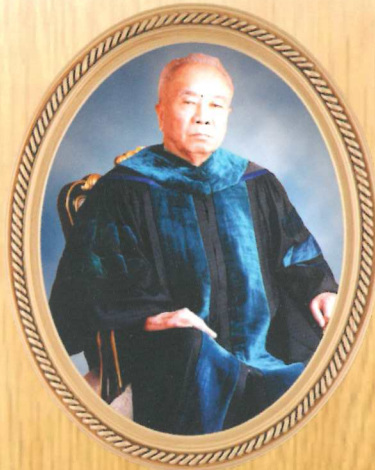




คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปาฐกถา “เปรม บรี” ครั้งที่ 10  
เรื่อง

*“Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon:  
Tackling the Surgical Needs”*



โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงหญิงสุมนศรี เผ่าสวัสดิ์

วันพุธที่ 13 พฤศจิกายน 2556

ณ ห้อง 910 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์  
และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปาฐกถา “เปรม บรี” ครั้งที่ 10  
เรื่อง

*“Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon:  
Tackling the Surgical Needs”*



โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงหญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์

วันพุธที่ 13 พฤศจิกายน 2556

ณ ห้อง 910 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์  
และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



## ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 10

### คำนำ

ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดปาฐกถาเปรม บุรีเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2547 เพื่อเป็นเกียรติแก่ท่านศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี ท่านเป็นหนึ่งในผู้ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์เป็นท่านแรก ตลอดเวลาที่ท่านรับราชการ ท่านได้สร้างรากฐานการศึกษาศัลยศาสตร์ และพัฒนาภาควิชาศัลยศาสตร์จนเป็นปีกแผ่นมั่นคง มาตราบนานเท่าทุกวันนี้ เพื่อเป็นการระลึกถึงคุณงามความดีของท่านที่มีต่อศัลยศาสตร์รามาธิบดี ทางภาควิชาฯ จึงได้จัดปาฐกถาเพื่อเป็นเกียรติแก่ท่านอย่างสม่ำเสมอทุก ๆ ปี ในครั้งนี้เป็นครั้งที่ 10 ในหัวข้อ “Harmony in Surgery - Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon” โดยองค์ปาฐกในครั้งนี้ คือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์ ท่านอาจารย์จบแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล เมื่อ พ.ศ. 2508 เคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และนายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

หัวข้อการประชุมวิชาการ Ramathibodi Surgical Forum ในปีนี้คือ “Harmony in Surgery - Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon : Tackling the Surgical Needs” ขอเรียนเชิญศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ แพทย์ พยาบาล และผู้สนใจทุกท่าน เข้าร่วมประชุมระหว่างวันที่ 13-15 พฤศจิกายน 2556 ณ ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาล

นายแพทย์สาธิต กรณยศ  
หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์  
13 พฤศจิกายน 2556





ประวัติ  
นายเปรม นูรี

**เกิดวันที่** 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461  
**บุตรของ** นายชื่น นูรี และนางทิพย์ นูรี อ.เมือง จ.เชียงใหม่  
**การศึกษา** โรงเรียนปรีณชรอยลวิทยาลัย อ.เมือง จ.เชียงใหม่  
จบ ม.8 ปี พ.ศ. 2478 (ม.8 รุ่นสุดท้าย)

**ศึกษาต่างประเทศ** ประเทศอังกฤษ พ.ศ. 2480

- Plymouth Technical College 9 เดือน เพื่อเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยลอนดอน วิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital Medical School
- Guy's Hospital Medical School พ.ศ. 2481
- สงครามโลกครั้งที่สอง พ.ศ. 2482-2488 ไทยประกาศสงครามกับอังกฤษ และอเมริกาในเวลาต่อมา การศึกษาแพทย์ต้องชะงักลงเพราะเป็น Enemy Aliens

**เสรีไทยฝ่ายอังกฤษ** สมัครเข้าเป็นเสรีไทยฝ่ายอังกฤษ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2485  
เข้ามาปฏิบัติทางทหารในประเทศไทย พ.ศ. 2487 จนสงครามสงบลงปี พ.ศ. 2488  
กลับไปศึกษาวิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital Medical School ต่อ  
รับเหรียญ M.C. จากรัฐบาลอังกฤษ

**การศึกษาต่อ**

- จบแพทยศาสตร์ M.B., B.S. (London)
- พ.ศ. 2492 MRCS (Eng.), LRCP (London)
- แพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านที่ Pembury Hospital (เครือข่ายของ Guy's Hospital Medical School) 3 ปี พ.ศ. 2492-2495



## ปาฐกถา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 10

### ปฏิบัติงานต่อทางแพทย์เพื่อหาประสบการณ์ โดยได้รับทุน ก.พ.

- Harwich and Dovercourt Hospital 1 ปี
- Scunthorse Hospital 1 ปี

### รับราชการ

- กลับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2497
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ รพ.ศิริราช พ.ศ. 2497-2512
- ศึกษาต่อทางด้าน Cardiovascular Surgery โดยได้รับทุนของ China Medical Board New York ที่ Variety Heart Hospital University of Minnesota 1 ปี (พ.ศ. 2502-2503)
- ศึกษางานต่อตามสถาบันแพทย์ในอเมริกาอีกหลายแห่งก่อนเดินทางกลับประเทศไทย
- ปฏิบัติงานตามโครงการแพทย์เคลื่อนที่ของศิริราชที่จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2509-2514
- โอนย้ายมาทำการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี พ.ศ. 2512 จนกระทั่งปลดเกษียณ ปี พ.ศ. 2522
- \* ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนตั้งแต่เริ่มคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี โดยความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข) ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน หลังจากที่ได้รับทุนร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ไปดูงานต่างประเทศ 9 แห่ง - อินเดีย เคนยา อูกานดา ไนจีเรีย นิวยอร์ค เล็กซิงตัน จาไมก้า โคลัมเบีย ฟลิปปินส์ - ใน 8 ประเทศเป็นเวลา 9 สัปดาห์

### งานหลังปลดเกษียณ (พ.ศ. 2522)

- อาจารย์พิเศษ ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน 5 ปี (2522-2525)
- ร่วมคณะก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - อาจารย์ที่ปรึกษา 4-5 ปี

### ตำแหน่งในเวลารับราชการ

- ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ รพ.ศิริราช 2512
- ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ รพ.รามธิบดี 2512-2522
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณหลังจากเกษียณอายุราชการ จากมหาวิทยาลัยมหิดล

### เครื่องราชอิสริยาภรณ์

- พ.ศ. 2517 ประถมาภรณ์มงกุฎไทย
- พ.ศ. 2514 ประถมาภรณ์ช้างเผือก

“ Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon :  
Tackling the Surgical Needs ”

## บรรยากาศในงานปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 9



ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี และ  
ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ



นายแพทย์สาธิต กรณาศ หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และ  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี



# ปาฐกถา “เปรม บรี” ครั้งที่ 10



ศาสตราจารย์คลินิกโรคชิตเทพ ต้นเผ่าพงษ์  
รองคณบดีกล่าวเปิดงานแทนคณบดี



ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฏา รัตนโอฬาร อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และ  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บรี



“ Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon :  
Tackling the Surgical Needs ”



หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ นายแพทย์สาธิต กรณศ  
ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี  
และศาสตราจารย์เกียรติคุณวิวัฒน์ วิสุทธิโกศล



ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมัน และ  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี





# ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 10



อาจารย์นายแพทย์สุทัศน์ ศรีพจนารถ อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี



ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี,  
ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ  
อาจารย์อาวุโสและอาจารย์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ชื่อประวัติองค์ปาฐก  
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงหญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์



**ชื่อ-สกุล** ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์  
**สถานที่ทำงาน** ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
โทรศัพท์ 02-245-9641, 02-201-1513 โทรสาร 02-201-1569

**การศึกษา** (เรียงจากวุฒิสูงสุด)

คุณวุฒิ	พ.ศ.ที่ได้รับ	สถานศึกษา
1. Dr.Med.(Anaesthesiology)	2512	มหาวิทยาลัยอัมบุร์ก เยอรมนี
2. D.T.M. (Tropical Medicine)	2512	สถาบันโรคเขตร้อน มหาวิทยาลัยอัมบุร์ก เยอรมนี
3. ประกาศนียบัตรการแพทย์ชั้นสูง	2508	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (กุมารเวชศาสตร์)
4. พ.บ.(แพทยศาสตรบัณฑิต)	2507	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**ตำแหน่งปัจจุบัน**

- อาจารย์พิเศษภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- อาจารย์พิเศษคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ที่ปรึกษากرارมาธิการวิทยาศาสตร์สภาผู้แทนราษฎร
- ประธานศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทยสภา
- ประธานคณะกรรมการสอบสวน ชุดที่ 9 (ของแพทยสภา)
- ที่ปรึกษาราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย



## ปาฐกถา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 10

- ผู้อำนวยการและกรรมการแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบุคคลเพื่อดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญ สาขาวิสัญญีวิทยาของกระทรวง
- คณะกรรมการอำนวยการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะกิจสาขาแพทยศาสตร์ 2
- กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ประธานกิตติมศักดิ์ชมรมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (International Association for the study of Pain - Thai Chapter)
- เลขานุการมูลนิธิวิชรเวชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร

### ตำแหน่งที่สำคัญในอดีต

- หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
- นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (แพทย์สตรีคนแรกในรอบ 88 ปี)
- กรรมการแพทยสภา
- ประธานสมาคมแพทย์ภาคพื้นเอเชียและคาบสมุทรม (CMAAO)
- รองประธานสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอาเซียน (CASA)
- ที่ปรึกษากรรมการวิชาการวิทยาศาสตร์สภาผู้แทนราษฎร

### รางวัลและเกียรติยศที่ได้รับ

- รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการแต่งตำราดีเด่น
- รางวัลศิษย์เก่าดีเด่นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- รางวัลแพทย์สตรีตัวอย่างของสมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- ปริญาแพทย์ศาสตร์คุณวุฒิปันชิตกิตติมศักดิ์จากสภามหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2549

“ *Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon :  
Tackling the Surgical Needs* ”

- รางวัลแม่ดีเด่นของสภาสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ประจำปี 2550
- รับพระราชทานโล่ประกาศเกียรติคุณรางวัลบุคคลดีเด่น ผู้ทำคุณประโยชน์ด้าน การควบคุมการบริโภคยาสูบ ในงานประชุมวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2552 “90 ปี การสาธารณสุขไทย เพื่อคนไทยสุขภาพดี” จากสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร
- รับประทานรางวัลศิษย์เก่าดีเด่นประจำปี 2553 สาขาผู้ทำชื่อเสียงระดับนานาชาติ จากพระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลีพระวรราชาทินัดดามาตุ เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2553
- รางวัล World No Tobacco Day 2010 Award จากองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2553
- รับพระราชทานรางวัลบุคคลผู้มีผลงานดีเด่นด้านสุขศึกษา พลศึกษา และ นันทนาการต่อสังคม ประจำปี 2552-2553 ระดับนักวิชาการดีเด่น จากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2553
- รับรางวัล “มหิตลทยากร” จากสมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ.2554





# ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 10

## บทย่อ

### ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 10 เรื่อง

### “ Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon : Tackling the Surgical Needs ”



**ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์**

ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณท่านหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ที่เลือกหัวข้อนี้มาเป็นปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 10 ทำให้วิสัญญีแพทย์ได้รับเกียรติมาบรรยายในโอกาสนี้ ชื่อเรื่องถ้าจะพยายามทำให้เป็นภาษาไทยก็อาจแปลความหมายได้ว่า ความกลมกลืนของศัลยศาสตร์ “การทำงานเป็นทีมระหว่างวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์: ทำอย่างไรถึงจะเข้าถึงเป้าประสงค์ทางศัลยกรรม”

ความเป็นมาในอดีตนั้น ไม่ว่าจะที่ไหนในโลก เริ่มต้นมาด้วยการมีวิสัญญีวิทยาเป็นหน่วยหนึ่งของศัลยศาสตร์ อาจเป็นด้วยว่าศัลยแพทย์ในอดีตท่านทำผ่าตัดลำบากในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา จึงได้พยายามค้นหาวิธีการที่จะทำอะไร ผลการผ่าตัดจึงจะได้ประสิทธิผลที่ดี ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีขึ้น ไม่เจ็บปวด จึงได้พยายามคิดค้นหาทางจนทำให้การผ่าตัดได้รับความสะดวกสบายมาจนทุกวันนี้ แต่อย่างไรก็ตามยังมีการพัฒนากันอยู่ตลอดเวลาไม่หยุดยั้ง

ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ ส่วนมากผู้บุกเบิกทางวิสัญญีในระยะแรกเริ่มก็ตามมักจะเคยเป็นศัลยแพทย์มาก่อน แม้แต่ในประเทศไทย ท่านอาจารย์หมอคัมภีร์ มัลลิกามาต หรือท่านศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิงสลาต ทัพวงศ์ วิสัญญีแพทย์อาวุโส ท่านก็เป็นศัลยแพทย์ที่ผันตัวมาบุกเบิกเรื่องวิสัญญีวิทยา

*“ Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon :  
Tackling the Surgical Needs ”*

ตามความเป็นจริงแล้วสองสาขาวิชานี้มีความเกี่ยวข้องกันมากมายตั้งแต่เริ่มมีประวัติของการแพทย์ เนื่องจากในอดีตสาขาวิชาวิสัญญีก็เป็นหน่วยหนึ่งของสาขาวิชา ศัลยศาสตร์ และมาแยกเป็นภาควิชาหรือสาขาวิชาในภายหลังและผู้ที่แยกออกมาเป็นวิสัญญีแพทย์ในระยะแรกเริ่มก็เป็นศัลยแพทย์นั่นเอง เช่นเดียวกับที่คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี แผนกศัลยศาสตร์ (ภาควิชาศัลยศาสตร์ ในปัจจุบัน) ได้ก่อตั้งขึ้นมาเป็น 1 ใน 7 แผนกวิชา และฝ่ายโรงเรียนพยาบาล เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2508 ในสมัยนั้นมี แผนกอายุรศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ แผนกสูตินรีเวชวิทยา แผนกพยาธิวิทยา แผนก รังสีวิทยา แผนกกุมารเวชศาสตร์ แผนกจักษุวิทยา และวิทยาโสตนาสิกการังษ และฝ่าย โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ต่อมาปี 2012 มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เปลี่ยนชื่อเป็นมหาวิทยาลัยมหิดล หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ท่านแรก ได้แก่ ศาสตราจารย์ เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี มีหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ศัลยศาสตร์ทั่วไป ประสาท ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีวิทยา ต่อมาทั้งออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีวิทยาได้แยกไปจัดตั้งภาควิชาของตนเอง คณะแพทย- ศาสตร์รามาธิบดี ได้ย้ายมาอยู่สถานที่ปัจจุบัน เมื่อปี 2511

