

## บทความพิเศษ

# อายุรแพทย์ไทย - ประสบการณ์ 51 ปี

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงธณอมศรี ศรีชัยกุล



ข้าพเจ้าจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทย-  
ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (ปัจจุบันเป็น  
มหาวิทยาลัยมหิดล) ใน พ.ศ. 2497 ตั้งแต่นั้นก็ปฏิบัติงานเป็น  
อายุรแพทย์มาตลอด ซึ่งถ้ามองย้อนหลังไปนับว่าเป็นเวลานานถึง  
49 ปีกว่าเกือบ 50 ปี ในระยะเวลาอันยาวนานนี้มีการเปลี่ยน  
แปลงหลายอย่างเกิดขึ้นกับวงการแพทย์ไทย จึงใคร่จะขอเล่าสู่กัน  
ฟัง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ กับแพทย์รุ่นหลัง เพราะเชื่อ  
ว่าถ้าได้นำไปพิจารณาก็จะเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงให้  
วงการแพทย์ไทยได้ก้าวไปในทิศทางที่สามารถคงอยู่ด้วยดี เป็น  
สถาบันหลักที่สามารถเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ ผู้ป่วย และ  
ประชาชาติของเราสืบไป

### ชีวิตของการเป็นอายุรแพทย์

**ทำไมจึงอยากเป็นอายุรแพทย์?** เป็นคำถามที่ถูกถามบ่อยพอ  
สมควร เพราะในสมัยที่จบการศึกษาแพทย์นั้น แพทย์สตรีส่วน  
ใหญ่จะเลือกเป็นกุมารแพทย์ และสูติรีแพทย์ สำหรับแผนกวิชา  
ที่แพทย์สตรีแทบจะหมดสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมอันแรกคือ  
ศัลยกรรม รองลงมาคือ อายุรกรรม ดังนั้นจะเห็นว่าในวงการ  
แพทย์สมัยนั้น สิทธิของแพทย์สตรีถูกจำกัดมากกว่าในปัจจุบัน  
เหตุผลที่อยากเป็นหมอ Med หรืออายุรแพทย์นั้น เพราะเมื่อเวลา  
เรียนรู้สึกว่าการศึกษายุทธศาสตร์สนุกและน่าสนใจดี ในความคิดของ  
ข้าพเจ้า เป็นวิชาที่ใช้เหตุผล ความคิด และความเข้าใจในเรื่องของ  
โรคต่างๆ สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยได้โดยการ  
ใช้เหตุผลและความเข้าใจอย่างเป็นระบบ มีแง่มุมต่างๆ ในการ  
ดำเนินของโรคกว้างขวาง ซึ่งนับว่าเป็นเสน่ห์อันหนึ่งที่ทําให้ใคร  
อยากลองเป็นอายุรแพทย์ ใหม่ๆ ที่ไม่ค่อยจะได้รับการต้อนรับเท่า

ใด เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ชายแล้วโอกาสจะเป็นหมอ  
Med สำหรับแพทย์หญิงก็จะด้อยกว่า

### อายุรแพทย์ประจำบ้านที่โรงเรียนแพทย์

ข้าพเจ้าได้เป็นแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์สมใจหมาย ได้  
ฝึกฝนวิชาอายุรศาสตร์จนจบ 2 ปี คือเป็น house หนึ่งปี และ  
senior house 1 ปี มีโอกาสเรียนรู้อาชีพอายุรแพทย์จาก  
สถาบันที่เก่าแก่และดีที่สุดในประเทศไทย ได้เรียนรู้อาชีพ  
ต่างๆ ด้วยการฝึกฝนตนเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสมัยนี้เราเรียกว่า  
**active learning** ในสมัยที่ข้าพเจ้าเป็นแพทย์ประจำบ้าน  
อายุรศาสตร์นั้นอาจารย์ยังมีน้อย เท่าที่จำได้มีประมาณ 10 ท่าน  
**ท่านอาจารย์ประเสริฐ กังสดาลย์** ซึ่งเราเรียกท่านว่า **PK** เป็นหัว  
หมานาควิชา อาจารย์ท่านหนึ่ง คือ **ท่านอาจารย์จรูญ บุรี** ซึ่งต่อมา  
เป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ท่านแรกของคณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามธิบดี ใน พ.ศ. 2510 **ท่านอาจารย์สุภา ณ นคร**  
ซึ่งเป็นปรมาจารย์ทางโลหิตวิทยาที่พวกเรารู้จักกันดี **ท่านอาจารย์  
วิกิจ วีรานูวัตต์** ซึ่งเป็นปรมาจารย์ทางโรคทางเดินอาหารและโรค  
เขตร้อน และอาจารย์ท่านอื่นๆ อีกหลายท่าน (รูปที่ 1)

การเรียนที่เรียกว่า active learning นั้นมี lecture และการ  
สอนทางทฤษฎีน้อยมาก สิ่งที่ได้เรียนรู้ได้จากการฟัง round  
ข้างเตียงที่อาจารย์สอนนักศึกษาแพทย์ การทำ clinic และ class  
กับผู้ป่วยที่น่าสนใจโดยนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 เป็นผู้ทำ กิจกรรม  
เหล่านี้แพทย์ประจำบ้านเจ้าของไข้ต้องเขาร่วมด้วย และเตรียมตัว  
ให้ดี เพราะอาจมีคำถามจากอาจารย์พาดพิงถึง ถ้าตอบไม่ได้จะ  
รู้สึกเสียหน้ามาก หัวใจสำคัญในการเรียนรู้นั้นได้จากการดูแล  
ผู้ป่วย การวินิจฉัยได้จากการซักประวัติให้ตรงจุด การตรวจ  
ร่างกายที่แม่นยำ การแปลผล lab พื้นฐาน ประกอบกับข้อมูลที่ได้  
จากประวัติและการตรวจร่างกาย lab พื้นฐานในสมัยนั้นคือ CBC  
lab biochemistry ซึ่งมี FBS, BUN, creatinine ส่วน

