



จุลสาร

Bulletin

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
Royal College of Surgeons of Thailand



ยี่สิบหก ตุลา ปีหกศูนย์
แสนอาตุร สังเสด็จ สรวงสวรรค์
องค์ภูมินทร์ นวัตกรรม อากไปพลัน
ทุกคืนวัน ชาวประชา ไม่ลืมเดือน

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม
ข้าพระพุทธเจ้าคณะกรรมการบริหาร
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2560

Volume 42 Issue 3 September-December 2017

สารบัญ

- 2 สารจากประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- 4 รายงานคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมัยที่ 22 วาระ: 2560-2562
- 7 การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 8 พระอัจฉริยภาพของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร
- 9 ศตวรรษที่ 21 ใครเหมาะที่จะรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล
- 13 Thailand 4.0 : Quality Improvement in Surgery Towards Thailand 4.0
พลโท ศ.คลินิก นายแพทย์ณรงค์ รอดวรรณ:
- 17 อยากรู้ RCST Membership Profile
พลตำรวจตรี นายแพทย์ชุมศักดิ์ พุกกะพงษ์
- 21 ความปลอดภัยของผู้ป่วย หัวใจหลักของการผ่าตัดรักษา
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ศุภกร โรจนินทร์
- 24 2P Safety “Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2017”
นายแพทย์พรเทพ เปรมไธรินทร์
- 29 ข้อมูลสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- 30 วันสำคัญเดือนกันยายน 2560 - กุมภาพันธ์ 2561
- 33 บทบรรณาธิการ

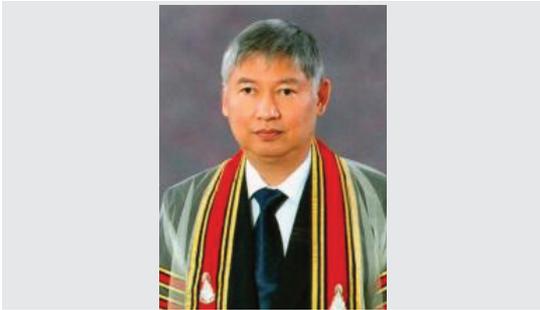
ขอเชิญสมาชิกเข้าชม

Website ใหม่ของ รวศท. ที่

WWW.RCST.OR.TH

สารจากประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

โดย ศ.นพ. ธนพล ไหมแพง



สวัสดิ์ พี่ๆ และเพื่อนสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทุกท่าน ภายหลังจากที่คณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ วาระ 2560-2562 และผู้อำนวยการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ นายแพทย์วิเชาว์ กอจรัญจิตต์ ได้ปฏิบัติหน้าที่มาระยะหนึ่งแล้ว โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผมขอเรียนรายงานความคืบหน้าที่สมาชิกควรทราบ

● **การจัดการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 43** ระหว่างวันที่ 27 กรกฎาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กรกฎาคม 2561 โดยนายแพทย์ประมุข มุทิรางกูร เป็นประธานจัดการประชุม และ นายแพทย์พรชัย โอเจริญรัตน์ เป็นประธานฝ่ายวิชาการ ได้มีการประชุมคณะกรรมการจัดการประชุมฯ หลายครั้ง ภายใต้ Theme : Quality Improvement in Surgery towards Thailand 4.0 คณะกรรมการทุกท่านได้ทำงานอย่างหนักเพื่อให้หัวข้อการประชุม ออกมาดีที่สุดในด้านน่าสนใจ นำความรู้ไปปฏิบัติได้เนื่องจากเป็นการประชุมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดกรอบของการพูด จึงต้องคำนึงถึง ปัญหาสถานะแวดล้อม และสิ่งที่ควรปฏิบัติได้ในประเทศเพื่อการพัฒนาทางสาธารณสุขไทยอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การประชุมในครั้งนี้อาจได้

ได้รับความร่วมมือกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งเอดิเนบอร์ระ (The Royal College of Surgeons of Edinburgh) ในการจัดประชุมร่วมกัน สนับสนุนวิทยากรเพื่อคงความเป็นเลิศทางวิชาการด้วย อีกทั้งยังคงความร่วมมือกับศัลยแพทย์ในกลุ่มประเทศลุ่มแม่น้ำโขง (CLMVT) เพื่อเกียรติ และศักดิ์ศรีแก่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ และความสัมพันธ์อันดีเช่นเดิม จึงขอเชิญชวน พี่ๆ เพื่อนสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ แพทย์ประจำบ้าน และศัลยแพทย์ทุกท่าน สละเวลามาร่วมประชุมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่จะก่อให้เกิดความร่วมมืออันดีและความสามัคคีในหมู่ศัลยแพทย์ อย่างไรก็ตาม ขณะนี้การจัดเตรียมการประชุมวิชาการประจำปีกำลังดำเนินการอยู่ ต้นปีหน้าระหว่างวันที่ 1-4 มีนาคม 2561 จะมีการประชุมวิชาการส่วนภูมิภาคครั้งที่ 32 โดยมีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งตามหัวข้อที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อีกเช่นกัน จึงขอเชิญชวนศัลยแพทย์ที่สนใจ โดยเฉพาะทางภาคใต้ ไปร่วมประชุมอย่างพร้อมเพรียงกัน

● **การปรับปรุงหลักสูตร ตามแนวทาง WFME (WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION)** ได้มีความคืบหน้าของคณะกรรมการปรับปรุงหลักสูตรไปพอสมควร โดยทำเป็นหลักสูตรกลาง สำหรับเป็นแนวทางให้สถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เรื่องหลักสูตรของตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพสถาบันฯ ฉบับใหม่

นอกจากนี้ยังมีการจัดการอบรมมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 17-18 สิงหาคม 2560 เรื่อง “การจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ตามหลักเกณฑ์ของ WFME 2015”

และครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 21-22 กันยายน 2560 เรื่อง “การฝึกอบรมผู้ตรวจประเมินรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรม ตามหลักเกณฑ์ของ WFME 2015” โดยผู้แทนของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ เข้ารับการฝึกอบรม 9 ท่านและยังมีแผนการอบรมเป็นกรณีพิเศษ ในการเป็นผู้ตรวจประเมินรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรม เพื่อเพิ่มจำนวนผู้มีความรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้ตรวจประเมินฯ เนื่องจากสถาบันฝึกอบรมศัลยแพทย์สาขาต่างๆ มีเป็นจำนวนมาก

● การปรับปรุงแก้ไขทะเบียนสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ

เนื่องจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ได้ดำเนินกิจกรรมมากกว่า 40 ปี มีสมาชิกเพิ่มมากขึ้น พบว่ามีปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับสมาชิกได้แก่ จำนวนสมาชิกที่มีอยู่ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีรายชื่อสมาชิกซ้ำ ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดพลาดในการลงข้อมูลในอดีต ข้อมูลการปฏิบัติงานของสมาชิกว่าปฏิบัติงานในสาขาใด มีความคลาดเคลื่อน ทำให้จำนวนศัลยแพทย์แต่ละสาขามีตัวเลขไม่ถูกต้องรวมทั้งสถานที่อยู่เปลี่ยนแปลงไม่สามารถติดต่อได้ เปลี่ยนที่ทำงาน, ย้ายภูมิลำเนา, เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ เปลี่ยน E-mail เป็นต้น ทำให้ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ มีความลำบากในการติดต่อกับสมาชิก ซึ่งทำให้สมาชิกไม่ได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร หรือสิทธิประโยชน์อันพึงได้ นายแพทย์วิเชาว์ กอจรัญจิตต์ ผู้อำนวยการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ได้เป็นผู้นำทีมปรับปรุงแก้ไขทะเบียนสมาชิก โดยคัดรายชื่อสมาชิกที่ซ้ำซ้อนออก สอบถามสมาชิกเท่าที่สามารถติดต่อได้เพื่อยืนยันสาขาที่ปฏิบัติงานจริง ปรับปรุงแก้ไขสถานที่ และวิธีการติดต่อกับสมาชิกเท่าที่ทำได้ อาจมีแบบสอบถามไปยังสมาชิกเพื่อขอทราบข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม เพื่อนำมา

ปรับปรุงแก้ไขทะเบียนสมาชิกให้ถูกต้องทันสมัยขึ้นเพื่อประโยชน์ของสมาชิกทุกท่าน ขอความกรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ เพื่อนำมาปรับปรุงทะเบียนสมาชิกให้ทันสมัยขึ้นด้วย สำหรับตัวเลขสมาชิกขณะนี้ ทั้งสมาชิกสามัญ และวิสามัญที่ยังมีชีวิตอยู่ มี 3196 ท่าน

● **คณะทำงานเกี่ยวกับ RISK MANAGEMENT** เป็นเรื่องที่เรียนให้สมาชิกได้ทราบตั้งแต่คราวที่แล้ว เพื่อช่วยเหลือสมาชิกเรื่องร้องเรียน หรือฟ้องร้องทางการแพทย์ กำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาพิจารณา อย่างรอบคอบเพื่อหาวิธีการทำงานที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์กับสมาชิกอย่างแท้จริง ขอเวลาให้คณะทำงานดำเนินการอีกซักระยะหนึ่งคงจะมีรูปแบบการทำงานมาแจ้งให้ทราบ

กว่าที่จุฬาสารของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ เล่มนี้จะส่งถึงมือทุกท่าน ประชาชนชาวไทยทุกคนคงผ่าน พระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหิตลธิเบศร บรมนาถบพิตร จักรีนฤพดินทร สายามินทราราช บรมนาถบพิตร และได้ถวายความอาลัยต่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชกันไปแล้ว ผมเชื่อว่าสมาชิกทั้งหลาย รวมทั้งผมเองยังคงมีความโศกเศร้าอยู่ในจิตใจ แต่เราก็ยังคงเดินหน้ารับใช้สังคมและประเทศชาติต่อไป เปลี่ยนความโศกเศร้าเป็นแรงบันดาลใจในการทำความดี

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2561 ผมและคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ขอกราบอาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากลโลก จงดลบันดาลให้พี่น้องชาวศัลยแพทย์ทุกท่าน ประสบความสุขสมความปรารถนา มีสุขภาพแข็งแรง มีจิตใจมั่นคง และมีกำลังสติปัญญา รับใช้สังคมและประเทศชาติต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์ชนพล ไหมแพง
ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะกรรมการบริหาร

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย วาระ: 2560-2562



ประธานราชวิทยาลัย
นายแพทย์ธนพล ไทมแพง



ผู้รั้งตำแหน่งประธาน
นายแพทย์ไพศิษฎ์ ศิริวิทยาการ



รองประธาน
นายแพทย์ประมุข มุกติรางกูร



เลขาธิการ
นายแพทย์วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล



รองเลขาธิการ
นายแพทย์ชาญเวช ศรีรักษาพุทธ



เหรัญญิก
นายแพทย์ปรีชา ศิริทองถาวร



กรรมการกลาง
นายแพทย์ธัญเดช นิมมานวุฒิมพงษ์



กรรมการกลาง
นายแพทย์พรชัย โอเจริญรัตน์



กรรมการกลาง
นายแพทย์ศุภกร โรจนินทร



ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ทั่วไป
นายแพทย์ทรงชัย สิมะโรจน์



ผู้แทนกลุ่มกุมารศัลยแพทย์
นายแพทย์มนวัฒน์ เจ็นดำ



ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ตกแต่ง
นายแพทย์ศิรชัย จินดารักษ์



ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ทรวงอก
นายแพทย์สมภพ พระธานี



ผู้แทนกลุ่มประสาทศัลยแพทย์
นายแพทย์ยอธรัก ประเสริฐ



ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ ยูโรวิทยา
นายแพทย์ไชยยงค์ นวลวง



ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่ฯ
นายแพทย์นพดนิช ชัยสมบูรณ์



ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์
นายแพทย์ธนา ธูระเจน



ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์หลอดเลือด
นายแพทย์ธำรงโรจน์ เต็มอุดม



ผู้แทนกลุ่มศิษย์แพทย์อุบัติเหตุ
นายแพทย์นเรนทร์ โชติรสนิรมิต



ผู้แทนกลุ่มศิษย์แพทย์มะเร็งวิทยา
นายแพทย์สุขไชย สาทภาพร



ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ
นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช



ผู้อำนวยการ
นายแพทย์วิเชาว์ กอจัญจิตต์

การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



หัวข้องานประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค

- บทบาทของศัลยแพทย์กับการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ยั่งยืน
- Surgeons Education Reform in the context of Thailand 4.0
- Up-to-date ATLS protocol, the big leap
- Locally advanced rectal cancer: Total Lap, Hand assisted or Robotic surgery?
- Best practice in bariatric surgery
- Awake brain surgery
- Hypospadias and intersex anomalies: Surgical roles
- Building pre-hospital network for Trauma patients
- Day Care Vascular Surgery: an evolution through collaboration
- Advanced care in upper GI diseases
- Multidisciplinary management of bile duct injury
- Complex endovascular procedures

ค่าลงทะเบียน

แพทย์

ก่อน 15 กุมภาพันธ์ 2561 2500 บาท
หลัง 15 กุมภาพันธ์ 2561 3000 บาท

พยาบาลและแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน

ก่อน 15 กุมภาพันธ์ 2561 2000 บาท
หลัง 15 กุมภาพันธ์ 2561 2500 บาท

ติดต่อสอบถาม/สมัครได้ที่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทร. 074-451401-3 E-Mail: mejiorawan@gmail.com

