

7-1-1989

สถานการณ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยกรรมทั่วไป

อรุณ โรจนสกุล

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

โรจนสกุล, อรุณ (1989) "สถานการณ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยกรรมทั่วไป," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 33: Iss. 7, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol33/iss7/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

สถานการณ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยกรรมทั่วไป

อรุณ โรจนสกุล*

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อสอบวุฒิบัตรเป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่าง ๆ ของประเทศไทย ซึ่งดำเนินการโดยแพทยสภาเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2514 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 18 ปีแล้ว การที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีผลทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในประเทศของเราพัฒนาไปอย่างรวดเร็วจนทัดเทียมอารยประเทศ ศัลยกรรมทั่วไป เป็นแพทย์สาขาหลักสาขาหนึ่งซึ่งมีการจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนศัลแพทย์ทั่วไปเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ในระยะแรกจำนวนผู้ได้รับวุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์เฉลี่ยปีละ 10 คน ซึ่งเพิ่มเป็นปีละประมาณ 30 คนในช่วง พ.ศ. 2520 - 2525 และเพิ่มเป็นประมาณปีละ 40-50 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2526 จนถึงปัจจุบัน⁽¹⁾

ในปัจจุบันสถานการณ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์มีปัญหาหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องและควรจะหยิบยกขึ้นมาพิจารณาเพื่อที่จะได้ แก้ไข ปรับปรุง และวางแผนการณล่วงหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ ปัญหาหลัก ๆ ได้แก่

1. จำนวนและการกระจายของศัลแพทย์ทั่วไป
2. แพทย์รุ่นใหม่ลดความนิยมการเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์สาขาศัลยกรรมทั่วไป
3. การพิจารณาเพิ่มเวลาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมทั่วไป
4. การฝึกอบรมอนุสาขาล้างจบการฝึกอบรมศัลยกรรมทั่วไป

1. จำนวนและการกระจายของศัลแพทย์ทั่วไป จากข้อมูลของแพทยสภาจนถึง พ.ศ. 2531 มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมทั่วไป 665 คน แยกเป็นศัลแพทย์ทั่วไปที่ได้วุฒิบัตร 476 คน และศัลแพทย์ทั่วไปที่ได้อนุมัติบัตร 189 คน จากตัวเลขนี้เป็นกรายากที่จะบอกจำนวนของศัลแพทย์ทั่วไปมีเพียงพอหรือไม่เพราะไม่มีตัวเลขเป้าหมายที่กำหนดไว้แน่นอนว่าควรจะมีศัลแพทย์ทั่วไปจำนวนเท่าไรจึงจะเหมาะสม ในกรณีนี้จึงต้องพิจารณาจากข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติมคือ

- 1.1 เปรียบเทียบจำนวนของแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ
- 1.2 การกระจายของศัลแพทย์ทั่วไป
- 1.3 ความต้องการศัลแพทย์ทั่วไปของหน่วยงานที่มีกำหนดความต้องการไว้แล้ว เช่น กระทรวงสาธารณสุข

1.1 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลักพบ⁽¹⁾ ว่ามีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (Table 1) ข้อมูลนี้จึงไม่บ่งชี้ว่าสาขาศัลยกรรมทั่วไปขาดแคลนมากกว่าสาขาอื่น

1.2 การกระจายของแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ผู้เขียนได้หาข้อมูลจากทำเนียบสมาชิกสามัญของราชวิทยาลัยศัลแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2531⁽²⁾ พบว่า กลุ่มศัลแพทย์ทั่วไป จำนวน 505 คน แยกและเป็นหมวดหมู่ได้ดังนี้
ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 145 คน
ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่ใช่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 235 คน

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Table 1. Number and distribution of medical Specialties.

| Specialties | Certificate of proficiency (Non formal Training) | Certificate of proficiency (formal training) | Total |
|------------------------|--|--|-------|
| General Surgery | 189 | 476 | 665 |
| Obstetric & Gynecology | 128 | 524 | 652 |
| Medicine | 70 | 545 | 615 |
| Pediatric | 170 | 573 | 743 |
| Others | 943 | 1657 | 2618 |
| Total | 1500 | 3793 | 5293 |

