



3 ทศวรรษ ยูโรไทย ก้าวต่อไป อย่างภาคภูมิใจ
30th Anniversary of TUA: Continuing with Pride



ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภทรัพย์และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์

คำนิยม

Acknowledgement



ด้วยในปี พ.ศ. 2561 จะครบรอบ 30 ปีแห่งการก่อตั้งสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ผมจำได้ว่าเราเคยจัดงานและทำหนังสือที่ระลึกครบรอบการก่อตั้ง 20 ปี ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งสมัยนั้นมีศาสตราจารย์ นายแพทย์กฤษฏา รัตน์โอฬาร เป็นนายกสมาคมฯ ผมใคร่ขอกล่าวถึงความทรงจำในอดีตเล็กน้อย สมาคมฯ ของเราชาวยูโร เริ่มต้นจากการก่อตั้งเป็นชมรมเล็ก ๆ ในปี พ.ศ. 2507 แล้วจึงพัฒนาสถานะมาเป็นสมาคมฯ ในปี พ.ศ. 2531 และในที่สุดก็ได้รับพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ ให้อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ในปี พ.ศ. 2548 นับแต่นั้นมา สมาคมฯ ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความรู้ความสามารถของท่านอาจารย์อาวุโส ตลอดจนความร่วมมือร่วมใจของเหล่าสมาชิก ความเจริญก้าวหน้าของสมาคมฯ ย่อมสะท้อนถึงความเจริญก้าวหน้าของวงการยูโรในประเทศไทย ซึ่งพัฒนาไปได้อย่างยอดเยี่ยมในด้านวิชาการ การฝึกอบรม การบริการ ทั้งในระดับสถาบันฝึกอบรม โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด รวมไปถึงโรงพยาบาลอำเภอขนาดใหญ่ ที่นำภาคภูมิใจคือ ความรักใคร่กลมเกลียวกันภายในสังคมชาวยูโร ซึ่งเป็นที่ยอมรับของแพทย์สาขาอื่นเป็นอย่างยิ่ง ความทรงจำที่ดีเหล่านี้ ควรจะถูกบันทึกไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกรุ่นปัจจุบันและรุ่นต่อ ๆ ไป ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและรักษาไว้ ดังนั้น ในวาระครบรอบ 30 ปีแห่งการก่อตั้ง ทางสมาคมฯ จึงขอใช้โอกาสนี้จัดทำหนังสือ

The year 2018 marks the 30th anniversary of the Thai Urological Association under the Royal Patronage. The Association wishes that this year would remain engraved in our memory for a long time. As I recall, we once organized a great event and published a commemorative book for the Association's 20th anniversary in 2008, when Professor Krisada Ratana-Olarn was the president of the Association.

Looking back, our Association for the urologist community originated as a small society in 1964, which was later transformed into the Association in 1988, and finally granted His Majesty's Patronage in 2005. The Association has continued to progress due to the work of lecturers in the profession, with their accumulated knowledge, ability and charisma, and the cooperation among the Association's members. There is no question that the Association's significant progress contributed greatly to the advancement of urology in Thailand, that has been developed so prominently when compared to other surgical specialties. I have witnessed this development in various aspects, including academic work, services, training institutes, in the central hospitals, the provincial hospitals and major district hospitals. Furthermore, what makes us proud is the unique social development of the urologist community, which has been so outstanding that it has been recognized by professionals in other fields. We have been known to

ที่ระลึกในวาระครบรอบ 30 ปี เพื่อบันทึกไว้ในความทรงจำของเราไปนานแสนนาน

ท้ายที่สุดนี้ ผมขอขอบพระคุณท่านอดีตนายกสมาคมฯ ท่านอาจารย์อาวุโสและผู้นิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณารวบรวมข้อมูลอันทรงคุณค่า ตลอดจนภาพประกอบต่างๆ มาบันทึกในหนังสือเล่มนี้ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อภิรักษ์ สันติงามกุล และ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงมณฑิรา ตันทนุช ตลอดจนกรรมการบริหารสมาคมฯ ทุกท่าน ที่ได้เพียรพยายามรวบรวม และเรียบเรียง จนหนังสือเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ หวังว่าหนังสือครบรอบ 30 ปีสมาคมฯ เล่มนี้ จะเป็นบันทึกหน้าประวัติศาสตร์ และเป็นความทรงจำที่น่าภาคภูมิใจของเราชาวยูโรตลอดไป

be very cooperative, mutually supportive and harmonious. All these good memories and experiences should be consistently documented, so that both the current and future members, as well as concerned practitioners in general, can learn from this. Therefore, we are commemorating the 30th anniversary of the Association by publishing this book for our eternity memory.

Finally, I would like to thank all former presidents of the Association, respected senior lecturers and contributors, who have been generous in providing information, evidence and illustrations for this book. I thank Assistant Professor Apirak Santingamkun and Associate Professor Monthira Tanthanuch, as well as all the members of the Association's executive committee, who have been patiently collecting and compiling information until the final completion of this book. I hope that this book to commemorate the Association's 3^{0th} anniversary will become a record of history and remain as memories of pride for our urology community for all time.



(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ไชยยงค์ นวลยง)

นายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบบัสสภาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

Associate Professor Chaiyong Nualyong

President of the Thai Urological Association under the Royal Patronage

สารจากอดีตนายกสมาคมฯ

A Message from Past President



ผมรู้สึกดีใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้ทราบว่าสมาคมของเราได้ก่อตั้งมาครบ 30 ปีแล้ว แต่ถ้าจะนับรวมทั้งการที่เราได้ก่อตั้งชมรมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 และมีจัดประชุมครั้งแรกขึ้นในปี พ.ศ. 2508 เราน่าจะภูมิใจได้ว่าเราได้ผ่านมา 54 ปีแล้ว

มีการเปลี่ยนแปลงมากมายตั้งแต่การก่อตั้งของชมรมและสมาคม เราได้รวมตัวกันเป็นปีกแผ่น เรามีการแลกเปลี่ยนความรู้แก่กันโดยการประชุมประจำปี การจัดสัมมนา การจัดเชิงปฏิบัติการ การออกวารสารของสมาคม ที่นับว่าเป็นความสำเร็จยิ่งใหญ่ของเราก็คือการที่เราได้มีการจัดการฝึกอบรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ และเป็นผลให้มีการกระจายตัวของแพทย์ระบบปัสสาวะไปทั่วประเทศ นอกจากนั้นสมาคมยังประสบความสำเร็จในการเปิดตัวออกสู่ระดับสากลด้วยการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมในระดับนานาชาติหลายครั้ง และสมาคมยังเป็นตัวตั้งตัวตีในการก่อตั้งสมาคม Urological Association of Asia ด้วยการร่วมมือกับสมาคมในประเทศแถบเอเชีย

I am most pleased to learn that our Association is now 30 years old. Its inception was actually begun in 1964 when a group of urologists formed an informal urological club which met regularly to share urological experiences. This gradually grew bigger into a more formal Association in 1988. We could say that we are proud to be 54 years old.

A lot of achievements have occurred since the inception. Apart from the solidarity shown by our members, we have regularly exchanged and shared our experiences by organizing annual meetings, seminars and workshops, and by publishing our own journals. One of the most successful achievements is the establishment of urological training which results in wide distribution of urological manpower throughout the country. The other important achievement is the internationalization of the Association. We have successfully hosted many regional and international congresses. Moreover, together with other national Associations in Asian countries, we played a major role in setting up the Urological Association of Asia in 1990.

ความสำเร็จดังกล่าวเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมแรง
ร่วมใจ และเสียสละของคณะกรรมการของสมาคม และ
ของบรรดาสมาชิก ในโอกาสนี้ผมจึงขอแสดงความยินดี
ด้วยความจริงใจ และขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยจง
ดลบันดาลให้สมาคมมีความรุ่งเรืองยิ่ง ๆ ขึ้นตลอดไป

The above achievements came from the unity
and sacrifice of the Association Committees and our
members. I take this opportunity to express my most
sincere congratulations. May the Association grow
bigger and shine brighter.

ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์พิชัย บุนยารัตเวช

อดีตนายกสมาคม (2534-2536)

Emeritus Professor Pichai Bunyaratavej

Past President of TUA (1991-1993)

Past President of UAA (1993-1996)

ผู้พบ

กฤษฎา รัตนโอฬาร

ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ)

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติณัฐ กิจวิชัย

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จูลินทร์ โอบานูรักษ์

นายแพทย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Krisada Ratana-Olarn

Emeritus professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine

Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

Kittinut Kijvikai

Associate Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine

Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

Kriangsak Prasopsanti

Associate Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University, Bangkok

Julin Opanuraks

Doctor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University, Bangkok

Choosak Pripatnanont

Assistant Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Songkhla

ธงชัย พรรณลาภ

ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ)
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ธนุ ชูวิเชียร

พลโท
กองทัพอากาศ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ธวัชชัย ทวีมันคงทรัพย์

รองศาสตราจารย์
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณกิจ โลงนภวัฒน์

ศาสตราจารย์
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พิชัย บุญยะรัตเวช

ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ)
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิษณุ มหาวงศ์

รองศาสตราจารย์
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ไพบูลย์ จิตประไพ

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Thongchai Bhanalaph

Emeritus professor
Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University, Bangkok

Thanoo Choovichian

Lieutenant General
Department of Surgery,
Pramongkutklao Hospital, Bangkok

Tawatchai Taweemonkongsap

Associate Professor
Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University, Bangkok

Bannakij Lojanapiwat

Professor
Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Chiang Mai University, Chiang Mai

Pichai Bunyaratavej

Emeritus professor
Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok

Phitsanu Mahawong

Associate Professor
Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Chiang Mai University, Chiang Mai

Phaibul Jitpraphai

Clinical Professor
Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University, Bangkok

มณฑิรา ตันทนุช

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วชิร คชการ

ศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วรพจน์ ชุณหทคล้าย

นายแพทย์

แผนกศัลยกรรม

โรงพยาบาลราชวิถี

วัฒน์ชัย อึ้งเจริญวัฒนา

นายแพทย์

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วีระสิงห์ เมืองมัน

ศาสตราจารย์ (เกียรติคุณ)

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สาธิต ศิริบุญฤทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

กองศัลยกรรม

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สุชาย สุนทรภา

ศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Monthira Tanthanuch

Associate Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Songkhla

Wachira Kochakam

Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine

Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

Vorapot Choonhaklai

Doctor

Department of Surgery,

Rajavithi Hospital, Bangkok

Wattanachai Ungjaroenwattana

Doctor

Department of Surgery,

Sappasit Prasong Hospital, Ubon Ratchathani

Verasing Muangman

Emeritus professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine

Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

Satit Siriboonrid

Assistant Professor

Department of Surgery,

Pramongkutklao Hospital, Bangkok

Suchai Soontrapa

Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj

Hospital, Mahidol University, Bangkok

สุนัย ลีวันแสงทอง

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สุพจน์ รัชชานนท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุริธร สุนทรพันธ์

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อภิชาติ กงกะนันท์

ศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิรักษ์ สันติงามกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อัคร อมันตกุล

นายแพทย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อนุพันธ์ ตันติวงศ์

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Sunai Leewansangtong

Associate Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj

Hospital, Mahidol University, Bangkok

Supoj Ratchanon

Assistant Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University, Bangkok

Surithorn Soontornpun

Associate Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Chiang Mai University, Chiang Mai

Apichat Kongkanand

Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University, Bangkok

Apirak Santingamkun

Assistant Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University, Bangkok

Akara Amantakul

Doctor

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Chiang Mai University, Chiang Mai

Anupan Tantiwong

Associate Professor

Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj

Hospital, Mahidol University, Bangkok

สารบัญ



	หน้า
คำนิยม	2
Acknowledgement	2
สารจากอดีตนายกสมาคมฯ	4
A Message from Past President	4
แรกเริ่มสู่ปัจจุบัน	13
▪ แรกเริ่มก่อตั้ง สู่ปัจจุบันที่มั่นคง	14
วชิร คชการ, มณฑิรา ตันธนุช	
Urology in Thailand: From Its Inception to the Stable Establishment at Present	14
Wachira Kochakarn, Monthira Tanthanuch	
▪ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	43
อภิรักษ์ สันติงามกุล	
Urology residency training in Thailand	43
Apirak Santingamkun	
▪ วารสารของเรา: วารสารยูโร	47
มณฑิรา ตันธนุช	
Our Journal: The Thai Journal of Urology	47
Monthira Tanthanuch	
พี่เล่าให้ฟัง	61
▪ ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะในความทรงจำ	62
ธงชัย พรรณလာภ	
“The Urology Society of Thailand” in my memory	62
Thongchai Bhanalaph	
▪ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในความทรงจำ	69
พิชัย บุญยะรัตเวช	
วีระสิงห์ เมืองมั่น	
ไพบุลย์ จิตประไพ	
อภิชาติ กงกะนันทน์	
เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ	
สุชาย สุนทรภา	

The Thai Urological Association in my memory	69
Pichai Bunyaratavej	
Verasing Muangman	
Paiboon Jitpraphai	
Apichat Khongkanand	
Kriangsak Prasopsanti	
Suchai Suntarapa	
▪ การจัดประชุมวิชาการจากยุคชมรมฯ มาสู่ยุคสมาคมฯ	102
กฤษฎา รัตนโอฬาร	
Academic Conference from “Society” to “Association”	102
Krisada Ratana-Olam	
▪ การแข่งขันกอล์ฟ “THANOO CUP”	107
ธนู ชูวิเชียร	
“THANOO CUP” Thai Urological Association under the Royal Patronage	107
Thanoo Choovichian	
▪ ใกล้ตัว ใกล้ใจ	109
อนุพันธ์ ตันติววงศ์	
Close to Body... Close to Heart	109
Anupan Tantiwong	
▪ 10 Things we missed in Urologic Surgery	115
ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์	
10 Things we missed in Urologic Surgery	115
Choosak Pripatnanont	
ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะในประเทศไทย	127
▪ มะเร็งระบบปัสสาวะ	128
• มะเร็งไต	128
จุลินทร์ โอภาณุรักษ์	
• มะเร็งเยื่อบุระบบปัสสาวะ	132
วรพจน์ ชุณหทคล้าย	
• มะเร็งอัณฑะ	135
สาธิต ศิริบุญฤทธิ์	
• มะเร็งองคชาติ	143
สุริธร สุนทรพันธ์, อัคร อมันตกุล	
• มะเร็งต่อมลูกหมาก	152
ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์	

▪ นิ่วระบบปัสสาวะ	158
• นิ่วระบบปัสสาวะภาคเหนือ บรรณกิจ โลจนภักดิ์	158
• นิ่วระบบปัสสาวะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัฒน์ชัย อึ้งเจริญวัฒนา	161
• นิ่วระบบปัสสาวะภาคใต้ มณฑิรา ตันทนุช	163
• นิ่วระบบปัสสาวะภาคกลาง สุพจน์ รัชชานนท์	169
▪ เทคโนโลยีศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ	171
• การผ่าตัดระบบปัสสาวะผ่านกล้องในประเทศไทย: อดีต ปัจจุบัน และอนาคต กิตติณัฐ กิจวิภัย	171
• การผ่าตัดระบบปัสสาวะด้วยหุ่นยนต์ในประเทศไทย สุนัย ลีวันแสงทอง	174
• การปลูกถ่ายไตในประเทศไทย ธวัชชัย ทวีมันคงทรัพย์	177
▪ การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	182
วชิร คชการ	
▪ ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก	186
พิษณุ มทาวงค์	
ภาคผนวก	195
1. รายนามประธานชมรมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะประเทศไทย และสมาชิกรุ่นก่อตั้งชมรมฯ	196
2. รายนามนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	198
3. รายนามบรรณาธิการวารสารยูโร	199
4. รายนามกรรมการสมาคมฯ	200
5. การประชุมและกิจกรรมทางวิชาการ	202
6. การจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติของสมาคมฯ	210
7. ทุนสนับสนุนด้านวิชาการ	211
8. QR code หนังสือของสมาคมฯ	215



ແຮກເຣີມສູ່ປີຈຸບັນ



แรกเริ่มก่อตั้งสู่ปัจจุบันที่มั่นคง

Urology in Thailand: From Its Inception to the Stable Establishment at Present

วชิร คชการ
มณฑิรา ตันธนุช

ก้าวแรก (พ.ศ. 2434 - พ.ศ. 2480)

เมื่อพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 สมเด็จพระปิยะมหาราชได้โปรดเกล้าให้สร้างโรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2431 (ภาพที่ 1) และเปิดเป็นโรงเรียนแพทย์ในปีต่อมานั้น มีผู้ป่วยโรคนิ่วมาขอรับการรักษา แต่ยังมีแพทย์ผู้ใดสามารถทำการผ่าตัดให้ได้ จนเมื่อ พ.ศ. 2434 นายแพทย์ ยอร์ช แม็กฟาร์แลนด์ (George Bradley McFarland) ซึ่งเป็นชาวอเมริกัน เกิดที่ปากคลองบางหลวง ในกรุงเทพฯ และศึกษาวิชา

Wachira Kochakarn
Monthira Tanthanuch

The First Step (1891-1937)

The beginning dates back to the time when King Rama V (King Chulalongkorn granted permission to build Siriraj Hospital in 1888 (picture 1) and subsequently to establish the medical school the following year. It was a time when patients with bladder stones could not find any surgeons, capable of removing the stones. In 1891, Dr. George Bradley McFarland, an



ภาพที่ 1 โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2438

Picture 1. Siriraj Hospital in 1888

แพทย์ และทันตแพทย์จากสหรัฐอเมริกา เมื่อกลับมาเป็นครูสอนแพทย์รุ่นแรกของประเทศไทย โรงพยาบาล ศิริราช ท่านเป็นแพทย์ท่านแรกที่ทำการผ่าตัดนิ่วกระเพาะปัสสาวะ ด้วยวิธี suprapubic cystolithotomy เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2435 นับเป็นการเปิดศักราชของศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ของไทย และท่านได้รับพระราชทานบรรดาศักดิ์เป็น “พระอาจวิทยาคม” (ภาพที่ 2)

American who was born in the Pak Klong Bang Luang area in Bangkok and studied general and dental medicine in the USA, returned to Thailand. He became one of the first medical lecturers in Thailand and worked at Siriraj Hospital. Dr. McFarland was the first surgeon to remove bladder stones using the suprapubic cystolithotomy method on January 1, 1892. This became the cornerstone for a new era of urology in the history of Thai modern medicine. Dr. McFarland was later granted the royal title of “Pra Ajvitayakom” (picture 2).



ภาพที่ 2

พระอาจวิทยาคม หรือ นายแพทย์ ยอร์ช แม็กฟาร์แลนด์ (George Bradley McFarland) นายแพทย์ท่านแรกที่ทำการผ่าตัดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2435

Picture 2. Dr. McFarland was the first surgeon to remove bladder stones using the suprapubic cystolithotomy method on January 1, 1892.

ระหว่างปี พ.ศ. 2465-2466 ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในประวัติการแพทย์ไทย ซึ่งเป็นอนุสนธิจากการเจรจาความตกลงระหว่างรัฐบาลไทย อันมีสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ทรงเป็นผู้แทนประเทศไทย กับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller) มีการคัดเลือกศาสตราจารย์ที่ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ให้เข้ามาวางรากฐานการแพทย์แผนปัจจุบัน และการเรียนการสอนด้านการแพทย์แก่โรงพยาบาลศิริราชมีกำหนดสัญญา 6 ปี (พ.ศ. 2466-

During 1922 and 1923, significant changes occurred that would impact the medical history of Thailand. Mahidol Adulyadej, the Prince Father (Prince of Songkla), representing the Thai government, acted as a liaison with the Rockefeller Foundation, which was offering a six-year contract (1923-1929) to send six highly-qualified professors to give technical support in laying the groundwork for modern medicine and public health education at Siriraj Hospital. Professor Thomas Patterson Noble (picture 3), who was a surgeon specializing in several fields, including general surgery, orthopedic surgery, urology,

2472) โดยศาสตราจารย์โนเบิล (Professor Thomas Patterson Noble (ภาพที่ 3) ซึ่งเป็นคัลยแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถหลายสาขา อาทิ คัลยศาสตร์ทั่วไป คัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ โสต คอ นาสิก และ จักษุ ท่านได้ปฏิบัติหน้าที่ในประเทศไทยเป็นเวลาถึง 13 ปี (พ.ศ. 2466 - พ.ศ. 2479) อาจารย์นายแพทย์สมัย จันทวิมล เล่าว่า “ในสมัยนั้น ประชาชนเป็นโรคนิวในทางเดินปัสสาวะกันมาก นอกจากโรคนิวแล้ว ยังมีโรคที่พบบ่อยที่บันทึกไว้ คือ ท่อปัสสาวะตีบจากโรคหนองใน ซึ่งเกิดเป็นซ้ำซาก ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการปัสสาวะไม่ออก ซึ่งการรักษาจะใช้วิธีขยายท่อปัสสาวะ โดยใช้แท่งเหล็กโค้ง (บูร์จี, Bougie) ในการรักษา แพทย์จะต้องใช้ความประณีตบรรจงมาก มิฉะนั้น แท่งเหล็กอาจทะลุท่อปัสสาวะจนเกิดอาการแทรกซ้อนมากมาย” ศาสตราจารย์โนเบิล สอนศิษย์เสมอว่า “ความประณีตบรรจงเป็นศิลปะของคัลยศาสตร์ (Gentleness is the art of Surgery)”⁽¹⁾ ศาสตราจารย์โนเบิลเป็นกำลังสำคัญในการปรับปรุงการเรียนการสอนวิชาคัลยศาสตร์ การผ่าตัด และงานวิจัย ที่สำคัญ คือ ท่านเป็นผู้สร้างคัลยแพทย์ชาวไทยเพื่อสืบต่อการพัฒนาวิชาคัลยศาสตร์ของประเทศไทยในเวลาต่อมา ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ได้ยกย่องท่านว่าเป็น “มหาคัลยแพทย์แห่งยุค” และท่านเป็นผู้วางรากฐานด้านคัลยกรรมในประเทศไทยให้มีความทัดเทียมนานาชาติ⁽²⁾

otolaryngology and ophthalmology, served in Thailand for 13 years (1923-1936). Professor Samai Chanthawimol said: “In those days, a lot of people were suffering from stones in the urinary tract. In addition, another commonly found disease was the tight urethral stricture caused by gonorrhoea, which often relapses. Patients with urethral strictures have difficulty urinating. Treatment involved dilation of the urethra with the use of a Bougie, a small, curved metallic bar. Surgeons must be very careful and gentle, otherwise the metallic bar may pierce through the urethra, causing many complications.” Professor T P Noble always taught his students that “gentleness is the art of surgery”.⁽¹⁾ Professor T P Noble was the driving force for improving teaching and research in surgical science. Importantly, his effort and hard work produced many instructors who went on to contribute to the development of surgical science in Thailand. Professor Sem Pringpuangkaew praised him as “the Great Surgeon of the era”, who laid the foundation for Thailand’s surgical science to meet the international standard.⁽²⁾



ภาพที่ 3 ศาสตราจารย์โนเบิล ผู้วางรากฐานด้านคัลยกรรมในประเทศไทย
Picture 3. Professor Thomas Patterson Noble who work for modern medicine and public health education at Siriraj Hospital.

การที่ประชาชนเป็นนิวกันมาก ทำให้ ศัลยแพทย์ที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด ต้องพัฒนาทักษะการผ่าตัดนี้ไว้ ดั่งเห็นได้จากบันทึก ของสมเด็จพระราชบิดา ที่มีถึงพันโทนายแพทย์ หลวงนิติย์ เวชชวิศิษฎ์ เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2472 ซึ่งเล่าถึงประสบการณ์ขณะทรงประทับ อยู่ที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ว่า “ที่นี่สนุกดีมาก มี cases ต่าง ๆ น่าดูมาก ทั้งทาง surgical และ medical มี malaria มากแท้ ๆ และได้เห็นการผ่าตัดนี้หลายราย เป็น กันมาก การผ่าตัดไม่สู้ยาก แต่โดยมากอันตราย อยู่ที่คนไข้มักจะมี reflex anuria หรือ uremia เพราะ kidney function ของพวกนี้ไม่ใคร่ดี.....” (ภาพที่ 4) แสดงว่าในปี พ.ศ. 2472 นั้น มีการผ่าตัดนี้ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดแล้ว แต่ยังคง จำกัดอยู่ในบางโรงพยาบาล ศาสตราจารย์นาย แพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ได้กล่าวว่า “ในช่วงหลัง เปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 แพทย์ที่ ปฏิบัติงานในภาคเหนือและภาคอีสานพบเห็นผู้ป่วย

Since there were a lot of patients with stones, surgeons in the provincial hospitals were encouraged to develop their surgical skills in order to remove the stones. This can be seen in the Prince Father’s personal letter to Lieutenant Colonel Luang Nit Vejvisit on May 7, 1929. It describes the Prince Father’s experience while visiting McCormic Hospital in Chiang Mai: “It’s fun here. There are many interesting cases, both surgical and medical. There are really a lot of malaria cases. I have also seen many surgeries for patients with stones. There are many patients. The surgery is not complicated, but the potential danger is that patients often have reflex anuria or uremia because their kidney function is not working well.” (picture 4) This letter indicates that in 1929 surgical work was already in place, but still limited at some hospitals. Professor Sem Pringpuangkaew stated: “In the post revolution of 1932, surgeons in the North and Northeast regularly found patients with bladder stones. Dr E. C. Court, Director of

สมเด็จพรหมราชบิดา ทรงมี
วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๔๗๒
(เจ้ากรมมอช นพ. จิตวิ)

ที่นี่สนุกดีมาก มี cases ต่าง ๆ
น่าดูมาก ทั้งทาง surgical
และ medical มี malaria มาก
แท้ ๆ และได้เห็นการผ่าตัดนี้
หลายราย เป็นกันมาก

T. B. มี มาก สนุกดี ทั้งทาง
surgical และ medical มี malaria มาก
แท้ ๆ และได้เห็นการผ่าตัดนี้
หลายราย เป็นกันมาก
T. B. Srinakulrajavidyalaya
เชียงใหม่



ภาพที่ 4

- ก) ลายพระหัตถ์สมเด็จพระราชบิดา ถึงพันโทนายแพทย์หลวงนิติย์ เวชชวิศิษฎ์ เมื่อ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2472 (เอื้อเฟื้อภาพโดย ศาสตราจารย์นายแพทย์วชิร คุชการ)
- ข) โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่ พ.ศ. 2468

Picture 4.

- (A) Prince Father’s personal letter to Lieutenant Colonel Luang Nit Vejvisit on May 7, 1929.
- (B) he McCormic Hospital in Chiang Mai province in the year 1925.

นี้วกระเพาะปัสสาวะกันอยู่เป็นประจำ โดยนายแพทย์ อี.ซี. คอร์ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่ เป็นผู้ทำการผ่าตัดนี้ว”⁽²⁾

มูลนิธิ Rockefeller ช่วยเหลือประเทศไทยในหลาย ด้านนอก จากการสนับสนุนให้ศิัลยแพทย์ชาวต่างชาติ มาพัฒนาการแพทย์ในประเทศไทยแล้ว ยังสนับสนุนให้ ศิัลยแพทย์ชาวไทยได้ไปศึกษาในต่างประเทศ โดยสนับสนุน ให้ศาสตราจารย์นายแพทย์ประจักษ์ ทองประเสริฐ (ภาพ ที่ 5) ไปศึกษากับ Professor Hugh Hampton Young ที่โรงพยาบาล Johns Hopkins ในปี พ.ศ. 2468 และ เมื่อกลับมาจากสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2479 ท่านเป็น ผู้วางรากฐานด้านศัลยกรรมระบบปัสสาวะที่โรงพยาบาล ศิริราช ถือเป็นจุดเริ่มต้น modern urology ในประเทศไทย⁽³⁾

the Mc Cormic Hospital in Chiang Mai province was doing the surgery to remove the stones for the patients.”⁽²⁾

The Rockefeller Foundation helped Thailand in many respects. Apart from supporting international surgeons who helped develop medical work in Thailand, it also funded Thai surgeons’ studies abroad. Professor Prajak Thongprasert (picture 5) studied with Professor Hugh Hampton Young at Johns Hopkins Hospital in 1925. When he returned from the USA in 1936, he laid the foundation for urology at Siriraj Hospital, which marked the beginning of modern urology in Thailand.⁽³⁾



ภาพที่ 5 นายแพทย์ประจักษ์ ทองประเสริฐ ผู้วางรากฐานด้านศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ที่โรงพยาบาลศิริราช

Picture 5. Professor Prajak Thongprasert who laid the foundation for urology at Siriraj Hospital, which marked the beginning of modern urology in Thailand.

ก้าวเดิน (พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2495)

อาจารย์สมัย จันทวิมล เล่าถึงเหตุการณ์ ที่ทำให้ ท่านสนใจศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะว่า “เมื่อผมเป็นแพทย์ ประจำบ้านในปี พ.ศ. 2478 จะเห็นผู้ป่วยท่อปัสสาวะตีบนอนรักษาเป็นผู้ป่วยใน 3-4 คนเสมอ จึงทำให้เกิดแรงบันดาลใจให้สนใจศึกษาศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ” ท่านกล่าวถึงความสำคัญของระบบปัสสาวะไว้ว่า “คนเรา ไม่กินสักเจ็ดวันหรือไม่ถ่ายอุจจาระสักเจ็ดวันก็พอจะอยู่ได้ แต่ถ้าปัสสาวะไม่ออกเพียงวันเดียวก็จะมีอันเป็นไปต่าง ๆ นานา”⁽¹⁾ เมื่ออาจารย์สมัยได้ทำงานที่ศิริราช

Journey Down the Road (1937-1952)

Dr. Samai Chanthawimol recalled the event that attracted his interest in urology: “When I was a medical resident in 1935, I always saw 2-3 in-house patients with urethral strictures. This inspired me to take an interest in urology.” He described the importance of the urinary system: “If we do not eat or pass stool for seven days, we can still survive reasonably. But if we do not urinate just for a day, we will be in trouble with

ใน พ.ศ. 2480 ท่านได้ทำงานร่วมกับศาสตราจารย์นายแพทย์ประจักษ์ในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ศาสตราจารย์วีระสิงห์ เมืองมัน ได้เล่าถึงการเรียนการสอนในสมัยนั้นว่า มีความเข้มข้นมาก อาจารย์จะดูแลศิษย์อย่างใกล้ชิด จนศิษย์จดจำเทคนิคต่าง ๆ และปฏิบัติได้เป็นอย่างดี⁽⁴⁾ ในยุคเริ่มแรกของศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะในประเทศไทย มีศัลยแพทย์จำนวนไม่มากนัก อาทิ อาจารย์สังัด กาญจนกฤษร อาจารย์อุทัย ศรีอรุณ อาจารย์สัมพันธ์ ต้นติวังค์ อาจารย์ตุ้ย ชัยวัฒน์ อาจารย์นายแพทย์พิศิษฐ์ วิเศษกุล อาจารย์โชติ พานิชกุล อาจารย์สิริ สถาวร อาจารย์วรวัฒน์ ชุมสายฯ อาจารย์อำนาจ สุนันท์ เป็นต้น การผ่าตัดที่ทำในยุคนี้ นอกจาก suprapubic cystolithotomy แล้ว ยังมีการผ่าตัด pyelolithotomy, ureterolithotomy, subcapsular nephrectomy ซึ่งจะทำภายหลังใส่ tube drain ในผู้ป่วย pyonephrosis อาจารย์นายแพทย์สมพงษ์ แสงมิตร (อดีตศัลยแพทย์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ) เล่าว่า ในสมัยนั้น การผ่าตัดต่อมลูกหมาก ทำเป็น 2 ระยะ (two stages suprapubic prostatectomy) คือ ทำ suprapubic cystostomy ไว้ก่อน 2-3 สัปดาห์ แล้วจึงทำ suprapubic prostatectomy ในภายหลัง ส่วนการผ่าตัดมะเร็งองคชาต มีการทำ amputation of penis ตั้งแต่สมัยศาสตราจารย์โนเบิล ซึ่งท่านได้รายงานใน British Journal of Surgery นับเป็นรายงานของศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเรื่องแรกของประเทศไทยในวารสารการแพทย์ต่างประเทศ สำหรับการผ่าตัดทำหมันชาย เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2484 โดยอาจารย์หลวงนิธย์ เวชวิศิษฐ์ ซึ่งเป็นผู้ได้รับทุนของสมเด็จพระราชบิดา ไปศึกษาวิชาแพทย์ ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมาท่านดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นคนแรก การผ่าตัดทำหมันในสมัยนั้นถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ คือ ผ่าตัดผ่านทาง inguinal incision ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาล 3-5 วัน

การตรวจวินิจฉัยทางรังสี นับเป็นเรื่องใหญ่ในสมัยนั้นเช่นกัน อาจารย์นายแพทย์สมพงษ์ เล่าว่า การทำ IVP ถ้าผู้ป่วยต้องทำ cystoscopy อยู่แล้ว จะทำ indigocarmine separate renal function test ร่วม

many severe complications.”⁽¹⁾ In 1937 Dr. Samai was working with Professor Prajak in surgery and care for patients in urology at Siriraj Hospital. Professor Verasing Muangman recounted that the study at that time was very intense. Teachers were taking close care of their students, which enabled the students to learn and remember all the techniques and practice well.⁽⁴⁾ During the pioneering period of urology in Thailand, there was a limited number of surgeons. In this period, apart from the suprapubic cystolithotomy, other surgical techniques for removing stones included pyelolithotomy, ureterolithotomy and subcapsular nephrectomy, which would be performed after certain patients with pyonephrosis received the placement of a tube drain. Dr. Sompong Sangmit, former surgeon of the National Cancer Institute, noted that prostate surgery involved two-staged suprapubic prostatectomy. Surgeons would first perform suprapubic cystostomy for the patients 2-3 weeks before, followed by suprapubic prostatectomy. As for surgery for penile cancer, surgeons could perform amputation of the penis since the time of Professor Noble’s work in Thailand. He published his article about this development in “The British Journal of Surgery”. The article became the first publication on urology from Thailand to appear in an international medical journal. Male surgical sterilization (vasectomy) occurred for the first time in Thailand in 1941 by Lieutenant Colonel Luang Nit Vejvisit, who had been awarded a scholarship from the Prince Father to study medicine in the USA. Later on, he became the first director-general of the Ministry of Public Health’s Department of Medical Services. Male surgical sterilization was a major surgery, which involved an inguinal incision on

กับ retrograde pyelography (RP) ส่วนการวินิจฉัยนิ่วกระเพาะปัสสาวะ สำหรับแพทย์ต่างจังหวัด ที่ไม่มี X-ray และ cystoscope ศัลยแพทย์จะใช้เครื่องมือขยายท่อปัสสาวะ (sound dilator) ใส่ผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปสัมผัสก้อนนิ่ว ซึ่งท่านที่มีความชำนาญ สามารถบอกได้ว่า นิ่วมีขนาดเท่าใด และมีกี่ก้อน

ในยุคนี้ แพทย์หลายท่านที่เป็นศิษย์ของศาสตราจารย์โนเบิล ได้ออกไปปฏิบัติหน้าที่ในต่างจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเหนือและภาคอีสาน และได้นำความรู้ในการผ่าตัดออกไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้งานด้านศัลยกรรมระบบปัสสาวะได้พัฒนาก้าวหน้าเรื่อยมา ศัลยแพทย์ในยุคเริ่มแรกที่ออกไปดูแลผู้ป่วย ต่างจังหวัด อาทิ นายแพทย์โสภณ กาญจนวลิต ที่เชียงราย นายแพทย์ดุสิต โชตินันท์ ที่หนองคาย นายแพทย์ ม.ล.เต๋อ สนิทวงศ์ ที่อุบลราชธานี นพ.ชลวิทย์ ชูติกร ที่นครพนม และอุบลราชธานี รวมถึงศาสตราจารย์ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายท่านแรกกล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2480 นั้น เมื่อท่านได้ไปประจำที่เชียงราย ได้ทำการผ่าตัดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะและคอพอกเป็นจำนวนมาก⁽²⁾

ก้าวกระโดด (พ.ศ. 2495 - พ.ศ. 2509)

หลังปี พ.ศ. 2495 แพทย์ไทยที่ไปศึกษาดูงานในต่างประเทศทยอยกลับกันมาพร้อมกับวิชาความรู้ที่ทันสมัย ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม ไปชะกฤษณะ นำวิธีผ่าตัดต่อมลูกหมากแบบ one-stage prostatectomy เข้ามาใช้ในประเทศไทย ศาสตราจารย์นายแพทย์สมาน มันทาภรณ์ กลับจากสหราชอาณาจักร นำเอาวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากแบบ retropubic prostatectomy มาใช้ ต่อมาศาสตราจารย์นายแพทย์ศิริ สถาวระ จบการศึกษาจากฟิลลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2499 กลับมาประจำที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปี พ.ศ. 2501 ศาสตราจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ ต้นติวงศ์ กลับมาจากการศึกษาดูงานที่ออสเตรเลีย และเดนเวอร์ สหรัฐอเมริกา กลับมาปฏิบัติงานที่ศิริราช โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ศิริ เริ่มการผ่าตัด transurethral resection of prostate

both sides. Post surgical care required that patients spend 3-5 days in the hospital to recuperate.

In the past, radiological diagnosis was a big matter. Dr. Sompong said that in order to conduct an intravenous pyelogram (IVP) for patients who had to undergo a cystoscopy, physicians would combine an indigocarmine separate renal function test and a retrograde pyelography (RP). To make a diagnosis about bladder stones at provincial hospitals, which lacked equipment, such as x-rays and cystoscopy, physicians employed a sound dilator by inserting it into the urethra to feel the stones. Skillful physicians could tell the size of the stones and how many pieces there were. In this era, many physicians, who were former students of Professor T P Noble, were serving in the northern and northeastern provinces. They made use of their knowledge in surgery to help many patients, allowing urology to continue to progress.

Leap Forward (1952-1966)

After 1952, physicians who had gone abroad for training courses began to return to Thailand with modern knowledge. Professor Udom Posakrisana brought the one-stage prostatectomy technique to surgical practice in Thailand. Professor Saman Muntarbhorn, who returned from the United Kingdom, introduced retropubic prostatectomy in urology. Later, Professor Siri Sathawara, who graduated from Philadelphia, USA, in 1956, returned to Chulalongkorn Hospital. In 1959 Professor Sampan Tantiwong, who had visited counterpart medical institutes in Australia and Denver in the USA, came back to Siriraj Hospital. Professor Siri introduced the transurethral resection of the prostate (TUR-P) to treat patients.

(TUR-P) อาจารย์นายแพทย์สมพงษ์ แสงมิตร เล่าว่า “อาจารย์ศิริ ใช้ Nesbit resectoscope เพราะว่าสามารถทำด้วยมือเดียว สามารถใช้นิ้วของอีกมือช่วยดันต่อมลูกหมากทาง rectum ได้ ส่วนอาจารย์ ลัมพันธ์ ใช้ Mccarthy resectoscope” อาจารย์นายแพทย์สมพงษ์ เล่าว่า “light source ในยุคนั้นเป็นหลอดไฟ และใช้แบตเตอรี่ เครื่องจี้ไฟฟ้ายังไม่ดีนัก การทำ TUR-P นาน ๆ หลอดไฟจะดับ จึงเลือกทำเฉพาะต่อมลูกหมากที่ไม่โตมากนัก ถ้าต่อมลูกหมากโตมาก จะทำ open prostatectomy ซึ่งอาจารย์ทั้งสองท่านมีความเห็นตรงกันว่า การผ่าตัด perineal prostatectomy ผู้ป่วยไม่ค่อยมีภาวะแทรกซ้อน ไม่เจ็บปวดมาก และไม่เสียเลือดมากนัก แต่ไม่เหมาะกับการเรียนการสอน เพราะผู้ช่วยไม่มีใครเห็นอะไร”

หลังจากนั้น ระหว่างปี พ.ศ. 2500-2509 มีแพทย์กลับมาจากต่างประเทศอีกหลายท่าน อาทิ อาจารย์นายแพทย์ ชัยวัฒน์ กลับจากไฮเดนเบิร์ก เยอรมัน อาจารย์นายแพทย์ โชติพานิชกุล กลับจากแคนาดา มาเป็นอาจารย์ที่ศิริราช ในปี พ.ศ. 2505 อาจารย์นายแพทย์ อุดม พัฒนถาบุตร กลับจากสหรัฐอเมริกา มาเป็นอาจารย์ที่จุฬาลงกรณ์ และมีอาจารย์ที่สำเร็จ full training และได้ board หรือ master degree กลับมาหลายท่าน อาทิ อาจารย์ไพฑูรย์ คชเสนี อาจารย์วรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา อาจารย์เรืองชัย วัชรพงษ์ อาจารย์ธงชัย พรรณลาม อาจารย์วิระสิงห์ เมืองมั่น อาจารย์อมฤต ศิลอ่อน อาจารย์อำนาจ สุนันท์ อาจารย์ทวีป รักษากุล สำหรับโรงพยาบาลต่างจังหวัด มีคัลยแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศไปประจำอยู่ อาทิ นายแพทย์ ปุณ ปิยะศิลป์ กลับจากสหรัฐอเมริกา มาประจำที่โรงพยาบาลสุรินทร์ นายแพทย์ ณรงค์ สดุดี กลับจากสหรัฐอเมริกา มาประจำที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี นายแพทย์ โสภณ นาคไพรัช กลับจากสหรัฐอเมริกา มาประจำที่โรงพยาบาลอ่างทอง และต่อมาย้ายมาที่โรงพยาบาลนครสวรรค์ นายแพทย์สมพงษ์ แสงมิตร กลับจากสหรัฐอเมริกา มาประจำที่โรงพยาบาล

Dr.Sompong Sangmit said: “Dr. Siri performed the Nesbit resectoscope in surgery because it could be done with one hand, which enabled the surgeon to use the fingers from the other hand to press the prostate through the rectum. In the meantime, Doctor Sampan employed the McCarthy resectoscope in surgery.”

Dr. Sompong continued: “The light source at that time was a battery-operated light bulb. The "electrocautery machine" was not yet well developed. To perform the TUR-P treatment could take a long time and the light bulb could go out. Therefore, surgeons chose to use the TUR-P treatment for cases with not very enlarged prostate glands. On the other hand, for the cases with greatly enlarged prostates, the open prostatectomy was more suitable. The two lecturers were in agreement that perineal prostatectomy, which generally did not cause much complications, pain, and blood loss, was not suitable for learning purposes, because students would not see much.”

Later on, from 1957 to 1966, more physicians returned from abroad, such as Dr. Tu Chaiyawat from Hindenburg, Germany, and Dr. Chote Panichkul from Canada, both of whom went on to teach at the medical school at Siriraj Hospital. Dr. Udom Patanathabutr returned from the USA to teach at Chulalongkorn medical school. There were also many medical graduates with full training or master degrees from abroad who returned to Thailand, including Dr. Phaitun Gojaseni, Dr. Worrawat Jumsai Na Ayudhya, Dr. Ruangchai Watcharapong, Dr. Thongchai Bhanalaph, Dr. Verasing Muangman, Dr. Amarit Silaorn, Dr. Amnat Sunan and Dr. Taweep Raksakul. As for the provincial hospitals, there were also surgeons who graduated from abroad and chose to work there, namely Dr. Pun Piyasilp

ราชบุรี ในปี พ.ศ. 2505 นายแพทย์สุจินต์ ผลากรกุล สำเร็จ American Board มาประจำที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์

งานด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะได้รับความสนใจจากศัลยแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีศัลยแพทย์ที่ผ่านการศึกษาดูงานจากต่างประเทศมาปฏิบัติงานด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะมากขึ้นเรื่อย ๆ อาทิ นายแพทย์สมพงษ์ บุรุษรัตนพันธ์ โรงพยาบาลกลาง นายแพทย์เกษม ตูลวรรธนะ โรงพยาบาลสงฆ์ นายแพทย์เสริฐศักดิ์ อัครมณี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แพทย์หญิงบรรยง เสนีวงศ์ ณ อยุธยา โรงพยาบาลหญิง (โรงพยาบาลราชวิถีในปัจจุบัน) นายแพทย์สุกรี การถาวร โรงพยาบาลศรีสะเกษ นายแพทย์ยศพร จิตตะเสนี โรงพยาบาลวชิรพยาบาล นายแพทย์สุรินทร์ พิชัยสรทัต โรงพยาบาลราชวิถี และนายแพทย์เบญจพันธ์ ณ เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นต้น แต่ละท่านต่างก็ได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทางด้านโรคระบบปัสสาวะสร้างผลงานมากมาย สำหรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดจะเป็นการผ่าตัดเกี่ยวข้องกับโรคทางระบบปัสสาวะทั้งสิ้น โดยโรคนีว เป็นโรคที่พบบ่อย และทำให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพของประชาชน และส่งผลต่อภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศไทย จนรัฐบาลจัดให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ทำให้ศัลยแพทย์ในต่างจังหวัด ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับระบบปัสสาวะโดยปริยาย ดังบทความเรื่อง “ผมเป็นหมอบ้านนอก” ของนายแพทย์บรรลุศิริพานิชย์⁽⁵⁾ เล่าว่า หลังจากที่ท่านจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว ท่านได้รับคำแนะนำจากศาสตราจารย์นายแพทย์ฝนแสงสิงแก้ว ให้กลับไปปฏิบัติงานในต่างจังหวัดเมื่อผ่านการฝึกฝนหัตถการต่าง ๆ เป็นเวลา 1 ปี ท่านได้ไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

from the USA who worked in Surin province, Dr. Narong Sadudee, also from the USA at Phraphutthabat Hospital in Saraburi province, Dr. Sopon Nakpairaj, from the USA who worked at Angthong Hospital and later moved to Nakhon Sawan province, Dr. Sompong Sangmit from the USA worked at Ratchaburi Hospital in 1962 and Dr. Sujin Phalakornkul, from the American Board, worked at Buriram Hospital.

Urology continued to capture the interest of many surgeons. More and more surgeons, who were visiting or had undergone training overseas, increasingly worked in the field of urology. These include Dr. Sompong Burusrattanapan at the BMA General Hospital, Dr. Kasem Tulwattana at the Priest Hospital, Dr. Sertsak Asavamane at Bhumibol Adulyadej Hospital, Dr. Banyong Senivongse Na Ayudhya at Rajavithi Hospital (formerly the Women's Hospital), Dr. Sukree Karnthavorn at Srisaket Hospital, Dr. Yossaporn Jittasenee at Vajira Hospital, Dr. Surin Pichaisorrathat at Rajavithi Hospital and Dr. Benjapan Na Chiangmai at Chiangmai University. Each of them contributed much valuable work and treated patients in numerous surgical situations in the hospitals, and particularly in the provincial hospitals, where most surgeries were related to urinary tracts diseases. Stones were commonly found, which caused the loss of people's health and affected the overall economy in Thailand. In response, the government considered stones as one of the country's major public health concerns, prompting the provincial surgeons to automatically deal, one way or the other, with urinary tract diseases. Such a phenomenon is well explained in the article, "I'm a Rural Bumpkin Physician" by Dr. Banlue Siripanich⁽⁵⁾ When he graduated as a young physician, he was advised by Professor Fon Sangsingkaew to return to work in the provinces. After he completed a one-year training program on medical procedures, Dr. Banlue chose to work at Mahasarakarm Hospital in 1951. He was the only physician at the hospital

มหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2494 ซึ่งท่านเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลเพียงคนเดียว และงานหลักที่ทำ คือ การผ่าตัดนิ่วระบบปัสสาวะ แม้เมื่อย้ายมาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี ก็ยังคงทำการผ่าตัดนิ่วเรื่อยมา

ในยุคนั้น ประเทศไทยมีจำนวนศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดรักษาโรกระบบปัสสาวะ ไม่ว่าจะ เป็นนิ่วต่อมลูกหมาก และโรคอื่น ๆ มากขึ้น โดยปฏิบัติงานทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด แต่ก็ยังไม่มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม มีเพียงการพบปะพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการบ้างเท่านั้น การฝึกอบรมที่ทำในสถาบันต่าง ๆ ประเทศไทย ยังไม่มีหลักสูตรที่ชัดเจน จนเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2507 กองควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ได้แต่งตั้ง อาจารย์สมัย จันทวิมล เป็นแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ซึ่งถือเป็นแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ คนแรกของประเทศไทย และยังเป็นอนุกรรมการพิจารณาความรู้ความชำนาญของแพทย์เฉพาะทางสาขานี้ชุดแรกอีกด้วย

ก้าวอย่างที่มีนัย: “ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ” สู่อสมาคมนักศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

กำเนิดชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ (7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2507)

ศาสตราจารย์นายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมั่น ได้เล่าว่า “เมื่อผมเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ศิริราช ในปี พ.ศ. 2501-2505 ยังไม่ปรากฏว่ามีชมรมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ แต่บรรดาอาจารย์ที่สอนด้านศัลยกรรมระบบปัสสาวะจะมีลักษณะที่แตกต่างจากสาขาอื่น คือ มีความเป็นสุภาพบุรุษ และเอาใจใส่นักศึกษาดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในห้องอาจารย์ด้วยกัน ทำให้ดูเสมือน มีการรวมตัวกันอย่างกลาย ๆ”⁽⁴⁾ อาจารย์สมพงษ์ แสงมิตร ซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลราชบุรี ท่าน

at that time and his main task was to operate on patients with stones in the urinary tract. Even though he was later transferred to be the Director of Saraburi Hospital, Dr. Banlue continued to perform surgery to remove stones for patients.

In this period, the number of surgeons both in Bangkok and the provinces, who treated urologic diseases like stones, prostate problems, and other diseases, was growing. But they still did not form any professional groups, other than loosely having informal meetings and talks. The curriculum for medical training at various institutes was still not standardized. On June 22, 1964, the Medical Competency Assessment and Accreditation appointed Dr. Samai Chanthawimol to be a specialist in urology. Dr Samai thus became the first urologist in Thailand and, subsequently, a member of the first-ever established subcommittee on urology, whose function was to assess applicants' competency and accredit the qualified urologists who met its requirements.

A Steady Pace: from the “The Urology Society of Thailand” to the “Thai Urological Association under the Royal Patronage”

The Birth of the Urology Society of Thailand (November 7, 1964)

Professor Verasing Muangman said: “When I was a medical student at Siriraj Hospital from 1958 to 1962, there didn't appear to be a urological society. But all the lecturers who taught urology had some characteristics that were different from lecturers of other departments. They were gentlemen and they paid careful attention to students. They took good care and gave support to one another, making it look like there was some sort of a group-forming in a way.”⁽⁴⁾ Dr. Sompong Sangmit who worked at Ratchaburi Hospital and was one of

เป็นหนึ่งในกรรมการก่อตั้งของชมรม ได้เล่าว่า “แม้จะยังไม่มี การรวมตัวกันเป็นชมรม แต่เริ่มมีแนวความคิดในการรวมตัวกัน โดยเห็นตัวอย่างสมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติ (International College of Surgeon) ที่มีการรวมกลุ่มกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยเป็นราย ๆ จึงเกิดความคิดว่า ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ น่าจะมีการรวมกันเช่นนี้บ้าง”⁽³⁾ ท่านได้เล่าถึงการก่อตั้งชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ไว้ว่า “หัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญในการประสานงานก่อตั้งชมรมฯ ได้แก่ นายแพทย์โสภณ นาโคไพรัช นายแพทย์ณรงค์ สดุดี (ต่อมาเป็นอธิบดีกรมการแพทย์) โดยอาจารย์สัมพันธ์ ต้นติวงศ์ เป็นผู้ออกหนังสือเชิญประชุม หลังจากได้มีการนัดหารือกันที่โรงพยาบาลสงฆ์ ในวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2507 โดยมีอาจารย์สมัย จันทวิมล เป็นประธานชมรมท่านแรก การประชุมกำหนดไว้ทุก 2 เดือน หมุนเวียนกันไป ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง เช่น สระบุรี นครนายก ชลบุรี โดยกิจกรรมจะเป็นการนำเสนอผู้ป่วย และอภิปรายปัญหาทั่วไปสำหรับการประชุมครั้งนี้ ได้มีการเลือกกรรมการชมรมเพื่อดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ดังปรากฏในรายงานการประชุมที่บันทึกไว้โดยอาจารย์โชติ พานิชกุล และกำหนดชื่อเพื่อเรียกชมรมว่า “ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ทางวิชาการและเพื่อความเป็นปึกแผ่นของชมรม โดยกำหนดให้มีการประชุมวิชาการของชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ครั้งที่ 1 ที่โรงพยาบาลหญิง (โรงพยาบาลราชวิถีในปัจจุบัน) มีผู้เข้าประชุม 16 คน จากสมาชิก 24 คน มีนายแพทย์สุรินทร์พิชัยศรีทัต เป็นผู้เสนอรายงานผู้ป่วยเป็นคนแรก โดยเสนอผู้ป่วย reno-vascular hypertension จาก coarctation of aorta

the founding members of the Society said: “Though there was not yet a society formed, the thought of coming together was there. By observing the example of the International College of Surgeons as a gathering of a group, there were exchanges of knowledge and experiences, discussions of each patient’s case. The idea originated then, that urologists should form such a group”⁽³⁾ He said of the formation of the Urology Society of Thailand, “The key men to co-ordinate the forming of the Society were Dr. Sapon Nakpairat, Dr. Narong Sadudee (later to be Director-General of the Department of Medical Services), and Dr. Sampan Tantiwong, who issued a letter of invitation for the meeting after the initial discussion at the Priest Hospital on November 7, 1964. Dr. Samai Chanthawimol became the first Chairman of the Society. The meetings were scheduled once every two months and rotated among hospitals in Bangkok and nearby provinces such as Saraburi, Nakornnayok and Chonburi. Activities included the presentation of patients’ cases and discussions of identified problems. In the first meeting, committee members were selected to fill various positions as recorded by Dr. Chote Panichkul in his report. The Society was designated with the name, the “Urology Society of Thailand” with the objectives of holding meetings, exchanging knowledge and experiences that were useful for academics and the Society’s solidarity. The first academic conference of the Urology Society of Thailand was also scheduled to be held at the Women’s Hospital (the present Rajavithi Hospital). Sixteen of the 24 members attended the meeting, with Dr. Surin Pichaisorathat being the first to give a presentation on reno-vascular hypertension from coarctation of the aorta.

As for the conditions of membership, members were required to have obtained a medical degree with one year of surgical experience. The membership fee was 100 baht for the first year and 50 baht in the

สำหรับระเบียบการสมัครสมาชิก ชมรมฯ ที่มีบันทึกไว้ คือ ผู้ที่จบแพทยศาสตร์ และผ่านงาน ศัลยศาสตร์มาแล้ว 1 ปี โดยชำระค่าสมาชิก 100 บาท ในปีแรก และ 50 บาทต่อปี ในปีต่อไป การทำงานของคณะกรรมการชมรมฯ มีวาระ 1 ปี (ภาคผนวก รายนามประธานชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ) โดยสถานที่ทำการของ “ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ” ไม่มีการระบุชัดเจน อย่างไรก็ตามมีการบันทึกในวารสาร ยูโร ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถาบัน ต่าง ๆ คือ ในปี พ.ศ. 2519-2521 อยู่ที่โรงพยาบาลรามธิบดี ในปี พ.ศ. 2522-2526 อยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช และในปี พ.ศ. 2527 อยู่ที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ (ภาพที่ 6)

subsequent years. The term of each working committee for the Society was one year. (The name of the Chairman of the Urology Society of Thailand: Appendix part.)

The office location of the “Urology Society of Thailand” was not clearly stated. However, as was recorded in “The Thai Journal of Urology”, the office was moved to different locations over time: 1967-1978 located at Ramathibodi Hospital, 1979-1983 located at Siriraj Hospital, 1984 located at Chulalongkorn Hospital (picture 6).

ภาพที่ 6 สถานที่ทำการของ “ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ”

Picture 6. The office location of the “Urology Society of Thailand” was moved to different locations over time.



นับแต่มีการจัดตั้งชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2507 ได้มีกิจกรรมมากมายจัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่สำคัญ อาทิ การจัดประชุมวิชาการ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งกำหนดให้มีการจัดที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด 1 ครั้ง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 การประชุมได้ลดลงเหลือ ปีละ 3 ครั้ง เนื่องจากภารกิจในราชการเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะลดจำนวนครั้งลง แต่ได้เพิ่มเวลา และเนื้อหาการประชุมให้มากขึ้น

เหตุการณ์สำคัญ

กิจกรรมด้านการพัฒนาวิชาการที่สำคัญที่มีการ

Since the formation of the Society on November 7, 1964, many activities have been arranged. Major activities included six academic conferences yearly, with one conference being held in the provinces. Since 1974, only three conferences have been held annually, due to an increase in the workload of the committee members, who simultaneously served in the government sector. Though the number of conferences was reduced, the amount of time allocated to each conference was increased and the content of the conferences was expanded.

บันทึกไว้ อาทิ การจัดตั้งทุน Takeda เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2508 โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันของ อาจารย์สมัย จันทวิมล กับ Professor Sentaro Shishito แห่ง Tohoku University, School of Medicine, Sendai ประเทศญี่ปุ่น เพื่อแลกเปลี่ยน แพทย์ระบบปัสสาวะปีละ 1 คน คนละ 3 เดือน โดยนายแพทย์ญี่ปุ่น ปียะศิลป์ จากโรงพยาบาล สุรินทร์ เป็นคัลยแพทย์ท่านแรกที่ได้รับทุนนี้

เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2515 ชมรมคัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะได้เข้าร่วมเป็นหนึ่งใน การก่อตั้งราชวิทยาลัยคัลยแพทย์แห่งประเทศไทยซึ่งเป็นการรวมตัวของอนุกรรมการ สอบความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาคัลยศาสตร์ และเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2518 ราชวิทยาลัยคัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มีประกาศให้นายแพทย์ สัมพันธ์ ตันติวงศ์ เป็นกรรมการในฐานะผู้แทน กลุ่มคัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ เป็นคนแรก

เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2519 มีการ ออกวารสารทางวิชาการของชมรมคัลยศาสตร์ ระบบปัสสาวะเป็นครั้งแรก ในชื่อ “วารสารยูโร” โดยศาสตราจารย์ไพฑูรย์ คชเสนี เป็นบรรณาธิการ คนแรก

มิถุนายน 2520 มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำ บ้าน สาขาคัลยศาสตร์ยูโรวิทยาของแพทย์สภา เป็นครั้งแรก หลักสูตร 3 ปี คือ คัลยศาสตร์ทั่วไป 1 ปี และคัลยศาสตร์ยูโรวิทยา 2 ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2543 ได้ปรับเป็นหลักสูตร 4 ปี โดยฝึกอบรม คัลยศาสตร์ทั่วไป 1 ปี และคัลยศาสตร์ยูโรวิทยา 3 ปี

ชมรมคัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะได้มี กิจกรรมทางวิชาการเป็นระยะ อาทิ เมื่อวันที่ 20-22 สิงหาคม พ.ศ. 2523 มีการอบรมระยะ สั้นของชมรมฯ ร่วมกับราชวิทยาลัยคัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย เป็นครั้งแรก ณ โรงพยาบาล ศิริราช และเมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2527 ได้จัดปาฐกถา “สมัย จันทวิมล” ครั้งที่ 1 เรื่อง

Important Activiry

Activities concerning academic development, as recorded, included establishing the Takeda Scholarship on December 1, 1965. The Takeda Scholarship was a result of a mutual agreement between Dr. Samai Chanthawimol and Professor Sentaro Shishito of Tohoku University's School of Medicine, in Sendai, Japan. The objective was the exchange of urologists, with one doctor a year on a 3- month exchange. Dr Pun Piyasilp from Surin Hospital was the first urologist to receive this scholarship.

On July 27, 1972 the Urology Society of Thailand became one of the founding members of the Royal College of Surgeons of Thailand (RCST), which was a consortium of various subcommittees on medical competency, assessment, and accreditation for surgeons. And on May 23, 1975 the Royal College of Surgeons of Thailand announced Dr. Sampan Tantiwong, a committee member, as the first representative of the Urology Society of Thailand.

On May 1, 1976 the Urology Society of Thailand issued its first academic journal “The Thai Journal of Urology”, with Professor Phaitun Gojaseni as the first editor.

In June 1977, there was the first training of medical residents in the area of urology by the Medical Council of Thailand. The course was three years of training, with one year of general surgery and two years of urologic surgery. By the year 2000, the course was changed to 4 years, with one year of general surgery and 3 years of urologic surgery.

The Urology Society of Thailand also arranged other academic activities occasionally. For example, on August 20-22, 1980, the Society held a short training course in conjunction with the Royal College of Surgeons of Thailand for the first time at Siriraj Hospital. On January 14, 1984, the first “Samai Chanthawimol” Lecture of Honor titled “Current Status of Urolithiasis

Current status of Urolithiasis in Thailand ซึ่งมีองค์ปาฐก คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี ณ โรงแรมบางกอก พาเลซ

กำเนิดสมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะ (12 กรกฎาคม พ.ศ. 2531)

แม้ว่าชมรมศิษย์ศาสตร์ระบบปัสสาวะจะดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากสถานการณ์ต่างประเทศ ศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะมีการรวมตัวจัดตั้งเป็นสมาคม ดังนั้น เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมและติดต่อกับสมาคมของต่างชาติได้อย่างราบรื่น และเป็นศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะในประเทศไทย จึงต้องรวมกันเป็น “Association” เช่น นานาอารยประเทศ (ภาพที่ 7) โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในแนวคิดจัดตั้งสมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะ คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี นายกสมาคม ฯ ซึ่งท่านดำรงตำแหน่งนายกสมาคม ฯ ปี พ.ศ. 2530-2534

ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี เล่าว่า ในวาระการประชุมของชมรมฯ ช่วงหลัง ๆ จะมีการยกประเด็นนี้มาพูดคุยกันอยู่ในหลาย ๆ คราว แต่อาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่านยังไม่เห็นด้วย เพราะเห็นว่าการทำงานในรูปของชมรมก็มีความคล่องตัวอยู่แล้ว และการจัดตั้งสมาคมดูเป็นเรื่องยาก ต้องดำเนินการติดต่อกับหน่วยราชการอีกหลายหน่วย เช่น ตำรวจสันติบาล อย่างไรก็ตาม ในที่สุด หลายท่านก็ยอมรับความเห็นของอาจารย์ไพฑูรย์ จึงมอบหมายให้อาจารย์ไพฑูรย์ไปดำเนินการจัดตั้ง ซึ่งขณะนั้นท่านดำรงตำแหน่งประธานชมรม ท่านอาจารย์ไพฑูรย์เล่าเพิ่มเติมว่า สิ่งที่มีอยู่ในมือท่านขณะนั้น คือ บัญชีรายชื่อสมาชิกประมาณหนึ่งร้อยคนเศษ และสมุดบัญชีธนาคาร ท่านจึงได้ปรึกษาคณสมนึก ลี้มทอง ซึ่งเคยร่วมงานกันที่สมาคมทำหมันมาก่อน ในการจัดตั้งสมาคมใหม่ และด้วยความสามารถของคณสมนึก ทำให้การประสานงานในการจัดตั้งสมาคมประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่สำคัญของการจัดตั้งสมาคม คือ ยังไม่มีสถานที่ เนื่องจากระเบียบในการจัดตั้งสมาคมต้องมีสถานที่ตั้งชัดเจน ต้องเป็นอาคารที่ถาวรพร้อมให้มีการตรวจสอบว่ามีสถานที่นั้นจริง โดยต้องถ่ายภาพแนบเรื่องในคำขอจัดตั้ง เมื่อคณสมนึกนำเรื่องนี้มาหาหรืออาจารย์ไพฑูรย์ ท่านนิ่งสักระยะหนึ่ง ซึ่งคณสมนึกกล่าวว่า “ท่านอาจารย์คงนึกไม่ออกว่าจะเอาสถานที่ไหน” อาจารย์ไพฑูรย์จึงเอื้อเพื่อให้ใช้

in Thailand”, with Professor Phaitun Gojaseni as speaker, was organized at the Bangkok Palace Hotel.

The Birth of the Thai Urological Association (July 12, 1988)

Though the Urology Society of Thailand had held activities on a regular basis, the situation of urology surgery abroad was different, as surgeons gathered and established an association. For activities and communication with international urology associations to continue smoothly and equally on par with one another, Thai surgeons came together as an association, similar to what had been done abroad (picture 7). The person who played an important role in formulating the idea to establish the Thai Urological Association was Professor Phaitun Gojaseni, the director of the Association, who held this position from 1987-1991.

Professor Phaitun recounted that at a later stage in the Society’s meetings, this issue had been brought up to be discussed on several occasions. But many senior lecturers were not in agreement, reasoning that the Society was already operating smoothly. They argued that to establish an association looked like a difficult matter, citing the need to deal with many government departments, such as the Special Branch Police Bureau. However, in the end, many participants accepted Professor Phaitun’s idea and assigned him the task of establishing it. At the time, he was also the Society

สาส์นจากนายกสมาคมฯ

เรียน ท่านสมาชิกที่รักทุกท่าน

ท่านสมาชิกหลายท่านคงได้ทราบแล้วว่า ขณะนี้ชมรมคัลยแพทย์ระบบบัสสาวะ ได้จดทะเบียนเป็นสมาคมคัลยแพทย์ระบบบัสสาวะแล้ว การเปลี่ยนแปลงนี้ใช้เวลานาน และยุ่งยากพอสมควร และก็ เป็นอุบัติเหตุการที่ตอบสนองลักษณะงานที่ขยายมากขึ้นตลอดเวลา และจำนวนสมาชิกซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี

กระผมจึงขอถือโอกาสนี้ทบทวนจุดมุ่งหมายสำคัญดั้งเดิม ซึ่งท่านอาจารย์ของเรา อาทิเช่น ศาสตราจารย์สมัย จันทรวิมล ศาสตราจารย์สัมพันธ์ ดันติวงศ์ ฯลฯ ได้ตั้งไว้ คือ เป็นที่ที่เราชาวอุโรจะพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ ทุก 3 เดือน และจัดประชุมใหญ่ประจำปีในต่างจังหวัดทุกปีตลอดมา จนเป็นที่ทราบกันทั่วไปในวงการแพทย์ว่า เป็นกลุ่มวิชาการที่มีผลงานมาก และมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีเลิศ สิ่งเหล่านี้สมาคมคัลยแพทย์ระบบทางเดินบัสสาวะจะดำเนินต่อไป เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการซึ่งจุดหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง และเพื่อเป็นจุดรวมของแพทย์รุ่นน้อง ๆ ซึ่งเข้ามาสมทบตลอดเวลา

ในขณะเดียวกัน ประเทศใกล้เคียงเรา เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย อ่องกง และไต้หวัน ซึ่งมีสมาคมเช่นเดียวกับเราแล้ว ก็ได้แสดงความจำนงที่จะติดต่อพบปะพวกเรา ทั้งนี้เพื่อขยายช่วยงานทางวิชาการร่วมกัน อาทิเช่น จัดการประชุมประจำปีในประเทศเหล่านี้สลับกันไป และเท่าที่กระผมทราบกำลังจัดตั้งสมาคมคัลยแพทย์ระบบทางเดินบัสสาวะของภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่ และคงจะจัดการประชุมครั้งแรกที่ อ่องกง หรือสิงคโปร์ ขณะเดียวกันประเทศญี่ปุ่น และออสเตรเลียก็ได้ให้ความสนใจต่อเรื่องนี้มาก กระผมมองเห็นผลกระทบต่อพวกเราในแง่บวก ซึ่งจะทำให้แพทย์รุ่นน้อง ๆ และพวกเราเอง สามารถติดต่อเพื่อนแพทย์ในสาขาเดียวกันได้ง่ายขึ้น และกระผมคิดว่า สมาคมของเราคงเป็นศูนย์กลางในการประสานงานนี้

ในที่สุดนี้ กระผมขอขอบคุณท่านสมาชิกทุกท่านที่ได้สนับสนุนให้ความร่วมมือ เพื่อให้สมาคมเรารุ่งเรืองและก้าวหน้าต่อไป



นายแพทย์ไพฑูริย์ คชเสนี



ภาพที่ 7 สารจากนายกสมาคมฯ (วารสารอุโร ปีที่ 12 ฉบับ 1 ธันวาคม 2531)

Picture 7. Message from Professor Phaitun Gojaseni, the director of the TUA, who held this position from 1987-1991.

สถานที่บ้านของตนเอง คือ บ้านเลขที่ 55/7 ถนนพญาไทกรุงเทพมหานคร (ภาพที่ 8) แต่ปัญหาอีกประการหนึ่ง คือ สถานที่จอดรถไม่กว้างพอ จึงต้องไปขอความอนุเคราะห์ยืมจากคลินิกกู่ทัยการแพทย์ซึ่งอยู่ใกล้กัน ถ่ายรูปไปแนบเรื่อง เมื่อกระบวนการเอกสารไปถึงกองบังคับการตำรวจสันติบาล หลายท่านเกิดความเกรงในใจว่า จะมีความยุ่งยาก เพราะเราไม่เคยมีประสบการณ์ในการประสานงานกับกองบังคับการตำรวจสันติบาล อย่างไรก็ตาม การประสานงานนี้ กลับไม่ยุ่งยาก เรื่องผ่านออกมาในเวลาไม่นาน ซึ่งท่านอาจารย์ นายแพทย์สมพงษ์ แสงมิตร ได้กล่าวในภายหลังว่า ในช่วงนั้นผู้บังคับการตำรวจสันติบาล คือ “พลตำรวจตรี เกษม แสงมิตร” นั่นเอง⁽⁶⁾

เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 คณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ได้อนุญาตให้จัดตั้ง “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)” (ภาพที่ 9) และใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า “The Association of Urological Surgeons of Thailand” โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูริย์ คชเสนี เป็นนายกสมาคมฯ คนแรก และนายแพทย์ วิโรจน์ ชดช้อย เป็นเลขาธิการคนแรก มีการจดทะเบียน “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)” ณ ที่ทำการกองตำรวจสันติบาล เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2532 (ภาพที่ 10) และได้เปลี่ยนชื่อภาษาอังกฤษเป็น “Thai Urological Association (TUA)” เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2539

President. He added that what was in his hands at the time was a list of some 100 members’ names and a bank book. So, he consulted Mr. Somnuek Limtong, who used to work with him at the Reproductive Health Association, about a plan to establish a new association. With Mr. Somnuek’s skill, the coordination to form the association succeeded. However, the main issue facing the new association was the absence of an office. The registration of an association required that it must have an identifiable office location in a permanent building and that the building must be available for inspection. Photos showing the site must be taken and attached to the application form. When Mr. Somnuek brought this matter up for discussion with Professor Phaitun, he was silent for a moment. Mr. Somnuek then said: “Professor, perhaps you could think of some place to be used ?” Professor Phaitun then generously let his house be used as the association’s office, located at 55/7 Phyathai Rd., Bangkok (picture 8). But another problem arose. The parking lot was not large enough. We had to ask the Uthai Medical Clinic next door to allow the association to use its extra space and have photos taken to be attached to the application. When all the documents reached the Special Branch Police Bureau, many were worried that there would be difficulties because no one had experience dealing with the Bureau before. However, this turned out not to be difficult. It passed through in no time. Dr.Sompong Sangmit later revealed that the Commander of the Special Branch Police Bureau was none other than “Pol. Maj. Gen. Kasem Sangmit”.⁽⁶⁾

On July 12, 1988, the National Cultural Commission granted permission for the establishment of title “The Association of Urological Surgeons of Thailand”. (picture 9) Professor Phaitun Gojaseni was the first president of the Association and Dr. Viroj Chotchoy was appointed the first secretary. The registration of The Association of Urological Surgeons of Thailand took place at the Special Branch Bureau on March 22, 1989 (picture 10). The Association’s English title was changed to the “Thai Urological Association” (TUA) on July 14, 1996.

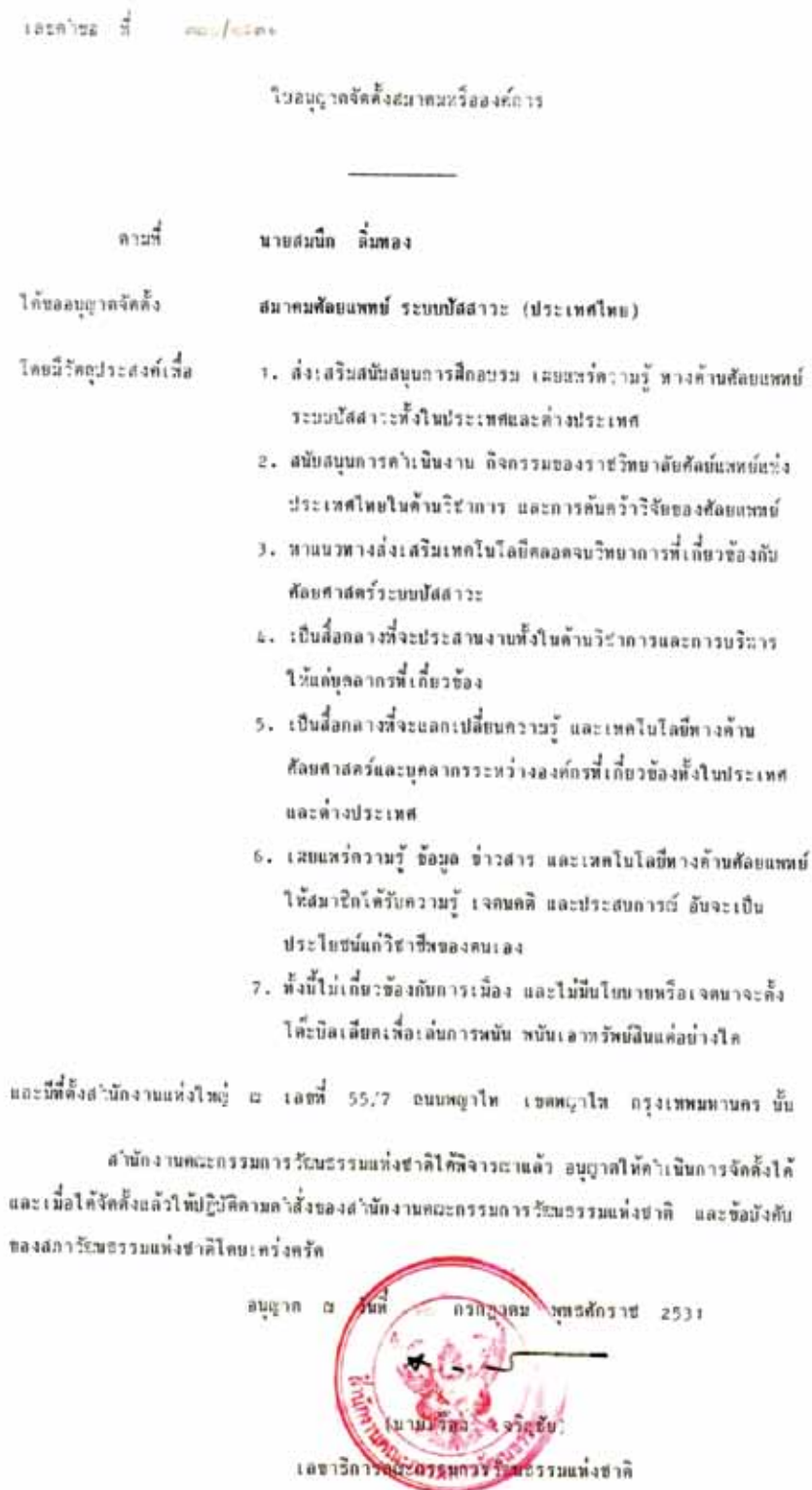


ภาพที่ 8 ศาสตราจารย์นายแพทย์
ไพฑูรย์ กชเสนี และสถานที่จัด
ทะเบียนจัดตั้ง “สมาคมศัลยแพทย์
ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)”

Picture 8. Professor Phaitun
Gojasei and the TUA office
located at 55/7 Phythai Rd.,
Bangkok

ด้วยความทุ่มเททำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ประชาชนชาวไทยอย่างต่อเนื่อง สมาคมศัลยแพทย์
ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ได้รับพระมหากรุณาธิคุณ
รับอยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ.
2548 (ภาพที่ 11) จึงมีการเพิ่มนามท้ายชื่อสมาคมฯ
เป็น “สมาคมศัลยแพทย์ ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)
ในพระบรมราชูปถัมภ์” เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ.
2549 ต่อมาคณะกรรมการ บริหารสมาคมฯ ในยุคนั้น
โดยศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฏา รัตนโอฬาร
นายกสมาคมฯ ได้ดำริถึง การปรับชื่อให้เป็นสากล
ในวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2550 จึงมีการเปลี่ยนชื่อ
สมาคมฯ อีกครั้ง และได้ใช้ชื่อ “สมาคมศัลยแพทย์
ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์”
ตลอดมาจนถึงปัจจุบัน (ภาพที่ 12)

With a devotion to develop the Thai people’s
quality of life, the Thai Urological Association
received the greatest honor in having been granted
His Majesty’s patronage on October 3, 2005 (picture
11). Additional words were added at the end of
the title: “The Urological Association (Thailand)
under the Royal Patronage” on August 28, 2006.
Later, the Executive Committee of the Association
with Dr. Kritsada Ratana-Olarn, President of the
Association, considered changing its name to be
more international. On June 29, 2007 the name
was changed once more to “The Thai Urological
Association under the Royal Patronage”; the name
which remains today (picture 12).




ภาพที่ 9 หนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ให้จัดตั้ง “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)”: 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2531

Picture 9. The National Cultural Commission granted permission for the establishment of the “Urological Association (Thailand)”: July 12, 1988



ต.ก. ๒

ทะเบียนสมาคม

เลขลำดับ	จ. ๒๕๑๑
ชื่อสมาคม	วิทยสมาคม ะเทศไทย (ประเทศไทย)
วัตถุประสงค์ ของสมาคม	'กิจปรารถนาจะตั้งในทะเบียน
สำนักงานใหญ่ ของสมาคม	ตั้งอยู่ ณ เลขที่ ๖๕/๗ ถนนพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
ชื่อ, นามสกุล, และอาชีพ ของผู้ที่ได้รับมอบหมาย ให้เป็นผู้จัดการ	นายฉัตรชัย ชื่นชมภู ผู้เริ่มกรา และผู้จัดการสมาคม สำนักเลขที่ ๑๐๘/๑๒ ถนนประชาชื่น แขวงบางซื่อ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร อาชีพ วิศวกร
จดทะเบียน	ตั้งฉพาะ
สำนักงานจดทะเบียน	ที่ว่าการกองการค้าจังหวัด
จดทะเบียน วัน เดือน ปี	วันที่ 22 มีนาคม 25๖2
ลงชื่อคนแทนและ ประทับตราลายทะเบียน	ตราการค้า 

(รวม)

(๓.๐๐๐ น. ไรงทนต์การค้า พ.ศ. ๒๕๖๒)

ภาพที่ 10 ทะเบียน “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)”: 22 มีนาคม พ.ศ. 2532

Picture 10. The registration of the Urological Association (Thailand) took place at the Special Branch Bureau as “The Association of Urological Surgeons (Thailand)”: March 22, 1989



ที่ รล ๐๐๐๓.๔/๑๕๑๘๒

สำนักพระราชวัง
พระบรมมหาราชวัง กทม. ๑๐๒๐๐

๑๑ ตุลาคม ๒๕๔๘

เรื่อง ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)
อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์

เรียน นายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)

อ้างถึง หนังสือสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ที่ พิเศษ/๒๕๔๘
ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๔๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง ขอให้นำความกราบบังคมทูลพระกรุณา ขอพระราชทาน
พระมหากรุณาให้สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์
ความละเอียดแจ้งอยู่แล้ว นั้น

ได้นำความกราบบังคมทูลพระกรุณาทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทแล้ว
ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)
อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ ตามที่ขอพระมหากรุณา ตั้งแต่วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๔๘

(นายสนอง บุรณะ)

รองราชเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
ราชเลขาธิการ

กองการในพระองค์

โทร. ๐๒ ๒๒๕๓๔๕๗ - ๖๒ ต่อ ๒๓๐๘ - ๒๓๑๓

โทรสาร ๐๒ ๒๒๔๓๒๖๔

ภาพที่ 11 หนังสือโปรดเกล้าฯรับสมาคมฯ อยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์: 3 ตุลาคม พ.ศ. 2548

Picture 11. Thai Urological Association received the greatest honor in having been granted His Majesty's patronage: October 3, 2005



ทะเบียนเลขที่ จ.๒๙๑๑/๒๕๕๐

ส.ค.๕

ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนการแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับ

ใบสำคัญฉบับนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ในพระบรมราชูปถัมภ์ สำนักงานใหญ่ของสมาคมตั้งอยู่ ณ เลขที่ ๒ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้นที่ ๗ ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร มีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับของสมาคม และนายทะเบียนสมาคมกรุงเทพมหานคร ได้รับจดทะเบียนการแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ในพระบรมราชูปถัมภ์ ตามมาตรา ๘๔ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้ว ดังต่อไปนี้

แก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับ ข้อ ๑ และข้อ ๒

ข้อ ๑ สมาคมนี้นี้มีชื่อว่า สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า The Thai Urological Association Under the Royal Patronage

ข้อ ๒ เครื่องหมายของสมาคมเป็นรูประบบปัสสาวะของมนุษย์ อยู่ภายในวงกลมด้านบนเขียนว่าสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ด้านล่างเขียนเป็นภาษาอังกฤษว่า The Thai Urological Association Under the Royal Patronage ตามที่ปรากฏในข้อ ๑ ตรงกลางมีอักษร T U A ปรากฏอยู่ล่างสุดเป็นโบว์โค้งรับวงกลม ในลักษณะโค้งขึ้น ภายในเขียนภาษาไทยว่า ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังภาพข้างล่าง



ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๐

(นายนิรวัชช์ ปุณณกันต์)

ผู้อำนวยการสำนักงานการสอบสวนและนิติการ
ปฏิบัติราชการแทน อธิบดีกรมการปกครอง
นายทะเบียนสมาคมกรุงเทพมหานคร

ภาพที่ 12 ทะเบียน “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ในพระบรมราชูปถัมภ์”: 29 มิถุนายน พ.ศ. 2550

Picture 12. The name was changed to “The Thai Urological Association under the Royal Patronage”: June 29, 2007

การก่อสร้างสถานที่ทำการถาวรของสมาคมฯ ในปี พ.ศ. 2538 สมาคมตกลงร่วมสมทบทุน มูลนิธิวิชิตรเวชวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติ ก่อสร้างที่ทำการสมาคมฯ แห่งใหม่เป็นการถาวร ที่ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ในเนื้อที่ 62 ตารางเมตร โดยมีค่าใช้จ่ายตารางเมตรละ 12,000 บาท สถานที่ทำการได้เริ่มเปิดใช้งานบางส่วนในวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2539 และยังคงเป็นสถานที่ทำการถาวรของ “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์” ตลอดมาจนถึงปัจจุบัน (ภาพที่ 13)

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ยังคงยึดมั่นในวัตถุประสงค์แรกก่อตั้งชมรมฯ คือ ประโยชน์ในทางวิชาการและความสัมพันธ์อันดีในหมู่สมาชิก และเพิ่มบทบาทในด้านความเป็นสากล โดยสมาคมฯ ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ

Regarding the building of the permanent office, the Association in 1995 decided to join funds with the Vajiravej-vitayalai Chalemprakiert Foundation under the Royal Patronage of His Royal Highness Crown Prince Mahavajiralongkorn. It set up a new office on the 7th Floor of the 50th Anniversary Chalemprakiert Building. The area covers 62 square meters, and was built at a cost of 12,000 baht per square meter. The office was first opened on December 5, 1996 and has remained the permanent office of “The Urological Association of Thailand under the Royal Patronage” up to the present day (picture 13).

