



จุลสาร *Bulletin*

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
The Royal College of Surgeons of Thailand

51st Annual Scientific Congress of
The Royal College of Surgeons
of Thailand
10th Joint Surgical Meeting with Ministry of Public Health

**Toward Best Practice
through Collaboration
and Integrity**

24-26 JULY 2026

Royal Cliff Hotels Group, Pattaya,
Thailand



ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Volume 51 Issue 1 January - April 2026

- 2 สารจากประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รัฐเดช นิมมานวุฒิมพงษ์
- 5 Joint Advocacy Statement by the ASEAN Federation of Surgical Colleges- Sustainable Surgery: A Collective Responsibility
- 7 Leadership Forum on Sustainability in Surgery
- 11 Younger Fellows Forum ในการประชุม 81st Annual Clinical Congress of the Philippine College of Surgeons
แพทย์หญิงนงนุชพร เนาอะเศษ
- 17 ประธานราชวิทยาลัย และคณะอนุกรรมการกองทุนต้นลอป-บุญพ่อง
เข้าพบผู้ช่วยทูตทหารออสเตรเลียประจำประเทศไทย กระชับความร่วมมือด้านวิชาการ
และการฝึกอบรมศัลยแพทย์
- 19 สรุปรงานประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 40 ประจำปี 2569
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเจริญ แซ่เต็ง
- 25 สรุปรการประกวดผลงานวิจัย งานประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค
เชียงใหม่ ครั้งที่ 40
- 27 การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51 (51th Annual Scientific Congress of The Royal College of Surgeons of Thailand:
Theme: *Toward Best Practice through Collaboration and Integrity*
- 30 รายงานผลการพิจารณาข้อร้องเรียน คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียน
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2568
 - จำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมดประจำปี 2568
 - ผู้ถูกร้องเป็นสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ หรือไม่
 - ข้อร้องเรียนที่พบบ่อยในงานศัลยกรรม: สาเหตุและแนวทางป้องกัน*นายแพทย์ชาญเวช ศรีตราพุกกร*
พลตำรวจตรี นายแพทย์ทรงชัย สิมะโรจน์
ดร. นายแพทย์ศุภกานต์ เตชะพงศธร
- 34 การสังเกตการณ์การฝึกอบรม Care of the Critically Ill Surgical Patient (CCrISP®)
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์
- 39 SEA Framework: การปฏิวัติทางความคิดเพื่อความเป็นมนุษย์และความรับผิดชอบ
ต่อสังคม
นายแพทย์สมประสงค์ ทองมีสี
- 42 บทบรรณาธิการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชเดช นิมมานวุฒิพงษ์

ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงรัชการที่ 9 ได้นำมาใช้จริงแล้ว ในวิกฤตสงครามอ่าวเปอร์เซีย

Mark Carney นายกรัฐมนตรีแคนาดา ได้กล่าวในสุนทรพจน์ที่ Davos, World Economic forum เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2569 ที่เพิ่งผ่านมา ได้รับการกล่าวขานว่าเป็นสุนทรพจน์ของผู้นำที่จะเป็นที่จดจำ และถูกบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์โลกในศตวรรษที่ 21 ถ้าท่านใดยังไม่ได้ฟัง ขอแนะนำให้ฟังได้ใน link นี้ (<https://www.youtube.com/watch?v=izDAOvHz5Wc>) เขาปลุกให้ผู้คนตื่นจากความหลง หลอกตัวเองของชาวโลก มองไม่เห็นความจริงที่อยู่ตรงหน้า ด้วยประโยคทอง **The world is experiencing a “rupture, not a transition”**. ทั้งที่มีปรากฏการณ์หลายต่อหลายอย่างในรอบทศวรรษ ที่ผู้มีอำนาจเหนือสามารถฝ่าฝืนกติกาได้เสมอและหนักขึ้นทุกวัน ปฏิเสธไม่ได้ว่าประเทศต่าง ๆ ในยุโรปก็มัวแต่ละเมอเพื่อพอกในสังคมอุดมคติ globalization และ liberalism จนขาดพลวัตในการฟื้นตัว (resilience) เขาเสนอกลยุทธ์ที่สำคัญในการอยู่รอดในระเบียบโลกใหม่ สองประการคือ 1. มีหลักการ (principled) มี core value และความเคารพในสิทธิมนุษยชน 2. อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (pragmatic) เน้นการนำไปปฏิบัติได้จริง มากกว่ายึดทฤษฎี อุดมคติที่สวยงามแต่เอาไปใช้ไม่ได้ สอดคล้องกับทรัพยากรและข้อจำกัดที่มีอยู่ เน้นผลลัพธ์เป็นหลัก แก้ปัญหาให้เด็ดขาด

สงครามในอ่าวเปอร์เซียสัปดาห์ที่ผ่านมา แม้ห่างไกลจากประเทศไทย แต่เพียงไม่กี่วันเรื่องนี้ก็ส่งผลกระทบต่อทั้งโลกอย่างรุนแรง กระทบทำให้ทุกคนตื่นจากความฝัน ประเทศโดยเฉพาะในเอเชียและประเทศไทยที่ต้องพึ่งพาพลังงานจากตะวันออกกลางอย่างมากย่อมถูกกระทบอย่างรุนแรง แม้สงครามจะสิ้นสุดลงได้ ปัญหาก็คงไม่สิ้นสุดในเวลาอันสั้น วงการแพทย์และสาธารณสุขความเป็นจริงก็อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สู้ดีตั้งแต่ก่อนเกิดสงคราม น่าจะ

ได้รับผลกระทบอย่างใหญ่หลวงแน่ สิ่งที่แพทย์รวมทั้งศิษย์แพทย์ทุกคนไม่ว่าภาครัฐหรือเอกชนควรจะต้องตระหนักแล้ว ไม่ใช่การเอาตัวรอด แต่ต้องตั้งคำถามจากความหลง ต้องถามตนเองว่า core value ของแพทย์คืออะไร ประชาชนรากหญ้า ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบมากที่สุดควรจะได้รับ ความใส่ใจ เห็นใจ และช่วยเหลือให้มากที่สุด ยิ่งกว่าที่ผ่าน ๆ มา การแสวงหาผลประโยชน์จากคนไข้เป็นสิ่งน่ารังเกียจ และต้องไม่ให้เกิดขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันเพื่อให้ระบบการแพทย์ที่ยั่งยืน (sustainable) เราก็ต้องเน้นความเป็นจริงมากกว่าการยึดติดกับทฤษฎี อุดมคติ มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ใช้ได้จริง (pragmatic) ต้องหันกลับมาเข้าใจความจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร อย่ามัวแต่ฝันเฟื่องเรื่องใช้เทคโนโลยีใหม่ล่าสุด การสร้างความหวังหรือนำเสนอวิธีการรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่ให้ทางเลือกที่เหมาะสมกับ สถานการณ์ด้านงบประมาณทั้งของรัฐและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว อาจทำให้การรักษาพยาบาลทำให้ ครอบครัวผู้ป่วยล้มละลายโดยสิ้นเชิงได้

เป็นที่น่ายินดีที่ในครั้งนี้นักรัฐมิได้เอาแต่เล่นการเมืองประชานิยม แต่ออกมาให้ข้อเท็จจริงว่าทุกคนต้องรัดเข็มขัด ลดการใช้พลังงานโดยไม่จำเป็นทุกอย่างเท่าที่จะทำได้ การแพทย์ก็หนีไม่พ้นจากผลกระทบนี้แน่นอน

- **เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ขาดแคลน:** ประเทศไทยพึ่งพาการนำเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นสูง วัสดุสิ้นเปลือง และวัตถุดิบในการผลิตยา เมื่อการขนส่งทางเรือหยุดชะงักหรือมีราคาแพงขึ้น จะเกิดภาวะขาดแคลน
- **ต้นทุนการบริหารจัดการโรงพยาบาลพุ่งสูง:** ค่าไฟ ค่าพลังงาน และค่าขนส่งโลจิสติกส์ควบคุมอุณหภูมิ (cold Chain) สำหรับยา และเลือดจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

วิกฤตนี้คือตัวเร่งให้เราต้องหันมาทบทวนระบบปฏิบัติการทั้งหมด ซึ่งแนวคิด **“เศรษฐกิจพอเพียง”** ของในหลวงรัชกาลที่ 9 คือปรัชญาในการบริหารความเสี่ยง และการสร้างความยืดหยุ่น (resilience)

1. ความมีภูมิคุ้มกัน (self-Immunity): การบริหารความเสี่ยงห่วงโซ่อุปทาน

- วางแผนรับมือ การใช้วัสดุทดแทนหรือประดิษฐ์เองถ้าของนำเข้าขาดชั่วคราว หรือหาทดแทนไม่ได้ หรือแพงเกินไป
- กระจายความเสี่ยงในการจัดซื้อ: หลีกเลี่ยงการผูกขาดการสั่งซื้ออุปกรณ์การแพทย์จากผู้ผลิตรายเดียว หรือภูมิภาคเดียว
- การสำรองเวชภัณฑ์วิกฤต (stockpiling): โรงพยาบาลต้องประเมินและเพิ่มปริมาณสำรองสำหรับยาช่วยชีวิต และอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะอุปกรณ์เฉพาะทางที่ต้องนำเข้า และหาทดแทนได้ยาก

2. ความพอประมาณ (moderation): การบริหารทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า

- ในภาวะที่ทรัพยากรมีจำกัด และราคาแพง การใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยไม่ลดทอนมาตรฐานความปลอดภัย
- Patient Blood Management: PBM ถือเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของความพอประมาณในห้องผ่าตัด การวางแผนแบบองค์รวมเพื่อลดการเสียเลือดของผู้ป่วย ลดความจำเป็นในการรับเลือด (ซึ่งมีต้นทุนการจัดเก็บ ขนส่ง และความเสี่ยงสูง) จะช่วยสงวนทรัพยากรเลือดและลดภาระของคลังเลือดโรงพยาบาล

ในยามวิกฤตได้มหาศาล

- การบริหารจัดการวัสดุสิ้นเปลือง: วางนโยบายการใช้วัสดุสิ้นเปลืองอย่างสมเหตุสมผล ลดความสูญเปล่า (waste) ในกระบวนการรักษา โดยพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสิ่งใดจำเป็นต้องใช้แบบ single use และสิ่งใดสามารถนำเข้าสู่กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและนำกลับมาใช้ใหม่ได้อย่างปลอดภัยตามมาตรฐานสากล

3. ความมีเหตุผล (reasonableness): การตัดสินใจบนหลักฐานเชิงประจักษ์

- การจัดลำดับความสำคัญ (triage & prioritization): หากเกิดความตึงตัวของทรัพยากรขั้นสุด โรงพยาบาลต้องมีเกณฑ์ที่ชัดเจนและมีเหตุผลในการจัดลำดับการผ่าตัด (elective vs. emergency surgeries) โดยประเมินจากความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นหลัก
- การเลือกใช้ยาและเวชภัณฑ์: แพทย์อาจต้องพิจารณาเลือกใช้ยาหรืออุปกรณ์ที่ผลิตในประเทศ (local content) หรือยา generic ที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่า แทนการยึดติดกับยา original นำเข้าที่มีราคาสูง และเสี่ยงต่อการขาดแคลน