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาริเบศรรามาริบัติ จักรินฤบดีนทร สยามินทราริราช บรมนากบพิตร

พระมหากษัตริย์รูปงามที่สุด
พูดได้หลายภาษา
ทรงฉลองพระองค์(แต่งกาย)ดีที่สุดใน
ทรงสุภาพ สุขุม อ่อนโยน
โรแมนติคมาก
ทรงรักการศึกษา
ทรงรักภาษาไทย
ทรงรักชาติที่สุด
มีความถ่อมตนและลดองค์ลงมาหาประชาชนจนติดดินที่สุด
มีศรัทธาในพระพุทธรูปศาสนาที่สุด
เป็นผู้มีศีลมั่นคง
ทรงรู้ธรรมลึกซึ้งที่สุด
มีความกรุณาที่สุด
มีความเพียรที่สุด
มีความกตัญญูที่สุด
มีความรู้มากที่สุดใน
ทรงเป็นนักปราชญ์
ทรงเป็นศิลปิน
ทรงเป็นนักแปล
ทรงเป็นนักพัฒนา
ทรงเป็นนักเดินทาง
เก่งวิทยาศาสตร์
เก่งเทคโนโลยี
เก่งอักษรศาสตร์
เก่งภูมิศาสตร์
เก่งการทหาร
เก่งเรื่องป่า
เก่งเรื่องน้ำที่สุด
เก่งทุกรูปที่สุด

เป็นนักเรียนนอก
ทรงเป็นสุภาพบุรุษ
กิริยามารยาทดีเยี่ยม
มีพระอารมณ์ขัน
ทรงรักเดียวใจเดียว
ทรงรักการอ่านหนังสือ
ทรงรักสัตว์
ทรงรักประชาชนที่สุด
ทรงบำเพ็ญทานยิ่งกว่าผู้ใดทั้งสิ้น
ทรงมีสมาธิในการทำงานอย่างยิ่ง
มีความเมตตาที่สุด
มีความเสียสละที่สุด
มีความอดทนที่สุด
มีพระสติปัญญาลึกซึ้งที่สุด
ฉลาดที่สุด
ทรงเป็นครู
ทรงเป็นนักดนตรี
ทรงเป็นนักเขียน
ทรงเป็นนักประติมากรรม
ทรงเป็นนักสำรวจ
ทรงเป็นนักกีฬา
เก่งศิลปะ
เก่งสื่อมวลชน
เก่งเศรษฐศาสตร์
เก่งกฎหมาย
เก่งการเกษตร
เก่งเรื่องดินที่สุด
เก่งเรื่องฝนที่สุด
เก่งดนตรีที่สุด

เป็นมนุษย์ที่ทำประโยชน์ให้ประเทศไทยมากที่สุด
ไม่ว่าเชื่อว่า พระอัจฉริยภาพทั้งหมดนี้ จะมิได้อยู่ในพระองค์เดียวได้ !
มีอะไรอีกบ้างที่ไม่พบในสันเกตุฯ รัชกาลที่ 9

ศตวรรษที่ 21

ใครเหมาะที่จะรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล

Who is the most suitable position to take care the surgical critically ill patients?

ความเจริญก้าวหน้าทางด้าน การนำเอาเทคโนโลยีขั้นสูงและนำอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ทางด้านการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วจนกระทั่งการแพทย์ในประเทศที่กำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาติดตามความก้าวหน้าแทบไม่ทัน ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้วก้าวไปอย่างรวดเร็ว ผลที่ตามมาก็คือทำให้ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยสูงตามขึ้นไปด้วย รวมทั้งวิธีการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม งานที่ศัลยแพทย์เคยทำมาก่อนหลายอย่างได้เปลี่ยนไปเป็นงานของอายุรแพทย์ซึ่งไม่จำเป็นต้องอาศัยใบมีดมาทำผ่าตัดอย่างที่เคยทำมาก่อนแต่หันมาใช้เครื่องมือพิเศษที่มีลักษณะคล้ายสายลวด (catheter) สอดผ่านหลอดเลือดแดงจากบริเวณแขนหรือขาเข้าไปที่หัวใจแล้วใช้วิธีฉีดสารทึบรังสีที่เรียกว่า contrast media ผ่านเข้าทางรูเปิดของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจที่เป็น main coronary ทั้ง 3 เส้น หากพบว่าหลอดเลือดแดง coronary ที่มาเลี้ยงหัวใจเส้นใดมีการตีบตันทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดน้อยลง เมื่อผู้ป่วยออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยก็ทำให้เกิดอาการเจ็บบริเวณหน้าอกได้ สมัยก่อนอายุรแพทย์ทางหัวใจก็มักจะให้ยาไปช่วยขยายหลอดเลือดไปรับประทานครูก่อน ถ้าอาการเจ็บหน้าอกยังไม่ดีขึ้นก็จะส่งให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดหัวใจไปทำ coronary artery bypass graft แต่เมื่อเวลาผ่านไปมาถึงยุคไฮเทคเทคโนโลยี อายุรแพทย์ทางหัวใจสามารถใช้ catheter สอดเข้าไปที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเมื่อพบเส้นเลือด coronary เส้นที่ตีบตันที่คิดว่ายังไม่จำเป็นต้องทำผ่าตัดในขณะนั้นก็ได้ใช้ balloon ที่ติดอยู่ตรงปลาย catheter ขยายหลอดเลือดส่วนที่ตีบตันไม่ตลอดนั้นหลายๆ ครั้ง

การตีบตันก็จะขยายออกได้ดีขึ้นผู้ป่วยนั้นก็หายจากการเจ็บหน้าอกแต่ถ้าพบว่าการขยายหลอดเลือดทำได้ไม่ดีนักก็สามารถเปลี่ยนมาใช้ stent สอดใส่เข้าไปในหลอดเลือด coronary เพื่อไปถ่างหลอดเลือดส่วนที่ตีบเอาไว้แล้วหันมาช่วยกันเลือดจับตัวเป็นก้อนร่วมไปด้วย หรือจะให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดหัวใจไปทำ coronary artery bypass graft ก็ได้ จะเห็นได้ว่าอายุรแพทย์ทางหัวใจในปัจจุบันกับอายุรแพทย์ในอดีตก็ยังมีวิธีการรักษาที่ต่างกัน ถ้าเรามีได้กังวลถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นเรื่องใหญ่ การรักษาในยุคปัจจุบันได้รับความสะดวกขึ้นมาก สามารถช่วยชีวิตคนไข้โรคหัวใจชนิด acute ได้อย่างมหัศจรรย์ทีเดียว ในทำนองเดียวกันในหมู่ศัลยแพทย์ด้วยกันก็ยังมี การเปลี่ยนแปลงแบ่งย่อยออกไปเป็นส่วนๆ ตามระบบหรือ organ เมื่อเกิดมีพยาธิสภาพขึ้นในส่วนของร่างกายของผู้ป่วย แพทย์คนแรกที่ดูแลผู้ป่วยจะ refer ไปพบแพทย์เฉพาะทางในส่วนนั้นๆ โดยเฉพาะทำให้ศัลยแพทย์ทั่วไปซึ่งเคยผ่าตัดได้เกือบทุกอวัยวะในช่องท้องของผู้ป่วยกลับต้อง refer ผู้ป่วยรายนั้นไปพบแพทย์เฉพาะส่วนหรือระบบ ตัวอย่างเช่น ศัลยแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทางด้าน upper gastrointestinal tract จะ refer หรือไปพบแพทย์ในส่วน lower gastrointestinal tract หรือส่งไปพบศัลยแพทย์ทาง hepato-biliary จะเห็นได้ว่า general surgeon คนเดียวกันนี้ที่เคยดูแลผู้ป่วยรักษาผ่าตัด organ ในช่องท้องได้แทบทุก organ มาก่อน ต้องกลับมาทำหน้าที่เป็นคน refer ผู้ป่วยให้รุ่นลูกหลานแทน คิดว่าถ้าเหตุการณ์ที่ศัลยแพทย์ยุคใหม่คิดจะทำนั้นคงเล่นกันสนุกแน่ในที่สุด general surgeon ท่านนี้คงจะไม่มึนงงที่เป็นของตัวเหลืออยู่แม้แต่คนเดียว เมื่อได้มานั่งคิดนอนคิด

แล้วก็รู้สึกจะเป็นห่วงทางด้าน moral ก่อนข้างมาก จะทำให้ general surgeons แบ่งกลุ่มกันออกไป ทำมาหากินกันเป็นกลุ่มๆ แทนที่อยู่กันเป็นกลุ่ม เป็นก้อนเดียวกันมีความรักสามัคคีต่อกันกลับแบ่ง พวกออกเป็นกลุ่มย่อยลงไปอีก ในความคิดเห็น ส่วนตัวคิดว่าที่เราได้ทำกันมาก่อนที่ศัลยแพทย์เรา ได้แบ่งเป็น 9 สาขานั้นมันคืออยู่แล้ว ตอนยังรู้สึก เสียหายที่ทางสาขา orthopedic และ neurosurgeon ได้แยกตัวออกไปตั้งเป็นราชวิทยาลัยต่างหาก ต่อ ไปอาจจะได้ยิน ราชวิทยาลัย hernia ก็ได้ ผมคิดว่า ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีมันทำให้ การดูแลรักษาผู้ป่วยของเราได้รับความสะดวก คล่องตัวขึ้น ผมมีความเห็นว่าเราน่าจะหันหน้าเข้ามา ทำกันแล้วมาคิดว่าเรามีอยู่แล้ว 9 สาขานั้นมันดี พอแล้วหรือยัง มีอะไรที่ต้องปรับปรุงแก้ไขหรือ พัฒนาให้มันดีขึ้นหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณภาพของบุคลากรของเราที่เรามีอยู่ ดีพร้อมที่ เรียกว่าดีเลิศจริงๆ แล้วหรือยัง เมื่อมาถึงตรงจุดนี้ ผมอยากให้ศัลยแพทย์เราทุกคน ได้พิจารณาตัวเอง อย่างตรงไปตรงมาว่า งานที่ตัวเราทำอยู่หรือ รับผิดชอบอยู่นั้นมันเรียบร้อยสมบูรณ์ทุกอย่าง ตามที่คนส่วนใหญ่ปรารถนาแล้วหรือยัง เรื่อง คุณภาพและความสามารถของบุคลากรผมคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญมากจะต้องนำมาก่อน ส่วนประกอบ อื่นที่จะมาประกอบเข้าด้วยกันเพื่อเป็นศัลยแพทย์ ที่อยู่ในอุดมการณ์หรือภาษาอังกฤษเรียกว่า Model surgeon ผมคิดว่าคงไม่มีผู้ป่วยคนใดที่ได้รับการ ดูแลรักษาจากแพทย์ที่มีความรู้และความสามารถดี เยี่ยมแต่ขาดด้านจริยธรรมและคุณธรรมของความเป็นแพทย์ที่ดี ขออนุญาตกลับมาที่ระบบการดูแล รักษาในยุคไฮเทคอีกครั้งหนึ่งเรายังเป็นห่วงเรื่อง general surgeon ของเราอยู่ ถ้าหากเราไม่ได้ ปรับปรุงเรื่อง curriculum ของการ training ของ surgical resident ของไทยเรา ผมจะขอแนะนำเอา ระบบการ training ของ residency training ทาง ศัลยศาสตร์ในสหรัฐอเมริกามาเทียบกับของไทย

จะพบว่าใช้เวลาฝึกอบรมนาน 5-6 ปี รวมทั้งปีที่ เป็น surgical intern หรือบางคนอาจใช้เวลาถึง 7 ปี โดยที่ระหว่าง training อยู่นั้นขอแยกตัวไปทำวิจัย เสีย 1 ปียิ่งทำให้ความรู้ที่จะกลับมาเป็นครูสอน นักศึกษาแพทย์และ resident ได้ดียิ่งขึ้น แพทย์ บางคนคิดอยากจะทำ Doctor of PhD ควบคู่ไปด้วย ในระหว่างทำ residency training อยู่ อาจใช้เวลาเพิ่มอีก 1 หรือ 2 ปีที่สำคัญและจำเป็นต้อง ใช้ในเวชปฏิบัติ การเรียนการสอนและการทำวิจัย คำว่า surgeon หรือ general surgeon อย่างที่เมือง ไทยนิยมใช้เรียกกันอยู่ ความรู้และความสามารถของ surgeon ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องการนั้นเป็น ความรู้ทางด้านศัลยศาสตร์ที่ค่อนข้างกว้างและลง ลึกในบางอันหรือให้รู้หมดทั่วทั้งร่างกายคงจะเห็น ได้จากระหว่างที่เราอยู่ใน training ในปีแรกๆ เขาจะจัดให้เราได้ rotate ผ่านทุกสาขาที่อยู่ในภาค วิชาศัลยศาสตร์ ก็จะต้องมีความรู้ในทุกสาขาย่อยของศัลยศาสตร์และเมื่อมีความจำเป็นจริงๆ เช่น ในสถานการณ์ที่ต้องการความรีบด่วนที่อาจ เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและไม่มี specialty มาอยู่ในที่เกิดเหตุเมื่อมีความจำเป็น general surgeon ที่อยู่ในเหตุการณ์ ก็ต้องมีความสามารถพอที่จะ ทำการผ่าตัดช่วยชีวิตผู้ป่วยนั้นได้ด้วย ซึ่งก็คล้ายๆ กันของทุกประเทศเริ่มจากเจริญน้อยไปหาที่เจริญ เพิ่มมากขึ้น สหรัฐอเมริกาเขามีประชากรมากกว่า ประเทศเรามากกว่าหลายเท่าตัวและผู้คนของเขามี คุณภาพที่ดีและเหนือกว่าและจำนวนก็มากกว่าด้วย จึงทำให้ศัลยแพทย์ที่ผลิตออกมาแยกกระจายกัน ออกมาทำและฝึกให้เป็นแพทย์ผู้ชำนาญการหรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระบบหรือส่วนของร่างกายดังที่ ปรากฏอยู่จนทุกวันนี้จึงทำให้ surgeon หรือ general surgeon ไปทำผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่กับ organs ภายในช่องท้องเป็นส่วนใหญ่ แต่พอมาถึงยุคของ ไฮเทคก็ยังมีคนบางคนคิดจะแบ่งต่อไปให้เหลือ เล็กแคบลงไปกว่านั้นอีกจนสุดท้าย อาจจะไม่มี อะไรเหลือก็ได้