These past years, the Thai Urological Association under the Royal Patronage has held true to its first objectives in setting up the Society, that is: to generate academic benefit, to build good relationships among members, and to add to its role internationally. The Association has arranged several different kinds of activities as follows:



ภาพที่ 13 สถานที่ทำการถาวรของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

Picture 13. The permanent office of the Urological Association of Thailand under the Royal Patronage

ด้านวิชาการ

สมาคมฯ ให้ความสำคัญด้านวิชาการเป็นอย่างมาก โดยจัดให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประชุมวิชาการประจำปี ซึ่งยังคงแนวคิด

The academic aspect

The Association has considered academic development to be a priority, which is evident in a variety of its activities. The annual academic conference is one

ให้มีกิจกรรมพบปะสังสรรค์กับครอบครัวของสมาชิกด้วย จึงจัดในช่วงปิดภาคการศึกษา ส่วนการประชุมวิชาการย่อย มีการพัฒนาหลายรูปแบบ มีการจัดอบรมระยะสั้นและอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นเนื้อหาเฉพาะเรื่องการจัดบรรยายพิเศษโดยวิทยากรต่างประเทศ และการจัดประชุมยูโรลยักรไปตามโรงพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อเน้นปัญหาและบทบาทของแพทย์ในแต่ละภูมิภาคเป็นสำคัญ สำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านซึ่งเป็นกำลังสำคัญของสมาคมฯ ในอนาคต ได้มีกิจกรรม Interhospital Conference สำหรับแพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์ในสถาบันฝึกอบรม โดยหมุนเวียนกันจัดทุก 2 เดือนตามสถาบันต่าง ๆ เนื้อหาเป็นการนำเสนอและอภิปรายผู้ป่วยที่น่าสนใจ ซึ่งคล้ายกับรูปแบบการประชุมของชมรมฯ ในสมัยแรก ๆ

สมาคมฯ ได้สนับสนุนให้มีการรวมตัวของสมาชิกเป็นกลุ่มวิชาการ เนื่องจากวิชาความรู้ด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทั้งการตรวจวินิจฉัยยาใหม่ และเทคนิควิธีการผ่าตัดรักษาที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้วิชาความรู้แต่ละด้านมีความลึกซึ้งยิ่งขึ้น เริ่มจากกลุ่มโรคต่อมลูกหมากโต ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โรค มะเร็งระบบปัสสาวะ ภาวะผิดปกติของการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และโรคนี้ว นอกจากนี้ ยังได้มีการรวมตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระบบปัสสาวะในสถาบันฝึกอบรมต่าง ๆ เกิดเป็นชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะภายใต้การดูแลของสมาคมฯ ด้วย

สมาคมฯ ได้สนับสนุนให้กลุ่มวิชาการและสถาบันฝึกอบรมผลิตตำรา เพื่อกระจายความรู้ให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยตำราเล่มแรก คือ ภาวะฉุกเฉินในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ (พ.ศ. 2542) มะเร็งในทางเดินปัสสาวะ (พ.ศ. 2543)

of them. The annual conference focuses on interaction not only among the Association's members, but also among the members' families. Therefore, the annual conference is usually held at the end of the school semester. Other smaller academic events cover short-term trainings, workshops on specific issues, lectures by foreign speakers, and "the uro meetings on tour" at the regional hospitals, which focus on the problems and the role of physicians in different regions. As for training the medical residents, who will carry on the Association's work in the future, there are inter-hospital conferences among residents and instructors from various hospitals. These interhospital conferences are held every two months, rotating from hospital to hospital. The content of the interhospital conferences focuses on presenting and discussing interesting cases, which resembles meetings of the Urological Society of Thailand in the early days.

The Association also encourages members to form sub-academic groups for discussion and knowledge sharing because the science of urology has greatly advanced both in terms of diagnosis and new medicine, as well as surgical technique. This makes various fields of urology more complex, including benign prostatic hyperplasia (BPH), erectile dysfunction, urologic cancer, urinary incontinence, and stones in the urinary tract. Also, nurses for urologic patients have formed their own groups at various training centers, which have today become the Urologic Nurse Club under the supervision of the Thai Urological Association.

The Association has also supported academic groups and training institutes in the production of textbooks in order to distribute knowledge to physicians and concerned medical staff. These textbooks include "Urology in an Emergency" (2000), which is the Association's first textbook, "Urologic Cancer" (2001), "Men's Health" (2003), "Textbook of Neurogenic Bladder" (2006), "Fundamental Science in Surgery" (2011), "Prostate Cancer" (2013), "The Care for Patients with Urinary Incontinence" (2014), "Common Urological Problems for Medical Students" (2015),

สุขภาพเพศชาย (พ.ศ. 2546), กระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท (พ.ศ. 2549), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ (2554), มะเร็งต่อมลูกหมาก (พ.ศ. 2556), การดูแลผู้ป่วยซับซ้อนปัสสาวะผิดปกติ (2557), Common Urologica Problems for Medical Student (2558), ยูโรเด็กน่ารู้ (2558), Urothelial Cancer (2559), นิ้วในทางเดินปัสสาวะ (2561), นอกจากนี้ ยังมีสื่อทางวิชาการรูปแบบอื่น ๆ ได้แก่ วารสารยูโร และคู่มือประชาชนเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ

สมาคมฯ ได้จัดให้มีปาฐกถาและรางวัลทางด้านวิชาการ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 โดยปาฐกถาเกียรติยศ “สมัย จันทวิมล” จัดขึ้นเป็นครั้งแรกในการประชุมประจำปี โดยเชิญอาจารย์อาวุโสเป็นองค์ปาฐก และใน พ.ศ. 2536 ได้จัดปาฐกถา “ไพฑูรย์ คชเสนี” โดยเชิญวิทยากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องเป็นองค์ปาฐก เพื่อเป็นการรำลึกถึงศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ทุ่มเทด้านวิชาการให้ลูกศิษย์ และสมาชิกของสมาคมฯ ตลอดมา นอกจากนี้ สมาคมฯ มีการตั้งรางวัลเป็นชื่อของอาจารย์อาวุโสที่เป็นแบบอย่างให้ลูกศิษย์ เพื่อกระตุ้นให้ลูกศิษย์มีความกระตือรือร้นพัฒนาผลงานวิชาการด้านต่าง ๆ ได้แก่ รางวัล “โชติ พานิชกุล” ซึ่งจะมอบให้แพทย์ประจำบ้านที่เขียนรายงานผู้ป่วยดีเด่น รางวัล “ไพฑูรย์ คชเสนี” มอบให้แพทย์ที่เสนอผลงานทางวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการประจำปี และรางวัล “สิริ-อุดม” มอบให้ผู้นำเสนอผลงานทางวิชาการในรูปแบบวีดิทัศน์ดีเด่น

ด้านสมาชิกสัมพันธ์

การสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกและความเป็นปึกแผ่นของสมาคมฯ เป็นวัตถุประสงค์สำคัญสืบเนื่องมาตั้งแต่แรกก่อตั้ง ในการประชุมวิชาการประจำปี จึงมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ของสมาชิกรวมทั้งครอบครัว และผู้ให้การสนับสนุนกิจกรรมของสมาคมฯ นอกจากนี้ สมาคมฯ ได้เริ่มออกจดหมายข่าวยูโรครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2549 เพื่อเป็นสื่อสำหรับแจ้งข่าวสารสำคัญต่าง ๆ ให้กับ

“Pediatric Urology” (2015), “Urothelial Cancer” (2016), “Urolithiasis” (2018). In addition, the Association also produces other forms of academic media, namely the Thai Journal of Urology and booklets about various diseases for the public.

The Association has also held lectures and honored academic work since 1984. The Lecture of Honour on “Dr Samai Chanthawimol”, was held as the first lecture at the Association’s annual conference. A senior lecturer was invited to give the speech. In 1993, a Lecture of Honour on “Phaitun Gojaseni” was held to commemorate Professor Phaitun Gojaseni, who was a dedicated teacher for both his students and members of the Association throughout his career. Last but not least, the Association has authorized awards, which are named after senior lecturers, who have been recognized as role models for students and young physicians. This is to encourage the students and the young physicians to further develop their academic work. These awards include “the Chote Panichkul award”, which is given to medical residents who have written the best patient reports, “the Phaitun Gojaseni award”, which is awarded to physicians who have presented the best academic papers at the Association’s annual academic conference, and “the Siri-Udom award”, which is presented to those, who have produced the best academic vdo presentation.

Members’ relationship aspect

One of the goals of the Urological Association has always been to create good relationships and solidarity among members, as well as a strong network for the Association. At the annual academic conferences there have always been activities to strengthen the relationships between the members and their families, as well as the Association’s sponsors. In addition, the Association releases the “Uro Newsletter” to its

สมาชิกทุก 2 เดือน และจัดทำเว็บไซต์ของสมาคมฯ เพื่อเป็นทางเลือกในการสื่อสารข่าว และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้ต่าง ๆ กับสมาชิกอีกทางหนึ่ง

ด้วยความสัมพันธ์ และความสามัคคีที่มีมายาวนาน รวมทั้งลักษณะที่เป็นกัลยาณมิตร ทำให้ ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ได้รับการยกย่องเป็น “สุภาพบุรุษของวงการศัลยแพทย์” ดังนั้น สมาคมฯ จึงต้องการ สืบทอดค่านิยมที่ดีงามนี้ โดยการจัดงานแสดงมุทิตาจิตแก่อาจารย์อาวุโสเนื่องในโอกาสวันสงกรานต์ โดยจัดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2550 ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของสมาคมฯ อีกงานหนึ่ง

ด้านความเป็นสากล

สมาคมฯ ได้พัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ และการยอมรับในระดับนานาชาติ โดยได้รับมอบหมายให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมวิชาการระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง และได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรระหว่างประเทศด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ อาทิ Federation of ASEAN Urological Associations (FAUA) และ Urological Association of Asia (UAA) ในปี พ.ศ. 2536, Society Incontinence of Urology พ.ศ. 2537, APSIR และสมาชิก APSSAM และสมาคมฯ ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในวงการศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ เข้าเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของสมาคมฯ

จากแรกเริ่มมีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะท่านแรกในประเทศไทย จนก่อตั้งเป็น “ชมรมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ” เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2507 เป็น “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ” เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณรับอยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2548 จึงเป็น “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ในพระบรมราชูปถัมภ์” และ “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์” เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เป็นการก้าวเดินอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เมื่อนับตั้งแต่แรกก่อตั้งสมาคมฯ จนถึงปัจจุบัน นับเป็นเวลา 30 ปี ซึ่งมวลหมู่สมาชิกได้

members every two months as a medium for important information; it was first released in 2006. There is also the Association’s website as an alternative for news, the exchange of ideas, and knowledge for the members.

Due to good relationships, long standing unity and kindness, urologists have been recognized as “the gentlemen of the surgeons”. Therefore, the Association wishes to carry on the good values by organizing “Mutitajit” ceremonies in order to present awards of appreciation and respect to senior lecturers in the field of urology during the Songkran festival. The ceremony, which was held for the first time in 2007, quickly became one of the Association’s unique activities.




The international aspect

The Association has achieved considerable academic success and gained international recognition. It has continuously been designated to host international academic conferences. The Association has become a member of various international urology organizations, such as the Federation of ASEAN Urological Associations (FAUA) and the Urological Association of Asia (UAA) in 1993, the Society for Incontinence of Urology in 1994, APSIR and APSSAM. The Association has also invited well-recognized international experts in urology to be honorary members.

It has been a long road, from the first urologist in Thailand to the forming of the Urology Society of Thailand November 7, 1964, which turned into the Association of Urological Surgeons of Thailand on July 12, 1989. The Association was granted Royal Patronage support on October 3, 2005, and became the Association of Urology under the Royal Patronage on June 29, 2005. Since

ทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมและประเทศชาติ ทั้งในด้านบริการวิชาการ และการรับใช้ประชาชน มาโดยตลอด สมาคมฯ จะยังคงดำเนินกิจกรรม ที่เป็นประโยชน์ต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง พร้อม สร้างสรรค์งานใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะให้รู้ดหน้าทัดเทียม นานาอารยประเทศ

the Association was founded 30 years ago, it has been a long and continuous journey. All the members have contributed valuable work to the society and the nation both academically and by serving the public. The Association will continue its activities and public service. And, we will further enhance our knowledge in urology in order to meet the world standards of our international peers.

Name	Institute, Country	Year
 Professor Akihiko Okuyama	Department of Urology, Osaka University JAPAN	2005
 Professor Michael Marberger	Department of Urology, University of Vienna AUSTRALIA	2006
 Professor Roger Dmochowski	Department of Urology Vanderbilt University AMERICAN	2006
 Professor Philip Van Kerrebroeck	Department of Urology, University of Maastricht NETHERLAND	2007

Name	Institute, Country	Year
 <p>Doctor Michael Wong</p>	<p>Medical Director, Mount Elizabeth Medical Centre</p>	<p>2007</p>
 <p>Professor Helmut Madersbacher</p>	<p>Neuro-Urologischen Ambulanx, University Kliniken Innsbruck AUSTRIA</p>	<p>2008</p>
 <p>Professor Frans Debruyne</p>	<p>Department of Urology, University Nijmegen NETHERLAND</p>	<p>2008</p>
 <p>Professor Raymond J. Leveillee</p>	<p>Department of Urology, University of Miami - Miller School of Medicine, Miami, Florida, USA</p>	<p>2010</p>
 <p>Professor Peter Lim Huat Chye</p>	<p>Senior Consultant Urologist at the Andrology, Urology & Continence Centre of Gleneagles Hospital and a Visiting Consultant at the Department of Urology, Changi General Hospital, Singapore</p>	<p>2011</p>
 <p>Professor Howard B. Goldman</p>	<p>Cleveland Clinic Main Campus, Mail Code Q 10-1, 9500 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44195 USA</p>	<p>2011</p>

เอกสารอ้างอิง

นายแพทย์สมัย จันทวิมล เป็นหัวหน้าแผนก ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะท่านแรกของ รพ. ศิริราชเมื่อปี พ.ศ. 2585-2591. บันทึกไว้ใน หนังสือ “ศัลยศาสตร์รำลึก”, จรัล เกร็นพงษ์ บรรณาธิการ และได้คัดมาเผยแพร่อีกครั้งใน หนังสืออนุสรณ์ 58 ปี สาขาศัลยศาสตร์ยูโร วิทยาศิริราช พ.ศ. 2543



1

References

Dr. Samai Chanthawimol was the first head of Urology Department, Siriraj Hospital, during 1942-1946. Cited from “Surgical Science in Memory”, Charan Krenpong (ed.). It was republished in “Memorial Book: 58 years of Siriraj Hospital’s Urology”, 2000.

ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2524-2526 และอดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขหลายสมัย เป็น นายแพทย์ผู้บุกเบิกการแพทย์ชนบท และการ แพทย์สมัยใหม่ ผู้ร่วมจัดทำแผนสาธารณสุข แห่งชาติ



2

Professor Sem Pringpuangkaew, former Public Health Minister, 1980, 1981-1983, and former deputy minister of public health for several governments. He pioneered the rural doctor project and modern medicine in Thailand as well as co-planning the national public health plan.

นายแพทย์สมพงษ์ แสงมิตร ได้กล่าวในการ บรรยาย ประวัติของศัลยกรรมระบบทางเดิน ปัสสาวะในประเทศไทย ในการประชุมวิชาการ ประจำปีของสมาคมฯ เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2540 ณ โรงแรมริเจนท์ ชะอำ



3

Dr. Sompong Sangmit noted in his lecture on “The History of Urology in Thailand” in the annual meeting of the Association of Urology on May 9, 1997, at the Regent Hotel, Cha-am.

ศาสตราจารย์นายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมัน อดีตนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ และอดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ได้กล่าว ในบันทึกความทรงจำ



4

Professor Verasing Muangman former head of the Thai Urological Association and former head of Department of Surgery, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, said in his recollection.

เอกสารอ้างอิง

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิชย์ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรรมการก่อตั้งชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ

5



References

Dr. Banlue Siripanich, former Deputy Permanent Secretary, Public Health Ministry, and founding committee of Society of Urology.

ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอฬาร อดีตนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ รองประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย และรองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

6



Professor Kritsada Ratana-Olarn, former head of Thai Urological Association under the Royal Patronage, vice president of Royal College of Surgeons of Thailand, and deputy dean of Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

การฝึกอบรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะในประเทศไทย Urology residency training in Thailand

| อภิรักษ์ สันติงามกุล

แต่เดิมศัลยศาสตร์ยังไม่ได้แบ่งงานออกเป็นสาขาต่าง ๆ ศัลยแพทย์แต่ละท่านจำเป็นต้องผ่าตัดแทบทุกโรคทุกระบบ ครูสอนวิชาศัลยศาสตร์ท่านแรก คือ นายแพทย์ ยอร์ช แม็คฟาร์แลนด์ (George Bradley McFarland) หรือพระอาจารย์ยาคม ซึ่งจบการศึกษาทางศัลยกรรมและมาปฏิบัติงานเมื่อ พ.ศ. 2435 ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของประเทศไทย ในขณะนั้นการผ่าตัดส่วนมาก คือ โรคนิ่วโดยเฉพาะนิ่วกระเพาะปัสสาวะ ต่อมาปี พ.ศ. 2469 พระอาจารย์ยาคมได้ลาออกจากราชการ ทางมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller) ได้ส่งศาสตราจารย์ Thomas Patterson Noble จาก Mayo Clinic Rochester สหรัฐอเมริกา มาดำรงตำแหน่งหัวหน้ากองศัลยกรรมและท่านเป็นผู้วางรากฐานทั้งการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนรวมถึงการผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ได้นำระบบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านมาใช้ ภายหลังท่านอาจารย์ประจักษ์ทองประเสริฐ เดินทางกลับจากศึกษาต่อที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อปฏิบัติงานทางศัลยศาสตร์ทั่วไปและระบบปัสสาวะ ท่านได้นำวิชาการและอุปกรณ์สมัยใหม่มาใช้ในการรักษาทางยูโรวิทยาเป็นครั้งแรก และยังคงดำรงตำแหน่งหัวหน้ากองต่อจากศาสตราจารย์โนเบิล สำหรับแผนกศัลยศาสตร์ศิริราชได้เริ่มแบ่งงานออกเป็นหน่วยย่อยในปี พ.ศ. 2485 เนื่องจากมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาต่าง ๆ มากขึ้น และหนึ่งในนั้น คือ ศัลยศาสตร์ระบบ

| Apirak Santingamkun

In the past, Surgery was not divided into sub-specialty, so surgeons operated in all diseases that needed operation. The first surgical teacher in Thailand was Professor George Bradley McFarland, or Pra Ajvitayakom, an American who was born in Bangkok and studied general and dental medicine in the USA. In the year 1892, he returned to Thailand and worked at Siriraj Hospital, the first medical school in Thailand. At that time, most of the operations were stone treatment, especially bladder stones. In 1926, Pra Ajvitayakom resigned from the government, the Rockefeller Foundation sent Professor Thomas Patterson Noble from Mayo Clinic, Rochester, USA, to give technical support in laying the groundwork for modern medicine and public health education at Siriraj Hospital. He was the head of urological unit during 1926-1932. In 1936, Dr. Prajak Thongprasert came back from his training in the USA, with knowledge and medical equipment. He became Head of the Urological Unit. After that, Dr. Samai Chanthawimol had been in charged until 1948. Then Dr. Sampan Tantiwong was the head of Urology Unit for

ปีสวาระ โดยมีอาจารย์สมัย จันทวิมล เป็นผู้รับผิดชอบ จนถึงปี พ.ศ. 2491 หลังจากนั้น ท่านอาจารย์สัมพันธ์ ตันติวงศ์ ได้ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหน่วยต่อมา ติดต่อกันเป็นเวลานานจนถึงปี พ.ศ. 2522

สำหรับแพทย์ประจำบ้านระบบปีสวาระในยุคแรก ๆ ผ่านการฝึกอบรมร่วมกับศัลยศาสตร์ทั่วไป แพทย์หลายท่านผ่านการสอบวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไปมาก่อน จึงมาศึกษาต่อระบบปีสวาระ สำหรับการสอบวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไปเริ่มมีเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2514 ในขณะที่บางท่านผ่านการฝึกอบรมศัลยศาสตร์ทั่วไปก่อน 1 ปี จึงเปลี่ยนมาเรียนศัลยศาสตร์ระบบปีสวาระ ซึ่งยังไม่มียุติบัตรฝึกอบรมทางศัลยศาสตร์ระบบปีสวาระหรือวุฒิบัตรโดยตรง หลักสูตรฝึกอบรมทางศัลยศาสตร์ของประเทศไทยเริ่มอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2515 ภายหลังจากการจัดตั้งเป็นองค์กรศัลยแพทย์ในรูปแบบวิทยาลัยอยู่ในแพทยสภาเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2515 โดยกำหนดการฝึกอบรมไว้ 3 ปี และเปลี่ยนเป็นราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2523 ทางด้านศัลยศาสตร์ระบบปีสวาระนั้น ได้มีการเริ่มร่างหลักสูตรเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2518 โดยมีอาจารย์ไพบูลย์ จิตประไพ และอาจารย์พิชัย บุญยะรัตเวช ร่วมกับคณาจารย์จากสถาบันอื่น ประชุมร่วมกันเพื่อร่างหลักสูตร จนเป็นที่เรียบร้อยเมื่อปี พ.ศ. 2520 บ่อยครั้งการประชุมได้จัดตามร้านอาหารต่าง ๆ ในกรุงเทพฯ แม้ในเวลานั้นยังไม่มีสมาคมศัลยแพทย์ระบบปีสวาระแต่มีชมรมศัลยแพทย์ระบบปีสวาระเกิดขึ้นแล้ว สำหรับหลักสูตรในระยะแรกเป็นหลักสูตร 3 ปี ผ่านการฝึกอบรมศัลยศาสตร์ทั่วไป 1 ปี และศัลยศาสตร์ระบบปีสวาระอีก 2 ปี การสอบวุฒิบัตรทางยูโรวิทยา เริ่มเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2522 โดยศัลยแพทย์รุ่นแรกที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร เช่น นายแพทย์ชูลิน จิระจิตสัมพันธ์ นายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์เลิศวิทย์ และ นายแพทย์อนุพันธ์ ตันติวงศ์ ในเวลานั้นสถาบันฝึกอบรมมีอยู่ด้วยกัน 6 สถาบัน คือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

many years until 1979.

The urology residency training in Thailand at the beginning was joint training with general surgery. The official general surgery training was 3-year curriculum, started in 1972, after founding of the College of Surgeons in the Medical Council on July 27, 1972, and changed to the Royal College of Surgeons of Thailand in 1980. The first examination for Certificate in General Surgery started in 1971, and some surgeons who undergone general surgery training for a year, changed to urology which did not have formal curriculum. For urology training program, the formal curriculum had been drafted since 1975, by Dr. Phaibul Jitpraphai and Dr. Pichai Bunyaratavej together with other medical teachers of medical schools. They had several meetings and completed the curriculum in 1977. At first, the urology training was 3-year curriculum, consisted of training in general surgery for a year and urology for 2 years. The examination for Certificate in Urology first started in 1979. Some of the first batch of urological surgeons were Dr.Chusin Jirajitsamphan, Dr. Yongyuth Wonglertwit, and Dr. Anupan Tantiwong. At that time, there were only 6 institutes which could open the residency training program, i.e. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Chulalongkorn University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Chiang Mai University, Rajavithi Hospital, and Phramongkutklao Hospital. Each institute could accept only 1-3 residents and was able to increase the amount of residents later concerning their capability. The curriculum was later extended from 3 to 4 years in the year 2000, including a year of general surgery and 3 years of urology

โดยมีโควตาฝึกอบรมแต่ละแห่งละ 1-3 ตำแหน่ง และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามศักยภาพของแต่ละสถาบันในเวลาต่อมา ภายหลังการฝึกอบรมขยายเวลาเป็น 4 ปี โดยอยู่คู่คลยศาสตร์ทั่วไป 1 ปี และเข้ามาอยู่คู่คลยศาสตร์ระบบปัสสาวะอีก 3 ปี สาเหตุหลักเนื่องจากความรู้ทางยูโรวิทยาได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก รวมถึงการผ่าตัดแนวใหม่โดยเฉพาะวิทยาการของ minimally invasive surgery ที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกับคลยศาสตร์อื่น ๆ ที่เริ่มมีการขยายเวลาฝึกอบรมขึ้นก่อนหน้านี้ โดยการฝึกอบรมรวม 4 ปี เริ่มเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2543 หลังจากนั้น คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบของทางคลยกรรมระบบปัสสาวะได้มีการปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัยยิ่งขึ้น โดยให้แพทย์ประจำบ้านออกไปปฏิบัติงานยังโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์ทั้งการรักษาผู้ป่วยและได้เห็นเหตุการณ์ที่หลากหลาย รวมถึงได้รู้จักเพื่อนแพทย์รวมถึงอาจารย์ยูโรต่างสถาบันมากยิ่งขึ้น

สำหรับช่วงเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา ทางคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ได้พยายามเพิ่มศักยภาพของการฝึกอบรมเพื่อให้เป็นมาตรฐานใกล้เคียงกับทางต่างประเทศ ทั้งด้านการสอบเพื่อวัดผลการฝึกอบรม และการส่งเสริมการทำวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน ในปี พ.ศ. 2555 ทางคณะกรรมการฯ ได้จัดกิจกรรม World Café ขึ้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเรียนเชิญคณาจารย์จากทุกสถาบันเพื่อระดมความเห็นในเรื่องการปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัยยิ่งขึ้น ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการฝึกอบรมหลายประการ เช่น การส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านมีผลงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยให้แต่ละสถาบันเพิ่มการฝึกอบรมด้านการทำวิจัยรวมถึงให้ความสำคัญต่อ evidence base medicine นอกจากนี้ ยังจัดการสอบใหม่โดยให้แพทย์ประจำบ้านเริ่มสอบข้อเขียนทางยูโรวิทยาตั้งแต่ปีสาม และสอบ oral examination ในปีสี่ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกับของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ และในต่างประเทศ โดยเริ่มครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2559 เนื่องจากคลยแพทย์ระบบปัสสาวะยังเป็นสาขาที่ยังขาดแคลนโดยเฉพาะทางภาคอีสานของประเทศ ทางสมาคมฯ จึงได้สนับสนุนให้มีการเปิดการฝึกอบรมเพิ่มเติม ส่งผลให้มีสถาบันที่สนใจเข้าร่วมในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพิ่มจากเดิมอีกหลายแห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เปิดรับแพทย์เข้าฝึกอบรมเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2556 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในปี พ.ศ.

due to new knowledge in urology as well as new operative methods including minimally invasive surgery. It is also because other surgical sub-specialties had extended their curricula from 3 to 4 years. After that, the Urology Training Committee had improved the curriculum by permit the residents practicing in other hospitals to gain their skills and experience in treatment with various procedures.

For the last 10 years, the Urology Training Committee improved the training curriculum including examination process and residents' researches to reach the international standard. In 2012, the Urology Training Committee arranged the activity called "World Café" at King Chulalongkorn Memorial Hospital by inviting urological surgeons from all institutes to give ideas for improving the curriculum. As a result, there has been a tremendous change in the curriculum; for example, supporting the residents in making quality research including the understanding of evidence-based medicine. Furthermore, the examination for the certificate has been changed since 2016, by having a paper examination in the third year of training, and oral examination in the fourth year. Because there is a shortage of urological surgeons in the northeastern part of Thailand, the Urological Association of Thailand has encouraged other institutes to open the training programme. As a result, Faculty of Medicine Prince of Songkla University

2559 คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2560 นอกจากนี้ ยังมีสถาบันฝึกอบรมร่วมกับทางคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอีก 2 แห่ง คือ แพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลสิริประสงค์ และแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยเริ่มเปิดรับแพทย์เข้าฝึกอบรมเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2561

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านได้มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาขึ้นตามลำดับ โดยในระยะแรกการฝึกอบรมมุ่งเน้นให้มีคัลยแพทย์ระบบปัสสาวะจำนวนเพียงพอที่จะให้บริการผู้ป่วยในประเทศได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงและมีคุณภาพ ต่อมาเริ่มมีการพัฒนาในเรื่องเกณฑ์การวัดผลและเพิ่มศักยภาพของคัลยแพทย์ที่จบออกไป ทั้งในด้านความรู้ ความรับผิดชอบ รวมทั้งจริยธรรมของการเป็นแพทย์ที่ดีที่มีต่อผู้ป่วยทุกระดับ สำหรับในอนาคตทางสมาคมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะมีความตั้งใจให้คัลยแพทย์ระบบปัสสาวะที่ผ่านการฝึกอบรมในประเทศไทยมีความสามารถและผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ในระดับนานาชาติ รวมถึงการร่วมมือกันกับคัลยแพทย์ระบบปัสสาวะในต่างประเทศเพื่อค้นหาค้นหาองค์ความรู้ใหม่ ทำให้การฝึกอบรมจำเป็นต้องหารูปแบบและวิธีการที่ทันสมัยมากขึ้น เพื่อให้การฝึกอบรมสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะยาว

started the residency training program in 2013, followed by Faculty of Medicine Vajira Hospital in 2016, and Faculty of Medicine Thammasat University in 2017. Moreover, there are 2 affiliated institutes with Faculty of Medicine Chulalongkorn University including Sappasitthiprasong Hospital and Somdej Phra Pinklao Hospital starting in 2018.

The urology residency training has been improved and developed continuously. At the beginning, the training's objective was to increase the numbers of urological surgeons, with high quality and distribution. Afterwards, the curriculum has been developed in measurement criteria as well as the residents' potential including knowledge, responsibility, and medical ethics. In the future, The Urological Association of Thailand aim to have the training programme for urological surgeons to have ability and products which are accepted internationally. This also includes making connections with foreign urological surgeons to find out the new knowledge. As a result, we must find the update patterns and methods in the training program to reach the long-term goals.

วารสารของเรา: วารสารยูโร

Our Journal: The Thai Journal of Urology

| มณฑิรา ตันทนุช

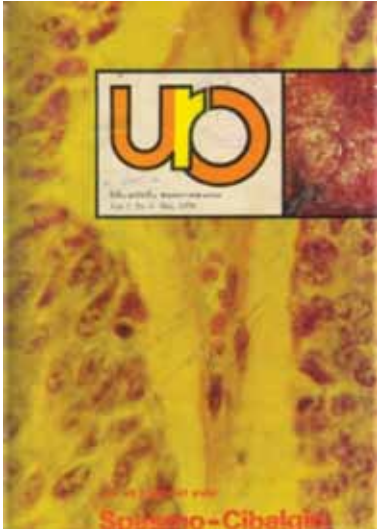
“ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ” ก่อตั้งเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2507 โดยมี ศาสตราจารย์สมัย จันทวิมล เป็นประธานชมรม ท่านแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และความเป็นปึกแผ่นของชมรม และได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง เมื่อสมาชิกมีความเห็นว่า ควรมีวารสารทางวิชาการของชมรมฯ ศาสตราจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ ตันติวงศ์ ซึ่งเป็นประธานชมรมฯ ในขณะนั้น ได้มอบหมายให้ศาสตราจารย์แพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี รับผิดชอบหน้าที่เป็นบรรณาธิการ โดย วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2519 มีการออกวารสารทางวิชาการของชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเป็นครั้งแรก ในชื่อ “วารสารยูโร” (ภาพที่ 1) จัดพิมพ์ 1,250 เล่ม แม้ว่าจะมีบันทึกไว้ใน “บรรณาธิการแถลง” ว่าจำหน่ายในราคาเล่มละ 15 บาท ซึ่งเท่ากับราคาทุน แต่ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอฬาร เล่าว่า ได้ทำการแจกจ่ายให้สมาชิกฯ โดยไม่คิดมูลค่า ในความตั้งใจเริ่มแรกของบรรณาธิการ จะมีวารสารปีละ 2 ฉบับ แต่เนื่องจากปัญหาในหลายด้าน ทั้ง

| Monthira Tanthanuch

The Urology Society of Thailand was founded on November 7, 1964, and was first chaired by Dr. Samai Chanthawimol. The society’s objective has always been to function as a venue for meeting and sharing knowledge and experience among urologists and related practitioners while strengthening academic innovation and networking. The Society has carried out work continuously and fulfilled its objectives. When the members agreed that the Society should have its own academic journal, Professor Sampan Tantiwong, the then chairman, appointed Professor Phaitun Gojaseni to be the editor of the journal. On May 1, 1976, the Urology Society of Thailand launched its first academic journal, “The Thai Journal of Urology: TJU” (picture 1), with 1,250 copies. It was documented in “The Editor’s Statement” that the journal was sold at the price of 15 baht, which was equivalent to the production cost. But in reality, Professor Krisada Ratana-Olarn has recounted that many of the copies were distributed to the Society’s members free of charge. The Editor’s initial intention was to launch two issues of the journal annually. But, due to several problems, including recruiting articles, securing funds, and

การหาบทความ และการจัดทำรูปเล่ม ในยุคแรก จึงมีวารสารเพียงปีละ 1 ฉบับ โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี เป็นบรรณาธิการ ตั้งแต่ปีแรก คือ พ.ศ. 2519 ถึงปีที่ 12 พ.ศ. 2531

the layout work in the early stages, the Society could only launch one issue yearly. Professor Phaitun Gojaseni was the journal's first editor from its inception in 1976 until 1988.



ภาพที่ 1 วารสารยูโรฉบับปฐมฤกษ์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 วันที่ 1 พฤษภาคม 2519

Picture 1. The first academic journal under the name "The Thai Journal of Urology"

งานบรรณาธิการเป็นงานที่ต้องทุ่มเทพลังใจ และพลังกายเป็นอย่างมาก ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฏา รัตน์โอฬาร กล่าวว่า การทำหนังสือ หรือวารสารทางการแพทย์ ในยุคนั้น บรรณาธิการต้องทำเองเกือบทุกอย่าง โรงพิมพ์มีหน้าที่พิมพ์ตามที่ส่งไปให้เท่านั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี ได้กล่าวในบทบรรณาธิการวารสารยูโร เล่มที่ 2 ว่า "...สำหรับธุรกิจการพิมพ์อันเป็นอาชีพคนละแบบกับอาชีพทางการแพทย์ และเราก็ประจักษ์แน่ชัดว่า งานพิมพ์วารสารทางวิชาการทางการแพทย์ ต้องการเวลาและความละเอียด พินิจ วิเคราะห์ มากกว่าการพิมพ์หนังสือธรรมดาทั่ว ๆ ไป เริ่มนับตั้งแต่การเขียนเรื่อง ซึ่งต้องอาศัยความอนุเคราะห์จากผู้เขียนหลายท่าน ซึ่งแต่ละท่านต้องปลีกเวลาจากงานประจำ ซึ่งค่อนข้างจะจำกัด และมาเขียนเรื่อง ซึ่งต้องอาศัยเวลาไตร่ตรองมากกว่าการเขียนจดหมาย การรวบรวมเรื่อง การตรวจทาน การจัดหน้า และเทคนิคในด้านการพิมพ์ ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้เวลาทุกทั้งสิ้น"

The editor's work was a demanding job, for which the editor had to dedicate himself, both mentally and physically. According to Professor Krisada, the production of a book or medical journal at that time required that the editor in chief had to do every bit of work by himself. The printing house had only one duty, which was to print whatever was sent to it. Professor Phaitun has noted in the editorial of the Thai Journal of Urology, issue no. 2, that: "...as for the publishing business, which differs from the medical profession, we have been well aware that publishing a medical journal demands much more time and preciseness as well as analytical skill than publishing ordinary books, in general. To start with, writing articles in itself relies on the kindness of many authors, who have to

การหาทุนในการจัดพิมพ์เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี ได้มอบหมายให้คุณโสภณ โสตะระ อดีตผู้จัดการ โรงแรมเอเชีย ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการวารสาร ช่วยติดต่อบริษัทต่าง ๆ เพื่อร่วมสนับสนุนการพิมพ์ ซึ่งผู้เขียนขอเป็นส่วนหนึ่งของภาพโฆษณาของห้างร้าน และองค์กรที่ร่วมสนับสนุนวารสารยูโรเมื่อครั้งเริ่มแรกตีพิมพ์ลงไว้เป็นที่ระลึก (ภาพที่ 2)

จากการที่มีภาระต้นทุนด้านการพิมพ์ มีการกระตุ้นให้ผู้สนใจสั่งซื้อ และองค์กร ห้างร้านให้ช่วยสนับสนุนการพิมพ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี มีกลยุทธ์เชิญชวนที่น่าสนใจยิ่ง (ภาพที่ 3)

seek time separate from their regular jobs. These writers have, therefore, quite a limited time to write the pieces, which in the first place requires more time to contemplate. Such work includes compilation, proofreading, page-layout and printing techniques, which are all time-consuming.”

Seeking funding was another important problem. Professor Phaitun entrusted Mr. Sophon Sotara, former manager of the Asia Hotel, to act as manager for the journal and contact various companies to support the publication. I would like to present in fond remembrance some of the pictures of earlier commercial advertising about the sponsors of the first publication of the Thai Journal of Urology (picture 2).

Because of the problem of funding the publication, effort was directed to motivate interested buyers, organizations and firms for their support. Professor Phaitun has a very interesting strategy for this (picture 3).

ขอให้แพทย์ทางระบบปัสสาวะ

จงเจริญ

จาก

บริษัท อูรอปงศ์เอกซ์เรย์ แล็บ จำกัด

133/2 ถนนเพชรราม 6 อูรอปงศ์ พนมพร

รับตรวจด้วย เอ็กซเรย์ ตรวจเลือกแผลงใส่สภาวะ

บริการตลอด 24 ชม.



เรา่วมพัฒนาสังคม

มูลนิธิฯ ร่วมร่วมบำเพ็ญประโยชน์ โดยคำนึงถึง
 ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรับผิดชอบในคืนศรีสวัสดิ์
 ความเจริญก้าวหน้า สัมประประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม
 ตลอดจนจิตใจอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ในกรณีศึกษา ศึกษา
 และสังคมสงเคราะห์สงเคราะห์
 ตามหลักให้ทุนการศึกษา ส่งเสริมการศึกษา ป่าระเนาให้คนจน
 มีความรู้ความสามรถ และมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์
 และให้ความร่วมมือกับบุคคลสงเคราะห์ที่ยั่งยืน



ภาพที่ 2 ภาพโฆษณาในอดีต

Picture 2. The companies who support the first Thai Journal of Urology publication.

เชิญเป็นสมาชิก

วารสาร



เพื่อเป็นประกันว่า ท่านจะได้รับ วารสาร ยูโร ทุกครั้งที่จัดพิมพ์ โปรดจดหมายแสดงความจำนงถึง

บรรณาธิการ

วารสาร 

แผนกศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลวชิรเมธี
ถนนพระราม 6
กรุงเทพฯ 4

บริษัท ยา ทั้งหมด
โปรดทราบ

- วารสาร ยูโร ฉบับต่อไปจะมีแพทย์ พยาบาล และนักเรียนแพทย์อ่าน วารสารยูโร นี้กว่า ๕,๐๐๐ คน
- วารสารยูโร ไม่รับโฆษณา บ้าเลือด จึงประกันได้ว่า โฆษณาของท่านมีความหมาย ได้รับการกระหนาบ กระตุ้นเตือน และย้ำแน่นอนในความทรงจำมากกว่าหนังสืออื่น
- ชีวิต โฆษณา ของท่านในวารสารยืนยาวนานกว่า ๖ เดือน นานกว่าวารสารหรือนิตยสารอื่น ๆ

แพร่าของท่านถึงผู้ซื้อ ๕,๐๐๐ คน กระตุ้นให้ซื้อยาท่านนานเกิน ๖ เดือน ไม่มีใครทำได้เช่น วารสาร ยูโร

โปรดเรียก "โสภณ" โทร. ๒๕๑๑๔๓๓
มาคุยกับท่าน.

เชิญเป็นสมาชิก

วารสาร



เพื่อเป็นประกันว่า ท่านจะได้รับ วารสาร ยูโร ทุกครั้งที่



ภาพที่ 3 กลยุทธ์เชิญชวนให้ผู้สนใจสมัครสมาชิกวารสารยูโร และเชิญชวนผู้สนับสนุน

Picture 3. The strategy to motivate interested buyers, organizations and firms for their support.

บรรณาธิการในแต่ละยุคสมัยมีกลยุทธ์ในการหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารยูโรแตกต่างกัน ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ คชเสนีได้ประกาศให้รางวัลบทความดีเด่น ในวารสารยูโร ปีที่ 5 ฉบับที่ 5 (ภาพที่ 4) ซึ่งผู้ได้รับรางวัลบทความดีเด่นที่บันทึกไว้ในวารสารยูโร ปีที่ 6 ฉบับที่ 6 คือ นายแพทย์ชูลิน จิระจิตลัมพันธ์ บทความเรื่อง “duodenal injury from nephrectomy” และแพทย์หญิงกัลยา ผลากรกุล บทความเรื่อง “ปัญหาที่น่าสนใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของเนื้องอก seminoma” โดยมีการมอบรางวัลในการประชุมประจำปี พ.ศ. 2524 ต่อมา ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฏา รัตนโอฬาร ซึ่งขณะนั้นเป็นผู้ช่วยบรรณาธิการ ได้ปรับกลยุทธ์ โดยประกาศเจตนารมณ์ ว่า “วารสารยูโรพร้อมที่จะเป็นสนามให้แก่แพทย์ประจำบ้านทุกท่านเสมอ” และได้นำบทความของแพทย์ประจำบ้านลงตีพิมพ์ในวารสารยูโร เป็นครั้งแรก ในปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ธันวาคม 2531 ซึ่งเป็นบทความของ นายแพทย์ วีรวรรณ วน้ำค้าง (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล) เรื่อง “เปรียบเทียบ

Editors of various periods have employed different strategies to motivate contributors for articles to be published in the Thai Journal of Urology. Professor Phaitun announced in the TJU, year 5, issue no. 5 (picture 4), that the journal would present awards to the writers of the best articles. The awards, documented in the TJU, year 6, issue no. 6, went to Dr. Chusin Jirajitsampan for the article titled “Duodenal Injury from Nephrectomy” and Dr. Kanlaya Phalakornkul for the article “Interesting Problems about the Phenomenon of Tumors with Seminoma”. The award presentation was held at the Society’s annual meeting in 1981. Later, Professor Krisada Ratana-Olam, who was the deputy editor, adjusted the strategy by announcing: “The TJU is always pleased to be the venue for all medical residents/registrars”. The TJU published for the first time articles from residents’ in its year 12 issue, on December 1, 1988. These include: “Comparison of Suture Ligation and Non Suture Ligation of Ureter

เทียบผลการผ่าตัดนี้ไว้ในท่อไตโดยวิธีเย็บปิดและวิธีไม่เย็บปิดท่อไตหลังเอาเนื้องอก” และ นายแพทย์ พิทักษ์ ตั้งชนะชัยอนันต์ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี) เรื่อง “Appendiceal adenocarcinoma simulating primary bladder cancer : A case report”

Approaches for the Surgery of Ureteric Stone Removal” by Dr. Theerawan Wanamkang, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, and “Appendiceal Adenocarcinoma Simulating Primary Bladder Cancer: A Case Report” by Dr. Pithak Tangchanachaiant, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

เนื่องจาก วารสารยูโร ได้รับใช้ท่านผู้อ่านมาเป็นเวลา 4 ปีแล้ว โดยทางฝ่ายกองบรรณาธิการ เป็นผู้เลือกเห็นจัดหาเรื่อง โดยการวิ่งวอนขอเรื่อง ช่มชู้ ท่านวิทยากรทั้งหลายเพื่อขอเรื่องมาเป็นวิทยาทานมาเสนอท่าน แต่เพิ่งมาระลึกได้ว่า เรายังมีวิทยากรที่เป็นหลังเจียบอยู่อีกมากสมควรที่จะขุดค้นเอาขุมวิทยากรใหม่ ๆ จากท่านทั้งหลาย ในวงการยูโร มาเผยแพร่

ด้วยเหตุดังกล่าวแล้วนี้ คณะบรรณาธิการ จะจัดการประกวดบทความ ในฉบับที่ 6 (ฉบับหน้า) โดยจะมีรางวัลดีเด่นหนึ่งรางวัลเป็นเงิน 1,000 บาท และรางวัลชมเชยอีกหนึ่งรางวัลเป็นเงิน 500 บาท การคัดเลือกบทความดีเด่นประจำฉบับเป็นสิทธิขาดของ คณะกองบรรณาธิการหากมีเรื่องดีเด่น หลายเรื่อง รางวัลนี้จะเฉลี่ยกันออกไป

ภาพที่ 4

กลยุทธ์การหาบทความที่มีคุณภาพเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารยูโร

Picture 4.

The strategy to motivate contributors for articles to be published in the Thai Journal of Urology.

วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 เมื่อคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ได้อนุญาตให้จัดตั้ง “สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)” และมีการจดทะเบียน “สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย)” ณ ที่ทำการกองตำรวจสันติบาล เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2532 ในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน ปี พ.ศ. 2532-2534 การจัดทำวารสารยูโรชะงักการตีพิมพ์ เนื่องจากขาดแคลนทั้งเงินทุน และบทความ ศาสตราจารย์นายแพทย์ กฤษฏารัตน์โอฬาร ซึ่งเป็นกรรมการสมาคมฯ หลายสมัย และดำรงตำแหน่งนายกสมาคม 2 สมัย (พ.ศ. 2548-2552) เล่าว่า ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ มีการตั้งประเด็นว่า วารสารยูโรจะ “สู้” หรือจะ “ถอย” ซึ่งกรรมการและสมาชิกของสมาคมฯ จำนวนไม่น้อย ลงมติให้ “สู้” ต่อไป ศาสตราจารย์นายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมั่น ได้ติดต่อให้ศาสตราจารย์นายแพทย์วชิร คุชการ ซึ่งขณะนั้น

On July 12, 1988, the Office of the National Culture Commission granted permission to establish the Thai Urological Association. Later, on March 22, 1989, the Association came into being with its registration at the Office of the Royal Thai Police’s Special Branch. Subsequently between 1989 and 1991, the Thai Urological Association underwent a transitional period, in which the publication of the TJU was temporarily suspended because a lack of funds and submissions. Professor Krisada, who had been an Association’s committee member and the Association’s chairman for two terms (2005-2009), recounted that in the executive committee’s meetings participants had raised the issue of whether the TJU would “keep going” or “give up”. A number of participants, both from the Executive Committee and the Association’s membership, made a resolution to keep the TJU going.

ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ให้รับหน้าที่บรรณาธิการวารสารยูโร ซึ่งศาสตราจารย์นายแพทย์วชิรเล่าว่า “ในเบื้องต้น มีบทความค้างอยู่ 2-3 บทความเท่านั้น จึงต้องมองบทความเพิ่ม โดยโทรศัพท์ถามหาผู้มีบทความวิจัย ซึ่งหายาก จึงใช้บทความปริทัศน์ (review article) มาเสริม และเริ่มหาผู้สนับสนุนการพิมพ์ สำหรับโรงพิมพ์ตอนนั้นลำบากมาก การทำเพลท ต้องตัดทีละส่วนมาตัดแปะ ตอนน้ำท่วม ก็ต้องลุยน้ำเข้าโรงพิมพ์” ด้วยความมุ่งมั่น ท่วมเทอย่างเต็มกำลัง ในที่สุด วารสารยูโรปีที่ 13 ฉบับที่ 13 เดือนธันวาคม 2535 จึงถือกำเนิดมานับเป็นการคืนชีพของวารสารยูโร ครั้งสำคัญ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วชิร คชการ รับหน้าที่บรรณาธิการวารสารยูโร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2543 โดยในปีที่ 2 ของการรับตำแหน่งบรรณาธิการ คือ ปี พ.ศ. 2536 ซึ่งเป็นปีที่ 14 ของวารสาร ท่านได้ทำให้ความตั้งใจของผู้ก่อตั้งวารสารยูโรเป็นจริง คือ วารสารยูโรมีการตีพิมพ์ 2 ฉบับต่อปี และในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นปีที่ 20 ของวารสาร ท่านได้วางระบบ peer review อันเป็นระบบมาตรฐานของวารสารสากล สำหรับปัญหาเรื่องบทความที่จะลงตีพิมพ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอฬาร เล่าว่า ในปี พ.ศ. 2543 เมื่อการอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปรับเป็นหลักสูตร 4 ปี และมีข้อบังคับว่าแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะที่มีสิทธิ์สอบเพื่อวุฒิบัตรฯ จะต้องมีงานวิจัยที่ได้นำเสนอในการประชุมที่ได้รับการรับรอง และงานวิจัยนั้นจะต้องส่งตีพิมพ์ด้วย ทำให้ปัญหาเรื่องบทความที่จะลงตีพิมพ์คลี่คลายไปได้

การตีพิมพ์ของวารสารยูโรมีกำหนดตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ในเดือนมิถุนายน และฉบับที่ 2 ในเดือนธันวาคมมาโดยตลอด แต่ผู้เขียนขอบันทึกไว้ว่ามีการตีพิมพ์นอกเหนือเดือนที่กำหนด 2 เหตุการณ์ คือ ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นปีที่ 25 ของวารสารยูโร มีการตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ในเดือนมีนาคม และฉบับที่ 2 ในเดือนมิถุนายน และในปี พ.ศ. 2548 มีการตีพิมพ์วารสารยูโรฉบับพิเศษ คือ ปีที่ 26 ฉบับ (ก.ย. 47, ธ.ค. 47, มิ.ย. 48) และวารสารยูโรฉบับพิเศษ 2 คือ ปีที่ 26 ฉบับ ธันวาคม 2458

Professor Verasing Muangman delegated Professor Wachira Kochakarn, who was then working at Nopparat Rajathanee Hospital, to be the editor of the journal. As Professor Wachira recalled: “Initially there were only 2-3 articles at hand. This prompted us to look for more articles by phoning people to ask if they had research papers to publish in our journal. Unfortunately, it was difficult to locate them. So we needed to supplement the journal with review articles. We also started looking for sponsors for printing. Dealing with the printing house was very difficult at that time. To make a printing plate, we had to cut each piece and paste it on the plate. During floods, we had to wade through the water to get to the printing house.” Finally, with great determination and dedication from the staff, the Thai Journal of Urology year 13, issue 13, December 1992, was published. It was, indeed, an important resurrection of the TJU.

Professor Wachira was the Thai Journal of Urology's editor from 1992 to 2000. During the second year of his editorship, which was the 14th year since the TJU had come into existence, he fulfilled the original intention of the journal's founders by publishing two issues of the TJU annually. In 1999, when the TJU turned 20 years old, Professor Wachira set up the peer review system, taking another great leap forward - equivalent to the international journals' standards. As for the problem of a lack of articles, it was resolved. Professor Krisada said in the year 2000 that the new curriculum for residency training takes 4 years for completion and requires residents in urology to present their research at certified conferences and publish their work, before they are eligible to undertake the examination for graduation. This has resolved the problem about finding articles.

บรรณาธิการวารสารยูโรท่านต่อมา คือ รองศาสตราจารย์นายแพทย์พิชัย ศุภจินทรรัตน์ (พ.ศ. 2544-2547) ท่านได้ดำเนินการปรับการจัดรูปแบบและคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ เพื่อเป็นไปตามมาตรฐาน International Committee of Medical Journal Editors ต่อจากนั้น มีการเปลี่ยนผ่านบรรณาธิการไปสู่ รองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ดันตวิวงศ์ (พ.ศ.2547-2549) รองศาสตราจารย์นายแพทย์สิทธิพร ศรีนวลนัด (พ.ศ. 2550-2555) และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงมณฑิรา ตันทนุช ซึ่งรับหน้าที่บรรณาธิการเมื่อปี พ.ศ. 2556 ซึ่งขณะนั้น วารสารยูโรยังไม่ได้อยู่ในระบบฐานข้อมูลวารสาร ทำให้บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจะไม่สามารถสืบค้นได้ด้วยระบบสารสนเทศ (information system) ด้วยความเห็นชอบจากคณะกรรมการสมาคมฯ กำหนดเป้าหมายของวารสารยูโร เพื่อเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลสากล โดยการพัฒนาใน 3 ระยะ คือ ระยะแรกเข้าสู่ระบบมาตรฐานวารสารของประเทศไทย ระยะที่สอง เข้าสู่ระบบมาตรฐานวารสารเอเชีย และระยะที่สาม เป็นการเข้าสู่ระบบมาตรฐานวารสารสากล โดยขั้นต้นได้ชักชวนบุคลากรในสำนักงานสนับสนุน เพื่อเป็นทีมทำงาน และจัดทำแนวทางการทำงานของแต่ละส่วนงาน เพื่อให้สามารถผลิตเล่มวารสารออกได้ตามกำหนดเวลา วางกลยุทธ์เพื่อเพิ่มคุณภาพของบทความ โดยจัดให้มีระบบการตรวจสอบคุณภาพของบทความที่รับลงตีพิมพ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาต่างประเทศ และดำเนินการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลในวารสารโดยผ่านเครื่องมือ search engine มาตรฐานต่าง ๆ อาทิ google scholar, Thai Journals online (ThaiJO) เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 วารสารยูโร ได้รับการรับรองให้เข้าสู่ระบบอ้างอิงมาตรฐานของประเทศไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย ในกลุ่มที่ 2 ต่อมาจึงได้รับการพิจารณาให้เลื่อนขึ้นสู่ฐานข้อมูลใน กลุ่มที่ 1

The Thai Journal of Urology normally publishes its first issue of the year in June and its second issue in December. But the author would like to document that an exception has been made twice. In 2004, which was the 25th year of the TJU, the first issue was published in March and the second issue in June. Moreover, in 2005 there was the publication of a special edition in December, which fell under the 26th year of the TJU

The next editor of The Thai Journal of Urology was Associate Professor Pichaya Sujjantararat (2001-2004), who improved the format and offered advice concerning the procedure of submitting manuscripts in accordance with the International Committee of Medical Journal Editors. The TJU has subsequently had several other editors, including Associate Professor Anupan Tantiwong (2004-2006), Associate Professor Sittipom Srinuannad (2007-2012) and Associate Professor Monthira Tanthanuch (2013). The TJU has not yet joined the journal database system. This makes it impossible to retrieve published articles through the information system. With the approval of the Committee of the Thai Urological Association, the intention to get the TJU into the international information system in three developmental phases. The first phase is to enter the journal system of Thailand; the second phase is to enter the journal system of Asia; and the third phase is to enter the international journal system. To start with, an effort has been made to recruit staff and define the working guidelines for each section so that the journal can be published according to schedule. There has also been a focus on a strategy to improve the quality of the articles by setting up a quality control system whereby articles are screened by qualified scholars and English language experts. Efforts have revolved around enhancing the channels for accessing information in the journal via various standard search engine tools such as Google Scholar

เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5) ซึ่งเป็นการบรรลุภารกิจระยะแรกตามเป้าหมาย สำหรับภารกิจ ระยะต่อไป คือ การเข้าสู่ระบบมาตรฐานวารสารเอเชีย และระบบมาตรฐานวารสารสากลตามลำดับวารสารยูโรได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์ในสถาบันฝึกอบรมฯ ช่วยพัฒนาบทความให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น (ภาพที่ 6) ในการเข้าสู่ระบบมาตรฐานสากล วารสารยูโรมีความจำเป็นต้องปรับด้านภาษา โดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการสมาคมฯ วารสารยูโรจึงจัดพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ และมีระบบ online submission ซึ่งใช้งานอย่างเต็มรูปแบบ เมื่อเดือน มกราคม 2561

จากอดีตเมื่อแรกกำเนิดวารสารยูโร บรรณาธิการแต่ละท่าน ได้ทุ่มเทแรงกาย แรงใจ และสติปัญญา เพื่อให้วารสารยูโรของเราเป็น “วารสารวิชาการ” ของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งตลอดเส้นทางเดินเกือบ 40 ปี วารสารยูโรได้ผ่านอุปสรรคนานัปการ จนก้าวมาสู่ปัจจุบันที่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง และ “วารสารยูโร” จะเป็นวารสารวิชาการของมวลเหล่าสมาชิกชาวยูโรอย่างภาคภูมิใจตลอดไป

and, Thai Journals Online (ThaiJO). On May 10, 2016, the TJU received accreditation in the second group of the Thai Journal Citation Index (TCI). Subsequently the journal was promoted to the first group in the TCI's database on October 12, 2017 (picture 5), accomplishing the mission goal. As for the next two phases to qualify of qualifying for the standard journal system of Asia and the international journal system, the Thai Journl of Urology has received considerable cooperation from groups of lecturers from various training institutes in order to improve the quality of articles (table 1). To be accredited by the international standard journal system, the TJU needs to be available in English. With the approval of the Urological Association's Committee, the TJU is now published in English. It also has an online submission system, which debuted in its full form in January of this year.

Table 1. The working group for Thai Journl of Urology.

Monthira Tanthanuch	Chairman
Ekkarin Chotikawanich	Committee
Satit Siriboonrid	Committee
Tanet Thaidumrong	Committee
Watanachai Ungchareonwattana	Committee
Watid Kanchanawanichkul	Committee
Teerayut Tangpaitoon	Committee
Pokket Sirisreetreerux	Committee
Umaporn Nuanthaisong	Committee
Manint Asawachintachit	Committee
Pisanu Mahawong	Secretary



Thai Journal Citation Index Centre
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย



คณะพลังงานสิ่งแวดล้อมและวัสดุ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ประชาอุทิศ บางมด ทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140
โทร/โทรสาร: 0-2470-8647 <http://tci.trf.or.th>

12 ตุลาคม 2560

เรื่อง แจ้งผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI พ.ศ. 2560
เรียน บรรณาธิการ วารสารยูโร

ตามที่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI และได้ทำการแบ่งกลุ่มวารสารในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- วารสารกลุ่มที่ 1: วารสารที่ ผ่านการรับรองคุณภาพ ของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2562) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI และจะถูกพิจารณาคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) ต่อไป
- วารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่ ผ่านการรับรองคุณภาพ ของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2562) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI
- วารสารกลุ่มที่ 3: วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอาจไม่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในอนาคต

บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI พ.ศ. 2560 โดยสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tci.trf.or.th>) ซึ่งวารสารของท่านได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 1 แต่เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐาน ศูนย์ TCI มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพของวารสารของท่าน ดังต่อไปนี้

- วารสารมีปริมาณการอ้างอิงต่อบทความระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของวารสารในฐานข้อมูล TCI
- วารสารมีระบบการส่งบทความแบบออนไลน์ แต่ไม่ได้ใช้งานหรือใช้งานไม่ต่อเนื่อง

ในการนี้ศูนย์ TCI จะทำการรับรองคุณภาพของวารสารตั้งแต่วันที่ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภาพ)
หัวหน้าศูนย์ TCI

ภาพที่ 5 วารสารยูโรผ่านการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการของ “ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย” หรือ “Thai Journal Citation Index Centre (TCI)” กลุ่มที่ 1 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2560

Picture 5. The TJU has received accreditation in the first group of the Thai Journal Citation Index (TCI) On October 12, 2017.



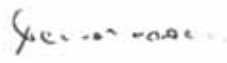
ประกาศสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการวารสารยูโร วารสารวิชาการของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์
ที่ 4/2560

สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอประกาศเรื่อง "แต่งตั้งคณะกรรมการวารสารยูโร วารสารวิชาการของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์" โดยมีรายชื่อกำหนดตำแหน่งดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|------------------------|
| 1. แพทย์หญิงฉวีพร ศันสนุช | ประธานคณะกรรมการ |
| 2. นายแพทย์เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์ | คณะกรรมการ |
| 3. นายแพทย์สาธิต ศิริบุญฤทธิ์ | คณะกรรมการ |
| 4. นายแพทย์เนศ ไทยคำรง | คณะกรรมการ |
| 5. นายแพทย์วิมลชัย ยิ่งเจริญวัฒนา | คณะกรรมการ |
| 6. นายแพทย์วาทิต กาญจนวนิชกุล | คณะกรรมการ |
| 7. นายแพทย์ธีรยุทธ ตั้งโพธิ์ขันธ์ | คณะกรรมการ |
| 8. แพทย์หญิงปกเกล้า ศิริศิริศรีรักษ์ | คณะกรรมการ |
| 9. แพทย์หญิงอุมาพร นวลโกล | คณะกรรมการ |
| 10. นายแพทย์ณินันท์ อัครจินตจิตร | คณะกรรมการ |
| 11. นายแพทย์พิชญ มหาวงศ์ | เลขานุการและคณะกรรมการ |

โดยคณะกรรมการจะมีหน้าที่ "พัฒนาวารสารยูโร วารสารวิชาการของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลสากล" ในนามสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
 ตั้ง ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2560

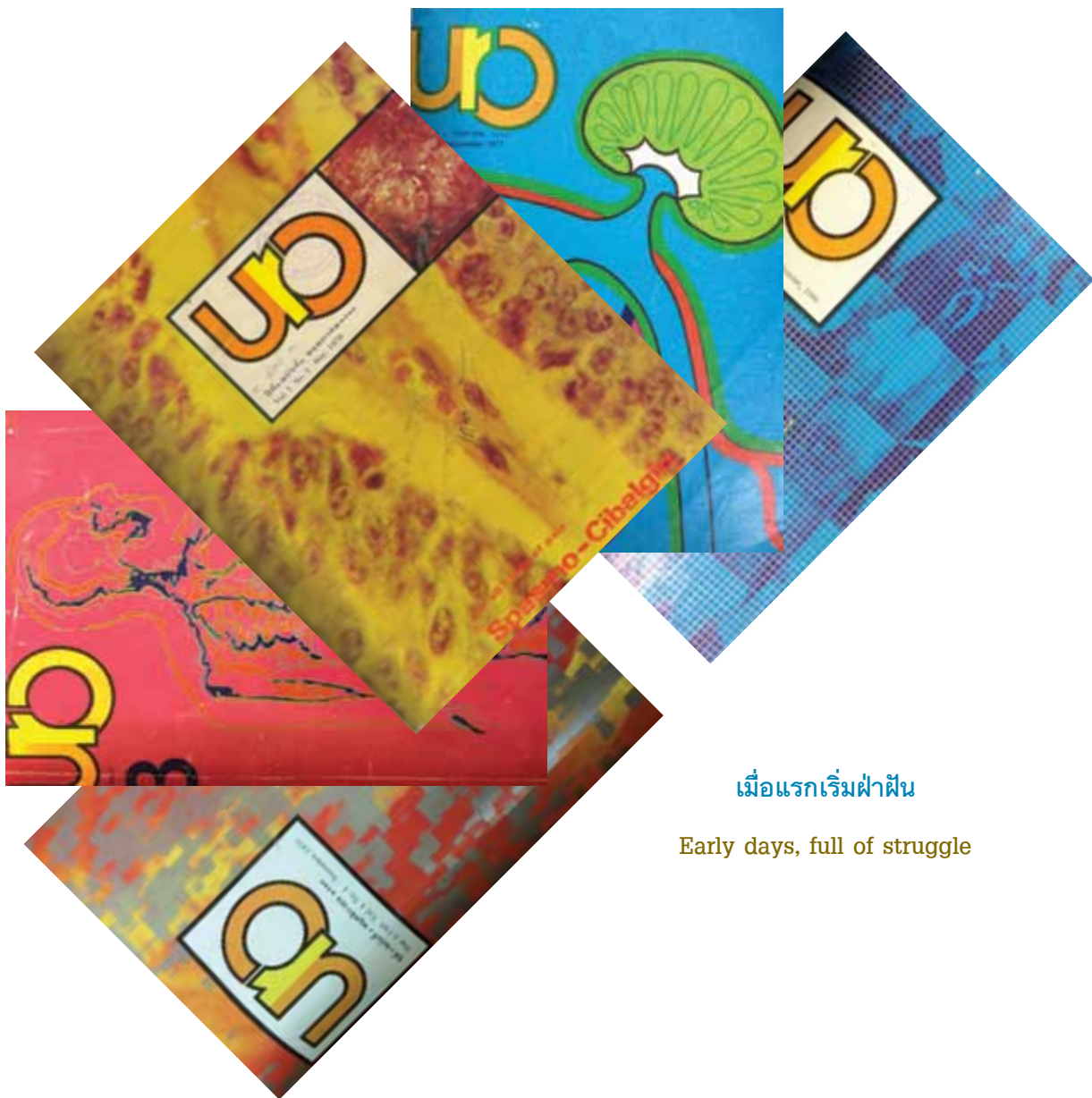

 ลงชื่อ
 (นายแพทย์ไชยวงศ์ นวลอง)
 นายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย
 ในพระบรมราชูปถัมภ์

ภาพที่ 6 คณะทำงานวารสารยูโร เพื่อพัฒนาวารสารเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลสากล

Picture 6. The working group of "Thai Journal Urology".

Since the Thai Journal of Urology was founded, all of its editors have devoted themselves physically, mentally and intellectually to improving and maintaining the journal's standard as the "academic journal" for the Thai Urological Association under the Royal

Patronage. During an almost 40 year journey, the Thai Journal of Urology has overcome countless obstacles until at present when it is widely recognized. The Thai Journal of Urology will proudly continue to be a valuable source as an academic journal for the urology community.



เมื่อแรกเริ่มฝ่าฟัน

Early days, full of struggle



เมื่อยืนหยัดมั่นคง
Steadfast, we preserved

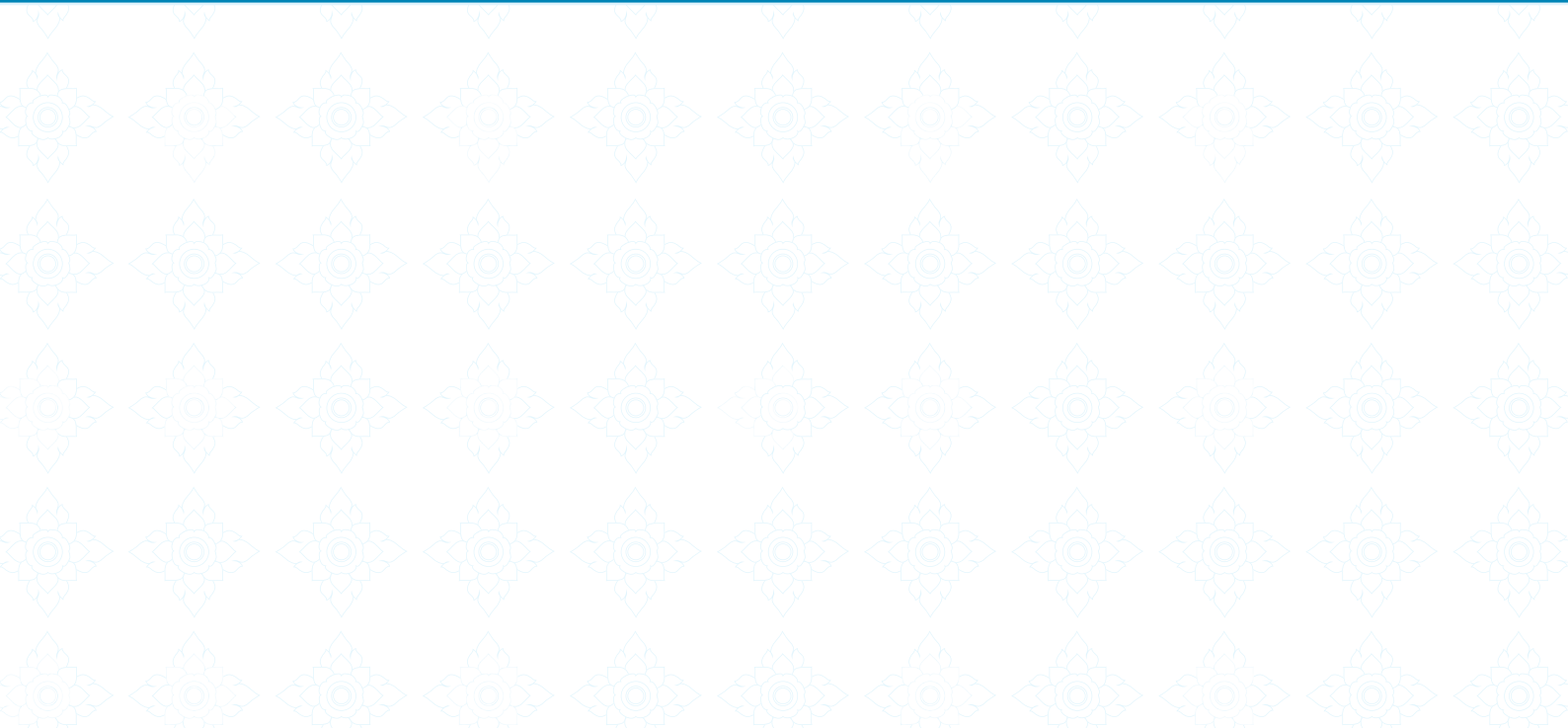


**“วารสารยูโร”
ก้าวอย่างภาคภูมิใจ**

**The Thai Journal of Urology
strides proudly forward.**



พื้เล่าห้ฟัง



ชมรมศิลาศาสตร์ระบบปัสสาวะในความทรงจำ “The Urology Society of Thailand” in my memory



| สงชัย วรณาน

สมาคมศิลาแพทย์ระบบปัสสาวะฯ จะมีอายุครบ 30 ปี ใน พ.ศ. 2561 นี้ และคณะกรรมการของสมาคมฯ ได้มอบหมายให้ข้าพเจ้าเขียนเรื่องก่อนจะมีสมาคมฯ วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 ข้าพเจ้าได้ไปอ่านจากหนังสือเวชชนิสิตของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2521 ถึงการจัดอันดับ (รุ่น) แพทย์ที่จบจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ดังนี้

1. เป็นแพทย์ประกาศนียบัตร ของโรงเรียนแพทยธยากร มี 7 รุ่น รุ่นที่ 1 พ.ศ. 2435 ถึงรุ่นที่ 7 พ.ศ. 2442
2. แพทย์ประกาศนียบัตร ของโรงเรียนแพทยธยาลัย มีตั้งแต่ รุ่นที่ 8 พ.ศ. 2443 ถึง รุ่นที่ 33 พ.ศ. 2470
3. แพทย์ปริญญาของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย มีตั้งแต่รุ่นที่ 34 พ.ศ. 2471 ถึง รุ่นที่ 47 พ.ศ. 2484
4. มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มีตั้งแต่รุ่นที่ 48 พ.ศ. 2485 ถึงรุ่นที่ 74 พ.ศ. 2512
5. มหาวิทยาลัยมหิดล มีตั้งแต่รุ่นที่ 75 พ.ศ. 2513 ถึง ปัจจุบัน

| Thongchai Bhanalaph

Past president of TUA (1993-1997)

As the Thai Urological Association (TUA) will celebrate the 30th in 2018, the author was asked to summarize the history before the establishment of the Association. According to “The Vejjanisit Book” published by Faculty of Medicine Siriraj Hospital, I have read since 12 July 1988, the Thai Doctor of Medicine Degree were changed orderly by time to time as follow, : the year of graduation as follows.

1. “The Certificate of Patthayakorn School of Medicine” for The first 7 of the school (1892-1899).
2. The name was changed to “The Certificate of Patthayalai School of Medicine” from the class of 8 to the class of 33 (1900-1927)
3. From the class of 34 to the class of 47 (1928-1941), the name became “The Bachelor degree from Faculty of Medicine, Chulalongkorn University”.
4. “The Bachelor degree of Medical University (Pattayasart Universitiy)” was for the class of 48 to the class of 74
5. From the class of 75 to present, t, the name was changed to “Mahidol University”.



Patthayakorn School of Medicine



Patthayalai School of Medicine



Chulalongkorn University

ข้าพเจ้าศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์
 อังชัย พรรณลาภ จบจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราช
 พยาบาล เมื่อ พ.ศ. 2505 เป็นรุ่นที่ 67 หลังจากนั้น
 ได้เป็นแพทย์ฝึกหัดรุ่นที่ 2 เวลา 1 ปี (พ.ศ. 2505-
 2506) ต่อมาเป็นแพทย์ประจำบ้านของภาควิชา
 ศัลยศาสตร์ (พ.ศ. 2506-2507) และได้เป็น
 แพทย์ประจำบ้านสาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
 ภาควิชาศัลยศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2509
 จึงได้รับแต่งตั้งเป็นอาจารย์โทของสาขาวิชา
 ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ภาควิชาศัลยศาสตร์ ซึ่งมี
 ท่านศาสตราจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ ดันติวงค์
 เป็นหัวหน้าสาขา มีอาจารย์นายแพทย์ตู้ ชัยวัฒน์,
 อาจารย์นายแพทย์โชติ พาณิชกุล ทำให้ข้าพเจ้า
 ได้มีโอกาสทราบถึงการตั้งเป็นชมรมศัลยแพทย์
 ระบบปีสลาเวก่อนจะมีสมาคมฯ จากจดหมาย
 เชิญประชุมของเลขานุการปีแรกของชมรม และ
 ปีที่ 2 ของชมรม (พ.ศ. 2508-2509)

ข้าพเจ้าได้ทราบว่าแพทย์ที่จบจาก
 โรงพยาบาลศิริราชก่อน พ.ศ. 2504 (มีแพทย์
 ฝึกหัดรุ่นที่ 1) ส่วนใหญ่จะไปทำงานกับกรม
 การแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำอยู่
 โรงพยาบาลประจำจังหวัด และได้ปฏิบัติราชการ
 รักษาผู้ป่วยโรคยูโรวิทยามากกว่า 10 ปี เมื่อวัน
 เสาร์ที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2507 มีการปรึกษากัน
 ระหว่างศัลยแพทย์ที่ทำงานทางยูโรวิทยาใน
 กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ที่โรงพยาบาล
 สงฆ์ กรุงเทพฯ โดยมีท่านอาจารย์ นายแพทย์
 เกษม ตูลวรรธนะ ให้ใช้สถานที่ประชุมปรึกษา
 หารือ จากวันนั้นจึงมีการตั้งชมรมศัลยแพทย์ระบบ
 ปีสลาเว ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2508 โดยมีท่าน
 อาจารย์นายแพทย์สมัย จันทวิมล ได้เป็นประธาน
 ชมรมเลขานุการ คือ อาจารย์นายแพทย์สัมพันธ์
 ดันติวงค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความ
 รู้และปรึกษาหารือกันในศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
 มีการประชุมครั้งแรกในวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2508
 ที่โรงพยาบาลหญิง ดังจดหมายเชิญประชุมของ
 อาจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ ดันติวงค์

I, Honorary Professor Thongchai Bhanalaph,
 graduated from the class of 67, Faculty of Medicine,
 Siriraj Hospital in 1962. After my graduation, I practiced
 as the intern for one year from 1962 to 1963., Later, I
 was the Surgery Resident at Department of Surgery
 for one year (1963-1964) then the Urology Resident
 for two years (1964-1966). After that, I worked as a
 lecturer at Division of Urology since 1964. At that
 time, Professor Sampan Tantiwong was the head
 of Division of Urology and the lecturers included
 Dr. Tu Chaiyawat and Dr.Chote Panichkul. Therefore,
 I had an opportunity to witness the foundation of the
 Urology Society of Thailand (before being changed to the
 “Association”) from the invitation letters for the meeting
 (1965-1966).

I learnt that most doctors graduated from Siriraj
 Hospital before 1961 had worked in the provincial
 hospitals under Ministry of Public Health. Some of
 them had been working for more than ten years on the
 patients suffering from urological diseases. On Saturday
 7 November 1964, there was the meeting among the
 surgeon who working on urology field both in Bangkok
 and rural area. The meeting was held at Priest Hospital,
 Bangkok with the venue permission from Dr.Kasem
 Tulwattana. During the meeting, Urological surgeons from
 Bangkok and other provinces discussed seriously on the
 situation and problems in the practices on patients. The
 conclusion of the meeting pointed out that we had to
 set up the “the Urology Society of Thailand”. In January
 1965, the “Urology Society of Thailand” was established
 with Dr. Samai Chanthawimol as the President and Dr.
 Sampan Tantiwong as the secretary. The objective of the
 “Urology Society of Thailand” was to discuss and sharing
 the new knowledge, technology and experiences. The
 first meeting of the “Urology Society of Thailand” was
 arranged on January 9, 1965 at the Women Hospital,
 the previous name of Rajavithi Hospital.

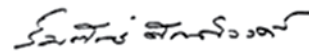
เรียนแพทย์ ที่นับถือ

เนื่องจากได้มีการพบปะหารือกันระหว่างแพทย์ที่ปฏิบัติงานทางยูโรวิทยา ในวันเสาร์ที่ 7 พฤศจิกายน 07 ที่โรงพยาบาลสงฆ์ ได้มีความเห็นร่วมกันว่า บัดนี้แพทย์ซึ่งปฏิบัติงานทางยูโรวิทยามีจำนวนมากพอสมควร ควรมีการสังสรรค์กันบ้าง อาจจะทำให้ทุกคนได้รับประโยชน์บ้างในทางวิชาการ รวมทั้งความสนิทสนมเป็นปีกแผ่นของแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในสาขานี้ ข้อตกลงซึ่งได้ปรึกษาหารือกันมีรายละเอียด ดังนี้ คือ

- วัตถุประสงค์ของการประชุม - แลกเปลี่ยนความรู้ ปรึกษาหารือกันในวิชายูโรวิทยา
- สำหรับการประชุม - ตกลงประชุมกัน 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง และจะทำในวันเสาร์ที่ 2 ของเดือน สำหรับครั้งแรกกำหนด จะทำในวันเสาร์ที่ 9 มกราคม 2508 เวลา 13.30 ถึง 15.30 น. การประชุมทุกครั้งจะใช้เวลาราว 2 ชั่วโมง โดย
- ชั่วโมงแรก รายงานผู้ป่วยครึ่งชั่วโมง วิจารณ์ครึ่งชั่วโมง
 - ชั่วโมงที่สอง ปรึกษาปัญหาเบ็ดเตล็ด ผู้ใดมีปัญหากรุณาเตรียมรายงานย่อและฟิล์มมาด้วย
- จะหมุนเวียนไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงเทพฯ สำหรับครั้งแรกจะเริ่มทำที่โรงพยาบาลหญิง

ผู้รายงานคือ นพ.สุรินทร์ พิชัยสรทัต ที่ประชุมเห็นว่าท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีความสนใจและปฏิบัติงานทางยูโรวิทยาอยู่ จึงขอเชิญร่วมในการประชุมครั้งนี้ด้วย หากท่านทราบว่ามีแพทย์คนอื่นซึ่งอยู่ใกล้เคียงและสนใจหรือปฏิบัติงานในวิชานี้อยู่ ขอความกรุณาช่วยเชิญมาร่วมในการขอความกรุณาช่วยเชิญมาร่วมในการประชุมนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์สัมพันธ์ ตันติวงศ์)

ชมรมคัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ

8 มกราคม 2509

ท่านประธาน, ท่านกรรมการ, ท่านสมาชิก และท่านผู้มีเกียรติที่เคารพ

ชมรมคัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะได้ดำเนินงานมาครบ 1 ปี ผลงานที่ได้ปฏิบัติไปแล้วมีดังนี้ คือ

(1) ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการทั้งหมด 6 ครั้ง คือ -

ครั้งที่ 1	ที่ รพ.หญิง	9 ม.ค. 08	เรื่อง Renal Hypertension	โดย นพ.สุรินทร์ พิชัยครทัต
ครั้งที่ 2	ที่ รพ.ศิริราช	20 มี.ค. 08	เรื่อง Congenital Dilatation of Urethre	โดย นพ.สัมพันธ์ ตันติวงศ์
ครั้งที่ 3	ที่ รพ.จุฬาฯ	15 พ.ค. 08	เรื่อง Renal Hypertension	โดย นพ.สิริ สถาวระ
ครั้งที่ 4	ที่ รพ.กลาง	10 ก.ค. 08	เรื่อง Traumatic Injury of Kidney	โดย นพ.สมพงษ์ บุรุษรัตนพันธุ์
ครั้งที่ 5	ที่ รพ.สงฆ์	11 ก.ย. 08	เรื่อง Urinary Ileostomy	โดย นพ.เกษม ตูลวรรณะ
ครั้งที่ 6	ที่ รพ.พระพุทธบาท	14 พ.ย. 08	เรื่อง Neurogenic Bladder	โดย นพ.ณรงค์ สดุดี

(2) ในปี พ.ศ. 2509 นี้ ทางชมรมได้จัดประชุมครั้งแรก เมื่อ 8 มกราคม 2509 ที่ รพ.วชิระ นพ.ยศพร จิตตะเสนีย์ ส่วนครั้งต่อไปจะได้จัดประชุมตามลำดับดังต่อไปนี้ คือ

12 มีนาคม 2509	ที่ รพ.เลิศลิน	นพ.อำนาจ สุนันท์
14 พฤษภาคม 2509	ที่ รพ.ภูมิพล	นพ.เสรีรัฐศักดิ์ อัครวัฒน์ (ถึงแก่กรรม)
15 กรกฎาคม 2509	ที่ รพ.ชลประทาน ปากเกล้า	
10 กันยายน 2509	ที่ รพ.ราชบุรี	นพ.สมพงษ์ แสงมิตร
12 พฤศจิกายน 2509	ที่ รพ.นครสวรรค์	นพ.โสภณ นาคไพรัช

การประชุมจะเริ่มตั้งแต่ 10.30 น. เป็นต้นไป

อนึ่งคำวันนี้จะจัดให้มีการรับประทานอาหารเย็น โดยทุกคนและครอบครัวเป็นเจ้าของ ร่วมกัน จึงหวังว่าทุกท่านไปร่วมรับประทานอาหารเลี้ยงพร้อมเพรียงกัน

พ.ศ. 2509 เป็นปีที่ 2 ของชมรมฯ ประธานชมรมฯ เปลี่ยนเป็นอาจารย์ นายแพทย์สัมพันธ์ ดันติววงศ์ เลขาธิการ คือ อาจารย์นายแพทย์โชติ พาณิชกุล จากจดหมายเชิญประชุมของท่านอาจารย์นายแพทย์โชติ ในปีแรกมีการประชุม 6 ครั้ง และมีสมาชิก จำนวน 24 ท่าน

ข้าพเจ้าได้ศึกษาจากหนังสือเวชชนิสลิต พ.ศ. 2521 ทราบว่าสมาชิกทั้ง 24 ท่านเป็นแพทย์ปริญญา จบจากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้มีประสบการณ์ทางด้านศัลยกรรมมากกว่า 10 ปี หลายท่าน เพื่อให้สมาชิกของสมาคมฯ ได้รู้จักประธานชมรมคนแรก คือ ท่านอาจารย์นายแพทย์สมัย จันทวิมล เป็นแพทย์ปริญญา รุ่นที่ 10 พ.ศ. 2477 ท่านได้ทำงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาศัลยศาสตร์จนกระทั่ง พ.ศ. 2480 ได้บรรจุเป็นอาจารย์ของสาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ได้ทำงานดูแลผู้ป่วยของ ศาสตราจารย์ ที.พี. โนเบิล และศาสตราจารย์นายแพทย์ประจักษ์ ทองประเสริฐ ท่านได้รายงานผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต พบว่ามีการทำการผ่าตัดเปิดที่ท้องน้อยผู้ป่วยและใช้ผ้ากอซอุดห้ามเลือดก่อน พ.ศ. 2475 จำนวน 46 คน โดยได้ตีพิมพ์ในวารสารวารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (จพลท) พ.ศ. 2479 หน้า: 181-199.

