัญ คือการที่จะแล่นให้เร็ว ที่สุดเพื่อจะให้ถึงจุดหมายคือขอบฟ้า

เรือเร็วคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาฯ แล่นเร็วมาก มีลูกเรือและกัปตันที่เข้มแข็งไฟแรง มาจากที่ต่างๆ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากมหาวิทยาลัยมหิดล แพทยศาสตร์ศิริราช จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยที่มีอายุสั้นที่สุด) จากกองทัพบก และ กองทัพอากาศ ทุกคนกลับจากต่างประเทศ จากจุด ที่ต่างกันทั้งสิ้น มีปรัชญาการเรียนการสอนการบริการ (ส่วนใหญ่เป็นปรัชญาการเรียนอย่างที่ตนต้องการ) ที่ผิดกันออกไป ทุกคนจึงพยายามเร่งเครื่องของตน อย่างเต็มที่ จึงเป็นธรรมดาที่จะมีเสียงเครื่องสะดุด สั่นสะเทือนคล้ายจะแตกดับเกิดขึ้นเป็นครั้งเป็นคราว เกิดมีความขัดแย้งระหว่างภาควิชาศัลยกรรมกับภาควิชา โสต ศอ นาสิก มีนักศึกษาที่ไม่เข้าใจอาจารย์ แบ่งแยกเป็นพวกเป็นกลุ่ม ความไม่เข้าใจระหว่างศิษย์ กับอาจารย์ได้แพร่ไปยังคณะอื่นๆ ที่อยู่รอบๆ รามาฯ หรือแพร่มาจากคณะอื่นมายังรามาฯ ทุกครั้งที่เกิด

เหตุการณ์ไม่สงบในประเทศ โรงพยาบาลจะถูกบุก ถูกยึดจากตำรวจบ้างทหารบ้าง บางครั้งถึงกับถูก ปิดล้อมอยู่ในโรงพยาบาล ต้องแบ่งปันอาหารกัน รับประทาน คณะผู้บริหารและผมต้องใส่เสื้อกาวน์ (ซึ่งไม่ค่อยได้สวมมาก่อน) ลงไปเผชิญหน้าและ เจรจากับตำรวจที่บุกเข้ามาเพื่อควบคุมนักศึกษา หลังจากเหตุการณ์สงบลง ก็เกิดขบวนการประชาธิปไตย ของนักศึกษาขึ้น ความขัดแย้งก็คุกรุ่นขึ้นอีก เมื่อ นักศึกษาตั้งอนุกรรมการขึ้นกล่าวหา (หรือเรียกว่า สอบสวน) อาจารย์ไม่ทราบว่าจะร้ายหรือโชคดีที่ผม ได้รับการยกเว้นในการนี้ ทั้งๆ ที่ตั้งใจจะเป็นผู้ถูก กล่าวหา โดยนั่งฟังอยู่ในที่ประชุม (ห้องประชุมใหญ่) อยู่ตลอดเวลา

เหตุการณ์ต่างๆ นั้นนับเป็นส่วนเด่นที่น่ารำลึกถึง เพื่อบอกให้รุ่นหลังๆ ในรามาฯ ได้ทราบ ผมอาจจะ กล่าวถึงความขัดแย้งต่างๆ ได้อีกมากมาย เพราะ เผชิญอยู่ในเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยเสมอ แต่ในจิตใจ นั้นถือว่าเป็น instructive และ constructive arguments ผมคิดว่าอาจารย์ทั้งหลายคงจะคิด เช่นนี้เช่นกัน ผมได้กล่าวในจดหมายเปิดผนึกถึงเกือบ ทุกคนในขณะนั้นว่า “ชีวิตในมหาวิทยาลัย แม้จะอิสระ เพียงใด ความเป็นอาจารย์และลูกศิษย์ต้องยังคงอยู่ ถ้าขาดความรู้สึกนี้ ความเป็นมหาวิทยาลัยจะคงอยู่ ไม่ได้ เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น ทุกคนจะต้องโอนอ่อน



เข้าหากัน เพราะเรามีจุดร่วมที่เหมือนกัน คือความรัก และผูกพัน แต่ผมคิดว่าลูกศิษย์ควรโอนอ่อนเฉกเช่น พ่อแม่ และลูก”

ด้วยพื้นฐานความรู้สึกดังกล่าว เหตุการณ์ต่างๆ ก็ได้คลี่คลายลง เรื่องที่เล่นอย่างโคลงเคลงก็เล่นได้ราบเรียบขึ้น ผมได้กล่าวอยู่เสมอว่าเรือควรแล่นเร็วพอสมควรไปยังจุดหมายที่เด่นชัดเท่าที่จะทำได้ มิใช่หวังขอบฟ้าเป็นจุดหมาย เพราะจะไม่มีวันไปถึง และอาจสร้างความบอบซ้ำให้แก่ลูกเรือและตัวเรือเอง

ตั้งแต่อายุคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ผมไม่เคยยินดีในตำแหน่งบริหาร แต่ที่ถือคติว่าเมื่ออยู่บ้านเดียวกันคงจะต้องช่วยๆ กันไป สิ่งในเมืองไทยเราต้องการมากมาตลอดคือ ทำให้ดีที่สุดด้วยความจริงใจ ผมรับตำแหน่งบริหารมากมาย (เหมือนกับอาจารย์ทุกคนในคณะ) อยู่แต่ฐานะกรรมการหรือที่ปรึกษาเท่านั้น เช่น เป็นที่ปรึกษาคณบดีในตำแหน่งประธานห้องยา เป็นรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสายแพทย์ เป็นรองหัวหน้าภาควิชาฯ เป็นประธานตรวจโรคนักศึกษาที่สอบแพทย์เข้ารามฯ เป็นกรรมการสอบสัมภาษณ์ เป็นกรรมการสมุณไพรแห่งชาติ ฯลฯ ตำแหน่งที่เป็นล้วนแต่เป็นตำแหน่งที่ไม่มีในสารบัญตำแหน่งของทางราชการทั้งสิ้น แม้ในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยโรคต่อมไร้ท่อก็ตาม การแต่งตั้งตำแหน่งอาจารย์พิเศษของหน่วย ผมก็ได้แต่เพียงเซ็นรับทราบเท่านั้น ถ้าประท้วงคนก็จะคิดว่ามีอคติ ก็คนกันเองด้วยกันทั้งนั้น แต่ก็ไม่ได้คิดอะไรมาก เพราะการมีผู้มาช่วยเหลือย่อมเป็นการดีเสมอ ถ้าหากจะมาด้วยความจริงใจ รู้เขารู้เรา

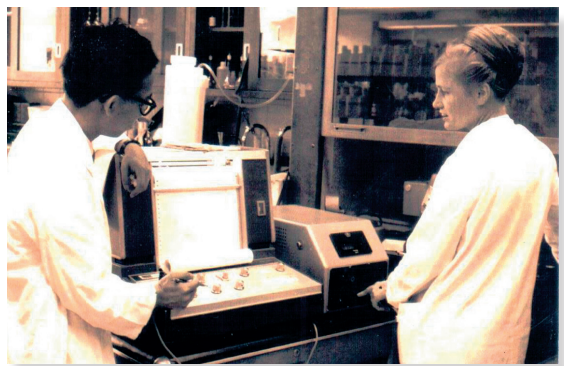
ตำแหน่งบริหารที่ทำนานที่สุดเห็นจะเป็นตำแหน่งของภาควิชาในฐานะประธานการสอบ long case ของแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 และตำแหน่ง

ที่ปรึกษาของคณบดีในฐานะประธานห้องยาซึ่งเป็นอยู่ถึง 6 ปี ทำให้สามารถตัดยาล้าสมัยซ้ำซ้อนและยาผีบอกออกไปได้มากกว่า 500 รายการ สามารถจำกัดการนำยาเข้าห้องยาให้มีจำนวนน้อยที่สุด เมื่อรวมกับตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายแพทย์ ก็สามารถคัดยาที่สั่งให้ผู้ป่วยส่งคสมสเคราะห์เหลือเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นทั้งชนิดและจำนวน เช่น การสั่ง antibiotic ในรายการที่เป็น common cold ยาละลายเสมหะ ยาเบาหวานที่เกินขนาดจนผิดสังเกต การสั่งยาให้ผู้ป่วยหรือการสั่งยาไปสำรองไว้บนหอผู้ป่วยมากมายหลายชนิดครั้งละมากๆ มีตั้งแต่วิตามินทุกชนิด tetracyclin, penicillin, ampicillin, ยาน้ำทุกอย่าง ฯลฯ ต้องกำหนดมาตรการต่างๆ ในการเบิกยา รวมไปถึงการลงมาเซ็นอนุมัติยาที่ห้องจ่ายยาวันละ 2-3 เวลา แต่ก็ได้ผลทำให้ประหยัดงบประมาณยาไปได้ถึงปีละประมาณ 10-20 ล้านบาท การจำกัดทำด้วยความรอบคอบ ทำเฉพาะในกรณีที่ไม่เหมาะสมอย่างเด่นชัด บางครั้งต้องมีการติดต่อสอบถามกับแพทย์ผู้สั่งยาก่อน นับเป็นความยุ่งยากเสียเวลามาก แน่นนอนจะต้องมีผู้ไม่พอใจ แต่ก็หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกคนที่เกี่ยวข้องจะค่อยๆ เข้าใจดีขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมา ได้กำหนดบัญชียาประจำโรงพยาบาลเป็น ก. และ ข. บัญชี ก. คือบัญชีที่ได้เพิ่มเติมจากบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้เหมาะสมกับสถานภาพการเป็นโรงเรียนแพทย์ บัญชียา ข. เป็นยาที่ช่วยเสริมการรักษา เป็นยาที่นอกเหนือจากบัญชี ก. การแยกบัญชียานี้ก็ยังไม่สำเร็จลุล่วง เพราะการขัดแย้งและความซ้ำซ้อนของรายการยาในแต่ละภาควิชา

วันเวลาก็ผ่านไป คณะแพทยศาสตร์รามธิบดีถ้าเป็นคนก็นับว่าอยู่ในวัยแน่น มีความมั่นใจในตัวสูง มีความเด็ดเดี่ยวที่จะเผชิญ อาจารย์ต่างๆ ตั้งแต่วันแรก รุ่นรองๆ ลงมาก็ค่อยๆ หายไป แยกย้ายกันไปตาม

วิถีทางของแต่ละคน เป็นการจางหายไปของสีต่างๆ ที่นำมารวมกันจากหลายแหล่ง ทำให้เกิดเป็นสีเดียว เป็นส่วนใหญ่ ที่ค่อนข้างจะ uniform คือมีอาจารย์ที่เรียนและจบที่คณะแพทยศาสตร์รามาริบัติ อาจจะเป็นสีที่ไม่ฉูดฉาด เช่น สีในระยะแรกๆ แต่ก็ยังเป็นสีเข้ม ลึกซึ้งดูไม่จืดจาง

ผมได้ทำงานในฐานะอาจารย์ในมหาวิทยาลัย ในอเมริกาประมาณ 5 ปี คลุกคลีกับ clinical teaching, basic and clinical research รวมทั้ง การฝึกงานในฐานะ intern, resident, chief resident และ fellow อีก 5 ปี แต่ก็ต้องยอมรับว่า ได้มาเรียนในประเทศไทยอีกมาก ต้องยอมรับว่าวิถีของการเรียนการสอนในต่างประเทศและประเทศไทย ต่างกันมาก ในอเมริกาและแคนาดาจะเป็นการเรียนแบบดูซึม ผู้เรียนจะต้องไขว่คว้า เข้าใกล้ชิดกันกับ ผู้สอน (ได้แก่ ผู้ป่วย แพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์) เพื่อให้เกิดการดูซึม หรือการถ่ายทอด เพื่อสร้างสภาวะ สมดุล (equilibrium) การเรียนแพทย์จะเน้นวงกว้าง และ pathogenesis และผู้เรียนจะค้นคว้าต่อไปใน แนวลึก แต่การเรียนในประเทศไทยกลับตัดเวลาการ ดูซึม (จำนวนปีที่เรียน) ให้น้อยลง กำหนดจุดดูซึม ให้ผู้เรียน โดยลืมนึกว่าการดูซึมที่ดีจะต้องดูซึม ในวงกว้าง ใช้เวลาในการสอนการซักประวัติตรวจ ร่างกายเป็นจำนวนมาก คล้ายบังคับให้ผู้เรียนต้องจำ แทนที่จะสอนเพื่อเป็นการแนะแนวทาง ผู้เรียน คงจะจดจำขั้นตอนการซักประวัติและตรวจสิ่งที่มี ชีวิตได้ด้วยความยากลำบากเพราะจะมีข้อปลีกย่อย ข้อยกเว้นตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคงจะจำไม่ได้ เพราะผู้เรียนยังไม่มีพื้นฐานของ clinical medicine เลย ฉะนั้นการเรียนจึงควรเน้นให้เกิดการดูซึมขึ้น เช่น กำหนดให้นักศึกษาก่อนขึ้นมาปฏิบัติการกับ ผู้ป่วย จะต้องขึ้นมาเป็นผู้สังเกตการณ์หรือเป็น



ผู้ช่วยแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์ประจำบ้านล่วงหน้า มากน้อยชั่วโมงตามความเหมาะสม แต่ให้มา ทุกวันหรือบ่อยมากๆ ในเวลาว่างตอนเย็นปลายปี หลังจากได้รับการแนะแนวทางการถามประวัติและ ตรวจร่างกายล่วงหน้ามาแล้วสัก 1-2 ครั้ง อาจจะ สอนรวบยอดอีกครั้งก่อนขึ้นปฏิบัติการบนหอผู้ป่วย จริงๆ การสอนครั้งหลังนี้จะช่วยให้เห็นถึงความสนใจ ของนักศึกษาได้เป็นอย่างดี ยิ่งไปกว่านั้นการขึ้นมา อยู่บนหอผู้ป่วยก่อนจะช่วยให้เกิดความเคยชินกับ

บุคลากรและขั้นตอนการรักษาพยาบาล ตลอดจนถึง การสร้างความเข้าใจต่อสภาวะเจ็บป่วยของคนไข้ ทั้งนี้ เพราะในระยะเวลาสังเกตการณ์ นักศึกษายังไม่มี งานทางหัตถกรรมมากนัก ขั้นตอนดังกล่าวน่าจะสร้างความพร้อมต่อการขึ้นวอร์ดให้นักศึกษาได้ดีกว่าการ พยายามสอนให้ครบ 5 หรือ 10 ครั้ง แล้วสอบเช่น ในปัจจุบันนี้ ซึ่งผมคิดว่าเป็นการรวบรัดและยึดเยียด ทำให้นักศึกษามีสภาพเหมือนเรียนอยู่ในชั้นมากขึ้นไป ในปีแรกๆ การสอนซักประวัติและตรวจร่างกายมี ถึง 60 ชั่วโมง ผมได้คัดค้านจนมีการตัดทอนให้ เหลือน้อยลง

ผมขอแทรกในที่นี้ว่า ผมเคยได้รับมอบให้เป็น ผู้ควบคุมการสอน history taking และ physical examination ทั้งนี้ Albany Medical School, NY และ St. Louis University, MO ผู้สอนนักศึกษาได้แก่ junior medical staffs, volunteer part-time staffs, fellows และ senior medical residents สอน นักศึกษา 4 คน 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ก็เป็นการเสร็จสิ้น (ที่ Albany มีนักศึกษาแพทย์ประมาณ 60 คน, ที่ St. Louis มีนักศึกษาประมาณ 160 คน) การปฏิบัติงานแบบวอร์ดก็จะอาศัยกลุ่มผู้สอน ดังกล่าวเช่นกัน โดยให้ทำหน้าที่เป็น preceptor ซึ่งให้ ควบคุมนักศึกษากลุ่มละ 2-4 คนตามความเหมาะสม preceptor แต่ละท่านจะทำหน้าที่แนะนำการเรียน รับปรึกษาปัญหา และนัดแนะกฎเกณฑ์ของกลุ่ม กันเองเท่าที่ทราบมีการพบปะของกลุ่มประมาณ 1-2 ครั้งต่ออาทิตย์ ประเมินผลในปีที่ 2 พบว่านักศึกษา แพทย์ของ St. Louis U. ซึ่งเดิมมี grade เฉลี่ย ประมาณ lower middle ของนักศึกษาแพทย์ทั่ว อเมริกา ได้เลื่อนขึ้นมาอยู่ upper middle ถึง lower first และสามารถสอบผ่าน national board ได้ถึง 90% ในการสอบครั้งแรก



การทำเอกสารประกอบการสอน (sheets) เป็นภาษาไทยก็เช่นกัน ควรเขียนสั้น ๆ เพื่อแสดงถึง pathogenesis ของโรคหรือกลุ่มโรค อาจเขียนเป็น flow sheets ไม่ใช่การเขียนหรือแปลบรรจุเนื้อหา มากและละเอียดคล้าย textbook เพราะจะทำให้ นักศึกษาสับสน ลังเลใจในการอ่านทั้งภาษาไทยและ textbook ตามความเป็นจริงแล้วนักศึกษาคงอ่าน text ทั้ง 2 ภาษาได้ไม่หมด เพราะมีปัญหาความเข้าใจ ทั้งของ sheet ภาษาไทยและ textbook อังกฤษ ด้วยเหตุผลของภาษาของ medical terminology และการเรียบเรียง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อนักศึกษาต้อง ตกอยู่ในสภาพลังเลใจดังกล่าว ก็คงจะต้องเลือกอ่าน sheet ภาษาไทย ในที่สุดก็เป็นผลให้ความตั้งใจที่จะ เห็นนักศึกษาอ่าน textbook ให้มากขึ้นเป็นความ ล้มเหลวไป ด้วยเหตุนี้ทางแพทยศาสตร์ศึกษาหรือ ผู้รับผิดชอบต่อการเรียนการสอน ควรจะรวบรวม ผู้เชี่ยวชาญมารวบรวม sheet ภาษาไทยเรียบเรียง เสียใหม่ให้เป็นขั้นตอน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ซ้ำซาก ทำให้เป็น textbook ไปเลย (ซึ่งคงยากมาก) หรือไม่ก็ เรียบเรียงเป็นแบบ synopsis อธิบายพื้นฐานของโรค และ pathogenesis ที่ไม่ต้องลึกซึ้งเพื่อเป็นการสร้าง ความเข้าใจและสร้างแนวทางการคิด ทำให้เกิดสงสัย หรือสนใจที่จะค้นคว้าใน textbook ต่อไป ที่สำคัญ ในการนี้คือ ต้องทำให้สั้นที่สุด

