



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปาฐกถาเปรม บรี ครั้งที่ 11



เรื่อง

“AEC และผลกระทบต่อคนไทย”

โดย

ศาสตราจารย์คุณวินัยคุณาแพทย์ประสิทธิ์กุล สกสค.สัตยาบรรณ

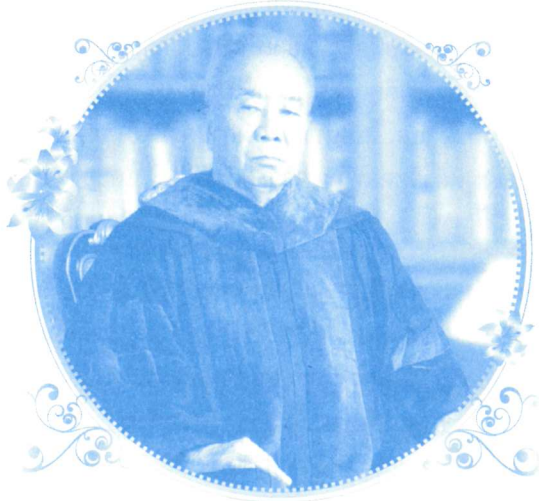
วันพุธที่ 12 พฤศจิกายน 2557

ณ ห้อง 910 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
ปาฐกถา “เปรม บูรี” ครั้งที่ 11



เรื่อง

“AEC และผลกระทบต่ออค์ดลยแพทยไทย”

โดย

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร

วันพุธที่ 12 พฤศจิกายน 2557

ณ ห้อง 910 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11

คำนำ

ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 11 ซึ่งทางภาควิชาคัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เพื่อเป็นเกียรติแก่ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี ซึ่งเป็นปูชนียบุคคลที่สำคัญยิ่งของรามาธิบดีอีกท่านหนึ่ง และในปีที่ท่านจะมีอายุครบ 8 รอบ คือ 96 ปี ภาควิชาจึงมีความดำริที่จะแสดงมุทิตาจิตต่อท่านอาจารย์เปรม บุรี และอาจารย์อาวุโสทุกท่านที่ได้ร่วมก่อตั้งภาควิชาคัลยศาสตร์ ถือเป็นความภาคภูมิใจอย่างยิ่งของภาควิชา

ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน “ASEAN Economics Community (AEC)” ในปี พ.ศ. 2558 ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกยุค globalization อันเนื่องจากระบบสารสนเทศ ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานอย่างเสรีในยุคประชาคม ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ทางภาควิชาคัลยศาสตร์จึงได้เรียนเชิญ ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร อดีตอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล มาเป็นองค์ปาฐกถาในปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11 เรื่อง “AEC และผลกระทบต่อคัลยแพทย์ไทย” ภาควิชาคัลยศาสตร์ มั่นใจว่าจากประสบการณ์ของท่านที่มีอยู่มากมายที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสาธารณสุข การผลิตบัณฑิตแพทย์ หรือคัลยแพทย์ การเตรียมพร้อมแพทย์ และวงการคัลยกรรมไทย ตลอดจนมุมมองและข้อคิดเห็นของท่าน จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมรับฟังปาฐกถาครั้งนี้ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

นายแพทย์สาธิต กรณศ

หัวหน้าภาควิชาคัลยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ประวัติ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี



เกิดวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461
บุตรของ นายชื่น บุรี และนางทิพย์ บุรี อ.เมือง จ.เชียงใหม่
การศึกษา โรงเรียนปรีนทรอยล์วิทยาลัย 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

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



ปฏิญญา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 11

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.รามาริบตี พ.ศ. 2512 จนกระทั่งปลดเกษียณ ปี พ.ศ. 2522
- * ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนตั้งแต่เริ่มคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาริบตี โดยความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข) ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน หลังจากที่ได้รับทุนร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ไปดูงานต่างประเทศ 9 แห่ง - อินเดีย เคนยา อูกานดา ไนจีเรีย นิวยอร์ค เล็กซิงตัน จาไมกา โคลัมเบีย ฟิลิปปินส์ - 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.รามาริบตี 2512-2522
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณหลังจากเกษียณอายุราชการ จากมหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องราชอิสริยาภรณ์

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

บรรยากาศในงานปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 10



ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์ และ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี



นายแพทย์สาธิต กรณศ หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11

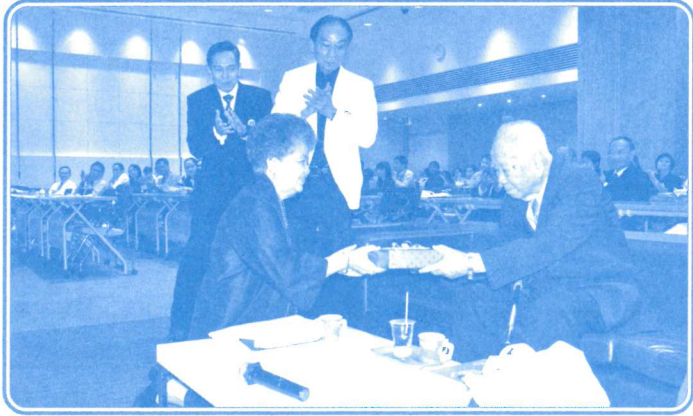


ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ครรชิตเทพ ต้นเผ่าพงษ์
รองคณบดีกล่าวเปิดงานแทนคณบดี



นายแพทย์พรเทพ เปรมโยธิน
ผู้อำนวยการสำนักงานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี

“ AEC และผลกระทบต่อคนไทย ”



ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี มอบของที่ระลึกให้องค์กรปาฐก



ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี
อาจารย์อาวุโสและอาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ปาฐกถา “เปรม ภิวั” ครั้งที่ 11



ชื่อประวัติองค์ปาฐก

ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร



ชื่อ-นามสกุล ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร

สถานที่ทำงาน สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน

1. นายกสภามหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล
2. นายกสถาบันดนตรีกัลยาณีวัฒนา
3. รองประธานกรรมการบริหารศิริราชมูลนิธิ คนที่ 2
4. ที่ปรึกษาคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิสูงสุด)

คุณวุฒิสถา	พ.ศ. ที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา
ปริญญาบัตร วปอ.	2538	วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
Fellowship Training	2531	Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia, USA
Injury Epidemiology		

Fellowship Training	2528	John's Hopkins University
Critical Care Medicine		
วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ ศัลยศาสตร์	2518	แพทยสภา
แพทยศาสตรบัณฑิต	2514	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตำแหน่งหน้าที่สำคัญในอดีต

1. คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2543-2550
2. รองประธานมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ 2543-2550
3. อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล 9 ธันวาคม พ.ศ. 2550-2554
4. กรรมการกฤษฎีกา พ.ศ. 2552-2555

ประสบการณ์การทำงาน

1. รองผู้อำนวยการโครงการศูนย์วิจัยพัฒนานโยบาย เตรียมพร้อมทางการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล 2528 - 2530
2. เลขาธิการสมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย 2532
3. รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 2532 - 2534
4. ประธานคณะกรรมการบริหารโครงการ mini MPA มหาวิทยาลัยมหิดล 2534 - 2538
5. เลขาธิการสภามหาวิทยาลัยมหิดล 2534 - 2538
6. รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหิดล 2534 - 2538
7. อุปนายกสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช 2539 - 2541
8. กรรมการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ 2550 - 2554
9. ประธานกรรมการมูลนิธิโรคมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช 2543 - 2550
10. กรรมการมูลนิธิสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ 2550 - ปัจจุบัน
11. กรรมการทุนมูลนิธิ “สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า” มีนาคม 2551- ปัจจุบัน
12. กรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิของมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร 2 ธันวาคม 2554 - 2555



ปาฐกถา “เปรม ภูมิ” ครั้งที่ 11

เกียรติประวัติ/รางวัลที่เคยได้รับ

1. คิษย์เก่าดีเด่นสมาคมศิษย์เก่าคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี พ.ศ. 2545
2. บุคคลคุณภาพ (Quality Person of the Year) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2546
3. รางวัลมหิดลทายากร ประจำปี พ.ศ.2554
4. บุคลากรดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2555

บทย่อ

ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 11 เรื่อง “ AEC และผลกระทบต่อคนไทย ”



ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร

ปัจจุบันกระแสประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ เออีซี (AEC) กำลังได้รับการกล่าวขวัญและมีการวิเคราะห์กันอย่างมากมาย ถึงผลกระทบต่อประเทศไทย ทั้งในเชิงบวก และเชิงลบ โดยเฉพาะในทางเศรษฐกิจว่าในปีหน้า (พ.ศ. 2558) ประเทศไทย และประชาชนคนไทยได้เตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์แห่งการเปลี่ยนแปลงข้างหน้าที่จะเกิดขึ้นกันมากน้อยเพียงใด นอกจากด้านเศรษฐกิจแล้ว ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยก็มีผู้วิเคราะห์และให้ความเห็นพอสมควรได้ว่า

