

ปาฐกถาเปรม บური ครั้งที่ 5

เรื่อง

“ระลึกถึงกัลยาณมิตร ทวีราช-รามาทิบัติ”



โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมั่น

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5

ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันจันทร์ที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๑



ปาฐกถา เปรม บุรี ครั้งที่ 5

เรื่อง

“ระลึกถึงคัลยศาสตร์ ศิริราช - รามาริบัติ”

โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมัน

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5

ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันจันทร์ที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๑

คำนำ

ปาลูกตาเปรม บุรี ได้จัดติดต่อกันมาทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 สำหรับปีนี้จะมีจัดเป็นครั้งที่ 5 และมีความสำคัญเป็นพิเศษเพราะเป็นปีที่ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี มีอายุครบ 90 ปี ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี เป็นบุพชนียบุคคลที่สำคัญยิ่งท่านหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเฉพาะอย่างยิ่งของภาควิชาศัลยศาสตร์ ทั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ก่อตั้งภาควิชาฯ และวางรากฐานทางการศึกษาศัลยศาสตร์ให้เป็นปึกแผ่นมั่นคงมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็นศัลยแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ เป็นครูที่ประเสริฐ เป็นผู้ที่มีความเมตตากรุณาและเป็นที่รักของทุกคนที่รู้จักท่าน คุณงามความดีที่ท่านมีต่อภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นสิ่งที่หาที่เปรียบมิได้

สำหรับปาลูกตาเปรม บุรี ครั้งที่ 5 นี้ องค์ปาฐกคือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณวีระสิงห์ เมืองมันต์ อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ท่านจะบรรยายเรื่อง “ระลึกถึงศัลยศาสตร์ศิริราช - รามาธิบดี” ซึ่งจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับศัลยศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งมีถึง 2 คณะ หวังว่าท่านผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับสาระและประโยชน์จากปาฐกถาครั้งนี้โดยทั่วถึงกัน

ศาสตราจารย์กฤษฎา รัตนโอฬาร

หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์

17 พฤศจิกายน 2551



ชีวประวัติของนายเปรม บุรี

(2461 - ปัจจุบัน)

โดย: นายเปรม บุรี

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

ศึกษาต่างประเทศ ประเทศอังกฤษ พ.ศ.2480

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

เสรีไทยฝ่ายอังกฤษ

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

ปฏิบัติงานต่อทางแพทย์เพื่อหาประสบการณ์ โดยได้รับทุน ก.พ.

- Harwich and Dovercourt Hospital 1 ปี
- Scunthorpe Hospital 1 ปี



รับราชการ

- กลับประเทศไทย ปี 2497
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.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 ร.พ.รามธิบดี พ.ศ.2512 จนกระทั่งปลดเกษียณปี พ.ศ.2520

* ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนตั้งแต่เริ่มคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี โดยความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข) ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน หลังจากที่ได้รับทุนร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ไปดูงานต่างประเทศ 9 แห่ง - อินเดีย เคนยา อูกานดา ไนจีเรีย นิวยอร์ก เล็กซิงตัน จาไมกา โคลัมเบีย ฟิลิปปินส์ - ใน 8 ประเทศเป็นเวลา 9 สัปดาห์

งานหลังปลดเกษียณ (พ.ศ. 2520)

- อาจารย์พิเศษ ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน 5 ปี (2520-2525)
- ร่วมคณะก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - อาจารย์ที่ปรึกษา 4-5 ปี

ตำแหน่งในเวลารับราชการ

- ศาสตราจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.ศิริราช 2512
- ศาสตราจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี 2512 - 2520
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณหลังจากเกษียณอายุราชการ จากมหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องราชอิสริยาภรณ์

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



รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์
องค์ปาฐก ของปาฐกถาเปรมบุรี ครั้งที่ 4 พ.ศ.2550



(แถวหน้าจากซ้ายมาขวา) ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์กีฬาทองสุบุตร - ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน
ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรมบุรี - รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ - ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฏา รัตนไธพัร



ผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถา ครั้งที่ 4



ผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถา ครั้งที่ 4



ผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถา ครั้งที่ 4



ผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถา ครั้งที่ 4



ชีวประวัติองค์ปาฐก

ศาสตราจารย์เกียรติคุณวีระสิงห์ เมืองมัน

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งทางวิชาการ

ตำแหน่งปัจจุบัน

สถานที่ติดต่อ

นพ.วีระสิงห์ เมืองมัน VERASING MUANGMAN, M.D.

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ (Professor Emeritus)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Ramathibodi Hospital, Rama VI Rd., Rajathevee,

Bangkok 10400, Thailand

โทร. (Tel.) 02-201-1315 โทรสาร (Fax) 02-201-1316

ประวัติการศึกษา (Education Background)

- M.D. Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, University of Medical Science
- Residency Training in Urology, University of Wisconsin, USA.
- Thai Board of Urology

ประสบการณ์การทำงาน (Working Experience)

- Instructor in Urology, Ramathibodi Hospital
- Professor in Urology
- Head, Department of Surgery, Ramathibodi Hospital
- President of Thai Urological Association

ผลงานวิจัย ประสบการณ์และอื่นๆ (Research Activities, Experience and Others)

- Articles Related to Urology
- Articles Related to Herbal Medicine
- Mobile Unit for Family Planning and Vasectomy
- Clinical Uses of Herbal Medicine in Urology



บทย่อ ปาฐกถาเปรม บุรี ครั้งที่ 5

เรื่อง “ระลึกถึงคัลยศาสตร์ ศิริราช – รามาธิบดี

ศาสตราจารย์เกียรติคุณวีระสิงห์ เมืองมัน

ประวัติการตั้งศิริราชพยาบาล และโรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นประจักษ์ถึงความตั้งใจ ความพากเพียร ความอดทนของบรรพบุรุษผู้มีพระคุณมากล้นต่อปวงชนชาวไทย โดยเฉพาะในยุคที่มีการปฏิรูปการเมือง การปกครอง เศรษฐกิจและสังคม เพื่อความมั่นคงของประเทศชาติอย่างถาวร ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในปี พ.ศ.2529 พระองค์โปรดให้ตั้งคอมมิตตี 9 คน เพื่อตั้งโรงพยาบาล ให้การรักษาคณะปวยไซไนสยามเช่นในนานาอารยะประเทศ ผลจากการนี้ก่อให้เกิดคณะบุคคล เหตุการณ์ สถานที่มากมาย อาทิ พระองค์เจ้าศรีสวภวรงค์, กรมพระยาดำรงราชานุภาพ, พระยาประเสริฐศาสตร์ธำรง (หนู), พระยาพิษณุประสาทเวช (คง), ดอกเตอร์ยอร์ช แมคฟาแลนด์, ดอกเตอร์ ที.พี.โนเบิล, นพ.ประจักษ์ ทองประเสริฐ ก่อตั้งโรงพยาบาลวังหลัง (พ.ศ.2429) และศิริราชพยาบาล (พ.ศ.2431) โรงเรียนราชแพทยาลัย (พ.ศ.2532) ตามลำดับ เป็นผลให้ผลิตหมอบประกาศนียบัตร ซึ่งรักษาทางยาได้ และผ่าตัดได้ตามแบบฝรั่งเมื่อ พ.ศ.2436 กาลเวลาต่อมาพัฒนาการการแพทย์ไทย ได้รับความอุดหนุนจากราชวงศ์ พ่อค้า ประชาชน ชาวต่างประเทศ องค์กรทางศาสนา มูลนิธิต่างๆ อาทิ มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ กลายเป็นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ร่วมนับแสนคน ผ่านปัญหาอุปสรรค ยุคความยุ่งยากทางบ้านเมืองเช่น สงคราม ความไม่สงบภายใน ปัญหาเศรษฐกิจโลก แต่ศิริราชพยาบาลก็เติบโตผลิต “แพทย์ปริญญา” ที่มีความรู้ ความสามารถทัดเทียมนานาอารยะประเทศตั้งแต่ปี 2482 เป็นต้นมา

ในปี พ.ศ.2503 ก่อตั้งคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยความช่วยเหลือของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ต่อมาได้พัฒนามาเป็นคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ.2512