ผมอาจจะบ่นมายืดยาว แต่ขอให้คิดว่า เป็นความหวังดีต่อสถาบันแพทยศาสตร์รามธิบดี มิได้มุ่งร้ายหรือทำให้เสียกำลังใจต่อผู้ใด แต่ด้วยความหวังและกังวล เพราะถ้าจะเขียนกราฟความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนการสอนและเวลาที่ใช้ไปกับประสิทธิภาพที่ได้รับ (ความรอบรู้ของนักศึกษา) ทุกคนจะเห็นด้วยกับผมว่า เส้นกราฟมันต่ำลงตามลำดับ (คือ input มากขึ้นแต่ output น้อยลง) โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างรุ่นแรกๆ ลงมาเรื่อย เหตุผลหลักที่เห็นได้ชัดคือ การคิดสั้นในการลดจำนวนปีที่นักศึกษาแพทย์ลง แต่ในขณะเดียวกันกลับต้องมีวิชาที่จะเรียนมากขึ้น เราเน้นทางหัตถการมากเกินไปโดยไม่คำนึงถึงพื้นฐานความเป็นแพทย์ เรื่องเช่นนี้ได้เกิดขึ้นมาแล้วในการสร้างแพทย์ทหาร หรือที่เรียกว่า แพทย์ สร. เมื่อประมาณ 40 ปีก่อน เพียงจบ ม.6 (ม.4 สมัยนี้) แล้วเรียนเตรียมแพทย์ทหาร 2 ปี เรียนเตรียมแพทย์และแพทย์อีก 4 ปี ก็จบเป็นแพทย์ สร. ได้ยศ ร.ต. ทางกองทัพบก แต่ในที่สุดก็ต้องเลิกกลับไปหลังจากผลิตได้ไม่กี่รุ่น (ไม่แน่ใจจำนวนรุ่น) เนื่องจากเวลาการเรียนของนักศึกษาแพทย์น้อยลงเหลืออาจารย์ก็จะต้องทำงานมากขึ้น เพราะยังยึดความรู้สึกเก่าๆ ที่ว่าอาจารย์ต้องเป็นผู้สอนนักศึกษาทุกอย่าง ไม่ไว้ใจให้ resident ทำหน้าที่แทนในบางอย่าง เช่น ในต่างประเทศ (อเมริกา) โดยอ้างว่า resident ไม่ต้องการสอนหรือสอนไม่เป็น ผมกลับคิดว่าถ้าเราไม่เริ่มก้าวแรกแล้ว เมื่อไรเราจะเดินหรือวิ่งได้ อาจารย์ไม่ใช่พระนารายณ์ที่จะทำอะไรก็ได้โดยไม่ซีดจางัก อาจารย์ก็มีความเหนื่อยล้า ความเครียดได้ เรามีเวลาว่างที่จะคิดหาคำถามเพื่อให้นักศึกษาวิจารณ์อาจารย์ แต่ไม่มีเวลาว่างที่จะคิดถึงความยุ่งยากที่จะหาวิถีวิธีในระยะยาวเพื่อสร้างแพทย์ที่ดีในอนาคต การวิจารณ์เป็นสิ่งที่ดีเสมอ แต่ผู้วิจารณ์จะต้องมีความเป็นผู้ใหญ่พอ

และเป็นผู้ที่พร้อมจะไขว่คว้า มิใช่วิจารณ์โดยมีจิตใจที่ต้องการให้มีผู้มาสอนแต่เพียงอย่างเดียว ผลการวิจารณ์ถ้าเปิดเผยก็ทำให้เกิดความแตกแยก ถ้าปิดเป็นความลับ ก็เป็นการกระทำอย่าง KGB นับว่าให้ผลเสียมากกว่าประโยชน์ ปัญหาอีกประการหนึ่งคือการหา resident มาสมัครยาก เราจึงมุ่งเน้นในการสอน resident เสียมาก อาจารย์เปิด course สอน resident ที่มา elective เสียจนลืมนึกไปว่า resident ที่มานั้นกำลังฝึกงานเพื่อเป็น internist มิใช่ฝึกงานเป็น fellow ใน subspecialty เมื่อมีการสอนเข้ม การออกข้อสอบก็ลึกล้ำเป็นทฤษฎีมากขึ้น ผมว่า elective resident ได้รับการสอนในทางทฤษฎีมากกว่า fellow ในอเมริกาเสียอีก fellow ในอเมริกาต้องอยู่นานเพราะต้องเรียนโดยการดูซึม ผลพวงที่ตามมาอีกก็คือ เมื่อมีการสอบ board of internal medicine ข้อสอบในแขนง subspecialty จึงยากพอๆ กับการสอบเป็น subspecialist เลยทีเดียว ทั้งนี้เพราะผู้ออกข้อสอบคงจะลืมนึกไปว่า เป็นการสอบ board of internal medicine หรือผู้ออกข้อสอบได้รับการฝึกฝนมาแต่ในด้าน subspecialty เท่านั้น ความจริงความรู้ทาง subspecialty ของ resident ควรจะได้เพียงพอแล้วจากการ round ของอาจารย์แต่ละหน่วย หรือจากการ discuss กับ fellow ของหน่วย resident มา elective ทุกหน่วย ซ้ำแล้วซ้ำเล่า ทั้งๆ ที่ควรฝึกการเรียนการรักษาผู้ป่วยในแขนง internal medicine และทั้งๆ ที่ความสนใจในแขนงวิชาแพทย์ของแต่ละคนควรมีเพียง 1 หรือ 2 หน่วยเท่านั้น

ผมอยู่กับรามามา เท่ากับอายุของรามามา ในขณะนี้ โศกนาฏของผมก็หมดลงแล้ว เห็นการเกิดและการเปลี่ยนแปลงของรามามา มาตลอดเวลา 23 ปี จึงต้องขอกล่าวว่า มีความรักและผูกพันมาก (love



and bonding) รักและอาลัยทุกชีวิตในรามามา ต้องขอขอบคุณอาจารย์ทุกหน่วยและเจ้าหน้าที่ทุกคนของภาควิชาที่แสนดี ที่ทำให้ผมอยู่มาจนครบกำหนดได้ เป็นความรู้สึกผมมาตลอดชีวิต ไม่ว่าจะขณะที่ทำงานทั้งในและนอกประเทศว่า ชีวิตเราจะอยู่ได้โดยการเคารพซึ่งกันและกัน มีความจริงใจที่จะร่วมมือกัน มีความเป็นศิษย์อาจารย์ ความเป็นพี่เป็นน้อง และความเป็นเพื่อน มีความเห็นใจและเข้าใจต่อผู้อาวุโสมากกว่า และต่อผู้มีอาวุโสน้อยกว่า (seniority)

หน่วย Endocrinology and Metabolism เป็นหน่วยงานที่ผมตั้งขึ้นมาเต็มรูปแบบเป็นครั้งแรกของรามามา และอาจจะของประเทศไทยก็ว่าได้ มิใช่เป็นหน่วยที่ตั้งมาเป็นสถานที่ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะหาฮอร์โมนเท่านั้น แต่ได้ utilize ความรู้ทาง clinic เท่าที่จะมากได้ เราต้องยอมรับว่าการตรวจทางห้องวิเคราะห์ในเรื่องฮอร์โมนในประเทศเรายังมีความผิดพลาดมีไม่ทั่วไปและไม่สมบูรณ์อีกมาก อาจารย์ในหน่วยคือ อาจารย์กอบชัย พัววิไล และอาจารย์รัชตะ รัชตะนาวัน นับเป็นกำลังสำคัญ ทำงานอย่างเต็มที่ และเป็นสิ่งคำจูงศรัทธาที่ดีของผมมาตลอด เป็นความทรงจำที่ผมจะต้องภูมิใจไปตลอดชีวิต ผมขอภาวนาให้เขามีกำลังใจทำงานต่อไปด้วยความสบายใจจริงจังแต่ไม่เคร่งเครียด เพราะเรือเร็วรามานิธิลำนี้นี้ยังต้องแล่นไปอีกนาน

บุคลากรทางด้านพยาบาล ตลอดไปจนถึงแนวทางการบริหารของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ผมชื่นชมเป็นอย่างยิ่ง มาตั้งแต่แรกเริ่มมีการสร้างสรรค์และพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และถ้าผมจะไม่เอ่ยถึงคุณประคอง อินทรสมบัติ ในที่นี้ ทุกคนก็อาจจะไม่เห็นภาพของการอุทิศตัวให้วิชาชีพพยาบาลทุกคนที่ OPD med ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งของภาควิชาที่ผมต้องภูมิใจในการทำงานที่ยากลำบาก ทำงานท่ามกลางความสับสน ความรุ่มร้อนของคนที่มีพื้นฐานหลากหลายจำนวนมาก แต่ก็สามารถตั้งสติปฏิบัติหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ จัดระเบียบ ให้ความสะดวก ในการรักษาพยาบาลได้อย่างดีเยี่ยม อย่างที่หาไม่พบหรือหาพบได้ยากในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหลาย

เราจะพบกันอีกและไม่ลืมกัน ผมระลึกถึงทุก ๆ คนในรามานิธิลำนี้อยู่ เพราะความทรงจำของผมยังแจ่มแจ้งชัดเจน



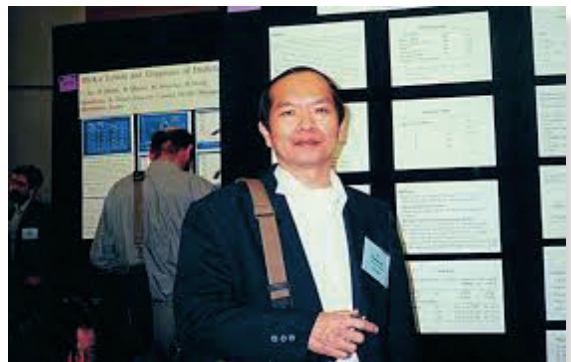
นายแพทย์สุขสวัสดิ์ เพ็ญสุวรรณ
จากหนังสือที่ระลึกเกษียณอายุราชการ
27 กันยายน 2534



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กอบชัย พัววิไล อดีตหัวหน้าสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม คนที่ 2

อาจารย์กอบชัย พัววิไล มีความมุ่งมั่นที่จะเป็นอายุรแพทย์ด้านโรคต่อมไร้ท่อ ตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 เนื่องด้วยบิดาของอาจารย์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน อาจารย์จึงได้อ่านตำราค้นคว้าจนกระทั่งเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานเป็นอย่างดี หลังจากทีอาจารย์เรียนจบแพทยศาสตรบัณฑิต อาจารย์ได้รับพระราชทานทุน อานันทมหิดลเพื่อไปศึกษาต่อด้านอายุรศาสตร์และอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อที่ประเทศสหรัฐอเมริกาตามที่ได้ตั้งใจไว้ เมื่อจบการฝึกอบรมอาจารย์กลับมาเป็นอาจารย์ที่สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา

ในขณะที่อาจารย์กอบชัยฝึกอบรมอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา อาจารย์มีความสนใจและชื่นชอบการทำวิจัยวิทยาศาสตร์พื้นฐานเป็นอย่างมาก แต่เมื่ออาจารย์กลับมาประเทศไทย ด้วยความจำกัดทางทรัพยากรในด้านต่างๆ และปัจจัยอื่นๆ อาจารย์จึงต้องเบนความสนใจไปที่งานวิจัยทางคลินิกแทน โดยอาจารย์มีความสนใจในเรื่องระบบโรคเบาหวานในคนไทย อาจารย์เดินทางไปประเทศอังกฤษ เพื่อเข้ารับการอบรมทางด้านโรคเบาหวานจัดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อกลับมาจากการอบรมอาจารย์จึงเริ่มทำการศึกษา ด้านโรคเบาหวานของเบาหวานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยอาจารย์ได้ทำการทดสอบความทนทานต่อ



น้ำตาลกลูโคส (glucose tolerance test) ในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน มาก่อนแต่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 1,051 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของภาควิชา เวชศาสตร์ครอบครัว จากนั้นนำผลการทดสอบ ความทนทานต่อกลูโคสไปเปรียบเทียบกับระดับ ของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานใน ผู้ป่วยคนเดียวกันอาจารย์พบว่าเกณฑ์การวินิจฉัย เบาหวานในสมัยนั้น ที่อาศัยระดับน้ำตาลในเลือดหลัง อดอาหารที่สูงกว่า 140 มก./ดล. นั้นมีความไว้น้อย ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้ป่วยจำนวน มาก มีผู้ป่วยเบาหวานเกือบครึ่งที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย จากผลของระดับน้ำตาลในเลือด แต่ได้รับการวินิจฉัย จากการทดสอบความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคส ผลงานวิจัยดังกล่าวได้รับความสนใจและได้รับการ อ้างอิงมากถึง 116 ครั้ง และในปัจจุบันเกณฑ์การ วินิจฉัยเบาหวานสากลโดยอาศัยระดับน้ำตาลใน เลือดหลังอดอาหารได้ลดลงจาก 140 มก./ดล. เป็น 126 มก./ดล.

ข้อมูลงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค เบาหวานที่มีประโยชน์ต่อการสาธารณสุข ระดับประเทศได้แก่ งานวิจัยที่อาจารย์ทำร่วมกับ ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ เป็นการศึกษเพื่อประเมินความเสี่ยงของคนไทยต่อ การเกิดโรคเบาหวานโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย (ซึ่งคำนวณได้จากน้ำหนัก และส่วนสูง) และประวัติการเป็นโรคความดันโลหิต สูง นำข้อมูลที่ได้ในแต่ละตัวมาให้คะแนนแล้วเอามาบวกรวมกัน ถ้าผู้ใดมีคะแนนสูงพบว่ามีโอกาสเป็น เบาหวานได้สูง จึงควรได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาล

ในเลือดต่อไป นอกจากนี้อาจารย์ยังเล็งเห็นความ สำคัญของการวินิจฉัยโรคเบาหวานในชาวชนบทที่มี ภูมิลำเนาอยู่ห่างไกล การเดินทางไปสถานพยาบาล เป็นไปด้วยความยากลำบาก ต้องอาศัยอาสาสมัคร เดินทางมาให้บริการในหมู่บ้าน การตรวจน้ำตาลทำได้ จากการเจาะปลายนิ้ว (capillary blood glucose) ซึ่งค่าของระดับน้ำตาลอาจมีความคลาดเคลื่อนเมื่อ เปรียบเทียบกับการเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือดใน ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล อาจารย์จึงได้ศึกษา ถึงความสามารถของระดับน้ำตาลที่ได้จากการเจาะ ปลายนิ้วในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ผลปรากฏว่าถ้า ระดับน้ำตาลที่เจาะได้จากปลายนิ้วสูงกว่า 110 มก./ ดล. ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นเบาหวานได้สูง จึงควรได้รับ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลต่อไป จะเห็นว่าผลการวิจัยเหล่านี้ มีประโยชน์อย่างมากต่อวงการสาธารณสุขไทย เป็น แนวทางปฏิบัติที่ประหยัด สามารถนำมาประยุกต์ ใช้เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคเบาหวานได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ความรู้ที่อาจารย์กอบชัยได้พยายามศึกษาค้นคว้า ทั้งหมดนี้จึงได้รับการอ้างอิงใน “แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคม ต่อมไทรอยด์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข และหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าหมายคือต้องการ ให้มีการค้นหาผู้ป่วย เบาหวานที่ยังไม่มีอาการ เพื่อสามารถให้การรักษา แต่เนิ่นๆ โดยให้เกิดความ คุ่มค่าทางทรัพยากร มากที่สุด



บทสัมภาษณ์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กอบชัย พัววิไล
จากนักเรียนแพทย์รุ่นแรกของรามาธิบดี
ผู้อาจารย์ผู้ร่วมบุกเบิกสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อรามาธิบดี



การพัฒนาการเรียนการสอนของหน่วยต่อมไร้ท่อตั้งแต่มัยแรก จนมาถึงปัจจุบัน

สมัยรุ่นบุกเบิกจริงๆ คืออาจารย์สุขสวัสดิ์ที่เหมาทุกอย่างทั้ง teaching, consultation และ service ช่วงนั้นยังคงไม่มี fellow มาสมัครในหน่วย การเรียนการสอนเป็นการสอนโดยตรงกับตัวอาจารย์เป็นหลัก ทุกอย่างจะเป็น bedside teaching พอผมอยู่ได้ 3 ปีหลังจากเรียนจบ พ.ศ. 2514 และไปศึกษาที่อเมริกาอยู่ 5 ปี กลับมาทำงานปีแรก คือปี พ.ศ. 2522 ผมเป็นอาจารย์คนที่ 4 ของหน่วย โดยอาจารย์ท่านแรกคือ อาจารย์สุขสวัสดิ์ และอาจารย์ท่านที่ 2 ที่เคยทำงานคือ อาจารย์พวงเพ็ญ แต่ตอนที่ผมกลับมา อาจารย์ลาออกไปแล้ว ก็เหลืออาจารย์เทพซึ่งเป็นท่านที่ 3 ต่อมาตอนนั้นก็ทำงานกัน 3 คน การเรียนการสอนของเราส่วนใหญ่ก็ยังคล้ายๆ เดิม ก็จะเป็น service เป็นหลักมี bedside teaching ที่ OPD ก็เป็นการสอนแบบ consultation เป็นครั้งคราว ยังไม่มี formal teaching แต่โชคดีเมื่อปี พ.ศ. 2522 มีคนมาสมัครเป็น fellow อยู่ 2 ท่านแล้วนะครับ ผมกลับมาจึงโชคดีที่กว่าเขา เราไม่ใช่คนแรกเลยไม่ต้องบุกเบิกมากเลยพยายามช่วยประคองต่อไปมี fellow คนหนึ่งคืออาจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน และคนที่สองรุ่นเดียวกันคืออาจารย์นพวรรณ ซึ่งทั้งสองคนช่วยงานด้าน service ไปได้เยอะ เราจึงมีเวลาในการกระจายการทำงานไปให้เป็นระบบมากขึ้น แต่ในช่วงนั้น