1. วิชาชีพแพทย์ (Medical Practitioner) วิชาชีพทันตแพทย์ (Dental Practitioner) และวิชาชีพพยาบาล (Nursing Services) เป็น 3 ใน 7 วิชาชีพที่สามารถเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรีแต่ก็ยังติดปัญหาเรื่องใบประกอบวิชาชีพของแต่ละประเทศ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุปชัดเจน

2. การเคลื่อนย้ายแรงงานของวิชาชีพดังกล่าวไปยังประเทศเพื่อนบ้าน นอกจากปัญหาเรื่องภาษา และข้อกำหนดต่างๆแล้ว ประเทศไทยยังมีเศรษฐกิจอยู่ในอันดับต้นๆ ในอาเซียน ทำให้เชื่อว่าสถานการณ์เช่นนี้มีโอกาสเกิดขึ้นน้อย

3. ในทางกลับกัน การเคลื่อนย้ายของบุคคลากรทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน จากประเทศเพื่อนบ้าน เข้าสู่ระบบของไทย โดยเฉพาะภาคเอกชน มีความเป็นไปได้สูงกว่า เพราะไทยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับอัตราส่วนกับประชาชนทั้งประเทศ



ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 11

4. ประเทศไทยมีศักยภาพสูงในด้านบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากเรามีบุคลากรที่มีทั้งคุณภาพและความเชี่ยวชาญอยู่ในระดับแนวหน้า ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสม และมีงานวิจัยในระดับนานาชาติ หากมีความร่วมมือกันและได้รับการส่งเสริมจากภาครัฐ ไทยจะกลายเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของอาเซียนได้ตามที่ตั้งเป้าไว้โดยไม่ยาก

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่า AEC จะเกิดขึ้นหรือไม่ ผลกระทบจะเป็นอย่างไร สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างแน่นอนคือการเปลี่ยนแปลงในโลกยุค Globalization เรากำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน นวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่ล้ำหน้า สังคม on line องค์ความรู้ที่สามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว ที่สำคัญคือการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของเทคโนโลยีทางการแพทย์สารสนเทศด้านการรักษาพยาบาล ทำให้ศัลยแพทย์พบว่าอยู่ตรงกลางของช่วงเวลาแห่งการปรับเปลี่ยนขั้นพื้นฐานของการปฏิบัติทางศัลยศาสตร์อย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน

ผมจำได้ว่าปรมาจารย์ทางศัลยศาสตร์เคยกล่าวไว้ว่า “ Big surgeon big incision, small surgeon small incision.” และศัลยศาสตร์ คือ “cut ‘n’ cure” แต่ปัจจุบันแผลผ่าตัดยิ่งเล็กลงยิ่งดีโดยใช้ endoscopic surgery ผู้ป่วยจะมีสภาวะแทรกซ้อนน้อย เจ็บแผลน้อยลง และกลับบ้านได้เร็วขึ้น โรคหลายชนิดในปัจจุบันอาจหายได้โดยไม่ต้องอาศัยการผ่าตัดหรือการผ่าตัดใหญ่แบบเดิมอีกต่อไป ดังนั้นศัลยแพทย์จึงมีบทบาทในการผ่าตัดแบบดั้งเดิมน้อยลง

จะเห็นว่า minimal invasive surgery กำลังเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เส้นแบ่งระหว่าง interventional radiology, endoscopy, robotics และการผ่าตัดแบบเดิมเริ่มไม่ชัดเจนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทักษะที่ใช้ในการรักษาโรคทางศัลยกรรมก็ขยายออกไปจนหาขอบเขตที่ชัดเจนไม่ได้ หากศัลยแพทย์ต้องการเป็นมากกว่า technician การฝึกอบรมทางศัลยศาสตร์จำเป็นต้องขยายฐานด้านทักษะ เพื่อให้สามารถรักษาโรคทางศัลยกรรมได้ตามความจำเป็น

แนวคิดเช่นนี้ส่งผลกระทบถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งปรัชญาและการฝึกอบรมทางศัลยศาสตร์ ยกตัวอย่างเช่น แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ที่จะฝึกอบรมทางด้าน

hepatobiliary disease จะต้องมีความสามารถเป็นที่ยอมรับทั้ง laparoscopy, robotics, endoscopy, radio ablation techniques และ gene therapy หรือไม่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีก้าวไกล กว้างขวางและรวดเร็วเกินกว่าที่ใครคนใดคนหนึ่งจะเชี่ยวชาญสามารถทำทุกอย่างได้ จึงมีคำถามว่า ศัลยแพทย์ในศตวรรษที่ ๒๑ ควรเป็นเช่นไร คำตอบคือ ต้องเป็นผู้มีคุณลักษณะ และ คุณสมบัติเฉพาะที่เหมาะสม ต้องเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ไกล เปิดใจกว้าง ต้องเรียนรู้ว่าขณะที่ technology กำลังทำให้กระบวนการทางศัลยกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง ศัลยแพทย์ควรยืนอยู่ที่จุดใดและควรปรับเปลี่ยนตนเองอย่างไรให้เหมาะสมกับเทคโนโลยีนั้น เราควรกำหนดตำแหน่งตนเองในวันนี้ให้พร้อมเพื่อควบคุมเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในวันพรุ่งนี้

เมื่อกระแสลมแห่งการเปลี่ยนแปลงพัดผ่านมา ศัลยแพทย์ไทยไม่ควรสร้างกำแพง แต่ควรสร้างกังหันลม คือนำกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ด้วยความเชื่อมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และไม่ว่าการเกิดของ AEC จะส่งผลกระทบเช่นไร ศัลยแพทย์ไทยจะยืนอยู่อย่างมั่นคงองอาจ และสามารถสร้างประโยชน์สูงสุดให้เกิดกับผู้ป่วย สังคมไทย และประเทศชาติได้ด้วยความสง่างาม



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11

ความเป็นมา ในการจัดปาฐกถา “เปรม บุรี”



เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติคุณของศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี ซึ่งถือว่าเป็นบุษนิยบุคคลคนหนึ่งของคุณะฯในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์คนแรก ท่านได้วางรากฐานการศึกษาทางศัลยศาสตร์ของคุณะฯจนเป็นปึกแผ่นและมีชื่อเสียงจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนของคุณะฯ อีกด้วย นับว่าท่านเป็นผู้ที่มีคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อชาวรามาคิดอย่างยิ่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์จึงได้จัดปาฐกถาเปรม บุรี เพื่อเป็นเกียรติแด่ท่านเป็นประจำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

- ครั้งที่ 1** วันอังคารที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547
เรื่อง “ประสบการณ์หลังเกษียณอายุราชการ”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี
- ครั้งที่ 2** วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548
เรื่อง “คุณสมบัติของศัลยแพทย์ที่ดี”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สิระ บุณยะรัตเวช
- ครั้งที่ 3** วันจันทร์ที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549
เรื่อง “เมื่อศัลยแพทย์ถูกร้องเรียน”
โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช
- ครั้งที่ 4** วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550
เรื่อง “คำนึ่งถึงศัลยกรรม”
โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

“ AEC และผลกระทบต่อศัลยแพทย์ไทย ”

- ครั้งที่ 5** วันอังคารที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551
เรื่อง “ระลึกถึงศัลยศาสตร์ศิริราช-รามธิบดี”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมัน
- ครั้งที่ 6** วันจันทร์ที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552
เรื่อง “4 ทศวรรษ ศัลยศาสตร์รามธิบดี”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วิวัฒน์ วิสุทธิโกศล
- ครั้งที่ 7** วันจันทร์ที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553
เรื่อง “วิกฤติวงการศัลยกรรมไทย”
โดย : พลโท ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์นพดล วรอุไร
- ครั้งที่ 8** วันพฤหัสบดีที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2555
เรื่อง “ศัลยกรรมไทย : อดีต ปัจจุบันและอนาคต”
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อรุณ เฟาสวัสดิ์
- 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 เฟาสวัสดิ์
- ครั้งที่ 11** วันพุธที่ 12 พฤศจิกายน 2557
เรื่อง “AEC และผลกระทบต่อศัลยแพทย์ไทย”
โดย : ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11

ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 10 เรื่อง

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



ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์

ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณท่านหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และคณะกรรมการภาควิชาเป็นอย่างยิ่ง ที่เลือกหัวข้อการบรรยายปาฐกถาเปรม บุรี ครั้งที่ 10 ในเรื่อง Harmony in Surgery “Teamwork between Anesthesiologist and Surgeons”: Tackling the Surgical Needs ซึ่งเป็นหัวข้อที่น่าสนใจมากเพราะเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกันของศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ในฐานะที่เป็นวิสัญญีแพทย์มานานถึง 47 ปี ได้มีโอกาสเห็นทั้งข้อดีและข้อเสียในการทำงานระหว่างวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์