ในฐานะที่เป็น general surgeon คนหนึ่ง และมีประสบการณ์ในช่วงที่ทำ clinical practice อยู่ในศิริราชซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ผลิตแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ ในช่วงเวลา 30-40 ปีที่ผ่านมา ถ้าพูดถึงผู้ป่วยที่ผมคลุกคลีอยู่ตลอดเวลาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหนักประเภทวิกฤตหรือที่เรียกว่าจำเป็นต้องอาศัย acute surgical critical care ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหนักที่ต้องดูแลทันทีและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ผมได้ดูแลและมีประสบการณ์มาเป็นอย่างดีนั้นคือผู้ป่วย severe trauma, burns, shock และ sepsis ส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ severe trauma และ severe burn ที่ส่งมาจากโรงพยาบาลอื่นอีกทีหนึ่ง อาจจะมา present กับเราด้วยเรื่อง shock จาก hypovolemic หรือ septic shock ตั้งแต่ระยะแรกๆ ก็ได้ถ้าการให้การดูแลรักษาทำได้ไม่ถูกต้องและดีพอตั้งแต่ระยะแรกๆ ก็ได้ในทำนองเดียวกันกับเรื่อง sepsis และ infection มักจะเกิดตามมาจากผลของการดูแลของแพทย์ที่ขาดประสบการณ์ ผมเคยดูแลผู้ป่วยที่มี acute severe hemorrhagic necrotizing pancreatitis with multiple organs failure มากกว่า 4 organ systems ภายในช่องท้องพบมี severe septic abdomen เนื่องจากมี near total gangrenous of colon จึงได้ทำ ileocollectomy พร้อมกับเปิดแผลหน้าท้อง open ไว้นานพอสมควร ผู้ป่วยรายนี้ต้องให้ prolonged respiratory support และ nutritional support ทาง TPN อยู่ยาวนานเป็นเดือน ในช่องท้องก็ต้องเอาผู้ป่วยไปทำ re-exploration หลายครั้ง เพราะมีเรื่อง intra peritoneal bleeding จาก inflammation ที่มีอยู่เดิมผู้ป่วยรายนี้ต้องอาศัยการดูแลที่เสียสละจริงๆ ทั้งเวลา กำลังกายและใจ โดยทั่วไปโอกาสที่จะรอดชีวิตในผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพอย่างนี้เกือบจะเป็น 0% แต่ผู้ป่วยรายนี้รอดชีวิตมาได้ อาจจะเป็นเพราะอายุยังไม่มากเกินไป (35 ปี) แต่ที่สำคัญที่สุดคืออยู่ที่ตัวแพทย์ที่ดูแล

รักษาอย่างใกล้ชิดใช้ความอดทนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีปัญหาเกิดขึ้น โดยอาศัยปัญญาจากการเรียนรู้และหาประสบการณ์เพื่อให้ได้มา ซึ่ง recognition เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นเรียกว่าการทำ decision making การดูแลรักษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์มาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ตอนแรกที่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาที่ ER และมีความจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นตามหลัก Advanced Trauma Life Support ซึ่ง general surgeon น่าจะมีความชำนาญกว่าในสาขาอื่นๆ ใน case burn ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยบาดเจ็บอุบัติเหตุ น่าจะมอบงานเริ่มตั้งแต่การทำ resuscitation ไปจนกระทั่งถึงการผ่าตัดปิดแผลด้วยการทำ skin grafting ให้การดูแลระยะเริ่มต้นของผู้ป่วยเหล่านี้ในมือของ general surgeon ซึ่งเป็นระบบเดียวกับที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาของให้ศัลยแพทย์ตกแต่งและ resident ทางศัลยกรรมตกแต่งและ resident ทางศัลยกรรมตกแต่ง confine งานอยู่ในส่วนของ reconstructive burn surgery น่าจะเหมาะสมกว่าเพื่อการศึกษาค้นคว้าให้ได้มาว่าจะหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการป้องกันและรักษา scar และ scar contracture ที่ดีกว่าวิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ แทบทุกประเทศจะพบผู้ป่วยที่มี scar และ scar contracture รอการช่วยเหลือดูแลจากท่านอยู่ พวกเราทราบดีว่าศัลยแพทย์ตกแต่งน้อยคนที่สนใจเรื่อง หิงๆ งอๆ เช่นเดียวกับ general surgeon ที่ไม่สนใจดูแลผู้ป่วย burn แต่อีกไม่ช้าไม่นานผมเกรงว่า general surgeons ที่ไม่มีความรู้และเชี่ยวชาญทางด้านใดด้านหนึ่งเป็นพิเศษไปจากศัลยแพทย์ทั่วไปคนอื่น จะหาผู้ป่วยมาทำผ่าตัดหรือดูแลได้ยากขึ้น ปัจจุบันที่เห็นว่ายังต้องใช้มีดผ่าตัดทำอยู่ในรูปของ emergency และหรือ urgency และต้องอาศัยวิธีการตรวจค้นด้วย high technology ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยไฮเทคยังจำกัดอยู่กับใน case trauma และ burn เท่านั้น general surgeon

ยินดีและภูมิใจที่จะมาดูแลส่วนอื่นทั้งหมดยกเว้นเรื่อง reconstructive surgery ของ burn scar และ scar contracture อัตราการตายของผู้ป่วย burn จากโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่มีการดูแล โดย general surgeon จะมีอัตราตายสูงกว่า โรงพยาบาลที่มี ศัลยแพทย์ตกแต่งดูแลทั้งนี้ก็เพราะ residents ทาง general surgery มีความรู้จากที่จัดไว้ในหลักสูตรมีจำนวนน้อยมาก ยิ่งไปกว่านั้นจำนวนของ ศัลยแพทย์ที่จบการ training ทาง general surgery มีจำนวนมากกว่ากันหลายเท่า เรื่องนี้ต้องเรียนให้กรรมการที่ดูแล residency training ทางศัลยกรรมภายใต้การดูแลของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ได้รับทราบเพราะเป็นเรื่องที่น่าสนใจที่ ศัลยแพทย์ทั่วไปจะได้นำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้ด้วยประโยชน์ต่อตัวเราเองอย่างน้อยเมื่อท่านมีความรู้เรื่อง burn ดีขึ้นท่านจะได้เข้าใจเรื่อง metabolic changes และ nutritional support ในผู้ป่วยวิกฤตได้ดีขึ้นรวมทั้งเรื่อง immunity ในผู้ป่วย burn ด้วย ซึ่งเป็นเหตุผลที่ว่าทำไมจึงจำเป็นต้องแยกดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ามาใหม่ๆ ในสหรัฐอเมริกาที่เป็น medical center ใหญ่ๆ เขาจะเตรียมสร้าง burn unit ไว้ก่อนเสมอ มุมมองของคนอเมริกันและประเทศทางตะวันตกจะมีมุมมอง

มองตรงข้ามกับประเทศทางตะวันออก ผมขอรับรองว่าถ้า residents ศัลยศาสตร์ของเราได้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเรื่องที่เกี่ยวกับ pathophysiologic changes ในทุกๆ ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงในตัวคนไข้ burn เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรมอื่นๆ แล้วจะทำให้มีความรู้ดีกว่าการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ เป็นของธรรมดาไปหมด ผมจำได้ว่าตอนที่ผมสอบบอร์ด Surgery part 2 (Oral) ในช่วงเวลาที่ผมเป็น Fellow ทำงานอยู่กับ Top burn surgeon ของสหรัฐอเมริกาผมสามารถตอบคำถามที่ Professor เขาถามผมมาได้ทุกข้อคำถาม ผมคิดว่าคำตอบที่ตอบเขาไปนั้นตรงกับเป้าที่เขาถามมาทำให้อาจารย์ผู้สอบถามผมได้ไม่ก็คำถามก็หยุดถาม หันไปคุยเรื่องอื่นแทนของจบเพียงเท่านี้ ผมขอฝากผลงานการดูแลผู้ป่วย very severe critical patients ที่เข้ามาครั้งแรก predict prognosis ไว้ว่าผู้ป่วยหนักเหล่านี้ไม่น่าจะมีชีวิตอยู่รอดได้ แต่ผมได้มีภาวการณ์ว่าจะทำอะไรขอให้จริงใจและจริงจัง ประกอบกับ พรหมวิหาร 4 มักจะสำเร็จทุกราย สาธุ

ด้วยความปรารถนาที่ดีจากประสบการณ์ในชีวิตของผู้อุทิศกำลังกาย และใจให้กับผู้ป่วยวิกฤต

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ

นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล

ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

THAILAND 4.0: QUALITY IMPROVEMENT IN SURGERY TOWARDS THAILAND 4.0

พลโท ศ.คลินิก นพ.ณรงค์ รอดวรรณะ

อดีตรักษานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2550-52)

1. สืบเนื่องมาจากการประชุมคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 43 ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในเดือนกรกฎาคม 2561 ได้สรุปและตั้งหัวข้อการประชุม (Theme) ว่า **“Quality Improvement in Surgery towards Thailand 4.0”** คือเรื่องที่จะปรับปรุงคุณภาพของศัลยศาสตร์นั้นคงไม่ยาก พิจารณาเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด - ขณะผ่าตัด - หลังผ่าตัด (Pre-operative - Intra-operative & Post-operative periods) ในแต่ละสาขาของศัลยศาสตร์ตั้งแต่ของ Conventional Surgery - Laparoscopic Surgery - Video Assisted Thoracoscopic Surgery - Endovascular Stent Graft - Hybrid OR - Robotic Surgery เป็นต้น ซึ่งเราก็ปรับปรุงพัฒนากันอยู่แล้วจะเป็นของใหม่และมีค่าใช้จ่ายสูง แต่ต้องมุ่งไปสู่ **“Thailand 4.0”** ในอนาคตนั้นมันคืออะไร หลายคนไม่รู้ - บางท่านพอรู้แต่ไม่แน่ใจ - บางท่านรู้เพราะได้ยินบ่อย โดยเฉพาะรัฐบาลของเราขณะนี้ใช้กับทุกเรื่องและเป็นเป้าประสงค์ให้ประเทศไทยเป็นกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed Country) ในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศของเราตกอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางมากกว่า 20 ปีแล้ว

2. ประเทศไทยของเรา จากการรายงานกลางปี ค.ศ.2017 (Economic Review mid-year 2017) พบว่าเรามีประชากร 68,200,824 คน (มากเป็นลำดับที่ 21 ของโลก) มีอายุเฉลี่ย 37.2 ปี (อยู่ลำดับที่ 66) มีอายุยืนยาว (Life Expectancy) 74.7 ปี คือของผู้ชาย 71.5 ปี และของผู้หญิง 78 ปี ประเทศ