การเรียนการสอนของ fellow สองท่าน ส่วนใหญ่ก็จะเป็นแบบคล้ายๆ กับ service based ทั้งนั้นเลย คือ teaching จากชีวิตจริงที่ OPD และใน ward ก็คือ bedside round ยังไม่มี formal teaching หรือ formal discussion อะไรกัน ส่วนมาก discussion จะเป็น case by case ไปนะครับ แล้วหลังจากนั้นจะเป็นช่วงห่างซึ่งเราไม่มี fellow มาอยู่ช่วงหนึ่ง แต่พอมาหลังจากนั้นแล้วเราก็มี fellow มาทุกปีปีละ 2 คนเท่าที่ผมจำได้นะครับ การเรียนการสอนนั้น เราก็พยายามจะทำให้มันเป็นระบบมากขึ้น เนื่องจากอาจารย์แต่ละคนก็ยังไม่สามารถไปดูแลคนไข้ได้โดยตรงทุกราย และทุกวันจึงต้องอาศัยแรงของ fellow มาช่วย แล้ว fellow ก็ยังช่วย residents ที่มา elective ไปในตัวด้วย เริ่มแรกเราพยายามจะทำ structured teaching ผมยังจำได้ ตอนนั้นอาจารย์รัชตะกับผมก็ยังเป็น young staff กัน คิดกันคร่าวๆ โดยการสนับสนุนของอาจารย์ผู้ใหญ่ อาจารย์สุขสวัสดิ์ ช่วงนั้นอาจารย์เทพออกไปก่อนแล้วนะครับ เราจึงเหลืออาจารย์อยู่สามคน อาจารย์สุขสวัสดิ์ ผม และอาจารย์รัชตะ ผมและอาจารย์รัชตะก็คุยกันแล้วพยายามบอกว่า จะทำอย่างไรให้ resident ที่มา elective ทั้งจากข้างนอกหรือ resident ของเราเอง จะได้รับความรู้ที่ค่อนข้างจะ standardized เหมือนๆ กัน ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับ case by case คือมี case อะไรก็สอนแต่เรื่องนั้นอยู่ จึงเริ่มมีการสอนเป็นแบบคล้ายๆ กับ teaching section ตอนบ่ายก็พยายามแบ่งชั่วโมงเป็นการ clinical approach โรคต่อมไร้ท่อเรียงไปตั้งแต่ต่อมใต้สมอง เบาหวาน ไทรอยด์ เรียงไป พยายามให้ครบหลักๆ นะครับ เราพยายาม limit ไม่ให้พูดมาก สอนเป็นแบบ didactic แบบนักเรียนได้ lecture คือให้มี discussion ปนมาไว้ประมาณชั่วโมงหนึ่ง และอีกชั่วโมงหนึ่ง

เป็นการ present case ที่เป็น problem case หรือ case ที่น่าสนใจใน ward แล้วก็ถือโอกาสในช่วงนั้นให้ fellow ที่ดูแล case ร่วมกับ resident ได้เป็นคนไป review แล้วเขาอาจจะมาช่วยเสริมการสอนไปในตัวด้วย นั่นคือที่มาว่าหน่วยเราก็คือเป็นหน่วยแรกๆ ที่มี formal section teaching สำหรับ fellow/resident ซึ่งเราสอนรวมกันไปเลยเหมือนกับ grand round ตอนนั้น resident ที่มาเลือก elective มาหาเราเนี่ย ต้องยอมรับว่าแต่ละคนมาด้วยความตั้งใจว่างานหนัก เพราะว่าหน่วยเรารองจาก cardiology แล้ว endocrine รับ consultation มากที่สุดเป็นอันดับสองในภาควิชาอายุรศาสตร์ แต่ตอนนั้นของเราก็มีกันอยู่สามคนที่ประคองกันมา นั่นก็คือที่มาแต่ละปีสมัยก่อนโน้นที่ประชุมภาคลูกศิษย์หัวหน้าภาคหลายท่านก็จะให้ resident อายุรศาสตร์ประเมินการเรียนการสอนว่าเป็นอย่างไรบ้าง เราไม่ได้ประเมินเพื่อเอามารับรางวัลอะไรแพทย์ดีเด่นอะไร แต่เราดีใจว่าอย่างน้อยคนก็นิยมชมชอบพอสมควรที่จะมาอยู่ endocrine แล้วเขาก็ตอบรับว่าได้ประโยชน์พอสมควร ก็มีหลายคนทีกลับมาเป็น fellow ตามหลังจากนั้นนะครับ

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน โรงพยาบาลรามาริบัติที่เริ่มมีการ พัฒนาการดูแลอย่างเป็นระบบ

ตอนแรกๆ นั้นการดูแลคนไข้เบาหวาน คนไข้ในเราก็ดูแลแบบคนไข้ทั่วๆ ไป รับผิดชอบเป็นรายๆ ไปยังไม่มีมีการดูแลแบบสหสาขา ซึ่งมีนักกำหนดอาหารหรือพยาบาลชำนาญการพิเศษทางเบาหวานมาช่วย หลังจากผมกลับมาจากอเมริกาปี พ.ศ. 2522 หลังจากนั้นหลายปีก็มีผู้ที่สนใจการดูแลเบาหวานอย่างการพยาบาลมีนักเรียนมาทำปริญญาโท



ของคณะพยาบาลศาสตร์ แล้วตอนหลังก็มีอาจารย์พยาบาลเองของรามาริบัติ ซึ่งมีความสนใจเฉพาะเรื่องชำนาญเฉพาะทางเบาหวาน ซึ่งช่วยเราในเรื่องคนไข้ในที่ OPD เราก็โชคดีที่ฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาลรามาริบัติ ก็ส่งคนมาช่วยเป็นแบบสอนคนไข้เป็นโค้ช เป็นพี่เลี้ยงคนไข้ที่ OPD ทุกๆ session วันพฤหัสบดี ดังนั้นการเรียนการสอนดูแลคนไข้มีระบบหลวมๆ ขึ้นมาว่าเป็นสหสาขา หลักๆ คือ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์และฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาลรามาริบัติ นั่นก็คือช่วงที่แรกๆ ที่เริ่มต้นมาที่ OPD เราก็ค่อยๆ เตะแตะๆ ทำคล้ายๆ กับที่เราเริ่มการเรียนการสอนในหน่วย สำหรับ fellow และ resident elective คือเริ่มทำให้เป็น structured teaching มีการเริ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ผมก็จำไม่ได้ คิดว่าคงจะเป็นแห่งแรกๆ ของประเทศไทยที่มีเป็นแบบ formal แบ่งชั่วโมงการเรียนการสอนครั้งที่ 1 2 3 4 แต่ละอาทิตย์มาภายในเวลา 5 อาทิตย์คนไข้ควรจะได้รับการแนะนำสอนการดูแลเรื่องดูแลตนเอง การประเมิน การรับประทานยา และการออกกำลังกายคร่าวๆ คนสอนก็มีทั้งแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ตอนนั้นก็จะเป็นอาจารย์แพทย์เป็นหลักและก็มีพยาบาล และมีนักกำหนดอาหารโภชนาการมาช่วย ในช่วงหลังๆ มี fellow เข้ามาอย่างต่อเนื่อง ก็ไปช่วยสอนความรู้

ทั่วไปเบาหวานชั่วโมงที่ 1 ในช่วงหลังๆ พอคนมากขึ้น วันเบาหวานโลกช่วงเดือนพฤศจิกายน ก็จะมีการสอนรวมใหญ่ครั้งเข้าให้คนไข้ ตอนหลังก็มีการต่อเนื่องเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานทั้งแพทย์ทั้งพยาบาล ตอนหลังก็มีเภสัชมาช่วยด้วยสอนกันแบบเต็มวัน ตอนหลังก็รู้สึกจะจัดต่อเนื่องมาอย่างดี หลังจากผมเกษียณรู้สึกว่าจะงอกงามเติบโตขึ้นมาหลายอย่าง

เบื้องหลังความสำเร็จจากการทำสิ่งที่ไม่ค่อยมีใครทำ เจริญเติบโตขึ้นมายังยืน

จริงๆ มันไม่ใช่วันแมนโชว์หรอก ทุกคนช่วยกันหมด อย่างที่ผมบอก ผมกลับมาปี 2522 ก็โชคดีแล้ว เพราะมี fellow มาสมัครก่อนแล้ว ซึ่งคงจะสมัครผ่านทางอาจารย์เทพหรืออาจารย์สุขสวัสดิ์นี่แหละครับ ซึ่งผมก็ไม่ต้องไปหา fellow และเราก็เริ่มเตะแตะช่วยกันสอน เราก็จำรูปแบบในโรงเรียนเก่าที่เราเคยเรียนกันมาก่อน ในต่างประเทศบ้าง ช่วยกันคิดขึ้นมาบ้างนะครับ ที่ผมดีใจก็คือ แต่ละฝ่ายช่วยกันคนละไม้คนละมือ อาจารย์แพทย์ทุกคนไม่เคยคิดจะมีใครเกี่ยงงอน ฝ่ายพยาบาลฝ่ายโภชนาการเขาก็ได้รับส่วนงานของเขาเข้าไป ทุกคนก็มาช่วยกันเต็มที่

ก่อนอื่นต้องบอกเลยนะครับว่า ผมโชคดีที่ได้มาอยู่รามาริบัติและได้มาทำงานกับผู้ร่วมงานที่ผ่านมา เราเริ่มจากแทบจะไม่มีอะไร ก่อร่างสร้างตัวมาได้ และงอกงามได้ขนาดพอสมควร เป็นที่ยอมรับภายในประเทศพอสมควรนะครับ เพราะจากที่มี staff คนเดียวคืออาจารย์สุขสวัสดิ์ช่วงแรก และมีอาจารย์พวงเพ็ญมาช่วยบ้างสัก 2 - 3 ปี และมีอาจารย์เทพมาต่อเนื่อง ผมกลับมาปี 2522 ตอนนั้นทำงานกันสามคน ก็มีความสุขพอสมควรตามหลักอัตภาพ หนึ่งน้อยไหม? น้อย แต่เราก็ผ่านมาได้ พอผ่านมาแล้วพอเริ่มมีผู้ช่วย ผู้ช่วยในที่นี้ผมให้น้ำหนัก fellow เยอะเลย เพราะถ้าไม่มี fellow เข้ามาช่วย เป็นเหมือนอาจารย์ฝึกสอนและคอยเป็นพี่เลี้ยงให้ resident ที่ไปดูคนไข้ตาม ward ตาม consultation ที่ OPD เราคงไม่ได้มาขนาดนี้ เพราะอาจารย์สามคนนั้นคงทำอะไรมากกว่านั้นคงไม่ไหว ทารกันเท่าไรก็คงไม่พอ แต่ fellow คือตัวคุณ เพราะฉะนั้นที่ผมมองมาว่าจากคนเดียวที่อาจารย์สุขสวัสดิ์อยู่ เราไม่เจมนั่นะแต่เราล่อยน้ำมาปริ้มๆ และค่อยๆ เติบโตมาได้จนหลังสุดจากปีที่ผมเกษียณ ปี 2551 ผมว่าจำนวน fellow ที่เรา train จบออกไปหลายสิบคน แล้วก็เป็นที่ยอมรับ เวลาเราเปิดสมัครมีผู้ที่สนใจเยอะแยะพอสมควร หลังจากผมเกษียณไปแล้ว 10 ปี ผมเป็นอาจารย์พิเศษช่วยอยู่ด้วย



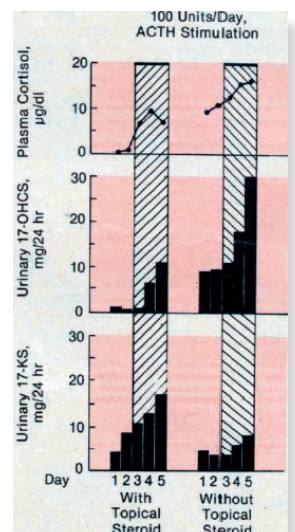
เห็นหน่วยเติบโตไปแบบ exponential เลยนะครับ ตั้งแต่รุ่นหลังจากอาจารย์เทพออกไป ก็เหลืออาจารย์สุขสวัสดิ์ ผม รัชตะ พออาจารย์สุขสวัสดิ์ เกษียณเราก็กลั่นลูกกลูกหลานกันอยู่สองคนอยู่สักช่วงไม่นานมาก ก็มีคนมาช่วยกัน มีอาจารย์บุญส่ง อาจารย์พงศ์อมร มาต่อ และมีอาจารย์สุภาพสตรีคนที่สองของหน่วย ก็คือ อาจารย์ฉัตรประอร และต่อมามีอาจารย์วัลยา พอมีคนมากๆ ขึ้นจาก course ที่เราทำก็จะสอนวันเดียว (1-day course) หน่วยก็สามารถเกือบจะให้เป็นแบบเต็มอาทิตย์ได้ และก็จะเป็นแบบ formal endocrine course ได้เลย ซึ่งผมไฝฝืนมานาน ตั้งแต่เมื่อก่อนเราไม่มีสิทธิ์ อย่างมากเราก็แค่ประชุมเบาหวานวิชาการตอนบ่าย ตอนเช้าให้ประชาชนจากประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาของหน่วยเท่าที่ดูมาความร่วมมือของหน่วยเรา ถ้าช่วยกัน ควรจะไปได้ดีนะครับ อย่างงานวิจัยจะเห็นว่ารุ่นหลังๆ จำนวนกับคุณภาพของผลงานวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในระดับโลกในตอนนี้ก็ว่าได้ครับ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา อาจารย์มีความสนใจเรื่องโรคไตและการล้างไต แต่เมื่อมีโอกาสได้กลับมาประเทศไทยและปรึกษากับอาจารย์ผู้ใหญ่ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ทำให้ อาจารย์ทราบว่ามีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตอยู่เพียงพอแล้ว แต่ยังขาดแพทย์ด้านโรคต่อมไร้ท่อ อาจารย์เทพจึงได้กลับไปประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อรับการฝึกอบรมด้านต่อมไร้ท่อที่โรงพยาบาลบริกแฮมแอนด์วูแมน (Brigham and Women Hospital) ของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และมีโอกาสได้ไปรับการอบรมที่ศูนย์เบาหวานจอสลิน (Joslin Diabetes Center) ซึ่งเป็นสถาบันสอนและสถานที่รักษาโรคเบาหวานที่ทั่วโลกยอมรับที่ศูนย์เบาหวานจอสลิน บรรยายภาคในการดูแลรักษาโรคเบาหวานมีความลึกซึ้งและมีความพร้อมมาก เน้นการให้ความรู้ผู้ป่วย มีผู้ป่วยโรคเบาหวานบินมาจากทั่วโลกเพื่อเข้ารับการอบรม รวมไปถึงวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา อาจารย์เทพตั้งใจไว้ว่าวันหนึ่งบ้านเราจะต้องมีสิ่งดีๆ แบบนั้นบ้าง

ในปี พ.ศ. 2517 อาจารย์เทพได้เดินทางกลับมาประเทศไทย เพื่อเข้ารับราชการที่สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดระยะเวลา 11 ปีที่อาจารย์ทำงานในฐานะอาจารย์แพทย์และหัวหน้าห้องวิจัยต่อมไร้ท่อของภาควิชาอายุรศาสตร์ อาจารย์ได้ริเริ่มนวัตกรรมใหม่ๆ และสร้างองค์ความรู้ใหม่มากมาย การวินิจฉัยโรคของต่อมไร้ท่อนั้นจำเป็นต้องอาศัยการส่งตรวจระดับของฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งในอดีตไม่มีชุดตรวจสำเร็จรูป (kit) เหมือนในปัจจุบัน อาจารย์เทพจึงได้ริเริ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวัดระดับฮอร์โมนในเลือด โดยอาศัยสารกัมมันตภาพรังสี (radioimmunoassay) ขึ้นเป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลรามาธิบดี และ



เป็นสถาบันแห่งแรกๆ ในประเทศไทย โดยห้องวิจัยของอาจารย์สามารถตรวจวัดระดับฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์และต่อมใต้สมองได้รวมไปถึงสามารถทดสอบและวินิจฉัยภาวะการขาดฮอร์โมนในผู้ป่วย อาจารย์ยังได้ก่อตั้งคลินิกวิจัยโรคต่อมไร้ท่อ ซึ่งเป็นคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคต่อมไร้ท่อที่น่าสนใจเหมาะแก่การเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์เทพได้ทำให้เกิดการพัฒนาที่สำคัญยิ่งของวงการต่อมไร้ท่อในประเทศไทย คือ การนำการวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ด้วยวิธีอิเล็กโตรฟอเรซิส (electrophoresis) เข้ามาใช้ ระดับของฮีโมโกลบินเอวันซีช่วยให้แพทย์สามารถติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน

อาจารย์เทพลาออกจากราชการในปี พ.ศ. 2528 เพื่อไปก่อตั้ง “เทพธารินทร์ศูนย์เบาหวานและไทรอยด์” ซึ่งต่อมาได้พัฒนาต่อไปเป็นโรงพยาบาลเทพธารินทร์ มีจุดประสงค์เพื่อสร้าง ต้นแบบการดูแลรักษาเบาหวานที่ถูกวิธี ตามหลักวิชาการและครบวงจร อาจารย์เทพเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เน้นการป้องกันโรค ไม่ใช่รักษาโรคแต่เพียงอย่างเดียว อาจารย์พยายามให้ความรู้ และณรงค์ให้คนทั่วไปออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เน้นดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยบุคลากรจากสหสาขา เนื่องจากอาจารย์เทพให้ความสำคัญในเรื่องการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง อาจารย์จึงได้รับนักกำหนดอาหารที่จบการฝึกอบรมจากต่างประเทศเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลเทพธารินทร์ ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกๆ ในประเทศไทยที่มีนักกำหนดอาหาร จึงเป็นโอกาสให้สถาบันโภชนาการและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ



คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งนักศึกษาเข้ามารับการฝึกอบรมดูงาน ทำให้หลักสูตรนักกำหนดอาหารในประเทศไทยมีความสมบูรณ์ขึ้น อาจารย์เทพได้รับพระราชทานปริญญาวินยาศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาโภชนาการและการกำหนดอาหารจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี พ.ศ. 2548 นอกจากนี้ อาจารย์ยังได้ก่อตั้ง “สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน” เพื่อดำเนินกิจกรรมทางวิชาการ ปลุกกระแสให้เกิดความตื่นตัวในเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และยังตั้ง “มูลนิธิเพื่อพัฒนาการบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน” เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมูลนิธิได้ทำงานร่วมกับมูลนิธิเบาหวานโลก (World Diabetes Foundation) ในการสร้างหลักสูตรการอบรมเรื่องการดูแลเท้า เพราะผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นแผลเรื้อรังที่เท้าได้ง่าย จนเกิดกระแสการดูแลเท้าและเกิดคลินิกเท้าทั่วประเทศจากการที่อาจารย์ได้ทุ่มเทเสียสละเวลาทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2554 อาจารย์ได้รับเกียรติจากสมาคมศิษย์เก่าของมหาวิทยาลัยวิสคอนซินให้รับรางวัล “Ralph Hawley Distinguished Service Award” ซึ่งมอบให้กับศิษย์เก่าผู้บำเพ็ญประโยชน์ต่อวิชาชีพ และนำวิชาการแพทย์มาสร้างคุณประโยชน์ให้กับสังคม

บทสัมภาษณ์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ
ปรมาจารย์ผู้บุกเบิกการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ด้านต่อมไร้ท่อของโรงพยาบาลรามาริบดี



วิวัฒนาการของการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านต่อมไร้ท่อ นับตั้งแต่ก่อตั้งโรงพยาบาลรามาริบดี