ทำงานภาคเอกชน 125 คน ในการพิจารณาการกระจายของศัลยแพทย์อีกแง่มุมหนึ่งพบว่า

ทำงานในกรุงเทพมหานคร 286 คน

ทำงานในต่างจังหวัด 219 คน

จะเห็นว่าศัลยแพทย์ทำงานในต่างจังหวัด 219 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าพอใจ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด จะเห็นว่าแพทย์กลุ่มนี้ส่วนหนึ่งทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค

ส่วนที่ทำงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีเพียง 129 คน

โดยแยกเป็น ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป 73 คน

ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ 56 คน

1.3 จากแผนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดโควตาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงส่วนภูมิภาค (พ.ศ. 2521 - 2530) คือ จำนวนแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนมีได้ 1 คน โรง

พยาบาลทั่วไปมีได้ 4 คน โรงพยาบาลศูนย์มีได้ 8 คน⁽³⁾ ดังนั้นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค จะต้องการศัลยแพทย์ทั่วไปจำนวน 605 คน (Table 2)

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนั้นความต้องการแพทย์เฉพาะทางยังไม่ชัดเจนนัก ความจริงแล้วแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปน่าจะเหมาะสมมากกว่า แต่สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในต่างจังหวัด แพทย์ศัลยกรรมทั่วไปเป็นแพทย์สาขาหลักที่จำเป็นอย่างยิ่งซึ่งแพทย์กลุ่มนี้มีความต้องการถึง 412 คน แต่ขณะนี้เพียง 129 คนดังข้อมูลที่ได้แจกแจงไว้แล้วจุดนี้เป็นจุดที่สำคัญที่ควรจะต้องได้รับการแก้ไขก่อน แนวทางหนึ่งที่เป็นไปได้อย่างยิ่งคือให้แพทย์ตำแหน่งเหล่านี้ ได้รับการพิจารณาเป็นแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ คือแพทย์จบใหม่สามารถรับทุนจากตำแหน่งเหล่านี้ และเข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านได้เลย โดยที่สถาบันที่จัดการฝึกอบรมต้องสนับสนุนและพิจารณารับเข้าฝึกอบรมก่อนแพทย์คนอื่น ๆ

Table 2. Requirement of doctors in major specialties in provincial and rural hospitals.

| Type of hospital | Number of hospital | Required number of doctors in major specialties |
|----------------------------|--------------------|---|
| distric hospital (30 beds) | 138 | 138 |
| distric hospital (60 beds) | 46 | 46 |
| distric hospital (90 beds) | 9 | 9 |
| provincial hospital | 69 (×4) | 276 |
| regional referral center | 17 (×8) | 136 |
| Total | | 605 |

2. แพทย์รุ่นใหม่นิยมเข้ารับการศึกษาอบรมทางศัลยกรรมทั่วไปลดลง ในระยะเริ่มแรกของการมีแพทย์ประจำบ้านเพื่อสอบวุฒิบัตร สาขาศัลยกรรมทั่วไป เป็นสาขาที่ได้รับความนิยมมากสาขาหนึ่งมีผู้สมัครในแต่ละปีเกินจำนวนที่จะรับได้เสมอ แต่ในปัจจุบันแพทย์รุ่นใหม่มีแนวโน้มที่จะเลือกสาขาศัลยกรรมทั่วไปน้อยลงทุกปี ในการสมัครแพทย์ประจำปี 2532-2533 มีแพทย์สมัครเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมทั่วไปประมาณ 50%^(4,5,6) (Table 3)

เมื่อเทียบกับแพทย์สาขาหลักอื่น ๆ พบว่า ศัลยกรรมทั่วไปมีผู้สมัครน้อยที่สุด คือ 37 คน สาขาสูติกรรมมีผู้สมัคร 62 คน กุมารเวชศาสตร์ 77 คน และอายุรกรรม 79 คน จะเห็นว่าแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปซึ่งมีความต้องการแพทย์เท่า ๆ กับแพทย์สาขาหลักอื่น ๆ แต่รับสมัครได้ประมาณครึ่งหนึ่งของสาขาหลักอื่น ๆ เท่านั้น เมื่อพิจารณาสาเหตุและสมมุติฐานว่าทำไมศัลยกรรมทั่วไป จึงมีผู้สมัครเข้ารับการอบรมน้อยลง ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการแพทย์สาขานี้จำนวนมาก พอแยกแยะเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