ศาสตราจารย์เปรม บุรี ผู้ได้รับการยกย่องเป็นบิดาแห่งคัลยศาสตร์รามาธิบดี เป็นผู้อยู่เบื้องหลังและดำเนินการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ภาควิชาคัลยศาสตร์รามาธิบดี โครงการเวชศาสตร์ชุมชน และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ร.พ.ช. จังหวัดอุดรธานี ท่านเป็นผู้มีประสบการณ์มวลชน และคัลยกรรมอย่างมาก ตั้งแต่สมัยเป็นเสรีไทย ในมหาสงครามเอเชียบูรพา ท่านให้ทั้งแนวคิด และหนทางปฏิบัติ รวมทั้งดำเนินการด้วยตนเองในทุกเรื่องมาตลอด ประสบการณ์เรียนรู้อันมีคุณค่าไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษาศาสตร์ คัลยศาสตร์ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ อาจารย์ได้ให้แก่ ลูกศิษย์ และคณะแพทยรามาธิบดีอย่างมากมาย อันเป็นผลให้รามาธิบดีผลิตคัลยแพทย์ ออกสู่สังคมหลายร้อยคน ทุกคนล้วนมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ต่อประชาชน ด้วยความระลึกที่โรงเรียนแพทย์ให้แก่เราอย่างน้อย 3 อย่างคือ Seniority ความเคารพในผู้ใหญ่, Integrity มีคุณธรรม เคารพในคุณค่าของมนุษย์ และ Responsibility ความรับผิดชอบต่องาน ผู้เป็นองค์ปาฐก ขอฝากข้อความข้างบนนี้ไว้ในหัวใจของคัลยแพทย์ทุกคน





คำนำถึงศิษย์ฯ

ปาฐกถาเปรม บุรี ครั้งที่ 4 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2550

นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

กราบเรียนท่านศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์กวี ทั้งสุบุตร อดีตอธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอฬาร หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และท่านผู้มีเกียรติทั้งหลาย

หัวข้อเรื่องที่ผมจะนำเสนอในวันนี้เป็นเรื่องที่ผมจะคิดคำนึงถึงศิษย์ฯ มียู่ 4 ศิษย์ฯด้วยกันคือ

- ① ศัลยกรรม
- ② ศัลยศาสตร์
- ③ ศัลยแพทย์
- ④ ศิษย์ฯรามามา

การคำนึงถึงเรื่องต่างๆข้างต้นนี้ เป็นความคิดคำนึงที่ปมเพาะจากประสบการณ์ส่วนตัว ในช่วงเวลาบรรชาการเป็นอาจารย์ในภาควิชาศัลยศาสตร์ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี 13 ปี และช่วงชีวิตที่บุกเบิกช่วยกันสร้างโรงพยาบาลเอกชนชื่อ ร.พ. สมิติเวช ทำหน้าที่เป็นทั้งผู้บริหาร และเป็นศัลยแพทย์ไปพร้อมๆกันอีก 15 ปี

ก่อนจะเข้าสู่ปาฐกถา “เปรม บุรี” วันนี้ผมขอเวลาสักเล็กน้อยที่จะบอกให้ทราบว่าทำไมผมได้มายืนอยู่ที่นี้ในวันนี้ ผมคิดเหมือนอย่างที่ท่านคิดคือ เป็นโชคคืออย่างหนึ่งที่วงจรชีวิตของผมได้มาตัดกับวงจรชีวิตของท่านอาจารย์เปรม บุรี ที่ศิริราชในปี 2497-2501 ผมเป็น นศพ.ปี 3 ที่ศิริราช และต่อมาได้รับเป็น house officer และ senior house officer ในภาควิชาศัลย์ฯ และต่อมาได้มาร่วมงานกับท่านที่ภาควิชาศัลย์ฯ ร.พ.รามามาธิบดี จากวันนั้นมาจนถึงวันนี้นับได้ประมาณ 54 ปี ซึ่งผมเป็นทั้งลูกศิษย์ ผู้ได้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานจึงได้ใกล้ชิดกับท่าน ได้มีโอกาสช่วยอาจารย์สร้างภาควิชาศัลยศาสตร์รามามาธิบดี นอกจากนั้นผมได้รับความเมตตาจากครูณาจากครอบครัวของอาจารย์ให้ตัวผมเอง ภรรยาและลูกผมอีกด้วย

ในปี พ.ศ.2506 ที่มหานครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ผมทำหน้าที่ chief resident ของภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล Jacobi เป็นโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ Albert



Einstein College of Medicine โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลของเทศบาลนิวยอร์ก เป็นโรงพยาบาลที่รักษาผู้ยากไร้ เมื่อครบเทอมการเป็น chief resident ก็สอบได้ American Board of Surgery (General Surgery) ซึ่งนับได้ว่าผมเป็นคนไทยคนแรกที่สอบผ่าน “Board” นี้ หัวหน้าภาควิชาที่นั่นถามผมว่าจะมีแผนการชีวิตข้างหน้าอย่างไร ผมเรียนท่านว่าผมจะกลับบ้าน แต่ขอทำงานหาประสบการณ์ทางการสอนนักศึกษาแพทย์และการบริหารสัก 1 ปี ผมได้รับการบรรจุเป็นอาจารย์ตำแหน่ง Instructor of Surgery ที่ผมกล่าวว่าผมเป็นคนไทยคนแรกที่ “สอบบอร์ด” ได้ มิได้มีเจตนาจะโอ้อวดแต่อย่างใด แต่เพราะเมื่อสมัครเข้ารับราชการ ก.พ. ไม่เคยทราบว่ามันเป็น วุฒิมะไร ทำให้ผมมีความติดขัดกับการตีค่าวิชาจาก ก.พ. เพื่อจะได้กำหนดเงินเดือนซึ่งทำให้กินเวลา ผมถึงแตกอยู่หลายเดือน ผมขอเรียนว่าผมมีทัศนคติที่ไม่ดีนักกับระบบราชการไทยตั้งแต่วันแรก ที่ได้สัมผัสกับระบบนี้

ในปี พ.ศ.2508 ได้รับโทรศัพท์จากคุณอนันท์ ปันยารชุน ซึ่งขณะนั้นท่านดำรงตำแหน่ง เลขาธิการเอกของผู้แทนถาวรของประเทศไทยประจำสหประชาชาติบอกให้ทราบว่าคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ มาพักอยู่ที่บ้านของท่าน จะมาดูงานที่โรงพยาบาลที่ผมทำงานอยู่ ผมดีใจมากที่ได้พบอาจารย์ ยินดีอาสามารับท่านอาจารย์ไปที่โรงพยาบาลที่ผมทำงานอยู่ เมื่อพบท่าน จึงทราบว่าในคณะของท่านมีด้วยกัน 3 คนคือ

1) Prof. Dr. Dinning ผู้แทนมูลนิธิริออคกีเฟลเลอร์ประจำประเทศไทยผู้ให้การสนับสนุน การสร้างโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่คือ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2) ศาสตราจารย์ ดร.สแตงค์ มงคลสุข

3) ศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์

การมาดูงานครั้งนี้เพื่อหาข้อมูลและประสบการณ์ของโรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา ที่คิดว่ามีลักษณะใกล้เคียงกับคณะแพทยศาสตร์ที่กำลังจะสร้างในกรุงเทพฯ จึงได้เลือกโรงพยาบาล Jacobi Hospital ของ Albert Einstein College of Medicine เพราะเป็นโรงเรียนแพทย์และ โรงพยาบาลค่อนข้างใหม่และรักษาผู้ป่วยยากไร้ ซึ่งคงจะมีความใกล้เคียงกับวัตถุประสงค์และความตั้งใจของคณะผู้มาดูงาน เมื่อการดูงานเสร็จจึงลงผมได้ร่วมสนทนากับคณะผู้มาเยือนและ คณาจารย์ในภาควิชา หัวหน้าภาควิชาบอกคณะว่าผมนี่ (หมายถึงตัวผม) จะกลับมาเมืองไทยแล้ว ถ้ารับเขามาทำงานด้วยคงจะดี อาจารย์สแตงค์ จึงบอกว่าถ้าอยากไปอยู่สงขลา ก็มีงานบริหารระดับ สูงให้ทำ ผมได้กราบเรียนท่านว่าอยากรักษาคนไข้และทำผ่าตัดมากกว่า อาจารย์นายแพทย์ชัชวาล จึงบอกผมว่าไปอยู่ที่รามาก็แล้วกัน (ซึ่งขณะนั้นยังไม่มีอะไรเลย) จะฝากให้อยู่ภาควิชาศัลยกรรม

ศิริราชไปก่อนจนกว่ารามามาจะเปิดทำการ ผมได้กราบอาจารย์ทั้งสองว่าชอบ idea ไปอยู่บ้านเดิม คือศิริราช แล้วช่วยกันสร้างภาควิชาศัลยกรรมภายใต้การทำงานของอาจารย์เปรม งานของรามามา ตอนนั้นจึงเป็นเรื่องประชุม วางหลักสูตร วิธีการสอน ฯลฯ