พ.ศ. 2485 ท่านอาจารย์สมัย จันทวิมล ได้รับการแต่งตั้งเป็นหัวหน้าสาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาของภาควิชาศัลยศาสตร์ และได้ลาออกไปทำงานกับบริษัทเอกชน พ.ศ. 2491 ได้มาร่วมประชุมกับชมรม ฯ เป็นประจำ จนกระทั่งมีสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ให้เกียรติแก่ท่านอาจารย์ นายแพทย์สมัย โดยตั้งเป็นปาลูกเกดเกียรติยศ “สมัย จันทวิมล” นับได้ว่าท่านอาจารย์ นายแพทย์สมัย จันทวิมล เป็นปรมาจารย์ทางยูโรวิทยาชมรมฯ มีการประชุมทุกปีเป็นเวลา 24 ปี (12 กรกฎาคม 2531) ได้มีการตั้งสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี ได้เป็นนายกสมาคมฯ คนแรก ได้เจริญก้าวหน้าทางวิชาการใน

In 1966, it was the second year of the “Urology Society of Thailand”. Dr. Sampan Tantiwong became the president and Dr.Chote Panichkul was the secretary of the society. According to the invitation letter for the meeting from Dr.Chote Panichkul, there were 24 society members and 6 meeting was arranged in that year.

As stated by Vejjanisit Book in 1978, all 24 society members were doctors with Bachelor degree graduated from Pattayasart University. Many doctors already had experiences in surgery for more than 10 years. Our first club president, Dr. Samai Chanthawimol was the Bachelor degree doctor graduated in 1934. He was in Urology Residency training programme at Surgery Department for 3 years before being employed to work as lecturer in Urology Division. He worked closely with Professor T P Noble and Professor Prajak Thongprasert in taking care of urological patients. He also reported the series of 46 patients who had been suffered from benign prostatic hyperplasia and were operated by abdominal exploration and stop the bleeding by using gauze packing. This was published in the Journal of the Medical Association of Thailand since 1936.

In 1942, Dr. Samai Chanthawimol was appointed to be the Head of Urology Division under the Department of Surgery in 1948. Later on, he resigned from the university and took a job at the private company but he still attended the meetings with the Urology Society regularly. Therefore, in recognition to the contributions from Dr.Samai, the Thai Urological Association under the Royal Patronage arranged the Honorary Seminar under his name “Samai Chanthawimol”. As a consequence, Dr.Samai could be recognized as a Master Professor in Urology. The annual meetings were organized regularly for 24 years since July 12, 1988.

ประเทศไทยและนานาชาติ ASEAN จะมีอายุครบ 30 ปี ใน พ.ศ. 2561 ข้าพเจ้าขอแสดงความยินดีและหวังว่า สมาคมฯ จะเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นทำให้มวลสมาชิกของ สมาคมได้มาประชุมแสดงความสามัคคีกันตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. หนังสือเวชชนิสนิตของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2521
2. ศัลยศาสตร์ร่าลิก 24, จรัล เกร็นพงษ์ โรงพิมพ์สารศึกษาการพิมพ์ กทม. พ.ศ. 2524 หน้า 12-16
3. หนังสืออนุสรณ์ 58 ปี สาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา นายแพทย์ธงชัย พรรณลาก พิมพ์ที่บริษัทลิฟวิ่งทราสมิเดีย จำกัด พ.ศ. 2543 หน้า 7, 97-99.

After the change from the “Urology Society of Thailand” to the “Thai Urological Association under the Royal Patronage”, Professor Phaitun Gojaseni was the first President of the Thai Urological Association. The Association will celebrate 30th anniversary on July 12, 2018. Over the years, all association members have contributed to the progress in developing knowledge, technologies and public services in Urological Surgery, as recognized not only within the country but also ASEAN and worldwide.

Therefore, I congratulate the Association for the achievements and hope that such good progress in achievements and unity among Association members always remain.

สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะฯ ในความทรงจำ

The Thai Urological Association in my memory

พิชัย บุณยรัตเวช

Pichai Bunyaratavej

Past President of TUA (1991-1993)

Past president of UAA (1993-1996)



ผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับเชิญให้เขียนเรื่องของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ในโอกาสครบรอบ 30 ปีของการก่อตั้งสมาคม ความจริงเมื่อสมาคมก่อตั้งขึ้นโดยแรงผลักดันจากท่านอาจารย์ ไพฑูรย์ คชเสนี ในปี พ.ศ. 2531 นั้น แพทย์ระบบปัสสาวะเราได้รวมกันเป็นปึกแผ่นแล้ว โดยที่มีชมรมฯ ที่ได้ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 และมีจัดประชุมครั้งแรกขึ้นในปี พ.ศ. 2508 ดังนั้น ถึงวันนี้เราน่าจะภูมิใจได้ว่าเราได้ผ่านมา 54 ปีแล้ว

แหล่งเรียนรู้

ความทรงจำของผมเกี่ยวกับสมาคมเป็นความผูกพันที่เริ่มตั้งแต่ผมเริ่มทำงานในปี พ.ศ. 2515 ขณะนั้นในประเทศไทยมีแพทย์ระบบปัสสาวะจำนวนไม่ถึงร้อยคนการทำงานจึงค่อนข้างจะเหงา ปัญหาที่ได้พบในบ้านเราก็คงแตกต่างจากสถาบันที่ผมเคยฝึกงานอยู่ และเวลามีปัญหาเกี่ยวกับคนไข้ก็จะหาผู้ที่จะให้คำปรึกษาได้น้อย ผมจึงมีความยินดีอย่างยิ่งว่า ขณะนั้นชมรมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะได้มีการพบปะเสนอรายงานผู้ป่วยกันเป็นประจำ ผมจึงได้เข้าร่วมในกิจกรรมของชมรมในปีนั้น การที่ได้เข้าประชุม ฟังการเสนอรายงานผู้ป่วย ทำให้ผมได้มีโอกาสเรียนรู้เพิ่มเติมจากอาจารย์ต่างสถาบัน เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาแบบต่าง ๆ และวิธีหลีกเลี่ยงปัญหา ผมมีความประทับใจเป็นอย่างยิ่งกับอาจารย์หลายท่านที่ได้มีเมตตา

It is my great privilege to be asked to write for the Thai Urological Association under the Royal Patronage on its 30th anniversary. As a matter of fact, when the Association was founded in 1988, we, urologists, had already joined together more or less with great solidarity; there had already been a “Urology Society of Thailand” since 1964 with the first meeting in 1965. We should be proud that the history of our Association dated back to 54 years earlier. My memory of the Association arises from my involvement with the club when I first started my appointment as a urologist here in 1972. At the time there were less than a hundred urologists in Thailand. It was sometimes rather lonely, so to speak. The problems I encountered here were quite different from those at the institute where I was trained. When there were problems it was hard to find someone to discuss the problems with. I was therefore very glad to learn that there had been a Urology Society holding a meeting regularly to discuss urological cases. I attended the Urology Society’s activities in that year and had the opportunity to share and

และพูดให้กำลังใจเมื่อเราได้รายงานผู้ป่วยที่เราทำพลาดไป ในที่ประชุมจะไม่มี การซ้ำเติม ข้อสังเกตของผมข้อนี้ไม่ใช่มีแต่ผมคนเดียวที่รู้สึกอย่างนี้ ผมเคยได้ยินท่านอาจารย์สมพงษ์ แสงมิตร ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้ก่อตั้งชมรม พูดในทำนองนี้เช่นกัน

วัตถุประสงค์เริ่มต้นที่เป็นเรื่องทางวิชาการ ก็เปลี่ยนเป็นการพบปะกันในเรื่องอื่น ๆ เช่น เปลี่ยนสถานที่ประชุมหมุนเวียนไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งก็มักเป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ทำให้เราได้มีโอกาสสังสรรค์กันคุยกันในเรื่องอื่น บางทีเราก็มีการรับประทานอาหารร่วมกัน บางทีเราก็มีแขกจากต่างประเทศ มาบรรยายให้ฟัง

ประมาณปี พ.ศ. 2521 เราเริ่มมีการฝึกอบรม ซึ่งก็เกิดจากความคิดริเริ่มของสมาชิกชมรม และแรงผลักดันของแพทยสภา เราประชุมกันหลายครั้ง ที่โรงพยาบาลบ้าง ที่ร้านอาหารบ้าง ในที่สุดก็ได้หลักสูตรฝึกอบรม 3 ปีขึ้นมา แล้วเราก็เริ่มทำการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และทำให้เรามีแพทย์ระบบปัสสาวะเพิ่มขึ้น

แหล่งพบปะสังสรรค์

เมื่อมีสมาชิกมากขึ้นเราก็เริ่มจัดประชุมต่างจังหวัด และสมาชิกก็พาครอบครัวไปพักผ่อนด้วย ต่อมาการประชุมเช่นนี้ก็เป็นที่กิจกรรมที่มีขึ้นทุกปี ครั้งละ 2-3 วัน กิจกรรมที่ทำในการประชุม นอกจากจะมีเรื่องวิชาการแล้ว เราก็มีการสังสรรค์ เล่นเกมด้วยกัน มี Banquet หรือ Gala Dinner นอกจากนั้น บรรดานักกอล์ฟก็จะหาโอกาสไปออกรอบ ทำให้เราได้นักกีฬาฝีมือขึ้นเป็นอันมาก แต่ระยะหลังสำหรับบางคน จะใช้เวลาที่สนามกอล์ฟมากกว่าในห้องประชุม เป็นการผิดวัตถุประสงค์หลักของการจัดประชุม จึงต้องตั้งกติกาว่าการออกรอบจะต้องมีก่อนหรือหลังการประชุม นอกจากนั้น ในการจัดประชุมอย่างนี้ทุกครั้งที่ต้องมีบริษัทฯ และ

learn from many seniors from different institutions. I learned different ways of solving and avoiding problems. I was so impressed by the kindness of the seniors who would always give encouraging remarks rather than cut-throat discussions. This observation is noticed not solely by me, but Dr. Sompong Sangmit, one of the founder members, shared with me this same opinion. The Urology Society's initial objective was purely academic. But this soon changed to other general discussions. We changed our meeting venue from one hospital to another, mainly hospitals in Bangkok. Sometimes we discussed over lunch and we had the opportunity to socialize. On rare occasions we had visitors from overseas giving an informal lecture. About in the year 1978 we started our urological training. This was the initiative of some Club members and the strong impetus from the Medical Council. The training committee met several times at a hospital or at a restaurant to draft the programme and we finally ended up with a 3-year training. The training started and soon we succeeded in increasing the number of trained urologists.

Our Meeting and Socializing Place

When the Urology Society of Thailand had more members we began to hold our meetings in the country. Our members brought with them their family to relax and we had a joyful family day. Later there was a meeting once every year, each lasting 2-3 days. Not only did we have successful urological meetings, but we also socialized, played games and had a Banquet or a Gala dinner. Many golfers enjoyed a round of golf. Many skillful golfers emerged. However some were so enthusiastic that they spent more time at the golf course rather than at the meeting. Thus the main objective of the meeting became distorted. We had to make a rule that golf could only be played before or after the academic activities. Many pharmaceutical and surgical equipment companies

บริษัทเครื่องมือนำเอาผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ มาแสดงให้เราดู นับเป็นการใช้เวลาเป็นอันมาก บางครั้งบริษัทเหล่านี้ก็ใจป้ำโดยสนับสนุนการเชิญวิทยากรจากต่างประเทศมาบรรยายให้เราฟัง แต่บางทีก็มีการแจกรางวัลในการเล่น เกม และบางทีเราก็ต้องปราชัยบริษัทเหล่านี้ไม่ให้จัดนำ เทียวในช่วงโมงของการประชุม

เวลาที่จัดประชุมที่ต่างจังหวัดเช่นนี้ จะเกิดภาวะ แพทย์ระบบปัสสาวะขาดแคลนอย่างเฉียบพลันในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เกิดปวดนี้ขึ้นมาจึงมักจะต้องพึ่งยาแก้ปวดไปก่อนซึ่งก็เป็นข้อดีในบางครั้ง กว่าหมอจะกลับไปทำงานต่อนี้ก็หลุดพอดี รอดจากการผ่าตัดไปได้

แล้วเราก็เป็นสมาคม

ด้วยแรงผลักดันจากท่านอาจารย์ไพฑูรย์ คชเสนี ในปี พ.ศ. 2531 เราก็จดทะเบียนขึ้นเป็นสมาคม และมีอาจารย์ไพฑูรย์เป็นนายกสมาคมเป็นคนแรก การทำงานของเราทำให้การดำเนินงานของเรามีรูปแบบและวัตถุประสงค์ชัดเจนขึ้น มีกติกาการเลือกคนเข้ามาทำงาน ให้สมาคม และมีวารสารยูโรเป็นของเราเอง

ก้าวสู่สากล

ในขณะที่เป็นชมรมฯ นั้น การติดต่อสัมพันธ์กับต่างประเทศเป็นเพียงเรื่องของบุคคลเท่านั้น กล่าวคือ อาจารย์ของเราบางท่านมีเพื่อนฝูงที่เป็นศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะที่มีชื่อเสียงอยู่ต่างประเทศ เมื่อเขาผ่านมาทางประเทศไทยก็ติดต่อมา และเราก็ได้มีโอกาสฟังท่านเหล่านั้นบรรยายให้ฟัง บางครั้งก็แสดงการผ่าตัดแปลก ๆ ให้เราได้ดู นอกจากนั้นสมาชิกของเราที่ไปประชุมต่างประเทศ ได้มีโอกาสพบกับศิษย์แพทย์ที่มาประชุมด้วยกัน ทำให้เขาอยากมาเยี่ยมโรงพยาบาลของเรา ดูการทำงานของเรา แต่ชื่อของชมรมฯ หรือสมาคมนั้นยังไม่เป็นที่รู้จักในต่างประเทศ และเราก็ไม่เคยทราบว่ามีบรรดาประเทศเพื่อนบ้านของเรานั้นเขาทำอะไรกันบ้าง เขามีแพทย์ระบบปัสสาวะมากน้อยเพียงไร การรักษาของเขาดีกว่าของเรา หรือของเราดีกว่าของเขา

ในครั้งนั้นสมาคมที่เป็นระดับนานาชาติยังไม่มีที่แห่ง ยกเว้น AUA สมาคมในยุโรปถึงแม้จะมีแล้วแต่

joined the meeting to introduce their products which helped to save time. Some companies were generous and sponsored prominent guest speakers from abroad. Some arranged games for members to play and to win a prize. We had, however, to discourage some companies from organizing a post-congress tour during the meeting!! Usually when the meeting was held in the country there would be an acute shortage of urologists in many places. Patients with stone colic would be treated conservatively with pain killer first. Some of them were lucky enough to pass the stone before the meeting was over and avoided surgery.

Our Association was Born

Through the driving force of Professor Phaitun Gojaseni, the process of registration of our Association was completed in 1998. Professor Phaitun became our first President. Our activities became more formal and our Association had clearer objectives. We have rules and regulations in selecting committee members. We also have our own journal.

International Involvement

International relationship at the time we were a Urology Society was through a personal relationship. Some of our members were friends with prominent surgeons abroad who came passing by. They were then asked to give a lecture or to do live surgery. These were great occasions for the Urology Society's members to discuss and learn new techniques. Our members did attend conferences abroad and got to know colleagues from overseas who were keen to visit our hospitals. However we were

เราก็ไม่เคยได้ยินชื่อ ต่อมามีการจัดตั้งสมาคม Asian Surgical Association ขึ้น ซึ่งเป็นสมาคมทางศัลยศาสตร์ทั่วไปรวมทุกสาขา สมาชิกประกอบขึ้นด้วยประเทศในเอเชีย และมีการจัดประชุม Asian Congress of Surgery ขึ้น ซึ่งกลุ่มศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะหลายประเทศก็ส่งเรื่องเข้ามานำเสนอในที่ประชุมด้วย ต่อมาเราเป็นเจ้าภาพจัดประชุม Asian Congress of Surgery ขึ้นที่ Bangkok Convention Centre การประชุมครั้งนั้นหลายประเทศได้นำเสนอเรื่องการทำให้ PCNL ซึ่งเรายังไม่ได้เริ่มหรืออยู่ในระยะเริ่มต้นเท่านั้น ทำให้เรารู้สึกว่าในระดับนานาชาติเราจะต้องดีกว่าเพื่อนบ้านเราเสียแล้ว เรามีความรู้สึก 2 อย่าง คือ หนึ่ง เรารู้สึกว่าเราจะต้องรีบปรับปรุงฝีมือของเราให้ทัดเทียมกับความก้าวหน้าในวิทยาการ และสอง เราน่าจะต้องร่วมกับเพื่อนบ้านของเราจัดตั้งสมาคมทางระบบปัสสาวะขึ้นเป็นของเอเชีย

ความปรารถนาของเราตรงกับของเพื่อนบ้านชาวเอเชียของเรา และในปี พ.ศ. 2533 มีสมาชิกของเราหลายคนไปเข้าร่วมประชุมประจำปีของสมาคมระบบปัสสาวะของญี่ปุ่น ที่เมือง Fukuoka ในคราวนี้มีแพทย์อีกรวม 11 ประเทศเข้าร่วมประชุมด้วย ซึ่งต่อมากการประชุมครั้งนั้นก็กลายเป็น Asian Congress of Urology ครั้งที่ 1 ผู้แทนจากประเทศไทยมีศาสตราจารย์วีระสิงห์ เมืองมั่น และศาสตราจารย์อภิชาติ กงกะนันท์ ที่สำคัญคือ ศาสตราจารย์อภิชาติใช้ความสามารถเฉพาะตัวกับความสามารถในการเจรจาเป็นภาษาญี่ปุ่นได้อย่างแคล่วคล่อง ไปดีใจเอาการจัดการประชุมครั้งที่ 2 มาที่กรุงเทพฯ ได้สำเร็จ ขณะนั้นสมาคมของเราเพิ่งก่อตั้งขึ้นใหม่ ๆ แต่ด้วยความต้องการที่จะให้สมาคมของเราเป็นที่รู้จักกันในต่างประเทศ พวกเราจึงร่วมแรงร่วมใจกันจัดการประชุมครั้งนั้นขึ้นที่โรงแรมแชงกรีล่าได้สำเร็จ ศาสตราจารย์อภิชาติ ในฐานะ Secretary General ของการจัดประชุมครั้งนั้น และอาจารย์วิโรจน์ ชดช้อย ซึ่งเป็น Scientific Chairman น่าจะเห็นดีเห็นงามที่สุด ตั้งแต่หาสถานที่จัดประชุม หารัฐมนตรีมาเปิดงานหาทุน เอาตัวเข้าแลกโดยตกเป็นลูกหนี้ของธนาคาร (เพราะธนาคารจะยอมให้สมาคมกู้ต่อเมื่อกรรมการสมาคมยอมเป็นผู้ค้ำประกัน) หา sponsor ติดต่อกับ

less known abroad and we had no contact with our neighbouring urologists. We knew nothing about urological problems in their countries, and hardly did we know the number of urologists in their country or their standard of care.

In fact there were very few international associations at the time. We knew the AUA, but we hardly ever heard of an European Associations like the SIU or the EAU. However there existed an Asian Surgical Association which consists of many surgical specialties in Asia. The association held Asian Congress of Surgery during which urologists from various Asian countries presented many good papers. When Thailand hosted the Asian Congress of Surgery at the Bangkok Convention Centre around 1990, there were many good papers on PCNL from around Asia. We were at a stage of introducing the technique in our hospitals and we felt that we were a little behind our neighbours. After the congress we made our determination to catch up with our neighbours. Attending an international meeting like this made it possible for us to know where we stood. Together with our overseas friends we decided to set up our own regional association in urology. In 1990 our members were invited to attend the annual meeting of Japanese Urological Association in Fukuoka. There were representatives from 11 countries attending the meeting which was later named the 1st Asian Congress of Urology. Representatives from Thailand included Professor Verasing Muangman and Professor Apichat Kongkanand who successfully bid to host the 2nd ACU in Bangkok. Our Association was only a few years old when we made the commitment to host the Congress but we

วิทยาการระดับโลก โฆษณาให้ชาวบ้านในต่างประเทศทราบว่า เราจะจัดประชุม และชวนให้เขามาร่วมประชุมด้วย งานธุรการ ส่วนใหญ่เราจ้าง Professional Congress Organizer ซึ่งมี คุณโจน สารลีน เป็นแม่งานใหญ่ ซึ่งต่อมาเธอยังได้ร่วมงาน กับเราอีกหลายครั้ง รวมทั้งเดินทางไปกับกรรมการของเราไป เปิดตัวการจัดประชุมครั้งต่อ ๆ ไปอีกด้วย ในการจัดประชุม ครั้งนั้นมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 400 คน และผมได้ทำหน้าที่ President of Urological Association of Asia หลังจาก การประชุมครั้งนั้นอยู่ 3 ปี นอกจากจะทำให้สมาชิกของเรา ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนทางวิชาการกับเพื่อนร่วมอาชีพในต่าง ประเทศ และวิทยาการจากต่างประเทศระดับแนวหน้า และ ทำให้เราได้มีโอกาสสร้างสายสัมพันธ์กับหลายประเทศ ทั้งใกล้ และไกล ครั้งหนึ่ง Professor Etienne Mazeman ซึ่งเป็น President ของ SIU (Société Internationale d'Urologie) ผ่านมาและติดต่อขอพบกับตัวแทนของสมาคม เพื่อชักชวนให้ เราส่งตัวแทนเข้าเป็นสมาชิกของสมาคม SIU ซึ่งเราได้เป็น สมาชิกโดยสมาคม และโดยตัวบุคคลในปี พ.ศ. 2537 และ อาศัยสายสัมพันธ์อันนี้ทำให้เราได้รู้จักกับ Professor Michael Marberger ซึ่งต่อมาได้เป็นแขกรับเชิญประจำของสมาคม และ ได้ช่วยเหลือสมาคมอีกเป็นอันมาก จนสมาคมของเราได้มอบ สมาชิกกิตติมศักดิ์ให้ นอกจากนั้นเราได้รู้จักกับ European Association of Urology หรือ EAU

สมาคมของเราได้เข้าประชุมร่วมกับ SIU ในการวางแผน ยุทธศาสตร์ในการฝึกอบรมและกระจายแพทย์ทาระบบปัสสาวะ ในภูมิภาคต่าง ๆ เราได้เป็นสื่อกลางรวบรวมเรื่องเกี่ยวกับการ ฝึกอบรมในประเทศใกล้เคียงในเอเชีย เราได้เห็นวิธีการฝึกอบรม ในประเทศอื่น และประโยชน์ของการที่ได้เห็นรูปแบบของการ ฝึกอบรมในประเทศอื่นได้นำไปสู่การปรับปรุงโปรแกรมการฝึ กอบรมของเรา และเพิ่มระยะเวลาเป็น 4 ปีในปัจจุบัน

ไม่ใช่แต่ทางยุโรปเท่านั้น สำหรับเพื่อนของเราทาง ญี่ปุ่นเราก็ได้สร้างสายสัมพันธ์ไว้กับหลายสถาบัน ส่วนเพื่อน ร่วมอาชีพของเราในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เราก็ได้มีการติดต่อกับประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย เขมร เวียดนาม พม่า บรูไน จีน ไต้หวัน ฮองกง เกาหลี อินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ เป็นต้น ส่วนออสเตรเลีย นั้นได้เข้าร่วมประชุมกับเราเมื่อเราจัด 2nd Asian Congress of Urology แต่สมาชิกหลายประเทศยังเห็น ว่าออสเตรเลียไม่ได้อยู่ในเอเชีย จึงยังไม่รับเข้าเป็นสมาชิก และ

were determined to make our Association known internationally, so our committee members worked very hard to make our dream come true. The Congress took place at the Shangri-La Hotel in Bangkok in 1993 and went on to a great success. Professor Apichat who was the Secretary General of the Congress and Dr. Viroj Chodchoy who was the Scientific Chairman worked very hard. We employed a Professional Congress Organizer with Ms. Joan Sarasin to take care of much of the business and secretarial works. She later was also very helpful in the organization of subsequent congresses and often accompanied our committee members who went to bid for the meetings or to make roadshows abroad. The Congress was attended by more than 400 participants from near and far. The charter and by-laws were finalized and I became the President of the Urological Association of Asia for 3 years. The Congress enabled us to share urological experiences with other members from abroad, with prominent urologists in Europe and the United States. More importantly we established connections with other Associations such as the SIU and the EAU and other national associations as well as Australia and the United States.

Our committee members were subsequently invited by the SIU to participate in strategic planning in training and dispersing of urologists in different countries. We collected data from many countries regarding their training programme. We looked at trainings in different countries; some were strong but some were at an early

ยังไม่ยอมให้เป็นเจ้าภาพจัดประชุม Asian Congress of Urology ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาในสายสัมพันธ์เกิดในระดับบุคคล เป็นส่วนใหญ่ เมื่อสมาชิกของเราเข้าร่วมประชุมนานาชาติ และ นำผลงานของท่านไปเสนอ ทำให้ได้รู้จักเป็นเพื่อนกับวิทยากร ผู้มีชื่อเสียงหลายคน และได้ชักชวนให้เป็นแขกของสมาคมของเราหลายท่าน

มีความพยายามที่จัดตั้งสมาคมในระดับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขึ้นหลังจากที่เราจัด Asian Congress of Urology ครั้งที่สองในปี พ.ศ.2536 สมาคมที่ว่านี้เรียกว่า Federation of Asean Urological Associations หรือ FAUA ตั้งขึ้นในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2536 ซึ่งเราก็ได้เข้าไปเป็นสมาชิก และได้จัดประชุมครั้งที่ 5 ขึ้นที่เชียงใหม่ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 ต่อมาเมื่อ Urological Association of Asia เติบโตใหญ่ขึ้นและมีการจัดประชุมถี่ขึ้นจากเดิมจัดประชุมทุก 3 ปี จนในปัจจุบันจัดขึ้นทุกปี FAUA ก็ดูจะเล็กลงหายไป

นอกจากการจัดการประชุม Asian Congress of Urology แล้ว สมาคมฯ ยังได้มีโอกาสเป็นเจ้าภาพจัด Endourology Workshop ขึ้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในนามของ Asian School of Urology ซึ่งเป็น Educational Body ของ Urological Association of Asia ด้วย นอกจากการประชุมที่กล่าวแล้ว สมาคมฯ ได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมระดับสากลขึ้นอีกหลายครั้ง เช่น 19th World Congress of Endourology, 2nd Asia-Pacific Society on Impotence Research, Ageing Male Meeting ทั้งนี้โดยอาศัยความเชี่ยวชาญในการเสนอตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมของหลายท่าน เช่น อาจารย์ยอภิชาติ และโดยแรงกายแรงใจของกรรมการสมาคมฯ อีกหลายท่าน ทำให้เราได้ก้าวสู่สากล

มองไปข้างหน้าสู่ Urology 4.0

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ยุค 4.0 และหนึ่งในสิ่งที่จะต้องทำในยุค 4.0 คือการพัฒนาการศึกษา สมาคมฯ ของเรามีบทบาทสำคัญในการให้การศึกษา โดยเฉพาะให้การศึกษาแก่สมาชิก และอาจรวมไปถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนด้วย การพัฒนาการศึกษาในยุค 4.0 หมายถึงการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งคงไม่พ้นการใช้เทคโนโลยีในแบบดิจิทัล

ผมเห็นสมาคมฯ จัดประชุมประจำปี โปรแกรมทางวิชาการมีความเข้มข้นมาก เป็นประโยชน์แก่สมาชิกที่เข้าประชุม อย่างไรก็ตามมีสมาชิกอีกไม่น้อยที่ไม่สามารถเดินทางมาประชุม

stage. We compared our training with other countries with high standard. This led to a change in the number of our training years from 3 to 4 in the year 2000. In Asia we established connections with China, Japan, Korea, Taiwan, India, Pakistan, Bangladesh, Hong Kong, Singapore, Malaysia, Laos, Vietnam, Cambodia, and Myanmar. The list grows longer each time An Asian Congress in Urology is held. There was an earlier attempt to form a smaller regional association called Federation of Asean Urological Association. We hosted an FAUA meeting in Chiang Mai in 1997. Although the Federation did not grow much bigger in the years to come but it succeeded in bringing regional urologists together. Apart from the Asian Congress of Urology, we hosted an Endourology Workshop in Bangkok for the Asian School of Urology, which is the educational body of the Urological Association of Asia. We are glad our Association has been recognized widely. Later we hosted many other congresses such as the 19th World Congress of Endourology, 2nd Asian-Pacific Society on Impotence Research, another Ageing Male meeting.

Urology 4.0

Thailand is moving towards 4.0 economy and amongst the many things that need to be done is education development. Our Association has a strong commitment in providing education to our members and to the public. Education development in this 4.0 era means utilizing

ได้ ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้โดยจัดการบันทึกการบรรยาย หรือ symposium และ upload ขึ้นในเวปไซต์ของสมาคมฯ เปิดโอกาสให้เรียกมาดูได้ on demand ผมเคยเข้าไปดูในเวปไซต์ของ SIU ซึ่งจะมีทั้งภาพสไลด์ และผู้บรรยายทำให้ผู้เข้าไปเปิดดูมีความรู้สึกเหมือนได้เข้าประชุมจริง ๆ สมาชิกอาจจะบอกว่าเราทำกันมานานแล้ว บันทึกเทปไว้ ถ้า upload ขึ้น youtube ก็เรียกดูได้เมื่อต้องการ แต่จริงอยู่เราทำกันมานาน แต่ไม่มีคนเปิดดูสักเท่าไร และเทคโนโลยีแบบบันทึกเป็นวิดีโอก็คงจะเหมือนกัน ยุค 2.0 หรือ 3.0 เทคโนโลยีในปัจจุบันไม่ใช้การบันทึกเป็นวิดีโอแล้ว แต่จะเหมือนนำ slide presentation มาประกอบการพูดบรรยาย ทำให้ผู้เข้าชมสามารถหยุดสไลด์ กลับไปกลับมาได้ตามต้องการ ไม่แต่เท่านั้น สมาคมฯ อาจจัดการประชุมพิเศษ มีวิทยากรอยู่คนละเมือง คนหนึ่งอยู่สงขลา อีกคนอยู่ที่เชียงใหม่ หรือ ขอนแก่น อีกคนอยู่ที่กรุงเทพฯ และมีผู้ดำเนินการประชุมอยู่ที่สมาคม เมื่อเชื่อมโยงวิทยากรเข้าด้วยกันแล้ว ก็สามารถทำ webcast ให้สมาชิกได้ชมในแบบ interactive สมาชิกสามารถส่งคำถามมาที่ผู้ดำเนินการประชุม ทั้งนี้สมาชิกไม่ต้องเดินทางมาเอง แต่อาจจะอยู่ในโรงพยาบาลที่ตัวเองทำงานอยู่ในต่างจังหวัด หรือแม้อยู่ที่บ้านก็ได้ สมาชิกไม่ต้องเสียค่าเดินทาง ค่าที่พัก สมาคมในต่างประเทศได้จัดการประชุมแบบดิจิทัลออนไลน์แล้วหลายครั้งแล้ว ตัวอย่างเช่น SIU Academy ซึ่งเป็นหน่วยงานของ SIU ได้เปิดเวปไซต์ที่เป็น e-learning (https://academy.siu-urology.org/siu/#!*menu=16*browseby=9*sortby=1*trend=1042) มีกิจกรรมทางวิชาการอย่างเข้มข้น เช่น มีการประชุมทางวิชาการ การทำ live surgery ทั้งนี้สามารถทำได้ทั้งระบบ real time คือผู้เข้าไปดูหรือร่วมประชุมจะต้องสมัครสมาชิกโดยไม่เสียเงิน และติดตามการประชุมในแบบที่สามารถโต้ตอบ ถามคำถาม ออกความเห็นได้เหมือนเข้าร่วมประชุมจริง ๆ ตัววิทยากร หรือผู้ดำเนินการประชุมจะอยู่ในห้องส่งที่ไหนสักแห่งหนึ่ง ในขณะที่วิทยากรซึ่งแสดงการผ่าตัดอยู่อีกประเทศหนึ่ง หรือมีวิทยากรหลายคนในหลายประเทศก็ได้ สมาชิกจะอยู่ทั่วโลก สมาคมยุโรปของอเมริกา (American Urological Association) ก็เปิดเวปไซต์ AUA University (<https://university.auanet.org/index.cfm>) มีการเก็บการบรรยายทางวิชาการในแบบ podcast ให้สมาชิกได้เข้ามาเลือกฟังหัวข้อที่ตนสนใจ หรือมีการเลือกดูวิดีโอในแบบ webinar นอกจากนั้นยังแจ้งให้สมาชิกทราบถึงกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในเวลาข้างหน้า

proper digital technology. We already hold annual meetings which are of high standard and quite intensive. However a number of our members found it difficult to join the meeting. But if the lectures and symposium can be recorded and uploaded to the Association's website and made available to our members on demand, these members could enjoy the meeting very much like being there. These should be made in the form of interactive slide presentation and not in the form of linear content video clip available on youtube. The SIU website is providing such content in clear format as if the members are attending the meeting themselves. Examples of these successful format of the webcast can be seen at SIU Academy website (https://academy.siu-urology.org/siu/#!*menu=16*browseby=9*sortby=1*trend=1042) and the AUA website at AUA University (<https://university.auanet.org/index.cfm>). We can start small by organizing an interhospital conference with participating hospitals in Bangkok and up country. To succeed we need to hire some professional team. Many of our members are keen on IT technology and they could well co-ordinate with the professional team to make this possible. Moreover, our Association could organize live surgery or panel discussion in different parts of the country simultaneously with the moderator somewhere. This could then be made available at a specific time by webcast. Members could ask questions

การจัดประชุมวิชาการย่อย รวมทั้ง interhospital conference เราน่าจะเริ่มใช้เทคนิคการสื่อสารแบบดิจิทัลได้ เพื่อสมาชิกจะได้ไม่ต้องเดินทางมาประชุม จะทำให้สมาชิกของเราซึ่งมีอยู่ทั่วประเทศได้แลกเปลี่ยนความรู้กันได้กว้างขวางมากขึ้น ทั้งนี้สมาคมฯ จะต้องเป็นคนกลางจัดให้มีการประชุมในลักษณะนี้ขึ้น ด้วยเทคโนโลยีนี้จะมีความเป็นไปได้อีกมากมายในการกระจายความรู้ให้สมาชิก เราอาจจะจัดการประชุมระดับ regional กับเพื่อนบ้านของเรา สามารถทำ live surgery โดยไม่ต้องเดินทางไป ทั้งนี้เราต้องมีผู้เชี่ยวชาญด้าน IT และมีผู้ประสานงานที่เข้มแข็ง ผมเชื่อว่าสมาชิกของเรามีหลายคนที่เกี่ยวข้องทางด้าน IT น่าจะช่วยกันทำให้เกิดขึ้นได้ในระดับเล็ก ๆ แคบ ๆ ก่อน เรียนรู้ปัญหา แล้วค่อยขยายงานออกไปทั้งประเทศ และระดับ regional

ก้าวไปข้างหน้า

สมาคมฯ ได้ก่อร่างสร้างตัวขึ้นมาจนบัดนี้มีเงินมากมายหลายสิบล้าน ซึ่งต้องยกเครดิตให้สมาชิกที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมของสมาคมฯ บรรดาบริษัทต่าง ๆ ที่ได้เข้ามาเป็น partner ของเรา และที่สำคัญคือ กรรมการของสมาคมฯ ที่ได้ทำหน้าที่อย่างเข้มแข็ง การมีเงินมากทำให้สมาคมฯ มีฐานะการเงินที่เข้มแข็ง แต่เป็นโจทย์ที่กรรมการบริหารของสมาคมฯ ต้องนำมาขบคิดว่าจะนำเงินไปทำอะไร การจะตอบโจทย์ข้อนี้ได้เราจะต้องตอบคำถามให้ได้ก่อนว่าสมาคมฯ ของเรามีพันธกิจอะไร งานของเราสอดคล้องกับพันธกิจมากน้อยเพียงไร ถ้าเรายังไม่มีพันธกิจเขียนไว้ชัดเจนเราควรจะปรับปรุงใหม่ หรือจะเพิ่มเติมก็ได้ จากนั้นในแต่ละปีสมาคมฯ ก็จะได้กำหนดงานที่จะทำและเป้าหมายของงานนั้น

ปัจจุบันสมาคมฯ ไม่ได้มีหน้าที่หลักในการจัดประชุมเท่านั้น งานอื่นเช่น การวิจัย งานให้ความรู้กับประชาชน เป็นต้น ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเท่าการจัดประชุม งานด้านกำหนด guidelines ก็น่าจะมีการส่งเสริม และเผยแพร่ออกไปให้กว้างขวาง และอาจจะรวมถึงการให้คำแนะนำแก่สมาชิกเมื่อมีเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการวินิจฉัยหรือในการรักษา สมาคมฯ ควรจะเป็นผู้นำ

สรุป

สมาคมฯ ของเราได้ก้าวมาไกล ปัจจุบันสมาคมและสมาชิกของเราเป็นที่รู้จักและยอมรับกันเป็นอย่างดีในระดับนานาชาติ แต่ถ้าสมาคมฯ จะก้าวต่อไปข้างหน้า ต้องไม่ย่ออยู่กับที่ การจะทราบว่า จะเดินทางไปทางทิศไหน ขึ้นอยู่กับการจัดงบประมาณ สมาคมฯ สามารถ

or making comments verbally or send in questions by email. In this way our members do not need to travel and traveling expenses and accommodation cost can be saved.

Moving forward

Over the years we have accumulated a lot of wealth. Thanks to our past executive committee, our members, and our partners in the industry. But a lot of money in our coffer is useless if we do not spend it wisely. The Association committee have the task of deciding how to make the best use of it. Organizing meetings should no longer be our Association sole objective. Of course our Association is doing more than that, it also arranges meetings in the country, giving out scholarship to members, funding members to attend conferences overseas, bidding to host a conference in Thailand, publishing “Thai Journal of Urology” and many more. After a while, these tasks become routine work and we remain in the same place we were years ago. To move forward into new areas perhaps with a view to become a forefront Association we need to revise our missions and review our works and strategic plans regularly. It is therefore important that we allocate our budget to suit our missions.

เปิดพื้นที่ใหม่ ๆ ในการพัฒนาได้ เช่น การใช้ IT ในการให้ความรู้กับสมาชิกในแบบที่สมาคมในต่างประเทศกำลังทำกันอยู่นอกจากนั้น สมาคมจะต้องเป็นผู้ติดตามกระแส (trend) กลั่นกรองเทคโนโลยีใหม่ ๆ วิธีการวินิจฉัย หรือวิธีการรักษาใหม่ ๆ และสมาคมควรจะทำหน้าที่ชี้แนะว่าอย่างไรน่าจะเหมาะสมกับบ้านเรา ภารกิจอีกอย่างซึ่งจะลืมเสียไม่ได้ คือ ภารกิจในด้านวิจัย และการให้ความรู้กับประชาชน ทั้งหมดนี้ คงไม่สามารถจะทำให้บรรลุผลได้ภายในเวลา 2-3 ปี สมาคมฯ ต้องใช้ความพยายาม แรงกาย และแรงใจเป็นอันมาก รวมกับความมุ่งมั่นที่จะทำให้สมาคมฯ ของเราอยู่ในขั้นแนวหน้าในระดับสากล

Conclusion

Our Association has moved a long way, we are well recognized internationally. But if the Association is to move forward we should not remain stationary. There are new areas to explore, new ways to educate our members. If we look at the way we allocate our annual budget, we should be able to see if we are moving forward, and in which direction, or are we remaining stationary.

วิระสิงห์ เมืองมัน

Verasing Muangman

Past President of TUA (1997-1999)



ในช่วงที่ผู้เขียนกำลังฝึกอบรมด้านศัลยศาสตร์ระบบประสาทที่โรงพยาบาล ทิมหาวิทยาลัยวิสคอนซิน เมืองมะดิสัน สหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2510 ได้มีโอกาสเข้าพบกับ ศาสตราจารย์นายแพทย์รจิต บุรี อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี ในขณะที่ท่านและคณะเดินทางไปสหรัฐอเมริกา เพื่อชักชวนคนไทยกลับมาทำงานที่คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ซึ่งจะเปิดทำการในเร็ววัน ทั้งนี้ โดยคำแนะนำของศาสตราจารย์ ดร.พรชัย มาตังคสมบัติ ซึ่งท่านกำลังศึกษาแพทย์อยู่ที่วิสคอนซิน จากการสนทนากับอาจารย์รจิต ทำให้เกิดความหวังในการสมัครเข้ามาทำงานในเมืองไทย ด้วยสาขาวิชาที่ผู้เขียนกำลังศึกษาอยู่ในขณะนั้น เป็นที่ต้องการของโรงเรียนแพทย์เปิดใหม่อย่างรามาริบัติ ดังนั้น หลังจากโรงพยาบาลรามาริบัติเปิดได้ไม่นาน ในปี พ.ศ. 2513 ผู้เขียนก็ได้เข้ามาทำงานสมดังที่ตั้งใจไว้ โดยการรับของศาสตราจารย์นายแพทย์เปรม บุรี อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ ผู้เขียนได้รับราชการมาโดยตลอด จนกระทั่งเกษียณอายุราชการในปี

During the time when the author was in training in urology at University of Wisconsin, Madison, USA, in 1966, the author got the chance to meet Professor Rajit Buri, former dean of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Professor Rajit and his team travelled to the US to persuade the Thai physicians to return home and work at the newly-built Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, which was about to open soon. The author got the advice from Professor Pornchai Matangkasombat, who was also studying at Wisconsin, and had a conversation with Professor Rajit. They inspired the author to apply for the job in Thailand, because the author's field of study

พ.ศ. 2542 ในตำแหน่ง ศาสตราจารย์
ศัลยศาสตร์ และอดีตหัวหน้าภาควิชา
ศัลยศาสตร์

บรรยายภาคการทำงานที่โรงพยาบาลรามธิบดีดีมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน การสอน การบริหารงาน การทำงานกับบุคคลภายในคณะ และกับบุคคลภายนอก งานช่วยเหลือสังคม เช่น เผยแพร่งานวิชาการและบริการ ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ รวมทั้งงาน วิชาการและบริการเพื่อวิชาชีพ คือ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ตลอดเวลาที่ผ่านไปรู้สึกว่ามีความสุขกับงาน ทำงานด้วยความสบายใจ และพึงพอใจ มาตลอด เมื่อเกษียณราชการในปี พ.ศ. 2542 ยังรู้สึกว่าร่าเริง ถึงกระนั้นก็ยังมิ ีโอกาสได้ทำงานที่ต่อเนื่อง แม้จะลดลง ไปมากตามเวลาและโอกาส เนื่องจาก ไปทำงานที่โรงพยาบาลเอกชนและงาน ของครอบครัว คือ รีสอร์ทที่ต่างจังหวัด

ในปี พ.ศ. 2508 ชมรมศัลยศาสตร์ ระบบปัสสาวะได้ก่อตั้งขึ้น โดย ศาสตราจารย์จากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศิษย์เก่า อาทิเช่น นายแพทย์สมัย จันทวิมล ศาสตราจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ ดันติวงศ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์ โชติ พานิชกุล รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ตุ๋ ชัยวัฒน์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สิริ สถาวร ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม พัฒนถาบุตร นายแพทย์ ณรงค์ สดุดี นายแพทย์สมพงษ์ แสงมิตร นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช และนายแพทย์ ยศพร จิตตะเสนีย์ สมาชิกชมรมฯ มีการ ประชุม 2 เดือนต่อครั้ง โดยหมุนเวียน ไปประชุมวิชาการกันตามโรงพยาบาล ต่าง ๆ ในกรุงเทพฯ ส่วนกรรมการ

was in high demand at the new medical school of Ramathibodi Hospital. Hence, soon after Ramathibodi Hospital was open to the public in 1970, the author got acceptance for the lecturer post from Professor Prem Buri, the then head of Department of Surgery, and was pleased to work there. The author has ever since served as a government official until retirement in 1999, when the author ended his position as Professor of Surgery and former head of Department of Surgery.

The working atmosphere at Ramathibodi Hospital was very pleasant in various aspects, including learning and teaching, the administration, the cooperation among in-house staff and outside personnel and the social work, which covered knowledge distribution and mobile medical unit as well as academic and professional services. As for the author's participation with the Thai Urological Association, the author enjoyed working and was always content to be there. When the author retired in 1999, the author felt that such time arrived so early. However, the author appreciates that the author has had the opportunity to continue working, though with less contribution as much as time and opportunity allow. This is because the author has now switched the career to work at a private hospital and has been engaged with family business to run a tourist resort in the countryside.

In 1965, the Urological Society was founded by professors from Siriraj Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital and a group of alumni, namely Dr. Samai Chanthawimol, Professor Sampan Tantiwong, Professor Chote Panichkul, Associate Professor Chaiwat, Professor Siri Sathawara, Professor Udom Patanathabutr, Dr. Narong Sadudee, Dr. Sompong Sangmit, Dr. Banlue Siripanich and Dr. Yotsaporn Jittaseni. Members of the Society held the academic conferences twice a month, rotating the venues at various hospitals in Bangkok. Selection of the committee members and president of the Society was held every second year. The contents in the academic conferences were usually related to reports about difficult cases, that were hard to diagnose with serious complications and often ended up with surgery as treatment and subsequent short term follow-up. All the participants were active in the discussion to give their opinions,

และประธานชมรมฯ มีการเลือกกันทุก 2 ปี เรื่องที่พูดกันในที่ประชุม มักเป็น รายงานเคสที่วินิจฉัยยาก มีปัญหา ซับซ้อน มักจะลงเอยด้วยการผ่าตัด และการติดตามผลระยะสั้น บรรดา ผู้เข้าร่วมประชุมต่างให้ความเห็น ข้อคิด เสนอแนะ ซึ่งจากประสบการณ์ ของอาจารย์ ทำให้ผู้ฟังเกิดปัญญา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการรักษา คนไข้รายต่อไป หลังจบการประชุมก็ มีการสังสรรค์กันเล็กน้อย ก่อนแยก ย้ายกันกลับ วันเวลาที่จัดประชุมของ ชมรมฯ มักเป็นวันศุกร์บ่าย เพื่อว่าเมื่อ เสร็จประชุมแล้วจะได้กลับบ้านกันเลย ผู้ที่ทำหน้าที่เลขาธิการทำงานหนัก กว่าท่านอื่น เพราะต้องจัดหาสถานที่ นัดหมายสมาชิก รวบรวมเคสที่จะนำ เสนอ รวมทั้งด้านบริการต่าง ๆ เพื่อ ความสะดวกของสมาชิก ซึ่งจะมีมา จากทุกโรงพยาบาลใกล้เคียง มีมา จากต่างจังหวัดบ้าง อาจารย์โชติ พา นิชกุล ทำหน้าที่นี้อยู่หลายปี ก่อนที่ จะโอนถ่ายมาให้ผู้เขียนเป็นเลขาธิการ แทน ซึ่งก็ทำอยู่หลายปีเช่นกัน ทำให้ ได้ความรู้ ประสบการณ์ และรู้จักผู้คน ในวงการ และบุคคลภายนอกมากขึ้น ในกาลต่อมา เมื่องานด้านยูโรมีการใช้ ยามากขึ้น ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย และซับซ้อนขึ้น จึงมีบริษัทยาและ เครื่องมือแพทย์เข้ามาขอมีส่วนร่วมใน การสนับสนุนการประชุมวิชาการมาก ขึ้น เป็นผลให้ชมรมฯ ซึ่งต่อมาเป็น สมาคมฯ ปี พ.ศ. 2530 หลังจากการจัด ประชุมใหญ่ระดับโลกเรื่องการสลาย นิ่วที่กรุงเทพฯ การประชุมทางวิชาการ ในลำดับต่อมาได้เติบโตอย่างก้าว กระโดด มีผู้เข้าประชุมมากขึ้นจากเดิม

reflections and advice. From the author's experience, this helped generate wisdom and ideas that served as the guidelines for treatment of our patients. At the end of the academic conferences, we had small parties to socialize with each other before we departed. The conferences were often held on Friday afternoons, so that everyone could return home afterwards. The author must say that the ones who took on the secretary role often worked harder than other members, because they had to arrange for the venues, make appointments with all members, prepare the cases for presentation and provide services to facilitate these members, who came from different hospitals nearby and with a few of them from the provinces. Professor Chote Panichkul had been the secretary for many years before the post was transferred to the author. The author had held this position for many years as well, which enabled the author to gain new knowledge and experience, and to acquaint himself with people both within and outside the medical circle. As time went by, urological work has been involved more and more in the use of drugs and diverse and complex instruments. Therefore, pharmaceutical companies and medical equipment firms began to increasingly take part in supporting our academic conferences. As a result, the Society, which then became the Thai Urological Association in 1987 after the international conference on lithotripsy was held in Bangkok, continued to progress. Subsequent academic conferences grew by leaps and bounds. The number of participants in the conferences rose dramatically from 10 to 100 and from 100 to 1,000. The Association began to generate income and was able to support itself financially. This was a big leap from the past, when the Society once had only barely enough budget for paper notes, envelopes and stamps. In the past, on the one hand, the Society's members voluntarily participated in the conferences on their own interests and for learning purposes. They had to make much effort on their parts to participate in the various conferences. On the other hand, the Society got nothing to support them beyond the limited capacity to provide the members only knowledge and to give them sympathy. Indeed, a byproduct of getting together in all these conferences brought about a special closeness among

10 คน เป็น 100 คน เป็น 1,000 คน และมีรายได้เลี้ยงตัวจากที่แต่เดิมไม่มีรายได้ งบประมาณมีเพียงค่ากระดาษของจดหมายและแสตมป์ สมาชิกมาประชุมด้วยใจรัก และใฝ่รู้ต้องขวนขวายมากนั่นเอง ชมรมฯ ให้ได้แต่ความรู้และความเห็นใจ และผลพลอยได้จากการพบปะสังสรรค์ ทำให้เกิดความใกล้ชิดในกลุ่มสมาชิก เมื่อได้พบปะกันที่ใดก็มีแต่ความสะดวกสบาย

ช่วง 10 ปีแรก ของงาน ศัลยกรรมยูโรที่โรงพยาบาลรามาริบัติดำเนินไปด้วยดี สนุกสนาน ราบรื่นก้าวหน้าโดยลำดับทั้ง ๆ ที่คนทำงานก็ไม่มาก สำหรับหน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะรามาริบัติ มีศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี เป็นหัวหน้า ศาสตราจารย์คลินิกวีระ วิเศษสินธุ์ และผู้เขียนเป็นลูกน้อง (อาจารย์) อาจารย์ไพฑูรย์ เป็นนักคิดนักปฏิบัติชอบหาของใหม่ ๆ มาทำ เช่น การผ่าตัดส่องกล้องเจาะรู (percutaneous renoscopy), lithotripsy, Laser surgery, ureteroscopy จนถึงการทำ hemodialysis, renal transplantation ในระบบเตรียม แม้แต่ hemodialysis ก็ไม่ได้รับความเห็นด้วยกับผู้ร่วมงานต่างภาควิชา โดยให้เหตุผลว่า สถานการณ์ไม่เหมาะสมกับตัวเรา และไม่ต้องการเน้นคนป่วยหนักเป็นฝัติดบ เข้ามาเดินในโรงพยาบาล ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้ว การล้างไตจำเป็นมาก และเป็นขั้นตอนที่จะให้โปรแกรมผ่าตัดปลูกไต (renal transplantation) ไปสู่ความสำเร็จ ส่วนการเจาะผิวหนังเข้าสู่ไต แม้จะไม่มีเครื่องเอกซเรย์วงโค้ง (C-arm) ทำด้วยความยากลำบาก

members. Whenever they meet one another somewhere, they feel comfortable among themselves.

The first 10 years of Urology at Ramathibodi Hospital went very well. It was fun, smooth, and progressed steadily despite the fact that there were not many working there. For Ramathibodi's Urology Department, there were Professor Phaitun Gojaseni, the Head of the Department, the Clinical Professor Weera Wisetsint, and the author as a junior lecturer. Professor Phaitun was an inventor, and a practitioner, who was fond of finding new things to do, for example: the percutaneous renoscopy, lithotripsy, laser surgery, ureteroscopy, hemodialysis and renal transplantation. Even with hemodialysis, it was not well received by colleagues in different departments. They reasoned that circumstances were not yet suitable for us, and they preferred not to have seriously-ill, zombie-like patients walking around in the hospital. But in fact, hemodialysis was essential and was the prerequisite step leading to the next stage for renal transplantation to become possible. For the piercing of the skin to the kidneys, even without the C-arm X-ray machine, the operation was carried out with much difficulty. It nevertheless was eventually done. This was the beginning of percutaneous nephrolithotripsy which is the standard of progressive treatment for bladder stones today. During that period, there was only small number of medical residents, but a high number of operation cases. The teachers each day had many cases to operate on, so students could also learn very well from this. For the teaching of medical students, due to the small number of students, they were divided into groups of 6, so the teaching was thoroughly covered. Lecturers could remember every student and had fun teaching outside of hours. The students also paid excellent attention to their studies. During semester break, elective subjects were also offered, allowing the knowledge to be well transferred. This resulted in many of the newly-graduating doctors choosing to further their studies in the three-year Urology programme, of which a diploma was by now granted by the Medical Council of Thailand, starting around the years 1972-1974. During that period, The Thai Journal of Urology was born from the initiative of Professor Phaitun, who had invited Mr. Sophon Sotara, a teacher

แต่ก็ได้ทำไปจนได้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการทำ percutaneous nephrolithotripsy ซึ่งเป็นมาตรการของการรักษานิ่วชนิดก้านหน้าในปัจจุบัน ในช่วงเวลานั้น แพทย์ประจำบ้านมีน้อย เคสผ่าตัดมีมาก อาจารย์ผ่าตัดกันวันละหลาย ๆ เคส นักเรียนก็ได้เรียนอย่างดีไปด้วย สำหรับการสอนนักเรียนแพทย์เนื่องจากนักเรียนชั้นกองมาน้อยคน แบ่งเป็นชุด ๆ ละ 6 คน จึงสอนได้ละเอียดทั่วถึง อาจารย์จำนักเรียนได้ทุกคน และสนุกกับการสอนนอกเวลา นักเรียนก็สนใจเรียนมาก ช่วงหยุดเรียน ก็จัดให้มีเรียนเสริม (elective) ทำให้ถ่ายทอดวิชาความรู้ได้ดี หนักแน่น ผลพวงอันนี้ทำให้ได้หมอคนใหม่มาเรียนต่อหลักสูตรศัลยกรรมยูโร 3 ปี ซึ่งได้รับอนุมัติวุฒิบัตรโดยแพทยสภาในราวปี พ.ศ. 2515-2517 และในช่วงนั้น มีการคลอดวารสารยูโร โดยความคิดริเริ่มของอาจารย์ไพฑูรย์ โดยอาจารย์ได้เชิญ คุณโสภณ โสตะระ ผู้เป็นครูและธุรกิจโรงแรมมาจัดทำ จากเป้าหมายของมหาวิทยาลัยเรื่องการเรียนรู้ และบริการสังคม จึงนำมาสู่โครงการที่นำนักเรียนและอาจารย์ออกสู่นอกบท ในโครงการ แพทยศาสตร์ศึกษาและเวชศาสตร์ชุมชน อาจารย์ต้องเข้าเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษากันใหม่ ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ นำแนวทางใหม่ ๆ มาปฏิบัติ ให้ความสำคัญกับนักเรียนและคนไข้ อาจารย์ก็ได้ทำงานร่วมกันใกล้ชิดในทุกสาขาวิชา ในบรรยากาศภายในโรงพยาบาลและนอกสถานที่ เรามีการออกออฟิตีในคลินิกที่ไม่อยู่ในสาขาวิชาของเรา กล่าวคือ ศัลยแพทย์ออกตรวจโรคทั่วไปทำหน้าที่เป็นหมอกlinik เหมือนกับเวลาเราไปทำร้านตอนเย็นหลังเลิกงาน เมื่อเกิดปัญหาในขณะตรวจก็ปรึกษากับเพื่อนร่วมงานที่อยู่ห้องติด ๆ กันให้ตรงกับเรื่องที่เป็นปัญหา การแก้ไขทำให้รวดเร็ว ส่งแลป เอกซเรย์ก็เร็วทันใจ คนไข้ไม่ต้องรอนานให้เสียเวลาทำมาหากิน การทำงานนอกสถานที่ มีการสอนในชนบท คนไข้ในพื้นที่ตรวจโรคตามสภาพ รักษาตามความเหมาะสมกับของจริงที่พบในขณะนั้น ทำให้นักเรียนได้เรียนรู้ปัญหา การวิเคราะห์ และการแก้ไขอย่างเป็นระบบในการที่อาจารย์ทางยูโร รับเอาโครงการระดับชาติมาปฏิบัติ เช่น การวางแผนครอบครัว ซึ่งเมื่อเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2513 ประเทศชาติมีความต้องการควบคุมการเติบโตของประชากรอย่าง

and operator in the hotel business, to produce it. From the university's objectives on learning and social services came the programme that took students and teachers to rural areas, under the Medical Education and Community Medicine Programme. The teachers had to relearn Medical Education courses, exchange knowledge and experiences, and learn new approaches to put them into practice, while paying attention to both students and patients. The teachers from every department could work closely together within the atmosphere of the hospital and elsewhere. We arranged an OPD with the clinics outside our own urological field. Surgeons were out in the clinics and worked as general practitioners, just like when we worked after hours at our clinics in the evening. When problems occurred during examination in the clinic, we would consult our colleagues in the nearby rooms on the specific problems that corresponded to the cases at hand. This allowed problems to be solved quickly. X-rays or laboratory works could also be done quickly. The patients did not have to wait too long, and so wasted less time from making a living. Working outside provided a class room for the medical students in the rural settings. Patients in the area received health checks and appropriate treatments available at the location immediately. This allowed the students to learn about the problems, analyze, and systematically solve them. The urological professors also carried out some national projects, for example, family planning, which was started in 1970. At that time, the country had a strong need for population growth control. The Ministry of Public Health and Ramathibodi Hospital had joined hand-in-hand in such projects for many

มาก กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลรามธิบดี ก็ได้ร่วมกันทำโครงการเช่นนี้มาหลายปี ส่วนหนึ่งต้องออกไปทำหมันชายในอาคารและนอกอาคาร เช่น ในเตนท์ ทั้งใน กทม. และต่างจังหวัดกว่า 40 แห่งทั่วประเทศ ทำครั้งละ 1-3 วัน ทำให้อาจารย์และนักศึกษาได้เรียนรู้ถึงปัญหา ขั้นตอนการปฏิบัติ การประเมินผลที่แท้จริง ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นที่ประจักษ์ เพราะได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง งบประมาณที่ใช้ก็เต็มเม็ดเต็มหน่วย ไม่มีการรั่วไหลเพราะมีระบบควบคุมอย่างใกล้ชิด สิ่งที่ได้รับอีกเรื่องหนึ่ง คือ เข้าใจดีว่าองค์กรแพทย์มีการชิงดีชิงเด่นกันไม่น้อยทีเดียว แต่ภาพรวมการทำงานออกมาดี เรียกศรัทธาจากคนไข้ทุกยุคทุกสมัย ซึ่งแพทย์รุ่นหลังต้องไม่ลืมว่า เพราะแพทย์รุ่นพี่สร้างศรัทธาไว้ รุ่นเราจึงได้ส่วยสุขจากเหตุนี้ จึงเป็นการสมควรที่เราจะต้องสร้างศรัทธาต่อไป เพื่อประโยชน์สูงของชนรุ่นหลัง

ในด้านการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นปรัชญาหนึ่งของรามธิบดี ผู้เขียนพยายามทำเท่าที่โอกาส และงบประมาณจะอำนวย เรามีวัตถุดิบมากมายทั้งคนไข้ เครื่องมือแพทย์ ยา และสมุนไพร ที่จะนำมาศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการรักษาพยาบาลต่อไป ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงรัชกาลที่ 9 เราต้องทำงานให้พึ่งตัวเองให้ได้ ในทุกด้าน ทุกสาขาอาชีพ ด้านยาเป็นปัญหาใหญ่ เพราะเราต้องพึ่งพาการนำเข้ามาตลอด จึงนำมาซึ่งโครงการพัฒนายาสมุนไพร นำมาใช้รักษาโรค ที่รามธิบดีจึงเกิดโครงการวิจัยหญ้าหนวดแมว กระเจี๊ยบแดง รักษาโรคนี้ (งบประมาณจากมหาวิทยาลัยมหิดล) ครีมใบบัวบก รักษาแผลอักเสบและแผลเรื้อรัง มะขามแขก ยาระบายท้อง เมล็ดแมงลัก ยาระบาย ครีมพริก แก้ปวด ครีมไพล แก้ปวดข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ยาชงจากใบขลุ่ย เพื่อขับปัสสาวะ และลดความดันโลหิต (งบประมาณได้จากองค์การเภสัช) ฟ้าทลายใจ แก้การอักเสบกระเพาะปัสสาวะ แก้การอักเสบต่อมลูกหมากหลังผ่าตัด การเปรียบเทียบการใช้ยาซัลฟา ฟ้าทลายใจ และนอร์นลอกซาซิน แก้การอักเสบหลังสลายนิ่ว การใช้สมุนไพรบางชนิดป้องกันนิ่วในระยะยาว เป็นต้น

นอกจากนี้คณาจารย์รามธิบดียังมีการวิจัยเรื่องการทำหมันชายโดยใช้วัตถุดิบของโรงพยาบาลเอง และ

years. Some doctors had to go out to perform male sterilization both indoors and outdoors, such as in tents both in Bangkok and more than 40 other provinces nationwide. They went out 1-3 days each time. This enabled both teachers and students to learn about the problems, practical procedures, and accurate assessment. Successful results visibly followed due to the cooperation from all parties concerned. The budget was effectively used without any waste because of a tightly controlled system. Another thing I have learned is that it is well understood that various medical organizations are highly competitive with one another. However, the overall picture of this work was successful, earning the trust and faith of the patients at all times. The physicians of the present generation must not forget that it was because the physicians of early generations had built trust and faith with the patients, that our generation has therefore reaped the fruits. It is appropriate then that we must continue building trust for the benefit of future generations.

Education and research aspects, one of the important philosophies of Ramathibodi Hospital, the author tried to develop as much as he could and as much as the budget would allow. We have plenty of raw materials, from patients, medical equipment and medicine, to herbal plants for research, in developing medical treatments. In accord with the Self Sufficiency Economy philosophy of His Majesty King Rama IX, we must work to be self-reliant in every aspect and for every profession. Medicine is a big issue because we have always depended on imported drugs. This brought about the herbal medicine development program for treatment. At Ramathibodi Hospital, there is a lot of research on herbal medicine,

จากผู้รับบริการทั่วประเทศ (งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข) และเผยแพร่งานออกทั่วประเทศ ความสัมพันธ์ของอาจารย์รามาริบัติกับข้าราชการทุกระดับของกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นไปอย่างแน่นแฟ้น การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นมาตลอด ผลงานที่โลกประเทศก็ คือ ประเทศไทย ประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว ส่วนในเรื่องการพัฒนาอาสาสมัคร และการรักษาแผนไทยนั้นยังต้องพัฒนาไปอีกยาวนาน ซึ่งถ้าจะเปรียบเทียบก็เป็นการนำมาใช้รักษาโรคได้บ้าง เทียบเท่าการเรียนชั้นมัธยมต้น การพัฒนาการเรียนการสอน และการบำบัดรักษาโรคโดยแพทย์แผนไทยจะเป็นไปได้ได้อย่างไรในอนาคตนั้น ยังมองไม่ออก แต่ก็ทราบว่ามีคนพยายามทำอยู่ ทั้งนี้เพื่อความมั่นคงยั่งยืนของวงการแพทย์ไทย

ในด้านความยั่งยืนของสมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะนั้น ย่อมปฏิเสธไม่ได้ว่ามาจากความตั้งใจทำงานของกรรมการ เจ้าหน้าที่และสมาชิกที่เข้มแข็ง โดยงบประมาณสนับสนุนจากบริษัทฯ และเครื่องมือแพทย์ เราสามารถจัดการประชุมขนาดใหญ่มีคนมาหลายร้อยคน ส่งมอบไปเรียนต่อต่างประเทศ ให้ทุนการวิจัยทำโครงการต่าง ๆ เพื่อสังคม ก็ต้องความอนุเคราะห์ของท่านเหล่านั้น เราจึงไม่อาจหลงลืมความดีของท่านได้ สมควรที่จะทำงานตอบแทนท่านตามโอกาสอันควร และมีความเหมาะสมตลอดไป ทั้งนี้ โดยไม่ขัดต่อหลักศีลธรรม คือ ทำงานอย่าให้มีโลภ และหลง ในด้านสมาชิกของสมาคมนั้น ขอให้พึงระลึกว่าการได้เป็นสมาชิคนั้นมิใช่ของง่าย ต้องผ่านขั้นตอนการเรียน การฝึกงาน การทดสอบมาอย่างซ้ำซ้อนแล้วจึงสมควรที่จะมาเป็นสมาชิกที่ดี และเป็นผู้มีพละกำลังที่จะเข้ามาร่วมทำงานด้วยกัน ในด้านที่ตัวเองถนัดและครอบครัวของท่านก็คือสมาชิกของเราเช่นกัน การประชุมในแต่ละครั้งถือว่าเป็นการพัฒนาความรู้ของสมาชิก และสร้างความสัมพันธ์ในหมู่สมาชิกและครอบครัว

ในวาระที่สมาคมยูโรก่อตั้งมาได้ 30 ปี ผู้เขียนในฐานะผู้ร่วมก่อตั้งขอแสดงความยินดีด้วยใจจริงและขออวยพรให้สมาคมจงปฏิบัติงานต่อไปในอนาคตด้วยความเจริญรุ่งเรือง

including the Kidney Plant or Java Tea and Rosella for the treatment of stones in the urinary tract (with the budget from Mahidol University); Indian Pennywort cream for infected and chronic wound treatment; Alexandria Senna and Lemon Basil seeds as laxatives; chilli cream for pain treatment; cassumunar ginger for arthritis, muscle aches, and muscle pain; Indian Marsh Fleabane tea as a diuretic and for reduced blood pressure (the budget from Government Pharmaceutical Organization), Kariyat for infections of the urinary bladder and of post-operative prostate glands; the comparative study of the use of sulpham, Kariyat, and Norfolksasin to treat infections after lithotripsy; and some herbal medicine to prevent the formation of stones.

Apart from that, the medical team at Ramathibodi Hospital is also doing research on male sterilization, which makes use of the in-house raw materials and data from clients nationwide (budget from the Public Health Ministry). It is expected to release the research results nationwide. The research project helps strengthen the relationship between lecturers at Ramathibodi Hospital and officials of the Division of Family Health, and the Public Health Ministry, at all levels. The research has continued smoothly. The result that has been well known to the world is that Thailand has been successful in family planning. For the development of herbal medicine and Thai traditional medicine, they still need some time to develop further. If we are to compare, they can be used for some cures, which are comparable to an education at junior high school level. Development in the teaching, learning, and medical cures of Thai traditional medicine will continue in the future

in unforeseeable way. There have been many attempts in this direction. This is all for the stability and sustainability of Thai medicine.

For the sustainability of the Thai Urological Association, it has stemmed from the attentiveness of the strong committee, personnel, and members with supportive budgets from pharmaceutical and medical equipment companies. We can organize big meetings with hundreds of attendees, send doctors to further their studies abroad, give grants to research and different social projects, all with the support of the above-mentioned. So we cannot forget the kindness of these people. Therefore, it is important to work, in return, for these people at suitable times and appropriate occasions in the future. Also, it must not be in contradiction with moral principles, which means

working without greed and delusion. As for the association's membership, please be reminded that to become a member is not easy. One must pass skillfully the stages of learning, training, and testing, before being suitable to become a good member and have enough energy to work together in the area in which one is proficient. Members' families are also our members. Each meeting is considered to be for the knowledge development of the members and for relationship building among the members and their families.

On the occasion of the 30th Anniversary of the establishment of the Thai Urological Association, this author, as a co-founder, is pleased to heartily congratulate and wish that the Association continues to flourish into the future.

ไพบูลย์ จิตประไพ

Paiboon Jitpraphai

Past President of TUA (2001-2003)



ผมมีจิตสัมพันธ์กับวิชา Urology มาแต่เมื่อได้มีโอกาสเรียนกับอาจารย์ระยะแรก คือ อาจารย์สัมพันธ์ ดันติวงศ์ อาจารย์ตุ๋ ชัยวัฒน์ และอาจารย์โชติ พานิชกุล ขณะนั้นอาจารย์ธงชัย พรรณลาภ ยังเป็นแพทย์ประจำบ้านอยู่ จากความผูกพันฝังใจในหลายมิติทำให้ผมเลือกเรียน Urology เมื่อได้มีโอกาสไปเรียนต่อที่ New York, USA จึงได้เลือกเรียนวิชา Urology ทั้ง ๆ ที่ต้องฟันฝ่าอุปสรรคหลายประการ ในที่สุดผมได้มีโอกาสตั้งดวงใจได้ ความรู้ ความชำนาญและเทคนิคใหม่ ๆ ในวิชา Urology และวิชา kidney transplantation กลับบ้านพอสมควร ที่ศิริราชผมได้รับการต้อนรับอย่างดีจากอาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอาจารย์ตุ๋ ชัยวัฒน์ ซึ่งท่านสนใจและ

For some reasons, I have had a strong attachment with urology. Earlier on, when I was a student, I had an opportunity to study with Dr. Sampan Tantiwong, Dr Tu Chaiwat and Dr Chote Panichkul. At that time Dr Thongchai Bhanalaph was still a medical resident. The deep attachment in various layers made me decide to study urology. When I had an opportunity to further my study in New York, USA, I had no doubts about choosing urology, despite several obstacles. Finally, I succeeded in obtaining knowledge, competency and new technique in

ทุ่มเทกับ kidney transplantation มาก่อน ในปี พ.ศ. 2516 ภาควิชาได้บรรจุอาจารย์อมฤต ศิลาอ่อน และอาจารย์ดำรงส โรจนเสถียร มาพร้อมกันกับผม การเพิ่มบุคลากรมากขึ้น ทำให้การขยายเพิ่มงานได้มากขึ้น ในที่สุด kidney transplantation ก็เป็นผลสำเร็จเมื่อ 26 กรกฎาคม 2516 ผลตามมาทำให้เกิดการกระตือรือร้นในบ้านเราและทำให้ศาสตร์วิชานี้เป็นที่ยอมรับ ประกอบกับความสำเร็จจากท่านอาจารย์พรและอาจารย์พิชัย บุญยะรัตเวช จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำให้วงการปลูกถ่ายไตเป็นที่ยอมรับของคณะแพทย์และเกิดการขยายงาน สร้างกฎเกณฑ์การรักษาและกฎหมายเข้าหลักสากล トラบจนปัจจุบัน ขณะเดียวกันศาสตร์นี้ได้รับบรรจุใน training program ของ ศัลยศาสตร์

ในวาระที่ผมได้รับการเลือกเป็นนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ในปี พ.ศ. 2550 เป็นระยะหลังจากที่สมาคมฯ ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ” แต่ปี พ.ศ. 2538 คณะกรรมการได้ร่วมวางกับหลักสูตรและมาตรฐานของบัณฑิตที่จบ training in urology ของบ้านเรา ได้มีการวางมาตรฐานการฝึกอบรม การสอน และการประเมินผล โดยใช้ข้อสอบจากการสร้างโดยอาจารย์ที่เป็นกรรมการสมาคม แพทย์ Urologist จะได้รับผลที่เป็นมาตรฐานสากลมากขึ้น ได้มีการเพิ่มหลักสูตรเป็น 4 ปี โดยเหตุผลจากการเพิ่ม kidney transplantation มาด้วย ขณะเดียวกันในรยะนั้น เราได้พยายามเปลี่ยนสถานะภาพของ “สมาคม” ให้เป็น “ราชวิทยาลัย” แต่ก็ไม่เป็นผลสำเร็จ

urology and kidney transplantation. I took home with me this knowledge. At Siriraj Hospital, I received a warm welcome from many lecturers, especially Dr. Tu, who was deeply interested in kidney transplantation and had dedicated himself to it before. In 1973, the department employed Dr. Amarit Silaorn and Dr. Damrat Rojjanasathien together with me. Adding more staff allowed the expansion of the department's work and the kidney transplantation became a successful operation on July 26, 1973. As a result, there was a growing enthusiasm at home and the science of kidney transplantation gained recognition. Furthermore, it was the achievement of Dr. Porn and Dr. Pichai Bunyaratavej from King Chulalongkorn Memorial Hospital, which made the field of kidney transplantation widely accepted within the medical circle. The outcome of this acceptance led to the formulation of criteria for treatment and law that has matched the international standard until today. Simultaneously, the field of kidney transplantation was then incorporated into the training programme of surgical science.

I was elected the president of the Association of Urological Surgeons in 2007, when the Association changed its name to be the Thai Urological Association under the Royal Patronage (TUA). But, prior to that period, in 1995 the Association's committee was busily engaged itself with the task of upgrading the curriculum and standard of in-house training in urology for the medical graduates. The task focused on improving the standard of training, teaching and evaluation by making use of the medical exam that was designed by lecturers who were members of the Association. As a result, Thai urologists became more and more of international standard. In the new curriculum, the time for training has been raised to four years, due to the inclusion of kidney transplantation module in the training programme. At the same time, we were working on changing the status of the Association to be “the royal college”. This was not successful because the number of the Association's members at the time did not reach 250. Later on, we were adjusting certain rules and proposing, instead, to be the “Thai Urological Association under the Royal Patronage” and it remains as such until today.

เพราะสมาชิกของสมาคมขณะนั้น มีไม่ครบ 250 คน ต่อมาได้พยายามแก้กฎเกณฑ์ โดยขอเป็น “สมาคม ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์” ในปัจจุบัน

ท่านอาจารย์ท่านอื่นนอกจากที่ศิริราช ที่เป็น Urologist และร่วมสร้างความเจริญเติบโตให้แก่สมาคม ท่านที่อาวุโส เช่น อาจารย์ศิริ สถาวระ อาจารย์สมพงษ์ แสงมิตร อาจารย์สุจินต์ ผลากรกุล และอาจารย์รววัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา ท่านเหล่านี้ให้การสนับสนุนสมาคมฯ เสมอมาและเป็นตัวอักษรที่สำคัญในความเจริญเติบโตของสมาคมในปัจจุบัน จากการสังเกตและประสบการณ์ การเป็น Urologist มาแต่ พ.ศ. 2512 พบว่า Urologist ทั่วโลกที่ได้สัมผัสทั้งในประเทศและอีกหลายประเทศทั่วเอเชีย USA, Europe, Australia และ Canada จะมีอุปนิสัยและอัธยาศัยคล้ายคลึงกันจนเป็นที่สังเกตได้ไม่ยากกว่าเขาเป็น Urologist หรือเปล่า กล่าวคือ ส่วนมากกว่าร้อยละ 90 จะคล้ายกัน คือ ใจดี มีน้ำใจ เป็นมิตรอย่างจริงใจตลอดเวลาที่คบหากัน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่คำนึงถึง ชาติ อาวุโส ศาสนา ต่างเป็นมิตรที่ดี ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผมว่าน่าจะเป็นอุปนิสัยหรือชาติกำเนิดของ Urologist ทั่วโลกและขอให้เป็นอย่างนี้ตลอดไป

Apart from lecturers in urology at Siriraj Hospital, those who have contributed to the growth of the Association include, to name only the senior ones, Dr. Siri Sathawara, Dr. Sompong Sangmit, Dr. Sujin Phalakornkul and Dr. Vorrawat Jumsai Na Ayudhya. These professionals were always supportive of the Association and have also remained the key figures in the development of the Association in the present day. From my own observation and experience as an urologist since 1969, I have found that urologists around the world, from Asia, USA, Europe, Australia and Canada, seem to share the common traits and behavior, which makes it not difficult to distinguish them as the urologists. It can be said that somewhat more than 90 per cent of urologists have similar character. Most of them are benevolent, hospitable and sincere. During the time we have socialized together, we lent a hand to one another without giving precedence to nationality, seniority and religion. We are always good friends and helpful. I think this might be a unique character or natural quality of the urologists around the world and I wish this quality will lasts forever.

อภิชาติ กงกะนันท์

Apichat Khongkanand

Past President of TUA (2003-2005)



เมื่อได้รับเอกสารว่าให้เล่าเรื่อง “เล่าสู่กันฟัง” ก็ดีใจมากครับ การเล่าเรื่องโบราณนานที่นั่นจะมีอะไรที่มีประโยชน์บ้างไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะคนแก่ คนเฒ่า สว. อาวุโสทั้งหลาย พอมีอายุมากขึ้น พอเขาให้เราพูดเมื่อไหร่เข้าทางทุกทีเลย ชอบเล่าความหลัง

When I got the letter assigning me to “tell a story”, I was very delighted. To tell about the past might be more or less useful, especially for the elderly or senior people. As we get older and whenever people ask us to tell a story, it goes our

เหมือนคำพังเพยที่ว่า

กินของขม ขมเด็กสาว (.....) ตอน
เช้าเล่าความหลัง หน้าตาเหี่ยว เยี่ยวรดตีน

คงไม่ต้องอธิบายความยาวสาวความ
ยืดต่อไป เมื่อผมกลับมาอยู่ที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เมื่อปี พ.ศ. 2528 ในช่วงแรกก็
ไปร่วมงานประชุมชมรมยูโร พวกเราก็ขงกัน
ไปประชุมที่จังหวัดจันทบุรีบ้าง ระยองบ้าง
กาญจนบุรีบ้าง พัทยาบ้าง การประชุมก็สนุก
ดี มีการจัดประชุมเพียง 1 วัน ในเรื่องเนื้อหา
วิชาการตามที่จะเพิ่มเสริม

การประชุมวิชาการนานาชาติ เริ่ม
เมื่อมีอาจารย์ผู้ใหญ่บอกว่าอย่างทีลิ่งคโปร
มีกันแค่ 20 กว่าคน สมัยนั้นยังจัด Asian
Congress of Surgery ยูโรยังไม่มีสมาคมฯ
เป็นของตัวเองต้องอยู่กับศัลยแพทย์ และจัด
ประชุมวิชาการนานาชาติ “World Congress
on Endourology (WCE)” ด้วย ทำให้ผม
เกิดความตั้งใจว่าเราจะต้องชวนชวยจัดให้
ได้จนกระทั่งท่านอาจารย์วีระสิงห์ เมืองมัน
ให้จดหมายผมมา 1 ฉบับ บอกว่าให้ไปแทนที่
Kyushu ผมเองถึงแม้จะเรียนหนังสือที่ญี่ปุ่น
แต่ไม่เคยไป Kyushu มาก่อน ก็ต้องชวนชวย
ติดต่อ เพื่อเข้าประชุมกับ Prof.Kumazawa,
และได้เตรียมเอกสารไปประชุม นับว่าเป็น
Asian Congress of Urology จัดพร้อมกับ
ประชุมยูโรของญี่ปุ่น-เกาหลี ซึ่งจัดแบบผลัด
กันประเทศละปี

ในการประชุมครั้งนี้ ผมได้เสนอตัวเอง
ในนามประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ ในการจัด
ประชุมครั้งที่ 2 ในกรุงเทพฯ โดยมีการแข่งขัน
กัน 3 ชาติ ประเทศเกาหลี จีน และไทย
โดยผมชนะเนื่องจากทางเราเตรียมเอกสาร
ไปพร้อม ในขณะที่อีก 2 ชาติไม่มีเอกสาร
ถ้าภาษามวยเรียกว่าถูก caught off guard
ชนะสบาย ขนาดผมไม่ได้ไป Lobby ใคร
เลย เนื่องจากกรรมการใน committee เป็น

way. We are fond of telling about the past as the theory
(of the aged) goes: “Enjoy the bitter taste, appreciate the
beauty of the young girls, talk about the past in the morning,
eyelids droop, pee on the feet.”