“ผมกลับมาที่เมืองไทยปี พ.ศ. 2517 ยังไม่มีการตรวจทางต่อมไร้ท่อเลย โชคดีที่ศูนย์วิจัยเอง มี scintillation counter อยู่แล้ว และอาศัยความร่วมมือทางด้านเวชศาสตร์ชุมชนและอาจารย์ทั่วไป ส่งคนไข้ซึ่งคิดว่าเป็นโรคไทรอยด์มาให้ เพราะฉะนั้นเราก็ต้องทำ lab radioimmunoassay ให้เกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัย antibody และ isotope คือ Iodine-125 ซึ่งประเทศไทยไม่ได้ผลิต เลยต้องซื้อ Iodine-125 จากเมืองนอกมา ส่วน antibody นั้นก็ยิ่งแพงมาก จึงขอซื้อจากทางแผนกสูตินรีเวช ซึ่งมี high-TBG เอามาใช้เป็น antibody โดย T4 assay เกิดขึ้นโดย iodinated T4 เป็น standard แล้วใช้ antibody ที่เป็น serum high-TBG ทำให้เราสามารถตรวจหาระดับ T4 ได้ ซึ่งช่วยในคนไข้ที่เราไม่แน่ใจว่าเป็นโรคไทรอยด์ เช่น คนไข้สูงอายุที่ไทรอยด์ไม่โตหรืออาการยังไม่มาก ทำให้เราสามารถวินิจฉัยโรคได้ด้วยความมั่นใจ หลังจากนั้นแล้วเราสามารถตรวจระดับ T3 และ TSH ได้ในลำดับต่อไป ระยะแรกวัดเป็น insensitive TSH ซึ่งยังไม่สามารถที่จะวัด TSH ระดับต่ำมากได้ ต่อมาพัฒนาเป็น sensitive TSH จึงสามารถช่วยวินิจฉัยโรคได้ดีขึ้น

อันดับถัดไปเป็นการตรวจ antibody โดยวิธี agglutination ซึ่งทำให้สามารถวินิจฉัยโรคของ Hashimoto's thyroiditis ได้ ผมได้ทำโครงการดูคนไข้ที่มี goiter จำนวน 200 คน ร่วมกับอาจารย์รัชตะ พบว่าคนไข้ที่เป็น goiter นั้น มี antibody สูงปริมาณครึ่งหนึ่ง แล้วคนที่ปริมาณ antibody สูงพบว่ามี hypothyroid ไปแล้วก็มี



จำนวนหลายเปอร์เซ็นต์โดยที่คนไข้ไม่รู้ตัว ซึ่งช่วยในการวินิจฉัย early hypothyroid ส่วนการวินิจฉัยโรคมะเร็งของไทรอยด์ได้เริ่มต้นทำ FNA พอดี โชคดีในตอนนั้นอาจารย์ซื้อตรงกลับมาช่วย ในขณะเดียวกันก็เริ่มทำ cystic aspiration โดยตอนแรกเริ่มใส่ tetracycline ต่อมาก็มาใช้แอลกอฮอล์กัน ตอนนี้ผมก็ยังใช้ tetracycline ซึ่งยังได้ผลดี

ถัดไปผมก็ไปมองต่อในโรคที่เจอบ่อยๆ คือ เบาหวาน เจอว่าคนไข้จำนวนเยอะมากที่ตาบอด ตั้งแต่ต้น ไตวาย และโดนตัดขา คิดว่าการวัดระดับการควบคุมเบาหวานมีความสำคัญ จึงเริ่มต้นการตรวจ HbA1c ซึ่งใช้วิธี electrophoresis ก่อน โดยเริ่มต้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย และต่อไปผมได้พัฒนาแล็บ HPLC และปัจจุบันเป็นวิธี ELISA การดูแลโรคเบาหวานพยายามที่จะสร้างเรื่องสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากต้องให้คนไข้เบาหวานช่วยตัวเองได้ เราได้พยาบาลมาคนแรกยังไม่ได้บรรจุเข้าเป็นข้าราชการในตอนนั้น ยังไม่ได้ช่วยเรื่องเบาหวานในตอนแรก แต่ก็ได้ช่วยในเรื่องของการทำ test ต่างๆ เช่น เรื่องของ pituitary gland ตรวจ growth hormone stimulation test และได้ทำ cocktail ประกอบขึ้นเพื่อที่จะดู pituitary gland function ตั้งแต่ทำให้เกิด hypoglycemia ด้วยการใช้อินซูลิน, TRH stimulation และ GnRH stimulation ซึ่งผมได้ทำในเรื่องของ Sheehan's syndrome ซึ่งอยู่เมื่องนอกก็ไม่เคยเห็นสักรายเดียว เริ่มต้นทำ transsphenoidal surgery กับอาจารย์สิระ และเรื่องของ adrenal gland ได้ทำการวินิจฉัย primary aldosteronism ซึ่งได้ร่วมกับด้านศัลยกรรม คือ อาจารย์ทองดี เวลาเข้าห้องผ่าตัดก็ต้องเข้าด้วยกัน เพราะว่าไม่มี CT, angiogram ให้ดู ก็เลยต้องเข้าไปด้วยกันเพื่อ convince ให้ผ่าตัดได้ ซึ่งได้พัฒนามา



เรื่อยๆ จนทำให้คนไข้หายจากโรคไปเยอะ พอมาถึงเรื่องของเบาหวานเจออุปสรรคใหญ่ในการทำสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลใหญ่ จึงได้ลาออกไปสร้างโรงพยาบาลเทพธารินทร์ เพื่อสร้างสหสาขาวิชาชีพ อันนี้ให้เกิดขึ้น ซึ่งปัจจุบันนี้ได้สำเร็จขึ้นหมดแล้ว อย่างเช่น นักกำหนดอาหาร ผู้ให้ความรู้เรื่องเบาหวาน และเรื่องเท้าเบาหวาน ตอนนี้ควรจะต้องมุ่งไปในเรื่องของการปรับปรุงเปลี่ยนพฤติกรรมคนไข้ ซึ่งหมายความว่างานของการสอนของเราที่นี้ต้องปรับเปลี่ยนไปให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องทางด้านสาธารณสุขศาสตร์มากขึ้น ทำเรื่องของการป้องกันโรคมากขึ้น”

ความรู้ทางคลินิกยังมีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนกว่าการตรวจพิเศษ

“โรคเกี่ยวกับ pituitary เราต้องอาศัยการวินิจฉัยทางคลินิกอย่างเต็มที่เลย อย่างเช่นคนไข้เนื้องอกในต่อมใต้สมอง ซึ่งผมยังติดตามดูคนไข้จนปัจจุบัน คนไข้โดนรักษาแบบไมเกรนมาตั้งแต่อายุ 15 ปี จนถึงอายุ 25 ปี แต่ว่าหมอที่ส่งมาให้คิดว่าน่าจะมีปัญหาของโรคทางด้าน endocrine เพราะตรวจพบว่าตัวเตี้ย ผมดูแล้วก็เห็นด้วยและตรวจร่างกายเพิ่มพบว่า มี hypothyroid เพราะตรวจ reflex ซ้ำไปบ้าง สมัยก่อนการตรวจหาเนื้องอกต่อม



ได้สมองก็ไม่มี CT scan เลยต้องอาศัยการ x-ray โดยต้องใช้วิธีฉีดลมเข้าไปทาง spinal cord แล้วจับคนไข้ม้วนขึ้นเพื่อให้ลมขึ้นไปอยู่เหนือ pituitary gland แล้วเรียกว่า pneumoencephalogram ซึ่งคนไข้เกลียดที่สุด เพราะว่าเมื่อลมเข้าไปอยู่ที่สมองมันปวดหัวมากมหาศาล นอกจากนั้นปัญหาของการรักษาโรคของ endocrine คือ ไม่ค่อยมียา เราอาศัยการผ่าตัดหะส่วนใหญ่ ผมทำงานร่วมกับ neurosurgeon คืออาจารย์สิระ อาจารย์เขาเริ่มต้นมาทำ transsphenoidal surgery ขณะนี้อาจารย์สิระอายุ 80 กว่า ยังทำอยู่นะ ได้เริ่มต้นเรื่องของ pituitary surgery เป็นครั้งแรกที่นี่ จำได้ว่าตอนผ่าตัด craniopharyngioma ดูน้ำออกมามันออกมาเป็นสีขาว ตอนนั้นเรายังไม่รู้เลยว่ามันเป็นหนองหรือเป็นอะไร แม้กระทั่งหมอทางด้านพยาธิฯ นำเซลล์ไปดู ก็ไม่เห็นเซลล์ของอะไร ในตอนนั้นไม่มีใครรู้จักอะไรสักอย่าง ในที่สุดไปค้นดูก็พบว่า craniopharyngioma เป็น cyst การเรียนรู้ของพวกนี้ได้จากประสบการณ์ที่ลงมือทำและเห็นจริงๆ

ส่วนทาง x-ray เอง เช่น angiogram ของต่อมหมวกไตเขาก็เข้าได้ข้างเดียวก็คือข้างซ้าย ส่วนข้างขวาเอง หมอเอกซเรย์เข้าไม่ค่อยได้ ก็พอช่วย guide ได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่เราก็ได้ประสบการณ์หลายอย่างด้วยกัน เช่น คนไข้ซึ่งเป็น primary aldosteronism เราก็ใช้วิธีวินิจฉัยแบบ pharmacologic diagnosis

ใช้ aldactone suppression test ให้ aldactone 400 มิลลิกรัม แก่คนไข้ทุกวัน ก็พบว่าสามารถแก้ไขให้ potassium และ electrolytes ปกติหมดในสองอาทิตย์ แล้วความดันลดลงในสัปดาห์เดียว ถ้าความดันนั้นลงมาปกติเลย การวินิจฉัยว่าเป็น primary aldosteronism ค่อนข้างแน่นอนเลย เพราะว่า essential hypertension จะไม่มีการตอบสนองแบบนี้ แต่ที่ยากคือการผ่าตัดแล้วเราก็ไม่รู้ว่ายอยู่ข้างไหน จะมี angiogram ช่วย จำได้ว่ามีเคสหนึ่ง angiogram แล้วอยู่ข้างที่เข้าไปได้ แต่พอ convince surgeon เข้าไปผ่าตัด ก็พบว่ามันเนื้องอกอยู่ที่อีกข้างหนึ่ง พอบอกว่าตัดเนื้องอกข้างนั้นออกไปแทน เพราะข้างที่สงสัยคลำก่อนไม่ได้ ปรากฏว่าหลังผ่าตัดความดันก็ยังสูงอยู่ hypokalemia ก็ยังอยู่ เลยให้ aldactone ไป มันก็ response เหมือนเดิม เราเลยมั่นใจว่าต้องมีเนื้องอกเหลืออยู่ แต่ต้องใช้เวลา convince surgeon อีกสักครึ่งปีเพื่อเข้าไปผ่าตัดใหม่ ปรากฏว่า surgeon ที่เคยเข้ากับเราเมื่อก่อนนี้ไม่ว่าง surgeon เข้ามาใหม่อีกคนยังมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ เขาบอกอีกข้าง tumor หาไม่เจอเช่นเดียวกันก็เลยต้องปิดแผล คนไข้ยัง hypokalemia เหมือนเดิม และในที่สุดต้อง convince surgeon คนเดิมให้เขาไปผ่าตัด และ convince คนไข้เพื่อขอผ่าตัดครั้งที่สาม ปรากฏว่าเขาเจอก้อนเนื้องอกจริงๆ เขาก็ถามผมว่าเอาออกทั้งอันไหม ผมตอบว่า ถ้าเอาออกทั้งอัน ผมก็ต้องเทคนักรคนไข้ต่อไปอีกนานให้เอาออกเฉพาะเนื้องอกได้ไหม เขาบอกได้ ก็เลยเอาออกเฉพาะเนื้องอกและเหลือ adrenal gland บางส่วน ปรากฏว่าโชคดีมาก hypertension หายหมด electrolyte กลับมาปกติหมด ของแบบนี้แสดงให้เห็นว่า การดูแลคนไข้ถึงแม้ไม่มีเทคโนโลยีที่สูงก็ตาม แต่ถ้าเราทำงานเป็นทีมด้วยกัน มันก็ประสบความสำเร็จได้อย่าง primary aldosteronism เคสนั้น

อีกตัวอย่าง เช่น มีเคสคนไข้กลืนติดเนื่องจาก มีเนื้องอกที่ปอดไปกดที่ esophagus อยู่ที่แผนก GI เฝื่อนแพทย์ประจำบ้านไปตรวจพบว่ามี gynecomastia อยู่ข้างเดียว ผมก็เลยสั่งตรวจ pregnancy test ใน ชายอายุ 76 ปี ปรากฏว่าผล positive กลายเป็นเคส แรกของ hormone producing tumors ในมะเร็ง ปอด ส่วนเลือดของคนไข้คนนี้ก็ส่งไปเมืองนอกเพื่อ ตรวจยืนยัน hCG ก็ขึ้นเป็นหมื่นเลย ยังมีเรื่องอื่นๆ อีก เช่น diabetes insipidus ยังไม่มี DDAVP มาใช้ มีแต่ vasopressin tannate ฉีด 3 วันครั้ง เลยไป เอายาที่มี side effect ของ SIADH มาใช้ ปรากฏว่า nocturia หายไปหมดเลย คนไข้บางคนก็ยังใช้อยู่เลย จนกระทั่งบัดนี้ ก็คือ chlorpropamide ของพวกนี้ คือเราพยายามปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เราต้องการ ด้วยความรู้มันต้องกว้างหน่อย และอาศัยการทำงาน ร่วมมือกันกับศัลยกรรมมากๆ เลย”

มุมมองของอาจารย์เทพกับ endocrine practice ในปัจจุบัน

“ตอนนี้การตรวจ lab ผมคิดว่าเราเกือบจะ saturated แล้วนะครับ ในเรื่องต่างๆ แล็บที่จะออกไป ลึกหน่อย คือ genetic ซึ่งตอนนี้เรายังไม่สามารถใช้ routine ได้ อย่างเช่น CA thyroid เป็นต้น การ ตรวจ BRAF ยังไม่ได้ช่วยอะไรได้มากมาย ส่วนใหญ่ก็ ยังอาศัย clinical อยู่ แม้กระทั่ง thyroid antibody ข้างนอกก็ไม่ค่อยได้ใช้กัน ทำให้วินิจฉัยสาเหตุของ goiter ผิดไป อีกอย่างคนไข้ไทรอยด์ตอนนี้โดนเป็น triage ไปให้ตรวจกับ ENT เสียเยอะ ดังนั้นเรื่องของ ไทรอยด์ก็เลยโดนผ่าตัดเสียเยอะ คงจะต้องมีการแก้ไข การทำงานเป็นทีมกับ ENT ให้มากขึ้น สำหรับการ ทำ อัลตราซาวนด์ของไทรอยด์ก็มีเทรนนิ่งมากขึ้น แต่ไม่ เห็นใครเอาออกไปใช้เลยนะครับ เพราะว่ามันเหมือน ไปแย่งงานของ radiologist



ส่วน osteoporosis ก็เป็นอีกโรคหนึ่งซึ่งเป็น field ของ endocrine แต่ว่ามีหลายคน ช่วยไปดูแล เช่น ortho, gyne แต่ว่าจริงๆ แล้วหาก endocrine ดูแลตั้งแต่ต้นแล้ว สามารถดูแลได้ต่อเนื่อง ได้ เช่น คนไข้ไทรอยด์ทุกคน ผมติดตามดูแลตั้งแต่ เขายังสาว ๆ แล้ว พอเขาจะแต่งงาน เขาจะตั้งครรภ์ ขณะกำลังท้องแล้วคลอดลูก เราติดตามหมด คลอดลูก ไปเสร็จเรียบร้อย ถึงวัยใกล้ๆ menopause เราก็เริ่ม ให้เค้ารู้ว่ามื่ออะไรที่เราจะต้อง concern บ้าง ต้องดูแล เรื่องแคลเซียมกับวิตามินดีให้ดี ซึ่งทั้งหมดถ้าหากเรา ได้ replace ตั้งแต่ต้นช่วยป้องกัน osteoporosis ไปได้เยอะเลย

เน้นเรื่องของ prevention โดยเฉพาะ อย่างยิ่งเบาหวาน ต้องพยายามที่จะวินิจฉัยโรค เบาหวานด้วย OGTT การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไข้ งานของเราควร ลงในระดับ community และการป้องกันโรคมากขึ้น แม้กระทั่งลูกหลานของคนไข้ไทรอยด์ที่มาหาเรา เราจะไม่ปล่อยให้เขาเป็นเบาหวาน เราต้องเล่นงาน ตั้งแต่ต้นเลย”



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน มีความเป็นเลิศและโดดเด่นในด้านวิชาการ อาจารย์รักรัทยาศาสตร์และการทำวิจัยเป็นชีวิตจิตใจ อาจารย์มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติถึงกว่า 180 เรื่อง และมีเครือข่ายวิจัยกว้างขวาง อาจารย์ได้สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ ๆ หลายคน อาจารย์ประสบความสำเร็จในด้านวิชาการขั้นสูงสุดเมื่อได้รับรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นของไทย จากนั้นอาจารย์ตัดสินใจเปลี่ยนจากนักวิชาการมาเป็นผู้บริหาร เพราะเห็นว่าการบริหารจัดการที่ดีมีความสำคัญต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ โดยได้ดำรงตำแหน่งคณบดีซึ่งเป็นตำแหน่งสูงสุดของคณะแพทยศาสตร์ฯ และยิ่งไปกว่านั้นในปัจจุบันอาจารย์ยังได้รับความไว้วางใจให้ไปดำรงตำแหน่งอธิการบดีของมหาวิทยาลัยมหิดล และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์รัชตะมีบุคลิกภาพที่อ่อนน้อม อ่อนโยน มีความเมตตา และความกตัญญู ระลึกถึงคุณของผู้มีพระคุณอยู่เสมอ อาจารย์จะยกย่องชมเชยทั้งผู้ที่สูงกว่าและผู้ที่อยู่ได้บังคับบัญชาอย่างเปิดเผย อาจารย์เป็นแบบอย่างของผู้ที่มีความเชื่อมั่นในการ “ให้” ในการกระทำทุกอย่าง และเป็นเหตุที่นำความสำเร็จในทุกๆ ด้านมาให้กับอาจารย์ในที่สุด