4. ยึดความรู้และคุณธรรม (Knowledge & Ethics)

- ปรับแนวทางการรักษา (protocols) ให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่จริง
- คุณธรรม: ท่ามกลางวิกฤต จริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics) และมาตรฐานวิชาชีพเป็นเข็มทิศนำทาง การปันส่วนทรัพยากร (rationing) ต้องทำด้วยความโปร่งใส ยุติธรรม และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเสมอ

ในระดับปัจเจก ท่านในฐานะศัลยแพทย์คนหนึ่งได้ช่วยกันประหยัดคนละไม้ละมือหรือยัง เริ่มจากเรื่องเล็ก ๆ สร้างขยะส่วนตัวน้อยลง แยกขยะที่บ้าน ใส่ใจไม่ทิ้งขยะทั่วไปลงในถังขยะติดเชื้อ (septic) ในโรงพยาบาล การเตรียมคนไข้ก่อนผ่าตัดให้ดี ใส่ใจกีดแทนผู้ป่วย (advocacy) กีดแทนผู้ป่วยไม่ให้ต้องเสียเวลาในการเดินทางไปกลับโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด (one stop service) ยิ่งขณะนี้การเดินทางมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น คนไข้และครอบครัวก็จะเดือดร้อนขึ้น ใช้ telemedical care เข้มงวดกับตัวเองในการปฏิบัติตาม guidelines ใช้ยาอย่างมี indication และเหมาะสม ไม่จ่ายยาที่ไม่จำเป็น ทบทวนว่าการผ่าตัดมีความจำเป็นหรือไม่ ใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศ ใช้วัสดุสิ้นเปลืองให้น้อยที่สุด ยังเป็นวัสดุที่ต้องซื้อจากต่างประเทศไม่เพียงจะเสียเงินออกนอกประเทศ ด้วยปัญหาขาดแคลนพลังงาน การขนส่งระหว่างประเทศก็จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมาก และบางครั้งมีเงินก็อาจซื้อไม่ได้ เพราะขนส่งมาไม่ทัน

ท้ายนี้ ขอให้ทุกท่านอย่าเมินเฉย คอยเป็น change agent กระตุ้นคนใกล้ตัว ครอบครัว เพื่อนร่วมงานได้
ตื่นตัว ตื่นจากความหลง ความฝัน รับมือกับความจำเป็นอย่างมีสติ

Joint Advocacy Statement by the ASEAN Federation of Surgical Colleges

Sustainable Surgery: A Collective Responsibility

The ASEAN region, with a population of over 670 million and a geography that includes island nations and extensive coastlines, is highly vulnerable to climate change effects. These include rising sea levels, extreme weather events, and increased temperatures, leading to significant economic and social losses.

Healthcare is a major contributor to global greenhouse gas emissions, more than the aviation and shipping industries combined. Within a hospital complex, the operating theatre is the most resource-intensive clinical area, and is estimated to form 30-40% of a hospital's carbon footprint. Therefore, surgeons in their role of leadership of the operating theatre have a profound opportunity to advocate for sustainable surgical practices as a response to the critical and urgent issue of climate change. There is no time to lose.

As surgical leaders of ASEAN, we recognize our duty not only to our patients but also to the environment in which we practice. As the growing impact of climate change on public health reaches perilous levels, the ASEAN Federation of Surgical Colleges stands united in our commitment to advancing sustainable surgical practices without compromising patient care or surgical excellence.

Together, we pledge to:

1. Champion Sustainable Surgical Practices

- Reduce surgical waste through reuse, biodegradable materials, and optimized resource use.
- Collaborate across departments to embed sustainability into perioperative care.

2. Minimize Surgery's Carbon Footprint

- Promote energy and water efficiency, reduce single-use items, and adopt circular economy principles.
- Integrate sustainability in procurement, clinical decisions, and hospital operations.

3. Integrate Sustainability into Surgical Education

- Embed environmental stewardship in training and professional development.
- Make sustainability a core value of surgical professionalism.

4. Build a Culture of Sustainability

- Plan sustainable events, phase out single-use plastics where appropriate, and empower sustainability champions.
- Lead by example through responsible practices inside and outside the operating theatre.

5. Foster Regional Collaboration

- Share knowledge, best practices, and research to develop a unified ASEAN approach to sustainable surgery.

6. Engage Key Stakeholders

- Collaborate with hospitals, policymakers, industry, academia, and patients to drive innovation and public awareness.
- Advocate for green surgical solutions and sustainable healthcare systems.

Leadership Forum on Sustainability in Surgery

A high-level **Leadership Forum on Sustainability in Surgery** was convened on **8 December 2025** at the **Edsa Shangri-La, Manila**, held in conjunction with the **81st Annual Clinical Congress of the Philippine College of Surgeons (PCS)**.

The forum followed a keynote presentation by **Professor Shireen Anne Nah**, which explored the escalating impact of global warming on patient and planetary health, with a particular focus on the carbon footprint generated by the operating theatre. Her presentation highlighted the tangible harms to health systems and patients, and practical, scalable measures to mitigate emissions within surgical care.

The panel brought together **Presidents of ASEAN Surgical Colleges**, alongside counterparts from **Taiwan and Australia**, creating an influential platform for regional and international dialogue. The session was attended by distinguished surgical leaders from across the globe, including representatives from the **United States and Europe**, as well as members of the Philippine surgical community.

A central question posed to the panel challenged leaders to reflect on **what concrete actions their countries are currently undertaking to reduce hospital-related carbon emissions**. The responses offered a valuable snapshot of national strategies, priorities, and challenges across diverse health systems, and are summarized and paraphrased below for clarity.

Prof. Chien-Sung Tsai (Taiwan)

Taiwan is at the forefront of sustainable surgery. The Ministry of Health and Welfare's Health Promotion Administration (HPA) is responsible for public health through the promotion of preventive medicine, promoting a healthy lifestyle, and providing community health services in the country. They have health agencies such as Taiwan's health-promoting network that collaborates with the Global Green and Healthy network that encourages sustainable health care practices. Many hospitals are part of this network, working on the reduction of carbon emissions.

Prof. Liew Ngho Chin (Malaysia)

Sustainable surgery is still a relatively new concept. Individually, leaders must set examples to encourage their team to follow suit. As an example, if we insist on not using mineral water bottles in the hospital, the 'consciousness' will eventually filter down to the rest of the team. The perceived norm would then be using

non-recyclable water bottles and the use of water dispensing machines. If we insist on only opening items that we need in surgery, such as specific reconfigured surgical sets and no suction device or diathermy devices unless specified, this will translate into a routine practice. And if we practice minimising the usage of disposable ports, energy devices, and multiload disposable clips, to reduce surgical waste that contributes to high carbon content, that will be emulated by our trainees. I remembered in the past I lavishly used staplers for skin closure after elective laparotomies, not realizing the carbon footprint generated compared to taking that extra time for meticulous closure using sutures. This could be misinterpreted by the juniors as my preference, and hence a norm they would follow.

Prof. Matthew Yeo (Singapore)

Instead of following practices in rich countries, there are many lessons we could learn from people working in low-resource areas or countries. For instance, instead of using a dozen sutures to do an anastomosis or close a wound, people in low-resourced countries make do with minimal sutures. Similarly, they do not require sophisticated surgical equipment. Many lessons could be learned if we open our minds and learn from such resource-poor centres or countries. Lavish surgical practices waste much-needed energy, which is needed to incinerate the waste.

Prof. Thanyadej Nimmanwudipong (Thailand)

One way to reduce carbon footprint is to encourage day surgery. Projects carried out in Thailand have shown a substantial reduction in carbon footprint. Imagine a patient having to travel far to reach a hospital, then the family has to commute between home and hospital or find accommodation nearby. Day surgery provides only a single trip for the patient and family, and they can return to the comfort of home, which can cut down the costs of travel, hospital stay, and carbon footprint.

Prof. Shireen Anne Nah

A core tenet of the mission of our College of Surgeons in Malaysia is surgical education. We must increase awareness among our trainees and students on the principles of sustainable surgery. Many are unaware that healthcare contributes about 5-8% of the carbon footprint, and the proportion is even higher in affluent countries. Many carbon-reducing measures in the OT, such as good waste management and improving process efficiency, can be quickly implemented without affecting patient safety.

Prof. Rhoel C De Leon (Philippines)

While we think of decreasing hospital waste and reducing carbon footprint, we can do something positive about carbon footprint by reforestation and increasing oxygen. The PCS has been doing that for years by

conducting tree planting projects. We have also participated in mangrove rejuvenation projects. If we add this to our hospital campaign of reducing waste, we can possibly achieve net-zero carbon emissions by the year 2036.

Prof. Owen Ung (Australia)

One important practice is to inculcate in our trainees and OR nurses to open what we really need during surgery. In some surgeries, we only use 10-20 % of the items that we require, and imagine the amount of effort needed to clean and sterilize the items. It is time the college comes out with guidelines on sustainable surgery.

Questions and comments from the audience and responses from the panel:

1. Question: Have we initiated a dialogue with the industry? They are the ones manufacturing the equipment, and I am sure they will listen.

Answer (SAN): That is a great point. Sustainable procurement is key. Just as we embed technical specifications in calls for tenders and quotations, surgeons can and should integrate sustainability requirements in the process.

For example:

- What is the plan for end-of-life management of a product?
- Is the product reusable? How many components are reusable or repurposed?
- How repairable is the product?

In Malaysia, we have held informal discussions with B Braun, which has a factory in Penang. They have a strong and genuine sustainability focus. I am sure some industry partners will listen if we engage them positively.

2. Question: In the past, we have used staplers from companies that only have disposable cartridges, but the main applicator piece is metal and is recyclable. These days, it would appear that everything is disposable, including the applicator. Whatever happened?

Answer:

a. That is a good observation. Unfortunately, the industry has been driven by profit, and they have made many recyclable items disposable, not realizing the ill-effects towards the environment.

b. One observation with surgeons is that they are driven by the illusion of 'sterility' and convenience. The label on disposables states that the package is 'sterile unless opened'. There is, however, no evidence that shows reusable items cause more surgical site infections than disposable items. The ability to remove an item from the shelf and use it as something brand new provides a sense of ease and convenience to the operating surgeon. In a universal healthcare system where healthcare is free, this convenience adds up to costs that might not be appreciated by the operator. In a private health care system, the surgeon will feel the pinch of these costs when the total bill escalates. Importantly, when we factor in the environmental harm, the effect is enormous.

3. Questions: One issue with the carbon footprint from inhalational anaesthetic gas is partly the fault of the surgeons. Surgeons want to do the surgery now, and they become impatient when the anaesthetists offer alternatives such as regional blocks or spinal anaesthesia, which take longer hours.