ในอดีตสาขาวิสัญญีวิทยาเป็นหน่วยหนึ่งของภาควิชาศัลยศาสตร์ วิสัญญีแพทย์ในระยะแรกเริ่มของประเทศไทยเรา ถึงแม้ในประเทศอื่นก็ตาม ส่วนใหญ่ท่านจะเป็นศัลยแพทย์มาก่อน และมาศึกษาหาความรู้ด้านวิสัญญีในภายหลัง เพื่อจะช่วยให้การผ่าตัดเป็นไปได้ด้วยความราบรื่นยิ่งขึ้น การเป็นวิสัญญีแพทย์ในสมัยก่อนถือว่าเป็นผู้ปิดทองหลังพระ โดยมากผู้ป่วยจะรู้จักแต่ศัลยแพทย์ แต่ก็มีข้อดีคือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด อาจเกิดจากวิสัญญีก็ตาม ผู้ป่วยก็จะคิดว่าเกิดจากการผ่าตัด เนื่องจากไม่รู้จักการดมยาเท่าใดนัก แต่ปัจจุบันนี้มิใช่ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสนใจค้นคว้าได้ง่ายขึ้น สามารถแยกแยะได้ว่าการเสียชีวิตเกิดจากการดมยาหรือจากการทำผ่าตัด ซึ่งจะถูกร้องเรียนฟ้องร้องค่าเสียหายได้จากญาติผู้เสียชีวิตได้ง่าย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี ที่ข้าพเจ้ารู้จัก

สำหรับตนเองแล้วมีความยินดีและเต็มใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้รับเกียรติให้มาเป็นวิทยากรบรรยายในงานของท่านอาจารย์เปรมที่เคาร์ฟรัก ซึ่งเป็นปูชนียบุคคลของพวกเราแพทย์ทั้งที่ศิริราชและรามาริบัติ รู้จักท่านมานานตั้งแต่อยู่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยส่วนตัวแล้วมีความสัมพันธ์กับท่านอาจารย์เปรม บุรี ที่เคาร์ฟรักในหลายสถานะด้วยกัน ดังนี้

1. ในฐานะครูแพทย์ (ลูกศิษย์กับอาจารย์)

ท่านอาจารย์นายแพทย์เปรม บุรี เป็นข้าราชการภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ.2497 ถึง พ.ศ.2512 สำหรับตนเองเป็นนักศึกษาแพทย์ศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ.2503 และเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ รพ.ศิริราชอีกด้วย จึงมีโอกาสได้เรียนกับท่านอาจารย์เปรม ท่านเป็นอาจารย์ที่ใจดีมาก ไม่เคยดูว่าใครเลย จนพวกเราแอบพูดกันว่าถ้าใครถูกท่านดูคนนั้นคงจะแย่มากเลยและสิ่งที่ได้ไม่ลืมก็คือ เมื่อเป็นแพทย์ฝึกหัด (Intern) ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์วันแรก ได้มีโอกาสเข้าช่วยท่านทำผ่าตัดครั้งแรก ซึ่งเป็นรายที่ผู้ป่วยเป็น Aneurysm Abdominal Aorta ท่านนายแพทย์ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ เป็นผู้ช่วยผ่าตัด มีแพทย์ประจำบ้านอีกท่านหนึ่งเป็นผู้ช่วยมือสาม เราเองเป็นผู้ช่วยมือที่สี่ ท่านทำผ่าตัดตั้งแต่ 08.00-18.00 น. อย่างใจเย็นมาก เพราะในสมัยก่อนการทำผ่าตัดไม่มีเครื่องมือช่วยมากเหมือนสมัยนี้

2. ในฐานะผู้บังคับบัญชา (หัวหน้ากับลูกน้อง)

หลังจากจบแพทย์แล้วเราเป็นแพทย์ประจำบ้าน ที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์อยู่ประมาณ 2 ปี ก็ลาไปศึกษาต่อที่ประเทศเยอรมนี แต่ได้เปลี่ยนสาขาจากกุมารเวชศาสตร์ไปฝึกอบรมทางด้านวิสัญญีวิทยา ที่เมือง Hamburg ประเทศเยอรมนี ตอนใกล้จะกลับมาในเดือนตุลาคม 2512 ท่านอาจารย์แพทย์หญิงจิรพรรณ มัชฌิมจันทร์ หัวหน้าหน่วยงานวิสัญญีที่ภาควิชาศัลยศาสตร์รามาริบัติ ได้ส่งจดหมายไปชักชวนให้มาอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ จึงตัดสินใจมาเพราะใกล้บ้าน และที่สาวก็เป็นหัวหน้าธุรการ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ตั้งแต่โรงพยาบาลเปิด และไม่ต้องการไปมีปัญหากับศัลยแพทย์ที่ศิริราช เพราะในอดีตมีปัญหาบ่อยๆ ระหว่างสองหน่วยงานนี้ และหมอผ่าตัดที่บ้านทำงานอยู่รพ.ศิริราช (ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ เฟาส์วัลด์)



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11

หน่วยวิสัญญีเป็นหน่วยหนึ่งของแผนกศัลยกรรมซึ่งมีศาสตราจารย์นายแพทย์เปรม บุรี เป็นหัวหน้าแผนก (ขณะนั้นยังไม่เป็นภาควิชา) เพราะฉะนั้นจึงเป็นผู้ได้บังคับบัญชาของท่านอาจารย์ มาทำงานที่รามาริบัติตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2512 และย้ายหน่วยวิสัญญีจากชั้น 3 ไปเป็นภาควิชาวิสัญญีวิทยา ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2513 เท่ากับเป็นลูกน้องท่านอาจารย์อยู่ 1 ปี

3. ในฐานะผู้ร่วมงาน (วิสัญญีแพทย์กับศัลยแพทย์)

ได้ทำงานร่วมกันในฐานะศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ได้มีโอกาสวางยาสลบให้ผู้ป่วยที่ท่านอาจารย์เป็นผู้ผ่าตัดหลายครั้ง เป็นที่ทราบกันดีว่าศัลยแพทย์บางท่านเมื่ออยู่นอกห้องผ่าตัดจิตใจดี สุภาพ แต่พออยู่บนโต๊ะผ่าตัดเมื่อไร ใช้อารมณ์กับคนรอบข้างเป็นประจำ แต่สำหรับท่านอาจารย์เปรม ท่านมีอารมณ์คงที่สม่ำเสมอ จึงเป็นที่รักของผู้ร่วมงานทุกคน

4. ในฐานะผู้มีพระคุณ (เป็นผู้ใหญ่ไปสู่ออ)

ในฐานะส่วนตัวคุณหมออรรถเป็นลูกศิษย์และลูกน้องของท่านอาจารย์เปรมโดยตรง ท่านอาจารย์เป็นหัวหน้าสาย Vascular สมัยอยู่ศิริราช คุณหมออรรถ ก็เป็นแพทย์อยู่หน่วยนี้ภายใต้การควบคุมของท่านอาจารย์ ซึ่งได้ขอให้ท่านเป็นเจ้าแม่มาสู่อที่บ้าน และอีกประการหนึ่งก็คือคุณหมออรรถ ได้แนะนำและฝากคุณรัตนา เจือทอง (พี่สาว) เข้าทำงานซึ่งท่านอาจารย์ได้รับไว้เป็นหัวหน้าธุรการภาควิชาศัลยศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ.2511 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติเปิด อยู่กับภาควิชาจนเกษียณอายุงานไป

5. ในฐานะผู้นำชุมชน (พ.ศ.2509-พ.ศ.2514)

จากวิถีทัศน์ที่ฉายให้ดูประวัติท่านอาจารย์ จะเห็นได้ว่าท่านเคยสมัครเป็นเสรีไทยในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 สมัยที่ท่านอยู่รพ.ศิริราช ได้เสนอความคิดต่อศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ ให้ทำการแพทย์เข้าสู่ดินแดนสีแดง สีชมพู ในพื้นที่เขตภาคอีสานบางส่วน แทนการใช้การทหารนำ ซึ่งจะไม่ประสบความสำเร็จเลยเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่ดังกล่าว กำลังถูกชักชวนให้เป็นคอมมิวนิสต์ โดยท่านอาจารย์เป็นหัวหน้า นำทีมหมอจากศิริราชไปปฏิบัติงานที่จังหวัดอุดรธานี อำเภอบ้านผือ อำเภอนองหาน อำเภอฟะนิง ฯลฯ โดยผลัดกันไปคนละ 2 สัปดาห์ จึงทำให้เกิดความสนิทสนมกันมากในหมู่ศัลยแพทย์และแพทย์สาขาอื่นๆ ที่เข้าร่วมทีมด้วย ซึ่ง

ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก จากพื้นที่สีแดงกลายเป็นพื้นที่สีขาวในที่สุด เมื่อมาอยู่ที่รามธิบดีอาจารย์ก็ยังเป็นผู้ริเริ่มนำเรื่องชุมชนอีก โดยใช้อำเภอบางปะอินเป็นฐาน ซึ่งโครงการที่ท่านได้ริเริ่มมานี้ทำให้ท่านอาจารย์ได้รับเกียรติยศในฐานะผู้นำชุมชนชั้นเยี่ยม