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา ซึ่งในสมัยนั้นเรียก “หน่วยวิสัญญี” เป็นหน่วยหนึ่งของ “แผนกศัลยศาสตร์” ตั้งอยู่ในอาคาร 1 ชั้น 3 ฟังตรงข้ามกับสำนักงานของภาควิชา ศัลยศาสตร์ ด้านเดียวกับห้องประชุมภาควิชาศัลย์ ประกอบด้วยห้องหัวหน้าหน่วยมีโต๊ะ เลขที่ 1 ตัว นั่งอยู่ด้านหน้า มีห้องอาจารย์แพทย์ชาย 1 ห้อง อาจารย์หญิง 1 ห้อง ต่อมา เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2513 ได้แยกออกมาเป็นภาควิชาวิสัญญีวิทยา และย้าย ไปอยู่ที่ชั้น 5 ซึ่งเป็นที่ตั้งปัจจุบันของภาควิชา มีอาจารย์แพทย์ในขณะนั้นทั้งสิ้น 8 ท่านด้วยกัน ได้แก่ อาจารย์แพทย์หญิงจิรพรรณ มัชฌิมจันทร์ (หัวหน้าภาควิชา) อาจารย์ แพทย์หญิงกัลยา บำรุงผล อาจารย์แพทย์หญิงยุวดี เจริญพิทักษ์ อาจารย์นายแพทย์ ประจักษ์ สุโกศเวช อาจารย์แพทย์หญิงเครือวัลย์ ปานสิงห์ อาจารย์แพทย์หญิงจันทิมา (ธำรงยุทธ) พรรณรายณ์ อาจารย์แพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์ และอาจารย์แพทย์หญิงปิ่น นิลประภัตสร รับผิดชอบในด้านการบริการ การเรียนการสอน นักศึกษาแพทย์ปี 5 และ 6 ฝึกสอนแพทย์ประจำบ้านหลักสูตร 3 ปี (เริ่ม 2515) และอบรมหลักสูตรวิสัญญีวิทยา พยาบาล (เริ่ม 2513)



## ปาฐกถา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 10

### Teamwork between Anesthesiologist and Surgeon

เนื่องจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ในอดีต เราอยู่แยกกันมาแต่แรก เริ่มรามาศิเบต สำนักงานอยู่ชั้นเดียวกัน อาหารกลางวันก็รับประทานด้วยกันเป็นส่วน ใหญ่ ดังนั้น การทำงานร่วมกันในห้องผ่าตัดมักจะไม่ค่อยมีปัญหา ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทั้งอาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน

แต่ในปัจจุบันสถานการณ์เปลี่ยนไปมาก คนเพิ่มขึ้น งานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมากขึ้น ทรัพยากรจำกัด เวลาจำกัด ทำให้ปัญหาเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานร่วมกันเป็น อย่างมาก ดังนั้นองค์ประกอบสำคัญของการทำงานร่วมกันหรือทำงานเป็นทีมจำเป็นต้อง มีองค์ประกอบเหล่านี้ ได้แก่

#### 1. มนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

- มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust)
- มีการสื่อสารที่ดีต่อกัน (Communication)
- ให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Honor System)

#### 2. มีวิชาการร่วมกัน

- มีความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย
- ดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
- มีการประชุมวิชาการร่วมกันเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง

#### 3. มีการปฏิบัติงานร่วมกัน ทั้ง

- ก่อนผ่าตัด      - เตรียมผู้ป่วยให้พร้อม
- ระหว่างผ่าตัด      - วิสัญญีแพทย์ควรรู้ฝีมือของศัลยแพทย์ ขั้นตอนของ การผ่าตัด และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใน ระหว่างผ่าตัด
- หลังผ่าตัด      - ติดตามดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่
- ถ้าเป็นการให้ยาสลบแบบ General Anesthesia
  - ต้องดูว่าฟื้นจากยาสลบหรือยังไม่ฟื้นจากสาเหตุใด
  - มี Nausea - Vomitting หรือไม่
- ถ้าเป็น Regional Anesthesia

“ Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon :  
Tackling the Surgical Needs ”

- เช่น spinal หรือ Epidural Block ต้องติดตามดูว่ามี headache หรือ backache หรือไม่ จะได้แก้ไขได้ทันเวลาที่
- ควรติดตามผู้ป่วยทุกรายหลังผ่าตัดเพื่อรับรู้ผลงานของตนเอง และรู้ผลของการผ่าตัด

4. **มีสันทนการร่วมกัน** เพื่อเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ที่สมัคสมานสามัคคีควรมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น

- 4.1 งานเลี้ยงสังสรรค์ เนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ
- 4.2 เล่นกีฬาสามัคคี เป็นต้น

### **สิ่งที่น่าสนใจสำหรับศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์**

1. วิสัญญีแพทย์มาช้าไม่ตรงต่อเวลา
  - 1.1 มาแล้วยังมาเริ่มสอนนักศึกษาแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน ไล่ endotracheal tube โดยไม่เกรงใจศัลยแพทย์ที่ยืนคอย
  - 1.2 ปลุกผู้ป่วยให้ฟื้นจากยาสลบช้า ทำให้เสียเวลาผู้ป่วยรายต่อไป
2. ศัลยแพทย์มาสาย ไม่ตรงเวลา และไม่แจ้งให้ทราบ
3. เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นต้องไม่กล่าวหาซึ่งกันและกัน ปรึกษาหารือ ร่วมหาทางแก้ไข

### **ผลที่เกิดขึ้นจากการที่ Teamwork มีปัญหา**

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยจากการผ่าตัด
2. ตามมาด้วยการฟ้องร้อง ซึ่งปัจจุบันเกิดขึ้นมากมาย

### **สรุป การทำงานร่วมกันต้องอาศัย**

1. มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
2. ให้เกียรติซึ่งกันและกัน
3. ปรึกษาหารือหาข้อสรุปในทุกขั้นตอนที่มีปัญหา
4. เอื้อเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
5. สันทนการร่วมกัน





## ปาฐกถา “เปรม ภูมิ” ครั้งที่ 10

### ความเป็นมา ในการจัดปาฐกถา “เปรม ภูมิ”



เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติคุณของศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม ภูมิ ซึ่งถือว่าเป็นปูชนียบุคคล คนหนึ่งของคณะฯ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์คนแรก ท่านได้วางรากฐานการศึกษาทางศัลยศาสตร์ของคณะจนเป็นปึกแผ่นและมีชื่อเสียงจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนของคณะฯ อีกด้วย นับว่าท่านเป็นผู้ที่มีคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อชาวรามาคิดอย่างยิ่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์จึงได้จัดปาฐกถาเปรม ภูมิ เพื่อเป็นเกียรติแก่ท่านเป็นประจำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