2.1 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ และอนุสาขาให้เลือกมากขึ้น⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2514 มีแพทย์เฉพาะทางที่เปิดอบรมแพทย์ประจำบ้านเพียง 14 สาขา แต่ในปัจจุบันมีประมาณ 30 สาขา แพทย์รุ่นใหม่จึงมีทางเลือกมากกว่าในสมัยก่อน ในการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านปีทีหนึ่งในปีนี้⁽⁶⁾ (2532 - 2533) มีตำแหน่งเปิดให้รับสมัครถึง 796 ตำแหน่ง แยกเป็นสาขาหลัก 358 ตำแหน่ง และสาขาเล็กรวมทั้งอนุสาขา 438 ตำแหน่ง ซึ่งมีแพทย์สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมทั้งหมดเพียง 520 ตำแหน่ง

2.2 การฝึกอบรมแพทย์สาขาศัลยกรรมทั่วไป ต้องทำงานหนักมากกว่าสาขาอื่น ๆ เพราะต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการ ซึ่งมีผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าสาขาอื่น ๆ

2.3 การสอบเพื่อวุฒิบัตรของแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป พอลงแล้วได้ว่ยากที่สุด ที่กล่าวเช่นนี้เพราะการสอบเพื่อวุฒิบัตรศัลยกรรมทั่วไปในแต่ละปี จะมีผู้สอบไม่ผ่านประมาณ 10% ถึง 30%⁽⁷⁾ ของผู้เข้าสอบซึ่งสูงกว่าสาขาอื่น ๆ เพราะการสอบเพื่อวุฒิบัตรของแพทย์สาขาเล็กและอนุสาขาเกือบจะไม่มีผู้สอบตกเลย

2.4 เมื่อจบเป็นแพทย์เฉพาะทางแล้วแพทย์สาขาศัลยกรรมทั่วไปส่วนใหญ่ต้องทำงานหนักมาก โดยเฉพาะงานศัลยกรรมฉุกเฉิน

2.5 ในปัจจุบันตำแหน่งศัลยกรรมทั่วไปที่ยังว่างอยู่จะอยู่ในต่างจังหวัด ทำให้แพทย์ที่ไม่ต้องการไปใช้ชีวิตใน

ต่างจังหวัด ซึ่งมักจะไกลจากครอบครัว ไม่เลือกตำแหน่งเหล่านั้น

2.6 แพทย์สตรีไม่นิยมเป็นศัลยแพทย์

2.7 โดยเฉลี่ยแล้วแพทย์สาขาศัลยกรรมทั่วไปมีรายได้จากการทำงานส่วนตัวต่ำกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้เห็นว่าแพทย์ศัลยกรรมในต่างจังหวัดจะมีคนไข้ที่คลินิกส่วนตัวน้อยกว่าแพทย์สาขาหลักอื่น ๆ สำหรับจุดนี้จะได้ชัดเจนว่าแพทย์สาขาที่มีผลตอบแทนสูงจะมีผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมมากกว่าสาขาอื่น ๆ