Answers: Yes, we must agree that regional anaesthesia with intravenous sedation certainly contributes to a lesser carbon footprint. But these are individual cases that are difficult to judge because many patients prefer to be totally knocked out rather than remain awake. We take note that anaesthetists are also aware and they now prefer less environmentally detrimental agents, such as Sevoflurane in place of desflurane in general anaesthesia.

4. Question: Is the use of disposable drapes and gowns better than aged, old, cotton rewash able ones? Cotton drapes are often soaked through in bloody surgeries and could be a health hazard.

Answer (SAN): Yes, the green cotton gowns and drapes are more environmentally friendly, even though they need to be washed, dried, sterilised, and packaged. The costs might be more or equivalent to disposable drapes and gowns, but we need to think of the long-term costs, both financial and environmental, of constantly buying and throwing away. In terms of biohazard risk, a strategy to mitigate this is to use disposable packs selectively, based on patient status (infectious, immunocompromised, etc.). New products are using waterproof impermeable fabrics in reusable gowns, and these should help.

5. Comment:

In the USA, the carbon footprint contributed by surgery is still not widely acknowledged and accepted. This could be due to the ‘**controversy**’ of global warming as a reality. More importantly, the totality of energy costs from the process of manufacture to utilization might contribute to equally high carbon footprints compared to using disposable ones. What could be done while we gather more robust evidence is to only use what we need. For instance, we do not need battery-operated suction devices, while we can use a conventional suction device connected to a suction pump. We don’t need to open up many sets when we only require a few instruments. Engagement of the nurses and OT technicians on sustainability is paramount because they will be a constant reminder and help us manage better

Younger Fellows Forum

Philippine College of Surgeons – Philippine College of Surgeons
Foundation,

Inc. 81st Annual Clinical Congress,

December 6-10, 2025, at the EDSA Shangri-La, Manila

Theme: *“SURGICAL SYNERGY: The Fusion of Classic Mastery &
Modern Technology”*



แพทย์หญิงพุกธิพร เนวะเศษ

ศัลยแพทย์มะเร็ง โรงพยาบาลไทยนครินทร์

การพัฒนาศัลยแพทย์รุ่นใหม่ในบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องอาศัยทั้งความเชี่ยวชาญทางคลินิก ความเข้าใจเชิงระบบ และเครือข่ายความร่วมมือในระดับนานาชาติ การประชุมครั้งนี้จึงเป็นเวทีสำคัญที่เปิดโอกาสให้ศัลยแพทย์รุ่นใหม่จากหลายประเทศได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์การทำงาน และมุมมองด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุข ข้าพเจ้าได้เข้าร่วมรับฟังการบรรยายในหัวข้อที่ครอบคลุมทั้งศัลยกรรมพื้นฐาน ศัลยกรรมเฉพาะทาง เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ตลอดจนบทบาทของศัลยแพทย์ต่อระบบสุขภาพและสังคม โดยหนึ่งในประเด็นสำคัญคือ **Panel Discussion on ASEAN Federation on Quality Improvement** ซึ่งจัดโดย **ADHOC Committee on ASEAN Summit and International Relations** การอภิปรายดังกล่าวได้นำเสนอแนวคิดการจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือด้านคุณภาพของศัลยแพทย์ในระดับอาเซียน และพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ เพื่อสร้างกรอบมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการผ่าตัด อีกทั้งยังมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ก่อนสำเร็จการฝึกอบรมและก้าวสู่การปฏิบัติงานเป็นศัลยแพทย์เต็มรูปแบบ ควบคู่กับการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการฝึกอบรมและการวิจัย

การนำเสนอใน Younger Fellows Forum และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระดับนานาชาติ

การประชุมครั้งนี้เป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของศัลยแพทย์ในช่วงไม่เกิน 10 ปีหลังสำเร็จการฝึกอบรม โดยสะท้อนมุมมองเชิงระบบจากหลากหลายประเทศ ได้แก่ ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย และออสเตรเลีย ดังนี้



An-Chieh Feng, General Surgery

PhD in Molecular Biology, University of California, Los Angeles (UCLA)

Department of surgery, Taipei, Taiwan

Tri-Service General hospital

รูปแบบการทำงานของศัลยแพทย์ ระบบการทำงานให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลเป็นฐานและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ศัลยแพทย์มีบทบาทครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การวิจัย และการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยแพทย์บางส่วนเลือกศึกษาต่อในระดับปริญญาเอกด้านชีววิทยาระดับโมเลกุลควบคู่กับการปฏิบัติงานด้านการผ่าตัด ช่วยให้ศัลยแพทย์เข้าใจกลไกของโรคในระดับลึก ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของยีนและโปรตีนไปจนถึงพฤติกรรมของเซลล์มะเร็งหรือของโรคต่าง ๆ ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนารักษาแบบเฉพาะบุคคล

บทเรียนที่ได้รับ ศัลยแพทย์สามารถพัฒนาได้อย่างสมดุลทั้งในบทบาทของผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกและนักวิชาการ หากมีระบบฝึกอบรมที่มีคุณภาพ การสนับสนุนงานวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้



Edrik Luke Tiloy Pialago

Surgery, Head and Neck Surgery

Western Visayas Medical Center, Iloilo, Philippines

รูปแบบการทำงานของศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและมีภาระงานสูง ครอบคลุมการผ่าตัดทั้งการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป การผ่าตัดฉุกเฉิน การผ่าตัดผู้บาดเจ็บทางอุบัติเหตุ และการผ่าตัดโรคมะเร็ง และในช่วงการฝึกอบรมศัลยแพทย์ต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านค่าตอบแทน ทำให้ต้องอาศัยความมุ่งมั่นและอุดมการณ์ในการปฏิบัติงาน ระบบดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยและพัฒนาทักษะทางคลินิกที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

บทเรียนที่ได้รับ ระบบที่มีทรัพยากรจำกัดสามารถหล่อหลอมให้เกิดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานทางคลินิกและพัฒนาทักษะที่เข้มแข็งได้ อย่างไรก็ตามอาจมีความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนั้น ศัลยแพทย์จึงจำเป็นต้องบริหารทั้งความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพและคุณภาพชีวิตควบคู่กันอย่างสมดุล



John Emmanuel

Pediatric surgeon

Pediatric laparoscopy, pediatric surgical oncologist

*Hospital Tunku Azizah, Manipal International University,
Kuala Lumpur, Malaysia*

รูปแบบการทำงานของศัลยแพทย์ ภาคการบริการสาธารณสุขของรัฐมีภาระงานสูงและชั่วโมงการปฏิบัติงานยาวนาน ขณะที่จำนวนศัลยแพทย์เฉพาะทางยังมีจำกัด ประกอบกับการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดส่องกล้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ศัลยแพทย์จำเป็นต้องบริหารทั้งความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพและคุณภาพชีวิตควบคู่กัน เพื่อความยั่งยืนในการปฏิบัติงานในระยะยาว

บทเรียนที่ได้รับ ศัลยแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพควบคู่กับการดูแลคุณภาพชีวิต เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนในการทำงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย



Jonathan Fong

General surgeon, Head of Department, General Surgery,

*North West Regional Hospital, Parklands, North West Tasmania,
Australia*

รูปแบบการทำงานของศัลยแพทย์ เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างการทำงานและการดำเนินชีวิตของศัลยแพทย์ มีระบบสนับสนุนด้านการทำงานและสวัสดิการที่เหมาะสม ศัลยแพทย์บางส่วนเลือกปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกล เพื่อเพิ่มโอกาสในการผ่าตัดและสร้างประโยชน์ต่อชุมชน และต้องรับผิดชอบการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป การผ่าตัดฉุกเฉิน การผ่าตัดผู้บาดเจ็บทางอุบัติเหตุ และการผ่าตัดโรคมะเร็ง

บทเรียนที่ได้รับ อีกหนึ่งความสำเร็จที่สำคัญในวิชาชีพศัลยแพทย์ มิได้จำกัดอยู่เพียงความเชี่ยวชาญทางเทคนิคหรือผลลัพธ์การรักษาเท่านั้น หากแต่รวมถึงการสร้างผลกระทบเชิงบวกและความหมายต่อชุมชนและระบบสุขภาพ



Puttiporn Naowaset.

*Surgical oncologist, Thainakarin Hospital,
Bangkok, Thailand*

นำเสนอหัวข้อ “7 Years as a Surgeon: Life After Training” ซึ่งได้ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตวิชาชีพ ภายหลังสำเร็จการฝึกอบรม ตั้งแต่ช่วงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรม การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับจังหวัด การฝึกอบรมด้านศัลยกรรมมะเร็ง การทำงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนบทบาทด้านการสอน การวิจัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยสาระสำคัญของงานนำเสนอเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม ระบบการสนับสนุนจากรุ่นพี่ และการสร้างสมดุลระหว่างภาระงาน ทักษะทางศัลยกรรม และคุณภาพชีวิต

ประโยชน์ที่ได้รับและการนำมาประยุกต์ใช้

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับศัลยแพทย์รุ่นใหม่จากหลากหลายประเทศครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ไม่มีรูปแบบระบบศัลยกรรมใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทุกบริบท เนื่องจากแต่ละประเทศมีจุดแข็งและข้อจำกัดที่แตกต่างกันตามทรัพยากร โครงสร้างระบบสุขภาพ และความต้องการของประชาชน การเข้าร่วมประชุมวิชาการดังกล่าวช่วยเปิดมุมมองเชิงระบบต่อการพัฒนาศัลยแพทย์รุ่นใหม่ ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังช่วยขยายเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการทั้งในระดับภูมิภาคและนานาชาติ รวมถึงการเรียนรู้แนวคิดการจัดตั้งโครงการ Younger Fellows Programs ของแต่ละประเทศ

ตารางสรุปโครงการ Younger Fellows Programs แต่ละประเทศ

ประเทศ / สถาบัน	กลุ่มเป้าหมาย	เริ่มดำเนินการ	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก
Edinburgh (RCSEd)	ศัลยแพทย์ที่ได้รับ Fellowship ไม่เกิน 10 ปี	2015	สร้างเครือข่ายความร่วมมือ จัดระบบพี่เลี้ยง และทำหน้าที่เป็นตัวแทนสะท้อนเสียงของศัลยแพทย์รุ่นใหม่	Mentorship, Webinar, Podcast, ทูน/รางวัล, จัดสอบ MRCS Part A & B
Australia	ศัลยแพทย์ที่ได้รับ Fellowship ไม่เกิน 10 ปี	1982	พัฒนาภาวะผู้นำ ทักษะทางวิชาชีพ และนวัตกรรม เพื่อเสริมสร้างความเป็นเลิศและบทบาทต่อสังคม	Younger Fellows Forum (3 วัน 2 คืน), ทูนการศึกษา
Hong Kong (CSHK)	ศัลยแพทย์ที่ได้รับ Fellowship ไม่เกิน 10 ปี	2005	ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของศัลยแพทย์รุ่นใหม่	Mentorship (กฎหมาย การเงิน การบริหาร), กิจกรรมวิชาการ/บทความ, ทูน, กีฬา, กิจกรรมสันทนาการ