- ครั้งที่ 1** วันอังคารที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547  
เรื่อง “ประสบการณ์หลังเกษียณอายุราชการ”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม ภูมิ
- ครั้งที่ 2** วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548  
เรื่อง “คุณสมบัติของศัลยแพทย์ที่ดี”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณสิระ บุญยะรัตเวช
- ครั้งที่ 3** วันจันทร์ที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549  
เรื่อง “เมื่อศัลยแพทย์ถูกร้องเรียน”  
โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช
- ครั้งที่ 4** วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550  
เรื่อง “คำนี้ถึงศัลยกรรม”  
โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

“ *Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon :  
Tackling the Surgical Needs* ”

- ครั้งที่ 5** วันอังคารที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551  
เรื่อง “ระลึกถึงศัลยศาสตร์ศิโรราช-รามธิบดี”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณวีระสิงห์ เมืองมั่น
- ครั้งที่ 6** วันจันทร์ที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552  
เรื่อง “4 ทศวรรษ ศัลยศาสตร์รามธิบดี”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณวิวัฒน์ วิสุทธิโกศล
- ครั้งที่ 7** วันจันทร์ที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553  
เรื่อง “วิกฤติวงการศัลยกรรมไทย”  
โดย : พลโท ศาสตราจารย์เกียรติคุณนพดล วรอุไร
- ครั้งที่ 8** วันพฤหัสบดีที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2555  
เรื่อง “ศัลยกรรมไทย : อดีต ปัจจุบันและอนาคต”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณอรุณ เฟาส์วัตต์
- ครั้งที่ 9** วันพุธที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555  
เรื่อง “ศัลยแพทย์กับการทำวิจัย”  
โดย : ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ
- ครั้งที่ 10** วันพุธที่ 13 พฤศจิกายน 2556  
เรื่อง “Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon :  
Tackling the Surgical Needs”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เฟาส์วัตต์



## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 10



## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 9 เรื่อง “ศัลยกรรมแพทยกับการทำวิจัย”



โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ

การวิจัยและนวัตกรรมกับการแพทย์นำสู่ความมหัศจรรย์ด้านศัลยศาสตร์  
(Research and Innovation in Medicine lead to...Surgical Surprises  
What...if? and Why...not?)

### การแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้

การแก้ปัญหาไม่ใช่การเสี่ยงโชค การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบระเบียบ โดยใช้ฐานความรู้ เป็นการแก้ปัญหายั่งยืน ประเทศที่มีความรู้มาก โลกของสังคมฐานความรู้ จะได้เปรียบในด้านสังคม การสร้างเศรษฐกิจรวมถึงเรื่องต่างๆ มากมาย

### โลกของการเรียนรู้ที่เปลี่ยนไป

ตั้งแต่สร้างโลกจนกระทั่งปี 1950 มีปริมาณความรู้เท่ากับ ปี 1951-2012 เป็น knowledge explosion เป็นสิ่งที่เราต้องหา ติดตามความก้าวหน้าเหล่านั้น ความรู้หลายอย่างทำให้ปลงล้างความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อเดิม แสดงว่าความรู้มีอายุใช้งาน (shelf-life) ความรู้จึงมีวันล้าสมัยได้

### การต่อยอดความรู้

เป็นการเปิดโอกาสให้ต่อยอดความรู้จากหลากหลายแหล่ง เพราะมีการรับรู้กว้างขวางขึ้น เข้าถึงได้ง่ายขึ้น โดยเทคนิคที่มีการพัฒนามากขึ้น ไม่ใช่เป็นเพียงความรู้แขนงใดแขนงหนึ่ง แต่เป็นองค์รวม สื่อสารได้ง่ายขึ้น

## ลักษณะของความรู้

ในปัจจุบันความรู้ไม่ได้มีเฉพาะด้านการแพทย์เท่านั้น เรานำความรู้ด้านวิทยาศาสตร์อื่นๆ มาใช้จำนวนมากซึ่งในวงการแพทย์แล้วเรียนรู้ไม่มีวันจบ เราเริ่มรู้คลื่นของหัวใจซึ่งเป็นคลื่นไฟฟ้า เราเริ่มใช้ความรู้หลายๆ อย่างเข้ามาประกอบกัน เกิดเป็นความรู้เฉพาะ สหวิทยาการเพิ่มมากขึ้น และบางครั้งบางขณะเราเริ่มจะเห็นภาพของความรู้ที่อยู่ ในเฉพาะคนเป็นความเชี่ยวชาญ ความชำนาญ เรียกว่าเป็นความรู้ที่ได้รับมาแต่ยังไม่เคยถ่ายทอด เป็นความรู้เฉพาะตน (tacit / implicit knowledge) ซึ่งแทนที่จะเป็นความรู้เรื่องที่พิสูจน์ / เผยแพร่ (explicit knowledge)

## What.....if???

จะเกิดอะไรขึ้น... กับการดูแลรักษาคนไข้ในปัจจุบัน ถ้า...เราไม่คิดจะหาความรู้ใหม่ๆ จะเกิดอะไรขึ้น.... ถ้า...แพทย์เราไม่คิดจะหาวิธีการรักษาคนไข้ของเรา...ให้ได้ผลดีขึ้น

ในฐานะที่เป็นศัลยแพทย์เราถูกสอนให้มีตาคมตั้งนกอินทรี (eagle's eyes) มีมือนุ่มนวลเหมือนมือของหญิงสาว (lady's hands) และมี lion's heart คือเด็ดเดี่ยว การตัดสินใจต้องเด็ดขาด และว่องไวแต่ในปัจจุบันการมีตาคมตั้งนกอินทรีไม่เพียงพอแล้ว เราต้องมี better & wider vision โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น เครื่อง X-ray ในยุคแรกๆ ทำให้เราเห็นภาพภายในของคนได้แต่เห็นเป็นบางส่วน เช่น กระดูก แต่ soft tissue ไม่เห็น ต่อมาพัฒนาจนมีเครื่อง CT-scan และ เครื่อง MRI ทำให้เราเห็นภาพก่อนลงมือทำผ่าตัด เรียกได้ว่าเครื่องมือปัจจุบันนั้นสามารถเพิ่มความสามารถในการมองของศัลยแพทย์ (enhanced vision) เป็นอย่างมาก การเพิ่มความสามารถในการมองเพื่อจะวินิจฉัยโรคนั้น ทำให้เกิดการวิจัยเพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้มือ กุมารศัลยแพทย์หรือศัลยแพทย์ตกแต่งต้องทำผ่าตัดในที่เล็กและละเอียดมากจนตาเราไม่สามารถมองได้ จึงมีการนำ microscope, laparoscope เข้ามาช่วย ปัจจุบันมีการพัฒนากล้อง scope จนภาพที่เห็นเป็นภาพสามมิติแล้ว (HD/3-dimension) สำหรับการพัฒนาด้านการใช้มือที่ดีกว่า lady's hand ก็มี minimally invasive surgery เช่น การทำผ่าตัดในที่ลึกของศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ การทำผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งอยู่ด้านหลังทำได้ยากลำบากมาก หรือการนำหุ่นยนต์เข้ามาช่วยทำผ่าตัด (robot-assisted surgery) เช่น การ





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 10

ทำผ่าตัดกระเจดตาด้วยแสงเลเซอร์ ซึ่งเป็นการใช้มือของศัลยแพทย์ควบคุมหุ่นยนต์ ทำให้มีมือที่มีประสิทธิภาพมากกว่า lady's hand สุดท้ายนอกจาก lion's heart แล้ว ศัลยแพทย์ต้องมีจิตวิจยด้วยคือ นึกสงสัยทุกอย่าง หาวิธีการหาที่ดีกว่าเดิมให้ได้