แนวทางแก้ไขการขาดแคลนแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมทั่วไป โดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ส่วนภูมิภาค ที่ได้มีการดำเนินการไปแล้ว คือ การให้แพทย์ใช้ทุนทำงานในโรงพยาบาลเหล่านั้นแทนแพทย์ประจำบ้านและมีสิทธิสอบวุฒิบัตรได้เมื่อทำงานแล้วเป็นเวลา 3 ปีครึ่ง การแก้ไขปัญหาดังกล่าวแม้ว่าจะได้ผล แต่ก็มีข้อเสียที่เห็นชัด คือ ความไม่ยุติธรรม ซึ่งตามปกติการที่แพทย์จะใช้ทุนต้องจับฉลากไปอยู่ตามสถานที่ต่าง ๆ ถ้ามีผู้สมัครเกินตำแหน่ง แต่ในกรณีนี้ ใช้วิธีคัดเลือกผู้ที่สมัครแทนการจับฉลาก ข้อเสียอีกประการคือ แพทย์กลุ่มนี้เมื่อจบการทำงานแล้วจะไม่มีสัญญาผูกมัด ทำให้ส่วนมากจะกลับมาหางานทำในส่วนกลางไม่กระจายไปสู่ส่วนภูมิภาคซึ่งยังขาดแคลนศัลยแพทย์อยู่อีกมาก สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมทั่วไป คือ ควรอนุมัติให้ตำแหน่งแพทย์ทางศัลยกรรมที่ยังว่างในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นสาขาส่งเสริมพิเศษตั้งได้กล่าวถึงแล้ว นอกจากนี้ควรพิจารณาปรับปรุงค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการให้เหมาะสม และควรเพิ่มตำแหน่งแพทย์ทางสาขานี้ให้สอดคล้องกับงาน เป็นต้น

3. ปัญหาเรื่องการเพิ่มเวลาการศึกษาอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมทั่วไป ให้นานขึ้น ในปัจจุบันการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านทางสาขาศัลยกรรมทั่วไปใช้เวลาในการฝึกอบรมเท่ากับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ส่วนใหญ่คือ 3 ปี แต่ในต่างประเทศศัลยแพทย์ทั่วไปใช้เวลาในการฝึกอบรมประมาณ 5 ปีหรือนานกว่า ในรอบปีที่ผ่านมามีศัลยแพทย์ทั่วไปหลายท่านมีความเห็นว่า ควรจะเพิ่มเวลาการศึกษาอบรมศัลยแพทย์ทั่วไปเป็น 4-5 ปี ซึ่งคาดหวังว่าจะทำให้มาตรฐานของศัลยแพทย์ทั่วไปดีขึ้น ทั้งในแง่ความรู้ ความชำนาญ การตัดสินใจ ความรับผิดชอบ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยและความสามารถในการสอบ แต่จากข้อมูลเรื่องการกระจายของศัลยแพทย์ทั่วไปดังกล่าวมาแล้วข้างต้นชี้ว่า กลุ่มศัลยแพทย์ที่มีความต้องการมากที่สุด

Table 3. Number of residency positions in general Surgery (1989-1990).

| | Siriraj | Chula | Chiengmai | Rama | Khonkean | Songkla | Department of medical services | Mongkut | Pinkloa | Bhumipol | Police | Vajina | Cholburi | Affiliated hospital | Total |
|---------------------|---------|-------|-----------|------|----------|---------|--------------------------------|---------|---------|----------|--------|--------|----------|---------------------|-------|
| Available positions | 8 | 8 | 10 | 6 | 6 | 4 | 8 | 6 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 74 |
| Accepted positions | 6 | 7 | - | 4 | 3 | - | 3 | 6 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | - | 37 |

ขณะนี้คือ ศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดโดยเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป

ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม 5 ปีนี้ น่าจะมีมาตรฐานที่สูงเกินไปสำหรับตำแหน่งเหล่านี้ และไม่น่าจะคุ้มกับการลงทุน อีกประการ คือ การเพิ่มเวลาฝึกอบรมให้นานขึ้นจะทำให้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ประจำบ้านทางศัลยกรรมทั่วไปทวีความรุนแรงขึ้นได้ โดยเฉพาะสถาบันการฝึกอบรมที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ในส่วนกลาง อย่างไรก็ตาม การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเป็นเวลา 5 ปี ย่อมได้ศัลยแพทย์ที่มีมาตรฐานสูงขึ้นแน่นอน ซึ่งคงจะเหมาะกับศัลยแพทย์ที่ต้องทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นศูนย์รับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาอยู่เสมอ แนวทางในการแก้ปัญหาที่ทำได้ โดยการสนับสนุนให้เพิ่มการฝึกอบรมอนุสาขาของศัลยกรรมทั่วไปขึ้นซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