6. ในฐานะศัลยแพทย์ต้นแบบ

เป็นที่ประจักษ์ต่อทุกคนว่าอาจารย์ฝีมือผ่าตัดดีมาก อาจารย์มีวิธีการสอนลูกศิษย์ที่ดี เคยได้ยินจากคุณหมออรุณเล่าให้ฟังว่าครั้งหนึ่งเคยมีการ set ทำ esophagectomy โดยอาจารย์จะเป็นศัลยแพทย์มือ 1 คุณหมออรุณเป็นศัลยแพทย์มือ 2 อาจจะเป็นเทคนิคที่อาจารย์จะสอนลูกศิษย์ก็เป็นได้ โดยท่านอาจารย์ได้สั่งคุณหมออรุณว่า “หมอเริ่มไปก่อนนะ เดี่ยวผมจะไปประชุมแป็บหนึ่ง เดี่ยวจะกลับมา” ปรากฏว่าแป็บหนึ่งของอาจารย์นั้นคือจนทำผ่าตัดเสร็จ ก็เลยคิดว่าอาจจะจะเป็นเทคนิคการสอนของท่านหรือไม่ คือท่านอาจารย์อาจจะรู้ฝีมือของลูกศิษย์ว่าจะทำได้จนสำเร็จ ท่านอาจารย์จึงปล่อยให้ทำไปเรื่อยๆ แล้วที่บอกว่าเดี๋ยวจะมาก็คล้ายๆ จะเป็นการให้กำลังใจลูกศิษย์ของท่าน

ความสัมพันธ์ระหว่างศัลยแพทย์กับวิสัญญีแพทย์

ความสัมพันธ์ระหว่างศัลยแพทย์กับวิสัญญีแพทย์มีมานาน ในอดีตไม่ว่าที่ประเทศไหนก็ตามในโลกนี้ วิสัญญีแพทย์จะเริ่มมาจากการเป็นศัลยแพทย์มาก่อนเป็นส่วนใหญ่ อาจจะเป็นเพราะว่าศัลยแพทย์จะทำผ่าตัดลำบากคนไข้ไม่อยู่นิ่ง เลยพยายามคิดค้นทำอะไรให้คนไข้อยู่นิ่ง จึงจะช่วยทำให้ตนเองผ่าตัดได้สะดวกและได้ผลออกมาดี หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีสมัยที่ฝึกอบรมเป็นวิสัญญีแพทย์ที่ ฮัมบูร์ก ก็เป็นศัลยแพทย์เช่นกัน ส่วนที่ประเทศไทยวิสัญญีแพทย์รุ่นแรกๆ ก็ผันตัวมาจากศัลยแพทย์ เช่น อาจารย์ นายแพทย์คัมภีร์ มัลลิกามาต ศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิงสลัด ท้ววงศ์ ดังนั้นวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์จึงมีความเกี่ยวข้องกันมากมาแต่ต้น

สำหรับภาควิชาวิสัญญีวิทยาที่รามธิบดีไม่ได้เกิดคู่มากับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เราเป็นหน่วยหนึ่งเรียกว่าหน่วยวิสัญญีอยู่ในแผนกศัลยศาสตร์ ซึ่งในสมัยนั้นรพ.รามธิบดีมี 7 แผนกด้วยกันคือ แผนกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ พยาธิวิทยา รังสีวิทยา จักษุแพทย์ โสต ศอ นาสิก และพยาบาลส่วนวิสัญญี ออร์โธฯ เวชศาสตร์ชุมชน เป็นหน่วยหนึ่งในแผนกศัลยศาสตร์มีท่านอาจารย์เปรมเป็นหัวหน้า โดยหน่วย



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 11

วิสัญญีจะอยู่ทางปีกด้านซ้าย ด้านที่เป็นห้องประชุม โดยมีห้อง staff ชาย 1 ห้อง staff หญิง 1 ห้อง มีอยู่ด้วยกัน 7 คน และใช้ห้องประชุมร่วมกัน ซึ่งอันนี้เป็นข้อดีทำให้พวกเรามีความสนิทสนมกัน ใกล้ชิดกัน พูดกันรู้เรื่อง กินข้าวด้วยกันในห้องประชุม หรือระเบียงด้านหลัง ทำให้เรามีสัมพันธ์ภาพด้วยดีทั้งอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน ดังนั้นมีอะไรจึงพูดกันง่าย จนกระทั่งแยกภาควิชามาเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2513 แต่ถึงจะตั้งเป็นภาควิชาแล้วเรากียังอยู่ที่เดิมอีกนาน จนคณะฯ ได้ให้พื้นที่หลังคาของห้องผ่าตัด สู่ติ สร้างเป็นภาควิชาวิสัญญีจนถึงทุกวันนี้ ซึ่งย้ายขึ้นมาตอนปี พ.ศ. 2518 ท่านอาจารย์เปรม ก็ยังมีความกรุณาต่อพวกเรา มาก ถึงแม้จะย้ายภาควิชาขึ้นมาแล้ว งบประมาณก็ไม่มี ห้องประชุม เฟอร์นิเจอร์ก็ไม่มี ท่านจึงได้ไปกราบทูลเชิญหม่อมเจ้าอาชวดีศ ดิศกุล มาเยี่ยมภาควิชาวิสัญญีเพื่อมาดูว่าจะใช้งบประมาณเท่าไร ซึ่งท่านอาชวดีศก็ไปขอการสนับสนุนจากท่านทูตสิงคโปร์ในขณะนั้น ชื่อท่านโอวหยัง และท่านทูตก็ได้บริจาคเงิน 179,000 บาท (หนึ่งแสนเจ็ดหมื่นเก้าพันบาท) ในสมัยนั้นก็นับว่าเป็นจำนวนมากพอสมควร ทำให้ได้ห้องประชุมของภาควิชา จึงได้ชื่อว่า “ห้องประชุมสิงคโปร์”

ภารกิจในขณะนั้น

หน้าที่ของภาควิชาวิสัญญีในสมัยนั้นก็ทำหน้าที่สอนนักศึกษาแพทย์ปี 5 (6 สัปดาห์) และปี 6 (2 สัปดาห์) ซึ่งในสมัยนั้นคือ นักศึกษาแพทย์ รุ่น 1 และ รุ่น 2 เรามักจะพูดกันว่าถ้าใครจบแพทย์จากรามาธิบดีจะดมยาเก่งเพราะมีโอกาสได้เรียนถึง 2 เดือน ซึ่งในปัจจุบันจะไม่มีโอกาสเรียนได้วิสัญญีได้มากเท่าเดิม เนื่องจากมีการเปิดสาขาทางการแพทย์อีกหลายสาขาขึ้นจึงถูกแบ่งชั่วโมงเรียนออกไปในปัจจุบันเหลือแค่ 3 สัปดาห์เท่านั้น เมื่อจำนวนคนเรียนมากขึ้น โอกาสที่จะได้ฝึกทักษะก็น้อยลงไป เริ่มมีการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลเมื่อ พ.ศ. 2513 ส่วนแพทย์ประจำบ้าน เริ่มมีหลักสูตรเมื่อ พ.ศ. 2515 หลังจากมีการกำหนดหลักสูตรที่แพทยสภาแล้วในปี พ.ศ. 2514 สมัยก่อนหายากมากที่จะมีคนมาสมัครฝึกอบรมเป็นวิสัญญีแพทย์ มีแพทย์ประจำบ้านจากนักศึกษา รุ่น 1 เพียง 1 คน รามาธิบดี รุ่น 2 มี 2 คนเท่านั้น บางปีไม่มีเลย เพราะฉะนั้นอาจารย์แพทย์ในสมัยนั้นต้องทำงานหนัก เวิร์กลางคืนต้องมานอนที่โรงพยาบาล เพื่อจะให้บริการแก่ภาควิชาศัลยศาสตร์

43 ปี ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

ใน 43 ปี ที่ผ่านมามี หัวหน้าภาควิชาแล้ว 9 ท่าน ท่านแรกคือศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพรรณ มัชฌิมจันทร์ ซึ่งอาจารย์ล่วงลับไปแล้ว สมัยนั้นท่านมี 2 ตำแหน่ง เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ (พ.ศ. 2519-2527) และหัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา (พ.ศ. 2519-2531) ซึ่งสมัยก่อนยังอนุญาตให้ดำรงหลายตำแหน่งได้ มี รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงกัลยา บำรุงผล ทำหน้าที่รักษาราชการแทนในช่วงเวลา พ.ศ. 2519-2525 รองศาสตราจารย์นายแพทย์กุดั่น ปัทมสูตร เป็นหัวหน้าภาค พ.ศ. 2525-2531 และศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์ เป็นหัวหน้าภาควิชา ในช่วงเวลา พ.ศ. 2531-2539 ศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพลินจิตต์ ศิริวัฒน์สานนท์ พ.ศ. 2539-2543 รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรทัย ดันตศิรินทร์ พ.ศ. 2543-2545 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุรียรัตน์ ศรีสวัสดิ์ พ.ศ. 2545-2547 รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงประสาธณี จันทร์ พ.ศ. 2547-2553 รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย อิทธิชัยกุลทล พ.ศ. 2553-2557 คำขวัญของภาควิชาในปัจจุบันนี้ตั้งใจเอามาให้ศัลยแพทย์และคณะฯ ได้รับทราบ ว่าวิสัญญีแพทย์มีความตั้งใจอย่างไร คือ “ตั้งใจทำงาน บริการห่วงใย ใส่ใจการสอน ไม่ยีย่อนงานวิจัย ก้าวไกลไปกับคณะฯ” มีปรัชญาว่า “ร่วมใจทำงาน บริการประทับใจ ปลอดภัยทุกชีวิต วิสัญญีราม่า”