### การหาความรู้

กระบวนการหาความรู้และแก้ปัญหานั้นจะพิสูจน์ด้วยกระบวนการวิจัย (research methodology) ซึ่งได้แก่ วางรูปแบบ internal validity ได้แก่ design, sampling, intervention ฯลฯ โครงสร้างของการวิจัย (external validity) ได้แก่ relevance, generalisability สมมุติฐาน ระบบระเบียบวิธีวิจัย applicability และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบระเบียบด้วยสถิติอย่างถูกต้อง (statistical measurement) และถ้าสามารถสังเคราะห์มาเป็นระบบวิธีใหม่ได้ก็จะเป็นการดียิ่งขึ้น

ในสมัยก่อนการทำผ่าตัดจะพบปัญหาการติดเชื้อทำให้มีคนตายจำนวนมากโดยไม่ทราบสาเหตุจนกระทั่ง Louis Pasteur และ Lord Joseph Lister เป็นคนวิจัยจนพบวิธีการฆ่าเชื้อ คือ carbolic spray ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง นอกจากการติดเชื้อแล้วก็ยังมีเรื่องของการเสียเลือด การให้เลือดในระหว่างการผ่าตัดซึ่งมีการทำวิจัยและพัฒนาจนกระทั่งการให้เลือดมีความหลากหลายและมีความปลอดภัยมากขึ้น สำหรับเครื่องมือที่ช่วยในการผ่าตัดในอดีตศัลยแพทย์เป็นผู้คิดและประดิษฐ์เครื่องมือขึ้นมาใช้เอง (Surgeons and their instruments: barber (tailor) and carpenter) เช่น การทำผ่าตัดนิ้วแต่ปัจจุบันวิทยาการก้าวหน้ามากขึ้นศัลยแพทย์เพียงลำพังนั้นไม่สามารถทำได้ ต้องนำความรู้สาขาอื่นๆ เข้ามาช่วย เช่น คลื่นไฟฟ้า รังสีต่างๆ การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น การเปลี่ยนตับ ไต และหัวใจจนกระทั่งมีการผลิตอวัยวะเทียมต่างๆ เช่น ลิ้นหัวใจ แขนกลและหุ่นยนต์ในที่สุด มีการพัฒนาจนถึงการบังคับแขนเทียม ขาเทียม ด้วยจิตใจของคนแล้ว มีการนำหุ่นยนต์มาช่วยผ่าตัด บังคับโดยศัลยแพทย์เช่น DaVinci Robot ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นจากฝ่ายผลิต แต่เกิดขึ้นเพราะฝ่ายศัลยแพทย์เองที่ต้องการทำอะไรบางอย่างที่ตัวเองทำไม่ได้และเป็นผู้นำ เป็นผู้คิดเพื่อให้เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามสิ่งต่างๆ ในงานวิจัยก็มีสิ่งที่เรียกว่า misconduct คือปัญหา หรือข้อบกพร่องที่ไม่ควรเกิดขึ้นได้

## การทหา & ใช้ความรู้

ลักษณะการทดลองหรือ การวิจัยที่เกิด misconduct นั้น เช่น การวิจัยหรือทดลองที่ ค่ายนรกเอาชวิทซ์ (Auschwitz) ในประเทศโปแลนด์ โดยใช้นักโทษชาวยิวระหว่าง สงครามโลกครั้งที่ 2 ในค่ายกักกันนักโทษ มีตัวอย่างผลงานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งถูกเปิดโปง ในระยะต่อมาโดยนายแพทย์ Miklos Nyiszli แพทย์ท่านนี้เป็นอดีตนักโทษค่ายกักกัน ของเยอรมันที่ถูกสถานการณ์บังคับให้ต้องช่วยนายแพทย์ Josef Mengele ทำการทดลอง ผ่าศพและวิจัยแบบจอมปลอมหรือแบบที่รับไม่ได้ในค่ายที่เป็นหนึ่งในศูนย์วิจัยนี้ (สถาบัน สืบสวนชาติพันธุ์ชีววิทยาและมานุษยวิทยาตาร์เล็มที่ฮิตเลอร์ประกาศว่าเป็นศูนย์การแพทย์ ที่ได้มาตรฐานดีที่สุดในอาณาจักรไรช์ที่สาม ทำการวิจัยโดยใช้นักโทษ)

ตัวอย่างความคิดแปลกๆ ก็คือการศึกษาฝาแฝดที่ต้องการเปรียบเทียบแง่มุมต่างๆ ของกายวิภาคและพยาธิวิทยาของฝาแฝดเปรียบเทียบการทำงานของอวัยวะในภาวะปกติ และผิดปกติ ซึ่งต้องการเปรียบเทียบในเวลาพร้อมๆ กัน ทำอย่างไรให้มารดาชาวเยอรมัน ที่จะขึ้นเป็นผู้ผลิต “ชาติพันธุ์” ที่ยิ่งใหญ่ของโลกตั้งครรภ์แฝดให้ได้มากที่สุดในโลก รวมถึงการทดลองในคนที่ผิดปกติ เช่น คนแคระ เพื่อหวังจะคัดเลือกให้เกิดการผลิต ชาติพันธุ์ เยอรมันที่บริสุทธิ์ที่สุด ทดแทนชาวโลกชาติพันธุ์อื่นๆ ที่จะถูกกำจัดให้หมดสิ้นไป ทำเช่นนี้ เพื่อต้องการขยายสายพันธุ์ของชาวเยอรมันซึ่งการทดลองดังที่กล่าวมานี้ถือว่าเป็น misconduct ในวงการแพทย์ขอให้ลบผลงานวิจัย/กระบวนการแบบนี้ออกไป

## การวิจัยต้องมีกฎเกณฑ์

การวิจัยในคน ความคิดใหม่ๆ ที่จะพัฒนาการดูแลรักษาจำเป็นต้องมีขั้นตอน และมีการปกป้องคนไข้ของเรา โดยไม่ใช่เป็นเพียงหนูทดลองที่ไม่คำนึงถึงผลอันเลวร้าย ที่จะเกิดกับคนไข้ จะต้องคำนึงถึง feasibility, effectiveness, adaptation, safety, benefit, compatibility และ collateral effects ดูรวมหมดทุกอย่างรวมถึงการนำไปใช้ ให้ได้ด้วยเช่นการเห็นหน้าของเด็กในครรภ์ก่อนคลอด(ปัจจุบันเป็นภาพสามมิติเหมือนจริง) นั้นควรทำเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเด็ก เพื่อการวินิจฉัยโรค แต่ถ้าทำเพื่อการค้า เพียงอยากเห็นหน้าเด็กก่อนคลอด นั้นไม่ถูกต้องเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในทางผิดๆ

ความเป็นไปได้ทางเทคนิค ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ความอยากที่ถูกกระตุ้นเชิงพาณิชย์ การอาศัยความกลัวเป็นพื้นฐาน ข้อมูลทางวิชาการไม่ยืนยันว่าควรใช้ตามข้อบ่งชี้นี้ เป็นการ



## ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 10

เสียค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มค่า และอาจเกิดโทษ (อาจต้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น อาจเกิดความเครียด) หรือที่เกี่ยวข้องกับศัลยกรรมด้วยการใช้ทุกอย่างจนมากเกินไปเพื่อให้บรรลุผล ดังนั้นต้องคำนึงถึงการนำไปใช้ที่ถูกต้องด้วย