เมื่อผมทำงานที่ศิริราช เป็นช่วงเวลาที่คอมมิวนิสต์กำลังแผ่ขยายอิทธิพลเข้ามาทางภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญญาชนและประชากรของประเทศส่วนมากเชื่อทฤษฎี “โดมิโนล้ม” (falling domino) คือ เวียดนาม ลาว เขมร ได้ตกอยู่ภายใต้การปกครองของลัทธิคอมมิวนิสต์ เรียบร้อยเบ็ดเสร็จ ประเทศไทยจะเป็นโดมิโนตัวต่อไปที่จะล้ม เพราะถ้าเช่นนั้นจึงสถาบันชาติ ศาสนาและพระมหากษัตริย์ ต้องได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงแน่นอน

ทางศิริราชพยาบาล ภายใต้การทำงานของอาจารย์อุดม โปะชะกฤษณะ และอาจารย์เปรม ได้ร่วมมือกับรัฐบาลจัดหน่วยแพทย์ พยาบาลอาสาออกไปรักษาผู้ป่วยในท้องถิ่นสีชมพู ซึ่งเป็น ท้องถิ่นห่างไกลที่อยู่ใต้อิทธิพลของฝ่ายซ้ายซึ่งขาดบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลอย่างมาก คณะฯได้รับมอบหมายให้ดูแลจังหวัดอุดรธานี โดยจัดหน่วยแพทย์ พยาบาลอาสาเป็นห้าหน่วยคือ 1) หน่วยกลาง ปฏิบัติการเป็นหน่วยหลักอยู่ที่ ร.พ.ประจำจังหวัดอุดรฯ หน่วยนอกมี 4 หน่วยคือ

2. สถานีอนามัยบ้านผือ

3. สถานีอนามัยเพ็ญ

4. สถานีอนามัยหนองหาร

5. สถานีอนามัยหนองบัวลำภู (ขณะนั้นเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดอุดรธานี ยังไม่ได้แยก เป็นจังหวัดหนองบัวลำภูอย่างในปัจจุบัน)

ผมเองได้รับหน้าที่หัวหน้าหน่วยประจำสถานีอนามัยหนองบัวลำภูเป็นครั้งๆละประมาณ 1 เดือน สำหรับหนองบัวลำภูพิเศษกว่าที่อื่นคือ ก่อนผมอยู่อาจารย์เปรมได้มาประจำอยู่ก่อนหน้าผม มาอยู่ 1 เดือน ได้ปรับปรุงสถานีอนามัย โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการผ่าตัดไว้ดีพอสมควร สำหรับอาจารย์เปรมนั้นยังได้รับความนับถือจากชาวบ้านและพนักงานประจำสถานีอนามัยแห่งนี้เป็นอย่างดี ผมมาทำงานตามหลัง กลุ่มของอาจารย์ซึ่งทำให้การเริ่มทำงานง่ายเข้ามาๆ อย่างไรก็ตามผมขอ สารภาพว่าการไปปฏิบัติการครั้งแรกรู้สึกกลัวและถามตัวเองว่าผู้เชี่ยวชาญอย่างเรา อาจารย์เปรม จะให้มาทำอะไรในสภาพแวดล้อมเช่นนี้ และคิดในใจว่าถ้าอาจารย์อุดม อาจารย์เปรม ทำได้ ผมก็ ต้องทำได้ แต่เมื่อได้สัมผัสกับของจริงความกลัวจางหายไป ได้รับการต้อนรับจากชาวบ้านอย่าง เห็นได้ชัด ผมคิดว่าพวกเขา รู้สึกอบอุ่นที่มีแพทย์จากศิริราชอยู่ใกล้ๆ ผมตอบตัวเองเมื่อเสร็จ การกิจครั้งแรกว่า กลุ่มแพทย์ พยาบาลอาสา พวกเรา ไม่ได้ทำให้เกิดโทษ แต่ได้ผลบวกทางจิตวิทยา



อย่างแน่นอน เมื่อครบรอบการไปปฏิบัติงานครั้งที่สอง ทีมแพทย์มีผมเป็นหัวหน้าหน่วย อาจารย์มานิตย์ สุชาติานนท์ พยาบาลมีคุณวรภารณ์ ยังโหมต และอีกหลายท่าน การไปอยู่สถานีน้องบัวลำภูคราวนี้มีเรื่องตื่นเต้นและประทับใจสองเรื่อง เรื่องแรก ผู้หญิงท้องแก่มาสถานีอนามัยบังเอิญผมอยู่เวรคนเดียวเลยได้ทำคลอด เป็นเด็กผู้ชายน่ารักมาก ผมต้องบอกว่าไม่ได้ทำคลอดมาสิบกว่าปีแล้ว คือตั้งแต่เป็น intern เมื่อแม่ลูกจะกลับบ้าน แม่เด็กขอให้ผมตั้งชื่อลูก ผมให้ชื่อเด็กว่า ด.ช.เปรม ดังนั้นถ้าพบชายไทยอายุประมาณ 40 ปี เกิดที่สถานีอนามัยน้องบัวลำภูชื่อนายเปรม คงจะเป็นคนที่ผมทำคลอด

มีอีกเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจกว่าเรื่องแรกคือ ในคืนเดือนมืดประมาณตี 1 มีเสียงปืนกลรัวถึยบอยู่ประมาณ 10-15 นาที ข้างๆบ้านพักของสถานีอนามัย เมื่อเสียงปืนสงบลงสักครู่ใหญ่ มีเสียงผู้ชายมาเรียกพวกเราขอความช่วยเหลือ พวกเราตื่นนอนกันอยู่แล้วเปิดไฟในบ้านพัก พบตำรวจแจ้งให้ทราบว่ามีตำรวจถูกยิงบาดเจ็บ เราเริ่มปฏิบัติการทันที เปิดห้องผ่าตัด จำได้ว่ามีตำรวจ 3 คน คนแรกมีรอยกระสุนยิงเข้าช่องปอด คนที่สองกระสุนเข้าช่องท้อง และคนที่สามมีแผลกระสุนที่ขา เราช่วยกันทำการรักษาห้ามเลือด ให้เลือดโดยทำ direct blood transfusion ดมยาสลบโดยใช้ open drop ether ใส่ intercostal drainage tube ในสภาพสถานีอนามัยอำเภอ และมีข้อจำกัดทุกอย่างที่จะรักษาผู้ป่วยอาการหนักพร้อมกัน 3 คน คงจะเป็นด้วยพระบารมีของพระสยามเทวาธิราช ทำให้ตำรวจทั้ง 3 คนฟื้นคืนอันตราย และย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจในกรุงเทพฯ ในเวลาต่อมา

นายแพทย์สิระ บุญยะรัตเวช ผู้ปฏิบัติการอยู่ในหน่วยกลางที่ ร.พ.อุดร ได้มาเยี่ยมทันทีที่อาจารย์เปรม ได้เดินทางมาจากกรุงเทพฯ ในวันต่อมาให้กำลังใจพวกเรา ทำให้เราขวัญดีขึ้นเพราะเมื่อฟ้าสว่างพบว่าหน้าสถานีอนามัยมีผู้ก่อการร้ายถูกยิงตาย 1 คนที่บริเวณสถานีอนามัย มีผู้คนมาชุมนุมกันมากมายและชื่นชมมาที่พวกเราว่าพวกนี้แหละที่ทำการผ่าตัดรักษาตำรวจ เราไม่ทราบว่าเขาชื่นชมหรือไม่ชื่นชม ขอรับว่าพวกเราไม่แน่ใจเพราะไม่เข้าใจในภาษาอีสาน และขออาจารย์สิระว่าคืนนี้ขอเข้าไปนอนในเมืองอุดร พอสายหน่อยก็มี ฮ.ลำใหญ่ ของตำรวจพร้อมด้วยนายตำรวจใหญ่จากกรุงเทพฯ มาลงที่หน้าโรงพัก เยี่ยมเยียนตำรวจและขอบใจพวกเรา คณะแพทย์อาสาจากศิริราชได้รับจดหมายขอบใจจากรัฐบาล ตัวผมเองได้รับจดหมายขอบใจเป็นทางการจาก พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์ (อธิบดีกรมตำรวจในสมัยนั้น) นั่นเป็นเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวผม และนายแพทย์เปรมที่ศิริราช - อุดร

มีอีกเรื่องหนึ่ง ไม่ใช่เรื่องศิริราช แต่เป็นเรื่องของคัลย์รามามาโดยตรง คือเรื่อง The First Chief Resident ของภาควิชาคัลย์รามามาให้ท่านผู้มีเกียรติได้ทราบ ผมได้เรียนแล้วว่างานที่รามามา