ไทยมีพื้นที่ 513,120 ตารางกิโลเมตร (ใหญ่เป็นลำดับที่ 51 ของโลก โดยมีพื้นที่การเกษตรร้อยละ 41.2 เป็นป่าไม้ร้อยละ 37.2) แต่เรามีรายได้ประชาชาติจากภาคการเกษตรเพียงร้อยละ 8.9 - จากภาคอุตสาหกรรมร้อยละ 35.9 - และจากภาคบริการร้อยละ 55.3 ที่น่าภาคภูมิใจประการหนึ่งคือ **ประเทศไทยผลิตรถยนต์ส่งออกมากเป็นลำดับที่ 12 ในจำนวน 20 ประเทศชั้นนำทั่วโลก** คือ เราผลิตได้ปีละ 1,944,417 คัน (ค.ศ.2016 - ในทวีปเอเชียเป็นรองจีน - ญี่ปุ่น - อินเดีย และเกาหลีใต้เท่านั้น) ในแง่การใช้จ่ายของประเทศเราใช้จ่ายในทางสุขภาพต่อหัวประชากรต่อรายได้ประชาชาติ (Health Expenditure) ร้อยละ 6.5 ซึ่งน้อยมากเป็นลำดับที่ 163 ของโลก ในทางการศึกษามากถึงร้อยละ 4.1 มากเป็นลำดับที่ 47 ของโลก แต่ผลการประเมินด้านการศึกษาออกมาพบว่าแม้ใน 10 ประเทศในอาเซียนเรติดอันดับรองสุดท้าย เราต้องบริหารจัดการด้านการศึกษาอย่างฉลาดสุขุมรอบคอบกว่านี้ เพราะทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการพัฒนา ลงทุนสูงแต่ได้ผลตอบแทนที่ต่ำมาก นอกจากนี้ปัญหาเรื้อรังที่ทุกรัฐบาลพยายามแก้ไขคือ ความยากจนและความไม่เท่าเทียมกัน ช่องว่างของคนจนและคนรวยกลับไม่ลดลง ร้อยละ 10 ของประชากรที่เป็นคนรวยหาเงินได้มากกว่า 22.1 เท่าของร้อยละ 10 ของประชากรที่เป็นคนจนในปี ค.ศ.2015 ปัญหาคืออะไรในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาคำตอบก็คือ เรื่องของการเมืองที่อายุรัฐบาลแต่ละรัฐบาลสั้น เรื่องของการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ไม่ต่อเนื่อง เรื่องของ

สังคมคือการทุจริตคอร์ปชั่นที่ยังมีอยู่ (เรื่อง “จีโองตั้งแต่เด็ก” - กรณีล้มหรือไม่ใช่หนี้กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) ที่มีมาแล้ว 20 ปี จำนวน 8 ล้านคนที่กู้เงิน เกือบ 5 ล้านคนรวมจำนวนเงิน 90,000 ล้านบาท ไม่ยอมชำระหนี้คืน) เป็นการทุจริตคอร์ปชั่นตั้งแต่อายุน้อยและทุจริตของผู้มีการศึกษา

3. วันนี้บ้านเราใครไม่พูดถึงหรือไม่รู้ “ประเทศไทยสู่จุดศูนย์ (Thailand 4.0)” คู่ออกจะไม่ทันสมัย แต่ไม่เป็นไรหรืออายุใครเพราะการสำรวจของบ้านสมเด็จ (Bansomdej Poll) จากคนใน กทม. 1,305 คนเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ปีนี้อเองพบว่าร้อยละ 53 ไม่เข้าใจแนวความคิดนี้ ร้อยละ 19 ไม่แน่ใจว่ารู้และร้อยละ 28 ตอบว่าไม่รู้เอาเลย การสำรวจอีกสถาบันคือของนิด้า (NIDA Poll) จากคน 1,250 คนทั่วประเทศพบว่าร้อยละ 57 ไม่เข้าใจจริง มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่เข้าใจแจ่มแจ้งความจริงแนวความคิดประเทศไทยสู่จุดศูนย์เป็นรูปแบบ (Model) ทางเศรษฐกิจที่รัฐบาลปัจจุบันริเริ่มขึ้นเมื่อ 3 ปีที่แล้ว เป็นนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาประเทศเพื่อนำพาประเทศของเราไปสู่ประเทศที่มีการคิดค้นและประดิษฐ์เอง (Creativity) + สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสิ่งใหม่ๆคือนวัตกรรม (Innovation) + และทำให้เราเป็นประเทศที่ฉลาดปราดเปรื่อง (Smart Thailand) เป็นการพัฒนาจาก “Thailand 1.0” คือ เน้นการพัฒนาภาคการเกษตรเป็นหลัก - มีโรงงานอุตสาหกรรมพื้นบ้านเล็กๆมาสู่ “Thailand 2.0” คือมีอุตสาหกรรมเบา - พึ่งสินค้าเข้า - ขายทรัพยากร - และขายค่าแรงถูกๆ “Thailand 3.0” คือยุคปัจจุบันที่เริ่มมีอุตสาหกรรมหนัก - เพิ่มสินค้าส่งออก - เพิ่มการลงทุนจากภายนอกประเทศ โดยรัฐบาลมีเป้าหมายที่จะให้มีการเติบโตทางเศรษฐกิจปีละร้อยละ 6 ในอีก 17 ปีข้างหน้า คือประเทศไทยจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed Nation) ในปี ค.ศ.2032 มีความ

รู้สูง (Knowledge Base) และมีรายได้ต่อหัวของประชากรต่อรายได้ประชาชาติสูงขึ้น (GDP per Capita at \$ 12,746) ซึ่งในขณะนี้เรา “ติดกับดัก” ยังขึ้นอยู่กับสินทรัพย์ในงบดุลและรายได้ต่อหัวของประชากรต่อรายได้ประชาชาติของประเทศที่กำลังพัฒนา (Asset - Base และ GDP per Capita at \$ 5,984) อย่างไรก็ตาม ทุกอย่างย่อมมีผลข้างเคียงโดยเฉพาะจะทำให้ช่องว่างของรายได้ถ่างกว้างขึ้น เพราะกลุ่มบุคคลที่จะได้รับประโยชน์น่าจะเป็นกลุ่มที่ร่ำรวยที่จะลงทุนสูงๆได้เท่านั้น “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ของในหลวงรัชกาลที่ 9 ที่กล่าวขานกันอย่างกว้างขวางตลอด 1 ปีที่ผ่านมา เป็นปรัชญาที่สามารถนำมาใช้ทั้งในการดำรงชีวิต - การตัดสินใจในการดำเนินธุรกิจ หรือทำโครงการใหญ่ๆ เพราะหลักสำคัญ 3 ประการคือ 1) หลักพอประมาณหรือความพอดี 2) หลักความมีเหตุผล 3) หลักต้องมีภูมิคุ้มกัน ซึ่งหมายถึงการที่ต้องเตรียมพร้อมต่อผลกระทบที่จะได้รับจากการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดจะสมบูรณ์ต้องมีสองเงื่อนไข เงื่อนไขแรกคือความรู้ - ความรอบคอบ และเงื่อนไขที่สองคือคุณธรรม - ความซื่อสัตย์สุจริต - และความเพียรในการตัดสินใจการแก้ปัญหาความยากจน - การกระจายรายได้ที่เป็นธรรม - จัดการทุจริตคอร์ปชั่นคอร์ปทั้งหลักเศรษฐกิจพอเพียงจะทำให้เราไปถึง Thailand 4.0 ได้

4. Applied Thailand 4.0 เป็นหลักการที่จะนำไปใช้พัฒนาได้ทุกๆสาขาวิชาชีพ (Professionalism) โดยเฉพาะทางการศึกษา ซึ่งประเทศไทยมีปัญหา เราใช้งบประมาณทางการศึกษาร้อยละ 4.126 ของ GDP และมีอัตราส่วนครู : นักเรียน 1 : 22 การศึกษาไทยอยู่ลำดับที่ 119 ของโลก (สิงคโปร์ใช้ร้อยละ 2.905 ของ GDP มีครูต่อนักเรียน 1 : 23 อยู่ลำดับที่ 57 - ของเกาหลีใช้ร้อยละ 4.618 ของ GDP มีครูต่อนักเรียน 1 : 26 และอยู่ลำดับที่ 6 ของโลก) แสดงว่าปัญหาการ

ศึกษาของเราไม่ได้อยู่ที่งบประมาณหรืออัตราส่วนของครู : นักเรียน ปัญหาน่าจะอยู่ที่กระบวนการเรียนรู้มากกว่า เราก้าวข้ามกระบวนการเรียนรู้ให้เด็กไทย ก้าวเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ที่เรียกว่า “Smart learning” ในยุคที่มีนวัตกรรมต่างๆ เกิดขึ้นมากมายเพื่อเข้าสู่ “Thailand 4.0” การเรียน - การสอน - การฝึกอบรมทางแพทย์ของเราก็เช่นเดียวกัน ความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงของการเรียนการสอนจะอยู่ที่ผู้สอนมากกว่าผู้เรียน ขณะนี้มีความแตกต่างของผู้สอนและผู้เรียนอย่างมาก ปัจจุบันผู้เรียนเป็นนักเรียนที่เกิดในยุคหลังปี 1994 เป็นคนรุ่นใหม่ - “คนยุค Gen Z” สามารถทำงานพร้อมกันหลายอย่างได้ (Parallelism) เช่น เรียนพร้อมฟังเพลง แต่ผู้สอนทำไม่ได้ การเชื่อมต่อกันทาง Social Network (Connectionism) สามารถสื่อสารกันได้ง่าย รวมทั้งมีภาษาที่สื่อตนเอง โลกใหม่ของตัวเอง นอกจากนี้จะไม่มีภาระจดจำ จะเก็บข้อมูลต่างๆไว้ในก้อนเมฆ (Cloud Application) ไม่มีการจำหมายเลขโทรศัพท์ ค้นหาข้อมูลจะหาและดึงจากก้อนเมฆ ผู้เรียนจะไม่มีอารมณ์ท้อ อ่านหนังสือไม่เกิน 7 บรรทัด ทนเรียนได้ไม่เกิน 7 นาที เราเป็นผู้สอนต้องเข้าใจ การตีกรอบทำให้เด็กไม่คิดนอกกรอบ จะไม่มีการ “Break Through” การพบสิ่งใหม่ๆ นวัตกรรมใหม่ๆจะต้องเกิดจากการคิดนอกกรอบ การเรียนหัตถการ ตัวอย่างเช่น การเจาะท้อง (Abdominal Paracentesis) จะได้บทเรียนจากวิดีโอสอน ไม่ต้องไปสร้างบทเรียนเอง ใน YouTube มีหลายร้อย ถ้าเราเลือกของ NEJM มาสอน เปิด 7 นาทีก็เจาะท้องได้แล้ว ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอีก 10 ปีข้างหน้าจะเปลี่ยนไปมากในทุกสาขารวมทั้งทางการแพทย์และศัลยศาสตร์ของเรา ตัวอย่างเช่น จาก Barium Enema - ต่อมาเป็น CT scans & MRI ต่อมาเป็น Colonoscopy เห็นภาพได้ชัด ทำ Biopsy ก็ได้ ทำ Surgical intervention เพื่อการรักษาก็ได้ ปัจจุบันเปลี่ยนเป็น “การกลืน Capsule Scope” ส่งภาพและ

บังคับกล้องทาง Wi-Fi (Navigated Capsule Scope) เป็นต้น

5. ทุกวันนี้เราอยู่ในยุคโซเชี่ยลมีเดียหรือสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งมีทั้งให้คุณสร้างสรรค์และให้โทษ “ดิจิทัล นอแมดส์ (Digital Nomads)” หรือกลุ่มคนที่ชอบเปลี่ยนที่ทำงานไปเรื่อยๆโดยไม่ยึดติดกับออฟฟิศที่ทำงานโดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นหลัก ขอเพียงแค่ที่ใดมี Wi-Fi ให้บริการก็ทำงานได้ เมื่อปี พ.ศ.2558 บรรดา “นอแมดส์ชน” (Nomads = คนเผ่าเร่ร่อนสมัยโบราณ) ทั่วโลกได้จัดให้กรุงเทพมหานครเป็นเมืองนำอยู่และนำนั่งทำงานเป็นอันดับ 2 ของโลก (ปี 2560 ตกมาอยู่อันดับ 3) รองจากอันดับ 1 คือ กรุงบูดาเปสต์ และเชียงใหม่ติดอันดับ 5 จากการจัดอันดับ 424 เมือง ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคของ IT - Information and Digital Technology เชื่อมโยงผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือที่เรียกว่า “Smart Devices” รูปแบบการทำงานก็จะเปลี่ยนไปเป็นชีวิตพจนจร ขอให้มือถือที่มีอัลโอ - กล้องถ่ายรูป - คอมพิวเตอร์แบบแท็บเล็ตหรือแล็ปท็อป และมีสัญญาณ Wi-Fi ไม่ว่าที่ไหนในโลกก็ใช้เป็นทำงาน - ประกอบอาชีพต่างๆได้อีกหลายอาชีพ ประเทศไทยเป็นประเทศจุดหมายปลายทางที่ได้รับความนิยมเป็นลำดับต้นๆอยู่แล้ว เพราะค่าครองชีพต่ำ - เป็นเมืองท่องเที่ยว - อากาศอบอุ่น - ธรรมชาติสวยงาม - และเป็นศูนย์กลางของการคมนาคม

6. การขับเคลื่อนไทยแลนด์ 4.0 ให้เป็นรูปธรรม รัฐบาลต้องปฏิรูประบบราชการทุกหน่วย โดยเฉพาะต้องแก้กฎหมาย - กฎกระทรวง - ระเบียบปฏิบัติที่มีมากมายและล้าหลัง ตัดทิ้งทำให้ทุกอย่างสะดวกและสั้นเข้า ตั้งแต่กรมทรัพย์สินทางปัญญาแก้ปัญหาค่าขอสิทธิบัตร, คณะกรรมการอาหารและยาให้ผู้ประกอบการได้ดำเนินการเร็วขึ้น, กรมศุลกากรให้ขั้นตอนการนำเข้า -