### ข้อจำกัด / กฎเกณฑ์ VS ความคิดริเริ่ม

#### กฎเกณฑ์ที่เข้มงวดมีส่วนยับยั้งความก้าวหน้าและนวัตกรรมทางการแพทย์

Prof.Harrison ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน fetal surgery กล่าวว่า ท่านสนใจต้องการแก้ไขเด็กผิดปกติตั้งแต่ในท้อง ดีกว่าจะให้คลอดมาแล้วมีปัญหาแล้วแก้ไขลำบาก โดยเริ่มศึกษาจากการทำในลิง มีการจดสิทธิบัตร มีเครื่องมือ จดลิขสิทธิ์ได้มากมาย จนกระทั่งท่านคิดว่าผลงานวิจัยของท่านออกมาช้าจนเกินไป เพราะเตรียมเอกสารมากมาย มีกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดเช่น เครื่องมือที่คิดขึ้นจะต้องผ่าน Food and Drug Administration (FDA) ก่อนจึงจะไปใช้ในคนได้

ประเทศไทยมีเป้าหมายการวิจัย มีการพัฒนารูปแบบการวิจัยของประเทศและกระจายไปทั่วทุกส่วน (degenterization) เช่น สภาวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสถาบันอื่นๆ ซึ่งต่างสถาบันต่างทำงานวิจัยจึงไม่เกิด impact ที่แท้จริงขึ้น และขณะนี้ทั้ง 5 สถาบันร่วมมือกันและตั้งเป้าหมาย ทิศทางการวิจัยของประเทศในแต่ละช่วงเวลาเช่น 5 ปี หรือ 10 ปี โดยมุ่งเป้าใน 3 ด้าน เช่น ด้านผลผลิตทางการเกษตร เน้น ข้าว มันสำปะหลังและยางพารา ด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์

#### เป้าหมายของการวิจัยด้านการแพทย์ / ศัลยกรรมของไทย

ในปีงบประมาณ 2556 นี้ หน่วยงาน 5ส และ วช. ตกลงร่วมกันทำวิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ซึ่งงบประมาณ 250 ล้านบาทโดยเฉพาะไม่รวมอีก 400 กว่าล้านที่หน่วยงานต่างๆ ได้ทำอยู่แล้วให้มาจับกลุ่มรวมกันและวางเป้าหมายว่าจะทำอย่างไรให้โรคชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อศัลยกรรม เพราะทำงานมาก ผ่าตัดเยอะแต่เขียนน้อย ไม่ค่อยเขียนและยังวิจัยน้อยอีกด้วย เราอยากเห็นโรคบางอย่างที่สามารถดูแลรักษาได้ ที่มีคุณภาพดี มี Clinical Practice Guideline ที่เกิดขึ้นจาก evidence



## “ Teamwork between Anesthesiologist & Surgeon : Tackling the Surgical Needs ”

base ของประเทศไทยจริงๆ ไม่ใช่อ้างอิงข้อมูลต่างประเทศ ซึ่งเป็นเป้าหมายวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ของ 5ส. และ วช. รวมถึงพันธมิตรร่วมวิจัยอยากเห็น

### รูปแบบของการผ่าตัดมีหลากหลาย

ไม่อยากจะยึดติดกับรูปแบบเดิมๆ หรือเฉพาะที่ได้ยิน ได้ฟัง ได้ทำตามกันมา เดิมเราอาจจะผ่าตัดตรงๆ เราอาจจะผ่ารูปแบบนี้บ้างแตกต่างกันไป เพราะฉะนั้นมันอาจมีวิธีการ รูปแบบที่แตกต่างกันไป แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้อยู่

เรายังอยากเห็นการดูแลรักษาโรคทางศัลยกรรมซึ่งเป็นโรคเฉพาะถิ่นหรือเฉพาะภูมิภาค เช่น โรคเขตร้อน ไทยควรจะมีการศึกษาวิจัยในโรคนั้นๆ อย่างเต็มที่ และกลายเป็นผู้สร้างหรือกำหนดแนวทางการดูแลรักษา(world authority) มิใช่ให้ต่างประเทศมา กำหนด ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนเช่น ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระวัฒน์ เหมาะจุทา ซึ่งให้แนวคิดถึงการดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าจากเดิมที่คิดว่าเกิดจากเชื้อไวรัส แต่จริงๆ แล้วไม่ใช่ แต่เป็นผลมาจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีการรักษาที่แตกต่างไป เรามีโรคหลายอย่างที่พบได้มาก อาทิเช่น นิ้วในระบบทางเดินปัสสาวะ Hepato cellular carcinoma และ Cholangiocarcinoma เป็นต้นซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย เรามีวิจัยแต่ทำวิจัยไม่ครบวงจรจนเป็นที่อ้างอิงให้กับต่างประเทศได้

### Surgical education and training for HR sustainable development

อยากเห็นการวิจัยในเชิงที่เรียกว่า surgical education ซึ่งขณะนี้พบว่าโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงเป็น tertiary care เราจะมีรูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนของศัลยศาสตร์อย่างไร ควรมีงานวิจัยที่พัฒนาในด้านนี้ด้วย เพื่อให้ผู้ที่ต้องการศึกษาด้านนี้ มี impression เป็นการพัฒนาคอนอย่างยั่งยืนต่อไป และการทำวิจัยต้องมีเรื่องของ cognitive ต้องมีเรื่องของ skill และเรื่องของ attitude

### วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับการผ่าตัด

วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการผ่าตัดเป็นอีกเรื่องที่ต้องการมีการทำวิจัย งบประมาณเครื่องมือแพทย์ทั่วโลกต้องการปีละกว่า 6 ล้านล้านบาท ความต้องการวัสดุทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในไทยมีมูลค่ากว่า 25,928 ล้านบาท อัตราการเติบโตประมาณร้อยละ 9.1 ต่อปี โดยเพิ่มขึ้นเป็น 35,000 ล้านบาท วัสดุต่างๆ ที่นำเข้าประเทศไทยนำ





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 10

จะผลิตได้เอง แต่ส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าร้อยละ 90 วช. ต้องการลดปริมาณการนำเข้าอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง เพื่อลดงบประมาณ

ไทยเป็นผู้ส่งออกเครื่องมือแพทย์กว่า 40,000 ล้านบาท แต่คนไทยไม่นิยมซื้อของผลิตในประเทศทำให้ต้องส่งขายออกให้กับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ไม่เกิดการวิจัยพัฒนาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือขีดขวางการผลิตเนื่องจากทำแล้วขายไม่ได้นั่นเอง กล่าวโดยสรุปแล้วปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการผลิต ความเชื่อถือของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตได้ในประเทศยังอยู่ในระดับต่ำและการขาดความรู้ด้านการตรวจสอบมาตรฐาน

อาจารย์สิทธิพร บุญยนิษฐ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้คิดค้นไหมละลายที่ทำจากแป้งข้าวเจ้า และผลงานชิ้นนี้ได้รับรางวัลชมเชย จาก บี.บราวน์ พร้อมยังทำวิจัยต่อเนื่องได้ทำ bone synthesis โดยการใช้เปลือกหอย กระดุกคนมาทำโดยใช้นาโนเทคโนโลยี