ยังไม่มากนัก ผมจึงรับเชิญเป็นอาจารย์พิเศษที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2508 ที่เชียงใหม่ผมได้พบกับแพทย์หนุ่มที่เพิ่งจบจากการเป็นแพทย์ฝึกหัด intern มาแจ้งความจำนงกับผมว่าต้องการเป็นคัลยแพทย์และจะขอฝึกงานเป็น resident ที่ภาควิชาศัลยกรรมมาหาผมคนเดียว ไม่ต้องการฝึกงานที่อื่นเลย ผมฟังแล้วประหลาดใจมาก เพราะขณะนั้นภาควิชาศัลยกรรมไม่มีเตียงรับคนไข้เลย ผมแอบถามศาสตราจารย์นายแพทย์มนตรี กันตะบุตร เพื่อนผมว่าหมอหนุ่มคนนี้เป็นอย่างไร คุณหมอมนตรียืนยันหนักแน่นว่าเป็นลูกศิษย์ที่ดีที่สุดคนหนึ่งของท่าน เมื่อผมกลับมากรุงเทพฯ ได้นำเรื่องนี้เสนอต่อท่านอาจารย์เปรม ท่านอนุมัติให้ผมดำเนินการรับแพทย์หนุ่มคนนี้ได้ไว้เป็น resident คนที่ 1 ของภาควิชาศัลยกรรมมาหา เขาเร็วอันเป็น resident ศัลยกรรมมาหา พเนจรฝึกงานที่ภาควิชาศัลยกรรมศิริราช และภาควิชาศัลยกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎฯ เมื่อโรงพยาบาลรามธิบดีเปิดรับคนไข้ ภาควิชาศัลยกรรมก็มี chief resident พอดี เขาคือศาสตราจารย์นายแพทย์เอ้าชัย กาญจนพิทักษ์ อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยกรรม ร.พ.รามธิบดี และอดีตรองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

คำนี้ถึงคัลยกรรม

เวลา 40 ปีที่ผ่านเวียนในแวดวงศัลยศาสตร์ ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงในศาสตร์นี้อย่างมากมาย โดยเฉพาะด้านหัตถการและเทคนิค อาจเพราะแพทย์เราเข้าใจและรู้จักซึ่งมากขึ้นในเรื่องของโรคและเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอิเล็กทรอนิกส์ ฯลฯ ได้ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว วลีที่คัลยแพทย์รุ่นเก่าเคยพูดว่า คัลยแพทย์ที่ดีต้องมี “eagle’s eyes, woman’s hands และ lion’s heart” ค่อยๆ จางหายไปจากความทรงจำของพวกเรา ผมขอยกตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดตัก 2 รายการที่เปลี่ยนสภาพไปอย่างหน้ามือเป็นหลังมือ

1. การผ่าตัดเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหาร (G.U. & D.U.) การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะ D.U. เชื่อกันว่าเป็นโรคที่เกิดจากการมีกรด HCl มากในกระเพาะอาหารกัดเอาเยื่อของทางเดินอาหารให้เป็นแผล และยังเชื่อต่อไปอีกว่าการมีกรดมากนั้นมาจากสภาวะบางอย่างในสมอง เช่น มีกังวล นอนไม่หลับ สมองจะส่งสัญญาณมาให้กระเพาะสร้างกรด HCl มากกว่าปกติ เพราะฉะนั้นการผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคนี้ต้องตัดประสาท vagus ที่ติดต่อกับสมองกับกระเพาะอาหาร กรรมวิธีการตัดประสาท vagus มีหลากหลายเช่น truncal vagotomy, selective vagotomy, superselective vagotomy มิใช่เพียงแต่วิธีการตัดประสาทเท่านั้น ตัวกระเพาะอาหารเองซึ่งเป็นโรงงานสร้างกรด HCl ก็ต้องถูกตัดออกด้วย กรรมวิธีตัดกระเพาะอาหาร

มีหลากหลายเช่น จะทำ subtotal gastrectomy, antrectomy, sleeve resection จะเห็นว่า ในพยาธิสภาพอย่างเดียวมีวิธีการผ่าตัดไม่รู้ก็วิธี ถ้าดูตารางการผ่าตัดจะเห็นคำว่า “gastrectomy for D.U.” ในตารางการผ่าตัดของภาควิชาศัลยกรรมมาเกือบทุกวัน แต่ในปัจจุบันถ้าท่านไปดูตารางผ่าตัดที่โรงพยาบาลทั่วไปแทบจะไม่เห็นเลย ถ้ามีก็ “gastrectomy for carcinoma” ทำไม่ในช่วงเวลา 20 ปี ศัลยกรรมชนิดนี้จึงเปลี่ยนไปได้มากมายขนาดนี้ ผมจะกล่าวในเรื่อง “คำนี้ถึงศัลยกรรมมา”

2. การผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งของเต้านม เมื่อผมเป็นนักเรียนแพทย์และเป็น resident การผ่าตัดรักษามะเร็งของเต้านมต้อง radical mastectomy ตาม Haagensen's criteria อย่างเคร่งครัดกล่าวคือ

- ก. ต้องเลาะผิวหนังบนเต้านมให้บาง ไม่ติดไขมันเลยและต้องเอาหัวนมออก
- ข. ต้องตัดเอากล้ามเนื้อ pectoralis major และ pectoralis minor ออกหมด
- ค. ต้องเลาะและเอาเนื้อเยื่อในรักแร้ (axillary content) ข้างที่เป็นมะเร็งออกหมดจนเกลี้ยง ถ้าไม่ทำอย่างนี้ถือว่าไม่ได้ทำ “cancer surgery”

ผลการผ่าตัดจะเห็นที่โครงใต้ผิวหนังอันบางเฉียบเป็นที่ ต่อมาแขนจะต้องบวมเพราะ lymphadema ซึ่งผลจากการผ่าตัดน่ากลัวอะไรเช่นนั้น

ต่อมาศัลยแพทย์เห็นผลตามหลังอันไม่พึงปรารถนาดังกล่าว จึงได้ทำ “modified radical mastectomy” คือผ่าตัดให้น้อยกว่าที่กล่าวข้างต้น เรียกให้เพราะพริ้งคือ “less radical”

วิวัฒนาการของการรักษามะเร็งเต้านมได้พัฒนามาจนคำว่า “mastectomy” เพื่อรักษามะเร็งเต้านมเกือบหายไปจากหัตถการศัลยกรรมโดยสิ้นเชิง มีแต่ breast conservation surgery มาแทนที่คือเก็บเต้านมไว้มีคำว่า lumpectomy บวกกับการรักษาโดยวิธีที่ไม่ใช้การตัดเต้านมออกมาแทนที่

ยังมีตัวอย่างอีกมากมายของการพัฒนาทางหัตถการศัลยกรรม (surgical procedure) ทั้งในศัลยศาสตร์ทั่วไป (General Surgery) และศัลยศาสตร์แขนงอื่นๆ ก็เปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือ

ขอล่าถึงแนวโน้มการให้บริการแก่ผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่กำลังมาแรงสัก 4-5 เรื่อง

1. การผ่าตัดที่ให้เลือดน้อยที่สุด (Bloodless surgery)
2. การผ่าตัดที่เจ็บปวดน้อยที่สุด (Painless surgery)
3. การผ่าตัดที่แผลผ่าตัดเล็กที่สุด (Minimally invasive surgery)
4. การผ่าตัดโดยหุ่นยนต์ (Robotic surgery)
5. การผ่าตัดที่ต้องพักในโรงพยาบาลน้อยที่สุด (Shortest hospital stay)



● การผ่าตัดที่ให้เลือดน้อยที่สุด (Bloodless surgery)

ความรู้ทางโลหิตวิทยา ในปัจจุบันได้ก้าวหน้าไปอย่างมากมาย การรือดเลือดมมนุษย์มาให้แก่ มนุษย์เพื่อรักษาชีวิต เป็นเรื่องที่ทำได้และต้องเรียนรู้เพื่อนำมาช่วยรักษาชีวิต เช่นเมื่อมีการเสีย เลือดของมนุษย์นอกห้องผ่าตัด ยากแก่การหยุดการเสียเลือดเพราะแพทย์เรามีความรู้เรื่องเกี่ยวกับเลือดมากที่เริ่มตระหนักถึงผลเสียในระยะสั้นและในระยะยาว เกี่ยวกับการรับเลือดของผู้รับมา มือเนกอนันต์ที่ไม่ต้องพูดถึงความยากลำบากของสภากาชาดไทย ซึ่งทำงานโดยน่ายกย่องชื่นชม ที่หาเลือดมาให้โรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์มีวิธีช่วยสภากาชาดไทย และผู้ป่วยที่เสียเลือดอันเป็นผลจากการรักษาโดยวิธีผ่าตัดได้อย่างมาก

ที่เปรยหัวชื่อว่า bloodless surgery คงทำไม่ได้ตามตัวหนังสือ ขอแต่ให้ตั้งใจ และมุ่งหมายเป็น blood transfusionless ก็น่าจะควรแก่การอนุโมทนาแล้ว