การส่งออกของสินค้าซึ่งเคยนานถึง 30 วันเหลือ 1 ชั่วโมง, การจดทะเบียนที่ดินและการรังวัดของกรมที่ดินลดจากเดิม 440 วันเหลือ 60 วัน เป็นต้น ซึ่งเป็นอุปสรรคของไทยแลนด์สี่จุดศูนย์ คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) พัฒนาเพื่อดึงดูดนักลงทุนอุตสาหกรรมจากต่างประเทศทำให้ขั้นตอนสั้นเข้า **จนลำดับความยากง่ายในการประกอบธุรกิจดีขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยอยู่อันดับที่ 26 จาก 190 ประเทศ** โดยในอาเซียนเราเป็นอันดับ 2 รองจากสิงคโปร์คือขึ้นแข่งหน้ามาเลเซีย

การปฏิรูปและพัฒนาระบบให้ประชาชนสามารถร้องขอเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ล่วงหน้าก่อนไปรับบริการได้ เป็นการเตรียมคนไทยเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ด้วย เพราะฉะนั้น **“Quality Improvement in Surgery towards Thailand 4.0”** ซึ่งคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2561 ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยค้นหาแนวทางและคำตอบให้เราว่าต้องทำอะไรบ้างเพื่อปรับปรุงคุณภาพของศัลยศาสตร์ไปสู่ประเทศไทยสี่จุดศูนย์

อยากเห็น RCST Membership Profile

พลตำรวจตรีนายแพทย์ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์

เมื่อต้นปี พ.ศ.2559 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้ออกประกาศที่ 01/2559 แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามความรู้ความสามารถของศัลยแพทย์ โดยมอบให้ผมเป็นประธานกรรมการ อันมีหน้าที่ประมวลแนวทางการติดตามความรู้ความสามารถของศัลยแพทย์มาใช้ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย อีกทั้งศึกษาความเป็นไปได้ในการต่ออายุ วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติ ศัลยศาสตร์ทุกสาขา

ทุกประเทศพัฒนาจะมีกระบวนการ Credentialing ศัลยแพทย์ และกระบวนการสร้าง Competency เพื่อให้สังคมได้ศัลยแพทย์ที่มีทักษะความรู้ความสามารถที่ดีที่สุดเท่าที่จะมีได้ นายแพทย์พรเทพ เปรมโยธิน อดีตผู้อำนวยการสำนักงานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นคนที่มีความประสงค์อยากให้ศัลยแพทย์ไทยมีความรู้ความสามารถและทักษะที่เหมาะสมแก่สังคมไทย และจัดหาข้อมูลต่างๆให้ผมได้ศึกษา ซึ่งผมเองก็อยากเห็นกระบวนการสนับสนุนและกระตุ้นให้ศัลยแพทย์ไทยร่วมสร้างฐานข้อมูล (Profile) อันประกอบด้วยประวัติโดยย่อ ผนวกกับข้อมูลสำคัญๆโดยรวมเกี่ยวกับตัวเองเพื่อให้สังคมได้ใช้ประโยชน์

จากการประชุมกรรมการชุดดังกล่าวไป 2-3 ครั้ง ก็บอกไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายโรงพยาบาล ก็เห็นได้ชัดเจนเลยครับว่า ณ ขณะนี้ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สนใจและไม่เห็นความสำคัญของมาตรฐานนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคราชการ ซึ่งให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา และจะเอาอะไรกันนักหนาในเมื่อโรงพยาบาลมีศัลยแพทย์เพียงคนเดียวหรือบางแห่งไม่มีเลย ขณะที่ศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคเอกชนจะ

คุ้นเคยกับการทำประวัติโดยย่อของตนส่งให้องค์กรแพทย์จัดทำเป็น Directory ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงข้อมูลศัลยแพทย์ที่เขาต้องการเลือกใช้บริการ

ผมเองคิดว่าราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย น่าจะถือเป็นฐะจัดทำฐานข้อมูลสมาชิกแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยอาจต้องว่าจ้างนิสิตนักศึกษาแพทย์หรือบริษัทออกเก็บข้อมูลที่มีแบบฟอร์มชัดเจนอยู่แล้ว แต่ศัลยแพทย์จะไม่ลงมือทำเอง ต้องอาศัยคนไปขอเวลาแล้วนั่งสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลที่จำเป็นมาเรียบเรียงเป็น Profile จากสิบก็เป็นร้อยจากร้อยก็เป็นพันแล้วถึงวันนั้นสมาชิกศัลยแพทย์ก็จะเห็นประโยชน์เอง

วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา (ACS) ได้จัดทำ online ACS Member Profile เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกที่อยากจะรู้จักเพื่อร่วมวิชาชีพว่าทำงานอยู่ที่ไหน มีความรู้ความเชี่ยวชาญพิเศษด้านไหน

ศัลยแพทย์ที่เป็นสมาชิกสามารถเข้าไปในเว็บเพื่อปรับปรุงข้อมูลส่วนตัวอยู่เสมอ (updating member profile) จนกล่าวได้ว่าข้อมูลที่สมาชิกบรรจุลงไปนี้สามารถทำหน้าที่เป็นหน้าเว็บส่วนตัวได้เลย (personal ACS Web page)

ทุกท่านสามารถบรรจุภาพ, ข้อมูลการประกอบวิชาชีพศัลยปฏิบัติ, สาขาหรืออนุสาขา หรือประเด็นทางศัลยกรรมที่ท่านสนใจเป็นพิเศษ, ข้อมูลการฝึกอบรม, วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ, องค์กรหรือสมาคมวิชาชีพที่เป็นสมาชิกอยู่, ตำแหน่งทางวิชาการ หรือตำแหน่งหน้าที่ในสถานพยาบาลที่ประจำอยู่

ท่านสามารถเจาะจงว่าข้อมูลส่วนไหนเปิดเผยได้ตามสบาย ส่วนไหนที่ยังจะเก็บไว้เป็น

ข้อมูลส่วนตัวที่อนุญาตให้ศัลยแพทย์ด้วยกันเท่านั้นจึงจะเข้าถึงได้, ส่วนสำคัญคงจะเป็นข้อมูลที่ประชาสังคมเข้าไปเยี่ยมชมได้ ในลักษณะของ Find A Surgeon site ซึ่งของ ACS นั้นจะมีประชาชนเข้าไปเยี่ยมชม Find A Surgeon page เดือนละกว่าหนึ่งหมื่นคน ดังนั้นข้อมูลส่วนตัวที่ทันสมัยและสมบูรณ์ก็จะเป็นที่สนใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะสะดวกยิ่งขึ้น ถ้าเราจัดเตรียมข้อมูลเข้าถึงง่าย ๆ ว่าศัลยแพทย์ผู้นั้นประกอบศัลยปฏิบัติสาขาใด, การผ่าตัดใดบ้างที่ทำได้ดี, สถานที่ประกอบวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สนใจเข้าไปขอคำแนะนำหรือขอความเห็นประกอบ (Second Opinion) การตัดสินใจ

ที่สำคัญคือเพื่อนศัลยแพทย์ด้วยกันจะเข้าถึงซึ่งกันและกัน แล้วยังสามารถเชื่อมต่อกับเว็บไซต์ส่วนตัวหรือทาง Social Media ได้

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยคงจะต้องหาบุคลากรหรือบริษัทที่จะมาทำหน้าที่บริหารจัดการเว็บไซต์, กำหนดระดับความปลอดภัยของข้อมูล (Multiple layers of security) โดยเฉพาะในกรณีเพื่อนศัลยแพทย์อยากจะปรึกษาหารือผู้ป่วยที่เป็นปัญหา นอกจากนี้ยังมีชมรมศัลยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆที่รวมตัวเป็นกลุ่มเป็นก้อนเพื่อร่วมระดมความคิดเห็นและผลักดันประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการประกอบวิชาชีพ

สมาชิกหลายท่านเป็นกังวลว่าการทำ profile ส่วนตนจะถือว่าเป็นการโฆษณาตัวเองจนผิดข้อบังคับทางจริยธรรมของแพทยสภาและของ รวศท. หรือไม่ ก็คงต้องเรียนว่าฝ่ายบรรณาธิการและฝ่ายจริยธรรมจะช่วยตรวจสอบให้ก่อนเผยแพร่ในเว็บไซต์ตลอดจนตามเก็บข้อมูล CME จาก ศนพ.ของแพทยสภา และถ้าจะให้ดียิ่งขึ้นคงต้องเตรียม

บริการพิเศษสำหรับสมาชิกแบบที่ ACS ทำอยู่คือจัดทำ SSR (Surgeon Specific Registry) ซึ่งเป็น SSR on line software application และ database เพื่อให้สมาชิกติดตามผู้ป่วยและดูผลลัพธ์ ตลอดจนข้อมูลจากแหล่งประกันสุขภาพต่างๆที่เอื้อประโยชน์ต่อการทำศัลยปฏิบัติ เช่น กองทุน สปสช, สปส และสวัสดิการภาครัฐ

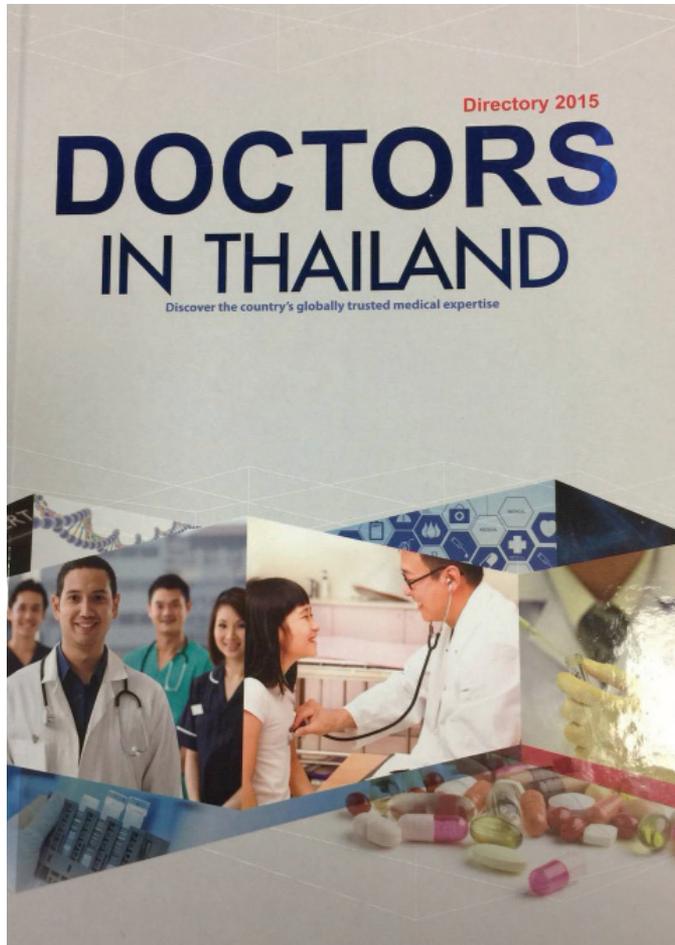
สิ่งที่ผมอยากเห็นต่อไปด้วยก็คือ การที่กรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยที่อุตสาหกรรมเสียสละเวลาและความรู้ จนได้รับเลือกเข้าไปบริหารองค์กรนั้น ไม่ลืมที่จะเสนอตัวดูแลสารทุกข์สุกดิบของสมาชิกทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

ท่านสมาชิกที่สนใจเข้าไปดูบริการ ของ ACS ก็สามารรถเข้าไปเยี่ยมชมได้ที่ www.facs.org

เมื่อเดือนสิงหาคม 2560 ที่ผ่านมา ผมมีรัฐระส่วนตัวที่นครชิคาโก สหรัฐอเมริกา และได้ไปที่สถานกงสุลไทย แล้วพบหนังสือเล่มหนึ่งชื่อว่า “Doctors In Thailand” ทำเป็นเล่มปกแข็งสวยงามภายในคือรายนามพร้อมประวัติของแพทย์สาขาต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน วัตถุประสงค์คงชัดเจนนะครับว่าเพื่อให้ชาวต่างชาติค้นหาแพทย์สาขาต่างๆที่เขาอาจต้องการใช้บริการก็มาเมืองไทย

ส่วนที่ ACS เองผมก็ได้ตัวอย่าง Profile ของรองศาสตราจารย์แพทย์หญิง Patricia L Turner มาให้ท่านดูว่าเป็นข้อมูลที่ไม่เกินเลย มีการบอกเล่าตัวเองโดยไม่ผิดจริยธรรม

อยากเห็นแบบนี้บ้างในเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ครับ



Kittichai Luengtaviboon Associate Professor

Surgery - Cardio & Thoracic Surgery

Education

- Medical Degree, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, First Class Honors, Gold Medal
- Ananthamahidol Foundation's Scholarship

Diplomate & Certifications

- Thai Board of Surgery
- Thai Board of Cardio Thoracic Surgery
- Fellowship in Cardiovascular Surgery, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, U.S.A.
- Honorary Registrar in Cardio Vascular Surgery, Harefield Hospital, Middlesex, London, U.K.
- Clinical Fellowship in Cardiovascular Surgery, Texas Heart Institute, Houston, Texas, U.S.A.

Work Experience

- Associate Professor, Cardiothoracic Surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Current Position

- Director of Cardiovascular and Thoracic Center at Phyathai 2 International Hospital, Bangkok, Thailand
- Consultant in Endovascular and Aortic Surgery at Chonburi Hospital, Supasithprong Hospital, Rajawithi Hospital



Dr.Sarana Boonbaichaiyapruk, M.D.