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 10 เมษายน 2548 ได้ให้ตีพิมพ์เมื่อ 4 พฤษภาคม 2548  
ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ ศ.แพทย์หญิง ธณอมศรี ศรีชัยกุล  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400



รูปที่ 1 แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2499



รูปที่ 2 ผู้ป่วย "ครู" ลำค้ำญคนแรก

electrolyte และ liver function test ยังทำไม่ได้ นอกจาก bilirubin และ albumin ทาง X-ray มี film chest, plain film abdomen และการตรวจทางระบบทางเดินอาหาร ในระยะนั้น ยังไม่มี sonogram ยิง computerized tomogram แล้วยังอยู่ในความฝัน การตรวจติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดช่วยให้สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างดีที่สุด

ในความเห็นของข้าพเจ้า **ครูคนแรกที่สำคัญที่สุดคือ “ผู้ป่วย”** ผู้ที่ตนเองให้การศึกษาแพทย์ และแพทย์ทุกคนได้เรียนรู้จากของจริง ซึ่งไม่มีใน text book หรือ lecture (รูปที่ 2) อาจารย์เป็นผู้ฝึกสอนให้การอบรมแนะแนวทางในการปฏิบัติงานแก่ศิษย์ เป็นตัวอย่างที่สำคัญที่สุดในการแสดงจริยวัตรอันงดงามในการเป็นแพทย์ที่ดีแก่ศิษย์แพทย์ การปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดระหว่างอาจารย์และศิษย์ในการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เพราะทำให้แพทย์ฝึกหัดได้มีโอกาสเรียนรู้จากอาจารย์โดยตรง ที่สุดคือคุณสมบัติของแพทย์ผู้รับการอบรม คือความซบถอดต่อผู้ป่วย การให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย เพื่อให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บที่เบียดเบียนในขณะนั้น การใช้ “สมอง” พินิจพิจารณาข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องและดีที่สุด

**Lecture** ที่สำคัญอันหนึ่งซึ่งขาดไม่ได้คือ **จรรยาแพทย์** โดยท่านอาจารย์ประเสริฐ กังสดาลย์ ซึ่งให้ความประทับใจแก่นักศึกษาแพทย์และแพทย์ทุกท่านที่เข้าฟัง ท่านสอนว่า **คนไข้เป็นสิ่งมีอนูญาติของเรา** ถ้าเราอยากให้อัตราหรืออนูญาติของเราได้รับการรักษาอย่างไร ขอให้กระทำกับผู้ป่วยเช่นเดียวกัน **เรารักษาคน ไม่ใช่รักษาโรค** ดังนั้นต้องให้ความดูแลผู้ป่วยทั้งหมด คือทั้งร่างกายและจิตใจ ในขณะที่เจ็บป่วยนั้น **ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลมากแพทย์ควรพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ** แจงข้อมูล การวินิจฉัย และการรักษาให้ทราบตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความกังวลใจ สามารถตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวอย่างใดในการรักษาตัวต่อไป **ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีอยู่ในขณะนั้น ต้องรีบให้ความช่วยเหลือเยียวยาโดยด่วน** สิ่งนี้คือที่เราเรียกว่าเป็น symptomatic treatment แต่เป็น symptomatic treatment ที่แพทย์กระทำ**ให้ผู้ป่วยด้วย “ใจ”** ธรรมชาติต่างๆ ดังกล่าวนั้นเป็นรากฐานสำคัญของการก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยตามมา ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น **ต้องย้ายที่รักษาพยาบาล แพทย์มีหน้าที่สรุปรายงาน ให้ข้อมูลที่จำเป็น ตลอดจนหลักฐานการ investiga-**

**tion ต่างๆ** เพื่อให้แพทย์คนต่อไปได้ใช้ให้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและการรักษาต่อไป ข้าพเจ้าไม่ทราบว่าเป็นปัจจุบันยังมีชั่วโมงการสอนจรรยาแพทย์ และการแนะนำดังกล่าวหรือไม่

**ธรรมชาติหรือจรรยาแพทย์นี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย** แพทย์อาจปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเวลาที่จำกัดเพราะ work load ที่แพทย์ต้องรับไว้ เป็นที่ทราบกันดีว่า **demand** ในการแพทย์ไทยนั้นมีมากกว่า **supply** มาตลอด ปัญหาดังกล่าวต้องได้รับการแก้ไขด้วยความเข้าใจอันดีของผู้ป่วยต่อแพทย์และจากผู้บริหาร แพทย์ที่ได้พยายามทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุดควรได้รับความเข้าใจ และความสนับสนุนจากผู้บริหารช่วยแก้ไขอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติงานของแพทย์ให้ลุล่วงไปด้วยดี