จากการศึกษารูปแบบโครงการ Younger Fellows ในประเทศต่าง ๆ ได้แก่ **Edinburgh (RCSEd), Australia** และ **Hong Kong** พบว่าทั้งสามประเทศมีกลุ่มเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจนคือ ศัลยแพทย์ที่ได้รับ Fellowship ไม่เกิน 10 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับช่วงเปลี่ยนผ่านจากการฝึกอบรมสู่การเป็นศัลยแพทย์อิสระอย่างเต็มรูปแบบ และแม้จะมีบริบทของระบบสาธารณสุขและโครงสร้างองค์กรที่แตกต่างกัน แต่โครงการทั้งหมดมีแนวคิดแกนกลางร่วมกันคือ การสนับสนุนการเติบโตทางวิชาชีพอย่างยั่งยืนผ่านการสร้างเครือข่าย ระบบพี่เลี้ยง และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นนอกเหนือจากทักษะทางคลินิก เช่น ภาวะผู้นำ การสื่อสาร การบริหารจัดการ และความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว

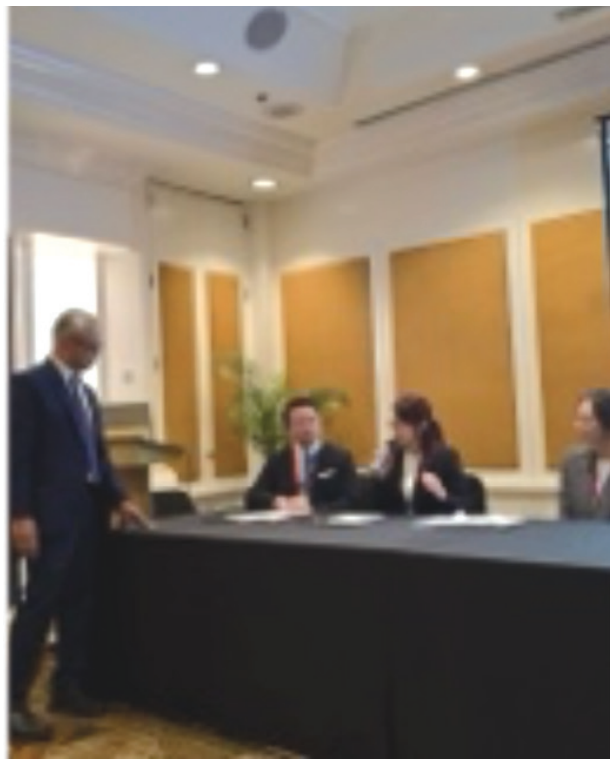
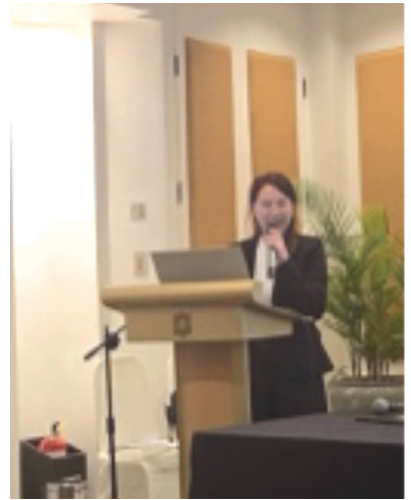
โครงการของ **Royal College of Surgeons of Edinburgh (RCSEd)** เน้นบทบาทด้านวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพในระดับนานาชาติ โดยใช้กลไกของ mentorship การเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล และการสอบมาตรฐาน (MRCS) เพื่อเชื่อมโยงศัลยแพทย์รุ่นใหม่เข้ากับระบบราชวิทยาลัยอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ในขณะที่ Australia ให้ความสำคัญกับการพัฒนาภาวะผู้นำและศักยภาพในการทำงานของศัลยแพทย์รุ่นใหม่ ผ่านกิจกรรมแบบเข้มข้น เช่น Younger Fellows Forum และการสนับสนุนด้านทุน เพื่อเตรียมศัลยแพทย์ให้มีบทบาทเชิงรุกต่อระบบบริการและชุมชน ส่วน Hong Kong มุ่งเน้นการเสริมพลังให้ศัลยแพทย์รุ่นใหม่ การพัฒนาวิชาชีพ และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวของสมาชิก ผ่านกิจกรรม mentorship ด้านกฎหมาย การเงิน การบริหาร และมีกิจกรรมสังคมร่วมกัน

บทเรียนดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบในการออกแบบและพัฒนาเครือข่าย Younger Fellows ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ และตอบโจทย์ความต้องการของศัลยแพทย์รุ่นใหม่ในอนาคต เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพศัลยกรรมอย่างยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล องค์กร และสังคม

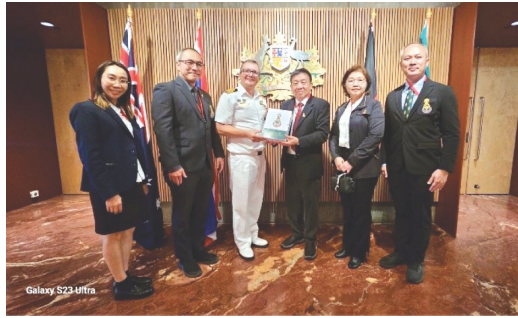
ข้าพเจ้าได้เข้าร่วมงาน **PCS Board of Regents Hosted Dinner with International Presidents and Guests** ณ **Senju Restaurant, EDSA Shangri-La Hotel** รวมถึงกิจกรรม Fellowship Night ซึ่งเป็นโอกาสอันสำคัญในการสร้างเครือข่ายทางวิชาชีพและเรียนรู้จากอาจารย์แพทย์และศัลยแพทย์จากหลากหลายประเทศ ในโอกาสนี้ ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และประเทศฟิลิปปินส์ เป็นอย่างสูง สำหรับโอกาสอันทรงคุณค่าในการเข้าร่วมการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ช่วยเสริมสร้างองค์ความรู้ มุมมอง และแรงบันดาลใจในการพัฒนางานศัลยกรรมและระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต

ภาพรวมการเข้าร่วมประชุม





ประธานราชวิทยาลัย และคณะอนุกรรมการกองทุนดันลอป-บุญผ่อง เข้าพบผู้ช่วยทูตทหารออสเตรเลียประจำประเทศไทย กระชับความร่วมมือด้านวิชาการ และการฝึกอบรมศัลยแพทย์



เมื่อวันจันทร์ที่ 23 กุมภาพันธ์ 2569 เวลา 13.00 น. นพ.ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์ ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย พร้อมด้วยคณะอนุกรรมการกองทุนดันลอป-บุญผ่อง เข้าพบ นาวาเอก พอล เวลช์ (Paul Welch, RAN) ผู้ช่วยทูตทหารออสเตรเลียประจำประเทศไทย เพื่อให้ข้อมูลและหารือเกี่ยวกับการดำเนินงานของ **กองทุน The Weary Dunlop Boonpong Exchange Fellowship**

กองทุนดังกล่าวก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2531 ริเริ่มโดย Sir Edward Dunlop ศัลยแพทย์อาวุโสและวีรบุรุษสงครามของออสเตรเลีย อดีตเชลยศึกในจังหวัดกาญจนบุรีช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 2 ด้วยความตั้งใจตอบแทนความช่วยเหลือของชาวไทยที่เสี่ยงชีวิตช่วยเหลือเชลยศึก ท่านได้ผลักดันการจัดตั้งกองทุนขึ้นในความร่วมมือระหว่าง **Royal Australasian College of Surgeons และ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย**

ตลอดระยะเวลากว่า 37 ปี กองทุนได้สนับสนุนศัลยแพทย์ไทยให้มีโอกาสศึกษาต่อและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสถาบันต่าง ๆ ประเทศออสเตรเลีย เพื่อนำองค์ความรู้และทักษะกลับมาพัฒนาการบริการทางศัลยกรรมและระบบสาธารณสุขของประเทศ ปัจจุบันมีศัลยแพทย์ไทยได้รับทุนแล้วทั้งสิ้น 116 คน นับเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้นระหว่างประเทศไทยและออสเตรเลีย

ในการหารือครั้งนี้ คณะอนุกรรมการได้รายงานความคืบหน้าของบันทึกความเข้าใจ (MOU) ฉบับล่าสุด ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจากฝ่ายออสเตรเลียจำนวน 2 ทุน ขณะนี้ราชวิทยาลัยอยู่ระหว่างการพิจารณาคัดเลือกผู้รับทุน 2 ทุน โดยมีกำหนดประกาศผลอย่างเป็นทางการในเดือนพฤษภาคม และจะประสานรายชื่อไปยังราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยเพื่อดำเนินการจัดหาสถานฝึกอบรมต่อไป ทั้งนี้คาดว่าจะสามารถดำเนินการเตรียมเอกสารและเดินทางได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ในโอกาสดังกล่าว คณะผู้แทนได้ขอความร่วมมือจากสถานทูตออสเตรเลียในการสนับสนุนกระบวนการขอวีซ่าประเภท Subclass 407 การรับรองเอกสารแปล การพิจารณาค่าธรรมเนียมในอัตราพิเศษหรือยกเว้นค่าธรรมเนียม ตลอดจนการอำนวยความสะดวกให้กระบวนการพิจารณาวีซ่าเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ คณะผู้แทนยังได้แสดงความประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ANZAC Day ตรงกับวันที่ 25 เมษายนของทุกปี ซึ่งถือเป็นวันสำคัญยิ่งของชาวออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ พิธีรำลึกในยามรุ่งอรุณ (Dawn Service) และพิธีวางพวงหรีดเพื่อรำลึกถึงทหารผู้เสียชีวิตระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 สำหรับประเทศไทยมีการจัดพิธีกรรมลักษณะเดียวกันนี้ที่จังหวัดกาญจนบุรีทุกปี โดยมีพิธีในเวลาเช้ามีด ที่ช่องเขาขาด หรือที่เรียกกันในภาษาอังกฤษว่า Hellfire Pass

จากการเข้าพบ ผู้ช่วยทูตทหารออสเตรเลียประจำประเทศไทยที่ที่ดีและให้การต้อนรับอย่างอบอุ่น พร้อมซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุน เน้นย้ำถึงความร่วมมืออันแน่นแฟ้นระหว่างราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยและฝ่ายออสเตรเลีย อันจะนำไปสู่การพัฒนาทางวิชาการและความสัมพันธ์ระหว่างสองประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

สรุปงานประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค
ครั้งที่ 40 ประจำปี 2569
ระหว่างวันที่ 12 – 14 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่
ต. ช้างคลาน อ. เมือง จ. เชียงใหม่