Teamwork Between Anesthesiologists and Surgeons

เป็นสิ่งที่เราต้องมาสนทนากันว่าการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญอย่างไร เพราะ ว่าพวกเราบางทีชินกับการทำงานคนเดียวโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ การทำงานเป็นทีม ต้องมีคุณสมบัติหลายๆ อย่าง อาทิเช่น

1. มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

- มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) อันนี้น่าเห็นใจถ้าหมอผ่าตัดไม่รู้จักรวิสัญญีแพทย์เลยและถ้ามีผู้ป่วยหนักๆ หรือผู้ป่วยที่ต้องมารับการทำผ่าตัดใหญ่ๆ ที่ต้องทำโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคระบบประสาทและสมอง ถ้าหากว่าหมอผ่าตัดทำผ่าตัดด้วยความสบายใจ เขาจะสามารถทำผ่าตัดได้ราบรื่น บางครั้งหมอผ่าตัดจะถามหมอดมยาบ่อยๆ ว่าตอนนี้ความดันเลือด (blood pressure) เท่าไรแล้วอาจทำให้หมอดมยาบางคนไม่ค่อย



ปาฐกถา “เปรม บรี” ครั้งที่ 11

พอใจ คิดว่าไม่ไว้ใจ อันนี้ต้องยอมรับว่าในอดีตกับปัจจุบันมันต่างกันเยอะ เมื่อก่อนนี้ monitor ไม่มีอะไรเลย สมัยเมื่อมาอยู่รามมาใหม่ๆ monitor มีให้อยู่อย่างเดียวคือ เครื่องวัดความดันเลือดที่แขน เวลาตมยาต้องเอามือจับชีพจรผู้ป่วย ต้องคอยทดสอบฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant) จับมือผู้ป่วย ต้องดูสีจากผู้ป่วยว่าเขียวไหม ไม่มีเครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจน ไม่มีเครื่องวัดค่าของคาร์บอนไดออกไซด์ ไม่มีเครื่องตรวจสอบคลื่นหัวใจ (EKG) หรือมีแค่เครื่องเดียว ต้องแยงกันว่าคนไข้คนไหนเสี่ยงอันตรายมากกว่าก็จะได้เครื่องมือไปใช้ในผู้ป่วยรายนั้นๆ

- มีการสื่อสารที่ดีต่อกัน (Communication) มีความสำคัญมาก ถ้าเรามีการพูดกัน แต่ปัจจุบันขั้นตอนมันเยอะเหลือเกิน ทางคัลยศาสตร์มีแพทย์ประจำบ้าน คัลยศาสตร์ ปี 1 ปี 2 ปี 3 ทางวิสัญญีก็มีแพทย์ประจำบ้านวิสัญญี ปี 1 ปี 2 ปี 3 ทำให้การสื่อสารล่าช้า และเพี้ยนไปได้ ดังนั้น ถ้ามีอะไรที่สำคัญควรเป็นระดับอาจารย์ด้วยกัน จะดีกว่าทำให้สื่อสารได้เร็วและถูกต้องกว่า

- ให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Honor System) ในอดีตผู้ป่วยจะไม่รู้จักว่าหมอดมยาเป็นใคร คืออะไร แต่ปัจจุบันเขารู้แล้ว บางครั้งผู้ป่วยก็จะถามด้วยว่าใครจะเป็นผู้ให้ยาสลบ หมอผ่าตัดหลายๆ ท่านที่ให้เกียรติวิสัญญีแพทย์ จะขอบคุณผู้ร่วมงานผ่าตัด ทั้งพยาบาล ห้องผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ที่อยู่หัวเตียงด้วยเวลาเสร็จผ่าตัด ซึ่งอันนี้ก็ถือว่ามีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

2. มีวิชาการร่วมกัน

ภาพที่นำมาแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างการประชุมร่วมกันระหว่างราชวิทยาลัยคัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยคัลยแพทย์แห่งสหราชอาณาจักรอังกฤษร่วมประชุมวิชาการในประเทศไทย

- ต้องมีความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย ระหว่างที่ฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญ วิสัญญีแพทย์ต้องหมุนเวียนไปตามสาขาวิชาอื่นๆ เช่น อายุรศาสตร์ ฯลฯ เพื่อเรียนรู้จักโรคต่างๆ ด้วย

- ดูผู้ป่วยร่วมกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้สามารถปรึกษาและวางแผนร่วมกันได้

- ประชุมวิชาการร่วมกันเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง เมื่อพบปัญหาข้อบกพร่อง ในรายที่ควรนำเข้ามาร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก ไม่นำเข้ามาเพื่อตำหนิฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด เนื่องจากรามาศิริเป็นโรงเรียนแพทย์มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์และแพทย์ประจำบ้านวิสัญญี ได้เคยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบของผู้ป่วย โดยรวบรวมไว้ประมาณ 4 ปี พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เกิดแล้วเกิดอีก เพราะการเปลี่ยนแปลงของแพทย์ พยาบาล ที่เข้ารับการฝึกอบรมในแต่ละรุ่น ทำให้เกิดความผิดพลาดซ้ำซ้อนขึ้นได้ มีประมาทเลินเล่อถึงแม้จะพยายามซักเตือนและสอนแล้ว ก็ยังลำบากเพราะประสบการณ์และความใส่ใจให้บริการที่มีไม่เท่ากัน ในปัจจุบันตนเองก็ยังปฏิบัติหน้าที่ในฐานะวิสัญญีแพทย์อยู่ ต้องเรียนรู้ทุกครั้งที่ทำให้บริการเพราะไม่รู้ว่าอะไรจะพลาดเมื่อไรกลัวเหมือนกันจะเสียชื่อเสียงตอนสูงอายุ ในระหว่างวางยาสลบอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น เครื่องดมยาอาจจะขัดข้องได้ เพราะฉะนั้นต้องรอบคอบ ไม่ใช่ดูแต่ monitor หรือไม่ใช่ก้มหน้าก้มตาดูอย่างอื่น สมัยตอนฝึกอบรมวิสัญญี อยู่ที่เยอรมันไม่มีเก้าอี้ให้นั่งเด็ดขาด ต้องฝึกทำคนเดียว เวลาให้ยาสลบผู้ป่วย โดยวิธีครอบหน้ากาก (under mask) ไม่มีสายรัด ต้องยืนถือ เพราะว่าเขาสอนให้ยืนดูหมอมผ่าตัด ว่าหมอมผ่าตัดทำอะไร ไปถึงไหน อะไร แต่ที่รามามีเก้าอี้นั่งสบาย มีคนช่วยเอะ ที่นั่นไม่มีเลย เขามีห้องนำสลบ (induction room) (ในสมัยก่อนรามาก็มี) ดมยาเสร็จ จัดท่า เนื่องจากที่เยอรมันมีโต๊ะผ่าตัดเอะ มีเครื่องดมยาเอะ เมื่อจะทำผ่าตัดรายที่ 1 ดมยา บุหรี่พยาบาลเข็นเตียง หมอมดมยาเข็นเข้าห้อง หมอมผ่าตัดล้างมือทุกคนกรูเข้ามาลงมือทำผ่าตัดได้เลย พอเสร็จก็ให้เอาท่อหายใจออกนอกห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรายต่อไป เข็นเข้ามาได้เลยทำให้ไม่เสียเวลา ซึ่งเป็นประสบการณ์ทำให้ตัวเองให้ความสำคัญในเรื่องของเวลามาก

3. มีการปฏิบัติงานร่วมกัน

สมัยเมื่อฝึกอบรมอยู่ที่เยอรมันตนเองได้มีโอกาสฝึกดมยาให้กับผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง นานอยู่พอสมควร พอกลับมาที่รามาศิริ สมัยนั้นมีการแบ่งกันว่าใครดมยาผ่าตัดหัวใจ ใครดมยาผ่าตัดสมอง ซึ่งมีอาจารย์แพทย์หญิงกัลยา ดมห้องผ่าตัดสมองอยู่ท่านเดียว ก็เลยได้มาอยู่ช่วยท่าน



ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 11

- **ก่อนผ่าตัด** สมัยก่อนมีหมอประสาทศัลยศาสตร์อยู่ไม่กี่ท่านเวลาไป เยี่ยมผู้ป่วย ท่านอาจารย์สิระ บุณยะรัตเวช ก็จะชวนไปคุยด้วย ซึ่งคิดว่าเป็นประโยชน์ได้เห็นคนไข้ ก่อนทำผ่าตัด ได้รู้แปลนของหมอน้ำตัดเพราะอาจารย์จะอธิบายให้กับแพทย์ประจำบ้าน หรืออาจารย์แพทย์ด้วยกัน ว่าท่านจะทำอะไร อะไร และหลังผ่าตัดก็ได้มีโอกาสไปดูว่า ผลงานของเราเป็นอย่างไร เพราะฉะนั้นอันนี้จะได้ประโยชน์มาก ถ้าหากว่าหมอดมยากับหมอน้ำตัดเป็นทีมเดียวกัน คุณคนไข้ด้วยกัน รู้เรื่องอยู่ตลอดเวลา หรือแม้แต่คนไข้บางรายไม่สามารถจะเตรียมได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ก็ไม่เป็นไรเพราะเรามีสถานะของผู้ป่วย 1 ถึง 5 อย่างไม่รู้ก็พอไหว แต่ก็ต้องรู้จักว่าภาวะนี้ เราจะให้ยาสลบกันอย่างไร

- **ระหว่างผ่าตัดนี้ก็สำคัญ** ว่าเราจะต้องไม่นั่งเพลิดเพลิน มีเหตุเกิดอยู่เสมอๆ บางทีพวกเราวิสัญญีแพทย์จะเห็นว่าการฉีดยาเข้าไขสันหลัง (spinal หรือ epidural anesthesia) สบายๆ ง่ายๆ ไม่มีอะไรแต่เพลอนิดเดียวคนไข้ก็อาจจะมีปัญหาเกิดขึ้นได้

- **หลังผ่าตัด** ก็ควรตามดูคนไข้ สมัยที่อยู่รามาจะเตือนแพทย์ประจำบ้านอยู่ประจำ โดยเฉพาะในรายที่ฉีดยาเข้าไขสันหลัง จะต้องตามดูว่า คนไข้มีอาการปวดหัวใหม่ ปวดหลังใหม่ ว่าอันนี้เป็นภาวะแทรกซ้อน (complication) ที่เกิดขึ้นได้เป็นสิ่งที่พบน้อยมากที่เกิดได้หรือคนไข้ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว general anesthesia แล้วฟื้นหรือยัง ถ้าไม่ฟื้น ไม่ฟื้นจากอะไร ขอยกตัวอย่างให้เห็น ในฐานะที่ตมยาให้อาจารย์สิระมานาน จะให้คนไข้ฟื้นบนเตียงผ่าตัดเลยจะไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับคนไข้ก็ มีรายหนึ่งคนไข้เป็น epidural hematoma ขนาดใหญ่เลยอาจารย์ก็เปิดทำผ่าตัดพอเสร็จก็ให้คนไข้ตื่นบนเตียง เชื้อใหม่ระยะทางแค่จากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้นยังไม่ทันถึงคนไข้ก็ไม่รู้สึกตัวอีก พอคนไข้ไม่รู้สึกตัวก็แจ้งหมอน้ำตัดเลยว่าเมื่อสักครู่นี้แล้วนะแต่ตอนนี้หลับไปอีก ก็เลยเข็นกลับเข้าห้องผ่าตัดเลยพบว่ามันมีเลือดออกซ้ำ (re-bleeding) อีก ทั้งที่คิดว่ามันหยุดแล้ว แต่พอมีความดันเลือดเพิ่มขึ้นมันก็เลยมีเลือดออกใหม่อีกรอบ มีอีกครั้งจำได้ว่า pentothal ที่เป็นยานำสลบ ชาติตลาด เราให้ยานำสลบด้วย valium คนไข้มี posteriafossa hematoma เราให้ยานำสลบด้วย valium พอเสร็จผ่าตัด คนไข้ก็ยังไม่ตื่นก็เลยคิดว่าครั้งนี้เราให้ยานำสลบด้วย valium ตัว valium มีฤทธิ์นาน ไม่ตื่นก็ไม่เป็นไรทุกอย่างเรียบร้อยดี จึงย้ายคนไข้ขึ้นวอร์ดเลย แต่ว่ามันผิดสังเกตยาเราน่าจะหมดฤทธิ์แล้ว เลยเอาคนไข้ไป x-ray อีกพบว่ามันมี hematoma ออกมาอีก อันนี้มันมาจากการทำงาน

ร่วมกันถ้ามันเป็น teamwork ที่ดีต่อกัน รู้ฝีมือซึ่งกันและกันก็สามารถจะช่วยเหลือกันได้
ถึงได้เน้นเสมอว่าที่จริงแล้วอย่าซีเกียจที่จะไปดูคนไข้หลังผ่าตัด

ขณะผ่าตัด (Intra operative)

- รู้ขั้นตอนการผ่าตัด และเวลาที่ใช้
- รู้เทคนิคของศัลยแพทย์แต่ละท่าน
- ต้องติดตาม step การผ่าตัด
- ติดตาม monitor ตลอดเวลา
- ต้องมีความไวใจซึ่งกันและกัน

หลังผ่าตัด (Post operative)

- * ต้องดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ?
- * ถ้าเป็น general anesthesia:
 - ดูว่าฟื้นหรือยัง?
 - มี Nausea and Vomiting ?
- * ถ้าเป็น regional anesthesia:
 - ดูว่ามีปวดหัว ปวดหลังหรือไม่?
- * เพื่อประเมินผลงานตัวเองและผลการผ่าตัด

4. ต้องมีสันทนการร่วมกัน

4.1 งานเลี้ยงสังสรรค์ ในสมัยที่เป็นหัวหน้าภาควิชาวิสัญญี ศาสตราจารย์
คลินิกนายแพทย์เออชัย เป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ ก็เคยปิดห้องผ่าตัดเพื่อจัดงาน
เลี้ยงสังสรรค์ปีใหม่ระหว่าง วิสัญญีกับศัลยแพทย์ แม้แต่งงานเลี้ยงฉลองครบรอบ 60 ปี
อาจารย์เปรม ภาควิชาศัลยฯจัดงานเลี้ยงใหญ่ ที่โรงแรมเอราวัณ ก็เป็นการจัดเลี้ยง
สังสรรค์ร่วมกัน

4.2 กีฬาประสาสามัคคีเพื่อความสนิทสนมและความใกล้ชิดกัน เรามีการ
เล่นกีฬาด้วยกัน แครีบอล ชกกระเเย่ มีการแข่งขันประจำปี



ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 11

5. การเอื้อเพื่อซึ่งกันและกัน

เวลาเรามีอะไรที่ช่วยเหลือกันได้เราก็ต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สิ่งที่นำราคาความสำหรับศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์

1. วิสัญญีแพทย์มาช้าไม่ตรงเวลา

1.1 มาแล้วยังมีว่สอนนักศึกษาแพทย์จนเสียเวลานาน สอนแพทย์ประจำบ้าน ใส่ท่อหายใจ (endotracheal tube) ไม่สนใจศัลยแพทย์

1.2 ปลุกคนไข้ทำให้เสียเวลาในการทำผ่าตัดต่อไป

2. ศัลยแพทย์ไม่ตรงเวลา มาสาย แปลกแต่จริงถ้าวันไหนที่วิสัญญีแพทย์มาเร็ว ศัลยแพทย์มักมาช้า

3. เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ต้องไม่กล่าวหากันแต่ต้องรีบปรึกษากัน หาทางแก้ไขร่วมกันทันทีเพราะมีบางรายพอจะถูกฟ้องร้องหมอฟ่าตัดรีบไปบอกเลยว่าไม่ใช่ความผิดของฉันนะ อันนี้ขอเถอะอย่าทำเลย คุณกันปรึกษาหารือให้พูดเหมือนกันว่าเราจะต้องไปดำเนินการอย่างไร

ถ้า Teamwork ไม่ดีจะเกิดอะไรขึ้น

แน่ละย่อมต้องเกิดภาวะแทรกซ้อน และตามมาด้วยการฟ้องร้อง ซึ่งปัจจุบันนี้การฟ้องร้องมีเกิดขึ้นมาก มีการลงข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์หน้า 1 ไปร้องเรียนที่กระทรวงสาธารณสุขเพราะในปัจจุบันนี้มีเครือข่ายผู้เสียหายจากการบริการทางการแพทย์ ซึ่งเขาพร้อมที่จะฟ้องร้อง เอาผิดพวกแพทย์อยู่ เหล่านี้เป็นผลมาจากการให้บริการทางการแพทย์ แต่จะจากใครผิดหรือไม่ผิดก็ไม่ทราบ แต่ถ้าหากเป็นจากมาตรา 41 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จะได้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปก่อนโดยไม่พิสูจน์ว่าใครถูกใครผิด ก็เป็นเส้นทางที่ช่วยได้บ้างในบางราย มาไล่เบียดกับผู้กระทำผิด ซึ่งเรื่องนี้ตั้งแต่เริ่มต้นครั้งแรกเราได้เคยพยายามขอให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นคือคุณหญิงสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ ให้ถอดมาตรา 42 ออกแต่การแก้กฎหมายทำได้ยาก ท่านบอกให้เราใช้ไปก่อนแต่จะบังคับใช้ แต่ตอนนี้ สดง. มาท้วงว่าทำไม สปสช. ไม่ใช้มาตรา 42