นายแพทย์สรณ บุญไชยพยัคฆ์

Educations

- Medical Degree, Chulalongkorn University, Thailand
- Residency, Los Angeles County-University of Southern California, California, USA
- Fellowship (Cardiology), Kaiser Permanente Medical Center, Los Angeles, California, USA
- Fellowship (Interventional Cardiology), The Heart Institute, The Hospital of Good Samaritan, Los Angeles, California, USA
- ECFMG certification No. 372-063-8
- Certificate, American Board of Internal Medicine
- Certificate, American Board of Cardiology
- Assistant Editor, the THAI HEART JOURNAL
- Assistant Professor of Medicine, Mahidol University, Thailand

Current Position

- Doctor in Praram et Hospital



Patricia L. Turner, MD

Clinical Associate Professor of Surgery

Patricia L. Turner, MD, FACS, is a fellowship-trained general surgeon with a particular interest and expertise in minimally invasive and laparoscopic surgery, including abdominal wall reconstruction, complex hernia repairs and diseases of the biliary and gastrointestinal tract.

In addition to her clinical practice, Dr. Turner is a dedicated educator and commits a large part of her practice toward training and mentoring future surgeons. She is also an academic surgeon with special research interest in patient outcomes following various surgical procedures.

Practice Locations

The University of Chicago Medicine
5841 S. Maryland Avenue
Chicago, IL 60637

150 East Huron, Suite 900
Chicago, IL 60611

Board Certification

General Surgery

Medical School

Bowman Gray School of Medicine, Wake Forest University, Winston-Salem, NC

Internship and Residency

Howard University Hospital, Washington, DC (general surgery)

Fellowship

Mount Sinai Medical Center/Weill-Cornell University School of
Medicine/Columbia University, New York (minimally invasive and laparoscopic
surgery)

Memberships

American College of Surgeons
American Medical Association
Association for Academic Surgery
Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons
Society of University Surgeons
Southern Surgical Association

Language Spoken English

Office Phone

(773) 834-3524

Office Postal Address

Patricia L. Turner, MD
The University of Chicago Medicine
5841 S. Maryland Avenue, MC 5031
Chicago, IL 60637

<http://www.uchospitals.edu/physicians/patricia-turner.html>



Clinical Interests

- Minimally invasive and laparoscopic gastrointestinal and biliary tract surgery
- Complex abdominal wall hernia and reconstruction
- Surgical endoscopy
- Diagnostic laparoscopy
- Surgical infections
- Hernia repair

Request an appointment online

or call UCM Connect at
1-888-824-0200

150 E. Huron Street

[Request an appointment online](#)

or call (773) 834-4150

Office Phone

(773) 834-3524

Office Postal Address

Patricia L. Turner, MD
The University of Chicago Medicine
5841 S. Maryland Avenue, MC 5031
Chicago, IL 60637

ความปลอดภัยของผู้ป่วย หัวใจหลักของการผ่าตัดรักษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุภกร โรจนนิพนธ์

เจ็บแล้วต้องจำ

ย้อนไปเมื่อ 20 ปีก่อน พ.ศ. 2540 ใครจะคิดว่าประเทศไทยจะลุ่มจมทางเศรษฐกิจ ประเทศหมดตัว ใช้เงินเกินตัว โลก ไร้ธรรมภิบาลในการบริหาร ขาดระบบตรวจสอบ ไม่มีสัญญาณเตือนภัย ไม่มีระบบประกันคุณภาพ เจ็บครั้งนั้นเป็นบทเรียนในระดับประเทศ ต้องจำ และไม่ให้มันเกิดขึ้นอีก

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ก็เกิดขึ้นในสองปีให้หลัง คนไทยเริ่มคุ้นกับระบบคุณภาพ ระบบตรวจสอบภายในและภายนอก ระบบเฝ้าติดตาม ระบบการรายงานอุบัติภัย ระบบการวิเคราะห์หาสาเหตุการผิดพลาด เพื่อป้องกันเหตุอันไม่พึงประสงค์ มีการประกันคุณภาพของภายในประเทศ Hospital Accreditation (HA) และของนานาชาติ Joint Commission International Accreditation (JCI)

ตั้งแต่ผ่าตัดมา ผมไม่เคยพลาด หรือ แคยังไม่เคย

หมอผ่าตัดมี ego สูงแทบทุกคน โดยเฉพาะพวกฝีมือดี คิดว่า เราดีที่สุดแล้ว คนจะมานแนะนำอะไรใหม่ๆ ก็ยากที่จะเปลี่ยนความคิด แต่ผลที่ดีกับคนไข้ในการผ่าตัด จะมีปัจจัยประกอบขึ้นได้อย่างน้อยสามส่วน ไข้ครึ่งตัวแพทย์เองสำคัญ แต่ระบบความพร้อมและความปลอดภัยในสถานที่และผู้ร่วมทีมก็สำคัญพอๆกัน เราขี้บรลดี ไข่ว่าจะปลอดภัยเสมอไป ส่วนการผ่าตัด แม้จะสำเร็จ แต่ผู้ช่วยลืมนับผ้าก็อซ มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยขึ้นเนื้อที่ตัดออกสูญหาย สลับเปลี่ยน หรืออ่านผลพยาธิสลับกัน เป็นมะเร็งหรือไม่เป็น ผิดคนผ่าตัดอ้าวผิดข้าง หากไม่มีระบบตรวจสอบที่ดี ที่ท่านว่า เคสผมไม่เคยมี มันแคยังไม่ มี ยังไม่เกิดเท่านั้น

ผู้นำ มักเรียนรู้ความผิดพลาดจากคนอื่นมากกว่าจากตัวเอง

การมีระบบตรวจสอบ ระบบการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อการเรียนรู้ แก่ใจ ความผิดพลาดและแก้ไขแนวทางการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องมีในโรงพยาบาล เราต้องมีส่วนร่วม สนับสนุน อย่าไปต่อต้าน คัดค้าน เพราะเขาป้องกันท่านอยู่ จริงๆแล้ว เราควรเป็นผู้นำทีมในการแก้ไขด้วยซ้ำ

เรียนรู้ เพื่อป้องกัน ดีกว่า คอยแก้ไข

ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารพ. ก็จะมีระบบ patient identification, reimbursement, informed consent, site marking, medical reconciliation, clinical pathway, WHO surgical safety checklist, operative note, recovery room monitoring, progress note, discharge planning เป็นต้น ระบบเหล่านี้ ท่านควรมีส่วนร่วมในการสร้าง แก่ใจ การนำไปใช้การเรียนรู้ และการสนับสนุน อย่าไปคัดค้านหรือต่อต้าน เพราะทุกอย่างก็เพื่อเราเองทั้งนั้น ระบบที่ดี ต้องตรวจจับ ความผิดพลาดได้ และมีกระบวนการแก้ไขอย่างเป็นระบบ สามารถลดความผิดพลาดจากแพทย์ได้เกินกว่าครึ่ง

คุณสมบัติ ของศัลยแพทย์ที่ดี

ผู้ป่วยปลอดภัยได้ ครั้งหนึ่งจากระบบ และวัฒนธรรมองค์กรที่มีต่อการให้ความสำคัญในความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร แต่อีกครั้งหนึ่งอยู่ที่ตัวแพทย์เอง ราชวิทยาลัยฯได้กำหนด 10 คุณลักษณะของศัลยแพทย์ที่ดีไว้ ดังนี้

1. Trustworthiness ความคู่ควรแก่การไว้วางใจ

สร้างศรัทธาในตัวท่านเองจากผู้ป่วยนั้นๆ

สามารถทำได้ในเวลาอันสั้น ไม่สามารถจะลอกเลียนได้ง่ายๆ เพราะศรัทธาเกิดจากความเชื่อถือ ที่ค่อยๆสะสมเพิ่มขึ้นจนเกิดพลังของความรักจรรงรักภักดี ดังนั้น จะทำได้ ท่านต้องมีคุณสมบัติ อีก 9 ประการ โดย 5 ประการเป็นคุณสมบัติของตนเอง อีก 4 ประการ เป็นคุณสมบัติของการอยู่ร่วมในสังคม ซึ่งประกอบด้วย ดังนี้

2. Competency in up to date knowledge, skill and decision making

พูดให้ง่ายคือ ต้องเป็นคนเก่ง โดยมีความรู้ทักษะที่ดี ทันสมัย และกล้าตัดสินใจในพื้นฐานของประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด สิ่งนี้เป็นพื้นฐานแรกที่ศัลยแพทย์ต้องมี

3. Compassion

ต้องมีความเมตตา กรุณา ต่อผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจ เข้าใจคนไข้ได้ ก็ต้องรู้จักฟังให้มาก คิดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก อย่าคิดโดยเอาเรื่องเงินเป็นที่ตั้ง

4. Responsibility

มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ตรงต่อเวลา และงาน หรือเวรที่ได้รับมอบหมาย

5. Honesty and Integrity

เป็นผู้ที่คิดซื่อ กระทำซื่อ ต่อผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงาน

6. Role model and mentor เป็นตัวอย่างที่ดี และถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลังได้เรียนรู้

7. Patients' right, dignity and involvement in decision making

เคารพสิทธิผู้ป่วย ให้เกียรติ และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแผนการรักษา

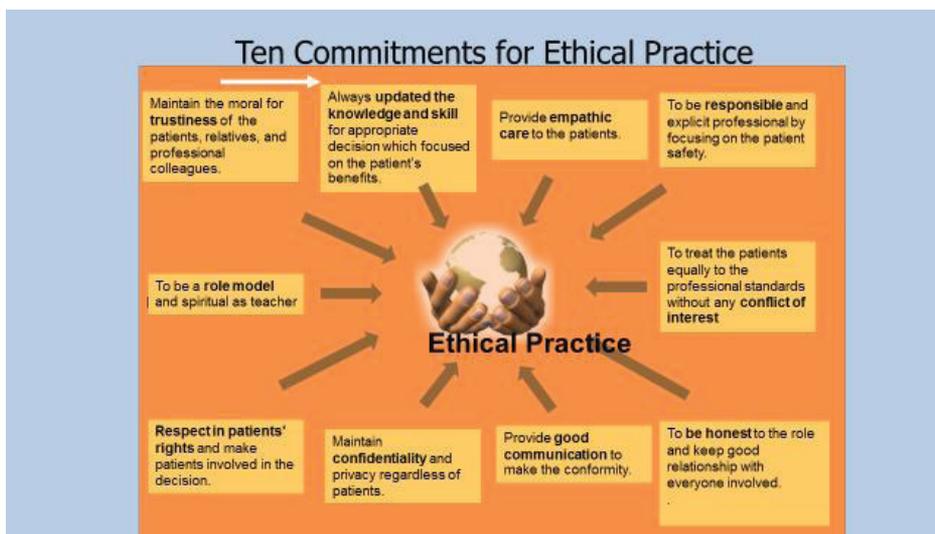
8. No conflict of interest and Equity รักษาด้วยใจเป็นธรรม เสมอภาคในเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ โดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

9. Confidentiality รักษาความลับผู้ป่วยด้านสุขภาพและความเป็นส่วนตัว

10. Good communication สื่อสารระหว่างผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงานด้วยความสุภาพ และชัดเจน

ก้าวต่อไปของนโยบาย ด้านความปลอดภัย และคุณภาพ

ปัจจุบัน ความปลอดภัยผู้ป่วยและบุคลากร ได้รับเป็นนโยบายระดับชาติแล้ว และบรรจุเข้าไปในหลักสูตรทั้งก่อนและหลังปริญญา รายละเอียดขอกล่าวถึงในฉบับหน้าครับ



Trustworthiness

personality

- Competency and up to date
- Compassionate
- Responsible
- Honest and integrity
- Role model and teacher

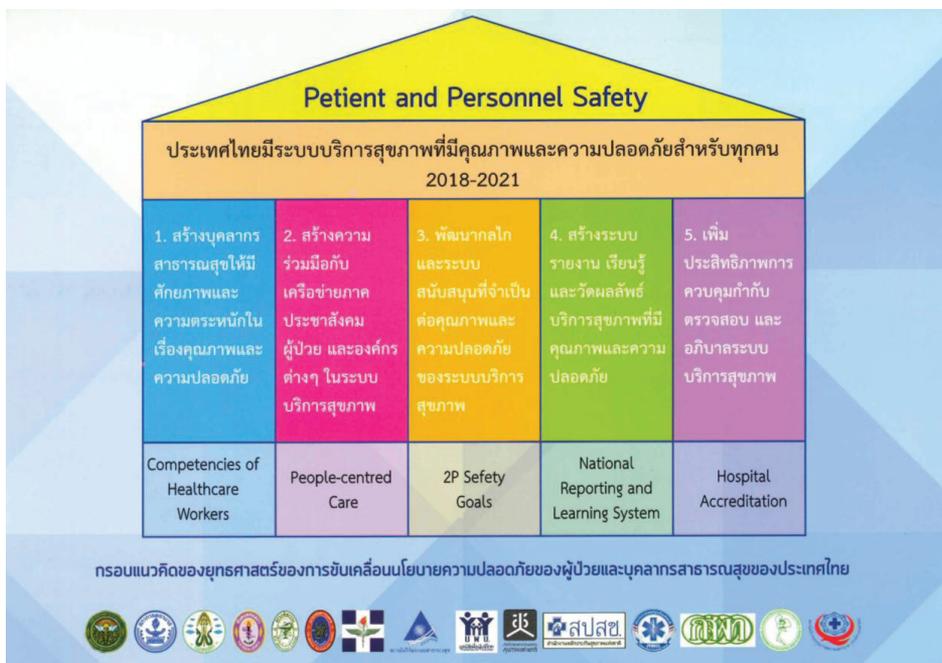
inter-personality

- Patient right, dignity and involving in decision making
- No conflict of interest, equity
- Confidentiality
- Good communication