ผลดีของการได้รับเลือดมือเนกอนันต์ แต่ผลเสียก็มีมีหันต์ แพทย์ได้พัฒนาเลือดเทียม วิธีการห้ามเลือดโดยวิทยาการสมัยใหม่ วิธีการเก็บเลือดของผู้ป่วยเองที่ออกขณะผ่าตัดในห้องผ่าตัด ให้ต่อผู้ป่วยเอง จึงมีโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วโลกประกาศออกมาว่าผ่าตัดโดยไม่ใช้เลือดเลย

● การผ่าตัดที่เจ็บปวดน้อยที่สุด (Painless surgery)

เพื่อนสนิทของศัลยแพทย์คือวิสัญญีแพทย์ บทบาทของเขาไม่จบแค่ทำให้ผู้ป่วยหมด ความรู้สึกเจ็บปวด หลับไหลไม่รู้สึกรู้ตัวในห้องผ่าตัด ในปัจจุบันบทบาทของเขาทำให้ผู้ป่วยตื่นจาก หลับแต่ไม่ปวดเลยจากแผลผ่าตัด

มีวิธีการผู้ป่วยสามารถกำหนดการเจ็บปวดจากการผ่าตัดด้วยตนเอง (PCA) และมียาแก้ปวด ที่มีประสิทธิภาพออกมาใหม่ๆมากมาย

การพัฒนาการข้างต้นทำให้ “อาการเจ็บปวด” จากแผลผ่าตัดลดลงอย่างไม่น่าเชื่อ ทำให้การ ผ่าตัดได้รับการตอบสนองและเชื่อมั่นในการฟื้นตัวของผู้ป่วยอย่างน่าพอใจ

● ผ่าตัดใช้กล้องส่องหรือใช้หุ่นยนต์ (Minimally invasive surgery, Robotic surgery)

ตั้งแต่ Albert Einstein เสนอทฤษฎีสัมพัทธภาพและสมการ $E = MC^2$ อันลือลั่น ทำให้นักฟิสิกส์ได้ก้าวมาสู่ยุคฟิสิกส์ใหม่จาก classical physic ของ Sir Isaac Newton ความรู้ เรื่องพลังงาน ในรูปแบบต่างๆ ได้เอื้อประโยชน์แก่วิชาแพทย์อย่างมาก กล้องส่องดูอวัยวะและ ส่วนต่างๆของร่างกายที่คิดเคี้ยว การสามารถติดกล้องโทรศทัศน์ไว้ที่ปลายกล้อง การใช้คอมพิวเตอร์ คำนวณ บังคับการเคลื่อนไหวของเครื่องมือผ่าตัดโดยไม่ต้องใช้มือคนไปแตะต้องอวัยวะโดยตรง ได้พลิกโฉมหน้าหัตถการทางศัลยกรรมไปจนแทบไม่น่าเชื่อ เช่นในปัจจุบันสามารถตัดเอาถุงน้ำดี

ออกมาโดยส่องกล้องเข้ากระเพาะอาหาร เจาะกระเพาะอาหาร ตัดเอาถุงน้ำดีออกมาได้ หรือใช้หุ่นยนต์ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งศิริราชใช้หุ่นยนต์ที่เรียกว่า Da Vinci อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยหายเร็ว โรคแทรกซ้อนน้อยลงมาก มีข้อเสียคือ ราคาเครื่องมือ high-tech พวกนี้ราคาแพง และอีกประการหนึ่งคือ ขาด high-touch

การพัฒนาเทคนิคต่างๆนี้ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพื้นตัวเร็ว และไม่ต้องอยู่ ร.พ.หลังผ่าตัดเหมือนในยุคนี้อีก 20 ปีก่อน จึงนำมาถึง shortest hospital stay ซึ่งในแง่จิตวิทยาแล้วคนเราทุกคนอยากอยู่บ้านอยู่กับครอบครัวและคนที่เรารัก นอนเตียงเดิม กินข้าวโต๊ะเดิม อยู่สิ่งแวดล้อมเดิมๆ

คำนี้ถึงศัลยศาสตร์

ในปี พ.ศ.2518 วงการศัลยแพทย์ในประเทศไทยรวมตัวก่อตั้งวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งต่อมาในปี 2523 ได้รับพระราชทานอนุญาตให้ใช้ชื่อว่า "ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์" งานสำคัญอย่างหนึ่งของราชวิทยาลัยฯคือ วางหลักสูตรการอบรมและรับรองสถาบันเพื่อฝึกอบรมวิชาศัลยแพทย์สาขาต่างๆ สำหรับศัลยศาสตร์ทั่วไป ผมโชคดีได้มีส่วนร่วมในภารกิจนี้ตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อครั้งท่านอาจารย์อุดม ได้รับดำรงตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยฯและเป็นประธานของการสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติบัตรของศัลยศาสตร์ทั่วไปเป็นคนแรก ท่านอาจารย์เฉลี่ย วัชรพุก เป็นคนที่ 2 ผมได้ทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการทั้งสองวาระ ต่อมาผมเองได้รับเลือกให้เป็นประธานคณะกรรมการนี้ต่อจากท่าน นายแพทย์เฉลี่ย ผมเป็นอยู่อีก 2 วาระ ได้ทำงานด้วยความสนุกสนาน มีปัญหาและอุปสรรคที่คณะกรรมการก็รับการแก้ไขให้ลุล่วงไปด้วยดี ต้องขอกล่าวว่าคณะกรรมการฯได้รับความร่วมมือจากแพทย์ที่เกี่ยวข้องในทุกวงการ โดยเฉพาะแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขเช่น นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิชย์ นายแพทย์ยุทธนา และท่านอื่นอีกมากไม่อาจกล่าวชื่อได้หมด แต่ผมขอกล่าวถึงอีกสองคนไว้ในที่นี้ คนที่หนึ่งคือศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กิจจา สินธวานนท์ และอีกคนคือ พล.อ.ท.นายแพทย์กิตติ เย็นสุดใจ เพื่อนร่วมชั้นเรียนของผมจากศิริราช ได้มาร่วมกันทำงานนี้โดยเฉพาะตอนออกข้อสอบ เลือกข้อสอบ ทำการสอบ ตรวจข้อสอบ ฯลฯ ไปเยี่ยมสถานที่ต่างๆที่ขอมาเพื่อฝึกอบรมศัลยแพทย์อย่างไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย และทั้งสองท่านนี้ในโอกาสต่อมาได้ดำรงตำแหน่งประธานของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ในภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี งานสอน ฝึกอบรม resident ศัลย์ฯ ผมจำได้ว่าเป็นไปอย่างเข้มข้น คึกคัก มีผู้สมัครมาเรียนศัลยศาสตร์ทั่วไปเกินโควตาที่ราชวิทยาลัยฯ



กำหนดให้ ต้องคัดเลือก สัมภาษณ์ รับเลือกผู้สมัครชั้นยอดไว้เป็น resident

สำหรับการสอนคัลยศาสตร์แก่นักศึกษาแพทย์เพราะมีกฎหมายออกมาให้แพทย์ที่เรียนจาก มหาวิทยาลัยของรัฐทุกคนต้องออกไปเป็นแพทย์ใช้ทุนในชนบท พวกเราตระหนักว่าเทคนิค ชั้นพื้นฐานทางหัตถการเช่น การเย็บแผล การใช้ทักษะในการช่วยชีวิตเช่น การใส่ endotracheal tube จึงจัดให้มีการฝึกผ่าตัดจริงในสุนัข การเย็บแผลลำใส่ท่อสุ ปรากฏว่านักศึกษาแพทย์ให้ความสนใจกันมาก

เมื่อครั้งที่ผมพบอาจารย์ธัญเดช เป็นรองเลขาธิการราชวิทยาลัยฯ และประธานรับผิดชอบ โครงการฝึกอบรม resident ศิริราชเล่าให้ฟังว่า มีโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ มีคัลยแพทย์ทั้งหมดอยู่ 4 คน ได้ยื่นใบลาออกแล้ว 3 คนและไม่ได้ไปไหนหรือเปิดร้านอยู่ในตัวจังหวัดนั้นเอง นายแพทย์ธัญเดช บอกว่าเหตุผลพอจะสรุปได้คือ

1. งานในโรงพยาบาลหนักมาก ไม่มีเวลาพักผ่อนและอยู่กับครอบครัว
2. ไม่มีความมั่นคง และไม่มั่นใจในการให้บริการทางคัลยฯ เพราะมีคัลยแพทย์กันมากขึ้น
3. ผลตอบแทนทางเงินเดือนจากรัฐบาลไม่เพียงพอกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ต้องชวน ขวายเป็นตัวเอง