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเจริญ แซ่เต็ง

หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สืบเนื่องจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้มอบหมายภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 40 ภายใต้ Theme: **“Next Normal and update in Surgery Management”** ระหว่างวันที่ 12 - 14 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม พัฒนา และแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการให้แก่ศัลยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เชียงใหม่ รวมทั้งมีการประกวดผลงานวิจัยของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ ในวันที่ 12 - 13 กุมภาพันธ์ เป็นการประชุมด้านวิชาการที่โรงแรมดิเอ็มเพรส โดยในส่วนห้องประชุมหลักที่ชั้น 3 จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับทาง general surgery และมีการจัดคู่ขนานของ **หน่วยกุมารศัลยศาสตร์** ที่ชั้น 2 ในหัวข้อ: **Next-Gen Surgery : Revolutionizing Surgical Practice** ส่วนในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ เป็นการจัด **workshop** ในหัวเรื่อง: **Minimal Invasive Hernia Workshop** ณ ศูนย์ฝึกผ่าตัด ชั้น 8 และ CMU Cadaveric Center อาคาร 50 ปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โดยพิธีเปิดการประชุมวิชาการในครั้งนี้ได้รับเกียรติจาก **คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่** (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์นเรนทร์ โชติรสนิรมิต) กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม และได้เรียนเชิญ **ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย** (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยเดช นิมมานวุฒิมงคล) เป็นประธานกล่าวเปิดการประชุมพร้อมทั้งเรียนเชิญเป็นองค์ปาฐก ในช่วง **ปาฐกถาพิเศษ “โอกาส พลังการ”** เวลา 9.00 - 9.30 น. ในหัวข้อ: **Beyond the Golden Jubilee, Surgical Excellence for Tomorrow : Policies, Visions and Beyond**

ในงานประชุมครั้งนี้มีหัวข้อทางวิชาการที่น่าสนใจตามความเชี่ยวชาญของกลุ่มศิษย์แพทย์สาขาต่าง ๆ จำนวน 32 เรื่อง ซึ่งได้รับผลการตอบรับที่ดีจากผู้เข้าร่วมประชุม อีกทั้งยังมีการนำเสนอและประกวดผลงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน จำนวน 108 เรื่อง โดยมีแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับรางวัลจากการประกวดผลงานวิจัย ดังนี้

รางวัลชนะเลิศ:

Long-term outcomes of open surgical repair (OSR) versus endovascular aneurysm repair (EVAR) in asymptomatic abdominal aortic aneurysm patients using propensity score matching: Pitchaporn Preungprasob

พญ.พิชชาพร เป็รื่องประสพ สถาบัน : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 1:

Effects of antivenom for local limb swelling reduction in patients envenomated by green pit viper: Double-blinded randomized controlled trial; a pilot study: Yanisa Wongwanich

พญ.ญานิศา วงศ์วานิช สถาบัน : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 2:

Comparison on recurrence rate of pneumothorax between partially absorbable mesh and apical pleurectomy after video-assisted thoracoscopic blebectomy/bullectomy for primary spontaneous pneumothorax: A randomized controlled trial, pilot study: Ngoenta Nithisoontorn

พญ.จินตา นิธิสุนทร สถาบัน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในการนี้ กุมารศาสตร์ ได้มีการนำเสนอและประกวดประกวดผลงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน จำนวน 10 เรื่อง โดยมีแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับรางวัลจากการประกวดผลงานวิจัย ดังนี้

รางวัลชนะเลิศ:

The tool development for the rapid weight assessment by height in Thai pediatrics: Kornkanok Suwanpakpraek

พญ.กรกนก สุวรรณปากแพรก สถาบัน : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รางวัลที่ 2:

Values of gamma-glutamyl transferase in predicting outcomes and medium-term complications after Kasai portoenterostomy for biliary atresia: Songapsorn Sringeru

พญ.ทรงอัปสร ศรีเงิน สถาบัน : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รางวัลที่ 3:

Determining factors affecting outcomes of urethroplasty in King Chulalongkorn Memorial Hospital: Jittrapat Kongsup

พญ.จิตรภัทร คงทรัพย์ สถาบัน : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 427 คน แบ่งเป็น

อาชีพ	จำนวนผู้ลงทะเบียน (คน)
แพทย์นอก* (Main)	63
แพทย์นอก (Ped)	22
แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุนนอก (Main)	117
แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุนนอก (PED)	11
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนศัลยศาสตร์ (Main)	46
แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุนศัลยศาสตร์ (Ped)	2
พยาบาลใน** (Ped)	11
พยาบาลใน (Main)	51
พยาบาลนอก (Main)	7
นักศึกษาแพทย์ มช (4)	20
นักศึกษาแพทย์ มช (5)	31
นักศึกษาแพทย์ มช (6)	19
นักศึกษาแพทย์ Elective ต่างสถาบัน (7) + ต่างชาติ (4)	11
วิทยากรนอก	16
วิทยากรใน	26
เจ้าหน้าที่	30
วิทยากร Ped	18
อาจารย์ + อาจารย์พิเศษ มช.	35
กรรมการราชวิทยาลัย	13
กรรมการวิจัย	5
Total	427

* นอกภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ในภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายชื่อบริษัทร่วมออกฐานเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และให้การสนับสนุนการประชุม

1. บริษัท เมดโทรนิค (ประเทศไทย) จำกัด
2. บริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์ จำกัด
3. บริษัท จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (เมดเทค) ประเทศไทย จำกัด
4. บริษัท โนวา นอร์ดิสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย) จำกัด
5. บริษัท สยามฟาร์มาซูติคอล จำกัด
6. บริษัท ไทยเมจิฟาร์มาชีวกิ๊ด จำกัด
7. บริษัท อินโทม์ เมดิคอล จำกัด
8. บริษัท ไดอิจิ ซังเคียว (ประเทศไทย) จำกัด
9. บริษัท แบ็กซ์เตอร์ อินเตอร์เนชันแนล (ประเทศไทย) จำกัด
10. บริษัท ปัญญาสุข เมดิคอล จำกัด
11. บริษัท เฟรเซนีอุส คาบี (ไทยแลนด์) จำกัด
12. บริษัท เมก้า ไลฟ์ไซแอนซ์ ฟิทีวาย จำกัด
13. บริษัท เมดิทอป จำกัด
14. บริษัท เอ็มเอสดี (ประเทศไทย) จำกัด
15. บริษัท ไทยโอซูก้า จำกัด
16. บริษัท เซอร์เวียร์ (ประเทศไทย) จำกัด
17. บริษัท ซัมมิท เฮลท์แคร์ จำกัด
18. บริษัท โซว เมดิคอล จำกัด
19. บริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด
20. บริษัท แอสต้าเมเยอร์ (ไทยแลนด์) จำกัด
21. บริษัท เว็ลธ์ เมดิพลัส จำกัด
22. บริษัท โกสินทร์เวชภัณฑ์ จำกัด
23. บริษัท เบคตัน ดิคกินสัน (ประเทศไทย) จำกัด
24. บริษัท ที.เอฟ พลัส จำกัด
25. บริษัท เมดโฟกัส จำกัด
26. บริษัท เค.เพอร์ฟอร์แมนซ์ จำกัด
27. บริษัท เอ.เมนารินี (ประเทศไทย) จำกัด
28. บริษัท โอลิมปัส (ประเทศไทย) จำกัด
29. บริษัท ตะวันแม่คไวส์ซ์ จำกัด
30. บริษัท เวลอร์ เฮลท์
31. บริษัท เซลล์เทรียน เฮลท์แคร์(ประเทศไทย) จำกัด

การประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 40 ประจำปี 2569 ได้ส่งมอบและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากทีมศัลยแพทย์และสาขาวิชาชีพที่หลากหลายสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศประกอบด้วย ความก้าวหน้าทางวิชาการ เทคโนโลยีและทักษะทางศัลยศาสตร์ ทักษะด้านแพทยศาสตรศึกษา และทักษะด้านวิจัย ซึ่งถือเป็นความสำเร็จร่วมกันของงานประชุมวิชาการในครั้งนี้

ในนามของคณะผู้จัดงานขอขอบพระคุณราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ และขอขอบคุณทีมงาน อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนของภาควิชาศัลยศาสตร์ ที่ได้ระดมสรรพกำลัง ร่วมแรง ร่วมใจ จัดงานให้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี





สรุปการประกวดผลงานวิจัย

งานประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ส่วนภูมิภาค เชียงใหม่ ครั้งที่ 40

วันที่ 12-13 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการประกวดผลงานวิจัย RCST40

จำนวนผลงานที่นำเสนอทั้งหมด 108 ผลงาน

อันดับ	ชื่อ-นามสกุล	ชื่อ abstract	สถาบัน
1	พญ.พิชชาพร เป็รื่องประสพ	Long-term outcomes of open surgical repair (OSR) versus endovascular aneurysm repair (EVAR) in asymptomatic abdominal aortic aneurysm patients using propensity score matching	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2	พญ.ญานิสสา วงศ์วานิช	Effects of antivenom for local limb swelling reduction in patients envenomated by green pit viper: double-blinded randomized controlled trial; a pilot study	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3	พญ.เงินตา นิธิสุนทร	Comparison on recurrence rate of pneumothorax between partially absorbable mesh and apical pleurectomy after video-assisted thoracoscopic blebectomy/bullectomy for primary spontaneous pneumothorax: A randomized controlled trial, pilot study	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลการประกวดผลงานวิจัย RCST40 (Pediatric Surgery)

จำนวนผลงานที่นำเสนอทั้งหมด 10 ผลงาน

อันดับ	ชื่อ-นามสกุล	ชื่อ abstract	สถาบัน
1	พญ.กรกนก สุวรรณปากแพรก	The tool development for the rapid weight assessment by height in Thai pediatrics	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
2	พญ.ทรงอัปสร ศรีเงิน	Values of gamma-glutamyl transferase in predicting outcomes and medium-term complications after Kasai portoenterostomy for biliary atresia	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3	พญ.จิตรภัทร คงทรัพย์	Determining factors affecting outcomes of urethroplasty in King Chulalongkorn Memorial Hospital	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

51st Annual Scientific Congress of The Royal College of Surgeons of Thailand

10th Joint Surgical Meeting with Ministry of Public Health



Toward Best Practice through Collaboration and Integrity

Pre-Congress Workshops 21-24 July 2026

- Robotic Surgery & Laparoscopic Masterclass
- Cadaveric Workshop: Hernia and Bariatric Surgery
- Basic Teaching Skills for Surgeons
- Born to be Surgeon



Opening Ceremony 24 July 2026 | 13:00-17:00

Main Congress Day 1 25 July 2026

- President Hour: Defining Excellence in Modern Surgical Training
- Global Perspectives in Training
- Thai & International Younger Fellow Forum
- Resident & Medical Student Paper Awards
- RCST & ICS Young Investigator Awards
- VDO & Poster Awards
- Thongueb Uttaravichien Award
- Born to be Surgeon
- Surgical Illustration Contest
- Congress Dinner