อาจารย์รัชตะเป็นนักศึกษาแพทยรามธิบดีรุ่นที่ 5 อาจารย์มีความสนใจทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานมาตั้งแต่เป็นนักเรียน ในที่สุดท้ายของการเป็นนักเรียนมัธยม อาจารย์สอบได้ทุนโคลัมโบเพื่อไปศึกษาต่อวิทยาศาสตร์ในต่างประเทศ แต่ในที่สุดอาจารย์ได้ตัดสินใจเรียนแพทยตามคำแนะนำของบิดา-มารดา ด้วยเหตุผลคืออาชีพแพทย์นั้นยังมีโอกาสได้ทำงานวิจัยเช่นเดียวกับนักวิทยาศาสตร์ เมื่ออาจารย์ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตแล้ว จึงได้มาเรียนต่อแพทยศาสตรบัณฑิตที่คณะแพทยศาสตร์



โรงพยาบาลรามาริบัติ เมื่อเรียนจบแพทย์อาจารย์สมัครเป็นแพทย์ฝึกหัดต่อที่รามาริบัติ แล้วเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ในปี พ.ศ. 2519 อาจารย์เกิดความสนใจในสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อ เมื่อมีโอกาสได้ทำงานร่วมกับศาสตราจารย์นายแพทย์เทพ หิมะทองคำ เพราะเห็นว่าศาสตร์ของสาขาต่อมไร้ท่อต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและทางด้านการแพทย์ไปพร้อมๆ กัน เมื่อจบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์และ fellow โรคต่อมไร้ท่อ อาจารย์เทพได้ติดต่อให้อาจารย์รัชตะไปฝึกอบรมต่อที่ University of Massachusetts ในเมือง Worcester ประเทศสหรัฐอเมริกา อาจารย์กลับมารับการบรรจุเป็นอาจารย์ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติในปี พ.ศ. 2526 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2530 อาจารย์ได้เดินทางกลับไปทำงานวิจัยที่ University of Massachusetts อีกครั้งเป็นเวลา 1 ปี พร้อมกับอาจารย์ณัฐภา-กรรยา

อาจารย์ให้ความสนใจงานวิจัยเป็นพิเศษ ตอนที่เป็นแพทย์ประจำบ้านอาจารย์ได้เขียนรายงานผู้ป่วยแบบ case report และได้ทำงานวิจัยร่วมกับอาจารย์เทพ ทำให้ในช่วงก่อนที่อาจารย์จะไปศึกษาต่อต่างประเทศ อาจารย์มีผลงานวิจัยตีพิมพ์ถึง 5 เรื่อง เมื่อ

อาจารย์เทพลาออกราชการ อาจารย์รัชตะได้ดูแลห้องปฏิบัติการต่อจากอาจารย์เทพ อาจารย์เริ่มจากการทำงานวิจัยเล็กๆ ซึ่งส่วนใหญ่ได้ทุนวิจัยภายในจากคณะแพทยศาสตร์ฯ เมื่ออาจารย์ขอทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลแต่ได้รับการปฏิเสธ อาจารย์ไม่ได้ละความพยายาม ได้ส่งไปขอทุนอีกครั้งจาก International atomic energy agency (IAEA) ปรากฏว่าขอเงินทุนเพียง 1 แสนบาท แต่กลับได้มาถึง 3 แสนบาท พร้อมกับตัวเครื่องบินไป - กลับชั้นธุรกิจ เพื่อเดินทางไปเสนอผลงานวิจัยที่ต่างประเทศ ทำให้อาจารย์มีกำลังใจมากขึ้น และเห็นว่าถ้าตั้งใจจริงและไม่ละความพยายาม งานทุกอย่างจะสำเร็จได้ นอกจากนี้ศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ในขณะนั้น ได้เล็งเห็นในความสามารถและความตั้งใจของอาจารย์รัชตะ จึงได้ส่งเสริมให้อาจารย์มีโอกาสได้รับทุนพัฒนาอาจารย์จากมูลนิธิประชาธิปไตย-ร่ำไผ่พรรณี และแนะนำให้อาจารย์ทำงานวิจัยด้านการขาดสารไอโอดีนในคนไทย ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ ทำให้อาจารย์รัชตะได้มีโอกาสทำงานในฐานะนักวิชาการสนับสนุนโครงการนี้ ซึ่งขณะนั้นนายชวน หลีกภัย เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์รัชตะอายุยังไม่ถึง 40 ปี ได้มีโอกาสนั่งรถคันเดียวกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีกรมอนามัยไปต่างจังหวัด ในโครงการรณรงค์การขาดสารไอโอดีน อาจารย์มีโอกาสได้เห็นระบบสาธารณสุขของประเทศไทย และได้เก็บข้อมูลทำวิจัยในปัญหาระดับประเทศ ในระยะต่อมาอาจารย์เริ่มมีความสนใจในเรื่องของโรคกระดูกพรุน อาจารย์เล็งเห็นว่าการทำงานวิจัยโรคกระดูกพรุนมีความจำเป็นที่จะต้องมียกวิจัยจากสหสาขา และในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มีผู้เชี่ยวชาญ

ยังไม่มีควมอาวุโสเพียงพอที่จะเป็นประธานของกลุ่มวิจัยได้ จึงได้ไปเชื้อเชิญอาจารย์อรรถสิทธิ์ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นคณบดีให้เป็นประธานกลุ่มวิจัยให้ จากจุดเริ่มต้นอันนี้ทำให้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติก้าวสู่ความเป็นผู้นำในการวิจัยโรคกระดูกพรุน มีโครงข่ายวิจัยกว้างขวางและมีผลงานตีพิมพ์จำนวนมาก จนกระทั่งอาจารย์ได้รับเชิญให้เป็นเมธีวิจัยอาวุโสของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสุดท้ายได้รับรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นของไทย

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาจารย์ประสบความสำเร็จในการทำวิจัย นอกจากความตั้งใจจริงแล้วยังต้องมีโจทย์วิจัยที่มีความโดดเด่นไม่เหมือนใคร มีผู้ให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง มีการสร้างเครือข่าย รู้จักใช้เทคโนโลยี มีการสร้างคนรุ่นใหม่ สร้างความเชื่อใจให้เกิดขึ้นในกลุ่มนักวิจัย ไม่เอาเปรียบกัน ต้องเป็นคนใจกว้าง รู้จักให้และพร้อมที่จะสนับสนุนผู้อื่นเสมอ ไม่ควรหวงข้อมูลเอาไว้เองเพราะจะไม่เกิดความก้าวหน้า ในระหว่างที่อาจารย์ดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ อาจารย์ได้จัดสรรทุนวิจัยของเมธีวิจัยอาวุโส สกว. ให้แก่อาจารย์หลายท่านในภาควิชาฯ และช่วยหาทางให้อาจารย์ที่มีศักยภาพในการ

ทำวิจัยสามารถยื่นได้ด้วยขาของตัวเอง โดยอาจารย์จะคอยแนะนำแหล่งทุนวิจัยที่เหมาะสมผลักดันให้อาจารย์ลูกภาคของทุนวิจัย และสละเวลาไปฟังและให้กำลังใจในเวลาที่อาจารย์ลูกภาคต้องไปเสนอขอทุน อาจารย์คอยเป็นห่วงความก้าวหน้าทางวิชาการของลูกภาค โดยจะคอยเตือนเมื่อถึงเวลาที่อาจารย์ลูกภาคควรจะไปขอตำแหน่งวิชาการและคอยติดตามผลอยู่เสมอ นอกจากงานวิจัยแล้วในด้านการเป็นแพทย์ อาจารย์ดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างละเอียดลออในทุกๆ ด้านไม่ใช่เฉพาะแต่ด้านต่อมไร้ท่อเท่านั้น อาจารย์ให้ความเมตตาและความเป็นกันเองกับผู้ป่วย เปรียบเสมือนกับญาติคนหนึ่ง ดังนั้นในโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์รัชตะจึงได้บริหารจัดการให้แพทย์ประจำบ้านมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่เป็นแพทย์ประจำบ้าน ปี 1 ถึงปี 3 และให้มีอาจารย์ทุกสาขาวิชาออกตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกทุกวัน เพื่อจะได้ให้คำแนะนำแก่แพทย์ประจำบ้านได้ นอกจากนี้อาจารย์ยังได้ริเริ่มจัดให้มีกิจกรรม Medicine Rally ขึ้นปีละ 2 ครั้ง เพื่อสร้างความสนิทสนมให้เกิดขึ้นระหว่างอาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน





บทสัมภาษณ์
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน
จากทบวาทครุแพทย์
ผู้้นักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ และนักบริหาร

แรงบันดาลใจในการทำงานวิจัยเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อที่โดดเด่นและ
สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริงในระดับสาธารณสุข

งานวิจัยนั้นตั้งแต่เริ่มแรกที่ทราบว่าผมจะได้เข้ามาทำงานที่หน่วยต่อมไร้ท่อ
ความจริงก็ได้มีการสนับสนุนทางด้านห้องปฏิบัติการอยู่แล้ว จะต้องถือว่าเป็นวิสัยทัศน์
ของผู้บริหารในอดีต คือสมัยท่านอาจารย์อารี วัลยะเสวี และคณะผู้ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์
รามธิบดีว่าให้มีสำนักงานวิจัยซึ่งในขณะนั้นหน่วยต่อมไร้ท่อก็มีห้องปฏิบัติการซึ่งใช้
ร่วมกันระหว่างต่อมเด็กและผู้ใหญ่ หลังจากทีอาจารย์เทพ หิมะทองคำ ได้กลับมาจากการ
ศึกษาจากต่างประเทศก็ได้มาช่วยทำพวกด้าน hormone assay ต่างๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อย
เช่น ฮอร์โมนไทรอยด์ ต่อม pituitary ต่างๆ ซึ่งก็เป็นจุดที่เราสามารถที่จะทำงานในคลินิก



การดูแลผู้ป่วย และงานในด้านวิจัยได้ดีขึ้น ผมกลับมา
ตอนนั้นก็มีความรู้สึกที่ว่าหากเรามีโอกาสที่จะสร้างความรู้
เกี่ยวกับโรคต่อมไร้ท่อนี้ได้ โดยถ้าเรามีทรัพยากรจำกัด
ไม่ได้มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีขีดจำกัดที่จะแข่งขันได้
เหมือนกับในต่างประเทศ การทำวิจัยที่ให้เกิดประโยชน์
คือเราต้องหาจุดแข็งที่จะทำวิจัยให้เกิดเป็นประโยชน์
กับทุกคน เรียกเป็นภาษาอังกฤษคือ niche เป็นการ
หางานวิจัยเกี่ยวกับโรคของบ้านเรา ปัญหาเฉพาะถิ่น
เฉพาะตัวของเรา ซึ่งต่างชาติยังมีไม่มาก เราน่าจะมองว่า
ปัญหาอะไรที่เรา กำลังเผชิญอยู่ เรายังไม่มีคำตอบ เรายัง

หาความรู้ในสิ่งนั้นๆ อย่างเช่นในช่วงแรกๆ Sheehan syndrome เยอะกว่าสมัยนี้ เมื่อก่อนการคลอดยังไม่มีการมาตรฐาน เราก็สามารถทำวิจัยเกี่ยวกับในเรื่องของ clinical และทางด้าน laboratory change ของ Sheehan syndrome ซึ่งเราก็ได้ความรู้มาเยอะเกี่ยวกับ natural history นี่เป็นเรื่องที่เกิดจากบ้านเราและมีคุณค่า เพราะช่วยให้เราได้ดูแลผู้ป่วย Sheehan syndrome นี้ได้ดีขึ้น หรือโรค thyroid พบเยอะมากๆ จะเป็น Graves' disease หรือ goiter เราพยายามหาจุดที่แตกต่าง โดยไม่จำเป็นต้องรักษาเหมือนต่างประเทศทุกอย่างอาทิเช่น Graves' disease การที่เราทำวิจัยในเบื้องต้นก็พบว่าขนาดของยาที่ใช้อยู่เดิม คือ PTU ต้องใช้ 6 เม็ด 300 mg ต่อวัน หรือ methimazole 30 mg ต่อวัน ซึ่งหลังจากทำวิจัยแล้วเราสามารถลดยาลงได้ครึ่งหนึ่ง เราก็ได้ใช้เป็นบรรทัดฐานในการรักษาผู้ป่วยมาโดยตลอด ทั้งนี้ก็เป็นตัวอย่าง เรามีโอกาสที่จะวิจัยโดยที่มองหาสิ่งที่เรียกว่าเป็นจุดแข็งวิจัย niche ผมคิดว่ามันมีอยู่ตลอด เราต้องพยายามที่จะมองดูมัน มองหามัน เป็นสิ่งที่เราประสบอยู่ทุกวัน เพียงแต่ว่าเราไม่คิดที่จะตั้งรับอย่างเดียว หรือว่าข้อมูลบางอย่างใน literature ต่างประเทศไม่พอเพียงหรือไม่ตรงกับของเรานัก สิ่งหนึ่งที่ผมได้มีโอกาสได้ทำปัญหาสาธารณสุขของประเทศเราในเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งในปีประมาณ 2530 เริ่มที่จะมีข้อมูลเรื่องการขาดสารไอโอดีนของประเทศไทยที่ยังไม่หมดไป ที่แรกนึกว่าได้รับการควบคุมแล้ว แต่ว่ามีกองโภชนาการ กรมอนามัยมาสำรวจอีกทีในจังหวัดทางภาคเหนือซึ่งพบว่า 14 จังหวัดของภาคเหนือและอีก 1 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ จังหวัดเลย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเอ๋เป็นจำนวนมาก โดยพบว่าจังหวัดหนึ่งมีผู้ป่วยเอ๋ถึงประมาณ 300-400 คน และมีการสำรวจ



อัตราการเป็นคอพอกในเด็กนักเรียนพบว่ามีจำนวนเยอะมาก บางโรงเรียนนักเรียนเป็น 100% ครูก็คือเป็นด้วย ในขณะนั้นคนก็เริ่มต้นตัวในเรื่องนี้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้สอบถามมาที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่ามีผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ไหม และอาจารย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ก็ได้มอบหมายให้ผมเข้าไปช่วยที่จะเชื่อมวิชาการและสนับสนุนโครงการเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งได้มีโอกาสที่ตีพิมพ์ที่เราได้ไปสัมผัสกับปัญหาจริงๆ ในท้องถิ่น สัมผัสกับระบบสุขภาพของเด็ก ได้พบได้คุยกับผู้บริหารกระทรวง ระดับรัฐมนตรี อธิบดี ผู้อำนวยการกอง นายแพทย์ของสาธารณสุขจังหวัด ทุกๆ ฝ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการเปิดโลกทัศน์อย่างมาก และในที่สุดเราสามารถทำงานที่เป็นงานวิจัยไปสนับสนุนแนวทางที่จะกำจัดโรคขาดสารไอโอดีนไปจากประเทศเราได้ และก็น่ายินดีที่โรคเอ๋นี้ไม่เกิดขึ้นมาหลายปีแล้ว และอัตราการเกิดคอพอกในนักเรียนก็ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 แล้วในพื้นที่ ยกเว้นแถบบริเวณตะเข็บชายแดนหรือในพื้นที่ห่างไกล แต่ว่าปัญหายังไม่หมดเพราะว่าเรารู้ว่าปัญหาของกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือ ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งยังเป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่าแต่ก่อนใน

อดีตเราพูดถึงโรคขาดสารไอโอดีนคือโรคคอพอกในเด็กนักเรียน แต่ว่าในระยะหลังที่เราเริ่มดูแลในเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน เราต้องเปลี่ยนวิธีคิด ว่าโรคขาดสารไอโอดีนจะทำให้เกิดปัญหาบกพร่องทางสมองสติปัญญาของเด็ก ไม่จำเป็นว่าเป็นแค่โรคเอ๋ แต่จะลดหลั่นลงไป ในแม่ที่มีความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนจนทำให้เกิดการพร่องหลังฮอร์โมนในระดับที่มากน้อยต่างกัน อันนั้นก็เป็นที่เราก็ค้นพบ เราก็จะพยายามที่จะทำงานกันต่ออยู่ในโรคขาดสารไอโอดีน แต่งานวิจัยพอเราทำไปแล้วมันเหมือนเราปลุกต้นไม้ คือที่เราตั้งใจที่จะปลุกต้นไม้ให้มันสูงแต่ว่ามันจะมีกิ่งก้านแยกออกมาด้วยเสมอๆ ซึ่งมันจะมีอะไรที่อาจจะทำต่อเพิ่มเติม บางทีก็อาจจะเกิดอะไรที่คาดไม่ถึง เราต้องลงไปทำต่อ ซึ่งอยากจะเล่าให้ฟังว่าเป็นผลพวงจากที่เราทำงานวิจัยเรื่องไอโอดีน คือการที่เราเริ่มจัดตั้งโครงการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นภาวะพร่องโรคไทรอยด์ตั้งแต่กำเนิด ซึ่งแต่ก่อนไม่มี ตอนเราทำก็คิดว่าเราเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่เราได้ทำเรื่องนี้ พร้อมๆ กันกับที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสนใจเรื่องนี้ ซึ่งในขณะนั้นก็เป็นที่น่ายินดีที่โครงการตรวจคัดกรองภาวะพร่องโรคไทรอยด์ตั้งแต่กำเนิดมีในทุกโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ซึ่งอัตราที่เด็กเหล่านี้เกิดหนึ่งต่อ 3 - 4 พันคนก็ไม่น้อยเลยทีเดียว มี cost-effective ที่จะดำเนินโครงการนี้ที่ช่วยเด็กได้เยอะมาก

ยังมีสิ่งที่เรียกว่า niche อีก เช่นในประเทศเรามีโรค trophoblastic disease ที่เป็นโรคตั้งครรภ์ไขปลาออก อาจจะเป็น molar pregnancy หรือ trophoblastic ที่เป็น cancer คนไข้เหล่านี้มี hCG สูง ซึ่งพบว่ามีความเกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิด hyperthyroidism ก็เนื่องจากว่า hCG มาจับกับตัวของ TSH receptor เป็น spill-over effect ของ

hCG ที่มี molecular structure ที่คล้ายๆ กับ TSH แล้วมันน่าสนใจที่ว่าคนที่ เป็น molar pregnancy บางคนก็มาด้วยอาการ thyroid storm เกือบจะเอาชีวิตไม่รอด ซึ่งเราก็มี data ที่ชัดเจนมาก ก็ทำงานวิจัยทาง clinical ร่วมกับ laboratory data สามารถจะมองเห็น classification ระดับต่างๆ ของฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไป อุบัติการณ์เท่าไร ลงไปถึงระดับ basic science มันจะเกี่ยวข้องกับระดับของ hCG และ molecular structure ของระดับ hCG อย่างไรบ้าง ซึ่งเราก็มีโอกาสดำเนินงานผลงานวิจัยทางด้านนี้นอกจากนั้นที่เป็นปัญหาต้องเผชิญกันอยู่อีกหนึ่งก็คือ ยกตัวอย่างในเรื่องของพวก steroid abuse สมัยที่ผมเป็นอาจารย์ที่พา resident/fellow หรือนักศึกษาแพทย์ไปราวดีโนวอร์ดเราเจออยู่ตลอดเวลา ว่าคนไข้ที่เข้ามาด้วย steroid abuse เข้ามาด้วย HPA axis suppression หรือ full-blown Cushing syndrome หรือ adrenal insufficiency จากที่มี infection ต่างๆ ที่น่าเสียดายคือคนหนุ่มสาวบางคนเสียชีวิต เพราะว่าเรารักษาไม่ทันและมีปัญหามากมาย ดังนั้นจึงตัดสินใจที่จะศึกษาดูในเรื่องของขนาดของปัญหา ซึ่งพบปัญหาเยอะมากและนำข้อมูลที่ได้ไปคุยกับ อ.ย. ซึ่ง อ.ย. ก็มีมาตรการต่างๆ ที่ช่วยให้มันบรรเทาเบาบางลง นี่เป็นจุดหนึ่งที่เรามองหาจุดแข็งของเรา หรือ niche ของเรา