### การเป็นอายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลทหาร

หลังจบ training แล้ว ข้าพเจ้าปฏิบัติงานเป็นอายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งอยู่ในระยะเริ่มก่อตั้ง การเป็นทหารหญิงในสมัยนั้นไม่ใช่ของง่าย เพราะกองทัพไทยมีระเบียบไว้วางใจไม่รับทหารหญิง นอกจากจะมีเลือดเนื้อเชื้อไขของทหารมาก่อน ข้าพเจ้าเกิดในครอบครัวคนธรรมดาเป็นชนชั้นกลางซึ่งไม่มียศถาบรรดาศักดิ์ มีฐานะปานกลางไม่อุดมสมบูรณ์นัก ที่ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นอายุรแพทย์ได้รับพระราชทานยศเป็น **เรืออากาศโทหญิง ถนอมศรี ศรีชัยกุล** เพราะทางโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ต้องการอายุรแพทย์ที่ได้รับ training ที่ครบสมบูรณ์จากโรงเรียนแพทย์ การปฏิบัติงานนอกโรงเรียนแพทย์กับอายุรแพทย์อื่นๆ เป็นบรรยากาศที่แปลกใหม่แตกต่างจากสิ่งที่ได้เคยกระทำในโรงเรียนแพทย์ ทำให้เกิดความท้อใจและลำบากใจอยู่เนืองๆ ยังนับว่าเป็นบุญที่ได้ผู้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นหัวหน้าแผนกอายุรกรรมในขณะนั้น คือ **ท่านนาวาอากาศตรี น้อย ปาณิกบุตร** คุณธรรมของความเป็นแพทย์และมนุษย์ ความรู้อันกว้างขวางและเฉียบแหลมที่ท่านมีอยู่ ทำให้ข้าพเจ้าซึ่งมีโอกาสปฏิบัติงานใกล้ชิดได้รับการถ่ายทอดความเมตตาและความรู้ความชำนาญต่างๆ ท่านเป็น “ครู” ที่ประเสริฐ ซึ่งได้ปลูกฝัง medical career อันประเสริฐ และความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์ให้กับข้าพเจ้า ภารกิจของท่านคือ **ต้องรับผิดชอบต่อหน้าที่ และทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด**

ทิศทางของการเป็นอายุรแพทย์ของข้าพเจ้า ได้ก้าวต่อไปอีกขั้นหนึ่ง เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุนศึกษาต่อจากสมาคมสตรีอุดมศึกษา

อเมริกัน ที่สหรัฐอเมริกา ระหว่าง พ.ศ. 2501-2504 (ในสมัยนั้น กองทัพอากาศมีทุนสำหรับแพทย์ชายศึกษาต่อ แต่ไม่มีทุนศึกษาต่อสำหรับทหารหญิง) หลังจากจบการฝึกอบรมทางอายุรศาสตร์ 1 ปีแล้ว ข้าพเจ้าได้เข้ารับการอบรมต่อในสาขาวิชาโลหิตวิทยาแทนความตั้งใจเดิมที่ต้องการฝึกอบรมในวิชา gastroenterology ด้วยเหตุผลที่สำคัญจากท่านหัวหน้าแผนกคือ “โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชขาดแคลน hematologist ง่ายหมอ train ทางนี้ไปแล้วจะได้มาช่วยกัน” ข้าพเจ้าเข้ารับการฝึกอบรมเป็น resident hematology ที่ Albert Einstein Medical Center, Philadelphia ได้มีโอกาสฝึกฝนกับอาจารย์ทางโลหิตวิทยา 2 ท่านคือ **Dr. Irving Woldow** และ **Dr. Irving Robert Schwartz** ซึ่งแม้ว่าจะไม่มีชื่อเสียงระดับโลก แต่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ปลูกฝังอบรมในการเป็นโลหิตแพทย์ที่ดีซึ่งข้าพเจ้าได้นำมาปฏิบัติตลอดมาจนทุกวันนี้

**อายุรแพทย์-ครูแพทย์ ในสถาบัน 2 แห่ง**

ใน พ.ศ. 2510 หลังจากทำงานใช้หนี้ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กองทัพอากาศครบ 12 ปี ข้าพเจ้าเริ่มชีวิตอายุรแพทย์-ครูแพทย์แห่งแรกที่โรงพยาบาลรามาริบัติ (รูปที่ 3) ได้มีโอกาสสอนนักศึกษาแพทย์สมความตั้งใจ ได้ให้บริการผู้ป่วยอายุรแพทย์และทางโลหิตวิทยา และทำงานวิจัยต่อจากที่เริ่มทำไว้ที่โรงพยาบาลภูมิพลฯ สิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ความพอใจมากที่สุดในชีวิต คือการเป็น “ครูแพทย์” ได้สอนวิชาการและคุณธรรมของการเป็นแพทย์แก่ศิษย์รุ่นแล้วรุ่นเล่า งานที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจคือ การวางรากฐานก่อตั้งหน่วยโลหิตวิทยา ไว้ทั้ง 2 สถาบันแห่งแรกคือ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2510-2522 และแห่งที่สองคือ หน่วยโลหิตวิทยา กองอายุรกรรม ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2525-2533 โดยเกษียณอายุราชการใน พ.ศ. 2533 ที่สถาบันแห่งนี้ และได้เป็นอาจารย์พิเศษสอนในหลายสถาบัน จนถึง พ.ศ. 2544 จึงหยุดไป

การเป็น “ครูแพทย์” นั้น มีหน้าที่สำคัญที่สุด คือ ฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์และแพทย์ฝึกหัดให้มีความรับผิดชอบ มีจริยธรรมของแพทย์ และสามารถเรียนรู้ในการวินิจฉัยและการรักษา โดยมีผู้ป่วยเป็นหลักในการปฏิบัติงาน (รูปที่ 4) “ครูแพทย์” จะปฏิบัติงานได้ดีต้องมีแพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ ต้องทำงานเป็น team work กับ resident นักศึกษาแพทย์ และพยาบาล

โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ “ผู้ป่วย” ซึ่งต้องการได้รับการรักษาพยาบาลให้เร็วที่สุด และดีที่สุด และในขณะเดียวกันต้องให้นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยด้วย **ครุมีหน้าที่ชี้แนวทางที่ใฝ่ใจแก่ศิษย์ สอนให้ศิษย์รู้จัก “คิด” และให้มีความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วย** ครูเป็น “ตัวอย่าง” ที่ดีที่สุดสำหรับศิษย์ให้ได้เรียนรู้จากของจริงในการปฏิบัติงานเพื่อเพื่อนมนุษย์ งานของ “ครูแพทย์” คือการสร้างคนโดยอยู่ที่ตลอดเวลา กำลังกาย และกำลังใจ เวลาที่ผ่านมาเกือบ 40 ปี ได้พิสูจน์ว่า การอุทิศตนเองเพื่อเป็น “ครูแพทย์” นั้น เป็นงานที่คุ้มค่าและมีคุณค่าที่สุดในชีวิต การได้เห็นความเจริญก้าวหน้าของ “ศิษย์” ในการบำเพ็ญประโยชน์ให้กับเพื่อนมนุษย์สมความตั้งใจนั้น เป็นสิ่งที่นำความปลื้มซึ่งประทับใจในความทรงจำตลอดไป