Main Congress Day 2 26 July 2026

- Scientific Meetings
- Trauma Care: Make It Quick by AI
- The Future of Bariatric & Robotic Surgery
- Innovation and Technology in Plastic Surgery
- Evidence-Based Updates in Hernia & Minimally Invasive Surgery
- Achievements of the Dunlop-Boonpong Scholarship
- Urology & Pediatric One-Day Surgery (ODS)
- RCST General Assembly

Important Dates

- Abstract Submission : 15 March 2026
- Abstract Closure : 30 June 2026
- Early Registration : 2 Feb - 30 Apr 2026
- Late Registration : 1 May - 26 July 2026



Scan QR code to visit the website

The Royal College of Surgeons of Thailand

Royal Golden Jubilee Building, 6th Floor 2 Soi Soonvijai New Petchburi Road,
Bangkapi, Huaykwang, Bangkok 10310, Thailand

+66 2716 6141-3, Fax: +66 2716 6144 rcst.communication@gmail.com www.rcst.or.th/asc/2026/index.php



สารจากประธานราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

51st



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รัฐเดช นิมมานวุฒิพงษ์



เรียน ท่านสมาชิก และผู้มีเกียรติทุกท่าน

ผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่จะได้มีโอกาสต้อนรับ และขอเชิญทุกท่านเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51 ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งจะจัดขึ้น ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 24–26 กรกฎาคม 2569

หัวข้อการประชุมในปีนี้เป็นคือ “Toward Best Practices through Collaboration and Integrity” ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นร่วมกันของพวกเราในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยผ่านการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดกว้าง การตั้งประเด็นอย่างสร้างสรรค์ควบคู่ไปกับการยึดมั่นในจริยธรรมวิชาชีพ

ท่ามกลางบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว วงการแพทย์ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายมิติ ทั้งความมุ่งหวังในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด การปรับตัวต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรและเศรษฐกิจในปัจจุบัน การที่พวกเราจากหลากหลายภาคส่วนและสาขาวิชาชีพได้มีโอกาสมารวมตัวกัน ถือเป็นก้าวสำคัญในการร่วมมือ แลกเปลี่ยนมุมมอง และสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ไม่ถูกจำกัดอยู่ภายในกรอบขององค์กร

ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจในการแสวงหาและถ่ายทอดความรู้ ตลอดจนการปฏิบัติงานในวิชาชีพ หวังว่าพวกเราจะร่วมกันสร้างมาตรฐานที่ดีให้แก่วงการศัลยกรรม เพื่อเป็นรากฐานที่มั่นคงสำหรับคนรุ่นต่อไป ขอให้การประชุมครั้งนี้เป็นแรงบันดาลใจให้เกิดมุมมองใหม่ เครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง และแรงผลักดันในการยกระดับความเป็นเลิศทางศัลยกรรม

ขอขอบคุณทุกท่านสำหรับความทุ่มเทต่อหน้าที่ และสำหรับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแห่งการพัฒนาอย่างยั่งยืนร่วมกัน ขอให้การประชุมครั้งนี้เป็นประสบการณ์ที่น่าประทับใจทรงคุณค่า และเปี่ยมด้วยความหมายสำหรับทุกท่าน



สารจากประธานคณะกรรมการ จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่

51st



ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชชัย จักรวิฑูร



เรียน สมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และผู้ร่วมการประชุมทุกท่าน

ในนามของคณะกรรมการจัดการประชุม ผมมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะขอเรียนเชิญทุกท่านเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51 ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งจัดขึ้นร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นครั้งที่ 10 ติดต่อกัน โดยการประชุมจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 24–26 กรกฎาคม 2569 ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จังหวัดชลบุรี

ในการเตรียมการประชุมปีนี้ คณะกรรมการจัดการประชุมได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุม ทั้งในด้านวิชาการและความก้าวหน้าทางการแพทย์เป็นพิเศษ จึงได้มีการปรับปรุงแผนผังห้องประชุมและพื้นที่จัดแสดงบูธนิทรรศการ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอัปเดตองค์ความรู้ทางศัลยกรรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการรักษาผู้ป่วยจริง ภายใต้หัวข้อการประชุม “Toward Best Practice through Collaboration and Integrity” ซึ่งสะท้อนถึงแนวทางในการยกระดับมาตรฐานทางศัลยกรรม โดยคำนึงถึงคุณภาพ ความปลอดภัย และการพัฒนาการปฏิบัติงานควบคู่กันไป

หัวข้อการประชุมวิชาการได้รับการพัฒนาและจัดวางให้สอดคล้องกับความท้าทายและความก้าวหน้าในศัลยศาสตร์สาขาต่างๆ ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ทันสมัย มุมมองเชิงปฏิบัติ และการอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางและเทคนิคการรักษาใหม่ๆ โดยศัลยแพทย์ผู้มีประสบการณ์ ซึ่งปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย การศึกษา และการวิจัย

การประชุมครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนทางวิชาการอย่างสร้างสรรค์ และเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางวิชาชีพระหว่างศัลยแพทย์และบุคลากรในวงการศัลยกรรม อันจะนำไปสู่การพัฒนาศัลยศาสตร์ของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องและมีนัย

รายงานผลการพิจารณาข้อร้องเรียน คณะอนุกรรมการพิจารณา ข้อร้องเรียน ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2568

นายแพทย์ชาญเวช ศรีตราพุก
พลตำรวจตรี นายแพทย์ทรงชัย สิมะโรจน์
ดร. นายแพทย์ศุภกานต์ เตชะพงศธร

บทนำ

การพิจารณาข้อร้องเรียนจากแพทยสภา เป็นกระบวนการสำคัญที่คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อร้องเรียน ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำหน้าที่ให้ความเห็นทางวิชาการแก่ แพทยสภา ทั้งในประเด็นมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการหาหรือทางวิชาการในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับศัลยศาสตร์

ในปี พ.ศ. 2568 คณะอนุกรรมการ ได้รับกรณีพิจารณาทั้งสิ้น 85 กรณี (78 กรณีข้อร้องเรียน และ 7 กรณีหาหรือทางวิชาการ) ซึ่งถือเป็นจำนวนสูงที่สุดในรอบ 6 ปี โดยหากพิจารณาแนวโน้มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 พบว่าปริมาณข้อร้องเรียนมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญที่เพิ่มขึ้นของกระบวนการตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพในระบบสาธารณสุขไทย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนการพิจารณาข้อร้องเรียน จำแนกตามสาขา พ.ศ. 2563–2568

สาขา	2563	2564	2565	2566	2567	2568
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	11	12	16	6	11	17
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	40	17	25	34	31	50
กุมารศัลยศาสตร์	2	0	0	0	0	1
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่	1	0	1	6	2	2
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	4	1	1	5	2	9
ศัลยศาสตร์ทรวงอก	1	0	1	1	3	5
ประสาทศัลยศาสตร์	-	-	-	-	1	-
อื่นๆ (Other)	-	-	-	-	-	1
รวม	59	34	44	52	49	85

จากตารางที่ 1 สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งมีกรณีสูงสุดในปี 2568 จำนวน 50 กรณี คิดเป็นร้อยละ 59 ของกรณีทั้งหมด รองลงมาคือศัลยศาสตร์ทั่วไป 17 กรณี และศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา 9 กรณี ตามลำดับ สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1 กรณีในปี 2563 เป็น 5 กรณีในปี 2568

ประเภทของกรณีที่ได้รับพิจารณา ปี พ.ศ. 2568

กรณีที่ได้รับพิจารณาในปี 2568 จำนวน 85 กรณี สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่

1. การหารือทางวิชาการ 7 กรณี ซึ่งครอบคลุมประเด็นที่หลากหลายดังนี้

- การออกไปรับรองแพทย์
- การโฆษณาทางการแพทย์
- การเบิกจ่ายในกรณีการผ่าตัดบางประเภทว่าเป็นการเสริมความงามหรือไม่
- การทำหัตถการเสริมหน้าอกในห้องผ่าตัดเล็ก สามารถทำได้หรือไม่
- ขอบเขตความสามารถในการทำงานสาขา Podiatry

2. การสอบถามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีจำนวน 78 กรณี ซึ่งในจำนวนนี้มี 6 กรณีที่แพทย์สารถ้องขอให้ส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การในฐานะพยานแพทย์ในชั้นศาล ผลการพิจารณาสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการพิจารณากรณีมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

ผลการพิจารณา	จำนวน (กรณี)
ถูกต้องตามมาตรฐาน	42
ไม่ถูกต้อง	40
ไม่สามารถพิจารณาได้ (เอกสารไม่ครบ)	4
รวม	86*

* บางกรณีมีแพทย์ที่เกี่ยวข้องมากกว่า 1 สาขา จึงนับมากกว่า 78 กรณี

กรณีที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

ในจำนวน 78 กรณีที่สอบถามมาตรฐาน พบกรณีที่ไม่ถูกต้องจำนวน 40 กรณี (ร้อยละ 46.5) สิ่งที่น่าสังเกตอย่างยิ่งคือในจำนวนกรณีที่ไม่ถูกต้องนี้ถึง 32 กรณี (ร้อยละ 80) เกิดขึ้นในคลินิกเวชกรรม (ตารางที่ 3) สะท้อนประเด็นสำคัญด้านการกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานในสถานพยาบาลประเภทดังกล่าว

ตารางที่ 3 กรณีการประกอบวิชาชีพที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จำแนกตามสาขาและสถานที่เกิดเหตุ

สาขา	รวม	Clinic	รพ.เอกชน	รพ.รัฐ
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	34	30	3	1
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	2	0	2	0
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	2	2	0	0
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่	1	0	1	0
กุมารศัลยศาสตร์	1	0	1	0
รวม	40	32	7	1

สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งมีกรณีไม่ถูกต้องสูงที่สุด จำนวน 34 กรณี (ร้อยละ 85 ของกรณีไม่ถูกต้องทั้งหมด) โดยพบว่าผู้ทำหัตถการส่วนใหญ่ไม่ใช่ศัลยแพทย์ตกแต่ง โดยมีเพียง 6 กรณีจาก 34 กรณี (ร้อยละ 18) ที่ดำเนินการโดยศัลยแพทย์ตกแต่งซึ่งยังไม่ผ่านมาตรฐาน มี 1 กรณี เป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง ผ่าตัดกรรม, 3 กรณี เป็นแพทย์โสต ศอ นาสิก ที่ผ่าตัดจมูก ที่เหลือเป็นแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง หรือยังไม่เคยได้รับการอบรมพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ หรือการผ่าตัดที่ไม่ได้ตรงสาขา

ประเด็นปัญหาที่พบมากที่สุด คือ

- การผ่าตัดตกแต่งจมูก (rhinoplasty) ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหลังผ่าตัด และการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยา steroid เพื่อลดบวม การนำซิลิโคนออกแล้วซ้ำ ตลอดจนปัญหาด้านการยินยอม (informed consent) เช่น การแจ้งว่าจะใช้กระดูกซี่โครงแต่เปลี่ยนมาใช้ซิลิโคนแทน
- การดูดไขมันแล้วเกิดเนื้อตาย
- การผ่าตัดเสริมและลดขนาดหน้าอก แล้วเกิดภาวะติดเชื้อ เนื้อตาย
- การผ่าตัดถุงน้ำใต้ตาแล้วเกิดเนื้อตาย

สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป พบกรณีไม่ถูกต้อง 2 กรณีจากทั้งหมด 17 กรณี โดยทั้งสองกรณี เกิดจากปัญหาการไม่มาดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการไม่ได้ติดตามโรคทำให้โรคลุกลาม

สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีกรณีที่ไม่ได้มาตรฐาน 1 กรณี คือ การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่ได้ ซึ่งพบว่าการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน (ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์)

สาขากุมารศัลยศาสตร์ มีกรณีที่ไม่ได้มาตรฐาน 1 กรณี ซึ่งเกิดจากมาตรฐานในด้านการบันทึกเวชระเบียน

สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา พบ 2 กรณีที่ไม่ได้มาตรฐาน ในกรณีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในคลินิก ได้แก่ การไม่ส่งต่อหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือการตรวจเพิ่มเติม เมื่อมีข้อบ่งชี้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการพิจารณาข้อร้องเรียนประจำปี พ.ศ. 2568 สะท้อนประเด็นสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

- 1) ปริมาณข้อร้องเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนสูงสุดในรอบ 6 ปี ที่ 85 กรณี สะท้อนถึงความคาดหวังของสังคมต่อมาตรฐานการประกอบวิชาชีพที่สูงขึ้น
- 2) สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งยังคงมีสัดส่วนสูงสุดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีที่ทำโดยแพทย์ที่ไม่ใช่ศัลยแพทย์ ตกแต่งในคลินิกเวชกรรม ซึ่งถือเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่ต้องการการกำกับดูแลอย่างเร่งด่วน
- 3) กรณีไม่ถูกต้องร้อยละ 80 เกิดในคลินิกเวชกรรม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานพยาบาลประเภทนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหัตถการด้านศัลยศาสตร์ตกแต่ง

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยยังคงมุ่งมั่นในการทำหน้าที่ให้ความเห็นทางวิชาการที่เป็นกลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการประกอบวิชาชีพศัลยศาสตร์ในประเทศไทย และปกป้องความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกราย

การสังเกตการณ์การฝึกอบรบ Care of the Critically Ill Surgical Patient (CCrISP®)

ณ เมืองปูตราจายา ประเทศมาเลเซีย



ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประธานอนุกรรมการศัลยศาสตร์พื้นฐาน ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

บทนำและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะวิกฤตหรือมีความเสี่ยงต่อการทรุดอย่างเฉียบพลันถือเป็นหัวใจสำคัญของการฝึกอบรมศัลยแพทย์ในทุกสาขา ไม่ว่าจะเป็นศัลยศาสตร์ทั่วไป ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร ศัลยศาสตร์หลอดเลือด หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความซับซ้อนทางพยาธิสรีรวิทยา มีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และมีอัตราตายสูง หากขาดการประเมินอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะเริ่มต้นย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง ในบริบทของประเทศไทย แม้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์จะได้รับการฝึกอบรมด้านเวชบำบัดวิกฤตในรูปแบบต่าง ๆ อยู่แล้ว แต่การพัฒนาโครงสร้างการเรียนรู้ที่เป็นระบบ (structured approach) การเน้นการรู้จักผู้ป่วยที่กำลังทรุด (recognition of deterioration) การจัดลำดับความสำคัญของการช่วยชีวิต (prioritization) และการเสริมสร้างทักษะที่ไม่ใช่เชิงเทคนิค (non-technical skills) ยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

หลักสูตร CCrISP (Care of the Critically Ill Surgical Patient) ซึ่งมีรากฐานแนวคิดจาก CCrISP ของ Royal College of Surgeons of England เป็นหลักสูตรที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยเน้นการประเมินผู้ป่วยแบบ ABCDE การช่วยชีวิตอย่างเป็นระบบ และการทำงานเป็นทีมในสถานการณ์วิกฤต จึงเป็นต้นแบบที่มีศักยภาพในการนำมาปรับใช้ในประเทศไทย

ที่มาและวัตถุประสงค์

ตามมติของ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (รพศท) ได้มอบหมายคณะผู้แทนจำนวน 5 ท่าน เข้าร่วม สังเกตการณ์การฝึกอบรม CCrISP ณ ประเทศมาเลเซีย โดยมีผู้แทนจาก สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย เข้าร่วมจำนวน 1 ท่าน ระหว่างวันที่ 6-7 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ณ สถานที่จัดอบรม Medical Academies Malaysia (รูปที่ 1 และ 2)



รูปที่ 1 ตัวแทนของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยและผู้กำกับกร อบรมของ CCrISP



รูปที่ 2 สถานที่จัดอบรม ณ Medical Academies Malaysia

คณะผู้แทนประกอบด้วย

- ศ.ดร.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์ (หัวหน้าคณะ และประธานคณะอนุกรรมการศัลยศาสตร์พื้นฐาน)
- ศ.พญ.สุณีรัตน์ คงเสรีพงศ์ (ผู้รั้งนายกสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย)
- พล.ต.นพ.ภูษิต เพ็ญฟู (ตัวแทน รวศท. และอดีตนายกสมาคมเวชบำบัดวิกฤตฯ)
- รศ.ดร.พญ.ไอสรีย์ อัครบวร (ตัวแทน รวศท.)
- พญ.ณริกานต์ อักษรชาติ (ตัวแทน รวศท.)
- นพ.เศรษฐบุตร เอื้อพานิชเจริญ (ตัวแทน รวศท. และเลขาธิการอนุกรรมการศัลยศาสตร์พื้นฐาน)

โดยมี Professor April Roslani เป็นผู้อำนวยการการฝึกอบรม (Course Director) และ Goo Zhen Qiang เป็นรองผู้อำนวยการการฝึกอบรม

วัตถุประสงค์ของการสังเกตการณ์ครั้งนี้ ได้แก่

1. ศึกษาโครงสร้างหลักสูตรและรูปแบบการจัดการเรียนการสอน
2. ประเมินความเหมาะสมในการบูรณาการเข้ากับหลักสูตรศัลยศาสตร์พื้นฐาน (Fundamental Surgery)
3. พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรมาประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ในประเทศไทย

สรุปกิจกรรมสำคัญของการฝึกอบรม

หลักสูตรประกอบด้วยการเรียนรู้ผ่านออนไลน์ก่อนการเข้าอบรม, การสอบข้อสอบปรนัยก่อนเข้าเรียน, การอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน และการประเมินผลหลังจบหลักสูตร

วันที่ 6 ธันวาคม 2568

- การบรรยายแนวคิดพื้นฐานของการประเมินอย่างเป็นระบบ (structured assessment) ในผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม
- การฝึกปฏิบัติตามลำดับความสำคัญตาม ABCDE
- การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่องการจัดการภาวะช็อก ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด
- การสาธิตการสื่อสารและภาวะผู้นำในสถานการณ์จำลอง

วันที่ 7 ธันวาคม 2568

- การอบรมโดยในรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-based training)
- การฝึกการตัดสินใจในสภาวะกดดันสูง
- การถอดบทเรียนหลังสถานการณ์อย่างเป็นระบบ (Structured debriefing)
- การประเมินทักษะทั้งด้านเทคนิคและทักษะที่ไม่ใช่เชิงเทคนิค (technical and non-technical skills)

รูปแบบการเรียนการสอนเน้นการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้น (active learning) มีผู้สอนต่อผู้เข้าอบรมในสัดส่วนที่เหมาะสม และมีการประเมินตามความสามารถ (competency-based checklist) อย่างเป็นระบบ

ประเด็นสำคัญที่ได้รับจากการสังเกตการณ์

1. การประเมินอย่างเป็นระบบช่วยลดความผิดพลาด

ABCDE framework ช่วยให้การประเมินผู้ป่วยไม่ตกหล่นประเด็นสำคัญ

2. การรู้จักผู้ป่วยที่กำลังทรุดเป็นทักษะหลัก

การเน้นการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก (early recognition) และให้การรักษาอย่างทันทั่วถึง (timely escalation) มีผลต่อการลดความพิการและการเสียชีวิต (morbidity and mortality)

3. ทักษะที่ไม่ใช่เชิงเทคนิคมีความสำคัญเทียบเท่าทักษะหัตถการ

ภาวะผู้นำ การสื่อสาร และ teamwork มีผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล

4. การผนวกการจำลองสถานการณ์ กับทฤษฎีทำให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้

ผู้เรียนสามารถสะท้อนตนเองผ่านการถอดบทเรียนหลังเหตุการณ์ (debriefing) อย่างมีโครงสร้าง

การพิจารณานำหลักสูตรมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

จากการพิจารณาร่วมกันของคณะผู้แทน เห็นว่าหลักสูตร CCrISP มีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการบูรณาการเข้ากับโครงการศัลยศาสตร์พื้นฐาน (Fundamental Surgery) ตามรายละเอียดในเอกสารแนบ โดยกำหนดให้เป็นกิจกรรมบังคับของแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไปและสาขาที่เกี่ยวข้อง

แนวทางดำเนินการประกอบด้วย

- พัฒนาโครงสร้างหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย
- จัดทำการศึกษาฝึกอบรมผู้สอน (Instructor training program)
- กำหนดดัชนีชี้วัดผลงานหรือความสำเร็จของงาน (Key Performance Indicator, KPI) และระบบประเมินผลตามมาตรฐานสากล
- บูรณาการการเรียนก่อนเข้ารับการอบรม (Pre-course module) และการเรียนเชิงปฏิบัติการโดยใช้แบบจำลอง (simulation workshop)

ทั้งนี้ คณะกรรมการบริหารของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีมติอนุมัติในหลักการให้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรดังกล่าวต่อไป ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญของระบบการฝึกอบรมศัลยศาสตร์ของประเทศไทย และเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมวิกฤตให้ทัดเทียมนานาชาติ

unสรุป

กล่าวโดยสรุปการสังเกตการณ์ฝึกอบรม CCRISP ณ ประเทศมาเลเซียในครั้งนี้ มิได้เป็นเพียงการศึกษาดูงาน หากแต่เป็นจุดเริ่มต้นของการยกระดับการฝึกอบรมศัลยแพทย์ไทยในมิติของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นระบบ โดยการบูรณาการองค์ความรู้ด้านการประเมินอย่างเป็นระบบ (structured assessment), การช่วยฟื้นชีพ (resuscitation), การทำงานเป็นทีม (teamwork) และ การเรียนผ่านแบบจำลองสถานการณ์ (simulation-based education) เข้ากับหลักสูตรศัลยศาสตร์พื้นฐาน การได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ดำเนินการต่อ ถือเป็นหมุดหมายสำคัญของการพัฒนาการศึกษาศัลยศาสตร์ไทย และสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมของประเทศอย่างยั่งยืนในอนาคต