There is no need to recall the long history here.
When I returned to King Chulalongkorn Memorial Hospital
in 1985, I initially participated in the conferences of the
Urological Society. The conferences were held at several
places such as in Chanthaburi, Rayong, Kanchanaburi and
Pattaya. It’s actually fun to attend these conferences. There
was a one-day conference focusing on academic content,
depending on what issues were added for discussion.

As for the attempt to host the international
conferences in Thailand, it started with a remark by one
senior lecturer. He mentioned about the international
conference held in Singapore on Asian Congress of
Surgery, which was attended by just over 20 participants.
At that time, the Thai urologists had not yet formed our
own association, and were still attached to the surgeons’
association. At the same time, the “World Congress on
Endourology” (WCE) was also being held. This prompted
me to determine to organize an international conference in
the near future here at home. One day Professor Verasingh
Muangman gave me a letter, requesting me to replace him
to attend an international conference in Kyushu. Although
I myself studied in Japan, I never visited Kyushu before.
So it required some effort to contact Professor Kumazawa
and prepare all the documents. It was the Asian Congress
of Urology (ACU), which was held in parallel with the
annual Japanese-Korean Congress of Urology, which was
alternately hosted by the two countries. At this international
conference, I proposed Thailand to host the second congress
in Bangkok. There were three candidates, namely Korea,
China and Thailand. I won the bidding because we had
prepared the complete documents in advance, while the
other two candidates had no documents in hands. In the
boxing language, we say “they were being caught off

ญี่ปุ่นหมดเลย เมื่อเราได้งานมาแล้ว ขณะนั้นยังไม่มี by laws (กฎ กติกา มารยาท ของสมาคมฯ) เกิดขึ้นเลย แต่เราต้องมาเป็นคนจัดงานประชุมให้เกิดขึ้นในเมืองไทย เมื่อผมกลับมาบ้านเมืองไทย ปีนั้น อาจารย์พิชัย บุญยะรัตเวช เป็นนายกสมาคมฯ ของ TUA อยู่ ต่อจาก อาจารย์ไพฑูรย์ คชเสนี และอาจารย์พิชัย บุญยะรัตเวช ต้องการการทำงานให้มีประสิทธิภาพอย่างดีเลยขอออกจากตำแหน่งนายกสมาคมฯ ก่อนเวลาอันควร เพื่อให้ อาจารย์ธงชัย พรรณลาภ ขยับมารับตำแหน่งนายกสมาคมฯ เร็วขึ้น ผมได้รับภาระเลื่อนตำแหน่งไปเป็นเลขาธิการของงานประชุม ACU แทน

แรก ๆ งานที่ เขาเรียกกันว่า Asian Congress of Urology เป็นงานใหม่ไม่อยู่ในหัวของบริษัทฯ จึงต้องหา Sponsor กันหัวขวิด ต้องให้เขารู้จักแนะนำกันก่อน แต่ที่จำได้แม่นยำ คือ Sponsor ที่มีการพูดคุยกับเรามากที่สุด คือบริษัท ทาเคด้า (ประเทศไทย) จำกัด ได้มาช่วยก่อน เป็นของ Enantone ผมจึงขอให้ทางบริษัทฯ ที่มาแรกและช่วยเราก่อน คือ บริษัท ทาเคด้า (ประเทศไทย) จำกัด ขณะที่บริษัทอังกฤษที่ขาย LH-RH analog ทั้งหมดยังอยู่กับเอเยนต์ เช่น East Association กลับยังไม่สนใจงานที่เราจะจัดเลย ผมละจำมันไว้เลย คุณโกสินทร์ ให้เงินมาจำนวน 300,000 บาทช่วยพวกเราจาก Storz instruments

หลังจากนั้นการจัดประชุมทั้งหมดก็เป็นประวัติศาสตร์ที่เดียวจารึกไว้ องค์กรที่จะต้องจดจำคือ Thailand Incentive and Convention Association (TICA) ปัจจุบันก็ยังอยู่ โดยเป็นองค์กรที่ช่วยเหลือเรามาก เวลาที่จะไป Bidงานประชุม, จัดประชุม ช่วยเตรียมเอกสาร แพ้ม ช่วยพยายามทางการบินไทยขอ Barter Ticket จาก

guard". We won the bidding comfortably, despite the fact that I did not lobby any committee's members who were all Japanese. At the time when we got the job, there was still no bylaw (rules of etiquette) in place at all. When I returned to Thailand that year, Professor Pichai Bunyaratavej was the president of TUA, after Professor Phaitun Gojaseni completed his term. Nevertheless, because Professor Pichai wanted to work effectively on this, he resigned as the president prematurely. Professor Thongchai Bhanalaph was then moved to take the post of the presidency for the Association ahead of time. I myself was promoted to be the secretary of the ACU.

Initially, the Asian Congress of Urology was completely a new thing and, hence, was virtually unknown to the pharmaceutical companies. So it was quite a task to look for sponsors. We had to take time to introduce the event to the sponsors. I remember vividly that the very first sponsor, who gave us the chance to exchange talks, was Takeda Co. Ltd. (Thailand). The company, which sold Enatone, was the first to offer us help. Meanwhile, the British company, which sold LH-RH analog and whose products were still stored at the agents such as the East Association, did not pay attention to our work on the congress at all. I would never forget this company. Mr. Kosin from Storz instruments also gave us an amount of 300,000 baht. After all, hosting the congress turned out to be a historic moment. The organization which deserves to be remembered was Thailand Incentive and Convention Association (TICA), which still exists today. TICA lent us a hand, whenever we took part in bidding for hosting the international conferences. It helped us arranging the meetings, preparing documents and files, and trying to seek barter tickets for economy class from the Thai Airways so that we could travel for the bidding. At that time, there were neither sponsors, nor supporters - none at all. Pfizer Co. Ltd. (Thailand) was also helping us a lot, with almost all of its staff giving us a hand.

I would also like to tell a story about our bidding

การบินไทย ชั้นประหยัด เพื่อทำการ Bid งานประชุม สมัยนั้นเราไม่มี Sponsor อะไร ทั้งนั้น บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่ช่วยเรามาก โดยเฉพาะเกือบทุกคนใน บริษัทฯ เลย ช่วยกันใหญ่

ผมอยากเล่าเรื่องการไป Bid ประชุม “19th World Congress on Endourology (WCE) โดยในปีที่เราได้มานั้น เราไป Bid ที่ New York ผมไปคนเดียวต้องพยายาม เตรียมเอกสาร เตรียมพูดเสมือนตัวเองว่า Thailand พร้อมจะจัดงานใหญ่ขนาดนั้น เราต้องพยายามบอกว่ามีประสบการณ์จัด ประชุมนานาชาติมาแล้ว การ present ต่อ หน้าธารกำนัล โดยมี 5 ชาติเท่าที่จำได้มี ประเทศเบลเยียม, ประเทศเกาหลี, ประเทศ เม็กซิโก และประเทศไทย และอีกชาติหนึ่ง จำไม่ได้ ผมเคยมีประสบการณ์ตอนที่ไป Edinburgh มาแล้ว ครั้งนั้นเราไม่มีการเตรียมตัวเท่าไร เลยต้องเตรียมมากหน่อย คำถามที่เขาถาม เช่น ประสบการณ์การจัด ประชุม Heavy Equipment นำเข้าออกได้ สถานที่ ห้องประชุมใหญ่ขนาดจุได้กี่พันคน Traffic ของเราเป็นได้เพราะว่าเมืองไทยมีชื่อ มากเรื่องรถติด ผมถ้ายุโรปต่อมอรรถไฟฟ้าสาย ที่ผ่านข้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตอนนั้น เขาเพิ่งสร้างหมาด ๆ บอกว่าเราจะมีรถไฟฟ้า ใช้ในเร็ว ๆ นี้ เอา Slide ที่มีงานประกวด Miss Universe ที่ศูนย์ประชุมสิริกิติ์ไปทอด และบอกว่าเรามี Convention Hall ใหญ่ และจุได้เป็นหมื่นคน โรงแรมมีรอบ ๆ ศูนย์ ประชุมเลย ถ้าเราใช้ศูนย์ประชุมสิริกิติ์เรา คงตายแน่นอน คือ 1. หมดตัวเพราะค่าเช่า 2. คนที่เข้าประชุมคงมาไม่ทันเพราะรถติด แต่นี้เป็น Traffic ในการใช้เพื่อให้ได้มาของ งาน เพราะเราเชื่อว่าคนจะเข้ามาประชุม 1,000 คน บ้านเราใช้โรงแรมที่ถูกกว่าแน่นอน ก่อน จากนั้นวันที่ต้อง Present ผมพบ Prof.Claud

for the “19th World Congress on Endourology” (WCE) in New York. I went there alone and tried to prepare the documents and speech to convince people there that Thailand was ready to organize such a big event. We had to bring their attention to our former experience of hosting several international conferences. I was doing the presentation before the international audience. There were five nations as candidates, as far as I remember, namely Belgium, Korea, Mexico, Thailand and another nation that slips from my memory now. I had got an experience during the failed bidding in Edinburgh. At that time, we were not well-prepared. Therefore, in New York we put more effort preparing for the bidding. The questions we had to address in the bidding session covered our experience of hosting international conferences, facility available for the convention such as possibility for transfer of heavy equipment in and out of the venue, the size of the location how many people it could accommodate and the traffic issue. The question about traffic could be a potential obstacle in the bidding. In addressing the traffic question, I took photographs of the sky train's ground column from the BTS station beside King Chulalongkorn Memorial Hospital. At that time, the construction of the sky train's was just completed. The photographs gave an evidence that the mass transit system would be very soon in place in Bangkok. I presented also the slide show about the Miss Universe contest, that was held at the Sirikit Convention Center, showing that we had a big convention hall, which could accommodate over ten thousands of people and the hall was surrounded by many hotels in the immediate vicinity. In reality, if we used Sirikit Convention Center, we might collapse for several reasons. First, we might go bankrupt because of the high rent rate. Second, the participants might not make it to come to the congress on time because of traffic congestion. Nonetheless, that was an effective tactic to use traffic issue to win the bidding, because we knew for sure that the number of participants would be limited to 1,000 maximum for

Schulman, Prof. Michael Marberger เลยบอกท่านว่าผมจะมา Bid ท่านทั้ง 2 ก็เป็นผู้ที่พูดสนับสนุนผมอย่างมากเลยในการประชุมว่าเคยมา Thailand ที่กรุงเทพ และ FAUA ที่จังหวัดเชียงใหม่ และในที่สุดเราก็ได้งานนี้ เราเป็นหนี้บุญคุณทั้ง 2 ท่านเลย เพราะว่างานนี้สามารถทำให้วงการแพทย์ของเรายกระดับตัวเองไปได้อย่างมากมาย

ผมต้องไปทาง Prof. Arthur Smith อีกหลายต่อหลายครั้ง ที่ AUA บ้าง ที่งาน WCE บ้าง เพื่อจะได้แนะนำและรายงาน Program ของการเตรียมงานก่อนการจัดประชุมอีก 2 ปี เราต้องไปที่ Greek เกาะ Rhode Island ไม่น่าเชื่องานจัดหลัง New York ในปีต่อมา ไม่มี Live Surgery ไม่มี Coffee Break งานนี้แย่มาก ๆ ตั้งแต่เคยเห็นมา ส่วนปีต่อมาที่ Sao Paulo, Brazil นั้น ดีพอควร มี Live Surgery on lap Prostatectomy ทุกคนเข้าห้องประชุมหมด ไม่มีใครโดดร่มเลย ผมหมายถึงแขก (delicate) ต่างประเทศทุกท่าน เนื่องจากเมืองนี้ได้รับการเตือนมาแล้วว่าไม่ปลอดภัยเมื่อออกไปเดินคนเดียวข้างนอกถนน

คุณโจน สารสิน ถูกบังคับให้ทนนั่งดู Live Surgery อย่างน่าท้อเสียว 3 ชั่วโมงเต็ม ช่วงตลอดเวลาเพราะว่ามันน่ากลัว ไม่กล้าออกไปนอกห้อง งานนี้ได้ออกไปดู sight seeing ครึ่งวัน ก่อนกลับที่ผมประทับใจมากที่สุดคืองานแน่นดี ไม่มีใครโดดร่มระหว่างที่เราไป sight seeing พบว่ายามหมู่บ้านแห่งหนึ่งพกปืน ผมไม่เคยเห็นที่ไหนมาก่อนเลย แต่ Guide มั่นยืนยันว่าประเทศเขาปลอดภัยที่สุด คงจริงของมัน

ผู้หลักผู้ใหญ่ที่ช่วยมาสนับสนุน Urology ของเรานั้น ผมอยากจะยกให้ Prof. Michael Marberger ท่านมาทำ Workshop ให้เราที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนหน้านี้

the congress and the accommodation prices for hotels in Bangkok are cheaper than those of other candidates. Prior to the presentation for the bidding, I met Prof. Claud Schulman and Professor Michael Marberger and told them that I would participate in the bidding. Both of them were very supportive of my presentation in the meeting, telling the audience about their positive experience about their participation in the conferences in Bangkok and FAUA in Chiang Mai. Finally, we got this job. We have indeed been indebted to both of them. Hosting this congress has tremendously helped elevate the medical circle in Thailand. On this matter, I had to meet with Professor Arthur Smith several times at AUA and at the WCA meetings for his suggestions and updating the programmes in preparation for the congress to be held in two years time. We went to Rhode Island in Greece. It was unbelievable that despite the event took place a year after New York, there was still no presentation of live surgery and even coffee break. It was the poorest arrangement I have ever seen. The following year, in Sao Paulo, Brazil, the congress was rather well-organized with the presentation of live surgery on lap prostatectomy. All participants attended the congress. There was no single absentee. This was because all foreign delegates had already been warned off that it was unsafe to walk alone on the streets. Joan Sarasin was unfortunately forced to endure watching live surgery with fright for three full hours, because it was much more frightening to escape the congress room. We got half a day for sightseeing. I was impressed that the congress was fully attended, since there was no single absentee. During our sightseeing, we met some guards in one village and they carried guns. I had never seen anything like this before. Our tourist guide however confirmed to us that his country was the safest. That's perhaps true.

For all the well respected and senior surgeons who have been supporting our urology, I would like to give credit to Professor Michael Marberger. He helped us organize the workshop at King Chulakongkorn Memorial Hospital. Prior to

เราจะจัด WCE มีการทำ Work shop ใน Soft Body ที่ตึกลิ-รินธร ห้องผ่าตัดใน OR ท่านพาลูกน้องมีของท่านมาด้วย Prof. Michael Marberger มาอยู่ 4-5 วันไม่เคย charge เงินเราเลยสักบาทเดียว เมื่อผมได้ขออนุญาตคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ และมีการเสนอชื่อท่านเป็น member Number 1 คือเป็น Honorary Member คนแรก ท่านจะไปรดมากและจะพูดให้เพื่อนและแขกต่างประเทศฟังเสมอว่า ท่านเป็น Member คนที่ 1 เลขของ TUA ท่านเกิดวันที่ 5 ธันวาคม 2486 และมีการฉลองวันเกิดตอนที่เรจัด workshop กัน ภรรยาท่านเป็นอเมริกัน ชื่อ Lorrain หรือ Lory

ผมอยากจะเล่าเรื่อง Prof.Akihiko Okuyama คนที่พวกเราคุ้นเคย และช่วยเหลือสมาคมฯ และรับพวกเราหลายคนไปอยู่ด้วย เมื่อท่านได้ขึ้นเป็น Professor ใหม่ ๆ ท่านแวะมาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ Prof.Okuyama อาสาจะจัดให้ทุนไปเรียนต่อตั้งแต่นั้นมา ท่านก็ได้เป็นนายกสมาคม JUA ญี่ปุ่น และมี activity กับ UAA และ APSSM จึงทำให้ท่านมาเกี่ยวข้องกับ Activity ของ International มากขึ้น ท่านรับพวกเราไปอยู่ด้วยที่ Osaka หลายคน ทั้ง Short term, long term, Prof.Okuyama ได้รับเลือกเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ และสมาชิก Honorary Member ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยด้วย เช่นเดียวกับ Prof. Marberger ท่านเคยจัด work Shop ที่ประเทศญี่ปุ่น ตอนที่ Pfizer พาเราไปดูงาน Live Surgery ที่ Kitasato University และไปแวะ Osaka ด้วย ปัจจุบัน Prof.Okuyama รับงานเบา ๆ สุขภาพไม่ค่อยดีนัก แต่ยังอยู่ที่ Osaka ครับ ระลึกถึงท่านเสมอ อย่างตอนที่เรลำบาก จัดงานที่ภูเก็ต APSIR ตอนนั้นมีเหตุการณ์ 9-11 รัฐบาลประเทศ

the WCE event, we were running a workshop in soft body at Sirindhorn Building. At the operating room (OR), Professor Marberger also brought his staff with him. He stayed 4-5 days, advising us without charging us a single baht for his service. I consequently asked for the permission from the Association's executive committee to propose him to be the Association's Member Number 1, or in other words the first Honorary Member of the Association. Professor Marberger has always been very pleased to tell his friends and foreign delegates that he is Member Number 1 of TUA. He was born on December 5,1943. We celebrated his birthday during the time when he was helping us with the workshop.

I would also like to tell a story about Professor Akihiko Okuyama, who is our acquaintance. Professor Okuyama has been helping the Association and letting many of us staying with him. When he became a new professor, Professor Okuyama visited King Chulalongkorn Memorial Hospital and offered to provide scholarships for our physicians. He then held the post as president of JUA (Japanese Urological Association) and was engaged in many activities with UAA and APSSM, which led him to be more involved in international activities. He has welcomed many of us to stay with him in Osaka for both short and long term visits. Like Professor Marberger, he has also been granted Honorary Member of the Royal College of Surgeons of Thailand. Professor Okuyama once held a workshop during our study tour in Japan, when Pfizer Co. Ltd. took us to observe the live surgery at Kitasato University, after which we visited Osaka as well. At present, Professor Okuyama is doing some small work, because his health does not allow more. But he still lives in Osaka. He always remains in our thought. I can recall one incidence. When we were in trouble with organizing the APSIR event in Phuket, coinciding with the 9/11 attack, the Japanese government prohibited governmental officials to travel abroad. Professor Okuyama helped arrange to send almost all staff from his department to the meeting. Therefore, when the Japanese were in serious trouble because of the

ญี่ปุ่นห้ามข้าราชการออกนอกประเทศ ท่านก็จัดคนมาที่ภูเก็ตทั้ง Department เลย ฉะนั้นเวลาเขาลำบากตอนถูก Tsunami ที่ Sendai พวกเราไป Kamakura กันมากที่สุด

เรื่องสุดท้ายอยากจะเล่าให้ฟังเกี่ยวกับบุคคลสำคัญ ที่เคยช่วยเหลือสมาคมฯ เรามาโดยตลอด คือ คุณโจน สารสิน คุณโจนเคยเป็นเลขาอยู่ที่โรงแรมตะวันนา ก่อนลาออกมาทำ Organizer คุณโจนเป็นคนที่มีสมถะมาก ประหยัดมาก เวลาจะจัดการงานจะไม่ฟุ่มเฟือย และมีระเบียบ ไม่ชอบการกินอาหารแบบฝรั่ง กว่าพวกเราจะ convince แกให้ยอมกินแบบฝรั่ง, อาหารกล่องกับปิ่นโต น้ำแบบที่ทำ Lunch Symposium ก็ใช้เวลานานมาก วันที่อาจารย์พิชัย บุญยะรัตเวช บอกว่าจะสัมภาษณ์คุณโจน สารสิน เพื่อคัดเลือก Organizer จัดประชุมปี พ.ศ. 2536 ปีนั้นมี 2 บริษัทๆ เท่านั้นที่เสนอตัว คือคุณจันลีมา ปัจจุบันไม่อยู่แล้ว และบริษัทๆ ของคุณโจน พอสัมภาษณ์เสร็จมันพลิกกล็อก เพราะว่า ที่แรกผมคิดว่าของคุณโจนจะราคาแพง กลับปรากฏว่าถูกกว่าเยอะเลย ในปี พ.ศ. 2544 ก่อนจะมีงานประชุม WEC ปีนั้นเรามีงานประชุม APSIR ด้วย สมัยนั้น social network ยังไม่แพร่หลาย การส่งบทความบทความย่อ ทำโดย Fax ทั้งหมด พอใกล้จะปิดรับเครื่อง Fax จะไหม้เอา คุณโจนบอกว่าต้องขอประชุมด่วนเลย ปีนั้นคุณโจนเหมาเรา 2 งานในราคา 2,500,000 บาท พอคุยเรื่อง Fax เท่านั้นเราต้อง IT man ให้คุณโจนใหม่ โดยจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณได้ มีอะไรหลายอย่างมากมายที่คุณโจน สารสิน ได้ทำประโยชน์ช่วยดูแลจัดงานประชุมให้พวกเรามาจนงานเสร็จ รวมทั้งงานสุดท้ายในปี พ.ศ. 2555 งานประชุมวิชาการ UAA ที่พัทลุงด้วย คุณโจนไม่สบายป่วยเป็นโรค Insomnia ผมอยากให้พวกเราช่วยกันภาวนาให้คุณโจนให้ป่วยเร็ว ๆ

พวกเราได้จัดงานและมีวันนี้ได้ก็เพราะคุณโจน สารสิน ที่เป็นหนึ่งในทีม นอกเหนือจาก

Tsunami in Sendai, most of us travelled to Kamakura.

The last story I would like to tell, regarding important individuals who have always helped our Association, is about Joan Sarasin. Joan was the secretary at the Tawanna Hotel before he resigned to work as an organizer. Joan is a very modest man. He is very economical. Whenever he organized the events, he never spent lavishly. He is also very disciplined. He is not fond of western food. It took us a long time before we could convince him to try western-styled food, packaged food box or “pinto” tiffin carrier and drinks at the lunch symposiums. When Professor Pichai Bunyaratavej held an interview to select the organizer for a conference in 1993, there were two candidates for the job. One company was that of Chansima, who is no longer here, and another was Joan’s company. The result of the interview had a completely unexpected twist. In the beginning I thought Joan’s company must be expensive. On the contrary, his was a lot cheaper. In 2001, prior to the WEC conference, we also organized the APSIR conference. At that time, social network was not available. Sending articles and abstracts had to be done by Fax. When it was approaching the deadline, the fax machine was almost burnt. Joan had to call for an urgent meeting. That year Joan got two jobs from us at the price of 2,500,000 baht. When he mentioned about the problem with the fax machine, we then had to provide the IT man to fix it, necessitating us to increase the budget for Joan. He has indeed made significant contribution to the completion of many conferences for us, including the last one - the UAA at Pattaya in 2012. Joan is currently not well as he is suffering from insomnia. I would like us to pray for him to get well soon.

That we have been able to host all the conferences and have got a significant achievement today is truly because Joan Sarasin has been part of the team. Apart from that, Narisara Nakpairat is still going strong. Being

นริสา นาคไพรัช ที่ยังอยู่ยงคงกระพัน 8-) นะ ยังเป็นตัวอื่น ใคร ๆ ก็ตามนะ จองตัวเครื่อง บิน จัดงานประชุม จัดบันทึกการจัดประชุม ดู ตารางงาน พิมพ์งาน แลบบางทีคนจัด Work Shop ไม่มาให้มาประชุมแทนเคยมี Slogan ของนักการเมืองที่สุพรรณบุรีคนหนึ่งว่า “คิดอะไรไม่ออกบอกจองชัย” คนนั้นเป็นนะไปแล้ว เปรียบเหมือน 7-11 เลย

supportive to everyone, she has done everything, including booking air tickets, arranging the meetings, writing minutes for the meetings, checking timetable, printing out paper, and even attending the meetings on behalf of those who could not turn up. There is one slogan by a politician from Suphan Buri, saying: “You can’t think of it, tell Jongchai.” That person is always available just like the 7-11 convenient stores.

เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ
Kriangsak Prasopsanti
 Past President of TUA (2013-2015)



ตั้งแต่ผมเรียนจบแพทย์ ก็ได้เป็นสมาชิก ขององค์กรวิชาชีพแพทย์อยู่ 3 + 2 องค์กร โดย 3 องค์กรแรก ได้แก่ แพทยสภา (เป็น สมาชิก พ.ศ. 2524) ซึ่งต้องเป็นเพราะถูกบังคับ ไม่งั้นไม่ได้ไปประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต่อมา คือ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งสมัครตั้งแต่ได้รับวุฒิปัตตรา ศัลยศาสตร์ ททั่วไป (พ.ศ. 2530) ดังนั้นผมจึงเป็นสมาชิกราช วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในฐานะ ศัลยแพทย์ทั่วไป (ศท.) มาจนปัจจุบัน และ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) เมื่อได้รับวุฒิปัตตรา ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (พ.ศ. 2532)

Since I graduated from medical science, I have been a member of a few medical organizations. The first three organizations were: the Medical Council of Thailand (being a member since 1981) which one must join to get a medical license. The Royal College of Surgeons of Thailand was next, which I joined ever since I received a diploma in general surgery (1987). So, I have been a member of the Royal College of Surgeons, as a general member, up until now. The third organization was the Urological Association (Thailand) when I received the diploma of Urological Science (1989).

ส่วนอีก 2 สมาคมนั้น ไม่รู้ว่าเป็นสมาชิก ตั้งแต่เมื่อไร เพราะจำไม่ได้ว่าสมัคร (และไม่รู้ว่ายังเป็นสมาชิกอยู่หรือไม่?) คือ แพทยสมาคม และสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป อย่างไรก็ตาม องค์กรวิชาชีพแพทย์ที่ผมผูกพันและมีส่วน เกี่ยวข้องด้วยมากที่สุด คือ สมาคมศัลยแพทย์ ระบบปัสสาวะฯ เพราะผมเป็นหมอยูโร ทำ

For the other two organizations, namely the Medical Society and Society of Surgeons of Thailand, I don’t know when I became a member since I don’t remember applying (and I don’t know whether I am still a member). However, the medical organization which I feel attached to and am most involved in is the Thai Urological Association because I am a urologist, have made a living, and have continuously taught as a urological lecturer. If I had to perform general surgery (a difficult case), I can no longer do it.

มาหากินและสอนหนังสือในฐานะหมอยูโรมาโดยตลอด ตอนนี้จะให้ผมทำผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป (ที่ยาก ๆ) ผมก็ทำไม่เป็นแล้ว

ตอนผมสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะฯ เมื่อ พ.ศ. 2532 นั้นสมาคมฯ เพิ่งตั้งมาได้ 1 ปี เพราะก่อนหน้านี้ เป็น “ชมรมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ” ซึ่งมีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2508 โดยในปี พ.ศ. 2531 จากแนวคิดของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี ซึ่งขณะนั้นเป็นประธานชมรมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ต้องการยกระดับจาก “ชมรม” เป็น “สมาคม” เพื่อให้กิจกรรมและการติดต่อกับสมาคมของต่างชาติ ดำเนินไปได้อย่างราบรื่นยิ่งขึ้น สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) จึงถือกำเนิดขึ้น เมื่อ 12 กรกฎาคม 2531 โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี เป็นนายกสมาคมคนแรก และมีอาจารย์นายแพทย์วิโรจน์ ชดช้อย เป็นเลขาธิการคนแรก

ตั้งแต่ผมสมัครเป็นสมาชิกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2550 ผมก็ได้เข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมมาโดยตลอด โดยเข้าร่วมประชุมประจำปีของสมาคม ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี และได้มีส่วนเลือกตั้งกรรมการบริหารของสมาคม ทุก 2 ปี นอกจากนี้ในฐานะอาจารย์โรงเรียนแพทย์และสถาบันผลิตแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ก็ได้มีส่วนร่วมใน “Interhospital conference” สำหรับแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งถือเป็นกิจกรรมหนึ่งของสมาคม และได้เข้าเป็น “คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบ (อฝส.) สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา” ของแพทยสภา ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมดูแล การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และจัดสอบเพื่อวุฒิบัตร สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา โดยผมได้เข้าเป็นอนุกรรมการ ในฐานะตัวแทนของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แทนอาจารย์นายแพทย์

When I applied to be a member of the Urological Association in 1989, the Association had already been established for 1 year. Before that, it used to be “the Urology Society”, which had been running since 1965. In 1988, the idea came from Professor Phaitun Gojaseni, the President of the Urology Society at the time. He wanted to lift the standard of the group from “society” to “association” to allow activities and contacts with international organizations to continue more smoothly. So the Thai Urological Association was born on July 12, 1988, with Professor Phaitun Gojaseni as the first president of the Association and Dr. Viroj Chodchoy as the first secretary.

Ever since I became member of the Urological Association (Thailand), which later changed its name to the Thai Urological Association under the Royal Patronage on June 29, 2007 I have participated in the annual meetings. I have taken part in selecting the executive committee members every two years. Moreover, as a lecturer at medical school and the institute that trains urological residents, I have participated in the “interhospital conference” for medical residents. I have joined the “sub-committee for training and examining of urological science” under the Medical Council of Thailand. The sub-committee has the duty of controlling and overseeing the training of medical residents and organizing the examination for a certificate in urological science. I have represented the Faculty of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, in joining the sub-committee, in place of Professor Samrit Laorn-nual since 2001. Professor Samrit, himself, told me that I had been a lecturer long enough (longer than 10 years) and that he wished to see a newcomer in the sub-committee.

I took part in administering the Association for the first time, when I was elected as an executive member of the association between 2003-2005. At

สัมพันธ์ ลอนนวล ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เพราะอาจารย์สัมพันธ์ ท่านบอกว่าผมเองได้เป็นอาจารย์มานานพอแล้ว (มากกว่า 10 ปี) และอยากให้นำหน้าใหม่ ๆ เข้าเป็นอนุกรรมการฯ บ้าง

ผมมีส่วนในการบริหารสมาคมฯ ครั้งแรกเมื่อได้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการบริหารสมาคมฯ ช่วงปี พ.ศ. 2546-2548 และในครั้งนั้น กรรมการบริหารได้เลือก ศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชาติ กงกะนันท์ เป็นนายกสมาคม และอาจารย์อภิชาติ ได้มาบอกให้ผมไปเป็น เลขานุการสมาคมฯ ผมเลยได้เป็น เลขานุการสมาคมฯ ตั้งแต่เป็นกรรมการบริหารครั้งแรก!

ช่วงแรกที่ผมเป็นเลขานุการสมาคมฯ ผมก็หนักใจพอสมควร แต่ก็ถือว่าพอเอาตัวรอดไปได้ ซึ่งต้องขอบคุณท่านนายกสมาคม อาจารย์อภิชาติ และกรรมการทุกท่าน ที่ช่วยเหลือกันในการทำงานอย่างดี ผมก็เลยค่อนข้างสบาย และได้ผู้ช่วยเป็นเลขานุการคนเก่งที่ อาจารย์อภิชาติ ดึงเข้ามาทำงาน เมื่อปี พ.ศ. 2547 ซึ่งก็คือ คุณนริสา แซ่หุุ่น (นาคโพธิ์) ซึ่งเธอก็ยังอยู่ยังคงทำหน้าที่เป็นเลขานุการสมาคมฯ มาจนปัจจุบันนี้

ตั้งแต่นั้นมา ผมได้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการบริหารสมาคมฯ มาตลอด และได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในสมาคม เช่น กรรมการฝ่ายการศึกษาและวิจัย 2 สมัย (พ.ศ. 2548-2550, 2550-2552) ซึ่งโดยข้อตกลงของกรรมการบริหารสมาคมฯ จะให้กรรมการฝ่ายการศึกษาและวิจัย เป็นประธานคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบ (อฝส.) ของแพทยสภา ด้วย ผมจึงเป็นประธาน อฝส. อยู่ 2 สมัยด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ผมก็ได้รับแต่งตั้งให้เป็นกรรมการกลาง เป็นอุปนายกสมาคมฯ และในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 ก็ได้รับเลือกจากกรรมการบริหารสมาคมฯ ให้ดำรงตำแหน่งนายกสมาคมฯ คลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ช่วงที่เป็นนายกสมาคมฯ งานที่ผมผลักดันมากที่สุด ก็คือ งานส่งเสริมความรู้ทางด้านวิชาการ

that time the executive committee elected Professor Apichat Kongkanand to be the president of the Association, and he told me to take the position of the Association's secretary. That made me the Secretary of the Association for the first time as one of the executive committee members. In the beginning when I became the Secretary of the Association, I was considerably worried, but it was fine, for which I must thank the president of the Association, Professor Apichat, and every committee member who helped in the work. So I felt pretty relaxed, and I also got an assistant who was a capable secretary, whom Professor Apichat hired in 2004. Ms. Narisa Sae Hoon (Nakpairat) still remains the secretary of the association until today. Since then, I have been continuously elected to the executive committee of the Association and also have been appointed to take different positions in the Association, such as twice an educational and research committee member (2005-2007, 2007-2009). By the agreement of the executive board of the association, the educational and research committee member also takes the position of the president of the training and examination sub-committee of the Medical Council of Thailand. I therefore, also twice became the president of the Sub-committee of training and examination. Moreover, I have been appointed to the Central committee, have been the vice-president of the Association and during 2013-2015, I was elected by the executive board of the association to take the position of the president of the Urological Association of Thailand under Royal Patronage.

During the time that I was the president, the work that I encouraged the most was the work to enhance academic knowledge to all members. Therefore, I have set the goal that the Association will organize the academic conference at least 3 times annually, which are the annual academic conference which tended to

ให้กับมวลสมาชิก ดังนั้น ผมจึงตั้งเป้าหมายว่าสมาคมฯ จะจัดงานประชุมวิชาการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง ได้แก่ งานประชุมวิชาการประจำปี ซึ่งมักจะจัดตอนต้นปี (ประมาณเดือนมีนาคม-เมษายน) งานประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค โดยหมุนเวียนจัดตามภูมิภาคต่าง ๆ ประมาณปลายปี (พฤศจิกายน-ธันวาคม) และการประชุมวิชาการระยะสั้น ใช้เวลา 1-2 วัน เลือกตามหัวข้อต่าง ๆ ที่กำลังเป็นที่สนใจ และจะเป็นประโยชน์แก่สมาชิกของสมาคมฯ

สำหรับงานประชุมวิชาการส่วนภูมิภาคนั้น อันที่จริงก็พัฒนามาจากการจัดประชุมยูโรลจเจอร์ ซึ่งเคยจัดมาก่อนหน้านี้ แต่การจัดประชุมยูโรลจเจอร์เกิดจากความริเริ่มของบริษัทฯ ซึ่งจัดประชุมที่ต่างจังหวัด และเชิญวิทยากรจากสมาคม รวมทั้งเชิญสมาชิกของสมาคมฯ (บางส่วน) เข้าร่วมประชุม ดังนั้น topic และสมาชิกที่ถูกเชิญเข้าประชุม จึงเป็นเรื่องที่บริษัทฯ เลือก และตกลงกับสมาคมฯ ซึ่งต่อมาบริษัทฯ ก็มีปัญหาของตัวเอง เพราะไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายในการจัดบริษัทเดียวได้ จึงมีแนวโน้มจะเลิกไป กรรมการบริหารสมาคมฯ ได้พิจารณาเห็นว่า การจัดประชุมแบบยูโรลจเจอร์นั้น ยังมีประโยชน์ โดยเฉพาะกับสมาชิกในส่วนภูมิภาค จึงได้คิดรับมาจัดเอง โดยจัดหมุนเวียนตามภูมิภาคต่าง ๆ และจัด topic ให้เหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกในแต่ละภูมิภาค การสนับสนุนจากบริษัทฯ ก็สามารถขอการสนับสนุนได้จากทุกบริษัท ทำให้แต่ละบริษัทไม่ต้องรับภาระเพียงบริษัทเดียวอีกต่อไป สมาคมฯ จึงได้จัดประชุมส่วนภูมิภาคขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2557 ที่จังหวัดอุบลราชธานี และครั้งที่ 2 ที่โรงแรมทรูราชา เจบี จังหวัดสงขลาเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2559

สำหรับการประชุมวิชาการระยะสั้น (การประชุมฟื้นฟูวิชาการ) นั้น สมาคมเคยจัดขึ้นเป็นครั้งคราวก่อนหน้านี้ แต่ภายหลังได้ห่างหายไป จึงได้ริเริ่มหรือฟื้นฟูขึ้นมาใหม่ โดยได้จัดขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2556 เรื่อง “Update

be held at the beginning of the year (about March-April), the regional academic conference, which rotated to be held at various regional locations at the end of the year (November-December), and a short-term academic conference which takes 1-2 days. Topics chosen are in the interest of and useful for the Association's members.

For the regional academic conference, it has actually been developed from the Urology meetings on tour, which had been organized prior to it. But the Urology meetings on tour originated from the initiative of a pharmaceutical company, which organized meetings in the provinces and invited speakers from the association, including some members of the association to participate in the meetings. Therefore, the topics and the members invited were dependent on what the pharmaceutical company selected and agreed with the association. Later, the pharmaceutical company had problems of its own because it could not be the only company that was responsible for all the expenses incurred, so it considered discontinuing. The Association's executive committee then considered that the Uro meeting on tour was still useful, especially for the regional members, so it began to organize it itself by rotating the meetings to different regions and arranged the appropriate topics in accord with the needs of the members in each region. The support from pharmaceutical companies could be asked from different companies, allowing each company not to have to take the burden alone. The Association arranged first the regional meeting on November 20, 2014 in Ubon Rachathani and the second meeting at Hansa JB Hotel in Songkhla on January 22, 2016.

Prior to this, a short-term academic conference (refreshing academic conference) used to occasionally be organized but it later faded away, so the association considered a renewal. The first academic conference

Management of Prostate Cancer” ที่อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพฯ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์ เป็นหัวแรงสำคัญ และจัดเป็นครั้งที่ 2 เรื่อง “Voiding Dysfunction in Clinical Practice” เมื่อวันที่ 28-29 สิงหาคม 2557 และจัดต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

งานอีกด้านหนึ่ง ซึ่งผมพยายามสานต่อก็คือ การพัฒนาศักยภาพของสมาคม ให้เข้าสู่ระดับนานาชาติ ซึ่งมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ตั้งเป็นสมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) เมื่อ พ.ศ. 2531 โดยเราได้ริเริ่มก่อตั้ง “The Urological Association of Asia (UAA)” ร่วมกับชาติต่าง ๆ ในเอเชีย ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 โดยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชาติ กงกะนันทน์ เป็นตัวแทนเข้าร่วมประชุม ณ เมือง Fukuoka ประเทศญี่ปุ่น และได้ร่วมก่อตั้ง “Federation of ASEAN Urological Associations (FAUA)” เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2536 โดยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์ธงชัย พรรณลาภ เป็นตัวแทนสมาคม เข้าร่วมประชุม หลังจากนั้น สมาคมฯ ได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติ เป็นครั้งแรก โดยเป็นเจ้าภาพจัดประชุม “The 2nd Asian Congress of Urology (ACU)” เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536 ณ โรงแรมแชงกรีล่า กรุงเทพฯ โดยมีอาจารย์นายแพทย์พิชัย บุญยะรัตเวช เป็นประธานจัดงาน หลังจากนั้นสมาคมก็ได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการนานาชาติอีกหลายครั้ง ทั้ง FAUA Annual Meeting, World Congress of Endourology (WCE), APSSAM, APSIR เป็นต้น

ในสมัยผมเป็นนายกสมาคมนั้น FAUA ซึ่งเราเริ่มก่อตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เริ่มอ่อนแรงลง การจัดประชุม FAUA Annual Meeting ที่เคยจัดขึ้นทุกปี ก็ห่างหายไป จึงมีความพยายามจากหลายชาติสมาชิก เช่น มาเลเซีย อินโดนีเซีย รวมทั้งประเทศไทย ที่จะริเริ่มขึ้นใหม่ ประจวบ

to resume was hosted on December 11, 2013, with the title, “Update Management of Prostate Cancer” at the 50th year Chaleomprakiet Building, Bangkok, with Assistant Professor Choosak Paripattananont being the main driving force. The second conference, titled, “Voiding Dysfunction in Clinical Practice” followed, between August 28-29, 2014, and it has been organized continuously until now.

Another work that I have tried to continue was to develop the Association up to international standards. This has been continuously done since it was established as Urological Association (Thailand) in 1988. We took the initiative in founding “The Urological Association of Asia (UAA)”, together with other nations in Asia since 1990, by having Professor Apichat Kongkanand as the representative to attend the meeting at Fukuoka, Japan. And we co-founded “Federation of ASEAN Urological Associations (FAUA)” in October, 1993, having Professor Thongchai Bhanalaph as the representative of the Association in the conference. Later, the Association hosted the international academic conference for the first time on November 30, 1993, at the Shangrila Hotel, Bangkok, having Professor Pichai Bunyaratavej as president. From then on, the Association has hosted international conferences several times including the FAUA Annual Meeting World Congress of Endourology (WCE), APSSAM, APSIR, APSSAM, APSIR, (UAA), for example.

During the period that I was the Association’s president, the FAUA which we co-founded in 1994, began to weaken. The organizing of the FAUA Annual Meeting, which used to be done every year, began to fade. Therefore, there were attempts from many member nations, such as Malaysia, Indonesia and Thailand to renew it. This coincided with the announcement to set up the ASEAN Economic

กับช่วงนั้นกำลังจะมีการประกาศก่อตั้ง ASEAN Economic Community (AEC) โดย 10 ชาติสมาชิกสมาคม ASEAN ขึ้นในปี พ.ศ. 2558 ซึ่ง AEC นี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ด้วย ดังนั้น หลายชาติจึงเห็นว่า FAUA ควรจะดำเนินต่อไป จึงได้มีการนัดหมายประชุมรื้อฟื้น FAUA ขึ้นใหม่ ในการประชุมวิชาการประจำปี ของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ณ โรงแรม The Zign พัทยา ระหว่างวันที่ 25-27 เมษายน 2577 โดยมีตัวแทนจากประเทศไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ เวียดนาม และพม่า เข้าร่วมประชุมและตกลงให้มีการรื้อฟื้น FAUA และจัดประชุมประจำปีต่อเนื่องทุกปี โดยให้จัดร่วมกับการประชุมประจำปีของสมาคมยูโรของประเทศนั้น ๆ ซึ่งก็ได้มีการจัดประชุม FAUA Annual Meeting ขึ้นใหม่เป็นครั้งแรก (นับเป็นครั้งที่ 18 ของ FAUA นับแต่เริ่มก่อตั้ง) ที่เมืองปิ้ง ประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ 20-23 พฤศจิกายน 2557 หลังจากนั้นยังได้ผลักดันให้มีการประชุมร่วม “Joint Session of EAU and FAUA” ขึ้นในการประชุม EAU’15 ณ เมือง Madrid ประเทศสเปน เมื่อวันที่ 22- 24 มีนาคม 2558 โดยมีวิทยากรจากประเทศอาเซียนรวมทั้งจากประเทศไทย (คือรองศาสตราจารย์นายแพทย์สุนัย ลีวันแสงทอง) เข้าร่วมประชุมด้วย และมีการจัด Joint Session EAU-FAUA ต่อเนื่องมาทุกปี

หลังจากผมพ้นภาระการเป็นนายกสมาคมฯ ผมก็ไม่ได้ลงสมัครเป็นกรรมการบริหารอีก แต่ยังคงได้รับแต่งตั้งเป็นที่ปรึกษาสมาคมฯ ต่อมา ตลอดเวลาเกือบ 30 ปีที่ผมเกี่ยวข้องกับสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ผมสังเกตเห็นและอยากฝากน้อง ๆ รุ่นต่อไป เกี่ยวกับสมาคมยูโรของเรา คือ สมาคมเราเป็นสมาคมที่มีความสามัคคี มีความเป็นพี่เป็นน้อง มีความเอื้ออาทรให้แก่กัน อย่างเห็นได้ชัดที่สุด เราอยู่ร่วมกันโดยไม่มีการแบ่งสี แบ่งค่าย แบ่งสถาบัน ผู้ใหญ่มีความเมตตาและช่วยเหลือผู้น้อย ผู้น้อยมีความเคารพและกตัญญูต่อผู้ใหญ่ ซึ่งผมเห็นว่าเป็นจุดแข็ง

Community (AEC), by 10 nations in 2015. Since AEC would also involve medical concerns, many nations considered that FAUA should continue. So it was planned to have FAUA renewed at the annual academic conference of the Urological Association of Thailand under Royal Patronage at the Zign Hotel in Pattaya between April 25-27, 2014 with representatives from Thailand, Indonesia, Malaysia, Singapore, Vietnam and Burma joining in the meeting. There was an agreement to renew FAUA and to organize annual meetings continuously by holding it in conjunction with the annual conference of that country’s urological association. The FAUA Annual Meeting resumed for the first time (this was considered the 18th of FAUA since its inception) in Penang, Malaysia on November 20-23, 2014. From that time on there was an attempt to hold the “Joint Session of EAU and FAUA” in the meeting of EAU’15 at Madrid in Spain on March 22-24, 2015 with speakers from ASEAN countries, including Thailand (Associate Professor Sunai Leewansangthong) joining in the meeting. Joint Sessions of EAU-FAUA have also been organized consecutively every year.

After I left the position of the Association’s president, I did not join as an executive committee member again, but I was later appointed as adviser to the Association. For the almost 30 years that I was involved with the Urological Association of Thailand under Royal Patronage, I have noticed and would like to pass on to the future generations that our association is the association that has been united, has a sense of brotherhood, cares for one another that can be most clearly visible. We live together without dividing into colors, camps, institutes. The superiors have compassion and assist the inferiors. The inferiors have respect and gratitude toward the more senior ones. This I see as the strongest point

ที่สุดของสมาคมเราและอยากให้พวกเราทุกคนรักษาจุดแข็งนี้ไว้ให้คงอยู่ตลอดไป ความแตกต่างในความคิดเห็นนั้นเกิดขึ้นได้และควรเกิด เพราะเป็นต้นกำเนิดของการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่า แต่อย่าให้เกิดความแตกแยก ขอให้เรารักษาความเป็นปึกแผ่นของสมาคมไว้....ตลอดไป...ครับ

of our association, and I urge us all to retain this strong point at all times. Differences in opinion can happen and should because it is the origin of development and change for the better, but do not let it lead to divisions. May we maintain the solidarity of the association forever.

สุชัย สุนทรภา
Suchai Suntarapa
Senior Urologist



ข้าพเจ้า นายแพทย์สุชัย สุนทรภา จบจากโรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2516 จบวุฒิปริญญาตรีศัลยศาสตร์ทั่วไป เมื่อปี พ.ศ. 2519 อาจารย์ทองอวบ อุตรวชิเยชชวนไปสอนที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519-2525 รวมประมาณ 5-6 ปี สอนนักศึกษาแพทย์ประมาณ 7 รุ่น รุ่นแรกยังเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 สอนศัลยศาสตร์ทุกระบบ ไปช่วยผ่าตัดและอยู่เวรที่โรงพยาบาลขอนแก่น หลังจากนั้นก็ย้ายมาที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่สาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา โดยความกรุณาของอาจารย์โชติ พาณิชกุล ความประทับใจของข้าพเจ้าคือได้สอบอนุปริญญาตรีศัลยศาสตร์ยูโรวิทยารุ่นเดียวกับอาจารย์ดำรงค์พันธุ์ วัฒนะโชติ ได้ทำงานร่วมกับอาจารย์ในสาขาวิชาและภาควิชาศัลยศาสตร์ สอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

I myself, Doctor Suchai Soontrapa, has graduated from Siriraj Hospital in 1973 and also obtained the Diploma in General Surgery. In 1976, Arjam Thongauab Uttarawichien asked me to join teaching staff at Faculty of Medicine, Khon Kaen University and stayed there from 1976-1982 (6 years). I taught the students for 7 years, with the first class being in the 5th year of education. I taught about general surgeries, operated surgery on the patients and was also on duty at Khonkaen hospital. In 1982, I moved to Faculty of Medicine Siriraj Hospital and later on to Urological surgery division at Mahidol University under kindness of Arjam Chote Panichkul. My impression at that time was to pass the examination for the Diploma in Thai Board of Urology with Arjam Damrongpun Watanachote in the same class. Since then, I have worked with the staffs of both Division of Urology and Department of Surgery and also heavily involved in training of the medical students and residents.

ในชีวิตครั้งหนึ่ง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ขณะพระชนมายุ 75 พรรษา มีปัญหาเรื่อง BPH อาจารย์สงคราม ทรัพย์เจริญ ได้เชิญให้ข้าพเจ้าและทีมแพทย์พยาบาลไปถวายการตรวจ rectal examination ที่สวนจิตรลดา ตอนนั้น ระบบประสาท sympathetic ทำงานสุดขีด ตัวร้อนไปหมด หัวใจตกไปที่

เท้า พอตรวจเสร็จทุกอย่างก็เข้าทั้งหมด จากนั้น กราบทูลสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเรื่องการตรวจและแนะนำ TURP ซึ่งหลังจากนั้น ได้กราบถวายการรักษาด้วยการผ่าตัด TURP ที่โรงพยาบาลศิริราช โดยมีแพทย์จากสหรัฐอเมริกาถวายการผ่าตัดให้ และมีทีมแพทย์จากหลายคณะแพทยศาสตร์มาเป็นพยานและสังเกตการผ่าตัดด้วย

ทางด้านสมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ข้าพเจ้าได้เข้าร่วมประชุมปีหนึ่ง 2 ครั้ง มีการประชุมประจำปี และประชุมส่วนภูมิภาค ได้พบกับแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ที่จบวุฒิปัตตแพทย์ที่แต่งงานแล้ว กับภรรยา และบุตรวัยต่าง ๆ กัน ตลอดจนแพทย์รุ่นพี่ แพทย์อาวุโสและภรรยา พูดได้ว่าพบกับวงจรชีวิตในการประชุมแต่ละครั้ง ส่วนอาจารย์อาวุโสที่มาไม่ได้ เพราะป่วยหรือชรา ไม่สะดวกมา ก็ขาดหายไปเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด

ทางสมาคมมีการจัดงานแสดงมุทิตาจิตกับอาจารย์อาวุโสทุกปี ซึ่งเป็นที่น่าชมเชยและงดงามควรรักษาและทำทุกปีอย่าขาดหายไป ที่สำคัญของความเป็นแพทย์ อย่าลืมคำสอนของสมเด็จพระราชาบิดา ดังต่อไปนี้

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง

ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง

ลาภทรัพย์และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง

ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”

จงดำเนินชีวิตด้วยความเรียบง่าย ถ่อมตน อย่าลืมนิชาการ จงขยัน อดทน มีศีล 5 พรหมวิหาร 4 ให้พร้อม ช่วยเหลือ

Here was the most impressive and exciting moment of my life. Our beloved His Majesty King Bhumibol Adulyadej, at the age of 75, had the problem of benign prostatic hyperplasia (BPH). Arjam Songkram Supcharoen asked me to join the doctor and nurse team to perform digital rectal examination on H.M. King at Chitralada Royal Villa. While examining on him, I felt very exciting with my sympathetic nerve function worked to its limit. I felt hot in my body and my heart moving down to the feet. After the smooth examination, we reported H.M. King about his condition in general and related to the examination. We suggested transurethral resection of the prostate (TURP) to H.M. King. TURP was performed at Siriraj Hospital by an American expert doctor and witnessed by the Thai doctor team with members from several Faculties of Medicine.

Annually, The Thai Urological Association under the Royal Patronage (TUA) arranges 2 meetings a year, one is The Annual Meeting and another one is the meeting in the region of Thailand. All kinds of doctors attend and exchange information during the meetings. These doctors include residents, urologists, single and married doctors, seniors and juniors, some also bring their couples and children along for social interactions. The only sad thing is the increasing disappearance of our beloved Senior Urologists due to either sickness or pass-away.

In every year, TUA also arranges the Thai traditional “Muthita Jit” ceremony for the members to show gratitude to the Senior Urologists. This activity is admirable and should be maintained forever.

To obtain complete doctor, please do not forget the following teachings of our beloved Father of H.M. King. He suggested:

“Work for the people first before ourselves.

Practicing doctor with pure Dhamma would bring luck, property and honor to the concerned person.

Spend a simple life with simplicity, humbleness, academic-oriented, diligence, endurance,

เพื่อนมนุษย์และเพื่อนแพทย์ (A friend in need is a friend indeed)

ขณะปฏิบัติงานอยู่ได้มีโอกาสดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายหลายคนซึ่งเป็นแรงบันดาลใจให้ข้าพเจ้า อาจารย์อนุพันธ์ ต้นติววงศ์และอาจารย์ ดร.ผ่องพักตร์ ทิพย์พันธุ์ ได้เรียบเรียงหนังสือเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นมา และก็ได้นำมาแจกให้พวกเราด้วยในวาระครบ 30 ปี ของสมาคม

มีพระราชโองาตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช กล่าวไว้ว่า

งานของครูเป็นงานพิเศษ ผิดแปลกกว่างานอื่น ๆ กล่าวในแง่หนึ่งที่สำคัญก็คือว่าครูจะหวังผลตอบแทนเป็นความดี ความร่ำรวย หรือทางวัตถุเป็นที่ตั้งไม่ได้ ผลที่ได้ส่วนสำคัญจะเป็นผลทางใจซึ่งผู้เป็นครูแท้ก็จะพึงพอใจและภูมิใจอยู่แล้ว

5 Precepts and 4 Sublime Stages of mind.

Be ready to help others as well as friends in own discipline (physicians)”

(A friend in need is a friend indeed)

During working, I had the chance to observe many patients struggling at the final stage of life. That observation inspired me and my friends, Arjarn Anuphun Tantiwong and Arjarn Pongpak Tipyapan, to compile the book on how to take care of the patients at the final stage of life. The concerned books were disseminated in the 30-anniversary year of TUA.

There is one Royal Guidance of our beloved H.M. King Bhumibol, which related directly to all teachers. He said “Works of teachers are very special and much different from other works. True teachers cannot expect the returns in the form of money or things but rather results in mind which should be satisfied and proud.”

การจัดประชุมวิชาการจากยุคชมรมฯ มาสู่ยุคสมาคมฯ

Academic Conference from “Society” to “Association”



| กฎภา รัตนโอฟ้า

ปีนี้ เป็นปีที่สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของเรามีอายุครบ 30 ปี ถ้านับเป็นอายุของคนก็เหมือนหมอยุโรหนุ่มสาวอายุ 30 ปี ซึ่งส่วนใหญ่จะเพิ่งจบการฝึกอบรมกันมาใหม่ ๆ เริ่มเป็นหมอยุโรเต็มตัว กำลังห้าว กระตือรือร้น อยากรู้อยากเห็น ซึ่งก็เป็นเช่นนั้นจริง ๆ เพราะสมาคมฯ ของเราก็กำลังเป็นสมาคมที่มีบทบาทโดดเด่นสมาคมหนึ่ง ไม่เฉพาะแต่ระดับประเทศเท่านั้น แต่อยู่ในระดับนานาชาติก็ว่าได้ และถ้านับตั้งแต่ก้าวแรกที่ครูบาอาจารย์ทางยูโรของเราได้รวมตัวจัดตั้งเป็นชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเมื่อปลายปี พ.ศ. 2507 ก็จะทำให้เห็นว่าสมาคมฯ บัดนี้เป็นผู้ใหญ่เต็มตัวทีเดียว

ผมจบแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อปี พ.ศ. 2514 แพทย์ที่จบปีนั้นจะนับว่าเป็นแพทย์ใช้ทุนของรัฐรุ่นแรก ดังนั้นหลังจากจบแพทย์ฝึกหัดในปี พ.ศ. 2515 ก็ได้แยกย้ายออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐทั้งในกรุงเทพฯ หรือส่วนภูมิภาคเป็นเวลา 3 ปี ในช่วงนั้นประเทศของเรายังขาดแคลนแพทย์มาก จึงได้เริ่มมีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในสาขาต่างๆ การเป็นแพทย์ประจำบ้านก็ถือว่าเป็นการใช้ทุนด้วย ผมจึงสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป ที่รามาริบัติ ในปีนั้น ยังมีการอบรมเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไปอยู่สาขาเดียว เพราะราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ยังอยู่ในช่วงก่อตั้ง มีแต่คณะอนุกรรมการสอบความรู้ ความชำนาญในการประกอบ

| Krisada Ratana-Olarn

Past president of TUA (2005-2009)

Our Thai Urological Association under the Royal Patronage (TUA) becomes 30 years in this year. If we count the age as people, our association would be a young 30-year-old urologist who has just finished the training. Starting to be a mature urologist, who has spirited, enthusiastic and waded through all works. That is true. Our association is in the same way, we are one of outstanding associations not only in the country but also in the international position. Since the first step that our urological teachers joined together and establish the Urology Society of Thailand in 1964, now our association is grown up to be a mature.

I have graduated Doctor of Medicine in 1971. Doctors who graduated in this year were the first government medical intern. Therefore, after graduated practitioner in 1972, we would separate to work at government hospitals in Bangkok or other regions for 3 years. Our country had a shortage of doctor problem at that time. They started to have residency training programme in many filed. Being the resident is

วิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ภายใต้การกำกับดูแลของแพทยสภาเท่านั้น (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ได้รับการประกาศตั้งเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2518) พอขึ้นเป็นแพทย์ประจำบ้านปี 2 ศาสตราจารย์ไพฑูรย์ คชเสนี หัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะในขณะนั้น ได้ชักชวนให้ผมเรียนยูโร ซึ่งผมลังเลใจอยู่พักหนึ่ง เพราะเห็นว่ายังไม่มีหลักสูตรอบรมเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ยูโร แต่อาจารย์ไพฑูรย์ บอกว่าอาจารย์กำลังประสานกับคณะกรรมการอยู่ คิดว่าคงจะจัดให้มีการสอบบอร์ดยูโรทันแน่ ผมก็เลยเปลี่ยนใจมาเรียนยูโร แต่พอจบเมื่อ พ.ศ. 2518 บอร์ดยูโรก็ยังไม่เรียบร้อยเลยต้องมาสอบศัลยศาสตร์ทั่วไปแทน การฝึกอบรมยูโรเป็นทางการมาเริ่มภายหลังผมได้บรรจุเป็นอาจารย์แล้ว และมีผู้จบการอบรมและสอบได้วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ยูโรจริง ๆ เป็นชุดแรกเมื่อปี พ.ศ. 2522

จากข้อมูลต่าง ๆ เท่าที่รวบรวมมาได้ ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะได้เริ่มมีการจัดประชุมวิชาการเป็นครั้งแรกที่ รพ.หญิง (รพ.ราชวิถีในปัจจุบัน) เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2508 ลักษณะดูคล้าย ๆ การจัด Interhospital Conference ในปัจจุบัน มีการรายงานผู้ป่วย และวิจารณ์ออกความเห็น รวมทั้งปรึกษาปัญหาเบ็ดเตล็ดกัน ในปีนั้นจัดอยู่ 6 ครั้ง สลับไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในปีถัดไปมีการจัดอยู่ 5 ครั้ง และมีจัดกันในโรงพยาบาลต่างจังหวัดบ้าง หลังจากนั้น ก็ไม่เห็นบันทึกอะไรอีก และไม่แน่ใจว่าจัดถี่ ห่าง แคไหน แต่ผมได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมวิชาการของชมรมตอนเป็นแพทย์ประจำบ้านยูโรแล้ว บรรยายภาคอบอุ่น เป็นกันเอง แบบพี่ ๆ น้อง ๆ มีคนเข้าร่วมไม่มากนัก เพราะช่วงนั้นหมอยูโรยังมีกันไม่กี่คน การประชุมก็เป็นแบบถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ให้ความเห็นและคำแนะนำเสนอแนะ ไม่เคยเห็นการทะเลาะเบาะแว้งหรือตำหนิอะไรกันเลย การได้มีกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอจะเป็นแบบอย่างให้หมอยูโรในรุ่นต่อ ๆ มาทำตาม จนเป็นที่กล่าวขานกันในวงการ

paying back the government scholarship, too. Thus, I applied to be a general surgery resident at Ramathibodi. They had only Diploma of the Thai Board of Surgery because the Royal College of Surgeons of Thailand had been establishing. They also had only the comprehensive examination committees for Board of Surgery under the Medical Council of Thailand. The Royal College of Surgeons of Thailand was official announced to be established in 1975. In the second year of resident, Professor Phaitun Gojaseni, Chief of Division of Urology at that time, persuaded me to train in Urology but I had been hesitated for a while since they did not have the Diploma in Urology. But Professor Phaitun said he was coordinating with the committee and Board examination would be prepared in time. So, I decided to train in Urology. But when I had graduated in 1971, Board of Urology was not ready. I had to examine in General Surgery instead. The official Urological training had started after I was a teacher. And the first graduates received Diploma of Thai Board of Urology in 1979.

From information that able to compile, Urology Society of Thailand had a first academic conference at Female Hospital (Rajavithi Hospital at present) on January 9, 1965. It resembles Interhospital Conference nowadays which has patient reporting, discussion and consulting in miscellaneous problems. We had 6 conferences in that year, changed the place to various hospitals. The following year, we had 5 conferences and arranged in provincial hospitals sometime. No mention about the frequency and information about the conference afterward. I had chance to participate in the academic conference of the society when I was a urological resident. It was a cozy conference. There were not many people participate in because we had a few urologists at the time. The conferences were reciprocal. We would exchange the opinions and

เห็นว่า พวกเราเป็น “Friendly urologists” ก็ได้ การประชุมเริ่มมีการเปลี่ยนรูปแบบเป็นการจัด ประชุมวิชาการประจำปี โดยจัดเป็นครั้งแรกที่โรงแรม Bangkok Palace เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2520 และ หลังจากนั้นก็มี การจัดประชุมวิชาการประจำปีอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะจัดในต่างจังหวัดและมักจะ เป็นเดือนเมษายน ซึ่งเป็นช่วงปิดเทอมใหญ่ โดยมี วัตถุประสงค์หนึ่งเพื่อให้สมาชิกได้พาครอบครัวไปร่วม ลังสรรค์ด้วย ต่อมาหลังจากหลักสูตรการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้านเข้าที่เข้าทางดีแล้ว จึงได้มีการจัด อบรมระยะสั้นประมาณ 1-2 วัน เพิ่มขึ้นมาอีกปีละ ครั้ง นอกเหนือไปจากการจัดประชุมวิชาการประจำปี โดยเริ่มเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2523 การเจริญ เติบโตของสมาคมฯ มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับ เริ่มมีบริษัทเอกชนที่จำหน่ายยาและอุปกรณ์ทางการ แพทย์เข้ามาร่วมสนับสนุนมากขึ้น จึงได้ไปจัดประชุม วิชาการประจำปีตามโรงแรมใหญ่ที่มีห้องประชุมและ สถานที่สำหรับออกบูธ เช่น ที่พัทยา หรือ ชะอำ โดยเฉพาะที่โรงแรม The Regent ชะอำ เรามักจะจัดอยู่ เป็นประจำ แต่ต่อมาที่นั้นก็เล็กเกินไปเสียแล้วสำหรับ การจัดประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ เพราะ มีทั้งการประชุมในห้องประชุมใหญ่ มีการแยกจัดใน ห้องประชุมย่อย ขณะเดียวกันสถานที่สำหรับออกบูธ ก็มีไม่เพียงพอ เลยต้องย้ายไปจัดที่โรงแรมที่สามารถ ให้การรองรับได้ดีกว่า ระยะเวลาปีที่ผ่านมานี้ มักจะ จัดกันที่โรงแรม The Zign พัทยากันค่อนข้างบ่อย

ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมานี้ การประชุม วิชาการของสมาคมฯ มีการปรับปรุงรูปแบบ และ พัฒนาก้าวหน้าขึ้นไปตามลำดับ การประชุมจาก 1 วัน เพิ่มเป็น 2 วัน จนถึง 3 วัน อย่างในปัจจุบัน ใน การประชุมจะมีปาฐกถาพิเศษอยู่ 2 อย่างคือ ปาฐกถา “สมัย จันทวิมล” และปาฐกถา “ไพฑูรย์ คชเสนี” จัดเพื่อเป็นเกียรติแก่ประธานชมรมฯ และนายก สมาคมฯ ท่านแรกตามลำดับ การประชุมบ่อยครั้ง จะจัดพร้อมกันหลาย ๆ ห้อง เนื่องจากมีความหลากหลายทางวิชาการมากขึ้น และผู้เข้าร่วมประชุมมี ความสนใจแตกต่างกัน

suggestions, never had any arguments or criticism. Having activities constantly, might be the role model of urologists in the next generation to follow. Until the other fields reputes us are “Friendly Urologists”. The conference format was changed to annual academic conference first time at Bangkok Palace Hotel around 1977 and arranged every year afterward. Mostly, the conference arrangements at provincial areas on April, during school break because one of our objectives for members is to bring their family to join together. After Residency Training in Urology Course has been completed, we arrange additional course for short-term training for 1-2 days once a year starting in 1980 beside the annual academic conference. Since our association is growing up, many pharmaceutical and medical equipment companies offer to be sponsors. The Annual Meeting of TUA is arranged in large hotels where have conference rooms and space for sponsor company exhibition, such as Pattaya or Cha-am. We used to arrange the Annual Meetings at Regent Cha-am Hotel frequently. But later it is inadequate for the Annual Meeting which need bigger conference room, more small meeting rooms and more space for sponsor company exhibitions. Then, we move to other hotels that appropriate our needs. Past many years, the Annual Meetings have arranged mostly at The Zign Hotel Pattaya.

In past 10 years, the Annual Meeting of TUA is revised and progressive improved the format accordingly. The Annual Meeting started from one day to two days until three days at the present. In the Annual Meeting we have two exclusive discourses which are “Samai Chanthawimol” discourse and “Phaitun Gojaseni” discourse to honor the first Chairman of the Society and the first President of the TUA. Frequently, the meeting is arranged in separate rooms the same time because there are more academic diversities

ในการประชุมนอกจากมีการจัดบรรยายในรูปแบบต่าง ๆ แล้ว ยังมีการเสนอและประกวดผลงานวิจัย ทั้งในแบบ oral และ video presentation มีการเชิญวิทยากรและแพทย์จากต่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศอาเซียน เข้าร่วมปีละหลายคน ซึ่งต่อมามีบางคนก็ได้เป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของสมาคมฯ จากการที่ได้เสียสละช่วยเหลือสมาคมฯ อยู่สม่ำเสมอ การได้เชิญแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาร่วมงานของเรา ทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือกัน นับว่าเป็นประโยชน์กับสมาคมฯ และสมาชิกเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ทางชมรมพยาบาลยูโร ก็เข้ามาร่วมจัดประชุมกับสมาคมฯ ด้วย ทำให้การประชุมวิชาการประจำปีในแต่ละครั้งมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนมาก

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการจัดประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ อีกอย่างหนึ่งคือการนำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ตอนเริ่มใหม่ ๆ ก็มีข้อกังวลว่าผู้บรรยายหลายคนไม่ค่อยถนัดภาษาอังกฤษ ผู้ฟังก็ไม่ค่อยเข้าใจและไม่ค่อยกล้าซักถาม จึงมีข้อเรียกร้องให้กลับไปใช้ภาษาไทยเหมือนเดิม แต่ทางสมาคมฯ เล็งเห็นว่าทักษะในการสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าคนของเราขาดความรู้ความชำนาญในเรื่องภาษาแล้ว เราจะเสียเปรียบชาติอื่นมาก จึงยืนยันการใช้ภาษาอังกฤษในการประชุมวิชาการประจำปี ส่วนการบรรยายหรือการเสนอผลงานทางวิชาการเป็นภาษาไทย ให้ไปใช้ในการอบรมระยะสั้นหรือการประชุมอื่น ๆ ซึ่งในปัจจุบันเป็นที่ปรากฏชัดเจนแล้วว่าสมาชิกของเรามีความสามารถในการนำเสนอเป็นภาษาอังกฤษดีขึ้นมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแพทย์รุ่นใหม่ หมอยูโรของเราหลายคนเป็นวิทยากรที่มีชื่อเสียงในระดับนานาชาติ นับว่าเป็นเรื่องที่น่าภาคภูมิใจยิ่ง

งานทางวิชาการของสมาคมฯ ที่ได้จัดเพิ่มขึ้นมาใหม่อีกอย่างหนึ่งนอกเหนือจากการประชุมอบรมระยะสั้น คือการจัดประชุมยูโรสัญจร ซึ่งจัดเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2548 เนื่องจากก่อนหน้านี้ทางบริษัทเอกชนมักนิยมพาสมาชิกสมาคมยูโรไปประชุมเป็นกลุ่มย่อย ๆ ตามต่างจังหวัดอยู่เสมอ จึงดำริให้มีการประชุมวิชาการ

and attendee interest differently. Addition to many kinds of lectures, there were research presentation and competition which in form of oral and video presentation. We also invited many international speakers and audiences mainly from South East Asia to participate in our meeting. Later on, some of them became to be the Honorary Members of TUA from their continuous generosity to our association. Cause from inviting doctors from many countries, the strong connection was established. This international network is very useful to TUA and members. Furthermore, the Society of Urological Nurses joins our Annual Meeting lead to our meeting has many attendees.

One of important changes in the annual scientific meeting is to use English language for presentation which was started in 2006. At the beginning, there was worrisome that many of presenters might not familiar with English language and hesitate to ask questions. So, there was a request to return to use Thai Language again. But TUA considered that communication skill is very important. If our members loss of knowledge and skill in English language, we will be losing in the competition to other people in other countries. So TUA still insist to use English language in Annual Meeting. Otherwise, Thai language can be used in short courses or other small meetings. Presently, it is obvious that our members are improving in English language in presentation especially in the new generation doctors. It is so proud that some of our urologists are the famous international lecturers.

TUA provided one more scientific meeting addition to the refreshing course that was the TUA Roaming Meeting. The First TUA Roaming Meeting was held in 2005. Because of in the past many pharmaceutical companies usually sat

ที่มีขนาดย่อม ๆ โดยมีบริษัทเอกชน 1-2 แห่ง เข้ามาร่วมสนับสนุนการประชุมที่จะหมุนเวียนไปจัดในโรงพยาบาลในภาคต่าง ๆ สลับกันไป เพื่อที่สมาชิกจะได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมมากขึ้น โดยเฉพาะสมาชิกที่ทำงานในภาคที่มีการจัดประชุมครั้งนั้น การประชุมยูโรลัฏญจรประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี แต่ในช่วง 4-5 ปี ที่ผ่านมานี้ได้เปลี่ยนรูปแบบใหม่ เรียกว่าการประชุมยูโรลัฏญจรภูมิภาค ซึ่งมีลักษณะคล้ายประชุมวิชาการประจำปีเหมือนกัน แต่ให้มีขนาดเล็กลงมาหน่อย และให้บริษัทเอกชนต่าง ๆ มีโอกาสร่วมออกบู๊ธไม่จำกัดแค่ 1-2 บริษัท เหมือนประชุมยูโรลัฏญจร เพราะจะเป็นภาระแก่ผู้เข้าร่วมสนับสนุนมาก เนื่องจากจำนวนสมาชิกของเรามีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

สิ่งหนึ่งที่เราควรได้รับการพูดถึงคือการจัดงานแสดงมุทิตาจิตแด่อาจารย์ยูโรลัฏญจร เพื่อเป็นการรำลึกถึงคุณงามความดีของอาจารย์จากทุกสถาบัน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่พวกเรา โดยจัดเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2550 ที่โรงแรม The Emerald และจากนั้นเป็นต้นมา ก็มีการจัดงานดังกล่าวในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

สมาคมฯ ของเราได้มีโอกาสจัดประชุมยูโรลัฏญจรระดับนานาชาติมาแล้วเป็นจำนวนไม่น้อย ทั้งระดับอาเซียน ระดับเอเชีย และแม้แต่การประชุมระดับโลก เวลาทางสมาคมฯ ส่งคนไป bid การประชุมอะไรสักก็จะประสบความสำเร็จ เพราะต่างชาติเชื่อมั่นในศักยภาพของเรา ซึ่งชอบในอธรรยาศัยไมตรีอันดีงาม มีน้ำใจ ประกอบกับประเทศไทยมีความพร้อมของสถานที่ประชุม และมีความน่าดึงดูดใจให้คนอยากเข้ามาท่องเที่ยว

ดังนั้น พวกเราต้องไม่ยอมให้พลาดโอกาสในการนำการประชุมสำคัญ ๆ เข้ามาร่วมจัดในประเทศของเรา เพื่อคนของเราจะได้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้จากการเข้าร่วมประชุมวิชาการ ตลอดจนเป็นการนำเงินตราเข้าประเทศอีกทางหนึ่ง การจัดประชุมวิชาการภายในของเราให้เข้มแข็ง จะเป็นทางหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติในประเทศของเราได้เป็นอย่างดี

small meetings in many provinces regularly. TUA established small meeting which can be supported by only 1-2 companies. These meetings moved to each region of Thailand. But 4-5 years ago, these meetings changed to name of TUA Regional Meeting which are quite similar to The Annual Meeting of TUA but in smaller size and allows many companies to join more than in the past. This changing can decrease load of the companies because of our members are increasing in population.

One more beautiful event that should be talk about is the “Mutitajit” event for the senior urological teachers. The objective of this event is to remember about the good things of our teachers in every institution in teaching us. The First Mutitajit was held on April 1, 2007 at The Emerald Hotel, Bangkok then this memorable event is regularly held in The Annual Meeting of TUA annually until present.

Our TUA used to arrange many international meetings in the level of ASEAN, Asia, or even World Class. When TUA sent the committees to bid any meetings, they were usually successful because the foreigners trusted in our strong potential. They also liked our kindness of mind and Thailand also have many meeting venues and attractive visiting places.

So that we should not miss the chance in providing international meeting to our country. Our members can improve knowledge from attend to the international scientific meetings. This also another way to bring money in to our country, too. To make a strong scientific meeting of our own is another way to improve the quality in providing international meeting in our country, too.

การแข่งขันกอล์ฟ “THANOO CUP” สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

“THANOO CUP”

Thai Urological Association under
the Royal Patronage



ธนู ชูวิชัย

ผลการแข่งขันผู้ชนะเลิศ

- ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2542 นพ.ยุทธสาร โกศลยุทธสาร
- ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2543 นพ.ยุทธสาร โกศลยุทธสาร
- ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2544 คุณประการ คูโณทัย
- ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2545 คุณธีระศักดิ์ เสาร์หงษ์
- ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2546 พล.ต.นพ.เอกจิตร ช่างหล่อ
- ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2547 นพ.จุลินทร์ โอภาณูรักษ์
- ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2548 พันเอก นพ.สมเกียรติ แผลมทอง
- ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2549 น.ส.ปิยวรา พานิชวิฑิตกุล
- ครั้งที่ 9 ปี พ.ศ. 2550 พันเอก นพ.สมเกียรติ แผลมทอง
- ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ. 2551 นพ.ยุทธสาร โกศลยุทธสาร
- ครั้งที่ 11 ปี พ.ศ. 2552 นพ.จุลินทร์ โอภาณูรักษ์
- ครั้งที่ 12 ปี พ.ศ. 2553 นพ.สมทบ วีระกิจไพศาล
- ครั้งที่ 13 ปี พ.ศ. 2554 นพ.สมชัย ลีมสุวรรณ
- ครั้งที่ 14 ปี พ.ศ. 2555 ศ.นพ.อภิชาติ กงกะนันท์
- ครั้งที่ 15 ปี พ.ศ. 2556 พันโท นพ.อาคเนย์ วงษ์สวัสดิ์
- ครั้งที่ 16 ปี พ.ศ. 2557 พันเอก นพ.สมเกียรติ แผลมทอง
- ครั้งที่ 17 ปี พ.ศ. 2558 นพ.สมชัย ลีมสุวรรณ
- ครั้งที่ 18 ปี พ.ศ. 2559 พันโท นพ.อาคเนย์ วงษ์สวัสดิ์
- ครั้งที่ 19 ปี พ.ศ. 2560 นพ.สมชัย ลีมสุวรรณ

Thanoo Choovichian

Past President of TUA (1999-2001)

Golf is an excellent sport promoting health to both body and mind as follows:

1. Learn to teach oneself to spend the time wisely on office works, daily exercise and, more importantly, on own family.

2. Improve own “Sati” (mindfulness) and “Samati” (concentration) so that the brain can be exercised to do correct and appropriate actions. For example, if the next golf hole has Par 4 and there is a water pond in front of its green field the player then has to decide whether to play Shot 2 (place golf ball right on the green) or Shot 3 (place golf ball in front of the pond first by the second drive).

3. Promote exercise by long walking (from one hole to another) resulting in strong health for both body and mind.

กอล์ฟเป็นกีฬาที่ทำให้มีความสุขทั้งกายและใจ ดังนี้

1. รู้จักแบ่งเวลาให้กับตัวเอง ทำงาน อยู่กับครอบครัว เป็นหลัก
2. มีสติ-สมาธิดีขึ้น ฝึกสมองให้ทำสิ่งที่ทำได้และเหมาะสม เช่น Par 4 มีบ่อน้ำหน้ากรีน Shot 2 จะลู้ หรือ วางไว้ก่อนถึงบ่อน้ำ และขึ้น Shot 3 ระยะที่เราถนัด
3. ได้เดินออกกำลังกาย ร่างกายจะแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย
4. มีมิตรภาพที่ดี มีเพื่อนแท้ รู้ใจกัน ทั้งวัยเดียวกัน และต่างวัย
5. มีระเบียบ มีวินัย ใคร Tee-Off ก่อน ใคร Put ก่อน
6. รู้แพ้-รู้ชนะ
7. ช่วยฝึกสอนให้คู่มืออารมณ์ตัวเองได้ และดีขึ้น ดีขึ้น
8. ชะลอความรู้สึกว่า เราสูงวัยนะ
9. สอนให้เป็นคนซื่อสัตย์ต่อตนเอง

ขอขอบคุณบริษัท 7 บริษัทที่เริ่มต้นในการสนับสนุน เป็นบริษัทที่จำหน่ายยา และบริษัทเครื่องมือแพทย์ยูโรและถ้วยรางวัลชนะเลิศ สนับสนุนโดยบริษัททาเคด้า (ประเทศไทย) จำกัด ในระยะแรก ๆ และ 10 ปี จนเมื่อรัฐบาลเข้มงวดเรื่องการเงินของบริษัท จึงลำบากในการจัดการแข่งขัน ผู้จัดการแข่งขัน ต้องหาสนามกอล์ฟที่เหมาะสม สนามดี ราคาไม่แพง และอยู่ใกล้กับสถานที่ประชุม ต่อมาสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้รับเป็นเจ้าภาพจัดการแข่งขันกอล์ฟ เลี้ยงอาหารเย็น และรางวัลในปีนั้น และปีต่อ ๆ มา ผมขอขอบคุณครับ และขอขอบคุณแทนเพื่อนนักกอล์ฟและผู้ชนะในการแข่งขันกอล์ฟด้วยครับ



4. Promote close friendships among players at same or different ages.

5. Teach self-discipline and orders. For example, at tee-off or putting, the players have to decide who will start first.

6. Learn and accept to be good loser and winner.

7. Teach oneself to control own temper (with mindfulness) for better mind.

8. Delay the feeling of being old age.

9. Teach to have self-honesty.

Finally, I would like to thank the 7 Pharmaceutical and Urological equipment companies for their continuous supports on this golf competition during the early stage, especially Takeda Company (Thailand) for the Winner cup donation. After ten years of the golf competition, the government started to restrict on financial supports from the companies, that made some difficulties and not easy to arrange the golf competition. Our new direction for the golf competition were low cost, near the conference place and having good green fields. Later on, such difficulties have been solved as the Thai Urological Association under the Royal Patronage has offered to be the host in organizing this golf competition including the concerned dinner and rewards. I therefore express my thanks, and also on behalf of follow golf competitors and winners to the concerned companies and, especially, the Thai Urological Association under the Royal Patronage (TUA).

ใกล้ตัว...ใกล้ใจ

Close to Body...Close to Heart



| อุนพันธ์ ตันตวงศ์

ความทรงจำที่มีคุณค่า มาจากประสบการณ์ชีวิต และการทำงาน มากกว่าความรู้จากตำรา หรือการประชุมวิชาการ ช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ผมมีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเพศชายเป็นประจำ ทำให้รู้สึกว่ามีปัญหาสุขภาพเพศชายมีผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวมทุกมิติ โดยเฉพาะด้านจิตใจ และชีวิตคู่ ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหานี้ จึงต้องดูแลหาผลกระทบต่อด้านจิตใจ และช่วยเหลือแก้ไขเท่าที่จะทำได้ด้วย

ประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์แพทย์ ทำให้มีโอกาสได้สอนเรื่องสุขภาพทางเพศแก่นักศึกษา และพยาบาล และพบว่าความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศยังมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งน่าจะมีผลต่อการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชีวิต และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเหล่านี้ ดังนั้นผมจึงอยากฝากเรื่องสุขภาพทางเพศในความทรงจำของผมไว้ให้พวกเราพิจารณานำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตคู่ และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเพศชาย

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเพศชาย

ชายอายุ 32 ปี มาปรึกษาเรื่องอวัยวะเพศไม่แข็งตัว เป็นมา 4 เดือน มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่กำลังจะแต่งงาน ไม่ได้ ผู้ป่วยกังวลว่าจะมีลูกไม่ได้ และจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว

| Anuporn Tantivong

Past president of TUA (2009-2011)

Valuable memories derive from individuals' life experience and work rather than knowledge obtained from textbooks or academic conferences. Over the past 10 years, I have often got an opportunity to look after patients with male health problems. I realize that male health problems affect the overall health of each individual in all aspects, especially the psychological dimension and his/her married life. Hence, taking care of these patients requires consideration on the psychological impacts and the type of help they actually need.