สำหรับงานวิจัยซึ่งได้กระทำต่อเนื่องมาตลอด ตั้งแต่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ต่อเนื่องมาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และจบลงที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้านั้น ได้ฟันฝ่าอุปสรรคมาตลอด แต่ก็ได้พบความสำเร็จในที่สุด งานวิจัยที่ดีเด่นมากคือ การศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางเลือดในมาเลเรีย ทำให้ได้รับรางวัลงานวิจัยดีเด่นกับทีมนักวิจัย 14 คน ใน พ.ศ. 2539 และได้รับการยกย่องเป็นนักวิจัยดีเด่นแห่งชาติใน พ.ศ. 2544 (รูปที่ 5)

ในทัศนะของข้าพเจ้า โรงเรียนแพทย์นั้นจะดำรงอยู่ได้ด้วยปัจจัยใหญ่ๆ 3 ประการคือ การบริการที่ดีต่อผู้ป่วย การเรียนการสอนที่ดีแก่ศิษย์ ซึ่งแม่ครูแพทย์เองก็ต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต และการวิจัยที่ดี ทั้งหมดนี้เป็นหน้าที่ของ “ครูแพทย์” ที่ต้องทำตนเองเป็นตัวอย่งที่ดีแก่ศิษย์

**ปัญหาในการปฏิบัติงานในฐานะ “อายุรแพทย์” ในโรงพยาบาลของรัฐ**

สิ่งที่ค้างคาใจในการปฏิบัติหน้าที่แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐนั้น มีอยู่หลายประการ อุปสรรคที่สำคัญคือ ความล่าช้า และความขาดแคลนปัจจัยในการให้บริการผู้ป่วย

โรงพยาบาลของรัฐนั้นเมื่อจำกัดมากโดยเฉพาะคือ

1. จำนวนเตียง สำหรับรับผู้ป่วยในซึ่งแพทย์ทุกคนต้องพบปัญหานี้เป็นประจำ ผู้ป่วยหนักควรได้รับไว้แต่กลับต้อง refer ไปโรงพยาบาลอื่น หรือต้องนอนรอที่ห้อง observe เพราะไม่มีเตียง ระยะเวลาที่มีการแก้ไขปรับปรุง observed ward ให้ดีขึ้น ทำให้แก้ไขปัญหาก็ได้ระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่ได้มาตรฐานของการ





**รูปที่ 3** อาจารย์แพทย์รุ่นบุกเบิก ภาควิชาอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี 9 ท่าน  
แถวที่ 1 เพ็ญวดี พัทธิสาน รจิต พวงแก้ว ถนอมศรี  
แถวที่ 2 เกரியงไกร สุขสวัสดิ์ สมพันธ์ อรรถสิทธิ์

ดูแลรักษาพยาบาลเท่ากับผู้ป่วยในได้รับ

2. การใช้ facilities ต่าง ๆ เพื่อการวินิจฉัยโรค มีข้อขัดข้องล่าช้าเพราะมี "คิว" ยาว เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้ง "เครื่องมือ" และบุคลากร โดยเฉพาะ "แพทย์" ซึ่งมีจำนวนน้อย และมีเวลาจำกัดในการให้บริการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล แทนที่จะได้ early diagnosis และ early treatment กลับกลายเป็นผู้ป่วยหนักเกินรักษา เพราะมี complication

3. ปัจจัยที่ใช้ในการ investigate และการรักษาพยาบาลนั้นมีราคาแพง เห็นความสามารถของผู้ป่วยจะช่วยตนเองได้ อุปกรณ์นี้ได้รับการแก้ไขโดยการพิจารณาจากผู้บริหาร หรือกรรมการที่โรงพยาบาลแต่งตั้งขึ้นเป็นการแก้ปัญหาไปได้ส่วนหนึ่ง เมื่อข้าพเจ้าเกษียณอายุราชการแล้ว ปัญหาดังกล่าวแม้จะได้รับการแก้ไขบ้าง แต่ก็ยังมีมากจนเมื่อมองย้อนกลับไปแล้วไม่ทราบว่าจะต้องใช้ความอดทน กำลังกาย กำลังใจ แก้ไขอุปสรรคต่างๆ ให้สามารถปฏิบัติงานลุล่วงไปได้อย่างไร หลังเกษียณอายุ



รูปที่ 4 ผู้ป่วย อาจารย์ นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านการสอนข้างเตียง ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ



รูปที่ 5 งานวิจัยเรื่อง โลหิตจางในมาเลเรีย  
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จเยี่ยมมศูนย์วิจัยในวันเปิดโรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ. 2512

ราชการแล้วข้าพเจ้าคงเป็นอาจารย์พิเศษ ช่วยสอนนักศึกษา แพทย์และ resident ทาง hematology เป็นส่วนใหญ่ แต่ขอตัว ไม่ปฏิบัติงานในฐานะอายุรแพทย์เต็มตัว เพราะยังจำความเหน็ด เหนื่อยที่ผ่านมาได้ดี ขณะนี้หวังว่าอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว จะดีขึ้นเป็นลำดับ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยซึ่งเป็นเพื่อนมนุษย์ด้วยกันให้ได้ดีที่สุด เพื่อวางรูปแบบที่ดีในการเรียน การสอน ให้แก่นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านจากของจริงที่เป็นรูปธรรม มิใช่เป็นเพียงทฤษฎี

### อายุรแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน

ข้าพเจ้าใช้ชีวิตอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน ค่อนข้างเต็มที่ ที่หลังจากเกษียณอายุราชการ ที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีโรงพยาบาลมูลนิธิแห่งแรกในประเทศไทย ในความรู้ลึกของข้าพเจ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนนั้น มีหลายประเภท ที่เป็นผู้ป่วยเก่าแก่มีความเข้าใจและ appreciate ในการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากแพทย์นั้นยังมีอยู่มาก ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ กล่าวคือ มีความวิตกกังวลในความเจ็บป่วยของตนเอง และต้องการความช่วยเหลือดูแลจากแพทย์เช่นเดียวกัน

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนนั้นเมื่อได้เปรียบในเรื่องการรักษาพยาบาล การใช้ investigation ต่างๆ ซึ่งมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพที่ดี ดังนั้นจึงสามารถได้ early diagnosis และ early treatment ทำให้ใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่าในโรงพยาบาลของรัฐเกือบ 2-3 เท่า แพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนนั้นเมื่อได้เปรียบในการดูแลรักษา การวินิจฉัยผู้ป่วย เพราะได้รับความสะดวกจากการบริหารจัดการซึ่งมีประสิทธิภาพ และมีความคล่องตัวมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ในโรงพยาบาลเอกชนนั้นถ้าแพทย์ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จำกัดเวลาของตนเองให้พอดี จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ในด้านความก้าวหน้าในวิชาการนั้น แพทย์สามารถขวนขวายได้จากข้อมูลต่างๆ ใน journals ในการประชุมวิชาการต่างๆ และที่สำคัญที่สุดคือ จากการศึกษาติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะยาว ทำให้สามารถเรียนรู้ได้มากทั้งในการวินิจฉัย การรักษา และการค้นคว้าทางวิชาการได้ด้วย

อุปสรรคสำคัญอันหนึ่ง ซึ่งทำให้ความลำบากใจให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน คือ บัณฑิตจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่อนข้างสูงมาก เพราะโรงพยาบาลจำเป็นต้องเลี้ยงตน

เองให้ได้ เนื่องจากมิได้รับความสนับสนุนจากรัฐเลย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่เป็นภาวะริบด่วนที่จำเป็นต้องให้การรักษาทันที เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ ผู้บริหารจะอนุมัติบิจ่ายในการรักษาพยาบาลเสมอ แพทย์มีส่วนช่วยเหลือมิให้ค่าใช้จ่ายมากเกินไป จำเป็น โดยการใช้อัจฉริยะในการส่ง investigation เท่าที่จำเป็น การรักษาให้ถูกต้องจะช่วยประหยัดเงินและเวลาให้ผู้ป่วยได้มาก การช่วยเหลือ refer ในกรณีที่มีผู้ป่วยขาดแคลนบิจ่ายเป็นสิ่งที่จะต้องทำแล้วแต่โอกาสเป็นกรณีไป

### การเปลี่ยนแปลง - ก้าวหน้าของวิชาอายุรศาสตร์ มี 2 เรื่องใหญ่ๆคือ

1. ลักษณะของโรค เมื่อข้าพเจ้าเริ่มต้นเป็นอายุรแพทย์ใน พ.ศ. 2497 นั้นมีโรคทางอายุรกรรมอยู่ไม่กี่โรค ที่พบมากคือ โรคเมืองร้อน เช่น ไทฟอยด์ และ amoebic liver abscess ไม่ทราบ ว่าอันใดเป็นอันดับหนึ่ง แต่จำได้ว่ารับคนไข้ที่ป่วยเป็นโรค 2 โรคนี้เกือบทุกวันแวนวัน โรคอื่นๆ เช่น CA liver, cirrhosis, mitral stenosis, thalassemia, lymphoma, aplastic anemia, leukemia และ SLE นั้นพบได้เสมอ สำหรับเรื่อง amoebic liver abscess นั้นมีเรื่องควรเล่าไว้เป็นความรู้ คือ การวินิจฉัย ในสมัยนั้นได้จากการคลำพบตับโต กดเจ็บ มีไข้ไม่เหลือง และพยายาม กดหาจุดที่เจ็บ และมี fluctuation มากที่สุด ส่วนใหญ่อาจอยู่ที่ หน้าท้องบริเวณตับ หรือ intercostal space อาจารย์ที่มีความชำนาญในการใช้วิธีนี้ซึ่งเราเรียกกันว่าวิธี “แยง” นั่นคือ ท่านอาจารย์ประเสริฐ กังสดาลย์ อาจารย์วิกิจ วีรานูวัตต์ และอาจารย์ท่านอื่น คือ อาจารย์จำลอง หะริณสุต และอาจารย์ตระหนักจิต หะริณสุต สมัยนั้นไม่มี ultrasound การดูหนองออกจากตับ โดยไม่มี ultrasound นำ ฟังดูอาจเป็นที่น่ากลัวมากสำหรับในปัจจุบันนี้ การรักษาใช้ emetin hydrochloride และการเจาะตับ ดูหนองออกบ่อย ๆ จนแห้ง ภาวะแทรกซ้อนที่น่ากลัวที่สุดคือ ฝีในตับแตกเข้าในช่องปอด และคนไข้ shock, ในสมัยนั้น แพทย์ประจำบ้านมี skill ในการเจาะตับ เจาะปอดเป็นพิเศษ นอกจากนั้นการทำ liver biopsy เป็น skill อันหนึ่งซึ่งข้าพเจ้าได้เรียนรู้จากท่านอาจารย์วิกิจ วีรานูวัตต์ มากที่สุด จนมีโอกาสนำความสามารถดังกล่าวไปใช้ในการทำการวิจัยเรื่อง malarial pigment ในตับที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช นับว่าเป็นงานวิจัยชิ้นแรก ที่ทำให้ได้ทุนจากสมาคมสตรีอุดมศึกษาอเมริกันไปศึกษาต่อในสหรัฐอเมริกา สำหรับโรคอื่นๆ ที่พบบ่อยในปัจจุบันแต่ไม่เคยพบเลยในอดีตคือ deep vein thrombosis ส่วน multiple