SEA Framework: การปฏิวัติทางความคิดเพื่อความเป็นมนุษย์ และความรับผิดชอบต่อสังคม



นายแพทย์สมประสงค์ ทองมีสี

ประธานคณะกรรมการฝ่ายจริยธรรม ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ในห้วงเวลาที่โลกกำลังเผชิญความซับซ้อนและความท้าทายที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้ก้าวออกมาด้วยวิสัยทัศน์ใหม่ที่ลึกซึ้งและทรงพลัง นั่นคือ **SEA framework (System – Ethics – Analytics)** ซึ่งมีใช่เพียงเครื่องมือทางวิชาการ แต่เป็นการปฏิวัติทางความคิด ที่เชื่อมโยงศาสตร์แห่งระบบ เข้ากับจริยธรรมและการวิเคราะห์เชิงข้อมูล เพื่อสร้างความหมายใหม่ให้กับการเป็นมนุษย์และบทบาทของเราต่อสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการศึกษาในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยง **“ระบบ” (System) “จริยธรรม” (Ethics) และ “การวิเคราะห์เชิงข้อมูล” (Analytics)** เข้าด้วยกันอย่างเป็นองค์รวม

SEA framework จึงถูกออกแบบขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือรองรับการปฏิบัติการเชิงระบบ (System-based practice) โดยมี Ethics เป็นแกนกลาง เพื่อให้การตัดสินใจและการดำเนินงานมีความเป็นธรรม (Fairness) มีประสิทธิภาพการใช้ต้นทุน (Cost effectiveness) และสอดคล้องกับมาตรฐานการกำกับดูแล (Compliance)

SEA framework พัฒนามาจาก ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) และต่อยอดด้วยองค์ความรู้สมัยใหม่ ได้แก่

1. Simulation และ Optimization เพื่อจำลองและหาทางเลือกที่เหมาะสม
2. Workflow Automation เพื่อสร้างกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ
3. Ethical Decision Making เพื่อยึดหลักจริยธรรมในการตัดสินใจ

4. Big Data Analytics และ Artificial Intelligence (AI) เพื่อวิเคราะห์และทำนายผลลัพธ์อย่างแม่นยำ

SEA framework ประกอบด้วยตัวอย่างเครื่องมือเฉพาะจำนวน 14 รายการ

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. System Tools 6 เครื่องมือ (ตัวอย่าง)

- Arena, AnyLogic, Excel Solver, UiPath, Node-RED, Python (PuLP/Pyomo + Gurobi) เพื่อสร้าง workflow และ automation

2. Ethics Tools 4 เครื่องมือ (ตัวอย่าง)

- STATA หรือ R, EViews, Collibra, OneTrust เพื่อตรวจสอบ fairness, cost effectiveness และ compliance

3. Analytics Tools 4 เครื่องมือ (ตัวอย่าง)

- PowerBI, SQL, RapidMiner Studio, TensorFlow/PyTorch เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล, ทำนาย outcome และ สื่อสารผลลัพธ์

ขอบเขตการประยุกต์ใช้

- SEA framework สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับจุลภาค (Micro-level) และ มหภาค (Macro-level) ครอบคลุมทั้งภาคบริการและการศึกษา รวมถึง Healthcare System และ Non-healthcare System โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดความซับซ้อน และสร้างความโปร่งใสในการตัดสินใจ

- SEA framework วางรากฐานบน ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) แต่สิ่งที่ทำให้มันแตกต่างคือการยืนยันว่า Ethics คือแกนกลางของทุกการตัดสินใจ ไม่ว่าจะการออกแบบ workflow การใช้ Big Data หรือการประยุกต์ AI จะซับซ้อนเพียงใด หากปราศจากจริยธรรมแล้ว ย่อมไม่อาจนำไปสู่ความยั่งยืนและความเป็นธรรมได้ การมี Ethics เป็นศูนย์กลางจึงเป็นการตอกย้ำว่า การแพทย์และการศึกษาไม่ใช่เพียงเรื่องของประสิทธิภาพ แต่คือการรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์และต่อสังคมโดยรวม

- SEA framework ยังเปิดพื้นที่ให้เรามองเห็นความเชื่อมโยงระหว่าง ความเป็นมนุษย์ (Humanity) และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) อย่างชัดเจน เครื่องมือทั้ง 14 รายการที่ถูกรวบรวมไว้ไม่ได้มีเป้าหมายเพียงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แต่เพื่อสร้างระบบที่สะท้อนคุณค่าของความเป็นมนุษย์—ความเมตตา ความเป็นธรรม และความโปร่งใส—ในทุกการตัดสินใจ

การจัดอบรม SEA Framework in Practice รุ่นที่ 1 เมื่อวันที่ 19–20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 จึงไม่ใช่เพียงกิจกรรมเชิงวิชาการ แต่เป็นการประกาศว่า ราชวิทยาลัยกำลังนำพาศัลยแพทย์ไทยเข้าสู่บทบาทใหม่: จากผู้รักษาโรค ผู้ผู้สร้างระบบที่รับผิดชอบต่อสังคมและอนาคตของมนุษยชาติ

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยเชื่อมั่นว่า SEA framework จะเป็นเสาหลักแห่งการเปลี่ยนแปลงเชิงปรัชญา ที่ทำให้เราตระหนักว่า การแพทย์ไม่ใช่เพียงศาสตร์แห่งการรักษา แต่คือศิลปะแห่งการดำรงอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความหมาย ทุกการตัดสินใจที่ผ่าน SEA framework จึงไม่เพียงตอบโจทย์เชิงเทคนิค แต่ยังสะท้อนความรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์และต่อโลกที่เราร่วมกันสร้าง นี่คือการปฏิวัติทางความคิดที่ ราชวิทยาลัยภูมิใจนำเสนอ และเป็นคำเชิญชวนให้ทุกท่านร่วมเดินทางไปด้วยกัน เพื่อสร้างอนาคตที่ไม่เพียงมีประสิทธิภาพ แต่ยังมีคุณค่า มีความหมาย และมีความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

รูปกิจกรรม SEA Framework: การปฏิวัติทางความคิดเพื่อความเป็นมนุษย์และความรับผิดชอบต่อสังคม



บทบรรณาธิการ



พลตำรวจตรี นายแพทย์ทรงชัย สิมะโรจน์

ผู้อำนวยการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

เนื่องในโอกาสครบรอบ 50 ปี การก่อตั้งราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2518 ทางคณะกรรมการบริหารได้จัดทำหนังสือที่ระลึกครบรอบ 50 ปี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อรวบรวมเนื้อหาและถ่ายทอดประวัติความเป็นมา พัฒนาการ บทบาทภารกิจ ตลอดจนผลงานสำคัญของราชวิทยาลัยฯ รวมถึงรายชื่อผู้สอบผ่านหนังสือวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร ผลงานของกลุ่มฝึกอบรม ตลอดจนกิจกรรมสำคัญ โดยจัดทำเป็น 2 เล่ม ความหนาประมาณ 1,167 หน้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและผลงานของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ หากสมาชิกท่านใดมีความประสงค์จะเป็นเจ้าของหนังสือสามารถติดต่อที่ เจ้าหน้าที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ชั้น 6 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี โดยร่วมสนับสนุนค่าจัดพิมพ์ชุดละ 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)



สำหรับเนื้อหาในจดสารฉบับนี้ ประกอบด้วยเรื่องราวที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์กับท่านสมาชิกดังนี้

- **สรุปผลการประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค** ครั้งที่ 40 ประจำปี 2569 ร่วมกับภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมถึงบรรยายภาคภายในงานและประกาศผลการนำเสนอผลงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน
- **ด้านการศึกษา** ราชวิทยาลัยสนับสนุนสมาชิกศัลยแพทย์รุ่นเยาว์เข้าร่วมประชุมกับต่างประเทศดังนี้
 - **Young Fellows Session** ในการประชุม 81st Annual Clinical Congress of the Philippine College of Surgeons ระหว่างวันที่ 6 - 10 ธันวาคม 2568 ณ ประเทศฟิลิปปินส์
 - **Young Fellows** เข้าร่วม 2026 Younger Fellows Forum ของ Royal Australasian College of Surgeons ระหว่างวันที่ วันที่ 27 - 29 เมษายน 2569 ณ เมืองเพิร์ท ประเทศออสเตรเลีย

นอกจากนี้ทางคณะกรรมการบริหารได้มีมติอนุมัติให้จัดตั้งกลุ่ม RCST Younger Fellows และจะมีการดำเนินกิจกรรมเรื่องรับสมาชิกศัลยแพทย์ที่จบการฝึกอบรมไม่เกิน 10 ปี และมีอายุไม่เกิน 45 ปี เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายและพัฒนาศัลยแพทย์รุ่นใหม่

อีกทั้งยังได้มอบหมายให้คณะกรรมการ Fundamental Surgery ไปศึกษาสังเกตการณ์ฝึกอบรม Care of the Critically Ill Surgical Patient (CCrISP®) ประเทศมาเลเซีย เพื่อนำแนวทางมาพัฒนาจัดทำเป็นหลักสูตรสำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ต่อไปในอนาคต

- **สำหรับด้านจริยธรรม** มีบทเรียนจากข้อร้องเรียนทางการแพทย์จากแพทย์สภาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ปี 2568 รวมทั้งบทความการอบรมหลักสูตร SEA Framework in Practice (โดย SEA ย่อมาจาก System-Ethics-Analytics) สำหรับอาจารย์แพทย์ ซึ่งเป็นวิธีการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านจริยธรรมให้กับศัลยแพทย์ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ผู้ดูแลแพทย์ประจำบ้าน

ท้ายที่สุดนี้ขอเชิญชวนท่านสมาชิกและครอบครัวทุกท่านเข้าร่วมงานประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51 ในหัวข้อ **Toward Best Practice through Collaboration and Integrity** ระหว่างวันที่ 24 – 26 กรกฎาคม 2569 ณ โรงแรมรอยัลคลิฟ พัทยา โดยสามารถติดตามรายละเอียดและลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ <https://www.rcst.or.th/asc/2026/index.php> และสามารถติดตามข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ผ่านช่องทางนี้ด้วย

ด้วยความเคารพอย่างสูง

คณะกรรมการ

จดสารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

จุลสาร

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ติดต่อ

โทร. 0 2716 6141-3

อีเมล rcst.communication@gmail.com

www.rcst.or.th

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง

กรุงเทพฯ 10310

ที่ปรึกษา

นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์

นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช

นายแพทย์ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์

นายแพทย์ณรงค์ รอดวรรณะ

นายแพทย์นพดล วรอุไร

ผู้อำนวยการราชวิทยาลัยฯ

นายแพทย์ทรงชัย สิมะโรจน์

บรรณาธิการ

นายแพทย์ทรงชัย สิมะโรจน์

รองบรรณาธิการ

นายแพทย์ปุ่นฉฤกษ์ ทองเจริญ

ฝ่ายจัดทำต้นฉบับ

นางสุนิมล กิตติชัยกุลกิจ

นางสาวศิริวรรณ ชูระธรรม



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
The Royal College of Surgeons of Thailand