As a lecturer, I have got an opportunity to teach the subject on sexual health to the medical students and nurses. From this experience, I have found that there is still very limited knowledge about sexual health. Thus, teaching this subject will be beneficial to the students in forming their own lifestyle and developing appropriate guidelines to care for the patients with sexual health problems in the near future. Therefore, I would like to present the topic on

คำถามที่อยากแลกเปลี่ยนแบ่งปัน คือ

1. การให้ยากลุ่ม PDE 5 inhibitor เป็นคำตอบสุดท้าย และคำตอบเดียวหรือไม่ และควรให้ยาวนานเท่าไร?

2. แพทย์ทั่วไปสามารถรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้หรือไม่ มีแนวทางการดูแลรักษาอย่างไร? ถ้าผู้ป่วยไม่มาหาแพทย์ ปัญหานี้จะดีขึ้นหรือหายเองได้หรือไม่ อย่างไร?

เมื่อยา Viagra ถูกผลิตออกมาใช้รักษาโรค ED ในปี พ.ศ. 2541 การรักษา ED ด้วยยา PDE 5 inhibitor จึงเป็นการรักษาหลัก และใช้เป็นการรักษาแรก การรักษาด้วยยาในรายนี้อาจจำเป็นในช่วงแรก และควรหยุดใช้ยาได้ในเวลาต่อมาถ้าแพทย์ให้คำแนะนำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศร่วมไปด้วย ED ที่เกิดจากรadical prostatectomy ซึ่งยา PDE 5 inhibitor อาจช่วยอะไรไม่ได้เลย ถึงแม้ว่าจะมีทางเลือกที่พอช่วยผู้ป่วยบางคนได้ เช่น penile prosthesis แพทย์ก็ควรแนะนำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศแก่ผู้ป่วยทุกคนด้วยเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตและมีสัมพันธภาพทางเพศที่ดีต่อไปได้

การวินิจฉัย ED ง่าย แต่ต้องใช้เวลา

ED วินิจฉัยได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นผู้วินิจฉัยโรคนี้ได้ แต่ก็อาจไม่ถูกต้องเสมอไป เพราะแพทย์ต้องแยกโรคนี้ ออกจากโรคหลังเร็ว หรือความต้องการทางเพศบกพร่องเสียก่อน แพทย์ควรใช้เวลาพูดคุยซักประวัติ เพื่อให้รู้ถึงลักษณะ ความรุนแรงของอาการ สาเหตุและความเสี่ยงของ ED ในผู้ป่วยคนนั้น และให้คำแนะนำดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ED ที่มีสาเหตุมาจากโรคหรือความผิดปกติทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หรือภาวะอ้วนลงพุง ED อาจรักษาไม่หายและมักต้องกินยากันไปตลอด

“sexual health in my memory” in the hope that it would benefit our members to live a happy married life and to care for the patients with male health problems.

Case study on a patient with male health problem

A 32-year-old patient sought a consultation about the erectile dysfunction (ED). He had been suffering from ED for four months, during which period he failed to have sexual intercourse with his fiancée. He was afraid that they could not have children and this would affect their future married life.

There are several questions I would like to raise for discussions:

1) Is the use of PDE 5 inhibitor drug the absolute and only answer for the treatment of ED? How long can it be given?

2) Should this particular patient be treated by general physicians? What are the guidelines for treating this patient? If the patient does not pay a visit to a physician, will his problem get better or solved without professional help?

When the drug “Viagra” was released as the product to treat ED in 1998, the use of PDE 5 inhibitor has ever since become the primary treatment and, virtually the very first treatment for ED. For this particular patient, the use of PDE 5 inhibitor might be initially necessary. The drug should be stopped after a while, if the physician is keen to simultaneously provide guidance on how to enhance sexual health to the patient. Besides, to treat ED that is caused by radical prostatectomy with the use of PDE 5 inhibitor is simply in vain. And even though there are other alternatives to treat ED such as penile prosthesis, it is still in the patients’ interests, that physicians should always advise all patients about the approaches for enhancement of sexual health, as well. This will enable the patients to maintain good quality of life and carry on positive sexual relationship.

แพทย์ควรแนะนำการดูแลรักษาโรคที่เป็นสาเหตุเหล่านี้ให้ดีที่สุด ซึ่งผู้ป่วยมักจะยอมทำตาม ทำให้ชะลออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเหล่านี้ได้ด้วย

ED ที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจพบได้มากขึ้นทั้งคนหนุ่ม วัยกลางคน และสูงอายุ ED จากสาเหตุเหล่านี้สามารถหายได้โดยไม่ต้องกินยา หรือ กินยาชั่วคราว ถ้าเข้าใจธรรมชาติของโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

ปัจจัยเสี่ยงของ ED ที่มีสาเหตุจากจิตใจ ปัจจัยเสี่ยงทางจิตใจที่พบมากขึ้นเรื่อย ๆ และอาจเป็นความเสี่ยงอันดับแรก ๆ คือ ความวิตกกังวลว่าจะล้มเหลวเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (performance anxiety) ประวัติที่อาจได้จากผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่

- บางครั้งการแข็งตัวของอวัยวะเพศก็เป็นปกติ ร่วมเพศได้ แต่บางครั้งอวัยวะเพศก็หดเหี่ยวลงขณะร่วมเพศ โดยไม่มีการหลั่ง

- การแข็งตัวของอวัยวะเพศตอนเช้าหรือการแข็งตัวเมื่อช่วยตัวเอง (masturbation) ยังปกติ แต่บางคนก็น้อยลงหรือไม่มีเลยก็ได้ ถ้ามีการแข็งตัวของอวัยวะเพศได้ตามปกติ ก็แสดงว่ากลไกทางด้านร่างกายของการแข็งตัวของอวัยวะเพศยังปกติอยู่ สาเหตุของ ED จึงมาจากจิตใจ

- ผู้ป่วยยอมรับว่ามีความกังวล ขาดความมั่นใจเมื่อจะร่วมเพศ โดยกลัวว่าอวัยวะเพศจะแข็งตัวไม่ได้หรือได้ไม่ดี ไม่นาน ความกังวลถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา และมักพบในคนหนุ่มซึ่งขาดประสบการณ์แต่บางคนที่มีประสบการณ์มากก็เกิดได้ เพราะไม่เคยล้มเหลวมาก่อนเลย เมื่อล้มเหลวเพียงครั้งเดียวจะด้วยเหตุใดก็ตาม ก็ทำให้กังวลได้เช่นกัน

- ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย

Diagnosis of ED is simple, but it takes time

Diagnosis of ED can be made through direct interviews with the patients. The patients themselves are thus able to take part in making the diagnosis. However, the diagnosis might not always be accurate because the physicians have to differentiate ED from premature ejaculation or sexual dysfunction. The physicians should give good time for patient interviews and recording their history in order to know the disease characteristics, intensity of the symptoms, causes and the risks of ED for that patient, and then advise for an appropriate treatment.

ED that is caused by diseases and physical abnormality such as diabetes, hypertension, dyslipidemia or abdominal obesity. This type of ED might be incurable and the patients must regularly rely on medication. The physicians should advise the patients with some guidelines about how to best treat their underlying diseases. Most patients are usually happy to comply with the guidelines, since these help delay the complications from their underlying diseases.

ED that is caused by the mental state: Psychological risk factors are increasingly detected among young people, middle-aged group and seniors. ED triggered by mental factors can be treated either without medication or with temporary medical prescription, if the patients understand the nature of the diseases and adopt an appropriate behavior, which in turn forms part of the enhancement of sexual health.

ED's mental risk factors: The increasingly common and perhaps the very first mental risk factor is the performance anxiety. Following is the historical background taken from these patients:

- Sometimes the penile erection is normal, which enables the sexual intercourse. But sometimes the penis shrinks during the intercourse with failed ejaculation.

- Penile erection in the morning or erection caused by masturbation is normal. Some patients either experience

นอนพักผ่อนไม่พอ ไม่ค่อยออกกำลังกาย หรือ ความไม่พร้อมด้านจิตใจ เช่น มีความเครียด เรื่องงาน เรื่องครอบครัว รวมทั้งการถูกตำหนิ ต่อว่าจากฝ่ายหญิงเมื่อร่วมเพศไม่สำเร็จ ความไม่พร้อมของฝ่ายหญิงก็เป็นปัจจัยเสี่ยงได้เช่นกัน เช่น ไม่สนใจเรื่องเพศเพราะอายุมากขึ้น แล้ว รวมทั้งความไม่พร้อมในสถานที่ เวลา หรือสิ่งแวดล้อม เช่น มีลูกนอนอยู่ด้วยในห้อง เดียวกัน เป็นต้น

- มีความกดดันเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์ เช่น ต้องการมีบุตรจึงต้องพยายามร่วมเพศให้สำเร็จในช่วงเวลาที่มีไข่ตก หรือการตั้งความคาดหวังไว้มากกว่า เมื่อกินยากลุ่มไวอะกร้าแล้ว อวัยวะเพศจะแข็งตัวได้ดี ร่วมเพศได้สำเร็จ ก็อาจต้องผิดหวังและอาจเข้าใจผิดว่ากินยาปลอมก็ได้

- ขาดการกระตุ้นเล้าโลมก่อนจะร่วมเพศ ทำให้ไม่มีความพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์ มากขึ้น

การสร้างเสริมสุขภาพทางเพศช่วยรักษา ED ได้อย่างไร

Performance anxiety มักมีส่วนร่วมอยู่ในผู้ป่วย ED และ premature ejaculation เสมอไม่มากนักน้อย สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ปัจจัยร่วมที่สำคัญที่สุด น่าจะเป็นการขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ เพราะเรื่องเพศศึกษาเป็นเรื่องที่สอนกันน้อยทั้งในโรงเรียนและมหาวิทยาลัย รวมทั้งโรงเรียนแพทย์ด้วย

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศและการรักษา ED

1. ความหมายของเพศสัมพันธ์ ซึ่งไม่ควรหมายถึง เฉพาะการร่วมเพศ (sexual

less and less penile erection or lose it all. If the tumescent penis occurs naturally, the patients' physical mechanism for penile erection is still normal. The cause of ED then stems from the patients' psychological state.

- The patients admit that they have anxiety and lack confidence to perform sexual intercourse. They are concerned that their penis would not erect, or erection is not complete or does not last. Anxiety is not unusual and is often found among the inexperienced young people. Even among the experienced ones, they could be hit by anxiety as well. It appears that they have never experienced sexual failure before. So one failure, that occurs for any reasons, can trigger anxiety.

- Some patients enter sexual intercourse, despite the lack of physical readiness such as fatigue, insufficient sleep and lack of exercise. Or they enter sexual activities, amid the lack of mental readiness, which can be the stress from work, family problem and complaints from their partners when the sexual intercourse is not successful. The mental unreadiness on the female part is another risk factor. The female partner may lose sexual interest, as they get older. The lack of readiness about place, time and environment contributes to another risk factor, for example some have their children sleep in the same bedroom.

- Some patients have personal pressure, when they perform sexual intercourse. Such pressure involves the couples' desire to have children, which makes them eager to have sexual intercourse at the time when the female partner ovulates. These patients may have high expectation about the effects of Viagra. They may mistakenly think that taking Viagra will always cause penis erection and successful sexual intercourse. They get disappointed, when it does not, and then misunderstand that they have probably taken the fake Viagra.

- Some patients lack stimulation and caress, prior to sexual intercourse. This further makes them emotionally unready for entering the sexual relationship.

intercourse) แต่ควรหมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างคน 2 คน 2 เพศ หรือเพศเดียวกัน เพื่อให้มีความสุขร่วมกัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน นำไปสู่ความรักใคร่ เสนาะและผูกพันกันและกันมากขึ้น ซึ่งน่าจะตรงกับคำว่า ร่วมรัก (make love) มากกว่า ร่วมเพศ (have sex)

2. ขั้นตอนของเพศสัมพันธ์ ควรมี 3 ขั้นตอนหลัก คือ

(ก) Love play คือ การชักชวน กระตุ้น เล้าโลม ล้มผัส พุดจา เพื่อให้ความสุขแก่กัน และเตรียมความพร้อมสำหรับขั้นตอนต่อไป

(ข) Love act คือ ช่วงที่มี sexual intercourse ซึ่งช่วงนี้เป็นช่วงที่ต้องการการแข็งตัวของอวัยวะเพศที่ตีพอ จึงจะไม่เกิด ED หรือ Premature ejaculation ขึ้นได้

(ค) Love say คือ ช่วงหลังจากร่วมเพศเสร็จ อาจสำเร็จหรือล้มเหลว คือ ไม่ถึงจุดสุดยอดหรือไม่ถึงจุดที่ฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิงพอใจ ช่วงนี้ควรมีการพูดคุยกัน ให้กำลังใจกัน ปรึบความเข้าใจกันเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเป็นโอกาสให้เกิดเพศสัมพันธ์ที่ดีขึ้นต่อไปได้

เพศสัมพันธ์ 3 ขั้นตอน ขั้นตอนใดสำคัญที่สุด

จากประสบการณ์ที่ได้พูดคุยกับคู่สามีภรรยาหลาย ๆ คู่ รวมทั้งนักศึกษาและพยาบาล ผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับ love play มากที่สุด ส่วนผู้ชายมักให้ความสำคัญกับ love act มากกว่า

ดังนั้น ถ้าฝ่ายชายหันมาให้ความสำคัญและเวลา กับ love play มากขึ้น ก็จะเกิดประโยชน์หลายอย่างที่สำคัญ คือ สามารถให้ความสุขแก่ฝ่ายหญิงได้โดยที่ตัวเองก็จะมี

How does the enhancement of sexual health treat ED?

Performance anxiety is often related to the patients with ED and premature ejaculation. Apart from the above-mentioned causes and risk factors, the most important factor is the lack of knowledge and understanding about the sexual relationship, and in particular the issue of sexual health enhancement. Sex education is still little known in schools and universities, in which the medical colleges are no exception.

The importance of sexual relationship, based on the principle of enhancement of sexual health, and the treatment of ED

1. The definition of sexual relationship should not be confined to only sexual intercourse. But it should be about grooming sexual relationship between two persons of either heterogeneous genders or same gender for mutual pleasure. Such good relationship more and more leads to affection and strong attachment, which relates better to the word “make love” than “have sex”.

2. Sexual relationship should cover three major steps:

a) Love play: It is about persuasion, stimulation, caress, touch and gentle talk to make each other happy and prepare themselves for the next step.

b) Love act: It is the period when the sexual intercourse occurs, which requires a good penile erection to avoid ED or premature ejaculation.

c) Love say: When the sexual intercourse is completed, the result could either be success or failure. If the partners failed to achieve orgasm or to reach the point where each feels sexually satisfied, they should talk about it and support each other. Listening to each other points of view to come to an understanding is a way to go to learn about satisfactory sexual relationship with each other and give them a better chance to improve it.

ความสุขด้วย ขั้นตอนนี้ไม่ต้องอาศัยการแข็งตัวของอวัยวะเพศเลย ทำให้ลดความกังวล ความกดดันตอนร่วมเพศ และทำให้มีความพร้อมที่จะร่วมเพศมากขึ้น love play สามารถทำได้ตลอดเวลา จะทำนานเท่าใดก็ได้ และไม่ขึ้นกับภาวะสุขภาพ ทำให้เพิ่มความรักใคร่เสนหาและผูกพันมากขึ้นด้วยผู้ป่วยที่มี ED จาก Performance anxiety ก็จะมีโอกาสกลับมาเป็นปกติได้

บางคนเรียก love play ว่า sexual intimacy ซึ่งมีทั้ง physical intimacy และ emotional intimacy โดย physical intimacy คือ การสัมผัสด้วยมือ ด้วยปากหรืออวัยวะอื่น ๆ ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แต่ละคู่ แต่ละคน อาจชอบวิธีสัมผัส หรือจุดสัมผัสไม่เหมือนกัน หรือบางคนอาจไม่ชอบบางลักษณะก็ได้ ดังนั้นการพูดคุยให้เข้าใจกันและกันจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้เพศสัมพันธ์ประสบความสำเร็จได้ ส่วน emotional intimacy คือ การแสดงออกด้วยวาจาหรือกริยาท่าทางที่สื่อถึงความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน และความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อกัน

ดังนั้น sexual intimacy จึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ที่แพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเพศหรือคนอื่น ๆ ที่ต้องการเพิ่มสุขภาพทางเพศด้วย

น้อง ๆ ที่รัก สุขภาพทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะของชีวิตคู่ เราจึงควรสร้างเสริมสุขภาพทางเพศเช่นเดียวกับการสร้างเสริมสุขภาพกายใจ และสังคม เมื่อเรามีประสบการณ์ในเรื่องนี้มากขึ้น เราก็จะสามารถถ่ายทอดความรู้นี้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เราดูแล และต่อคนอื่น ๆ รวมทั้งนักศึกษาแพทย์ และแพทย์รุ่นน้องได้ บทบาทแพทย์ผู้โรของเราก็จะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

Which step is most important in the three-step sexual relationship?

From the experience gained through the interviews with married couples, students and nurses, it can be concluded that women pay attention to love play, while men favor love act.

Therefore, if the male partners can adjust themselves to spend more time with “love play”, that would be beneficial to not only their female partners but also themselves, who would in return get pleasure from it. This stage does not require penile erection. By giving time to “love play”, the two partners smooth out anxiety and stress for the coming sexual intercourse, and make them more ready for it. “Love play” can be initiated anytime, with any length of time, and it does not depend on the health condition. “Love play” helps augment affection, desire and attachment between the partners. The patients with ED that is caused by performance anxiety will get a better chance to return to normality.

Some say love play is “sexual intimacy”, which consists of both physical intimacy and emotional intimacy. The physical intimacy is about touching with hand, mouth or other parts of the body. Each of the couples may like or dislike different kinds of touch, or prefer different touch spots. Thus, dialog between the partners to understand each other is key to successful sexual relationship. In addition, emotional intimacy is about verbal expression and gesture that expresses affection, care, attachment and good feeling for each other.

Hence, sexual intimacy is important in enhancing sexual health. The physicians should be keen to advise about sexual intimacy to their patients, who suffer from sexual problems, or others who wish to enhance sexual health.

My dear brothers and sisters, sexual health is part of the holistic health and well-being, especially for the married life. We should, therefore, focus also on enhancing sexual health, just as we are aware that it is important to work on enhancing physical, mental and social health. When we gain more experience on this matter, we will be able to extend our knowledge to the patients under our care and to others including the medical students and the young physicians. Then, our role as urologists will certainly be much more complete.

10 สิ่งที่เลือนหายจากห้องผ่าตัดของเรา

10 Things we missed in Urologic Surgery



ชูศักดิ์ ปรีพัฒน์นันท์

Choosak Pripatnanont
Past president of TUA (2015-2017)

มีคำถามในสังคมโซเชียลยอดนิยมอยู่
คำถามหนึ่งที่ผมอ่านแล้วก็อดยิ้มไม่ได้ คือ เมื่อ
สมัย 30-40 ปีก่อน ที่ยังไม่มีโทรศัพท์มือถือ หรือ
สมาร์ทโฟน เขานัดเจอกันอย่างไร ใช้โทรเลข
โทรศัพท์บ้าน จดหมาย โทรจิต หรือ นกพิราบ
คำตอบที่ได้ก็สนุกสนาน และบ่งบอกอายุของ
ผู้ตอบว่าอยู่ในยุคไหน ทำให้มานึกย้อนอดีตถึง
วิชายูโรว่าในยุค 30 ปีที่แล้ว ที่เริ่มก่อตั้งสมาคม
ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย เราทำ
อะไรกันบ้างที่ปัจจุบันอาจไม่มีให้เห็นแล้ว

There is a favorite question in social media
which I always smile when I read it. The question is
30-40 years ago, when there was not a mobile phone,
how could the people make an appointment? Did
they use telegram, home phones, letters, telepathy, or
even doves? The answers we have got usually make us
fun and indicate the age of the answerers. This issue
makes me recognize some urological things that we
used 30 years ago, and we might not be able to see
them right now.

1. Otis urethrotomy



ไม่น่าเกี่ยวข้องกับบริษัทผลิตลิฟต์ OTIS เป็น blind anterior urethrotome ที่แพทย์คนใช้ เป็นไม่มีแล้ว ใส่ทาง urethra เหมือนกับ cystoscope sheath กระจายปลายพอดิ bulbous urethra (โดยการคลำ) การขยายมี 2 ขั้นตอน คือ ขยายแบบ dilate โดยการหมุนจานวงกลมที่ปลายจนสุด ส่วนปลายของ Otis จะกางออก (รูปร่างสุด) และขยายโดยการกรีด urethra ที่ 12 นาฬิกา โดยแพทย์จะดึงใบมีดเล็ก ๆ (รูปร่าง แผ่นเหล็กมีรูกลาง) ออกจาก socket ตรงส่วนปลายของ urethrotome ใบมีดจะโผล่ออกมาจากที่ซ่อน ตรงตำแหน่ง 12 นาฬิกา ดึงทั้ง urethrotome ออกมาอย่างช้า ๆ ก็จะเห็นมีเลือดไหลตามออกมา

การใช้งาน ในผู้ชายมักใช้เป็น prophylaxis urethrotomy ก่อนทำ TURP โดยเฉพาะเวลาใช้ resectoscope sheath ขนาดใหญ่กว่า 24 F ในผู้หญิงใช้ในโรค meatal stricture แพทย์ยูโรหลายคนไม่ใช้ เนื่องจากเลือดออกจากรอยกรีดมากเกินไป หันไปใช้ sound dilator แทน แต่ไม่มีใครเอามาใช้ในโรค urethral stricture

2 Ellik Evacuator

ยังเห็นมีใช้อยู่บ้าง แต่แปลงร่างเป็นพลาสติกกันหมดแล้ว ของดั้งเดิมเป็นแก้วหนา แต่ลื่นง่ายเวลาโดนน้ำ อาจารย์ยูโรใช้เป็นตัววัดว่า แพทย์ประจำบ้านคนไหนมีความระมัดระวังละเอียดลออ พอที่จะเริ่มตัดทำ TURP แล้ว โดยอาจารย์จะให้ล้างชิ้นเนื้อที่ตัดแล้ว หรือน้ำที่ขบแตกเสร็จแล้ว ถ้าไม่ทำแตกหรือไม่ฉีดน้ำใส่อาจารย์ (เนื่องจากรอยต่อ rubber bulb กับแก้ว ลื่นหลุดง่ายกระจายน้ำใส่ตัวเองกับพยาบาล ผู้ช่วย อาจารย์มักหลบไปอยู่มุมห้องเรียบร้อยแล้ว) ก็สามารถผ่านการประเมินเบื้องต้น scrub nurse รุ่นใหม่ มักไม่เคยเห็น หรือเตรียมให้ไม่เป็น

ก่อนเริ่ม irrigate bladder ต้องเติมน้ำในส่วนกระเปาะแก้วให้เกือบเต็มเสียก่อน เชื่อมต่อกับ resectoscope sheath น้ำในกระเปาะและในกระเปาะปัสสาวะจะเชื่อมเป็น closed-system เมื่อบีบที่กระเปาะยาง จะเกิดการหมุนวนของน้ำ พาเอา

It might not be related to the OTIS company which builds elevators. However, it is a blind anterior urethrotome that rarely use now. To probe into a urethra like a cystoscope sheath, urologists must estimate its tip to meet the bulbous urethra by groping. Then, there are 2 steps of dilatation. First, rotating the circle dish at its tip until it ends. Its tip will be unfolded. Second, urologists will pull out the blade which is in the socket to slit the urethra at 12 o'clock position. After that, the urethrotome will be slowly pulled out and the urethra will be gory.

Otis urethrotomy is usually use for prophylaxis urethrotomy before TURP in men, especially when the resectoscope sheath's size is bigger than 24F. Although there is no role in urethral stricture treatment in women, it can be used for treatment of meatal stricture. However, urologists rarely use it because there is too much blood loss. So, they use sound dilator instead.

Although it is seldom used, it has been transformed to plastic now. In the past, Ellik Evacuator was made from glass which is very slippery when it was wet. Urologists usually use it to evaluate residents whether they are careful and delicate enough to perform TURP. By using it, a urologist will let a resident wash a specimen or broken stones. Because the joint between rubber bulb and glass is easy to unbounded, if the resident does not break it and spread water to himself or scrub nurse (The urologist usually stays away from the resident already while asking he or she to do so.), that resident can be claimed that he or she has passed the screening test to perform TURP. The new generation of scrub nurses might not know or be able to prepare the Ellik Evacuator.



นิ่วหรือ prostate chip หมุนออกมาตกตะกอนในกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง เมื่อแรงดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มสูงขึ้น จนบีบไม่ได้ ต้องปลดออกจาก sheath เอา content ออกมาเก็บ จะสามารถล้างกระเพาะปัสสาวะได้ รวดเร็วมาก ไม่ต้องถอดออกบ่อย ๆ เหมือนเวลาใช้ Toomey syringe เหตุที่ความนิยมลดลง น่าจะเป็นเพราะดูแลรักษาไม่ให้เกิดยาก ยาง rubber bulb เสื่อมง่าย และไม่มีบริษัทขาย การใช้พลาสติกอาจจะช่วยแก้ปัญหาได้ แต่คนที่ใช้แบบดั้งเดิม มาใช้พลาสติก รู้สึกเหมือนคุณภาพไม่เหมือนกัน

3. Ureteral stent

Double J stent น่าจะผลิตใช้งานทางยูโรครบ 30 ปีพอดี เพราะตอนที่ผมฝึกอบรมที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ยังไม่มีสายชนิดนี้ใช้ หรือ อาจเป็นยุคเริ่มต้นของ DJ สาย stent ที่เอามาใช้แทน คือ สาย feeding tube ทั่วไป ถ้าเป็นการผ่าตัด upper tract แพทย์มีทาง

Before bladder irrigation, we must fill water into the bulb and connect it with resectoscope sheath. The water in the bulb and the urinary bladder will become the closed-system. While squeezing the rubber bulb, the water will be twirled and bring stones or prostate chip from the bladder to precipitate into the glass part. When the pressure in the rubber bulb increase until we cannot squeeze it, we need to disconnect the bulb and the sheath and take the content out. By using Ellik Evacuator, a urologist can irrigate urinary bladder very quickly and rarely take it out when compares to Toomey syringe. However, its popularity decreases might be because Ellik Evacuator is broken easily, the rubber bulk is frequently degenerate, and no company sells it at all. Though the try to replace the glass part with plastic, the urologists who have used the glass one might feel that the one made from glass is better than from plastic.

Double J stent might have been created for full 30 years in Europe. This is because I had never used it when I was a resident at Ramathibodi Hospital, or urologists just started using it at that time. Before using DJ stent, we had used regular feeding tube for the urinary tract operation. If it is an upper tract, there will be 2 choices for urologists. First, to use no stent, just insert the large drain tube and connect with the bag. Or second, to insert a feeding tube into the urinary bladder. In female patients, we have usually found

เลือกสองทาง คือ ไม่ใส่อะไรเลย วางสาย drain เส้นโต ๆ ต่อดึงลง หรือใช้ feeding tube สอดลงไปให้ถึง bladder ในผู้ป่วยผู้หญิง มักพบว่าสาย feeding tube เลื่อนหลุดมากับการปัสสาวะบ่อย ๆ มีผู้ป่วยหลายรายที่สร้างความแตกตื่นเนื่องจากสาย feeding tube 8 F หลุดออกมาแล้ว โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว เมื่อถึงวันสองกัล้องเพื่อคิบลายออก ก็หาสายไม่พบ เมื่อผู้ป่วยไม่รายงานว่าหลุด แพทย์จึงคิดว่าสายเลื่อนขึ้น ซึ่งกลายเป็นเรื่องใหญ่ เพราะสมัยนั้นยังไม่มียาล้อง URS สาย feeding tube ในปัจจุบัน น่าจะยังมีใช้อยู่ในกรณีที่ทำ ureteral reimplantation โดยนำสายโพลีออกนอกแผลผ่าตัด ดึงออกได้ง่ายเมื่อครบ 5-7 วัน

การใส่ ureteral stent ผ่านทาง cystoscope มักใช้สาย U-cath มาทำเป็นสายชั่วคราว โพลีออกมาทาง urethra ผึงเข้ากับ foley catheter ซึ่งปัจจุบันยังใช้กันอยู่

4. Randall kidney stone forceps และ Watson Cheyne dissector

น่าจะหายไปพร้อม ๆ กับการเติบโตของ PCNL, RIRS, URSL, ESWL ในต่างจังหวัด ที่ยังมี open stone surgery อยู่ อาจยังพอเห็นอยู่บ้าง ที่แน่ ๆ แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นและใช้ไม่เป็น forceps ที่มีความโค้งมาก ๆ มักใช้คีมนิ้วที่อยู่ lower pole โค้งน้อย ๆ ใช้สำหรับ renal pelvis แพทย์แต่ละคน จะมีความชอบส่วนตัวกับความโค้งของ forceps ไม่เหมือนกัน บางท่านมี forceps ส่วนตัว ที่โรงพยาบาลรามธิบดี มีอันหนึ่งทำด้วยวัสดุ titanium เป็นที่มีต้นตาดันใจสำหรับแพทย์ประจำบ้านมาก

เครื่องมืออีกหลายชนิด ที่ไม่เกี่ยวกับยูโรโดยตรง แต่มักเป็นตัวช่วยในการสกัดนิ่ว ก่อนใหญ่เวลาทำ extended pyelolithotomy แล้วทำคลอดนิ่วไม่ออก คือ bone ronguer และ air drill ของศัลยกรรมประสาท

stone forceps ตัวโค้งที่สุด ยังมีประโยชน์ในการทำ open nephrostomy โดยใช้นำทางผ่าน renal pelvis เข้าสู่ lower pole และแทงทะลุออกมาจาก renal capsule ก่อนที่จะทำ rail-roading สาย mushroom catheter เข้าไปเป็น nephrotomy tube

that the feeding tube pass out with urine without any notice by the patients. It was a big deal for the urologists when we have no URS because if the feeding tube 8 F pass out and the patient did not know, the urologists must think that the tube was ascended.

Nowadays we might use feeding tube only in ureteral reimplantation by putting distal part of the tube outside the surgical wound. It will be easy to pull off after 5-7 days of the operation.

To insert ureteral stent by cystoscope, we usually use the U-cath as a temporary tube connect with foley catheter via urethra.

They might be disappeared by the raising of PCNL, RIRS, URSL, and ESWL. In the up-country area, we might be able to find them in the hospital where there still be an open stone surgery. However, most of the residents now have never seen and used them. Urologists usually use the forceps which have greater curve to remove the stones in the lower pole, and lesser curve for the renal pelvis. Each urologist prefers different curve of the forceps, or even they might have their own one. When I was training at Ramathibodi Hospital, the residents there were aroused by the forceps which made from titanium.

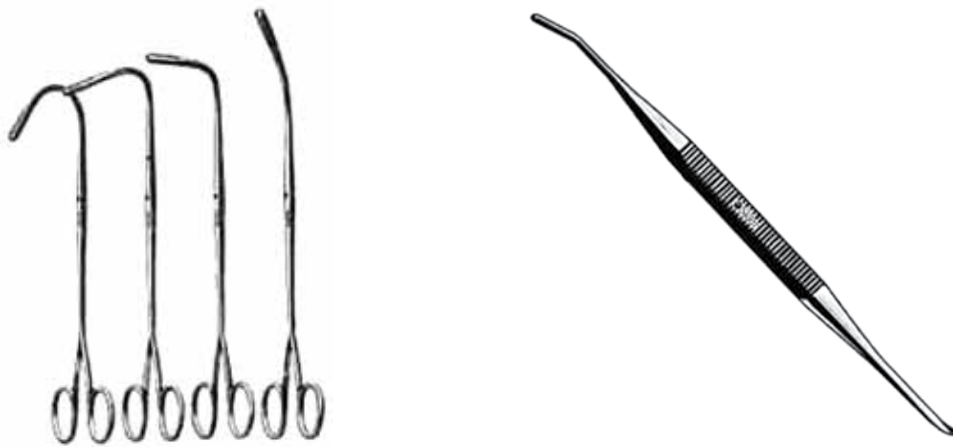
There are also many medical instruments which are not directly related to urosurgery, but we usually use them to extract the large stones while performing extended

อุปกรณ์เขี่ยนิ้วรูปช้าย คล้าย ๆ curettage แต่ไม่เหมือนที่เดียนัก เครื่องมือชิ้นเล็ก ๆ นี้ที่หายตัวไปจากห้องผ่าตัดยูโรนานแล้วคือ Watson Cheyne dissector (ซึ่งไม่น่าเป็นอะไรกับห้าง Watson) มีหน้าที่สำคัญในการแกะ ureteral or pelvic mucosa ออกจากก้อนนิ่ว ในกรณีที่ก้อนนิ่วมีการอักเสบก่อนหน้า จนแนบติดกับเยื่อหู เพื่อให้เกิดการฉีกขาดของ renal pelvis ให้น้อยที่สุดเชื่อว่าห้องผ่าตัดหลายแห่งยังมีเครื่องมือเหล่านี้ซ่อนอยู่ที่ไหนสักแห่ง แต่ scrub nurse รุ่นใหม่อาจจะไม่รู้จักรักแล้ว

pyelolithotomy, for example, bone ronguer and air drill which are from neurosurgery.

Another benefit of the greatest curve forceps is to use them for open nephrostomy. We use them as a guide to the lower pole via renal pelvis and penetrating renal capsule before we do rail-roading of mushroom catheter to become a nephrotomy tube.

The instrument for stone extraction almost looks like curettage. This small one which has been disappeared from urosurgery operation room for a long time is Watson Cheyne dissector (which might not relate to Watson Store). It was used to extract stones from ureteral or pelvic mucosa in case the stones are inflamed and attached to the mucosa to prevent the lacerations of renal pelvis. I believe that these instruments are hidden in many operating rooms, but recent scrub nurses might not know them.

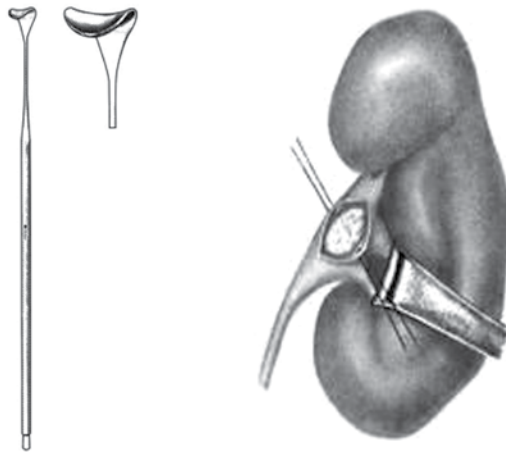


5. Gil-Vernet Renal sinus retractor

รูปร่างหน้าตาคล้าย ๆ กับ vein retractor แต่มีส่วนโค้งเพื่อให้รับกับส่วนโค้งของ renal sinus ใช้ในการผ่าตัด extended pyelolithotomy เพื่อเลาะเข้า Gil Vernet plane ในกรณีที่มีนิ่วมีขนาดใหญ่ หรือเป็น staghorn stone หรือในผู้ป่วยที่มี renal pelvis ชนิด intrarenal pelvis

It looks like a vein retractor; however, it has a curve to compatible with the curve of renal pelvis. We use it in extended pyelolithotomy to reach Gil Vernet plane in case of tremendous stone, staghorn stone, or patients with intrarenal pelvis.

This kind of operation has disappeared along with the raising of PCNL. This retractor has also moved to somewhere in the operating room. The residents who have seen it might be able to remember and use it with patients who need it. You are still able to buy this kind of retractor.



การผ่าตัดชนิดนี้หายไปพร้อม ๆ กับการเติบโตของ PCNL, retractor นี้ก็หายไปอยู่ที่ใดที่หนึ่งในห้องผ่าตัด แพทย์ประจำบ้านที่มีโอกาสได้เห็นสักหนึ่งราย อาจจำได้ เอาไว้แก้ปัญหาในผู้ป่วยบางรายได้

Retractor นี้ยังมีขายอยู่

6. Penile clamp

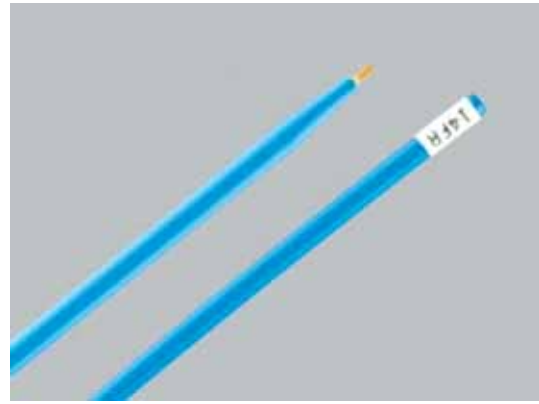
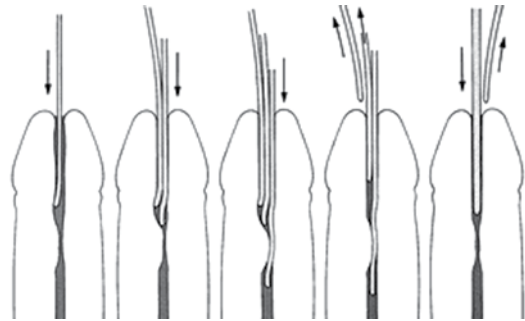
ยังมีใช้อยู่บ้างในผู้ป่วยชายที่เป็น total incontinence ส่วนในอดีต เป็นอุปกรณ์ช่วยในการทำ cystoscope โดยหลังจากฉีดยาชาเข้าท่อปัสสาวะ จากงานวิจัยพบว่า ต้องรออย่างน้อย 3 นาที เพื่อให้ยาชาออกฤทธิ์เต็มที่ก่อนเริ่มทำการส่องกล้อง แพทย์ส่วนใหญ่ใช้นิ้วมือบีบ urethra ไม่ให้ยาชาไหลออก หลายคนใช้ penile clamp ที่เอาไว้ เพื่อจะได้ใช้มือไปเตรียมอุปกรณ์อื่นในการทำส่องกล้อง ตัวผลิตภัณฑ์ในปัจจุบันทำด้วยพลาสติก ดูนุ่มนวลขึ้น ไม่น่ากลัว เหมือนแบบดั้งเดิมที่เห็นในภาพ

6. Penile clamp

It is still available in total incontinence in male patients. In the past, it was used to assist the cystoscopy by preventing the anesthetic drainage from the urethra. This is because after anesthetic injection into the urethra, we need to wait at least 3 minutes to let the anesthetic be activated before cystoscopy. Most of urologists use their fingers to press the urethra to prevent the drainage of anesthetic. However, some urologists use penile clamp to do so and they can use their hands to prepare for other instruments. Nowadays the penile clamp is made from plastic, which looks softer and less scary than the one in the past.



7. Filiform and Philips Follower



เป็นเครื่องมือขยายท่อปัสสาวะในยุคก่อนที่จะมี wire guideline ใช้อย่างแพร่หลาย ตัว filiform มีขนาดเล็กเป็นเส้น เมื่อเริ่มขยาย ต้องใส่เข้าไปใน urethra ที่ละเส้น 4-5 เส้น filiform จะไปติดที่ตำแหน่ง stricture urethra หลังจากนั้น แพทย์จะค่อยหมุนทีละเส้น จนได้หนึ่งเส้นที่สามารถผ่านรูตีบไปได้จนเข้ากระเพาะปัสสาวะ เส้นอื่น ๆ จะทำหน้าที่กันตำแหน่ง เมื่อได้เส้นที่เข้ากระเพาะปัสสาวะแล้ว เอาเส้นอื่น ๆ ออกหมด หมุนเกลียวติดกับกับ follower ซึ่งจะทำหน้าที่เป็น dilator ตัว follower จะมีครบถึงเบอร์ 30 F ปัจจุบัน มีการ dilate over guideline ซึ่งดูเหมือนจะป้องกันการทะลุได้ดีกว่า แต่เท่าที่สังเกตดูแล้ว อุบัติการณ์การทะลุไม่ค่อยแตกต่างกันนัก เพราะต้องดัน dilator ผ่านรอยตีบของท่อปัสสาวะเหมือนกัน

เครื่องมือนี้ ยังไม่สูญพันธ์ หลายโรงพยาบาล ยังมีใช้อยู่ ยังมีบริษัทขายอยู่

It had been used to dilate the urethra before the widely use of wire guideline. We insert 4-5 lines of filiform, which are quite small, into the urethra to meet the stricture part. Then the urologists will rotate each line until there is one line which can penetrate the stricture part into the urinary bladder. After that, we remove the other lines and spiral the one line with a follower, which can be used as a dilator. The follower has many size from the small one to 30 F. Now we usually dilate over guideline which might be able to prevent the perforation better than the old method. However, from my experience, the incident of the perforation is not different because each method need to push the dilator pas through the stricture part of urethra.

This instrument is not extinct yet. It has been sold and available in many hospitals.

8. Ether

ฟังชื่อแล้วไม่น่าเป็นเครื่องมือทางยูโร แต่ หมอยูโรเอามาละลาย balloon ของ foley catheter ในกรณีที่ยูโรไม่ได้ด้วยวิธีการอื่น ๆ แล้ว เช่น ตัดวาล์วน้ำ แห่ลวดเข้าท่อ over-inflated balloon วิธีการคือ หลังจากตัดวาล์ว แล้ว เอา syringe แก้วฉีด ether เข้าไปในท่อ balloon ประมาณ 10 cc นับหนึ่งถึงสิบ จะได้ยินเสียง balloon แตกดัง “เปาะ” รีบเอาสายออก เอาสายยางแดงหรือ cystoscope sheath ใส่เข้าไป irrigate bladder หลาย ๆ ลิตร เพราะ ether irritate bladder mucosa อย่างยิ่ง ควรทำ cystoscopy ตามหลังด้วย เพราะเวลา balloon แตก มักมีชิ้นส่วนตกค้างในกระเพาะปัสสาวะ ถ้าไม่เอาออก จะกลายเป็น foreign body ได้

ประสบการณ์ส่วนตัว ได้ผลร้อยละ 100 มีการรายงานในวารสารหลายฉบับว่าได้ผลร้อยละ 100 เหมือนกัน แต่ที่เลิกใช้ น่าจะเป็นเพราะห้องแล็บ (laboratory) ของโรงพยาบาลไม่มีให้ยืมแล้ว ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ether ขวดสุดท้ายหน่วยยูโรเอามาใช้เมื่อ 15 ปีก่อน แถมนบอกว่า ไม่มีแล้วนะ ห้องแล็บเลิกใช้แล้วไม่ต้องมาขอแล้ว ในต่างจังหวัด อาจพอมี

การใช้ ultrasound guide แทน balloon ผ่านหน้าท้องในปัจจุบันได้ผลร้อยละ 100 เหมือนกัน

9. Trans-perineal prostate biopsy with Vim-Silverman needle

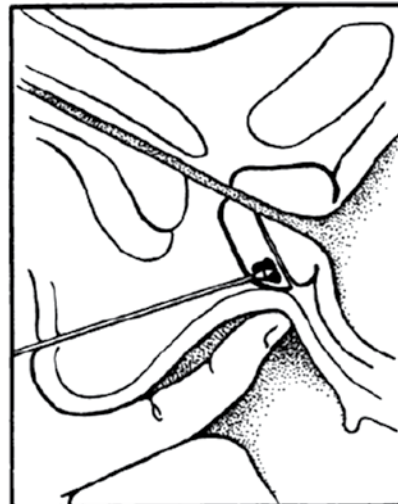
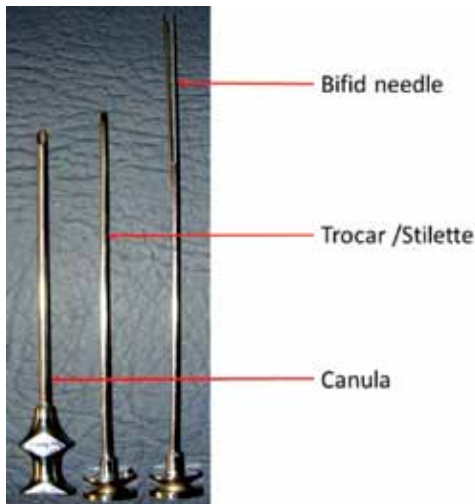
ใช้ตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากก่อนที่จะมีเข็ม Trucut needle การวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากใน pre-PSA era ทำได้เฉพาะ advanced disease หรือ พบจากตรวจพบมะเร็งจากชิ้นเนื้อ TURP, tumor marker ที่สำคัญคือ serum acid phosphatase ซึ่งสูงขึ้นจากการมี bone metastasis การตัดชิ้นเนื้อจึงมีวัตถุประสงค์

It does not sound like a urosurgical instrument. However, urologists use it to melt down the balloon of foley catheter when it cannot be deflated by other methods: for example, cut the valve, insert a wire into the tube, or over-inflated the balloon. After cutting the valve, we use a glass syringe to push 10 cc of ether into the balloon tube. Then count 1-10, we will hear the sound of popped balloon. After that, we need to remove the foley catheter quickly and insert the red rubber tube or cystoscope sheath instead to irrigate the bladder. This is because the ether can irritate the bladder mucosa. We should do cystoscopy as well because there usually be debris of the popped balloon in the bladder. If we do not remove them, they will become foreign bodies.

From my own experience, this method works 100% as same as the reports in many journals. However, we rarely use ether now because there is no more ether in most of the hospitals' laboratories. At Songklanagarind Hospital, the last bottle of ether was used by Urosurgical Unit 15 years ago. The laboratory officer also said that you should never ask for ether anymore because we will never use it again.

Nowadays we usually use the needle by ultrasound guide to puncture the balloon via abdomen which is 100% work as well.

We had used it for prostate biopsy before we have a Trucut needle. The prostate cancer in the pre-PSA era could be diagnosed only in advanced disease or accidentally found in the specimen from TURP. The important serum marker was serum acid phosphatase which elevated from bone metastasis. As a result, prostate biopsy at that time was only for cancer diagnosis, not a



เพื่อวินิจฉัยมะเร็งเรื้อรังเท่านั้น ไม่ได้เป็น systematic biopsy เหมือนปัจจุบัน วิธีการคือ ให้ผู้ป่วยนอนท่า lithotomy นิ้วชี้ของแพทย์อยู่ใน rectum คลำหาตำแหน่งที่สงสัย เอาเข็มเจาะผ่านผิวหนังบริเวณ perineum ฟุ้งไปที่ปลายนิ้วชี้ (อย่าให้โดน) เอา trocar ออก ใส่ bifid needle เข้าไปแทน บิด bifid needle เลื่อน canula เข้าไปให้ครอบปลายเข็ม แล้วเอาออก ขึ้นเนื้อจะติดปลาย bifid needle ออกมา ข้อดีคือ อุบัติการณ์ติดเชื้อน้อย เนื่องจากไม่ผ่านผนังของ rectum ข้อต้องระวังคือ อย่าเจาะนิ้วตัวเอง

หลังจากมี transrectal ultrasound และ trucut needle แล้ว การทำ systemic biopsy, sextant, extended sextant, saturated biopsy แพทย์รุ่นใหม่แทบไม่เคยเห็นเทคนิคและเข็มนี้อีกเลย ผู้ป่วยที่ไม่มี rectum เช่น หลังผ่าตัด APR แพทย์อาจเลือกใช้เทคนิคตัดชิ้นผ่าน perineum แต่เข็มที่ใช้มักเป็น trucut needle ไม่ใช่เข็ม vim-silverman ในปัจจุบัน transperineal biopsy กลับมาได้ความนิยมอีกครั้ง แต่เป็น ultrasound guide ผ่าน grid mapping biopsy ซึ่งช่วยทำให้การตัดชิ้นเนื้อที่ anterior lobe เป็นไปได้มากขึ้น

systematic biopsy like in the present. The procedure is to let a patient lay down in lithotomy position. Then a urologist will insert the index into the rectum and palpate suspected area. After that we will use a needle to puncture the perineum and point its end to the index, but not reach the index and remove the trocar. Then we insert bifid needle instead and twist it, push the canular to cover the tip of the needle and pull out. We will get a specimen from the tip of the bifid needle. The advantage of this procedure is less infection because it does not pass the rectum. However, we need to beware the tip of the needle to puncture our index.

After having transrectal ultrasound and trucut needle, new generation of urosurgical residents might have never seen systemic biopsy, sextant, extended sextant, and saturated biopsy anymore. In the patients with no rectum due to post-APR, we might perform biopsy via perineum. But we usually use trucut needle, not vim-silverman. Nowadays transperineal biopsy becomes popular again, but we use ultrasound guide via grid mapping biopsy which is possible and very useful for the biopsy at anterior lobe.

10. Boomerang Needle Holder



เป็นเครื่องมือที่ออกแบบที่ Johns Hopkins hospital โดย Professor Brady ใช้เย็บที่ลึก ๆ ตรงส่วนปลายมีเข็มหลายขนาดให้เปลี่ยนได้ เวลาใช้ให้ร้อยสาย suture เข้าไปในรูปลายเข็ม คบคุมการเย็บโดยปุ่มส่วนปลายอีกด้าน กดเข้าออก จะทำให้ปลายเข็มกระดกเข้าไปในเนื้อเยื่อที่ต้องการเย็บได้

ใช้บ่อยที่สุดในการทำ urethroplasty ชนิด end to end anastomosis ซึ่งต้องนำส่วนของ bulbous urethra เข้าไปต่อกับ membranous urethra ประสบการณ์ส่วนตัวพยายามใช้หลายราย แต่ไม่ค่อยสำเร็จ เนื่องจากแรงกระดกที่ปลายเข็ม มักไม่มีแรงมากพอที่จะทะลุเข้าเนื้อเยื่อ เข็มที่ใช้แทนคือรูปซ้าย ซึ่งเป็นเข็มด้ามยาว มีรูตรงปลายให้ร้อยเข็ม มีผู้เรียกเข็มชนิดหลังว่าเป็น boomerang needle เหมือนกัน

ยังจำเป็นต้องใช้ในการทำ urethroplasty แต่เครื่องมือดั้งเดิม ไม่มีแล้ว ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ยังมีเก็บอยู่ แต่ไม่มีคนใช้แล้ว

It was designed by Professor Brady at Johns Hopkins Hospital for suture at the deep part of body. There are many sizes of needles at its tip for changing. To use it, put the suture line into the hole at its tip and control it by pushing the button on another tip. The tip of the needle will tilt into the tissue we want to stitch up.

It was frequently used for end to end anastomosis in urethroplasty which connect the bulbous urethra with membranous urethra. From my experience, I had tried to use it several times, but it did not work well. This is because the tip of needle had not enough power to puncture the tissue. The new needle that replace the old one is in the left figure. It has a long shaft with a hole at its tip to insert a needle. The new needle is also called boomerang needle.

Boomerang Needle Holder is still needed for urethroplasty; however, the original one was replaced already. Even though it has been in the operating theater in the center hospital, nobody uses it.

สรุป

30 ปีที่ผ่านมา เครื่องมือผ่าตัดหรือกระบวนการทางยูโรหลายชนิดหายไปจากห้องผ่าตัด แสดงถึงความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วย ทั้ง 10 รายการนี้ เขียนขึ้นจากความทรงจำ เนื่องจากเคยใช้ด้วยตนเอง มีอีกหลายชนิดที่อาจหายไปก่อน 30 ปี และคงมีหายไปเรื่อย ๆ ตามการพัฒนาของการผ่าตัด แพทย์ยูโรรุ่นใหม่ แม้จะไม่เคยเห็น หรือเคยเห็นแต่ใช้ไม่เป็น แต่การรับรู้ประวัติศาสตร์ของการรักษา ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และอาจเป็นแรงบันดาลใจในการสร้างเครื่องมือใหม่เพิ่มเติม

30 ปี ข้างหน้า Things we missed อาจเป็น laparoscopic surgery หรือ เครื่อง robotic prostatectomy ก็ได้

Conclusion:

Last 30 years, many operating instruments in urosurgery have been missing from operating theaters, which demonstrates the advance in urosurgical treatment. All 10 things I have mentioned are from my memory because I had used them by myself. There might be some instruments which were disappeared before 30 years ago or will disappear in the near future by the new technology. Though the new generation of urologists might have never seen or used those instruments, they may learn the history of the treatment from them and might inspired them to create new instruments in the future.

Next 30 years, things we missed might even be laparoscopic surgery or robotic prostatectomy.



—
ศัลยศาสตร์ระบบประสาท
ในประเทศไทย
—

มะเร็งระบบปัสสาวะ

Cancer of KUB system

| มะเร็งไต (Renal Cell Carcinoma) จุลินทร์ โอภาณุรักษ์

ข้าพเจ้าจบแพทยศาสตรบัณฑิตในปี พ.ศ. 2537 ศัลยศาสตร์ทั่วไปในปี พ.ศ. 2540 และเริ่มเข้ามาใช้ชีวิตเป็น ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะในปี พ.ศ. 2542 ถึงขณะนี้รวมแล้ว 19 ปี มีความประทับใจและภูมิใจในครอบครัวนี้เป็น อย่างมาก ครึ่งนี้เป็นอีกครั้งที่รู้สึกมีเกียรติอย่างมากที่ได้มาร่วมเขียนหนังสือที่ระลึกครบรอบ 30 ปีสมาคมศัลยแพทย์ ระบบปัสสาวะ ในหัวข้อเรื่องมะเร็งไตในประเทศไทย

ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของมะเร็งไตไม่พบนัก ประมาณ 1.6 รายต่อประชากร 100,000 คน ถือเป็น มะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 22 ของมะเร็งทุกอวัยวะในคนไทย โดยพบในผู้ชายบ่อยกว่าผู้หญิง

มะเร็งไต เป็นชื่อที่ใช้เรียกรวมของมะเร็งที่เกิดจากส่วนต่าง ๆ ของไต ทำให้มีความหลากหลายในลักษณะ ทางเซลล์ พยาธิวิทยา การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และการตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนี้ มะเร็งชนิดนี้ ยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมโดยเฉพาะ VHL gene ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา อย่างมากในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา

1. มะเร็งไตในระยะเริ่มต้น (Localized renal cell carcinoma)

จำได้ว่าเมื่อเข้ามาเป็นแพทย์ประจำบ้านของศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะในปี พ.ศ. 2540 สิ่งที่ต้องท่องจำเกี่ยวกับ มะเร็งไต คือ ลักษณะของผู้ป่วย 3 อย่างที่บ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งไตค่อนข้างแน่ ประกอบด้วย ปัสสาวะเป็นเลือด คลำ ก้อนได้ภายในช่องท้อง และเบื่ออาหาร น้ำหนักลด แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจาก ความตื่นตัวในการตรวจสุขภาพ และการพัฒนาของเครื่องเอกซเรย์ที่ช่วยตรวจหาโรคต่างๆ ในร่างกายมนุษย์

ในขณะนี้ ร้อยละ 70-75 ของผู้ป่วยมะเร็งไตมาพบแพทย์ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โดยแบ่งเป็นมะเร็งไตที่มีขนาดเล็กกว่า 4 เซนติเมตร (small renal mass) และขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร แต่ยังคงอยู่ในไตเท่านั้น

1.1 มะเร็งไตที่มีขนาดเล็กกว่า 4 เซนติเมตร (Small renal mass)

ในสมัยก่อนเมื่อพบก้อนที่ไต การรักษามาตรฐาน คือ การตัดไตข้างนั้นออกพร้อมกับไขมันที่หุ้มอยู่รอบไต ทั้งหมด แต่เมื่อมีการศึกษามากขึ้น พบว่าในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ไตขนาดเล็กกว่า 4 เซนติเมตร ผลขึ้นเนื้อจะเป็นมะเร็งไตที่ แพร่กระจายและโตเร็วร้อยละ 60 เป็นมะเร็งที่เจริญเติบโตช้าร้อยละ 20 และไม่ใช้มะเร็งร้อยละ 20 ซึ่งมีผลให้แนวทางการรักษาเปลี่ยนไป

แนวทางการรักษาในปัจจุบันจะแบ่งเป็น 4 วิธี คือ

- 1.1.1 การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงขนาดก้อนด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ถ้ามีขนาดเปลี่ยนไปมากกว่า 0.5 เซนติเมตรต่อปีจะแนะนำให้รักษาเพิ่มเติม แต่วิธีนี้ไม่เป็นที่นิยมในประเทศไทย เนื่องจากความกังวลในการทิ้งก้อนที่มีโอกาสเป็นมะเร็งไว้ในร่างกาย
- 1.1.2 การผ่าตัดไตออกบางส่วน (Nephron-sparing surgery) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนที่โตและเนื้อไตโดยรอบออกบางส่วนเท่านั้น มีการศึกษาพบว่าให้ผลควบคุมมะเร็งไม่แตกต่างจากการผ่าตัดเอาไตออกทั้งหมด แต่มีการทำงานของไตหลังผ่าตัดดีกว่าชัดเจน จากการพัฒนาวิธีผ่าตัดและความก้าวหน้าของเครื่องมือเอกซเรย์ต่าง ๆ ทำให้วิธีนี้ได้รับความนิยมและแพร่หลายในประเทศไทย
- 1.1.3 การผ่าตัดไตออกทั้งหมด (Radical nephrectomy) วิธีนี้ได้รับความนิยมลดลง เนื่องจากต้องเสียไตทั้งข้าง มักใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดไตออกบางส่วนได้
- 1.1.4 การทำลายก้อนที่ไตด้วยพลังงานชนิดต่าง ๆ เช่น ความร้อน ความเย็น หรือคลื่นวิทยุเฉพาะที่ (Local energy ablation therapy) วิธีนี้ไม่ได้รับความนิยมในประเทศไทย มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้เท่านั้น

1.2 มะเร็งไตที่มีขนาดมากกว่า 4 เซนติเมตร แต่ยังคงอยู่ในไตเท่านั้น

เนื่องจากก้อนที่ขนาดใหญ่ขึ้นมีความสัมพันธ์กับมะเร็งที่โตเร็วและมีโอกาสแพร่กระจายสูง แนวทางการรักษาจึงแบ่งได้ 2 วิธี คือ

- 1.2.1 การผ่าตัดไตออกทั้งหมด (Radical nephrectomy) เป็นการรักษาที่นิยมใช้มากที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ 80-90 มีโอกาสอยู่รอดมากกว่า 5 ปี โดยการผ่าตัด radical nephrectomy ที่สมบูรณ์นั้น มี 4 ประการ คือ
 - 1) ตัดเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำที่ไปเลี้ยงไต ก่อนที่จะเลาะส่วนอื่น ๆ ของไต เพื่อลดปริมาณเลือดออกและป้องกันมะเร็งกระจายไปทางเส้นเลือด
 - 2) ตัดไตและไขมันหุ้มรอบไตออกไปด้วยกันทั้งหมดเป็นชิ้นเดียวกัน
 - 3) ตัดต่อมหมวกไตข้างเดียวกันออกด้วยเสมอ ซึ่งในปัจจุบันไม่จำเป็นแล้ว แนะนำให้ตัดต่อเมื่อก้อนมะเร็งใหญ่มาก หรือเป็นที่ส่วนบนของไต
 - 4) เลาะต่อมน้ำเหลืองรอบเส้นเลือดดำ vena cava และเส้นเลือดแดง aorta ด้วย ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบว่าการเลาะต่อมน้ำเหลืองให้ผลดีกว่าผลเสีย จึงทำในบางสถาบันเท่านั้น
- 1.2.2 การผ่าตัดเอาก้อนของไตออก (Nephron-sparing surgery) ก้อนที่ใหญ่ขึ้นทำให้การผ่าตัดวิธีนี้ยากขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น จึงทำให้ใช้วิธีนี้ลดลง แต่ในการปฏิบัติงานที่ทำอยู่ถ้าสามารถเอาก้อนที่ไตออกได้ด้วยวิธีนี้จะพยายามทำก่อนเสมอ

2. มะเร็งไตในระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally-advanced renal cell carcinoma)

เป็นระยะที่มะเร็งไตลุกลามออกมานอกไขมันที่หุ้มรอบไต อาจจะลุกลามเป็นก้อนเลือดไปตามเส้นเลือดดำที่เลี้ยงไต ผ่านเส้นเลือดดำใหญ่ vena cava ขึ้นไปถึงหัวใจห้องขวาบนได้ หรือลุกลามไปตามอวัยวะข้างเคียงไต เช่น ตับ ตับอ่อน กล้ามเนื้อหลัง psoas ต่อมหมวกไต หรือกระจายไปตามต่อมน้ำเหลืองรอบเส้นเลือดที่มาเลี้ยงไต ในปัจจุบันข้าพเจ้ายังพบผู้ป่วยลักษณะนี้อยู่เป็นระยะ

การรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง การผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาหลัก สิ่งสำคัญคือต้องผ่าตัดเอาไตและไขมันหุ้มรอบไตออก รวมถึงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ที่มีการลุกลามหรือการแพร่กระจายไปของมะเร็งไต การผ่าตัดเช่นนี้จึงมีความเสี่ยงสูงมาก ต้องเตรียมความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่จะทำผ่าตัดไว้เป็นอย่างดี เช่น ถ้าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบก้อนเลือดอยู่ในเส้นเลือดดำ ต้องพิจารณาตำแหน่งสูงสุดของก้อนเลือดว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะผ่าเปิดช่องท้องแบบใด จำเป็นต้องเข้าช่องปอดด้วยหรือไม่ หรือจำเป็นต้องใช้เครื่องฟอกปอด-หัวใจเทียมเพราะต้องเปิดหัวใจเพื่อเอาก้อนเลือดออกด้วย

จนถึงปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดพิสูจน์ได้ว่าการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยในระยะนี้อยู่รอดได้นานขึ้น ไม่ว่าจะเป็นแบบ neoadjuvant หรือ adjuvant การผ่าตัดจึงเป็นความหวังเดียวของผู้ป่วยในระยะนี้

3. มะเร็งไตในระยะแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ (Metastatic renal cell carcinoma)

จำได้ว่าช่วงที่จบแพทย์ประจำบ้านแล้วเริ่มปฏิบัติงานใหม่ ๆ มะเร็งไตในระยะแพร่กระจายเป็นโรคที่ไม่อยากเจอมากที่สุด เนื่องจากการรักษาที่มีในตอนนั้นไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้มากนัก โอกาสอยู่รอดของผู้ป่วยโดยเฉลี่ยคือ 5-6 เดือน ที่อยู่รอดได้ถึง 1 ปีพบเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น เนื่องจากมะเร็งไตชนิดแพร่กระจายนี้ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด และการฉายแสง การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในช่วงนั้น คือ การให้ยา immune therapy ซึ่งมีการตอบสนองเพียงร้อยละ 10-20 เท่านั้น แต่มีราคาสูงมากและผลข้างเคียงรุนแรง

ผู้ป่วยที่ยังจำได้อยู่จนถึงตอนนี้ คือ ลูกชายพาคณพที่เป็นมะเร็งไตระยะแพร่กระจายไปที่ปอดและตับหลายจุด มาพบผม หลังจากพูดคุยถึงพยากรณ์โรคและผลการผ่าตัดแล้ว ทั้งคุณพ่อและลูกชายตัดสินใจไม่รับการรักษา ลูกชายลาออกจากงานแล้วขับรถพาคณพที่เฝ้ารอบประเทศไทย แล้วมาเจอผมอีกครั้งตอนดูแลก่อนจากไป (end of life care)

อย่างไรก็ตาม ขณะนี้การรักษามะเร็งไตในระยะแพร่กระจายมีการพัฒนาไปมาก สามารถเพิ่มโอกาสอยู่รอดชีวิตของผู้ป่วยไปได้อีก 3-5 ปี โดยที่มีผลข้างเคียงลดลงจากเดิมอย่างมาก

การรักษาในปัจจุบัน

3.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgical management)

3.1.1 การตัดไตออกเพื่อลดปริมาณมะเร็ง (Cytoreductive nephrectomy)

มีศึกษาพบว่าการตัดไตออกเพื่อลดปริมาณมะเร็ง ทำให้การรักษาต่อเนื่องด้วยยาต่าง ๆ ได้ผลดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่สิ่งที่ควรระวังคือ การเลือกผู้ป่วยที่จะมาทำผ่าตัด เพราะ cytoreductive nephrectomy มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรมีสภาพค่อนข้างแข็งแรง (performance status 0-1) มะเร็งที่ไตสามารถตัดออกได้ มะเร็งที่กระจายควรเป็นที่ปอดเท่านั้น และไม่ควรมีมะเร็งกระจายไปที่สมอง กระดูก หรือ ตับ

3.1.2 การผ่าตัดเอามะเร็งที่กระจายไปที่อวัยวะอื่นออก (Metastatectomy)

เหมาะสำหรับมะเร็งไตที่กระจายไปอวัยวะอื่นเพียง 1-2 จุด และสามารถผ่าตัดเอาออกได้ทั้งหมด (metastatectomy) โดยมักจะทำร่วมกับ radical nephrectomy เสมอ ผลการศึกษาพบว่า ถ้าสามารถตัดมะเร็งที่ไตและมะเร็งที่แพร่กระจายออกได้หมด จะทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น และการรักษาต่อเนื่องด้วยยาต่าง ๆ ได้ผลดีขึ้น

3.2 การรักษาทั่วร่างกาย (Systemic therapy)

3.2.2 ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

จากการศึกษามากกว่า 50 ชิ้นเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด 33 สูตร พบการตอบสนองของมะเร็งไตต่อยาเคมีบำบัดต่ำมาก (ร้อยละ 5.5) และไม่สามารถยืดอายุของผู้ป่วยได้

3.2.2 ยาไซโตไคน์ (Cytokine therapy)

เช่น interleukin -2 (IL-2) และ interferone α -2b (IFN) เริ่มใช้เป็นการรักษามาตรฐานของมะเร็งไตในระยะแพร่กระจายตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 แต่ผลการรักษายังไม่น่าพอใจ มีราคาแพงมาก และผลข้างเคียงที่อันตรายทำให้ไม่เป็นที่แพร่หลาย

3.2.3 Targeted therapy

แบ่งออกเป็นได้หลายกลุ่ม

- a. Tyrosine kinase inhibitor เช่น Sunitinib, Pazopanib, Sorafenib และ Axitinib
- b. Monoclonal antibody against VEGF (vascular endothelial growth factor) เช่น bevacizumab
- c. mTOR (mammalian target of rapamycin) inhibitors เช่น temsirolimus และ everolimus.
- d. Monoclonal antibody against programmed death receptor-1 (PD-1) เช่น Nivolumab

ยาทุกตัวในรายชื่อด้านบน มีผลการศึกษารับรองว่าสามารถยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้ แต่จากความหลากหลายของยา ทำให้เลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ยาก ต้องพิจารณาจากผลข้างเคียงว่าเป็นเซลล์มะเร็งชนิดใด สุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงโรคประจำตัว และตำแหน่งที่มีการกระจายไปของมะเร็งไต วิธีที่นิยมที่สุดคือเปลี่ยนให้ยาครั้งละชนิดต่อเนื่องกันไปเมื่อยาตัวแรกไม่ได้ผล (sequential monotherapy) หลังจากการทำ cytoreductive nephrectomy แล้ว แต่สิ่งที่ต้องระวังคือ ยาทุกตัวมีราคาแพง และมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ก่อนใช้ยาแต่ละตัวจึงต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี

| มะเร็งเยื่อบุระบบปัสสาวะ (Urothelial Cancer) วศพนีย์ ชุณหะกล้า

Urothelial cancer เป็นมะเร็งของเยื่อบุระบบปัสสาวะ โดยร้อยละ 90 เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ส่วน urothelial cancer ของท่อไตและกรวยไตพบเพียงร้อยละ 5-10 และหากพบเป็นมะเร็งของท่อไตและกรวยไตแล้ว จะมีโอกาสพบมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในภายหลังได้มากถึงร้อยละ 30-50 แต่ในทางกลับกันหากพบเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะก่อน จะมีโอกาสพบมะเร็งของท่อไตหรือกรวยไตเพียงร้อยละ 2-4 สาเหตุของ urothelial cancer สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การสัมผัสกับสารเคมีที่เป็น carcinogen และการอักเสบเรื้อรังหรือระคายเคืองต่อผิวของเยื่อบุระบบปัสสาวะ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบมีเม็ดเลือดแดงปนในปัสสาวะ ทั้งที่เป็น microscopic หรือ gross hematuria บางรายอาจจะมี voiding symptom อื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่โรคลุกลามมากแล้ว อาจจะมาด้วยเรื่องก้อน ปวด มีอาการซิด อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ส่วนการใช้ urine biomarker ในการตรวจหา urothelial cancer เช่น BTA assays, NMP 22, FISH ยังได้ผลไม่ดีและไม่เป็นที่นิยมใช้ในประเทศไทย ที่ยังมีการใช้และเป็นการตรวจมาตรฐานคือ urine cytology ซึ่งอาจให้ผล false negative ได้ใน low grade urothelial cancer

การวินิจฉัยเบื้องต้นมักจะเริ่มจากการทำ ultrasound และ cystoscopy ก่อน หลังจากนั้นจึงใช้ CT urography หากผู้ป่วยไม่สามารถฉีด contrast media ได้ก็จะใช้ MRI แทน ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตไม่ดี หรือทำ CT หรือ MRI แล้วยังได้ข้อมูลไม่ชัดเจน อาจทำ retrograde pyelography เพื่อดูลักษณะของท่อไตและกรวยไตให้ชัดเจนขึ้น รวมถึงสามารถเก็บปัสสาวะจากท่อไตและกรวยไตด้านนั้นส่งตรวจ cytology ได้อีกด้วย ในกรณียังไม่แน่ใจในการวินิจฉัย อาจต้องทำ ureteroscopy เพื่อส่องตรวจให้ชัดเจน หากมีความจำเป็นต้องตรวจ CT หรือ MRI ควรตรวจก่อนทำผ่าตัด TURBT เพราะหากตรวจภายหลังอาจมี local tissue inflammation ทำให้แปลผลคลาดเคลื่อนได้

การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) โดยใช้แสงสีขาวยังเป็นวิธีมาตรฐาน แต่ข้อจำกัดคือ อาจหาโรคระยะเริ่มต้นที่มีขนาดเล็ก หรือ CIS ไม่ได้ การใช้ narrow band imaging หรือ fluorescence cystoscopy อาจช่วยได้ ในทางเวชปฏิบัติ การใช้ narrow band imaging จะสะดวกกว่า เนื่องจากไม่ต้องใส่สารเข้าไปในตัวผู้ป่วย และใช้ตรวจ ureteroscopy ได้ด้วย

การผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะแบ่งเป็น non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC หรือ ชื่อเดิมคือ superficial bladder cancer) พบได้ร้อยละ 70-75 และ muscle invasive bladder cancer ซึ่งพบได้ร้อยละ 25-30

ในกลุ่ม NMIBC การผ่าตัด TUR-BT ตามด้วยการให้ intravesical treatment ด้วย BCG หรือ chemotherapy ถือเป็นวิธีการรักษามาตรฐาน โดย BCG ให้ผลการรักษาดีกว่า ภายหลังจากการทำ TURBT อาจพบปัญหาการณีที่ผลพยาธิวิทยาไม่พบชิ้นกล้ามเนื้อในชิ้นเนื้อที่ตัดออกมา การรักษาของทางตะวันตกแนะนำให้ทำ Re-TUR เพื่อตัดให้ได้ชิ้นกล้ามเนื้อ แต่คัลยแพทย์ยุโรปส่วนใหญ่ในประเทศไทยไม่นิยมทำ เนื่องจากกลัวว่าอาจเกิดกระเพาะปัสสาวะทะลุ เนื้อ

งอกบางตำแหน่ง อาจจะต้องยาก เช่น ที่ dome รวมทั้งหากจี้ฐานเนื้องอกด้วยไฟฟ้ามากจะเกิด scar และไม่แน่ใจว่าการทำ Re-TUR จะได้ชั้นกล้ามเนื้อที่ต้องการหรือไม่ ส่วนใหญ่จึงติดตามดูด้วยการส่องกล้องเป็นระยะ ถ้ามี recurrent tumor จึงทำ TUR อีกครั้ง

ส่วนการรักษา muscle invasive bladder cancer ใช้การผ่าตัด radical cystectomy เป็นวิธีมาตรฐาน การทำ partial cystectomy อาจพิจารณาในรายที่เป็น single lesion และอยู่ในตำแหน่งที่ตัดออกง่าย เช่น lateral, anterior wall หรือ dome ของกระเพาะปัสสาวะ อย่างไรก็ตาม มีโอกาสเกิด recurrent tumor บริเวณกระเพาะปัสสาวะที่เหลือได้สูง และการทำ salvage radical cystectomy ภายหลังอาจทำได้ยาก ทำให้การผ่าตัด partial cystectomy ไม่ได้รับความนิยม

ในปัจจุบันการผ่าตัด radical cystectomy นิยมทำแบบการผ่าตัดเปิด แม้จะมีการทำ laparoscopic radical cystectomy ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และ robotic radical cystectomy ในเวลาต่อมา เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัด laparoscopic หรือ robotic radical prostatectomy ซึ่งได้รับความนิยมสูงกว่ามาก การผ่าตัด minimal invasive radical cystectomy ทั้งสองเทคนิค มีการทำในประเทศไทยมาร่วมสิบปี แต่ยังไม่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากหัตถการ radical cystectomy ใช้เวลาผ่าตัดนาน มีการทำ urinary diversion ต้องเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม รวมถึงค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการผ่าตัดเปิดมาก นอกจากเสียเลือดน้อยกว่าแล้ว ผลการรักษาอื่นก็ไม่ได้ดีกว่าการผ่าตัดเปิดอย่างชัดเจน

การเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานเป็นขั้นตอนหนึ่งในการทำ radical cystectomy เดิมนิยมทำเป็น limited pelvic lymphadenectomy โดยเลาะต่อมน้ำเหลืองถึงระดับของ common iliac bifurcation แต่ในปัจจุบันเลาะถึง common iliac artery บริเวณที่ท่อไตทอดข้าม และถือเป็น standard pelvic lymphadenectomy เนื่องจากมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า ส่วนการเลาะต่อมน้ำเหลืองขึ้นไปเหนือตำแหน่งนี้ จนถึง aortic bifurcation หรือ inferior mesenteric artery แม้จะเลาะต่อมน้ำเหลืองได้จำนวนเพิ่มขึ้น แต่อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับ standard pelvic lymphadenectomy

การทำ urinary diversion หลัง radical cystectomy ในปัจจุบัน แม้ว่าประเทศตะวันตกจะทำ neobladder มากกว่า ileal conduit แต่ในประเทศไทยยังเลือกทำ ileal conduit เป็นอันดับแรก เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ทั้งการเลือกผู้ป่วย ระยะเวลาในการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด neobladder ที่ยาวนานกว่า ileal conduit อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มที่ศิลาแพทยยูโรไทยรุ่นใหม่จะทำ neobladder เพิ่มมากขึ้นในอนาคต ส่วนการทำ continent cutaneous reservoir ลดลงอย่างมาก เนื่องจากต้องใช้เวลาผ่าตัดนาน และเกิดผลแทรกซ้อนในระยะยาว

การผ่าตัดมะเร็งท่อไตและกรวยไต

การผ่าตัด nephroureterectomy with bladder cuff excision ยังเป็นการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน ในประเทศไทยมีแนวโน้มผ่าตัดเปิดลดลง และสามารถทำได้ทั้ง robotic, pure laparoscopic, laparoscopic hybrid transvaginal nephroureterectomy with bladder cuff excision อย่างไรก็ตาม ศิลาแพทยยูโรส่วนใหญ่นิยมทำ laparoscopic nephroureterectomy และทำ bladder cuff excision โดยผ่าตัดเปิด เนื่องจากต้องเปิดแผลเอา specimen ออกอยู่แล้ว และทำได้เร็วกว่าแบบ laparoscopic ทั้งหมด สำหรับการเลาะต่อมน้ำเหลืองก็ยังไม่ชัดเจนว่าช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต แนวทางการรักษาจากประเทศตะวันตกให้คำแนะนำในระดับต่ำ และยังคงต้องการศึกษาแบบ prospective study ต่อไป

การรักษาด้วย endoscopic treatment โดยตัดเอาเฉพาะส่วนที่เป็นมะเร็งออก และเก็บไตและท่อไตด้านนั้นไว้ หรือการทำ segmental ureterectomy มีโอกาสเกิด recurrence สูง และมี tumor progression ได้ อาจพิจารณาในรายที่เป็น single kidney, chronic kidney disease หรือมี bilateral tumor ซึ่งต้องอธิบายความเสี่ยงดังกล่าว เมื่อเทียบกับการผ่าตัด nephroureterectomy และได้รับการล้างไตทดแทน

การรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา

การให้เคมีบำบัดใน urothelial cancer นอกจากให้เป็น adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัดแล้ว ในปัจจุบันมีการให้ neoadjuvant chemotherapy ก่อนผ่าตัดมากขึ้น ทั้งในมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและมะเร็งท่อไตหรือกรวยไต เพื่อให้ก้อนมะเร็งยุบลงและผ่าตัดเอาออกได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะรายที่เป็น locally-advanced tumor นอกจากนี้ ในรายที่เป็นมะเร็งท่อไตหรือกรวยไต การให้ neoadjuvant chemotherapy ก่อนผ่าตัดและมีไตสองข้างทำงานอยู่ จะทำให้บริหารยาเคมีบำบัดได้ง่ายกว่าให้ยาหลังผ่าตัดซึ่งเหลือไตเพียงข้างเดียว

รังสีรักษาในมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อาจพิจารณาในรายที่เป็น T3/T4 หรือมี positive margin ซึ่งมีประโยชน์เพิ่ม locoregional control โดยไม่เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และอาจให้รังสีรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือปฏิเสธการตัดกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งในกรณีหลังที่ผู้ป่วยต้องการเก็บกระเพาะปัสสาวะ (bladder preservation therapy) ควรจะใช้เป็น trimodal therapy คือ ทำ TURBT เพื่อตัดเนื้องอกออกให้มากที่สุด ตามด้วยรังสีรักษา ร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด สำหรับมะเร็งท่อไตหรือกรวยไต มักจะใช้รังสีรักษาในกรณีการกลับเป็นซ้ำที่ tumor bed หรือเป็น palliative treatment

| มะเร็งอัณฑะ (Testicular cancer)

สาริต ศิริบุญฤทธิ์

มะเร็งอัณฑะเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยนัก แต่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นมะเร็งที่มีโอกาสหายขาดได้สูง ถ้าตรวจพบในระยะแรกและเลือกการรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย เพราะฉะนั้น ความตระหนักของผู้ป่วยในการการตรวจอัณฑะและอวัยวะเพศตนเอง และมาพบแพทย์เมื่อพบความผิดปกติจึงมีความสำคัญ ดังนั้น นอกจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว การแนะนำให้ชายไทยตรวจอัณฑะด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับที่แนะนำให้ผู้หญิงตรวจเต้านม ก็อาจเป็นหนทางหนึ่งซึ่งจะนำผู้ป่วยมาพบศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมากกว่าระยะที่โรคแพร่กระจายไปแล้วซึ่งยากต่อการรักษา

สำหรับข้อมูลในประเทศไทย ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (hospital-based cancer registry) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบว่า มะเร็งอัณฑะไม่ติดอยู่ใน 14 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งใหม่เพศชายของปี พ.ศ. 2558 แต่ถูกรวมอยู่ในอันดับที่ 15 คือ without specification other ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.62 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด รายงานผู้ป่วยมะเร็งอัณฑะรายใหม่ในปี พ.ศ. 2558 แบ่งเป็น seminoma 3 ราย embryonal carcinoma 2 ราย yolk sac tumor 1 ราย และ mixed germ cell tumor 2 ราย ซึ่งมีจำนวนน้อยมาก แต่รายงานนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นข้อมูลของสถาบันเดียว ข้อมูลระดับชาติของไทยจากหนังสือ Cancer in Thailand ตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2558 ก็ยังไม่พบว่ามะเร็งอัณฑะติดอยู่ในสิบอันดับแรกของมะเร็งเพศชายของไทย และพบผู้ป่วย 217 รายต่อปีเท่านั้น

ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยมะเร็งอัณฑะรายใหม่จำนวน 8,720 รายในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ โดยร้อยละ 95 เป็น germ cell tumors (GCTs) การรักษามะเร็งประเภทนี้แม้จะมีต้นกำเนิดจากนอกอัณฑะ (extragonadal primary sites) แต่ก็รักษาเช่นเดียวกับมะเร็งซึ่งกำเนิดจากอัณฑะ⁽²⁾ GCTs พบได้ไม่บ่อยเพียงร้อยละ 1 ของมะเร็งในเพศชาย⁽¹⁾ และเป็นมะเร็งประเภท solid ที่พบได้บ่อยที่สุดในชายอายุระหว่าง 20 ถึง 34 ปี⁽³⁾ มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในช่วงยี่สิบปีที่ผ่านมา และมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ประวัติการป่วยด้วย GCTs มาก่อน ประวัติมะเร็งอัณฑะในครอบครัว อัณฑะไม่ลงถุง (cryptorchidism) อัณฑะเจริญผิดปกติ (testicular dysgenesis) และ Klinefelter's syndrome^(2,8,9)

GCTs แบ่งเป็น seminoma และ nonseminoma ซึ่ง nonseminoma มีหลายประเภท ได้แก่ embryonal cell carcinoma, choriocarcinoma, yolk sac tumor และ teratoma ในส่วนของ teratoma ยังแบ่งออกเป็น mature หรือ immature ขึ้นอยู่กับการพัฒนาของเซลล์ว่าเป็นประเภท adult-type หรือ partial somatic differentiation เหมือนที่พบในตัวอ่อนมนุษย์ บางครั้ง teratoma มีลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเหมือนกับ somatic cancer เช่น sarcoma หรือ adenocarcinoma ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งว่า teratoma มีคุณสมบัติของ malignant transformation

Tumor marker ซึ่งสามารถตรวจได้จากเลือด ได้แก่ alpha-fetoprotein (AFP), lactate dehydrogenase (LDH) และ beta-human chorionic gonadotropin (beta-hCG) เป็นส่วนหนึ่งในการวินิจฉัย GCTs ใช้บอกพยากรณ์โรคและประเมินผลการรักษา การตรวจเลือดเพื่อประเมิน tumor markers ควรทำทั้งก่อนและหลังการรักษาและตลอดการติดตามการรักษา มีประโยชน์อย่างมากในการติดตามทุกระยะของผู้ป่วย nonseminoma และ