2P Safety “Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2017”

นายแพทย์พรเทพ เปรมโยธิน

เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2560 ซึ่งเป็นวัน Global Day of Patient Safety ของ WHO และ Thailand Patient and Personnel Safety Day ณ อิมแพค เมืองทองธานี ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และประกาศทิศทาง ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศ (Strategic Direction for 2P Safety of Thailand) ให้กับผู้เข้าประชุม ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ 15 องค์กร รวมทั้งราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ผู้แทนจากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ รวมทั้งเลขานุการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ผู้นำเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์และสื่อมวลชนโดยสรุปกรอบ แนวคิดของยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบาย 2P Safety ดังรูป



ดูเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.youtube.com/watch?v=Ka1b0GzaNYM>

ในยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.) ร่วมกับปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะได้ตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ โดยการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติที่เรียกโดยย่อว่า SIMPLE ทั้งสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร จัดทำเป็น E Book โดยมีโครงสร้างแต่ละข้อประกอบด้วย

คำจำกัดความ	Definition
เป้าหมาย	Goal
เหตุผลที่ต้องทำ	Why
กระบวนการ	Process
การให้ความรู้ ฝึกอบรม	Training
การเฝ้าติดตาม	Monitoring
ข้อจำกัด	Pitfall
แหล่งเอกสารอ้างอิง	Reference

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปประยุกต์ใช้ได้สะดวกเหมาะสมกับแต่ละบริบทของหน่วยงาน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

S 1.4: Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis	
Definition	ภาวะการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำที่อยู่ส่วนลึกของขา (Deep vein thrombosis) ถ้าอยู่บริเวณเหนือข้อเข่าขึ้นไป (Proximal DVT) มีโอกาสที่จะเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) ในระยะเฉียบพลัน มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปหามาก ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงแม้จะได้รับการรักษา
Goal	ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขา (Deep Vein Thrombosis) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism; PE) ในผู้ป่วยศัลยกรรม
Why	การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขาและมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ฉับพลันและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูง ถึงแม้จะวินิจฉัยและรักษาทันทั่วทั้งที่ ซึ่งการตระหนักถึงปัญหานี้ และการประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบและเหมาะสม เพื่อป้องกันเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงในระดับที่มีนัยสำคัญ ควรนำมาตรการป้องกันมาใช้
Process	<p>การประเมิน</p> <p>ในผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต้องประเมินโอกาสเกิด VTE ตามปัจจัยเสี่ยง เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ฯลฯ (Demographic Data) 2. ประวัติหรือประวัติครอบครัว เคยเป็น VTE มาก่อน 3. มีประวัติเคยเป็นมะเร็งที่ใดที่หนึ่งหรือกำลังเป็นอยู่ 4. ได้รับฮอร์โมนอย่างต่อเนื่อง 5. มีการบาดเจ็บของหลอดเลือด (Major vascular injuries) เช่น Pelvic fracture 6. นอนนานเกิน 4 วันหลังผ่าตัด (Delayed ambulation) <p style="text-align: center;">ฯลฯ</p> <p>หรือ อาจจะใช้ Caprini Risk Assessment Model for VTE เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงของ VTE ในระดับที่มีนัยสำคัญ เป็นต้น</p>

	<p>การป้องกัน</p> <p>ควรมีมาตรการการป้องกัน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยให้ออกกำลังข้อเท้า (Foot ankle exercise, ankle pump) 2. Early ambulation 3. Mechanical prophylaxis ได้แก่ สวมถุง Graduated Compression Stockings (GCS) หรือ สวม Intermittent pneumatic compression devices (IPCD) ถ้ามีอุปสรรคนี้เมื่อไม่มีข้อห้าม เช่น Severe peripheral arterial disease, Congestive heart failure (CHF), Acute superficial venous thrombosis 4. Pharmacological prophylaxis จำเป็นต้องประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนเสมอ การให้ยา เช่น Aspirin หรือยาอื่น ๆ ตามหลักฐานทางวิชาการ หรือตามคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ <p>หลังผ่าตัดมีการประเมินเฝ้าระวังอาการของ DVT เช่น ปวด บวม ของขา ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุ ถ้าเกิดจาก DVT ของหลอดเลือดดำเนื้อหิวเข้า ต้องรีบให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดการเกิด PE</p>
Training	<p>ให้ความรู้และทบทวนภาวะ VTE แก่ผู้ร่วมงานเป็นระยะ ๆ รณรงค์ให้มีการอภิปรายจากกรณีศึกษา เรียนรู้จากกิจกรรมทบทวน</p>
Monitoring	<p>ควรมีการติดตามกระบวนการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วย 2. การซักประวัติปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 3. การนำมาตรการป้องกันที่เหมาะสมมาใช้ 4. เก็บข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีขาบวม และให้การวินิจฉัยว่าเป็น Proximal DVT (สูงกว่าหัวเข่า) 5. เก็บข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PE โดยการนำ Computed Tomography Angiography (CTA) เพื่อหาปัจจัยของการเกิด <p>ควรรายงานอุบัติการณ์เกิดภาวะ Venous Thromboembolism (VTE) หลังผ่าตัด</p>
Pitfall	<ul style="list-style-type: none"> - การขาดความตระหนักของผู้ปฏิบัติงานในเรื่องนี้ ถึงแม้จะมีข้อมูลเชิงประจักษ์ - ประเทศไทยควรมีข้อมูล VTE ในระดับชาติเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบและศึกษาแนวทางดำเนินการ
Reference	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sachdeva A, Dalton M, Amaragiri SV, Lees T. Graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 7;(12): CD001484. 2. Pootracool P. VTE Prophylaxis in Surgical Practice. Division of Vascular and Transplantation, Dept. of Surgery, Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine, Mahidol University.

SIMPLE ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

Thailand Patient Safety Goals



Thailand Personnel Safety Goals



S: Safe Surgery

S: Safe Surgery	
S 1	Safe Surgery and Invasive Procedure
S 1.1	Surgical Safety Checklist
S 1.2	Surgical Site Infection Prevention
S 1.3	Enhanced Recovery After Surgery
S 1.4	Venous Thromboembolism Prophylaxis
S 2	Safe Anesthesia
S 3	Safe Operating Room
S 3.1	Safe Environment
S 3.2	Safe Surgical Instrument and Device
S 3.3	Safe Surgical Care Process

มีการเพิ่มจาก SIMPLE (2008) ได้แก่

- S 1.3 Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)
- S 1.4 Venous Thromboembolism Prophylaxis (VTE prophylaxis)
- และ S 3 Safe Operating Room ได้แก่
- S 3.1 Safe Environment
- S 3.2 Safe Surgical Instrument and Device
- S 3.3 Safe Surgical Care Process

ศัลยแพทย์และทีมงานเป็นผู้ขับเคลื่อนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวข้างต้นให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยยึดเอาผู้ป่วยเป็นสำคัญ สร้างและพัฒนาระบบกลไกที่จำเป็นเพื่อมิให้เหตุอันไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ เกิดขึ้นหรือลดลงในระดับที่ยอมรับได้ ตลอดกระบวนการทำงาน ด้วยความร่วมมือร่วมใจและสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างทีมงาน ผู้ป่วยและญาติเพื่อผลการรักษาที่ดีมีคุณภาพในทุกมิติเป็นที่น่าไว้วางใจของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ด้วยความโปร่งใสให้สังคมตรวจสอบศัลยปฏิบัติที่ดีได้

รายละเอียดของ Patient Safety Goals : SIMPLE Thailand 2017 เมื่อเสร็จสมบูรณ์แล้วจะนำขึ้น Website ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยต่อไป

ข้อมูลสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

8/11/2560	จำนวนทั้งสิ้น	สมาชิกมีชีวิต
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	2158	2,106
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	253	239
ประสาทศัลยศาสตร์	196	184
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	196	181
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	174	159
ศัลยศาสตร์ทรวงอก	170	158
กุมารศัลยศาสตร์	142	137
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	33	30
Maxillofacial (สมาชิกวิสามัญ)	2	2
รวม	3,324	3,196

8/11/2560	สมาชิก สามัญ ทั้งสิ้น	สมาชิก วิสามัญ ทั้งสิ้น	สมาชิก สามัญ มีชีวิต	สมาชิก สามัญ เสียชีวิต	สมาชิก วิสามัญ มีชีวิต	สมาชิก วิสามัญ เสียชีวิต
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	2151	7	2100	51	6	1
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	251	2	237	14	2	0
ประสาทศัลยศาสตร์	196	0	184	12	0	0
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	195	1	180	15	1	0
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	174	0	159	15	0	0
ศัลยศาสตร์ทรวงอก	168	2	157	11	1	1
กุมารศัลยศาสตร์	142	0	137	5	0	0
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	33	0	30	3	0	0
Maxillofacial (สมาชิกวิสามัญ)	0	2	0	0	2	0
รวม	3,310	14	3,184	126	12	2

วันสำคัญเดือนกันยายน 2560 - กุมภาพันธ์ 2561

กันยายน 2560

- 1 กันยายน 2560 วันสืบ นาคะเสถียร
- 3 กันยายน 2560 วันเกิดโคโรราเอมอน
- 5 กันยายน 2560 วันสารทจีน
- 15 กันยายน 2560 วันศิลป์ พีระศรี
- 16 กันยายน 2560 วันไอโซนโลก
- 17 กันยายน 2560 วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (Global Day of Patient Safety)/วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Day)
- 19 กันยายน 2560 วันพิพิธภัณฑน์ไทย
- 20 กันยายน 2560 วันเยาวชนแห่งชาติ / วันอนุรักษ์รักษาคูคลองแห่งชาติ /วันสารทไทย
- 21 กันยายน 2560 วันสันติภาพโลก / วันประมงแห่งชาติ
- 22 กันยายน 2560 วันแรดโลก / วันคาร์ฟรีเดย์ (Car Free Day)
- 24 กันยายน 2560 วันมหิดล
- 27 กันยายน 2560 วันเกิด Google
- 28 กันยายน 2560 วันพระราชทานธงชาติไทย / วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก
- 29 กันยายน 2560 วันหัวใจโลก

ตุลาคม 2560

- 1 ตุลาคม 2560 วันผู้สูงอายุสากล
- 4 ตุลาคม 2560 วันไหว้พระจันทร์
- 5 ตุลาคม 2560 วันออกพรรษา
- 9 ตุลาคม 2560 วันไประณีย์โลก
- 11 ตุลาคม 2560 วันครบรอบการก่อตั้งสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย
- 12 ตุลาคม 2560 วันสายตาโลก
- 13 ตุลาคม 2560 วันตำรวจ /วันคล้ายวันสวรรคต พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
- 14 ตุลาคม 2560 วันประชาธิปไตย
- 15 ตุลาคม 2560 วันล้างมือโลก
- 16 ตุลาคม 2560 วันอาหารโลก
- 19 ตุลาคม 2560 วันเทคโนโลยีของไทย
- 20 ตุลาคม 2560 เทศกาลกินเจ
- 21 ตุลาคม 2560 วันสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ / วันพยาบาลแห่งชาติ /วันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ / วันรักต้นไม้ประจำปีของชาติ /วันคล้ายวันพระราชสมภพของสมเด็จพระย่า / เทศกาลกินเจ

- 22 ตุลาคม 2560 เทศกาลกินเจ
- 23 ตุลาคม 2560 วันปิยมหาราช / เทศกาลกินเจ
- 24 ตุลาคม 2560 วันสหประชาชาติ / เทศกาลกินเจ
- 25 ตุลาคม 2560 เทศกาลกินเจ /พระราชพิธีพระราชกุศลออกพระเมรุมาศ ในหลวง รัชกาลที่ 9 ณ พระที่นั่ง คุสิตมหาปราสาท
- 26 ตุลาคม 2560 เทศกาลกินเจ /พระราชพิธีเชิญพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ไปพระเมรุมาศ
- 27 ตุลาคม 2560 เทศกาลกินเจ /พระราชพิธีเก็บพระบรมอัฐิ ในหลวง รัชกาลที่ 9 ณ พระเมรุมาศ
- 28 ตุลาคม 2560 เทศกาลกินเจ /พระราชพิธีพระราชกุศลพระบรมอัฐิ ในหลวง รัชกาลที่ 9 ณ พระที่นั่งคุสิตมหาปราสาท
- 29 ตุลาคม 2560 พระราชพิธีเชิญพระโกศพระบรมอัฐิ ในหลวง รัชกาลที่ 9 ขึ้นประดิษฐานพระวิมานบนพระที่นั่งจักรีมหาปราสาท/พระราชพิธีบรรจุพระบรมราชสรีรางคาร ในหลวง รัชกาลที่ 9 ณ วัดราชบพิธสถิตมหาสีมารามราชวรวิหาร และวัดบวรนิเวศราชวรวิหาร/ วันสะกิดเงินโลก
- 31 ตุลาคม 2560 วันฮาโลวีน / วันออมแห่งชาติ