อาจารย์โกวิท คำพิทักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ robotic ซึ่งเป็นการควบคุมการใช้แขนกล มาช่วยผ่าตัดคล้ายกับหุ่นยนต์ DaVinci ได้สำเร็จแล้วหากมีการช่วยกันทดลองใช้ จะทำให้มีโอกาสพัฒนาได้มากขึ้น

จึงอยากจะฝากศิษย์แพทย์ไว้ว่าอะไรที่เราทำผ่าตัดแล้วไม่ถนัด ใช้เครื่องมืออะไรต่างๆ ทั้งหลายนั้นมีทางเอามาพัฒนาในประเทศไทยได้ไหม ของบางอย่างของออร์โธปิดิกส์เป็นตัวอย่างอันหนึ่ง เราใช้ข้อสะโพกเทียมของต่างประเทศมันก็เป็นขนาดของต่างประเทศ ถ้าเป็นของคนไทยควรจะเป็นลักษณะไหนแล้วออกแบบเพื่อคนไทย ผลิตขึ้นเองแล้วใช้ในประเทศได้ก็จะเป็นสิ่งที่ดี นี่คือโอกาสหนึ่งของการพัฒนาวิจัยด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยังเป็นการท้าทายอย่างยิ่งและมหาวิทยาลัยจะเป็นผู้มีส่วนได้ถ้าการวิจัยนั้นเป็นการทำวิจัยร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยและบริษัทเอกชน

### Frontier Research

ความสามารถการใช้มือคนหรือความสามารถในเชิงการวิจัยแบบก้าวหน้า ซึ่งทางประเทศไทยไม่ได้หย่อนกว่าใคร เช่น ในเรื่องของ stem cell research เรื่องของ personalized medicine ก็เป็นเรื่องที่สำคัญ ในทางศัลยกรรมก็ยังมีมองอยู่ว่าจะมีอะไรบ้างที่จะเป็นการวิจัยในเชิงลึกที่เป็นลักษณะอย่างนี้

## Strategic Drive for Surgeons

คำถามว่า “สิ่งที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นอย่างที่เราหวังต้องทำอะไรบ้าง”

1. บุคลากรทางการแพทย์ทุกแขนงไม่ใช่แต่ศัลยแพทย์เท่านั้น เนื่องจากความรู้ที่เพิ่มขึ้นทุกวินาที มัน expose มาก จนเราอยู่หนึ่งๆ ไม่ได้แล้วเราต้องฝึกให้คนของเรามีความคิด ปลูกฝังนิสัย ที่เป็น life- long learning อยู่ตลอดเวลา

2. คิดอะไรใหม่ๆ ต้องหัดตั้งคำถาม เป็นมนุษย์เจ้าปัญหา ทำไม อะไร อยู่ตลอดเวลา

3. นักวิจัยไทยส่วนใหญ่หรือหมอไทยส่วนใหญ่มักจะทำวิจัยแบบ me too มักจะทำตามต่างประเทศ

4. ต้องฝึกให้ศัลยแพทย์ทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น (systemic approach) การทำงานวิจัยนั้นอยู่ที่การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนอย่างเป็นระบบระเบียบ

5. การฝึกให้มีความคิดแบบมีวิจารณ์ญาณเป็น systemic thinking ก็คือ critical thinking มีการชั่งน้ำหนักมีเหตุ มีผลต่างๆ ทั้งหลายรวมกัน

6. การทำงานหลากหลายสาขา การบริหารจัดการและทุนสำหรับการทำวิจัย (management and funding for research) ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่มักคิดว่าการวิจัยไม่เห็นต้องจ่ายเงินเลยซึ่งก็เป็นความจริง แต่ท่านก็ต้องทราบด้วยว่าการวิจัยที่เป็นระบบระเบียบต้องมีคนช่วยงานเพราะเราไม่สามารถทำได้คนเดียวจึงต้องมีคำตอบแทนคนช่วยงาน มีระบบต่างๆ ที่ช่วยให้เกิดขึ้นได้ มีอุปกรณ์ เครื่องมือมาช่วยการดำเนินงาน อีกอย่างทุนวิจัยเป็นปัจจัยบังคับให้ทำงานวิจัยเสร็จทันเวลาได้

7. ต้องทำงานแบบบูรณาการ (coordination / collaboration) ศัลยแพทย์ต้องทำงานหนักแต่อาจารย์แพทย์อีกหลายสาขา เช่น อาจารย์ทาง pre-clinic ก็มีส่วนมาเข้าช่วยเราได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขามีนักศึกษาปริญญาโทมาช่วยซึ่งศัลยแพทย์ก็หวังว่าแพทย์ประจำบ้านจะช่วยงานได้ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์เป็นหนึ่งในเกือบทุกๆ ราชวิทยาลัยที่ขณะนี้กำหนด หรือบังคับให้แพทย์ประจำบ้านทำงานวิจัย 1 เรื่องก่อนจบ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือเราไม่ได้ทำระบบไว้ ถามว่าแพทย์ประจำบ้านมีเสนอ proposal ไหม? อาจจะไม่มีหรือมีก็แบบสั้นๆ แล้วก็ไม่มีการทำ critical ถ้าวางแผนเป็นระบบระเบียบเช่น ในปี 1 ท่าน



## ปรัชญา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 10

จะทำเรื่องอะไร ปีแรกให้ทำการศึกษารื่องนั้นแล้วมานำเสนอพื้นฐานเรียกว่าความรู้พื้นฐาน ก็ทำเหมือนกับ collective review ดังนั้นในการทำ collective review ก็ให้ทำในเรื่องที่ทำวิจัย เสร็จแล้วก็นำเสนอ proposal แล้วก็เชิญอาจารย์ ไม่ว่าจะเป็นอาจารย์ทางระบาดวิทยา ทาง pre-clinic ที่เก่งเรื่องวิจัยให้มาดูว่าที่เขียนโครงร่างวิจัยนั้นถูกต้องตามระบบระเบียบวิธีวิจัยไหม จากนั้นปี 2 ปี 3 ก็ค่อยๆ ไล่ไป ถ้าทำตามนี้ได้และบูรณาการได้ อันนี้จะเกิดประโยชน์มาก ขณะนี้ที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาการแพทย์ ซึ่งสนใจทำวิจัย มีนักศึกษาปริญญาโทปีละ 2 คน ซึ่งเรียนด้าน physiology บ้าง ด้าน infection บ้างหรือด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องบ้าง แต่มาทำงานเรื่องโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับกุมารศาสตร์ก็เกิดผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกุมารศาสตร์ผลงานวิจัยบางส่วนนักศึกษานี้ก็จะใช้เพื่อจบปริญญาโท ผลงานอีกส่วนก็ใช้เพื่อเรื่องของ clinical ดังนั้นจึงเกิดการบูรณาการ coordination / collaboration ขึ้น