ยังมีประโยชน์สำหรับการติดตาม seminoma ในระยะแพร่กระจาย เนื่องจากการที่ค่าสูงขึ้นเป็นสัญญาณเริ่มต้นของโรคกลับเป็นซ้ำ (relapse)

LDH เป็น marker ที่เฉพาะเจาะจงน้อยกว่า AFP และ hCG โดย AFP ถูกผลิตจากเซลล์ nonseminomatous เช่น embryonal carcinoma, yolk-sac tumor และอาจพบได้โรคทุกระยะ ดังนั้น การมีอยู่ของ nonseminoma จึงสัมพันธ์กับการที่ AFP สูงขึ้น ถ้าผลจุลพยาธิวิทยาเป็น pure testicular seminoma แต่ผู้ป่วยมี AFP สูงก็ต้องนึกถึงว่ามี nonseminoma ร่วมด้วยเสมอ^(10,11) ส่วนการเพิ่มขึ้นของ beta-hCG อาจบ่งถึงมะเร็งได้ทั้ง seminoma และ nonseminoma ต้องระมัดระวังการแปลผล beta-hCG เนื่องจากมีค่าสูงขึ้นจากปัจจัยอื่นได้ เช่นภาวะ hypogonadism และการใช้กัญชา

Nonseminoma เป็นมะเร็งที่ร้ายแรง กรณีที่ผลจุลพยาธิวิทยารายงานว่ามีทั้ง seminoma และ nonseminoma ก็ควรทำการรักษาด้วยหลักการรักษาของ nonseminoma ดังนั้น การวินิจฉัย seminoma ควรจำกัดอยู่เพียงรายที่ผลจุลพยาธิวิทยาเป็น pure seminoma และมีระดับของ AFP ปกติเท่านั้น

ผู้ป่วยมะเร็งอัณฑะมีอัตราการรอด 5 ปีประมาณร้อยละ 98⁽³⁾ การวินิจฉัยที่ช้าเกินไปทำให้พบผู้ป่วยในโรคระยะสูงขึ้น การรักษาในทุกระยะควรยึดตามมาตรฐานและต้องติดตามอย่างใกล้ชิดเสมอ

การแสดงออกทางคลินิก

ผู้ป่วยมักมาด้วยก้อนแข็งบริเวณอัณฑะซึ่งไม่เจ็บปวด บางรายรู้สึกไม่สบายบริเวณอัณฑะหรือบวม อาจได้รับการวินิจฉัยเป็น epididymitis หรืออัณฑะอักเสบและได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อน หากรักษาด้วยยาแล้วยังไม่ดีขึ้น หรือยังคงคลำพบก้อนผิดปกติอยู่ ก็ควรหาสาเหตุต่อเสมอโดยนึกถึงมะเร็งอัณฑะด้วย

การตรวจเพิ่มเติม

เมื่อตรวจร่างกายพบก้อนของอัณฑะ การตรวจเพิ่มเติมนั้นครอบคลุมทั้งการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมถึงการเจาะเลือดตรวจ ประเมินค่า creatinine, electrolytes และ liver enzymes ระดับของ tumor markers อันได้แก่ LDH, AFP และ beta-hCG ต้องได้รับการประเมินเพื่อเป็นปัจจัยบ่งการพยากรณ์โรคและเพื่อการวินิจฉัยและการแบ่งระยะโรค⁽¹²⁾ ระดับของ markers ควรประเมินก่อนผ่าตัดอัณฑะ (orchiectomy) และประเมินซ้ำอีกครั้งหลังตัดอัณฑะ การเพิ่มขึ้นของระดับ beta-hCG, LDH หรือ AFP ควรได้รับการติดตามและประเมินซ้ำ เพื่อการแบ่งระยะโรคที่แม่นยำ การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงตรวจอัณฑะอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินก้อนอัณฑะและสำรวจอัณฑะอีกข้าง ข้อได้เปรียบอีกข้อของการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง คือ ความไวและมีบทบาทสำคัญในการแยกว่าก้อนที่ตรวจพบนั้นกำเนิดจากในหรือนอกอัณฑะ (intra- or extratesticular)⁽¹³⁾ มะเร็งอัณฑะมักแสดงออกเป็น heterogeneous และ hypoechoic จากการตรวจด้วยเครื่องมือดังกล่าว

การรักษาขั้นต้น

การทำ radical inguinal orchiectomy เป็นการผ่าตัดแรกที่ได้รับการทำในผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมาด้วยก้อนอัณฑะที่สงสัยว่าป่วยด้วยมะเร็งอัณฑะ⁽¹⁴⁾ การผ่าตัดเปิดผ่านบริเวณขาหนีบเพื่อตัดชิ้นเนื้อจากอัณฑะฝั่งตรงข้ามไม่ได้ถูกทำสำหรับผู้ป่วยทุกรายแต่จะถูกพิจารณาทำในกรณีที่อัณฑะไม่ลงถุงหรือพบการฝ่อของอัณฑะอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁵⁾ การประเมิน primary tumor จะทำหลังจากการตัดอัณฑะออกและผลจากจุลพยาธิวิทยาจะกลายเป็นค่าของ primary tumor (T) การใส่อัณฑะเทียม (testicular prosthesis) อาจถูกพิจารณาใส่ทดแทนระหว่างการผ่าตัดเลยก็อาจทำได้ถ้าผู้ป่วยต้องการ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

การตัดชิ้นเนื้ออวัยวะผ่านบริเวณขาหนีบอาจถูกพิจารณาทำเมื่อพบความผิดปกติในอวัยวะจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง อย่างไรก็ตามการตรวจพบ microcalcification ไม่เป็นข้อบ่งชี้สำหรับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจถ้าไม่พบความผิดปกติอื่นร่วมด้วย การตัดชิ้นเนื้ออวัยวะผ่านบริเวณขาหนีบนี้ยังควรพิจารณาทำในกรณีที่พบอวัยวะฝอยอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย

สำหรับผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเก็บน้ำเชื้อสำรอง (sperm banking)^(19,20) ซึ่งควรทำการพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนรักษาทุกประเภทซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด⁽²¹⁻²³⁾ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเก็บน้ำเชื้อสำรอง ควรจะทำการเก็บทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดอวัยวะแต่ก็ควรจะทำก่อนขั้นตอนการรักษาหลังจากการผ่าตัดอวัยวะ ซึ่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้มีการเก็บน้ำเชื้อสำรองกับผู้ป่วยที่มาทำการรักษามะเร็งอวัยวะทุกรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา

การรักษาต่อจากนั้นจะเป็นไปตามผลจุลพยาธิวิทยาซึ่งได้จากการผ่าตัดอวัยวะ ว่าเป็น pure seminoma หรือ nonseminoma (รวมถึง mixed seminoma tumors และ seminoma ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของระดับ AFP) และระยะโรค ในบางกรณี ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก คือ เมื่อผู้ป่วยมาพบด้วยกรณี ดังนี้

1. มีการเพิ่มขึ้นสูงมากหรือรวดเร็วมากของระดับ beta-hCG หรือ AFP
2. อาการซึ่งสัมพันธ์กับโรคซึ่งแพร่กระจาย
3. ก้อนอวัยวะหรือโรคซึ่งแพร่กระจายซึ่งรวมถึง อวัยวะ ช่องหลังช่องท้อง (retroperitoneal) หรือ mediastinal GCT

ซึ่งถ้าพบกรณีดังกล่าว บางครั้งการให้เคมีบำบัดอาจถูกพิจารณาให้ทันทีโดยไม่รั้งรอการตัดชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย เนื่องจากโอกาสเสี่ยงจากการรักษาที่ซ้ำมีมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับการวินิจฉัยจากชิ้นเนื้อ

ระยะโรค

TMN staging ขึ้นอยู่กับระดับของ beta-hCG, LDH และ AFP หลังผ่าตัดอวัยวะ การประเมินหาการแพร่กระจายของโรคเป็นสิ่งสำคัญ และต้องตระหนักเสมอถึงการประเมินค่าครึ่งชีวิตของ tumor markers หลังการผ่าตัดอวัยวะ การประเมินสถานะของต่อมน้ำเหลืองบริเวณช่องหลังช่องท้อง การประเมินการแพร่กระจายโรคไปยังปอด และประเมินการแพร่กระจายไปยังสมองและกระดูกเมื่ออาการทางคลินิกบ่งชี้ ระยะของโรคแบ่งตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) TMN Staging System for Testis Cancer (7th ed., 2010) ซึ่งสามารถหาอ่านได้จากข้อมูลมะเร็งทั่วไป แต่ที่แตกต่างจากมะเร็งอื่น คือ มีการใช้ระดับของ tumor markers ในการประเมินด้วย

Sx	คือ	Marker studies not available or not performed
S0	คือ	Marker study levels within normal limits
S1	คือ	LDH < 1.5 x N* and
		hCG (mIU/mL) < 5,000 and
		AFP (ng/ml) < 1,000
S2	คือ	LDH < 1.5 - 10 x N* or
		hCG (mIU/mL) 5,000 - 50,000 or
		AFP (ng/ml) 1,000 - 10,000

S3 คือ LDH < 10 x N* or
 hCG (mIU/mL) > 50,000 or
 AFP (ng/ml) > 10,000

โดยที่ N* คือ upper limit of normal for LDH

การแบ่งระยะโรคดังต่อไปนี้

Group	T	N	M	S
Stage 0	pTis	N0	M0	S0
Stage I	pT1-4	N0	M0	SX
Stage IA	pT1	N0	M0	S0
Stage IB	pT2 or pT3 or pT4	N0	M0	S0
Stage IS	Any pT/TX	N0	M0	S1-3
Stage II	Any pT/TX	N1-3	M0	SX
Stage IIA	Any pT/TX	N1	M0	S0 or S1
Stage IIB	Any pT/TX	N2	M0	S0 or S1
Stage IIC	Any pT/TX	N3	M0	S0 or S1
Stage III	Any pT/TX	Any N	M1	Sx
Stage IIIA	Any pT/TX	Any N	M1a	S0 or S1
Stage IIIB	Any pT/TX	N1-3 or Any N	M0 or M1a	S2
Stage IIIC	Any pT/TX	N1-3 or Any N	M0 or M1a or M1b	S3 or Any S

การรักษา

การรักษา มะเร็งอัณฑะมีลักษณะที่พิเศษ คือ เป็นการรักษามีทางเลือกมากและหลากหลาย การพิจารณาว่า การรักษาประเภทใดเหมาะสมกับผู้ป่วยรายใดนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการพูดคุยถึงทางเลือกกับผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา ขั้นตอนการติดตามการรักษา และการรักษาที่จะตามมาต่อจากการรักษาครั้งแรก ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม seminoma หลังการผ่าตัดอัณฑะ

Stage IA, IB แนะนำการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (surveillance) สำหรับ pT1-pT3 (category 1) หรือเคมีบำบัดด้วย carboplatin หรือรังสีรักษา (20 Gy)

Stage IS ควรตรวจระดับของ tumor markers อีกครั้งและประเมินเอกซเรย์ช่องท้องและเชิงกราน เพื่อประเมินระยะโรค

- Stage IIA** รังสีรักษาครอบคลุม para-aortic และ ipsilateral iliac lymph nodes to a dose 30 Gy หรือ เคมีบำบัดด้วย bleomycin/etoposide/cisplatin (BEP) 3 รอบ หรือ Etoposide/Cisplatin (EP) 4 รอบ สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง
- Stage IIB** แนะนำรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วย BEP 3 รอบ หรือ EP 4 รอบ หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีก้อนซึ่งไม่โตมาก (ขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร) ครอบคลุม para-aortic และ ipsilateral iliac lymph nodes to a dose of 36 Gy
- Stage IIC, III** แบ่งออกเป็น good risk และ intermediate risk (มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะภายในร่างกายอื่นซึ่งไม่ใช่ปอด อันได้แก่ กระดูก ตับ และสมอง) โดย
 Good risk รักษาด้วยเคมีบำบัด BEP 3 รอบ (category 1) หรือ EP 4 รอบ (category 1)
 Intermediate risk รักษาด้วย BEP 4 รอบ (category 1) หรือ VIP 4 รอบ

การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม nonseminoma หลังการผ่าตัดอัณฑะ

- Stage IA** แนะนำการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด หรือ nerve-sparing retroperitoneal lymph nodes dissection (RPLND) หรือเคมีบำบัดด้วย BEP 1 รอบ
- Stage IB** รักษาด้วย nerve-sparing RPLND หรือ เคมีบำบัด BEP 1 ถึง 2 รอบ หรือผ่าตัดอย่างใกล้ชิดสำหรับ T2 หรือ T3 (category 2B)
- Stage IS** รักษาเหมือนกรณี persistent marker elevation (จะกล่าวหลังจากนี้)
- Stage IIA** แบ่งออกเป็นสองกรณี คือ
 กรณีแรก marker negative รักษาด้วย nerve-sparing RPLND หรือ เคมีบำบัดด้วย BEP 3 รอบ หรือ EP 4 รอบ (category 2B)
 กรณีที่สอง persistent marker elevation (จะกล่าวหลังจากนี้)
- Stage IIB** แบ่งออกเป็นสามกรณี คือ
 กรณีแรก marker negative และถ้าต่อมน้ำเหลืองที่โตนั้นอยู่ในทางเดินน้ำเหลืองที่ควรเดินทางไปจะมีการรักษาสองให้เลือกสองประเภทคือ เคมีบำบัด BEP 3 รอบ หรือ EP 4 รอบ หรือ nerve-sparing RPLND สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกเพื่อการรักษานี้เป็นอย่างดี
 กรณีที่สอง marker negative และต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง มีอาการ หรือก้อนโตในตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองซึ่งอยู่นอกเหนือจากทางเดินน้ำเหลืองซึ่งควรจะเดินทางไป รักษาด้วยเคมีบำบัด BEP 3 รอบ หรือ EP 4 รอบ
 กรณีที่สาม persistent marker elevation (จะกล่าวหลังจากนี้)
- Stage IIC, IIIA และกรณี IS, IIA, S1 และ IIB, S1 (persistent marker elevation)** ซึ่งถือว่าเป็น good risk รักษาด้วยเคมีบำบัด BEP 3 รอบ (category 1) หรือ EP 4 รอบ (category 1)
- Stage IIIB** ซึ่งถือว่าเป็น intermediate risk รักษาด้วยเคมีบำบัด BEP 4 รอบ (category 1) หรือ etoposide/ifosfamide/cisplatin (VIP) 4 รอบ
- Stage IIIC** ซึ่งถือว่าเป็น poor risk รักษาด้วย BEP 4 รอบ (category 1) หรือ VIP 4 รอบสำหรับผู้ป่วยซึ่งได้รับการคัดเลือกเพื่อการรักษานี้เป็นอย่างดี

การรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม seminoma ซึ่งได้รับเคมีบำบัดเป็นการรักษาแรกหลังการตัดอัณฑะ

กลุ่มผู้ป่วย seminoma ในระยะ IIA, IIB, IIC และ III ซึ่งได้รับเคมีบำบัดเป็นการรักษาแรกหลังตัดอัณฑะ ควรได้รับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง อู้งเชิงกราน และเจาะเลือดประเมิน serum markers จำแนกได้ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยซึ่งไม่พบก้อนเหลืออยู่หรือก้อนที่เหลืออยู่มีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร และมีค่า tumor markers ปกติ ติดตามด้วยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
2. กลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีก้อนเหลืออยู่ขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร และมีค่า tumor markers ปกติ ควรส่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปตรวจ PET/CT หลังให้เคมีบำบัดครบแล้วอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ถ้า negative ก็ควรใช้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แต่ถ้า positive ควรผ่าตัดเลาะก้อนที่เหลืออยู่หรือตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา กรณีที่ผลพยาธิวิทยาเป็น viable seminoma ผู้ป่วยควรได้รับเคมีบำบัดสูตรอื่น แต่ถ้าผลพยาธิวิทยาไม่พบมะเร็ง ก็ควรติดตามการรักษาต่อ
3. กลุ่มผู้ป่วยซึ่งมี progressive disease คือ ขนาดของก้อนโตขึ้น หรือมีการเพิ่มขึ้นของระดับ tumor markers ควรรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเคมีบำบัดสูตรอื่น

การรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม nonseminoma ซึ่งได้รับเคมีบำบัดเป็นการรักษาแรกหลังการตัดอัณฑะ แบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มที่หนึ่ง nonseminoma ในระยะ IIA, IIB ซึ่งได้รับเคมีบำบัดเป็นการรักษาแรกหลังตัดอัณฑะ ควรได้รับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องและอู้งเชิงกราน ภาพถ่ายรังสีปอด หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอด ซึ่งผลที่ได้จะแบ่งออกเป็นสองกรณี คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยซึ่งยังมีก้อนเหลืออยู่ขนาดใหญ่กว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร และ negative tumor markers รักษาด้วย nerve-sparing bilateral RPLND
2. กลุ่มผู้ป่วยซึ่งไม่มีก้อนเหลืออยู่ หรือมีก้อนเหลืออยู่ขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร และ negative tumors markers อาจเลือกการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหรือ nerve-sparing bilateral RPLND สำหรับผู้ป่วยซึ่งได้รับการคัดเลือกอย่างดีสำหรับการรักษา

กลุ่มที่สอง nonseminoma กลุ่ม good risk (IS, IIA, S1, IIB, S1, IIC และ IIIA), Intermediate risk (IIIB) และ poor risk (IIIC) ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรต่าง ๆ หลังการตัดอัณฑะ จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ตามผลของการรักษา ดังนี้

1. กลุ่ม complete response และ negative markers ซึ่งถ้าระยะตั้งต้นของผู้ป่วยคือ IS สามารถใช้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดได้ แต่ถ้าระยะตั้งต้นของผู้ป่วยคือ IIA, S1, IIB, S1, IIC, IIIA อาจเลือกใช้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หรือ nerve-sparing bilateral RPLND สำหรับผู้ป่วยซึ่งได้รับการคัดเลือกอย่างดีสำหรับการรักษา (category 2B)
2. กลุ่ม partial response ซึ่งยังคงมีก้อนเหลืออยู่ และมีระดับของ AFP และ beta-hCG ปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการผ่าตัดเลาะก้อนที่เหลือออก โดยถ้าผลพยาธิวิทยารายงานว่าเป็น teratoma หรือ necrosis สามารถเลือกการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดได้ แต่ถ้าผลรายงานว่าเป็น residual embryonal, yolk sac, choriocarcinoma หรือ seminoma element ควรได้รับเคมีบำบัดด้วย EP หรือ TIP หรือ VIP/VeIP 2 รอบ
3. กลุ่มสุดท้าย คือกลุ่ม incomplete response ควรพิจารณาเคมีบำบัดสูตรอื่น

การรักษาต่อเนื่องสำหรับกลุ่ม nonseminoma ซึ่งได้รับการผ่าตัด nerve-sparing RPLND เป็นการรักษาแรก หลังตัดอัณฑะ กลุ่ม nonseminoma ในระยะ IA, IB, IIA, IIB ซึ่งเลือกการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองเป็น การรักษาแรก หลังตัดอัณฑะ โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสี่กลุ่มตามรายงานผลพยาธิวิทยาซึ่งได้จากการเลาะต่อมน้ำเหลือง คือ

1. pN0 การผ่าตัดอย่างใกล้ชิด
2. pN1 แนะนำผ่าตัดอย่างใกล้ชิด หรือเคมีบำบัด BEP 2 รอบ หรือ EP 2 รอบ
3. pN2 แนะนำเคมีบำบัด BEP 2 รอบ หรือ EP 2 รอบ หรือผ่าตัดอย่างใกล้ชิด
4. pN3 เคมีบำบัด BEP 3 รอบ หรือ EP 4 รอบ

สรุป

การรักษาที่หลากหลาย การใช้การตรวจติดตามประเมินผลที่ต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจร่างกาย ภาพถ่ายรังสี และค่า tumor markers ทำให้การรักษาในปัจจุบันของมะเร็งอัณฑะก้าวหน้า มาก ซึ่งในประเทศไทยก็สามารถทำได้เกือบทุกอย่างที่แนวทางรักษามาตรฐานสากลมีใช้และแนะนำ การพูดคุยกับ ผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งที่สำคัญในการเลือกการรักษาและติดตามการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การเก็บ sperm banking และการพูดคุยเรื่องการเจริญพันธุ์ก็เป็นที่สำคัญอย่างยิ่งหย่อนที่เดียวโดยเฉพาะกับชายวัยหนุ่ม ซึ่งมักป่วยด้วยโรคนี้นี้ สุดท้ายคงต้องย้ำอีกครั้งถึงเรื่องของการให้ความรู้กับเพศชายซึ่งอาจเริ่มจากในโรงเรียนในการ ใส่ใจต่อความผิดปกติที่เกิดกับอัณฑะและการตรวจอัณฑะด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin 2016;66:7-30.
2. Bosl GJ, Motzer RJ. Testicular germ-cell cancer. N Engl J Med 1997;337:242-253.
3. SEER Cancer Statistics Factsheets: Testis Cancer. National Cancer Institute. Bethesda, MD. 2016.
4. Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. Increasing incidence of testicular cancer worldwide: a review. J Urol 2003;170:5-11.
5. Shanmugalingam T, Soultati A, Chowdhury S, et al. Global incidence and outcome of testicular cancer. Clin Epidemiol 2013;5:417-427.
6. Verhoeven RH, Gondos A, Janssen-Heijnen ML, et al. Testicular cancer in Europe and the USA: survival still rising among older patients. Ann Oncol 2013;24:508-513.
7. Chia VM, Quraishi SM, Devesa SS, et al. International trends in the incidence of testicular cancer, 1973-2002.
8. Turnbull C, Rahman N. Genome-wide association studies provide new insights into the genetic basis of testicular germ-cell tumour. Int J Androl 2011;34:e86-96; discussion e96-87.
9. Greene MH, Kratz CP, Mai PL, et al. Familial testicular germ cell tumors in adults: 2010 summary of genetic risk factors and clinical phenotype. Endocr Relat Cancer 2010;17:R109-121.
10. Nazeer T, Ro JY, Amato RJ, et al. Histologically pure seminoma with elevated alpha-fetoprotein: a clinicopathologic study of ten cases. Oncol Rep 1998;5:1425-1429.
11. Weissbach L, Bussar-Maatz R, Mann K. The value of tumor markers in testicular seminomas. Results of a prospective multicenter study. Eur Urol 1997;32:16-22.
12. Klein EA. Tumor markers in testis cancer. Urol Clin North Am 1993;20:67-73.
13. Kim W, Rosen MA, Langer JE, et al. US MR imaging correlation in pathologic conditions of the scrotum. Radiographics 2007;27:1239-1253.

14. Jones RH, Vasey PA. Part I: testicular cancer--management of early disease. *Lancet Oncol* 2003;4:730-737.
15. Fossa SD, Chen J, Schonfeld SJ, et al. Risk of contralateral testicular cancer: a population-based study of 29,515 U.S. men. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:1056-1066.
16. Dieckmann KP, Anheuser P, Schmidt S, et al. Testicular prostheses in patients with testicular cancer - acceptance rate and patient satisfaction. *BMC Urol* 2015;15:16.
17. Robinson R, Tait CD, Clarke NW, Ramani VA. Is it safe to insert a testicular prosthesis at the time of radical orchidectomy for testis cancer: an audit of 904 men undergoing radical orchidectomy. *BJU Int* 2016;117:249-252.
18. Yossepowitch O, Aviv D, Wainchwaig L, Baniel J. Testicular prostheses for testis cancer survivors: patient perspectives and predictors of long-term satisfaction. *J Urol* 2011;186:2249-2252.
19. Ragni G, Somigliana E, Restelli L, et al. Sperm banking and rate of assisted reproduction treatment: insights from a 15-year cryopreservation program for male cancer patients. *Cancer* 2003;97:1624-1629.
20. Saito K, Suzuki K, Iwasaki A, et al. Sperm cryopreservation before cancer chemotherapy helps in the emotional battle against cancer. *Cancer* 2005;104:521-524.
21. Brydoy M, Fossa SD, Klepp O, et al. Paternity following treatment for testicular cancer. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:1580-1588.
22. Gordon W, Jr., Siegmund K, Stanistic TH, et al. A study of reproductive function in patients with seminoma treated with radiotherapy and orchidectomy: (SWOG-8711). Southwest Oncology Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997;38:83-94.
23. Huyghe E, Matsuda T, Daudin M, et al. Fertility after testicular cancer treatments: results of a large multicenter study. *Cancer* 2004;100:732-737.

| มะเร็งองคชาต (Penile Cancer)

สุริส สุนทรพันธ์

อัคร อมันตกุล

มะเร็งองคชาตเป็นมะเร็งที่พบบได้น้อย โดยจะพบได้ร้อยละ 0.4-0.6 ของมะเร็งทั้งหมดที่ตรวจในเพศชายในทวีปยุโรปและอเมริกา แต่จะพบได้สูงขึ้นถึงร้อยละ 10 ของมะเร็งในผู้ชายในแถบเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาใต้⁽¹⁾ และมีรายงานว่าพบโรคนี้น้อยลง ในหลายประเทศ เช่น ฟินแลนด์ อเมริกา อินเดีย และบางประเทศในแถบเอเชีย โดยอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งองคชาตจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 50-70 ปี และพบได้เพียงร้อยละ 7 ในผู้ชายอายุน้อยกว่า 30 ปี

สำหรับในประเทศไทย ตามรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าอัตราการเกิดใหม่ของมะเร็งองคชาตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2558 พบได้ร้อยละ 0.4-0.8 ของมะเร็งรายใหม่ที่ตรวจพบได้ในผู้ชายทั้งหมดในแต่ละปี⁽²⁾

มะเร็งองคชาตเป็นมะเร็งที่เกิดได้กับทุกบริเวณขององคชาต โดยพบที่เยื่อบุผิวบริเวณส่วนหัว (glans) ร้อยละ 48 หนังหุ้มปลาย (prepuce) ร้อยละ 21 ผิวหนังที่ห่อหุ้มตัวอวัยวะเพศ (shaft) น้อยกว่าร้อยละ 2⁽³⁾ และเนื่องจากเยื่อบุผิวบริเวณองคชาต มีเซลล์เยื่อบุชนิดเดียวกับผิวหนังทั่วไป ดังนั้น มะเร็งองคชาตส่วนใหญ่มักเป็นชนิด squamous cell carcinoma ถึงแม้ว่ามะเร็งองคชาตสามารถพบได้ไม่บ่อย แต่ก็ยังเป็นมะเร็งที่มีความทำทหายกับศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะเนื่องจากผลการรักษาจะได้ผลดีเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะเริ่มต้น และการวินิจฉัยจำเป็นต้องใช้ชิ้นเนื้อเพื่อประเมิน ชนิด ความรุนแรง ระยะของตัวโรค รวมทั้งต้องประเมินต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน

Human papilloma virus infection (HPV) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการเกิดมะเร็งองคชาต โดย DNA ของ HPV สามารถถูกตรวจพบได้ใน intraepithelial neoplasia ร้อยละ 70-100 และตรวจพบใน invasive cancer ได้ถึงร้อยละ 30-40 โดยประเภทของ HPV ที่ตรวจพบได้บ่อย คือ 16, 18, 31 และ 33 อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางปฏิบัติแนะนำการฉีดวัคซีน HPV ในเพศชายเพื่อป้องกันมะเร็งองคชาตอย่างชัดเจน แต่มีรายงานการฉีดวัคซีน HPV เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ HPV ในผู้ชายและผู้หญิงที่ยังไม่ได้รับเชื้อได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ภาวะหนังหุ้มปลายองคชาตตีบ เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งองคชาต เนื่องจากไม่สามารถเปิดหัวของอวัยวะเพศมาทำความสะอาดได้เหมาะสม และอาจทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อเรื้อรัง จากขี้เปียก (smegma) ในหนังหุ้มปลาย ที่ไม่สามารถเปิดออกมาได้ ถึงแม้ว่าตัว smegma เองไม่ได้เป็นสารก่อมะเร็ง แต่มันสามารถก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังได้ ดังนั้นในกลุ่มประเทศมุสลิมและชาวยิวที่มีการขลิบหนังหุ้มปลายตั้งแต่กำเนิด จะพบการเกิดมะเร็งองคชาตได้น้อย อย่างไรก็ตามผลของการป้องกันนี้ป้องกันได้เฉพาะใน invasive penile cancer แต่ไม่มีผลในการป้องกัน carcinoma in situ และการขลิบในวัยผู้ใหญ่ก็ไม่มีผลในการป้องกันมะเร็งองคชาตเช่นกัน

นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ การได้รับ photochemotherapy and 8-methoxypsoralen (PUVA) ในการรักษา psoriasis จำนวนคู่นอนและการรักษาความสะอาดขององคชาต ได้รับการรายงานว่ามิผลต่อการเกิดมะเร็งองคชาตเช่นกัน

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการ มีก้อน แผล หรือพยาธิสภาพ บริเวณอวัยวะเพศ ซึ่งอาจมีอาการเจ็บปวด อวัยวะ มีกลิ่นเหม็น มีช่องเหลวซึม หรือเลือดออกร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลามอาจมีอาการร่วมต่าง ๆ เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักลดร่วมด้วย ในการตรวจร่างกายผู้ป่วยแพทย์จำเป็นต้องตรวจและอธิบายลักษณะของก้อนให้ละเอียดทั้งขนาด ตำแหน่ง ลักษณะการโตของก้อน เช่น เป็นแผล (ulcerative) ก้อนกลม (nodular) คล้ายดอกกะหล่ำ (fungating) และควรระวังในผู้ป่วยที่มีหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศที่อาจบดบังก้อนทำให้การตรวจร่างกายทำได้ไม่ครบถ้วน นอกจากตรวจอวัยวะเพศแล้วผู้ป่วยควรได้รับการตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบด้วยการคลำร่วมด้วยทุกครั้ง

ธรรมชาติและการแบ่งระยะของโรค

ร้อยละ 95 ของมะเร็งองคชาต จะมีจุดกำเนิดมาจาก squamous epithelial cell แล้วจะเจริญไปเป็น squamous cell carcinoma หรือ penile intraepithelial neoplasia (PIN,CIS) โดย PIN ถือเป็น รอยโรคที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งองคชาต โดยโรค erythroplasia of Queyrat มีโอกาสเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งองคชาตร้อยละ 10-33 และ Bowen's disease มีโอกาสเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งองคชาตร้อยละ 5



การแบ่งระยะของโรคมะเร็งองคชาต ตาม TNM classification (พ.ศ. 2559) ดังนี้

1. รอยโรคที่องคชาต (Primary tumor)

รอยโรคที่องคชาตในมะเร็งองคชาตส่วนใหญ่มักจะสามารรถเห็นและทำการตรวจได้ชัดเจน ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศตีบ แพทย์ต้องตรวจอย่างระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยการตรวจร่างกายมักสามารถให้ข้อมูลการลุกลามของรอยโรคได้เพียงพอ หากจะพิจารณาการให้การรักษาด้วยการตัดองคชาต ในขณะที่การใช้ ultrasound หรือการทำ MRI ในขณะที่อวัยวะเพศได้รับการทำให้แข็งตัวอาจมีบทบาทในผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยการเก็บอวัยวะเพศไว้ (penile preservation) ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการประเมินการลุกลามเข้าสู่ชั้น corpora cavernosa หลังจากประเมินด้วยการตรวจร่างกายและทางรังสีวิทยาแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการนำชิ้นเนื้อไปตรวจหาความเสี่ยงของรอยโรคบริเวณองคชาต เพื่อประเมินระดับความรุนแรงทางพยาธิวิทยาและการลุกล้ำของมะเร็งไปยังชั้นต่าง ๆ เพื่อให้การรักษาได้เหมาะสมต่อไป



Clinical classification	
T - Primary Tumour	
TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
Ta	Non-invasive verrucous carcinoma*
T1	Tumour invades subepithelial connective tissue
T1a	Tumour invades subepithelial connective tissue without lymphovascular invasion and is not poorly differentiated (T1G1-2)
T1b	Tumour invades subepithelial connective tissue with lymphovascular invasion or is poorly differentiated (T1G3-4)
T2	Tumour invades corpus spongiosum with or without invasion of the urethra
T3	Tumour invades corpus cavernosum with or without invasion of the urethra
T4	Tumour invades other adjacent structures
N - Regional Lymph Nodes	
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No palpable or visibly enlarged inguinal lymph nodes
N1	Palpable mobile unilateral inguinal lymph node
N2	Palpable mobile multiple or bilateral inguinal lymph nodes
N3	Fixed inguinal nodal mass or pelvic lymphadenopathy, unilateral or bilateral
M - Distant Metastasis	
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis
Pathological classification	
The pT categories correspond to the clinical T categories. The pN categories are based upon biopsy or surgical excision	
pN - Regional Lymph Nodes	
pNX	Regional lymph nodes cannot be assessed
pN0	No regional lymph node metastasis
pN1	Metastasis in one or two inguinal lymph nodes
pN2	Metastasis in more than two unilateral inguinal nodes or bilateral inguinal lymph nodes
pN3	Metastasis in pelvic lymph node(s), unilateral or bilateral extranodal extension of regional lymph node metastasis
pM - Distant Metastasis	
pM0	No distant metastasis
pM1	Distant metastasis
G - Histopathological Grading	
GX	Grade of differentiation cannot be assessed
G1	Well differentiated
G2	Moderately differentiated
G3-4	Poorly differentiated/undifferentiated

*Verrucous carcinoma not associated with destructive invasion.

2. ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ

การตรวจร่างกายด้วยการคลำต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบมีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งองคชาต ซึ่งจะแบ่งการตรวจเพิ่มเติมเป็น 2 กรณี

2.1 ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไม่โตจากการคลำ

ในผู้ป่วยมะเร็งองคชาต ถึงแม้ว่าไม่สามารถคลำต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบได้แต่อาจมีการแพร่กระจายไปยังขาหนีบได้สูงถึงร้อยละ 25 ซึ่งจะได้รับการรักษาตามความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินของรอยโรคที่องคชาตเป็นหลัก ดังนั้น การตรวจทางรังสีวิทยาอาจไม่มีความจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยกเว้นในผู้ป่วยที่ตรวจร่างกายแล้วไม่สามารถเชื่อถือได้ เช่น ในผู้ป่วยที่อ้วนมาก หรือ เคยผ่าตัดบริเวณขาหนีบมาก่อน ซึ่งการส่งตรวจที่อาจมีบทบาทในการวินิจฉัยคือ การทำ ultrasound, CT scan และ MRI

2.2 ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตจากการคลำ

การคลำต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบแล้วพบว่ามึต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโต เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการคาดการณ์เรื่องการแพร่กระจายของมะเร็งองคชาตมาที่บริเวณขาหนีบ หากการตรวจร่างกายพบว่าต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโต ไม่ว่าจะอยู่ด้านใด ติดแน่นหรือไม่ เป็นข้อบ่งชี้ในการตรวจทางรังสีเพิ่มเติมเพื่อดูการแพร่กระจายของโรคมายังต่อม้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานด้วย pelvic CT scan หรืออาจใช้ FDG-PET/CT ประเมินได้ โดยมีความไวร้อยละ 88-100 และความจำเพาะร้อยละ 98-100

3. การตรวจหาการแพร่กระจาย

หากโรคได้กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบผู้ป่วยควรได้รับการทำ CT scan บริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน ร่วมกับการตรวจทางรังสีบริเวณปอด หรืออาจใช้ PET/CT ในการประเมินการแพร่กระจายในช่องท้องแทน CT scan ได้ ส่วนการตรวจสแกนกระดูกจะทำเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการหรือในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการแพร่กระจายของโรคไปหลายบริเวณเท่านั้น

รักษารอยโรคบริเวณองคชาต

เป้าหมายหลักของการรักษารอยโรคบริเวณองคชาต คือ เก็บรักษาตัวองคชาตไว้ให้มากที่สุด โดยที่สามารถนำมะเร็งออกได้หมด ดังนั้น การรักษาแบบพยายามเก็บองคชาตไว้จึงสามารถนำมาใช้ในการรักษารอยโรคบริเวณองคชาตได้โดยไม่จำเป็นต้องตัดองคชาตออกในทุกๆระยะของโรค เนื่องจากมีการศึกษาว่าถึงแม้จะมีการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งบริเวณองคชาต แต่การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งบริเวณองคชาต นั้นส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตในระยะยาวเพียงเล็กน้อย การผ่าตัดตัดองคชาต (penile amputation) เลือกทำในระยะ T2-T4 แต่ในระยะ Tis, Ta, T1a มักเก็บรักษาองคชาตไว้ได้

การรักษารอยโรคบริเวณองคชาต มีวิธีการดังนี้

1. Topical therapy

มีการนำ imiquimod และ 5-fluorouracil มาใช้รักษารอยโรคบริเวณองคชาตในระยะ TIS เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด โดยพบว่าหลังการรักษารอยโรคสามารถหายไปทั้งหมดถึง ร้อยละ 57 ยาทาจึงเป็นการรักษาที่มักใช้เป็นอันดับแรกใน TIS อย่างไรก็ตาม หากใช้ยาทาแล้วรอยโรคไม่หายไป หรือกลับมาเป็นซ้ำไม่แนะนำให้กลับมาทายาซ้ำอีก

2. Laser therapy

การใช้ Laser therapy สามารถเลือกใช้ในผู้ป่วย ระยะ Tis, Ta or T1G1-2 โดยได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ ซึ่ง Laser ที่เลือกใช้มี 4 ชนิด คือ carbon dioxide, Nd:YAG, argon และ KTP laser โดย laser ที่นิยมใช้มักเป็น Nd:YAG และ carbon dioxide laser อัตราการกลับมาเป็นซ้ำหลังจากการรักษาด้วย laser อยู่ที่ร้อยละ 18 ซึ่งใกล้เคียงกับการผ่าตัด แต่ยังสามารถคงความสวยงามและการใช้งานขององคชาตได้ดี

3. Glansctomy

การตัดองคชาตส่วนหัวสามารถพิจารณาในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Ta, Tis, T1 ที่รอยโรคอยู่บริเวณปลายของส่วนหัวองคชาตหรือหนังหุ้มปลาย โดยตัดจนเหลือส่วน carvernosum และ urethra ไว้ และใช้ split thickness หรือ full thickness skin graft มาปิดรอยแผล โดยควรส่ง frozen section เพื่อดูขอบของชิ้นเนื้อว่ามีมะเร็งหลงเหลืออยู่หรือไม่

4. Wide local excision

Wide local excision เป็นการตัดหนังบริเวณองคชาติและรอยโรคทั้งหมดให้ขอบของรอยโรคอยู่ห่างจากแผลเพื่อไม่ให้ขอบแผลมีมะเร็งหลงเหลืออยู่ โดยรอยโรคควรอยู่ห่างจากขอบแผล 1-2 เซนติเมตร การขลิบหนังหุ้มปลายเพียงอย่างเดียวอาจพิจารณาทำได้ในกรณีที่รอยโรคอยู่บริเวณปลายของหนังหุ้มปลาย

5. Mohs surgery

การผ่าตัดด้วย Mohs surgery เป็นอีกทางเลือกเพื่อใช้ในการรักษารอยโรคบริเวณองคชาติ โดยวิธีการผ่าตัดจะทำโดยการตัดรอยโรคที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งเป็นชั้นบาง ๆ และนำไปตรวจทางพยาธิวิทยาจนไม่พบรอยโรคที่เป็นมะเร็ง การผ่าตัดด้วย Mohs surgery มักมีประโยชน์ในรอยโรคองคชาติที่ขนาดเล็ก และความเสี่ยงต่ำ ที่อยู่บริเวณส่วนต้นขององคชาติเพื่อหลีกเลี่ยงการตัดองคชาติ

6. Penile amputation

การผ่าตัดตัดองคชาติไม่ว่าจะเป็นการตัดบางส่วน หรือตัดทั้งหมดเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับมะเร็งองคชาติที่ลุกล้ำไปยังเนื้อเยื่อชั้นลึก ผลทางพยาธิวิทยาอยู่ในระดับรุนแรง (high grade) หรือ หลังการรักษาแบบเก็บองคชาติแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสูง โดยพบว่าหลังผ่าตัดมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำอยู่ที่ร้อยละ 4-50 อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี อยู่ที่ร้อยละ 59-89

การเลือกวิธีการรักษาเมื่อแบ่งตามระยะ

TIS/Ta

สำหรับในระยะนี้การรักษาที่สามารถเลือกใช้ได้ เริ่มได้ตั้งแต่การใช้ ยาทาคือ imiquimod และ 5-fluorouracil, การขลิบหนังหุ้มปลาย, การตัด wide local excision, laser therapy, glansctomy และ Mohs surgery อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยในระยะนี้คือ การทายา และการผ่าตัดโดยเก็บรักษาองคชาติไว้ด้วยวิธีต่าง ๆ

T1G1-2

การผ่าตัดด้วยการเก็บรักษาองคชาติไว้ยังสามารถเลือกใช้ได้ในผู้ป่วยระยะนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่สามารถมาตรวจติดตามการรักษาตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง เทคนิคในการใช้ผ่าตัดเพื่อเก็บรักษาองคชาติที่นิยมเลือกใช้ในระยะนี้คือ wide local excision และ glansctomy โดยเลือกผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมอย่างระมัดระวัง นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาทำ Mohs surgery, Laser therapy หรือการฉายแสงในผู้ป่วยบางรายได้ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยต้องการรับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการฉายแสง ผู้ป่วยควรได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

T1G3-4 และตั้งแต่ T2 ขึ้นไป

รอยโรคตั้งแต่ T1G3-4 จนถึง T4 มักต้องการการผ่าตัดด้วยการตัดองคชาติออก ไม่ว่าจะเป็นตัดออกบางส่วน หรือ ตัดออกทั้งหมด (partial/total penectomy) ในกรณีรอยโรค T1G3-4 หากรอยโรคมีไม่ถึงครึ่งของส่วนหัวขององคชาติและผู้ป่วยยอมรับการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด ร่วมกับยอมรับได้ว่าจะเกิดการเป็นซ้ำและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ อาจทำการรักษาด้วยวิธีการเก็บองคชาติ เช่น wide local excision หรือ glansctomy ได้

การฉายแสงอาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับรอยโรคระยะ T1G3-4/T2 ที่มีขนาดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ที่ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต และในกรณีที่ผ่าตัดแล้วยังมีรอยโรคหลงเหลือที่ขอบแผล

การรักษาโรคระยะ T4 จะพิจารณาให้เคมีบำบัดก่อน หากตอบสนองต่อเคมีบำบัดได้ดีจึงตามด้วยการผ่าตัด แต่ในกรณีที่ เป็น T4 และต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบติดแน่น อาจสามารถพิจารณาให้เคมีบำบัดหรือฉายแสงในลักษณะของการรักษาแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยได้

การรักษาต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ

การแพร่กระจายของมะเร็งองคชาตมักแพร่กระจายตามแนวแนวการระบายน้ำเหลืองขององคชาต โดยจะระบายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบส่วนต้น จากนั้นจะแพร่กระจายต่อไปยังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบส่วนลึก แล้วกระจายต่อไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน โดยจะเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้างได้ โดยต่อมน้ำเหลืองบริเวณแรกที่มะเร็งจะแพร่กระจายไป (sentinel node) จะอยู่บริเวณเหนือและเยื้องกลางต่อรอยเชื่อมระหว่างหลอดเลือดดำ saphenous และ femoral ซึ่งเป็นบริเวณของ superficial epigastric vein

การตรวจและรักษาต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบให้ถูกต้องในแต่ละระยะและความเสี่ยงของโรคนั้นมีความสำคัญกับการรักษามะเร็งองคชาตเป็นอย่างมากเนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาเพื่อหวังผลหายขาดได้หากได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

การประเมินความเสี่ยงของโรคจะประเมินจาก ระยะของรอยโรคที่องคชาต ระดับความรุนแรงทางพยาธิวิทยา และการรุกรานหลอดเลือดของรอยโรคที่องคชาต ซึ่งแบ่งเป็น ความเสี่ยงต่ำมาก ความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง และ ความเสี่ยงสูง ซึ่งแนวทางการรักษาต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบจะอ้างอิงตามความเสี่ยงเหล่านี้เป็นหลัก

กลุ่มความเสี่ยงต่ำมาก (Tis,Ta)

เนื่องจากการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบของผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีค่อนข้างน้อย หากตรวจร่างกายแล้วไม่สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนี้ได้ มักจะสามารถตรวจติดตามอาการต่อไปได้ แต่หากสามารถคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบได้ พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อดูว่าต่อมน้ำเหลืองมีการติดเชื้อและตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่ หากได้ยาปฏิชีวนะครบ 4 สัปดาห์แล้วต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบยังโตอยู่ ควรได้รับการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (FNA) หากตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งควรได้รับการตัดต่อมน้ำเหลืองที่โตนั้นไปตรวจเพื่อยืนยันว่าไม่มีมะเร็งอีกครั้ง หากพบไม่มีมะเร็งสามารถตรวจติดตามต่อไปได้ แต่หากผลเซลล์วิทยาพบว่า มีเซลล์มะเร็ง หรือตัดต่อมน้ำเหลืองไปตรวจยืนยันแล้วพบว่า มีมะเร็งอยู่ ผู้ป่วยควรได้รับการทำ ipsilateral ilioinguinal lymph node dissection ในข้างนั้น ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองแบบ superficial/modified lymphnode dissection อีกข้าง หรืออาจพิจารณาทำ dynamic sentinel lymph node biopsy ได้ โดยผู้เขียนและคณะได้ทำการศึกษาในผู้ป่วย 26 ราย พบว่า dynamic sentinel lymph node biopsy โดยใช้ Technetium-99 nanocolloid มี false negative rate ร้อยละ 0 ส่วนการใช้ patent blue dye มี false negative rate ร้อยละ 50

กลุ่มความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง (T1G1-2 or T1a)

จากการศึกษาในหลายการศึกษาพบว่ารอยโรคที่องคชาตที่อยู่ในระยะ T1G1-2 มีอัตราการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไม่ถึงร้อยละ 10 ดังนั้น ในกรณีที่รอยโรคบริเวณองคชาตอยู่ในระยะ T1G1-2 ที่ลักษณะของรอยโรคเป็นแบบ superficial growth pattern และไม่มีการรุกรานหลอดเลือด สามารถตรวจติดตามเป็นระยะได้หากผู้ป่วยสามารถมาตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดได้ แต่หากคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้พิจารณาการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (FNA) หากตรวจไม่พบเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยควร

ได้รับยาปฏิชีวนะประมาณ 4 สัปดาห์ หากยังมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโตอยู่ พิจารณาการตัดต่อมน้ำเหลืองที่โตนั้น ไปตรวจเพื่อยืนยันว่าไม่มีมะเร็งอีกครั้ง หากตรวจไม่พบมะเร็งจากการตัดต่อมน้ำเหลืองไปตรวจ สามารถตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะอย่างใกล้ชิดได้ แต่หากตรวจแล้วพบว่าผลเซลล์วิทยา มีเซลล์มะเร็ง หรือตัดต่อมน้ำเหลืองไปตรวจ ยืนยันแล้วพบว่ายังมีมะเร็งอยู่ ผู้ป่วยควรได้รับการทำ ilioinguinal lymph node dissection ในข้างนั้น และเลาะต่อมน้ำเหลืองแบบ superficial/modified lymph node dissection อีกข้าง หรืออาจพิจารณาทำ dynamic sentinel lymph node biopsy

กลุ่มความเสี่ยงสูง (มากกว่า T1b)

ในผู้ป่วยความเสี่ยงสูงมีความเสี่ยงที่จะมีกระเพาะกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบได้ถึงร้อยละ 50-70 ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงแม้ว่าตรวจร่างกายจะไม่สามารถคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบได้แต่จำเป็นต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองแบบ superficial lymph node dissection, modified dissection หรือ dynamic sentinel lymph node biopsy ทั้งสองข้าง แล้วส่ง frozen section หากไม่พบมะเร็ง สามารถตรวจติดตามผู้ป่วยต่อไปได้ แต่หากตรวจพบมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่ข้างใดให้ทำการเลาะต่อมน้ำเหลือง ilioinguinal lymph node dissection ในข้างนั้น

ในกรณีที่ตรวจร่างกายคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโต 1 ข้าง ขนาดน้อยกว่า 4 เซนติเมตรในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ทำการเลาะต่อมน้ำเหลือง ilioinguinal lymph node dissection ในข้างนั้น และทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองแบบ superficial lymph node dissection, modified dissection หรือ dynamic sentinel lymph node biopsy อีกข้าง แล้วส่ง frozen section หากพบมะเร็งให้ทำการเลาะต่อมน้ำเหลือง deep group ต่อ แต่หากไม่พบมะเร็งสามารถหยุดการผ่าตัดได้

หากสามารถคลำต่อมน้ำเหลืองได้ทั้งสองข้าง ขนาดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คิดถึงการแพร่กระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ จึงแนะนำให้ทำการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (FNA) หากตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งให้เลาะต่อมน้ำเหลืองแบบ superficial dissection แล้วส่ง frozen section หากพบมะเร็งให้ทำการเลาะต่อมน้ำเหลือง deep group และ pelvic lymph node ต่อ แต่หากตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (FNA) แล้วพบมีมะเร็งแพร่กระจายมาจริงอาจพิจารณาทำการเลาะต่อมน้ำเหลือง ilioinguinal lymph node dissection หากพบว่ายังมีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่าสองต่อม มีการรุกรานของมะเร็งออกนอกต่อมน้ำเหลือง หรือ มีการแพร่กระจายของมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง อู่เชิงกราน อาจพิจารณาให้เคมีบำบัดต่อไป หรืออาจพิจารณาให้เคมีบำบัดก่อนแล้วตามด้วยการผ่าตัดก็ได้

กลุ่มต่อมน้ำเหลืองขนาดใหญ่หรือติดแน่น

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีต่อมน้ำเหลืองขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร หรือติดแน่น หรือมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองอู่เชิงกราน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักต้องได้รับการรักษา มากกว่า 1 วิธีการ ซึ่งวิธีที่เหมาะสมคือการให้เคมีบำบัดก่อน แล้วทำการผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง หากต่อมน้ำเหลืองมีขนาดเล็กกลางหรือไม่โตขึ้น หากหลังจากได้รับเคมีบำบัดแล้วต่อมน้ำเหลืองโตขึ้นโดยไม่ตอบสนองต่อเคมีบำบัดถือว่าเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี อาจพิจารณาให้รับผู้ป่วยเข้าสู่งานวิจัยเพื่อได้รับยาตัวใหม่ หรือรักษาด้วยวิธีการฉายแสง หากโรคได้รับการรักษาแล้วโรครยังคงดำเนินต่อความพิจารณาการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรายงานถึงการใส่ endoluminal stent เพื่อป้องกันมะเร็งรุกรานเส้นใหญ่บริเวณขาหนีบอย่างได้ผล

การให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งองคชาต

การพิจารณาให้เคมีบำบัด อาจให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งองคชาตในการรักษาหลังการทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองแล้วพบว่าอยู่ในระยะ N2-3 หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถผ่าตัดได้หรือมีการกลับมาเป็นซ้ำของต่อมน้ำเหลืองซึ่งจะพิจารณาให้เคมีบำบัดก่อนและดูการตอบสนองของโรคเพื่อวางแผนการผ่าตัด

การตรวจติดตามการรักษา

การตรวจติดตามการรักษาโดยอ้างอิงจากแนวทางการปฏิบัติในการรักษามะเร็งองคชาตของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะของกลุ่มประเทศในทวีปยุโรป ปี พ.ศ. 2560 แนะนำดังนี้

	ความถี่ในการตรวจติดตาม		วิธีการตรวจติดตาม	ระยะเวลาในการตรวจติดตาม
	ปีที่ 1-2	ปีที่ 3-5		
การตรวจติดตามรอยโรคที่องคชาต				
รักษาด้วยวิธีเก็บรักษองคชาต	3 เดือน	6 เดือน	ตรวจร่างกาย, ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจซ้ำหากใช้ laser/topical therapy	5 ปี
รักษาด้วยวิธีตัดองคชาต	3 เดือน	1 ปี	ตรวจร่างกาย หรือตรวจด้วยตนเอง	5 ปี
การตรวจติดตามลามต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ				
ไม่ไต่ทำการผ่าตัด	3 เดือน	6 เดือน	ตรวจร่างกาย หรือตรวจด้วยตนเอง	5 ปี
ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง (pNO)	3 เดือน	1 ปี	ตรวจร่างกาย หรือตรวจด้วยตนเอง หรือ อัลตราซาวด์	5 ปี
มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง (PN+)	3 เดือน	6 เดือน	ตรวจร่างกาย หรือตรวจด้วยตนเอง หรือ อัลตราซาวด์ หรือ CT/MRI	5 ปี

เอกสารอ้างอิง

- Gloeckler-Ries LA, Hankey BF, Edwards BK, editors. Cancer statistics review, 1973-1987. National Cancer Institute, National Institutes of Health Publication No. 90-2789, Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1990. Goethals PL, Harrison EG, Denne KD. Verrucous squamous carcinoma of the oral cavity. Am J Surg 1963;106:845-851.
- อรพิน พวกแก้ว และคณะ, hospital base cancer registry 2015. หน้า 4-7, นายอาคม ชัยวิระวัฒน์ะ บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พรทรัพย์การพิมพ์, 2560.
- Pow-Sang MR, Ferreira U, Pow-Sang JM, et al. Epidemiology and natural history of penile cancer. Urology 2010;76:S2-6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20691882>.
- Sufrin G, Huben R. Benign and malignant lesions of the penis. In: Gillenwater JY, editor. Adult and pediatric urology. 2nd ed. Chicago: Year Book; 1991. p. 1997-2042.
- Maden, C., et al. History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer. J Natl Cancer Inst, 1993. 85: 19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8380060>
- Tsen, H.F., et al. Risk factors for penile cancer: results of a population-based case-control study in Los Angeles County (United States). Cancer Causes Control, 2001. 12: 267. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11405332>

7. Archier, E., et al. Carcinogenic risks of psoralen UV-A therapy and narrowband UV-B therapy in chronic plaque psoriasis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2012. 26 Suppl 3: 22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22512677>
8. Stern, R.S. The risk of squamous cell and basal cell cancer associated with psoralen and ultraviolet A therapy: a 30-year prospective study. *J Am Acad Dermatol*, 2012. 66: 553. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22264671>
9. Daling, J.R., et al. Cigarette smoking and the risk of anogenital cancer. *Am J Epidemiol*, 1992. 135:180.
10. McIntyre, M., et al. Penile cancer: an analysis of socioeconomic factors at a southeastern tertiary referral center. *Can J Urol*, 2011. 18: 5524. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21333043>
11. Benard, V.B., et al. Examining the association between socioeconomic status and potential human papillomavirus-associated cancers. *Cancer*, 2008. 113: 2910.
12. O.W.Hakenberg, penile cancer. EAU guideline 2017. European Association of Urology 2017
13. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Penile cancer. Version 2.2017
14. Lont AP, Gallee MP, Meinhardt W, et al. Penis conserving treatment for T1 and T2 penile carcinoma: clinical implications of a local recurrence. *J Urol* 2006;176:575-580.

| มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer: The Future is Now!) ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์

ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา การตรวจและการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก มีความเคลื่อนไหวในทิศทางก้าวหน้ามาโดยตลอด ย้อนกลับไปในปี พ.ศ. 2548 บรรณาธิการวารสาร Journal of Urology, Professor Peter R Carroll ได้เขียนในบทนำของวารสารฉบับเดือนเมษายน ว่า “The future of Urology will be judged on how we treat prostate cancer now and in the future” 13 ปีที่ผ่านมา เป็นระยะเปลี่ยนผ่านขององค์ความรู้ เทคนิคการผ่าตัด เทคโนโลยี ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างแท้จริง มีแนวคิดใหม่ เครื่องมือใหม่ ยาใหม่ ซึ่งผสมผสานกันจนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แม้ในระยะลุกลามของโรคก็ตาม

บทความนี้ตั้งใจให้เป็นบทความกึ่งวิชาการ เขียนจากมุมมองของแพทย์ยูโร ซึ่งมองต่อมลูกหมากและโรคทุกชนิดของต่อมลูกหมาก เป็นหัวใจสำคัญของวิชายูโรและของแพทย์ยูโรทุกคน ความก้าวหน้าในการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ทำให้เกิดแนวคิดของ multidisciplinary team, MDT ในการรักษาโรค ทำให้แพทย์ยูโรรุ่นใหม่รู้สึกว่ารื้อนี้เริ่มห่างตัวเราไปเรื่อย ๆ แพทย์รุ่นใหม่ที่ทำงานต่างจังหวัดบางท่านพูดประชดว่า สุดท้ายโรคนี้อายุโรคงเกี่ยวข้องตอนทำ orchiectomy เท่านั้น

ทัศนคติเชิงบวกมีความสำคัญ เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ผมมีโอกาสได้นั่งในกลุ่ม Prostate cancer advisory board ซึ่งมี Professor Nicholas Mottet (Chair of EAU guideline for prostate cancer) เป็นประธาน ได้ให้คำแนะนำในภาวะลับสนของแพทย์ยูโรกับมะเร็งต่อมลูกหมากว่า “Prostate cancer is more complex than ever, can no longer be regarded as simple, single and homogeneous disease. The urologist must learn a new world of change and complete disease journey. We must not be afraid, but be open minded and happy for the patient” แสดงให้เห็นว่า ปรากฏการณ์รุ่มกันรักษาผู้ป่วย ไม่ได้เกิดเฉพาะที่เมืองไทย แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั่วโลก เราต้องเตรียมตัวเองให้ทันสมัยขึ้น มุมเด่นสำคัญที่เรามี และอาจมองข้ามไปคือ ในบรรดา MDT แพทย์ยูโรเป็นกลุ่มเดียวที่เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (AUR, obstructive uropathy, hematuria, stricture urethra, ED, incontinence etc.) รวมทั้งการพูดคุย ให้กำลังใจ และเป็นเจ้าของไข้จนวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การมีแพทย์ที่เป็นทีมรักษาแบบ MDT ล้วนเป็นประโยชน์เพิ่มเติมให้กับผู้ป่วยทั้งสิ้น

Screening and early diagnosis

PSA มีอายุทางคลินิกเท่า ๆ กับอายุสมคมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ใช้ครั้งแรกในทศวรรษ 80 ทำให้อุบัติการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากในสหรัฐอเมริกาสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด มีการประเมินว่า ในทศวรรษที่ 90 ร้อยละ 50 ของผู้ชายในอเมริกาเคยตรวจ PSA มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง จนทำให้โครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองต่อมลูกหมาก เช่น PLCO ซึ่งเริ่มในกลางทศวรรษที่ 90 ได้รับการ criticized ว่า control arm มี contamination มากเกินไป (control arm แอบเจาะเลือดเอง หรือเคยเจาะ PSA มาก่อน) ถึงแม้จะมีข้อดีว่า PSA มีความ specific ไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยมะเร็งระยะเริ่มต้น แต่ PSA ก็ยังเป็น marker ตัวเดียวที่มีประโยชน์สูงสุดทั้งการวินิจฉัย และการติดตาม

ผลการรักษา

มะเร็งต่อมลูกหมากในประเทศไทยพบได้เป็นลำดับที่ 4 โดยมีความชุก 7.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน⁽¹⁾ ซึ่งเมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ในประเทศตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา ถือว่าต่ำมาก โดยความชุกในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ 165.8 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาวินิจฉัยได้จากการคัดกรองด้วย PSA⁽³⁾ ในประเทศไทย เนื่องจากอุบัติการณ์ยังไม่สูงมากนัก ยังไม่มีคำแนะนำในการตรวจคัดกรองในระดับประเทศ⁽⁴⁾ แต่ผู้ป่วยที่มารับการตรวจเช็คร่างกายประจำปี มักรวมการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย ทำให้อุบัติการณ์ของการวินิจฉัยโรคระยะเริ่มต้น ในโรงพยาบาลใหญ่ สูงกว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็ก

ธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งต่อมลูกหมากแต่ละชนิดไม่เหมือนกัน ความรุนแรงของโรคแบ่งเป็นความเสี่ยงในระดับแตกต่างกัน ได้แก่ มะเร็งชนิดความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง (low risk, intermediate risk and high risk)⁽⁵⁾ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะชนิดความเสี่ยงต่ำ จึงอาจเสียชีวิตจากโรคอื่น^(6,7) เช่น รายงานฉบับหนึ่งที่ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่ไม่ได้รักษาแบบ definitive พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน 10 ปี ร้อยละ 8 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น well differentiate tumor และ ร้อยละ 26 ในผู้ป่วยที่เป็น poorly differentiate tumor โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องข้องกับมะเร็งถึงร้อยละ 60⁽⁸⁾ การตรวจคัดกรองในยุคใหม่ นอกจากจะต้องวินิจฉัยมะเร็งให้ได้แล้ว ยังต้องแยกมะเร็งชนิด significant tumor และ insignificant tumor ด้วย เพื่อระบุให้ได้ว่า ผู้ป่วยรายใด จะได้ประโยชน์จากการรักษาชนิด definitive

ถ้าผู้ป่วยที่มีค่า PSA สูงไปทำ TRUS biopsy จะพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะไม่มีมะเร็ง ร้อยละ 20 เป็น aggressive disease ร้อยละ 30 เป็น insignificant cancer มีการนำตัวช่วยที่สำคัญคือ MRI prostate ซึ่งมีการอ่านในระบบ PIRAD system ทำให้การแปลผลมีความจำเพาะมากขึ้นกับ significant cancer (Gleason เท่ากับหรือมากกว่า 7) การเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนคัดกรองที่สำคัญคือ มีการแนะนำให้ทำ pre-biopsy MRI โดย NCCN guideline V2 2017⁽¹⁵⁾ เพื่อให้การตัดสินใจมีความจำเพาะ และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีค่า PSA สูงกว่าปกติ แทนที่มุ่งสู่การทำ TRUS biopsy เลย อาจต้องทำ MRI ก่อน เป็นหน้าที่ของแพทย์ยูโรที่ต้องให้ inform consent ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจาก แม้ MRI จะช่วยในการวินิจฉัย significant cancer แต่อาจ miss low risk disease (Gleason 6) ได้

มีการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากที่สำคัญสองรายการ คือ การศึกษาในยุโรป European study of screening for prostate cancer (ERSPC)⁽⁹⁾ และการศึกษาในสหรัฐอเมริกา Prostate Lung Colorectal and Ovary screening trial (PLCO)^(10,11) ผลการศึกษาของ ERSPC พบว่า การตรวจคัดกรองช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งได้ร้อยละ 20 ในขณะที่รายงานจาก PLCO ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีการตรวจคัดกรองและไม่ได้คัดกรอง รายงานการศึกษานี้ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการประกาศของ US Preventive Services Task Force (USPSTF) ในปี พ.ศ. 2554 ว่า ไม่เห็นด้วยกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA ในผู้ชายอเมริกัน^(12,13) ด้วยเหตุผลว่า อาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยมากกว่าสร้างประโยชน์ในเรื่องของการรอดชีวิตจากมะเร็ง มีการประเมินว่า มะเร็งต่อมลูกหมากที่ตรวจพบในการคัดกรองด้วย PSA ร้อยละ 23-42 เป็นการวินิจฉัยมากเกินไป (over-diagnosis) และเป็นมะเร็งชนิด insignificant tumor⁽¹⁴⁾ ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาที่ไม่จำเป็น (overtreatment) รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด หรือฉายแสงด้วย

อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับว่า ถ้าลดการคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในประชากร อุบัติการณ์ของมะเร็งระยะลุกลามและการเสียชีวิตจากมะเร็งจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของมะเร็งนี้ ในปัจจุบันใน

ประเทศไทย กล่าวคือ มะเร็งต่อมลูกหมากที่พบในประชากรที่มีการตรวจคัดกรอง (ประชากรในเขตเมืองใหญ่และมีความรู้) มักเป็นระยะเริ่มต้น และในประชากรที่ไม่ได้มีการคัดกรอง เช่น ประชากรในส่วนภูมิภาค มักเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เป็นต้น การคัดกรองมะเร็งชนิดนี้ในประชากรประเทศไทย จึงถือว่ามีค่าสำคัญ ในการช่วยลดผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้ผลดีที่สุด คือการรักษามะเร็งที่เป็นเฉพาะที่ (localized tumor) ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดในแง่การอยู่รอดหลังการรักษา มีค่าใช้จ่าย (ทั้งภาครัฐและส่วนตัว) ต่ำสุด เมื่อเทียบกับการรักษาโรคในระยะลุกลาม ช่วยอ้าวงคุณภาพชีวิต สามารถกลับไปทำงาน ช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม

Localized prostate cancer

พัฒนาการของการรักษาผ่านงานวิจัยติดตามผู้ป่วยระยะยาว ที่ได้รับการยอมรับควบคู่กัน กับแนวคิดของมะเร็งต่อมลูกหมากชนิด insignificant tumor คือ active surveillance และได้รับการแนะนำให้ใช้ดูแลผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดจาก overtreatment โดย (National Institute of Health, NIH)⁽¹⁶⁾ ของสหรัฐอเมริกา การรักษาแบบนี้ แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นความเสี่ยงต่ำ (low risk)

ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่าง active surveillance จะต้องได้รับการตรวจทางทวารหนัก PSA ปีละสองครั้ง และเจาะชิ้นตรวจทางทวารหนักทุก 1-2 ปี⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วยจะยังไม่ได้รับการรักษาแบบ curative หรือ definitive จนกว่าจะมีหลักฐานว่า มะเร็งมี progression ซึ่งได้แก่ PSA kinetic เกินค่าที่กำหนดไว้ การเปลี่ยนแปลงของต่อมลูกหมากในการตรวจทางทวารหนัก และที่สำคัญที่สุด คือ พบ higher grade tumor Gleason 7 ขึ้นไปจากการตัดชิ้นเนื้อใหม่⁽¹⁷⁾ ถึงแม้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบนี้ จะได้ประโยชน์จากการรักษาแบบ definitive ช้าลง และผลข้างเคียงเรื่อง erectile dysfunction ช้าลง แต่อาจมีความกังวลต่อการหายของโรค และผลข้างเคียงที่อาจได้รับการตัดชิ้นเนื้อทางทวารหนักหลายครั้ง และอาจนำไปสู่การกระตุ้นให้แพทย์เจ้าของไข้ทำการรักษาแบบ definitive เร็วขึ้น⁽¹⁷⁾ การใช้ MRI ซึ่งจำเพาะสูงสำหรับมะเร็ง high grade Gleason 7 ในการติดตามผู้ป่วยในระหว่าง active surveillance พบว่า อาจมีประโยชน์ แต่ยังไม่เป็น standard care

ผู้ป่วยคนไทยที่เป็น low risk tumor มีทั้งกลุ่มที่ไม่อยากผ่าตัด และกลุ่มที่อยากผ่าตัด แพทย์ผู้โรควควรให้เวลาในการ consent อย่างเป็นระบบ ตัวมะเร็งอาจยังไม่ลุกลามในเวลาสั้น ๆ การให้ข้อมูลและเวลาผู้ป่วยในการตัดสินใจ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เครียดจนเกินไป มีเวลาสำหรับการหาความรู้ด้วยตนเอง จะทำให้มั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น

กลุ่มผู้ป่วยที่เป็น intermediate risk (cT2N0M0) จะเป็นผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์สูงสุดจากการรักษาแบบ radical prostatectomy หรือ definitive radiotherapy เนื่องจากเป็นมะเร็งที่ยังไม่มีคำแนะนำให้รักษาแบบ active surveillance การผ่าตัดแบบ nerve preservation ได้ผลดีที่สุด หลังการรักษา PSA มักลงได้ถึง zero โดยไม่ต้องมี adjuvant RT หรือ ADT วิธีการผ่าตัดไม่ว่า RRP, LRP หรือ RARP ไม่แตกต่างกัน แพทย์ผู้โรควที่ทำการ open prostatectomy, RRP ในเมืองไทยคงเหลือไม่กี่ท่านแล้ว ตัวผมเอง น่าจะอยู่ในรุ่นสุดท้ายที่ยังทำอยู่ และเลือกทำเฉพาะผู้ป่วยที่เป็น locally advanced cancer

High risk and locally advanced tumor (T3N0M0, anyTN1M0) standard care มีทั้งผ่าตัดและฉายแสง 10 ปีที่ผ่านมา มีการผ่าตัดมากขึ้น แพทย์ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า การผ่าตัดเอา primary tumor ออกไป ทำให้การลดอุบัติการณ์ของ cell differentiation ในระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ metastasis and CRPC ซึ่งจะทำให้การรักษายากขึ้น ตอบสนองน้อยลง บางรายงานไปไกลถึง cytoreductive prostatectomy ด้วย คือผ่าตัดในระยะที่พบการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูกแล้ว แพทย์ผู้โรควจะลังเลใจที่จะส่งผู้ป่วยที่เป็นระยะลุกลามเฉพาะที่ไปรับการรักษาด้วยการ

ฉายแสง เนื่องจากอุบัติการณ์ผลข้างเคียงที่ตามหลังค่อนข้างสูง และกลายเป็นงานของแพทย์ยูโร เช่น hematuria, obstructive uropathy, AUR เป็นต้น แถมรวมถึงต้องดูแลเรื่องอุจจาระเป็นเลือดด้วย อย่างไรก็ตาม ไม่มีรายงานใดที่เปรียบเทียบ overall survival แบบ head to head ระหว่าง RT และ RP ทำให้แพทย์ยูโรและแพทย์รังสีต่างมีความเชื่อของตัวเองในการรักษาโรคระยะนี้ การคัดเลือกผู้ป่วยจึงขึ้นกับแพทย์เป็นสำคัญ

Adjuvant Radiation therapy การรักษาเพิ่มเติมหลังผ่าตัด เมื่อค่า PSA ลดลงถึงศูนย์แล้ว ส่วนใหญ่แนะนำให้ทำเมื่อมี adverse pathology ได้แก่ pT3a-pT3b, margin+, challenge question คือ ทำไม่ต้องฉายแสงเพื่อเพิ่มผลข้างเคียง ในเมื่อรายงานของ adjuvant RT ไม่ได้ทำให้ Overall Survival ดีขึ้น รายงานของ Early salvage RT, eSRT (ฉายแสงเมื่อ PSA rising) ได้ผลของ progression-free survival ไม่แตกต่างกัน conventional adjuvant RT เริ่มลดน้อยลง guideline ส่วนใหญ่เปิดไว้ทั้งสอง options (“Adjuvant treat everyone so no one will relapse. eSRT treat only one who relapse”) ดูเหมือนคนที่ได้ประโยชน์แน่ ๆ คือ ผู้ป่วย

Biochemical Recurrence เดิมก็เอาไปฉายแสง+ADT 5 ปีที่ผ่านมา เริ่มส่งตรวจทางรังสีเพิ่มขึ้น ได้แก่ MRI, PET scan เพื่อหารอยโรค โดยเฉพาะที่ต่อมน้ำเหลือง วัตถุประสงค์หลัก คือต้องการผ่าตัด salvage lymphadenectomy เพื่อชะลอการฉายแสงหรือ ADT, PET scan มีบทบาทที่สำคัญเนื่องจากสามารถบอก activity ของต่อมน้ำเหลืองได้ 2-3 ปีที่ผ่านมา มีการใช้ genomic classifier ที่เรียกว่า Decipher score เข้ามาทำนายการเกิด BCR ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ถ้า score สูง ผู้ป่วยต้องรับการฉายแสงหลังผ่าตัดเลย โดยไม่ต้องรอ BCR ซึ่งมักจะช้าเกินไป

Metastasis and castrated resistant prostate cancer

การรักษามะเร็งสองระยะนี้เคยแยกกัน แต่ระยะหลังกลายเป็นเหตุการณ์ต่อเนื่องกันเรียบร้อยแล้ว สิ่งที่เราทราบเพิ่มเติมใน 15 ปีที่ผ่านมา คือ เราสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ resistant ต่อ androgen deprivation therapy ได้ ซึ่งก่อนหน้านี้ผู้ป่วย mCRPC จะมี survival โดยเฉลี่ย 19 เดือน และถ้าเป็นผู้ป่วยที่มี high volume metastasis จะลดเหลือเพียง 9-12 เดือน⁽¹⁸⁾ เป็นที่น่ายินดีว่า หลังจากมียาใช้รักษาเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 มีการวิเคราะห์ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี survival เพิ่มขึ้นเป็น 38.7 เดือน⁽¹⁹⁾

จุดเริ่มต้นน่าจะมาจากรายงานของ TAX 327 และ SWOG 9916^(20,21) ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งใช้ยาเคมีบำบัด docetaxel ช่วย prolong overall survival ในผู้ป่วย mCRPC ทำให้ docetaxel เป็น standard care มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 clinical trial สำหรับยาตัวอื่น ๆ อีกหลายปีต่อมา จึงต้องเริ่มจากผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อ docetaxel (ethic ในงานวิจัยผู้ป่วย) จึงเกิดคำว่า post-chemotherapy และ pre-chemotherapy ในระยะเวลาต่อมา ยา second generation androgen target ได้แก่ abiraterone และ enzalutamide ล้วนเริ่มทดลองระยะที่ 3 ในผู้ป่วยที่ผ่านการให้ยาเคมีมาแล้วทั้งสิ้น

องค์ความรู้ที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย mCRPC มีมากมายมหาศาล นักวิจัยสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยร้อยละ 30 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก (primary resistant) และในกลุ่มที่ตอบสนองดี หลังผ่านไประยะหนึ่งมะเร็งจะแปรเปลี่ยนไป จนไม่ตอบสนองต่อการรักษาอีกต่อไป (secondary resistant) genomic instabilities ของมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นสาเหตุของ tumor heterogeneity ซึ่งเกิดในทุกระดับของมะเร็ง (intra-tumor, intra-patient, inter-patient) มีรายงานบางฉบับเชื่อว่า การรักษา ADT อาจเป็นต้นตอของการเกิด tumor differentiation ไปเป็น neuroendocrine tumor, small cell tumor, และ intermediate atypical cell⁽²²⁾ ซึ่งทำให้เครื่องมือในการรักษาที่มีในปัจจุบัน ใช้ไม่ได้ผลแทนที่จะรักษาด้วย ADT อย่างเดียวแล้วรอเวลาให้โรคลุกลามมากขึ้น แนวคิด

ของการรักษาเร็วขึ้นตั้งแต่ระยะ hormonal-sensitive, HSPC จึงเกิดขึ้น ได้แก่ รายงานการรักษาแบบ chemo-hormonal (Charred trial, Stampede trial)^(23,24) และใช้ new androgen targeted agent (abiraterone, Latitude trial)⁽²⁵⁾ ร่วมกับ ADT โดยมีเป้าประสงค์ว่า การชะลอให้มะเร็งเข้าสู่ระยะ mCRPC ช้าลง ซึ่งได้ผลที่น่าพอใจ และกลายเป็น standard care ของ advanced prostate cancer ในปี พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมา

ยังมีการศึกษาทางคลินิกที่ยังดำเนินอยู่หลายประเด็น ซึ่งถ้าความกระตือรือร้นของวงการยังอยู่ใน pace เหมือนในขณะนี้ ในทศวรรษหน้า การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากอาจเปลี่ยนโฉมหน้าไปโดยสิ้นเชิง

“Prostate Cancer: The Future is now!

Thought

Aim of cancer research and treatment: To eliminate of suffering and death due to cancer, hoping that cancer will be considered a chronic disease.”

ทิศทางของมะเร็งต่อมลูกหมาก น่าจะใกล้เคียงแนวคิดนี้มากที่สุด การรักษาเริ่มหลากหลายขึ้น survival ในแต่ละขั้นตอนของการรักษาเพิ่มขึ้น เวลาที่ได้รวมแล้ว อาจไม่ต่างกับโรคเรื้อรังที่เรารู้จักกัน เช่น โรคหัวใจ ความดัน เบาหวาน แน่นนอนว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล ทั้งของภาครัฐและส่วนตัวผู้ป่วย ในฐานะแพทย์ยูโร เราคงต้องหันกลับไปมองแนวคิดการตรวจคัดกรองมากขึ้น เพราะการรักษาที่ใช้เงินน้อยที่สุด คือ การรักษามะเร็งเฉพาะที่ (localized disease) และเป็นงานที่เราเก่งที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, et al. Cancer in Thailand. Ministry of public health; v. VIII: 2010-2012.
2. Altekruse SF, Kosary C, Krapcho M, et al. SEER cancer statistics review 1975-2007. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2010.
3. Hoffman RM, Stone SN, Espey D, Potosky AL. Differences between men with screening-detected versus clinically diagnosed prostate cancers in the USA. BMC Cancer 2005;5:27.
4. ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ http://www.nci.go.th/th/Knowledge/index_general.html
5. Cooperberg MR, Pasta DJ, Elkin EP, et al. The University of California, San Francisco Cancer of the Prostate Risk Assessment score: a straightforward and reliable preoperative predictor of disease recurrence after radical prostatectomy. J Urol 2005;173:1938-1942.
6. Hoffman RM. Screening for prostate cancer. N Engl J Med 2011;365:2013-2019.
7. Johansson JE, Adami HO, Andersson SO, et al. Natural history of localized prostatic cancer. A population-based study in 223 untreated patients. Lancet 1989;1(8642):799-803.
8. Lu-Yao GL, Albertsen PC, Moore DF, et al. Outcomes of localized prostate cancer following conservative management. JAMA 2009;302:1202-1209.
9. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ et al. Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up. N Engl J Med 2012;366:981-990.
10. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL III, Buys SS. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. N Engl J Med 2009;360:1310-1319.

11. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D et. al. Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:125-132.
12. Moyer VA. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer. U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012;157:120.
13. Lepor H. Effect of the Recommendation Against Screening on Prostate Cancer Diagnoses. <https://expertconsult.inkling.com/read/wein-campbell-walsh-urology-11th/chapter-111/effect-of-the-recommendation>.
14. Draisma G, Etzioni R, Tsodikov A, et al. Lead time and overdiagnosis in prostate- specific antigen screening: importance of methods and context. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:374-383.
15. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology, Prostate cancer Early detection V2.2017 https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate_detection.pdf
16. PA Ganz, JM Barry, W Burke, et al.: National Institutes of Health State-of-the-Science Conference: role of active surveillance in the management of men with localized prostate cancer. *Ann Intern Med* 2012; 156:591-595.
17. MA Dall’Era, PC Albertsen, C Bangma, et al.: Active surveillance for prostate cancer: a systematic review of the literature. *Eur Urol* 2012;62:976-983.
18. EAU guideline for Prostate Cancer, European Association of Urology 2012.
19. Afsher M, et al. Shifting paradigms in the estimation of survival for castration-resistant prostate cancer: A tertiary academic center experience. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 2015;33: 338.e1-338.e7
20. Tannock IF, de Wit R, Berry WR, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med* 2004;351:1502-1512.
21. Petrylak DP, Tangen CM, Hussain MA, et al. Docetaxel and Estramustine Compared with Mitoxantrone and Prednisone for Advanced Refractory Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2004;351:1513-1520.
22. Li Z, Chen CJ, Wang JK, Hsia E, et al. Neuroendocrine differentiation of prostate cancer. *Asian J Androl* 2013;15:328-332.
23. Sweeney CJ, Chen Y-H, Carducci M, et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med* 2015;373:737-746.
24. James ND, Sydes MR, Clarke NW, et al. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multi- arm, multistage, platform randomised controlled trial. *Lancet* 2016;387:1163-1177.
25. Fizazi K, Tran NP, Fein L, Matsubara N, et al. Abiraterone plus Prednisone in Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2017;377:352-360.