พฤศจิกายน 2560

- 3 พฤศจิกายน 2560 วันลอยกระทง
- 6 พฤศจิกายน 2560 วันคล้ายวันเกิด ศาสตราจารย์ นพ.อุดม โปษะกฤษณะ
- 11 พฤศจิกายน 2560 วันคนพิการแห่งชาติ (เสาร์ที่ 2 ของเดือนพฤศจิกายน)
- 14 พฤศจิกายน 2560 วันพระบิดาแห่งฝนหลวง
- 20 พฤศจิกายน 2560 วันกองทัพเรือ
- 25 พฤศจิกายน 2560 วันวีรราชูช / วันประถมนศึกษาแห่งชาติ
- 27 พฤศจิกายน 2560 วันสาธารณสุขแห่งชาติ

ธันวาคม 2560

- 1 ธันวาคม 2560 วันเอดส์โลก / วันดำรงราชานุภาพ
- 3 ธันวาคม 2560 วันคนพิการสากล
- 4 ธันวาคม 2560 วันสิ่งแวดล้อมไทย
- 5 ธันวาคม 2560 วันพ่อแห่งชาติ / วันชาติ / วันดินโลก /วันคล้ายวันพระบรมราชสมภพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
- 7 ธันวาคม 2560 วันคล้ายวันประสูติ พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา
- 9 ธันวาคม 2560 วันต่อต้านคอร์รัปชันสากล
- 10 ธันวาคม 2560 วันรัฐธรรมนูญ / วันสิทธิมนุษยชนสากล
- 11 ธันวาคม 2560 หยุคชดเชยวันรัฐธรรมนูญ
- 15 ธันวาคม 2560 วันชาสากล

- 16 ธันวาคม 2560 วันกีฬาแห่งชาติ
- 25 ธันวาคม 2560 วันคริสต์มาส/ วันครบรอบการก่อตั้งสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- 26 ธันวาคม 2560 วันคุ้มครองสัตว์ป่าแห่งชาติ
- 28 ธันวาคม 2560 วันสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
- 31 ธันวาคม 2560 วันสิ้นปี

มกราคม January 2561

- 1 มกราคม 2561 วันขึ้นปีใหม่
- 2 มกราคม 2561 วันหยุดชดเชยวันสิ้นปี
- 8 มกราคม 2561 วันคล้ายวันประสูติ พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าสิริวัณณวรีนารีรัตน์
- 13 มกราคม 2561 วันเด็ก / วันการบินแห่งชาติ
- 14 มกราคม 2561 วันอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของชาติ
- 16 มกราคม 2561 วันครู
- 17 มกราคม 2561 วันโคนมแห่งชาติ / วันพ่อขุนรามคำแหงมหาราช
- 18 มกราคม 2561 วันสมเด็จพระนเรศวรมหาราช / วันกองทัพไทย
- 29 มกราคม 2561 วันครบรอบวันเสียชีวิตพันโท (ในกองทัพบกอังกฤษ) บุญผ่อง สิริเวชชะพันธ์

กุมภาพันธ์ February 2561

- 2 กุมภาพันธ์ 2561 วันนักประดิษฐ์ / วันเกษตรแห่งชาติ / วันพื้นที่ชุ่มน้ำโลก
- 3 กุมภาพันธ์ 2561 วันทหารผ่านศึก
- 4 กุมภาพันธ์ 2561 วันมะเร็งโลก
- 10 กุมภาพันธ์ 2561 วันอาสาฬหบูชาคืนแดน
- 13 กุมภาพันธ์ 2561 วันรักนกเงือก
- 14 กุมภาพันธ์ 2561 วันวาเลนไทน์
- 16 กุมภาพันธ์ 2561 วันตรุษจีน
- 18 กุมภาพันธ์ 2561 วันยุทธหัตถี
- 22 กุมภาพันธ์ 2561 วันครบรอบการก่อตั้งสมาคมสัตวแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย
- 24 กุมภาพันธ์ 2561 วันศิลปินแห่งชาติ
- 25 กุมภาพันธ์ 2561 วันวิทยุกระจายเสียงแห่งชาติ
- 26 กุมภาพันธ์ 2561 วันสหกรณ์แห่งชาติ

จุลสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560 ผมได้รวบรวมวันสำคัญต่าง ๆ มาให้ท่านสมาชิกได้รับทราบ โดยเฉพาะวันสำคัญต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในช่วงระยะเวลานี้จนถึงกุมภาพันธ์ในปีหน้า เช่น วันที่ 24 กันยายน เป็นวันมหิดล วันที่ 11 ตุลาคม เป็นวันครบรอบการก่อตั้งสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย วันที่ 6 พฤศจิกายน เป็นวันคล้ายวันเกิดของศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม วันที่มีความสำคัญอย่างมากในปีนี้เป็นวันที่มีพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สมามินทรราช บรมนาถบพิตร เชื่อว่าสมาชิกจำนวนมากได้เข้าร่วมในการวางดอกไม้จันทน์ถวายความอาลัยต่อพระองค์ตามสถานที่ใกล้บ้านของท่าน พระองค์ทรงปฏิบัติภารกิจอย่างมากมาย ได้ทำประโยชน์ให้ประเทศไทยมากที่สุด พระองค์มีพระอัจฉริยภาพอย่างมากจนไม่น่าเชื่อว่าความสามารถต่าง ๆ นี้จะอยู่ในพระองค์เดียวได้

กลับมาถึงงานต่าง ๆ ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงแก้ไขทะเบียนของสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ให้เป็นปัจจุบันให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตรวจสอบว่ามีสมาชิกบางท่านมีหมายเลขสมาชิกมากกว่าหนึ่งเลขหมาย และมีท่านหนึ่งมีถึงสามเลขหมาย นอกจากนี้ก็พบปัญหาในการติดต่อกับสมาชิก เนื่องจากสมาชิกหลายท่านมีการย้ายสถานที่ทำงาน ย้ายที่อยู่ เปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ ทำให้ทางราชวิทยาลัยฯ ไม่สามารถติดต่อสมาชิกได้จดหมายที่ส่งไปจำนวนหนึ่งถูกส่งกลับมาเนื่องจากไม่มีผู้รับตามเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ณ ปัจจุบัน ราชวิทยาลัย

ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยมีสมาชิกสามัญและวิสามัญรวมกันทั้งสิ้น 3,324 คน แต่ที่มีชีวิตอยู่นั้นมีจำนวน 3,196 คน โดยสมาชิกที่ทางราชวิทยาลัยฯ ไม่สามารถติดต่อได้มีอยู่ 311 คน พร้อมกับจุลสารฉบับนี้ ได้แนบใบปรับปรุงข้อมูลสมาชิกมาให้ท่านสมาชิกกรุณาเติมข้อมูลตามใบแนบนี้ และส่งกลับมายังราชวิทยาลัยฯ ทางไปรษณีย์ หรือทางโทรสาร หมายเลข 0-2716-6144 หรือทาง email address: directorpa@rcst.or.th หรือทาง line ID: vichaoctv

อีกเรื่องหนึ่งคือ ขอประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการประชุมวิชาการส่วนภูมิภาคของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ที่จะจัดขึ้น ณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในช่วงต้นมีนาคม 2561 ขอเชิญชวนสมาชิกไปร่วมเสนอและรับฟังความก้าวหน้าทางวิชาการให้มาก ๆ

นอกจากนี้ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล ได้เขียนบทความเรื่อง “ศตวรรษที่ 21 ใครเหมาะที่จะรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด” ซึ่งนับได้ว่ามีความสำคัญต่อวงการศัลยแพทย์ในบ้านเราในยุคนี้เป็นอย่างยิ่ง พลโท ศ.คลินิก นพ.ณรงค์ รอดวรรณะ อดีตประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ในปีพ.ศ. 2550 - 2552 ได้เขียนบทความเรื่อง “THAILAND 4.0: QUALITY IMPROVEMENT IN SURGERY TOWARDS THAILAND 4.0” ซึ่งเป็น Theme ในการประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ในปี 2561 สำหรับพลตำรวจตรี นายแพทย์ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ ได้เขียนบทความเรื่อง “อยากเห็น RCST Membership Profile” มาลงในจุลสารฉบับนี้ด้วย

ในวันที่ 9 - 11 พฤศจิกายน ที่ผ่านมานี้ ผมได้มีโอกาสไปร่วมงานครบรอบอายุ 84 ปี ของ

นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ท่านเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. 2557 พื้นเพท่านเป็นคนจังหวัดลำปาง แต่มาทำงานที่จังหวัดน่าน แม้จะเกษียณแล้วแต่ท่านก็ยังอยู่ที่น่าน เป็นที่เคารพนับถือของชาวบ้านและข้าราชการทุกระดับในจังหวัดน่าน ท่านเป็นผู้นำชุมชนในจังหวัดน่านในการพัฒนาในทุกๆ ด้านด้วยนโยบาย “ร่มเย็น เรียบง่าย งดงาม” สิ่งที่ทำให้ท่านอุทิศและทุ่มเททำงานในจังหวัดน่านนั้นมาจากพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จิกรีนฤบดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ในครั้งที่ทรงเสด็จโรงพยาบาลน่านครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2511 เพื่อเสด็จเยี่ยมทหารและประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บจากการสู้รบ และทรงพระราชทานเครื่องมือนวดตามที่นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตรได้ทูลขอพระราชทานไป เมื่อพระองค์ท่านพระราชทานสิ่งของให้แล้วก็มีพระราชดำรัสกับนายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตรว่า “เงินที่ขอไปนั้นฉันนำมามอบให้แล้ว ขอให้หมอดำเนินการก่อสร้างเองนะ ไม่ต้องผ่านราชการ ฉันไว้ใจเธอ” คำว่า “ฉันไว้ใจเธอ” ในเวลานั้นทำให้นายแพทย์บุญยงค์รู้สึกตื่นตัวปลื้มปีติอย่างหาที่สุดมิได้ เท่านั้นยังไม่พอ พระองค์ยังรับสั่งต่ออีกว่า “สร้างเสร็จแล้วให้บอกด้วยนะ ฉันจะมาเปิด” ในงานครบรอบอายุ 84 ปีของนายแพทย์บุญยงค์นี้ ท่านได้พูดถึงในหลวงรัชกาลที่ 9 ว่า “พระองค์ไม่เคยหยุดพักเลย แล้วผมหมอบ้านนอกคนนี้ จะหยุดได้อย่างไร” นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตรได้มอบหนังสือ 84 ปีอาจารย์

นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร “ร่มเย็น เรียบง่าย งดงาม” ให้กับทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยจำนวน 1 เล่ม สมาชิกที่สนใจสามารถเข้ามาอ่านได้ที่สำนักงานภายในราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย



ที่ย่าสุดนี้ ในช่วงสิ้นปี 2560 และช่วงปีใหม่ 2561 ขอให้สมาชิกชาวศัลยแพทย์รวมทั้งแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทุกสาขาทุกท่านประสบพบพานแต่สิ่งมงคลในชีวิตตลอดไป

ขอแสดงความนับถือ

นายแพทย์วิเชาว์ กอจรัญจิตต์

บรรณาธิการ



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ใบปรับปรุงข้อมูลสมาชิก

วันที่ เดือน พ.ศ.

ประวัติส่วนตัว

ชื่อภาษาไทย

ชื่อภาษาอังกฤษ

เลขหมายสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (ถ้าทราบ)

ที่อยู่ทำงาน

โทรศัพท์

ที่อยู่บ้าน

โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ E-mail

วัน / เดือน / ปี เกิด

ต้องการให้ติดต่อตาม (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น)

ที่อยู่ทำงาน

ที่อยู่บ้าน

ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. จากสถาบัน

เลขประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้รับวุฒิปริญญาตรี/อนุปริญญาตรีสาขาศัลยศาสตร์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับวุฒิปริญญาตรี/อนุปริญญาตรีสาขาศัลยศาสตร์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับวุฒิปริญญาตรี/อนุปริญญาตรีสาขาศัลยศาสตร์ พ.ศ.

จากสถาบัน

เนื่องจากระบบทะเบียนสมาชิกในขณะนี้ สามารถเลือกสาขาที่ปฏิบัติงานได้เพียงสาขาเดียว

การระบุสาขาที่ปฏิบัติงาน ท่านต้องการให้ระบุสาขาศัลยศาสตร์สาขา

ในอนาคต จะปรับปรุงให้สามารถแสดงได้ทุกสาขาทางศัลยศาสตร์ที่ท่านได้รับวุฒิปริญญาตรี/อนุปริญญาตรี

ลงนาม สมาชิก

()

หมายเหตุ: กรุณาเติมข้อความให้ครบทุกช่อง เพื่อประโยชน์ในการติดต่อสมาชิกและปรับปรุงทะเบียนสมาชิก

กรุณาส่ง

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

(ฝ่ายทะเบียนสมาชิก)

ชั้น 6 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ

เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310