มีข่าวในหนังสือพิมพ์ "The Nation" ผมขอแปล "ในปี 2001 แพทย์ที่รับปริญญาในปี นั้นลาออกจากโรงพยาบาลของรัฐ 269 คนหรือ 31% ต่อมาลาออก 58.6% ในปี 2003 เพิ่มขึ้น 77% หรือ 795 คน" ในจำนวนแพทย์ที่ลาออกจาก ร.พ.ของรัฐจำนวนนี้ ไม่ต้องสงสัยว่าคัลยแพทย์ ต้องรวมอยู่ด้วยไม่น้อย จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้ต้องการฝึกเป็นคัลยแพทย์ลดลง ผมคิดว่าปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่น่าเป็นห่วงมาก ผมได้ยื่นนิยามว่าทางราชวิทยาลัยฯ ได้ตั้งคณะกรรมการ "พัฒนาอาชีพ คัลยแพทย์" เพื่อหาหนทางแก้ไขจัดการกับปัญหาดังกล่าวนี้ ผมคิดว่าปัญหานี้เป็นปัญหาระดับชาติ ทุกท่านที่เกี่ยวข้องต้องระดมกำลังเพื่อแก้ปัญหานี้เป็นการด่วน

ควรจับตาดูอัตราการขยายตัวของนักศึกษาแพทย์หญิง และคัลยแพทย์หญิงก็จะมากขึ้นตามลำดับ ทำให้วงการคัลยมีสีสันสวยงาม เพราะคัลยกรรมในปัจจุบันไม่ใช่เรื่องของความแข็งแรงของร่างกาย เทคโนโลยีสมัยใหม่ต้องการความแข็งแรงทางร่างกายน้อยกว่าในอดีต ยกตัวอย่างการทำ minimally invasive surgery ต้องการความประณีตบรรจงมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณของผู้ป่วยทางคัลยกรรมก็มีการเปลี่ยนแปลง ไปเช่นกันคือ อายุของคนไทยโดยทั่วไปยืนยาวมากขึ้น ในปัจจุบันประชากรของประเทศไทยที่มีอายุเกิน 60 ปีมี 10% ของประชากรทั้งประเทศคือมีประมาณ 6 ล้านคน และมีแนวโน้มจะมากขึ้นเรื่อยๆ ประชากรกลุ่มนี้จะมีโรคพวก degenerative, metabolic, traumatic diseases



ฯลฯ ตามควบคุมมาด้วย ดังนั้นคล้ายแพทย์ที่เคยผ่าตัดคนอายุน้อย ร่างกายแข็งแรง จะพบผู้ป่วย อีกกลุ่มหนึ่งที่ทำหยา คือ เปราะบางและมีโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุควบคุมมาด้วย ภาวะของสังคม และภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนไปเช่น ภาวะโรคเรื้อรัง โรคใหม่เช่น HIV ในโลกที่มีพรมแดนกัน คมนาคม ทางเครื่องบินทำให้โลกไร้พรมแดน โรคก็ไร้พรมแดนด้วย โรคในอาฟริกาคงจะเป็นโรคที่พบกันใน เมืองไทยได้ อนึ่งกรุงเทพฯเองการจราจรจะติดขัดอยู่อย่างนี้อีกนาน โอกาสที่น้ำจะท่วมมีมาก เพราะพื้นดินทรุดลงทุกวัน บวกกับระดับน้ำทะเลสูงขึ้นทุกวัน เป็นผลจากการเพิ่มอุณหภูมิของโลก นั่นคือการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดอย่างรวดเร็ว

คล้ายศาสตร์ในอนาคตคงมีผู้ป่วยที่มีอายุ ผมขารุ่นงาเช่น ปัญหาสลับซับซ้อนโดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังที่เคยอยู่ในมือของอายุรแพทย์

คล้ายแพทย์ต้องมีความรู้เพิ่มเติมเรื่อง Gerontology และภาวะของโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ในผู้ป่วยทั้งสูงอายุเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควรจะรักษาภาวะที่ไม่ซับซ้อนได้ก่อน แทนที่จะส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมอย่างในปัจจุบัน การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์นี้ใน rotation ของ residency training ควรต้อง rotate ไปอยู่กับอายุรศาสตร์ 3-6 เดือน

ที่ได้เกริ่นไว้ว่าผู้หญิงเข้ามาเป็นคล้ายแพทย์มากขึ้น ผมคิดว่าถึงเวลาแล้วที่คล้ายแพทย์หญิง ควรมีบทบาทในการบริหารราชวิทยาลัยคล้ายแพทย์แห่งประเทศไทยบ้าง เพราะเท่าที่ผ่านมาผมไม่แน่ใจว่าคล้ายแพทย์หญิงได้นั่งเก้าอี้ผู้บริหารราชวิทยาลัยคล้ายแพทย์แห่งประเทศไทยแล้วหรือยัง

คำนี้ถึงคล้ายแพทย์

ผมขอขยี้มคติธรรมทางลัทธิพราหมณ์จากปาลูกถาของอาจารย์เปรม บุรี ที่กล่าวว่าช่วงชีวิต คนแบ่งออกเป็น 4 อวตรม ดังนั้นในชีวิตของแพทย์เราก็คงจะพอแบ่งออกได้ดังนี้

- | | |
|-----------------------------|---|
| อวตรมที่ 1 อายุ 1-25 ปี | เรียกว่า พรหมจารี ก็เป็นช่วงนักเรียนแพทย์ |
| อวตรมที่ 2 อายุ 25-50 ปี | เรียกว่า คฤหัสถ์ เป็นช่วง resident เมื่ออายุ 30 ปีจบ training ก็เริ่มตั้งตัว สร้างครอบครัว แต่งงาน หาซื้อบ้าน มีลูก |
| อวตรมที่ 3 อายุ 50-75 ปี | เรียกว่า วณปัสถ์ เริ่มเข้าวัยชรา ค่อยๆผ่าตัดรักษาผู้ป่วยน้อยลง และจะเกษียณไปในที่สุด |
| อวตรมที่ 4 อายุ 75 ปีขึ้นไป | เรียกว่า สันยาสี เตรียมตัวตายอาจจะออกบวช อาจารย์พุทธ ทาสภิกขุบอกว่า วัยนี้ไม่ต้องการอะไรอีกแล้วในชีวิตมีแต่ให้ เป็นช่วงแจกของสองตะเกียง |

มาคำนึงถึงลีลาชีวิตแพทย์ที่มีอายุประมาณ 30 ปี จบการฝึกอบรม สอบผ่านได้รับวุฒิปัตถ์จากแพทยสภาเรียกตนเองว่า “ผู้เชี่ยวชาญ” อย่างเต็มภาคภูมิ เขาคงอยู่ในวัยคฤหัสถ์ ต้องเริ่มซื้อบ้าน ซื้อรถยนต์ แต่งงาน เลี้ยงลูก ฯลฯ สมมุติว่ารับราชการ คงได้รับเงินเดือนประมาณ 2 หมื่นกว่าบาท แต่หลายองค์กรได้หาทางช่วยเหลือแก้ไขเช่น จัดให้มีค่าล่วงเวลา จะได้ค่าตอบแทนเป็นตัวเงินประมาณ 5-6 หมื่นบาทต่อเดือน โดยทำงานอาทิตย์ละ 40 ชั่วโมง ผมไปที่ธนาคารพูดกับผู้จัดการว่า คัลยแพทย์อายุ 30 ปีอยากมีบ้านราคาประมาณ 5 ล้านบาท ผ่อนส่ง 30 ปี จะต้องจ่ายเงินเดือนเท่าไร ปรากฏว่าเงินเดือน 6 หมื่นบาท ธนาคารไม่อาจให้กู้เพื่อซื้อบ้านราคา 5 ล้านบาทได้ ยิ่งไม่คิดว่าต้องมีรถยนต์ มีภรรยา มีลูก แต่คัลยแพทย์มีศักยภาพที่จะหารายได้เพิ่มเติมโดยไม่ยาก แต่ต้องทำงานนอกเวลา 40 ชั่วโมง/อาทิตย์ อาจเป็น 50-60 ชั่วโมง/อาทิตย์ ซึ่งก็แน่นอนแหละคงจะบั่นทอนสุขภาพและศักยภาพของการทำงานหลักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ เมื่อคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีเปิดทำการใหม่ๆ นายแพทย์อารีย์ วัลยะเสวี คณบดีได้คิดจะทำ “Academic Enrichment Program” โดยมองเห็นว่า อาจารย์แพทย์เมื่อหมดเวลาราชการต้องออกไปหารายได้เพิ่มเติมจากนอกรามาฯ เรียกกันว่า “หากินนอกเวลา” ร.พ.ช่วงเย็นมีอาจารย์อยู่กันน้อย ผู้ป่วยอยู่ในมือของแพทย์ฝึกหัด จึงได้ศึกษาความเป็นไปได้ที่จะให้อาจารย์ดูคนไข้ที่ยินดีจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ เป็นคนไข้ “ส่วนตัว” โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่อาจารย์ส่วนมากเห็นด้วยเพราะเป็นสภาวะ “win-win” ทั้งฝ่ายโรงพยาบาลและอาจารย์แพทย์ แต่ผลที่สุดโปรแกรมต้องตกไปเพราะหนังสือพิมพ์ได้ลงโฆษณาว่าพวกหมอจะเข้าโรงพยาบาลของรัฐเพื่อหากิน โปรแกรมนี้ได้พื้นชีพและเป็นที่ยอมรับของทุกภาคส่วนของสังคม และเปลี่ยนโฉมไปเป็นโรงพยาบาลภาคค่ำในโรงพยาบาลรามามาฯ และโรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ

ได้มีการศึกษาเรื่องอายุขัย (life expectancy) ของแพทย์โดยกลุ่มแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย^{1,2} พบว่าแพทย์มีอายุเฉลี่ยยืนยาวกว่าประชากรทั่วไปของประเทศ ให้เหตุผลว่ากฎเกณฑ์การคัดเลือกรับนักศึกษาแพทย์ได้คัดไว้แต่ผู้มีสุขภาพดี และอีกเหตุผลหนึ่งคือ แพทย์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ

การศึกษาต่อมาเรียกว่า เฟส 2 ศึกษาการดำรงชีพของคนจำนวน 11 คน มีอายุ 69-93 ปี ได้เจาะลึกเรื่องเศรษฐกิจ มีแพทย์คนหนึ่งอายุ 90 ปี ได้แนะนำว่าถ้าคิดว่าจะมีอายุถึง 80 ปี ให้เอา 200 คุณค่าใช้จ่ายเดือนสุดท้ายเมื่ออายุ 60 ปี ถ้าคิดว่าจะอยู่ถึง 90 ปีต้องเอา 400 คุณค่า ถึงจะอยู่ได้โดยไม่เดือดร้อน ผมไม่ทราบว่าเป็นแพทย์อาวุโสท่านนี้มีวิธีคิดอย่างไร ผมอ่านเรื่องการก่อตั้งรามธิบดี ตึกใหญ่ของเราใช้เงินค่าก่อสร้าง 56 ล้านบาท อาคารเรียนและหอพักใช้เงิน 18 ล้านบาท คำว่า “บาท” เมื่อ 40 ปีมาแล้ว กับบาทในปัจจุบันราคาค่างวดลดลงอย่างมาก !!

นายแพทย์บรรลุ คิริพานิชย์ นายกสมาคมแพทย์อาวุโสแห่งประเทศไทย ได้กล่าวถึง แพทย์อาวุโสไม่มีปัญหาทางการเงิน แพทย์อาวุโสควรจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผมมีเพื่อนคนหนึ่งเป็นอาจารย์คัลยแพทย์ของมหาวิทยาลัยทางภาคเหนือ พุ่มเททุกอย่าง สร้างภาควิชาขณะรับราชการ พักที่บ้านพักอาจารย์ของมหาวิทยาลัย เมื่ออายุ 60 ปีเกษียณอายุราชการ ไม่มีบ้านอยู่ของตนเอง แถมยังมีโรคของผู้สูงอายุตามมาเบียดเบียนอีกด้วย ดำรงชีพจากสิทธิ และศักดิ์ศรีของข้าราชการบำนาญ น่าเห็นใจจริงๆครับ ผมกล่าวมาทั้งหมด ท่านผู้ฟังอาจคิดว่าผมพูดเรื่องเงิน ซึ่งก็จริงครับ

อาชีพแพทย์ไม่ใช่อาชีพที่ร่ำรวย ถ้าใครอยากรวยออกไปประกอบอาชีพอย่างอื่น แต่ขณะเดียวกัน เมื่อคัลยแพทย์เราได้ทำหน้าที่ตามที่วิชาชีพกำหนดให้ทำ เมื่อเข้าวัยปลายชีวิตควรมีชีวิตอยู่อย่าง มีศักดิ์ศรีพอควร

คำนี้ถึงคัลยรามา

เมื่อแรกเริ่มคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ผู้บริหารรุ่นบุกเบิกพูดกันว่า แพทย์รามาต้องเป็น แพทย์นักวิทยาศาสตร์ และเป็นครูแพทย์ ปรัชญาของชาวรามามาต้องตั้งเป้าไว้ว่าเป็นเลิศทาง service, teaching และ research เวลาผ่านไป 40 ปี คงจะปฏิเสธไม่ได้ว่าแพทย์รามา มีความเป็นเลิศทางการให้บริการทางการแพทย์ (service) การสอน (teaching) แต่ยังไม่เคยได้ยื่นรางวัล research จากรามาโดยเฉพาะทางภาควิชาคัลยฯจะโด่งดังหรือได้รับการกล่าวขวัญและรับรองระดับ ประเทศหรือระดับนานาชาติ ผมจึงคิดเอาเองว่า ขอโทษที่จะใช้ภาษาอังกฤษว่า "It's a must" ถึงเวลาแล้วที่จะกล่าวว่า research เป็นพวกเราที่มาจากรามา รุ่นแรกกระตือรือร้นเรื่อง research มาก เพราะคณะฯสนับสนุนมาก อาจารย์อารี คณบดี เป็นตัวอย่างของแพทย์นักวิทยาศาสตร์ และนักทำ research ผลงานเป็นที่ยอมรับทั้งระดับชาติและนานาชาติ ที่ผมพูดว่าคณะฯสนับสนุน ก็เพราะเมื่อขยายพื้นที่ทำงานของภาควิชาไปติดด้านหลังชั้น 5 คณะอนุมติให้พื้นที่เป็น surgical research lab นายแพทย์เอชชัย นายแพทย์ทองดี และผม ได้ทำ clinical research ทำ hemodynamic changes ในผู้ป่วยเป็น "post-necrotic cirrhosis" สร้าง dog - lab และได้ใช้เป็นที่สอน surgical skill ให้แก่นศพ. เท่าที่ผมจะได้ว่านายแพทย์ไพฑูริย์ คชเสนี มาใช้ศึกษา ทดลอง urodynamics study และอาจารย์ท่านอื่นอีกหลายท่านต้องขอโทษที่จำไม่ได้หมด ต่อมาภาควิชาต้องการพื้นที่ให้อาจารย์ทำงาน dog - lab surgical research unit ก็ปิดตัวลง โดยปริยาย ทำไมผมจึงพูดเรื่อง research



ผมได้แรงบันดาลใจจากแพทย์ออสตราเลีย 2 ท่านที่ทำ clinical research ในลักษณะที่แพทย์ภาควิชาศัลยกรรมของเราทำได้ และผลของ research นี้ได้เปิด chapter การผ่าตัดเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหาร (surgical treatment for peptic ulcer diseases) ลงอย่างถาวร และในปี 2548 เขาทิ้ง 2 ได้รับ Nobel Prize in Medicine

Barry J. Marshall เกิดเมื่อ พ.ศ. 2494 อายุเทียบกับศิษย์รามารุ่น 4 - 5 ที่ Australia เรียนแพทย์ที่มหาวิทยาลัย Western Australia เรียนจบแพทย์อายุ 24 ปี แต่งงานเมื่ออายุ 21 ปี ตั้งแต่เป็น นศพ. พอจบแพทย์มีลูก 2 คน พอเป็น resident มีลูก 4 คน เมื่อเรียนจบเขาอยากเป็นอายุรแพทย์และอยากประกอบอาชีพในแวดวงวิชาการ (Academic Medicine) จึงต้องหา specialty และทำ research เขาบอกว่าสนใจใน sport medicine เมื่อมา train ที่ Royal Perth Hospital หัวหน้าแนะนำให้ทำ research ใน field gastroenterology และแนะนำให้ไปพบ J.Robin Warren พยาธิแพทย์ เกิดเมื่อปี พ.ศ. 2480 ที่ชั้น basement ที่ภาควิชาพยาธิวิทยา อายุแก่กว่า Marshall 14 ปี คนเขาว่าแกเป็นคนคิดอะไรแปลกๆ แกเก็บรวบรวม specimen ของ antral biopsy พบ bacteria ตัวโค้งงอในคนไข้เป็น P.U. พูดยกับใครๆ เขาก็บอกว่า bacteria ในกระเพาะมันรู้จักมานานแล้วว่า contaminant bacteria มันไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้หรอก ในภาวะแวดล้อมของกรด HCl แต่แกสังเกตเห็นว่ามันอยู่ใต้ submucosa กรดเข้าไปไม่ถึงน่าจะมีชีวิตอยู่ได้ แกอยากได้ clinician มาร่วมศึกษาความเป็นไปได้ของการเกี่ยวข้องกับใดทางหนึ่ง ระหว่าง bacteria ตัวงอที่แกเห็นกับ P.U. เมื่อ Marshall และ resident ที่ไม่มีภูมิหลังทาง gastroenterology และ Professor "สติเฟื่อง" โจรมาพบกัน สิ่งมหัศจรรย์จึงเกิดขึ้นคือ การค้นพบว่าเชื้อ Helicobacter pylori เป็นสาเหตุของ gastritis → P.U. → CA ของกระเพาะอาหาร หาใช้ mental stress หรือการสร้างกรด HCl อย่างมากมายโดย parietal cell ของกระเพาะอาหาร เนื่องจาก cephalatic phase ของ gastric secretion ซึ่งเชื่อกันมาตั้งแต่สมัยก่อนไม่น่าสนใจของการค้นพบสาเหตุของ P.U. เกิดจาก helicobacter pylori infection นี้มีความบังเอิญอยู่หลายอย่าง อย่างแรกคือ resident มาทำ research เพื่อต้องการเป็น specialist หาใช้เกิดจากความสนใจในเรื่องนี้ แล้วตั้งใจเสาะแสวงหาคำตอบโดยตนเอง แต่เมื่อหัวหน้าโครงการได้มอบความรับผิดชอบให้ Marshall ตั้งใจทำงานอย่างเต็มกำลัง Marshall collect gastric biopsy specimen ให้ Warren ต้องทำงานโดยใช้เวลานานอกจากเวลาราชการ กล่าวคือต้องมาทำงานสัมพันธ์ เก็บประวัติอย่างละเอียด คนไข้ที่ต้องทำ gastroscopy แต่เข้าก่อนเวลาทำงาน และรวบรวมข้อมูลอื่นนอกเวลาราชการ