เราก็เลยพยายามพูดให้เห็นว่าถ้าหากเป็นอย่างนั้นแล้วผลเสียจะเกิดกับคนไข้ จะเกิดการส่งต่อกันขนานใหญ่ คือ โรงพยาบาลเล็กๆ จะไม่รักษา จะส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลใหญ่ คนไข้จะเสียหายและคนที่จะพิจารณาลงโทษตามมาตรา 41 ที่จะพิจารณาให้เงินก็จะไม่กล้าทำ มติจากที่ประชุมให้เป็นไปตามเดิมก่อนก็เลยรอดไปยังไม่ถูกไล่เบียด เรื่องกฎหมายพวกนี้เราต้องคอยระวังอยู่เรื่อย คดีที่แพทยสภา จะเห็นว่าในอดีตที่ไม่มีการฟ้องร้องอะไรเนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคนไข้กับหมอยังดีอยู่แต่ก็เห็นว่าจำนวนการฟ้องร้องลดลงนั้นไม่ได้แปลว่าลดลงแต่มันกระจายไปที่อื่นๆ เช่น สำนักคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายก ศาลแพ่ง ศาลอาญา คดีที่แพทยสภาส่วนใหญ่เป็นไม่รักษามาตรฐานร้อยละ 57 การโฆษณาประกอบวิชาชีพของตนร้อยละ 14 เดียวนี้ก็ลดลงแล้วเพราะแพทยสภาได้ตั้งกรรมการตรวจสอบการโฆษณาซึ่งจะต้องผ่านกรรมการชุดนี้ก่อนจึงจะเผยแพร่ได้อีกอย่าง คือการออกใบรับรองแพทย์ที่จกก็มีความสำคัญเช่นกัน (ร้อยละ 4) ที่แพทยสมาคมฯ มีการตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (ทั้งแพทย์และคนไข้) ปรึกษาคดีและไกล่เกลี่ยปีละ 50-60 รายซึ่งไม่ได้ลดลงเลย แต่ก็สามารถลดค่าเสียหายที่ฟ้องร้องลดได้เป็นจำนวนมาก ที่สำนักงานประกันสังคมส่วนใหญ่จะเป็นคดีฟ้องร้องเอาเงินคืนมีจำนวนไม่มากไม่ได้เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการรักษา

กรณีตัวอย่างที่ฟ้องร้อง

กรณีที่ 1 (ศัลยแพทย์)

ผู้ป่วยชายอายุ 72 ปี ได้รับการผ่าตัด open heart surgery ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งคนไข้คนนี้มีโรคเบาหวานอยู่ด้วย เป็นนักธุรกิจอยู่สมุทรสาครเป็นเจ้าของห้องเย็น หลังจากผ่าตัด แผลที่ sternum ติดเชื้อ ผู้ป่วยเกิดปัญหา มีปากเสียงกับแพทย์ผ่าตัด จึงย้ายไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ชูจะฟ้องร้องและทำให้ชื่อเสียงโรงพยาบาลเสียหาย ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแรกได้มาปรึกษาว่าจะมีทางช่วยได้บ้างไหม จึงมาคิดว่าจะทำอย่างไรดี ชั้นแรกพอทราบว่ารักษาตัวอยู่โรงพยาบาลไหนเมื่อทราบจึงได้ติดต่อให้หมอที่โรงพยาบาลนั้นช่วยเจรจาให้ ผลคือผู้ป่วยตำหนิหมอผ่าตัดอย่างเดียว 2 ชั่วโมงเจรจาจึงไม่สำเร็จ จึงได้มาหาข้อมูลต่อพบว่ามีลูกชายเป็นหมอยุ่โรงพยาบาลราชวิถี จึงได้ติดต่อกับผู้อำนวยการให้ช่วยตรวจสอบให้หน่อยว่ามีหมอท่านใดสนิทกับ



ปาฐกถา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 11

หมอที่เป็นลูกชายผู้ป่วยคนนี้ให้ช่วยเจรจาให้หน่อย ผลคือไม่ค่อยมีใครสนิทสนมเลย เพราะเป็นหมอที่จบมาจากประเทศฟิลิปปินส์ จึงตัดสินใจโทรไปหาผู้ป่วยโดยตรงเพราะมีเบอร์โทรศัพท์ ว่าจะขอไปพบ ผู้ป่วยยินดี จึงไปพบ วันที่ไปพบผู้ป่วย มีญาติผู้ป่วยอยู่ด้วย 7-8 คนมีทั้งนักกฎหมาย มีลูกสะใภ้ที่เป็นจิตแพทย์ ฯลฯ ได้พูดคุยกับผู้ป่วยพักใหญ่ๆ แรกๆ ก็ตำหนิหมอผ่าตัดก่อน ได้แต่แสดงความเห็นใจผู้ป่วย ระหว่างสนทนาก็จับได้ว่าผู้ป่วยก็ไม่ติดใจอะไรมากมายแต่เจ็บใจมากกว่าก็เลยเสนอผู้ป่วยไปว่าจะเข้ามาช่วยเจรจากับทางโรงพยาบาลให้ (ซึ่งเรามีคำตอบอยู่แล้วเพราะก่อนมาได้เจรจากับทางโรงพยาบาลที่เกิดเหตุไว้แล้ว) ว่าค่ารักษาพยาบาลที่เสียไปจะเอาคืนมาให้เพราะคุณต้องรักษาตัวอีกนาน คุณจะตกลงไหม ผู้ป่วยตอบรับตกลงกรณีนี้จึงจบ คือทางโรงพยาบาลต้องคืนค่ารักษาพยาบาลไปประมาณ 3,500,000 บาท

กรณีที่ 2 (วิสัญญีแพทย์)

เด็กผู้หญิงอายุ 15 ปี ปวดท้อง ไปโรงพยาบาลตามลสิทธิ์ สปสช. แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น ไส้ติ่งอักเสบ (appendicitis) ได้รับการทำ appendectomy under spinal anesthesia หลังผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ในสภาวะ Vegetative มารดาอายุ 35 ปี พียงแพ่งเรียก 5,000,000 บาท และพียง สปสช. ได้เข้าเจรจากับมารดาของผู้ป่วยได้ยื่นข้อเสนอให้โดยรับเงินไปจำนวนหนึ่งจำนวน 1,200,000 บาท และให้ไปใช้สิทธิ์ สปสช. ในโรงพยาบาลจังหวัดที่ตัวเองอาศัยอยู่ ได้ขอเตียงผู้ป่วย เครื่องดูแลหะ จากคุณหมอเอื้อชาติ โรงพยาบาลรามคำแหง โดยคุณหมอวิสัญญีจ่าย 500,000 บาท ให้โรงพยาบาลจ่ายอีก 700,000 บาท กรณีนี้จึงจบ ดังนั้นควรต้องระมัดระวังในการให้บริการทั้งศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์

กรณีที่ 3

ผู้ป่วยชาย ได้รับการผ่าตัด LC (Laparoscopic Choleapteetory) ที่โรงพยาบาลเอกชนต่างจังหวัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการเหลือง ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลในกรุงเทพ ได้รับการทำ ERCP ผู้ป่วยพียงแพ่งเรียกค่าเสียหาย 2,000,000 บาท ได้เรียกมาไกล่เกลี่ยที่ศาลแพ่ง ผลสุดท้ายก็เจรจาตกลงกันได้โรงพยาบาลแรกต้องจ่ายไปในหลักแสน

กรณีที่ 4

จากโรงพยาบาลเป็นผู้โทรมาปรึกษาว่า มีผู้ป่วยชายอายุ 30 ปี มี abscess ที่ก้น คุณหมอจะทำแผล ให้พยาบาลเป็นผู้เตรียมน้ำยาให้แต่เป็น formalin + น้ำ คุณหมอใช้ไปครึ่งขวด ได้กลิ่น ชูดแผลให้และนัดมาทำแผลทุกวัน ติดเชื้อ pseudo และมีรอยไหม้ที่ขาหนีบ จะฟ้องแพทย์ จึงได้โทรไปฝากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม (เนื่องจากคนไข้อยู่นครปฐม) ให้ช่วยดูแล อำนาจความสะดวกให้คนไข้ จะเห็นได้ว่าเพื่อนร่วมงานของศัลยแพทย์มีทั้งวิสัญญีแพทย์ พยาบาลต้องช่วยกันดูแลคนไข้และดูแลซึ่งกันและกัน

กรณีที่ 5

สำหรับกรณีไส้ติ่งอักเสบเป็นการทำผ่าตัดเล็ก แต่มีปัญหาบ่อยที่สุต

- Appendectomy แล้วเสียชีวิต (Spinal)
- Appendectomy แล้วไม่รู้ลึกตัว (Spinal)
- Diagnosis Appendicitis แต่ผ่าตัดแล้วปกติ
- Appendectomy แล้ว 5 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิต

สิ่งเหล่านี้ต้องระมัดระวังทุกขั้นตอน อาจเกิดอะไรขึ้นได้ทั้งสิ้น

กรณีที่ 6

ผ่าตัดก้อนที่คอ under local anesthesia หลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยมีอาการชา ถูกฟ้องศาล ได้ติดต่อหาผู้เชี่ยวชาญไปเป็นพยานที่ศาลให้

ผู้ป่วยมีก้อนเนื้อที่แขน ศัลยแพทย์ส่งไปให้รังสี แพทย์ตัดออกโดยใช้ X-ray แต่มีผลข้างเคียงผู้ป่วยฟ้องเรียก 15,000,000 บาท

เหล่านี้ก็มีการไกล่เกลี่ย ในที่สุดก็จ่ายค่าเสียหายให้แต่ก็น้อยกว่าที่ผู้ป่วยเรียกร้องในครั้งแรกมาก

กรณีที่ 7

ผู้ป่วยชายอายุ 47 ปี มี accident แพทย์ตรวจพบมีบาดแผลหลายแห่ง (23 กรกฎาคม 2549) ตรวจหน้าท้องไม่พบอาการผิดปกติ นำเข้า OR ผ่าตัดแผลบริเวณใบหน้า



ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 11

3 ชั่วโมง เสร็จเวลา 03.30 น. ออกจากห้องผ่าตัดไปหผู้ป่วย 04.30 น. ได้รับรายงานว่ามีผู้ป่วยปวดท้อง, ท้องอืดจึงใส่ gastric continuous suction 05.30 น. ผู้ป่วยปวดท้อง พยาบาลตามแพทย์ 06.00 น. แพทย์มาดูสั่ง x-ray 08.00 น. นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พบลำไส้ใหญ่มีรูแตก 1 รู เลือดในท้อง 800 cc. 25 กรกฎาคม 2549 ผู้ป่วย DIC ในที่สุดคนไข้เสียชีวิต

กรณีที่ 8

ผู้ป่วยเป็นถุงน้ำดีอักเสบ (cholecystitis) ได้รับการทำผ่าตัด cholecystectomy หลังจากผ่าตัดมีตัวเหลือง จึงปรึกษาอายุรแพทย์ทำ ERCP ส่งต่อไปอีกโรงพยาบาล แต่อุปกรณ์ถูกนำไปออกหน่วย ต้องรอ 5 วันจึงได้รับการทำ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ญาติเห็นอาการเลวลงจึงย้ายไปอีกโรงพยาบาล ทำ CT พบ liver abscess รังสีแพทย์ได้ drain หนองได้ 1,600 cc. ญาติที่เป็นแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยร้องเรียน ก็ยังต่อสู้คดีกันอยู่

กรณีที่ 9

ผู้ป่วยชายเป็น gall stone ได้รับการทำผ่าตัดโดยส่องกล้อง (LC) หลังผ่าตัดมี bile leakage ต้องผ่าตัดเป็นครั้งที่สองแต่แก้ไขไม่สำเร็จเนื่องจากโรงพยาบาลมีความไม่พร้อมในเรื่องอุปกรณ์ได้ติดต่อจะส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแต่ใช้เวลานาน หลังผ่าตัดผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ญาติผู้ป่วยให้ทนายเรียกค่าเสียหาย 2,000,000 บาท ร้องเรียนไปยัง สปสช. ด้วย

กรณีที่ 10

ผู้ป่วยชายอายุ 49 ปี มารับการผ่าตัด cyst ที่จุก ฦ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ วัลัญญีแพทย์ใส่ ET ผู้ป่วยมี hypoxia, cardiac arrest ญาติฟ้องศาลเรียก 8,000,000 บาท, ฟ้องแพทยสภา

กรณีที่ 11

ผู้ป่วยชายอายุ 20 ปี car accident เข้าโรงพยาบาลรัฐไม่สามารถให้การรักษาได้ส่งต่อโรงพยาบาลเอกชนต่างจังหวัด แพทย์มีความเห็นว่าจะผ่าตัด มารดาผู้ป่วยต้องการให้ย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ แพทย์เขียนใบส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ 3 ในกรุงเทพฯ พบพบประสาทศัลยแพทย์ฯ ได้ต่อว่าทำไมเพิ่งส่งมา คำพูดเหล่านี้ข้อร้องท้านศัลยแพทย์ทั้งหลายอย่าได้พูดเลย เช่น มาช้าไป ทำไมเพิ่งมา หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอาการดีขึ้นและมี deficit อยู่บ้าง ในที่สุดมารดาผู้ป่วยซึ่งเป็นคน aggressive ฟ้องเรียกค่าเสียหายจาก 3 โรงพยาบาลฯ ละ 33,500,000 บาท ซึ่งกำลังสู้คดีความกันอยู่

กรณีที่ 12

ผู้ป่วย CA prostate ได้รับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งแพทย์ได้ให้การรักษาย่างถูกขั้นตอน 2-3 ปีต่อมา มีอาการของมะเร็งลุกลาม ลูกสาวที่เป็นแพทย์ไม่พอใจ คิดว่าแพทย์รักษาไม่ได้มาตรฐาน จึงฟ้องแพทยสภาและกรรมการสิทธิมนุษยชน แพทย์มาขอปรึกษาได้เจรจาไกล่เกลี่ย เนื่องจากแพทย์ทำการรักษาถูกต้องตามมาตรฐาน

กรณีที่ 13

ผู้ป่วยชายอายุ 50 ปี มาด้วยอาการปวดกรามด้านซ้ายเป็นประจำ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น trigeminal neuralgia ซ้ำซ้าย กินยามาเป็นระยะเวลาานาน ขอให้แพทย์ทำผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรกคนไข้ได้ยืนตามปกติ 2 ซ้ำงมีบันทึกไว้ในเวชระเบียนชัดเจนอันนี้เป็นตัวอย่างว่าแพทย์ทำอะไรกับคนไข้ขอให้บันทึกในเวชระเบียนให้เรียบร้อยเพราะจะเป็นหลักฐานที่สำคัญ ต่อมามีอาการหูข้างซ้ายไม่ได้ยิน คนไข้ฟ้องคดีผู้บริโภค ต่อศาลแพ่งเรียกค่าเสียหาย 18,934,149 บาท ศาลนัดไกล่เกลี่ย ให้การและสืบพยาน ขึ้นต้นศาลยกฟ้องเพราะมีหลักฐานชัดเจนว่าแพทย์ปฏิบัติถูกต้อง ไม่ได้เป็นเหตุให้เกิดอาการแทรกซ้อนขึ้น

กรณีที่ 14

ผู้ป่วยหญิงมารับการผ่าตัดก้อนที่เต้านม ณ โรงพยาบาลเอกชน (ธันวาคม 2549)



ปาฐกถา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 11

วิสัญญีแพทย์ให้ยาสลบแบบทั่วไป และใส่ท่อหายใจ (GA c ET) และยาหย่อนกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) ใช้เวลาผ่าตัด 20 นาที, ตมยาทั้งหมดนาน 30 นาที ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 15 นาที มีอาการชัก O2 sat ตก, B.P. ลด 15 มีนาคม 2550 ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี แขนใช้ได้ แต่ขาไม่แข็งแรงต้องใช้ walker และคนช่วย คนไข้ห้องรื้อที่แพทยสภา สรุปได้ใกล้เคียงและชัดเจนไปเป็นจำนวนเงินประมาณ 400,000 บาท

เหล่านี้เป็นตัวอย่างที่นำมาให้เห็นว่าถ้าการทำงานไม่เป็นทีมมันจะมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นเป็นคดีต่างๆ ที่ฟ้องร้องกันเยอะเยอะ ศาสตราจารย์เกียรติคุณวิวัฒน์ วิสุทธิโกศล ซึ่งมาบรรยายปาฐกถาเปรม ปรีย์ ครั้งที่ 6 เรื่อง “4 ทศวรรษศัลยศาสตร์รามธิบดี” เมื่อปี พ.ศ.2552 ท่านได้กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า “เพื่อน 3 คนของศัลยแพทย์ได้แก่ หมอดมยา (anesthesiologist) พยาบาลห้องผ่าตัด (OR nurse) ผู้ช่วย (Assistant) ทั้ง 3 เป็นตัวจักรสำคัญที่ทำให้เกิดความดีงามและความสำเร็จในวงการศัลยกรรม ทั้ง 3 เกลอนี้ จึงควรได้รับการดูแลอย่างดีแม้ในยามทุกข์ ก็ต้องช่วยเหลือกันและกันไม่ว่าในเรื่องดี ความหรือยามเจ็บไข้ได้ป่วย” พอได้อ่านพบเข้าจึงได้นำมายืนยันยืนยันด้วยว่าการทำงานร่วมกันเป็นทีมต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันต้องเข้าใจซึ่งกันและกันต้องไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้เกียรติซึ่งกันและกันมีอะไรปรึกษาหารือมีการสนทนาร่วมกัน

ขอจบการบรรยายเพียงเท่านี้

และขอขอบคุณผู้ฟังทุกๆ ท่าน ที่มาร่วมงานในวันนี้

ภาควิชาศิลปศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถ.พระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 02-201-1315, 02-201-1325 โทรสาร 02-201-1316