นิ่วระบบปัสสาวะ Urolithiasis

| นิ่วระบบปัสสาวะภาคเหนือ (Urolithiasis in the North) อุสณทิจ โลงนทิกัฒนั

นิ่วระบบปัสสาวะ เป็นโรคที่มีผลต่อสาธารณสุขของประเทศไทย ในภาคเหนือพบความชุกของนิ่วระบบปัสสาวะ มากเป็นอันดับสองรองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นิ่วในภาคเหนือส่วนใหญ่มักเกิดในระบบปัสสาวะส่วนบน คือ นิ่วไตและท่อไต การตรวจวินิจฉัยมักใช้ plain KUB และ intravenous pyelography ผู้ป่วยบางรายได้รับการ ตรวจ CT urography ส่วนผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตแยลงมักได้รับการตรวจ renal scan เพื่อบอกการทำงานของไต และตรวจ retrograde pyelography เพื่อบอกกายวิภาคของทางเดินปัสสาวะ

ในระยะเริ่มต้น การรักษานิ่วไตและท่อไตมักใช้การผ่าตัดแบบเปิด (open surgery) เช่น open nephrolithotomy, open pyelolithotomy, open ureterolithotomy ซึ่งขณะนั้นมีศาสตราจารย์นายแพทย์วรวัฒน์ ชุมสาย ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุพจน์ วุฒิการณ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธนุ พลอยเลื่อมแสง รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สุมิตร อนุตระกูลชัย และรองศาสตราจารย์นายแพทย์ สุริธร สุนทรพันธ์ เป็นอาจารย์และรักษาผู้ป่วยโรคนี้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ผลิตคัลยแพทย์ระบบปัสสาวะจำนวนมากออกไปรักษาผู้ป่วยโรคระบบปัสสาวะ รวมถึงโรค นิ่วด้วย โดยกระจายไปทำงานทั่วประเทศไทย ศาสตราจารย์นายแพทย์วรวัฒน์ได้คิดค้นนวัตกรรมเป็นลูกประค้ำคล้อง และรัดขั้วไตขณะทำ open nephrolithotomy ซึ่งมีประโยชน์มากในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดหรือมีภาวะติดเชื่อ มาก่อน ต่อมาเริ่มใช้การรักษาโดยวิธีกระแทกนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, ESWL) โดยในปี พ.ศ. 2537 มีรายงานผลการรักษาผู้ป่วยระบบปัสสาวะส่วนบนโดยวิธี ESWL ในผู้ป่วย 500 รายด้วยเครื่อง Storz Modulith SL 20 พบว่าได้ผลดีและมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีนิ่วไตที่มีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร นอกจากนี้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้ทำวิจัยเรื่องการรักษานิ่วไตส่วนล่าง (lower caliceal stone) ด้วยวิธี ESWL พบว่ามุม infundibulopelvic angle (IPA) มีผลต่อความสำเร็จ โดยพบว่าค่ามุม IPA น้อยกว่า 90 องศาทำให้ ผลสำเร็จในการรักษาโดยวิธี ESWL ลดลง

ศาสตราจารย์นายแพทย์สุพจน์ วุฒิการณ์ ได้เริ่มการผ่าตัดโดยวิธี endourology เพื่อรักษานิ่วไตและท่อไต โดยส่วนใหญ่เป็นวิธี ureteroscopy เพื่อรักษาท่อไต และเริ่มการผ่าตัด percutaneous nephrolithotomy (PCNL) โดยใช้ fluoroscopic guidance ชนิดระนาบเดียว ซึ่งต่อมาศาสตราจารย์นายแพทย์บรรณกิจ โลงนทิกัฒนั และ อาจารย์นายแพทย์พฤษ์ กิติรัตน์การ ได้ผ่านการฝึกอบรมเพิ่มเติมในต่างประเทศและเริ่มทำ endourology ใน ผู้ป่วยนิ่วจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาวิธี PCNL และได้คิดค้นเทคนิค PCNL ใหม่ ๆ หลายเทคนิค ซึ่งเป็นที่ ยอมรับทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2544 ได้รายงานเทคนิค tubeless PCNL ในวารสาร Journal

of Endourology เป็นรายแรก ๆ ของโลก ซึ่งเป็นเทคนิคที่ไม่ใส่ nephrostomy tube หลังผ่าตัด PCNL แต่ใส่เพียงสาย ureteric catheter ขนาด 6 F ที่ใช้ฉีด retrograde pyelogram ก่อนการเจาะเข้าไต โดยใส่เข้ากับสาย foley catheter เทคนิคนี้ใส่สาย ureteric catheter เพียง 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดเท่านั้น โดยผู้ป่วยที่สามารถทำ tubeless PCNL ได้ต้องเป็นการผ่าตัด PCNL ที่ไม่ซับซ้อน คือ ไม่พบนิ่วเหลือหลังผ่าตัด ไม่มีเลือดออกและไม่มีรูทะลุของ collecting system ที่รุนแรง ซึ่งในปัจจุบัน tubeless PCNL เป็นเทคนิคที่ยอมรับทั่วโลก และบทความนี้ได้รับการอ้างอิงเป็นจำนวนมาก ต่อมาได้มีการผ่าตัด endopyelotomy ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีนิ่วร่วมด้วย พบว่า ได้ผลดี และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผล รวมถึงการผ่าตัด PCNL ในผู้ป่วยลักษณะเฉพาะ เช่น นิ่วไต horseshoe kidney ซึ่งมีกายวิภาคแตกต่างจากไตปกติ และนิ่วที่เกิดจากการใส่ double J stent เป็นเวลานาน (severely encrusted double J stent) ซึ่งต้องอาศัยเทคนิคเฉพาะ คือ เปลี่ยนจาก fluoroscopic guide เป็น ultrasonic guide และเจาะเข้าไตบริเวณ upper pole ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางปอดมากขึ้น

ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยนิ่วไตที่ได้รับการรักษาโดยวิธี PCNL จะได้รับการเจาะที่ไตส่วนบน (upper pole access) ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการเจาะเข้าไตเหนือซี่โครงที่ 12 (supracostal access) มีรายงานการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนทางปอดระหว่างการเจาะไตเหนือซี่โครงกับการเจาะต่ำกว่าซี่โครง พบภาวะแทรกซ้อนทางปอดจากการเจาะไตเหนือซี่โครงสูงกว่า แต่มีอุบัติการณ์น้อยกว่ารายงานจากต่างประเทศ คือมีผู้ป่วยที่ต้องใส่สาย intercostal drainage เพียงร้อยละ 3 (รายงานทั่วไปพบประมาณร้อยละ 12) โดยทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำผ่าตัด supracostal PCNL ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดน้อย โดยการใช้เทคนิคควบคุมการหายใจของผู้ป่วยโดยวิสัญญีแพทย์ขณะเจาะไต นอกจากนี้ การมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรักษาด้วย PCNL แต่เคยได้รับการผ่าตัด open nephrolithotomy มาก่อน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักมีพังผืดรอบไต และต้องใช้เทคนิคและเครื่องมือพิเศษในการผ่าตัด PCNL โดยเฉพาะการใช้ fascial dilator หรือ metallic dilator พบว่าการผ่าตัด PCNL ได้ผลดีเท่ากับผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และยังได้รายงานการทำ tubeless PCNL โดยปลอดภัยในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัด open nephrolithotomy มาก่อน ซึ่งเป็นการเพิ่มข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด PCNL ในปัจจุบัน

ขณะที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีประสบการณ์ผ่าตัดเทคนิค tubeless PCNL มากขึ้น ผู้เขียนได้เพิ่มข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเทคนิคนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะไตแบบ supracostal PCNL โดยพบว่า tubeless supracostal PCNL มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ทำ supracostal PCNL และใส่สาย nephrostomy หลังผ่าตัด (standard PCNL) นอกจากนี้หน่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ศึกษาการผ่าตัด PCNL ในทางวิสัญญีวิทยา โดยเปรียบเทียบการดมยาสลบกับการเจาะไขสันหลัง (regional epidural anesthesia) พบข้อดีของการทำ regional epidural anesthesia คือ อาการปวดหลังการผ่าตัดในช่วงแรก น้อยกว่ามาก ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงกว่า และภาวะข้างเคียงเช่นคลื่นไส้ อาเจียนน้อยกว่ามาก การศึกษานี้ได้รับการอ้างอิงในวารสารต่าง ๆ โดยเฉพาะการศึกษาแบบ meta-analysis ซึ่งมีผลเปลี่ยน clinical practice guideline ในการลดความเจ็บปวดขณะทำ PCNL เนื่องจากอาการปวดมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดระหว่างการฉีดและการไม่ฉีดยา marcaine ข้างสายระบายไต (nephrostomy tube) หลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยา marcaine มีอาการปวดน้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

รายงานของกลุ่ม Endourology Society เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด PCNL พบว่า ใช้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังการผ่าตัด PCNL ทางคณะฯ ได้ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ในระยะ preoperative และ intraoperative เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังการผ่าตัด พบว่า การพบเชื้อในน้ำปัสสาวะก่อนการผ่าตัด การพบเชื้อในน้ำปัสสาวะขณะเจาะเข้าไต และการพบเชื้อในก้อนนิ่วหลังการผ่าตัด มีผลต่อการเกิดภาวะติดเชื้อหลังการผ่าตัด

PCNL โดยชนิดของเชื้อที่พบในก้อนนิ่วมีผลเปลี่ยนยาปฏิชีวนะหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง

ปัจจุบันคะแนนที่ใช้พยากรณ์ผลสำเร็จและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด PCNL ประกอบด้วย Guy'stone score, STONE score และ CROES nephrometric score ทางคณะได้นำ Guy'stone score ซึ่งประเมินจาก intravenous pyelography มาใช้ใน upper pole PCNL พบว่าสามารถบอกผลสำเร็จของการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ดี ซึ่งมีประโยชน์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงช่วยเพิ่มความระมัดระวังของแพทย์ในการผ่าตัดผู้ป่วยที่มีคะแนน Guy'stone score สูง ซึ่งควรผ่าตัดโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูง

นิ่วท่อไตส่วนล่างมีโอกาสรอดเองได้มากกว่านิ่วในตำแหน่งอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา alpha blocker ร่วมด้วย เนื่องจากประเทศไทยมี alpha blocker ชนิด tamsulosin ทั้งขนาด 0.2 และ 0.4 มิลลิกรัม สำหรับรักษาผู้ป่วย benign prostatic hyperplasia (BPH) การศึกษาพบว่า tamsulosin ขนาด 0.2 มิลลิกรัม ให้ผลสำเร็จในการทำให้นิ่วหลุดดีกว่ายาหลอก แต่ไม่ดีเท่ายาขนาด 0.4 มิลลิกรัม ในปัจจุบันแนะนำให้ใช้ยาขนาด 0.4 มิลลิกรัมรักษาผู้ป่วยนิ่วท่อไตส่วนล่างขนาด 5 ถึง 10 มิลลิเมตรที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คือ ผู้ป่วยไม่มีไข้ มีไตสองข้าง และการทำงานของไตปกติ

การเปลี่ยนการรักษาจากวิธี open surgery เป็นวิธี endourology ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น อาการปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นลง ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า การศึกษาจำนวนมาก จาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการอ้างอิงในการศึกษาแบบ meta-analysis จำนวนมาก รวมถึงใน textbook มาตรฐานของแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะคือ Campbell's Textbook of Urology ผลงานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความก้าวหน้าในการรักษานิ่วของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และบ่งบอกถึงความเป็นผู้นำด้านการรักษานิ่วในระดับนานาชาติของประเทศไทย โดยมีแพทย์ของคณะได้รับเชิญไปร่วมประชุม และบรรยายในงานประชุมระดับนานาชาติจำนวนมาก และทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มุ่งเน้นการผลิตแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะในระดับมาตรฐานสากล เพื่อรับใช้สังคมและประเทศตามวิสัยทัศน์ พันธกิจของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

| นวัตกรรมปีศาจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Urolithiasis in the North-East) วัฒนชัย อัจฉริยวัฒนา

โรคนี้ในระบบปัสสาวะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน) ในอดีตเคยมีคำกล่าวที่ว่า คนอีสานมีไตเดียว เพราะมีปัญหาเป็นนิ่วไตจนไตเสียการทำงาน ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้และต้องตัดไตในที่สุด ทำให้เหลือไตเพียงข้างเดียว หากเป็นนิ่วในไตอีกข้างก็ต้องเสียชีวิตในที่สุด

ความชุกของโรคนี้ในระบบปัสสาวะนั้น ในอดีตจะพบนิ่วกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กจำนวนมาก⁽¹⁾ อันเนื่องมาจากภาวะทุพโภชนาการและความยากจน เพราะเป็นนิ่ว ammonium-acid urate ที่เกิดจากการขาดโปรตีน⁽²⁾ แต่หลังจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย แทบจะไม่พบนิ่วกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กไทยอีกเลย ผู้ป่วยที่พบเกือบทั้งหมดจะมาจากประเทศเพื่อนบ้าน

ข้อมูลทางระบาดวิทยาของนิ่วระบบปัสสาวะจากการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2535 พบความชุกร้อยละ 4.05⁽³⁾ และการศึกษาในจังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2538 พบความชุกสูงถึงร้อยละ 16.7⁽⁴⁾ นอกจากนี้โรคนี้วยไตยังมีกรกลับเป็นซ้ำได้สูง การศึกษาในภาคอีสานพบนิ่วกลับเป็นซ้ำร้อยละ 24 ในเวลา 1 ปี และร้อยละ 39 ในเวลา 2 ปี⁽⁵⁾ การวิเคราะห์องค์ประกอบนิ่ว (stone analysis) ด้วยเครื่อง infrared spectroscopy ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบนิ่วชนิด mixed type มากที่สุด โดยเป็น calcium oxalate ร่วมกับ calcium phosphate ในกรณีที่เป็นชนิดเดียวจะเป็น calcium oxalate มากที่สุด สาเหตุของการเกิดนิ่วในภาคอีสานได้บ่อยนั้น ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด สันนิษฐานว่าการมีแร่ธาตุ vanadium ในน้ำดื่มมากกว่าปกติ ภาวะ hypokalemia และโรค distal RTA อาจเป็นสาเหตุ การศึกษาในปัจจุบันเน้นไปในด้าน hypocitraturia ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคนี้วยไต

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคนี้วยไตในระบบปัสสาวะในภาคอีสานนั้นมีความทันสมัย โดยเน้นเรื่องของ minimally invasive surgery ตามศักยภาพและบริบทของโรงพยาบาล ดังนี้

- การใช้ยา alpha-blocker ในผู้ป่วยนิ่วท่อไตส่วนปลาย หรือหลังจากทำ ESWL
- สามารถทำ ESWL ในทุกโรงพยาบาลที่มีศักยภาพระบบปัสสาวะ โดยเฉพาะการใช้เครื่อง electromagnetic รุ่นใหม่
- สามารถทำ cystolitholapaxy รวมถึง ureterorenoscopy ได้ในทุกโรงพยาบาล บางโรงพยาบาลได้จัดหา flexible ureterorenoscopy ไว้ใช้งานร่วมกับ laser lithotripter เพื่อทำผ่าตัด retrograde intrarenal surgery อีกด้วย
- ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะรุ่นใหม่สามารถทำ PCNL ได้ แต่ในบางโรงพยาบาลยังไม่สามารถจัดหาเครื่องมือได้ นอกจากนี้ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพก็ยังสามารถทำ mini-PCNL หรือ ultramini-PCNL ได้
- การผ่าตัด laparoscopic surgery ขึ้นกับศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลเช่นเดียวกับ PCNL
- สิ่งที่เริ่มลดบทบาทลงก็คือการรักษาด้วย open surgery เช่น anatomic nephrolithotomy

การตรวจหาสาเหตุการเกิดนิ่วยังไม่ค่อยได้รับความสำคัญ สืบเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น

- แนวความคิดในการป้องกันนิ่วด้วยการดื่มน้ำเพิ่มขึ้นอย่างเดียว ไม่ว่าจะนิ่วจากสาเหตุใด จึงไม่จำเป็นต้องตรวจ metabolic cause
- ห้องปฏิบัติการไม่สามารถตรวจได้ เช่น urine citrate หรือ urine oxalate อย่างไรก็ตามยังมีความพยายามในการพัฒนาการตรวจเพื่อให้บริการโดยอาจารย์ในภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ขาดงบประมาณในการส่งตรวจ

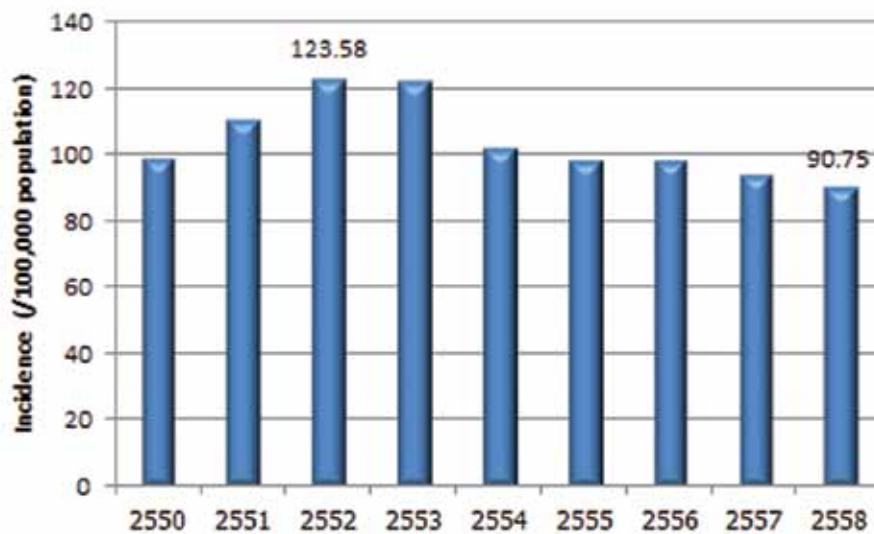
ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ยังไม่มีมาตรการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยนิ่วไตที่ได้รับการทำ nephrectomy และมีไตเหลือเพียงข้างเดียว โดยทีมพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี สำหรับการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำด้วยยานี้ได้มีการใช้ sodium potassium citrate หรือ potassium citrate ในรูปแบบทางการค้า รวมถึงสูตรยาที่โรงพยาบาลผลิตเอง และยังมีความพยายามของอาจารย์จากภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้พัฒนาเครื่องดื่มนิ่ว (HydroZitla) ซึ่งกำลังศึกษาใน phase I หรือยาซงที่ใช้ป้องกันนิ่ว (Urolime®) ที่กำลังศึกษาใน phase III

จากความพยายามในการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยนิ่วระบบปัสสาวะทำให้เกิดการรวมตัวของศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะในภาคอีสาน เป็น “ชมรมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นชมรมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะในส่วนภูมิภาคชมรมแรกของประเทศไทย ในช่วงแรกได้ร่วมงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ในการปรับแนวทางการจ่ายค่าดูแลรักษาผู้ป่วย และริเริ่มการปรับแนวทางเวชปฏิบัติของโรคนี้ระบบปัสสาวะของประเทศไทย ต่อมาทางชมรมฯยังได้จัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ระบบปัสสาวะซึ่งเป็นโรคหลักของประชาชนในภาคอีสาน

นิ่วระบบปัสสาวะภาคใต้ (Urolithiasis in the South) มนตรีธา ดันทุษ

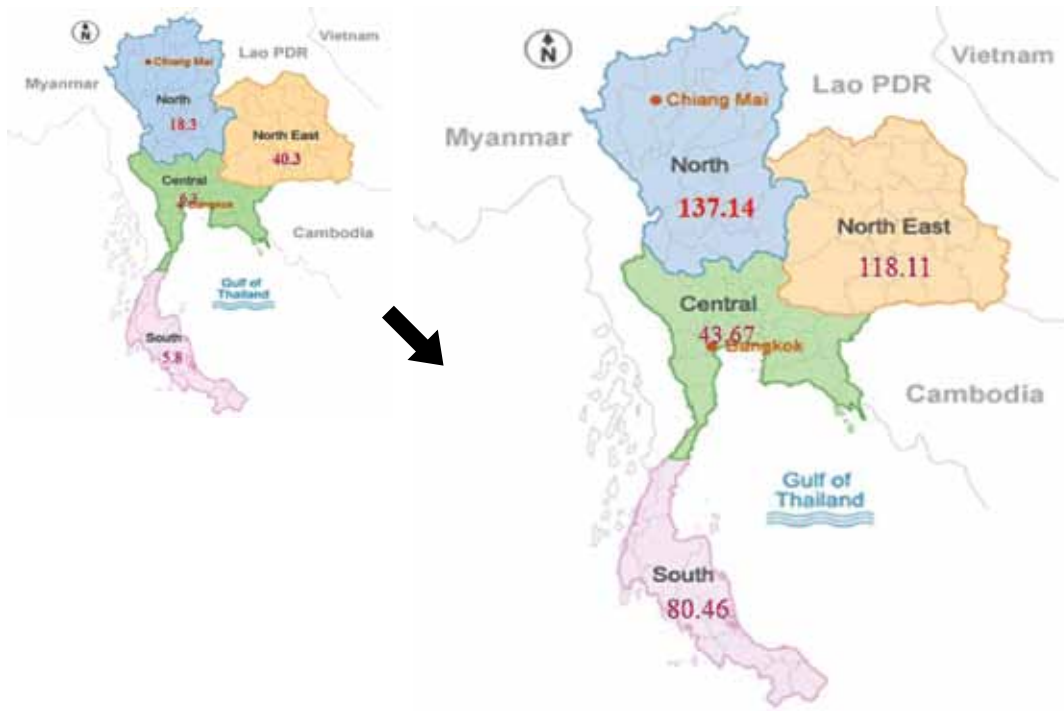
จากอดีตถึงปัจจุบัน โรคนิ่วระบบปัสสาวะเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยมาโดยตลอด นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2474 ที่ศาสตราจารย์โนเบิลรายงานการศึกษาผู้ป่วยนิ่วกระเพาะปัสสาวะจำนวน 200 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชในระยะเวลา 3 ปี พบว่าเกิดในช่วงอายุ 10 ปีแรกของชีวิต⁽¹⁾ ต่อมาศาสตราจารย์ นายแพทย์สนอง อุณากรุล ได้รายงานความชุกโรคนิ่วระบบปัสสาวะในปี พ.ศ. 2504 พบความชุก 17.7 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ จากการติดตามข้อมูลโรคนิ่วระบบปัสสาวะอย่างต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความชุกของนิ่วระบบปัสสาวะในประเทศไทยมีแนวโน้มคงที่ (แผนภูมิที่ 1) โดยในปีพ.ศ. 2558 มีความชุก 90.7 ต่อแสนประชากร (แผนภูมิที่ 2) แม้ว่าภาคใต้มีความชุกของนิ่วระบบปัสสาวะน้อยที่สุด แต่กลับมีอัตราเพิ่มของโรคสูงสุด ดังนั้น นิ่วระบบปัสสาวะจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของภาคใต้ที่ต้องการการศึกษาต่อไป

แผนภูมิที่ 1 ความชุกของโรคนิ่วระบบปัสสาวะ พ.ศ. 2550-2558



แม้การศึกษาทางระบาดวิทยาของนิ่วในภาคใต้พบความชุกของโรคน้อย แต่โรคนิ่วระบบปัสสาวะยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประชากรภาคใต้ เนื่องจากมีอัตราการเพิ่มขึ้นของความชุกสูงที่สุดในประเทศ จากการประชุมวิชาการส่วนภูมิภาคครั้งที่ 17 เรื่อง Urolithiasis: Current status⁽³⁾ เมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่านิ่วในภาคใต้มีความแตกต่างจากภาคอื่นคือ พบผู้ป่วยนิ่วท่อไตมากกว่านิ่วในตำแหน่งอื่น (แผนภูมิที่ 3)

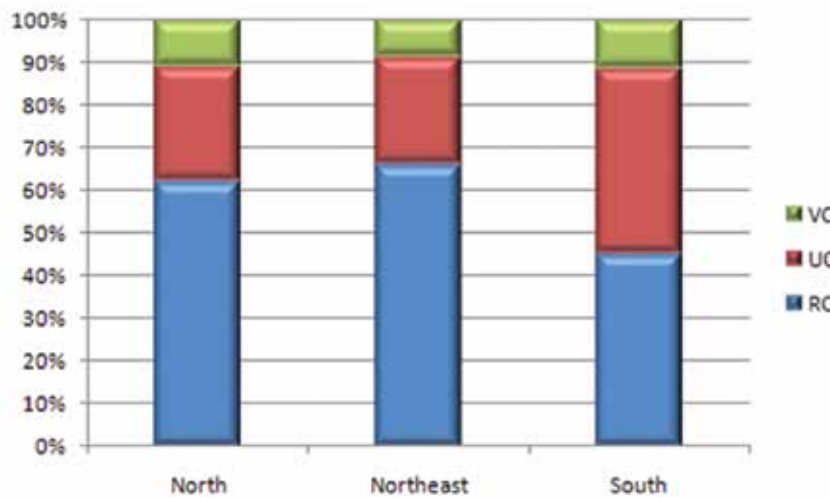
แผนภูมิที่ 2 แสดงความชุกของนิ่วระบบปัสสาวะในประเทศไทยจำแนกภูมิภาค เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2504 และ 2558



พ.ศ. 2504 : 17.7 / 100,000

พ.ศ. 2558 : 90.75 / 100,000

แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละของนิ่วระบบปัสสาวะ จำแนกตำแหน่งนิ่ว และภูมิภาค⁽³⁾



อัตราการเกิดนิ้วซ้ำของผู้ป่วยนิ้วระบบปีสภาวะในภาคใต้ มีความแตกต่างระหว่างนิ้วระบบปีสภาวะส่วนบน ได้แก่ นิ้วโตและทอโต กับนิ้วระบบปีสภาวะส่วนล่าง ได้แก่ นิ้วกระเพาะปีสภาวะและทอปีสภาวะ โดยนิ้วระบบปีสภาวะส่วนบนมักเป็นนิ้วที่เกิดซ้ำ และมักจะเกิดในช่วง 2 ปีแรก ส่วนนิ้วระบบปีสภาวะส่วนล่าง มักเป็นนิ้วที่เกิดครั้งแรก ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.2 ที่มีประวัติโรคนิ้วระบบปีสภาวะในครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากรายงานของอาจารย์ชาญชัย บุญหล้าและคณะ⁽⁴⁾ จากการศึกษาในจังหวัดอุดรธานีที่พบสูงถึงร้อยละ 34.9

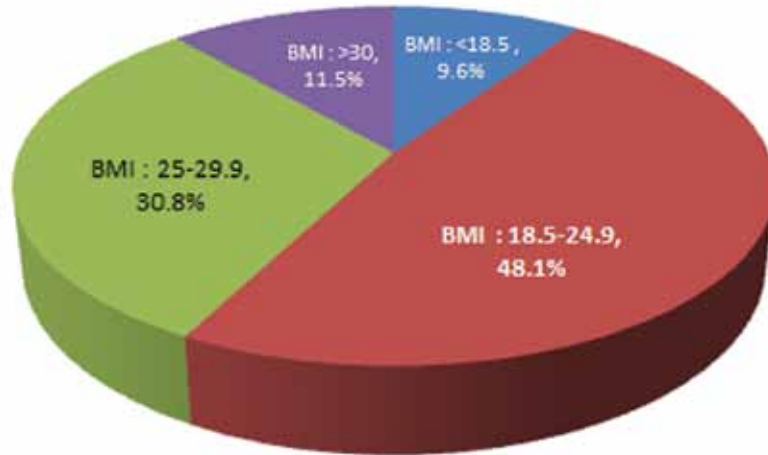
ตารางที่ 1 อัตราการเกิดนิ้วซ้ำของผู้ป่วยโรคนิ้วระบบปีสภาวะในภาคใต้ จำแนกตามตำแหน่งนิ้ว

ประวัติโรคนิ้วระบบปีสภาวะ	นิ้วระบบปีสภาวะส่วนบน (%)	นิ้วระบบปีสภาวะส่วนล่าง (%)	รวม (%)
นิ้วครั้งแรก	642 (45.8)	31 (62.0)	673 (46.3)
นิ้วเกิดซ้ำ	760 (54.2)	19 (38.0)	779 (53.7)
ภายใน 2 ปีแรก	302	9	311
2 - 5 ปี	270	7	277
หลัง 5 ปี	188	3	191
รวม	1,402 (100)	50 (100)	1,452 (100)

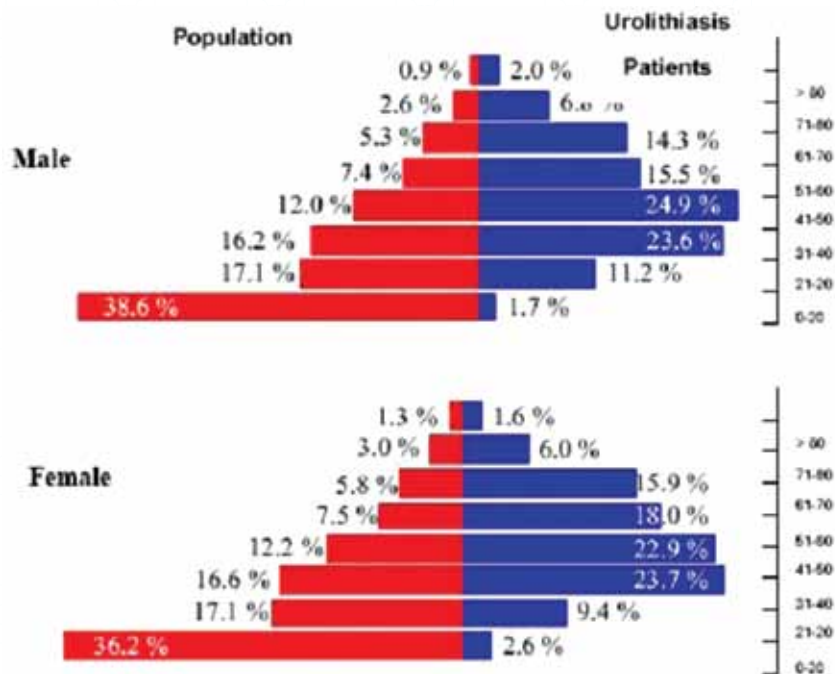
เมื่อศึกษาปัจจัยด้านความอ้วนกับการเกิดนิ้ว โดยพิจารณาจาก body mass index (BMI) พบว่า ผู้ป่วยโรคนิ้วระบบปีสภาวะในภาคใต้ร้อยละ 57.7 มี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือต่ำกว่าปกติ และร้อยละ 42.3 มี BMI อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติหรืออ้วน⁽⁵⁾ ดังแผนภูมิที่ 4 และช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี พบนิ้วระบบปีสภาวะได้บ่อย ดังแผนภูมิที่ 5 โดยผู้ป่วยหญิงมีอุบัติการณ์ของนิ้วเปลี่ยนเป็นระบบปีสภาวะทั้งส่วนบนและส่วนล่างเกิดขึ้นในกลุ่มอายุ 41-50 ปี ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยชาย ที่พบอุบัติการณ์ของระบบปีสภาวะส่วนบนในช่วงอายุ 41-50 ปี แต่พบนิ้วระบบปีสภาวะส่วนล่างมากในสองช่วงอายุ คือ 41-50 ปี และ 61-70 ปี

เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลความชุกของนิ้วระบบปีสภาวะ ซึ่งพบนิ้วทอโตและนิ้วกระเพาะปีสภาวะสูงกว่าภูมิภาคอื่น อาจแสดงว่ามีการเคลื่อนที่ของนิ้วในทอโตลงมาอยู่ในกระเพาะปีสภาวะ เพื่อพิสูจน์สมมติฐานนี้ จึงได้ศึกษาองค์ประกอบของนิ้วระบบปีสภาวะส่วนบนและส่วนล่างจำแนกตามเพศ พบว่า ทั้งผู้ป่วยชายและหญิงมีองค์ประกอบของนิ้วระบบปีสภาวะเป็นไปในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ทั้งนิ้วระบบปีสภาวะส่วนบนและส่วนล่างเป็นนิ้วองค์ประกอบเดียวมากกว่านิ้วองค์ประกอบรวม โดยนิ้วระบบปีสภาวะส่วนบนพบเป็นนิ้วออกซาลेटมากที่สุด ส่วนนิ้วระบบปีสภาวะส่วนล่างกลับพบเป็นนิ้วยูริกมากที่สุด ส่วนนิ้วองค์ประกอบรวมทั้งในระบบปีสภาวะส่วนบนและส่วนล่าง พบเป็นนิ้วออกซาลेटร่วมกับฟอสเฟตมากที่สุดทั้งในชายและหญิง ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่านิ้วระบบปีสภาวะส่วนล่างไม่ได้เกิดจากนิ้วระบบปีสภาวะส่วนบนเคลื่อนที่ลงมา เนื่องจากองค์ประกอบของนิ้วมีความแตกต่างกัน และผลการศึกษาองค์ประกอบของนิ้วในภาคใต้ ไม่พบผลึกของ Djenkolic acid ที่พบในลูกเนียง ซึ่งเป็นพืชผักพื้นบ้านที่นิยมรับประทานในภาคใต้⁽⁶⁾

แผนภูมิที่ 4 แสดง body mass index (BMI) ของผู้ป่วยโรคนี้ในระบบปีสภาวะในภาคใต้



แผนภูมิที่ 5 แสดงร้อยละของผู้ป่วยนิ่วปีสภาวะในภาคใต้ จำแนกตามเพศและอายุ



นอกจากผลการศึกษาขององค์ประกอบของนิ่วในภาคใต้พบนิ่วยูริกสูงกว่าภูมิภาคอื่น ในปี พ.ศ. 2549 มีการศึกษาองค์ประกอบของนิ่วเขากวางในภาคใต้⁽⁷⁾ พบว่าส่วนใหญ่มีกรดยูริกเป็นองค์ประกอบ และร้อยละ 61.8 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงร่วมด้วย พบนิ่ว struvite เพียงร้อยละ 5.8 โดยเชื้อที่พบบ่อยในปัสสาวะ คือ *Corynebacterium sp.* และ *E. coli* ในปีพ.ศ. 2544 มีการศึกษาทางชีวเคมีของเลือดและปัสสาวะจากผู้ป่วยนิ่วระบบปัสสาวะในภาคใต้⁽⁸⁾ โดยเปรียบเทียบระดับแคลเซียม ฟอสเฟต กรดยูริกในเลือด และปัสสาวะ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยนิ่วที่พบบ่อยสามกลุ่ม ได้แก่ นิ่วแคลเซียมออกซาเลต แคลเซียมฟอสเฟต และกรดยูริก แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับกรดยูริกในเลือด ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยนิ่วประเภทแคลเซียม (แคลเซียมออกซาเลต และแคลเซียมฟอสเฟต) กับกลุ่มผู้ป่วยนิ่วยูริก และระดับแคลเซียมในปัสสาวะแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยนิ่วแคลเซียมออกซาเลตกับกลุ่มผู้ป่วยนิ่วยูริก ส่วนผลการศึกษาาระดับชีโรเทรทในปัสสาวะของผู้ป่วยนิ่วทั้งสามกลุ่มพบว่าค่อนข้างต่ำ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับค่าปกติ ในปี พ.ศ. 2546 มีการศึกษาความสัมพันธ์ของผลึกที่พบในปัสสาวะกับชนิดของนิ่ว⁽⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยนิ่วระบบปัสสาวะมีผลึกในปัสสาวะร้อยละ 8.6 เมื่อพิจารณาผลึกแต่ละชนิด พบว่า ผู้ป่วยนิ่วที่พบผลึกแคลเซียมออกซาเลต มีโอกาสที่องค์ประกอบของนิ่วจะเป็นแคลเซียมออกซาเลต ร้อยละ 76.5 และผลึกกรดยูริกมีโอกาสที่องค์ประกอบของนิ่วจะเป็นกรดยูริก ร้อยละ 75.0 ส่วนผลึกชนิดอื่นยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของผลึกกับองค์ประกอบของนิ่ว นอกจากนี้ยังมีความพยายามใช้โครงข่ายประสาทเทียม (artificial neural network) ในการทำนายการเกิดนิ่วซ้ำ⁽¹⁰⁾ โดยข้อมูลที่สำคัญที่ต้องใช้ในการคำนวณ ได้แก่ ประวัติการเกิดนิ่วในอดีต ภาวะ nephrocalcinosis ผลการตรวจชีโรเทรทในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และผลเพาะเชื้อในปัสสาวะ

สรุป

นิ่วระบบปัสสาวะในภาคใต้มีความแตกต่างจากภาคอื่น ทั้งในด้านระบาดวิทยา และองค์ประกอบของนิ่ว กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นนิ่วท่อไต และมักเป็นนิ่วองค์ประกอบเดี่ยว โดยนิ่วองค์ประกอบเดี่ยวในทางเดินปัสสาวะส่วนบนเป็นแคลเซียมออกซาเลตมากที่สุด ส่วนนิ่วองค์ประกอบเดี่ยวในทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเป็นยูริกมากที่สุด สำหรับนิ่วองค์ประกอบรวมในระบบปัสสาวะส่วนบนและส่วนล่างมีความคล้ายคลึงกัน คือ พบนิ่วแคลเซียมออกซาเลตร่วมกับแคลเซียมฟอสเฟตมากที่สุด ดังนั้นการศึกษาเชิงลึกของความแตกต่างด้านระบาดวิทยาของนิ่วในภาคใต้ จึงยังเป็นงานที่ท้าทายสำหรับผู้สนใจให้ทำการศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Noble T.P. Vesicalcalculi in Siam. Br J Urol 1931;3:14-20.
2. Unakul S. Urinary stone in Thailand, a statistical survey. Siriraj Hospital Gaz 1961;13:199-214.
3. รายงานการประชุมประจำปีส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 17 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ร่วมกับสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (ประเทศไทย) ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ณ โรงแรมลีการ์เดนส์ พลาซ่า จังหวัดสงขลา ในปีพุทธศักราช 2546
4. Boonla C, Thummaborworn T, Tosukhowong P. Urolithiasis in Udon Thani hospital, a rising prevalence of uric acid stone. Chula Med J 2006;50:77-90.
5. Tanthanuch M, Apiwatgaroon A, Pripatnanont C. Urinary tract calculi in Southern Thailand. J Med Assoc Thai 2005;88:80-85.

6. Marikatat M, Pripatnanont C, Apiwatgaroon A. Urolithiasis in Songklanagarind Hospital; Southern Thailand. *Songkla Med J* 2002;20:261-266.
7. Tanthanuch M. Staghorn calculi in Southern Thailand. *J Med Assoc Thai* 2006;89:2086-2090.
8. Marikatat M, Pripatnanont C. Association between serum calcium, uric acid and urinary calcium, uric acid in calcium oxalate, calcium phosphate and uric acid stone patients. *Thai J Urol* 2001;22:34-41.
9. Marikatat M, Chaochuvate V. Correlation of crystal in urine and stone composition. *Songkla Med J* 2003;21:109-113.
10. Tanthanuch M, Tanthanuch S. Prediction of upper urinary tract calculi using an artificial neural network. *J Med Assoc Thai* 2004;87:515-518.



นิ่วระบบปัสสาวะภาคกลาง (Urolithiasis in the Central) สุพจน์ รัชชานนท์

นิ่ว เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของไทย ซึ่งพบมากในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ในอดีตการรักษา นิ่ว ผู้ป่วยมักจะถูกส่งมารักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งส่วนมากจะอยู่ในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร เนื่องจากคลังแพทย์ที่รักษาโรกระบบปัสสาวะยังมีน้อย ดังปรากฏในรายงานทางการแพทย์ของไทยตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2493 เป็นต้นมา ซึ่งรายงานฉบับแรกๆ โดย ลัมพันธ์ ตันติวงศ์ ตีพิมพ์ในสารศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2493 (สารศิริราช, 1950; 2 Suppl: 151-159) จากรายงานทางการแพทย์ระดับนานาชาติ ระบุว่าอุบัติการณ์โรคนิ่วระบบปัสสาวะพบสูงถึงร้อยละ 14 และสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ใหม่ถึงร้อยละ 50 ในช่วงระยะเวลา 10 ปี หลังจากเป็นครั้งแรก โดยอุบัติการณ์สูงสุดจะอยู่ในช่วงอายุ 40 ถึง 60 ปี

เมื่อก้าวถึงการพัฒนาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในภาคกลางนั้นไม่แตกต่างกับระดับนานาชาติ โดยพบการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2550 เทียบกับปี พ.ศ. 2551-2557 พบว่า รายงานทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดแบบเปิดและการสลายนิ่วลดลงอย่างชัดเจน ในทางกลับกัน ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว รายงานทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการรักษาโดยใช้กล้องเพื่อดูไต (percutaneous nephrolithotomy) และกล้องเพื่อดูท่อไต (ureteroscopy) กลับมีรายงานสูงขึ้นอย่างชัดเจน ผลจากการศึกษาดังกล่าว เกิดขึ้นได้จากหลายเหตุผล เช่น การพัฒนาเครื่องอัลตราซาวด์ ทำให้สามารถพบนิ่วได้ตั้งแต่ที่ยังมีขนาดเล็ก การผ่าตัดแบบเปิดจึงมีรายงานทางการแพทย์ที่ลดลง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการพัฒนาด้านการรักษาโรคนิ่วส่งผลถึงจำนวนและชนิดของงานวิจัย

การพัฒนาด้านการรักษาโรคนิ่วมีหลายส่วน ดังต่อไปนี้

1. **ด้านเครื่องมือ** เพื่อลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคนิ่ว
 - 1.1 เทคโนโลยีด้านการถ่ายภาพ ถึงแม้เทคโนโลยีการถ่ายภาพในปัจจุบัน จะมีการพัฒนาไปถึงขั้น 4K แต่ก็ยังไม่พบรายงานประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อผลการรักษา โดยเฉพาะการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและการกลับมาเป็นซ้ำของนิ่ว
 - 1.2 **ด้านขนาดของเครื่องมือ**
 - 1.2.1 การผ่าตัดเจาะนิ่วแบบดั้งเดิม (conventional PCNL) ได้ถูกพัฒนาให้มีขนาดเล็กลง ตามลำดับ (miniperc (14Fr), microperc (16 gauze)) เพื่อลดการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับไต และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นคลังแพทย์จึงมีทางเลือกมากขึ้นในการใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับขนาดของนิ่ว
 - 1.2.2 การส่องกล้องผ่านท่อไต ซึ่งในอดีตกล้องจะมีขนาดใหญ่และแข็ง (rigid ureteroscopy) ต่อมาได้ถูกพัฒนาให้มีขนาดเล็กลงและปลายของกล้องงอได้เล็กน้อย (semirigid ureteroscopy) จนถึงปัจจุบันเรามีกล้องชนิดที่โค้งงอได้ตลอดทั้งลำโดยเฉพาะที่ปลายของกล้อง ซึ่งสามารถทำให้เราเลือกเป็นวิธีการรักษาในไตที่มีขนาดเล็กได้ด้วย และเป็นเหตุให้บทบาทของเครื่องสลายนิ่วลดลง อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาในไตโดยการส่องกล้อง ส่งผลให้การเหลือของนิ่ว การอุดตัน การติดเชื้อ และการกลับมาเป็นซ้ำสูงกว่าการสลายนิ่วในบางมิติ

1.2.3 เครื่องสลายนิ่ว เครื่องสลายนิ่วถูกพัฒนาขึ้นในปีพุทธศักราช 2523 ทำให้การผ่าตัดแบบเปิดเพื่อรักษานิ่วในอดีตลดลง หลังจากใช้เครื่องสลายนิ่วมาระยะหนึ่งเราก็สามารถกำหนดข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน การพัฒนาเครื่องสลายนิ่ว เป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ให้นิ่วแตกได้ง่ายและมากที่สุด ลดความบาดเจ็บต่อไตและลดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัจจุบันเครื่องสลายนิ่วในประเทศไทย เป็นการนำเข้าจากต่างประเทศซึ่งมีราคาแพง ปัจจุบันได้มีนักวิจัยของไทยได้ผลิตเครื่องที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับเครื่องที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันโดย คุณเชษฐา เปาโสภา วิศวกรของไทย และยังได้คิดค้นวิธีการใหม่ที่สามารถจะยังให้โดนินิ่วได้ทุกครั้งของการยิง ซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมใหม่ของไทย

2. ด้านเอกซเรย์ โดยเฉพาะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ซึ่งถูกพัฒนาจากเดิมที่สามารถสร้างภาพระยะห่าง 5 มิลลิเมตร ซึ่งไม่สามารถนำมาวินิจฉัยนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะได้มาเป็นระยะห่าง 1 มิลลิเมตร ที่เรานำมาใช้เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยในปัจจุบัน จนถึงเทคโนโลยีใหม่ของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นระบบพลังงานคู่ (dual energy) ที่สามารถบอกองค์ประกอบทางเคมีของนิ่วได้ นอกจากนี้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่สามารถสร้างภาพสามมิติ (CT urography) ยังช่วยให้เราเข้าใจในกายวิภาคของไตเพื่อเลือกวิธีการรักษาและตำแหน่งที่จะเข้าไปในไตที่มีนิ่วขนาดใหญ่ได้

3. ด้านการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ ถึงแม้เราจะสามารถนำนิ่วออกได้ทั้งหมด โดยการรักษาโดยวิธีต่าง ๆ แต่เราก็พบว่าหลังการรักษาผู้ป่วยจะมีโอกาสกลับมาเป็นนิ่วใหม่ได้สูงเกือบร้อยละ 50 ตลอดชั่วชีวิต ดังนั้น การป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำ จึงถือเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคนิ่ว ความพยายามที่จะเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดนิ่ว ถึงแม้จะยังไม่กระจ่างมากในปัจจุบัน เพราะมีหลายคำถามในงานวิจัยที่เราไม่สามารถให้คำตอบได้ชัดเจน เช่น ทำไมผู้ป่วยจึงเกิดนิ่วหนึ่งข้างเป็นส่วนใหญ่อันทั้ง ๆ ที่มีไตสองข้าง การศึกษาวิจัยในระดับชีวโมเลกุล (biomolecule) ซึ่งพอที่จะใช้อธิบายในสาเหตุของการเกิดนิ่วในส่วนนี้ได้ เช่น ไตข้างที่มีนิ่วมักจะมีภาวะเครียด (stress) มีการหลั่งอนุมูลอิสระและสารอื่น ๆ ที่อาจจะเป็นตัวเหตุให้เกิดนิ่วในข้างนั้น ๆ อย่างไรก็ตามการดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อให้ได้ปัสสาวะถึง 2 ลิตรต่อวันหรือการเพิ่มปริมาณเกลือแร่บางชนิดในปัสสาวะเช่น แมกนีเซียมและซิเตรต ซึ่งปัจจุบันมีการนำเข้ามาในรูปแบบของยาจากต่างประเทศ จะช่วยลดโอกาสของผู้ป่วยในเกิดนิ่วซ้ำ จากการศึกษาวิจัยของไทย โดยภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบความสัมพันธ์ระหว่างสารดังกล่าวกับไตข้างที่เกิดนิ่ว แต่ต้องรองานวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันสาเหตุที่แท้จริงต่อไป ในขณะเดียวกันทางภาควิชาชีวเคมี กำลังทำงานวิจัยเกี่ยวกับสารต้านอนุมูลอิสระ ที่อาจจะช่วยลดการเกิดนิ่วในผู้ป่วยคนไทยได้ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในการทดลองระยะที่สาม (Phase 3)

สรุป

ความก้าวหน้าทางด้าน การรักษา นิ่วส่งผลให้การรักษานิ่วในผู้ป่วยแต่ละรายมีทางเลือกที่มากขึ้น และเช่นเดียวกับนานาชาติในเรื่องของภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอย ในการเลือกวิธีการรักษาเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่แตกต่างกัน จึงต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าในการเลือกวิธีการรักษานั้น ๆ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังขาดการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าของการรักษา จึงส่งผลให้ไม่มีทิศทางในการเลือกซื้อเครื่องมือสำหรับการรักษานิ่ว

เทคโนโลยีในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ

Technology in Urology

| การผ่าตัดระบบปัสสาวะผ่านกล้องในประเทศไทย: อดีต ปัจจุบัน และอนาคต (Laparoscopic Urological Surgery in Thailand: Past, Present and Future) กิตติณัฐ กิจวิทย์

ปัจจุบันการผ่าตัดรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะในประเทศไทยทำได้โดยผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic urological surgery) ได้เกือบทุกชนิด โดยมีความก้าวหน้าใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ให้ผลการรักษาดีเท่ากับการผ่าตัดแบบเปิด ในขณะที่รุกรานน้อยกว่า (less invasion) ผู้ป่วยจึงมีความปวดน้อย เสียเลือดน้อย และฟื้นตัวได้รวดเร็วกว่า

การผ่าตัดผ่านกล้องถูกใช้ในทุกลุ่มโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ โรคมะเร็ง (oncology) โรคนิ่ว (urolithiasis) การผ่าตัดเพื่อการเสริมสร้าง (reconstructive surgery) การปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) การผ่าตัดโรคในเด็ก (pediatric urology) และสามารถทำได้ในทุกชนิดของการผ่าตัด อาจกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นมาตรฐานทางเลือกหนึ่ง (alternative standard treatment) ของการรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะในประเทศไทย มีการผ่าตัดผ่านกล้องหลายประเภทที่ทำกันไม่มากในประเทศทางตะวันตกแต่ทำมากในประเทศไทย เนื่องจากความเหมาะสมทางการแพทย์ เช่น โรคนิ่ว และยังได้รับการยอมรับ⁽¹⁾ นอกจากนี้อุปกรณ์และเครื่องมือที่เกี่ยวข้องก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น กล้องมองภาพ 3 มิติ ทำให้การผ่าตัดสะดวกสบายมากขึ้น

การผ่าตัดผ่านกล้องในประเทศไทยมีได้จำกัดอยู่เฉพาะในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเครื่องมือพร้อมก็สามารถทำได้เช่นเดียวกัน โดยทักษะการผ่าตัดผ่านกล้องของศัลยแพทย์ในประเทศไทยมีได้เป็นรองชาติอื่นอย่างไรก็ตามงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดผ่านกล้องในประเทศไทย และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับนานาชาติ ยังมีจำนวนค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้ เป็นการยากที่จะหาหลักฐานแน่ชัดว่าการผ่าตัดผ่านกล้องในประเทศไทยเริ่มครั้งแรกที่ใดและใช้กับโรคอะไร ผู้เขียนได้สอบถามผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน (personal communication) พบว่าในประเทศไทยน่าจะเริ่มผ่าตัดผ่านกล้องมานานประมาณ 24 ปี แต่เริ่มได้รับความสนใจและนิยมมากขึ้นในช่วง 14-15 ปีหลัง

การผ่าตัดผ่านกล้องครั้งแรกทางระบบทางเดินปัสสาวะในประเทศไทย เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2537 โดยเป็นการผ่าตัด laparoscopic high ligation ในผู้ป่วย varicocele of spermatic cord โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ไชยรงค์ นวลยง ศัลยแพทย์ท่านนี้ยังเป็นผู้ผ่าตัด laparoscopic และ robotic-assisted radical prostatectomy เป็นท่านแรกในประเทศไทยอีกด้วย

สำหรับโรงเรียนแพทย์อื่นที่เป็นสถาบันฝึกอบรมได้เริ่มผ่าตัดผ่านกล้องในเวลาต่อมา กล่าวคือ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ อภิรักษ์ ลันติงามกุล เริ่มทำ laparoscopic nephrectomy ในผู้ป่วย nonfunctioning kidney จากโรคนี้ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2543 ที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยอาจารย์นายแพทย์ วรพจน์ ชุมหคาลัย เริ่มทำ laparoscopic adrenalectomy ในปี พ.ศ. 2545 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ กิตติณัฐ กิจวิทย์ และพลตำรวจตรีนายแพทย์สุเทพ พัชรตระกูล (จากโรงพยาบาลตำรวจ) เริ่มทำ laparoscopic ureterolithotomy ในผู้ป่วยนี้ในท่อไต และเริ่มทำ laparoscopic nephrectomy ในเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม พ.ศ. 2547^(2,3) ตามลำดับ ที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์ เริ่มทำ laparoscopic simple nephrectomy ในผู้ป่วย nonfunctioning kidney เมื่อปี พ.ศ. 2548 ที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์สุริธร สุนทรพันธุ์ ทำผ่าตัด laparoscopic ureterolithotomy ในปี พ.ศ. 2549 ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โดยพันเอก (พิเศษ) นายแพทย์สมเกียรติ แผลมทอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุพจน์ รัชชานนท์ (จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) ทำ laparoscopic adrenalectomy ในผู้ป่วย hyperaldosteronism ในปี พ.ศ. 2549 และที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วาทีต กาญจนวณิชกุล และอาจารย์นายแพทย์ ดนัยพันธ์ อัครสกุล (จากโรงพยาบาลราชวิถี) เริ่มทำ laparoscopic radical prostatectomy ในปี พ.ศ. 2554 หลังจากนั้นการผ่าตัดผ่านกล้องได้รับความนิยมและทำกันมากขึ้นจนเป็นมาตรฐานในปัจจุบัน

ในอดีต การผ่าตัดผ่านกล้องมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์สิ้นเปลือง ปัจจุบันปัญหาเหล่านี้ลดน้อยลงเนื่องจากอุปกรณ์ต่างๆ มีราคาถูกลง ใช้งานได้ยาวนานขึ้น และมีการดัดแปลงเทคนิคการผ่าตัดเพื่อลดการใช้ อุปกรณ์สิ้นเปลือง สิ่งเหล่านี้เกิดจากความตั้งใจและทุ่มเทของศัลยแพทย์ในประเทศไทย แม้ว่าปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายยังไม่หมดไป

ประเด็นสำคัญที่ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนและศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะทุกท่านควรตระหนัก คือ ทิศทางการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในด้านการผ่าตัดผ่านกล้องว่าควรเป็นอย่างไร และควรเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศหรือไม่ การผ่าตัดประเภทนี้ควรทำได้เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และผู้ป่วยควรถูกส่งต่อในกรณีที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำการรักษาหรือไม่ ประเด็นเหล่านี้ผู้เขียนเองก็ยังไม่สามารถให้ข้อสรุปได้ แต่เห็นว่าเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับประเทศไทย ซึ่งอยู่ในกลุ่มประเทศที่ไม่ได้ร่ำรวยแต่ก็ไม่ถึงกับยากจน จึงควรหาทางออกที่เหมาะสม โดยเฉพาะความเป็นเอกภาพในการฝึกอบรม และทิศทางที่ชัดเจนสำหรับการรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งข้อสรุปอาจจะถูกใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการรักษาผู้ป่วยทั้งประเทศ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้นำข้อมูลไปใช้กำหนดแนวทางมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย และพิจารณาค่าใช้จ่ายและการเบิกจ่ายค่ารักษา

ประเทศในเอเชียที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลีใต้ หรือ ญี่ปุ่น มีข้อสรุปที่ค่อนข้างชัดเจนว่า การผ่าตัดผ่านกล้องหรือใช้หุ่นยนต์ช่วยควรใช้เป็นมาตรฐาน โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ส่วนค่าใช้จ่ายกลับเป็นอุปสรรคน้อย เนื่องจากประเทศเหล่านี้ร่ำรวยและสามารถผลิตอุปกรณ์สิ้นเปลืองใช้ได้เอง ไม่ต้องอาศัยการซื้อหรือนำเข้า ส่วนในประเทศไทยยากจนกว่าประเทศไทย การรักษาแบบผ่าตัดเปิดยังคงมีที่ใช้เนื่องจากเหตุผลด้านค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามประเทศไทยก็มีความพยายามที่จะก้าวข้ามข้อจำกัด และยกระดับมาตรฐานการรักษาให้เทียบเคียงประเทศอื่นที่มีความเจริญมากกว่า

ประเทศไทยที่อาจกล่าวได้ว่าอยู่ตรงกลาง ผู้เขียนมีความเห็นว่าการผ่าตัดผ่านกล้องให้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันมากมาย ดังนั้น ควรกำหนดให้การผ่าตัดประเภทนี้เป็นมาตรฐานในการรักษาโรคที่เกี่ยวข้อง เว้นแต่มีข้อห้ามและข้อจำกัดทางด้านการแพทย์ ส่วนทิศทางการฝึกอบรม

ควรให้แพทย์ประจำบ้านได้ฝึกทักษะโดยมีการประเมินผล รวมถึงควรมีการเปิดการฝึกอบรมต่อยอด (laparoscopic fellowship or mini-fellowship program) ให้เป็นมาตรฐานทั่วประเทศ และควรรหาทางแก้ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย เช่น ปรับเปลี่ยนเทคนิค ลดการใช้อุปกรณ์สิ้นเปลืองที่ไม่จำเป็น เช่น เปลี่ยนจากใช้คลิปหนีบหลอดเลือดซึ่งมีราคาแพง เป็นใช้ด้ายผูกหลอดเลือดผ่านกล้องแทน ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะควรมีการเข้าข้อมูลร่วมกับศัลยแพทย์สาขาอื่น ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีศักยภาพควรรหาโอกาสวิจัยร่วมกับวิชาชีพอื่น เช่น วิศวกร ในการผลิตอุปกรณ์เองเพื่อลดค่าใช้จ่าย และควรผลักดันให้ รัฐบาลพิจารณาเข้าใจถึงประโยชน์ของการผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่ออนุมัติเรื่องเบิกจ่าย อันจะทำให้ศัลยแพทย์เลือกวิธีการรักษาได้ง่ายขึ้น สามารถทุ่มเทความรู้ความสามารถ ตลอดจนฝึกทักษะการผ่าตัดได้อย่างเต็มที่

สำหรับการผ่าตัดแบบเปิด คงสงวนไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นทางด้านกายภาพ ไม่ใช่ความจำเป็นทางด้านค่าใช้จ่าย แพทย์ประจำบ้านอาจหาโอกาสผ่าตัดหรือช่วยผ่าตัดแบบเปิดในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดแบบเปิด ในกรณีที่การผ่าตัดผ่านกล้องทำไม่ได้หรือมีปัญหา ควรปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญกว่าเพื่อแก้ปัญหา ด้วยเทคนิค ของการผ่าตัดผ่านกล้อง มิใช่แก้ปัญหาด้วยการผ่าตัดเปิด เว้นแต่ในภาวะวิกฤติ ผู้เขียนเห็นว่ากรอบความคิดและวิธีแก้ปัญหา ตลอดจนความทุ่มเทเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะทำให้การผ่าตัดผ่านกล้องในประเทศไทย มีความเท่าเทียมกันทั่วทั้งประเทศเช่นเดียวกับประเทศทางตะวันตก

ในอนาคตการผ่าตัดผ่านกล้องน่าจะถือเป็นการรักษามาตรฐาน และเข้ามาแทนที่การผ่าตัดแบบเปิดเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะการผ่าตัดหลายประเภท เช่น การตัดไต (nephrectomy) ไม่ว่าจะเป็นการตัดไตที่เป็นมะเร็ง (radical nephrectomy) หรือ การตัดไตเพื่อบริจาค (donor nephrectomy) แต่การผ่าตัดที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การตัดไตบางส่วน (partial nephrectomy) การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก (radical prostatectomy) การผ่าตัดเพื่อเสริมสร้าง แม้การผ่าตัดผ่านกล้องให้ผลการรักษาที่ดี แต่โดยส่วนมากจะต้องทำโดยศัลยแพทย์ที่ฝึกฝนการผ่าตัดผ่านกล้องจนชำนาญแล้ว ในช่วงการฝึกหัดอาจให้ผลการรักษาด้อยลงบ้าง ซึ่งการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ช่วย (robotic-assisted surgery) จะลดระยะเวลาฝึกหัดลดลง ช่วยเพิ่มขีดความสามารถของศัลยแพทย์ และอาจเข้ามาแทนที่การผ่าตัดผ่านกล้องบางประเภท อย่างไรก็ตาม การใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดยังมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

สรุป

สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันถือว่าการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นมาตรฐานการรักษาโรกระบบปัสสาวะ ให้ผลการรักษาที่ดี เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันฝึกอบรม แต่เนื่องจากอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่าย และทิศทาง การฝึกอบรมที่ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน การผ่าตัดผ่านกล้องจึงยังไม่เป็นการรักษามาตรฐานทั่วทั้งประเทศ ทั้งที่ศักยภาพของศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะสามารถทำได้ ท้ายที่สุดศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะทุกท่าน คงต้องเป็นผู้กำหนดทิศทาง และอนาคตของการผ่าตัดระบบปัสสาวะผ่านกล้องในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Kijvikai K. The role of laparoscopic surgery for renal calculi management. Ther Adv Urol 2011;3:13-18.
2. Kijvikai K, Patcharatrakul S, Leenanupunth C, Kochakarn W, Chaimuangraj S. Laparoscopic renal surgery: Ramathibodi Hospital experience. J Med Assoc Thai 2005;88:1825-1832.
3. Kijvikai K, Patcharatrakul S. Laparoscopic ureterolithotomy: its role and some controversial technical considerations. Int J Urol 2006;13:206-210.

| การผ่าตัดระบบปัสสาวะด้วยหุ่นยนต์ในประเทศไทย (Robotic urological surgery in Thailand) ศุภชัย ลีวันแสงทอง

ในประเทศไทยมีการนำหุ่นยนต์หลายรูปแบบมาช่วยผ่าตัด แต่ระบบที่ได้รับการยอมรับเป็นมาตรฐาน คือ da Vinci surgical system ของบริษัท Intuitive Surgical จากสหรัฐอเมริกา ซึ่งระบบนี้ผ่านการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 การใช้งานถูกออกแบบมาให้ช่วยผ่าตัดแบบเจาะรูในช่องท้องหรือช่องอกที่เรียกว่า conventional laparoscopic surgery โดยมี 2 ส่วนหลัก คือ ตัวหุ่นยนต์ที่เรียกว่า surgical cart ประกอบด้วย แขนหุ่นยนต์ 3-4 แขน ใช้เป็นแกนเครื่องมือที่จะใส่ในตัวผู้ป่วย และตั่งบังคับหุ่นยนต์ที่เรียกว่า console ซึ่งศัลยแพทย์จะเป็นคนบังคับแขนกลหุ่นยนต์ที่ตั่งนี้ ข้อดีของการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดมีหลายประการ ได้แก่ ศัลยแพทย์เห็นภาพการผ่าตัดเป็นแบบ 3 มิติและภาพกำลังขยาย 10 เท่า ศัลยแพทย์ใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น กรรไกร คีมจับเนื้อ คีมจับเข็มเย็บ ได้สะดวกและแม่นยำกว่า โดยเฉพาะการผ่าตัดในที่แคบ จากคุณสมบัติดังกล่าวทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น ใช้เวลาผ่าตัดน้อยลง ผู้ป่วยเสียเลือดน้อยลงและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น โอกาสเกิดผลแทรกซ้อนน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ช่วย เป็นการนำเทคโนโลยีหุ่นยนต์มาช่วยให้ผ่าตัดง่ายขึ้น ความชำนาญของศัลยแพทย์และทีมงานยังคงเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลการผ่าตัด ดังนั้น การฝึกฝนของศัลยแพทย์และทีมงานจึงยังคงเป็นสิ่งจำเป็น

ในประเทศไทยเริ่มมีการนำหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดระบบ da Vinci system เข้ามาใช้เป็นครั้งแรกด้วยเครื่องรุ่น da Vinci standard ที่โรงพยาบาลกรุงเทพในวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2547 โดยเป็นการผ่าตัดของแผนกทรวงอกและหัวใจ ยังไม่มีการผ่าตัดทางศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลศิริราชได้นำ da Vinci surgical system รุ่นที่ 2 คือ da Vinci S เข้ามาและได้ทำผ่าตัด robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy เป็นครั้งแรกในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ไชยณรงค์ นวลยง และคณะ หลังจากนั้นการผ่าตัด robotic surgery ทางศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาก็มีความก้าวหน้าอย่างแพร่หลายนอกเหนือจากการผ่าตัด robotic radical prostatectomy โดยในปี พ.ศ. 2552 เริ่มมีการผ่าตัด robotic nephrectomy, robotic pyeloplasty, robotic radical cystectomy และ robotic partial nephrectomy ตามลำดับ ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่มีการติดตั้งเครื่อง da Vinci Si ในวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ.2554 และ วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ตามลำดับ โดยการผ่าตัดของทั้งสองโรงพยาบาลอยู่ในด้านศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาเป็นส่วนใหญ่ ในปี พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลศิริราชได้ติดตั้ง da Vinci Si ซึ่งเป็นหุ่นยนต์ตัวที่สองของโรงพยาบาลในวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2555 ต่อมาในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 โรงพยาบาลรามาริบัติก็ได้ติดตั้ง da Vinci Si เช่นกัน และการผ่าตัดด้านศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาเป็นส่วนใหญ่ สุดท้ายวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 มีการติดตั้ง da Vinci Si ที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล และใช้ผ่าตัดด้านศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาเช่นกัน



รูปที่ 1 การผ่าตัด robotic radical prostatectomy

จากข้อมูลการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยด้วยระบบ da Vinci surgical system ในประเทศไทย มีการติดตั้งไปทั้งหมด 7 เครื่อง เป็นรุ่น standard 1 เครื่อง รุ่น da Vinci S 1 เครื่อง และ รุ่น da Vinci Si 5 เครื่อง โดยใช้ผ่าตัดผู้ป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 3,428 ราย แยกเป็นสาขาวิชา ดังนี้

- ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	2,906	ราย
- ศัลยศาสตร์ทั่วไป	362	ราย
- ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก	34	ราย
- ภาควิชาสูติศาสตร์	77	ราย
- ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์	49	ราย

จะเห็นได้ว่าศัลยศาสตร์ยูโรวิทยามีการผ่าตัดโดยใช้ da Vinci surgical system มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.77 โดยแยกตามชนิดของการผ่าตัดได้ดังนี้

- Robotic radical prostatectomy	2,579	ราย
- Robotic partial nephrectomy	197	ราย
- Robotic pyeloplasty	65	ราย
- Robotic radical cystectomy	38	ราย
- Robotic ureteral reimplantation	2	ราย
- Robotic sacrocolpopexy	2	ราย
- Robotic vesicovaginal fistula repair	1	ราย
- Robotic nephroureterectomy	1	ราย
- Robotic bladder augmentation	1	ราย

(ข้อมูลจาก บริษัท BJC ประเทศไทย, มกราคม 2561)

การผ่าตัดที่นิยมใช้หุ่นยนต์ช่วยมากที่สุดคือ robotic radical prostatectomy เพราะ da Vinci surgical system ช่วยให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้แม่นยำขึ้น นอกจากนี้ให้ผลการรักษาแข็งแรงต่อมลูกหมากที่ดีแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว สมรรถภาพทางเพศและการกลั้นปัสสาวะฟื้นคืนได้ดีกว่าผ่าตัดแบบเปิดหรือเจาะรูผ่านหน้าท้อง อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยก็มีข้อจำกัด เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง และสิทธิการเบิกจ่ายของภาครัฐยังไม่ครอบคลุม ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาวิธีนี้ได้

ในประเทศไทยมีการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยแล้วมากกว่า 3,400 ราย ถือเป็นจำนวนที่มากเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมากกว่าร้อยละ 84 เป็นการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ยูโรวิทยา ซึ่งถือว่ามีควมก้าวหน้าและเป็นผู้นำการผ่าตัดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

| การปลูกถ่ายไตในประเทศไทย รัชชีย์ กวีมันคงทรัพย์

เมื่อปี พ.ศ. 2497 วงการแพทย์ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยนไตในมนุษย์เป็นครั้งแรกระหว่างคู่ฝาแฝดเหมือน (identical twins) โดยนายแพทย์ Joseph Murray ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ ทำให้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายนับแต่นั้นมา จนกระทั่งปี พ.ศ. 2505 จึงมีการปลูกถ่ายไตจากผู้เสียชีวิต (deceased donor) หลังมีความพร้อมในการตรวจเนื้อเยื่อ (tissue matching) การเก็บรักษาอวัยวะ (organ preservation) และยากกดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive drug) ผลงานนี้ทำให้นายแพทย์ Joseph Murray ได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ในปี พ.ศ. 2533

ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2514 ศาสตราจารย์นายแพทย์สัมพันธ์ ดันติวงศ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ตู้ชัยวัฒน์ และศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์โชติ พานิชกุล จากสาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ร่วมกับศาสตราจารย์นายแพทย์สง่า นิลวรางกูร หัวหน้าหน่วยโรคไตขณะนั้น ได้เริ่มโครงการผ่าตัดเปลี่ยนไตในโรงพยาบาลศิริราชขึ้น โดยวางแผนงานหลายประการ เช่น จัดห้องแล็บ ทดลองผ่าตัดในสุนัขและศพ ขณะเดียวกันได้ขยายการรักษาผู้ป่วยไตวายด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้น ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ยานี จันทนียังยง ได้เริ่มทำแล็บเนื้อเยื่อ (tissue typing) แต่ปี พ.ศ. 2515^(2,3)

จนกระทั่งเดือนมีนาคม พ.ศ. 2515 การผ่าตัดเปลี่ยนไตจากผู้เสียชีวิตรายแรกของประเทศไทยเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม พัฒนถาบุตร นายแพทย์พร ดันสถิตย์ ศาสตราจารย์นายแพทย์พิชัย บุญยะรัตเวช และคณะ และมีศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยภูมิ เพ็ญชาติ เป็นหัวหน้าหน่วยโรคไตในขณะนั้น⁽⁴⁾ จนถึงปลายปี พ.ศ. 2515 นายแพทย์ไพบุลย์ จิตประไพ ได้กลับจากสหรัฐอเมริกาและเริ่มงานในสาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา โรงพยาบาลศิริราช จึงได้ขยายการดำเนินงานโดยร่างเกณฑ์สมองตายของโรงพยาบาลศิริราชขึ้น และตั้งคณะทำงานโครงการเปลี่ยนไต โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ เป็นประธานในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2516 จึงได้ผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็นรายแรกของโรงพยาบาลศิริราช โดยมีอาจารย์อุดม โปษะกฤษณะเป็นหัวหน้าทีมดำเนินงาน อาจารย์ไพบุลย์ จิตประไพ อาจารย์ตู้ชัยวัฒน์ อาจารย์สัมพันธ์ ดันติวงศ์ อาจารย์ธงชัย พรรณลามก และนายแพทย์ดำรงสโรจนเสถียร ร่วมทำการผ่าตัด โดยได้รับบริจาคไตจากผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ การผ่าตัดครั้งนั้นเริ่มใช้ระบบการตรวจเนื้อเยื่อที่ถูกต้อง และก่อให้เกิดความก้าวหน้าในศาสตร์นี้⁽⁵⁾ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2522 จึงเริ่มปลูกถ่ายไตจากญาติผู้มีชีวิต (living related donor) ที่โรงพยาบาลศิริราช ประกอบกับเริ่มมีการใช้ยา cyclosporin A ในปี พ.ศ. 2530 ทำให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จมากขึ้น

“มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย” ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2521 โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์สุพัฒน์ วาณิชยการ อายุรแพทย์โรคไตเป็นแกนหลัก มีการขยายความร่วมมือกับคัลยแพทย์ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยจัดตั้งคณะกรรมการ “ชมรมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย” และพัฒนาเป็น “สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับการพัฒนาของ “ชมรมคัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ” เป็น “สมาคมคัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย” จากเหตุนี้เองวิวัฒนาการของการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยจึงขยายกว้างออกไปเรื่อย ๆ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 คณะแพทยศาสตร์รามธิบดีได้เริ่มผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยการนำของศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูรย์ ศุภเสนี ผู้ก่อตั้งและอดีตนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ซึ่งผลการผ่าตัดและการดำเนินงานสำเร็จดีมาก จนปัจจุบันเป็นสถาบันที่ปลูกถ่ายไตมากที่สุดในประเทศไทย นอกจากนี้การปลูกถ่ายไตยังเกิดขึ้นที่ต่างจังหวัดคือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยศาสตราจารย์นายแพทย์สุพจน์ วุฒิกุล และทีมงาน ได้เริ่มผ่าตัดปลูกถ่ายไตในปี พ.ศ. 2531⁽⁶⁾ และท่านยังไปช่วยริเริ่มการปลูกถ่ายไตอีกหลายโรงพยาบาลในต่างจังหวัด

เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2539 มีการปลูกถ่ายไตให้ผู้ป่วยเด็กอายุ 8 ปี ซึ่งได้รับบริจาคไตจากบิดาเป็นรายแรก โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ จิตประไพ ที่โรงพยาบาลศิริราช และมีความก้าวหน้าเรื่อยมาในหลายสถาบัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ก้าวที่สำคัญอีกก้าวในด้านการเปลี่ยนไต คือ การทำ laparoscopic donor nephrectomy เป็นครั้งแรกโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ไชยยงค์ นวลยง เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2544 ที่โรงพยาบาลศิริราช โดยมีข้อดีเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดเปิด คือ เจ็บแผลน้อย พ้นตัวไว และไตที่นำไปปลูกถ่ายทำงานได้ดีเช่นเดียวกับการผ่าตัดเปิด⁽⁷⁾ ซึ่งปัจจุบันเป็นมาตรฐานและมีการผ่าตัดชนิดนี้ในโรงเรียนแพทย์และสถาบันฝึกอบรมเกือบทุกแห่ง⁽⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2552 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รายงานการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยต่างกรุ๊ปเลือด (across ABO) สำเร็จเป็นรายแรกในประเทศไทย ถือเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญและช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายไตมากขึ้น⁽⁹⁾

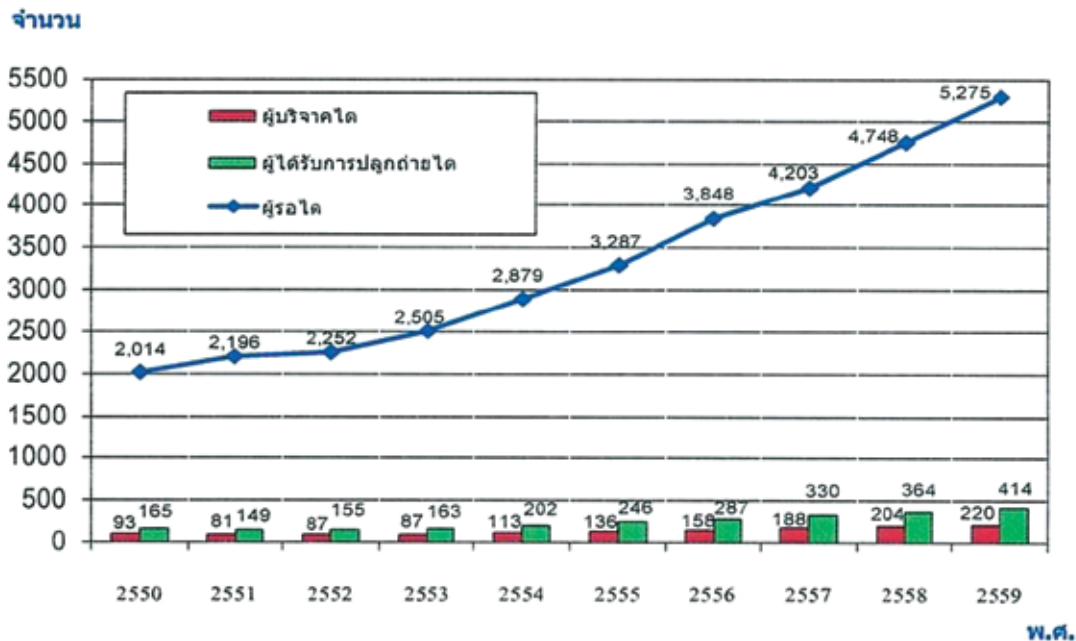
จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกสามัญที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนไตได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีถึง 26 แห่ง และยังมีสมาชิกวิสามัญและสมทบอีก 17 แห่งทั่วประเทศ นอกเหนือจากโรงเรียนแพทย์และสถาบันฝึกอบรมหลักของศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแล้ว ยังมีการผ่าตัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ที่โดดเด่นคือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์อีกหลายแห่ง เช่น อุบลราชธานี ขอนแก่น อุดรธานี พิษณุโลก หาดใหญ่ เป็นต้น (ตารางที่ 1)⁽¹⁰⁾ ถึงกระนั้นอัตราการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยยังถือว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยไตวายที่รอรับการปลูกถ่ายไต ข้อมูลจากศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยพบมีอัตราเพียงร้อยละ 7.8 (แผนภูมิที่ 1)⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอนานเฉลี่ย 2 ปี 7 เดือน 17 วันในปี พ.ศ. 2559⁽¹²⁾ ด้วยเหตุนี้จึงเกิดความร่วมมือระดับประเทศ ทั้งจากภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย และองค์กรอื่นอีกหลายแห่ง ร่วมกันรณรงค์ทำให้ยอดผู้บริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้นจากเดิม 100-200 ราย/ต่อปี เป็น 300-400 ราย/ต่อปี โดยเฉพาะผู้บริจาคสมองตาย

ในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ จึงเกิดความท้าทายที่จะต้องผลิตบุคลากรเพื่อรองรับการปลูกถ่ายไตที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ แต่เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็นแขนงวิชาที่ต้องการการฝึกฝนและเชี่ยวชาญพิเศษ สถาบันฝึกอบรมจึงต้องวางแผนเป็นอย่างดีเพื่อให้แพทย์ผู้มีความสามารถดังกล่าว นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มที่ศัลยแพทย์สาขาอื่นซึ่งได้รับการฝึกอบรมการปลูกถ่ายอวัยวะ จะเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นเหมือนในต่างประเทศ ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นหน้าที่ของสถาบันฝึกอบรมและสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ที่จะกำหนดทิศทางและวางแผน เพื่อความสำเร็จในศาสตร์นี้ของวงการแพทย์ โดยมุ่งผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งต้องอาศัยความตั้งใจแน่วแน่ ความอดทน ความสม่ำเสมอ และความเสียสละของผู้ปฏิบัติงานเอง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนการปลูกถ่ายไตจากผู้เสียชีวิต จำแนกตามโรงพยาบาล
ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2537 - 31 ธันวาคม 2559

โรงพยาบาล	การจัดสรร	โรงพยาบาลผู้บริจาค	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ	รวม
1. รามาธิบดี		38	842	880
2. ศรินครินทร์		40	608	648
3. ศิริราช		76	403	479
4. จุฬาลงกรณ์		107	254	361
5. พระรามเก้า		2	244	246
6. มหาราชนครเชียงใหม่		27	198	225
7. พระมงกุฎเกล้า		26	127	153
8. ราชวิถี		28	105	133
9. ตำรวจ		30	82	112
10. สรรพสิทธิประสงค์		87	2	89
11. ภูมิพลอดุลยเดช		19	67	86
12. บำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล		12	69	81
13. วชิรพยาบาล		13	65	78
14. พญาไท		6	39	45
15. สมิติเวช ศรีนครินทร์		2	25	27
16. สมิติเวช สุขุมวิท		2	25	27
17. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ		5	22	27
18. กรุงเทพ		2	21	23
19. สงขลาครินทร์		-	10	10
20. อุดรธานี		7	-	7
21. วชิรปราการ		2	1	3
22. พญาไท 2		1	2	3
23. หาดใหญ่		3	-	3
24. บางปะกอก		2	-	2
25. ชลบุรี		2	-	2
26. ไทนครินทร์		1	-	1
27. ขอนแก่น		-	1	1
รวม		540	3,212	3,752

แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบผู้รอไต ผู้บริจาคไต และผู้ที่ได้รับไต ตั้งแต่ 1 มกราคม 2550 - 31 ธันวาคม 2559 ใน พ.ศ. 2559 มีผู้รอไตได้รับการปลูกถ่ายไต 414 ราย จากผู้รอ 5,275 ราย หรือร้อยละ 7.8 ของผู้รอรับทั้งหมด



เอกสารอ้างอิง

1. HS Adenwalla, S Bhattacharya. Dr. Joseph E. Murray. Indian J Plast Surg 2012;45:596-597.
2. Phaibul J. The Evolution of Kidney transplantation at Siriraj Hospital in Thongchai Bhanalaph (editor), 58th anniversary of urology. 2000 Bangkok: Living Transmedia Company, LTD. 2000. p. 77-78.
3. The History of Urology in: 9 decades of urology Siriraj Hospital, 2007. p. 254-272.
4. Benyajati C, Pochanugool C, Sitprijia V, Suvannapha R, Bunyaratavej P, Satitpunwaycha P, et al. Early Experience in Renal Transplantation. J Med Assoc Thai 1973;56:398-403.
5. Vanichakam S, Nilwarangkur S, Jitpraphai P, Chirawong P, Nimmannit S, Singchoovong L, et al. Renal Transplantation in Siriraj Hospital 6-Year Experience. J Med Assoc Thai 1981;64:611-615.
6. Wudhikarn S, Lumlertkul D, Choomsai V, Anutrakulchai S, Soontornpan S, Hantrakulchai A. Renal Transplantation in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Chiang Mai Med Bull 1989;28:251-256.
7. Taweemonkongsap T, Nualyong C, Amornvesukit T, Srinualnad S, Jitpraphai S, Premasathian N, et al. Laparoscopic live-donor nephrectomy: a comparison with the open technique and how to reach quality standards: a single-center experience in Thailand. Transplant Proc 2011;43:3593-3598.
8. Ungbhakorn P, Kongchareonsombat W, Leenanupan C, Kijvikai K, Wisetsingh W, Patcharatrakul S, et al. Comparative outcomes of open nephrectomy, hand-assisted laparoscopic nephrectomy, and full laparoscopic nephrectomy for living donors. Transplant Proc 2012;44:22-25.

9. Avihingsanon Y, Townamchai N, Nivatvongs S, Ratchanon S, Praditpornsilpa K, Tiranathanagul K, et al. Living-donor kidney transplantation across ABO barriers:the first case in Thailand. Asian Biomedicine 2009;3:525-529.
10. จำนวนการปลูกถ่ายไตจากผู้เสียชีวิต จำแนกตามโรงพยาบาล และที่มาของไต ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2537 - 31 ธันวาคม 2559. หน้า 45. ใน: รายงานประจำปี 2559. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย.
11. แผนภูมิเปรียบเทียบผู้รอไต และผู้ที่ได้รับไต ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 - 31 ธันวาคม 2559. หน้า 29. ใน: รายงานประจำปี 2559. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย.
12. ระยะเวลารออวัยวะของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (Average Waiting Time) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 - 31 ธันวาคม 2559. หน้า 38. ใน: รายงานประจำปี 2559. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย.

การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (Voiding Dysfunction)

วิชิต คุชการ

ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะในอดีตเมื่อเริ่มรวมตัวกันในยุคแรก มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาทางระบบปัสสาวะที่พบบ่อยและเป็นปัญหาในขณะนั้น เช่น นิ่ว การอักเสบ ท่อปัสสาวะตีบจากโกโนเรีย อุบัติเหตุ และ ต่อมลูกหมากโต เป็นต้น ในยุคนั้น เครื่องมือที่ใช้ช่วยวินิจฉัยยังมีจำกัด แม้จะมีเครื่องเอกซเรย์แต่ภาพยังไม่ชัดเจนนัก มีงบประมาณที่จำกัด ถ้าเอกซเรย์พร่ำเพรื่อเกินไป फिल्मที่มีอยู่จะหมด อีกทั้งรังสีแพทย์ยังมีจำนวนไม่มาก ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์วิระ วิเศษสินธุ์ ซึ่งเคยเป็นอาสาสมัครรักษาผู้ป่วยที่จังหวัดอุดรธานีเล่าให้ฟังว่า เมื่อถ่ายเอกซเรย์แล้วต้องเอาฟิล์มส่งมาทางรถไฟให้อาจารย์รังสีในมหาวิทยาลัยอ่านผล แล้วค่อยส่งกลับทางรถไฟ การวินิจฉัยโดยภาพรังสีจึงใช้เวลาไม่น้อยกว่า 3-4 วัน ส่วนใหญ่จึงต้องใช้อาการและการตรวจพบทางคลินิกเป็นหลัก โดยมุ่งแก้ไขปัญหาทางกายวิภาค เช่น นิ่วอุดตันท่อปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะตีบ⁽¹⁾ เพื่อให้ช่องทางปัสสาวะโล่งและผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ dilator ที่มีลักษณะเป็นแท่งเหล็ก ส่วนต่อมลูกหมากโตก็ใช้การผ่าตัดทางหน้าท้อง ในขณะเดียวกันผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาในการปัสสาวะ มักจะได้รับการแก้ไขโดยการขยายท่อปัสสาวะ ทั้งที่บางครั้งไม่มีท่อปัสสาวะตีบอย่างชัดเจนก็ตาม แม้กระทั่งผู้ป่วยที่มีปัญหากระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาทปัสสาวะตกค้าง ก็ยังได้รับการรักษาโดยการขยายท่อปัสสาวะ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี เล่าให้ฟังว่า เชื่อว่าต้องสามารถสอดนิ้วชี้เข้าท่อปัสสาวะได้จึงจะทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะคล่อง เพียงหวังให้แรงเสียดทานบริเวณท่อปัสสาวะลดลง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะเป็นท่อปัสสาวะเสื่อม (ISD) ร่วมด้วย ท่อปัสสาวะจึงกว้างและเอานิ้วสอดเข้าไปได้ ปัสสาวะไหลออกมาง่ายแต่กลับไม่ได้ ทำให้กระเพาะปัสสาวะที่บีบตัวไม่ติดสามารถรีดเอาปัสสาวะออกมาได้หมด⁽²⁾ สำหรับผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ้าเป็นผู้ชายก็ใช้อุปกรณ์ในการบีบท่อปัสสาวะ ที่เรียกว่า penile clamp แต่ผู้ป่วยบางรายออกแบบอุปกรณ์ในการรัดท่อปัสสาวะด้วยตนเอง เช่น ใช้ยางยืด หรืออุปกรณ์อื่นที่มีแรงกดมากเกินไป จนทำให้เกิดบาดแผลกดทับ ร่วมกับความรู้สึกชาบริเวณองคชาติ ทำให้บาดแผลรุนแรงได้⁽³⁾ ส่วนผู้ป่วยหญิงที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หากเป็น stress incontinence และมีอาการมากก็ใช้การผ่าตัดแบบเก่า เช่น การผ่าตัดตบแต่งช่องคลอดหรือผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องแบบ Marshal, Marchetti and Krantz ส่วนการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบอื่น ๆ ก็ต้องใช้ผ้ารองซับ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ⁽⁴⁾

จุดเริ่มต้นของ Functional Urology ในประเทศไทย ที่เริ่มมองการขับถ่ายปัสสาวะในรูปแบบของพลศาสตร์ (dynamic) เกิดขึ้นเมื่อศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์พิชัย บุญยะรัตเวช นำเครื่องตรวจ uroflowmetry มาใช้เป็นครั้งแรกที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2524⁽⁵⁾ ในปีถัดมาคือ พ.ศ. 2525 นายแพทย์ดำรงพันธ์ วัฒนโชติ ได้นำเครื่องตรวจ urodynamics มาใช้ และในปีเดียวกันศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฏา รัตนโอฬาร กลับมาจากการศึกษาต่อที่ประเทศเดนมาร์กและได้นำเครื่องตรวจ urodynamics มาใช้ที่โรงพยาบาลรามธิบดี ต่อมาที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์สุมิตร อนุตระกูลชัย และที่ศิริราชพยาบาล โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขชาย สุนทรธรรมา ก็ได้มีการนำเครื่องตรวจ urodynamics มาใช้เช่นเดียวกัน ทำให้การเรียนการสอนและการฝึกอบรมมีครบถ้วนมากขึ้น และเกิดการเรียนรู้ด้าน voiding dysfunction อย่างกว้างขวาง⁽⁶⁾

อย่างไรก็ดี การตรวจวินิจฉัยลักษณะนี้ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในพื้นฐานทางสรีรวิทยาและทางฟิสิกส์ประกอบด้วย ทำให้แพทย์ส่วนหนึ่งไม่ค่อยสนใจดูแลผู้ป่วยด้านนี้ โดยมองว่าไม่มีความท้าทาย ผู้การผ่าตัดเอานิวหรือก้อนมะเร็ง ออกไม่ได้ ในขั้นเริ่มต้นจึงมีเพียงแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นสถาบันฝึกอบรมหลักเท่านั้นที่มีการเรียนการสอน ในด้านนี้ แพทย์ที่ฝึกอบรมในสถาบันอื่นจึงต้องมา elective ในสถาบันที่มีความพร้อม ส่วนในโรงพยาบาลต่างจังหวัด แพทย์จะไม่มีการดูแลด้านนี้เลย



ภาพที่ 1 เครื่องตรวจ Uroflowmetry ยุคเริ่มแรก

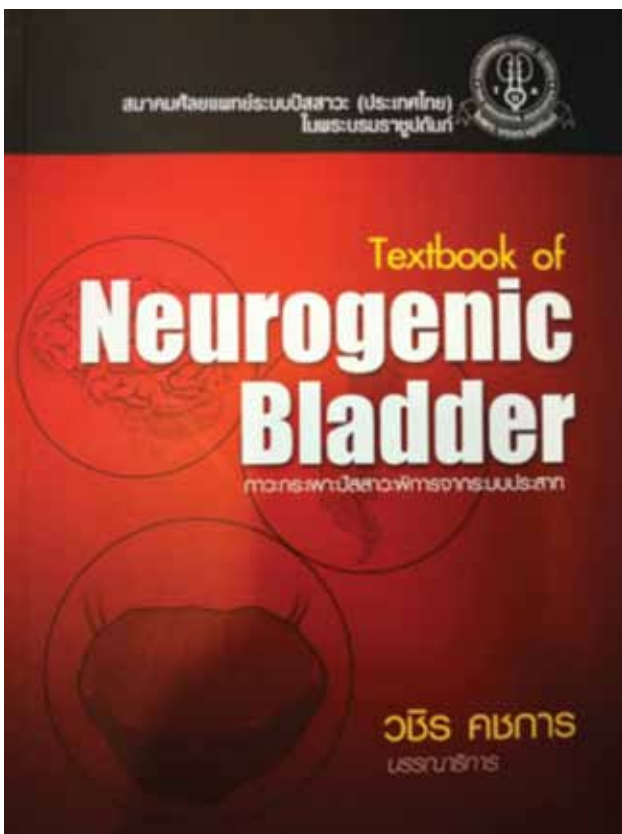
ในระยะแรก ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบ stress incontinence มักอยู่ในความดูแลของสูติ-นรีเวช เป็นหลัก โดยรักษาด้วย pelvic floor exercise หรือการผ่าตัดตบแต่งช่องคลอด ส่วนการผ่าตัดด้วยวิธี Marshal, Marchetti and Krantz หรือ Burch colposuspension ยังไม่แพร่หลาย ศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดได้มีไม่มาก และเป็น invasive procedure จึงไม่ค่อยได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย⁽⁶⁾

ในส่วนของกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาทในช่วงระยะแรก การรักษายังมีข้อจำกัด มักจะมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ไตวาย อักเสบ หรือมีนิ่ว การคาสายสวนปัสสาวะไว้ตลอดเวลาเป็นทางหนึ่งที่ยอมรับใช้กัน โดยที่ไม่ทราบถึงพยาธิสภาพของกระเพาะปัสสาวะ และมีการใช้ eyeball cystometry อยู่บ้าง⁽⁷⁾ แม้จะทราบว่ากระเพาะปัสสาวะบีบตัวมากกว่าปกติแต่ก็ยังไม่สามารถหายาที่เหมาะสมมาใช้ได้ ส่วนใหญ่จะนำยาต้านอาการซึมเศร้าที่มีฤทธิ์ anticholinergic มาใช้ สำหรับยา anticholinergic ที่ใช้ในช่วงแรกมีเพียง Probetheline ซึ่งมีผลข้างเคียงมาก ต่อมาจึงได้นำยา Oxybutynin ที่หมดสิทธิบัตรแล้วมาผลิตใช้ แต่ก็ยังมีผลข้างเคียงมาก จนกระทั่งบริษัท Pharmacia นำยา Tolterodine เข้ามาในที่สุด ส่วนการรักษาด้วยการสวนปัสสาวะเป็นเวลามีขึ้นโดย Lapides ในปี พ.ศ. 2518 และมีการนำเทคนิคนี้มาใช้ในประเทศไทยหลังจากนั้นไม่นานนัก⁽⁸⁾

การผ่าตัดรักษา stress incontinence แบบ minimal invasive ที่ใช้ในระยะเวลาแรก ได้แก่ Stamey's operation ที่รามาริบัติ⁽⁹⁾ ราชวิถี และเชียงใหม่⁽¹⁰⁾ ส่วนที่ศิริราชให้เทคนิคของ Raz⁽¹¹⁾ ที่จุฬา ใช้ pubovaginal sling ส่วนการผ่าตัด tension free vaginal tape (TVT) เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทยโดยศาสตราจารย์นายแพทย์วชิรคชการ ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งได้รายงานผลการรักษาไว้⁽¹²⁾ และเผยแพร่การผ่าตัดนี้ไปทั่วประเทศ รวมถึงได้รับเชิญไปสาธิตการผ่าตัดนี้ในต่างประเทศ เช่น ลาว กัมพูชา และอินโดนีเซีย ส่วนการรักษาอื่น ๆ เช่น การผ่าตัด artificial sphincter, neuromodulation ยังมีใช้อย่างจำกัดอยู่ในบางสถาบัน

ผลงานทางวิชาการด้าน voiding dysfunction ของคนไทย มีออกมาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ในวารสารระดับชาติ และนานาชาติ รวมถึงได้เคยเป็นเจ้าภาพจัดประชุมทางวิชาการนานาชาติ ได้แก่ การประชุมวิชาการ Asia Pacific Continence Advisory Board (APCAB) ร่วมกับ Asian Society for Female Urology (ASFU) 1 ครั้ง เมื่อ 9-11 พฤศจิกายน 2548 และได้ร่วมจัด Education Course เรื่อง Urodynamic กับ International Continence Society เมื่อ 3-5 เมษายน 2552 นอกจากนี้ ศัลยแพทย์ยูโรของไทยได้มีส่วนร่วมทางวิชาการ และได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรในระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2561 นี้ ศาสตราจารย์นายแพทย์วชิร คชการ ได้เข้ารับตำแหน่ง President ของ Asian Society for Female Urology and Urodynamics ในการประชุมวิชาการประจำปีในเมืองเกียวโต ประเทศญี่ปุ่น

มีการผลิตตำราทาง voiding dysfunction ออกมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ “ตำราการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ” โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์พิชัย บุญยรัตเวช “คู่มือการตรวจยูโรพลศาสตร์ เทคนิค และการแปลผล” โดยศาสตราจารย์นายแพทย์พิชัย บุญยรัตเวช “โรคระบบทางเดินปัสสาวะสตรี” โดยศาสตราจารย์นายแพทย์วชิร คชการ “ตำรากระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท” โดยศาสตราจารย์นายแพทย์วชิร คชการ เป็นบรรณาธิการ ในนามของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



ภาพที่ 2 ตำรากระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท หนังสือความรู้สู่ประชาชน

การรวมตัวของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำกิจกรรมทางวิชาการ เริ่มตั้งแต่ความพยายามรวบรวมแพทย์และพยาบาลผู้สนใจเป็นชมรมพัฒนาสภาพปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ (ประเทศไทย) ในปี พ.ศ. 2535 และมีการจัดตั้งมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพพระบรมปัสสาวะเพื่อนผู้ป่วย (ประเทศไทย) (The Thai Foundation for Urologic Diseases Patients' Companions) ในปี พ.ศ. 2541 แต่ในระยะต่อมากิจกรรมต่างๆซบเซาไปช่วงหนึ่ง⁽⁶⁾ จนในที่สุดได้มีการรวมตัวที่กันอย่างเป็นทางการในนามของ “ชมรมควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ” (Thai Continence Society ที่ใช้คำย่อว่า TCS) ภายใต้สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งทำให้มีการจัดกิจกรรมวิชาการด้าน voiding dysfunction อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ทั้งที่จัดร่วมกับสมาคมฯ และที่จัดโดยชมรมเอง เพื่อให้ความรู้แก่แพทย์และประชาชน ในปัจจุบันมีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะและแพทย์ในสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจศาสตร์ด้านนี้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นพลังผลักดันให้การดำเนินงานด้าน voiding dysfunction ในประเทศไทยเจริญรุดหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วีระ วิเศษสินธุ์ อดีต หัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ไพฑูรย์ ศษเสณี อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ท่านแรก
3. กฤษฎา รัตนโอฬาร. ภัยอันตรายต่ออวัยวะสืบพันธุ์ชาย ใน: ไพฑูรย์ ศษเสณี กฤษฎา รัตนโอฬาร บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย ตอนที่ 2 อวัยวะสืบพันธุ์ชาย. กรุงเทพมหานคร: สยามสเตรซันเนอรี่ซ์พพลายส์: 2521. หน้า 253-266.
4. วีระสิงห์ เมืองมัน,กฤษฎา รัตนโอฬาร. ใน: ไพฑูรย์ ศษเสณี,กฤษฎา รัตนโอฬาร บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย ตอนที่1 ระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพมหานคร: สยามสเตรซันเนอรี่ซ์พพลายส์: 2537. หน้า 481-503.
5. วชิร ศษการ. การรักษา Voiding dysfunction ในประเทศไทย. ใน: วชิร ศษการ บรรณาธิการ. Celebrating 20 years Thai Urological Association under the Royal Patronage. กรุงเทพมหานคร: บีบอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ : 2551. หน้า 118-121.
6. กฤษฎา รัตนโอฬาร. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในสตรีไทย: สถานการณ์ปัจจุบัน. ใน: จิตติมา มโนทัย, อภิชาติ จิตต์เจริญ บรรณาธิการ. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง: 2547. หน้า 9-18.
7. ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมัน อดีตหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และอดีตนายกสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย
8. วชิร ศษการ, อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, กฤษฎา รัตนโอฬาร. การสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดในผู้ป่วยหญิง. ใน วชิร ศษการ บรรณาธิการ. โรคระบบทางเดินปัสสาวะสตรี. กรุงเทพมหานคร: บีบอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์: 2546. หน้า 141-149.
9. Sukwatanasinit B, Silpipat S, Ratana-Olam K. Early and long term result of Stamey operation for female SUI. Rama Med J 1998;21:50-3.
10. สุพจน์ วุฒิการณ์, สุริธร สุนทรพันธ์, บรรณกิก โลงนาภิวัดน์, ศุภณ ศรีพลาภิก, ศิววัฒน์ ภูริยะพันธ์, ปรีชา เตียวรุ่งเรืองกิจ. Follow up result with Stamey Operation for stress incontinence of urine in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Abstract การประชุมวิชาการประจำปีราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 23 กรกฎาคม 2547. พัทยา ชลบุรี
11. ธวัชชัย ทวีมันคงทรัพย์, สุชาย สุนทรภามา. How do we treat stress urinary incontinence at Siriraj Hospital” Abstract” การประชุมวิชาการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ประจำปี ครั้งที่ 21 กรกฎาคม 2539. ชะอำ เพชรบุรี
12. Kochakarn W. Tension-free vaginal tape procedure for the treatment of stress urinary incontinence: the first experience in Thailand. J Med Assoc Thai 2002;85:87-91.

ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก (Pediatric Urology)

พิษณุ มหาวงศ์

หลังจากผู้เขียนได้รับมอบหมายจากสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ให้เป็นผู้รับผิดชอบการเขียนบทความในส่วนของศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก สำหรับตีพิมพ์ในหนังสือครบรอบ 30 ปีสมาคมฯ ความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้นคือความภาคภูมิใจและยินดีที่สมาคมฯ ได้ให้โอกาสและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ แต่หลังจากนั้นไม่นานผู้เขียนก็เกิดความรู้สึกวิตกกังวลว่าอาจจะเขียนได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากยังมีประสบการณ์ทางด้านนี้น้อยกว่าอาจารย์อาวุโส และอาจารย์รุ่นพี่อีกหลายท่าน อย่างไรก็ตามผู้เขียนจะพยายามบอกเล่าเรื่องราวตามความรู้และประสบการณ์ที่มี ให้ออกมาในลักษณะภาพรวมของประเทศไทย หากมีความบกพร่องของข้อมูลที่เขียนประการใด พึงให้ผู้อ่านทราบว่ามีได้เกิดจากความประสงค์ให้เกิดการเข้าใจคลาดเคลื่อน และผู้เขียนขออภัยในความผิดพลาดไว้ทุกประการ

ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กในอดีต (Pediatric urology in the past)

เมื่อแรกก่อตั้งสาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์นั้น ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะทุกท่านก็ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยเด็กนั้นมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ และโรคของเด็กส่วนใหญ่จะเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด อาทิ phimosis, hypospadias, exstrophy/epispadias complex, undescended testis (UDT), disorder of sex development (DSD), posterior urethral valves (PUV), vesicoureteral reflux (VUR), neurogenic lower urinary tract dysfunction (NLUTD), primary obstructive megaureter (POM), ectopic ureter, ureterocele, duplex kidney, ureteropelvic junction obstruction (UPJO) เป็นต้น การรักษาผู้ป่วยเด็กค่อนข้างแตกต่างจากผู้ใหญ่ คือ รักษาแบบ reconstructive surgery เป็นหลัก และต้องตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิตเลยทีเดียว

ตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ได้มีอาจารย์อาวุโสหลายท่านที่ผ่านการฝึกอบรมในต่างประเทศและนำความรู้ทางด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กกลับมาใช้ในประเทศไทย และพัฒนาต่อยอดจนเกิดความเจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก ทั้งในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การเรียนการสอน และการวิจัย แม้ว่าท่านอาจารย์อาวุโสเหล่านี้ จะมีความเชี่ยวชาญในทุกด้าน แต่ก็มีความสามารถพิเศษที่แตกต่างกันออกไป เช่น รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สัมฤทธิ์ ลอนนวล จาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ภาพที่ 1) เป็นผู้มีความเอาใจใส่ในวิชาการและตรงต่อเวลาเป็นอย่างมาก ท่านอาจารย์มีความแม่นยำในวิชาการสูง นิยมการผ่าตัดที่ทำเพียงครั้งเดียวแล้วหายขาด การผ่าตัดที่ขึ้นชื่อของท่านอาจารย์ ได้แก่ Koyanagi repair for hypospadias, total reconstruction for ectopic ureter/ureterocele, inverted U-shaped skin cutaneous vesicostomy for PUV, และ modified Glenn-Anderson



ภาพที่ 1 รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สัมฤทธิ์ ลอนนวล



ภาพที่ 2 รองศาสตราจารย์นายแพทย์
วิชรินทร์ อริยประกาย



ภาพที่ 3 รองศาสตราจารย์นายแพทย์
สุมิตร อนุตระกูลชัย



ภาพที่ 3 รองศาสตราจารย์นายแพทย์
พิชัย ศุจิจันทร์รัตน์

(MGA) ureteral reimplantation for VUR เป็นต้น รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิชรินทร์ อริยประกาย (ภาพที่ 2) ท่านอาจารย์เป็นหนึ่งในผู้บุกเบิกการผ่าตัดศัลยกรรมระบบปัสสาวะเด็กของโรงพยาบาลรามธิบดี เป็นผู้มีความรอบรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์หลายแขนงไม่เฉพาะแต่ความรู้ทางการแพทย์เท่านั้น เมื่อท่านศึกษาด้านใดแล้วท่านจะศึกษาจนเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งลึกซึ้ง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์ได้อย่างดี ท่านมีการตัดสินใจที่เด็ดขาดเสมอ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่คับขัน และเชี่ยวชาญในการผ่าตัดทุกด้านของศัลยกรรมระบบปัสสาวะเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด genital reconstruction ทั้งใน hypospadias และ DSD อาจารย์อาวุโส อีกท่านหนึ่งคือ รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุมิตร อนุตระกูลชัย จากโรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ (ภาพที่ 3) เป็นศัลยแพทย์ที่มีความละเอียดลออในการผ่าตัดมาก เทคนิคการผ่าตัดที่เป็นเอกลักษณ์ของท่าน คือ one-stage (transverse preputial island flap; TPIF) repair for proximal hypospadias with MGA scrotoplasty for penoscrotal transposition (PST), extravesical (Lich-Gregoir) ureteral reimplantation for VUR, Koff's bladder neck reconstruction (BNR), augmentation gastrocystoplasty และ continence gastric pouch เป็นต้น ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก NLUTD โดยเฉพาะ myelomeningocele (MMC) และ anorectal malformation (ARM) เป็นจำนวนมากจนมีคำกล่าวที่ว่า ถ้าหากใครต้องการเรียนรู้การตรวจ urodynamic study ในเด็กจะต้องมาเรียนที่เชียงใหม่ ผู้เขียนโชคดีเหลือเกินที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากท่านอาจารย์อย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลาหลายปี และมีโอกาสสานต่อมรดกวิชาการที่ท่านริเริ่มไว้ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

อาจารย์อาวุโสที่สำคัญอีกท่าน คือ ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์พิชัย ศุจิจันทร์รัตน์ จาก โรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 4) อาจารย์มีความโดดเด่นในทุกด้านที่เกี่ยวกับศัลยกรรมระบบปัสสาวะเด็ก เทคนิคการผ่าตัดที่เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ คือ tubularised incised plate (TIP) and onlay island flap (OIF) repair for hypospadias, non-ablative clitoral reduction and vaginoplasty for DSD, cross-trigonal (Cohen) ureteral reimplantation for VUR, ureterocele excision with common sheath reimplantation for ectopic ureterocele, Pippe Salle's BNR, complete penile disassembly with urethral plate lengthening for epispadias และ total reconstruction (Montfort abdominoplasty) for prune-belly syndrome เป็นต้น นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้หมั่นหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ และมีความรู้ความสามารถในด้านภาษาอังกฤษอย่างชนิดหาตัวจับยาก ท่านเป็นผู้จุดประกายให้ผู้เขียนมุ่งมั่นที่จะเป็นศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะเด็กตั้งแต่ขงฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ที่โรงพยาบาลศิริราช และเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้เขียนได้รับการฝึกอบรมในต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดชมรมศัลยแพทย์

ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยอีกด้วย ยังมีอาจารย์อาวุโสอีกหลายท่านที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก อาทิ อาจารย์ นายแพทย์สุเมธ ภัทรวรรณ จากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์ จากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และอาจารย์นายแพทย์จักรพันธ์ ปริदानนท์ จากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เป็นต้น ท่านเหล่านี้ต่างเป็นกำลังสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กในปริมนทลและต่างจังหวัด ซึ่งผู้เขียนได้รับความเมตตาช่วยเหลือเป็นอย่างดีมาตลอด

ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กในปัจจุบัน (Pediatric urology in the present)

เป็นที่น่ายินดีว่าในปัจจุบันนี้ บรรดาลูกศิษย์และหลานศิษย์ของท่านอาจารย์อาวุโสทั้งหลาย ต่างได้ร่วมแรงร่วมใจนำความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมา รวมทั้งการฝึกอบรมจากต่างประเทศมาทำให้เกิดความก้าวหน้าขึ้นหลายประการ

อาจารย์นายแพทย์บรรณสิทธิ์ ไชยประสิทธิ์ จากโรงพยาบาลศิริราช เป็นศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะเด็กที่ถือว่าเป็นพี่ใหญ่ในกลุ่มแพทย์รุ่นปัจจุบัน มีความสามารถในการผ่าตัดหลายชนิด และมีความเป็นครูแพทย์สูง นอกเหนือไปจาก TIP and OIF repair for hypospadias, transverse colon conduit และ Hautmann continent pouch for NLUTD แล้ว อาจารย์ยังได้ริเริ่มการทำ laparoscopic pneumovesicum cross-trigonal (Cohen) ureteral reimplantation, robotic-assisted laparoscopic (dismembered) pyeloplasty for UPJO และ intrauterine intervention for lower urinary tract obstruction (LUTO) ร่วมกับสูติแพทย์เป็นที่แรกในประเทศไทยอีกด้วย อาจารย์มีทีมงานสำคัญ คือ อาจารย์นายแพทย์กิตติพงษ์ พิณกุลโสภณ ร่วมดูแลทุกด้านในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก โดยที่อาจารย์นายแพทย์กิตติพงษ์ และตัวผู้เขียนต่างก็เป็นศิษย์ร่วมรุ่นเดียวกันของอาจารย์นายแพทย์บรรณสิทธิ์ ขณะฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2546-2550

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงภัทรานุช นพกุลสถิตย์ เป็นหัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่านผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับภาวะ exstrophy/epispadias complex และผลักดันให้อาจารย์แพทย์รุ่นน้องในหน่วยฯ ไปฝึกอบรมต่อในต่างประเทศ นอกจากนี้ ท่านเป็นผู้ริเริ่มให้มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์อีกด้วย ส่วนโรงพยาบาลรามาริบัติ มีผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิทย์ วิเศษสินธุ์ ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กและสตรี มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับ TIP repair for all types of hypospadias ท่านมีชื่อเสียงด้านการผ่าตัด MGA ureteral reimplantation for VUR ได้ริเริ่มการทำ intradetrusor botulinum toxin A injection for NLUTD ในโรงพยาบาลรามาริบัติ และวางระบบการดูแลผู้ป่วย NLUTD อย่างครบวงจร ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิทย์ เป็นผู้ฝึกฝนในการหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอด และในขณะนี้กำลังฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับ DSD ในต่างประเทศเพื่อที่จะนำความรู้กลับมาพัฒนางานทางด้านนี้ในประเทศไทยต่อไป ทีมงานที่สำคัญของท่าน คือ อาจารย์แพทย์หญิงปกเกศ ศิริศรีตรังกร ซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ exstrophy/epispadias complex repair จากต่างประเทศ และได้ริเริ่มทำ laparoscopic surgery ในผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลรามาริบัติอีกด้วย สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีอาจารย์นายแพทย์ชนธิร์ บุญยะรัตเวช ท่านเป็นผู้เอาใจใส่ในวิชาการมาก มีความประณีตในการทำงานและการเขียนหนังสือ และทุ่มเทในการสอนแพทย์ประจำบ้านและนิสิตแพทย์มาก ท่านได้สืบทอดการผ่าตัด Koyanagi repair for hypospadias, MGA ureteral reimplantation และ inverted U-shaped skin cutaneous vesicostomy จากท่านอาจารย์ล้มฤทธิ์ และได้เพิ่มเติมการทำ TIP repair for

hypospadias อีกด้วย โดยมีอาจารย์นายแพทย์มนินทร์ อัครจินตจิตร์ เป็นทีมงานที่สำคัญในการทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเป็นที่น่ายินดีที่อาจารย์ชนธีร์ยังแบ่งเวลาไปเป็นคัลยแพทย์ที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีอีกแห่งหนึ่งด้วย

ผู้เขียนได้เริ่มต้นดูแลงานทางด้านคัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา นอกจากสานงานต่อจากท่านอาจารย์สุมิตรแล้ว ผู้เขียนยังได้ริเริ่มการทำผ่าตัดเทคนิคอื่น ๆ เพิ่มเติม คือ outside-in (OST) circumcision for phimosis, prepuce-sparing repair and bilateral external skin tube (BEST) repair for hypospadias, laparoscopic orchidopexy, nerve-sparing inguinal canal extravesical (NICE) ureteral reimplantation, mini-incision lateral dorsal-lumbotomy (MILD) pyeloplasty, single scrotal incision orchidopexy, intradetrusor botulinum toxin A injection for NLUUTD และ overactive bladder (OAB) ในเด็ก เป็นต้น ผู้เขียนได้รับการตอบรับให้ไปนำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง “Proximal hypospadias repair: a comparison between bilateral external skin tube (BEST) and tubularised incised plate (TIP) techniques” ในการประชุม 29th Congress of the European Society of Pediatric Urology (ESPU) ในวันที่ 12 เมษายน 2561 ณ มารีน่า คองเกรส เซนเตอร์ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์

งานวิจัยในส่วนของคัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติที่น่าสนใจมีด้วยกันหลายฉบับ อาทิเช่น ในปี พ.ศ. 2545 พิชัย ศุภจินทรรัตน์ และคณะ ได้รายงานการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ exstrophy/epispadias จำนวน 13 ราย ที่ทำการรักษาในระยะเวลา 14 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเด็กที่เป็น classical exstrophy และได้รับการรักษาด้วยการทำ functional bladder closure จำนวน 6 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 5 ใน 6 ราย มี good cosmesis และมีผู้ป่วยจำนวน 4 รายที่ได้รับการผ่าตัดทำ bladder neck reconstruction และได้ผลสำเร็จร้อยละ 75⁽¹⁾ งานวิจัยนี้ถือเป็นรายงานแรก ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 พิชัย ศุภจินทรรัตน์ ได้รายงานผู้ป่วยเด็กที่เกิด intravesical knotting of a feeding tube ที่ใส่เป็นสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อย แต่ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นอาจต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกระเพาะปัสสาวะเอาสายสวนออกตั้งผู้ป่วยรายนี้⁽²⁾ และต่อมาในปี พ.ศ. 2552 พิชัย ศุภจินทรรัตน์ และคณะ ได้รายงานผู้ป่วยเด็ก hypospadias จำนวน 76 ราย ที่ทำการรักษาในระยะเวลา 10 ปี โดยเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดด้วยเทคนิค transverse island flap (TVIF) จำนวน 42 ราย กับการผ่าตัดด้วยเทคนิค TIP จำนวน 34 ราย พบว่า overall complication rate เท่ากับร้อยละ 30.9 และ 23.5 ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ fistula rate ที่เท่ากับร้อยละ 23.8 และ 14.7 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเทคนิค TIP อาจเลือกใช้ในกรณีของ distal or midshaft hypospadias เนื่องจากเทคนิคการผ่าตัดซับซ้อนน้อยกว่า TVIF⁽³⁾

ในปี พ.ศ. 2554 พิษณุ มหาวงศ์ และคณะ ได้รายงานผู้ป่วย idiopathic high-flow priapism ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยในเด็กผู้ชาย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการทำ superselective embolization ถึง 2 ครั้งจึงหายขาด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น⁽⁴⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 พิษณุ มหาวงศ์ และคณะได้รายงานการทำวิจัยในหนูทดลองเพื่อหาสาเหตุของการเกิดความผิดปกติแต่กำเนิดขององคชาตและ hypospadias คณะผู้วิจัยพบว่า prenatal diethylstilbestrol (DES) สามารถทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะเพศภายนอกของหนูทั้งเพศผู้และเพศเมียได้ และเป็นที่น่าสนใจว่าความผิดปกตินี้สามารถส่งต่อไปยังหนูรุ่นลูกได้อีกด้วย (persistent second-generation developmental abnormalities)⁽⁵⁾ ในขณะที่เดียวกันยังค้นพบอีกว่าการให้ neonatal DES ในหนูทดลองระหว่างสองสัปดาห์ที่มี estrogen sensitivity ต่างกันจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะเพศภายนอกในหนูเมื่อโตเต็มวัย โดยมีความรุนแรงและความถี่ของความผิดปกติแตกต่างกัน⁽⁶⁾ ผลของการวิจัยทั้งสองนี้สามารถใช้อธิบายกลไกการเกิด hypospadias ในมนุษย์ได้บางส่วน

ในปี พ.ศ. 2557 วิทย์ วิเศษสินธุ์ ได้รายงานผู้ป่วยเด็ก hypospadias เป็นจำนวนถึง 80 ราย ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ประกอบด้วย distal, midshaft, proximal และ penoscrotal จำนวน 15, 18, 16 และ 31 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยเทคนิค TIP และคัลลแพทย์เพียงท่านเดียว (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ วิทย์ วิเศษสินธุ์) พบว่ามี overall success rate ที่ร้อยละ 76.25 และมี re-operation rate ที่ร้อยละ 23.75 ในจำนวนนี้เป็น urethrocutaneous fistula, meatal stenosis และ complete disruption of repair ที่ร้อยละ 15, 5 และ 3.75 ตามลำดับ โดยพบว่า complication rate อาจเพิ่มขึ้นในกรณีของ proximal หรือ penoscrotal hypospadias และการผ่าตัดในช่วงต้นๆ ที่ยังมีประสบการณ์น้อย⁽⁷⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 ปกเกศ ศิริศิริรักษ ได้รายงานผู้ป่วยเด็กหญิงที่มีภาวะ duplicated renal collecting system และ ectopic ureter ที่พบร่วมกับภาวะ bladder exstrophy ซึ่งพบได้น้อยมากและไม่เคยมีการรายงานมาก่อน⁽⁸⁾ และสุดท้ายในปี พ.ศ. 2560 ปกเกศ ศิริศิริรักษ และคณะ ได้รายงานการหาลำไส้ที่ผิดปกติทำให้เกิด failed primary bladder exstrophy closure with osteotomy ที่เกิดขึ้น ร้อยละ 30 ในผู้ป่วยเด็กจำนวน 156 ราย พบว่า proper immobilization and external fixation, immobilization time นานกว่า 4 สัปดาห์ และ osteotomy ที่กระทำโดยคัลลแพทย์ออร์โธปิดิกส์เด็ก เป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการผ่าตัดรักษา⁽⁹⁾

มีเหตุการณ์สำคัญที่ควรกล่าวถึงคือ ในวันที่ 3-4 กันยายน 2558 ได้มีการประชุมฟื้นฟูวิชาการคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กขึ้นเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ณ แพทยสมาคม กรุงเทพมหานคร โดยการสนับสนุนของทางสมาคมฯ ในงานนี้มีวิทยากรจากหลายสาขาทั้งคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก กุมารแพทย์ สูติแพทย์ และรังสีแพทย์ ท่านเหล่านี้ยังได้ร่วมกันจัดทำหนังสือ “ยูโรเด็กน่ารู้” เพื่อแจกจ่ายให้กับผู้เข้าประชุมทุกท่านอีกด้วย โดยหนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาครอบคลุมเกือบทุกด้านของคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กโดยเฉพาะและยังถือว่าเป็นเล่มแรกของประเทศไทยอีกด้วย หลังเสร็จสิ้นงานประชุมในครั้งนั้น กลุ่มคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กยังได้ร่วมประชุมและทำงานด้วยกันอีกหลายครั้ง และในวันสุดท้ายของการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ ในเดือนกรกฎาคม 2559 ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่ ทางกลุ่มฯ ได้มีความเห็นร่วมกันที่จะมีชมรมวิชาการเป็นของตนเอง

ชมรมคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Society for Pediatric Urology; TSPU) จึงถือกำเนิดขึ้นในวันที่ 24 กันยายน 2559 โดยความเห็นชอบของสมาคมฯ (ภาพที่ 5) และมีการประชุมกรรมการชมรมฯ ครั้งแรกในวันที่ 23 ธันวาคม 2559 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ วิทย์ วิเศษสินธุ์ รับหน้าที่เป็นประธานชมรมฯ เป็นคนแรก จนถึงปัจจุบัน กรรมการในชมรมส่วนใหญ่มาจากสถาบันฝึกอบรมต่าง ๆ ในประเทศไทย โดยที่มีอาจารย์นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วัฒนาเสถียร จากโรงพยาบาลราชวิถี และนายแพทย์มิชัย แซ่ลิ้ม ร่วมเป็นกรรมการของชมรมฯ ด้วย ชมรมคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร มีวัตถุประสงค์หลักในการเป็นตัวแทนของคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะที่มีความสนใจในคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก และสนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วย การเรียนการสอน และการวิจัยในด้านนี้

ทางชมรมฯ ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมวิชาการอย่างต่อเนื่อง อาทิ การประชุมวิชาการ “คัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กเพื่อการศึกษาของแพทย์ประจำบ้าน (Pediatric Urology for Residency Education; PURE 2017)” ครั้งที่ 1 ในวันที่ 29 เมษายน 2560 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร และครั้งที่ 2 ในวันที่ 10 มีนาคม 2561 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร การประชุมวิชาการประจำปีของชมรมคัลลศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กแห่งประเทศไทย (TSPU Annual Meeting 2017) ครั้งที่ 1 ในหัวข้อเรื่อง “Nocturnal Enuresis and Lower Urinary tract Dysfunction in Children” ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2560 ณ ฟลอรา ครีค รีสอร์ทท แอนด์ การ์เด้น จังหวัดเชียงใหม่ (ภาพที่ 6) และครั้งที่ 2 (TSPU Annual Meeting 2018) ในหัวข้อเรื่อง “NLUTD in Children and Pediatric Urology in Provincial Hospital” ในวันที่ 5 เมษายน 2561 ณ โรงพยาบาลดลิตธานี จังหวัดชลบุรี



ภาพที่ 5 ชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Society for Pediatric Urology; TSPU) มีผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิทย์ วิเศษสินธุ์ รับหน้าที่เป็นประธานชมรมฯ คนแรก (ท่านที่ 4 จากซ้าย)



ภาพที่ 6 การประชุมวิชาการประจำปีของชมรมศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กแห่งประเทศไทย (TSPU Annual Meeting 2017) ครั้งที่ 1

มีการประชุมวิชาการยูโรเด็กภูมิภาคครั้งที่ 1 (TSPU Regional Meeting 2017) ในวันที่ 8 กันยายน 2560 ณ โรงพยาบาลพุลแมน ขอนแก่น ราชอาณาจักร จังหวัดขอนแก่น (ภาพที่ 7) และครั้งที่ 2 (TSPU Regional Meeting 2018) ในวันที่ 30 มีนาคม 2561 ณ โรงพยาบาลสยามออเรียนทัล หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา



ภาพที่ 7 การประชุมวิชาการยูโรเด็กภูมิภาค ครั้งที่ 1 (TSPU Regional Meeting 2017)

ทางชมรมฯ ยังได้ทำการทำวิจัยร่วมกันระหว่างสถาบันเรื่อง Diagnosis and treatment of testicular torsion: a data from multicentre in Thailand การจัดทำแผนพับให้ความรู้กับประชาชนเรื่องปัสสาวะรดที่นอน (nocturnal enuresis) การจัดทำข้อมูลให้ความรู้ประชาชนในเวปไซด์ของสมาคมฯ เรื่อง nocturnal enuresis, hypospadias และ urolithiasis in children เป็นต้น การจัดงานกิจกรรมและนิทรรศการ “วันปัสสาวะรดที่นอนโลกประจำปี 2560” “World Bedwetting Day 2017” ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2560 ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (ภาพที่ 8) โดยได้รับความสนใจจากสื่อมวลชนหลายแขนงและประชาชนทั่วไป จนก่อให้เกิดกระแสการหันมาสนใจการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กปัสสาวะรดที่นอนเพิ่มขึ้นในวงกว้าง เป็นที่น่ายินดีที่สมาคมฯ ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มฯ และชมรมฯ ในทุก ๆ ด้านด้วยดีมาตลอด โดยเฉพาะในด้านการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านนั้น ทางคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาได้กำหนดให้กรรมการสอบปากเปล่าจะต้องมีอาจารย์ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะเด็กจำนวน 1 ท่านร่วมอยู่ในกรรมการสอบปากเปล่าทั้งหมด 4 ท่านด้วยทุกครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน



ภาพที่ 8 กิจกรรมและนิทรรศการ “วันปัสสาวะรดที่นอนโลกประจำปี 2560” “World Bedwetting Day 2017” ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2560 ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กในอนาคต (Pediatric urology in the future)

เป็นที่น่าชื่นใจว่าเรายังคงมีอาจารย์แพทย์รุ่นใหม่ที่น่าสนใจไปศึกษาต่อทางด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กในต่างประเทศกันอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น พันตรีนายแพทย์ศรายุทธ กาญจนธารายนต์ จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีแผนการไปฝึกอบรมที่ประเทศออสเตรเลีย อาจารย์นายแพทย์วิรัชชัย มั่นคงศรีสุข จากโรงพยาบาลศิริราช มีแผนการไปฝึกอบรมที่ประเทศแคนาดา เพื่อกลับมาเป็นกำลังสำคัญของชมรมฯ ต่อไป ทางด้านอาจารย์นายแพทย์วรพัฒน์ อัดเวทยานนท์ จากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ก็มีความมุ่งมั่นที่จะไปศึกษาต่อยังต่างประเทศภายใน 1-2 ข้างหน้า ด้วยเช่นกัน ชมรมฯ มีการวางแผนในการจัดทำหนังสือศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กให้แล้วเสร็จภายในต้นปี พ.ศ. 2562 เพื่อให้ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ และผู้สนใจได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป มีการวางแผนจัดการฝึกอบรมระยะสั้นของศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก (Clinical Attachment in Pediatric Urology) สำหรับศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะที่ต้องการมีความรู้และประสบการณ์เพิ่มเติมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก โดยมีระยะเวลาที่ประมาณ 3-6 เดือน เป็นลักษณะของการฝึกอบรมร่วมของหลายสถาบัน โดยนำร่องจากสาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ร่วมกับ หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นต้น

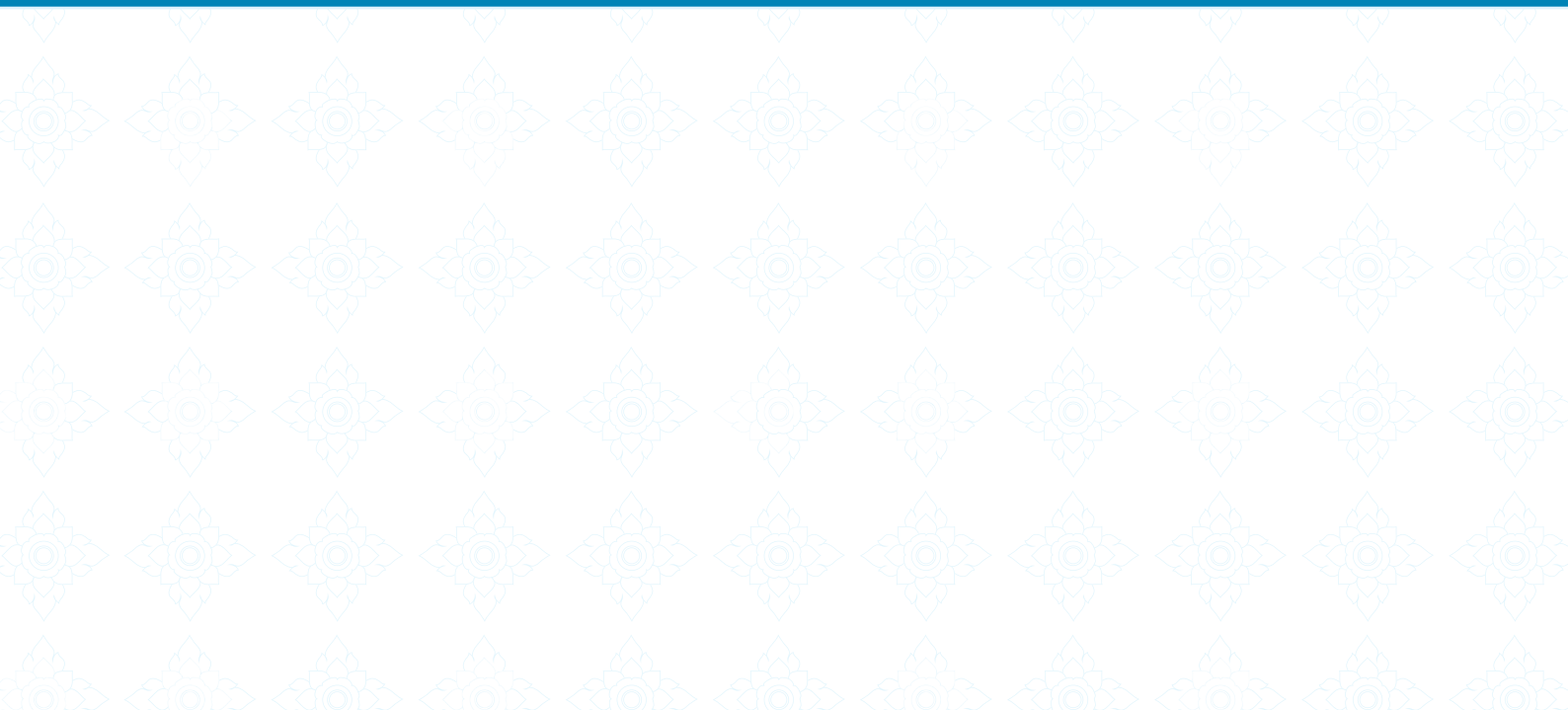
ผู้เขียนเชื่อและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าในอนาคตอันใกล้นี้ ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กของประเทศไทยจะมีการพัฒนามากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งด้านเทคนิคการผ่าตัดใหม่ ๆ การผ่าตัดชนิด minimally invasive surgery (MIS) การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการจัดทำแนวทางในการรักษา (practice guideline) การร่วมมือร่วมใจระหว่างสถาบันฝึกอบรมและโรงพยาบาลต่าง ๆ การทำงานวิจัยที่มากขึ้น ทั้งระหว่างสถาบัน และระหว่างประเทศ เพื่อให้ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กของไทยมีศักยภาพอยู่ในระดับมาตรฐานสากล สุดท้ายนี้ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสมาคมฯ อาจารย์อาวุโสทุกท่าน อาจารย์รุ่นพี่ เพื่อน ๆ น้อง ๆ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยทุกคนที่ต่างมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการทำให้ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็กในประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นตามลำดับ และประสบความสำเร็จอย่างเช่นทุกวันนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sujjantararat P, Chotivichit A. Surgical reconstruction of exstrophy-epispadias complex: analysis of 13 patients. *Int J Urol* 2002;9:377-384.
2. Sujjantararat P. Intravesical knotting of a feeding tube used as a urinary catheter. *J Med Assoc Thai* 2007;90:1231-1233.
3. Sujjantararat P, Chaiyaprasithi B. Comparative outcome between transverse island flap onlay and tubularized incised plate for primary hypospadias repair. *Asian J Surg* 2009;32:229-233.
4. Mahawong P, Srisuwan T. Idiopathic high-flow priapism in a pediatric patient. *J Pediatr Urol* 2011;7:92-94.
5. Mahawong P, Sinclair A, Li Y, Schlomer B, Rodriguez E Jr, Ferretti MM, et al. Prenatal diethylstilbestrol induces malformation of the external genitalia of male and female mice and persistent second-generation developmental abnormalities of the external genitalia in two mouse strains. *Differentiation* 2014;88:51-69.
6. Mahawong P, Sinclair A, Li Y, Schlomer B, Rodriguez E Jr, Ferretti MM, et al. Comparative effects of neonatal diethylstilbestrol on external genitalia development in adult males of two mouse strains with differential estrogen sensitivity. *Differentiation* 2014;88:70-83.
7. Viseshsindh W. Factors affecting results of hypospadias repair: single technique and surgeon. *J Med Assoc Thai* 2014;97:694-698.
8. Sirisreetreerux P, Lue KM, Michaud JE, Di Carlo HN, Gearhart JP. Duplicated renal collecting system with ectopic ureter in female bladder exstrophy: a case report. *Urology* 2016;89:129-131.
9. Sirisreetreerux P, Lue KM, Ingviya T, Friedlander DA, Di Carlo HN, Sponseller PD, et al. Failed primary bladder exstrophy closure with osteotomy: multivariable analysis of a 25-year-experience. *J Urol* 2017;197:1138-1143.



ກາພບວກ



ภาคผนวก 1

รายนามประธานชมรมศิษย์ศาสตร์ระบบปีส่วะและสมาชิกรุ่นก่อตั้ง

รายนามประธานชมรมศิษย์ศาสตร์ระบบปีส่วะ

นายแพทย์สมัย จันทิมล	พ.ศ. 2508
นายแพทย์สัมพันธ์ ตันตวงค์	พ.ศ. 2509, พ.ศ. 2518-2521
นายแพทย์สิริ สถาวรระ	พ.ศ. 2510-2517
นายแพทย์โชติ พาณิชกุล	พ.ศ. 2522-2524
นายแพทย์อุดม พัฒนถาวร	พ.ศ. 2525-2528
นายแพทย์ไพฑูรย์ คชเสนี	พ.ศ. 2529-2530

ชื่อนามสมาชิกก่อตั้งชมรมศิษย์เก่าศิริระบบปีห้าอะ

รุ่นที่ ๖ พ.บ. ศิริราช

1. นายแพทย์สมัย จันทวิมล	รุ่น 40 (พ.ศ. 2477)	ทำงานเอกชน
2. นายแพทย์สัมพันธ์ ตันติวงศ์	รุ่น 49 (พ.ศ. 2487)	โรงพยาบาลศิริราช
3. นายแพทย์ศิริ สถาวาระ	รุ่น 50 (พ.ศ. 2488)	โรงพยาบาลจุฬา ฯ
4. นายแพทย์สมพงษ์ บุรุษรัตนพันธ์	รุ่น 54 (พ.ศ. 2492)	โรงพยาบาลกลาง
5. นายแพทย์ยศพร จิตตะเสนีย์	รุ่น 60 (พ.ศ. 2498)	โรงพยาบาลวชิระ
6. นายแพทย์โสภณ นาคไพรัช	รุ่น 57 (พ.ศ. 2495)	โรงพยาบาลจังหวัดนครสวรรค์
7. นายแพทย์ณรงค์ สดุดี	รุ่น 57 (พ.ศ. 2495)	โรงพยาบาลพระพุทธบาท จ.สระบุรี
8. นายแพทย์ปุ่น ปิยะศิลป์	รุ่น 55 (พ.ศ. 2493)	โรงพยาบาลจังหวัดสุรินทร์
9. นายแพทย์ธรรมบุญ ยงใจยุทธ		โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
10. นายแพทย์ธงชัย พรรณลาก	รุ่น 67 (พ.ศ. 2505)	โรงพยาบาลศิริราช
11. นายแพทย์บรรลพ ศิริพานิชย์	รุ่น 55 (พ.ศ. 2493)	โรงพยาบาลศรีสยาม
12. นายแพทย์ธนา เอื้อกานา		โรงพยาบาลจังหวัดนครนายก
13. นายแพทย์สุกรี การถาวร	รุ่น 59 (พ.ศ. 2497)	โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา
14. นายแพทย์ดี ชัยวัฒน์	รุ่น 55 (พ.ศ. 2493)	โรงพยาบาลศิริราช
15. นายแพทย์โชติ พานิชกุล	รุ่น 58 (พ.ศ. 2496)	โรงพยาบาลศิริราช
16. นายแพทย์เกษม ตูลวรรณนะ	รุ่น 56 (พ.ศ. 2494)	โรงพยาบาลสงฆ์
17. นายแพทย์สุจินต์ ผลากรกุล	รุ่น 59 (พ.ศ. 2497)	โรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์
18. นายแพทย์อุดม พัฒนลาบุตร	รุ่น 55 (พ.ศ. 2493)	โรงพยาบาลจุฬา ฯ
19. นายแพทย์อำนาจ สุนันท์	รุ่น 63 (พ.ศ. 2501)	โรงพยาบาลเลิศสิน
20. นายแพทย์สมพงษ์ แสงมิตร	รุ่น 59 (พ.ศ. 2497)	โรงพยาบาลจังหวัดราชบุรี
21. นายแพทย์สุรินทร์ พิชัยครัท	รุ่น 60 (พ.ศ. 2498)	โรงพยาบาลหญิง
22. นายแพทย์วรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา	รุ่น 62 (พ.ศ. 2500)	โรงพยาบาลเชียงใหม่
23. นายแพทย์เสริฐศักดิ์ อัครวัฒน์	รุ่น 57 (พ.ศ. 2595)	โรงพยาบาลภูมิพล ฯ
24. นายแพทย์เอี่ยม พิเศษกุล	รุ่น 61 (พ.ศ. 2499)	ประเทศสหรัฐอเมริกา

ภาคผนวก 2

รายนามนายกสมาคมศิษย์แพทย์ระบบประสาทแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ คชเสนี	พ.ศ. 2530-2534
ศาสตราจารย์นายแพทย์พิชัย บุญยะรัตเวช	พ.ศ. 2534-2536
ศาสตราจารย์นายแพทย์ธงชัย พรรณลาภ	พ.ศ. 2536-2540
ศาสตราจารย์นายแพทย์วีระสิงห์ เมืองมั่น	พ.ศ. 2540-2542
พลโทนายแพทย์ธนู ชูวิเชียร	พ.ศ. 2542-2544
ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ไพบุลย์ จิตประไพ	พ.ศ. 2544-2546
ศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชาติ กงกะนันท	พ.ศ. 2546-2548
ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอฬาร	พ.ศ. 2548-2552
รองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์	พ.ศ. 2552-2554
พลโทนายแพทย์สถิตย์ เรืองดิลกรัตน์	พ.ศ. 2554-2556
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ	พ.ศ. 2556-2558
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์	พ.ศ. 2558-2560
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ไชยรงค์ นวลยง	พ.ศ. 2560-2562

ภาคผนวก 3

รายนามบรรณาธิการวารสารยูโร



ศาสตราจารย์นายแพทย์โพธิ์ฑูรย์ คชเสนี

พ.ศ. 2519-2531



ศาสตราจารย์นายแพทย์วีรช ฆชการ

พ.ศ. 2535-2543



ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ
นายแพทย์พิชัย ศุจิจันทร์รัตน์

พ.ศ. 2544-2547



รองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ต้นตึงวงศ์

พ.ศ. 2548-2549



รองศาสตราจารย์นายแพทย์สิทธิพร ศรีนวลนัด

พ.ศ. 2550-2555



รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงมณฑิรา ตัณฑนุช

พ.ศ. 2556-ปัจจุบัน

ภาคผนวก 4

รายนามกรรมการสมาคมศิษย์แพทย์ระบบประสาทแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

วาระปี พ.ศ.			
2546-2548	2548-2550	2550-2552	2552-2554
นายกสมาคม			
อภิชาติ กงกะนันทน์	กฤษฎา รัตนโอฬาร	กฤษฎา รัตนโอฬาร	อนุพันธ์ ตันติวงค์
อุปนายก คนที่ 1			
กฤษฎา รัตนโอฬาร	วิโรจน์ ชดช้อย	อนุพันธ์ ตันติวงค์	พิชัย ศุภจินทรรัตน์
อุปนายก คนที่ 2			
อนุพันธ์ ตันติวงค์	สุชาย สุนทรภา	พิชัย ศุภจินทรรัตน์	สกลิต เรื่องดิลกรัตน์
กรรมการ			
สุพจน์ วุฒิการณ์	สุพจน์ วุฒิการณ์	สุพจน์ วุฒิการณ์	สุพจน์ วุฒิการณ์
ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์	ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์	ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์	ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์
दनัยพันธ์ อัครสกุล	อภิชาติ กงกะนันทน์	อภิชาติ กงกะนันทน์	दनัยพันธ์ อัครสกุล
วันชัย นัยรักษ์เสรี	พิชัย ศุภจินทรรัตน์	ไชยยงค์ นวลยง	เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ
บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์	บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์	สุเมธ ภัทรวธรรม	วชิร คชการ
ประธานฝ่ายการศึกษาและวิจัย			
สกลิต เรื่องดิลกรัตน์	เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ	เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ	เจริญ ลีนาอนุพันธ์
ประธานฝ่ายวารสารและสารสนเทศ			
พิชัย ศุภจินทรรัตน์	อนุพันธ์ ตันติวงค์	ลธิพิร ศรีนวลนัต	ลธิพิร ศรีนวลนัต
ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง			
วชิร คชการ	ไชยยงค์ นวลยง	บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์	บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์
ปฏิคมและประชาสัมพันธ์			
ลธิพิร ศรีนวลนัต	दनัยพันธ์ อัครสกุล	दनัยพันธ์ อัครสกุล	วรพจน์ ชุณหคล้าย
นายทะเบียน			
เจริญ ลีนาอนุพันธ์	สกลิต เรื่องดิลกรัตน์	วรพจน์ ชุณหคล้าย	อภิรักษ์ สันติงามกุล
เหรียญกฐิก			
สุชาย สุนทรภา	เจริญ ลีนาอนุพันธ์	เจริญ ลีนาอนุพันธ์	สุนัย ลีวันแสงทอง
เลขาธิการ			
เกรียงศักดิ์ ประสพสันติ	วชิร คชการ	วชิร คชการ	ไชยยงค์ นวลยง

วาระปี พ.ศ.			
2554-2556	2556-2558	2558-2560	2560-2562
นายกสมาคม			
สถิต เรืองดิลกรัตน์	เกรียงศักดิ์ ประสพลันติ	ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์	ไชยยงค์ นวลยง
อุปนายก คนที่ 1			
เกรียงศักดิ์ ประสพลันติ	วชิร คชการ	วชิร คชการ	วชิร คชการ
อุปนายก คนที่ 2			
วชิร คชการ	ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์	นพพร เชยพันธุ์	บรรณกิจ โลงนาภิวัฒน์
กรรมการ			
อนุพันธ์ ดันติวงศ์	สุริธร สุนทรพันธ์	สุริธร สุนทรพันธ์	เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์
ไชยยงค์ นวลยง	สถิต เรืองดิลกรัตน์	จักรพันธ์ ปริदानนท์	กวีรัช ดันติวงศ์
दनัยพันธ์ อัครสกุล	दनัยพันธ์ อัครสกุล	บรรณกิจ โลงนาภิวัฒน์	สุพจน์ รัชชานนท์
เจริญ ลินานูพันธ์	วรพจน์ ชุณหคาลัย	อภิรักษ์ สันติงามกุล	ธวัชชัย ทวีมันคงทรัพย์
บรรณกิจ โลงนาภิวัฒน์	กิตติณัฐ กิจวิทย์	กิตติณัฐ กิจวิทย์	วรพจน์ ชุณหคาลัย
ประธานฝ่ายการศึกษาและวิจัย			
อภิรักษ์ สันติงามกุล	ไชยยงค์ นวลยง	ไชยยงค์ นวลยง	สุนัย ลีวันแสงทอง
ประธานฝ่ายวารสารและสารสนเทศ			
พิชัย ศุภจินทรรัตน์	มณฑิรา ตัณฑนุช	มณฑิรา ตัณฑนุช	มณฑิรา ตัณฑนุช
ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง			
กิตติณัฐ กิจวิทย์	บรรณกิจ โลงนาภิวัฒน์	วรพจน์ ชุณหคาลัย	อภิรักษ์ สันติงามกุล
ปฏิคมและประชาสัมพันธ์			
ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์	นิติ เหนาดนุรักษ์	นิติ เหนาดนุรักษ์	กิตติณัฐ กิจวิทย์
นายทะเบียน			
นิติ เหนาดนุรักษ์	สุพจน์ รัชชานนท์	ธวัชชัย ทวีมันคงทรัพย์	นิติ เหนาดนุรักษ์
เหรียญก			
สุนัย ลีวันแสงทอง	สุนัย ลีวันแสงทอง	สุนัย ลีวันแสงทอง	จลินทร์ โอภาณุรักษ์
เลขาธิการ			
วรพจน์ ชุณหคาลัย	อภิรักษ์ สันติงามกุล	สุพจน์ รัชชานนท์	สิทธิพร ศรีนวลนัด

ภาคผนวก 5

กิจกรรมทางวิชาการ สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

พ.ศ. 2551

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	18 ม.ค. 2551	การจัดประชุมยูโรลัฏจรร ครั้งที่ 6 ณ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จ.สระบุรี
2	18 ก.พ. 2551	ที่ปรึกษา และคณะกรรมการสมาคมฯ เข้าร่วมถวายสักการะพระศพ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา ณ พระที่นั่งดุสิตมหาปราสาท
3	29-30 มี.ค. 2551	การจัดประชุมวิชาการร่วมกับชมรมพยาบาล “เรื่องความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ” ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล กรุงเทพฯ
4	7 เม.ย. 2551	การจัดงานแสดงมุทิตาจิตแด่อาจารย์ยูโรอากุโส ครั้งที่ 2 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ
5	24-26 เม.ย. 2551	การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2551 (ครั้งที่ 20) ร่วมกับการจัดประชุม FAUA ครั้งที่ 16 พัทยา จ.ชลบุรี
6	7 พ.ย. 2551	ประชุมยูโรลัฏจรร ครั้งที่ 7 ณ โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์
7	26 พ.ย. 2551	กรรมการสมาคมฯ ร่วมบันทึกเทปถวายพระพรพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ครบรอบ 81 พรรษา

พ.ศ. 2552

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	15-16 ม.ค. 2552	จัดการประชุม Workshop on New Frontier in Endourology and Voiding Dysfunction ณ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
2	6 ก.พ. 2552	ประชุมยูโรลัฏจรร ครั้งที่ 8 ณ โรงพยาบาลตรัง จ.ตรัง
3	3-5 เม.ย. 2552	การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2552 (ครั้งที่ 21) ณ โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา จ.ชลบุรี
4	5 เม.ย. 2552	การจัดงานแสดงมุทิตาจิตแด่อาจารย์ยูโรอากุโส (ครั้งที่ 3) ณ โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา จ.ชลบุรี

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
5	7 ส.ค. 2552	การจัดประชุมวิชาการยูโรสัจจร ครั้งที่ 9 ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้าฯ
6	4 พ.ย. 2552	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ เข้าร่วมบันทึกเทปถวายพระพรพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ครบรอบ 82 พรรษา ณ สถานีโทรทัศน์ ช่อง 5 กรุงเทพฯ
7	12-13 พ.ย. 2552	การจัดประชุมวิชาการเรื่อง “Prostate Cancer Symposium 2009” ร่วมกับ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ
8	14-15 พ.ย. 2552	การจัดประชุมวิชาการร่วมกับพยาบาล ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุมอาทิตย์าทฤทิตคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ
9	20 พ.ย. 2552	การจัดประชุมวิชาการยูโรสัจจร ครั้งที่ 10 ณ โรงพยาบาลลำปาง จ.ลำปาง
10	20 พ.ย. 2552	จัดโครงการ “ให้ความรู้สู่ประชาชนและรณรงค์การตรวจสุขภาพต่อมลูกหมาก ผู้สูงอายุ” เนื่องในวันพ่อแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2552
11	24 พ.ย. 2552	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ เข้าร่วมบันทึกเทปถวายพระพรพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ครบรอบ 82 พรรษา ณ สถานีโทรทัศน์ ช่อง 11 กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2553

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	22 ม.ค. 2553	การจัดประชุมวิชาการยูโรสัจจร ครั้งที่ 11 ณ โรงพยาบาลเลย จ.เลย
2	11-12 ก.พ. 2553	การจัดประชุมวิชาการเรื่อง “การบาดเจ็บในระบบทางเดินปัสสาวะ KUB Trauma in 2010” ร่วมกับ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ
3	3-5 เม.ย. 2553	การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2553 (ครั้งที่ 22) ณ โรงแรมเดอะชาयน์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี
4	4 เม.ย. 2553	การจัดงานแสดงมุทิตาจิตแด่อาจารย์ยูโรอาวุโส ครั้งที่ 4 ณ โรงแรมเดอะชาयน์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี
5	23-24 มิ.ย. 2553	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ประชุมจัดแผนปฏิบัติงานของสมาคมฯ ณ หม่อมไฉไล โรเวอร์ จ.นครปฐม
6	27-30 ส.ค. 2553	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ เข้าร่วมประชุม “10th Asian Congress of Urology of the Urological Association of Asia” ณ เมืองไทเป ประเทศไต้หวัน เพื่อเตรียมงานที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม ACU ปี พ.ศ. 2555 ระหว่างวันที่ 22-26 สิงหาคม 2555 ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
7	1 พ.ย. 2553	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ และชมรมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้เข้าร่วม บันทึกเทปถวายพระพรพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ณ สถานีโทรทัศน์ ช่อง 5 กรุงเทพฯ
8	4-5 พ.ย. 2553	ชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ร่วมกับฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมวิชาการประจำปี 2553 ครั้งที่ 5 เรื่อง Incontinence Update : บทบาทพยาบาลที่ทำทนาย ณ ห้องประชุมอาทิตย์ยาทรกิติคุณ ติศยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ
9	14-15 ธ.ค. 2553	หน่วยศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมวิชาการ “Workshop on New Frontier on Endourology and Voiding Dysfunction” ณ ห้องประชุมชั้น 15 อาคารสุจินโณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่

พ.ศ. 2554

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	25 ก.พ. 2554	การจัดประชุมวิชาการยูโรลัจเจอร์ ครั้งที่ 12 ณ ห้องประชุมนายแพทย์จำลอง บ่อเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา
2	1 เม.ย. 2554	สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุม Pre-Congress ร่วมกับชมรม Incontinence Society และชมรมกลุ่ม Oncology ณ โรงแรมเดอะชาयน์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี
3	2-4 เม.ย. 2554	การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2554 (ครั้งที่ 23) ณ โรงแรมเดอะชาयน์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี
10	3 เม.ย. 2554	การจัดงานแสดงมุทิตาจิตต่ออาจารย์ยูโรอากูโล ครั้งที่ 5 ณ โรงแรมเดอะชาयน์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี

พ.ศ. 2555

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	14 ก.ย. 2555	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ
2	28 ก.ย. 2555	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
3	7 พ.ย. 2555	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ และชมรมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้เข้าร่วม บันทึกเทป ถวายพระพรพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ณ สถานีโทรทัศน์ ช่อง 5 กรุงเทพฯ
4		การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพฯ
5	23 ธ.ค. 2555	การจัดประชุมยูโรลัฏจร ครั้งที่ 15 ร่วมกับ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์

พ.ศ. 2556

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	11 ม.ค. 2556	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ
2	17-18 ม.ค. 2556	การจัดประชุมร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หัวข้อเรื่อง “New Frontier in Endourology and Urinary Incontinence” ณ ห้องประชุม ชั้น 15 อาคารสุจินโณ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
3	15 ก.พ. 2556	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ
4	28 ก.พ. – 1 มี.ค. 2556	การจัดประชุมเพื่อปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ณ อาคาร อปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ
5	5-7 เม.ย. 2556	การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2556 (ครั้งที่ 25) ณ Greenery Resort เขาใหญ่ จ.นครราชสีมา
6	6 เม.ย. 2556	การจัดงานแสดงมูทิตาจิต ครั้งที่ 7 ณ ห้อง Falcon 2 Greenery Resort เขาใหญ่ จ.นครราชสีมา

พ.ศ. 2557

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	11 ก.ค. 2557	สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดหัวข้อ ประชุมวิชาการ “ราชวิทยาลัยศิษย์แพทย์แห่งประเทศไทย” ประจำปี พ.ศ. 2557
2	1 ส.ค. 2557	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ
3	28-29 ส.ค. 2557	กลุ่มชมรม ควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ร่วมกับ สมาคมศิษย์แพทย์ระบบ ปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมฟื้นฟูวิชาการ “Voiding Dysfunction in Clinical Practice: From Controversies to Consensus” (ครั้งที่ 2) ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ช.ศุนย์วิจัย กรุงเทพฯ

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
4	12 ก.ย. 2557	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ
5	24 ต.ค. 2557	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ
6	3 พ.ย. 2557	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ และชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย เข้าร่วมบันทึกเทปโทรทัศน์ถวายพระพรพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ณ ห้องส่ง 4 สถานีโทรทัศน์ ช่อง 5 กรุงเทพฯ
7	20 พ.ย. 2557	การจัดประชุมวิชาการ “ยูโรส่นภูมิภาค ครั้งที่ 1” ณ ห้องประชุมทับทิมสยาม 2 โรงแรมสุนีย์ แกรนด์ จ.อุบลราชธานี
8	29-30 พ.ย. 2557	ชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ครั้งที่ 8 ณ โรงแรมปรีนซ์ พาเลซ กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2558

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	23 ม.ค. 2558	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ
2	26-27 ก.พ. 2558	หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมวิชาการ “New Frontier on Endurology and Voiding Dysfunction” ณ อาหารสุจิตโน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
3	6 มี.ค. 2558	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
4	22-24 เม.ย. 2558	การจัดประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2558 (ครั้งที่ 27) ณ โรงแรมเดอะชาयน์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี
5	22 เม.ย. 2558	สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดงาน แสดงมุทิตาจิต (ครั้งที่ 9) ณ ห้อง Flavio Room โรงแรมเดอะชาयน์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี
6	11-12 มิ.ย. 2558	สอบบอร์ดแพทย์ประจำบ้าน สาขายูโรวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2558 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ
7	7 ส.ค. 2558	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
8	23-27 ส.ค. 2558	สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดหัวข้อประชุมวิชาการ “46 th World Congress of Surgery” International Society of Surgery” ประจำปี พ.ศ. 2558
9	3-4 ก.ย. 2558	การจัดประชุมฟื้นฟูวิชาการ “Pediatric Urology Refreshing Course” ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ช.ศุนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ
10	11 ก.ย. 2558	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ
11	30 ต.ค. 2558	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพฯ
12	6 พ.ย. 2558	คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ และชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย เข้าร่วมบันทึกเทปโทรทัศน์ถวายพระพรพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ณ ห้องส่ง 4 สถานีโทรทัศน์ ช่อง 5 กรุงเทพฯ
13	21-22 พ.ย. 2558	ชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2558 ครั้งที่ 9 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพฯ
14	18 ธ.ค. 2558	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2559

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	21-22 ม.ค. 2559	การจัดประชุมวิชาการ “ยูโรส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 2” ณ โรงแรมทรธา เจบี จ.สงขลา
2	29 ม.ค. 2559	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ
3	11 มี.ค. 2559	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
4	2-3 มิ.ย. 2559	สอบบอร์ดแพทย์ประจำบ้าน สาขายูโรวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2559 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ
5	2-3 มิ.ย. 2559	สอบบอร์ดแพทย์ประจำบ้าน สาขายูโรวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2559 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ
6	9-12 มิ.ย. 2559	การจัดประชุม “27 th World Congress on Videourology & Advances in Clinical Urology” และงานประชุมวิชาการประจำปี 2559 (ครั้งที่ 28) ณ Empress Convention Centre จ.เชียงใหม่
7	11 มิ.ย. 2559	การจัดงานแสดงผลมิตินาจิตร ครั้งที่ 10 ณ Empress Convention Centre จ.เชียงใหม่
8	16-19 ก.ค. 2559	สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดหัวข้อประชุมวิชาการ “ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย” ประจำปี พ.ศ. 2559

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
9	24 ส.ค. 2559	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ
10	7 ต.ค. 2559	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ
11	3-4 พ.ย. 2559	การจัดประชุมฟื้นฟูวิชาการ ครั้งที่ 3 หัวข้อเรื่อง “Urothelial Cancer” ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ช.ศุนย์วิจัย กรุงเทพฯ
12	18 พ.ย. 2559	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพฯ
13	19-20 พ.ย. 2559	ชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ระบบ ปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2559 ครั้งที่ 10 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพฯ
14	23 ธ.ค. 2559	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ
15	24 ธ.ค. 2559	กลุ่มงานศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดโครงการให้ความรู้ สู่ประชาชน “โครงการยูโรพบประชาชน” ณ ห้องโรบินสัน จ.ร้อยเอ็ด

พ.ศ. 2560

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	3 ก.พ. 2560	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ
2	17 มี.ค. 2560	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
3	6-8 เม.ย. 2560	การจัดประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2560 (ครั้งที่ 29) ณ โรงแรมเดอะชายนน์ พัทยา จ.ชลบุรี
4	7 เม.ย. 2560	การจัดงานแสดงมูทิตาจิต ครั้งที่ 11 ณ โรงแรมเดอะชายนน์ พัทยา จ.ชลบุรี
5	5-16 มิ.ย. 2560	สอบบอร์ดแพทย์ประจำบ้าน สาขาอุโรวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2560 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ
6	17-20 ก.ค. 2560	สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดหัวข้อประชุมวิชาการ “ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย” ประจำปี พ.ศ. 2560
7	25 ส.ค. 2560	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ
8	29 ก.ย. 2560	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
9	11-13 ต.ค. 2560	การจัดการประชุมวิชาการนานาชาติ 7 th Congress of Asian Pacific Prostate Society 2017 และ การประชุมวิชาการยูโรส่วนภูมิภาค ณ โรงแรม ดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่
10	27 ต.ค. 2560	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพฯ
11	11-12 พ.ย. 2560	ชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2560 ครั้งที่ 11 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพฯ
12	1 ธ.ค. 2560	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2561

ลำดับ	วันเดือนปี	วิชาการ และ กิจกรรม
1	5 ม.ค. 2561	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ
2	11-12 ม.ค. 2561	การจัดประชุมฟื้นฟูวิชาการ ครั้งที่ 5 หัวข้อเรื่อง “Urolithiasis Short Course” ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซ.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ
3	2 ก.พ. 2561	การจัดประชุม Interhospital Conference ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่ร่วมกับ สงขลานครินทร์
4	5-7 เม.ย. 2561	การจัดการประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2561 ครั้งที่ 30 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี
5	5 เม.ย. 2561	การจัดงานแสดงมูทิตาจิต ครั้งที่ 12 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี

ภาคผนวก 6

การจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

วันที่	การประชุม	สถานที่
30 พฤศจิกายน 2536	2 nd Asian Congress of Urology	โรงแรม Shangri-La กรุงเทพฯ
10-14 ธันวาคม 2540	5 th Federation of ASEAN Urological Association (FAUA)	โรงแรม Lotus PSK จังหวัดเชียงใหม่
23-26 ตุลาคม 2544	8 th Asia-Pacific Society for Impotence Research (APSIR)	โรงแรม Acardia จังหวัดภูเก็ต
14-17 พฤศจิกายน 2544	จัดประชุมวิชาการ “19 th World Congress on Endourology (WCE)	โรงแรม Central กรุงเทพฯ
25-28 มกราคม 2548	จัดประชุมวิชาการ “3 rd Meeting of the Asia Pacific Society for the Study of the Aging Male (APSSAM)	โรงแรมอิมพีเรียล จังหวัดเชียงใหม่
9-11 พฤศจิกายน 2548	Asia-Pacific Continence Advisory Board and Asian Society for Female Urology	โรงแรม Plaza Attene กรุงเทพฯ
3-5 เมษายน 2552	Education Course of International Continence Society (ICS)	โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา จังหวัดชลบุรี
22-26 สิงหาคม 2555	11 th Asian Congress of Urology of the Urological Association of Asia	Royal Cliff Beach Resort พัทยา จังหวัดชลบุรี
11-13 ตุลาคม 2560	16 th Asian Pacific Society for Sexual Medicine and 12 th Japan-Asian Conference on Men’s Health and Aging	The Empress Convention Center จังหวัดเชียงใหม่
11-13 ตุลาคม 2560	7 th Congress of Asian Pacific Prostate Society	The Empress Convention Center จังหวัดเชียงใหม่

ภาคผนวก 7

ทุนสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

เดือนเมษายน 2557-2558

ลำดับ	วันเดือนปี	ทุนต่างประเทศ	ผู้รับทุน	สถาบัน
1		ทุนศึกษาดูงานทางด้าน Neuro-Urology & Urodynamic ณ เมือง Innsbruck ประเทศออสเตรีย	นพ.ตันติกร เสนวิรัช นพ.วีร์ลักษณ์ เลิศไพรวัง	รพ.แพร์ รพ.พระมงกุฎเกล้า
2	21-25 สิงหาคม 2557	ทุนประชุมวิชาการ “Urology Residents’ Course” ณ ประเทศสิงคโปร์	Dr.Jumpot Sottitawon Dr.Niwat Lukkanawong Dr.Peeradon Kanittanupong Dr. Prapornpim Utamachote	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศิริราชพยาบาล รพ.ราชวิถี รพ.จุฬาลงกรณ์
3	20-24 สิงหาคม 2558	ทุนแพทย์ประจำบ้าน เข้าร่วม ประชุมวิชาการ “Urology Residents’ Course” ณ ประเทศสิงคโปร์	Dr.Soarawee Weerasopone Dr.Pakrapol Bamrungphuet Dr.Kaisorn Limjunyawong Dr.Pocharapong Jenjitranant Dr.Wichien Sirithanaphol Dr.Tanan Bejranand	รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.เชียงใหม่ รพ.ราชวิถี รพ.รามธิบดี รพ.ศิริราช รพ.สงขลานครินทร์
4	3-6 กันยายน 2558	ทุนเสนอผลงานวิชาการ “13 th UAA Congress 2015” ณ Shanghai, ประเทศจีน	นพ.เปรมพงษ์ ทิมพีไฟโล	

เดือนเมษายน 2559-2560

ลำดับ	วันเดือนปี	งานประชุม	ผู้รับทุน	สถาบัน
1	18-21 กรกฎาคม 2559	ทุนแพทย์ประจำบ้านเข้าร่วม ประชุมวิชาการ “Urology Resident’s Course” ณ ประเทศสิงคโปร์	Mr.Chaiyut Kongseang	รพ.สงขลานครินทร์
			Mr.Suthee Netithanakun	รพ.เชียงใหม่
			Mr.Chaianan Tantisatirapoon	รพ.จุฬาลงกรณ์
			Mr.Kant Buaban	รพ.รามธิบดี
			Mr.Phaderm Kaewjongprasit	รพ.ราชวิถี
			Mr.Ukrit Rompsaithong	ศิริราชพยาบาล
			Mr.Weerayut Wiriya-banditkul	รพ.พระมงกุฎเกล้า
2	21-24 กรกฎาคม 2559	ทุนแพทย์ประจำบ้านเข้าร่วม ประชุมวิชาการ “UAA Congress 2016” ณ ประเทศสิงคโปร์	Mr.Chaiyut Kongseang	รพ.สงขลานครินทร์
			Mr.Suthee Netithanakun	รพ.เชียงใหม่
			Mr.Chaianan Tantisatirapoon	รพ.จุฬาลงกรณ์
			Mr.Kant Buaban	รพ.รามธิบดี
			Mr.Phaderm Kaewjongprasit	รพ.ราชวิถี
			Mr.Ukrit Rompsaithong	ศิริราชพยาบาล
			Mr.Weerayut Wiriya-banditkul	รพ.พระมงกุฎเกล้า
3	12-15 ตุลาคม 2559	ทุนแพทย์เข้าร่วมประชุมวิชาการ “KUA Annual Meeting 2016” ณ ประเทศเกาหลี	Dr.Taweedate Muenkhamsee	รพ.เชียงใหม่
			Dr.Pat Saksirisampant	รพ.จุฬาลงกรณ์
4	18-19 พฤศจิกายน 2559	ทุนแพทย์เข้าร่วมประชุมวิชาการ “3 th Asia Pacific Preceptorship by Singapore General Hospital” ณ ประเทศสิงคโปร์	Dr.Soarawee Weerasopone	รพ.มหาวิทยาลัยบูรพา

เดือนเมษายน 2560-2561

ลำดับ	วันเดือนปี	งานประชุม	ผู้รับทุน	สถาบัน
1	4-6 สิงหาคม 2560	“15 th UAA Congress 2017” ณ ประเทศฮ่องกง	Dr.Sarayuth Virivasiripong Dr.Patkawat Ramart	Srinakarinwirot University Siriraj Hospital
2	1-3 สิงหาคม 2560	“ASIAN Urology Residents’ Course (AURC) ณ ประเทศฮ่องกง	Dr.Thongchai Chansirirattanaku Dr.Danai Kaewjongprasit Dr.Thatchai Wijarn Dr.Chakorn Tiloklurs Dr.Saran Maneesuwansin Dr.Promwong Ngamwuttiwong	Rajavithi Hospital Chiang Mai University ChulalongkomHospital Siriraj Hospital Siriraj Hospital ChulalongkomHospital
3	27-29 กันยายน 2560	2017 KUA Annual Meeting ณ ประเทศเกาหลี	นพ.มาลิต ทะยี่เต	รพ.รามธิบดี
4	16-18 พฤศจิกายน 2560	1 st Bristol - Singapore Urodynamics Workshop	นพ.ศุภชัย สติถมนันคง นพ.ชาคร ดิลกเลิศ พญ.ปกเกศ ศิริศรีตรีรักษ์	ศิริราชพยาบาล ศิริราชพยาบาล รพ.รามธิบดี
5		2018 JUA International Foundation Scholarship for Young Asian Urologists	นพ.วรัชญ์ วรนิสรากุล	ศิริราชพยาบาล

ภาคผนวก 8

QR CODE หนังสือและเว็บไซต์ของ

สมาคมศิษย์แพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



website สมาคม
ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย



website วารสารยูโร



คู่มือ
ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก



ตำรา มะเร็งต่อมลูกหมาก



ตำรา Common Urologic Problems
for Medical Student



ตำรายูโรเด็ก

3 ทศวรรษ ยูโรไทย ก้าวต่อไป อย่างภาคภูมิใจ

30th Anniversary of TUA: Continuing with Pride

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

มณฑิรา ตันทนุช.

3 ทศวรรษ ยูโรไทย ก้าวต่อไป อย่างภาคภูมิใจ = 30th Anniversary of TUA: Continued with pride. --
กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ระบบประสาทแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2561.
216 หน้า.

1. ระบบทางเดินประสาท. 2. ทางเดินประสาท--ศัลยกรรม. 3. สมาคมศัลยแพทย์ระบบประสาทแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์. I. อภิรักษ์ สันติงามกุล, ผู้แต่งร่วม. I. ชื่อเรื่อง.

617.46

ISBN 978-616-91938-7-6

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงมณฑิรา ตันทนุช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อภิรักษ์ สันติงามกุล

Associate Professor Monthira Tanthanuch
Assistant Professor Apirak Santingamkun

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์พิษณุ มหาวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เอกกรินทร์ โชติกวานิชย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สาธิต ศิริบุญฤทธิ์
อาจารย์แพทย์หญิงปกเกศ ศิริศรีตรีรักษ์
อาจารย์แพทย์หญิงอุมาพร นวลไธสง
อาจารย์นายแพทย์วรพัฒน์ อัดเวทยานนท์

Associate Professor Phitsanu Mahawong
Assistant Professor Ekkarin Chotikawanich
Assistant Professor Satit Siriboonrid
Doctor Pokket Sirisreetreerux
Doctor Umaphorn Nuanthaisong
Doctor Worapat Attawettayanon

ออกแบบรูปเล่ม พัชรินทร์ โพธิ์ทอง (พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พรินท์)
โทรศัพท์ 08 8422 5940

พิมพ์ที่ สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992), กทม.

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2561 (จำนวน 500 เล่ม)

จัดทำโดย สมาคมศัลยแพทย์ระบบประสาทแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี, 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310
<http://www.tuanet.org/index.php> Email: thaiuro@gmail.com
Tel. 02-716-6672 Fax. 02-716-6672

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)



TUA

The Thai Urological Association under the Royal Patronage

The Thai Urological Association under the Royal Patronage

7th Floor, Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road,

Bangkok, Huaykwang, Bangkok 10310, THAILAND

Website: tuanet.org