มีเรื่องบังเอิญที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งคือ เขาพยายามจะทำ culture bacteria ตัวนี้โดยทำที่ central lab ของโรงพยาบาล ซึ่งขณะนั้นโรงพยาบาล Royal Perth Hospital มีการระบาดของ methicillin resistant staph. aureus เลยมี specimen ที่ต้อง culture ใน lab มากมาย technician ก็ไม่ค่อยได้ให้โอกาสกับ research specimens เท่าใด จนในปี พ.ศ. 2525 วันหยุด Easter ส่วน Petri disc วางอยู่ใน incubator 5 วัน พอเริ่มมาทำงานอีกทีก็พบว่าได้ pure colony ของ H.pylori เมื่อได้ pure bacterial culture แล้ว จะพิสูจน์ว่ามันคือตัวการของโรค P.U. จะบอกให้ชาวโลกเขารู้และรับรองต้องทำให้ได้ครบ Koch's postulation ที่กล่าวว่า "The cultured organism should cause disease when introduced into a healthy animal" Marshall ไม่รู้จะหา healthy animal มาจากไหน แต่ด้วยความเชื่อที่ว่า H.pylori ทำให้เกิด gastritis → P.U. และสามารถรักษาให้หายได้ด้วย antibiotic คินหนึ่งได้ตัดสินใจดื่มเชื้อ H.pylori ผลปรากฏว่าปวดท้อง มีไข้ มีกลิ่นจากลมหายใจ พอวันที่ 8 หลังดื่มเชื้อ H.pylori ได้ทำ gastroscopy & biopsy ผลออกมาว่ามี acute gastritis

โดยปกติแกเป็นคนรักเมียและเชื่อเมียมากจะทำอะไรทุกอย่างจะปรึกษาช่วยกันคิดช่วยกันทำ ก่อนดื่มเชื้อ H.pylori แกไม่ได้บอกเมียก่อน แต่บอกให้เมียรู้เมื่อดื่มไปเรียบร้อยแล้ว แกรู้ว่าถ้าบอกให้เมียทราบก่อนเดี๋ยวก็น่าจะถูกตัดทานแน่นอน

ยังมีเรื่องน่าสนใจเกี่ยวกับ Warren พยาธิแพทย์แต่คงไม่อาจเอามาเล่าในวันนี้ได้หมด ต่อมาวงการแพทย์เริ่มรับว่า D.U.& G.U. เกิดจาก infection ของ H.pylori จริง และวิธีการคือให้ antibiotics ซึ่งการค้นพบอันนี้ได้นำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดของประชากรชาวโลก โดยทำหน้าที่ ต่อมาคณะกรรมการ Nobel Prize จึงตัดสินให้รางวัลแก่แพทย์ทั้งสอง

ผมได้คำนึงไว้ตอนต้นของการบรรยายครั้งนี้ว่า ในอนาคตอันใกล้นี้ลักษณะของประชากรผู้ป่วยของวิชาศัลยกรรมจะมีผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะของความเสี่ยงสภาพของสังขารตามวัย นอกจากโรคหลักที่เขา มา ร.พ. เป็นผู้ป่วย บางปัญหาสลับซับซ้อนทางการแพทย์ มีโรคแปลกๆที่ไม่เคยพบเห็นในประเทศไทยมาก่อน อันเป็นผลจากโลกไร้พรมแดน โลกร้อน การให้การบริการผู้ป่วยใน (in patient) ต้องการความใกล้ชิดของอาจารย์แพทย์ผู้มากด้วยความรู้ และประสบการณ์มากขึ้น

ดังนั้นถ้าคณะฯ ใช้ความสามารถทางการบริหารจัดการเวลาให้อาจารย์แพทย์อยู่ภายใน ร้วโรงพยาบาลนานเท่าไรจะมีผลดีต่อการให้บริการและ research มากขึ้นเท่านั้น ความ ก้าวหน้าทางวิชาการและนำชื่อเสียงมาสู่สถาบันรามา



ขณะนี้คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ได้ออกจากระบบราชการมาเป็นของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ มีความคล่องตัวและไม่ต้องอยู่ใต้กฎเกณฑ์ที่เคยครอบคลุมโดยระบบราชการ และนำยีนดีที่กำลังจะมี“อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ฯ” การเปลี่ยนแปลงต่างๆนี้เป็นโอกาสทองที่ ศัลย์รามาฯ ควรได้รับการดูแลให้มีสิทธิดูแลผู้ป่วยในของตัวเองอย่างที่เรียกว่าคนไข้ “private” ไม่ต้องออกจากรามาฯเมื่อหมดเวลาราชการ ต้องฝ่าฟันการจราจร - จลาจล ไปฝั่งโรงพยาบาลเอกชนเพื่อ “หากินนอกเวลา”

คณะฯต้องสร้างกฎเกณฑ์ของ “Academic Environment Program” ให้เหมาะสม เพราะปัจจัยสำคัญที่รั้งการเติบโตของ research ในปัจจุบันนี้คือ “เวลา”

ผมจึงหวังว่าศัลย์รามาฯ จะเป็นเลิศทั้ง Service, Teaching & Research

ขอขอบคุณทุกท่านที่มาฟังการบรรยายของผมวันนี้

ขอขอบคุณอีกครั้ง ครับ

นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

บรรณานุกรม

1. Suthee Ratanamongkulkul, Pornchai Sithisarankul, Somkiat Watanasirichaigoon,. Longevity of Thai Physicians. J Med Assoc Thai 2004; 87 (Suppl 4.): S23-32.
2. Pornchai Sithisarankul, Vira Piyasing, Benjaporn Boonthiam, Suthee Ratanamongkolkul, Somkiat Watanasirichaigoon. Longevity of Thai Physicians & Phase 2 and Policy Implication. J Med Assoc Thai 2005; 88(9): 1257-60.



ความเป็นมาในการจัดปาฐกถาเปรม บุรี



เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติคุณของศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี ซึ่งถือว่าเป็นปูชนียบุคคลท่านหนึ่งของคณะฯ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี และเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์คนแรก ท่านได้วางรากฐานการศึกษาทางศัลยศาสตร์ของคณะฯจนเป็นปึกแผ่นและมีชื่อเสียงจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนของคณะฯอีกด้วย นับว่าท่านเป็นผู้ที่มีคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อชาวรามธิบดีอย่างยิ่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์จึงได้จัดปาฐกถาเปรม บุรี เพื่อเป็นเกียรติแด่ท่านเป็นประจำมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2547

- | | |
|------------|--|
| ครั้งที่ 1 | วันอังคารที่ 16 พฤศจิกายน 2547 เรื่อง “ประสบการณ์หลังเกษียณอายุราชการ” โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี |
| ครั้งที่ 2 | วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน 2548 เรื่อง “คุณสมบัติของศัลยแพทย์ที่ดี” โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณสิระ บุญยะรัตเวช |
| ครั้งที่ 3 | วันจันทร์ที่ 20 พฤศจิกายน 2549 เรื่อง “เมื่อศัลยแพทย์ถูกร้องเรียน” โดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช |
| ครั้งที่ 4 | วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน 2550 เรื่อง “คำนี้ถึงศัลยกรรม” โดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ |
| ครั้งที่ 5 | วันจันทร์ที่ 17 พฤศจิกายน 2551 เรื่อง “ระลึกถึงศัลยศาสตร์ศิริราช - รามธิบดี” โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณวีระสิงห์ เมืองมัน |