myeloma นั้นจำไม่ได้ว่าไม่เคยพบโรคนี้หรือไม่

โดยสรุป โรคต่างๆ ในแต่ละสาขาวิชานั้นได้พัฒนาตัวเองไปมาก โรคที่เคยพบมากในสมัยนั้นเช่น amoebic liver abscess และ typhoid หายไปเกือบหมด เปลี่ยนเป็นโรคใหม่ๆ ที่ไม่เคยพบหลายโรคเช่น coronary thrombosis, deep vein thrombosis, myelodysplastic syndrome, bleeding disorders ต่างๆ ซึ่งมักเป็น congenital ส่วนใหญ่ สาขาวิชาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในภาควิชาอายุรศาสตร์มี nutrition และ oncology การขยายตัวของสาขาวิชานั้นส่วนใหญ่จะเกิดภายใน subspecialty นั้นๆ เช่นทาง hematology มีทั้ง hematooncology, coagulation, non-hematologic malignant disorders, hematopoietic stem cell transplantation และ transfusion medicine เป็นต้น

2. ความก้าวหน้าทาง technology จากการวินิจฉัยโดยใช้การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ lab พื้นฐาน ซึ่งอยากเรียกว่า bed side medicine ได้วิวัฒนาการไปถึงระดับ molecular medicine รวมทั้งการรักษาซึ่งได้วิวัฒนาการคู่ขนานกันไปด้วยการเปลี่ยนแปลงนี้กว้างไกล จนเหลือเชื่อสำหรับคนที่จบแพทย์ตั้งแต่ยุค bed side medicine เช่นข้าพเจ้า ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิชาการนี้มีมากมายเหลือจะพรรณนาได้ จากผู้ป่วยที่ไม่มีทางรักษา เช่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดดำรักษาให้หายขาดได้ส่วนหนึ่ง แม้โรค thalassemia ก็ไม่ใช่โรคที่รักษาไม่ได้ต่อไป

ในฐานะ hematologist ข้าพเจ้าขอยกตัวอย่างโรค chronic myeloid leukemia (CML) ซึ่งอายุรแพทย์ทุกคนคงรู้จักโรคนี้ดี การวินิจฉัยโรค CML ในสมัย พ.ศ. 2497 ซึ่งข้าพเจ้าจบแพทย์นั้น โดยอาศัย criteria 3 ประการ คือ ม้ามโต เม็ดเลือดขาวสูงมากเป็นระดับแสน และพบตัวอ่อนของ myeloid cells ทุกๆ ระยะ ที่พบมากคือ myelocytes, metamyelocyte และ neutrophils โดยพบ promyelocytes บ้าง ส่วน blasts นั้น เกือบไม่พบเลยใน CML ระยะ chronic phase การเจาะไขกระดูกจะพบว่า มี myeloid cells ตัวอ่อนมากทุกระยะ โดยมี blast ต่ำมาก เม็ดเลือดแดงตัวอ่อนจะน้อยลงเกือบไม่พบเลย ส่วนแกร็ดเลือด และเซลล์ต้นกำเนิดแกร็ดเลือดยังพบได้มาก criteria ดังกล่าวยังเป็นหัวใจสำคัญในการวินิจฉัย CML มาจนถึงปัจจุบันนี้ แต่มีข้อปลีกย่อยเพิ่มเติมอีกมากมาย ตามวิวัฒนาการในเรื่อง pathogenesis ของโรค

ปัจจุบันโรค CML มีการศึกษาลึกซึ้งลงไปถึงระดับ gene

ซึ่งทำให้เกิดวิวัฒนาการในการวินิจฉัย และรักษามากมาย ความรู้ใหม่ที่สำคัญในระยะแรกของโรค CML นั้นคือ การค้นพบ Philadelphia chromosome ใน ค.ศ. 1960 ต่อมาประมาณ ค.ศ. 1987 มีการศึกษาจนพบว่า Philadelphia chromosome เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ gene บน chromosome คู่ที่ 9 และคู่ที่ 22 มีการรวมตัวของ gene 2 ตัว คือ abl gene บน chromosome คู่ที่ 9 ย้ายที่มาจับกับ bcr gene บน chromosome คู่ที่ 22 การเกิด fusion gene abl-bcr ทำให้เกิด protein ตัวสำคัญกระตุ้นให้มีการสร้างเม็ดเลือดขาวผิดปกติจนกลายเป็น CML ในที่สุด

จากความรู้ในเรื่อง pathogenesis ของโรคดังกล่าวทำให้มีการพัฒนาในเรื่องการรักษาโรค CML อย่างมากมาย ในระยะแรกการรักษา CML นั้นมีการใช้เคมีบำบัดไม่รุนแรงเพื่อรักษาให้โรคเข้าสู่ระยะสงบ แต่ไม่หายขาด ต่อมาความรู้ที่ว่า โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของ stem cell ต้นกำเนิดของเม็ดเลือด ซึ่งแม้ว่าจะรักษาอย่างไรก็จะยังคงซ่อนตัวอยู่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ ทำให้มีการรักษาโดยการปลูกถ่าย stem cell ของเม็ดเลือด ในปัจจุบันตั้งแต่ประมาณ ค.ศ. 2000 มีการค้นพบยาที่ใช้รักษา protein tyrosine kinase ที่เกิดจาก fusion gene ที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของโรค CML, การรักษาโรค CML ที่ได้วิวัฒนาการมามากมายดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลง survival ของผู้ป่วย CML-chronic phase จาก mean survival 3-4 ปี มาจนถึงปัจจุบันนี้ ส่วนหนึ่งประมาณ 50-60% หรืออาจมากกว่าของผู้ป่วย CML ที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดของเม็ดเลือด มีโอกาสหายขาด ตั้งแต่ ค.ศ. 2000 มีการศึกษาการใช้ยา imatinib mesylate รักษา protein tyrosine kinase ที่เกิดจาก fusion gene ที่ผิดปกติ ในผู้ป่วย CML ปรากฏว่ามากกว่า 90% ของผู้ป่วยที่เป็น CML ในระยะ chronic phase เมื่อได้รับการรักษาโดยยาดังกล่าวมีชีวิตอยู่ในระยะโรคสงบ โดยติดตามผลการรักษาไปนานประมาณ 2 ปีครึ่ง

ทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นตัวอย่างของโรค CML ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคหลายโรคที่มีการพัฒนาในด้านการศึกษา pathogenesis ของโรค โดยใช้ high technology ซึ่งทำให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดียิ่งขึ้น เป็นประโยชน์ต่อมนุษยชาติอย่างมาก

#### บทบาทของแพทย์ในยุค high technology

เบื้องหลังความก้าวหน้าวิวัฒนาการที่เกิดขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง



นั้น สิ่งสำคัญที่สุดที่อายุรแพทย์ต้องตระหนักให้ดี คือสิ่งเหล่านี้มีขึ้นเพื่อให้เป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาลเพื่อนมนุษย์ อายุรแพทย์ทุกคนไม่จำเป็นต้องรู้อย่าง หรือทำทุกอย่างที่มีผู้คิดค้นศึกษารายงานไว้ แต่ควรรู้และทำให้เหมาะสมกับระดับขีดความสามารถของตนเองและกับผู้ป่วยที่จะสามารถรับการรักษาด้วย high technology เหล่านี้ ควรใช้วิจารณญาณในการใช้ technology ที่มีราคาแพง โดยให้สิ้นเปลืองน้อยที่สุด ให้คุ้มค่าที่สุด และเกิดประโยชน์สูงสุด

แม้ว่าความก้าวหน้าในทางวิชาการ และ technology ต่างๆ จะเกิดขึ้นอย่างมากมาย แต่หัวใจสำคัญของการเป็นอายุรแพทย์ที่ดีก็ยังคงเป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนได้ปฏิบัติมาแล้วตั้งแต่ในอดีต กล่าวคือ การซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีที่สุด การเลือกใช้ investigation และ technology ต่างๆ ให้เหมาะสมในการวินิจฉัย การเลือกใช้วิธีการรักษาให้ถูกต้อง เหมาะสม ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระดับที่เป็นไปได้ ปัจจุบันมีการค้นคว้าจากเอกสารการแพทย์ รวมทั้งการรับข้อมูลข่าวสารมากมาย แพทย์ต้องรู้จัก คิด พิจารณา เลือก ใช้ให้เหมาะสม อายุรแพทย์ที่ดีคิดเป็น จะมีความคิดริเริ่มเป็นของตนเองโดยไม่อาศัยข้อมูลจากนักวิจัยจากต่างประเทศอย่างเดียว สำหรับอายุรแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ นั้นมีโอกาสดีที่จะได้ใช้ high technology ดังกล่าวได้มากกว่าอายุรแพทย์ที่สถาบันอื่น การมีรากฐานที่แน่นแฟ้นในการเป็นแพทย์และเป็น “ครูแพทย์” ที่ดีนั้นเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติงาน เป็นตัวอย่างที่ดีกับศิษย์แพทย์ที่จะเจริญรอยตามในการใช้ศิลปวิทยาในการปฏิบัติหน้าที่แพทย์ให้ดีที่สุดไม่ว่าแพทย์ผู้นั้นจะอยู่ ณ ที่ใดก็ตาม ในฐานะที่ได้ผ่านชีวิตของอายุรแพทย์มาแล้วในสถาบันต่างๆ กัน ทั้งในโรงพยาบาลนอกโรงเรียนแพทย์ ในโรงเรียนแพทย์ระดับมหาวิทยาลัย และในโรงเรียนแพทย์ทหารในระยะก่อตั้ง และท้ายที่สุดคือ อายุรแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน ข้าพเจ้าเชื่อว่า อายุรแพทย์ทุกคนสามารถกระทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ได้ด้วยความรู้ ความสามารถ และด้วยใจที่ให้ความรักและเมตตาต่อผู้ป่วยที่เป็นเพื่อนมนุษย์ ได้อย่างเหมาะสมและภาคภูมิใจเสมอไม่ว่าเขาจะไปอยู่ที่ใดก็ตาม

#### สถานะภาพของอายุรแพทย์ในปัจจุบัน

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
2. ความยอมรับของสังคมที่มีต่อแพทย์

#### ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานสำคัญ 2 ประการคือ

- แพทย์มีความตั้งใจในการรักษาผู้ป่วยด้วยความรัก เมตตา และปรารถนาดีต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วยเข้าใจในเจตนาดีของแพทย์ - มีศรัทธาในแพทย์

สังคมปัจจุบันได้มีส่วนในการทำลายพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นอย่างมากมาย เพราะกระแสวัตถุนิยม ซึ่งเชียวกรากอย่างมากในขณะนี้ ทำให้ความเห็นแก่ตัว ความอยากได้ของบุคคลมีมากขึ้น แพทย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมดังกล่าวย่อมมีความอยากได้ในทางวัตถุไม่น้อยหน้าผู้อื่น ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การศึกษาของบุตร ธิดา ความเป็นอยู่ที่ต้องการความสุขสบายต่างๆ ซึ่งต้องอาศัย “ปัจจัย” อย่างมาก ทำให้แพทย์ส่วนหนึ่งเร่งร่อนอยากมี อยากเป็น จนละเลยต่อจรรยาแพทย์อันพึงมีต่อผู้ป่วย มิได้มีความรับผิดชอบ และความเมตตา เห็นใจผู้ป่วย เท่าที่พึงกระทำ สิ่งเหล่านี้ทำให้ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่พึงมีต่อแพทย์หมดไป จนทำให้เกิดความระแวงฉันทะในสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ซึ่งเคยมีมาแต่ก่อน