เคล็ดลับการทำงานวิจัยให้ประสบความสำเร็จ

การที่จะมีงานวิจัยเกิดขึ้น มันจะต้องมีความพร้อมหลายๆ อย่าง แต่ว่าเราจะรอให้ทุกอย่างพร้อมก่อนก็คงเริ่มงานวิจัยไม่ได้สักที เราก็อ่อยๆ เริ่มที่จะสร้างศักยภาพในการทำวิจัยให้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เราไม่ได้เริ่มต้นจากศูนย์เลย เรามีห้องปฏิบัติการวิจัย มีนักวิทยาศาสตร์ มีเทคโนโลยี แต่ก็ยังไม่เพียงพอ เราก็พยายามนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามามากขึ้น ตอนนั้นคอมพิวเตอร์เป็นจุดหักเหที่ช่วยงานวิจัย ไม่ว่าบันทึกข้อมูล ประมวลหรือนำเสนอข้อมูล ในช่วงนั้นผมให้ความสำคัญของระบบคอมพิวเตอร์มากเลย ตอนนั้นเรายังไม่มีคอมพิวเตอร์ก็พยายามหาจนได้ ทำให้เราก้าวกระโดดในการทำงานวิจัยต่างๆ ยกตัวอย่างการทำ presentation การเสนอผลงานเป็นกราฟ เดิมจะต้องให้หน่วยภาพการแพทย์เขียนกราฟด้วยมือ ต้องเอาไปล้างฟิล์มซึ่งบางทีไม่ทันกาล โปรแกรมสมัยแรกๆ ไม่ง่ายเหมือน powerpoint จะเป็นโปรแกรม Harvard Graphic ซึ่งบางทีรูปหนึ่งใช้เวลาทำ 4 - 5 ชั่วโมงแล้วต้องใช้กล้องพิเศษไปถ่ายภาพอีก ซึ่งต่อมามีเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เข้ามาก็ช่วยได้มาก

อีกเรื่องที่สำคัญมากๆ คือ ศักยภาพของคน ต้องให้โอกาสเขาที่จะแสดงฝีมือได้เรื่อยๆ ไม่ใช่จะทำให้เป็นผู้ช่วยเราไปตลอด พยายามบ่มเพาะให้สามารถเป็นนักวิจัยด้วยตนเองได้ด้วย ไม่ใช่แค่คนเดียว แต่เป็นหลายๆ คน งานวิจัยเหมือนปลูกต้นไม้ เวลาปลูกต้นไม้เราต้องการให้เป็นต้นใหญ่แตกกิ่งก้านกิ่งใบ แยกมา เราก็แบ่งให้เป็นงานวิจัยของนักวิทยาศาสตร์ที่มาช่วยเรา ยกตัวอย่างคือ ดร.ละออที่สนับสนุนให้ไปศึกษาเพิ่มเติมที่ต่างประเทศ โดยเราก็พยายามสนับสนุนจนเรียนจบ PhD และสามารถมาทำงานวิจัยอิสระได้ด้วยตนเอง ซึ่งรวมไปถึงนักวิทยาศาสตร์คนอื่นๆ fellow และ young staff หลายๆ ท่านให้มีโอกาสได้แสดงออก

งานวิจัยเราไม่สามารถทำทุกอย่างได้เองหมด เราต้องสร้าง teamwork ที่ดี อย่างโรคกระดูกพรุน ไม่ใช่เฉพาะทาง endocrine อย่างเดียว เราต้องบูรณาการทั้งหลายศาสตร์ตั้งแต่ orthopedics pathology radiology rheumatology pediatrics nutrition และระบาดวิทยา เมื่อเรามีแนวคิดแบบนี้ จะทำอย่างไรจะมาถึงให้เกิดทีมแบบนี้ขึ้นมา จึงได้เรียนปรึกษาท่านคณบดีตอนนั้นคือท่านอาจารย์



อรรถสิทธิ์ ว่าปัญหากระดูกพรุนจะเป็นปัญหาในอนาคตแน่ๆ ซึ่งในช่วงแรกท่านได้เป็นประธานการทำงานให้เองเลย และจากนั้นก็ปล่อยการทำงานให้พวกเราทำงานกันเองต่อ การทำงาน teamwork ไม่ใช่เฉพาะภายในแพทยศาสตร์รามธิบดีเท่านั้น แต่ต้องมีการสร้างเครือข่ายต่อออกไปข้างนอกด้วย เช่น renal tubular acidosis ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น โรคขาดสารไอโอดีนก็ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีกเรื่องคือเรื่องทุน เรามักจะพูดเสมอว่าการทำงานวิจัยมักจะติดขัดไม่มีทุน แต่ผมจะเล่าให้ฟังว่าตั้งแต่ผมทำงานวิจัย เรื่องทุนไม่เคยมีปัญหาเลย เพราะมันมีจุดที่จะขอทุนให้เราทำงานวิจัยได้เสมอไม่ว่าทุนจากคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ทุนพัฒนาอาจารย์ หรือจากนั้นก็เป็นที่ทุนมหาวิทยาลัย ทุน สกว. ซึ่งจะมีโอกาสเสมอ แต่เราต้องลองมองเข้าไปดูว่าตรงกับ module ไหน และอย่าเพื่อกี่เขียน proposal ทุนวิจัย มันเป็นเรื่องของเรา มันหลีกเลี่ยงไม่ได้ トラบโดก็ตามที่เรายังมุ่งมั่นที่จะทำวิจัยต่อไป

การทำวิจัยมันต้องเกิดขึ้นจากอิทธิบาท 4 นั่นคือ การมี ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา ตลอดไปเลยที่จะทำให้เป็นนักวิจัย ถ้าเป็นนักวิจัยของโรงเรียนแพทย์เรานี้ ต้องมีธรรมชาติอีกข้อหนึ่ง คือ ต้องมี ขันติ เพิ่มมาด้วย ต้องมีความอดทนเพราะว่างานอะไรต่างๆ มันก็จะเยอะด้วยกัน ก็ต้องมีความอดทนเข้าไว้ อย่าเพิ่งไปท้อถอยง่ายๆ

สิ่งที่ผมอยากเห็นมากๆ เลยคือ เรามีโครงการวิจัยที่เราทำอย่างต่อเนื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นจุดแข็งของประเทศเรา เป็นงานวิจัยที่สามารถต่อยอดไปสู่สังคมได้ เราต้องพยายามรวมพลังกันที่จะสร้างโครงการวิจัยที่เราถนัดไว้ แล้วค่อยๆ สร้างต่อไปเรื่อยๆ ผมอยากจะมองเห็นว่า อย่างอาจารย์เราที่ได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรตามการฝึกอบรมที่ต่างๆ เวลาไปพูดใช้ data จากงานวิจัยของเราไปบรรยาย ไม่ใช่หยิบเอาแต่ data ของต่างประเทศไปพูด เราต้องพยายามสร้างความเข้มแข็งให้มากขึ้นเรื่อยๆ

คณาจารย์แต่งตั้งพิเศษปัจจุบัน

ศ. คลินิก นพ.สุขสวัสดิ์ เพ็ญสุวรรณ

พ.บ., M.Sc. University of Toronto, Canada

อ.ว. (อายุรศาสตร์),

ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)



ศ. เกียรติคุณ นพ.กอบชัย พัววิไล

พ.บ., Diploma American Board of Internal

Medicine, Sub-Board of Endocrinology &

Metabolism, อ.ว. (อายุรศาสตร์),

ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)

อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว), น.บ.



ศ. เกียรติคุณ นพ.เทพ หิมะทองคำ

พ.บ., Diploma American Board of Internal

Medicine, Sub-Board of Endocrinology

& Metabolism, ว.ว. (อายุรศาสตร์), FACE, FACP



ศ. เกียรติคุณ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),

ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม),

อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว), FACE



คณาจารย์ปัจจุบัน



ศ. นพ. ชัชชาติ รัตตสาร
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)



ศ. นพ. บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)



ผศ. นพ. พงศ์อมร บุนนาค
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)
อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)



รศ. พญ. ฉัตรประอร งามอุโฆษ
พ.บ., Diploma American Board of Internal Medicine,
Sub-Board of Endocrinology & Metabolism,
อ.ว. (อายุรศาสตร์),
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)

คณาจารย์ปัจจุบัน



รศ. พญ.วัลยา จงเจริญประเสริฐ
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)



ผศ. พญ.หทัยกาญจน์ นิมิตพงษ์
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)



ผศ. พญ.ชุตินทร ศรีพระประแดง
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)



อ. พญ.ช่อทิพย์ นาสสุภา พัฒนะศรี
พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์),
Diploma American Board of Internal Medicine,
Sub-Board of Endocrinology & Metabolism,
ว.ว. (อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม)

บุคลากรปัจจุบัน



ดร.ละออ ชัยสือกิจ
นักเทคนิคการแพทย์เชี่ยวชาญพิเศษ



สุนีย์ แซ่ตั้ง
พยาบาลวิจัย



นิชวัฒน์ ไปยะพรหม
นักเทคนิคการแพทย์



รุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค
พยาบาลวิจัย



ฉัตรวรา อารีวุฒิ
นักกำหนดอาหาร



จันทรดาณี ศักดิ์มานะฤทธิ์
นักกำหนดอาหาร



อนัญญา ตัวละมูล
เลขานุการ



ชนิษฐา หล้าคำคง
ผู้ปฏิบัติงานบริหาร

ผลงานของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

คลินิกนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate counting clinic)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน
ทุกช่วงเช้า วันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ของทุกเดือน ณ ห้อง 619 ชั้น 6 ตึกสิริกิติ์



การให้ความรู้แบบรายบุคคล (Individual education)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการการติดตามใกล้ชิด

ทุกช่วงเช้า วันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ของทุกเดือน ณ ห้อง 619 ชั้น 6 ตึกสิริกิติ์



การให้ความรู้เบาหวานแบบกลุ่ม (DM group education) การให้ความรู้แบบ Diabetes Self-Management Education (DSME)

เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้เป็นเบาหวานรายบุคคล
สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ทุกช่วงเช้า วันอังคาร และวันพฤหัสบดี ณ ชั้น 2 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์



และการบริการคลินิกดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับรางวัลกลุ่มคุณภาพ ดังนี้

- รางวัลชนะเลิศ Dean's Innovation Award ประเภทที่ 1 ในงานมหกรรมคุณภาพ ครั้งที่ 22 ประจำปี 2558 เมื่อวันที่ 19 - 20 สิงหาคม 2558 ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- รางวัลชมเชย ประเภท Poster Presentation ในงานมหกรรมคุณภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2558 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2558 ณ อาคารสิริวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา

- ได้รับเชิญเข้าร่วมเสนอผลงานนิทรรศการ ในการประชุม HA National Forum 17 เมื่อวันที่ 9 - 11 มีนาคม 2559 โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

- รางวัลชนะเลิศ Dean's Innovation Award ประเภทที่ 1 ในงานมหกรรมคุณภาพ ครั้งที่ 23 ประจำปี 2559 เมื่อวันที่ 25 - 26 สิงหาคม 2559 ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- รางวัล Team Good Practice Award ในงานปัญญามหิดลคุณภาพคน คุณภาพงาน มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2559 ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา

- จัดทำหนังสือคู่มือแนวปฏิบัติการทำกิจกรรมกลุ่มเบาหวาน และได้รับรางวัลชนะเลิศประเภทสื่อและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประจำปี 2560 ของสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2560



การอบรมเชิงปฏิบัติการ “คาร์โบไฮเดรตกับเบาหวาน : อยู่อย่างไรให้มีความสุข”

ทบทวนความรู้และพัฒนาทักษะรวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานและครอบครัว



งานวันเบาหวานโลก

จัดโครงการนิทรรศการความรู้และการดูแลตนเองเนื่องในวันเบาหวานโลก โดยจัดอย่างต่อเนื่องทุกปีๆ



โครงการกลุ่มชมรมเบหฺวาน “เพื่อนช่วยเพื่อนเบหฺวาน รพ.รามาริบดี”

เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบหฺวาน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จัดอย่างต่อเนื่องทุกวันศุกร์แรกของเดือน



ผลงานวิจัยของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

การพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลรักษาคนไข้ที่ดีขึ้นในอนาคต สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมรามาธิบดี ยังคงมุ่งมั่นในการศึกษาวิจัย เพื่อแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ของโรคต่อมไร้ท่อ ตามที่เราขามหิตลได้ตั้งจิตปณิธานว่า “เราจะสืบสานพระราชบิดา สู้ปัญญาของแผ่นดิน” นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ผลงานวิจัยของสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมรามาธิบดีได้ครอบคลุมตั้งแต่งานวิจัยพื้นฐาน งานวิจัยประยุกต์ งานวิจัยแบบบูรณาการ โดยออกมาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ได้รับการยอมรับในวงการวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศ เราจึงมีความภูมิใจอย่างยิ่ง ที่ได้มีโอกาสรวบรวมงานวิจัยที่สำคัญของอาจารย์ในสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมรามาธิบดีไว้ ณ ที่นี้

Diabetes Mellitus

- เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวาน

อาจารย์กอบชัย พัววิไล ได้ทำการศึกษาด้านระบาดวิทยาของเบาหวานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยตรวจความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคส (glucose tolerance test) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงแต่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน จำนวน 1,051 คน และนำผลการทดสอบความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคสไปเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลในเลือดตอนอดอาหาร (fasting plasma glucose) ในผู้ป่วยคนเดียวกัน พบว่าเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานในสมัยนั้นคือ ระดับน้ำตาลในเลือดตอนอดอาหารที่สูงกว่า 140 มก./ดล. นั้นมีความไวในการวินิจฉัยน้อย ทำให้มีผู้ป่วยเบาหวานเกือบครึ่งที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย

ผลงานวิจัยนี้ได้รับความสนใจและได้รับการอ้างอิงเป็นจำนวนมาก ซึ่งในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานโดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือดตอนอดอาหารได้ลดลงจาก 140 มก./ดล. เป็น 126 มก./ดล.

Puavilai G, Chanprasertyotin S, Sriphrapradaeng A. Diagnostic criteria for diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance: 1997 criteria by the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (ADA), 1998 WHO consultation criteria, and 1985 WHO criteria. World Health Organization. Diabetes Res Clin Pract. 1999;44(1):21-6.

• การคิดค้นคะแนนความเสี่ยงของเบาหวาน

ต่อมาได้มีการคิดค้นคะแนนความเสี่ยงของเบาหวาน (diabetes risk score) โดยใช้ตัวแปรง่ายๆ ที่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย โดยไม่ต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยุ่งยาก เพื่อใช้ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการมีโรคเบาหวาน โดยอาจารย์กอบชัยและอาจารย์ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ ได้เก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมวิจัย 429 คน แบบ cross sectional และได้สร้าง simple risk score ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง ซึ่งต่อมาอาจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน อาจารย์พงศ์อมร บุนนาค และอาจารย์วิชัย เอกพลากร ได้คิด risk score จากฐานข้อมูลประชากรที่ใหญ่ขึ้น ทำให้ได้ diabetes risk score ที่ใช้กันแพร่หลายในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของประเทศไทยในปัจจุบัน

Keesukphan P, Chanprasertyotin S, Ongphiphadhanakul B, Puavilai G. The development and validation of a diabetes risk score for high-risk Thai adults. J Med Assoc Thai. 2007;90(1):149-54.

Aekplakorn W, Bunnag P, Woodward M, Sritara P, Cheepudomwit S, Yamwong S, Yipintsoi T, Rajatanavin R. A risk score for predicting incident diabetes in the Thai population. Diabetes Care. 2006;29(8):1872-7.

• การใช้ random capillary plasma glucose เพื่อคัดกรองเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง

อาจารย์กอบชัย พัววิไล ได้ร่วมทำการวิจัยร่วมกับคณาจารย์จากโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง พบว่าถ้าระดับ capillary plasma glucose ขณะไม่อดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ควรได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นเบาหวานต่อไป แต่ถ้ามีค่าน้อยกว่า 110 มก./ดล. โอกาสจะพบเบาหวานน้อย จึงทำให้การคัดกรองเบาหวานในชาวชนบทที่มีภูมิลำเนาห่างไกลจากสถานพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจ fasting venous plasma glucose จึงสามารถใช้การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วแทนได้ ผลการศึกษานี้ได้รับการอ้างอิงในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของประเทศไทยในปัจจุบัน เป้าหมายคือต้องการให้มีการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีอาการเพื่อสามารถให้การรักษาแต่เนิ่นๆโดยให้เกิดความคุ้มค่าทางทรัพยากรมากที่สุด

Puavilai G, Kheesukapan P, Chanprasertyotin S, Chantraraprasert S, Suwanvilakorn S, Nitiyanant W, Deerochochanawong C, Benjasuratwong Y, Munsakul N, Pongchaiyaikul C, Kespechara K, Montreewasuwat N. Random capillary plasma glucose measurement in the screening of diabetes mellitus in high-risk subjects in Thailand. Diabetes Res Clin Pract. 2001;51(2):125-31.

• Thailand Diabetes Registry

อาจารย์พงศ์อมร บุนนาค และอาจารย์ฉัตรประอร งามอุโฆษ ได้ร่วมกับคณะทำงานของ Thailand Diabetes Registry ทำการรวบรวมข้อมูลคนไข้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศไทยกว่า 10 โรงพยาบาล เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญของโรคเบาหวานในประเทศไทย ซึ่งมีผลงานออกมาในหลายด้าน ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลและรูปแบบการใช้ยาลดระดับน้ำตาล ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดและอัตราการเสียชีวิต

Ngarmukos C, Bunnag P, Kosachunhanun N, Krittiyawong S, Leelawatana R, Prathipanawat T, Plengvidhya N, Benjasuratwong Y, Suwanwalaikorn S, Deerochanawong C, Chetthakul T, Mongkolsomlit S, Rawdaree P. Thailand diabetes registry project: prevalence, characteristics and treatment of patients with diabetic nephropathy. J Med Assoc Thai. 2006;89 Suppl 1:S37-42.

