

การขาดแคลนเครื่องมือของพยาธิวิทยา

วีระ กษานติกุล*

การวินิจฉัยโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะเนื่องอกทางศัลยพยาธิวิทยา (surgical pathology) แต่เดิมนั้นอาศัยการดูลักษณะภายนอกด้วยตาเปล่า ประกอบกับการตรวจรอยโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ต่อมามีการย้อมพิเศษต่าง ๆ เพื่อช่วยพยาธิแพทย์ในการวินิจฉัย อย่างไรก็ตามพบว่าพยาธิแพทย์บ่อยครั้งไม่สามารถจะให้การวินิจฉัยให้แน่นอนได้เนื่องจากขาดข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับเซลล์ จึงได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อหาข้อมูลมาประกอบในการวินิจฉัย อาทิเช่น วิธีการอิมมูโนฮิสโตเคมี และการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน วิธีการแรกนั้น Kasantikul และพวกได้เริ่มนำเข้ามาใช้เป็นครั้งแรกในประเทศไทย ในปี 2526 ที่ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเริ่มจากการทำวิจัยเพื่อพัฒนาเทคนิค และได้นำไปใช้ในการบริการ ควบคู่ไปกับงานวิจัย โดยเฉพาะเนื่องอกระบบประสาท⁽¹⁻¹¹⁾ ในขณะที่ทางภาควิชาพยาธิวิทยา กำลังจะนำวิธีการนี้มาใช้กับเนื่องอกระบบอื่น ๆ ของร่างกาย

สำหรับการวินิจฉัยโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนนั้นได้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางทั่วโลกว่าเครื่องมือนี้เป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดของเซลล์ในระดับ Ultrastructure ทำให้พยาธิแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และยังช่วยให้อีกข้อมูลเพิ่มเติมอีก เมื่อนำมาใช้ร่วมกับวิธีการอิมมูโนฮิสโตเคมี^(5,6,11) ในปัจจุบันเทคโนโลยีด้านกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนได้ก้าวหน้ามากขึ้นจนถือว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานและเป็นเครื่องใช้ประจำ (instrumental routine) สำหรับห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาดังจะเห็นได้ว่าภาควิชาพยาธิ

วิทยาของคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ ในประเทศไทย (ยกเว้นคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) และแม้แต่สถาบันพยาธิวิทยา, สถาบันโรคผิวหนังของกรมการแพทย์ ล้วนแต่มีกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนให้พยาธิแพทย์ใช้เพื่อวินิจฉัยโรค เป็นงานบริการส่วนใหญ่ นอกจากนั้นยังใช้เป็นข้อมูลแก่พยาธิแพทย์ ของคณะแพทยศาสตร์อื่น ๆ ในการเรียนการสอน และใช้ในงานวิจัยแต่เป็นที่น่าเสียดใจที่ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือแผนกพยาธิวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษา และเป็นสถาบันการแพทย์ที่เก่าแก่แห่งหนึ่งของประเทศไทย ไม่มีกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนเพื่อให้พยาธิแพทย์ใช้ในการวินิจฉัยโรค ผู้ที่สูญเสียประโยชน์มากที่สุด เนื่องจากการขาดแคลนเครื่องมือดังกล่าว ก็คงเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ที่บางครั้งไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน พยาธิแพทย์เองก็ไม่มีข้อมูลที่จะนำมาสอนนิสิตแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้า และไม่อาจคงความเป็นเลิศทางวิชาการได้ ในบางโอกาสมีผู้ป่วยบางรายได้รับการตรวจวินิจฉัยชนิดของโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน โดยได้รับความช่วยเหลือจากภาควิชากายวิภาค หรือบางครั้งพยาธิแพทย์ต้องจ่ายค่าบริการการตรวจเอง เมื่อไปใช้เครื่องมือที่ศูนย์เครื่องมือกล เนื่องจากความใส่ใจในวิชาการ และได้นำผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่^(5,6,11-15) แต่ก็ไม่อาจจะนำมาให้บริการแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ ในฐานะที่เป็นพยาธิแพทย์ผู้หนึ่งที่ไม่อยากเห็นสภาพด้อยพัฒนาขาดแคลนเครื่องมือสำหรับวินิจฉัย จึงจำเป็นต้องตั้งคำถามถึงผู้บริหารโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ จุฬ

*ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลงกรณมหาวิทยาลัย ว่าถึงเวลาหรือยังที่แผนกพยาธิวิทยา หรือภาควิชาพยาธิวิทยาแห่งนี้สมควรจะมีกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนเพื่อบริการผู้ป่วยให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน อันจะนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง จะต้องให้พยาธิแพทย์หรืออีกนัยหนึ่งคือ จิ้งจะมีเครื่องมือที่จะให้ข้อมูลมาประกอบการวินิจฉัย หรือจะปล่อยสถานะที่ตกค้างให้ดำรงเช่นนั้นตลอดไป เพราะไม่มี “งบประมาณ” สำหรับเครื่องมือดังกล่าว หรือเพราะความหลงผิดว่าเครื่องมือนี้มีเพียงงานวิจัยไม่ใช่เพื่องานบริการ

ด้านการตรวจศพหาสาเหตุตายในผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมจากโรคต่าง ๆ นับว่ามีความสำคัญยิ่งในการเรียนการสอน และวิจัย สำหรับนิติแพทย์, แพทย์ประจำบ้าน, และแพทย์ทางคลินิก แต่สภาพของห้องตรวจศพ ไม่เคยได้รับการบูรณะมานานหลายสิบปี ห้องตรวจศพที่ควรจะได้รับ การแก้ไขเพื่อป้องกันบุคลากรซึ่งอาจได้รับการติดเชื้อจากโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคตับอักเสบ, โรคเอดส์ เป็นต้น แต่ไม่ได้รับการสนองตอบ จะเป็นเพราะทรัพยากรบุคคลของแผนกพยาธิวิทยาแห่งนี้ถูกประเมินค่าให้ต่ำกว่าจำนวนเงินที่จะนำเสริมความปลอดภัยจากการทำงาน ก็ไม่อาจทราบได้ปัญหาอีกประการหนึ่งที่ไปก่อบัญหาสาธารณสุขต่อประชาชนภายนอก คือ การชะล้างของเหลว น้ำเลือด

จากศพ น้ำเสียเหล่านี้ควรจะได้รับบำบัดก่อน แล้วจึงระบายลงสู่ท่อสาธารณะ แต่น้ำเลือดหรือของเหลวจากศพกลับถูกระบายโดยตรงสู่ท่อสาธารณะ ปัญหาดังกล่าวแม้องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในรัชกาลปัจจุบันยังทรงห่วงใยถึงระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลต่าง ๆ ดังเป็นที่ประจักษ์ต่อพสกนิกรทุกคน เหตุใดโรงพยาบาลแห่งนี้จึงได้ละเลยไม่สนองตอบต่อพระราชดำริดังกล่าวโดยเร็ว

เป็นที่ทราบกันว่า ปัญหาขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาธิแห่งนี้กำลังทวีความรุนแรงในอนาคตอันใกล้นี้ เพราะขาดแรงจูงใจสำหรับพยาธิแพทย์รุ่นใหม่ที่จะเข้ามาแทนพยาธิแพทย์ที่จะถึงวาระเกษียณอายุราชการ อันสืบเนื่องมาจากสวัสดิการของพยาธิแพทย์แห่งนี้มีน้อยกว่าของคณะแพทยศาสตร์แห่งอื่น ๆ และไม่อาจเปรียบกับพยาธิแพทย์ที่สังกัดกรมการแพทย์, ตำรวจ และกระทรวงกลาโหม ทั้งที่ต้องทำงานบริการเช่นกัน นอกเหนือจากงานสอน และงานวิจัย ปัญหาการขาดแคลนเครื่องมือในการวินิจฉัย, การเรียน, การสอน ตลอดจนสิ่งที่จะเสริมความปลอดภัยต่อบุคลากรของภาควิชาพยาธิวิทยาแห่งนี้กลับรุนแรงกว่า และซ้ำเติมปัจจัยที่จะทำให้ขาดแคลนพยาธิแพทย์ใหม่ ๆ มากยิ่งขึ้น หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขโดยเร็ว สักวันคงจะเหลือแต่ซากอาคาร “ติ๊กพยาธิวิทยา” ไว้เป็นอนุสรณ์สำหรับสถาบันการแพทย์แห่งนี้