4. การฝึกอบรมอนุสาขาลงหลังจากการฝึกอบรมศัลยกรรมทั่วไป ในปัจจุบันวิทยาการของศัลยกรรมทั่วไป ได้เจริญไปมากทำให้มีการเพิ่มอนุสาขาของศัลยกรรมทั่วไปขึ้นหลายสาขา เช่น ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร ศัลยกรรมตับและทางเดินน้ำดี ศัลยกรรมหลอดเลือดหัวใจ ศัลยกรรมต่อมไร้ท่อ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมมะเร็ง และศัลยกรรมปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วยังมีศัลยกรรมบางสาขาที่มีข้อบังคับอยู่แล้วว่าจะได้รับการฝึกอบรมได้ต้องผ่านการเป็นแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปมาก่อน เช่น ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นต้น จะเห็นว่าอนุสาขาของศัลยกรรมทั่วไป มีอยู่มากและในประเทศที่เจริญแล้วจะมีการจัดการฝึกอบรมอนุสาขาเหล่านี้

นี่อย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา 70%⁽⁸⁾ ของแพทย์ที่จบศัลยกรรมทั่วไปจะฝึกอบรมทางอนุสาขาต่าง ๆ อีก 1-3 ปี ดังนั้น การที่จะยกมาตรฐานของศัลยกรรมทั่วไป โดยส่วนรวมจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องจัดให้มีการฝึกอบรมอนุสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ควรจะต้องมีการปรับตัวเองให้เหมาะสมที่จะทำการรักษาขั้นตติยภูมิต่อไป

สรุป

สถานการณ์การฝึกอบรมแพทย์สาขาศัลยกรรมทั่วไป ได้เปลี่ยนแปลงไปหลายประการ แพทย์รุ่นใหม่ลดความนิยมเข้ารับการฝึกอบรมทางศัลยกรรมทั่วไป ทั้ง ๆ ที่ยังมีความขาดแคลนแพทย์ศัลยกรรมในต่างจังหวัด การพัฒนามาตรฐานของศัลยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ควรเริ่มมีการแบ่งอนุสาขา ซึ่งจะนำไปสู่การฝึกอบรมอนุสาขาต่อไป การที่ประเทศไทยเรามีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว จะทำให้ความเจริญทางด้านอื่น ๆ พัฒนาไปด้วย การฝึกอบรมศัลยกรรมทั่วไปก็ควรพร้อมที่จะพัฒนาต่อไปเช่นกัน

ในอนาคตเราคงจะมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอีก เช่น การปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป การอนุมัติเพิ่มหรือลดจำนวนแพทย์และสถาบันที่เปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน การมีแพทย์ประจำบ้านเพื่อนำการวิจัยโดยเฉพาะ (research fellow) การเปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำในสถาบันเอกชน เป็นต้น

อ้างอิง

1. แพทยสภา. จำนวนผู้ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ ปี พ.ศ. 2514-2530 (อัครสำเนา)
2. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. ทำเนียบสมาชิกราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย การประชุมประจำปี ครั้งที่ 13 28-30 กรกฎาคม 2531. 319-431
3. สุจินต์ พลากรกุล. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, แพทยสภาสาร 2531 สิงหาคม; 17 (8): 481-9
4. แพทยสภา, ประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาที่ 54/2531 เรื่อง ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ ประจำปีการศึกษา 2532-2533 (รอบที่หนึ่ง) แพทยสภา 2532 กุมภาพันธ์; 18(2): 70-80
5. แพทยสภา, ประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาที่ 6/2532 เรื่อง ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ ประจำปีการศึกษา 2532-2533 (รอบที่สอง) แพทยสภา (อัครสำเนา)
6. แพทยสภา, ประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาที่ 38/2531 เรื่อง การรับสมัครแพทย์ประจำบ้านระดับปีที่ 1 ปีการศึกษา 2532. แพทยสภาสาร 2531 สิงหาคม; 17(8): 447-51
7. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. เวชกรรมไทย : แนวโน้มที่น่าวิตก. แพทยสภาสาร 2531 ตุลาคม; 17(10) : 623-5
8. Theuerkauf FJ, Jr. Reflections. Dis Colon Rectum 1989 Feb; 32(2) : 91-94