สังคมในปัจจุบันเป็นสังคมของ “เงินตรา” ทำให้คุณค่าของมนุษย์นั้นถูกวัดด้วย “เงินตรา” ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความรู้สึกที่ว่า “เงิน” สามารถซื้อได้ทุกอย่าง รวมทั้งบริการทางการแพทย์และตัวแพทย์เองด้วย ผู้ป่วยจำพวกนี้จะต้องการ “จ่ายให้น้อยที่สุด แต่ต้องการให้ได้มากที่สุด” ผู้ป่วยประเภทนี้มิได้มองแพทย์ในฐานะผู้ช่วยเหลือในการให้ชีวิตผู้ป่วยด้วยความเมตตาและหวังดี แต่มองแพทย์ในฐานะ “ผู้รับจ้างให้บริการ” และตนเองเป็น “ผู้ซื้อบริการ” โดยใช้เงินเป็นปัจจัยซื้อขาย แมแต่ในเอกสารต่างๆ ที่มาจากสถาบันรัฐหรือกึ่งรัฐ ว่าด้วยเรื่องแพทย์และผู้ป่วยนั้น ก็ยังใช้คำว่าแพทย์เป็นผู้ให้บริการและผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการ ผู้ที่บัญญัติศัพท์นี้ขึ้นถ้าเป็นแพทย์ก็มิได้เป็นแพทย์ด้วย “ใจ” และมิได้ตระหนักในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นแพทย์ที่แท้จริง ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ดังกล่าวรวมกับสภาพสังคมที่วัตถุนิยมเป็นตัวกำหนด ได้ทำลายความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งเคยมีในสังคมไทยมาช้านานอย่างน่าเสียดาย และกำลังจะเลือนหายไปถ้ามิได้รับการแก้ไข

สำหรับความยอมรับของสังคมต่อแพทย์นั้นจะเป็นหนึ่งใด? คงขึ้นกับการปฏิบัติตนของแพทย์ที่รู้ซึ่งในคุณค่าของวิชาชีพของตนเอง และความเข้าใจของผู้ป่วยในบทบาทของแพทย์ ในปัจจุบันนี้

ยังมีแพทย์ที่ดีและผู้ป่วยที่ดีเหลืออยู่ไม่น้อย บทบาทของรัฐซึ่งมีความสนใจในการบริการผู้ป่วยและการสาธารณสุขของประเทศ มีความสำคัญในการมองประเด็นต่างๆ ให้ตรงจุดด้วยการพิจารณาจากข้อมูลที่ต้องการ การใช้เงินและกฎเกณฑ์ของสังคมต่างๆ บีบบังคับแพทย์ซึ่งดูเหมือนจะกระทำอยู่ขณะนี้ไม่ทำให้สถานการณ์ดีขึ้น แต่เป็นการทำลายสถาบันแพทย์ซึ่งเป็นสถาบันหลักที่สำคัญอันหนึ่งของรัฐให้เสื่อมลง

ข้าพเจ้าขอจบประสบการณ์ของ 49 ปี ในการเป็นอายุรแพทย์ไทยไว้เพียงเท่านี้ ในอดีตที่ผ่านมาแม้ว่าจะพบอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์มาตลอด แต่ก็มีความรัก ความไว้วางใจจากผู้ป่วย ความชื่นใจในการได้ช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ ได้มีโอกาสพบเห็นความเจริญก้าวหน้า และการทำประโยชน์แก่ผู้ป่วยของศิษย์แพทย์ที่จบการศึกษาหลากหลายรุ่น สิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องจรรโลงใจหล่อเลี้ยงให้เกิดพลังในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ให้ลุล่วงไปได้ตลอด สภาพปัจจุบันที่ประสบอยู่ในขณะนี้ไม่เป็นที่ชื่นชม และอนาคตก็ยังมองไม่เห็น ได้แต่ตั้งความหวังว่าสถานะภาพของแพทย์ไทยซึ่งกำลังจะตกต่ำลงนั้น จะได้รับการแก้ไขเยียวยาให้ดีขึ้น

สิ่งสุดท้ายที่อยากขอฝากอายุรแพทย์รุ่นน้อง รุ่นลูก หรือ younger generation ต่อไปคือ ในฐานะของแพทย์ขอใหม่ปฏิบัติหน้าที่แพทย์ให้ดีที่สุด ด้วยการให้ใจ ในการดูแลผู้ป่วยด้วยเมตตาธรรม ด้วยการปฏิบัติหน้าที่อย่างดีที่สุด โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ไม่ว่านไหวต่ออามิสสินจ้างซึ่งมาในรูปของเงินทอง ลาก

ยศต่างๆ โดยยึดในศักดิ์ศรีและจรรยาบรรณของความเป็นแพทย์อยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อจรรโลงไว้ซึ่ง “สถาบันแพทย์” ให้เป็นประโยชน์อยู่กับบ้านเมืองไทยตลอดไป

คุณลักษณะสำหรับการเป็นแพทย์นั้น คือ ความเชื่อถือไว้วางใจ ท่านต้องมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง คือ มีความมั่นใจ  
ท่านต้องมีความไว้วางใจระหว่างแพทย์กันเอง คือ ความเป็นปึกแผ่น  
ท่านต้องได้รับความไว้วางใจระหว่างแพทย์กันเอง คือ ความไว้วางใจของคณะชน  
คุณสมบัติสามประการนี้เป็นอาวุธเกราะ และเครื่องประดับอันงามของแพทย์

หมอมิใช่ผู้มีอาชีพรับจ้าง  
หมอที่ดีไม่รวย แต่ ไม่อดตาย

I don't want you to be only doctor  
but I also want you to be a man

พระบรมราชโองาพของสมเด็จพระบรมราชชนก เจ้าฟ้ามหิดล  
พระบิดาของการแพทย์ไทย