8. การพัฒนาระบบข้อมูลและฐานข้อมูล เป็นสิ่งที่สำคัญมากและทุกแห่งทำกันหมดแล้วต่างกับสมัยก่อนซึ่งการทำวิจัย จะลำบากมากเพราะไม่มีระบบคอมพิวเตอร์ ต้องถ่ายสำเนาประวัติคนไข้เก็บเป็นชุดๆ และข้อมูลนั้นก็ถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ ถ้าหากมีวางแผนการเก็บข้อมูล ระบบข้อมูลและฐานข้อมูลที่ออกแบบให้สัมพันธ์กันซึ่งแต่ละสถาบันต่างคนต่างทำไม่มีการเชื่อมโยงกันทำให้การสืบค้นเป็นไปได้ลำบากจึงต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลข้ามหน่วยงานโดยที่แต่ละหน่วยงานยังอยู่กับที่ องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้สร้างแนวคิดของการเป็น global citizen หรือการเชื่อมโยงฐานข้อมูลข้ามหน่วยงานและไทยก็รับเอาแนวคิดนี้มา ตัวสภากิจแห่งชาตก็รับเอาแนวคิดนั้นมาด้วยซึ่งตอนนี้มีการเชื่อมโยงข้ามหน่วยงานแล้วการเชื่อมโยงฐานข้อมูลนั้นใช้หลักหรือใช้มาตรฐานข้อมูลที่เรียกว่า open archives และ protocol for meta data harvesting และขณะนี้สภากิจฯ สามารถเชื่อมโยงได้ 80 กว่าแห่งแล้ว มหาวิทยาลัยวิจัยทั้ง 9 แห่งในขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการซึ่งน่าจะเชื่อมโยงได้ภายในสิ้นปีนี้ และอีก 50 แห่งซึ่งเชื่อมโยงมหาวิทยาลัยที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัยวิจัยได้ 20 กว่าแห่ง ซึ่งตรงนี้จะมีส่วนทำให้เกิดภาพรวมความก้าวหน้าของระบบข้อมูลที่กำลังพยายามดำเนินการอยู่ขณะนี้ คือ การพัฒนาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลทั่วโลก ในฐานะที่เป็น global village, global community และ global cultures



## เกิดปรากฏการณ์อะไรขึ้นบ้าง สำหรับหน้าที่ศัลยแพทย์

ในฐานะที่เป็นอาจารย์แพทย์ในมหาวิทยาลัยนั้นถูกกำหนดภาระงานไว้ เช่น งานสอนซึ่งเป็นงานที่หนักและมาก งานวิจัย งานบริการ และอื่นๆ เช่นการทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม แต่เวลาประเมินจะประเมินผลงานวิจัยทั้งที่กำหนดเป็นภาระงานเพียงชนิดเดียวซึ่งทำให้การประเมินกับภาระงานที่อาจารย์แพทย์ปฏิบัตินั้นไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นถ้าอยากให้ได้ตามที่กำหนดก็ต้องทำงานวิจัยให้มากสำหรับทุนวิจัยรัฐบาลสนับสนุนเพียง 1 หมื่นล้านบาท คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.1 ของ GDP ภาคเอกชนลงทุนเพียงร้อยละ 0.1 ของ GDP รวมทั้งหมดเป็นร้อยละ 0.2 ของ GDP ซึ่งน้อยมาก ประเทศไทยควรจะเป็นร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 2 ของ GDP ถึงแม้จะให้ทำงานวิจัยยังไงก็ตามมันมีภาระงานมาก ดังนั้นในการทำงานลักษณะแบบนี้จึงต้องมีการปรับตัวให้เกิดการผสมผสานและบูรณาการกัน โดยทุกครั้งที้ออกตรวจคนไข้ที่ OPD คนไข้คนนั้นคือ subject งานวิจัยของท่าน ทุกครั้งที่ท่านผ่าตัดเป็นงานวิจัยของท่าน ถ้าท่านทำอย่างนี้ได้ท่านก็มีสิทธิมีชีวิตที่จะมีความสุขในเชิงวิชาการมีความก้าวหน้าแต่สิ่งต่างๆ เหล่านี้ก็ต้องอาศัยเรื่องของการบูรณาการ การวางแผนล่วงหน้าและการทำงานด้วยกันระหว่างอาจารย์ในหน่วยเดียวกัน อาจารย์ในภาควิชาเดียวกัน

## Problems / Hurdles for Surgical Research

การเริ่มวิจัยมักจะมีปัญหาข้อขัดข้องจำนวนมาก งานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาได้ทุนมีเพียงร้อยละ 30 แต่ท่านต้องไม่ทอดเลย งานวิจัยร้อยละ 30 ที่ผ่านมานั้น วช. มองเพียง methodology มองเรื่องของ validity ของโครงการเป็นหลัก ไม่ได้มองถึงตัวเป้าหมายของโครงการวิจัย ด้วยเหตุนี้ถ้าหากไปดูเรื่องแผนหรือนโยบายยุทธศาสตร์การวิจัยด้านสุขภาพแล้วท่านทำตามตรงตามนั้น ถึงโครงการจะไม่ดี ทาง วช. จะเรียกท่านมาและช่วยปรับแต่งให้

## Challenges for Surgical Research

มันเป็นความท้าทายที่ท่านจะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดของท่านว่าเราต้องทำวิจัยแล้ว ขอเรียนท่านและท้าทายท่านเช่นเดียวกัน ขณะนี้เรานึกว่าเราอยู่โรงเรียนแพทย์ เราจะก้าวหน้าเร็วมีตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ซี 8 รองศาสตราจารย์ ซี 9 ศาสตราจารย์ ซี 10 ซี 11 ซึ่งเราจะหยิบเมื่อไรก็ได้ แต่ความเป็นจริงมีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่ได้ ซี 10





## ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 10

หรือได้ศาสตราจารย์ แต่ในกระทรวงสาธารณสุขรุ่นที่ใกล้ๆ กับผมหรือเท่ากับผม มีมากกว่าร้อยละ 5 ที่ได้ ซี 10 เนื่องจากงานของเขาเป็นงานให้บริการจึงวางกฎเกณฑ์ที่ต่ำกว่าในมหาวิทยาลัยแต่ถ้าเรามุ่งงานวิจัย เราก็เห็นภาพว่า เราก็มีงานหนัก มีงานเรื่องการเรียนการสอน เราก็ต้องวัดตรงจุดนี้ ถ้าการเรียนการสอนดี เป็นตัวอย่างที่ดี มีงานวิจัยบางส่วนพอรับได้ นี่คือนี่ที่เราพยายามจะปลูกฝังคนรุ่นใหม่ๆ

ทุกอย่างต้องเกิดขึ้นจากความร่วมมือ ร่วมใจกันและเมื่อมันเกิดขึ้นอะไรต่างๆ ก็เป็นไปได้ ทะเลทรายในอเมริกาก็ยังมีดอกไม้เกิดขึ้นได้ เพราะฉะนั้นผมยังอยากจะชี้ให้เห็นว่าการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์สามารถนำไปสู่เรื่องของความมหัศจรรย์ ความก้าวหน้าในด้านการแพทย์หรือด้านศัลยศาสตร์ได้และเราเห็นแล้วว่าถ้าเราไม่ทำ เราก็คงจะไม่สามารถทำให้คนไข้ของเราได้รับการรักษาที่ดีขึ้น แล้วถามว่า “ทำไมท่านจะไม่ทำละครับ” เป็นกำลังใจให้ครับ ขอขอบคุณครับ และขอบคุณอีกครั้งสำหรับปาฐกถาเปรม บุรี อาจารย์เปรม ท่านเป็นปูชนียบุคคล เป็นตัวอย่างที่ดี ท่านมองไม่เฉพาะแค่คนในวงการแพทย์ ท่านยังมองถึงเรื่องของชุมชนต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเช่นเดียวกัน

ขอบคุณครับ