Bunnag P, Plengvidhya N, Deerochanawong C, Suwanwalaikorn S, Kosachunhanun N, Benjasuratwong Y, Krittiyawong S, Leelawatana R, Prathipanawat T, Ngarmukos C, Chetthakul T, Puavilai G, Mongkolsomlit S, Rawdaree P. Thailand diabetes registry project: prevalence of hypertension, treatment and control of blood pressure in hypertensive adults with type 2 diabetes. J Med Assoc Thai. 2006;89 Suppl 1:S72-7.

• การนอนหลับกับเบาหวาน

อาจารย์สิริมนต์ รวิตระกูล ประเทืองธรรม ได้ทุ่มเททำการศึกษาของผลจากการนอนหลับในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ obstructive sleep apnea, sleep

duration, sleep timing, shift worker กับ glucose metabolism จนได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการนอนหลับต่อการเกิดเบาหวาน อาจารย์สิริมนต์มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารมากถึง 30 เรื่องในช่วงเวลา 3 ปีที่ทำงานวิจัยที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรในงานประชุมระดับนานาชาติ เช่น American Diabetes Association เขียน review article ที่ได้รับการ citation เป็นจำนวนมากและเขียน book chapter เรื่อง Impact of Sleep and Circadian Disturbances on Glucose Metabolism and Type 2 Diabetes ในหนังสือ Diabetes in America, 3rd edition (Publisher: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health)

Reutrakul S, Van Cauter E. Interactions between sleep, circadian function, and glucose metabolism: implications for risk and severity of diabetes. Ann N Y Acad Sci. 2014;1311:151-73.

Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, Thakkinstian A. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2016;30:11-24.

Thyroid

• กว้างขวางสำหรับโรคไธรอยด์และการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไธรอยด์ในการก่อกำเนิด

อาจารย์รัชตะ รัชตะนาวัน หนึ่งในคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติได้การศึกษาวิจัยภาวะขาดไอโอดีนในประเทศไทยและได้พบว่ายังมีการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารก

ซึ่งข้อมูลนี้ส่งผลต่อนโยบายทางสาธารณสุขที่ต้องเน้นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับไอโอดีนอย่างเพียงพอ สร้างความเข้าใจว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของสมอง จนต่อมาภาวะขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยได้หายไป ผู้อำนวยการนานาชาติเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ได้ชื่นชมนโยบายโครงการแก้ไขปัญหาระบาดของขาดสารไอโอดีนของไทยมีความก้าวหน้าและดำเนินการได้ดี ซึ่งผลการศึกษานี้ได้ต่อยอดไปถึงการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในทารกแรกเกิด ซึ่งโรงพยาบาลรามธิบดีเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกที่มีการตรวจคัดกรองภาวะนี้

Rajatanavin R, Chailurkit L, Winichakoon P, Mahachoklertwattana P, Soronastaporn S, Wacharasin R, Chaisongkram V, Amatyakul P, Wanarata L. Endemic Cretinism in Thailand. *Eur J Endocrinol.* 1997;137(4):349-55.

Rajatanavin R, Unachak K, Winichakoon P, Chailurkit LO, Vilasdechanon N, Tananchai P, Srinawat S. Neonatal Thyrotropin Profile as an Index for Severity of Iodine Deficiency and Surveillance Iodine Prophylactic Program. *Thyroid.* 1997;7(4):599-604.

Rajatanavin R. Iodine Deficiency in Pregnant Women and Neonates in Thailand. *Public Health Nutr.* 2007;10(12A):1602-5.

• Thyrotoxic Periodic Paralysis

อาจารย์วัลยา จงเจริญประเสริฐ ได้ทำการศึกษาโรคที่พบบ่อยคือ โรคไทรอยด์เป็นพิษ แต่มีความพิเศษในเรื่อง clinical manifestation ของโรคคือ มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นพักๆ ซึ่งมักพบในผู้ชายชาวเอเชีย กลไกการเกิดโรคยังมีความซับซ้อนและไม่ชัดเจน อาจารย์วัลยาได้ทุ่มเทศึกษาจนค้นพบสาเหตุ

ทางพันธุกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับ thyrotoxic periodic paralysis ซึ่งเป็นการวิจัยพื้นฐานและทำร่วมกับหลายสถาบันในประเทศไทยและต่างประเทศ

Ryan DP, da Silva MR, Soong TW, Fontaine B, Donaldson MR, Kung AW, Jongjaroenprasert W, Liang MC, Khoo DH, Cheah JS, Ho SC, Bernstein HS, Maciel RM, Brown RH Jr, Ptáček LJ. Mutations in potassium channel Kir2.6 cause susceptibility to thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis. *Cell.* 2010;140(1):88-98.

Jongjaroenprasert W, Phusantisampan T, Mahasirimongkol S, Mushiroda T, Hirankarn N, Snabboon T, Chanprasertyotin S, Tantiwong P, Soonthornpun S, Rattanapichart P, Mamanasiri S, Himathonkam T, Ongphiphadhanakul B, Takahashi A, Kamatani N, Kubo M, Nakamura Y. A genome-wide association study identifies novel susceptibility genetic variation for thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis. *J Hum Genet.* 2012;57(5):301-4.

• การรักษา hyperthyroidism

อาจารย์วัลยาและอาจารย์รัชตะได้ร่วมกันศึกษาการใช้ propylthiouracil ในรูปแบบ rectal enema และ suppository form ในการรักษาคนไข้ที่มีภาวะ hyperthyroidism แต่ไม่สามารถรับประทานยาได้ เช่น คนไข้ที่มีอาการวิกลจริตและมีปัญหาด้านลำไส้ การศึกษาได้รับการอ้างอิงเป็นจำนวนมากและนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้ในวงกว้าง

Jongjaroenprasert W, Akarawut W, Chantasart D, Chailurkit L, Rajatanavin R. Rectal administration of propylthiouracil in hyperthyroid patients: comparison of suspension enema and suppository form. *Thyroid.* 2002;12(7):627-31.

• Thyroid function

คำจำกัดความของ euthyroid หรือ “normal” thyroid function ในปัจจุบัน มาจากค่า 95% confidence interval ของการตรวจผลเลือดการทำงานของไทรอยด์ในประชากรอายุน้อยที่ไม่มีโรคไทรอยด์ อย่างไรก็ตาม ยังพบความสัมพันธ์ของโรคต่างๆ กับการทำงานของไทรอยด์ที่อยู่ใน euthyroid range อยู่ จึงเป็นที่มาของการทำวิจัยของอาจารย์ชุตินธร ศรีพระประแดงที่พยายามหา euthyroid range ที่เหมาะสม โดยเฉพาะกับประชากรของไทยเอง โดยวิเคราะห์การศึกษาในข้อมูลประชากรขนาดใหญ่ เช่น รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย และข้อมูลระยะยาวของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

Sriphrapadang C, Pavarangkoon S, Jongjaroenprasert W, Chailurkit LO, Ongphiphadhanakul B, Aekplakorn W. Reference ranges of serum TSH, FT4 and thyroid autoantibodies in the Thai population: the national health examination survey. Clin Endocrinol (Oxf). 2014;80(5):751-6.

Lertlit A, Chailurkit LO, Ongphiphadhanakul B, Aekplakorn W, Sriphrapadang C. Thyroid function is associated with body mass index and fasting plasma glucose in Thai euthyroid population. Diabetes Metab Syndr. 2019;13(1):468-473.

Bone and Vitamin D

• Osteoporosis and Vitamin D

อาจารย์รัชตะ รัชตะนาวิณ และอาจารย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล ได้ร่วมกันศึกษาผลงานเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนเป็นจำนวนมาก มีผลงานประจักษ์ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ อาจารย์ทั้งสองท่าน

ได้รับรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นรางวัลเพื่อเชิดชูเกียรตินักวิทยาศาสตร์ไทยที่มีผลงานดีเด่น โดยเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาการว่า รางวัลนี้เป็นรางวัลสูงสุดของประเทศสำหรับนักวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีหนึ่งในทีมนักวิจัยที่เข้มแข็ง คือ ดร.ละออ ชัยลือกิจ ได้ทุ่มเททำงานวิจัยให้ผลงานออกมาเป็นจำนวนมาก

หลังจากที่อาจารย์หทัยกาญจน์ นิमितพงษ์ได้ศึกษาวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับด้าน vitamin D ได้กลับมาเป็นอีกกำลังสำคัญในการศึกษาโรคกระดูกพรุนเชิงกว้างในด้าน vitamin D เพิ่มเติม ผลงานดังกล่าวได้ถูกนำมาประยุกต์เพื่อเป็นคำแนะนำในการดูแลรักษาคนไข้ ได้แก่ การกำหนดปริมาณแคลเซียมที่ควรรับประทานในคนไทย ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับภาวะขาดวิตามินดีในคนไทยโดยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและ 2016 Thai Osteoporosis Foundation Position Statements on Management of Osteoporosis

Ongphiphadhanakul B, Rajatanavin R, Chanprasertyothin S, Piaseu N, Chailurkit L. Serum oestradiol and oestrogen-receptor gene polymorphism are associated with bone mineral density independently of serum testosterone in normal males. Clin Endocrinol (Oxf). 1998;49(6): 803-9.

Ongphiphadhanakul B, Chanprasertyothin S, Payatikul P, Tung SS, Piaseu N, Chailurkit L, Chansirikarn S, Puavilai G, Rajatanavin R. Oestrogen-receptor-alpha gene polymorphism affects response in bone mineral density to oestrogen in postmenopausal women. Clin Endocrinol (Oxf). 2000;52(5): 581-5.

Nimitphong H, Chanprasertyothin S, Jongjaroenprasert W, Ongphiphadhanakul B. The

association between vitamin D status and circulating adiponectin independent of adiposity in subjects with abnormal glucose tolerance. *Endocrine*. 2009;36(2):205-10.

Ngarmukos C, Chailurkit LO, Chanprasertyothin S, Hengprasith B, Sritara P, Ongphiphadhanakul B. A reduced serum level of total osteocalcin in men predicts the development of diabetes in a long-term follow-up cohort. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2012;77(1):42-6.

Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Regional variation and determinants of vitamin D status in sunshine-abundant Thailand. *BMC Public Health*. 2011;11:853.

Nimitphong H, Saetung S, Chanprasertyotin S, Chailurkit LO, Ongphiphadhanakul B. Changes in circulating 25-hydroxyvitamin D according to vitamin D binding protein genotypes after vitamin D3 or D2 supplementation. *Nutr J*. 2013;12:39.



Adrenal

• Steroid abuse

อาจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน ได้สังเกตเห็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย คือ การใช้สเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (steroid abuse) เป็นจำนวนมาก เป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศไทย และมีแนวโน้มจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ แต่การแก้ไขปัญหายังไม่ชัดเจนเนื่องจากยังไม่ทราบถึงขนาดของปัญหาที่แท้จริง อาจารย์รัชตะและคณะจึงได้รวบรวมทำการศึกษาในคนไข้ที่มานอนในแผนกอายุรกรรมทุกรายของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดทั้งหมดจำนวน 8,876 คนและพบว่ามีความผิดปกติที่มีภาวะ adrenal insufficiency จากสาเหตุ steroid abuse เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 9 ซึ่งข้อมูลนี้ได้ถูกป้อนกลับไปยังกระทรวงสาธารณสุขให้มีการตระหนักและแก้ไขถึงปัญหานี้

Rajatanavin R, Thakkestian A, Chailurkit L, Svangariyaskul A, Sooksriwong C, Pongcharoensuk P, et al. Prevalence of overt manifestation of steroid abuse without medical indication. Bangkok: The Thailand Research Fund; 2007.

Pituitary

• Sheehan syndrome

ในยุคแรกการตรวจวินิจฉัยโรคทางต่อมได้สมองมีความยากลำบากมาก ต่อมาอาจารย์เทพหิมะทองคำ ได้ทำการบุกเบิกการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางด้านฮอร์โมนในโรงพยาบาลรามธิบดี ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาคนไข้โรคกลุ่มนี้ได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมาก อาจารย์เทพได้ทำการศึกษากลุ่มคนไข้โรค Sheehan syndrome

ซึ่งพบบ่อยในช่วงนั้น เนื่องจากยังมีการคลอดบุตรที่บ้านและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดบ่อยครั้ง

Rajatanavin R, Pitchayayothin N, Namking M, Pavasuthipaisit K, Himathongkam T. Pituitary function tests in patients with Sheehan's syndrome. J Med Assoc Thai. 1988;71(8):443-50.

Ratarasarn C, Rajatanavin R, Himathongkam T. Salient clinical features of Sheehan's syndrome. J Med Assoc Thai. 1989;72(1):41-7.

Endocrine Disruptor

ปัจจุบันมีการใช้สารเคมีเข้ามาอำนวยความสะดวกสบายให้กับพวกเราในชีวิตประจำวัน แต่สารเหล่านั้นกลับส่งผลต่อร่างกายถึงแม้จะเล็กน้อยแต่ถ้าใช้เป็นเวลานานก็อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายให้เห็นได้ ทาง Endocrine Society ได้ประกาศให้เรื่อง endocrine disruptor เป็นเรื่องสำคัญที่สมควรทำการศึกษาในเชิงลึกเป็นวงกว้าง อาจารย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุลได้สังเกตเห็นว่าในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนามีการสารเคมีต่างๆเหล่านี้จำนวนมาก จึงทำการศึกษาเกี่ยวกับ endocrine disruptor โดยเฉพาะเรื่อง Bisphenol A กับโรคเบาหวาน ไทรอยด์และ vitamin D

Sriphrapradang C, Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Association between bisphenol A and abnormal free thyroxine level in men. Endocrine. 2013;44(2):441-7.

Aekplakorn W, Chailurkit LO, Ongphiphadhanakul B. Relationship of serum bisphenol A with diabetes in the Thai population, National Health Examination Survey IV, 2009. J Diabetes. 2015;7(2):240-9.

Gut Microbiota

อาจารย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล ได้สังเกตเห็นว่าการศึกษาทางด้าน gut microbiota มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับโรคต่างๆ มากมาย จึงได้มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาทำการศึกษาวิจัย ได้มีโครงการทำวิจัยร่วมกับอาจารย์หลายท่าน ได้แก่ อาจารย์ อภัสณี โสภณสฤณสุขในผู้ที่เป็นโรค nonalcoholic steatohepatitis กับอาจารย์ชุตินธร ศรีพระประแดง ในผู้ที่รับประทานสารทดแทนความหวาน sucralose

Sobhonslidsuk A, Chanprasertyothin S, Pongrujikorn T, Kaewduang P, Promson K, Petraksa S, Ongphiphadhanakul B. The Association of Gut Microbiota with Nonalcoholic Steatohepatitis in Thais. Biomed Res Int. 2018;2018:9340316.

ผลงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่ได้รับรางวัล

- เรื่อง Hepatic fat content is a determinant of postrandial triglyceride levels in type 2 diabetic patients with normal fasting triglyceride ได้รางวัล รองชนะเลิศอันดับ 2 Fellow Research Award เสนอโดย พญ.หทัยกาญจน์ นิमितพงษ์ งานประชุมวิชาการประจำปีราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ พ.ศ. 2550
- เรื่อง Validity of Random Plasma Glucose as a Predictor of Poor Glycemic Control in Type 2 Diabetic Patients ได้รับรางวัลชนะเลิศ Fellow Research Award เสนอโดย นพ.เอกลักษณ์ วโนทยาโรจน์ งานประชุมวิชาการประจำปีราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ พ.ศ. 2552
- เรื่อง Night Shift Work is Associated with Poorer Glycemic Control in Type 2 Diabetes Patients ได้รางวัล Endocrine Society Outstanding Abstract Awards เสนอโดย พญ.อารีสา มโนชญ์ ปิติพงศ์ งานประชุม 99th Endocrine Society Annual Meeting 2017 ณ เมือง Orlando รัฐ Florida ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 1 - 4 เมษายน 2560
- เรื่อง Continuous positive airway pressure treatment in gestational diabetes with obstructive sleep apnea: effects on pregnancy outcomes ได้รางวัล Endocrine Society Outstanding Abstract Awards เสนอโดย นพ.เอกสิทธิ์ วาณิชเจริญกุล งานประชุม 99th Endocrine Society Annual Meeting 2017 ณ เมือง Orlando รัฐ Florida ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 1 - 4 เมษายน 2560



ผลงานของอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ที่ได้รับรางวัลผลงานวิจัยด้านโรคต่อมไร้ท่อ
Endocrine Society Endocrinology Award
จากสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

โดยมีรายชื่อดังนี้

- ผู้ที่ได้รับรางวัลในปี พ.ศ. 2549 พญ.พรศิริ สิริธัญญานนท์
พญ.วัลยา จงเจริญประเสริฐ
พ.ศ. 2553 พญ.จิตรา ตันตวิฒนเสถียร
พ.ศ. 2557 พญ.หทัยกาญจน์ นิमितพงษ์



ผลงานของอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ที่ได้รับรางวัลผลงานวิจัยด้านโรคต่อมไร้ท่อ
Distinguished Clinical Research in
Diabetology จากสมาคมต่อมไร้ท่อ
แห่งประเทศไทย

โดยมีรายชื่อดังนี้

- ผู้ที่ได้รับรางวัลในปี พ.ศ. 2540 พญ.สิรินทร กฤตยาวงศ์
พ.ศ. 2542 นพ.พงศ์อมร บุนนาค
พ.ศ. 2545 พญ.พรณทิพย์ ตันตวิงษ์
พ.ศ. 2546 นพ.พงศ์อมร บุนนาค
พ.ศ. 2547 พญ.ฉัตรประอร งามอุโฆษ
พ.ศ. 2548 พญ.วัลยา จงเจริญประเสริฐ
พ.ศ. 2549 พญ.พรศิริ สิริธัญญานนท์
พ.ศ. 2550 พญ.วัลยา จงเจริญประเสริฐ
พ.ศ. 2551 พญ.วัลยา จงเจริญประเสริฐ
พ.ศ. 2552 พญ.ฉัตรประอร งามอุโฆษ
พ.ศ. 2553 พญ.เพ็ชรงาม เต็งพทุธิธนากร
พ.ศ. 2558 นพ.สุรณัฐ เจริญศรี
พ.ศ. 2559 พญ.ชุตินธร ศรีพระประแดง



การบริการจัดการประชุมวิชาการประจำปี ให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์

การประชุมวิชาการเบาหวาน Ramathibodi Diabetes Day Education

จัดอย่างต่อเนื่องมาจำนวน 14 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.
2548 - 2561