อ้างอิง

1. Kasantikul V, Vatanatumrak B, Rutnin U. Medullary oepithelioma (diktyoma) with glial differentiation. J Med Assoc Thai 1984 Oct; 67(10) : 580-3
2. Shuangshoti S, Kasantikul V, Suwangool P, Chittmitrapap S. Malignant neoplasm of mixed mesenchymal and neuroepithelial origin (ectomesenchymoma) of thigh. J Surg Oncol 1984 Nov; 27(3) : 208-13
3. Kasantikul V, Shuangshoti S. Cerebellar medulloblastomas : a study of 35 cases with particular reference to cellular differentiation. Surg Neurol 1986 Dec; 26(6) : 532-41
4. Shuangshoti S, Kasantikul V, Suwanwela N. Spontaneous penetration of dura mater and bone by glioblastoma multiforme. J Surg Oncol 1987 Sep; 36(1) : 36-44
5. Kasantikul V, Shuangshoti S, Cutchavaree A, Bunyaphipat P. Parapharyngeal malignant fibrous histiocytoma and primitive neuroepithelial tumor with neuroglial differentiation. J Laryngol Otol 1987 May; 101(5) : 508-15
6. Kasantikul V, Shuangshoti S, Preechayudh P, Wangsuphachart S. A combined neurilemmoma and angioma of the parasellar region : a case report. J Neurosurg 1987 Aug; 67(2) : 307-11
7. Kasantikul V, Shuangshoti S, Phonprasert C. Intracranial meningioma after radiation therapy for prolactinoma. J Med Assoc Thai 1988 Sep; 71(9) : 524-7
8. Shuangshoti S, Chaiwan B, Kasantikul V. Retinoblastomas: A study of 39 cases with particular reference to morphology, immunohistochemistry, cellular differentiation and tumour origin. Histopathology 1989 Aug; 15(2) : 113-24
9. Kasantikul V, Shuangshoti S. Positivity to glial fibrillary acidic protein in bone, cartilage, and

- chordoma. *J Surg Oncol* 1989 May; 41(4) : 22-6
10. Kasantikul V, Shuangshoti S. Pituitary adenomas : Immunohistochemical study of 90 cases. *J Med Assoc Thai* (in press)
 11. Shuangshoti S, Pitakdamrongwong N, Poneprasert B, Bhavilai D, Kasantikul V. Symptomatic neuroepithelial cysts in the posterior cranial fossa. Immunohistochemical and electronmicroscopic studies. *Surg Neurol* 1988 Oct; 30(4) : 298-304
 12. Kasantikul V, Shuangshoti S. Papillary and glandular meningiomas : report of two cases. *J Med Assoc Thai* 1985 May; 68(5) : 276-81
 13. Kasantikul V, Vatanatumrak B. Mucin-producing microcystic meningioma : a case report with histochemical and ultrastructural findings. *J Med Assoc Thai* 1988 Sep; 71(9) : 513-7
 14. Kasantikul V, Shuangshoti S, Pattanaruenglai A, Kaoroptham S. Intraspinal melanotic arachnoid cyst and lipoma in neurocutaneous melanosis. *Surg Neurol* 1989 Feb; 31(2) : 138-41
 15. Yenrudi S, Panyoung K. EM study in lupus nephritis. *Chula Med J* 1986 Aug; 30(8) : 763-72