การประชุมวิชาการ Rama Endocrine Update (REU)

จัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมอย่างต่อเนื่องมาจำนวน 8 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2562



การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ เพื่อวัดบ่งชี้แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอนสาขายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม โดยมีระยะเวลา 2 ปี คือชั้นปีที่ 1 และ 2

ชั้นปีที่ 1 มีเวลาฝึกอบรมไม่น้อยกว่า 50 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมระดับนี้ มีความรู้ทางคลินิกเกี่ยวกับโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม การฝึกอบรมมีดังนี้

1. กิจกรรมวิชาการ

- วารสารสโมสร (journal club) ประมาณ 2 - 3 ครั้ง ต่อเดือน
- การประชุมปรึกษาผู้ป่วยที่น่าสนใจ (interesting case conference) ทุกสัปดาห์
- การปรึกษาปัญหาผู้ป่วย (consultation round) 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ประชุมวิชาการของภาควิชาฯ ได้แก่ noon report, medicine grand round, mortality case conference, interesting case conference, journal club, problem case และ medical research conference เข้าร่วมประชุมและให้ความคิดเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล
- การประชุมร่วมกับภาควิชาอื่น (interdepartmental conference) ได้แก่ endocrine surgery conference (วันพฤหัสบดีที่ 4 ของทุกเดือน), pituitary conference ทุกอังคารที่ 5, obstetric conference, tumor conference
- การบรรยายจัดโดยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ได้แก่ basic endocrinology, ต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ จัดประจำทุกเดือนกรกฎาคมของทุกปี
- การบรรยายจัดโดยคณะฯ ได้แก่ หลักสูตรเรียนสำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ปี 1 อาทิ การเรียนรู้ทางสถิติขั้นพื้นฐาน, จริยธรรม, กฎหมายทางการแพทย์, communication skills นอกจากนั้นมีการประชุม clinicopathological conference (CPC), interdepartmental seminar และ clinical pharmacology and therapeutic conference

- การประชุมประจำปี Ramathibodi diabetes education day และ Rama endocrine update จัดโดยสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อฯ ราชามิบัติ
 - การประชุมระหว่างโรงพยาบาล (interhospital conference) จัดโดยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย 4 ครั้งต่อปี
 - การประชุมประจำปีของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยในต้นเดือนพฤศจิกายนของทุกปี
2. ด้านทักษะปฏิบัติงานทางคลินิก
- ดูแลผู้ป่วยในและนอกของสาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม
 - ฝึกปฏิบัติการทำหัตถการและการตรวจ special dynamic endocrine function test โดยมีหัตถการขั้นต่ำต่อปี ดังนี้
 - ก. หัตถการที่เป็นผู้ทำเอง fine-needle aspiration of thyroid 30 ราย, US-guided fine-needle aspiration and biopsy 10 ราย, อ่านผล thyroid cytology ที่พยาธิสภาพแตกต่างกัน ร่วมกับพยาธิแพทย์ 10 ราย
 - ข. หัตถการที่เป็นผู้สั่งทำโดยมีข้อบ่งชี้ เตรียมผู้ป่วยและวางแผนการทำ oral glucose tolerance test 10 ราย, stimulation และ suppression test 20 ราย, endocrine Imaging 20 ราย
3. ด้านการสอน
- แนะนำช่วยเหลือและควบคุมการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านรุ่นน้อง โดยกำหนดให้มีหัวข้อที่ต้องสอนแพทย์ประจำบ้านอย่างน้อย 3 เรื่อง ได้แก่ preoperative glycemic management, approach to thyroid nodule และ DM in pregnancy
 - แนะนำช่วยเหลือการเรียนการสอนแก่นักศึกษาแพทย์
4. ด้านงานวิชาการและการวิจัย
- เตรียมและเริ่มดำเนินงานวิจัย 1 เรื่อง โดยวางแผนการดำเนินการต่อเนื่องไปจนถึงปีที่ 2
- ชั้นปีที่ 2** การฝึกอบรมเหมือนปีที่ 1 แต่มีเพิ่มเติมดังนี้คือ
- ปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม และแผนกสูตินรีเวช (reproductive endocrinology) เป็นเวลาแผนกละ 1 เดือน
 - ฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการต่อมไร้ท่อฯ และ/หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชศาสตร์นิวเคลียร์ รังสีวิทยา พยาธิวิทยา เป็นเวลา 2 เดือน ในระหว่างอยู่พยาธิวิทยาให้อ่านผล thyroid cytology ที่พยาธิสภาพแตกต่างกัน ร่วมกับ พยาธิแพทย์อย่างน้อย 10 ราย
 - เป็นที่ปรึกษาให้แก่แพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ ชั้นปีที่ 1
 - ด้านงานวิชาการและการวิจัย
 1. เขียนบทความวิชาการภาษาอังกฤษ ได้แก่ รายงานผู้ป่วย และบทความพื้นวิชา หรือวิจัยวารสารในรูปแบบพร้อมส่ง เพื่อตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์รวม 2 เรื่อง
 2. ดำเนินการและเขียนงานวิจัยภาษาอังกฤษในรูปแบบพร้อมส่ง เพื่อการตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์ 1 เรื่อง กำหนดส่งสิ้นเดือนมีนาคม และมีการนำเสนอต่อคณาจารย์ในสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยกลางเดือนพฤษภาคม

บทบาทของแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

1. การดูแลผู้ป่วย

ดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและในหอผู้ป่วย โดยทำงานร่วมเป็นทีมระหว่างนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ อาจารย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาอื่นๆ

2. การสอน

สอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านในด้านความรู้พื้นฐานและการดูแลผู้ป่วยให้ความรู้ แนะนำ และป้องกันการเกิดโรคต่อมไร้ท่อแก่ประชาชน

3. การวิจัย

ทราบขั้นตอนการทำวิจัยและสามารถทำวิจัยได้ด้วยตนเองภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา วิเคราะห์ผลการวิจัยและสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้

งานวิจัย

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสามารถขอคำปรึกษาเรื่องการออกแบบการวิจัยและการคำนวณทางสถิติจากอาจารย์ผู้ดูแลและหน่วยระบาดวิทยาคลินิกที่ให้ความช่วยเหลือ สำหรับผู้สนใจสามารถเข้าเรียนวิชาเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence based medicine) และความรู้ด้านการวิจัยพื้นฐานจากหน่วยระบาดวิทยาคลินิกและหน่วยการศึกษาหลังปริญญาเป็นผู้จัด ทางคณะฯ ได้จัดงบประมาณการวิจัยสำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด นอกจากนั้นทางหน่วยฯ มีเจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญทางห้องปฏิบัติการที่สามารถช่วยตรวจการตรวจพิเศษได้ สำหรับทุนสนับสนุนในการนำเสนอผลงานวิจัยและ elective ในต่างประเทศ สามารถขอทุนจากคณะฯ ได้

ประสบการณ์ของการฝึกอบรม

เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขายุทธศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมแล้ว ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถปฏิบัติงานด้านสาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึมได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล สถาบันการศึกษาหรือสถาบันอื่น โดยมีความรู้ความสามารถและคุณสมบัติ ดังนี้

1. ดำเนินการตามขั้นตอนอย่างถูกต้องเพื่อการวินิจฉัยโรคและความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

2. ให้การรักษาผู้ที่มีโรคและความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม รวมทั้งการป้องกันโรคและป้องกัน/แก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สอนให้คำปรึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาของโรคและความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่แพทย์ นิสิตนักศึกษา บุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชนได้เป็นอย่างดี

4. ประสานงานและสื่อสารกับบุคลากรทุกระดับ ทางด้านวิชาการและด้านบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ

5. เข้าใจหลักการและวิธีการวิจัย และสามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง

6. วิเคราะห์ผลงานวิจัยและนำผลมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและรักษาโรคได้

7. มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพ และชุมชน

ทำเนียบรุ่นศิษย์เก่า
แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
สาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และมะเร็ง

รุ่นที่ 1
2522 - 2524



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน
ปัจจุบันทำงาน
ที่ปรึกษาคนบดียานบริหาร
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



แพทย์หญิงนพวรรณ กิติวัฒน์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

รุ่นที่ 2 จบปีการศึกษา 2531

นายแพทย์สุรเกียรติ์ มนูญศิลป์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลกรุงเทพ



รุ่นที่ 3 จบปีการศึกษา 2533



ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล
ปัจจุบันทำงาน
รองคณบดีฝ่ายวิจัย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
นายกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

รุ่นที่ 4

จบปีการศึกษา 2535

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พงศ์อมร บุนนาค
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลรามธิบดี



นายแพทย์สุรติ นัยวัฒนกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลพระรามเก้า

รุ่นที่ 5 จบปีการศึกษา 2540



แพทย์หญิงสิรินทร กฤติยวงศ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเทพธารินทร์



ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิรินทร รัตระกุล ประเทืองธรรม
ปัจจุบันทำงาน
University of Illinois at Chicago, Illinois, USA.

รุ่นที่ 6

จบปีการศึกษา 2541



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวอลยา จงเจริญประเสริฐ
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลรามธิบดี



แพทย์หญิงศศิธร รุ่งบรรณพันธุ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเวชธานี

รุ่นที่ 7 จบปีการศึกษา 2542

แพทย์หญิงศรีอุไร ปรมาริกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเทพธารินทร์



แพทย์หญิงศรีกร จินะดิษฐ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลรามคำแหง

รุ่นที่ 8

จบปีการศึกษา 2543

แพทย์หญิงอรัญญา สว่างอริยะสกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลกรุงเทพ



แพทย์หญิงสุวรรณา ไชยชุมศักดิ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลพญาไท 3

รุ่นที่ 9 จบปีการศึกษา 2544



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัฐินี จรัสเจริญวิทยา
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

รุ่นที่ 10 จบปีการศึกษา 2545



แพทย์หญิงพรรณทิพย์ ตันติวงศ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รุ่นที่ 11
จบปีการศึกษา 2546

นายแพทย์เกียรติบุลย์ กิจเจริญวณิชกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลวิภาวดี



นายแพทย์ภูริพงศ์ บัวประดิษฐ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์

รุ่นที่ 12 จบปีการศึกษา 2547

นายแพทย์ณัฐนนท์ มณีเสถียร
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลกรุงเทพ



อาจารย์ นายแพทย์ปริญ พรณเชษฐ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลรามธิบดี

นายแพทย์วรต มโนสิทธิศักดิ์
ปัจจุบันทำงาน
วรตคลินิก



รุ่นที่ 13

จบปีการศึกษา 2548



แพทย์หญิงบัณฑิตา ต่านสุนทรวงศ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเวชธานี



แพทย์หญิงภาณินี รัตนากิตติ
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



แพทย์หญิงมูจลินทร์ โอวาทพารพร
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลพระรามเก้า

รุ่นที่ 14 จบปีการศึกษา 2549



แพทย์หญิงโชติวรรณ จารพงค์โสภณ
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลบีเอ็นเอช



แพทย์หญิงพรศิริ สิริธัญญานนท์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเจ้าพระยา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงหทัยกาญจน์ นิมิตพงษ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลรามาริบัติ

รุ่นที่ 15

จบปีการศึกษา 2550

แพทย์หญิงนวรรตน์ ชุติม์วัฒน์เสถียร
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอร์จี



แพทย์หญิงภาควรร วรศาสตร์
ปัจจุบันทำงาน
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
โรงพยาบาลรามาริบัติ



แพทย์หญิงวชพรพรรณ อัสนุเมธ
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลปิยะเวท



รุ่นที่ 16 จบปีการศึกษา 2551

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุตินธร ศรีพระประแดง
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลรามธิบดี



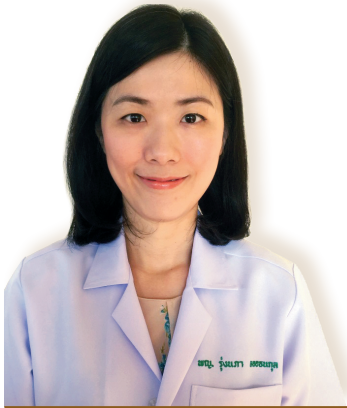
นายแพทย์อาทิตย์ วีระเบญจพล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลสมิติเวช



นายแพทย์เอกลักษณ์ วโนทยาโรจน์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเทพธารินทร์

รุ่นที่ 17

จบปีการศึกษา 2552



แพทย์หญิงรุ่งนภา ลออรณกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

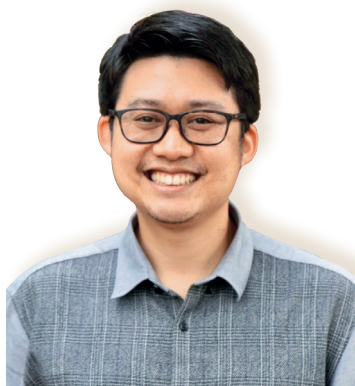


อาจารย์ แพทย์หญิงสมโชค ชاکรีย์รัตน์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



แพทย์หญิงอัจฉรา เจริญพิริยะ
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

รุ่นที่ 18 จบปีการศึกษา 2553



นายแพทย์จิรทีปต์ ขวัญแก้ว
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์



แพทย์หญิงปรีฉัตร เวสารัชตระกูล
ปัจจุบันทำงาน
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
โรงพยาบาลรามธิบดี
โรงพยาบาลวิภาวดี



แพทย์หญิงสิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี
ปัจจุบันทำงาน
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
โรงพยาบาลรามธิบดี

รุ่นที่ 19

จบปีการศึกษา 2554

แพทย์หญิงจิตรา ตันติวัฒนเสถียร
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลสมิติเวช



อาจารย์ แพทย์หญิงเพชรงาม ไชยวานิช
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา



แพทย์หญิงอนุตติรี ดาวราย
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รุ่นที่ 20 จบปีการศึกษา 2555

แพทย์หญิงปราณี ทองไทย
ปัจจุบันทำงาน
อิสระ



แพทย์หญิงรัตนพรรณ สมิทธารักษ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลกรุงเทพ



แพทย์หญิงสุภัทรา ปวรางกูร
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลนครธน



รุ่นที่ 21

จบปีการศึกษา 2556



นายแพทย์ธีรวุฒิ คลังเจริญชัย
ปัจจุบันทำงาน
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
โรงพยาบาลรามาริบัติ
โรงพยาบาลนนทเวช



แพทย์หญิงมนัสวีณี ชูเสน
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลนนทเวช



แพทย์หญิงมณฑนา สุวรรณสาร
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลนครธน
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์อินเตอร์

รุ่นที่ 22 จบปีการศึกษา 2557



แพทย์หญิงนันทพร ศิวสุรานนท์
ปัจจุบันทำงาน
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
โรงพยาบาลรามาริบัติ



แพทย์หญิงศศิภัตต์ ช้อนทอง
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลพญาไทนวนิรินทร์



นายแพทย์สมหวัง อำนวยภักดีกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลกลาง

รุ่นที่ 23

จบปีการศึกษา 2558

แพทย์หญิงจินตนา จังศิริพรกรณ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลตากสิน



แพทย์หญิงศศิมา ศรีสุข
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลกลาง

อาจารย์ นายแพทย์สุรณัฐ เจริญศรี
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลศรีนครินทร์



รุ่นที่ 24 จบปีการศึกษา 2559

นายแพทย์อมรพรรณ เลิศฤทธิ
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลพระรามเก้า



แพทย์หญิงอารีสา มโนชญ์ปิตพงศ์
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลพระรามเก้า

นายแพทย์เอกสิทธิ์ วาณิชเจริญกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลสิรินธร



รุ่นที่ 25

จบปีการศึกษา 2560



นายแพทย์สิทธิชัย ภิญโญพนารณ
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลปิยะเวท

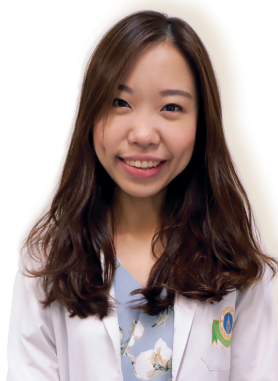


อาจารย์ แพทย์หญิงอรณิชา สุนทรโธณะกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



แพทย์หญิงอรรัมภา ชื่นวิภาสกุล
ปัจจุบันทำงาน
โรงพยาบาลเลิดสิน

รุ่นที่ 26



แพทย์หญิงวิทวลา จริยาวัฒนรัตน์
แพทย์ประจำบ้านต่อมยดปีที่ 2
โรงพยาบาลรามธิบดี



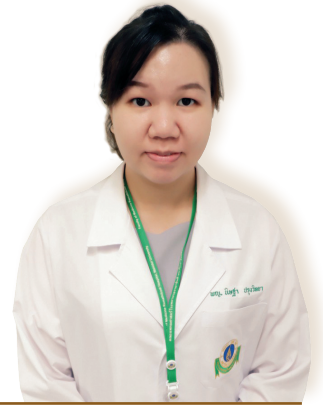
แพทย์หญิงสุภมาศ ศิริศรีตรักษ์
แพทย์ประจำบ้านต่อมยดปีที่ 2
โรงพยาบาลรามธิบดี



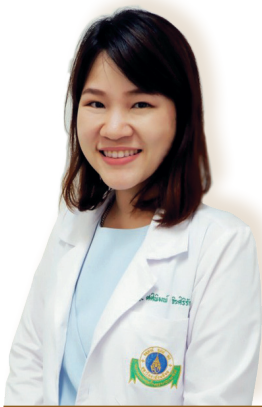
แพทย์หญิงอภิชนา มัทธนะพัทธ์
แพทย์ประจำบ้านต่อมยดปีที่ 2
โรงพยาบาลรามธิบดี

รุ่นที่ 27

แพทย์หญิงนิษฐา ปรงวิทยา
แพทย์ประจำบ้านต่อ ยอดปีที่ 1
โรงพยาบาลรามารามิบัติ



แพทย์หญิงศศิพิมพ์ จิระศิริรักษ์
แพทย์ประจำบ้านต่อ ยอดปีที่ 1
โรงพยาบาลรามารามิบัติ



แพทย์หญิงอัมพร วนสุนทร
แพทย์ประจำบ้านต่อ ยอดปีที่ 1
โรงพยาบาลรามารามิบัติ



พบปะสังสรรค์ชาว Endocrine Rama



งาน Endocrine Weekend



กิจกรรม “พหุมอรามา” Rama Channel



พิมพ์ที่

บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

376 ถนนชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

โทรศัพท์ 0-2422-9000, 0-2882-1010 โทรสาร 0-2433-2742, 0-2434-1385

E-mail : aprint@amarin.co.th Homepage : <http://www.amarin.com>



คณาจารย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และบุคลากรประจำสาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม



