สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital

ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๔-๕, เม.ย.-พ.ค. ๒๕๐๕ | Volume 14, Number 4-5, April-May 1962.

ไตเทียม

ระจิต บุรี M.D., B.S., M.R.C.S. (London), D.T.M. & H. (L'pool), L.R.C.P. (Eng.)

(แผนกอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ น.พ. ประเสริฐ กังสดาลย์)

เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๔๙๘ เป็นเดือนและปีเกิดของสมาคมหนึ่งในอเมริกาซึ่งได้ชื่อว่า American Society for Artificial Internal Organs. ท่านผู้สนใจในด้านนี้จะอ่านได้จากวารสารของสมาคมเกี่ยวกับไตเทียม, ลิ้นหัวใจเทียม, เครื่องให้ ออกซิย์-เจน แขยสูบ, หลอดเลือดเทียม, และอื่น ๆ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าไตเทียมหรืออวัยวะภายในเทียมอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นของใหม่ที่เดียว, แต่หมายความว่าภาวะของอวัยวะเทียมเหล่านี้ดขึนมากจนถึงกับได้มีสมาคมเฉพาะเกิดขึนได้. ถ้าจะเปรียบก็เหมือนกับยาที่ใช้รักษาโรคที่ได้ผ่านการทดลองโดย เมดิคัล ริเสอร์ช คอร์ปอเรชันส์ (เอ็ม.อาร์.ซี.) แล้วและได้รับรองคุณภาพถึงกับมีชื่ออยู่ในตำรับหลวงฉะนั้น.

มนุษย์ได้พยายามค้นคว้ามานมนานเพื่อหาสิ่งต่าง ๆ มาใช้ทดแทนอวัยวะที่เสียหรือชำรุดไป. มีผู้กล่าวว่าในศตวรรษที่ ๑๗ ได้มีผู้พยายามฉีดเลือดสัตว์เข้าใน โป๊ป อินโนเซ็นต์ ที่ ๘, แต่ผลเป็นอย่างไรขอให้ท่านคิดเอาเอง.

การให้เลือด, พลาสม่า, น้ำละลายอิเล็คโตรลัยท์ ต่าง ๆ, อัลบูมิน, หรือน้ำ

ละลายอื่น ๆ, จัดได้ว่าเป็นการทดแทน "อวัยวะเหลว" อย่างหนึ่งซึ่งนับว่าเป็นผลสำเร็จอันยิ่งใหญ่ในวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์.

ในด้านการใช้อวัยวะภายนอกเทียมก็ไม่ด้อยกว่าเดียว, เพราะนอกจากจะมีขาปลอม, ฟันปลอม, แล้วก็ยังมีของปลอมอื่น ๆ ที่ใช้เป็นประโยชน์ในการเสริมสวยอีกด้วย.

สำหรับไตเทียมนั้นผู้เริ่มต้นคิดได้แก่ Abel และคณะ[1] ซึ่งในปีก่อนมหาสงครามโลกครั้งที่ ๑, ได้ทดลองในสัตว์โดยวิธีซึ่งเรียกว่า "วิวิ-ดิฟฟิวชั่น" (vivi-diffusion) โดยให้เลือดผ่านเยื่อ คอลโลเดียน ซึ่งทำเป็นหลอดขนาดกว้าง ๖-๘ มม., ยาว ๒๐-๕๐ ซม. ส่วนน้ำยาล้างนั้นเขาใช้น้ำเกลือ ๖ ปซ. เพื่อกันเลือดแข็งตัว. เอเบ็ล ใช้ฮิรูดิน เป็นยากันเลือดแข็ง. หลังจากที่เอเบ็ลและคณะได้ตีพิมพ์งานชิ้นนี้ในปี ค.ศ. ๑๙๑๓ - ๑๙๑๔ แล้วปรากฏว่าเขาไม่ได้ติดตามหรือค้นคว้าต่อไปอีก. ทั้งนคงเนื่องจากสถานการณ์ในระยะหลังสงครามโลกไม่อำนวยความสะดวกก็ได้.

ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๒๓ Neckeles[2] ได้ลองทำไตเทียมขึ้นอีกโดยอาศัยหลักวิชาเดิมของเอเบ็ล, โดยใช้ เพอริโทเนียม แทนเยื่อ คอลโลเดียน. งานนี้เป็นการทดลองในสัตว์และผลงานที่ออกมานี้นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อชนรุ่นหลังในด้านไตเทียมแล้ว, ยังปรากฏว่าในปี ค.ศ. ๑๙๒๖ Lim และ Neckeles[3] ได้รายงานการค้นพบตัวกระตุ้นน้ำหลั่งของกระเพาะอาหารในเลือด ซึ่งได้ถูกไดอะลัยส์ออกมาในน้ำยาล้าง. ในปี ๑๙๓๘ Thalheimer[4] ได้รายงานผลของการใช้ไตเทียมในคนเป็นครั้งแรก. ไตเทียมของเขาทำด้วย เซ็ลโลเฟน ๔ หลอด, ใช้น้ำเกลือ นอร์มัล เป็นน้ำยาล้าง. ปรากฏว่าหลังจากใช้เครื่องมือนี้ในผู้ป่วยที่มีการคั่งของสาร ยูเรีย ในเลือด, เขาสามารถแยกยูเรีย ไนโตรเจ็น ออกมาได้ ๒๐๐-๗๐๐ มก. ภายใน ๓ - ๕ ช.ม. แต่จะเป็นด้วยเหตุใดไม่ทราบ, งานชิ้นนี้ผู้รายงานไม่ได้ทำต่อไปอีก.

ถ้าพิจารณาให้ละเอียดจริง ๆ จะเห็นได้ว่าการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับไตเทียมในสมัยดังกล่าวไม่ค่อยจะเจริญคืบหน้าเพราะขาดสิ่งสำคัญ ๓ ประการคือ :

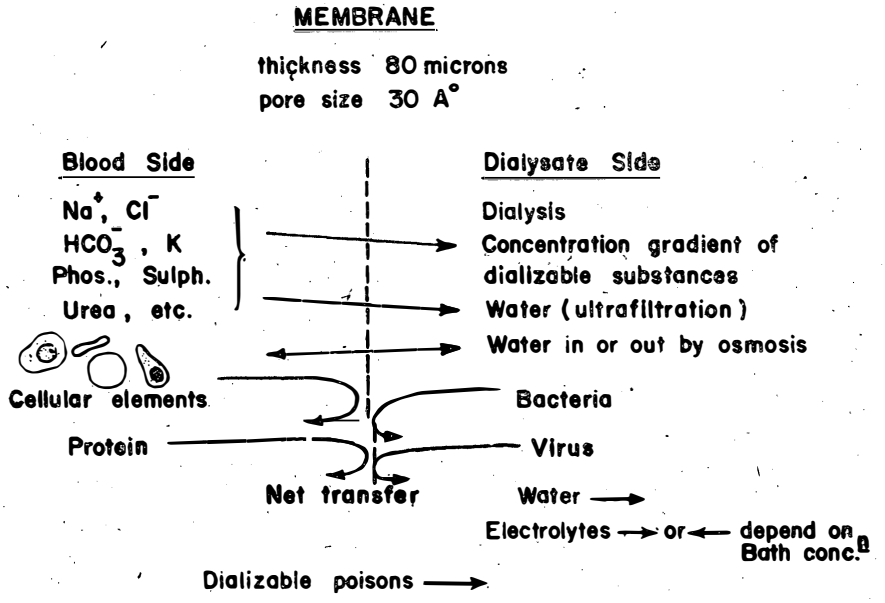
๑. หายากันเลือดแข็งที่ดีและปลอดภัยไม่ได้,

๒. เยื่อที่ใช้มีสมรรถภาพไม่ดีและไม่แน่นอน,

๓. เครื่องไตเทียมที่ใช้มีพื้นผิวที่ให้ผลน้อยเกินกว่าที่จะใช้เป็นประโยชน์ได้.

ในช่วระยะ ๕ ปีต่อมา Kolff[5] ไม่ต้องเสียเวลามากในการปรับปรุงและดัดแปลงไตเทียมให้ใช้เป็นประโยชน์ได้เนื่องจากมีเฮปาริน เป็นยากันเลือดแข็งตัว, มี เซ็ลโลเฟน เป็นเยื่อสำหรับการ ไดอะลัยสิส. เขาเพียงแต่ประดิษฐ์เครื่องให้ใหญ่ขึ้นเท่านั้น. ดังนั้น คอลฟ์ จึงเป็นคนแรกที่ได้ประดิษฐ์ไตเทียมที่ใช้เป็นประโยชน์ได้จริงๆ ในคน.

ไม่ว่าไตเทียมสมัยนี้หรือสมัยเมื่อ ๕๐ ปีมาแล้วก็ตามมีหลักใหญ่ของการ ไดอะลัยส์ เลือด คงเดิม, กล่าวคือจะต้องเอาเลือดที่ออกจากร่างกายผ่านเข้าไปในช่องระหว่างเยื่อซึ่งกั้นระหว่างเลือดกับน้ำยาล้างที่มีส่วนผสมต่าง ๆ กันแล้วแต่กรณี. (รูป ๑)



รูปที่ ๑

เนื่องจากเยื่อที่ใช้คือ เซ็ลโลเฟน มีคุณภาพพิเศษที่เป็น เซมิเพอร์มีอะเบิล เม็มเบรน, มีขนาดของรู ๓๐ Å, และหนาประมาณ ๘๐ ไมครอนเท่านั้น, น้ำและสารต่าง ๆ ที่มีขนาดของอณูเล็กก็สามารถลอดผ่านรูในเยื่อ เซ็ลโลเฟน ไปมาระหว่างเลือดและน้ำยาล้างได้สะดวก, ส่วนอณูของโปรเทอิน ต่าง ๆ, เม็ดเลือดและเกล็ดเลือด, รวมทั้งบัคเตริและ ไวรัส ไม่สามารถผ่านเยื่อนี้ได้. ด้วยเหตุนี้จะมีการแลก

เปลี่ยนสารต่าง ๆ และน้ำระหว่างเลือดและน้ำยาล้างโดยอาศัยวิธีการดังนี้ (๑) ไดอะลัยสิส หรือการซึมซ่าน (ดิฟฟิวชั่น) ซึ่งขึ้นกับความเข้มสัมพัทธ์, (๒) อ๊อสโมสิส, โดยอาศัยความดัน อ๊อสโมติค, (๓) อุลตราฟิลเตรชั่น, ซึ่งอาศัยความดัน ฮัยโดรสะเตติค.

จริงอยู่ถ้าจะเปรียบเทียบไตจริงกับไตเทียมแล้ว, หน้าที่ของไตเทียมมีทั้งที่เหมือนและที่ไม่เหมือนกับไตจริง. ไตเทียมอาศัยหลักแรงทางฟิสิกซ์เป็นเกณฑ์, ส่วนไตจริงนอกจากจะใช้แรงทางฟิสิกซ์แล้วยังมีกระบวนการชีวิตต่าง ๆ อีกมากมายซึ่งไตเทียมไม่สามารถจะแทนได้. (รป ๒)

Principle of hemodialysis

Blood passes through sheets of special membrane against dialysate or bath or rinsing fluid.

Human kidney	Artificial kidney
blood flow 1000 ml / min	120 - 500 ml / min
glom. ultrafiltration	ultrafiltration, mech., chemical
	osmosis
	dialysis
tubule modification of filtrate	no tubule

	glom. capillaries	cellophane memb.
fractional pore area i.e. area available for solute transfer	1%	30 - 45 %
total area	about metre sq.	2.2 metre sq
pore radius	30 - 45 A°	30 A°
pore length	1 micron	80 microns

รูปที่ ๒

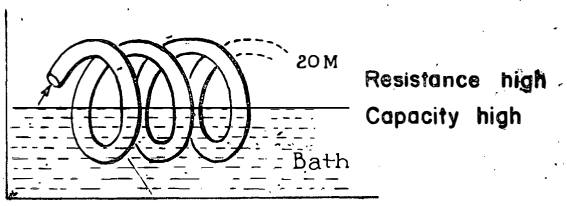
แต่ถึงกระนั้นก็ดี, ไตเทียมสามารถรักษาไว้ซึ่งดุลน้ำ, อิเล็คโตรลัยต์, และดุลกรดต่างของร่างกายได้และยังสามารถขับถ่ายสารที่มีพิษหลายอย่างออกได้ดีมากภายในระยะเวลาอันสั้น.

เนื่องจากไตเทียมต้องการใช้การไหลเวียนนอกกาย ดังนั้นไตเทียมที่ดีจริงจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้คือ (๑) ต้องเป็นระบบ

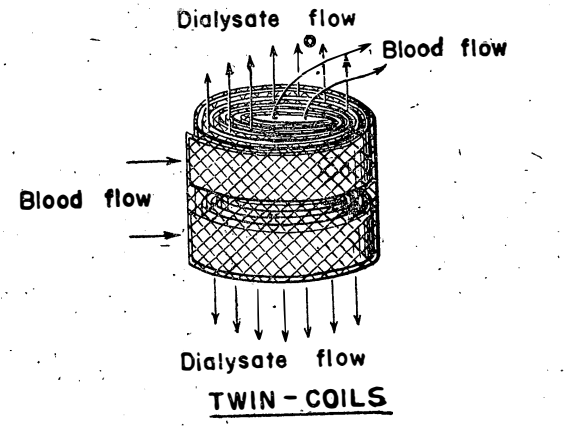
ยืด, (๒) ต้องมีพื้นผิวสำหรับไดอะลิซิสมากพอและมีสมรรถภาพดี, (๓) เลือดและน้ำยาล้างจะต้องไม่อยู่นิ่ง, ต้องหมุนเวียนเสมอ, (๔) ต้องมีความจุน้อยเพื่อจะได้ไม่ต้องเสียเลือดไปมากในการบรรจุเลือดในเครื่องก่อนลงมือ. ถ้ามีความยกพร่อง, เช่น รั่ว, ต้องสามารถเห็นได้ชัดในทันทีทันใด, (๕) ต้องไม่ประกอบด้วยวัตถุที่เป็นเหตุให้เลือดแข็งตัวง่าย, (๖) ต้องไม่ใช้ยากันเลือดแข็งมากเกินไป, (๗) ต้องมีความต้านทานน้อยที่สุดเพื่อจะไม่ต้องใช้เครื่องสูบดันเลือด, หรือถ้าต้องใช้เครื่องสูบดันเลือด, ความต้านทานที่เกิดขึ้นต้องไม่มากเกินไปซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อเยื่อได้, (๘) จะต้องทำความสะอาดและฆ่าเชื้อได้ง่าย, (๙) ไม่ยุ่งยากเกินไปในวิธีการใช้เครื่องและที่สำคัญที่สุดในบ้านเราก็คือต้องไม่แพงทั้งในราคาของเครื่องเองและค่าใช้จ่ายประจำ.

เป็นการแน่นอนที่เดียวที่จะหาไตเทียมที่มีทั้งคุณภาพและคุณสมบัติครบถ้วนดังกล่าวได้ยาก, แต่ก็นับว่าการค้นคว้าภายในระยะ ๑๕ ปีที่แล้วมาทำให้ไตเทียมเป็นของที่ไม่เกินกำลังทรัพย์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่จะตั้งหน่วยไตเทียมขึ้นพร้อมที่จะรักษาผู้ป่วยเมื่อจำเป็น. ในสหรัฐอเมริกามีหน่วยไตเทียมทั้งหมด ๘๐ กว่าหน่วย. ในยุโรปมีหลายสิบแห่ง. แม้ในประเทศอังกฤษเองที่ได้ชื่อว่าเป็นยอดของ ค็อนเซอรเวทีฟ แล้วก็ยังมีถึง ๒๐ กว่าแห่ง.

ไตเทียมที่ใช้ในประเทศอเมริกามีหลายชนิดด้วยกัน. แบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ ๒ ประเภท, ประเภทหนึ่งใช้หลอดเซ็ลโลเฟน ยาวตั้งแต่ ๑๐ เมตรขึ้นไปต่อคู่กันหรือเดี่ยวเหมือนกับการต่อสายไฟฟ้าแบบต่ออันดับ (รูป ๓,๔). ไตเทียมประเภทนี้



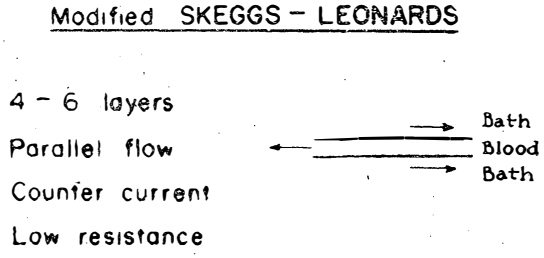
รูปที่ ๓



รูปที่ ๔

เป็นแบบไหลตรง, มีความต้านทานสูง, ต้องใช้เครื่องสูบดันเลือด. ตัวอย่างได้แก่

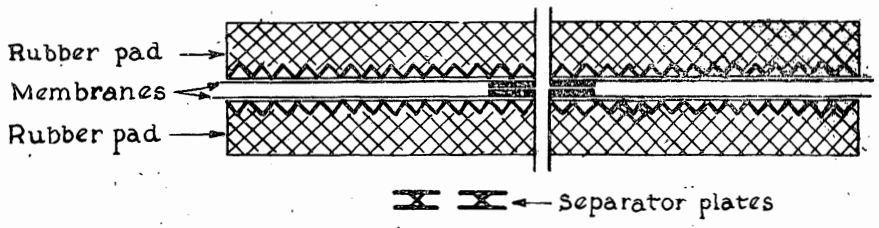
เครื่องทิมหลอดแฝด (twin coils) และลูกหมุน (rotating drum) การหมุนของลูกหมุนทำหน้าที่เป็นเครื่องสูบไปในตัว. อีกประเภทหนึ่งใช้แผ่น เซ็ลโลเฟน หลาย ๆ ชั้นวางขนานกันซึ่งเปลี่ยนได้กับการต่อสายไฟฟ้าแบบขนาน (รูป ๕), ไตเทียมประเภทนม

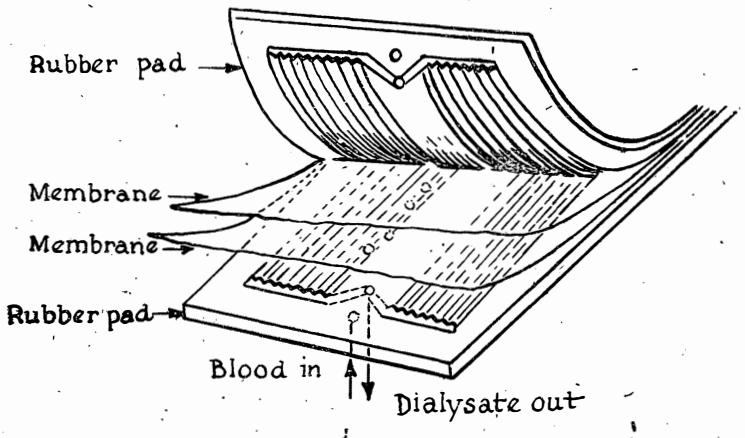


รูปที่ ๕

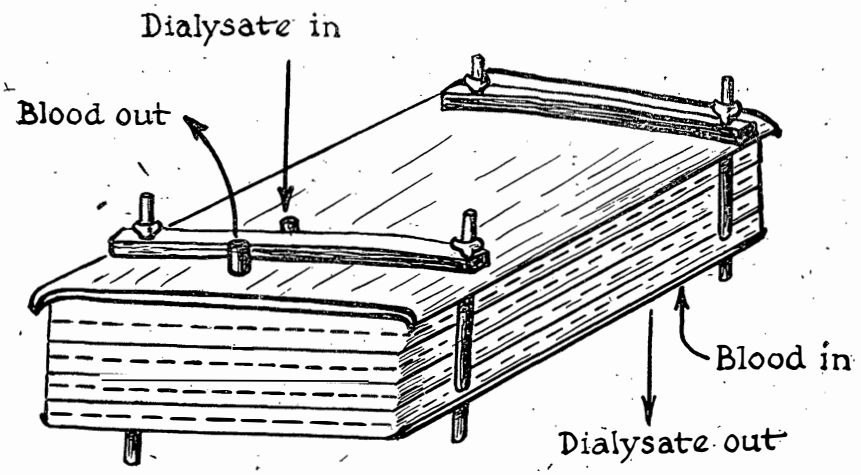
การไหลขนาน, มีความต้านทานน้อยจึงไม่ต้องใช้เครื่องสูบดันเลือด. ส่วนน้ำยาล้างจะผ่านไปตามกระแส, ทวนกระแส, หรือตั้งได้ฉากกับกระแสเลือดแล้วแต่ความเหมาะสม. เพราะเหตุว่าไตเทียมแต่ละชนิดและประเภทดังกล่าวมีส่วนดีและส่วนบกพร่องหลายประการที่ไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในบ้านเรา, ผู้เขียนจึงได้ตัดสินใจที่จะใช้เครื่องไตเทียมแบบ Skeggs–Leonards ดัดแปลง, ซึ่งอาศัยหลักการไหลขนาน, ที่ทางมหาวิทยาลัยวอชิงตันได้ใช้อยู่เป็นแห่งแรกและแห่งเดียวเป็นเวลาเกือบสิบปี (รูป ๖,๗)

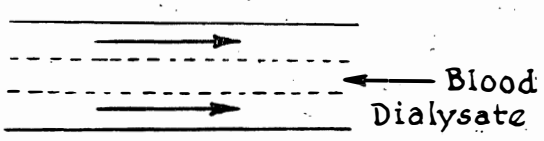
เครื่องนี้ราคาไม่แพง. ด้วยเงิน ๒,๕๐๐ เหรียญอเมริกันเราสามารถซื้อเครื่องได้ ๓ เครื่องพร้อมทั้งอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบถ้วนและใช้ปฏิบัติงานได้ทันที. เครื่องนี้ไม่ต้องอาศัยเครื่องสูบดันเลือด, มีความจุไม่เกิน ๑๐๐ มล. ดังนั้นไม่ต้องใช้เลือดบรรจุก่อนลงมือ. อีกประการหนึ่งขนาดของถังที่ใส่น้ำยาล้างมีความจุประมาณ ๓๐๐ ลิตร จึงไม่จำเป็นต้องเสียเวลาเปลี่ยนน้ำยาล้างบ่อยเกินกว่าวันละครั้ง. ส่วนชนิดอื่น ๆ ต้องเปลี่ยนทุก ๒-๓ ช.ม. อุณหภูมิของน้ำยาที่ใช้ในเครื่องอื่น ๆ ประมาณ ๓๗° ซ. แต่เครื่องนี้ใช้ตู้เย็นธรรมดาแช่น้ำยาล้างทำให้อุณหภูมิของน้ำยาล้างอยู่ใกล้ ๐° ซ. ได้, ซึ่งทำให้เกิดผลดีหลายประการคือ (๑) ใช้จำนวนเฮปารินน้อยลงทำให้หมดเปลืองน้อย และตัดปัญหาของการตกเลือดเกินจำเป็นให้น้อยลง, (๒) ลดการเจริญของบัคเตรีในน้ำยาล้างซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่คนไข้ถ้ามีจำนวนมาก, (๓) เครื่องนี้มีความต้านทานน้อย, ไม่ต้องใช้เครื่องสูบดันเลือด ซึ่งทำให้ลดอันตราย





รูปที่ ๖





COUNTER-CURRENT

รูปที่ ๗

จากการแตกของเม็ดเลือดและเกล็ดเลือดลงได้, มีสมรรถภาพค่อนข้างดีและสะดวกในการใช้.

เพื่อจะช่วยให้การใช้ไตเทียมไปในทางที่เป็นประโยชน์จริง ๆ จำต้องเข้าใจเสียก่อนว่าไตเทียมทำอะไรได้บ้าง. ไตเทียมเป็นเพียงเครื่องมือที่สามารถแก้ไขการเปลี่ยนแปลงในด้านความไม่สมดุลย์ของสารน้ำ, อิเล็คโตรลัยท์, และกรด-ด่าง, และแยกเอาสารพิษที่ถูก ไดอะลัยส์ ได้ออกไป. นอกเหนือไปกว่านี้ไตเทียมแก้ไขไม่ได้. ไตเทียมเป็นเครื่องมือที่สามารถเพียงประคับประคองชีวิตของคนไข้ที่มีพยาธิสภาพในไตเท่านั้น, ส่วนพยาธิสภาพนั้นจะหายหรือดีขึ้นได้อยู่ที่ตัวคนไข้และโรคที่คนไข้เป็น. ไตเทียมช่วยประทังชีวิตคนไข้ให้อยู่นานต่อไป เพื่อพยาธิสภาพในไตอาจมีโอกาสฟื้นตัวและกลับสู่สภาพปรกติหรือดีพอที่จะทำหน้าที่ต่อไปได้.

ในด้านการแยกสารที่เป็นพิษต่อร่างกายบางอย่างไตเทียมมีประโยชน์มาก, เพราะสามารถลดระดับสารเหล่านี้ในเลือดได้อย่างรวดเร็ว, เป็นการช่วยลดความรุนแรงหรือแก้ภาวะแทรกซ้อนได้. ด้วยเหตุนี้ไตเทียมจึงมีประโยชน์อย่างมากในรายต่อไปนี้ (๑) มีอาการของ ยูรีเมีย ที่มีสาเหตุเนื่องจากไตล้มอย่างฉับพลัน, (๒) มีสารเป็นพิษในร่างกาย, เช่นในรายที่ ซาลิซีย์เลต โบรไมด์, บาร์บิตูเรท, เอธิย์ลีน กลัยคอล, ดอริเด็น ฯลฯ เป็นพิษเป็นต้น,[6,7] (๓) เป็นโรคไตล้มเรื้อรังแล้วมีโรคอื่นมาแทรกทำให้อาการ ยูรีเมีย กำเริบ,[8] การใช้ไตเทียมอาจช่วยผู้ป่วยได้บ้าง, (๔) ในรายที่บวมไม่ยุบหรือต่อต้านการรักษาโดยทางยาเนื่องจากโรคหัวใจล้มเรื้อรังหรือจาก เนโฟรติค ซิย์นโดรม, การใช้ไตเทียมก็เป็นการช่วยขับน้ำและเกลือที่คั่งอยู่ได้, (๕) เซปาติค โคม่า, ผลของการใช้ไตเทียมในโรคนี้ยังไม่แน่นอน, (๖) คิโตสิส จากโรคเบาหวาน, ได้มีผู้ทดลองรักษาด้วยไตเทียมแต่มีรายงานน้อยรายที่สนับสนุนการใช้ไตเทียมในการรักษาภาวะนี้เป็นประจำ.

เนื่องจากไตเทียมเป็นแต่เพียงเครื่องมือช่วยรักษา, ไม่ใช่แทนการรักษาโดยทั่ว ๆ ไป, ผลการรักษาขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเข้าใจในโรคและพยาธิสภาพของแต่ละโรคตลอดจนเรื่องดุลย์กรด, ด่าง, สารน้ำและอิเล็คโตรลัยต์ได้ดี, ไม่ใช้ไตเทียมในทุกรายที่เป็นโรคดังกล่าว, ควรมีหลักยึดถือไว้, เป็นต้นว่าควรใช้ไตเทียม

ช่วยรักษาผู้ป่วยที่มีปัสสาวะน้อยกว่า ๔๐๐ มล. ต่อวัน และมีการคั่งของสารยูเรียไนโตรเจนเกิน ๑๐๐ มก.ป.ซ. ขึ้นไป, หรือมีโปตัสเสียม ในซีรัม มากกว่า ๗ มิลลิอีควิวาเล็นท์, มี คาบอนไดอ๊อกไซด์ น้อยกว่า ๑๒ มิลลิอีคว., หรือมีอาการของ ยูรีเมีย ซึ่งถือเป็นการตัดสินจากอาการทางคลินิค, เช่นมีอาการมึนซึมมากกว่าปรกติ ฯลฯ, และสติเลื่อนลอย.

ที่แล้ว ๆ มาการใช้ไตเทียมเพื่อช่วยรักษาผู้ป่วยเป็นการใช้ในรายที่มีอาการหนักมาก. ยังมีส่วนมากนิยมใช้ไตเทียมเป็นการช่วยรักษาแบบป้องกัน, คือใช้รักษาก่อนที่จะมีอาการรุนแรงหรือก่อนที่ภาวะแทรกซ้อนของ ยูรีมิค ซิย์นโดรม จะเกิดขึ้น. โดยการตรวจและติดตามดูอาการและ อาการแข้งของผู้ป่วยพอจะเป็นเครื่องช่วยตัดสินได้ว่ารายใดสมควรจะได้รับการรักษาช่วยด้วยไตเทียม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการเพิ่มของสารปฏิกูล หรือมีโปตัสเสียม ขึ้นสูงมาก, (ซึ่งภาวะเช่นนี้มักพบย่อย ๆ ในรายที่ไตล้มเหลวในปัจจุบัน, มีโรคติดเชื้อ, มีเนื้อตายอยู่มากจากการรับอันตรายหรือจากแผลไหม้) เนื่องจากมี คะตาโบลิสม์ สูง. เมื่อได้ตัดสินใจที่จะใช้ไตเทียมช่วยรักษา, สิ่งแรกที่ต้องทำได้แก่การเอาแคนนูล่า ใส่หลอดเลือด, ซึ่งตามปรกติใช้หลอดเลือดแดง เรเดียล และหลอดเลือดดำเซฟาลิค ข้างเดียวกัน. ในการนี้ควรขอความ ช่วยเหลือจาก ศัลย แพทย์ ผู้มี ความชำนาญในด้านนี้.(9)

ส่วนผสมของน้ำยาล้างก็แล้วแต่แพทย์ผู้ทำจะตัดสินแต่ละราย ๆ ไป. โดยทั่วไปมักใช้ส่วนผสมดังนี้คือ :

จำนวน โซเดียม ทั้งหมด ๑๓๐-๑๓๕ มิลลิอีควิ./ลิตร

(คิดเป็น โซเดียม ฆลอไรด์ ๑๐๐—๑๐๕ มิลลิอีควิ./ลิตรและ โซเดียมไบคาร์บอเนต ๓๐-๓๕ มิลลิอีควิ./ลิตร)

แคลเซียม ฆลอไรด์ ๕ มิลลิอีควิ/ลิตร

กลูโคส ๒๐๐-๒,๐๐๐ มก.ป.ซ.

ถ้าให้กลูโคสมาก, ให้ลดจำนวนโซเดียม ตามส่วน

โปตัสเสียม ๐, ๒-๓ มิลลิอีควิ./ลิตร

(แม็กนีเซียม ตามปรกติไม่ให้.)

เพื่อให้ พีเอช ของน้ำยาอยู่ระหว่าง ๗.๔-๗.๕, แทนที่จะใช้ คาร์บอนไดอ๊อกไซด์ กับ อ๊อกซิย์เจ็น ปุดผ่านน้ำยาซึ่งเป็นการยุ่งยาก, ผู้เขียนได้ลองใช้กรด แล็คติค ประมาณ ๙๐—๑๑๐ มล. ต่อน้ำยา

๓๐๐ ลิตร.

ถ้าทุกอย่างเรียบร้อยตั้งแต่เริ่มต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเลือดไหลผ่านดีแล้ว, การเย็บคนไข้ก็เย็นไปตามปรกติ. เนื่องจากหลอด เซ็ลโลเฟน ที่ใช้มีความยาวมาก, คนไข้สามารถพลิกตัวหรืองอแขนได้ตามสบาย, ซึ่งเป็นหลักอันหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยที่มี ยูรีมิค ซินโดรม. ตลอดเวลา ๒๔ หรือ ๔๘ ช.ม. ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาช่วยด้วยไตเทียมควรจะทดสอบเวลาแข็งตัวของเลือดอย่างน้อย ๑ ครั้ง. ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้นระหว่างที่ทำการรักษาอยู่, การให้น้ำและยาก็เย็นไปตามปรกติ.

นับว่าเป็นโชคดีของโรงพยาบาลของเราจะได้มีไตเทียมใช้ในการรักษาผู้ป่วยภายในเร็ว ๆ นี้. แต่การมีไตเทียมก็เป็นภาระผูกพันต่อแผนกของโรงพยาบาลในเรื่องแพทย์, แพทย์ผู้ช่วย, พยาบาลและพนักงานเทคนิค, ตลอดจนค่าใช้จ่ายและสถานที่, ซึ่งถ้าเทียบกับต่างประเทศแล้ว, เราได้คิดดัดแปลงให้เอามาใช้ได้ในราคาถูกกว่ามาก. ความเจริญของหน่วยที่ตั้งใหม่นี้ย่อมขึ้นอยู่กับการสนับสนุนของทางการในเวลาต่อไป.

ในที่สุดนี้ขอขอบคุณ น.พ. นันทวัน พรหมผลิน ที่ได้ช่วยกรุณาจัดทำภาพประกอบ.

เอกสาร

1. Abel, J.J., L.G. Rowntree, B.B. Turner: J. Pharm. Exper. Therap. 1913, 5:275.

2. Neckeles, H. : Klin. Wschr. 1923, 2, 11 : 1257, 1888. จาก Kolff, W.J. : The Artificial Kidney 1946, Holland, J.K. Kok, N.V. Kampen, p. 13.

3. Lim, H. Neckeles: Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1926–1927, 24:197.

4. Thalheimer, W.: Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1938, 37:641.

5. Kolff, W.J.: Acta Med. Scand. 1944,117:11.

6. Schreiner, G.E.: AMA. Arch. Int. Med. 1958,102:896–913.

7. Schreiner, G.E., L.B. Berman, R. Kovach, H.A. Bloomer: AMA. Arch. Int. Med. 1958,101:899–911.

8. Scribner, B.H., R. Buri, J.E.Z. Caner, R. Hesstrom, J.M. Burnell: Trans. Amer. Soc. Art. Int. Organs 1960, 6:114.

9. Quinton, W., D. Dilland, B.H. Scribner: Trans Amer. Soc. Art. Int. Organs 1960,6:104.

การเตรียมผู้ป่วยหลังการตัดขาเพื่อใส่ขาเทียม

ดำรง กิจกุศล พ.บ.

(แผนกศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ)

การที่ผู้ใดผู้หนึ่งจะเสียขาไปบางส่วนหรือทั้งขาก็ตาม, มิได้หมายความว่าผู้นนจะต้องเป็นผู้พิการไปตลอดชีวิตอย่างที่บางคนเข้าใจ. ถ้าจะมีความพิการอยู่บ้างก็เป็นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น, คือระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะรับการใส่ขาเทียม (Preprothesis) และระยะนจะยาวหรือสั้นย่อมขึ้นอยู่กับความร่วมมือของแพทย์, นักกายบำบัด, และตัวผู้ป่วยเอง. ผู้ป่วยจะใช้ขาเทียมได้ดีหรือเลวเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับสาเหตุหลายประการด้วยกันนอกเหนือไปจากเทคนิคของการทำขาเทียม, เช่นตำแหน่งของขาที่ตัด (โปรดดูจดหมายเหตุการแพทย์เล่มประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๐๔ ประกอบด้วย), ลักษณะทั่วไปของส่วนโคนเหลือตัด (สะตัมป์) อายุของผู้ป่วย, ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย, โรคแทรกซ้อน, และที่สำคัญก็คือการเตรียมผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดถูกต้องดีเพียงใด. เท่าที่ผ่านมาแล้วความรับผิดชอบของศัลยแพทย์มักจะสิ้นสุดลงเมื่อแผลของผู้ป่วยหายแล้ว. แต่ที่ถูกจะเป็นเช่นนั้นหาควรไม่. แพทย์จะต้องมีความรับผิดชอบต่อไปจนกว่าจะถึงเวลาที่ผู้ป่วยรับการใส่ขาเทียมแล้ว.

การบริบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต้องคำนึงถึงทั้งทางร่างกายและจิตใจ.

การบริบาลทางจิตใจมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยพวกนี้, เพราะส่วนมากมีปมด้อย, เพียงแต่คิดว่าตนเป็นคนพิการขาด้วนเท่านั้นก็หมดกำลังใจเสียแล้ว. ผู้ป่วยบางคนเคยเล่าว่าบางครั้งถึงกับคิดอยากฆ่าตัวตายก็มี. บ้างก็ห่วงว่าจะต้องออกจากงานและจะหางานทำไม่ได้, เพราะบ้านเรายังไม่มีกฎหมายใดให้ความคุ้มครองหรือช่วยเหลือคนพวกนี้. เรื่องที่คนไข้มักกังวลมากอีกอย่างหนึ่งก็คือความรู้เกี่ยวกับขาอันใหม่ที่จะได้มานั้น, ว่าจะใช้ได้ดีแค่ไหน, หนักสักกี่กิโลกรัม, หัวเข่างอได้ไหม, ใส่แล้วทำอะไรได้บ้าง, จะหกล้มบ่อย ๆ หรือไม่ ฯลฯ, ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะหมดไปทันทีที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะสังสรรกับผู้ที่เคยใช้ขาเทียมมา

แล้ว. แต่ถ้าไม่มีโอกาสเช่นว่านี้ก็ย่อมเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือพยาบาลที่จะต้องมีความรู้ในเรื่องขาเทียมพอควร, เพื่อจะได้พออธิบายให้ผู้ป่วยหายข้องใจได้. ถ้าผู้ป่วยคนใดมีความกลัดกลุ้มกังวลใจมากเกินปรกติก็เป็นการจำเป็นที่จะต้องมีจิตแพทย์มาร่วมให้การรักษาด้วย. นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ก็นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อคนไข้เหล่านี้ในการช่วยติดต่อกับนายจ้างเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้, และถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนอาชีพก็เป็นหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์จะต้องช่วยเหลือจัดหางานใหม่ให้, หรือช่วยจัดหาที่สำหรับฝึกอาชีพใหม่ให้.

การบริบาลทางร่างกายมีความสำคัญโดยตรงต่อการใช้ขาเทียม. ผู้ป่วยที่อ้วนมากนับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใส่ขาเทียม, เพราะเนื้อของส่วนโคนเหลือตัดมากเกินไป, ขาเทียมจะเทอะทะ, น้ำหนักมาก, หัดเดินก็ลำบาก. นอกจากนี้คนอ้วนยังมักจะมีโรคมากอีกด้วย, เช่นเบาหวาน, โรคหัวใจ, และความดันโลหิตสูงเป็นต้น, ซึ่งแต่ละโรคล้วนแต่เป็นอุปสรรคต่อการหัดใช้ขาเทียมทั้งสิ้น.

ส่วนอื่น ๆ ของร่างกายนอกจากตัวโคนเหลือตัดเองก็ต้องรับการบริหารให้แข็งแรงด้วย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าท้องและแขน, รวมทั้งขาข้างที่เหลืออยู่ด้วย.

สำหรับที่ตัวโคนเหลือตัดเอง, การป้องกัน คอนแทรคเชอร์ ต้องเริ่มแต่หลังผ่าตัดทีเดียว. การใช้หมอนหนุนใต้โคนเหลือตัดถือเป็นข้อห้ามและไม่ควรทำ. โดยเฉพาะพวกขาที่ตัดเหนือเข่าจะเกิด คอนแทรค-เชอร์ ได้ง่ายและเร็วอย่างไม่น่าเชื่อ, เพราะกล้ามเนื้อพวกที่ใช้สำหรับเหยียดเข่าและหุบขานั้นถูกตัดออกมากกว่า, ยิ่งสั้นเท่าใดความโน้มเอียงที่จะเกิดการงอและกางออกก็ยิ่งมากเท่านั้น. แต่ในทางปฏิบัติจริง ๆ ถ้ายังคัยไม่ให้งอโคนเหลือตัดเลยผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บมาก. ถ้าได้งอแล้วสบาย, โดยเฉพาะในวันแรก ๆ หลังผ่าตัด. ดังนั้นเท่าที่ทำในศิริราชเวลานี้เรายอมให้ใช้หมอนหนุนได้ใน ๔๘-๗๒ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด. หลังจากนั้นต้องให้วางราบหรือหาถุงทรายทับ (ใช้ถุงทรายสองใบเย็บต่อกันด้วยแถบผ้าวางทับบนโคนเหลือตัด). ทางที่ดีคือหัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำมากที่สุดเท่าที่จะมากได้, เพราะในท่านอนคว่ำนี้โคนเหลือตัดจะถูกเหยียดออก. วิธีเลี่ยงอย่างหนึ่งของผู้ป่วยก็คือลุกขึ้นนั่ง, ซึ่งเท่ากับได้งอโคนเหลือตัดเหมือนกัน,



๑. สะตั้มที่ดีจะมีรูปเรียวอย่างนี้



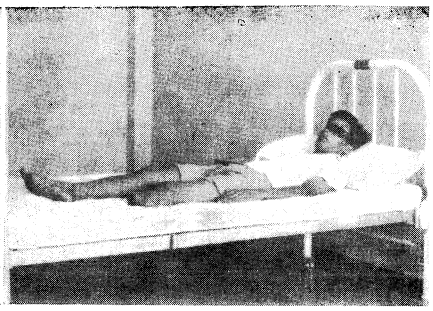
๒. วิธีพันผ้ายืดสำหรับพวกตัดใต้เข่า



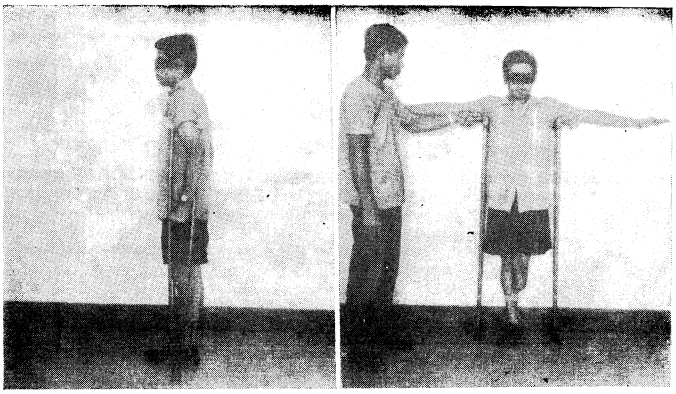
๓. สะตั้มที่ไม่ได้พันด้วยผ้ายืด แม้จะตัดไปนานแล้วก็ยังไม่ได้รูปดี



๔. ท่านอนที่ถูก



๕. ท่านอนที่ถูก



๖. และ ๗. ขนาดของครัทช์ที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ตัดขา

หรือมิฉะนั้นก็นอนตะแคงในท่างอขา.

สำหรับพวกโคนเหลือตัดที่ขาดใต้เข่าก็ห้ามใช้หมอนหนุนใต้ข้อเข่าเช่นเดียวกัน. ต้องพยายามให้ข้อเข่าอยู่ในท่าเหยียดเสมอ ถ้าต้องการจะยกขาสูงก็ควรใส่เฝือกรับหลังขาในท่าเข่าเหยียด, แล้วจึงยกขนสูงทั้งขา.

ต้องพยายามให้ผู้ป่วยหัดทำการเคลื่อนไหวข้อที่อยู่เหนือขึ้นไปทันทีที่จะทำได้โดยไม่เจ็บปวดมาก. ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อนั้นแข็งหรือเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าปรกติ.

การใช้ผ้าพันชนิดยืด (อิลาสติค แบนเดจ) มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับโคนเหลือตัดทุกอัน, เพื่อให้ยุบเร็วและได้รูปเหมาะแก่การใส่ขาเทียม. ส่วนเหลือตัดที่ปล่อยไปตามบุญตามกรรมนั้น, บางครั้งตั้ง ๕-๖ เดือนก็ยังบวมอยู่, ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลารอการใส่ขานานเกินกว่าที่จำเป็น. มีผู้ป่วยจากต่างจังหวัดจำนวนมากที่มาถึงแล้วต้องเสียเวลาตั้งต้นพันผ้ายืดกันใหม่นับหลาย ๆ สัปดาห์. นอกจากจะเป็นการเสียเวลาแล้ว, ยังต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสำหรับพักอยู่ในกรุงเทพ ฯ มากกว่าที่ควรอีกด้วย. ส่วนโคนเหลือตัดที่ยังไม่ได้ที่ย่อมไม่เหมาะที่จะทำขาเทียมให้, เพราะถ้าทำไปทั้งอย่างนั้นชั่วเวลาเพียงเดือนสองเดือนภายหลังใช้ขา, ส่วนโคนเหลือตัดจะยุบลงโดยเร็วและช่องรับ (ซ็อคเค็ต) ก็จะหลวมใช้การไม่ได้. ตามความเป็นจริงแล้วส่วนโคนเหลือตัดทุกอันจะต้องหดเล็กลงภายหลังการใช้ขาทั้งนั้น, แต่ถ้าได้รับการพันผ้ายืดมาถูกต้องดีแล้ว, แม้จะหดก็เพียงเล็กน้อยซึ่งเราแก้ไขได้โดยการเพิ่มถุงหุ้มโคนเหลือตัดก็เป็นการเพียงพอ.

หลักของการพันคือต้องพันให้ถูกวิธี, มิฉะนั้นแล้วจะให้โทษมากกว่าเกิดประโยชน์. ควรเริ่มต้นพันเมื่อแผลของผู้ป่วยหายดีแล้ว. สำหรับพวกตัดใต้เข่านั้นหัดให้ผู้ป่วยพันเองได้. แต่พวกที่ตัดเหนือเข่าต้องมีผู้ช่วยพันจึงจะดี. ผ้าที่ใช้ ๆ ย่อมใหนก็ได้. พวกใต้เข่าใช้ขนาดกว้าง ๔ นิ้วฟุต. ส่วนพวกเหนือเข่าควรใช้อย่าง ๖ นิ้วจึงจะดี, และอย่างน้อยต้องใช้สองม้วนต่อกัน. การพันต้อง *พันตอนปลายให้แน่นกว่าตอนโคน*, และไม่ควรพันเป็นแยบพันรอย ๆ, ควรพันทะแยง, จึงจะได้รูปสวย. โดยเฉพาะต้องอย่าให้ผ้าไปรัดแน่นตรงที่ใดที่หนึ่ง, จะกลายเป็นรัดห้ามเลือดไป. พวกตัดเหนือเข่าต้องพันให้สูงขึ้นมาถึงตะโพกด้วยเป็นแยบสะโพกก้า, มิฉะนั้นจะหลุดได้ง่าย, และควรพันในท่ายืนเพื่อจะได้เหยียดขาได้เต็มที่. สำหรับ

พวกใต้เข่าก็ต้องถือหลักเดียวกันคือพันขึ้นมาให้ถึงเหนือเข่า, โดยเยียดตรงเข่าให้โหว่ไว้, ผู้ป่วยก็ยังคงงอและเหยียดเข่าได้ตามเดิม. การพันที่ไม่ถูกวิธีเป็นการให้โทษมาก, เป็นการทำลายรูปของส่วนโคนเหลือตัด, สู้อย่าพันเลยจะดีกว่า. ถ้ารู้สึกว่าจะหลวมไปก็ต้องพันใหม่, และมักจะต้องพันใหม่วันละ ๒ – ๓ ครั้งเสมอ. ควรพันไว้ตลอดเวลาเว้นเวลาอาบน้ำเท่านั้น. แต่ถ้ารำคาญมากตอนกลางคืนจะเอาออกก็ได้.

ในการออกกำลังในส่วนโคนเหลือตัด, ผู้ป่วยควรเริ่มเคลื่อนไหวส่วนนั้น ภายหลังการผ่าตัด ๔๘ – ๗๒ ชั่วโมง. ค่อย ๆ เริ่มทีละน้อย ๆ จนสามารถทำการเคลื่อนไหวได้เท่าหรือเกือบเท่าปรกติ. สำหรับการบริหารโดยมีน้ำหนักถ่วงนั้นควรเริ่มเมื่อแผลผ่าตัดหายดีแล้ว, โดยอาศัยลูกรอกและน้ำหนักช่วย. ต้องใช้น้ำหนักทีละน้อย ๆ ก่อน แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้น. พวกตัดใต้เข่าให้หัดทำท่างอและเหยียด. ส่วนพวกตัดเหนือเข่าต้องหัดทำท่างอ, เหยียด, กางขา, หุบขา, และควงขาด้วย. ควรหัดทำไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะถึงเวลาใส่ขาเทียม, ซึ่งโดยทั่วไปก็ประมาณ ๓-๔ เดือน. การออกกำลังส่วนโคนเหลือตัดนี้นอกจากจะช่วยให้แข็งแรงแล้ว, ยังเป็นการแก้ คอนแทร็ค-เซอร์ อย่างดีอีกด้วย.

เกี่ยวกับสุขลักษณะของส่วนโคนเหลือตัด, ผู้ป่วยจะต้องหมั่นดูแลรักษาให้สะอาดและสมบูรณ์อยู่ตลอดเวลา, เพราะส่วนนี้จะต้องเสียดสีกับช่องรับอยู่เสมอ. ถ้าหากส่วนโคนเกิดมีแผลหรือเป็นโรคผิวหนังขึ้นก็จะทำความยุ่งยากให้กับผู้ป่วยอย่างมาก, อาจถึงทำให้ต้องหยุดใช้ขาเทียมชั่วคราวก็ได้.

ส่วนโคนเหลือตัดควรจะต้องชำระล้างด้วยสบู่อย่างน้อยวันละครั้ง, เช็ดให้แห้งแล้วนวดด้วยแรงพอควรทุกวัน. การนวดอาจใช้น้ำมันโอลีฟทาบาง ๆ หรือใช้แป้งโรยก็ได้. การนวดบ่อย ๆ จะช่วยให้ผิวหนังขยับเขยื้อนง่ายและช่วยการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้นด้วย.

ระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการใส่ขาอยู่นั้น, ต้องหัดให้เดินโดยอาศัยไม้ยันรักแร้(ครัทช์) ไม่ควรให้ถัดไป, หรือคลาน, หรือเดินด้วยเข่า. ถ้าผู้ป่วยหัดใช้ไม้ยันได้ถูกต้อง, เดินได้ท่าทางดี, ส่ายผึงผายแล้ว, เมื่อถึงเวลาเดินด้วยขาเทียมก็จะเดินได้ดีด้วย. แต่การจะใช้ไม้ยันรักแร้ได้ดีนั้น, นอกจากไม้จะต้องมีความยาวถูกต้องแล้ว, ผู้ป่วยจะต้อง

มีกล้ามเนื้อของลำตัวและแขนแข็งแรงด้วย. วิธีบริหารอย่างง่าย ๆ และจะต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่บนเตียงก็คือการออกกำลังโดยการขืนข้อ (push-up) และยกตัวจากท่านอน.

ความยาวของไม้ยันรักแร้ต้องมีขนาดพอเหมาะ. วิธีวัดคือให้ผู้ป่วยยืนตัวตรง, กางแขนทั้งสองข้างออก, วัดตั้งฉากจากพื้นให้ขอบบนของครัทช์อยู่ต่ำกว่าซอกรักแร้ประมาณ ๒ นิ้วมือ. ส่วนระยะของไม้ขวางสำหรับมือจับนั้นหาได้โดยให้ผู้ป่วยวางแขนอยู่ในท่างอข้อศอกเล็กน้อย, ประมาณ ๒๕-๓๐°. ขนาดของไม้ขวางนี้ต้องไม่ใหญ่หรือเล็กเกินไป, ควรมีขนาดพอดีกับอุ้งมือ.

วิธีเดินด้วยไม้ยันรักแร้ที่ถูกนั้น, น้ำหนักตัวทั้งหมดจะต้องอยู่ที่ข้อมือ, ไม่ใช่ปล่อยน้ำหนักตัวลงบนรักแร้, ซึ่งนอกจากจะทำให้ท่าเดินไม่สวยแล้ว, ยังมีอันตรายต่อเส้นประสาทและเส้นโลหิตในบริเวณนั้นด้วย. ท่าเดินอย่างนี้อาจทำให้เกิดอัมพาตเพราะไม้ยันได้.

นอกจากจะหัดให้เดินด้วยไม้ยันรักแร้แล้ว, จะต้องหัดให้ผู้ป่วยรู้จักกระโดดไปได้โดยไม่ต้องมีไม้ยันอีกด้วย. เวลาจะไปไหนเพียง ๒-๓ ก้าวก็จะได้กระโดดไปได้, เช่นเวลาแต่งตัว, หรือเวลาเกิดเหตุฉุกเฉิน, เช่นไฟไหม้ในที่ใกล้ ๆ จะมัวใส่ขาอยู่ก็ไม่ทัน, ก็จำต้องคว้าขาเทียมกระโดดหนีไปให้พ้นระยะอันตรายก่อน, แล้วจึงใส่ขาต่อไป.

สรุป

การเตรียมผู้ป่วยภายหลังการตัดขาแล้วนั้นมีความสำคัญต่ออนาคตของผู้ป่วยที่จะใส่ขามาก. ผู้ป่วยจะใช้ขาเทียมให้ดีไม่ได้, ถ้าการเตรียมผู้ป่วยไม่ดี. ในการนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์, จิตแพทย์, นักกายบำบัด, และนักสังคมสงเคราะห์ด้วย, และจะต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่บนเตียง. ความกังวลใจของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่จะต้องคำนึงถึงและช่วยปลดเปลื้องให้หมดไป. การออกกำลังส่วนโคนเหลือตัดและใช้ผ้ายืดพันนั้นจะต้องทำทุกราย. ร่างกายโดยทั่วไปก็จะต้องได้รับการบริหารให้แข็งแรงด้วย. ผู้ป่วยจะต้องใช้ไม้ยันรักแร้เป็น, และในเวลาเดียวกันก็ต้องรู้จักกระโดดไปได้โดยไม่มีไม้ยันด้วย.

การให้ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยนั้นเป็นของดีก็จริง, แต่ก็ต้องมีปริมาณที่พอเหมาะพอควรเท่านั้น. ถ้าให้มากเกินไปก็

จะกลับเป็นโทษ, ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่มีประโยชน์และไม่มีความสามารถ, แล้วก็จะเกิดเป็นปมด้อย. ต้องพยายามให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้. ต่อไปเขาก็จะเกิดความรู้สึกว่าเขาทำอะไรต่ออะไรเองได้แล้ว, เขาไม่ใช่คนพิการ, ไม่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น, ความภาคภูมิใจก็จะตามมา. การทำให้คนขาขาดกลับเดินได้อย่างเดิมเท่านั้นหาเป็นการเพียงพอไม่, เราจะต้องพยายามช่วยให้เขากลับเข้าสู่สังคมเดิมของเขาได้ด้วย.

---

๑ ๗๒ พรรษกาล ใช่นานเนิ

ศิริราชเดิน ยังไม่ถึง ซึ่งประสงค์
ผิบากบั่น หมั่นถากถาง ทางจำนง
ศิริราชคง ถึงที่หมาย ง่ายดายเอย.

จ.ช.

กำเนิดพยาธิของโรคเยื่อฮัยอะลีนของปอด

ณัฐ ภมรประวัติ พ.บ., D.Sc.Med. (Penn.)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ตณสุรัต)

โรคเยื่อ ฮัยอะลีน ของปอด (Pulmonary hyaline membrane disease) เป็นโรคสำคัญโรคหนึ่งที่ทำให้ทารกแรกคลอดต้องเสียชีวิตไปเป็นจำนวนมาก. ทารกที่เป็นโรคนี้มักจะหายใจได้สะดวกเมื่อแรกคลอด หรือหายใจขัดเพียงเล็กน้อย. ต่อไปก็หายใจได้เรียบร้อย. จนกระทั่ง ๓–๔ ชั่วโมงภายหลังคลอดก็เริ่มมีการหายใจผิดปรกติ และเริ่มมีอาการเขียวคล้ำ. พบว่าผนังอก, โดยเฉพาะกระดูกสันอก (สเตอร์นัม) มีอาการหดบุ๋มเข้าไป. ภาพเอ็กซเรย์ของปอดมีลักษณะที่มีความทึบในส่วนแกรนูล่าร์ (granular density) เพิ่มขึ้นโดยทั่วไป. ผู้ป่วยบางรายหายจากโรคนี้ได้, แต่ส่วนมากตายภายใน ๒๔ ถึง ๔๘ ชั่วโมง. ในการตรวจศพพบว่าปอดของทารกที่ตายด้วยโรคนี้มีขนาดใกล้เคียงกับปอดของทารกรุ่นราวคราวเดียวกันที่ตายด้วยสาเหตุอื่น. แต่เมื่อจับดูรู้สึกว่าเนื้อแข็งกว่าปอดของทารกอื่น. สีของปอดแดงคล้ำ, มีอากาศอยู่ในถุงลมเพียงเล็กน้อย. เมื่อตัดเซ็คชั่นดูด้วยกล้องจุลทัศน์พบว่ามีอะตีเล็คเตสิส ของถุงลมเป็นหย่อม ๆ, มีเลือดคั่งและบวมน้ำมาก. นอกจากนี้พบว่ามีเยื่อยาง ๆ ย้อมติดสีอีโอซิน เป็นสีแดง, บุผนังถุงลมทั่วไป. ถ้าทารกตายภายใน ๖ ชั่วโมงหลังคลอด ปริมาณเยื่อนี้จะมีน้อย. แต่ถ้าทารกตายระหว่าง ๖–๒๔ ชั่วโมง, จะพบเยื่อมากในถุงลมทั่วไป, และถ้าตายภายหลัง ๒๔ ชั่วโมงไปแล้ว, มักจะพบว่ามีการอักเสบของถุงลมร่วมด้วย, คือมีเม็ดเลือดขาวและมาโครเฟจ เข้าไปในถุงลม, ซึ่งเชื่อกันว่าเกิดเพราะมีการติดเชื้อโรคเข้าซ้ำเติม (เซคันดารี่ อินเฟคชั่น). การวิเคราะห์ผลการศึกษาทางคลินิคในผู้ป่วยจำนวนมากได้ทำให้พบข้อสังเกตสำคัญหลายอย่างที่เกี่ยวกับโรคนี้. โรคนี้มักพบในทารกคลอดก่อนกำหนด, โดยเฉพาะในรายที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๑,๐๐๐–๒,๐๐๐ กรัม, ไม่พบในทารกตายก่อนคลอด. แม้จากวารสารจะเคยมีผู้อ้างว่า

อาจพบได้ในทารก ๒—๓ ราย, ก็มักพบในทารกที่มารดาเป็นโรคเบาหวาน และในรายที่คลอดโดยผ่าออกทางหน้าท้อง. เคยมีผู้เสนอรายงานว่าโรคนี้พบได้น้อยในคนตะวันออก, คือพบเพียง ๑ รายจากการตรวจศพ ๒๑๕ รายในประเทศอินเดีย. แต่ข้อนี้ไม่เป็นความจริง เพราะตามสถิติของแผนกสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, โรงพยาบาลศิริราช, ในทารก ๓๔๔ รายที่ตายในระยะรอบการคลอด (เพอริเนตัล) ระหว่างตุลาคม ๒๕๐๑ ถึง พฤศจิกายน ๒๕๐๒ เราพบทารกที่ตายด้วยโรคนี้ถึง ๒๔ ราย, ซึ่งเท่ากับ ๒๒.๔ ปซ. ของทารกที่ตายโดยโรคของระบบทางเดินหายใจในระยะรอบการคลอดทั้งสิ้น. นอกจากนี้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลเด็กก็พบหลายรายในปีหนึ่ง ๆ.

เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ทำให้ทารกที่มีอาการหายใจไม่สะดวกต้องเสียชีวิตเป็นจำนวนมากทั้งยังไม่มีผู้ใดรู้ว่าสาเหตุหรือพยาธิกำเนิดของโรคเป็นอย่างใด, จึงเป็นโรคที่มีผู้สนใจ. ทุก ๆ ปีจะต้องมีรายงานการศึกษาโรคนี้ออกมาหลายสิบเรื่องในแง่ต่าง ๆ, เช่นสรีรวิทยา, พยาธิวิทยา, ชีวเคมี, ตลอดจนการทดลองทำให้เกิดโรคในสัตว์ด้วยกรรมวิธีต่าง ๆ. ผู้เขียนไม่มีความประสงค์ที่จะรวบรวมเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคเยื่อฮัยอะลีน ของปอดมาไว้ในที่นี้จนครบถ้วน, แต่ต้องการเพียงที่จะกล่าวถึงงานค้นคว้าบางชิ้นที่คิดว่ามีความสำคัญที่จะช่วยให้ความกระจ่างเกี่ยวกับกำเนิดพยาธิของโรคนี้เท่านั้น.

ปัญหาที่ว่า เยื่อฮัยอะลีน เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้ทารกตายหรือไม่, เป็นเรื่องที่มีผู้โต้เถียงกันมาก. ในสมัยแรก ๆ ได้ยอมรับกันว่าเยื่อที่เกิดขึ้นคงจะขัดขวางการแลกเปลี่ยนแก๊สภายในปอดโดยตรง, ซึ่งมีผลทำให้เกิดมีอาการเขียวคล้ำเพราะขาดออกซิเจนขึ้น. เนื่องจากจำนวนเยื่อที่พบในปอดมีปริมาณแตกต่างกันได้มาก ๆ ในผู้ป่วยแต่ละราย, บางรายพบเยื่อมาก, บางรายพบน้อย, จึงมีผู้สงสัยว่าการที่เกิดเยื่อขึ้นนี้อาจเป็นผลของความผิดปรกติบางอย่างมากกว่าเป็นสาเหตุของการที่ทารกเกิดหายใจติดขัดขึ้น, และเมื่อเกิดมีเยื่อขึ้นแล้ว, ก็คงช่วยส่งเสริมให้การแลกเปลี่ยนแก๊สเป็นไปยากยิ่งขึ้น. ในการประชุมสัมนาเรื่อง เยื่อฮัยอะลีน ครั้งหนึ่งเคยมีผู้เรียกเยื่อนี้ว่าเป็น "eosinophilic herring" ที่ล่อให้นักศึกษาเรื่องนี้มัวสนใจอยู่กับธรรมชาติของ

เยื่อจนลืมนึกถึงต้นเหตุสำคัญของโรค.

ก่อนปี ๑๙๕๑ มีผู้เข้าใจกันว่า เยื่อฮัยอะลิน ประกอบด้วยสารที่มีอยู่ในน้ำคร่ำ (แอมนิโอติค ฟลูอิด) จนกระทั่งเคยมีผู้เรียกเยื่อนี้ว่า "vernix membrane". ต่อมามีผู้เสนอแนะว่าเยื่อนี้อาจเกิดจากพล้าสม่า โปรเทอิน โดยอ้างเหตุผลสนับสนุน ๓ อย่าง, คือ:

๑. พบเยื่อมากในทารกคลอดก่อนกำหนด.

๒. ในทารกคลอดก่อนกำหนดมีเพอร์มิเอบิลิตี้ ของหลอดเลือดฝอยสูงกว่าในทารกคลอดครบกำหนด.

๓. เคยมีผู้พบ เยื่อฮัยอะลิน ในเด็กและผู้ใหญ่ที่มีอันตรายต่อหลอดเลือดในปอดจากสาเหตุต่าง ๆ, เช่นโรคไวรัส, ยูรีเมีย, โรคคอลลาเจ็น, เป็นต้น.

การศึกษาทางฮิสโตเคมี ได้แสดงว่าเยื่อนี้ประกอบขึ้นด้วย ทัยโรซิน, อาร์จินิน, และ กลัยโคโปรเทอิน ที่ยังไม่ทราบรายละเอียดในโครงสร้าง. อาจพบไขมันและ DNA บ้างเล็กน้อย, แต่ไม่พบกรดฮัยอะลูโรนิค.

มีข้อสังเกตว่าจากการศึกษาโดยวิธีฮิสโตเคมี ไม่แสดงว่ามี ไฟบริน เป็นส่วนประกอบของเยื่อเลย. จนกระทั่งถึงปี ๑๙๕๗ Gitlin และ Craig จึงแสดงโดยวิธี ฟลูออเรสเซ็นต์ แอนติบอดีย์ ว่ามี ไฟบริน ปนอยู่ในเยื่อนั้น. งานชิ้นนี้มีความสำคัญมาก เพราะได้ตัดสินลงไปว่าเยื่อคงจะมีต้นตอมาจาก พล้าสม่า โปรเทอิน มากกว่าจากน้ำคร่ำ ซึ่งไม่มี ไฟบริน เป็นส่วนผสม.

Van Bremen และคณะได้ใช้กล้องจุลทัศน์อิเล็คตรอนศึกษา เยื่อฮัยอะลิน และได้พบว่าการเรียงตัวของใยต่าง ๆ ที่ประกอบเป็นเยื่อมีการเรียงตัวคล้ายใยที่เห็นใน ไฟบริน ซึ่งเป็นการสนับสนุนงานของ Gitlin และ Craig. เมื่อไม่นานมานี้ Carrone และพวกได้แสดงว่า เยื่อฮัยอะลิน เป็นสารผสมระหว่าง ไฟบริโนเจ็น ซึ่งอยู่ใน พล้าสม่า กับ แอซิด มูโคโปลิย์ ซัคฆาไรด์ ซึ่งอาจได้จากต่อมเมือกของเยื่อบุทางเดินหายใจหรือทางเดินอาหารหรือจากน้ำคร่ำก็ได้.

Lieberman ได้ตั้งปัญหาขึ้นว่า ตามปรกติเมื่อมี ไฟบริน เกิดขึ้นในอวัยวะใดก็ตามจะต้องมี ไฟบริโนลัยซิน ไปย่อยละลาย ไฟบริน ซึ่งเป็น โปรเทอิน แปลกที่นั้นเสีย, แต่เหตุใดจึงไม่มีการละลายในปอดของเด็กที่เป็นโรค เยื่อฮัยอะลิน. เขาจึงได้ทำการศึกษาอำนาจของ เอ็นซัยม์ ทำลาย ไฟบริน

ในปอดของทารกที่ตายจากโรคเยื่อ ฮัยอะลิน และพบว่ามีความผิดปรกติจริง, คือน้ำสกัดของ ปอดของทารก พวกนี้ไม่ สามารถ ปลุกฤทธิ์ของ plasminogen (profibrinolysin) ในหลอดทดลอง. การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากไม่มี ทิสชู แอ็คติเวเตอร์ หรือมี อินฮิบิเตอร์ สูงกว่าธรรมดา. ต่อมา Lieberman และ Kellog ได้ค้นคว้าต่อไป และได้ แสดงว่าปอดของทารกที่เป็นโรคเยื่อ ฮัยอะลิน ไม่มี พล้าสมิโนเจ็น แอ็คติเวเตอร์ เอ็นซัยม์, แต่ เอ็นซัยม์ นี้มี ในปอด ของ ทารกที่ ตาย จากสาเหตุอื่น. เขามีความเห็นว่าการขาดเอ็นซัยม์ นี้อาจเป็น ก่อน กำเนิด หรือเป็นความบกพร่องที่มีขึ้นเมื่อเกิดแล้วก็ได้.

เมื่อเราทราบแล้วว่า เยื่อฮัยอะลิน เกิดจาก ทรานซูเดต ของ พล้าสม่า โปรเทอิน, ก็มีปัญหาขึ้นว่าเหตุไรจึงมี ทรานซูเดต จากหลอดเลือดฝอยของถุงลม. การที่หลอดเลือดฝอยพวกนี้ยังเจริญไม่เต็มที่เป็น แฟคเตอร์สำคัญอันหนึ่งซึ่งยอมรับกันทั่วไปว่าคงจะทำให้ เพอร์มิเอบิลิตี้ ของ หลอด เลือดนั้น ๆ เพิ่มขึ้นอย่างมาก, ทำให้ พล้าสม่าของเลือดมีโอกาสรั่วออกไปได้. Cook ได้แสดงว่า ใน ทารก คลอด ก่อน กำหนด ที่น้ำหนัก น้อย กว่า ๕ ปอนด์ และเป็น โรค เยื่อ ฮัยอะลิน ของปอดจะมีการพยากรณ์เลว. ถ้าเซรุ่ม โปรเทอิน น้อยกว่า ๕ กรัม ปซ. ซึ่งชี้ถึงความสำคัญ ของ ความดัน ออสโมติค ส่วนคอลลอยด์ ในโรคนี้.

โดยการทดลองในสัตว์, ได้เคยมีผู้ทำให้เกิดเยื่อ ฮัยอะลิน ภายหลัง จาก ทำให้เอ็นโดธิเลียม ของ หลอด เลือด ฝอย เกิดพยาธิสภาพ, โดยให้สัตว์ทดลองหายใจ ออกซิเจ็น ที่มี ความ เข้มข้น สูงใกล้เคียงกับ ๑๐๐ ปซ., เหตุการณ์เช่นนี้อาจเกิดแก่ทารกคลอดก่อน กำหนดที่ได้ รับการบริบาลให้หายใจในบรรยากาศที่มี ออกซิเจ็นเข้มมาก ๆ, ซึ่งมีผู้สงสัยว่าการให้ออกซิเจ็นที่มีความเข้มสูงเกินไปอาจเป็นสาเหตุให้เกิดเยื่อ ฮัยอะลิน. มีข้อสังเกตอยู่ว่าการใช้ออกซิเจ็นทำให้สัตว์เกิดมีเยื่อ ฮัยอะลิน ขึ้นนั้น, พยาธิสภาพที่ได้ไม่เหมือนกับที่พบในปอดของเด็กที่เดียว, กล่าวคือมักไม่พบ อะเทเล็คเตสิส ของถุงลม, ซึ่งถือกันว่า มีความ สำคัญ เท่า ๆ กับ การเกิดเยื่อเอง. นอกจากนี้ภายหลังจากที่ได้ค้นพบว่าการให้ ออกซิเจ็น ที่ มี ความ เข้ม สูงให้ทารกคลอด ก่อน กำหนด หายใจ อาจ ทำให้ทารกเกิด รีโทรเล็นตัล ไฟโบรเพลเซีย ขึ้น,

ก็ได้มีความระมัดระวังการให้ออกซิเย่นไม่ให้ความเข้มสูงเกินไป, แต่กระนั้นสถิติอุบัติการของโรคเยื่อหุ้มอักเสบก็ไม่ได้ลดลงตามควร.

Dawes ได้เสนอสมมติฐานของการที่เกิดทรานซูเดต ผ่านหลอดเลือดฝอยของถุงลมว่าเกิดจากความล้มเหลวทางหัวใจร่วมหลอดเลือด, ซึ่งเมื่อเอารวมเข้ากับงานค้นคว้าบางชิ้นที่กล่าวตอนแรกเราก็จะได้ทฤษฎีการเกิดเยื่อหุ้มอักเสบที่น่าสนใจ. จากการศึกษาในสัตว์และในคนได้มีผู้แสดงว่าเมื่อทารกคลอดและสายสะดือถูกตัด, จำนวนเลือดที่หัวใจของทารกฉีดออกจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก, ซึ่งก็ย่อมหมายความว่าเว็นตริเคิลทั้งสองข้างจะต้องทำงานมากขึ้นด้วย, โดยเฉพาะข้างซ้าย, ซึ่งจำนวนเลือดฉีดมากกว่าข้างขวาประมาณ ๓ เท่า. ในทารกบางรายซึ่งหัวใจไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการที่ต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นโดยทันที, โดยเฉพาะในรายที่ทารกคลอดก่อนกำหนด, หัวใจก็อาจมีการล้มเหลวขึ้นได้, ถ้าเราเอาหัวใจของทารกที่คลอดก่อนกำหนดมาดูเราจะพบว่าผนังของเว็นตริเคิลซ้ายกับผนังเว็นตริเคิลขวามีความหนาใกล้เคียงกันมาก, แต่จำนวนเลือดฉีดซึ่งเพิ่มขึ้นโดยทันทีหลังจากที่สายสะดือถูกตัดขาดนั้น เว็นตริเคิลซ้ายต้องรับหน้าที่อย่างมาก. เพราะฉะนั้นถ้าจะมีการล้มเหลวเกิดขึ้น, เว็นตริเคิลซ้ายก็น่าจะล้มไปก่อน. ผลของการมีเว็นตริเคิลซ้ายล้มก็คือความดันในเอเตรียมซ้ายและหลอดเลือดดำของปอดจะสูงขึ้น. ต่อไปก็เพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงฝอยในปอดสูงตามกันขึ้นไป. ถ้าหากเพอร์มีเอบิลิตี้ของหลอดเลือดฝอยมีมากกว่าธรรมดา, เพราะหลอดเลือดยังเจริญไม่เต็มที่, ก็จะช่วยทำให้เกิดทรานซูเดชั่นของพล้าสม่าโปรเทอิน เข้าไปอยู่ในช่องถุงลม. เมื่อเด็กหายใจเข้าทรานซูเดตก็จะถูกผลักให้เข้าไปอยู่บริเวณผิวของถุงลม. เมื่อไฟบริโนเจ็นในพล้าสม่าโปรเทอินกลายเป็นไฟบริน และผสมกับแอซิดมูโคโปลิย์ซัคฆาไรด์ ซึ่งอาจได้มาจากต่อมของเยื่อหุ้มทางเดินลมหายใจ, ก็จะเกิดเป็นเยื่อหุ้มอักเสบขึ้น. ถ้าหากเด็กรายนั้นมีความผิดปรกติของพล้าสมิโนเจ็น แอ็คติเวเตอร์ด้วย, ก็จะทำให้ไม่มีไฟบริโนลัยซิน, ไม่สามารถละลายเยื่อหุ้มอักเสบได้, ปริมาณเยื่อก็จะเกิดมากขึ้นทุกที, ทำให้เกิดความผิดปรกติของการแลกเปลี่ยนแก๊สซ้อนขึ้นกับอาการหัวใจล้ม.

Shanklin ได้วิเคราะห์สิ่งตรวจพบทางพยาธิวิทยาในทารก ๓๕๓ รายที่คลอดก่อนกำหนด, และพบว่าอุบัติการของเยื่อฮัยอะลิน ของปอดมีสูงกว่าธรรมดาในรายที่มีรูปวิปริตในหัวใจ, โดยเฉพาะในพวกที่ผนังกั้น เอเตรียม แหว่ง, ซึ่งอาจทำให้มีเลือดไหลทาง เว็นตริเคิล ขวามากขึ้น, เป็นผลทำให้เลือดไหลผ่านปอดมากตามขึ้นด้วย และจะทำให้ เว็นตริเคิล ซ้ายต้องทำงานมากกว่าธรรมดา. ผลสุดท้ายก็คือช่วยทำให้ เว็นตริเคิล ซ้ายล้มง่ายขึ้น. Shanklin ยังสรุปจากการศึกษานี้อีกว่ากำลังสำรองของ เว็นตริเคิล ซ้ายในทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีน้อยกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดมาก, ฉะนั้นจึงมีโอกาสล้มได้ง่ายกว่าในทารกคลอดครบกำหนด.

นอกจากนี้ Rudolph ยังแสดงด้วยว่าทารกที่เป็นโรคเยื่อ ฮัยอะลิน จำนวนหนึ่งมีดัคตัส อาร์เตอริโอสัส ที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่, เมื่อเปรียบกับทารกรุ่นราวคราวเดียวกันแต่ไม่เป็นโรคเยื่อ ฮัยอะลิน ที่ใช้เป็นพวกเปรียบเทียบ. จึงชวนให้คิดว่าอาจมีทางลัดนำเลือดจาก เออร์ตา เข้าสู่หลอดเลือดแดง พัลโมนารีย์, ทำให้เพิ่มจำนวนเลือดผ่านปอดมากขึ้น, เป็นการเพิ่มงานของ เว็นตริเคิล ซ้าย, ทำให้ล้มง่าย, แต่จำนวนผู้ป่วยซึ่ง Rudolph ศึกษายังน้อยอยู่, คงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความเห็นอันนี้.

แม้ว่าโรคเยื่อ ฮัยอะลิน ของปอดจะเป็นโรคที่ยังไม่มีทางรักษาก็ตาม, ผลการศึกษาในแง่ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วก็ได้ชี้แนวทางการบริบาลรักษาผู้ป่วยไว้หลายอย่าง ซึ่งยังคงทดลองกันอยู่. การที่คิดว่าหัวใจล้มเป็นต้นเหตุสำคัญ, ได้นำมาซึ่งการใช้ดิจิเตลิส ในทารกที่มีอาการหายใจลำบากจากโรคนี้. การที่ทราบว่าเยื่อ ฮัยอะลิน ประกอบด้วย ไฟบริน ทำให้มีผู้นำ เอ็นซัยม์ที่สามารถย่อย ไฟบริน ได้ทำเป็นยาพ่นฝอยให้ทารกสูดหายใจเข้าไป. การที่ ทรานซูเดชั่น ของ พล้าสม่า โปรเทอิน เป็นกลไกในการเกิดเยื่อ ฮัยอะลิน ร่วมกับงานที่แสดงว่าทารกที่มี เซรุ่ม โปรเทอิน ต่ำกว่า ๕ กรัม ปซ. จะมีการพยากรณ์โรคเลว, ได้ทำให้มีผู้เริ่มใช้ เซรุ่ม แอลบูมิน ฉีดเข้าหลอดเลือดทารกที่เป็นโรคนี้, เพื่อหวังเพิ่มความดัน ออสโมติค เป็นการต่อต้านความดัน ฮัยโดรสตาติค ที่จะช่วยผลักสารละลายในเลือดให้ออกเป็น ทรานซูเดต ไปนอกหลอดเลือด. การที่สงสัยว่า ดัคตัส อาร์-

เตอริโอสัส กว้างเกินไปอาจเป็นแฟคเตอร์อีกอันหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค, ทำให้มีผู้หาทางที่จะปิดช่องนี้ในทารกที่คลอดก่อนกำหนด, โดยใช้เภสัชภัณฑ์ที่มีผลช่วยยับยั้งดัคตัส. การศึกษาต่าง ๆ เหล่านี้คงต้องประมวลผลต่อไปกว่าจะแน่ใจว่าวิธีใดเป็นประโยชน์.

(*เอกสารอ้างอิง, ขอดูได้ที่ผู้เขียน*)

ทำบุญด้วยมุ่งให้สำเร็จประโยชน์แก่คนทั้งหลาย เป็นคติของอารยชน
ทำบุญด้วยมุ่งเพื่อตนจะเอาบุญเสียเองเท่านั้น เป็นคติของอนารยชน
อุปถัมภ์กันโดยเห็นแก่หน้าที่การงาน เป็นอารยวิสัย
อุปถัมภ์กันโดยเห็นแก่ตัวเท่านั้น จะเป็นเขาหรือเราก็ตาม เป็นอนารยวิสัย.

เจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี

ความสัมพันธ์ระหว่างกายวิภาคศาสตร์และแพทยศาสตร์

เธียร อุทยานัง พ.ด.

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร)

กายวิภาคศาสตร์เป็นสาขาวิชาที่เก่าแก่สาขาหนึ่ง, ได้ถูกบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติมานานกว่า ๒,๓๐๐ ปีแล้ว. สาขาวิชานี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับแพทยศาสตร์จนยากที่จะแยกออกจากกันได้. ถ้าพิจารณาดูด้วยความละเอียดรอบคอบและเที่ยงธรรมแล้วจะเห็นว่ากายวิภาคศาสตร์เคยเป็นรากฐานของแพทย์ ในสมัยอริสโตเติลและ กาเล็น อย่างไร, ในปัจจุบันนี้ก็ยังคงมีคุณค่าอย่างสำคัญต่อวิชาแพทย์อยู่อย่างนั้น. ผู้เขียนเชื่อว่าคงไม่ก่อกวนอารมณ์ของท่านผู้อ่านมากเกินไปถ้าจะกล่าวว่าไม่มีโรงเรียนแพทย์ที่ทันสมัยในโลกนี้ที่ตั้งอยู่โดยปราศจากแผนกกายวิภาคศาสตร์. จึงถือได้ว่า กายวิภาคศาสตร์เป็นวิทยาศาสตร์รากฐาน สาขาหนึ่งในวิทยาศาสตร์ทางแพทย์.

ผลิตผลของการวิจัยทางกายวิภาคศาสตร์เป็น พลังงานที่ขาดเสียไม่ได้ในการเจริญเติบโตของแพทยศาสตร์ทั้งในอดีต และปัจจุบัน. ผู้เขียนขอยกตัวอย่างบุคคลสำคัญบางท่านที่นำผลการค้นคว้าทางกายวิภาคศาสตร์มาสู่วงการแพทย์, นอกจากอริสโตเติลและกาเล็นแล้วยังมี Vesalius นักกายวิภาคศาสตร์ที่มีชื่อเสียงที่สุดในศตวรรษที่ ๑๔. เวสาลิอุสได้ลบล้างความเชื่อเก่าที่ไม่ถูกต้อง, จึงถือว่าท่านเป็นบิดาของกายวิภาคศาสตร์สมัยใหม่. ลีโอนาร์โด ดา วินชี เป็นนักวิทยาศาสตร์และจิตรกร. ท่านเป็นผู้พบ เอตริโอ-เว็นตริคูล่าร์ บันเดิล, เว็นตริเคิล ของสมอง. Schleiden เป็นนักพฤกษศาสตร์ ซึ่ง ได้อธิบาย ทฤษฎี ของเซ็ลล์ในพืช. Schwann เป็น นักกายวิภาคศาสตร์อธิบายทฤษฎีของเซ็ลล์ในสัตว์ โดยอาศัยหลักการของ ชไลเด็น, และเป็นผู้พบปลอกของเส้นใยประสาท (Sheath of Schwann). Johannes Müller เป็นนักกายวิภาคศาสตร์, ผู้อธิบายท่อ มิ้นเลอเรี่ยน (Müllerian duct) และสร้างกฎของมิลเล่อร์ (Law of Müller). Virchow เป็นนักพยาธิวิทยา, นอกจากนำผลงานดีเด่นหลายอย่างมาสู่วงการพยาธิวิทยาแล้ว, ยังได้ให้กฎของ วิรโชว์ (Virchow's law)

และช่องน้ำเหลือง วิรโชว์ - โรบิน ในผนังของหลอดเลือด (Virchow-Robin space). John Hunter เป็นศัลยแพทย์และนักกายวิภาคศาสตร์, เป็นผู้ให้กำเนิดพิพิธภัณฑ์ฮันเตอร์ อันลือชื่อ, อธิบายการเลื่อนลงของลูกอัณฑะใน พีตัส และอธิบาย เซ็ลล์พร้อมทั้งส่วนประกอบของรก. Charles Bell โดยอาชีพเป็นอายุรแพทย์, แต่งานของท่านทางกายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, และกายวิภาคระบบประสาท, เป็นที่รู้จักกันดีในยุโรป. ท่านได้สร้างกฎเกณฑ์เกี่ยวกับหน้าที่ของรากหน้าและรากหลังของประสาทสันหลัง. Magendie เป็นนักสรีรวิทยา, มีงานทีมชื่อเสียงทางกายวิภาคระบบประสาทจน มีชื่อติดอยู่กับตำรากายวิภาคระบบประสาททุกเล่ม, คือช่องของแมเก็นดี (Foramen of Magendie) เช่นเดียวกับ Bell, คือระบุหน้าที่ของขั้วของประสาทสันหลังซึ่งถือเป็นกฎมาถึงทุกวันนี้, เรียกว่า "กฎของเบ็ลล์และมาเก็นดี Bell-Magendie Law). Claude Bernard เป็นนักสรีรวิทยาได้ทำงานวิจัยที่มีชื่อเสียงมากทางสรีรวิทยา, มีงานหลายชิ้นเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์, เช่นการค้นพบประสาทที่ทำหน้าที่ให้หลอดเลือดหดตัวและประสาทที่ทำหน้าที่ตรงข้าม. Glisson เป็นอายุรแพทย์. งานที่มีความสำคัญทางกายวิภาคศาสตร์คือ อธิบายเยื่อหุ้ม, พังผืดและเนื้อที่เป็นโครงร่างของตับ. ในปัจจุบันนี้เยื่อหุ้มตับที่อยู่ใต้เยื่อบุช่องท้องยังเรียกว่า "ถุงหุ้มของกลิสสัน" (Glisson's capsule). Paul Ehrlich เป็นนักจุลชีววิทยาและเป็นพยาธิแพทย์, มีผลงานทางกายวิภาคศาสตร์เกี่ยวกับการศึกษาเรื่องเม็ดเลือดและการย้อมสีทางกายวิภาคศาสตร์. Edgar Allen เป็นนักกายวิภาคศาสตร์สมัยใหม่ซึ่งประมาณ ๔๐ ปีมาแล้วได้ร่วมมือกับ Doisy แยกสารที่ออกฤทธิ์จากฮอร์โมน ของรังไข่. G.E. Smith เป็นนักกายวิภาคศาสตร์ทางระบบประสาท, ได้สร้างงานรากฐานทางกายวิภาคศาสตร์เปรียบเทียบ และ การวิวัฒนาการของระบบประสาท. Herbert M. Evans ในปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่, ผลงานเกี่ยวกับอายุไปเมื่อไม่กี่ปีมานี้ได้ค้นพบสิ่งใหม่ ๆ หลายประการในทางชีววิทยาและแพทยศาสตร์, ที่มีชื่อเสียงมากคือพบวิตะมิน อี., จำนวนโฆรโมโซมในมนุษย์, และฮอร์โมนการเติบโตของต่อม ปิตูอิตารี่. Franklin Paine Mall เป็นนักกายวิภาคศาสตร์ทางวิทยาเอมบริโอผู้ให้กำเนิดห้องปฏิบัติการอันมีชื่อเสียงทั่วโลกที่สถาบัน คาร์เนกี ได้

คิดสูตรหาอายุของ เอ็มบริโอ มนุษย์โดยวัดความยาวจากยอดศีรษะถึงก้นเป็นจำนวนมิลลิเมตร, เรียกว่า "ความยาวเวอร์เต็กซ์บรีช" (Vertex-breech length) หรืออาจเรียกว่า "ความยาวคราวน์-รัมพ์ (Crown-rump length). จากความยาวนี้เอาไปคำนวณตามสูตรได้อายุเป็นจำนวนวัน (อายุ $= \sqrt{VVB \times 100} + 10$).

เนื่องจากวิทยาศาสตร์แพทย์ทุกแขนงเกี่ยวพัน, ปะปน, เป็นประโยชน์และนำมาประยุกต์ซึ่งกันและกัน, จนหาขอบเขตที่แบ่งแยกจากกันโดยเด็ดขาดไม่ได้, จากรายนามนักวิทยาศาสตร์ที่อ้างถึง, จะเห็นว่างานวิจัยทางสาขาวิชานี้ไม่จำเป็นต้องได้มาจากบุคคลประเภทเดียว, คือนักกายวิภาคศาสตร์อาชีพ, อาจจะได้มาจากนักวิทยาศาสตร์สาขาอื่นที่สนใจหรือที่เกี่ยวเนื่องกับกายวิภาคศาสตร์, หรือนักกายวิภาคศาสตร์เองอาจจะสนใจในสาขาอื่น, ได้ดัดแปลงแนวทางเดิมของตนไปทำการวิจัยเหลือมล้ำเข้าไปในสาขาวิชาอื่นจนกระทั่งมีผู้ให้คำนิยามว่า "กายวิภาคศาสตร์คืองานที่นักกายวิภาคศาสตร์ปฏิบัติ" นักวิทยาศาสตร์เรืองนามในปัจจุบันซึ่งนำความรู้ใหม่ๆ มาสู่กายวิภาคศาสตร์ เช่น Keith Porter และ George Palade ก็อาจจัดเป็นผู้ชำนาญทางการศึกษาด้วย กล้องจุลทัศน์อิเล็คตรอน. F.O. Schmidt และ W.J. Schmidt เป็นผู้ชำนาญทาง ไบโอฟิสิคส์. แต่ถึงอย่างไรก็ตามสาขาวิทยาศาสตร์เหล่านี้เชื่อมโยงเกี่ยวพันกันได้อย่างใกล้ชิดโดยอาศัยกายวิภาคศาสตร์, ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ว่าด้วยรูปร่าง, ส่วนประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างรูปสร้างต่าง ๆ จากระดับที่เห็นด้วยตาเปล่าจนถึงส่วนที่เล็กละเอียดที่เห็นด้วย กล้องอิเตรอน. ฉะนั้นกายวิภาคศาสตร์อาจเปรียบได้ประหนึ่งเส้นเชือกที่ช่วยยึดและผูกพันสาขาวิชาเหล่านี้เข้าด้วยกัน. เชือกสมมุตนี้มีหลายขนาดตามแขนงวิชาของกายวิภาคศาสตร์, และอาจแบ่งเพื่อให้เข้าใจง่ายได้เป็นสองพวกเฉพาะเท่าที่นำไปใช้เกี่ยวกับวิชาแพทย์. พวกแรกคือ มหกายวิภาคศาสตร์และวิทยาเอ็มบริโอ, นำไปประยุกต์ทางคลินิค และ ทางวิวัฒนาการของธรรมชาติ, ทำให้เห็นการปรุงแต่ง และการต่อเนื่องของธรรมชาติจาก อมีบา มาจนถึงมนุษย์. พวกหลังคือจุลกายวิภาคศาสตร์, ซิสโต-เคมี, กายวิภาคระบบประสาท, และการเพาะเลี้ยงทิสชูและอวัยวะ, เป็นแขนงวิชาที่จำเป็นยิ่งเกี่ยวกับฝ่ายปริคลินิคและฝ่ายคลินิค, มี

จุดหมายปลายทางที่จะเชื่อมโยงระหว่างอณูกับร่างกายมนุษย์หรือสัตว์. ยิ่งกว่านั้นการเข้าใจ รายละเอียด ของรูปสร้างทำให้เข้าใจหน้าที่ ของ ทิสซ และ อวัยวะต่าง ๆ ลึกซึ้งยิ่งขึ้น.

จริงอยู่กายวิภาคศาสตร์ถ้าดูโดยผิวเผินแล้วก็จะสรุปอย่างง่ายดายว่าเป็นวิชาเก่าแก่โบราณ. สิ่งที่จำเป็นต้องรู้ทุกอย่างมีอยู่พร้อมแล้วในหนังสือ คันนิ่งก์ แฮม หรือ เกรย์. ของทุกอย่างถูกขุดค้นจนหมดสิ้นไปนานแล้ว, ไม่จำเป็นต้องค้นคว้าหาความก้าวหน้าอะไรอีก, ผู้ที่มีความนึกคิดเช่นนี้มีอยู่ไม่น้อยในวงการวิทยาศาสตร์ทางแพทย์. ผู้เขียนขออ้างข้อความบางตอนจากบทความของศาสตราจารย์เอ็ดวาร์ด ดับลิว. เด็มป์เซย์ ที่เขียนลงในวารสารของแพทยสมาคม แห่ง สหรัฐ อเมริกา เมื่อเร็ว ๆ นี้. ท่านกล่าวว่าเมื่อประมาณ ๒๕ ปีมาแล้วขณะศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด, เคยเรียนสรีรวิทยา กับ ศาสตราจารย์ วอลเตอร์ บี. แคนนอน, นักสรีรวิทยาชั้นเยี่ยมซึ่งครั้งหนึ่งเคยพูดว่า "Anatomy is a squeezed lemon." ถ้าถอดความอย่างตรง ๆ ก็หมายความว่ากายวิภาคศาสตร์เป็นมะนาวที่คั้นน้ำแล้ว, เหลือแต่เปลือกแต่กาก, ไม่มีอะไรจะต้องวิจัยอีกต่อไป. เวลานี้ ดอคเตอร์ เด็มป์เซย์ เป็นหัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ และเป็นคณบดีของโรงเรียนแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตัน, เซ็นต์หลุยส์ รัฐมิสซูรี่, สหรัฐอเมริกา. ท่านได้ให้ความเห็นว่าจากงานและความชำนาญที่ท่านได้ผ่านมาพบว่ามะนาวกายวิภาคศาสตร์จะถูกคั้นไปหรือไม่ก็ตาม, ก็ยังคงมีน้ำมะนาวหลั่งไหลออกมาได้เสมอ, ยังห่างไกลจากการเหือดแห้งดังที่เข้าใจกัน. วิทยาศาสตร์สาขานี้เปรียบเสมือน ละคร เรื่อง ยาว หรือ ละคร ประวัติศาสตร์, ย่อมมีหลายฉาก, หลายตอน, หลายสมัย, เป็นที่แน่นอนว่าสมัยแรกหรือฉากที่หนึ่งของกายวิภาคศาสตร์กำลังจะรูดม่าน, คือฉากความเข้าใจเรื่องอวัยวะและหน้าที่ของมัน. สมัยถัดไปกำลังติดตามมา. จากตอนปลายสมัยแรกก็มีเนื้อเรื่องบอกแนว และทิศ ทางของ สมัย ปัจจุบันแล้ว, คือกำเนิดของทฤษฎีของเซ็ลล์, รายละเอียดของ ซัยโตพลาสม์ และของ นูเคลียส, ซึ่งได้แก่พวก ออร์กาเน็ลล์ (organelles) และ อินคลูชั่น ต่าง ๆ เช่น เสครีชั่น แกรนูลส์ (secretion granules) ไมโตฆอนเดรีย (mitochondria), กอลกิ แอ็ปพาเรตัส (Golgi apparatus) และ โฆร-

โมโซม ขณะมีการแบ่งตัวของเซ็ลล์. รายละเอียดเหล่านี้สามารถศึกษาด้วยกล้องจุลทัศน์ธรรมดา. ยังมีสิ่งลึกลับที่ยังไม่กระจ่างอีกมากหลาย, เช่นการสืบพันธุ์, ผสมผสานระหว่างรูปสร้างของเซ็ลล์และการผลิต, การเปลี่ยนแปลง, การเพิ่มพูน, หรือการลดน้อยของเอ็นซัยม์, ปัญหาเกี่ยวกับการเลือกเฟ้นของเซ็ลล์ในการดูดซึม.

ในสมัยปัจจุบัน อาศัย ความรู้ จากสาขาวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง, เช่นเทคนิคทางการย้อมสีและทาง ฮิสโตเคมีของนักวิทยาศาสตร์หลายท่าน (เนื่องจากหน้ากระดาษจำกัดขอนำมาอ้างเพียงบางท่าน) ได้แก่ กอลกี (Golgi), คาฮาล (Cajal), มัลลอรี่ (Mallory), มาสซ็อง (Masson) และโกมอรี่(Gomori), งานที่ค้นพบใหม่เหล่านี้ได้ขยาย ปริมณฑล การ วิจัย ทาง กาย วิภาค-ศาสตร์ยิ่งขึ้น. อีกทั้งเครื่องมือหลายชนิดที่ประดิษฐ์ขึ้น ช่วย เพิ่ม สมรรถ ภาพในการพิเคราะห์ส่วนที่เล็กละเอียด เหนือระดับสายตาจุลทัศน์, เช่นกล้องอิเล็คตรอน, รังสีเรินต์เก็น, อิเล็คตรอน ดิฟแฟรคชั่น และโปลาไรเซชั่น, เครื่องมือและเทคนิคใหม่ที่กล่าวแล้วช่วยให้นักกายวิภาคศาสตร์เข้าใจลึกซึ้ง ในโครงร่าง ส่วนประกอบที่ เล็กที่สุด, พื้นฐานการสร้าง ทิสชู และอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งการสัมพันธ์กับหน้าที่ของมัน. เครื่องมือและเทคนิคใหม่ ๆ เหล่านี้จะช่วยเป็น สะพาน ทอด ติดต่อ ระหว่าง กาย วิภาค ศาสตร์ ซึ่งเริ่มจาก มนุษย์ทั้งร่างกายจนถึงส่วนเล็กที่สุดเกินสายตา จุลทัศน์กับวิทยาศาสตร์กายภาพ, ฟิสิคส์, และเคมีซึ่งตั้งต้นด้วยปรมาณูจนถึงอณูขนาดยักษ์, การเชื่อมโยงร่างกายจน ถึงอณูตาม ที่อธิบายมา แล้ว ทำ ให้มี ความ เข้าใจ ติดต่อ เป็นลูก โซ่ จาก ปรมาณูจนถึงมนุษย์ทั้งคน, ด้วยประการฉะนี้ ก็มั่นใจว่ากาย วิภาค ศาสตร์ จะไม่ มีวันลบเลือน ไปจาก ประวัติศาสตร์ การ แพทย์ใน อนาคต.

เสียงพูดจากหลอดอาหาร

สำราญ วังศพ่าห์ พ.บ., C. Ophth., C. Otol. (Harvard), F.I.C.S.

(แผนกจักษุวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์แดง กาญจนารัณย์)

เสียงจากหลอดอาหารนั้นตามธรรมชาติในคนปรกติแล้วจะใช้พูดไม่ได้. เสียงนี้ดังขึ้นในขณะที่เรอออกมา. แต่ในคนที่ตัดเอากล่องเสียงออกแล้วสามารถจะใช้ส่วนต้นของหลอดอาหารที่ต่อกับส่วนล่างของคอหอยทำหน้าที่เป็นกล่องเสียงเทียมและทำเสียงพูดได้คล้ายกับคนปรกติ.

การรักษาผู้ป่วยที่ต้องเอากล่องเสียงออกนั้นมีอยู่โรคเดียวคือโรคมะเร็งของกล่องเสียง. โรคนี้พบมากในคนอายุประมาณ ๕๐ ถึง ๖๐ ปี (ตามสถิติของแผนกจักษุฯ พ.ศ. ๒๔๙๗-๒๕๐๔). การรักษามะเร็งบริเวณนี้ได้ผลดีในปัจจุบันมี ๒ แบบคือ :

๑. ใช้รังสีเอ็กซเรย์ลึกฉายบริเวณที่เป็น. ผลที่ได้จากการรักษาถึงแม้จะได้ผู้ป่วยที่หายจากโรคน้อยกว่าอีกแบบแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียเสียงไป.

๒. รักษาแบบตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด. เป็นวิธีที่ได้ผลดี, แต่มีสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบคือพูดไม่ได้.

การที่ผู้ป่วยพูดไม่ได้นั้นมีผลเสีย ทางจิตใจเป็นอันมาก. ในสมัยก่อนที่ยังไม่มีการหัดพูดโดยใช้ลมจากหลอดอาหารปรากฏว่ามีผู้ไม่ยอมผ่าตัดเป็นจำนวนมากเพราะเรื่องนี้. เคยมีรายงานว่าผู้ที่ยอมรับการผ่าตัดแล้วพูดไม่ได้บางคนพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ก็เป็นโรคจิตไป (ซอลล์ ๑๙๓๘).

แพทย์และสามัญชนทั่ว ๆ ไปมักไม่ค่อยเคยชินกับความพิการของผู้ป่วยแบบนี้จึงมีผู้สนใจน้อย. พยได้เสมอว่าเพราะความกลัวจะต้องทนทุกข์ทรมานดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมผ่าตัด, อันเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้รักษามะเร็งไม่ได้ถูกต้อง. คือเราควรจะได้รักษาเสียแต่ในระยะแรกของโรค, แต่มักจะได้รักษาในระยะหลังเสมอเพราะว่าผู้ป่วยจะยอมรับการผ่าตัดก็ต่อเมื่อมีอาการมากคือเริ่มหายใจไม่ออก, ซึ่งการรักษาในระยะนี้ได้ผลน้อยมากเนื่องจากมะเร็งได้ได้แพร่กระจายไปมากแล้ว.

การจะแนะนำผู้ป่วยให้ยอมรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วให้ใช้เสียงจากหลอดอาหารแทนจึงเป็นศิลปสำคัญของแพทย์ที่จะบอก

แก่ผู้ป่วย, เพราะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยเริ่มมีตั้งแต่ได้รับคำแนะนำให้ผ่าตัด, จะมีมากขึ้นเมื่อพ้นจากยาสลบและรู้สึกว่าหายใจทางจมูกไม่ได้, ไม่รู้สึกกลิ่นอาหาร, กลืนเครื่องสำอางและพูดกับญาติไม่ได้.

ทางโรงพยาบาลศิริราชได้เริ่มมีการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๘ จนบัดนี้มีผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบนี้เพียง ๗๐ คนเท่านั้นในจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งของกล่องเสียงที่มาติดต่อ ๗ ปีเป็นจำนวน ๕๙๔ คน.

ในการพูดของมนุษย์นั้นตามธรรมดาจะต้องสูดลมหายใจเข้าปอดก่อนแล้วจึงค่อย ๆ ผ่อนลมออกมา. ในขณะเดียวกันเมื่อลมผ่านสายเสียงจะทำให้เกิดเสียงและต้องอาศัยนาโซฟาริงซ์, โพรงกระดูกรอบ ๆ จมูกซึ่งจะช่วยให้เสียงก้องขึ้น. การเปล่งคำพูดยังต้องอาศัยลิ้น, เพดานอ่อน, เพดานแข็ง, แก้มและริมฝีปากอีกด้วย..

ในผู้ป่วยที่ตัดเอากล่องเสียงออก, ลมจากปอดจะมาออกที่รูเปิดของหลอดอากาศที่เย็บติดกับผิวหนังหน้าคอโดยตรง. ลมที่จะออกผ่านมาทางปากได้เป็นลมจากกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร. โดยปรกติลมที่ผ่านออกทางนี้จะไม่มีเสียงนอกจากเป็นเสียงเรอ. ได้มีผู้คิดว่าถ้าใช้ลมจำนวนมากพอแล้วอาจทำให้เกิดเสียงได้. ในการพูดโดยใช้ลมจากหลอดอาหารจึงต้องกลืนลมเข้าไปก่อนแล้วค่อย ๆ ขับไล่ออกมา. เมื่อลมผ่านเยื่อบุที่คลุมส่วนบนของหลอดอาหารและคอหอยต่อกัน, เนื้อเยื่อต่อบริเวณนี้จะทำหน้าที่คล้ายกล่องเสียงที่ถูกตัดออกไป. ลมที่เก็บไว้ในหลอดอาหารนั้นน้อยมากถ้าเปรียบเทียบกับลมธรรมชาติที่มีในปอด. ฉะนั้นในการพูดแบบนี้ลมจึงหมดเร็วจำเป็นต้องกลืนลมเข้าไปบ่อย ๆ. สำหรับผู้ที่ฝึกมาอย่างดีจะสามารถพูดติดต่อกันได้เหมือนคนปรกติ. เสียงที่เปล่งออกมาเป็นเสียงที่มีระดับเดียวกันจะต่างกันก็เพียงเล็กน้อย. ดังนั้นเมื่อหัดพูดใหม่ ๆ หรือผู้พูดชำนาญแล้วแต่ผู้ฟังยังไม่เคยชินก็จะรู้สึกลำบากเล็กน้อยในระยะแรก ๆ. ผู้หัดพูดต้องอาศัยความอดทนและความขยันหมั่นเพียรมากพอสมควรจึงจะพูดได้สำเร็จ.

เพื่อจะช่วยให้การฝึกการพูดโดยใช้เสียงจากหลอดอาหารให้ได้ผลดี, ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดควรนึกถึงสิ่งสำคัญบริเวณคอว่าจะเก็บเอาไว้หรือตัดเอาออก, ดังนี้:

๑. กล้ามเนื้อไครโคฟาริงเจียส ที่

ประกอบเป็นส่วนบนของหลอดอาหารนั้นต้องเย็บให้ดีที่สุด.

๒. ประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณนี้ต้องเก็บเอาไว้อย่าตัดออกเลย, โดยเฉพาะประสาทเอโซฟาริงซ์ เรไม ของประสาทเวกัส, และแขนง ฟาริงเจียส ของประสาท รีเคอร์เร็นต์ลาริงเจียล.

๓. กล้ามเนื้อสะเตอโนฮัยออยด์ ควรเก็บไว้เพื่อช่วยยึดกระดูกฮัย ออยด์.

๔. เยื่อบุในคอหอยต้องเย็บให้ดีอย่าให้มีรอยย่นและแผลเป็นมาก.

เสียงที่เกิดจากลมที่ออกมาทางหลอดอาหารเป็นเสียงห้าว, หยาบ. อวัยวะที่ทำให้เกิดเสียงนั้นมีกล้ามเนื้อ ไครโคฟาริงเจียส ทำหน้าที่เป็นกล่องเสียงเทียม (เพลเลอกรินี ๑๙๕๗, เมอร์ริสัน ๑๙๓๑.).

กล้ามเนื้อ ไครโคฟาริงเจียส เป็นกล้ามเนื้อตอนล่างสุดของกล้ามเนื้อ อินฟีเรียร์ คอนสตรคเตอร์ ของคอหอย, เมื่อเราเย็บเข้าหากันก็จะทำหน้าที่เป็นกล่องเสียงเทียมได้อย่างดี.

การทำงานของหลอดอาหารส่วนบนนี้จะเห็นได้ชัดมากเมื่อถ่ายภาพด้วยรังสีเอ็กซ์ (วังศพ่าห์ ๒๕๐๑). กลไกที่ลมผ่านเข้าหลอดอาหารมี ๒ ระยะ. ระยะแรกคือการสูดอากาศหรือกลืนอากาศเข้าไป. กล้ามเนื้อต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วจะหย่อนตัว, กล้ามเนื้อ ไดแกสตริค จะยึดกระดูก ฮัยออยด์ให้ตึง. ขณะเดียวกันจะมีการรัดตัวของกระบังลม. ระยะที่สองลมที่กลืนเข้าไปจะถูกขับออกจากหลอดอาหารส่วนบนหรือบางส่วนจากกระเพาะอาหารให้เข้าไปในคอ.

การจะพูดได้เสียงดังและพูดได้นานย่อมแล้วแต่ความชำนาญของผู้ผ่าตัดทำและจำนวนลมที่สูดหรือกลืนเข้าไป.

การสูดลมหรือหายใจเข้ากระเพาะอาหารจะทำได้โดยไม่ต้องกลืนถ้าทำชำนาญ (ไบรตัน และ บูน ๑๙๓๗, นิกัส ๑๙๓๘). วิธีนี้ได้ลมมากกว่าวิธีกลืน (ฟร็อคสเซลส์ ๑๙๕๑).

สำหรับการผ่าตัดพูดจะต้องอาศัยครูและตำราที่ดี. งานอันนี้เราได้พยายามทำจนสำเร็จมาแล้ว. ปรากฏว่ามีผู้พูดได้ดีและทั้งยังได้แต่งออกเป็นตำราสำหรับหัดพูด (วังศพ่าห์, กำลังตีพิมพ์ จ.พ.ส.ท.๒๕๐๕). เป็นที่น่าเสียดายที่ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากไม่ยอมมารับการผ่าตัดหรือมาผ่าตัดไม่สม่ำเสมอ. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเขาไม่มีความจำเป็นจะต้องใช้เสียงสำหรับประกอบอาชีพก็ได้ในเมื่อมีผู้อุปการะอยู่แล้ว.

การพูดโดยอาศัยลมจากหลอดอาหารในภาษาไทยเราค่อนข้างจะยากกว่าในภาษาอังกฤษ, เพราะเรามีทั้งอักษรเสียงสูง, กลาง, ต่ำ. การฝึกจึงต้องกินเวลานานนับเป็นเดือน ๆ จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีเสียงใหม่เกิดขึ้นได้.

เอกสาร

1. Schall, L.A. : A.M.A. Arch. Otolaryn. 1938, 28:581.

2. Pellegrini, V.M. : J. Laryng. & Oto. 1957, 71:405.

3. Morrison W.W. : A.M.A. Arch. Otolaryn. 1931, 14:412.

4. Wangspa, S. : J.M.A.T. 1958, 41:297.

5. Brighton, G.R. and Boone, W.H.: Am. J. Roentgenol. 1937, 38:571.

6. Negus, V.E.: Laryngoscope 1938, 48:847.

7. Frocschels, E. : A.M.A. Arch. Otolaryn. 1951, 53:71.

แก่ธรรมาพิศมัยใจแห้งเหี่ยว
แก่อำนาจวาสนาบุญญาเปรียว
แต่แก่แดดอย่างเดียวแก่เกเร
ความรู้ท่วมหัวเอาตัวไม่รอดได้
อันนี้ไซร้คำคนเกเรเกเส
เรียนวิชาไม่แม่นยำคนำคเน
มัวเที่ยวเตร่ประพฤติชั่วตัวจึงจน

อิศรญาณภาษิต

การรักษาผู้ป่วยคอพอกเป็นพิษด้วย ไอโอดีน^{131}

รายงานผู้ป่วย ๑๐๖ ราย

ร่มไทร สุวรรณิก พ.บ., M.Sc.Med. (Penn.), F.I.C.S.

ดิเรก ดำรงศักดิ์ พ.บ.	เจียมจิตต์ กัลยาศิริ พ.บ.
กาญจนา กุศลาศัย พ.บ.	ทองปลิว เปรมปรีดิ์ พ.บ.
นิรา แววศร พ.บ.	นิตยา สมิตานนท์ พ.บ.
เพ็ญแข รักตะบุตร	เกษร หทัยธรรม

(แผนกรังสีวิทยา)

(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อำนวย เสมรสุต)

การรักษาคอพอกเป็นพิษด้วย ไอโอดีน^{131} นั้นเป็นวิธีที่แพร่หลายในต่างประเทศนับตั้งแต่ Hertz และ Roberts (1942) และ Hamilton และ Lawrence (1942) ได้เริ่มนำมาใช้เมื่อ ๑๖ ปีมาแล้ว. รายงานฉบับนี้กล่าวถึงผลของการรักษาผู้ป่วยคอพอกเป็นพิษ ๑๐๖ รายซึ่งได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน^{131} ที่โรงพยาบาลศิริราช ในระยะ ๔ ปีเศษ, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๐ ถึง ๒๕๐๔.

การเลือกผู้ป่วย ไอโอดีน^{131} ไม่ใช่จะเหมาะสำหรับการรักษาผู้ป่วยคอพอกเป็นพิษทุก ๆ ราย. ควรพิจารณารักษาผู้ป่วยตามหัวข้อต่อไปนี้: (๑) ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน ๔๐ ปีขึ้นไป, (๒) ผู้ป่วยอายุน้อยที่มีโรคแทรก, เช่นโรคหัวใจ, (๓) ผู้ป่วยทั้งหลายที่กลับเป็นขึ้นอีกหลังตัดธัยรอยด์, (๔) ผู้ป่วยที่ไม่เหมาะที่จะควบคุมด้วยยา แอนติ-ธัยรอยด์, เช่นมีการแพ้ยาเป็นต้น. การรักษานี้ไม่ควรใช้ในรายที่มีครรภ์.

ขนาดของไอโอดีน^{131} ในการรักษา ขนาดรักษาเฉลี่ยให้ ๘,๕๐๐ rads, ซึ่งจะใช้ ไอโอดีน^{131} มากหรือน้อยเท่าใดก็สุดแล้วแต่เปอร์เซ็นต์ที่ต่อม ธัยรอยด์ ขับ ไอโอดีน^{131} ไว้ได้และน้ำหนักของต่อม.

การติดตามผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลของการรักษาทุก ๆ เดือนเป็นเวลาสามเดือน, และต่อไปทุก ๆ สามเดือนหรือนานกว่านั้น, จนกว่าอาการจะทุเลาและกลับคืนสู่สภาพปรกติที่พอใจทางคลินิค, และยืนยัน

ด้วยการตรวจทั้ง ไอโอดีน^{131}, บี.เอม.อาร์., เซรุ่ม โฆเลสเตอรอล, และยางรายด้วย โปรเทอินยาวนด์ ไอโอดีน.

การให้ขนาดรักษาซ้ำ โดยมาก, พิจารณาให้สามเดือนหลังจากใช้ขนาดรักษาของไอโอดีน^{131} ครั้งแรกเฉพาะในรายที่ไม่มีอาการทุเลา. การให้ครั้งที่สองนี้ก็พิจารณาขนาดให้เช่นเดียวกับครั้งแรก, แต่ให้ขนาดของรังสีน้อยลงมาเป็นประมาณ ๕,๐๐๐—๗,๐๐๐ rads สำหรับการต่อ ๆ ไป.

รายงานผู้ป่วย

ต่อไปนี้เป็นรายงานผู้ป่วยที่ได้รักษาด้วยไอโอดีน^{131} รวมทั้งหมด ๑๐๖ ราย, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๐ ถึงสิ้นเดือนมิถุนายน ๒๕๐๔.

ก. จำนวนผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๐๐ ๒๕ ราย, พ.ศ. ๒๕๐๑ ๗ ราย, พ.ศ. ๒๕๐๒ ๓๓ ราย. ถึงสิ้นเดือนมิถุนายน ๒๕๐๔ ๔๑ ราย. รวมทั้งสิ้น ๑๐๖ ราย.

ข. เพศ หญิง ๘๔ คน, ชาย ๒๒ คน, หญิงมากกว่าชายเท่ากับ ๔ ต่อ ๑.

ค. อายุ ต่ำกว่า ๒๐ ปี ๑ คน, ๒๐-๒๕ ปี ๑๓ คน, ๓๐-๓๕ ปี ๓๑ คน, ๔๐—๔๕ ปี ๔๓ คน, ๕๐—๕๕ ปี ๑๓ คน, มากกว่า ๖๐ ปี ๓ คน. อายุ ๓๐-๖๐ ปีเท่ากับ ๘๒.๑๔ ปซ..

ง. ชนิดของคอพอก ดิฟฟิวส์ ท็อคซิค กอยเตอร์ ๓๕ คน (๓๓.๗ ปซ.), ท็อคซิค โนดูล่าร์ กอยเตอร์ ๒๖ คน (๒๕ ปซ.), ธัยโรท็อคซิค ฮาร์ต ๒๓ คน (๒๒.๑ ปซ.), ริเคอรเร็นท์ ธัยโรท็อกซิโคสิส, หลังผ่าตัด ๒๐ คน (๑๙.๒ ปซ.). กลับเป็นโรคอีกหลังผ่าตัด, ในเวลามากกว่า ๕ ปี ๗ คน, มากกว่า ๑ ปี ๑๐ คน, ภายใน ๑ ปี ๓ คน.

จ. อาการนำ ใจสั่น, มือสั่น, ตกใจง่าย, หงุดหงิดฉุนเฉียว, ใจเต้น, เหนื่อยง่าย, คอโต, ผอมลงและอ่อนเพลีย, อาการเหล่านี้ทั้งหมด ๑๐๔ คน. หอบเหนื่อยและบวม, มี ๒๙ คน (๒๗.๘ ปซ.). หายใจขัดและกลืนลำยาก, มี ๑๕ คน (๑๔.๒ ปซ.). ท้องเสียและน้ำหนักลด, มี ๑๗ คน (๑๖.๓ ปซ.). ตาโปน, มี ๔๓ คน (๓๕.๔ ปซ.); อาการทางตาขนาดมาก, มี ๖ คน, ปานกลาง ๑๗ คน, ขนาดน้อย ๒๐ คน. อาการคอโต, พบ ๗๐ คน; โตเป็น ๒ เท่าของขนาดปรกติ ๔๖ คน (๔๗.๔ ปซ.), ๓ เท่า ๒๘ คน (๒๘.๘

ปซ.), ๔ เท่า ๑๘ คน (๑๘.๖ ปซ.), มากกว่า ๕ เท่า ๕ คน (๕.๑ ปซ.).

ฉ. *ระยะเวลาที่มีอาการ* มากกว่า ๑ ปี ๗๔ คน, ภายใน ๑ ปี ๓๒ คน.

ช. *ค่าการจับไอโอดีน*[๓๑]*ใน ๒๔ ช.ม.* ๔๐—๕๐ ปซ. ๕ คน (๘.๓ ปซ.), ๕๑—๖๐ ปซ. ๕ คน (๑๕ ปซ.), ๖๑—๗๐ ปซ. ๑๖ คน (๒๖.๖ ปซ.), ๗๑—๘๐ ปซ. ๑๕ คน (๓๑.๖ ปซ.), ๘๑—๕๐ ปซ. ๗ คน (๑๑.๖ ปซ.), ๕๑—๑๐๐ ปซ. ๔ คน (๖.๖ ปซ.). ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการยืนยันด้วย การทดสอบ ธัยรอยด์ ซัปเปรสชัน โดยใช้ ไทรไอโอโดธัยโรนีน เกือบทุกราย.

ซ. *ขนาดไอโอดีน*[๓๑]*ที่ใช้รักษา* ใช้ครั้งเดียว ๗๐ คน (๖๘.๖ ปซ.), หลายครั้ง ๓๒ คน (๓๑.๔ ปซ.).

ด. *ผลของการรักษา* ติดตามได้ ๘๘ คน. ติดตามไม่ได้ ๑๒ คน, กำลังติดตามอยู่ ๖ คน.

ผลดีมาก, คือขนาดคอเล็กลงเท่าปรกติ, บี.เอ็ม.อาร์. ปรกติ, ชีพจรช้าลงและสม่ำเสมอ, น้ำหนักขึ้นและอาการทั่วไปสบายดีภายใน ๓—๔ เดือน, มี ๖๒ คน (๗๐.๔ ปซ.).

ผลดี, คืออาการทุเลาลงมาก, มี ๒๐ คน (๒๒.๗ ปซ.).

เกิดอาการ ธัยโปธัยรอยด์ ภายใน ๖ เดือน, มี ๑๐ คน (๑๐ ปซ.). ไม่ทุเลา, มี ๒ คน (๒.๓ ปซ.). ติดตามไม่ได้และกำลังติดตาม, มี ๑๒ คน.

พอสรุปได้ว่าได้ผลดี ๙๓.๑ ปซ.. มีธัยโปธัยรอยด์ หลังการรักษา ๑๐ ปซ.

อภิปราย

เห็นได้ว่าการรักษาคอพอกเป็นพิษด้วยไอโอดีน[๓๑] เป็นวิธีเหมาะ, สะดวกและให้ผลดี. ในแง่ของผู้ป่วยความสะดวกมีมาก, เพียงแต่ดื่มน้ำที่ไม่มีกลิ่น, ไม่มีสี, และไม่มีรส. ไม่มีปฏิกิริยาหรือการแทรกซ้อนที่ร้ายแรงอย่างใด.

สำหรับผลของการรักษา, แม้จำนวนคนไข้ของเราไม่สู้มาก, ก็ได้ผลคล้ายคลึงกับของผู้อื่น, เช่นแซ็ปแมน, และบลูมฟิลด์, ซึ่งได้ผลดี ๘๗ และ ๘๐ ปซ. โดยลำดับ, และมี ธัยโปธัยรอยด์ ๘ และ ๑๒ ปซ. โดยลำดับ.

การคำนวณขนาดของการรักษาของไอโอดีน^{131}ตามขนาดของรังสี

กำหนดให้ ๘,๐๐๐ rads สำหรับรายคอพอกเป็นพิษทั่ว ๆ ไปที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน. ถ้ามีอาการ ฮัยเปอร์ธัยรอยดิสม์มาก ๆ หรือมีต่อมตะปุ่มตะป่ำ, หรือมีอาการทางหัวใจให้ขนาดที่สูงขึ้น. ถ้าเป็นรายที่ต่อมเล็ก, อาการไม่มาก, หรือรายที่เป็นซ้ำอีกหลังผ่าตัด, ให้ขนาดน้อยลง.

ในทางปฏิบัติ, การจะให้ตามกำหนดนี้เป็นของยาก, ดังเหตุผลที่จะกล่าวต่อไป. การคำนวณโดยใช้สูตรของ Blomfield ดังต่อไปนี้:

$$\text{ขนาดเป็น rads} = \frac{164 \times T \times U \times M}{W}$$

T = effective half life

U = percentage uptake

M = ขนาดของ ไอโอดีน^{131}เป็นมิลลิคูรี่

W = น้ำหนักของต่อมธัยรอยด์เป็นกรัม.

ถ้าคำนวณตามหลักสูตรนี้, เพื่อที่จะได้ ๘,๐๐๐ rads สำหรับต่อมที่มีขนาดเท่าต่อมธัยรอยด์ ปรกติ, ต้องใช้ไอโอดีน^{131} = ๕ mc.; ถ้าต่อมขนาด ๒ เท่าต่อมปรกติ, ต้องใช้ ๑๐ mc., ถ้าขนาด ๓ เท่าต้องใช้ ๑๕ mc., ถ้าขนาด ๔ เท่า, ต้องใช้ ๑๘ mc.. (ตามที่สมมติว่าต่อมธัยรอยด์ของคนไทยหนักเฉลี่ย ๒๕.๐ กรัม, การขับไอโอดีนเท่ากับ ๖๐ เปอร์เซ็นต์, เอ็ฟเฟ็คติ๊ฟ ฮาฟ ไลฟ์ เท่ากับ ๔.๕ วัน, และไธโอโลจิคัล ฮาฟ ไลฟ์ เท่ากับ ๑๐ วัน).

ข้อคลาดเคลื่อนในการให้ขนาดของรังสี

๑. การกะขนาดของต่อมธัยรอยด์ด้วยการคลำหรือแม้แต่ด้วยวิธี ซินติลเลชั่น สะแคนนิ่งก์ ก็อาจผิดพลาดได้ ± ๒๕–๕๐ เปอร์เซ็นต์. ๒. ปฏิกิริยาหรือความไวของต่อมธัยรอยด์แต่ละรายไม่เหมือนกัน, เพราะการกระจายของ ไอโอดีน^{131} ภายในต่อมนั้นมิได้เฉลี่ยเท่ากันทุกส่วนของต่อม, โดยเฉพาะในรายที่มีต่อมตะปุ่มตะป่ำ. นอกจากนี้ยังมีอีกหลายกรณีที่ปฏิกิริยาและความไวต่อไอโอดีน^{131} ผิดกันอย่างอธิบายไม่ได้. บางรายให้ขนาดน้อย ๆ แต่มีผลถึงทำให้เป็น ฮัยโปธัยรอยด์. บางรายต้องให้ขนาดมาก ๆ หลาย ๆ ครั้งจึงจะเป็นยูธัยรอยด์ ได้.

เนื่องด้วยเหตุนี้, เราจึงมักกำหนดขนาดของต่อมธัยรอยด์ให้ไปทางน้อยไว้, และให้ขนาดของการรักษาของไอโอดีน^{131}

น้อย, เพื่อได้มีเวลาสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และพิจารณาว่าจะให้การรักษาด้วยไอโอดีน^{131} หรือไม่ในเวลาอันสมควรต่อมา.

ฮัยโปธัยรอยด์ อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร. ถ้าหากเกิดภายใน ๓-๖ เดือนหลังการรักษามักเป็นชนิดชั่วคราว. ถ้าหากเกิดขึ้นนานยางรายจนถึง ๓ ปี, ภายหลังการรักษา, ก็เป็นชนิดถาวร. ในผู้ป่วยของเราเป็นชนิดชั่วคราว, ซึ่งต้องการรักษาโดยให้ ธัยรอยด์ ทดแทนแต่บางคราวเท่านั้น.

ความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็ง

Kilpatrick และคณะ ได้สอบสวนผู้ป่วยมะเร็งของต่อมธัยรอยด์ ๑๐๐ คน, พบว่าไม่เคยมีประวัติว่าการฉายรังสีทำให้เกิดมะเร็งของต่อมธัยรอยด์เลย. Wilson และคณะ (1958) ได้รายงานผู้ป่วยคนหนึ่งที่ได้รับการรักษาคอพอกเป็นพิษด้วยการฉายเอ็กซเรย์เมื่ออายุ ๒๖ ปี, และได้กลายเป็นโรคอะนาปลาสติค เซ็ลล์คาร์ซิโนม่า ของต่อมธัยรอยด์ในเวลา ๑๗ ปีต่อมา. แต่ตลอดเวลาการใช้ไอโอดีน^{131} ในการรักษาคอพอกเป็นพิษในระยะ ๑๕ ปีที่แล้ว, ยังไม่มีใครเคยรายงานผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลังการรักษาชนิดนี้เลย, แม้ว่าจะมีในสัตว์ทดลอง. (Goldberg and Chaikoff, 1952; Doniach, 1958)

ถ้าไอโอดีน^{131} จะมีผลทำให้เกิดมะเร็งในผู้ใหญ่แล้ว, ระยะแฝงคงจะนานกว่าระยะ ๑๐ ปี, อย่างกับในรายของการฉายเอ็กซเรย์ภายนอก. จนกระทั่งเวลานี้อาจจะกล่าวโดยหลักได้ว่าถ้าจำกัดการรักษาด้วยไอโอดีน^{131} นี้, ในผู้ใหญ่โอกาสที่จะมีการเกิดมะเร็งขึ้นในภายหลังนั้นมีน้อยมาก.

ความสัมพันธ์กับลิวคีเมีย ในรายงานทั่วไปมีข่าวว่ามีเป็นลิวคีเมียอยู่ ๗ รายด้วยกัน, คือรายที่ใช้ไอโอดีน^{131} ในขนาดมากรักษา ๔ ราย (Delarue และคณะ ๑๙๕๓, Seidlin และคณะ ๑๙๕๕, Rawson และ Rall ๑๙๕๕), รายที่ใช้ไอโอดีน^{131} ในขนาดน้อย ๓ ราย (Abbat และคณะ ๑๙๕๖, Pochin และคณะ, ๑๙๕๖, Blomfield และคณะ, ๑๙๕๙). เหตุของลิวคีเมียอธิบายได้ยาก. Blomfield และคณะ (๑๙๕๙) เสนอ

ขนาดรังสีที่อวัยวะต่าง ๆ ได้รับ, วัดในศพชายอายุ ๕๒ ปี ๔ วันหลังจากรักษาด้วยไอโอดีน^{131} ๑๓.๕ mc., ปรากฏว่าไขกระดูกได้รับรังสีเพียง ๔๒ rads. รายงานของ Court-Brown และ Doll (๑๙๕๗)

แสดงไว้ว่าการฉายรังสีที่ไขกระดูกสันหลังเกิดลิวคีเมียภายหลังนั้นมีอยู่สองรายใน ๓๗ รายที่ได้รับรังสีในขนาดน้อย คือ ๑๑๒ และ ๔๗๑ เรินต์เก็น ส่วนมากที่เหลือนั้นได้รับขนาดตั้งแต่ ๕๐๐-๒,๐๐๐ เรินต์เก็นหรือมากกว่านั้น. เขากล่าวว่าพวกที่ได้รับรังสีขนาด ๓๐-๕๐ เรินต์เก็นที่ไขกระดูกทั่ว ๆ ไปจะมีโอกาสเป็นลิวคีเมีย มากกว่าคนธรรมดาสองเท่า.

ความสัมพันธ์กับพันธุศาสตร์

ถ้าพูดในทางพันธุศาสตร์แล้วรังสีทุก ๆ ชนิดที่ไอโอไนส์จะมีผลในทางให้โทษแก่มนุษย์มากกว่าเป็นคุณ. ความจริงข้อนี้เป็นเฉพาะในแง่พันธุศาสตร์เท่านั้น (Medical Research Council, 1956). แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยไอโอดีน^{131} นั้นรังสีที่ได้รับ เมื่อเทียบกับการตรวจด้วยเอ็กซเรย์แล้วก็นับว่าน้อยมาก. ตัวเลขของ Osborn และ Smith (๑๙๕๖) แสดงว่ารังสีจากไอโอดีน^{131} เป็น ๐.๓ เปอร์เซ็นต์ของรังสีที่มีประจำในธรรมชาติ (natural background) และรังสีจากการตรวจด้วยเอ็กซเรย์เป็นประมาณ ๒๒ เปอร์เซ็นต์ของรังสีประจำในธรรมชาติ.

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาคอพอกเป็นพิษด้วยไอโอดีน^{131} ทั้งหมด ๑๐๖ ราย. ได้ผลดี ๙๓.๑ เปอร์เซ็นต์. ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่สำคัญ.

ในที่สุดนี้ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์ น.พ. อำนวย เสมรสุต, หัวหน้าแผนกรังสีวิทยาที่ได้อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอได้.

เอกสาร

1. Abbat, J.D., H.E.A. Farran, and R. Greene: Lancet. 1956, 1:782.

2. Blom, P.S., A. Querido., and C.H.W. Leeksma: Brit. J. Radiol. 1955, 28:165.

3. Blomfield, G.P., et al. B.M.J., Jan. 10, 1959, 63.

4. Chapman, E.M., et al. J. Clin. Endocrinal. 1954, 14: 45.

5. Court-Brown, W.M., and R. Doll: Spec. Rep. Ser. Med. Res. Coun. No. 295. H.M.S.O., London.

6. Delarue, J., M. Tubiana, and J. Dutreix: Brit. Ass. franc. Cancer, 1953, 40: 253.

7. Doniach, I.: Brit. med. Bull., 1958, 14, 181.

8. Goldberg, R.C., and I.L. Chaikoff: A.M.A. Arch. Path. 1952, 53, 22.

9. Hamilton, J.G., and J.H. Lawrence: J. Clin. Invest. 1942. 21. 624.

10. Hertz, S., and Roberts, A. Ibid. 1942, 21, 624.

11. Kilpatrick, R., et al.: Quart. J. Med. 1957, 26, 209.

12. Medical Research Council Harzards to man of nuclear and allied radiations. H.M.S.O., London, 1956.

13. Osborn, S.B., and E.E. Smith: Lancet 1956, 1, 949.

14. Pochin, E.E., et al.: Brit. J. Radiol. 1956, 29, 31.

15. Rawson, R.W., and J.E. Rall, cited by ref. No. 14.

16. ร่มไทร สุวรรณิก; สารศิริราช ๒๕๐๑, ๑๐: ๑๓๓—๑๔๑.

17. Seidlin, S.M., et al: Bull. N.Y. Acad. Med. 1955, 31, 410.

18. Wilson, G.M., et al. Brit. med. J. 1958, 2, 929.

ท่านอยู่ระดับไหน

ผู้หาบโลก อยู่ในระดับต่ำ

ผู้หิ้วโลก อยู่ในระดับกลาง

ผู้วางโลก อยู่ในระดับสูง

สมเด็จพระมหาวีรวงศ์ ติสสเถระ

แพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้าน

ประดิษฐ์ ตัณฑสุรัต พ.ด., Ph.D. (Washington)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ตัณฑสุรัต)

ผู้เขียนมีความยินดีอย่างยิ่งเมื่อมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้จัดให้มีแพทย์ฝึกหัดชนิดบังคับ ใน พ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๐๕, นับเป็นวิวัฒนาการในการแพทย์ที่สำคัญข้อหนึ่งซึ่งควรจะจัดทำมานานแล้ว. ในทุกวันนี้แพทย์ฝึกหัด (Interns) และแพทย์ประจำบ้าน (Resident) กลายเป็นสิ่งจำเป็นแห่งการเป็นแพทย์หรือการเข้าเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย. ผู้ที่สำเร็จแพทย์ใหม่ ๆ มีความลำบากใจในการเจาะเลือด. บางคนฉีดยาเข้าตะโพกชนิดที่ฉีดแล้วครั้งเดียวผู้ป่วยไม่ยอมให้ฉีดต่อไป, ฉีดยาเข้าหลอดเลือดแล้วรั่วจนเน่า. หลายคนทำคลอดไม่ได้. พฤติการณ์เหล่านี้เท่าที่ผู้เขียนรวบรวมมาได้เนื่องมาจากเหตุหลายประการ, แต่ประการที่สำคัญที่ผู้เขียนรู้แน่นอนคือนักศึกษาแพทย์พยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานในห้องทดลองหรือการปฏิบัติกับผู้ป่วย ในทุกกรณี, เป็นต้นว่าการตรวจเลือด, การตรวจบัสสาวะอุจจาระ, การตรวจร่างกาย, การเขียนรายงานการช่วยผ่าตัด. สำหรับการทำคลอดนั้น, กว่าผู้ทำคลอดจะลุกขึ้นล้างหน้าหวีผมแต่งตัว, กว่าจะเดินถึงตึกผู้ป่วย, เด็กมักจะคลอดเสียแล้ว. ฉะนั้นเมื่อสำเร็จเป็นหมอแล้ว, บางคนไม่เคยทำคลอดด้วยมือของตนเองเลย. มีผู้ป่วยเป็นเด็กซโตรคาร์เดีย รายหนึ่ง, ผู้รายงานเขียนว่าจุดหัวใจกระเพื่อมอยู่ในระดับปกติ. ผู้ป่วยเป็นกระเทย, แต่รายงานเขียนว่าองคชาติและถุงอัณฑะปรกติ. ผู้ป่วยเป็นมาลาเรียอย่างแรง แต่รายงานเขียนว่าเชื้อมาลาเรียไม่มี, เป็นต้น. จนทุกวันนี้ผู้เขียนก็ยังไม่เข้าใจว่าเหตุใดนักศึกษาแพทย์เหล่านี้ได้อุตส่าห์พ้นผ่าการสอบไล่เพื่อเข้ามาเป็นแพทย์, โดยอีกหลายร้อยคนต้องหมดหวังไป, แล้วนักศึกษาแพทย์เหล่านี้เอง กลับพยายามหลีกเลี่ยงการฝึกหัดการเป็นแพทย์ในเมื่อตนเองมีโอกาส ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ สำหรับการฝึกหัดเหล่านี้. นักศึกษาแพทย์หลายคนพยายามหลบหลีกการปฏิบัติงานต่าง ๆ โดยทำบ้างไม่ทำบ้าง, ให้คนอื่นทำแทนบ้าง, ลอกเขาบ้าง, เอางานปฏิบัติงานของผู้อื่นมาเสนอ

ให้บ้าง. พฤติการณ์เหล่านี้เป็นการทุจริตที่ทำลาย ความ สามารถ และอนาคต ของตนเองอย่างน่าเสียดายที่สุด. ผู้เขียนเชื่อว่าผู้ที่เข้ามาเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการเป็นหมอจริง ๆ. หรือบางคนเห็นเพื่อนเรียนหมอก็ลองเข้ามาเรียนบ้าง. บางคนอยากเป็นหมอเพราะอยากรวย. ครั้นมาเรียนเข้าจริงๆ ปรากฏว่า การเรียนหมอ ไม่ถูกกับ นิสัย ของตน. บางคนก็เบื่อหน่ายขนกลางคัน ผู้เขียนได้ รับคำบอก เล่าว่าแพทย์ ต่าง จังหวัดหลายคนทำคลอดไม่ได้. ข้อนี้อาจเป็นเพราะนิสัยไม่ชอบเป็นหมอตำแยก็ได้, หรือทำคลอดไม่ได้จริง ๆ ก็ได้. แต่เมื่อเป็นหมอแล้ว, ชาวบ้านเขาก็ให้เกียรติว่าเป็นหมอ, ต้องทำได้ทุกอย่าง. โดยเหตุนี้เองหมอในประเทศไทยจึงเก่งมาก, เป็น "สาระพัดช่าง", คือทำได้ทุกอย่าง, หรือต้องทำทุกอย่าง. บางคนก็มีความสามารถมาก, ทำได้ทุกอย่าง, น่านับถือจริง ๆ.

สาเหตุแห่งการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานต่าง ๆ นี้ผู้เขียนเชื่อว่ามีข้อใหญ่ ๆ อยู่ ๒ ประการ. ประการแรกเนื่องจากความขี้เกียจหรือความไม่เอาใจใส่ (ก็แล้วแต่จะเรียก). ผู้เขียนพบว่าเมื่อเวลาเข้าห้องปฏิบัติงาน, นักศึกษาหลายคนไม่มีสมุดสำหรับปฏิบัติงานมาเลย. เมื่อถูกถามว่าเหตุใดจึงไม่นำสมุดปฏิบัติงานมา, คำตอบที่สั้นๆ และง่าย ๆ คือ "ลืมครับ". เมื่อพูดถึงความขี้เกียจ, ก็เลยขอเล่าถึงความขี้เกียจของชีวิตประจำวันไว้ในโอกาสนี้ด้วย. ผู้เขียนมีคนสวนคนหนึ่ง, กินข้าวแล้วไม่ยอมล้างชาม, เอาคว่ำเก็บในตู้เลย. ผู้เขียนก็ถามว่า: "ทำไมกินข้าวแล้วไม่ล้างชาม". เขาตอบว่า: "ไม่ต้องล้างละครับ, ประเดี๋ยวผมก็กินอีกแล้ว." เขาตื่นแล้วไม่ยอมเก็บมุ้ง. ผู้เขียนก็ถามว่า: "ทำไมตื่นแล้วไม่เก็บมุ้ง". เขาตอบว่า: "ไม่ต้องเก็บละครับ, ประเดี๋ยวผมก็นอนอีกแล้ว." นี่เป็นยอดของความขี้เกียจในชีวิตประจำวัน. หากความขี้เกียจนี้เข้าอยู่ในชีวิตของนักศึกษาแพทย์เมื่อใด, ผู้เขียนก็คิดว่านักศึกษาแพทย์ผู้นั้นควรลาออกจากอาชีพหมอเสียดีกว่า.

ประการที่สอง, ในสมัยหนึ่งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไม่คิดคะแนนสำหรับปฏิบัติงานต่าง ๆ ในปี ที่ ๓ และปี ที่ ๔. ข้อนี้เป็นเหตุให้นักศึกษาแพทย์บางส่วนพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานเหล่านั้น, เพราะมุ่งหน้าดูตำราเพื่อสอบไล่ให้ได้อย่างเดียวดีกว่า, จะไปมัวเสียเวลาทำงานในห้องปฏิบัติ

งานตรวจคนไข้, เขียนรายงานทำไมกัน. แต่นักศึกษาแพทย์เหล่านั้นมิได้สำนึกว่าการเป็นหมอที่ดีนั้นไม่ได้อยู่ที่คะแนนสอบไล่เลย, แต่อยู่ที่การฝึกหัดตรวจและรักษา, ทั้งทางห้องปฏิบัติ และห้องผู้ป่วย ต่างหาก. มายัดนี้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้มองเห็นความจริงข้อนี้, จึงได้จัดให้คะแนนทางปฏิบัติด้วยอย่างที่เคยปฏิบัติมาเช่นเดิม.

แต่การปฏิบัติงานเมื่อยังเป็นนักศึกษาแพทย์นั้น, ยังนับว่าน้อยมาก, ทั้งหาได้มีการรับผิดชอบโดยตนเองอย่างใดไม่. นอกจากนั้นการบรรยาย, การสอบไล่, ก็คอยมาแย่งเวลาการปฏิบัติงานประจำวันไปเกือบหมด. ฉะนั้นเมื่อมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้เปิดโอกาสให้มีแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านจึงนับว่าเป็นนิมิตอันดีของแพทย์ที่สำเร็จใหม่, ซึ่งควรจะยินดีและขอบคุณมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เป็นอย่างยิ่ง, เสมือนหนึ่งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้ยื่นแก้วสาระพัดนึกมาให้, และแพทย์ทั้งหลายเป็นแต่เพียงออกแรง, ออกสติปัญญา, และฝึกหัดปฏิบัติงาน, พร้อมกับหัดรู้จักรับผิดชอบในผู้ป่วยโดยตรง. ทุกคนเป็นตัวของตัวเอง, จะจ้างใครมาทำแทนไม่ได้, เพราะโอกาสนี้เป็นของบรรดาแพทย์อีกวาระหนึ่งเป็นปีๆ ไป. ในปีแรกแห่งการเป็นแพทย์ฝึกหัดนั้น, ทุกคนต้องหมุนเวียนไปทุกสาขาของวิชาแพทย์ใหญ่ๆ จนครบทุกวิชา. ครั้นในปีที่สองซึ่งเรียกว่าแพทย์ประจำบ้านนั้น, ก็เท่ากับว่าเปิดโอกาสให้ต่างคนต่างเลือกว่าภายหลังที่ได้เป็นแพทย์ฝึกหัดแล้ว ๑ ปีจะตัดสินใจเป็นหมอชนิดใดที่จะถูกกับนิสัยใจคอของตน, หรือพูดง่ายๆ ว่าใครรักและสนใจในวิชาไหนมากที่สุด, ก็เลือกทางนั้น. เมื่อทำงานแล้ว ๑ ปีก็จะรู้สึกว่าการเป็นแพทย์ประจำบ้านเพียง ๑ ปีนั้นดูๆ จะไม่รู้อะไรมากนัก. ครั้นอยู่ต่อไปอีก ๒ ปี, ๓ ปี, ๔ ปีก็อาจจะร้องออกมาดังๆ ว่า "เอ๊ะนี่เราเป็นหมอมา ๓-๔ ปีแล้วนี่. ดูมันยิ่งไม่รู้อะไรเลย", และความจริงก็เป็นเช่นนั้นจริงๆ.

เมื่อนักศึกษาแพทย์ และแพทย์สำเร็จใหม่แลเห็นความจำเป็นของการเป็นแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านตามที่ผู้เขียนได้ชี้แจงมาแล้ว, ปัญหาต่อไปก็คือแพทย์ที่สำเร็จใหม่จะสมัครเข้าทำงานเป็นแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านที่ไหนได้บ้าง. ในระยะ ๓ ปีข้างหน้า, คือในราว พ.ศ. ๒๕๐๗, จะมีแพทย์สำเร็จใหม่ในราว ๒๖๐-๓๐๐ คน. แพทย์ที่สำเร็จใหม่

เหล่านี้ย่อมแสวงหาสำนักแพทย์หรือโรงพยาบาลชั้นหนึ่งที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์รับรองแล้วว่าเป็นโรงพยาบาลชั้นหนึ่งจริง ๆ, เพื่อตนเองจะได้เข้าฝากตัวฝึกหัดเป็นแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านหาวิชาความรู้ต่อไป. คณะแพทยศาสตร์ทั้งสามแห่งที่มีอยู่ในประเทศไทยขณะนี้ไม่สามารถรับแพทย์ที่สำเร็จใหม่ได้หมด, เพราะมีจำนวนที่อยู่และจำนวนผู้ป่วยจำกัด. ดังนั้นแพทย์สำเร็จใหม่ก็ต้องกระจายไปอยู่ตามโรงพยาบาลอื่นบ้าง. โรงพยาบาลเหล่านี้ควรจะเป็นโรงพยาบาลที่มีสมรรถภาพดีจริง ๆ และเหมาะสำหรับเป็นโรงพยาบาลที่จะประสิทธิประสาทวิชาความรู้ในสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน, คือมีแผนกอายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา, รังสีวิทยาและพยาธิวิทยา, และเหมาะสำหรับใช้เป็นที่ฝึกหัดแพทย์ประจำบ้านโดยเฉพาะ, เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระจากโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์. แต่การที่จะให้มีโรงพยาบาลชั้นหนึ่งเพียงพอสำหรับรับแพทย์ฝึกหัดได้, ก็ต้องอาศัยความร่วมมือช่วยเหลือจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น, ที่จะปรับปรุงวิทยฐานะของโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพและสมรรถภาพสมเป็นโรงพยาบาลชั้นหนึ่งจริง ๆ, ให้เป็นที่พึ่งพาของบรรดาแพทย์ที่สำเร็จไปฝึกหัดหาวิชาความรู้ต่อไป. แพทย์เหล่านี้ต่อไปในเบื้องหน้าก็จะเป็นกำลังอันสำคัญของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และของกระทรวงสาธารณสุข. ฉะนั้นถ้าหากทั้งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และกระทรวงสาธารณสุขมีแม่พิมพ์ที่ดี, สิ่งที่หล่อหลอมออกมาก็ควรจะได้ดีสมตามความปรารถนาเป็นแน่.

มนุษยพันธุศาสตร์

ประเวศ วะสี พ.บ.

(แผนกอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ กังสดาลย์)

ถึงแม้ว่า เม็นเด็ล จะได้ค้นพบกฎกรรมพันธุ์มาเกือบร้อยปี และได้มีการศึกษาในสัตว์และพืชอย่างมากมาย, พันธุศาสตร์ (เจเนติคส์) ในมนุษย์ยังล้าหลังมาก. ทั้งนี้เป็นเพราะมนุษย์มีอายุยืนกว่าสัตว์ทดลอง, มีจำนวนลูกน้อย, และไม่ผสมพันธุ์ตามความต้องการศึกษา. ในสมัยที่ผ่านไปความสนใจเกี่ยวกับด้านนี้มีเพียงไม่กี่อย่าง, เช่นหมู่เลือด, ตาบอดสี, ฮีโมฟีเลีย, เป็นต้น. โดยทั่วไปเมื่อแพทย์พบโรคกรรมพันธุ์ก็นึกว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติบันดาล, ไม่มีทางทำอะไรต่อไป. หลังจากเงียบพักตัวอยู่นานการศึกษาพันธุศาสตร์ใน มนุษย์ได้ปะทุขึ้นอย่างแรง, กลายเป็นสิ่งน่าตื่นเต้นและมีประโยชน์ยิ่ง. ความก้าวหน้ารวดเร็วของวิชานี้อาศัยพัฒนาการทางเทคนิคต่าง ๆ, เช่นทางชีวเคมี (เอ็นซัยม์, โฆรมาโตกราฟี่, อิเล็คโตรฟอริสิส), ซัยโตโลยี่ (โฆรโมโซม) และสถิติ. ในปัจจุบันนี้ทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญของพันธุศาสตร์. ในวิทยาสารทั่วไปมีเรื่องแนวนี้แทบทุกฉบับ. ในโรงเรียนแพทย์หลายแห่งมีแผนกหรือหน่วยทำการสอนวิชานี้โดยเฉพาะ. ผู้เขียนสามารถเพียงทบทวนทั่วไป อย่างสั้น ๆ เพื่อกระตุ้นความสนใจเท่านั้น, และจะพยายามเลี่ยงศัพท์เฉพาะวิชาเท่าที่จะทำได้.

พันธุศาสตร์ในมนุษย์

การศึกษาพันธุศาสตร์ในมนุษย์แต่ครั้งโบราณเริ่มจากความช่างสังเกต. ใน ค.ศ. ๑๗๕๒ มีรายงานครอบครัวที่มีจำนวนนิ้วมากกว่าปรกติ, ครอบครัวที่มีผิวหนังเป็นสะเก็ด, และครอบครัวที่มีตาบอดสี, ต่อมาก็มีภาวะใบ้, ฮีโมฟีเลีย และชักกระตุกแบบโฆเรีย. ในศตวรรษที่ ๑๙ นั้น เม็นเด็ลพบกฎของกรรมพันธุ์, แต่ไม่มีใครสนใจ. กาลตัน (ค.ศ. ๑๘๒๒ ถึง ๑๙๑๑) ที่ลอนดอนพบว่าระดับสติปัญญา และความสูงเป็นกรรมพันธุ์, เขาสามารถทำนายความ

สูงของลูกได้จากความสูงของพ่อแม่, แต่เขาไม่พบกฎของกรรมพันธุ์ดัง เม็นเด็ล, เพราะเขาเผอิญศึกษาลักษณะซึ่งอาศัยยีนหลายคู่. อย่างไรก็ตาม กาลตัน ได้คิดวิธีสถิติอันมีประโยชน์มาก, คือ คอร์รีเลชันโคเอ็ฟฟีเชียนท์ สำหรับบ่งความสัมพันธ์ของลักษณะคู่ใดคู่หนึ่ง.

ใน ค.ศ. ๑๙๐๐ แลนด์สะไตเนอร์พบหมู่เลือด "เอ" "บี" "โอ" และต่อมาพบหมู่เลือด เรสัส ในปี ๑๙๔๐. หมู่เลือดได้เป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาพันธุศาสตร์และมนุษยวิทยา. โดยพัฒนาการเทคนิคต่าง ๆ และโดยพยายามใช้เทคนิคทุกทาง, พันธุศาสตร์ก็ได้เจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว. ในบัจจุบันวิชานี้แบ่งแยกเป็นหลายแขนง. ในที่นี้จะกล่าวถึงเพียงบางแขนง.

๑. ซัยโตเจเนติคส์

ซัยโตเจเนติคส์ หมายถึง การศึกษาโฆรโมโซม โดยตรงและยังหมายถึงการศึกษาส่วนอื่น ๆ ของเซ็ลล์ด้วย เทคนิคทางซัยโตโลยี่. เชื่อกันมาถึง ๓๐ ปีว่ามนุษย์มี โฆรโมโซม ๔๘ อัน หรือ ๒๔ คู่. เดี๋ยวนี้ยอมรับกันทั่วไปว่า จำนวนที่ถูกต้องคือ ๔๖ อันหรือ ๒๓ คู่. นักวิทยาศาสตร์ได้ค้นพบวิธีแสดง โฆรโมโซม ให้แยกชัดเจนสะดวกแก่การนับและศึกษารูปร่าง. เทคนิคที่ใช้คือการเลี้ยงเซ็ลล์จากผิวหนังหรือจากไขกระดูก, หรือจากเม็ดโลหิตขาว. โดยการใช้ คอลชิซิน และน้ำยา ฮัยโปโทนิค ทำให้ได้เซ็ลล์ซึ่งอยู่ในระยะไมโตสิส มาก, โฆรโมโซม กระจายและใหญ่, สะดวกแก่การศึกษา. ในจำนวน ๒๓ คู่นั้นเป็น โฆรโมโซมเพศ (เซกส์โฆรโมโซม) เสีย ๑ คู่. อีก ๒๒ คู่เรียกว่า ออโตโซม. มีมาตรฐานการเรียกชื่อ ออโตโซม ตามที่ตกลงที่ เด็นเว่อร์ เป็นคู่ที่ ๑ ถึง ๒๒ เรียงตามลำดับความยาว. ในผู้หญิง โฆรโมโซม เพศนั้นเหมือนกัน, เป็น "เอ็กซ์" โฆรโมโซม ทั้งคู่, แต่ในผู้ชายเป็น "เอ็กซ์" โฆรโมโซม อันหนึ่ง, และอีกอันหนึ่งมีขนาดเล็กกว่ามาก เรียกว่า"วาย" โฆรโมโซม. ในคน, "เอ็กซ์" โฆรโมโซม ทำให้มีความเป็นผู้หญิง และ "วาย" โฆรโมโซม ทำให้มีความเป็นผู้ชาย.

ความผิดปรกติอาจเกิดขึ้นแก่ โฆรโมโซม โดยมีส่วนของ โฆรโมโซม หรือโฆรโมโซม ทั้งอัน หรือทั้งชุดมากไปหรือน้อยไป. ในเมื่อ โฆรโมโซม เป็นที่อยู่ของ ยีน ซึ่งควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างในร่าง

กาย, ถ้าความผิดปรกติมีมากก็อาจทำให้ชีวิตคงอยู่ไม่ได้ คือ เอ็มบริย์โอ ตาย. ถ้าความผิดปรกติมีไม่มาก ชีวิตอาจดำรงอยู่ได้แต่เกิดความพิการ หรือโรคขึ้น. มีโรคหลายโรคซึ่งเดิมไม่ทราบสาเหตุ, ซึ่งในปัจจุบันนี้พบว่าเนื่องจาก โฆรโมโซม ผิดปรกติ, และกำลังพบมากขึ้นเรื่อย ๆ.

ก. มองโกลิสม์

ภาวะผิดปรกตินี้แต่กำเนิดอย่างนี้ แลงดอน–ดาวน์. ได้รายงานไว้เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. ๑๘๖๖ ในโรคนี้มีความพิการหลายอย่าง, เช่นเจริญเติบโตช้า, หน้าตาแปลก เพราะส่วนประกอบของใบหน้าหลายอย่างผิดธรรมดา. ชาวยุโรปมองเห็นว่าเด็กที่เป็นโรคนี้มีหน้าตาคล้าย ชาวเอเชีย เลยเรียกโรคนี้ว่า มองโกลิสม์ ซึ่งเราเห็นว่าไม่เหมาะสม. ผู้ที่เป็นโรคนี้มีระดับสติปัญญาต่ำมาก, อาจถึงขั้นอิเดียต. โรคนี้ยังมีลักษณะผิดปรกติอีกหลาย อย่างเช่นที่ลายฝ่ามือฝ่าเท้า, ที่หัวใจ, และเม็ดเลือดขาว. ผู้ที่เป็นโรคนี้เกิดลิวคีเมีย ได้บ่อยกว่าคนทั่ว ๆ ไป ๒๐ เท่า. สาเหตุของโรคไม่เป็นที่ประจักษ์, แต่สังเกตว่าพบบ่อย ๆ ในเด็กที่เกิดขณะมารดาอายุมาก. ต่อมามีผู้พบว่า โฆรโมโซม ในผู้ที่เป็นโรคนี้มีมากเกิน. ส่วนที่เกินมา ๑ อันนั้นเข้าใจว่าเป็นของคู่ที่ ๒๑.

ข. ความผิดปรกติทางเพศ

ผู้หญิงบางคนมี "เอ็กซ์" โฆรโมโซม เพียงอันเดียวแทนที่จะมีสอง, ทำให้เติบโตช้า, รังไข่ฝ่อ, อวัยวะเพศไม่เจริญ, เป็นหมัน, และสติปัญญาต่ำ. ภาวะนี้เรียกว่ากลุ่มอาการ เทอร์เน่อร์. ผู้ชายบางคนแทนที่จะมี "เอ็กซ์" โฆรโมโซม หนึ่งอันและ "วาย" โฆรโมโซม หนึ่งอัน, กลับมี "เอ็กซ์" โฆรโมโซม สองอัน และ "วาย" โฆรโมโซม หนึ่งอัน. ผู้ที่มีความผิดปรกตินี้มีเม็ดอัณฑะฝ่อ, เป็นหมัน, เจริญเติบโตช้า และสติปัญญาต่ำ. ภาวะนี้เรียกว่ากลุ่มอาการ ไคลน์เฟลเตอร์. นอกจากนั้นยังพบความผิดปรกติอื่น ๆ เกี่ยวกับ โฆรโมโซมเพศอีก, เช่นหญิงบางคนมี "เอ็กซ์" โฆรโมโซม ถึง สามอัน, เรียกว่าเห็น "ยิ่งหญิง" (ซูเปอร์ฟีเมล).

ค. มะเร็ง

ทำไมเซ็ลล์ของอวัยวะต่าง ๆ แบ่งตัวรวดเร็วผิดปรกติจนเกิดเป็นมะเร็งได้. คำ

อธิบายอย่างหนึ่งก็คือกลไกซึ่งควบคุมเซ็ลล์นั้นเกิดผิดปรกติ. ซึ่งอาจเป็น มูเตชั่น หรือการเปลี่ยนแปลงใน โฆรโมโซม. ได้มีผู้พบความผิดปรกติหลายอย่างทั้งในด้านจำนวน และรูปร่างของ โฆรโมโซม ของเนื้อมะเร็งทั้งในสัตว์และในคน. แต่ความผิดปรกติทั้งนี้ไม่คงที่จึงยังไม่สามารถ แปลผลได้. ใน มัยอิลอยด์ ลิวคีเมีย ชนิดเรื้อรังได้มีผู้พบ หลาย ครั้ง แล้วว่า โฆรโมโซม อันหนึ่งของคู่ที่ ๒๑ (คู่เดียวกับที่เกิดความผิดปรกติใน มองโกลิสม์) เล็กกว่าปรกติ. โฆรโมโซม อันเล็กนี้เรียกว่า โฆรโมโซม ฟิลาเดลเฟีย เพราะพบครั้งแรกในเมืองนั้น. ที่เรืองของมะเร็งก็คือ ลิวคีเมีย ก็คือ เป็นที่ลับเกี่ยวกับสาเหตุการตรวจพบบางอย่างซึ่งอาจนำไปสู่ความเข้าใจการเกิดโรคย่อมก่อให้เกิดความตื่นเต้น.

นอกจากการศึกษา โฆรโมโซม โดยตรง, ยังมีการศึกษาลักษณะของ นิวเคลียส ของเซ็ลล์, ซึ่งทำให้บอกได้ว่าเป็นหญิงหรือชาย. เซ็ลล์ทั่ว ๆ ไปในร่างกายหญิงมี โฆรมาติน ใน นิวเคลียส เป็นจุดใหญ่ ๆ เรียกว่า เซ็กส์ โฆรมาติน, กับในเม็ดเลือดขาวชนิด โปลีย์มอร์โฟนูเคลียร์ ประมาณ ๓ ถึง ๔ เปอร์เซ็นต์มีส่วนยื่นที่เรียกว่า "ดรัมสติค". ในผู้ชายไม่พบเช่นนี้.

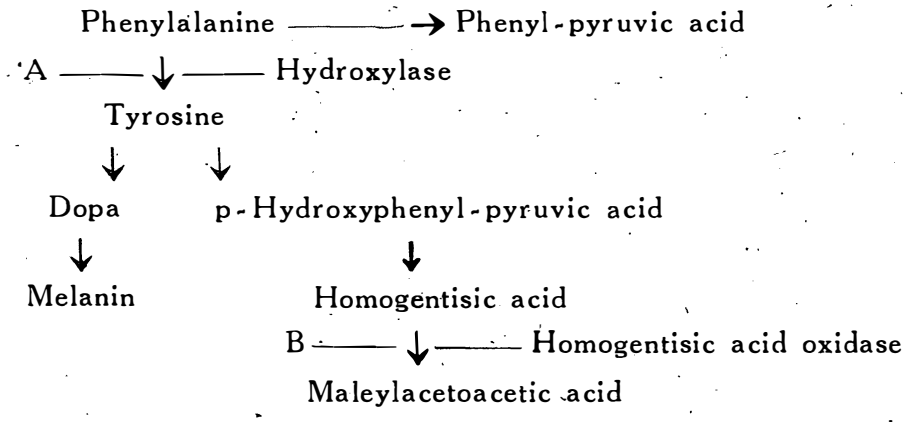
๒. ชีวเคมีพันธุศาสตร์

ไบโอเฆมิคัล เจเนติคส์ หรือ ชีวเคมีพันธุศาสตร์หมายถึงพันธุศาสตร์ที่อาศัยวิธีการชีวเคมีในการศึกษา. ร่างกายเป็นเหมือนโรงงานชีวเคมี, ฉะนั้นชีวเคมีพันธุศาสตร์จึงมีความ สำคัญที่สุดต่อ ความเข้าใจปรากฏการณ์ของชีวิต. Garrod เป็นบิดรแห่งวิชานี้. ในปี ค.ศ. ๑๙๐๒ เขาได้บรรยายเรื่อง แอลแคปโตนยูเรีย และให้ความเห็นว่าน่าจะเป็น ความผิดปรกติแต่กำเนิดของ เมตะบอลิสม์. มนุษย์อาจมีภาวะเคมีโดยเฉพาะตน (chemical individuality). การศึกษาอย่างจะมักเขม้นในด้านนี้ทั้งในคน, สัตว์ และพืช, โดยเฉพาะพวกรา, ได้ทำให้เข้าใจกลไกการทำหน้าที่ของยีนดีขึ้น. เป็นที่รับรองทั่ว ๆ กันว่า ยีนควบคุม ปฏิกิริยา เคมีในร่างกาย ทุกระยะเป็นลูกโซ่, และคิดว่า ยีน ควบคุมการสร้าง เอ็นซัยม์ ซึ่งกำหนดปฏิกิริยาเคมีอีกต่อหนึ่ง. "ยีนหนึ่ง ยีน ต่อ เอ็นซัยม์ หนึ่งอย่าง" เป็นสำนวนที่นิยมพูดกัน. การศึกษาในด้าน ชีวเคมี พันธุศาสตร์ นั้น เป็นไปอย่างกว้างขวางมาก. จะขอยกตัวอย่าง

เล็กน้อย.

ก. แอลแคปโตนยูเรีย

แอลแคปโตนยูเรีย เป็น ภาวะ ผิดปรกติแต่กำเนิด. กรรมพันธุ์มีลักษณะเฉพาะคือมีกรด โฮโมเจ็นติสิค ออกมากทางปัสสาวะ. เมื่อตั้งทิ้งไว้, ปัสสาวะจะมีสีดำ. โรคนี้สังเกตได้ไม่นาน หลังเกิดโดยพบด่างดำๆ ที่ผ้าอ้อมของเด็ก. คนที่เป็นโรคมีอแก่ตัวลงมักเป็น ออสติโออาไธรติส ได้ง่าย. ในคนปรกติกรด โฮโมเจ็นติสิค ถูก เอ็นซัยม์ โฮโมเจ็นติสิค ออกซิเดส เปลี่ยนต่อไปเป็นกรด มาเลิลอะซิโตอะซิติค (ดูรูป ๑). เมื่อขาด เอ็นซัยม์ ระดับของ กรดโฮโมเจ็นติสิค ในเลือดขึ้นสูง, เลยถูกขับถ่ายออกมาในปัสสาวะ. ความผิดปรกตินี้เกิดจาก ริเซสสีฟ ยีน.



รูป ๑. บางส่วนของเมตะบอลิสม์ของ เฟนีย์ลอะลานีน. A และ B เป็นตำแหน่งที่เกิดการสกัดกั้นในโรค เฟนิย์คีโตนยูเรีย, ตามลำดับ.

ข. เฟนีย์ลคีโตนยูเรีย

เป็นภาวะผิดปรกติแต่กำเนิด และกรรมพันธุ์มีลักษณะเฉพาะคือมีกรด เฟนีย์ล พัยรูวิค (เป็นกรดเฟนีย์ลคีโตน) ออกมามากทางปัสสาวะ. ผู้ที่เป็นโรคมีระดับสติปัญญาต่ำ, สีผิวกาย และสีผมจางกว่าปรกติ. ความบกพร่องอยู่ที่ เอ็นซัยม์เฟนีย์ลอาลานีนฮัยดร็อกซีย์เลส (รูป ๑ ตรง A) ทำให้ เฟนีย์ลอะลานีน กลายเป็นกรดเฟนีย์ลพัยรูวิค มากขึ้นและขับถ่ายทางปัสสาวะ. การที่มีสติปัญญาต่ำอาจเป็นเพราะมีกรด เฟนีย์ลพัยรูวิคหรือ เมตะบอไลต์ อื่นมากและอยู่เป็นเวลานาน. เชื่อว่าถ้าจำกัดอาหารให้มี เฟนีย์ลอะลานีน แต่น้อยและมี

กรด เฟนิยล์พยรูวิค เกิดขึ้นไม่มาก, จะป้องกันภาวะสมองเสื่อมทรามได้. โรคนี้เกิดจาก ริเซสสีฟยีน.

ค. กาแลคโตสีเมีย

เป็นภาวะที่พบภายใน ๒ ถึง ๓ วันหลังจากทารกได้กินนม. ทารกมีอาการกระสับกระส่าย, ผอม, ตับโต และต่อมาตับแข็ง, มีไข่ขาวในปัสสาวะ, และภาวะทุโภชนาการ. พบ กาแลคโตส ในปัสสาวะ. ในภาวะปรกติ กาแลคโตส ถูกเปลี่ยนเป็น กลูโคส โดย เอ็นซัยม์กาแลคโตส ๑ ฟอสเฟต ยูริดีย์ล ทราสเสเฟอเรส. ในโรคนี้ขาด เอ็นซัยม์ อย่างนี้ทำให้ กาแลคโตส ๑ ฟอสเฟต คั่งค้าง และเป็นตัวนำให้เกิดพยาธิสภาพดังกล่าวข้างต้น. ถ้าสามารถวินิจฉัยโรคได้แต่เนิ่น ๆ และไม่ให้ทารกกินนมก็จะป้องกันพยาธิสภาพร้ายแรงนี้ได้. โรคนี้เกิดจาก ริเซสสีฟยีน.

เฟนิยล์คีโตนยูเรีย และ กาแลคโตสเมีย เป็นตัวอย่างอันดีว่าโรคกรรมพันธุ์นั้น ใช่ว่าจะไม่มีทางรักษาเสียเลย. ถ้าเราเข้าใจถึงกลไกของโรค, หนทางบรรเทาหรือป้องกันโรคก็จะมีขึ้น.

ง. พล้าสม่า โปรเทอีน

พล้าสม่า โปรเทอีน โดยเทคนิคอย่างหยาบ ๆ แยกเป็น แอลบูมิน กับ โกลบูลิน, โดย อิเล็คโตรโฟริสิส ธรรมดาแยกออกเป็น แอลบูมิน, แอลฟ่า ๑, แอลฟ่า ๒, เบตาโกลบูลิน, แกมม่าโกลบูลิน และ ไฟบริโนเจ็น, โดยเทคนิคทั้งสองนี้ร่วมกับ อิเล็คโตรโฟริสิส แป้งซนิต เจ็ล แบบ ๒ มิติแยกได้เป็นประมาณยี่สิบอย่าง.

มีความแตกต่างหลายอย่างใน พล้าสม่า โปรเทอีน โดยกรรมพันธุ์. อะไฟบริโนเจนีเมีย ทำให้มีเลือดออกไม่ค่อยหยุดและมักตายตั้งแต่เด็ก ๆ. อะแนลบูมีนีเมีย ไม่ค่อยมีผลร้ายอย่างใด. อะแกมม่าโกลบูลินีเมีย ทำให้ไม่สามารถสร้าง แอนติบอดี้ จึงเป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย. แฮปโตโกลบิน เป็น โปรเทอีน สำหรับจับ ฮีโมโกลบิน. โดย อิเล็คโตรโฟริสิส ธรรมดา แฮปโตโกลบิน อยู่ในส่วน แอลฟ่า ๒, แต่โดยอิเล็คโตรโฟริสิส แป้งซนิต เจ็ล จะแยกออกได้เป็นหลายส่วน. การแยกของ แฮปโตโกลบิน โดยเทคนิคนี้แตกต่างกันซึ่งจัดได้เป็น ๓ แบบ, คือ แบบ ๑-๑, ๒-๑ และ ๒-๒. ผู้ใดจะมี แฮปโตโกลบิน เป็นแบบไหนแล้วแต่กรรมพันธุ์. อุบัติการของ

ชนิดของ แฮปโตโกลบิน ต่างกันในชนชาติต่าง ๆ, ฉะนั้นจึงมีประโยชน์ในทางพันธุศาสตร์และ มนุษย วิทยา เช่น เดียว กับหมู่เลือด. ทรานสเฟอริน เป็น โปรเทอิน ซึ่งขับเหล็ก. โดย อิเล็คโตรโฟริสิส ธรรมดาอยู่ในส่วน เบต้าโกลบูลิน, แต่โดย อิเล็คโตรโฟริสิส แป้งชนิด เจ็ล แบ่งออกได้เป็นหลายชนิด. ชนิดของ ทรานสเฟอรูน เป็นกรรมพันธุ์เช่นเดียวกับ แฮปโตโกลบิน.

จ. ฮีโมโกลบินผิดปรกติ

ใน ค.ศ. ๑๙๔๙ พอลลิ่งก์ และคณะพบว่า ฮีโมโกลบิน ในคนไข้ที่เป็น ซิคเคิลเซ็ลล์ อนิเมีย แตกต่างจาก ฮีโมโกลบินปรกติ. การค้นพบนี้สำคัญมากเพราะนำมาซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับโรคอณู (โมเลคูล่าร์ดิสสิส). อันหมายถึงว่าการทำร่างกายสร้างอณูที่ต่างไปจากปรกติอาจเป็น ชนวนให้เกิดพยาธิสภาพขึ้นในร่างกาย. มีการค้นพบฮีโมโกลบินผิดปรกติเป็นจำนวนมาก, เรียกชื่อเรียงลำดับตัวอักษร A ถึง Q และที่เรียกโดยชื่ออื่น ๆ อีกมาก. ชนิดของ ฮีโมโกลบิน นี้กำหนดโดย ยีน, จึงเป็นกรรมพันธุ์.

เป็นที่เชื่อกันโดยทั่ว ๆ ไปว่าโครงสร้างของอณูของ โปรเทอิน นั้นกำหนดขึ้นโดยโครงสร้างของ ยีน. เมื่อมีความผิดปรกติในโครงสร้างของ ยีน-มูเตชั่น, ยีนที่เกิดขึ้นจะกำหนดให้มีการสร้างอณูของ โปรเทอิน ที่ผิดปรกติตามไปด้วย. การศึกษาชีวเคมีและพันธุศาสตร์ของ ฮีโมโกลบิน มีความสำคัญมากในการสนับสนุนความเชื่อในความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของ ยีน กับโครงสร้างของอณูของ โปรเทอิน. โดยการศึกษาในครอบครัวทำให้ทราบว่า ยีน ของ ฮีโมโกลบิน "เอ๊ส" กับ ยีน ของ ฮีโมโกลบิน "ซี" อยู่บนตำแหน่งตรงกัน ยีน โฆรโมโซม คือที่เรียกว่าเป็น แอลลีลกัน. จากการศึกษาทางเคมีพบว่าใน ฮีโมโกลบิน "เอ๊ส" และ ฮีโมโกลบิน "ซี" เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นที่กรด อมิโน ตัวเดียวกัน (ดูรูป ๒.) ใน ฮีโมโกลบิน

รูป ๓ แสดงว่า ยีน "เอ๊ส" กับ ยีน "ซี" ซึ่งเราทราบจากการศึกษาในครอบครัวว่าอยู่ที่ตำแหน่งเดียวกันใน โฆรโมโซม ควบคุมกรด อมิโน ตรงตำแหน่งเดียวกันใน โปรเทอิน ของ ฮีโมโกลบิน. มูเตชั่น อาจเกิดขึ้นได้หลายแห่งใน ยีน ของ ฮีโมโกลบิน, ทำให้เกิดอณูของ ฮีโมโกลบิน ต่าง, ทั้งที่ตรวจพบได้และไม่ได้โดย อิเล็คโตรโฟริสิส.*

*รายละเอียดทางเคมีของฮีโมโกลบินมากกว่านี้ กำลังเตรียมสำหรับสารศิริราช

Hb A .....Val – His – Leu – Thr – Pro – Glu – Glu – Lys.....
Hb S .....Val – His – Leu – Thr – Pro – Val – Glu – Lys.....
Hb C .....Val – His – Leu – Thr – Pro – Lys – Glu – Lys.....

รูป ๒ ลำดับการเรียงตัวของกรดอมิโนในส่วนหนึ่ง (ส่วนที่เกิดการเปลี่ยนแปลง) ของอณูของฮีโมโกลบิน. อักษรที่ใช้เป็นตัวย่อของกรดอมิโนต่าง ๆ. ตรงที่ขีดเส้นใต้หมายถึงตำแหน่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น.

"เอ็ส" มีวาลินแทนที่กรดกลูตามิค, และในฮีโมโกลบิน "ซี" มีลัยซินแทนที่กรดกลูตามิคตัวเดียวกัน.

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ DNA ของโมรโมโซม
↑
S
oooooooooooooooooooooooooooooooooooooooo กรด อมิโน ในอณูของ Hb
↑
S
C

รูป ๓ ไดอะกรัม แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของยีนและของโปรเทอีน.

๓. เภสัชพันธุศาสตร์

เภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmaco-genetics) ศึกษาโดยอาศัยความแตกต่างของปฏิกิริยาต่อยา. เราทราบว่าแบคทีเรียบางเชื้อสายไว, บางเชื้อสายดื้อต่อยาอย่างเดียวกัน. ทั้งนี้แล้วแต่มันมี เอ็นซัยม์ ที่ทำลายยาได้หรือไม่มี. ในสัตว์และคนก็มี เอ็นซัยม์ บางอย่างแตกต่างกันเนื่องจากกรรมพันธุ์, จึงคาดล่วงหน้าได้ว่าการตอบโต้ต่อยาย่อมแตกต่างกัน. จะขอยกตัวอย่างเพียง ๔ ประการ, คือ:

ก. ขาดคาตะเลส

คาตะเลส ช่วยเปลี่ยน ฮัยโดรเจ็น เปอร์ออกไซด์ เป็นน้ำและ ออกซัยเจ็น. ตากาฮารา แพทย์ชาวญี่ปุ่นสังเกตว่าเมื่อเขาใช้ ฮัยโดรเจ็น เปอร์ออกไซด์ ทำความสะอาดแผลของคนไข้คนหนึ่ง, ไม่มีฟองปุดเหมือนในคนทั่ว ๆ ไปและเนื้อบริเวณนั้นเปลี่ยนเป็นสีดำ. ตากาฮารา สงสัยว่าคนไข้นั้นคงจะขาด คาตะเลส, ทำให้ ฮัยโดรเจ็น

เปอร์ออกไซด์ ซึ่งไม่ถูกทำลาย, ไปทำปฏิกิริยากับเนื้อบริเวณนั้นให้เป็นสีดำ. การศึกษาแสดงว่าภาวะขาด คาตะเลส นี้เกิดขึ้นเองจาก ริเซสสีฟ ยีน. นอกระทั่งบัดนี้ภาวะนี้พบแต่ในญี่ปุ่นเท่านั้น.

ข. ขาด กลูโคส ๖ ฟอสเฟต ดีฮัยโดรเจเนส

คนบางคนเมื่อได้รับ โปรมาควิน จะเกิดปฏิกิริยา ฮีโมลัยติค อย่างรุนแรงและเกิดฮีโมโกลบินยูเรีย. การศึกษาอย่างละเอียดแสดงว่าพวกนี้ขาด เอ็นซัยม์ กลูโคส ๖ ฟอสเฟต ดีฮัยโดรเจเนส ในเม็ดเลือดแดงโดยกรรมพันธุ์. ยีน ผิดปรกตินี้อยู่บนเอ็กซ์โครโมโซม. ผู้ที่ขาด เอ็นซัยม์ นี้มปฏิกิริยา ฮีโมลัยติค ต่อยาอื่น ๆ ด้วย.

ค. ป์ซูโดโมลิน เอสเตอเรส

โมลิน เอสเตอเรส ช่วย ฮัยโดรลัยซ์ เอสเตอร์ ของ โมลิน ให้เป็น โมลิน และ กรด. โมลิน เอสเตอเรส แบ่งออกเป็นชนิดแท้และเทียม, โมลิน เอสเตอเรส แท้พบในประสาท, กล้ามเนื้อและเม็ดเลือดแดง, สามารถออกฤทธิ์ต่อ อะเซทิล์โมลิน ได้ดีกว่าต่อ เอสเตอร์ อื่น ๆ. ส่วน โมลิน เอสเตอเรส เทียมนั้นพบในเนื้อต่าง ๆ รวมทั้ง พล้าสม่า, ออกฤทธิ์ต่อ เอสเตอร์ อื่น ๆ ของ โมลิน ได้ดีกว่าต่อ อะเซทิล์โมลิน. ในเลือด โมลินเอสเตอเรส แท้อยู่ในเม็ดเลือดแดง, ส่วน โมลินเอสเตอเรส เทียม อยู่ใน พล้าสม่า. โมลิน เอสเตอเรส เทียม เกิดในตับ. ในรายที่ตับพิการระดับของมันจะต่ำ. ระดับของ เอ็นซัยม์ นี้ต่ำเนื่องจากกรรมพันธุ์ก็มี. ซักซามิโธเนียม (Succinyldicholine) เป็นยาคลายการเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างแรง. ยานี้ถูกทำลายโดย โมลิน เอสเตอเรส เทียมในพล้าสม่า, จึงมีฤทธิ์สั้น, เหมาะในการใช้ประกอบกับยาสลบ. เมื่อให้ยานี้ในคนที่ โมลิน เอสเตอเรส เทียมต่ำ, จะทำให้คนไข้หยุดหายใจอยู่นานและอาจเป็นอันตรายได้.

ง. เมตะบอลิสม์ ของ ไอโซไนอะซิด

หลังจากค้นพบ ไอโซไนอะซิด ในปี ค.ศ. ๑๙๕๒ และนำมาใช้เป็นยารักษาวัณโรคแล้ว, ค่อย ๆ ปรากฏว่าคนไข้มีปฏิกิริยาต่อยานี้ไม่เหมือนกัน. บางคนขับถ่ายยาเร็ว, บางคนช้า, ทำให้ระดับของยาในเลือดต่ำและสูงต่างกัน. การขับถ่าย ไอโซไนอะซิด เร็วหรือช้านี้ขึ้นอยู่กับ ยีน. พวกที่มีระดับยาในเลือดสูงเกิดอาการแทรกซ้อนโดยมีอาการประสาทส่วนปลายอักเสบ

ย่อยกว่าพวกที่ระดับยาในเลือดต่ำ. แต่เชื่อว่าประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรคในพวกที่ระดับยาในเลือดสูงย่อมดีกว่า.

คงจะมียีนอีกเป็นอันมากซึ่งมนุษย์แสดงปฏิกิริยาแตกต่างกันเนื่องจากกรรมพันธุ์, และเภสัชพันธุศาสตร์จะมีความสำคัญยิ่งในการบริหารยา.

๔. การเรียงตัวของยีนบนโฆรโมโซม

ในสัตว์ทดลอง, โดยอาศัยปรากฏการณ์ที่เรียกว่า "การเกี่ยวคล้อง" (linkage) และ "การไขว้" (crossing over) ของ ยีน, สามารถศึกษาได้ว่า ยีน คู่ใดคู่หนึ่งอยู่บนโฆรโมโซม เดียวกันหรือไม่, และยังอาจคำนวณได้ด้วยว่า ยีน อยู่ห่างกันมากน้อยเท่าใดโดยเปรียบเทียบ. โดยอาศัยเทคนิคทาง ซัยโตโลยีย์ ประกอบ, พอทราบว่า ยีน ใดอยู่ตรงส่วนไหนของ โฆรโมโซม. ถึงแม้ว่าการศึกษาเช่นเดียวกันนี้ในมนุษย์จะประสพความลำบากอย่างยิ่ง, การศึกษาในด้านนี้จะก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ. เราจะทราบมากขึ้นเป็นลำดับว่า ยีน อะไรอยู่บน โฆรโมโซม เดียวกันบ้าง, อยู่บน โฆรโมโซม คู่เท่าใด, และในที่สุดทราบว่า ยีน ไหนอยู่ตรงส่วนใดของ โฆรโมโซม. ในปัจจุบันนี้เพิ่งพบ ยีน ๓ คู่ ที่ทราบว่าอยู่บน โฆรโมโซม เดียวกัน.

๕. ยูเจนิคส์

ตั้งแต่สมัยโบราณมามนุษย์รู้จักผสมพันธุ์พืชและสัตว์เพื่อให้ได้พันธุ์ดีตามต้องการ. ในมนุษย์มีผู้เป็นห่วงว่าอารยธรรมและความเจริญทางวิทยาศาสตร์จะทำให้ชาติพันธุ์ของมนุษย์เลวลง. ในสมัยก่อนอารยธรรม, คนที่ดีกว่าทางพลังกายหรือทางพลังสมองก็ดี, จะมีโอกาสอยู่สืบพันธุ์ได้ดีกว่า. เรียกว่าธรรมชาติเลือกเฟ้นผู้ที่ดีให้แพร่พันธุ์. สมัยนี้อารยธรรมและวิทยาศาสตร์ได้ช่วยให้ผู้ที่อ่อนแอมีชีวิตอยู่และแพร่พันธุ์ต่อไปได้. อีกประการหนึ่งได้มีสถิติอย่างแน่นอนว่าผู้ที่สติปัญญาดีมีลูกน้อยกว่าผู้ที่มีสติปัญญาเลวกว่า. ในเมื่อระดับสติปัญญาถ่ายทอดตามกรรมพันธุ์ได้, ถ้าการเป็นเช่นนี้เรื่อยไป, สังคมมีมุ่งหน้าไปสู่ความเสื่อมหรือ.

กาลตัน (ค.ศ. ๑๘๒๒ ถึง ๑๙๑๑), ชาวอังกฤษ, เป็นผู้นำคำว่ายูเจนิคส์ (eugenics) มาใช้โดยหมายถึงวิทยาศาสตร์ที่มุ่งจะทำให้ชาติพันธุ์ของมนุษย์ดีขึ้นโดยเลือกคู่ให้เหมาะสมหรือโดยวิธีอื่น. กาลตัน ได้

อุทิศเวลาตลอดชีวิตเพื่อศึกษาและโฆษณาเกี่ยวกับ ยูเจนิคส์. หลังจากเซาล่วงลับไปแล้ว, ยูเจนิคส์ เสื่อมไป, เพราะอุปสรรคสำคัญ, คือขาดกฎเกณฑ์ที่ไว้ใจได้ว่าลักษณะอย่างใดจะดีแน่, เพื่อคัดเลือกให้ผู้มีลักษณะนั้น ๆ มีโอกาสแพร่พันธุ์มากกว่าผู้ที่มีลักษณะด้อย. เราจะวางใจได้อย่างไรว่าคนที่ประสบความสำเร็จในกิจการงานอยู่ขณะนี้จะมีคุณสมบัติดี, เป็นประโยชน์ต่อสังคม, สมควรคัดเลือกให้แพร่พันธุ์. ในปัจจุบันนี้ ความพยายามทาง ยูเจนิคส์ เห็นจะทำได้เพียงในด้านลบ, คือขัดขวางการแต่งงานของผู้ที่เราทราบว่ามียีนที่ไม่เหมาะกัน, ซึ่งหากแต่งงานกันจะให้ลูกซึ่งมีความพิการ.

๖. อนาคต

ในอนาคตพันธุศาสตร์จะหนักไปในทางชีวเคมีมากขึ้นเรื่อย ๆ, ซึ่งเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่พ้นเพราะร่างกายของมนุษย์เป็นหน่วยชีวเคมี. ขั้นแรกมนุษย์จะพยายามที่จะบรรเทาหรือป้องกันอันตรายจากโรคกรรมพันธุ์ได้ในทำนองเดียวกับในกาแล็คโตซีเมียกล่าวแล้ว. ต่อไปอาจเป็นได้ว่ามนุษย์จะพบสารเคมีหรือวิธีที่จะสามารถเปลี่ยนยีนได้ตามต้องการ. เมื่อนั้นโฉมหน้าของมนุษยชาติคงจะเปลี่ยนไปเป็นอันมาก.

เอกสาร

1. Penrose, L.S.: Outline of Human Genetics, 1959, William Heinemann Ltd., London.

2. Recent Advances in Human Genetics, edited by L.S. Penrose, 1961, J. & A. Churchill Ltd., London.

3. Stern, C.: Principles of Human Genetics. second edition, 1960, W.H. Freeman and Co., San Francisco.

4. Biochemistry of Human Genetics, Ciba Foundation Symposium, edited by G.E.W. Wolstenholme and C.M. O'Connor, 1959, Little, Brown and Co., Boston.

5. Harris, H.: Human Biochemical Genetics, 1969, Cambridge University Press, Cambridge.

6. Human Genetics, British Medical Bulletin, Vol. 17, No. 3, September 1961.

ศิริราชสมัยเริ่ม

พ.ต. อัทย์ หะสิตเวช

โรงพยาบาลศิริราชได้เปิดขึ้นทำการรักษาประชาชนพลเมืองมาแต่ พ.ศ. ๒๔๓๒, สมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง ฯ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้สร้างขึ้นในที่ดินตำบลพระราชวังหลัง, โดยได้อยู่กับแม่น้ำมีอากาศเย็นสบาย. ก่อนจะทรงสร้างขึ้นก็โดยเหตุที่สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ ได้ทรงพระประชวรมีอาการหนักจนถึงสิ้นพระชนม์, กระทำให้ทรงแลเห็นตลอดว่าเราเป็นถึงพระเจ้าแผ่นดิน, ยังเป็นการยากในเรื่องหมอและยา, ที่จะเรียกหาใช้ให้ทันความต้องการได้, ไม่เป็นที่เพียงพอ, จนถึงลูกที่รักของเราต้องสิ้นพระชนม์ไป, เมื่อได้นึกไปถึงประชาชนพลเมืองแล้วก็ได้ทรงเห็นว่าเมื่อป่วยไข้ลงแล้วย่อมเป็นการลำยากที่สุด. ทั้งได้มีคนไข้คนเจ็บมีร่างกายพิการบ้าง, ป่วยเจ็บบ้าง, อาศัยนอนตามศาลาวัดและบ้านเล็กน้อยริมถนนก็มี, เพราะเป็นความยากจน, จึงได้สู้ทนทุกข์อยู่จนได้ถึงแก่ความตายและทั้งด้วยได้ทรงเคยทอดพระเนตรมาด้วยตามโคโลนีของชาวตะวันตกที่ชะวา, สิงคโปร์, ปีนัง, มะละกาเหล่านั้น, เขายังได้ทำกันไว้เป็นที่น่าชมเชยในเรื่องโรงพยาบาลรักษาไข้เจ็บ.

ทรงอ

พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นดำรงชานุภาพให้ตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อจัดการดำริสร้างโรงพยาบาล. มีพระเจ้าน้องยาเธอกรมขุนศิริทัศสังกาศ, พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ, พระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าปฤษฎางค์, พระยาโชฎึกราชเศรษฐี, หลวงนายสิทธิ, นายแพทย์ปี เตอร์ซี. กาแวนส์เป็นกรรมการ. ตงต้นแต่เมื่อจัดการจะลงมือสร้างพระเมรุ, ให้เจ้านายและข้าราชการผู้มีศรัทธาร่วมการกุศล, ก็โปรดเกล้า ฯ ให้สร้างเป็นอาคารใช้ไม้อย่างแข็งแรงและมุงจาก, หลังใหญ่น้อยให้มีขนาดสมที่ต้องการ, ปลูกขึ้นล้อมองค์พระเมรุหลังใหญ่

(หลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์) ศิษย์คนแรกของ "โรงเรียนแพทยากร" เลขประจำตัว ๑ เคยเป็นแพทย์ทหารไปในกองทัพมณฑลลาวกาวที่ยกออกไปตรึงการรุกรานของฝรั่งเศสทางด้านมณฑลบูรพา, ไปดูงานในต่างประเทศทางภาคตะวันออกหลายแห่ง. ในปัจจุบันอายุ ๘๘ ปีเต็ม, ยังประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์อยู่ที่อำเภอบางละมุง, จังหวัดชลบุรี, และยังสนใจกับกิจการของโรงเรียนแพทย์อยู่เสมอในทุก ๆ ด้าน. ควรนับเป็น "ศิษย์ตัวอย่าง" ได้ผู้หนึ่ง.

เล็กขนาดต่าง ๆ เมื่อเสร็จการถวายพระเพลิงที่เมรุแล้ว, ได้รื้อไปใช้ปลูกในบริเวณโรงพยาบาล.

ตำบลที่ ๑. ศาลาท่าน้ำและหอกระโหมไฟ, ท่าศิริราช.

ตำบลที่ ๒. โรงครัว, โรงเลี้ยงอาหาร, และบ้านผู้รักษาการ, อยู่ริมแม่น้ำห่างขึ้นไป ๓ เส้น, ได้ก่อกำแพงปูนเป็นรั้ว. มีประตูอยู่กึ่งกลาง. ได้เอาอาคารที่รื้อไปปลูกขึ้น

หลังที่ ๑. พื้นฝาใช้กระดานมุงจาก, ทาสีขาวสำหรับเป็นโรงคนไข้สตรี.

หลังที่ ๒. อีกหลังหนึ่งเหมือนกัน.

หลังที่ ๓. เป็นหลังใหญ่สูงสองชั้น. ชั้นล่างเป็นห้องพักของแพทย์ประจำโรงพยาบาล, และแบ่งเป็นห้องคลังเก็บยาและแจกยา.

หลังที่ ๔. แบบเดียวกับหลังที่ ๑. สำหรับคนไข้ผู้ชายมีสองหลัง. แถวกลางขยับเข้าไปอีก ๒ เส้น. ปลูกอีกแถวหนึ่ง.

หลังที่ ๕. สำหรับคนไข้โรคผิวหนังติดต่อกัน.

หลังที่ ๖. คนไข้ออกผีตาย.

หลังที่ ๗. มีสองชั้น, สำรองสำหรับคนไข้. เป็นที่พักนักเรียนแพทย์รุ่นแรก.

หลังที่ ๘ คลังปรุงยาและเต๋าต้มยา

หลังที่ ๙ ห้องคลอดบุตร.

หลังที่ ๑๐, ๑๑. โรคต่าง ๆ ของคนไข้ผู้ชาย.

หลังที่ ๑๒. โรงคนไข้วัณโรค.

หลังที่ ๑๓. โรงคนไข้กระดูกหัก.

หลังที่ ๑๔. อยู่กลาง, เป็นตึกเสาวภาค, ห้องคลังยาฝรั่ง.

หลังที่ ๑๕. ตึกวิคตอเรีย, เป็นตึกคนไข้ชั้นสูง.

แพทย์ประจำการ : ขุนเทวโอสถ, หัวหน้า

นายท้วม, แพทย์ผู้ช่วย

นายพ่วง, แพทย์ผู้ช่วย

นายพุก, แพทย์ผู้ช่วย

ขุนสรรพกิจพยาบาล, ผู้รักษาการ.

ส่วนที่เหลือจากอาคารทุ่งพระเมรุได้รื้อไปปลูกที่เทพศิรินทรพยาบาล ๕ หลัง. หลังใหญ่ชั้นใหญ่ปลูกกลางโรงพยาบาล. หลังยาวใหญ่ปลูกริมถนน, และมีอีก ๒ หลังคู่กันปลูกทางด้านใต้ด้านตะวันตกอีก ๑ หลัง, เป็นที่พักผู้ดูการและครัว. มีพนักงานประจำคือ

ขุนพินิจไวทยาการ, แพทย์.

นายนู, แพทย์ผู้ช่วย.

หลวงบรรหารวรอรรถ ม.ร.ว. วงศ์), ผู้รักษาการ.

หลังที่ปลูกเป็นแพในทุ่งพระเมรุ, กรรม—

การให้เป็นแพทย์ประจำกรมวังจันทรเกษม, อยุธยา. นายนิ่มเป็นแพทย์ประจำ (ภายหลังเป็นพระทิพจักษ).

ได้เปิดขึ้นที่หน้าวังบูรพาภิรมแห่งหนึ่ง, อยู่นอกกำแพงเมือง, ตรงริมคลองโอ่งอ่าง, ชื่อโรงบูรพาพยาบาล. ใช้ตึกของกรมพระคลังมหาสมบัติ. มีพระยาพิษณุประสาทเวชเป็นแพทย์ใหญ่, ขุนแพทย์พิเศษเป็นแพทย์ผู้ช่วย.

อีกแห่งหนึ่งโรงพยาบาลเสียวริตตังที่คลองสานในที่เก่าของรัฐบาล, นายคล้อย : เป็นแพทย์.

อีกแห่งหนึ่งบางรักพยาบาล, ใช้สถานที่ตึกเก่าของรัฐบาลของกรมพระคลังมหาสมบัติสำหรับคนไข้ชาวต่างประเทศ, นายแพทย์ ท. ฮาวาร์ด เฮส์ เป็นแพทย์ใหญ่. นายขนแพทย์ผู้ช่วย, นายเผือนผู้บัญการ.

อนึ่ง ได้มีแพทย์ใหญ่ผู้ตรวจการสองนาย คือพระยาประเสริฐศาสตร์ธำรง (หนู) ตรวจแผนกแพทย์ไทยทุกโรงพยาบาล. นายแพทย์ปีเตอร์ซี. กาแวน เป็นแพทย์เพียงผ่าตัด, แล้วแต่โรงพยาบาลไหนมีคนไข้.

เมื่อโรงพยาบาลศิริราชได้เปิดขึ้นเป็นคราวแรก, คนไข้คนเจ็บก็พากันมามากจากที่อาศัยอยู่ในที่ต่าง ๆ. พวกที่มีอาการหนักก็พากันมาล้มตายลงหลายคน, ก็เลยมีข่าวอกุศลว่าโรงพยาบาลนี้มีสองประตู. ประตูด้านหน้าเป็นประตูหามเข้า, ประตูหลังหามออกไปป่าช้าวัดอัมรินทร์. ข่าวอกุศลกระทำให้คนไข้ชะงักไปชั่วคราว, จนถึงพระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศิริเสาวภางค์ได้ทรงพระกรุณาให้เป็นอธิบดีกรมพยาบาลขึ้น. เมื่อทรงเห็นว่ามีข่าวอกุศลว่าคนไข้ไม่เข้าโรงพยาบาลก็ทรงคิดอ่านแก้ไขให้ปัญหานั้นหมดไป, พระองค์ก็ทรงประทับอยู่ที่โรงพยาบาล, ที่ตึกเสาวภาค. ภายหลังคนก็ตื่นเต้นกันว่าเจ้านายใหญ่โตยังประทับรักษาพระองค์อยู่ที่นี่, ก็หมดความรังเกียจโรงพยาบาล.

บรรยากาศในพระนครหลวงแห่งกรุงเทพพระมหานครในเวลานั้นได้มีหมอพลายมีชื่อเสียงดังอยู่คนหนึ่ง, เป็นศิษย์ของหมอแคมเบอร์, ซึ่งเป็นแพทย์ประจำสถานทูตอังกฤษที่กรุงเทพ ฯ (ที่ตำบลไปรษณีย์กลางปัจจุบัน). เดิมหมอพลายได้เข้าทำงานเป็นผู้รักษาความสะอาดในห้องผ่าตัดของหมอแคมเบอร์, ทำการอยู่ราว ๕ ปี. เมื่อหมอแคมเบอร์กลับประเทศนอกแล้ว, หมอพลายก็ออกทำการหากินส่วนตัว, เปิดร้านทำการรักษาโรค, นับว่าเป็นผู้ชำนาญในการผ่าตัด

คนหนึ่งได้. อาทิตย์หนึ่งได้ใช้ยาสลบถึง ๕๐ ปอนด์. ที่ร้านหมอพลายได้มีการผ่าตัดอยู่เสมอแทบตลอดวัน. การที่คนนับถือหมอพลาย มาก ก็เพราะพวกคนไข้ตามบ้านนอกได้ลือกันว่าหมอคนนี้ใช้พลายได้. พอยอกให้คนนอนหลับก็หลับ. เหตุข้อนี้คนจึงนิยมมาผ่าตัดกันเสมอ. มีร้านสาขากว่าสิบแห่ง. สมัยนั้น คนทั่วไปยังไม่รู้จักเรื่องยาสลบโฆลโรฟอร์ม.

ถ้าคนต้องการปลูกฝีดาษ, โดยมากพากันไปที่หมอบรัดเลย์แห่งหนึ่ง ที่ตำบลปากคลองบางหลวง. อีกแห่งหนึ่งที่ด็อกเตอร์สน์น (พระวรรณกรรมโกศล) ผู้เป็นศิษย์ของหมอเฮ้าส์อยู่ตำบลวังหลัง. อีกแห่งหนึ่งด็อกเต้อร์ เสน่ห์, ร้านยาสำราญราษฎร์. ท่านผู้นี้ก็เป็นศิษย์ของหมอเฮ้าส์ด้วย.

พวกชาวต่างประเทศที่อาศัยแถบตำบลบางรักเมื่อป่วยเจ็บลง ต้องอาศัยนายแพทย์ด็อนเซ่อร์, แพทย์เดนมาร์ค, ที่มีร้านยาอยู่ริมโอเรียนเต็ลโฮเต็ล.

ที่ตำบลกุฎีจีนได้มีหมอแอ่นและหมอเต่า, เป็นชาวโรมันคาโทลิก, ได้เป็นสถานที่ปลูกฝีให้ด้วยเหมือนกัน.

เมื่อโรงพยาบาลศิริราชได้เปิดทำการรักษามาแล้ว ๒ ปี, ทางการได้เห็นว่าพวกแพทย์ที่ประจำการตามโรงพยาบาลเป็นพวกชั้นที่มีอายุในวัยชรามาก, การรักษาไข้เจ็บก็ยิ่งทวีมากขึ้น, ทำให้กรรมการที่จัดการโรงพยาบาลปรึกษากันว่าน่ากลัวจะเป็นการลำยากในอนาคตที่จะไม่มีตัวแพทย์ทำงานต่อไป, ควรคิดตั้งโรงเรียนสอนวิชาแพทย์ขึ้นจึงจะเป็นการควร, เมื่อปรึกษาตกลงเห็นพร้อมกันแล้วจึงได้นำความขึ้นกราบบังคมทูลพระกรุณา. เมื่อทรงทราบแล้วก็ได้ทรงโปรดเกล้า ฯ พระราชทานให้เปิดโรงเรียนแพทย์ขึ้นตามความเห็นคณะกรรมการ.

พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ, เสนาบดีกระทรวงธรรมการ, ได้โปรดให้อาจารย์แมคฟาแลนด์, ที่ปรึกษากรมศึกษาธิการ, ติดต่อกับคณะมิชชั่นนารีอเมริกันในกรุงเทพ ฯ ในเรื่องต้องการนายแพทย์ ที. เฮย์วาร์ด เฮส์ มาเป็นแพทย์สอนที่โรงเรียน ก็ได้เป็นการตกลง ยอมรับมาทำการเป็นอาจารย์ประจำ.

เมื่อตกลงจ้างหมอเฮย์วาร์ดเฮส์เสร็จแล้ว เจ้าหน้าที่กระทรวงธรรมการและกรมพยาบาลก็จัดการ. วางรูปโครงโรงเรียนที่จะเปิด. พอถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๓๒ ก็ออกประกาศรับนักเรียนเป็นชั้นแรก. มีผู้มา

สมัครเล่าเรียนประมาณ สี่สิบคน. แล้วก็ค่อย ๆ หายไป. คงอยู่ ๑๕ คน. หมอเฮส์อาจารย์ก็ส่งตัวไป ทำ สัญญา ที่หม่อมเจ้าประภากร, รองอธิบดีกรมศึกษาธิการ, มีข้อความย่อ ๆ ว่ากำหนดการเรียนมีเวลา ๓ ปี, นักเรียนได้รับเงินเดือน ๆ ๑๒ บาท, เขียเลี้ยงเดือนละ ๗ บาท, ต้องประจำในโรงเรียนตลอดเวลาที่เรียน. เมื่อครบสามปีมีการสอบวิชา. ถ้าสอบไม่ได้ก็ให้เรียนอีกต่อไป. ถ้าสอบได้จะได้ไปเป็นผู้ช่วยแพทย์ตามโรงพยาบาล, เงินเดือน ๒๕ ถึง ๔๐ บาทเป็นอย่างสูง. ถ้าแม้นไม่เอาใจใส่, ละทิ้งการเล่าเรียน, ถือเป็นผิดสัญญา, จะต้องคืนเงินเดือนและเขียเลี้ยงแก่กรมศึกษาธิการ.

หมอเฮส์อาจารย์มีความรู้ภาษาไทยอ่านได้แต่ไม่เข้าใจ, เพราะกำลังเพิ่งเรียน. เวลาสอน หมอเฮส์อ่านเป็นภาษาไทยให้นักเรียนเขียนตามคำบอก. ถ้านักเรียนถามหรือหมอต้องการอธิบายข้อความใด ๆ มีนายดูปอนต์ชาวอเมริกัน (ล่าม) กับนายพัน (ภายหลังเป็นขุนวิรัชฯ แพทย์กรมวัง) เป็นผู้แปล, หมอเฮส์เป็นอาจารย์สอนอยู่ประมาณสองปีแล้ว ย้ายไปเป็นแพทย์ประจำอยู่โรงพยาบาลยางรัก. หมอยอช แม็คฟาร์แลนด์ (พระอาจวิทยาคม) มาเป็นอาจารย์สอนต่อไป.

วิชาที่สอนมีระหว่าง ๑๐ ถึง ๑๒ นาฬิกา. แบ่งเป็นวัน ๆ. วันจันทร์วิชาสรีรศาสตร์ (อนาโตมี), วันอังคารปราณีธรรมคุณศาสตร์ (พีซิโอโลยี), วันพุธวิชาผ่าตัด (เซอเยอรี), วันพฤหัสฯ วิชาสรรพคุณยา (แมทีเรียเมดก้า), วันศุกร์วิชาครรภานุเคราะห์ (ออบสเตทตริก). วันเสาร์เป็นวันเรียนตรวจไข้ตั้งแต่โรงที่ ๑ จนถึงโรงที่ ๑๒. เสร็จแล้วเรียนปรุงยา. บางวันที่โรคที่ผ่าตัดก็ผ่าเวลาบ่าย ๆ เว้นแต่ไข้ที่ค่อย วันเสาร์ไม่ได้ก็ผ่าก่อนเวลาเรียนหรือหลังเวลาเรียน. ในปีที่สองเวลา ๑๓ ถึง ๑๔ นาฬิกา ไปเรียนวิชาเคมิสตรีที่โรงเรียนสุนันทาลัย. พระยาวินิจวิทยาการ (ครูกร) เป็นอาจารย์.

พอเรียนได้สองปี, ยังไม่ทันครบกำหนด, นายสรร้อย นักเรียนไปรับหน้าที่แพทย์โรงพยาบาลมณฑลภูเก็ต, นายเข้มนักเรียนไปรับหน้าที่แพทย์จังหวัดพิชัย, ได้รับเงินเดือน ๖๐ บาทเท่ากัน. นักเรียนทั้งสองไม่ได้สอบไล่, จึงไม่มีประกาศนียบัตร.

ในเวลาสามปีได้สอนสรีรศาสตร์ (อนาโตมี) และปราณีธรรมคุณศาสตร์ (พีซิโอโลยี) จบอวัยวะภายในและส่วนภายนอกร่างกาย. วิชาผ่าตัดสอนเป็นบางอย่าง, มี

ระงับโลหิต, เข้าเฝือก, เย็บบาดแผล, ผ่าฝีเป็นต้น. วิชาสรรพคุณยาสอนยาที่ใช้มาก ๆ, ยารักษาไข้และยาบาดแผล. ยาต่างประเทศได้ใช้กันอยู่มาก, แต่ไม่ใคร่รู้จักสรรพคุณ. วิชาครรภานุเคราะห์สอนการปฏิสนธิ, การใช้คีม, และสอนการอยู่ไฟใช้น้ำร้อนแทนฟืน วิชาตรวจไข้สอนให้ตรวจไข้ด้วยการสังเกตด้วยตา, คลำและเคาะด้วยมือ, ฟังด้วยเครื่อง. การผ่าศพสอนให้มีความคุ้นเคยใจกล้า, แลเห็นอวัยวะเส้นเอ็นโดยชัดเจน. วิชาเคมิสตรีสอนถึงธาตุพวกเมตัล, และนันเมตัล, แยกอากาศออกซิเย็น ฮัยโดรเย็น และไฟฟ้าเป็นต้น. วิชาแบคทีเรียและเซรุ่มมิได้สอนเลย. เป็นแต่สอนถึงโรคอหิวาต์ว่ามีตัวเยิม. สมัยนั้นกาฬโรคยังไม่ได้ปรากฏขึ้นในประเทศสักรายเดียว. ในระยะสามปีแพทย์อาจารย์ได้ผ่าตัดให้นักเรียนดู, มีโรคปรวดใหญ่ที่ข่าถึงคอ, น้ำหนักห้าสิบปอนด์เศษคนหนึ่ง, กล่อนน้ำมีมาก, ไส้ตัน, ไส้เลื่อน, มานรังไข่ในสตรี, ตัดแขน, ตัดขา, เย็บบาดแผล, ผ่าฝีลำเสา. ผ่าฝีเล็ก ๆ มีมาก. การเข้าเฝือกกระดูกมีน้อยราย.

เมื่อครบสามปีก็ได้มีการสอบไล่. นักเรียนที่สอบได้มี ๙ คน. กระทรวงธรรมการก็จัดส่งไปรับหน้าที่ตามกระทรวงอื่น ๆ ขอมา, คือ (๑) นายอัทย์, นายอาบ, นายชุ่ม, นายเกิดไปในกองทัพมณฑลลาวกาว, กระทรวงกลาโหม, (๒) หม่อมหลวงโต๊ะ, นายเข้มใหญ่, นายขาว, นายผันไปเป็นแพทย์ประจำกรมทหารบก, กระทรวงกลาโหม, (๓) นายกลิ่นเป็นแพทย์อยู่ในกรมพยาบาล.

อนึ่ง เมื่อเปิดโรงเรียนแพทย์ได้สองปี กรมพยาบาลได้จัดหม่อมเจ้าเจียก, เจ้ากรมแพทย์สำนักพระราชวังหลวง, มาสอนวิชาแพทย์แผนโบราณเพิ่มขึ้นอีก. นักเรียนในระยะนี้จึงได้เรียนทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน.

ศิริราชเมื่อห้าสิบปีก่อน

พระยาบริรักษ์เวชชการ*

ในโอกาสที่จะมีงานฉลอง ๗๒ ปีศิริราช ในปี ๒๕๐๕ นี้ ข้าพเจ้าได้รับคำขอร้องให้เขียนเรื่องอันเกี่ยวแก่ศิริราช ในสมัยที่ข้าพเจ้าเป็นนักเรียนอยู่ เพื่อนำลงในหนังสือที่จะพิมพ์ขึ้นเป็นที่ระลึกในงานนี้. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจอยู่บ้างในการที่ได้รับเกียรติให้เขียนเรื่องชนิดนี้, เพราะเป็นเรื่องนานมาแล้ว. ความทรงจำของข้าพเจ้าก็ไม่สู้ดี. อีกประการหนึ่งข้าพเจ้าเองก็ไม่สันทัดในการเล่าเรื่องราวต่าง ๆ อยู่ด้วย. ข้าพเจ้าจึงใคร่จะปฏิเสธคำขอร้องนี้. แต่เมื่อระลึกถึงว่างานครานี้เป็นงานพิเศษซึ่งนาน ๆ จะมีสักครั้งหนึ่ง. และข้าพเจ้าก็เป็นนักเรียนเก่าศิริราชผู้หนึ่งที่ควรต้องมีส่วนร่วมในงานนี้. เมื่อได้รับเกียรติให้ทำหน้าที่ส่วนหนึ่งเช่นนี้, ข้าพเจ้าก็ไม่อาจปฏิเสธเสียได้, จึงตกลงเขียนตามความสามารถเท่าที่จะทำได้. ถ้าจะมีการคลาดเคลื่อนหรือผิดพลาดไปบ้าง, ก็ขอท่านผู้อ่านได้โปรดให้อภัยแก่ข้าพเจ้าด้วย.

ศิริราชสมัย ๒๔๕๒–๒๔๕๕

พ.ศ. ๒๔๕๒ เป็นปีที่ข้าพเจ้าเข้าเรียนแพทย์ที่ศิริราชเป็นปีแรก, และนับเป็นรุ่นที่ ๑๕ นับตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ที่ศิริราชเป็นต้นมา. เวลานั้นเรียกชื่อโรงเรียนว่า "โรงเรียนราชแพทยาลัย" อยู่ในสังกัดกรมศึกษาธิการกระทรวงธรรมการ. บริเวณโรงเรียนอยู่ด้านหลังของโรงพยาบาล. มีรั้วกั้นเป็นเขตโรงเรียนโดยเฉพาะ. บริเวณโรงเรียน ในเวลานั้น มีเขตอยู่ตรงบริเวณอนุสาวรีย์สมเด็จพระราชชนนีพาเวลานี้, ตัดตรงไปจดรั้วทางทิศเหนือและทิศใต้ ทั้งสองข้าง. บริเวณที่อยู่ด้านหน้าอนุสาวรีย์ออกมาเป็นเขตโรงพยาบาลทั้งหมด. การเข้าออกบริเวณโรงเรียนต้องผ่านเข้าออกทาง

* พระยาบริรักษ์เวชชการ, อดีตอธิบดีกรมสาธารณสุข (กระทรวงมหาดไทย), อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข, อดีตนายกแพทยสมาคม, ในปัจจุบันเป็นองคมนตรี, นายกสมาคมโหรและนายกสมาคมค้นคว้าทางจิตแห่งประเทศไทย, เป็นศิษย์เก่ารุ่นที่ ๑๕, สมัยราชแพทยาลัย, สำเร็จได้รับประกาศนียบัตรใน พ.ศ. ๒๔๕๕, นับเป็นศิษย์รุ่นอาวุโสที่มีผู้เคารพนับถือเป็นอันมาก. ในงานฉลองหกสิบปีศิริราชท่านเป็นประธานดำเนินงาน, และในงานฉลองเจ็ดสิบสองปี ฯ คราวนี้ท่านรับช่วยในตำแหน่งประธานกรรมการประสานงานศิษย์ศิริราช. นับว่าท่านได้แสดงกตัญญูกตเวทีต่อโรงเรียนเก่าอย่างเต็มกำลังในหลายด้าน.

โรงพยาบาล.

ในบริเวณโรงเรียนมีตึกเรียน ๒ หลัง. ตึกชั้นเดียว หลังหนึ่งเป็นตึกใหญ่มีห้องเรียน ๓ ห้องกับห้องพักอาจารย์ ๑ ห้อง, อยู่ตรงทิศตะวันตกสุดเขต. อีกหลังหนึ่งเป็นตึกเล็ก, มีห้องเดียว, อยู่หลังตึกใหญ่, ใช้เป็นที่เรียนวิชาเคมีโดยเฉพาะ. นอกจากตึกเรียนก็มีห้องพักนักเรียนเป็นเรือนแถวชั้นเดียวยกพื้น. มีเรือนพ่อบ้าน, โรงครัว, โรงอาหาร, สนามสำหรับเล่นกีฬา และกายบริหาร.

ส่วนด้านหน้าที่เป็นบริเวณโรงพยาบาลศิริราชก็มีเรือนพักอาจารย์ผู้ปกครองโรงเรียน, เรือนพักผู้ช่วยผู้ปกครอง, เรือนผู้อำนวยการโรงพยาบาล, เรือนแพทย์, เรือนคนไข้, เรือนคลอดบุตร, ห้องผ่าตัด, และห้องเก็บศพ (ใช้เป็นที่เรียนดิสเส็คชั่นด้วย), กับมีโรงเรียนผดุงครรภ์รวมอยู่ด้วย.

เรือนคนไข้เป็นเรือนชั้นเดียวยกพื้น, มีเฉลียงโดยรอบ. หลังหนึ่งๆคนไข้ประมาณ ๑๔ คน. มีอยู่ด้วยกัน ๑๑ หลัง เรียกชื่อตามลำดับเลขของเรือน. เรือน ๑ ถึง ๖ เป็นเรือนคนไข้ชายอยู่ด้านเหนือ, คนไข้หญิงอยู่ด้านใต้, โดยมีถนนใหญ่คั่นอยู่กลางและมีรั้วต้นไม้สองข้างถนนเป็นเขต. เรือนเหล่านี้เป็นเรือนคนไข้สามัญที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น. นอกจากนั้นยังมีเรือนคนไข้พิเศษที่ต้องเสียเงินอีกต่างหาก. มีทั้งชายและหญิงฝ่ายละหนึ่งหลัง.

การศึกษาในโรงเรียนราชแพทยาลัย

ใน พ.ศ. ๒๔๕๒ หรือรุ่นที่ข้าพเจ้าเรียนนั้น, หลักสูตรการศึกษาได้กำหนดไว้ ๔ ปี หลักสูตร ๔ ปีนี้ปรากฏว่าได้เริ่มใช้มาแต่ พ.ศ. ๒๔๔๖. ก่อนนั้นไปมีหลักสูตรการศึกษาเพียง ๓ ปีเท่านั้น. การรับนักเรียนในรุ่นข้าพเจ้ามีสองประเภท, คือ เป็นนักเรียนในบำรุงประเภทหนึ่ง, และนักเรียนนอกบำรุงประเภทหนึ่ง. นักเรียนในบำรุงได้แก่ ผู้ที่สอบได้ ในการสอบคัดเลือกของโรงเรียนและเข้าเรียนได้โดยไม่ต้องเสียค่าเล่าเรียนและค่ากินอยู่แต่ประการใด. ส่วนนักเรียนนอกบำรุงนั้นได้แก่ผู้ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่สอบคัดเลือกได้, แต่เป็นผู้ที่โรงเรียนเห็นสมควรรับเข้าเป็นนักเรียนได้โดยต้องเสียเงินค่าเล่าเรียนและค่ากินอยู่ให้แก่โรงเรียนเดือนละ ๑๐ บาท. วิชาที่สอบคัดเลือกเทียบชั้นมัธยม ๔ เวลานั้นหรือเท่ากับมัธยม ๖ ในปัจจุบันนี้, ในรุ่นข้าพเจ้านี้มีนักเรียนเข้าเรียนในปีแรก ๕๐ คน. โดย

มากเป็นนักเรียนในบำรุง. ที่เป็นนักเรียนนอกบำรุงมีเพียงสามสี่คนเท่านั้น.

วิชาที่เรียน นักเรียนรุ่นนี้มีการเรียนวิชาสำคัญดังต่อไปนี้:

ปีที่หนึ่ง: วิชากายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, เคมี, ฟิสิกส์, ภาษาอังกฤษ.

ปีที่สอง: วิชากายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, สรรพคุณยา, การปรุงยา, อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, ภาษาอังกฤษ.

ปีที่สาม: วิชาสรรพคุณยา, การปรุงยา, อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์ วิชาผดุงครรภ์, วิชาแพทย์แผนโบราณ, ภาษาอังกฤษ, และวิชาพิเศษ, เช่นโรคตา และวิชาว่าด้วยยาพิษ และวิธีรักษาคนถูกยาพิษ, เป็นต้น.

นอกจากนี้มีการเรียนจรรยาเป็นคราวๆ มาตั้งแต่ปีแรกด้วย. หนังสือจรรยาแพทย์ของเจ้าพระยาพระเสด็จฯ เป็นหัวข้อการสอนจรรยาแก่นักเรียนแพทย์รุ่นนี้, ซึ่งท่านได้ไปสอนด้วยตนเอง. เวลานั้นท่านดำรงตำแหน่งเสนาบดีกระทรวงธรรมการ. จึงนับว่าท่านเจ้าพระยาพระเสด็จฯ เป็นผู้ที่เอาใจใส่ในการบำรุงการแพทย์เป็นอย่างดียิ่งผู้หนึ่ง.

ระหว่างการเรียน ๓ ปีนี้มีการสอบไล่ทุกปี. เมื่อสอบปีที่สามได้แล้ว, ปีที่สองได้ออกทำการฝึกหัดในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลศิริราช ในความควบคุมดูแลของนายแพทย์ผู้ฝึกหัดประจำแผนกนั้น ๆ. ในปีฝึกหัดนี้มีเงินเดือน ๆ ละ ๓๐ บาท. การฝึกหัดมีกำหนด ๑ ปี. เมื่อได้ฝึกหัดตามกำหนดและทั้งโรงพยาบาลและโรงเรียนเห็นว่าเป็นผู้ที่ควรจะออกทำการเป็นแพทย์ได้แล้ว, กระทรวงธรรมการจึงจะออกประกาศนียบัตรให้.

จำนวนนักเรียนและผู้ที่ออกเป็นแพทย์ในรุ่นนี้ นักเรียนแพทย์รุ่น ๒๔๕๒-๒๔๕๕ นี้ในปีแรกมีด้วยกัน ๕๐ คน. แต่ที่เรียนขยหลักสูตรและออกรับประกาศนียบัตรใน พ.ศ. ๒๔๕๕ มีเพียง ๓๕ คน, และในจำนวน ๓๕ คนนี้คงเหลือที่มีชีวิตอยู่เวลานี้ ๑๒ คนเท่านั้น.

ความเป็นอยู่ในระหว่างเป็นนักเรียน

การกินอยู่และการเรียน นักเรียนรุ่นนี้ต้องกินนอนอยู่ในโรงเรียนทุกคน. วันเสาร์วันอาทิตย์จึงจะกลับบ้านได้ครั้งหนึ่ง. ในวันธรรมดานอกจากวันอาทิตย์และวันหยุด

อื่น ๆ จะต้องเข้าห้องเรียนวันละ ๖ ชั่วโมง, และมีการเรียนส่วนตัวในตอนกลางคืนอีกคืนละ ๑ ชั่วโมงในระหว่างเวลา ๒๐ กับ ๒๑ นาฬิกา. การเรียนส่วนตัวนี้คือเมื่อถึงเวลา ๒๐ นาฬิกา, นักเรียนทุกคนจะต้องเข้าห้องดูตำราหมด, จะเล่นหรือคุยกันอีกก็ไม่ได้, และถึงเวลา ๒๒ นาฬิกาจะต้องดับไฟนอน. ที่กล่าวนี้เฉพาะเวลาเป็นนักเรียนชั้นปีที่หนึ่งถึงปีที่สามเท่านั้น. ในปีที่สี่, ซึ่งเป็นปีผ่าตัดงานไม่ต้องอยู่ในระเบียบนี้, แต่ไปอยู่ในความควบคุมของนายแพทย์ผู้ผ่าตัดโดยตรง, ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการตรวจและรักษาคนไข้ตลอดจนการเขียนประวัติและรายงานการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ.

การกีฬา ในยุคนั้นฟุตบอลเป็นกีฬาอย่างหนึ่งที่กำลังขึ้นชื่อและทำชื่อเสียงให้แก่โรงเรียนแพทย์มาก. นักเรียนรุ่นนี้ก็ชอบฟุตบอลกันโดยมากและมีส่วนช่วยในการทำชื่อเสียงในทางฟุตบอลให้แก่โรงเรียนอยู่เหมือนกัน. มีนายหงษ์, ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นกำแพงเมืองจีนเป็นต้น. นอกจากกีฬาฟุตบอลก็มีการเล่นออกกำลังอย่างอื่นเช่นตะกร้อและการพลศึกษาเป็นต้น.

ความสามัคคี ความสามัคคีของนักเรียนแพทย์รุ่นนี้อาจกล่าวได้ว่าไม่แพ้รุ่นอื่น, คือทุกคนต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี. แม้บางคนอาจเกิดผิดใจกันขึ้นบ้างในบางครั้ง, ก็มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น, ไม่ช้าก็กลับสนิทสนมกันอีก, ไม่มีการอาฆาตต่อกันเลย. นับได้ว่าทุกคนอยู่ร่วมกันฉันพี่น้องโดยแท้, และความสามัคคีอันนี้ก็ได้มีจำกัดอยู่แต่เฉพาะผู้ที่อยู่ร่วมชั้นเดียวกันเท่านั้น, ย่อมมีตลอดไปถึงผู้ที่อยู่ต่างชั้นกันด้วย.

๕๐ ปีให้หลัง

ข้าพเจ้าได้เล่าเรื่องศิริราชในสมัยที่ข้าพเจ้าเป็นนักเรียนแพทย์มาแล้วโดยสังเขป. จากเวลานั้นมาถึงบัดนี้ก็นับได้ ๕๐ ปีแล้ว, พอดีกับโอกาสที่จะมีงานฉลอง ๗๒ ปีศิริราชในปีนี้. ข้าพเจ้ารู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้เห็นความเจริญก้าวหน้าของศิริราชทั้งในด้านการศึกษาวิชาแพทย์และในด้านโรงพยาบาลดังที่เห็นอยู่ในเวลานี้, ซึ่งแสดงว่าศิริราชของเราได้ก้าวหน้าและเจริญขึ้นเป็นอันมาก. เวลานี้ศิริราชเป็นสถานที่มีอาคารเรียนและเครื่องอุปกรณ์ในการสอนอันทันสมัย, รับนักศึกษาได้มากกว่าแต่ก่อน, เวลาเรียนมากกว่า, เรื่องคนไข้กลายเป็นตึก, มีเครื่องมือเครื่องใช้ทันสมัย,

ชุดนไข้ได้ถึงพันกว่าคน, เหล่านี้เป็นต้น. นับว่าเป็นสถานที่ที่ได้รับความยกย่องนับถือโดยทั่วไปทั้งชาวไทยและต่างประเทศ. ทั้งนี้ก็ด้วยความเอาใจใส่และร่วมมือในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาโดยลำดับ, พร้อมทั้งได้รับความอุปการะและสนับสนุนจากองค์พระมหากษัตริย์, พระบรมวงศานุวงศ์, รัฐบาล, องค์การและผู้มีใจกุศลทั้งหลายมาด้วยดี, จึงเป็นที่น่าภูมิใจและยินดีแก่บรรดาศิษย์ศิริราชโดยทั่วไป.

ขอให้คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จงสถิตสถาพรและมีความเจริญรุ่งเรืองยิ่ง ๆ ขึ้นไป.

เมา

เมาเหล้า, เมาไม่แม้น เมาเขลา
เมายศ, เมายอเมา ลาภด้วย
เมาอื่น, หมื่นเมาทุเลา เมาศาส นานา
เมาสุด, สาบมนุษย์ม้วย เปล่ารู้หรูไฉน.

รุไบยาต — พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระนราธิปประพันธ์พงศ์

ศิริราชสมัยหัวเลี้ยว

ชีวิตนักเรียนแพทย์ประกาศนียบัตรรุ่นสุดท้าย (พ.ศ. ๒๔๗๐)

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สวัสดิ์ แดงสว่าง*

อธิการบดี มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

ศาสตราจารย์ อวย เกตุสิงห์ ได้ขอร้องให้ข้าพเจ้าในฐานะศิษย์เก่าของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลผู้หนึ่ง, เขียนเรื่อง "*ชีวิตนักเรียนแพทย์ประกาศนียบัตรรุ่นสุดท้าย*" คือรุ่นที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๗๐ จากคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, ซึ่งข้าพเจ้าเป็นผู้หนึ่งในจำนวน ๑๙ คนที่สำเร็จในรุ่นนั้น, เพื่อจะได้จัดพิมพ์ขึ้นเนื่องในงานฉลองเจ็ดสิบสองปีของการศึกษาแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งได้จัดให้มีขึ้นเป็นครั้งแรก ณ โรงศิริราชพยาบาล ในสมัยเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๓๒, หรือเรียกว่าโรงพยาบาลศิริราชในสมัยนั้น.

โดยให้เวลากะทันหันไปสักหน่อย, แต่ก็ยอมรับด้วยความยินดีและพยายามเท่าที่จะเล่าสู่กันฟังพอสมควร. หากมีข้อความตอนใดผิดพลาดไปบ้างก็โปรดให้อภัยด้วย, เพราะไม่สามารถสืบค้นได้ถูกต้องทันกำหนดเวลา, ตลอดจนความจำโดยมิได้จดไว้ก็อาจคลาดเคลื่อนไปได้บ้าง, เพราะเป็นเวลาประมาณ ๔๐ ปีมาแล้วที่ข้าพเจ้าได้เริ่มเข้าศึกษาวิชาแพทย์และจบการศึกษามาเป็นปีที่ ๓๕ แล้วในปีนี้.

หัวข้อตามที่ขอให้เขียนนั้นเกี่ยวกับสภาพของโรงเรียน, อาจารย์, การศึกษา, การกินอยู่, การเล่น, ฯลฯ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้:

การศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ในรุ่นนั้นใช้เวลาการศึกษารวมทั้งสิ้น ๖ ปี, โดยแบ่งออกเป็น:

(๑) วิชาเตรียมแพทย์ รวม ๒ ปี,

(๒) วิชาแพทยศาสตร์ รวม ๔ ปี.

การศึกษาแพทยศาสตร์รวมทั้งเตรียมแพทย์ ๖ ปีนี้สังกัดอยู่ในกรมมหาวิทยาลัย กระทรวงธรรมการ, โดยจัดการศึกษาให้

---

* อดีตอาจารย์วิทยาปารสิต, แผนกพยาธิวิทยา, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, อดีตอธิบดีกรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข และรักษาการคุณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

อยู่ในจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ซึ่งขึ้นอยู่กับกรมมหาวิทยาลัย. การศึกษาในวิชาเตรียมแพทย์ ๒ ปีนั้นจัดให้ศึกษาอยู่ในคณะอักษรศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ ของจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, ซึ่งมีวิชาดังนี้ คือ :

เตรียมแพทย์ปีที่ ๑

ภาษาอังกฤษ ผู้สอนคือ นาย B.O. Cartwright, B.A. (Cambridge).

ชีววิทยาทั่วไป หลวงจุลชีพพิชาธร, ผู้สอน.

เฆมีอินทรีย์ หลวงสันทัดวิทยาศาสตร์, ผู้สอน.

ฟิสิคส์ (ความร้อน, แสง, เสียง) พระตรุณพยุหรักษ์, ผู้สอน.

ทั้งสามวิชาหลังนี้มีทั้งภาค ทฤษฎี และภาคปฏิบัติ.

เตรียมแพทย์ปีที่ ๒

ภาษาอังกฤษ นาย B.O. Cartwright, B.A: (Camb.) ผู้สอน,

ภาษาลาติน ครูสุทธิ, ผู้สอน.

สัตววิทยา หลวงจุลชีพพิชาธร, ผู้สอน.

พฤกษศาสตร์ พระมนตรีพจนกิจ, ผู้สอน.

เฆมีอินทรีย์ ม.จ. ศิวากร วรวรรณ, ผู้สอน.

ฟิสิคส์ (ไฟฟ้า, แม่เหล็ก) หลวงประวัติวรวิชชุการี, ผู้สอน.

วิชาหลังนี้มีทั้งภาค ทฤษฎี และภาคปฏิบัติ.

วิชาแพทย์ปีที่ ๑ (สมัยนั้นเรียกว่าปีที่ ๓)

กายวิภาคศาสตร์ และ จุลกายวิภาคศาสตร์ ผู้สอนมีศาสตราจารย์ C.W. Stump M.D., F.R.C.S. นายแพทย์เสงี่ยม หุตตะสังกาศ, หลวงกายวิภาคยรรยาย, ศาสตราจารย์ E.D. Congdon A.B., Ph. D., หลวงสุริยพงศ์พิสุทธิแพทย์ Dr. med., อาจารย์ลิ้ม จุลละพันธุ์. สำหรับวิชาจุลกายวิภาคศาสตร์นั้นโดยมากเรียนในห้องเรียน, มีการเข้าห้องปฏิบัติเพียงเล็กน้อย เพื่อแสดงสอนเกี่ยวกับอวัยวะบางอย่าง เช่นผิวหนัง, ไต, ตับ, ลำไส้, ฯลฯ เป็นต้น. แล้วให้เขียนรูปแสดงสิ่งที่เห็น. สำหรับมหกายวิภาคศาสตร์นั้นให้ทำการชำแหละแขนและขาคพเท่านั้นในปีนี้, ตามแบบ Cunningham's.

Dissecting Manual. และใช้ Gray's Textbook และ Cunningham's Textbook of Anatomy.

โอสถสารวิทยา (มาเตเรีย เมดิคา) สอนโดยพระอาจวิทยาคม (ศาสตราจารย์ G.B. McFarland M.D., D.D.S.)

สรีรวิทยา สอนโดยหลวงลิขิตธรรมศรีพยัตต์, M.D., ขุนศารีรวิทยาวิลาศ, ศาสตราจารย์ E.C. Albritton, A.B., M.D..

วิชาแพทย์ปีที่ ๒

กายวิภาคศาสตร์ หัวและคอ, ช่องท้อง, ช่องอก. ใช้ตำราเหมือนปีแรก. มีการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติรวมทั้งวิทยาเอ็มบริโอด้วย. มีอาจารย์ที่สอนคือ ศาสตราจารย์ E.D. Congdon A.B., Ph. D. และขุนกายวิภาคพิศาล (เสงี่ยม หุตะสังกาศ). อาจารย์ลม จุลละพันธุ์ เป็นผู้ช่วยในห้องปฏิบัติ.

พยาธิวิทยา ศึกษาโดยการฟังบรรยายและการตรวจศพเท่านั้น. ศาสตราจารย์นายแพทย์ เฉลิม พรมมาส Dr. P.H. เป็นผู้สอน.

วิทยาบัคเตรีและวิทยาปาราสิต ศึกษาทางห้องปฏิบัติการเพียงเล็กน้อย. ส่วนมากดูการแสดงและฟังบรรยาย. ศาสตราจารย์นายแพทย์เฉลิม พรมมาส Dr. P.H. และอาจารย์ขุนศรีภิสัชเป็นผู้สอน.

วิชาแพทย์ปีที่ ๓ และปีที่ ๔

อายุรศาสตร์ มีฟังบรรยายต่าง ๆ, ตรวจและทำรายงานคนไข้ที่อาจารย์บอกให้ทำ สำหรับคนไข้ที่รับไว้. ช่วยแพทย์ตรวจและทำรายงานคนไข้นอก, มีการเวียนตรวจคนไข้สัปดาห์ละ ครั้ง สำหรับคนไข้ภายใน. อาจารย์คือศาสตราจารย์ W.H. Perkins M.D., ศาสตราจารย์พระอัพภันตราพาธิพิศาล L.R.C.P. (Lond.), M.R.C.S., D.T.M. & H. (Eng.), ขุนอายุศศาสตร์วิลัย, หลวงวินิจไวทยาการ.

ศัลยศาสตร์ ฟังบรรยายต่าง ๆ, ตรวจและทำรายงานคนไข้ที่อาจารย์บอกให้ทำสำหรับคนไข้ที่รับไว้, ช่วยแพทย์ตรวจและทำรายงานคนไข้นอก. เวียนตรวจคนไข้สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง. ดูการผ่าตัดใหญ่. ช่วยทำการผ่าตัดเล็ก ๆ น้อย ๆ และชะแผล. อาจารย์คือศาสตราจารย์ T.P. Noble, M.D., F.R.C.S., F.R.S.E. ศาสตราจารย์พลตรีพระศัลยเวทย์วิศิษฏ์ M.B., B.S., M.R.C.S., L.R.C.P.,

สูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา ฟังปาฐกถาต่าง ๆ, ตรวจและทำรายงานคนไข้ที่รับไว้, ช่วยแพทย์และทำรายงานคนไข้นอก, เวียนตรวจคนไข้สัปดาห์ละครั้ง, ดูการคลอดธรรมดาและผิดธรรมดา, ดูการผ่าตัดทางนารีเวชวิทยา. อาจารย์คือศาสตราจารย์ G.W. Theobold, M.D., F.R.C.S., หลวงไวทเยศรางกูร M.R.C.S., L.R.C.P., นายแพทย์ยง ชุติมา B.A., M.D., C.P.H.,

พยาธิวิทยา ศึกษาโดยฟังปาฐกถาและดูอวัยวะที่เป็นโรคด้วยตาเปล่าและขยายด้วยกล้องจุลทัศน์. อาจารย์คือศาสตราจารย์ A.G. Ellis, M.D., M. Sc.

พยาธิวิทยาคลินิค เข้าทำงานและเรียนในห้องปฏิบัติของแผนกพยาธิวิทยา. ตรวจอุจจาระ, ปัสสาวะ, โลหิต, เสมหะ, หาเชื้อโรค, และดูการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปรกติในโรคต่าง ๆ. อาจารย์คือ ขุนเกตุทัศน์วิทยาพยาธิ.

การปรุงยา เข้าเรียนและช่วยทำงานในห้องจ่ายและทำยาของโรงพยาบาล. อาจารย์คือนาย A.H. Hale (M.P.S.).

วิชาที่เรียนในปีที่ ๔ นั้นคล้ายกับปีที่ ๓ มาก. ผิดกันก็แต่ให้มีการปฏิบัติด้วยตนเองมากขึ้นเพื่อฝึกหัดให้มีความชำนาญและรู้จักรับผิดชอบมากขึ้น, เช่นทางสูติกรรมก็ให้ได้ทำคลอดธรรมดาด้วยตนเองโดยมีอาจารย์คอยควบคุม, และช่วยทำการผ่าตัดใหญ่ในทางโรคเฉพาะสตรี; ทางศัลยกรรมให้ทำการผ่าตัดเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วยตนเอง, แต่อยู่ในความควบคุมของอาจารย์; ในทางอายุรศาสตร์ก็ให้มีการรวบรวมรายงานโรคใดโรคหนึ่งมาอ่านให้ฟังในชั้น (สัมนา), เป็นต้น. นอกจากนั้นมีการพาไปดูกิจการสาธารณสุขต่าง ๆ, เช่นการทำน้ำประปา, รวมทั้งดูโรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดงและโรงพยาบาลโรคจิตด้วย.

การสอบไล่ทุกปีสอบในต้นเดือนมีนาคม, และผลของการสอบไล่ได้ตกประกาศในปลายเดือนมีนาคม. รุ่นข้าพเจ้านั้นสำเร็จเป็นแพทย์เมื่อปลายปี พ.ศ. ๒๔๗๐ รวม ๑๕ คน. (ขณะนี้, พ.ศ. ๒๕๐๕ ได้ถึงแก่กรรมไปแล้ว ๔ คน, คงเหลือมีชีวิตอีก ๑๕ คน.) การรับประกาศนียบัตรเสนาบดีกระทรวงธรรมการเป็นผู้แจกที่สามัคคยาจารย์สมาคม, พร้อมกับการแจกรางวัลหมั่นเรียนของนักเรียนธรรมดา, ในกลางปี พ.ศ. ๒๔๗๑. ไม่มีการสายานหรือให้คำปฏิญาณแต่อย่างหนึ่งอย่างใดเลย.

การเรียนแพทย์รุ่นนี้กระทรวงธรรมการ

ได้วางหลักเกณฑ์ไว้โดยย่อว่า ผู้ที่สมัครเข้าเรียนต้องเป็นชายอายุ ๑๖ บริบูรณ์เป็นอย่างน้อย, ต้องสำเร็จชั้นมัธยมปีที่ ๖ หลักสูตรกระทรวงธรรมการหรือเทียบเท่า, ต้องใช้เวลาเรียน ๖ ปีเต็ม, คือเตรียมแพทย์ ๒ ปีและวิชาแพทย์โดยเฉพาะ ๔ ปี. สำหรับเตรียมแพทย์ ๒ ปีและแพทยศาสตร์เบื้องต้น ๒ ปีนั้นเดิมศึกษาอยู่ที่คณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ (หอวัง), โดยให้วิชาเตรียมแพทย์ ๒ ปีสังกัดอยู่ในคณะนั้น, แต่แพทยศาสตร์เบื้องต้น ๒ ปี, ซึ่งต้องศึกษาวิชากายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา ฯ, ก็ต้องศึกษาอยู่ที่หอวังเหมือนกัน. ฉะนั้น, การศึกษาแพทยศาสตร์ในสมัยนั้นมีการศึกษา ๔ ปีอยู่ที่หอวังและอีก ๒ ปีข้ามมาศึกษาเกี่ยวกับผู้เจ็บป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช, ซึ่งถือเป็น "ปีศึกษาทางคลินิค" แท้ ๆ. วิธีดำเนินงานแบบนี้ขณะนี้ก็ยังมีอยู่ในประเทศอังกฤษที่มหาวิทยาลัยเคมบริจด์. ในประเทศคานาดาก็เคยมีอยู่ ๑ แห่ง, และเพิ่งรวมกันเมื่อเร็ว ๆ นี้.

ค่าเล่าเรียนในการศึกษาครั้งนั้นเสียปีละ ๔๕ บาท, และถ้าจะอยู่หอด้วยแล้วต้องเสียค่าอยู่อีกปีละ ๑๖๐ บาท. นอกจากนั้นเสียค่าประกันของเสียหายปีละ ๑๐ บาท. ถ้าอยู่หอด้วยต้องเสียค่าประกันทำของเสียหายเพิ่มขึ้นอีก ๑๐ บาท. การเสียเงินค่าเล่าเรียนและค่าหอนั้นเสียเพียง ๔ ปีแรกเท่านั้น, คือเตรียมแพทย์ปีที่ ๑ และปีที่ ๒, แพทย์ปีที่ ๑ และแพทย์ปีที่ ๒. แต่เมื่อศึกษาถึงแพทย์ปีที่ ๓ และปีที่ ๔ แล้ว, มหาวิทยาลัยไม่เก็บค่าเล่าเรียน, และยอมให้อยู่หอโดยไม่เสียเงิน, ทั้งให้เบี้ยเลี้ยงเป็นค่าอาหารอีกเดือนละ ๑๕ บาท. นอกจากนั้นได้ประโยชน์จากการซักเสื้อผ้าโดยไม่เสียเงินอีกไม่เกินเดือนละ ๓๐ ชิ้น. นักเรียนที่อยู่หอทุกคน, ทางการจ่ายเบี้ยเลี้ยงให้เป็นค่าอาหารเดือนละ ๑๕ บาท.

ส่วนนักเรียนที่สำเร็จมัธยมปีที่ ๗ หรือปีที่ ๘ ของหลักสูตรกระทรวงธรรมการนั้น มหาวิทยาลัยยอมให้เข้าเรียนได้ในชั้นเตรียมแพทย์ปีที่ ๒ เลยทีเดียว, โดยยกเว้นไม่ต้องเรียนเตรียมแพทย์ปีที่ ๑, ไม่ต้องเสียเงินค่าเล่าเรียน, ได้อยู่หอโดยไม่ต้องเสียเงิน, ได้เบี้ยเลี้ยงอีกเดือนละ ๑๕ บาท, และได้สิทธิต่าง ๆ เหมือนนักเรียนอยู่หออื่น ๆ เหมือนกัน.

พวกเราเริ่มเข้าเรียนเตรียมแพทย์ปีที่ ๑ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๕ โดยมิต้องสอบเข้าเพราะมีผู้สมัครน้อยกว่าจำนวนที่กำหนดไว้ในปี

นั้นว่าต้องการ ๕๐ คน, แต่มีผู้สมัครศึกษาเพียง ๔๖ คนหรือ ๔๗ คน. ใช้เวลาศึกษาเตรียมแพทย์ ๒ ปี ในคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ณ หอวัง, อำเภอสระประทุม. (สถานที่เรียนและเรือนพักนอนหอวัง, ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับห้องเรียน, มีเรือน ก.ข.ค. และ ง., มีนักศึกษาพักนอนได้ประมาณ ๘๐ คน. ได้ถูกรื้อสร้างเป็นสนามกีฬาแห่งชาติไปแล้ว.) ขณะเมื่อศึกษาเตรียมปีที่ ๒ นั้นมีการเปลี่ยนแปลงให้การศึกษาวิชาแพทย์ ๔ ปี (ปรีคลินิคและคลินิค) มารวมกันทั้งหมดที่โรงพยาบาลศิริราช ของคณะแพทยศาสตร์ที่เดียว. ทั้งนี้, ตามข้อเสนอแนะของร็อคกิเฟลเล่อร์มูลนิธิ. นักศึกษารุ่นข้าพเจ้าได้ผ่านพ้นเตรียมแพทย์มาได้เพียง ๒๐ คนเท่านั้น, เพราะวิชาเตรียมแพทย์นั้นมีเพื่อนหลายคนไม่ชอบและมีการศึกษาค่อนข้างยาก. ฉะนั้น, เมื่อข้ามมาศึกษาแพทย์ปีที่ ๑ โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลศิริราช, จึงมีนักศึกษารุ่นนั้นเพียง ๒๐ คน. ขณะที่เขียนถึงตอนนี้ข้าพเจ้านึกถึงเพื่อนนักศึกษารุ่นนั้น ๒ คน, ซึ่งได้ถึงแก่กรรมขณะเป็นนักศึกษาและเพิ่งสำเร็จเป็นแพทย์ปีแรก, คือนายสมิท พุกกะเวสและนายแพทย์ช่วง แสงทับทิม, นักกีฬาที่ดีประจำรุ่น. ทั้งสองท่านได้ช่วยเป็นวัณโรคของปอดภายในไม่กี่เดือนก็ถึงแก่กรรม. ที่อยู่ที่อาศัยตลอดจนสถานที่ศึกษาของนักศึกษาเตรียมแพทย์ ๒ ปี ในสมัยเมื่ออยู่ที่หอวังนั้นนับว่าสะดวกสบายพอสมควร. ได้อยู่ใกล้ชิดกับนักศึกษาของคณะรัฐประศาสน์และคณะวิศวกรรมศาสตร์, มีการสังสรรค์กันอย่างใกล้ชิด, รับประทานอาหารที่โรงอาหารเดียวกัน, ไปเที่ยวเตร่เวลาว่างด้วยกัน, มีการสมาคมและเล่นกีฬากันอยู่บ่อย ๆ, ทำให้มีความคุ้นเคยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นอย่างกันเองอยู่เสมอ. ข้าพเจ้ารู้สึกได้ประโยชน์มากในเมื่อได้รับราชการอยู่ในกรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, เพราะมีผู้ว่าราชการจังหวัดบางท่าน, ซึ่งเคยคุ้นเคยกันมาแต่ครั้งเป็นนักศึกษาด้วยกัน ณ หอวัง, กับนักศึกษาของคณะดังกล่าวนั้น, เมื่อมีงานต้องประสานกันเพื่อประโยชน์ส่วนรวมตามท้องที่ต่าง ๆ หรือในระดับกรมและกระทรวง, ก็ได้รับการพิจารณาอย่างเห็นอกเห็นใจและร่วมดำเนินงานกันด้วยดีเสมอ.

การกีฬา มีคล้ายกับสมัยนี้, แต่มีน้อยชนิดกว่าและมีสถานที่เล่นกีฬาน้อยแห่ง. สโมสรรุ่งลงกรณมหาวิทยาลัยได้เริ่มตั้ง

ขึ้นขณะเมื่อพวกเราเรียนอยู่ในชั้นเตรียมแพทย์ปีที่ ๒. ฉะนั้นการกีฬาต่าง ๆ เช่น เต็นนิส, แบดมินตัน, ฟุตบอล, วิ่งทน, วิ่งผลัด ฯลฯ ก็ได้มีการเล่นกันมาก, และได้มีการส่งทีมเข้าแข่งกันระหว่างคณะต่าง ๆ ทุก ๆ ปี, เป็นงานปีของสโมสรดังที่มีกันในปัจจุบัน. สำหรับรุ่นข้าพเจ้ามีผู้แทนส่งเข้าแข่งขันในระหว่างคณะได้เพียงเล็กน้อย, เช่นนายแพทย์มนตรี (เม่งตึด) มงคลสมัยเข้าทีมฟุตบอลและชักคะเย่อ, นายแพทย์ช่วง แสงทับทิม เข้าทีมเต็นนิส, แบดมินตันและวิ่งทน, ข้าพเจ้าเองเคยแต่เข้าทีมชักคะเย่อเท่านั้น.

การรื่นเริงต่าง ๆ พวกเราได้รวมกับพวกแพทย์ประกาศนียบัตรรุ่นก่อนเรา ๒-๓ รุ่นจัดงานแสดงรื่นเริงและกินเลี้ยงขึ้นในตอนปลายปีเป็นครั้งแรก, ขณะเมื่อพวกเราอยู่ชั้นเตรียมแพทย์ปีที่ ๑. โรงละคร์ครั้งแรกที่จัดให้มีขึ้นนั้นใช้ห้องหัวหน้านักเรียนเรือน ค. หอวังเป็นที่แสดงและที่นั่งชมด้วย. เราแสดงกันเอง, ดูกันเอง, สนุกสนานกันเอง, โดยไม่ได้เชิญแขกอื่น ๆ เลย. ต่อมาในปีที่ ๒ งานนี้ก็เริ่มขยายตัวมากขึ้นทันที, โดยตั้งกรรมการขึ้นช่วยกันจัดงานเป็นแผนก ๆ ไป, เช่นแผนกละคร, แผนกรับแขก (เพราะเราเริ่มเชิญแขกมาชมละครของเราด้วย), แผนกตกแต่งสถานที่ ฯลฯ. ข้าพเจ้าจำได้ว่าเราช่วยกันแข็งแรงมาก. บางครั้งเราลืมเข้าห้องเรียนเมื่อถึงเวลาเรียน, ถึงแก่อาจารย์ผู้ใดก็ได้ลงมาตามและอ้อนวอนให้เราเข้าห้องปฏิบัติการและห้องเรียนก็มี.

การเบ็ดเตล็ดอื่น ๆ พวกข้าพเจ้าได้มีโอกาสช่วยเหลือกรมสาธารณสุขในสมัยป้องกันและควบคุมโรคอหิวาต์ ซึ่งระบาดอย่างมากมายเมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๘ ขณะเมื่อเป็นนักศึกษาแพทย์ปีที่ ๒ ตอนปลายปี, โดยไปทำการฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรคให้แก่ประชาชนในกรุงเทพ ฯ, ในสถานที่ต่าง ๆ ตามที่กรมสาธารณสุขกำหนดให้, และได้ไปช่วยรักษาพยาบาลผู้ป่วยอหิวาต์ที่โรงพยาบาลชั่วคราว ณ วัง พลเอก สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, ตำบลพลับพลาไชย, ซึ่งพระองค์ท่านได้ทรงอุทิศวังให้เป็นสถานที่รับผู้ป่วยอหิวาต์เป็นการชั่วคราว. เมื่อยรรจุเต็มที่ได้ผู้ป่วยประมาณ ๕๐-๖๐ คน. เป็นความชำนาญครั้งแรกที่ได้ช่วยทางราชการควบคุมและป้องกันอหิวาตกโรคระบาดในพระนคร. จำได้ว่าเราช่วยกรมสาธารณสุขในงานนี้อยู่ ๒ เดือน, และทางคณะแพทย-

ศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้ปิดการศึกษาชั่วคราวเพื่อช่วยกำจัดโรคระบาดนี้ให้หมดไปโดยเร็ว. ขณะปฏิบัติงานนั้นนักศึกษาแพทย์ปีที่ ๒ ได้เบี้ยเลี้ยงเป็นค่าอาหารและอื่น ๆ วันละ ๑.๕๐ บาท, และนักศึกษาปีที่ ๓ และ ๔ เข้าใจว่าได้วันละ ๒.๐๐ บาท. นอกจากนั้นพวกเราได้รับเข้าเป็นนักเรียนแพทย์เสือป่าด้วย, และได้มีโอกาสออกทำการซ้อมรบ ๑ ครั้ง ร่วมกับเสือป่าเหล่าอื่น ๆ ในปี พ.ศ. ๒๔๖๘ เมื่อเป็นนักศึกษาปีที่ ๒, ที่อำเภอบ้านโป่ง, จังหวัดราชบุรีในระหว่างปิดการศึกษาในฤดูร้อนเดือนเมษายน. สมเด็จพระราชบิดาฯ หรือที่นักศึกษาได้เรียกในขณะนั้นว่า "ทูลกระหม่อม ฯ" ทรงเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง, และมีผู้ช่วยคือสมเด็จ ฯ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร.

นอกจากนั้นในงานฤดูหนาวซึ่งพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ ๖) ได้ทรงโปรดให้มีงานเสือป่า ณ วังสราญรมย์, นักศึกษา, นักเรียนแพทย์เสือป่าก็ได้รับคำสั่งให้ไปช่วยปฏิบัติงานในเวลากลางคืนโดยผลัดเปลี่ยนกันไป, รวมทั้งไปช่วยขายล็อตเตอรี่เสือป่าด้วย. ในการปฏิบัติงานนั้นได้รับเบี้ยเลี้ยงดูเหมือนคืนละ ๑๐ บาท. กว่าจะเสร็จงานแต่ละคืนก็ประมาณ ๑ หรือ ๒ นาฬิกาของวันรุ่งขึ้น. สำหรับที่อยู่อาศัยและสถานศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราชในสมัยนั้น, ตามอัตภาพ. เมื่อมาศึกษาปีที่ ๑ ณ โรงพยาบาลศิริราชไม่มีหอพักให้อยู่, ต้องเดินทางเช้าไปเย็นกลับจากบ้านที่พัก. ข้าพเจ้าและเพื่อน ๆ อีก ๓ คนที่มีบ้านพักอยู่ไกล, บางคนก็อยู่ต่างจังหวัด, ได้รวมกันเช่าบ้านอยู่ข้างโรงพยาบาล, ซึ่งเป็นถนนพรานนกเดี๋ยวนี้ (เดิมเรียกว่าตรอกฉางเกลือ). แล้วได้ไปเช่าอีกแห่งหนึ่งในปีต่อไปที่ข้างวัดโมลีลาราม (วัดระฆัง), เสียค่าเช่าเดือนละ ๔ บาท, เฉลี่ยกันออกคนละ ๒ บาท. รับประทานอาหารเป็นโตหรือว่าจ้างเจ้าของบ้านทำให้. บางทีก็มารับประทานที่ร้านค้าหน้าโรงพยาบาล. สรุปแล้วเสียค่าอาหารเดือนละอีกประมาณ ๑๐-๑๒ บาท, ซึ่งก็พออยู่ได้อย่างสบาย. การกีฬากลางแจ้งที่โรงพยาบาลศิริราชมิได้มีสนามเล่นกีฬาจัดไว้โดยเฉพาะ. ฉะนั้นพวกเราได้อาศัยสนามหลวงเป็นที่เล่นกีฬา, วิ่งแข่ง, วิ่งทน, ฟุตบอล โดยต้องลงเรือจ้างหรือเรือแจวข้ามฟากไปมาระหว่างท่าพระจันทร์และโรงพยาบาล, เพราะไม่มีเรือยนต์ข้ามฟาก. สำหรับกีฬาตะกร้อนั้นนักศึกษาฝึกหัดและเล่นกันอยู่เสมอในบริเวณโรงพยาบาล,

เพราะไม่ต้องการสนามกว้างใหญ่ก็เล่นได้ และเป็นการออกกำลังกายเหมือนกัน. นอกจากนั้นมีกฎว่ายน้ำในแม่น้ำเจ้าพระยาตรงหน้าโรงพยาบาลและบางครั้งบางคราวว่ายข้ามแม่น้ำไปสู่ท่าพระจันทร์ด้วย. นับว่าได้มีการกีฬาพอสมควรอยู่เสมอเท่าที่จะจัดกันขึ้นได้โดยมีสโมสรและกรรมการของสโมสรเป็นผู้ช่วยดำเนินงาน, รวมทั้งมีทีมฟุตบอลที่แข่งขันมีชื่อเสียงตั้งแต่เดิมมาจนถึงรุ่นข้าพเจ้าเหมือนกัน.

สำหรับสถานที่หลับนอนเป็นเรือนไม้หลังคาขาก. แม้แต่เรือนผู้ป่วยบางหลังก็ยังเป็นเรือนไม้หลังคาขาก, ซึ่งมักจะเรียกว่าโรงมากกว่าตึก. แต่บางหลังก็เป็นเรือนห้องแถวทึบ ๆ ชั้นเดียว, ใต้ถุนสูง, หลังคามุงกระเบื้องเล็ก ๆ, เช่นเรือนคนไข้ของแผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บางหลังเป็นต้น. ในขณะนั้นมีตึกบางหลังกำลังจะก่อสร้างขึ้นและมีตึกบางหลังได้ก่อสร้างไว้เดิมแล้วก็มี, เช่น "โรงกระโจม" ซึ่งเป็นห้องผ่าตัดใหญ่, ตึกสูติกรรม, ตึกเสาวภาค่, ตึกวิคตอเรีย, และตึกตรวจโรคเด็กริมท่าน้ำ, ตึกมหิดลบำเพ็ญ, ตึกปาโถโลยี, ตึกกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา, ตึกผ่าตัด (ซึ่งขณะนี้เป็นห้องผ่าตัดตา). แผนกรังสีวิทยายังไม่มีและไม่มีการศึกษาเรื่องรังสีวิทยา, ไม่มีเครื่องเอ็กซเรย์. เป็นที่น่ายินดีอย่างมากในระยะที่แพทย์รุ่น พ.ศ. ๒๔๗๐ ตั้งต้นศึกษานั้น, สมเด็จพระราชชนนี เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ได้ทรงสนพระทัยในการศึกษาแพทย์ตลอดจนวิชาแพทย์และวิชาสาธารณสุขเป็นอันมาก, ซึ่งจะเห็นได้จากที่พระองค์ท่านได้ทรงศึกษาอบรมในวิชาดังกล่าวเป็นผลสำเร็จด้วยดียิ่งจากมหาวิทยาลัยฮาวาร์ดในสหรัฐอเมริกา. นอกจากนั้นยังได้ทรงนำร็อคกีเฟลเล่อร์มูลนิธิเข้ามาช่วยปรับปรุงการศึกษาแพทย์, การศึกษาพยาบาล, และทรงเสียสละทุกประการเพื่อการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย, จนพวกเราได้เรียกพระองค์ท่านว่าเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทย. พวกรุ่นข้าพเจ้ายังจดจำความเจริญก้าวหน้าต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ฯ ในสมัยนั้น, ที่ได้ทรงปฏิบัติร่วมกับร็อคกีเฟลเล่อร์มูลนิธิ, ได้ดีว่าภายในเวลา ๔-๕ ปีเท่านั้นทุกอย่างได้เปลี่ยนแปลงเจริญไปอย่างมากมายทันสมัยอย่างไม่นึกว่าจะเป็นไปได้. แพทย์รุ่น พ.ศ. ๒๔๗๐ ตลอดจนรุ่น พ.ศ. ๖๙, ๖๘ ก็ยัง

ได้มีโอกาสศึกษากับศาสตราจารย์ซิ่งร็อค-คิเฟลเล่อร์ส่งมาช่วยดำเนินงานสอนอีกด้วย เป็นอันมาก.

ขอให้งานฉลองเจ็ยสิบสองปีของการศึกษาแพทย์แผนปัจจุบันจงมีความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ทุกประการเทอญ.

หยิบก็ง่าย หายก็รู้ อยู่เป็นที่
คาวจะมี อย่าเคล้า คาวกับหวาน
อันเรือนสาม น้ำสี่ อย่าขี้คร้าน
กิจในบ้าน เป็นสมบัติ ของสตรี

ของเก่า

ศิริราชสมัยรดหน้า

ชีวิตของนักศึกษาแพทย์ปริญญารุ่นแรก

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อำนวย เสมรสุต*

(หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล)

ท่านผู้มีเกียรติ, แพทย์รุ่นพี่, รุ่นเพื่อน และรุ่นน้อง, ถ้าท่านจะนึกย้อนหลัง ๓๓ ปี, ณ โรงพยาบาลศิริราช, เมื่อปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๔๗๑ นาทีที่พวกเราเด็กหนุ่มกลุ่มหนึ่งตื่นเต้นกันที่สุดในชีวิตก็คือเวลาที่พวกเราไปยืนรุมล้อมดูประกาศของศาสตราจารย์ เอ. ยี. เอ็ลลิส, คณบดีคณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, เพื่อทราบผลของการสอบไล่. พวกเราสอบได้ทุกคน, เราจะได้รับปริญญาเป็นแพทย-ศาสตร์บัณฑิตรุ่นแรกในประเทศไทย, นับเป็นแพทย์รุ่นที่ ๓๔. ไชโย! พวกเรารู้สึกภูมิใจเป็นที่สุด. หกปีแห่งการศึกษาที่ผ่านมาด้วยความมานะอดทน, ด้วยความสนุกสนานกลมเกลียวระหว่างเพื่อน แพทย์รุ่นพี่และรุ่นน้อง, นี่คือผลแห่งความเพียร. พวกเราจำนวน ๑๘ คน (๑๘ มงกุฎ) จึงผ่านการศึกษามาได้ด้วยดี, จากจำนวน ๓๔ คน ซึ่งเข้าพร้อมกันในปีแรก.

๓๓ ปีได้ผ่านไปแล้วด้วยความเหนื่อยยาก. สภาพความเป็นอยู่ได้เปลี่ยนจากเด็กหนุ่มนักศึกษามาเป็นแพทย์สงอายุผู้ทรงคุณวุฒิ, เป็นผู้ที่ประชาชนทั่วไปยกย่องนับถือ, มอบชีวิตให้อยู่ในความดูแลรักษาเมื่อมีการเจ็บไข้. พวกเราต่างคนต่างแยกย้ายไปประจำอยู่ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค. ทุกคนได้ใช้ชีวิตต่อสู้กับการงานด้วยความมานะอดทน. ชีวิตของพวกเราผ่านมาด้วยดีในลักษณะต่าง ๆ กัน. ความรักใคร่สนิทสนมของพวกเราหาได้เปลี่ยนแปลงไปไม่. เราพยายามรักษา, ทะนุถนอม มิตรภาพของพวกเราอยู่ตลอดมา. ในจำนวนคณะ ๑๘ มงกุฎนั้นคือ อภัย ชมนิ, สงวน โรจนวงศ์, ทิพย์ สุตะพาหะ (นาถสุภา), เสถียร ตู้จินดา, โสภณ กาญจนวสิต, วิรัช (ติ) มรรคดวงแก้ว, บุญเจือ (เจือ) ปุญโสนิ, เยี่ยม มุสิกะภูมมะ, เม่งกิม สุวรรณ, ทองอยู่ ชุณหสิริ, ถวิล

---

* แพทย์ปริญญา "เวชศาสตร์บัณฑิต" รุ่นแรกของจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย. ศิษย์ศิริราชคนแรกที่ได้ศึกษาและทำงานเฉพาะในวิชารังสีวิทยามาตั้งแต่เริ่มมีหน่วยเอ๊กซเรย์ในโรงเรียนแพทย์.

ลิมสุวรรณ (สุวรรณเนกข์), เหรียญ ชุติ-ชูเดช, ถนอม บัวขำ, ม.ล. เต่อ สนิทวงศ์, ภิรมย์ สุวรรณเตมีย์, ศิริ นาคสมพงษ์, ชัย สังขะเวช; และ อำนวย เสมรสุต, เป็นที่สลดใจที่เม่งกิมได้ถึงแก่กรรมในเวลาต่อมาเพียง ๒ ปีเศษเท่านั้นและเหรียญได้ตามไปอีกคนหนึ่ง ภายหลังที่เป็นแพทย์ได้ ๒๐ ปี. ในปัจจุบันพวกเราจึงเหลืออยู่เพียง ๑๖ คน, พวกเรานัดพบกันเสมอทุกปี. โดยเฉพาะในระยะ ๑๕ ปีหลังนี้หรือเมื่อผู้ที่อยู่ในส่วนภูมิภาคได้มีโอกาสเข้ากรุง, พวกเราก็นัดรับประทานอาหารพร้อมกัน. เราต่างก็คุยกันเฮฮาสนุกสนาน. ใครมีเรื่องเก่า ๆ อะไรก็พากันขนมาเล่ากันอย่างเพลิดเพลินทำให้มีความรู้สึกคล้ายกับสมัยที่เรายังเป็นนักศึกษาอยู่เมื่อก่อน ๓๓ ปีที่ผ่านมา. เรากลับรู้สึกคล้ายเด็ก ๆ, แม้บางคนจะเป็นคุณปู่คุณตากันแล้วก็ตาม.

ชีวิตในสมัยนักศึกษาเป็นชีวิตที่สนุกสนานเพลิดเพลิน. แม้จะต้องเพียรพยายามในการศึกษาสักเพียงไรก็ตาม, แต่เราไม่ต้องคำนึงถึงชีวิตในการเป็นพ่อบ้านและอื่น ๆ. เป็นชีวิตที่ถือได้ว่าจะระลึกถึงและมีความเสียดายไม่ได้.

ย้อนนึกถึงเวลาถอยหลังต่อไปอีก. เมื่อมีนาคม พ.ศ. ๒๔๖๕ ในที่ประชุมทำพิธีสอบไล่นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ ๘ ณ สามัคคยาจารย์สมาคม ในบริเวณโรงเรียนสวนกุหลาบ, ท่านเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี, เสนาบดีกระทรวงธรรมการในสมัยนั้น, ได้ประกาศแก่นักเรียนที่มาชุมนุมสอบไล่ในเวลานั้นถึงการรับสมัครเข้าเป็นนักศึกษาแพทย์ปริญญา, มีใจความว่าบัดนี้จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัยได้ร่วมมือกับร็อคคีเฟลเลอร์มูลนิธิขยายหลักสูตรวิชาแพทย์ให้สูงขึ้นเท่าเทียมกับชั้นปริญญาในต่างประเทศ, โดยมีเวลาเรียน ๖ ปี. เมื่อเรียนจบหลักสูตรแล้ว ถ้าเข้ารับราชการจะได้รับพระราชทานเงินเดือน ๒ ชั้น. พวกเราที่อยู่ณ ที่นั้นต่างมีความยินดีกันมาก, เพราะเมืองไทยเพิ่งจะมีการศึกษาถึงชั้นปริญญาครั้งนี้เป็นครั้งแรกและได้เงินมากกว่าเก่าถึงเท่าตัว. พวกเราพากันลงชื่อสมัครกันหลายคน. ในที่สุดเมื่อรู้ผลการสอบมัธยม ๘ และการคัดเลือกแล้วปรากฏว่ามีผู้สมัครเข้าเรียนแพทย์ ๓๔ คน.

ในสองปีแรกเราต้องเรียนเตรียมแพทย์ในคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ณ วังใหม่, ซึ่งเป็นบริเวณกรีฑาสถานแห่งชาติในปัจจุบันนี้. หม่อมเจ้าพูนศรีเกษมเป็น

คณะนี้ เฉพาะปีแรกเราต้องเรียนวิชาเฉพาะอินทรีย์, ชีววิทยาสัตว์ไม่มีกระดูกสันหลัง, ฟิสิคุส์, ภาษาอังกฤษและภาษาลาติน. ในการสอบไล่ปีนี้พวกเราสอบได้เพียง ๑๕ คน. ม.ล. เต่อ สนิทวงศ์, นักเรียนรุ่น ๒๔๖๓, ได้มาสมัครเรียนร่วมด้วยในปีต่อไปอีกคนหนึ่งรวมเป็น ๒๐ คน.

ใน พ.ศ. ๒๔๖๗ เราเลื่อนขึ้นเรียนเตรียมแพทย์ปีที่ ๒. เรียนวิชาเคมีอินทรีย์, ชีววิทยาสัตว์มีกระดูกสันหลัง, ซึ่งสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้า มหิดล อดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ (สมเด็จพระราชบิดา) ทรงเป็นพระอาจารย์. นอกนั้นเรียนพฤกษศาสตร์, ฟิสิคส์และภาษาอังกฤษ. นอกจากนี้วิชาเลือกได้ ๓ วิชา, คือวิชาประวัติศาสตร์, วิทยาศาสตร์ และภาษาฝรั่งเศส. สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้า มหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ (สมเด็จพระราชบิดา) ทรงเป็นพระอาจารย์ในวิชาประวัติศาสตร์, และได้ทรงเชิญผู้มีเกียรติมาแสดงปาฐกถาอีกหลายท่าน, อาทิ สมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุภาพ, กรมขุนชัยนาทนเรนทร, พระองค์เจ้าธานีนิวัติ (กรมหมื่น พิทยลาภ พฤฒิยากร) และพระยากัลยาณไมตรี.

ในคณะอักษรศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ในสมัยนั้น นอกจากนักเรียนเตรียมแพทย์แล้ว ยังมีนักเรียนวิทยาศาสตร์, นักเรียนปรุงยาร่วมด้วย ในปีที่สองพวกเราสนุกในวิชาประวัติศาสตร์มาก, เพราะทุก ๆ วันเสาร์ สมเด็จเจ้าฟ้า มหิดล อดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ได้ทรงพาไปชมสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งในสมัยนั้นมีผู้มีโอกาสเข้าชมภายในน้อย, เช่นพระบรมมหาราชวัง และพระที่นั่งอนันตสมาคม. ในการสอนวิชาชีววิทยา พระองค์ทรงตั้งพระทัยจริง ๆ, เป็นการกระตุ้นเตือนให้พวกเรามีความขยันหมั่นเพียรยิ่งขึ้น.

พวกเราพักอยู่หอกันทุกคนและอาจเลือกอยู่หอใดได้ตามใจสมัคร. หอวังเป็นหอเก่า. พระยาปรีชานุสาสน์เป็นอธิการหอ. มีเรือนนอนอยู่ ๔ หลัง. มีนักเรียนวิศวกรรม, นักเรียนรัฐประศาสน์และนักเรียน วิทยาศาสตร์พักรวมอยู่ด้วย. ส่วนหอใหม่เป็นหอเพิ่งสร้างขึ้น, มี ๒ หลัง, อยู่ห่างออกไประยะเดินประมาณ ๗—๘ นาที. พระยาอาทรฤณพรรคเป็นอธิการหอ. พวกเราส่วนมากพักอยู่ในหอใหม่. ระหว่างสองหอนี้มีสโมสรของมหาวิทยาลัย และ ภัตตาคาร เป็น ที่ร่วมชุมนุม. มีสนามเท็นนิส, สนามแบดมินตัน

และโรงสค็อช. เรามีการแข่งขันระหว่างคณะเสมอ, ทำให้นักศึกษาในคณะและต่างคณะได้มีโอกาสพบปะกันบ่อย ๆ, ร่วมสนุกสนานมีความสามัคคีกลมเกลียวกันดียิ่ง.

พวกเราในปีแรกได้เป็นนักเรียนแพทย์เสือป่าด้วย, และในปีที่สองได้เปลี่ยนเป็นเสือป่าราบหลวงรักษาพระองค์. ได้มีการซ้อมรบใหญ่ที่ค่ายหลวงบ้านโป่ง. พวกเรามีความครึกครื้นและครึมมาก, เพราะได้ใช้ปืนแทนพลองสมัยเมื่อเป็นลูกเสืออยู่ในโรงเรียน. ซ้อมรบเสือป่าขึ้นเป็นปีสุดท้าย. สนุกก็สนุก, เหนื่อยก็เหนื่อย.

เมื่อข้ามฟากมาเรียนในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล พวกเราเหลือ ๑๙ คนเท่านั้น, เนื่องจากคนหนึ่งได้ถูกเลือกไปศึกษาวิชาแพทย์ต่อในต่างประเทศโดยทุนของสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช. ในการเรียนปีที่ ๓ พวกเราไม่ได้สอบไล่เสีย ๑ คนเพราะป่วย, จึงเหลือขึ้นชั้น ๔ เพียง ๑๘ คน. สิ่งในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลเราต้องขะมักเขม้นในการเรียนมากขึ้น. มีศาสตราจารย์ชาวต่างประเทศซึ่งร็อคกีเฟลเลอร์ มูลนิธิจัดให้มาสอนหลายคนด้วยกันคือ: Professor A.G. Ellis เป็นคณบดีและหัวหน้าแผนกวิชาพยาธิวิทยา; Professor C.W. Stump เป็นหัวหน้าแผนกวิชากายวิภาควิทยา, และในปีที่สอง Professor R.D. Congdon มารับตำแหน่งแทน; Professor R.A. Spaeth เป็นหัวหน้าแผนกวิชาสรีรวิทยา, แต่ได้ถึงแก่กรรมด้วยโรคโลหิตเป็นพิษ ภายหลังที่ได้ไปหาชื้นในป่าศิริราชาเพื่อทำการค้นคว้าเรื่องการตกไข่ และ Professor E.C. Albritton มาแทน; Professor W.H. Perkins เป็นหัวหน้าแผนกวิชาอายุรศาสตร์; Professor T.P. Noble เป็นหัวหน้าแผนกวิชาศัลยศาสตร์; Professor G.W. Theobold เป็นหัวหน้าแผนกวิชาสูตินรีเวช-

พ.ศ. ๒๔๖๘ เป็นปีแรกที่พวกเราใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช. ศิริราชขณะนั้นหาได้อ่านหนาฝาคั่งเต็มไปด้วยตึกรามและเจ้าหน้าที่ดังปัจจุบันไม่, มีตึกใหญ่เพียงสองตึก, คือตึกมหิดลบำเพ็ญและตึกพยาธิ-วิทยาซึ่งเพิ่งสร้างขึ้น. ตึกบัญชาการซึ่งจะให้เป็นตึกตรวจโรคนอกด้วย กำลังหล่อพื้นคอนกรีต. ตึกกายวิภาคศาสตร์ก็กำลังก่อสร้าง. นอกนั้นเป็นตึกเก่าเล็ก ๆ, เรือนคนไข้อื่น ๆ เป็นเรือนแถวไม้ชั้นเดียวเก่า ๆ.

การเรียนของเราบางชั่วโมงเรียนร่วมกับชั้นพี่ชาย, คือชั้นท่านอธิการบดีของเรา, ศาสตราจารย์สวัสดิ์ แดงสว่าง, กำลังศึกษาอยู่, แต่พวกเราทั่วไปได้เปลี่ยนนามสกุลให้ท่านเป็นการชั่วคราวว่า "มุสว่าง" เพื่อเหมาะสมกับการมุของท่าน.

วิชากายวิภาค ศาสตร์เรียนที่เรือนไม้เก่า ๆ ปลูกอยู่หลังตึกมหิดลยำเพ็ญ. รู้สึกเสียวพิกลเมื่อต้องทำการชำแหละศพครั้งในวันแรก ๆ. ในบางคราวนั่งชำแหละเพลินไปจนเกินเวลา, เหลียวดูไม่เห็นพวกเพื่อน ๆ เห็นแต่ศพคลุมผ้าขาวอยู่บนโต๊ะเป็นแถว, ขนลุกซู่, เย็นหลังวูบ, ล้างมือไม่ทันหมดกลิ้นก็วิ่งเผ่นแน็บออกจากห้องปฏิบัติ.

ปาฐกถาของหลวงตา (พวกเรารู้กันว่าคือ ศจ. เอ็ลลิส) ผู้ชำนาญการสอนมากว่า ๒๕ ปี, กล่อมพวกเราหลับกันเป็นระนาวในชั่วโมงภายหลังอาหารกลางวัน. ประเดี๋ยวมีเสียงปากกาลงตกโต๊ะโน้นโต๊ะนี้. สงวนชิงสถิติในเรื่องนี้แต่ในปีสุดท้ายสงวนก็แอบคว้าเอาเหรียญเงินไป.

นาย ว.ห. (เรารู้กันว่าหมายถึง ศจ. เปอร์กินส์) ใจดี, สอนวิชาอายุรศาสตร์ไม่ค่อยดุพวกเรา. พวกเราก็มักถือโอกาสทำลืมเขียนรายงานคนไข้เสียหลาย ๆ วันเสมอ.

นาย ท.พ. (ศจ. โนเบิล) พูดฟังยากมาก, เสียงอยู่ในคอแบบอังกฤษและเร็ว. แต่ต่อมาแม้จะพูดในหน้ากากขณะผ่าตัดเราก็คุ้นพอที่จะเข้าใจได้ดี เป็นอาจารย์ที่เข้มงวด, ขยัน, เอาใจใส่ในการสอน. พวกเราต้องอ่านรายงานคนไข้ใหม่ให้ฟังทุกราย. บางคนเคยถูกให้อ่านรายงานโดยกะทันหัน, ก็อ่านให้ฟังได้อย่างดี. ยังเอิญท่านเกิดขอดูขึ้นมา. กรรมจริงไม่มีรายงานเขียนไว้สักตัวเดียว, โดนกลอนสดของพวกเราเข้า.

นายเทียว (ศจ. ที่โอบอลด์) ดุ. ถ้าพวกเราหลับในห้องเรียนมักจะโดนปาด้วยชอค. ในห้องทำคลอด ถ้าทำผิดบางคราวถึงโดนค้ำคอ, แต่พวกเราไม่ยักกลัว, เห็นเป็นสนุกมากกว่า.

พวกเราแม้จะชนกันเพียงใดก็อยู่ในขอบเขตและก็ผ่านการเรียนมาด้วยดี. เราต่างเต้นกันมากเมื่อข้ามฟากมาอยู่ศิริราชใหม่ๆ เนื่องจากได้มาอยู่ใกล้กับเพศตรงข้ามซึ่งแต่งเครื่องแบบขาวปฏิบัติงานอยู่ในเรือนคนไข้หรือเดินผ่านไปมาเช้า ๆ เย็น ๆ.

หอศิริราชเป็นเรือนไม้เก่า ๆ, ปลูกอยู่บริเวณตึกมหิดลวรานุสรณ์, ตึกตรีเพชร์

และตกจุฬาชุชเดียวนี้ มีอยู่ ๕-๖ หลัง ด้วยกัน, บรรจุพวกเราและพี่ ๆ อีก ๓ ชั้น อย่างยัดเยียด. เราจึงเรียกที่พักของพวกเราว่า "คอกม้า" พระประการวุฒิสิทธิ์เป็นผู้ปกครอง. รุ่นพี่เล่าให้เราฟังว่าระวังตัวนะ, ท่านเข้มงวดมาก, ถ้าไปจุ้นจ้านกับพวก "ไก่" (พวกแต่งเครื่องแบบขาว) จะ "มุ้งลอย", หมายถึงถูกปลดมุ้งแล้วไล่ไม่ให้อยู่ในหอ. ในระยะแรกพวกเราดูสงบเสงี่ยมดี. ครั้นคุ้นเข้าก็ซักจะเก่งกล้าไม่เลว. พี่ชายเราคนหนึ่งแต่งตัวนักกีฬา, สวมถงเท้าสีแดง, ถือแร็กเก็ต-เท็นนิส, ชอบมาเตร่อยู่ใกล้หอพวกเราเพราะอยู่ใกล้เล้าไก่ ซึ่งอยู่ที่บริเวณตกผ่าตัดเดี๋ยวนี้, แล้วสอนให้พวกเราตะโกนเรียก "ไก่" ดัง ๆ เป็นของสนุกสนาน. ในที่สุดพวกเราบางคนตะโกนได้เก่งกว่าอาจารย์เสียอีก, คือตะโกนได้ซ้อน ๆ กันแยกกระสุนปืนกล. อาจารย์พี่ชายของเราคนนี้เป็นผู้หลักผู้ใหญ่ชั้นศาสตราจารย์ไปแล้ว, แต่ท่านก็ยังชอบสีแดง ๆ อยู่เช่นเดิม. ขอให้เราเดาเอาเองเถอะว่าเป็นใคร.

ในบริเวณเล้าไก่นั้นห้ามเด็ดขาดไม่ให้ผู้ใดล่วงล้ำเข้าไป ผู้ละเมิดจะมีความผิด. แต่ก็ยังมีบางคนเดินเข้าไปทำให้ตกใจกันแล้วก็ไปหยุดชะงักอยู่แค่เส้นเขต. นายปี (ทิพย์) เป็นผู้นำที่ไม่เลว, นายเด็ก (สงวน) เคยได้คำเย้นคิมหลายแก้วจากการท้าพนันให้เดินนุ่งโสร่งตัวเดียวแบบคนไข้เข้าไปในเขตหวงห้ามในเวลาค่ำคืน.

พวกเรามีฉายาเรียกกันทุกคน, เช่น ตะ, เตี้ย, แก่น, ศรี (เหรียญ, ถวิล, ย่อนต์, ศิริ). ทั้งสี่เป็นขาประจำเล่นแคชชิงนัมเบอร์เช้า ๆ เพื่อหาค่ากาแฟมื้อเช้า. แก่นเป็นรุ่นพี่, แต่ชอบสนุก, มาหาค่ากาแฟ, บางคราวก็มาจ่ายให้พวกเรา. เป็ด, ปลาด, ไก่, ฉุน (ชัย, เต่อ, อำนวย, บุญเจือ) เป็นคณะชักว่าวที่ชอบชัก และคว้าโฉบเข้าไปในบริเวณเล้าไก่. บางคนก็ได้ฉายาเป็นยรรดาศักดิ์, เช่นหลวงศรีชำนาญลอก (ศิริ) "พระอาจารย์" เป็นฉายาของโสภณ, เพราะท่านชอบให้เพื่อนยืมตำราการสอนซึ่งทำไว้ดีกว่าคนอื่น, และผิวท่านคล้ายชาวต่างประเทศ. ถ้าพวกเราถูกคนไข้รบเร้าขอพบหมอฝรั่ง, เรารำคาญหนักเข้าก็ชี้โบ้ยให้ไปหาท่าน, ทำให้คนไข้เข้าใจผิด.

พวกเราสนุกกัน, รักใคร่กลมเกลียวกันทั้งหอเช่นพี่น้อง. ชีวิตเช่นนี้เราไม่มีโอกาสอีกแล้ว. บางคราวถึงกับนอนฝันถึงชีวิตในสมัยนั้น, สมัยชีวิตในศิริราช.

ศิริราชเป็นแหล่งประสาทวิชาให้แก่พวกเราทั้งความรู้ความชำนาญ. เราหาได้ละลืมศิริราช ของเราไม่ ตลอดเวลาที่ผ่านมา. เมื่อ ๒๕ ปีผ่านไป. พวกเราได้มีการฉลองใหญ่, ได้เชิญอาจารย์ไปร่วมด้วยและทำพิธีกราบไหว้ระลึกถึงบุญคุณ. พวกเราที่อยู่ต่างจังหวัดห่างไกลก็มาพร้อมเพรียงกัน. นอกจากนั้นได้เชิญรุ่นก่อนหน้า ๓ รุ่นซึ่งได้เคยร่วมสนุกกันมาและน้องรุ่นหลังทั้ง ๓ รุ่น. มาร่วมการฉลองใหญ่ด้วยและยังได้รวบรวมทุนจำนวนหนึ่งมอบไว้แก่ศิริราชของเราตั้งเป็นมูลนิธิเพื่อเกื้อกูลช่วยเหลือนักศึกษารุ่นหลัง ๆ. เมื่อครบ ๓๐ ปีเราก็ได้ร่วมฉลองกันอีกครั้งหนึ่งและจัดทุนเพิ่มเติมอีก. กิจกรรมนี้น้อง ๆ เราก็ได้ดำเนินตามเช่นกัน.

สิ่งที่พวกเราปฏิบัติและไม่ยอมที่จะลืมอีกประการหนึ่งก็คือพระกรุณาธิคุณของสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์, พวกเราที่อยู่ในกรุงเทพฯ จึงได้มาสักการะพระรูปทุก ๆ ปี ในวัน "มหิดล". พระองค์เป็นผู้ทรงประสาทความเจริญแก่วิทยาศาสตร์การแพทย์, ให้ก้าวหน้าและมีมาตรฐานทัดเทียมกับอารยประเทศ และวิวัฒนาการมาดังที่เห็นอยู่ทุกวันนี้, จนได้รับพระนามว่าเป็น "พระบิดาแห่งวงการแพทย์ของประเทศไทย". พระองค์ได้ทรงเสียสละทั้งพระกำลังกาย, กำลังความคิด, และกำลังพระราชทรัพย์เพื่อความเจริญในวงการแพทย์. ผู้เขียนเองนอกจากได้เป็นศิษย์และได้รับพระกรุณาธิคุณดังกล่าวแล้ว, ยังได้รับพระอุปการคุณเป็นพิเศษอีก, คือได้รับทุน "มหิดล" ให้ไปศึกษาวิชารังสีวิทยาต่อในประเทศอังกฤษและดูงานในยุโรปและอเมริกา, เป็นผู้ที่รับราชการในแผนกวิชารังสีวิทยา, โรงพยาบาลศิริราชมาตลอดเวลา ๓๓ ปี, มีส่วนในวิวัฒนาการของแผนกรังสีวิทยามาจนบัดนี้ เนื่องจากพระปรีชาสามารถของพระองค์ที่ได้ทรงเห็นการไกล. ข้าพเจ้าผู้เขียนขอเทอดทูนพระกรุณาธิคุณไว้เหนือเกล้าตลอดชีวิต โดยไม่มีวันจะเลือนลืมได้เลย.

เท่าที่ได้บรรยายมาโดยย่อนี้ คือชีวิตของนักศึกษาแพทย์ปริญญารุ่นแรก, พ.ศ. ๒๔๗๑.

ศิริราชสมัยกึ่งศตวรรษ

ชีวิตของแพทย์รุ่น พ.ศ. ๒๔๙๒

น.อ. ลักษณ์ บุญศิริ* ร.น.

(ร.พ. สมเด็จพระปิ่นเกล้า, กองทัพเรือ)

พวกเราสำเร็จในรุ่นนี้ ๒๔ คน, เป็นแพทย์หญิง ๕ คน, ซึ่งนับว่าเป็นเปอร์เซ็นต์สูงที่สุดในขณะนั้น. ในเวลานั้นพวกเรายังอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันดี, นอกจากแพทย์หญิงคนหนึ่งถึงแก่กรรมด้วยมะเร็งตับเมื่อหกเจ็ดปีมาแล้ว.

เราเริ่มเข้าเรียนเตรียมแพทย์ใน พ.ศ. ๒๔๗๗. การเรียนในมหาวิทยาลัยเป็นของใหม่สำหรับพวกเรา, เป็นการเรียนแบบสหศึกษาและไม่มีการบังคับ, ใครจะเรียนก็ได้, ไม่เรียนก็ได้. บางคนจึงมัวเพลินเล่นบิลเลียด, เพลินดูหนัง, หรือเพลินติดตามนิสิตหญิง. ผลก็คือสอบตก. ขณะที่เรียนในชั้นเตรียมแพทย์จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย การสอบตกเป็นของธรรมดาและมีตกมาก ๆ คนเสียด้วย. มีน้อยคนนักที่จะไม่เคยเรียนซ้ำชั้น. ภายหลังที่ข้ามฟากมาศิริราชแล้วจึงเริ่มมีความหวังที่จะได้เป็นแพทย์. ยิ่งผ่านชั้นโซโฟโมร์ คือชั้นปีที่สองได้แล้วยิ่งมีความมั่นใจมากขึ้น, เพราะมาถึงขั้นนี้ถ้าโชคไม่ร้ายจนเกินไปเราคงได้เป็นแพทย์แน่ ๆ. เนื่องด้วยพวกเรามีจำนวนน้อย, อาจารย์จึงมีโอกาสกวดพวกเราได้มาก.

เมื่อข้ามมาศิริราชการศึกษาในปีแรกเป็นปีที่หนักที่สุด. ต่อเมื่อผ่านไปได้แล้ว, งานก็เบาลงไปเป็นลำดับ. ขึ้นปีที่สามเราฝึกหัดตรวจและรักษาคนไข้ที่แผนกคนไข้นอกและคนไข้ภายในตึก. ต่างคนต่างรู้สึกภูมิใจที่มีผู้เรียก "คุณหมอ". ความจริงตอนนั้นเรายังไม่ใช่หมอ. แต่เมื่อมีผู้เรียก, ก็อดภาคภูมิใจไม่ได้, และรู้สึกคล้าย ๆ ว่าตัวเองมีความสำคัญยิ่งกว่าหมอใหญ่ ๆ เสียอีก. เรามีเวลาว่างพอที่จะปลีกตัวไปดูหนังหรือคุยกับแฟนตามตึกต่าง ๆ ได้มากอยู่. ระยะนั้นเป็นระยะที่มีความสุขที่สุด. มีความสุขในการเรียน. มีความสุขในการทำงาน. มองไปทางไหนมีแต่ความสดชื่นร่าเริง. เช้า ๆ เย็น ๆ เราชอบดูพยาบาลเดินไปรับประทานอาหาร

---

* อดีตแพทย์ประจำบ้านแผนกสูติศาสตร์ ฯ, ศิริราชพยาบาล. ในปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ ฯ พระปิ่นเกล้า.

ที่โรงครัว. พวกเราบางคนก็ชอบถือแร็กเก็ต แบดมินตัน, แร็กเก็ตเทนนิสเดินควงไปมาอยู่ในบริเวณสโมสรซึ่งสมัยนั้นอยู่หน้าตึกเรียนของพยาบาล.

ถ้าที่เราเล่นอยู่นั้นมีเพียงสองสามอย่าง, และเล่นกันตามลำดับอาวุโส. คือพวกปีหนึ่งเล่นเรือกรรเชียงและว่ายน้ำในแม่น้ำข้างหอไปก่อน. พอเป็นปีที่สองจึงเล่นแบดมินตัน. ส่วนเทนนิสและบิลเลียดนั้นเล่นเป็นครั้งคราวเมื่อไม่มีใครเล่น. พอเลื่อนเป็นปีที่สามเราจึงมีสิทธิ์มีเสียงมากขึ้น, เล่นอะไรได้ตามใจชอบ, เหมือนกับว่าเราเป็นเจ้าของศิริราชทั้งหมด. เอกสิทธิ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นเมื่อเป็นชั้นปีที่ส. เรื่องความเคารพในอาวุโสนี้ยังฝังแน่นอยู่ในใจของพวกเราโดยไม่ต้องมีระเบียบหรือข้อบังคับใดๆ. เรานับถือกันตามลำดับอาวุโส. เหตุนี้เองเราจึงมีความสามัคคีกลมเกลียวกันเป็นอันดี.

เมื่อพวกเราข้ามมาเรียนที่ศิริราชเรารู้ตัวอยู่ตั้งแต่ปีแรกแล้วว่าจะต้องช่วยกันทำ "เวชนิสิต" ฉบับที่สามในปี พ.ศ. ๒๔๘๒ เพราะหนังสือนี้ออกทุกๆ ๔ ปี. ดังนั้นในปีสุดท้ายเราจึงประชุมจัดงานกันตั้งแต่ต้นปี. มีทองเดิม วัชรเสถียร เป็นผู้จัดการ, จรัญ พัฒน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา เป็นผู้รวบรวม. พวกเรานอกนั้นก็มีส่วนร่วมในการทำงานนั้นทุกคน. เริ่มรวบรวมภาพต่างๆ ที่ถ่ายไว้ตั้งแต่ปีแรกๆ และถ่ายภาพใหม่เพิ่มเติม. ติดต่อบรรดาผู้ใหญ่เพื่อขอเรื่องและภาพเก่าๆ. งานของเราดำเนินมาเป็นลำดับ. แต่เนื่องจากปี พ.ศ. ๒๔๘๒ เป็นปีที่โรงเรียนแพทย์ตั้งมาครบห้าสิบปี, คณะแพทยศาสตร์พร้อมทั้งผู้แทนแพทย์จากกรมกองต่างๆ และแพทย์ที่ประกอบอาชีพส่วนตัวจึงได้ประชุมปรึกษาพร้อมกัน ณ แพทยสมาคม เมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๔๘๒. ที่ประชุมตกลงเป็นเอกฉันท์ให้จัดงานฉลองขึ้น โดยร่วมมือกับนิสิตใหม่และเก่าทั้งหลาย. กำหนดให้มีงานในวันที่ ๒๔ และ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๘๒, ณ บริเวณโรงพยาบาลศิริราชพร้อมกับทำพิธีเปิดตึกที่สร้างใหม่ ๔ หลัง. นอกจากนี้ได้จัดทำเวชนิสิตฉบับที่ ๓, ทำเข็มเครื่องหมายที่ระลึกงานฉลองห้าสิบปี และจัดตั้งทุน "นักเรียนเก่า" โดยรวบรวมเงินจากบรรดาอาจารย์, นักเรียนเก่าใหม่, เงินเหลือจากการพิมพ์เวชนิสิตและเงินเหลือจากการจัดงานฉลอง. ทุนนี้เปิดโอกาสให้ทุกๆท่านและทุกๆองค์การส่งเงินเข้าสมทบได้ตลอดไป. จุดประสงค์ก็เพื่อใช้ผลประโยชน์อุดหนุนนิสิตแพทย์ที่ขาดแคลนในด้านการ

งิน.

งานฉลองฯ เริ่มในวันที่ ๒๔. เวลา ๙ ถึง ๑๒ น. มีการแสดงวิชาการของแผนกศัลยศาสตร์, อายุรศาสตร์, พยาธิวิทยา, รังสีวิทยา, สรีรวิทยา, กายวิภาคศาสตร์, แผนกพยาบาลและผดุงครรภ์, และแผนกเภสัชกรรม. บรรดาแพทย์รุ่นพี่ทั้งที่อยู่ในพระนคร และ ต่างจังหวัดได้มาชมการแสดงทางวิชาการและร่วมงานฉลองครั้งนี้เป็นจำนวนมาก. ตอนบ่ายเป็นเวลาทำพิธีเปิดตึก. พระองค์เจ้าอาทิตยทิพยอาภา, ประธานผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์, เสด็จมาทรงทำพิธีเปิดตึกรังสีวิทยา, ตึกศัลยกรรม, ตึกโอสถกรรม, และตึกเรียนพยาบาลเมื่อเวลา ๑๖.๐๐ น. ตอนค่ำมีงานรื่นเริงและรับประทานอาหาร ในบริเวณสนามหน้าหอนักเรียนแพทย์ชายหลังแรก. การรื่นเริงเป็นการแสดงละคร และมีสลับฉากเป็นงานของศิษย์เก่าและใหม่ทั้งสิ้น. บรรดาแพทย์รุ่นที่มาร่วมงานด้วยเป็นจำนวนมาก, รวมทั้งพระอาจวิทยาคม, อาจารย์ในสมัยแรก ๆ ของโรงเรียนแพทย์, และพันตรี อัทย์ หะสิตะเวช (หลวงวิฒเนศประสิทธิ์วิทย์), นักเรียนแพทย์รุ่นที่หนึ่ง และเลขประจำตัว ๑. ขณะนั้นท่านผู้นั้นอายุ ๖๕ ปีแล้ว, แต่ยังแข็งแรงและสนุกร่าเริงเสมอเมื่ออยู่ในหมู่แพทย์. มีผู้ร่วมงานฉลองทั้งหมดประมาณหกร้อยคน. นับว่ามากเป็นประวัติการณ์ในสมัยนั้น. ส่วนงานในวันที่ ๒๕ มีนาคมเป็นการแสดงละคร ณ เวทีเดิมเพื่อเก็บเงินสมทบทุน "นักเรียนเก่า" เท่านั้น. เงินที่เก็บได้ไม่มาก นักเพราะจำหน่ายบัตรล่วงหน้าเพียงสองสามวัน.

เวลาผ่านไปด้วยความรวดเร็ว. เหตุการณ์ต่างๆยังฝังอยู่ในความทรงจำเหมือนเพิ่งเกิดขึ้นเมื่อก่อน. สิ่งในศิริราชช่างมีความหมายในชีวิตของเรามากเหลือเกิน, เพราะศิริราชเป็นที่ให้ความรู้, เป็นที่อบรมเราให้พร้อมที่จะออกไปผจญกับโลกภายนอก. ถึงแม้จะจากไปแล้วนานแสนนาน, ชีวิตจิตใจเรายังผูกพันอยู่กับศิริราชเสมอ. ข้าพเจ้ามีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่คณะแพทยศาสตร์ฯ จะจัดการฉลองอายุโรงเรียนแพทย์ที่ได้เจริญมาบรรจบครบหกร้อยในปีนี้เป็นงานใหญ่อีกครั้งหนึ่ง.

ศิริราชกับเรือจ้าง

คัมภีร์ มัลลิกะมาส พ.บ., F.I.C.S., F.A.C.A.*

(โรงพยาบาลกลาง)

เรือจ้างซึ่งประกอบด้วยเรือแจวและเรือยนต์ลำเล็กพาพวกเราข้ามฟากท่าพระจันทร์ไปสู่โรงพยาบาลศิริราชในเช้าตรู่วันหนึ่งเมื่อต้นปี พ.ศ. ๒๔๘๐. พวกเราทั้งรุ่นมีอยู่ ๒๙ คน, เป็นผู้หญิงหนึ่งเป็นผู้ชาย ๒๘ คน. เราข้ามฟากไปจากสังคมใหญ่ที่เรายังทำประโยชน์อะไรให้ไม่ได้ เข้าไปสู่สังคมอีกแห่งหนึ่งซึ่งเป็นที่จำกัด. ในสังคมใหม่ซึ่งมีเนื้อที่แคบมีมนุษย์อยู่สามประเภท, คือพวกหนึ่งเป็นประชาชนที่เข้าไปรับบริการ, พวกที่สองเป็นฝ่ายให้บริการ และมีหน้าที่อบรม, ล้างสมอง และเปลี่ยนบุคลิกภาพ พวกที่สามซึ่งกำลังอยู่ในวัยหนุ่มวัยสาว ให้เซาซึมลงไปในด้านความคะนอง ความไม่รู้จักรับผิดชอบและความยังไม่รู้ว่าหน้าที่ในอีก ๔ ปีข้างหน้าคืออะไรแน่.

เมื่อข้ามฟากไปถึงแล้ว อาจารย์คนแรกที่ต้อนรับพวกเราในชั้นและในชั่วโมงแรกคืออาจารย์ในแผนกกายวิภาค ฯ, ผอมยาง, ใส่แว่นหนา, ผมปรกหน้าผากและท่าทางสงบเสงี่ยมเหมือนพนักงานวิทยาศาสตร์ที่ตามท่านไปด้วย. คำพูดต้อนรับเป็นคำพูดง่าย ๆ, ใช้ภาษาไทยล้วน, ชัดเจนอย่างกับคนที่ไม่เคยไปเมืองนอกเมืองนา, พูดติดต่อกันไปอย่างเรียบ ๆ. เป็นคำแนะนำ, ไม่มีเสียงสูงต่ำ, ไม่มีการเน้นตอนหนึ่งตอนใดอย่างคำขู่. แต่เมื่อฟังไปได้สักครู่รู้สึกเยือกเย็นไปทั่วสรรพางค์กาย, เพราะมีใจความขู่กันชัด ๆ, บอกให้รู้ตัวว่าเจ้าทั้งหลายจงรู้ตัวเถิด, ถ้าคิดว่าต้องการเรียนแพทย์เพราะความโก้เก๋ก็โปรดคิดเสียใหม่, เจ้าจะต้องเป็นเสมือนหนึ่งวัตถุดิบให้โรงงานอบและรม, ล้างทั้งสมองและนิสัยให้หายคะนอง, ให้หายสำรวย, ให้ทนต่องานหนัก, ให้คนต่อการเริ่มทำงานตรงต่อเวลาและเลิกเมื่องานเสร็จ, ให้เป็นผลิตภัณฑ์ใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับที่สังคมภายนอกเขายกย่องไว้ใจและเรียกเข้าว่าเป็นแพทย์.

---

* ผู้เขียนเริ่มเข้าเรียนวิชาแพทยศาสตร์ในโรงเรียนแพทย์โรงพยาบาลศิริราชเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๘๐, สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิตรุ่น ๑๓ ในปี พ.ศ. ๒๔๘๔, เป็นแพทย์ประจำบ้านในแผนกศัลยศาสตร์ ในปี พ.ศ. ๒๔๘๔—๒๔๘๕. ในปัจจุบันเป็นนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง.

หลังจากนั้น เราก็เริ่มเรียน และเรียน. โรงเรียนแพทย์สอนและผลิตเรื่อยมา. พวกเราออกมาแล้วรุ่นอื่นพวกอื่นก็ถูกผลิตทยอยเรื่อยมาเช่นเดียวกับรุ่นก่อนพวกเราเหมือนกัน, เป็นงานที่ไม่เปลี่ยนแปลงจำเจอยู่แล้วไปเล่า, เปลี่ยนแต่วิธีการสอนซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนไปตามกาลสมัย. ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ถ้าได้บันทึกไว้คงมีประโยชน์ ทั้งสำหรับการเทียบเคียงเป็นกระจกส่องให้เห็นทั้งภาพด้านหลังและทางข้างหน้า.

ปัจจัยบางอย่างเช่นจำนวนอาจารย์, จำนวนนักเรียนและเวลามีความสำคัญที่ทำให้การเรียนของนักเรียนแพทย์ในสมัยก่อนผิดไปจากปัจจุบัน.

ในปี พ.ศ. ๒๔๘๐ ถึงปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ซึ่งผู้เขียนเป็นเป็นนักเรียนแพทย์ และทำงานเป็นแพทย์ประจำบ้านอยู่ในแผนกศัลยศาสตร์นั้น, จำนวนอาจารย์ในแผนกต่าง ๆ มีอยู่น้อย, ประมาณแผนกละ ๔-๕ คน เป็นส่วนใหญ่. อาจารย์แต่ละท่านจึงนับว่าเหน็ดเหนื่อยมาก. จำนวนนักเรียนแพทย์ซึ่งมีอยู่น้อยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักเรียนแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้านเป็นไปอย่างใกล้ชิดมาก. อาจารย์จะรู้จักนักเรียนแพทย์หมดทุกคน. การผ่าตัดยังมีวิธีการตัด "เสร็จภาพ" และมีส่วนคล้ายคลึงกับระบบของ เอฟ. บี. ไอ. อยู่เป็นอันมาก.

แผนกอายุรศาสตร์เป็นแผนกหนึ่งที่มีวิธีตัด "เสร็จภาพ" และระบบ เอฟ. บี. ไอ. อย่างเข้มงวด, มีอิทธิพลแผ่ซ่านเป็นที่นิยมไปตามแผนกต่าง ๆ. แพทย์ประจำบ้านหรือนักเรียนแพทย์ที่อยากลองดีเป็นผู้ต้องหาให้ถูกซักกลางตึกท่ามกลางการประชุมเดินตรวจคนไข้จะสำเร็จความประสงค์ได้ง่ายถ้าแสดงความสนใจน้อยต่อชื่อ, อายุและประวัติคนไข้เป็นจำเลยได้เร็วขึ้นถ้าลองใช้ยาสำเร็จรูปที่มีชื่อการค้าแปลก ๆ. ในเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมงเขานั่นเองจะถูกซักต่อหน้าที่ประชุมว่าสูตรและตำรับยาเป็นอย่างไร, มีพิษและอาการไม่พึงประสงค์อย่างไรบ้าง, มีความจำเป็นแท้จริงอย่างไรและมีเอกสารอ้างอิงเป็นหลักฐานอย่างใดบ้าง.

ในแผนกศัลยศาสตร์, ตึกผ่าตัดมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับโรงพักโรงศาลหรือทั้งสองอย่างรวมกัน: นักเรียนแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจะถูกสอดแนมอยู่เป็นนิจตั้งแต่ล้างมือ, สวมถุงมือเปียก (ถุงมือต้ม) และสวมเสื้อผ่าตัดว่าถูกเทคนิคหรือไม่.

การถูกบังคับให้ออกไปล้างมือใหม่, ให้สวมถุงมือใหม่หรือสวมเสื้อใหม่ไม่ใช่ของแปลก, เป็นเหตุการณ์ธรรมดาซึ่งเปลี่ยนหน้าตาธรรมดาให้ลงมาเหลือสองนิ้ว. เมื่อถูกเข้าบ่อย ๆ เราก็เริ่มหา "เสรีภาพ" ในการทำงานของเราเอง ด้วยการฝืนทำเสียให้ถูกต้อง. ออกมาแล้วเมื่อเรียนเสร็จแล้วจึงนึกได้ว่าถ้าไม่ถูกอบรมเช่นนั้น พวกเราคงเป็นศัลยแพทย์ที่น่าสมเพทได้อย่างนึกไม่ถึง.

เรื่องหนักอกหนักใจของแพทย์ประจำบ้านแผนกศัลยศาสตร์มิใช่คนไข้อาการหนัก. เป็นเรื่องที่เราเห็นในขณะนั้นว่า "เล็ก". แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ควบคุมดูแลและหัดสอนนักเรียนแพทย์ให้ทำแผล. พอคนไข้รายหนึ่งรายใดเกิดติดเชื้อและแผลเป็นหนอง, อาจารย์ในทางศัลยศาสตร์ไม่ถือว่าเป็นเรื่องเล็ก, และแพทย์ประจำบ้านมีความรู้สึกว่าตนเองเกือบจะเป็นอาชญากร. บางทีเราหาทางเอาตัวรอดโดยย้ายคนไข้จากเตียงต้นไปไว้เตียงปลาย. แต่พระเจ้าไม่เคยเข้ากับคนผิด. พอถึงวันตรวจคนไข้, อาจารย์ซึ่งเป็นผู้ตรวจคงถูกยีศาจเข้าดลใจให้เดินผ่านเตียงต้นไปแล้วก็ลงมือตรวจจากเตียงปลาย. แพทย์ประจำบ้านในแผนกศัลยศาสตร์นั้นไม่มีใครที่จะไม่อยากได้ทำผ่าตัด. แต่ทั้ง ๆ อยากเมื่อกลายเป็นผู้ต้องหาเรื่องแผลผ่าตัดเป็นหนองเข้าบ่อย ๆ เราก็หลีกโอกาสที่จะได้ผ่าตัดเสียด้วยซ้ำไป, เอาเวลานั้นไปคอยควบคุมนักเรียนแพทย์หรือลงมือทำเสียเอง.

เรื่องทำแผลเป็นไม้เบื่อไม้เมาของนักเรียนแพทย์, แพทย์ประจำบ้าน, และแพทย์ประจำบ้านอาวุโส, เพราะเมื่อแพทย์ประจำบ้านอาวุโสถูกสับ, การโยกก็ลามลงไปเป็นทอด ๆ.

ต่อเมื่อวันหนึ่งเรือจ้างขนเรากลับไปแล้ว, ให้ไปรับรสของเสรีภาพในสังคมที่เราจะรับใช้ในฐานะแพทย์, จึงได้รู้สึกว่าศัลยแพทย์ที่สนใจแต่ด้านการผ่าตัดอย่างเดียว, เห็นการเตรียมก่อนผ่าตัด, การรักษาภายหลังผ่าตัด และการทำแผลเป็นเรื่องเล็กนั้นเป็นศัลยแพทย์ที่มีความหมายน้อยทั้งในด้านความจริงและในสายตาของคนไข้. ทั้งนี้เพราะเวลาผ่าตัดนั้น, เราจะเห็นเหนื่อยหรือรู้สึกยากลำบากเป็นเรื่องของเรา, คนไข้เขาไม่รู้หรือรู้อย่างเผิน ๆ. แต่แผลผ่าตัดที่เป็นหนองทำให้เขาเสียเงิน, เสียเวลาอยู่ในโรงพยาบาล, เสียเวลาในการประกอบอาชีพ, บางทีต้องปล่อยให้ครอบครัว

ต้องอดหยากนานกว่าเวลาของการเตรียมผ่าตัดและการรักษาให้แผลหายตามธรรมดา.

โรงเรียนแพทย์ในสมัยนั้น ไม่มีแอนติ-ไบโอติคชุกชุมอย่างในสมัยรวด. คนไข้ที่แพ้ยาเป็นของแปลก, แต่แผลผ่าตัดที่เป็นหนองไม่มากกว่าสมัยนี้, และดูเหมือนจะน้อยกว่าด้วยซ้ำไป. คงเป็นผลของระบบเอฟ. บี. ไอ. และวิธีตัดเสริภาพนั่นเอง.

การตรวจทางรังสีวิทยาก็ไม่ง่ายนัก. ผู้ขอตรวจต้องละเอียดพอสมควร. วินิจฉัยให้ได้อย่างคร่าว ๆ ก่อน แล้วจึงส่งตรวจทางรังสี. ตรวจแล้วก็ลำยากอีก. อาจารย์ในแผนกรังสีวิทยาคงจะได้กระซิบกระซาบวิธีตัด "เสริภาพ" ไปตามแผนกต่าง ๆ ให้ร่วมมือ, เพราะเมื่อได้ภาพถ่ายรังสีเอ็กซ์และรายงานของแผนกรังสีแล้ว, นักเรียนแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านจะใช้รายงานผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยต่ออาจารย์ในแผนกของตนก็ไม่ได้อีก. ต้องล้วงฟิล์มขึ้นมาก่อนแล้วอ่านไปตามเงาขาว ๆ ดำ ๆ. เสร็จแล้วจึงจะอ่านรายงานผลการตรวจของแผนกรังสีวิทยา. ขืนล้วงรายงานการตรวจขึ้นมาก่อนก็เป็น "โดน". เราเคยนินทากันลับ ๆ ว่าไม่รู้จะหาเรื่องกันไปถึงไหน. เมื่อไม่ยอมให้อ่านแผนกรังสีวิทยาก็น่าจะเลิกพิมพ์รายงานผลการตรวจจะได้ทุ่นเวลา, ประหยัดหมึก, กระดาษและเครื่องพิมพ์.

เมื่อเรือข้างส่งเรากลับท่าพระจันทร์ใน ๔ ปีต่อมา, เราจึงรู้ว่าการถูกตัด "เสริภาพ" ไม่ให้อ่านรายงานผลการตรวจของแผนกรังสีวิทยาเป็นอันดับแรก, ถูกหัดให้หยิบฟิล์มขึ้นมาก่อน, หัดอ่าน, หัดคิดเอาเองประกอบกับประวัติ และอาการที่ตรวจพบแล้วจึงอ่านรายงานผลการตรวจนั้นนั่นเอง เป็นเครื่องสอบสมรรถภาพของเราเอง, ทำให้เราเป็น "หมอ" ที่ยืนแล้วยกฟิล์มขึ้นอ่านอย่างเชื่อมั่นได้บ้างในบางโอกาส. ถ้าเรือข้างทุกลำปล่อยให้เรามีเสริภาพอย่างกว้างขวางใน ๔ ปีนั้น, บัดนี้พวกเราบางคนคงมีสภาพไม่แตกต่างไปจากช่างถ่ายรูป.

อุปกรณ์ที่แปลกอีกอย่างหนึ่งคือเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อี.เค.จี) ปีหนึ่ง ๆ จะเดินเครื่องเพียง ๒๐—๓๐ ครั้ง. ทั้งโรงพยาบาลมีอยู่ ๒ เครื่อง, คือที่แผนกอายุรศาสตร์เครื่องหนึ่งและแผนกศัลยวิทยาเครื่องหนึ่ง. ที่เดินเครื่องน้อยก็คงเพราะความสนใจน้อยประการหนึ่ง. อีกประการหนึ่งก็เพราะวิธีตัดเสริภาพอีก. คือเมื่อได้ผลแล้วจะอ่านหรือใช้ผลนั้นยืนยันไม่ได้, แพทย์ประจำบ้าน

ต้องเอาแผ่นกราฟมา พิจารณา แล้ว และหัดแปลไปตาม ความรู้ความ เข้าใจ ของตนเองเสียก่อน.

การตรวจทางชีวเคมี, สรีรวิทยาหรือพยาธิวิทยา ทำให้พวก เราลง ความ เห็น ว่าอาจารย์แต่ละท่านพูดกำกวม, สำบัดสำนวนเป็นหมอความ. ในเวลาบรรยายท่านบอกว่า การตรวจทางห้องทดลองเป็นการตรวจละเอียด ช่วย ให้ เราได้ รู้ถึง สิ่ง ที่เราไม่อาจมองเห็น. แต่พอพวกเราเป็นแพทย์ประจำบ้าน, ท่านบอกว่าอย่าปักใจในผลการตรวจของห้องทดลองนัก, ให้พยายามซักประวัติ, ตรวจร่างกายให้ละเอียด. ในการบำบัดนั้นให้พยายามเอาผลการตรวจทางฝ่ายบำบัดกับผลของฝ่ายเตรียมบำบัดเข้าประกอบกัน. วิชาแพทย์ไม่ใช่ วิทยาศาสตร์ที่แน่นอนตายตัวอย่างฟิสิคส์. ฟังแล้วก็หงุดหงิดใจ. ฟังแล้วก็เหมือนกับว่าอาจารย์เหล่านี้แต่ละท่านหวงน้ำยา, ออกตัวรับหน้าแทนลูกน้อง ไม่ ต้อง ให้ เหนื่อยยาก. เราอยากให้อาจารย์แต่ละท่านพูดออกมาเป็นมาตราของกฎหมายว่าโรค อย่างใด ควร ตรวจ อย่างไร ให้เป็นที่แน่นอนกันไปเลย. แต่อาจารย์ก็ดูช่างมีทิฐิมานะ, อายุยิ่งมากก็ยิ่งดื้อ. มีหน้าซ้ำคงจะมีการตกลงกันลับๆ กับอาจารย์ทางฝ่ายบำบัดให้คอยระงับปรายปรามแพทย์ประจำบ้านที่นิยมสั่งตรวจแบบ "ยิงปืนลูกปราย"

แต่ยิ่งนานวันหลังจากเรือข้างส่งเรากลับไปท่าพระจันทร์อีกครั้งหนึ่ง, จึงรู้สึกตัวได้ว่าเป็นโชคดีที่ถูกตัด "เสรีภาพ" ในเรื่องการตรวจทางห้องทดลองไว้ในตอนนั้น, ไม่ปล่อยให้เราออก มา เป็นแพทย์ ที่จะ ต้องเป็นทาสของหลอดทดลองและกล้องจุลทัศน์เสียเรื่อยไป.

แผนกนิติเวชวิทยา ยังคง เป็นความฝันจนกระทั่งสงครามโลกครั้งที่สองได้ยุติแล้ว. พวก เรา ทั้ง รุ่น รวม ทั้ง นัก เรียน แพทย์ รุ่นก่อน ๆ จึง เป็น เหมือน คนไม่รู้ หนังสือในสังคมใหญ่ซึ่งถือว่ากฎหมายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องรู้.

ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๔ ถึง พ.ศ. ๒๔๘๕ ประเทศไทยอยู่ในภาวะสงคราม. เริ่มตั้งแต่กรณีพิพาทอินโดจีนฝรั่งเศสซึ่งกินเวลาแรมเดือน. สงบอยู่พักหนึ่งแล้วสงครามโลกก็ตามมาและกินเวลาเป็นแรมปี. การศึกษาของนักเรียนแพทย์ ได้รับ ความ กระทบกระเทือนอย่างหนักเพราะเงินเฟ้อ, ความขาดแคลนและ "เรือข้าง" หลายลำจำต้องเปลี่ยนอาชีพเพราะทนต่อ ความ คับแค้นของ

การครองชีพมิได้. แต่เรือข้างลำเก่า ๆ ที่ยิ่งเก่ายิ่งดอกทนทานเรือยมาได้อย่างน่าประหลาดใจ. ทำหน้าที่ขนนักเรียนแพทย์เรือยไป. ขนไปโรงเรียนแพทย์แล้วก็ส่งข้ามฟากไปให้กระทรวงกลาโหม. ขนโรงเรียนแพทย์เองขาดแพทย์ประจำบ้านในจำนวนที่ควรจะพึงมี. เป็นเกียรติประวัติการให้ความร่วมมือและรับใช้ชาติในยามคับขัน.

ปัจจุบัน

เมื่อสงครามโลกครั้งที่ ๒ ได้ยุติลงในปี พ.ศ. ๒๔๘๙ โรงเรียนแพทย์ก็เข้าอยู่ยุคปัจจุบัน. กิจการต่าง ๆ ผิดแปลกไปจากเก่า. จำนวนอาจารย์มากขึ้น. การส่งอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศกลายเป็นงานกิจวัตรของโรงเรียน. อุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งช่วยในการสอนทั้งทางฝ่ายเตรียมบำบัดและฝ่ายบำบัดก็มีมากขึ้น. สิ่งเหล่านี้ทำให้นักเรียนแพทย์สมัยปัจจุบันของโรงเรียนแพทย์มีความรู้ดีกว่านักเรียนแพทย์ในรุ่นก่อน ๆ เป็นอันมาก.

อีกสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นเครื่องประทับใจของนักเรียนแพทย์รุ่นเก่าคือความกว้างขวางในการแผ่เมตตาของโรงเรียนแพทย์ในปัจจุบัน. อาจารย์ของโรงเรียนแพทย์สมัยนี้ไม่เหนื่อยแต่ในโรงเรียน, แต่ออกไปเหนื่อยต่อไป, ให้วิทยาทานแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในพระนครและส่วนภูมิภาค. ทุก ๆ ปีโรงเรียนแพทย์ได้จัดการสอนนอกหลักสูตรในสาขาวิชาต่าง ๆ ขึ้นเพื่อให้โอกาสแก่แพทย์ภายนอกได้มีโอกาสมาพบความรู้เพื่อยกมาตรฐานความรู้ของตนเอง.

อนาคต

โรงเรียนแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราช นักเรียนแพทย์มักเข้าใจกันว่าเป็นของพวกตน, เป็นของแพทย์ในศิริราชและเป็นสมบัติของโรงพยาบาลศิริราช. ความจริงเป็นว่าทั้งสิ้น. โรงเรียนแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราชไม่ได้เป็นของใครโดยเฉพาะ, เป็นของแพทย์และนักเรียนแพทย์ทุกคน, เป็นของพยาบาลและนักเรียนพยาบาลทุกคน, และเป็นของประชาชนทั้งชาติ. เราจึงไม่ควรพอใจกับปัจจุบันดังที่เป็นอยู่. โรงเรียนแพทย์ในอนาคตควรจะยอมรับเอาสิ่งอันเข้าเพิ่มเติมในอนาคต. สิ่งที่ผู้มีส่วนเป็นเจ้าของคือนักเรียนแพทย์รุ่นเก่า ๆ และประชาชนเขาต้องการจากโรงเรียนแพทย์. สิ่งเหล่านี้มิใช่ความเห็นหรือความต้องการของ

ผู้เขียนโดยเฉพาะ, เป็นความเห็นร่วมด้วย กับเรื่องที่ได้สดับตรับฟัง.

ภาษาไทยและความรู้ทั่วไปเป็นสิ่งหนึ่ง ซึ่งเขาอยากให้โรงเรียนแพทย์ส่งเสริม ให้แก่นักเรียนแพทย์. เขาว่ากันว่าพูดกับพวกหมอไม่ค่อยรู้เรื่อง, เพราะมีแต่ศัพท์แสงยาก ๆ และพูดได้แต่เรื่องของหมอ. ในการริเริ่มงานหรือดำเนินกิจการใหญ่, การพูดให้เข้าใจกันได้ดี และความสนใจต่อความรู้ทั่วๆ ไปย่อมเป็นความจำเป็น. งานสำคัญๆ ของสังคมในเมืองเรา บางทีก็เกือบไม่มีแพทย์, ทั้ง ๆ ที่บางงานเป็นเรื่องอันเกี่ยวกับการแพทย์, แตกต่างกับในต่างประเทศหลาย แห่งซึ่ง แพทย์ของเขามักมีส่วนเข้าร่วมใกล้ชิดมาก. เฉพาะเรื่องภาษาไทยนั้น นับได้ว่าเป็นที่น่ายินดีที่สารศิริราชได้เริ่มเป็นลำดับมาอย่างแข็งขัน และเป็นตัวอย่างของวารสารทางการแพทย์อีกหลายฉบับ.

ความเจริญของโรงเรียนแพทย์ในปัจจุบันคงไม่ใช่ข้อประกันว่าอุปสรรคอีกหลายอย่างในอนาคตจะไม่เกิดขึ้น อย่างจำนวนของอาจารย์หรือ "เรือจ้าง" ซึ่งมีมากขึ้นในปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่น่ายินดีเป็นอุทาหรณ์จำนวนมากขึ้นจริง. แต่นักเรียนแพทย์ก็เพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้นเกินสมดุลย์. สิ่งนี้คงทำให้สัมพันธภาพระหว่างอาจารย์และนักเรียนแพทย์ยังไม่กระชับนัก. วิธีตัดเสริภาพและระยบ เอฟ.บี.ไอ. ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าดีนั้น อาจน้อยไปบ้างก็ได้. ความรู้คงไม่ทำให้คนเป็นแพทย์ที่ดีได้แน่. การเป็นแพทย์ที่ดีคงต้องการทั้งความรู้ ความชำนาญและการฝึกหัดนิสัย. คุณสมบัติประการหลังคงจะต้องการ ความ สนิทสนม ได้ดู ตัวอย่าง เป็นสำคัญ.

เรือจ้างนั้นคงคล้ายคลึงกับรถเมล์, คือมีอยู่สองประเภท. ประเภทหนึ่งรับจ้างตามธรรมดาด้วย, มีงานพิเศษ เช่นนำนักทัศนาจรไปต่างจังหวัดด้วยเป็นลำไฟ. อีกประเภทหนึ่ง เป็นเหมือน รถเมล์ประจำทาง. วิ่งไป วนมา อยู่แต่ ในสาย ทางสัมประทาน. ประเภทหลังนี้แย่หน่อย, เพราะไม่มีลำไฟ, มักอยู่ในสภาพที่ไม่น่าดูนัก, ตัวถังเก่าขี้ริ้วและชำรุด เพราะไม่มีรายได้พอค่าซ่อม.

ผู้เขียนเป็นนักเรียนแพทย์รุ่นเก่า, เป็นแพทย์แล้วก็ไม่มีโอกาสดีพอได้อยู่ในโรงเรียนแพทย์. เห็นโรงเรียนแพทย์จะเริ่มขึ้นก็ชื่นอกชื่นใจ. แต่ยังที่ในขณะกำลังปลื้ม, เหลือบ ๆ มอง ๆ ไปเห็นเรือจ้างใหม่ ๆ ประเภทไม่มีลำไพ่ ตั้งหน้ารับจ้าง อยู่พักหนึ่งแล้วก็ผละออกไปทำอาชีพอย่างอื่น, ก็คิด

ถึงโรงเรียนแพทย์. ถ้าเหตุการณ์เช่นนี้ยังมีอยู่เป็นกิจวัตรโรงเรียนแพทย์ก็คงไม่พ้นภาวะลำยากอันควรจะได้รับการแก้ไข.

เรือจ้างที่ปลิกตัวออกไปนั้นจะว่าเขาผิดก็ไม่ได้, เพราะพอออกรับจ้างได้ไม่นาน, ธรรมชาติผลักดันให้เขาประสบกับปัญหาของครอบครัว. เรือจ้างยางลำกลับน่าเห็นใจด้วยซ้ำไป, เพราะบางคนที่ออกจากโรงเรียนแพทย์ไปอยู่ก่อนบางคนต้องไปฝืนทนหัดเป็นแพทย์ใหม่ทางฝ่ายบำบัด, ไปทำงานร่วมกับแพทย์ซึ่งครั้งหนึ่งเป็นคนที่ตนเคยสอนมา.

ผู้เขียนอยู่ในฐานะบุคคลภายนอก, ไม่มีโอกาสรู้ดีถึงระเบียบราชการภายในของโรงเรียนแพทย์ว่ามีนโยบายส่งเสริมอาจารย์ที่ไม่มีโอกาสหรือมีโอกาสน้อยอย่างไรบ้างในอันที่จะหาทางให้อาจารย์เหล่านี้ได้อยู่ทนเพื่อการศึกษาของนักเรียนแพทย์, ไม่ใช่ให้ทนอยู่อย่างที่เป็นอยู่. แต่มีความเห็นว่าถ้าอาจารย์ของฝ่ายเตรียมบำบัดซึ่งมีตำแหน่งอันดับชั้นเท่ากันจะได้รับรางวัลพิเศษอะไรบ้างเป็นเครื่องจูงใจให้ได้รับเงินเดือนมากกว่าผู้เขียนหรือแพทย์ทางฝ่ายบำบัด, ก็คงจะเป็นสิ่งที่สมควรและควรแก่การแสดงความยินดีให้แก่โรงเรียนแพทย์ด้วยประการทั้งปวง.

เมื่อเราข้ามฟากไปแล้วได้ ๔ ปี, เรือจ้างชุดนั้นเริ่มขนพวกเรากลับ. พวกที่เป็นแพทย์ประจำบ้านก็อยู่ต่อ, แล้วก็ทยอยกลับ, กลับไปสู่สังคมเดิมที่เราเคยอยู่. เราถูกล้างสมอง, ถูกเปลี่ยนนิสัย, ถูกอบและถูกรมจนบุคลิกภาพได้เปลี่ยนไปเป็นส่วนใหญ่. ที่เคยคนองก็กลายเป็นสงบเสงี่ยมลงไป. ที่ก้าวร้าวมาก ๆ ก็กลับเป็นคนสุภาพขึ้นตามสมควร. ทั้งนี้เพราะเรือจ้างส่งเรากลับในฐานะผู้รับใช้สังคม. อาจเป็นที่ประจักษ์ในอนาคตก็ได้ว่าสักวันหนึ่งคงจะมีสะพานข้ามหรืออุโมงค์ลอดแม่น้ำเจ้าพระยาเชื่อมท่าพระจันทร์กับท่าของโรงเรียนแพทย์. เรือจ้างข้ามฟากทั้งที่เป็นเรือแจวและเรือยนต์ก็คงจะหมดไป. ไม่มีใครรู้. แต่ "เรือจ้าง" อันเป็นสัญญาณของโรงเรียนแพทย์ก็คงจะมีอยู่, ไม่มีวันหมดไป, ไม่มีวันเปลี่ยนแลง, ขนลูกศิษย์ไปแล้วก็ขนเขากลับ, เป็นอยู่เช่นนั้นมาแล้วและยังเล่า.

ศิริราชสมัยห้ารอบ

ผิว ลิมปพยอม พ.บ. (แผนกจักษุวิทยาฯ) และ บุญเรือง นิยมพร พ.บ., Dr. med. (แผนกสรีรวิทยา)

(ศิริราชพยาบาล)

เมื่อระลึกย้อนหลังไปถึง ๑๒ ปีที่ล่วงมา, คือใน พ.ศ. ๒๕๙๓, ซึ่งเป็นปีที่คณะแพทยศาสตร์จัดงานฉลองอายุครบ ๖๐ ปี และแพทย์รุ่นที่ขยในปีนั้นจัดเป็นแพทย์ปริญญารุ่นที่ ๒๒ และเป็นรุ่นที่ ๕๕ ของโรงเรียนแพทย์, เห็นว่ามีเหตุการณ์สำคัญหลายอย่างเกิดขึ้น, ดังจะขอเล่าประสพการเก่าๆ ของนักศึกษาแพทย์รุ่นนั้นสู่กันฟังต่อไปนี้.

ในปีการศึกษา ๒๔๘๙-๒๔๙๐ สงครามโลกทางด้านอาเซียอาคเนย์ยังสงบใหม่ๆ. พวกเราที่สอบไล่ผ่านเตรียมแพทย์ปีที่สองจาก จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ก็ได้ข้ามฟากมาเรียนที่โรงพยาบาลศิริราชโดยไม่ต้องมีการสอบคัดเลือก, มีจำนวน ๙๙ คน, เป็นรุ่นสุดท้ายก่อนที่จะมีการแยกโรงเรียนแพทย์. การศึกษาเตรียมแพทย์ในสมัยนั้นบางครั้งต้องหยุดชะงักไปบ้างเพราะถูกกระทบกระเทือนจากภัยสงคราม. เมื่อได้เริ่มศึกษาใหม่ในสถานที่ใหม่ในระยะสงบศึก, จึงทำให้พวกเรารู้สึกศึกษาเป็นพิเศษ, เพราะในสองปีที่แล้วมานั้นได้ศึกษาไม่เต็มที่, ต้องหยุดเรียนบ้าง, ต้องอพยพบ้าง. พวกเราบางคนไปทำมาค้าขายอยู่ ๑ ปีแล้วจึงกลับเข้ามาเรียนอีกก็มี.

นักศึกษาแพทย์ปีที่ ๑ ในตอนนั้นมีตึกเรียนแห่งเดียวคือที่ตึกศาลากายวิภาค-สรีรวิทยา, เป็นตึก ๓ ชั้นแห่งแรกและแห่งเดียวในโรงพยาบาลศิริราช, เป็นที่สังเกตและบอกทางให้กับผู้ที่ต้องการมาติดต่อและติดใกล้เคียง. อาจารย์ต้องเหน็ดเหนื่อยสอนพวกเราทั้งพวกเช้าและพวกบ่าย, ไม่ได้ผลัดเปลี่ยนเวลากันเพราะอาจารย์แต่ละแผนกยังมีน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนนักเรียนชั้นปีที่ ๑. เวลาชำแหละศพนั้นทำกัน ๔ คนต่อ ๑ ศพและดูเหมือนว่าจะเป็นปีแรกที่เริ่มชำแหละศพที่ระเบียงตึกเนื่องจากที่ทางคับแคบ. ทางด้านสรีรวิทยา, เวลาเข้าห้องทดลองสรีรเคมีนั้นแบ่งเป็นสองพวกเช่นเดียวกับทางกายวิภาค, และแบ่งเป็นพวกย่อย ๓ คนต่อ ๑ พวก. เมื่อเรียนไปได้ครบ ๑ เทอมแล้วก็มีการสอบปฏิบัติ, และมีการเรียงพวกกัน

ใหม่ตามลำดับคะแนนที่ได้. เมื่อใครได้อยู่โต๊ะเลขที่น้อย ๆ ก็พากันนึกกระหยิ่มใจได้ว่าในปลายปีนั้นก็คงจะได้ผ่านวิชาสรีรวิทยาเป็นแน่นอน. ส่วนพวกที่อยู่โต๊ะท้าย ๆ ก็นึกเสียวอยู่ตลอดเวลาสองเทอมหลังและพยายามขะมักเขม้นเรียนโดยไม่นึกประมาทอีกต่อไป.

สมัยนั้นบริเวณหอประชุมราชแพทยาลัยและสนามข้าง ๆ นั้นเต็มไปด้วยต้นไม้น้อยใหญ่และบ้านเรือนเล็ก ๆ หลายสิบหลังคาเรือน. ทางเดินจากตึกอำนวยการไปที่คาเฟเทอเรีย, หอชายและหอหญิงสมัยนี้, เดิมเป็นทางแคบ ๆ. ด้านตะวันตก, ที่เป็นตึกเทคนิคการแพทย์ในเวลานี้, มีกำแพงเก่าของโรงพยาบาล, ข้างในกำแพงมีต้นมะขามใหญ่ ๑ ต้น, และเรือนไม้ชั้นเดียวเป็นแนวยาวขนานกับกำแพง. เรือนไม้นี้ใช้เป็นหอพักแพทย์ชาย, ซึ่งต่อมาอีกสองสามปีได้ถูกแบ่งครึ่งเป็นเรือนรักษาโรคคิฟธีเรียเสีย ครึ่งหนึ่ง และอีก ครึ่งหนึ่ง คงเป็นหอพักแพทย์ตามเดิม. ทางด้านเหนือของเรือนไม้นี้มีโรงเล็ก ๆ อีกโรงหนึ่งซึ่งแผนกเภสัชกรรมใช้เป็นที่เก็บขวด. ทางฟากตะวันออกของทางเดินเป็นห้องแถวไม้. มีร้านขายอาหารประมาณ ๕-๖ ห้อง. แพทย์และนักศึกษาแพทย์ มารับประทานอาหารกลางวันกันที่นี่. ทำให้นึกเปรียบเทียบชีวิตของนักศึกษาแพทย์กับชีวิตนักศึกษาเตรียมแพทย์ที่จุฬาลง กรณมหาวิทยาลัยว่า ช่างยากลำบากผิดกันเหลือเกิน. เวลาเรียนก็ต้องตรากตรำมากกว่า, ต้องทำงานกับสิ่งที่ไม่เจริญตา. แล้วเวลากินก็ยังต้องกินอาหารในบริเวณที่ไม่ค่อยจะถูกสุขลักษณะอีกด้วย. แต่อย่างไรก็ตามความยากลำบากเหล่านี้ในที่สุดก็เป็นความเคยชินไป. จนในที่สุดบางคนยังสามารถรับประทานขนมในขณะชำแหละศพนอกเวลาเรียนได้.

หลังร้านขายอาหารเข้าไปจนถึงริมน้ำก็เป็นบ้านเรือนเล็ก ๆ ดังกล่าวซึ่งได้ถูกรื้อลงหมดสิ้นเมื่อคราว โรงพยาบาลศิริราชมีงานฉลอง ๖๐ ปี. ถัดไปจากร้านขายอาหารก็เป็นหญ้ารก ๆ จนถึงหอชาย. บางที่ไดยินเขาล้อกันว่าให้เดินระวังตัวดี ๆ นะเดี๋ยวเสือจะคาบไปกิน. พวกเราตพวกนักศึกษาปีที่ ๔ เขาเดินกลับหอชายแล้ว ให้นึกสงสัยว่าหอชายนั้นจะอยู่ไกลแค่ไหนก็ไม่ทราบ. เห็นแต่เขาเดินเลยร้านอาหารไปตามทางแคบ ๆ รก ๆ ทึบ ๆ แล้วก็หายไป. ในเวลานั้นบริเวณหอชาย และบ้านเรือนริมน้ำดูเหมือนเป็น สถานที่ลึกลับสำหรับนิสิตหญิงที่เพิ่ง

ข้ามฟากมาใหม่ ๆ เสียจริง ๆ. ต่อเมื่อพวกรุ่นพี่เขาได้จัดการต้อนรับน้องใหม่ขึ้น ในบริเวณ หอและ หน้าหอ แล้วเราจึงค่อย หายสงสัย, และโดยที่ถนนส่วนมาก, นอกไปจากถนน สาย กลาง จาก ท่า น้ำตรง ไปตึก รังสิวิทยา, เป็นถนนเล็ก ๆ ขนาดเดินสองคนหลีกแทบทั้งนั้น, พวกรุ่นน้อง ๆ ต้องทำความเคารพบรรดาท่านอาจารย์และรุ่นพี่ ๆ โดยการโค้งอย่างงามแล้วยังต้องเดินลงไปจากถนนนั้น ๆ ด้วย, ยกเว้นแต่เมื่อในบริเวณนั้นจะมีโคลนหรือน้ำขังมาก ๆ เท่านั้น.

เมื่อเราเรียนปีที่ ๑ ได้ประมาณสองภาค โรงพยาบาลก็เริ่มรื้อห้องแถวที่ขายอาหารไปสร้างให้ชิดราวที่ข้างรั้วติดกับบริเวณของรถไฟ, และสร้างโรงอาหารหลังคามุงจากขึ้นตรงที่เป็นหอประชาธิปไตยเดี๋ยวนี้. ในเวลานั้นยังมิได้มีเขื่อน. มีต้นไม้ใหญ่ขึ้นอยู่ริมน้ำ. บางครั้งเมื่อมีน้ำขึ้นสูงก็มีศพลอยมาติดที่ต้นไม้นี้ด้วย. สนามหน้าโรงอาหารยังไม่ได้ปรับปรุงเป็นสนามเทนนิส, ยังเป็นสนามหญ้า, ใช้เป็นบริเวณมีงานรับน้องใหม่, เลี้ยงอาหารและมีงานรื่นเริง.

ในระหว่างที่เรากำลังศึกษาอยู่ปีที่ ๑ นี้มีเหตุการณ์สลดใจอย่างยิ่งสำหรับชนชาวไทยเกิดขึ้น, กล่าวคือพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลเสด็จสวรรคต. พวกเราต่างไม่เป็นอันที่จะเรียนไปหลายวัน. หลังจากการสอบไล่แล้วผู้ที่อยู่ในกรุงเทพ ฯ และไม่ชอบ อยู่นิ่ง ก็มา สมัคร งานค้น คว้า ในแผนกสรีรวิทยาและกายวิภาค ฯ กันหลายคนจนกระทั่งเริ่มปีการศึกษาใหม่. พวกที่ไม่ว่างเป็นเวลานานพอที่จะทำการ ค้นคว้าได้ก็อุตส่าห์ให้ความร่วมมือเป็นผู้ถูกทดลองให้.

ในปีการศึกษา ๒๔๙๐-๙๑ เราเริ่มเรียนที่ตึกพยาธิวิทยาด้วย. ตึกพยาธิวิทยามีหลังเดียวที่เป็น ตึกนิติเวชวิทยา ในเวลานั้น, ห้องปาฐกถาและห้องทดลอง วิทยาบัดเตร, วิทยา ปาราสิต และพยาธิวิทยานั้น ใช้ห้องเดียวกัน, อยู่ในเรือนไม้ชั้นเดียว, ด้านหลังเป็นห้องพักอาจารย์. เรือนไม้นี้อากาศโปร่งดีมากเพราะมีหน้าต่างรอบด้าน. เวลานั่งดูสไลด์ด้วยกล้องจุลทัศน์นาน ๆ ก็พักสายตาชมวิวข้างนอกเสียที่หนึ่ง. นาน ๆ ก็มี คนเปล เข็นศพ ผ่านมา เก็บไว้ที่เรือนไม้ชั้นเดียวซึ่งเป็นที่เก็บศพ, อยู่ไม่ไกลจากที่เรียนเท่าไรนัก. เมื่อเรียนชำแหละศพและพยาธิวิทยาคลินิคนั้นมาเรียนที่ตึกพยาธิวิทยาชั้นล่างและชั้นบน.

ภาคที่สามเริ่มมีการฝึกทำงานบนตึกรัก

ยาและเรียนวิชาทางคลินิค. ห้องเรียนและห้องแสดงสอนใช้ห้องบรรยายชั้นบนของตึกรังสีวิทยา. ในระหว่างหยุดภาคต้นและภาคกลางคราวละสองสัปดาห์และเวลาหลังจากสอบไล่ก่อนทราบผลสอบ, พวกชอบค้นคว้าและพวกที่เคยช่วยอาจารย์ในแผนกสรีรวิทยาหรือกายวิภาคศาสตร์ก็ได้ทำงานเรื่อยไปตามโอกาสจนได้มีรายงานหลายเรื่องตีพิมพ์ออกในหนังสือสารศิริราชซึ่งได้เริ่มพิมพ์ออกมาในเดือนมกราคมปี พ.ศ. ๒๔๙๒ เป็นฉบับปฐมฤกษ์. ในโอกาสต่อมา, หลังจากทราบผลสอบแล้วผู้ที่สอบได้ได้รับอนุญาตให้หยุดพักร้อนคนละสองสัปดาห์โดยผลัดเปลี่ยนกันหยุดไม่ให้เสียงาน. พวกที่อยู่ก็แย่งกันทำงานช่วยเหลือในทุกแผนกทางคลินิคเรื่อยไป. ในสมัยนั้นตึกรักษามีเพียงสองชั้น. ยังไม่มีตึกวิบูลลักษม์และตึกธนาคารไทยพาณิชย์. ในบริเวณนั้นเป็นตึกชั้นเดียวใช้เป็นสำนักงานอายุรศาสตร์. ตึกตรวจผู้ป่วยนอกก็คือชั้นล่างของตึกอำนวยการ, บริเวณห้องสถิติรายงานกลางในปัจจุบันนั้นเดิมเป็นห้องตรวจโรคนอกของแผนกศัลยศาสตร์, ห้องชะแผล, ฉีดยา, ห้องผ่าตัดเล็กตอนเช้าสำหรับรักษาคนไข้นอก. ตอนบ่ายเป็นที่ทำผ่าตัดเล็กของแผนกตา,และทำปัจจุบันพยาบาลแก่คนไข้ที่มาตรวจนอกเวลาราชการ, แผนกกุมาร ฯ และสูติ-นรีเวชอยู่คนละด้านทางหลังของตึกอำนวยการที่แยกออกมา. ด้านตรงข้ามกับห้องผ่าตัดเล็กและห้องตรวจโรคของแผนกศัลย ฯ นี้เป็นห้องตรวจโรคของแผนกตา, หู, คอ, จมูก, ห้องจ่ายยาอยู่ตรงห้องจ่ายยาของแผนกสวัสดิการ, และบริเวณที่เป็นหน่วยไปรษณีย์นั้นเดิมเป็นที่จ่ายบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก, เขียนใบแจ้ง, และประชาสัมพันธ์. ห้องตรวจโรคของแผนกอายุรศาสตร์อยู่ตรงข้ามกับห้องยา. บ่ายวันอังคารมีคลินิครักษาโรคซิฟิลิส. นักศึกษาผู้สนใจมักมาฝึกการฉีดยาที่ห้องนี้, เพราะมีการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและหลอดเลือดวันละหลาย ๆ ราย.

นักศึกษาแพทย์ชายปีที่ ๓ เริ่มมาพักที่หอชายกันแล้ว, แต่พวกหญิงยังคงไปมาอยู่นอกจากพวกที่มีหน้าที่ทำงานบนตึกรักษา, เช่นเผ่าไข้, ล้างกระเพาะ, หรือทำแกสตริคอะนาลีส์ส, จึงมาค้างกับพี่ ๆ ที่ชั้นบนของตึกรังสี ฯ. มีบางคนที่บ้านใกล้ก็มีผู้ปกครองมาส่งและมารับกลับในตอนค่ำ. ทั้งนี้เพราะที่พักของนักศึกษาหญิงมีบริเวณจำกัดมากเมื่อเทียบกับปริมาณของนักศึกษาหญิงใน

ขณะนั้น.

ในปลายปีการศึกษานั้นภายหลังที่รุ่นพี่ๆ ขยและย้ายออกจากหอแล้ว, พวกนักศึกษาหญิงที่ต้องทำงานแทนก็เริ่มเข้ามาอยู่ที่หอ, คือขนตึกรังสี ฯ ทางด้านหลัง. แพทย์หญิงอยู่ทางด้านหน้า. ห้องด้านหลังมีสองห้องใหญ่และสามห้องเล็ก. ใช้เป็นที่พักของอนุสาสกเสีย ๑ ห้อง. จึงมีห้องสำหรับพัก ๔ ห้อง. พวกที่ขนกองสูติ ฯ มีสิทธิมาพักก่อนพวกอื่น. พวกกองอื่นจะมาค้างได้ต่อเมื่อเผ้าไข้หรือมีเวรตรวจพิเศษ, เพราะที่พักคับแคบและยัดเยียดมาก. บางคนต้องเอาตู้เอาเตียงมาเอง. เราก็เต็มใจอยู่กันอย่างนั้นเพราะทำให้เราคุ้นเคยกันมากกว่าเดิม. ส่วนมากไปรับประทานอาหารกันที่ร้านขายอาหารริมน้ำ, นอกจากพวกที่ไม่ชอบเดินทางจึงสั่งขันโตมารับประทาน. เมื่อใครต้องการอาหารและขนมแปลก ๆ ก็ต้องเดินไปข้านขนั้น.

ในปีนี้เราสนใจการกีฬากันมาก. ที่ขนหน้าขนตากว่าอย่างอื่น คือ กีฬาแบดมินตัน. สนาม แบดมินตัน อยู่ตรงที่เป็นตึกตรวจผู้ป่วยนอกขณะนี้, ทางด้านใกล้ตึกอำนวยการตรงประตูยาม. ข้างสนามเป็นตึกชั้นเดียวซึ่งใช้เป็นสโมสร, อยู่ตรงตึกผู้ป่วยนอกในเวลานี้. ปรากฏว่ามีบางพวกตนขนมาแย่งสนามซ้อมกันตั้งแต่ตี ๕. ใครที่มาสายยังไม่ถึงคิวเข้าสนามก็ต้องซ้อมกันข้างสนามไปพลาง, จะยอมเลิกก็ในตอนที่อาจารย์เริ่มมาทำงาน, คือประมาณ ๗ โมง. ตอนเย็นพอเลิกเรียนก็มาซ้อมฝีมือกันอีก. พวกพี่ ๆ ที่เป็นแพทย์ประจำบ้านและแพทย์อาวุโส ก็มาซ้อมฝีมือ กันหลายคนจึงทำให้กลมเกลียวกันมาก. วันไหนลมแรงหรือฝนตก, พวกนักกีฬาก็รู้สึกใจหายไปตาม ๆ กัน. ในระหว่างนั้นก็มีการแข่งขันชิงรางวัลกันใน ระหว่าง พวก เรา กันบ้าง.

การเรียนในปีที่ ๔ นั้น แบ่งพวกเป็น ๓ พวก, คือพวกกองศัลย์ ฯ, กองสูติ ฯ, และกองอายุร ฯ. พวกกองศัลย์แบ่งไปอยู่จักษุ ฯ ๒ สัปดาห์. พวกกองอายุร ฯ ไปอยู่กุมาร ฯ ๒ สัปดาห์. สำหรับการปฏิบัติงานในกองสูติ ฯ นั้นเราได้ รับความ กรุณาจาก อาจารย์เป็นพิเศษ, โดยเราแบ่งเวรกันเผ้าไข้และทำงานพิเศษรวมทั้งรับคนไข้ ด้วยเป็นประจำเฉพาะตอนกลางคืน. ส่วนกลางวันนั้นคงทำงานและเรียนตามปรกติ. ทั้งนี้เพื่อผู้ที่ไม่ถูกเวรจะได้ ไม่ต้อง พะวัก พะวน กับ การ ถูกตามและจะได้ทำธุระส่วนตัวและท่องหนังสือ

ได้สะดวก. โดยที่เพื่อนนักศึกษาของเราคนหนึ่งมีโรงพิมพ์เราจึงคิดจัดพิมพ์หนังสืออ่านโรงพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรกโดยความกรุณาช่วยเหลือของอาจารย์ นายแพทย์เพ่ง สัตยสงวนผู้บรรยายวิชานี้. นับแต่นั้นมาก็มีการแก้ไขปรับปรุงหนังสือเล่มนี้ให้ดีขึ้นโดยลำดับตราบเท่าทุกวันนี้.

ในเดือนมกราคม ๒๔๙๓ นั้นเอง หอพักนักศึกษาหญิงที่ได้สร้างขึ้นเป็นเรือนไม้สองชั้นอยู่ริมรั้วโรงพยาบาลด้านติดกับรถไฟสายบางกอกน้อยแนวเดียวกับหอพักแพทย์ชายซึ่งเป็นเรือนไม้ชั้นเดียว, ก็ได้สำเร็จลง. ได้มีการทำบุญเลี้ยงพระ, ทำพิธีเปิดและพวกนักศึกษาหญิงก็ย้ายมาอยู่ที่หอใหม่, ทำให้ความยัดเยียดแยบที่เคยอยู่ที่ตึกรังสีฯ บรรเทาไปบ้าง. หอพักแห่งนี้นับนักได้ถูกรื้อลงแล้ว เพราะเรามีหอหญิงที่ค่อนข้างโอ่อ่าและกว้างใหญ่พอกับจำนวนนักศึกษาหญิง และแพทย์หญิงที่จำเป็นต้องอยู่ประจำในโรงพยาบาล. ในเดือนมีนาคมนั้นเองเราก็ได้เข้าสู่สนามสอบไล่เพื่อปริญญา. การสอบนั้นเป็นขั้นสุดท้ายที่สอบเพียงโรงเรียนเดียว, เพราะต่อมาก็เริ่มสอบร่วมกันสองโรงเรียนแพทย์.

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบันทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนินโดยทางชลมารคมาพระราชทานปริญญาบัตรแก่พวกเราในวันที่ ๓ เมษายน ๒๔๙๓. เป็นครั้งแรกที่มีแพทย์ปริญญาจบมากกว่ารุ่นที่แล้วๆ มามาก, คือเป็นจำนวนถึง ๙๕ คนและมีผู้สอบได้ปริญญาและอนุปริญญาอื่นๆ อีก, รวมทั้งสิ้นถึง ๒๐๒ คน. ขณะนั้นยังไม่มีหอประชุมราชแพทยาลัย. เมื่อสองปีก่อนหน้านั้นทางการได้จัดกระทำพิธีประสาทปริญญาบนตึกอำนวยการฯ, คือที่ห้องประชุม, ซึ่งเป็นห้องสมุดกลางในปัจจุบันนี้. แต่เนื่องด้วยในปีนี้มีผู้จะรับปริญญามาก, คณะเห็นว่าที่ไม่พอจะนั่งกัน, จึงได้สร้างปะรำขึ้นที่หน้าตึกรังสีวิทยาสำหรับพระราชทานปริญญาบัตรโดยเฉพาะ. มีเต็นท์สำหรับญาติและแขกผู้มีเกียรติเป็นทิวละลองธุลีพระบาทอยู่ที่สนาม. ปรากฏว่าที่นั่งไม่พอกับจำนวนผู้ที่มา, ทำให้พวกเราทุกคนรู้สึกปลื้มปีติที่มีผู้ให้เกียรติแก่พวกเรามาก. ในขณะเดียวกันก็เสียใจสำหรับผู้ที่ไม่มีที่นั่งด้วย.

เมื่อจบการศึกษาแล้วพวกเราต่างก็แยกย้ายกันไปประกอบอาชีพในที่ต่าง ๆ. ใน

ปลายเดือนนั้นเอง, คือวันที่ ๒๘ เมษายน, งานฉลองหกสิบปีของโรงเรียนแพทย์ก็ได้เริ่มขึ้น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับงานไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์. ได้เสด็จพระราชดำเนินมาเปิดพระรูปสมเด็จพระราชบิดาฯ และเปิดงานแล้วทอดพระเนตรกิจการต่าง ๆ ในงานอยู่เป็นเวลานานพอสมควร. หลังจากนั้นก็ได้ทำการฉลองกันไปจนครบห้าวันห้าคืนด้วยความพร้อมเพรียงของศิษย์เก่าและศิษย์ปัจจุบัน, และของพ่อค้าประชาชนผู้มีจิตศรัทธาในศิริราชพยาบาล. เสร็จงานแล้วก็ได้มีการก่อสร้างหอประชุมราชแพทยาลัยขึ้นด้วยเงินรายได้จากงาน, เป็นความสำเร็จงดงามสมดังความปรารถนาของพวกเราทั้งหลาย. หอประชุมราชแพทยาลัยก็ได้เป็นที่กระทำพิธีประสาทปริญญาต่อมาจนทุกวันนี้, ไม่ต้องสร้างปะรำทำพิธีกันอีกต่อไป. ส่วนพระรูปสมเด็จพระราชบิดาฯ ซึ่งโปรดเกล้าฯ เปิดในวันเริ่มงานฉลองหกสิบปีฯ, ก็ได้สถิตอยู่ท่ามกลางโรงพยาบาล, เป็นที่เคารพสักการะของปวงชนมาตั้งแต่บัดนั้น.

บัดนี้กาลเวลาได้ล่วงเลยมา ๑๒ ปีแล้ว. โรงเรียนแพทย์ของเราจะมีอายุครบ ๖ รอบในเดือนพฤษภาคมนี้. นับว่าเป็นการที่ศิษย์เก่าทุกคนจะภาคภูมิใจและรู้สึกเป็นหน้าที่จะต้องช่วยเหลือส่งเสริมโรงเรียนแพทย์ของเราให้เจริญขึ้นทุกวิถีทาง, เวลานี้โรงเรียนของเราเจริญมากพอสมควรแล้วทางด้านตึกเรียนตึกรักษาและเครื่องมือซึ่งเพิ่มมากกว่าเมื่อก่อน. ความเจริญในด้านบำบัดรักษาและให้ความรู้แก่นักศึกษาแพทย์ก็มีเพิ่มตามไปด้วย. เรามีอาจารย์มากขึ้น, มีอุปกรณ์การสอนเพิ่มขึ้น. บริการต่าง ๆ แก่คนไข้ทั้งภายนอกและภายในก็มีมากหลายสาขาขึ้น. มีทั้งคลินิคเฉพาะโรคทั้งในตอนเช้าตั้งแต่ ๗ น. และในเวลาบ่าย. แพทย์ที่ชำนาญในโรคสาขาต่าง ๆ มีมาก. เราต่างก็มีความหวังอยู่ว่าในเวลาต่อไปข้างหน้าโรงเรียนแพทย์ของเราจะเจริญก้าวหน้าสืบไป.

ศิริราชสมัยนี้

เสนอ อินทรสุขศรี พ.บ., Cert. in Ped. Surg. (Ohio.)

(แผนกศัลยศาสตร์, ศิริราชพยาบาล)

ขณะที่กำลังเขียนเรื่องนี้, ศิริราชกำลังจะมีอายุครบ ๗๒ ปีบริบูรณ์.

ถ้าหากจะเทียบกับวัยของคนเราแล้ว, เกือบจะเทียบกันไม่ได้, เพราะถ้าเป็นวัยของคนเราก็เป็นวัยที่ชราภาพเหมือนต้นไม้ใกล้ผุพังเต็มที. ความคิดความอ่านสติปัญญากำลังเริ่มถอย, เหลืออยู่แต่ความหลังที่จะนำมาได้. แต่วัยของศิริราชถ้าหากจะเทียบกับคนให้ได้แล้ว; ก็ต้องเทียบได้ว่ากำลังอยู่ในวัยหนุ่มฉกรรจ์.

เพียงชั่วระยะหลังมหาสงครามโลกครั้งที่ ๒ มานี้ศิริราชมีวิวัฒนาการก้าวหน้าไปอย่างมากมาย; มีการเปลี่ยนรูปร่างไปเหมือนกับการเปลี่ยนแปลงของเด็กๆ มาสู่วัยหนุ่มสาว. อาคารต่างๆได้ถูกเสริมและก่อสร้างเพิ่มเติมขึ้นจนแทบจะเรียกได้ว่าจำรูปร่างแบบเก่าไม่ได้. จำนวนอาจารย์, นักศึกษา, จำนวนพยาบาล, ข้าราชการและผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอีกเกือบ ๓—๔ เท่า. ขณะที่เขียนเรื่องว่า "ศิริราชสมัยนี้" อยู่, อีกในเวลาข้างหน้าไม่ช้านัก, เรื่องก็อาจเป็น "ศิริราชสมัยนั้น" และต่อไปอีกก็ต้องเป็น "ศิริราชสมัยโน้น" เหมือนดังในปัจจุบันเราได้พูดกัน. ฉะนั้นน่าที่จะได้บันทึกสรุปเรื่องในปัจจุบันเอาไว้เพื่อเป็นประวัติของการแสดงถึงวิวัฒนาการของศิริราชในสมัยหนึ่ง, ซึ่งจะขอถือเอาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเป็นต้นมา.

สังกัด

ก่อนอื่นขอชี้แจงความเข้าใจว่าที่เรียกว่า "ศิริราช" นั้นหมายถึงโรงเรียนแพทย์, โรงเรียนพยาบาล, ผดุงครรภ์และ อนามัย, และโรงพยาบาลศิริราช.

ก่อนปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ศิริราชเป็นคณะหนึ่งขึ้นอยู่ในจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย. ต่อเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๘๕ ศิริราชได้โอนสังกัดไปเป็นคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, ขึ้นต่อกระทรวงสาธารณสุข, และในปี พ.ศ. ๒๕๐๓ ได้โอนตามมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์มาขึ้นต่อสำนักนายกรัฐมนตรี.

การเข้าเป็นนักศึกษา

แต่ก่อนนั้น เมื่อ นักศึกษาสำเร็จเตรียมแพทยศาสตร์จากจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ก็จะถูกส่งตัวมาเรียนแพทยศาสตร์ที่ศิริราชได้โดยตรง.

ต่อมาหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ จำนวนนักศึกษาซึ่งสำเร็จเตรียมแพทยศาสตร์มีจำนวนมากขึ้น, ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลในสมัยนั้นประสงค์จะให้มีการผลิตแพทย์ออกมากขึ้น, จึงได้จัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้นอีกคณะหนึ่ง, นับเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ ๒ ของประเทศ.

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยบาล จุฬาลงกรณ์เริ่มเปิดขึ้นในปี ๒๔๙๐. ดังนั้นจึงต้องมีการจัดแบ่งนักศึกษาผู้สำเร็จเตรียมแพทย์ออกเป็น ๒ พวกเพื่อให้ได้เรียนที่คณะแพทยศาสตร์ทั้ง ๒ แห่ง. ในตอนแรก ๆ ก็มีความยุ่งยากอยู่มากเหมือนกัน เพราะยังไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์และนักศึกษามีความเห็นไปต่าง ๆ กันในการจะขอเลือกคณะที่ตนประสงค์จะเข้าศึกษาต่อ, ต้องใช้วิธีแย่งลงชื่อสมัครบ้าง, แย่งที่นั่งบ้าง, ทำความหนักใจให้ผู้ที่จะแบ่งจำนวนมิใช่น้อย. ในที่สุดต้องใช้วิธีจับฉลาก.

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๒ จำนวนนักศึกษาที่สำเร็จวิทยาศาสตร์การแพทย์จากจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัยมีจำนวนมากขึ้นอีก, ทั้งผู้ที่มีสิทธิตามระเบียบที่จะเข้าศึกษาแพทย์มีมากขึ้น, จึงได้เริ่มจัดการสอบคัดเลือกทั้งข้อเขียน และ สัมภาษณ์ เพื่อจะรับนักศึกษเข้าเรียนในคณะแพทยศาสตร์ทั้ง ๒ แห่งประมาณ ๒๐๐ คนต่อปี, โดยกะให้ศึกษาที่ศิริราช ๑๒๐ คน, ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ๘๐ คน. การสอบคัดเลือกเข้าศึกษาได้มีต่อมาจนปัจจุบันนี้.

ดังนั้นในปัจจุบัน, แพทย์ที่ผลิตได้คิดเฉลี่ยประมาณ ๑๒๐ คนต่อปี. ถ้าหากเทียบกับรุ่นที่ ๑ (พ.ศ. ๒๔๘๕) ซึ่งมีแพทย์สำเร็จ ๕ คน, และแพทย์ปริญญารุ่นแรก (รุ่นที่ ๓๔, ปี พ.ศ. ๒๔๗๑) ๑๘ คน, จะเห็นว่าจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นหลายเท่า.

ในรุ่นสุดท้ายปี พ.ศ. ๒๕๐๕ นี้เป็นรุ่นที่ ๖๗, จะมีแพทย์สำเร็จ ๑๔๖ คน.

เครื่องแบบนักศึกษา.

แต่ก่อนนั้นนักศึกษามีเครื่องแบบเป็นระเบียบเฉพาะของตนเป็นอย่างดี, นับแต่เครื่องแบบเสือข่าราบหลวง, เครื่องแบบของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, เครื่องแบบยุวชนนายทหาร, หรือ การแต่งกายแบบสากล เมื่อมาศึกษา. ในปัจจุบันนี้ตามระเบียบและกฎข้อบังคับกรมเครื่องแบบนักศึกษาทั้งหญิงและชาย, แต่ก็ไม่มีการแต่งกายให้ถูกระเบียบนัก, คงแต่งกันตามสะดวกสบาย. เครื่องแบบที่กำหนดขึ้นเพื่อจะใช้ในงานพิธีก็เหมือนกับการแต่งกายแบบสากลธรรมดา, อีกทั้งไม่เป็นที่นิยมของนักศึกษา. จึงเป็นเรื่องสมควรอย่างยิ่งที่จะกำหนดแบบการแต่งกายที่เหมาะสมกับเป็นนักศึกษาแพทย์, และทำให้เป็นระเบียบต่อไป.

การเปลี่ยนแปลงบางประการของแผนการศึกษา

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๕ มีการประชุมพิจารณาการศึกษาแพทย์ของไทยที่บางแสน, ชลบุรี, เพื่อจะให้มีการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาแพทย์ให้เข้ามาตรฐานสากล. มีการจัดหลักสูตรเพื่อให้สอดคล้องกันทุกแขนงวิชา, แก้ไขหลักสูตรและเพิ่มชั่วโมงสอนของวิชากุมารเวชศาสตร์, โรคจิตและเวชศาสตร์ป้องกัน.

การเปลี่ยนแปลงได้เริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๐๑ เป็นต้นมา, ทั้งด้านปรีคลินิคและคลินิค.

อุปกรณ์การศึกษา

เมื่อเทียบกับการก้าวหน้าในด้านอื่น ๆ, อุปกรณ์การศึกษาดูเหมือนจะยังด้อยในการก้าวหน้ากว่าเพื่อน. แม้ว่าจะได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมขึ้นมาบ้างก็ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนนักศึกษาที่เพิ่มมากขึ้น. แทบจะเรียกได้ว่าอุปกรณ์การศึกษาไม่มีครบถ้วนและทันสมัย, ซึ่งเกือบจะไม่ต่างไปกว่าก่อนสงครามเท่าใดนัก, ทั้งนี้เพราะงบประมาณที่ได้ยังไม่เพียงพอโดยที่ฐานะเศรษฐกิจของชาติยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา.

อาคารของศิริราช

ในระหว่างสงครามอาคารของศิริราชได้ถูกทำลายลงไปหลายหลัง, ทำให้เกิดความลำบากและไม่สะดวกอย่างยิ่งเกี่ยวกับการศึกษาและการให้บริการแก่ผู้ป่วยเจ็บ. ต่อเมื่อหลังสงครามแล้วก็ได้มีการสร้างอาคารขึ้นหลายหลัง. นับได้ว่ามีการเสริมสร้างครั้งใหญ่หลังจากศิริราชมีงานฉลองครบ ๖๐ ปีมาแล้ว. อาคารที่สร้างขึ้นใหม่มีดังนี้: หอประชุมราชแพทยาลัย, ตึกผู้ป่วยนอก, ตึกพยาธิวิทยา, ตึกผ่าตัดศัลยศาสตร์, ตึกกุมารเวช, เสริมสร้างตึกสรีรวิทยา, เสริมตึกผู้ป่วยต่าง ๆ จาก ๒ ชั้นเป็น ๓ ชั้น. สร้าง

ตึกธนาคารไทยพาณิชย์, ตึกวิบูลลักษม์, ตึกศิริสังวาลย์. นอกจากนี้ก็มีการสร้างตึกหอพักนักศึกษาชาย, หญิง, และหอพักพยาบาล รวมทั้งที่จะสร้างเพิ่มเติมเปิดใช้ต่อไปอีกหลายหลัง.

แม้ว่าจะมีการสร้างและเสริมตึกต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอีกจำนวนมากก็จริง, แต่ก็ยังนับว่าไม่พอเพียงเมื่อเทียบกับจำนวนนักศึกษาและผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย, จนสถานที่เรียนและตึกบริการผู้ป่วยนั้นอัดแอยัดเยียดกันอยู่มาก.

เนื้อที่ของโรงพยาบาลมีเพียงจำกัด, จึงไม่อาจที่จะเสริมสร้างตึกให้เพิ่มได้ต่อไป. ศิริราชจึงหาทางที่ขยายต่อไปโดยขออนุมัติซื้อที่ด้านทิศเหนือไปจนจดเขตถนนของสถานีรถไฟและต่อไปจะได้ขออนุมัติเวนคืนที่ดินด้านหลังโรงพยาบาลต่อไปอีก.

วันมหิดล

"ศิริราชสมัยนี้" จะงดสิ่งที่ควรรู้สึกภูมิใจอย่างยิ่งในการยินดีกเอาไว้มิได้, ก็คือเรื่องเกี่ยวข้องกับทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดา, "พระบิดรแห่งวงการแพทย์ไทย"

กลางผืนแผ่นดินอันเป็นศิริราชนี้ประดิษฐานพระรูปของทูลกระหม่อมซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชทรงทำพิธีเปิดเมื่อ ๒๗ เมษายน ๒๔๙๓ พระรูปนี้ได้เป็นมิ่งขวัญและที่สักการะบูชาของแพทย์, พยาบาล, นักศึกษาแพทย์และประชาชนทั่วไปตลอดมา.

นับแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๔ เป็นต้นมาศิริราชได้ถือเอาวันที่ ๒๔ กันยายนของทุก ๆ ปี, ซึ่งเป็นวันคล้ายวันสิ้นพระชนม์ของทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดา ฯ, เป็นวันที่ทำพิธีเคารพรำลึกถึงพระกรุณาธิคุณของพระองค์ที่ทรงมีต่อศิริราชอย่างสุดที่จะพรรณนา, และขนานนามวันสำคัญนี้ว่า "วันมหิดล."

ในวันมหิดลนั้นนอกจากพิธีสงฆ์และการวางพวงมาลาแล้ว, ก็มีการรับเงินบริจาคจากแพทย์, นักศึกษาแพทย์และพยาบาล, สมทบทุนเพื่อการศึกษา เรียกว่า "ทุนวันมหิดล" ในวันเดียวกันนี้มีการอ่านบทเรียงความของนักศึกษาซึ่งเขียนประกวดเป็นเรื่องเกี่ยวกับการแพทย์อีกด้วย.

เหตุการณ์ที่ควรบันทึกไว้ก็คือตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๓ มาในวันมหิดลบรรดานักศึกษาแพทย์และนักศึกษานักเรียนพยาบาลได้ร่วมใจกันออกไปเที่ยวหาเงินบริจาคเพื่ออุดหนุนโรงพยาบาลศิริราชในการใช้จ่าย

ด้านบริการผู้ป่วย, โดยจำหน่ายของที่ระลึกเช่นธง. มีประชาชนสนใจและร่วมกันบริจาคเงินให้เป็นจำนวนมิใช่น้อย,เป็นที่น่าปลื้มปิติ.

ในการฉลองอายุครบ ๗๒ ปี ศิริราชก็ยังได้จัดการสร้าง พระรูปของ ทูลกระหม่อมขึ้นเพื่อให้แพทย์ และประชาชน ได้นำไปเคารพสักการะด้วยเป็นครั้งแรก.

การปกครอง, การดูแลสุขภาพนักศึกษา และหอพัก

เริ่มแต่ปี ๒๔๙๒ ได้วางระเบียบการปกครองนักศึกษา, โดยให้ขึ้นอยู่ในความดูแลของคณบดีโดยตรง. มีอาจารย์ผู้ปกครองเป็นผู้ช่วยคณบดี, และมีอนุสาสกสำหรับควบคุมดูแลฝ่ายนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิง. มีคณะกรรมการแพทย์ประจำนักศึกษาขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพ และรักษานักศึกษาเมื่อป่วยเจ็บ. นักศึกษาจัดตั้งนายกสโมสรขึ้นสำหรับสโมสรของตน. สำหรับหอพักนักศึกษา, แม้ว่าจะได้สร้างตึกขึ้นเพื่อเป็นหอพักนักศึกษาชาย และมีตึกหอพักนักศึกษาหญิงด้วย, ก็ยังนับได้ว่าไม่มีที่พอจะให้นักศึกษาได้อยู่กันได้ทั่วถึง. ส่วนมากเป็นพวกนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้ายเท่านั้นที่มีโอกาสได้อยู่. จึงเป็นเรื่องที่ศิริราชต้องขวนขวายหาที่ต่อไปอีกในอนาคต

อาจารย์และทุนการศึกษา

ระหว่างสงครามโลก ตลอดจนกระทั่งสิ้นสุดสงครามลงไปแล้ว, ศิริราชไม่อยู่ในฐานะที่จะส่งอาจารย์ไปศึกษาเพิ่มเติมต่างประเทศได้เริ่มแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๓ เป็นต้นมา, ได้มีการช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศต่างๆ, ได้แก่ เอ็ม.เอส.เอ., อี.ซี.เอ. ไอ. ซี. เอ., องค์การอนามัยโลก, ไซน่าเมดิคัล บอร์ด อ๊อฟ นิวยอร์ค ฯลฯ ส่งอาจารย์ไปศึกษา และดูงานในต่างประเทศ, แล้วกลับมาดำเนินการสอนและรักษาให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น.

ห้องสมุดและตำราเรียนได้มีการขยายอย่างกว้างขวางโดยความช่วยเหลือของไซน่า เมดิคัล บอร์ด

การกีฬา

ตั้งแต่สิ้นสงครามโลกครั้งที่ ๒ ตลอดมาจนบัดนี้, ในด้านการกีฬาเมื่อเทียบกับการก้าวหน้าในด้านอื่นๆ แล้ว, ศิริราชเราดูเหมือนจะน้อยหน้าอยู่มาก, ความมีชื่อเสียงในด้านกีฬาลดน้อยลงไป, ทั้งๆ ที่ได้มีการแต่งตั้งอาจารย์ควบคุมกีฬาขึ้นมา. กีฬา

บางประเภทที่นำชื่อเสียงมาให้, แต่ก็ยังเอาเป็นที่เชื่อถือมั่นคงตลอดไปได้ยาก. ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษามีเพิ่มมากขึ้น และสถานที่สำหรับใช้ฝึกซ้อมการกีฬาของเราเองไม่มีการกีฬาของศิริราชในปัจจุบันจึงมีอยู่อย่างเพียงว่ามีกับเขาด้วยเท่านั้น.

นี่คืออีกปัญหาหนึ่งที่ควรมีการส่งเสริมให้ดีขึ้นเหมือนก่อนสงคราม, ซึ่งศิริราชเคยมีชื่อเสียงในด้านกีฬามามากตั้งแต่รุ่นพี่ๆ.

โรงเรียนพยาบาล ฯ

วิวัฒนาการสำคัญอย่างหนึ่งของศิริราชก็คือการก้าวหน้าของโรงเรียนพยาบาล. โรงเรียนซึ่งเดิมมีการสอนวิชาพยาบาลและผดุงครรภ์, ได้เพิ่มหลักสูตรวิชาอนามัยขึ้น และเป็นโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๙๓ เป็นต้นมา. ในปี พ.ศ. ๒๔๙๕ เริ่มหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร์ทางการพยาบาล, และในปี พ.ศ. ๒๕๐๒ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงคุณวุฒิของผู้สมัครเข้าเรียนอนุปริญญาพยาบาลจากการสำเร็จชั้นมัธยมปีที่ ๖ เป็นสำเร็จชั้นมัธยมปีที่ ๘.

การบริการผู้ป่วย

ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้เพิ่มขึ้นอีกถึง ๓–๔ เท่าตัว.

ตึกผู้ป่วยนอก ๓ ชั้นที่สร้างขึ้นใหม่ในปัจจุบันนี้ดูจะเล็กมากไปเสียแล้ว, เพราะจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาวันหนึ่งๆ ไม่ต่ำกว่าสองพันคน.

ตึกผู้ป่วยในซึ่งแม้จะเสริมสร้างขึ้นอีกก็ยังไม่พอที่จะรับผู้ป่วย, ปัญหาที่หนักใจศิริราชอยู่ทุกวันนี้คือไม่อาจรับผู้ป่วยไว้ได้สมกับความตั้งใจที่จะให้บริการในด้านการรักษาคนเจ็บไข้ได้ป่วยเหล่านั้น.

นี่ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งของศิริราชสมัยนี้.

บันทึกการก้าวหน้าบางประการ

๑ ม.ค. ๒๔๙๒ – กำเนิด "สารศิริราช," ทำให้เกิดการกระตุ้นการค้นคว้าและการเขียนวิทยาการต่างๆ ขึ้นในหมู่แพทย์, อีกทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าของวารสารแพทย์ไทยโดยทั่วไป.

พ.ศ. ๒๔๙๓ – เริ่มงานของหน่วยนิติเวชวิทยา, และมีการประสานงานกับทางการตำรวจ. ศิริราชเริ่มมีการรับผู้ป่วยเกี่ยวกับคดี.

พ.ศ. ๒๔๙๕ – เริ่มมีหน่วยวิสัญญี

กรรมโดยเฉพาะขึ้นใน แผนก ศัลย ศาสตร์. มีการจัดให้มีหน่วยกายภาพ บำบัดขึ้น อย่างสมบูรณ์, และร่วมมือกับมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ ฯ ในการรักษาบำบัดคนพิการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๒.

พ.ศ. ๒๔๙๖ — จัดให้มี ฝึกวิชาการแก่แพทย์ผู้สำเร็จแล้วเป็นครั้งแรก.

พ.ศ. ๒๕๐๐ — จัดตั้ง "สถาบันมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์และ ศิริราชพยาบาล"

พ.ศ. ๒๕๐๑ — เริ่มต้นสอนวิชาศัลยกรรมเด็กนักศึกษา แพทย์โดย นำเข้า หลักสูตรในวิชาศัลยศาสตร์.

— แผนกรังสีวิทยา เริ่มใช้ การ บำบัดด้วยราดิโอไอโซโตป.

พ.ศ. ๒๕๐๒ — แผนกรังสีวิทยาเริ่มการบำบัดโรคมะเร็งด้วยโคบอลย์ขอมบ์.

พ.ศ. ๒๕๐๔ — เป็น ครั้งแรกที่มีการผ่าตัดโรคหัวใจโดยใช้เครื่องมือ.

— เปิดบริการไปรษณีย์สาขาศิริราช.

— เปิด หน่วยสถิติ และ รายงานของโรงพยาบาล.

— ตั้งชุมนุมศึกษาพุทธธรรม(ศิริราช) ในอุปการะของคณะแพทยศาสตร์ ฯ.

— เริ่มจัดหลักสูตรวิชาแพทย์, ให้มีแพทย์ฝึกหัดเป็นปีแรก.

เรื่องที่ควรบันทึกไว้อีกเรื่องหนึ่งในระยะ "ศิริราชหลังสงครามโลก" ก็คือศิริราชได้ทดลองผลิตน้ำเกลือขึ้นใช้เอง, โดยการเสนอแนะของศาสตราจารย์ นพ. ประจักษ์ ทองประเสริฐ, หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์, ในระยะหลังสงคราม เสร็จสิ้นลง ไปใหม่ ๆ ขอให้ศาสตราจารย์ นพ. อวย เกตุสิงห์ได้ทดลองจัดทำขึ้นโดยร่วมมือกับ แผนกเภสัชกรรมในขณะนี้ ศิริราช ทุ่น เงินค่า น้ำ เกลือถึงปีละ ๖ ถึง ๗ แสนบาทและสิ้นกังวลในการต้องสั่งซื้อ จาก ต่าง ประเทศ ไปเป็นส่วนมาก.

"ศิริราชสมัยนี้", เป็นศิริราชที่ทุก ๆ คนมองเห็น อยู่ แล้วจึง ไม่ ได้บันทึกไว้ละเอียดนัก, แต่ก็คิดว่าคงพอที่จะถือว่าเป็น "ความหลังได้," เมื่อเวลาของสมัยนี้จะพ้นไปอีกสัก ๑ ถึง ๒ รอบ, นั่นคือเมื่อศิริราชจะได้มีการฉลองครบ ๘๔ ปี หรือ ๙๖ ปีกันอีก.

เจ็ดสิบสองปีศิริราช

สำรวจความคลี่คลายโดยสังเขป

—อวย เกตุสิงห์ พ.ด.

(แผนกสรีรวิทยา, ศิริราชพยาบาล)

๑. ยุคปฏิสนธิ

พ.ศ. ๒๔๒๙

กำเนิดโรงพยาบาลใหญ่ที่วังหลัง. ๒๒ มีนาคม *พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, พระบิยมหาราช,* ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ตั้งคอมมิตตีขึ้นจัดการสร้างโรงพยาบาล, ประกอบด้วยพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นศิริธัชสังกาศ, พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ, พระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าศิริเสาวภางค์, พระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าวัฒนานุวงษ์, พระวรวงษ์เธอ พระองค์เจ้าสายสินทวงษ์, พระวรวงษ์เธอ พระองค์เจ้าปฤษฎางค์, พระยาโชฎึกราชเศรษฐี, หลวงสิทธินายเวร (บุตร) และนายแพทย์บี๊เตอร์ กาแวนชาวอังกฤษ. คอมมิตตีตกลงให้สร้างในบริเวณวังหลังซึ่งเป็นที่รกร้างอยู่ในขณะนั้น.

พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ ๒๐๐ ชั่ง (๑๖,๐๐๐ บาท) ให้เป็นทุนแรกเริ่ม. คอมมิตตีได้ใช้เงินนี้สร้างเรือนคนไข้ใหญ่ ๓ หลัง, หลังเล็ก ๓ หลังกับเรือนพักแพทย์และคลังยาอีก ๑ หลัง. รับคนไข้ได้ประมาณ ๕๐ คน.

พ.ศ. ๒๔๓๐

ต้นเหตุชื่อโรงพยาบาล. ๓๑ พฤษภาคม. *สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์,* พระราชโอรสองค์ที่ ๕ ในสมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี, พระชนมายุ ๑ ปี ๗ เดือน, สิ้นพระชนม์หลังจากประชวรพระโรคบิดอยู่ ๑๘ วัน. กรณีนี้กระตุ้นให้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงมุ่งมั่นในการที่จะสร้างโรงพยาบาลให้สำเร็จเร็วขึ้น. ในงานพระเมรุณ เดือน ๔ ปีเดียวกันนั้น จึงได้โปรดเกล้าฯ ให้สร้างตัวอาคารทั้งปวงด้วยไม้จริง, เพื่อให้รื้อไปใช้ได้อีก, และเครื่องตกแต่งก็ทำอย่างนำไปใช้ได้ในโรงพยาบาล. เมื่อเสร็จการเมรุแล้วก็โปรดเกล้าฯ พระราชทานสิ่งของทั้งปวงให้โรงพยาบาลใช้สร้างโรงคนไข้, พร้อมกับเงิน

พระมรดกของพระเจ้าลูกยาเธอ พระองค์นั้นอีก ๗๐๐ ชั่ง (๕๖,๐๐๐ บาท). เงินจำนวนนี้คอมมิตตีได้ใช้จำนวน ๕๐๐ ชั่ง (๔๐,๐๐๐ บาท) จัดสร้างตึกสำหรับสอนวิชาแพทย์ขึ้น. ส่วนที่เหลืออีก ๒๐๐ ชั่งซื้อเครื่องใช้ประจำและประดับสถานที่.

พระอรรคชายาเธอ พระองค์เจ้าเสาวภานารีรัตน์ ได้ประทานเงิน ๒,๔๐๐ บาท ไว้ให้สร้างที่พักคนไข้, แต่ได้สิ้นพระชนม์ลงเสียก่อน. เมื่อถวายพระเพลิงแล้วพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ พระราชทานเพิ่มเติมอีก ๔,๘๐๐ บาทให้สร้างตึกขนาดกลางหลังหนึ่ง ตรงกลางบริเวณโรงพยาบาล, ซึ่งต่อมาใช้เป็นที่ตรวจเชื้อ. พระราชทานชื่อว่า "ตึกเสาวภา".

ในโอกาสสมเด็จพระนางเจ้า วิคโตเรีย แห่ง กรุง อังกฤษ เสวย ราชย์ ครบ ห้า สิบ ปี, ชาวอังกฤษในกรุงเทพ ฯ ทูลเกล้า ฯ ถวายเงิน ๑๐ ชั่ง. โปรดเกล้า ฯ ให้สร้างตึกที่พักคนไข้พิเศษ ๑ หลัง, จุ ๒ เตียง, โดยโรงพยาบาลออกเงินเพิ่มเติมอีก ๒๐ ชั่ง. พระราชทานชื่อว่า "ตึกวิคโตเรีย".

ยุคลอด

พ.ศ. ๒๔๓๑

เปิดโรงพยาบาล. ๒๖ เมษายน, ตรงกับวันพฤหัส ฯ แรม ๑ ค่ำ เดือน ๖, มีประกาศเปิดโรงพยาบาลใหญ่ให้ทำการรักษาโรคแก่ราษฎรทั่วไป, มีความสำคัญตอนหนึ่งว่า "โรงพยาบาลนี้เป็นส่วนพระราชกุศล. ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้งขึ้นเป็นทานในการรักษาโรค และป้องกันความทุกข์ยากของปวงชน ทั้งหลายที่จะเกิดจากพยาธิ. มิให้หมอหรือพยาบาลเรียกค่ายา, ค่ารักษาแก่คนไข้เป็นอันขาด".

ในวันอังคารแรม ๗ ค่ำ เดือน ๕, ทรงมีพระราชหัตถเลขาถึงคอมมิตตี ฯ มีความตอนหนึ่งว่า "โรงพยาบาลนี้ได้คิดมาช้านาน. อยากจะให้มีขึ้นได้ในทันใด, แต่การนั้นไม่สำเร็จไปได้ตลอด, จนได้ตั้งใจและออกปากอยู่เนือง ๆ ว่าถ้าตายจะขอแบ่งเงินพระคลังข้างที่เป็นส่วนหนึ่งมอบไว้สำหรับใช้ในการโรงพยาบาล, และสั่งไว้ขอให้จัดการให้ได้สำเร็จดังประสงค์. ถ้ายังมีชีวิตอยู่ก็จะคิดจัดการให้มีขึ้นจงได้และจะอุดหนุนการโรงพยาบาลด้วยทุนรอนส่วนหนึ่ง, ไม่ชักเงินที่เป็นส่วนมรดกซึ่งกำหนดว่าจะให้นั้นมาใช้. แลมีอำนาจที่จะใช้เงิน

แผ่นดินได้อยู่, ก็จะใช้เงินแผ่นดินเป็นรากเง่าของการโรงพยาบาลข้างตามสมควร".

พระราชทานชื่อ "ศิริราชพยาบาล." ๒๕ ธันวาคม, "โปรดเกล้า ฯ ให้ตั้งเป็นกรมพยาบาลขึ้นกรมหนึ่ง. และโรงพยาบาลใหญ่ที่วังหลังนั้น ให้เรียกชื่อว่า "โรงศิริราชพยาบาล". ประกาศ ณ วัน ๓ เดือน ๑ แรม ๗ ค่ำ ปีชวด สัมฤทธิศก ศักราช ๑๒๕๐ เป็นวันที่ ๗,๓๕๐ ในรัชกาลปัจจุบัน".

พ.ศ. ๒๔๓๒

ตั้งโรงเรียนแพทย์. มีประกาศเปิดโรงเรียนแพทย์ และรับนักเรียนเป็นครั้งแรก, ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๓๒ โดยกำหนดพนความรู้ต้องอ่านออกเขียนได้. มีผู้สมัคร ๔๐ คน, แต่มาเรียนเพียง ๑๕ คน. นายแพทย์ ท. เฮย์เวอร์ด เฮส์ เป็นอาจารย์, ได้รับพระราชทานเงินเดือน ๆ ละ ๑๐ ชั่ง. นักเรียนต้องทำสัญญาที่กระทรวงธรรมการ, มีความสำคัญว่ากำหนดการเรียน ๓ ปี, ระหว่างเรียนได้เงินเดือน ๆ ละ ๑๒ บาท, เบี้ยเลี้ยงอีก ๗ บาท. ต้องประจำอยู่ในโรงเรียนตลอดเวลา. ถ้าสอบได้แล้วไปเป็นผู้ช่วยแพทย์ตามโรงพยาบาล จะได้เงินเดือน ๆ ละ ๒๕ ถึง ๔๐ บาท. ถ้าละทิ้งการเรียนไปก่อนเรียนจบจะต้องคืนเงินให้แก่โรงเรียน. การสอนเป็นแผนปัจจุบันทั้งสิ้น. แต่การรักษานั้นคนไข้เลือกได้ว่าจะใช้แบบไทยหรือแบบฝรั่ง.

พระองค์เจ้าศรีเสาวภางค์. สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าศรีเสาวภางค์, ซึ่งร่วมอยู่ในคอมมิตตีจัดการโรงพยาบาล และโปรดเกล้า ฯ ให้ทรงดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมพยาบาล ควบคุมโรงศิริราชพยาบาลเป็นประเดิม, ทรงใส่พระทัยในเรื่องโรงพยาบาลมาก. ทรงเห็นว่าราษฎรยังไม่นิยม เพราะความเข้าใจผิดต่าง ๆ ก็ทรงหาทางที่จะแก้ไขอยู่เสมอ. เมื่อพระองค์ประชวรลงด้วยวัณโรคจึงได้ประทับรักษาพระองค์อยู่ที่กวิคโตเรียในโรงพยาบาล, เพื่อให้เป็นที่ปรากฏเลื่องลือไปว่า แม้เจ้านายผู้ใหญ่ก็ยังทรงเข้ารักษาพระองค์ในที่นั้น. พระองค์สิ้นพระชนม์ลงในโรงศิริราชพยาบาล เมื่อวันศุกร์ แรม ๗ ค่ำ เดือน ๘ ปีฉลู จุลศักราช ๑๒๒๔ ตรงกับวันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๓๒. สมควรถวายพระเกียรติว่าได้ทรงตั้งพระทัยปฏิบัติหน้าที่ของพระองค์โดยสมบูรณ์ และการทรงเสียสละของพระองค์ได้มีส่วนสำคัญในการทำให้ประชาชนเห็น

ประโยชน์ของโรงพยาบาล.

สมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุภาพ, ในสมัยนั้นยังทรงพระอิสริยยศเป็นพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ และทรงดำรงตำแหน่งเสนาบดีกระทรวงธรรมการ, ได้ทรงเข้ามาควบคุมกิจการของศิริราชพยาบาล, ซึ่งมีพระไตรโกษา (เทศ) เป็นว่าที่อธิบดีกรมพยาบาล แทนพระองค์เจ้าศิริเสาวภางค์, ตามที่ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ. สมเด็จฯ ได้ทรงสนพระทัยในการอบรมแพทย์ใหม่ๆ ขึ้นใช้แทนพวกเก่าๆ เป็นอันมาก.

ยุคลบ

พ.ศ. ๒๔๓๔

เพิ่มการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณ ขึ้นในโรงเรียนแพทย์. หม่อมเจ้าเจียก, เจ้ากรมแพทย์ในพระบรมมหาราชวัง, เป็นผู้สอน.

๑ มกราคม, *หมอ ยอร์ช แม็คฟาร์-แลนด์* (ต่อมาเป็นพระอาจวิทยาคม) เข้ารับหน้าที่นายแพทย์ใหญ่ในศิริราชพยาบาล และเป็นอาจารย์สอนวิชาแพทย์ฝรั่งแทนหมอ เฮส์ ซึ่งลาออกไปประกอบโรคศิลปะ. หมอแม็คฟาร์แลนด์เอาใจใส่การสอนมาก, และทำได้ดีเพราะท่านเกิดในเมืองไทย และรู้ภาษาไทยดีมาก (เป็นผู้สร้างพจนานุกรม "ไทย–อังกฤษ" เล่มใหญ่ซึ่งเป็นหนังสือมาตรฐานอยู่จนถึงเวลานี้). ท่านได้แปลตำราภาษาอังกฤษมาสอน และเขียนตำราแพทย์ภาษาไทยไว้หลายเล่ม. ต้องยกย่องว่าท่านเป็นผู้หนึ่งได้วางรากฐานการสอนวิชาแพทย์ในโรงเรียนของเรา.

พ.ศ. ๒๔๓๕

มีนาคม, *มีการสอบไล่วิชาแพทย์เป็นครั้งแรกในประเทศไทย.*

พ.ศ. ๒๔๓๖

"โรงเรียนแพทยากร". ๑ พฤษภาคม, มีประกาศรับสมัครเข้าเรียนวิชาแพทย์ใน "โรงเรียนแพทยากร". เป็นครั้งแรกที่ใช้ชื่อสำหรับโรงเรียนแพทย์. ผู้สมัครต้องเข้าสอบวิชาภาษาไทย กับกรรมการเสียก่อน. ไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมเรียนใดๆ ทั้งสิ้น.

๒ พฤษภาคม, ประกาศรายชื่อผู้สอบไล่ได้ประกาศนียบัตรแพทย์รุ่นแรก. นักเรียน ๒ คนถูกขอตัวไปรับราชการเสียก่อนเรียนจบ, จึงเข้าสอบเพียง ๑๓ คน, และสอบได้ ๙ คน, เป็นแพทย์ไทยรุ่นแรกที่

ผลิตในโรงเรียน. ในปัจจุบันนี้ยังมีแพทย์รุ่นนี้เหลืออยู่อีก ๑ ท่าน, คือ *พันตรีหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ (อัทย์ หะสิตเวช)*, ผู้ได้เลขประจำตัว ๑ ในโรงเรียนแพทย์. ท่านตั้งภูมิลำเนาอยู่ที่ตำบลนาเกลือ, อำเภอบางละมุง, จังหวัดชลบุรีและยังประกอบอาชีพแพทย์อยู่ด้วย.

พ.ศ. ๒๔๓๙

ลดเงินเดือนนักเรียนแพทย์ลงเหลือเพียง ๘ บาท.

๑๒ มกราคม, ตั้งโรงเรียนพยาบาล. *สมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี พระบรมราชินีนาถ* พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ให้ท่านผู้หญิงภาสกรวงษ์ (เปลี่ยน) ตั้ง "โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์" ขึ้นในโรงศิริราชพยาบาล, นับเป็นโรงเรียนนางพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งแรกของประเทศ. กำหนดหลักสูตร ๓ ปี. นักเรียนรุ่นแรก ๑๔ คน. ต่อมาสอบได้เป็นรุ่นแรก ๑๐ คน.

พ.ศ. ๒๔๔๐

สมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี ฯ ทรงดำรงตำแหน่งผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ระหว่างเสด็จพระราชดำเนินทวีปยุโรป, โปรดเกล้า ฯ ให้สร้างอาคารสำหรับทำการสอนนักเรียนแพทย์ขึ้นอย่างเป็นปึกแผ่นและให้มีที่อยู่อาศัยของนักเรียนด้วย.

พ.ศ. ๒๔๔๒

มีการกำหนดเครื่องแบบสำหรับนักเรียนแพทย์ขึ้นเป็นครั้งแรก. สวมเสื้อขาวคอปิด, มีแผงคอสีชลิยขอบดำ, กางเกงขายาวแบบสากล, สวมหมวกฟางพันผ้าสีฟ้า. มีผู้ให้สมญาว่า "อีแร้ง" เพราะคอสีแดง.

พ.ศ. ๒๔๔๓

๓ มกราคม, พระยาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและพระยรมราชินีนาถเสด็จพระราชดำเนินเปิดอาคารโรงเรียนแพทย์หลังใหม่. โปรดเกล้า ฯ พระราชทานนามโรงเรียนว่า "*ราชแพทยาลัย*". กำหนดรับนักเรียนแพทย์ปีละ ๒๐ คน. พระราชทานประกาศนียบัตรแก่นางพยาบาลรุ่นแรก จำนวน ๑๐ คน. สมเด็จพระนางเจ้า ฯ พระราชทานกระเป๋าเครื่องมือทำคลอดด้วยทุกคน.

โปรดเกล้า ฯ ให้แจกผ้าอ้อม, เมาะ, และเงิน ๔ บาทแก่ผู้มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลทุกคน, เพื่อเป็นการชักจูง.

พ.ศ. ๒๔๔๖

หมอ ยอร์ช แม็คฟาร์แลนด์ เป็นผู้อำนวยการทั้งฝ่ายโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์. *ขยายหลักสูตรแพทย์เป็น ๔ ปี.* งบประมาณค่ายาเดือนละ ๑๐๐ ถึง ๑๕๐ บาท.

พ.ศ. ๒๔๔๗

แยกกิจการเป็นฝ่ายโรงเรียน (หลวงวิจิตรวรสาสน์เป็นผู้อำนวยการ), ฝ่ายโรงพยาบาล (หมอแม็คฟาร์แลนด์เป็นผู้อำนวยการ), และฝ่ายการสอน (หลวงวินิจวิทยาการเป็นผู้อำนวยการ).

พ.ศ. ๒๔๔๘

เลิกกรมพยาบาล. ศิริราชพยาบาลขึ้นแก่ราชแพทยาลัยและสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ. ขยายรับนักเรียนแพทย์ถึง ๑๐๐ คน.

พ.ศ. ๒๔๔๙

จรรยาแพทย์. เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี, เสนาบดีกระทรวงศึกษาธิการ, เริ่มสอน "จรรยาแพทย์" ด้วยตนเอง.

นักเรียนแพทย์ใช้*เครื่องแบบใหม่* คือ สวมเสื้อนอกแบบราชการสีไข่ไก่, กางเกงขาสั้นสีน้ำเงินแก่, สวมถุงเท้าสีดำยาวถึงใต้เข่า, รองเท้าดำ, หมวกกันแดดสีน้ำตาล. เครื่องแบบนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะเห็นกันว่าครึ.

เริ่มการสอนวิชาพยาบาลสำหรับชาย (บุรุษพยาบาล). เลิกใน พ.ศ. ๒๔๖๙.

พ.ศ. ๒๔๕๐

รวมการสอนวิชาแพทย์ไทยเข้ากับวิชาแพทย์แผนปัจจุบัน.

พ.ศ. ๒๔๕๑

ปรับปรุงหลักสูตรวิชาพยาบาล. รับผู้สำเร็จวิชาประถมศึกษาเป็นอย่างต่ำ.

พ.ศ. ๒๔๕๓

ขยายโรงเรียนแพทย์ให้รับนักเรียนได้ ๑๔๐ คน, แยกเป็น "นักเรียนหลวง" (ในบำรุง) กับ "นักเรียนเชลยศักดิ์" (นอกบำรุง). นักเรียนหลวงต้องขบ แผนกตระเตรียมสำหรับวิชาแพทย์" หรือมัธยมศึกษาสามัญ, ไม่ต้องเสียค่าเรียนและค่ากินอยู่, มีเบี้ยเลี้ยง, เรียนจบแล้วต้องรับราชการ. นักเรียนเชลยศักดิ์ต้องเสียค่ากินอยู่เดือนละ ๑๐ บาท, เรียนสำเร็จแล้วเลือกงานได้.

๒๓ ตุลาคม, *พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว,* ผู้ทรงพระราชทาน

กำเนิดศิริราชพยาบาลและราชแพทยาลัย, สวรรคต. พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงรับสิริราชสมบัติ.

พ.ศ. ๒๔๕๖

ขยายหลักสูตรวิชาแพทย์เป็น ๕ ปี. และรับผู้สอบได้ชั้นมัธยมปีที่ ๖ เป็นอย่างต่ำ.

ยุคคลาน

พ.ศ. ๒๔๕๗

พระเจ้าน้องยาเธอ *กรมขุนชัยนาทนเรนทร*, ในตำแหน่งผู้บัญชาการราชแพทยาลัย, ทรงรวบรวมผู้ทรงวิทยาคุณมาช่วยสอนในโรงเรียนแพทย์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านวิทยาศาสตร์.

พ.ศ. ๒๔๕๘

เลิกสอนวิชาแพทย์ไทย.

เริ่มสอนวิชาเภสัชกรรม, หลักสูตร ๓ ปี.

พ.ศ. ๒๔๕๙

๒๖ มีนาคม, ประกาศสถาปนาโรงเรียนข้าราชการพลเรือนของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็น จุฬาลงกรณมหาวิยาลัย, สังกัดกรมมหาวิทยาลัย, กระทรวงธรรมการ.

พ.ศ. ๒๔๖๐

๖ เมษายน, รวมราชแพทยาลัยเข้าในจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.

พ.ศ. ๒๔๖๑

เปลี่ยนชื่อราชแพทยาลัยเป็นคณะแพทยศาสตร์. *เพิ่มหลักสูตรแพทย์เป็น ๖ ปี.* สอบไล่ได้แรกเรียนที่หอวัง, จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.

พ.ศ. ๒๔๖๓

มีนาคม, นายแพทย์วิคเตอร์ จี. ไฮเซอร์, ผู้ตรวจการของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์, มาดูกิจการโรงเรียนแพทย์, โดยการชักนำของ นายแพทย์ ยาร์นส์ ผู้แทนมูลนิธิ ฯ แผนกสาธารณสุขประจำประเทศไทย.

ยุคเดิน

พ.ศ. ๒๔๖๔

๑๖ พฤษภาคม, เจ้าพระยาธรรมศักดิมนตรี, เสนาบดีกระทรวงธรรมการ, มีหนังสือถึงนายกมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ เรื่อง

ความช่วยเหลือปรับปรุงโรงเรียนแพทย์.

๓๑ ตุลาคม, นายแพทย์ริชาร์ด เอ็ม. เพียร์ส, ประธานแผนกการศึกษาแพทยศาสตร์ของมูลนิธิ, เข้ามาดูกิจการเกี่ยวกับโรงเรียนพยาบาลและโรงเรียนแพทย์.

๒๓ ตุลาคม, นายแพทย์ริชาร์ด เอ็ม. เพียร์ส เสนอหลักการให้ความร่วมมือปรับปรุงโรงเรียนแพทย์. กระทรวงธรรมการทูลอัญเชิญ สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ *กรมขนสงขลานครินทร์* ซึ่งขณะนั้นประทับอยู่ในยุโรป, ให้ทรงรับพระภาระเป็นผู้แทนฝ่ายไทยในการเจรจา.

พ.ศ. ๒๔๖๕

ใช้ระเบียบใหม่สำหรับนักเรียนแพทย์. ผู้สำเร็จชั้นมัธยมบริบูรณ์ต้องเสียค่าเล่าเรียนปีละ ๔๕ บาท. ค่าสำนักหอปีละ ๑๖๐ บาท. ผู้สำเร็จมัธยมบริบูรณ์แปดไม่ต้องเสีย.

พ.ศ. ๒๔๖๖

เริ่มการร่วมมือกับมูลนิธิร็อคคิเฟ็ลเล่อร์. เริ่มรับนักเรียนแพทย์ชั้นปริญญา. แบ่งการเรียนเป็นชั้นเตรียมแพทยศาสตร์และแพทยศาสตร์

๑๐ ตุลาคม, ศาสตราจารย์ เอ.จี. เอ็ลลิส เข้ามาถึงในฐานผู้แทนมูลนิธิร็อคคิเฟ็ลเล่อร์, ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการสอน (ต่อมาเป็นคณบดี) และเป็นศาสตราจารย์พยาธิวิทยาด้วย. การร่วมมือโดยสรุปมีสามทางคือ (๑) การก่อสร้าง, (๒) การส่งศาสตราจารย์ฝรั่งมาช่วยสอน, และ (๓) การส่งอาจารย์ไทยไปศึกษาเพิ่มเติม.

พฤศจิกายน, นายแพทย์คาร์เตอร์, ผู้ตรวจการภาคตะวันออกของมูลนิธิ ฯ เข้ามาทำความตกลงเรื่องการสอนวิชาเตรียมแพทย์.

พ.ศ. ๒๔๖๗

สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ กรมขุนสงขลานครินทร์ทรงดำรงตำแหน่งอธิบดีมหาวิทยาลัย และทรงช่วยสอนชีววิทยาและประวัติศาสตร์แก่นักเรียนเตรียมแพทย์.

พ.ศ. ๒๔๖๘

๒๕ พฤศจิกายน, พระยาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวสวรรคต. พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นทรงราชย์.

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอกรมขุนสงขลานครินทร์เสด็จไปทรงศึกษาวิชาแพทย์ที่สหรัฐอเมริกา.

พ.ศ. ๒๔๖๕

ขยาย หลักสูตรวิชาพยาบาล เป็น สามปีครึ่ง, รับผู้สำเร็จชั้นมัธยมปีที่ ๖.

พ.ศ. ๒๔๗๐

มีนิสิตหญิงในคณะแพทยศาสตร์ (และในมหาวิทยาลัย) เป็นครั้งแรก, จำนวน ๗ คน. รุ่นนี้เรียนสำเร็จใน พ.ศ. ๒๔๗๕ เพียง ๓ คน.

พ.ศ. ๒๔๗๑

สมเด็จพระเจ้าพี่ยาเธอเจ้าฟ้า กรมขุนสงขลานครินทร์เสด็จ มา ทรง ปฏิบัติ งานในหน้าที่แพทย์ ณ โรงพยาบาลศิริราชเป็นครั้งคราว, แล้วเสด็จไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลแม็คคอร์มิคเชียงใหม่จนประชวรลง.

แพทย์ปริญญาสำเร็จเป็นรุ่นแรก. ๑๘ คน. ทางการกำหนดใช้ครุยปริญญาเป็นผ้าโปร่งประดับดิ้นทอง, คล้ายกับครุยเนติบัณฑิต

พ.ศ. ๒๔๗๒

พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว โปรดเกล้าฯ *พระราชทานปริญญาบัตร* แก่แพทย์รุ่น ๒๔๗๑ และ ๒๔๗๒ ที่กรฐี-ศาสตร์ (ในปัจจุบันเป็นที่อักษรศาสตร์) จุฬาลงกรณมหาวิยาลัย, เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์. มีรางวัลเหรียญทอง, เงิน, และทองแดงแก่ผู้สอบได้ที่ ๑.

มีผู้ได้ รับเลือก เป็นผู้ ผึกหัด ค้นคว้าและสอนของสมเด็จพระเจ้าพี่เธอ เจ้าฟ้ากรมขุนสงขลานครินทร์ ๒ คน, เป็นรุ่นแรก.

๒๔ กันยายน, สมเด็จพระเจ้าพี่ยาเธอเจ้าฟ้า *กรมขุนสงขลานครินทร์สิ้นพระชนม์.* เป็นการสูนย์เสีย "พระบิดรแห่งการแพทย์ปัจจุบัน" อย่างไม่น่าที่จะเป็นไป. นักศึกษาแพทย์ได้รับเกียรติให้เข้าริ้วขบวนแห่พระศพในวันถวายพระเพลิงด้วย.

พ.ศ. ๒๔๗๔

หอพักนักเรียนแพทย์ (ชาย), ซึ่งสร้างขึ้นในที่ดินซึ่งพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากรมหลวงเพ็ชรบุรีราชสิรินทรประทาน, สำเร็จและเปิดใช้ได้. นักเรียนแพทย์มีหอพักที่เป็นที่เป็นครั้งแรก, แตกต่างมากจากเดิมซึ่งเป็นโรงไม้หลังคามุงจาก.

พ.ศ. ๒๔๗๕

๑๗ พฤษภาคม, มีการ "*รับน้องใหม่*"

เป็นครั้งแรก, ด้วยจุดประสงค์ที่จะลบรอยร้าวที่เกิดจากการวิวาทในการแข่งขันฟุตบอลกับนักเรียนคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ (เตรียมแพทย์) ได้ผลเป็นที่พอใจ. งานนี้เป็นต้นกำเนิดของงานรับน้องใหม่ต่อๆ มา. ทั้งในศิริราช และที่อื่นๆ ทั่วประเทศ.

ในปีนี้มีแพทย์หญิงได้รับปริญญาเป็นรุ่นแรก ๓ คน, มีผู้สอบได้แพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตเป็นครั้งแรก ๑ คน.

พ.ศ. ๒๔๗๖

หมดสัญญาการร่วมมือกับมูลนิธิร็อคคีเฟลเล่อร์, แต่มูลนิธิฯ ต่อสัญญาให้อีก ๒ ปี เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่สมเด็จพระเจ้าพี่ยาเธอ เจ้าฟ้ากรมขุนสงขลานครินทร์.

พ.ศ. ๒๔๗๗

พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงสละราชสมบัติ. *สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล* ทรงรับสืบสันตติวงศ์.

พ.ศ. ๒๔๘๑

สมัยรัฐนิยม. เลิกใช้ภาษาอังกฤษในการสอน.

พ.ศ. ๒๔๘๒

สงครามโลกครั้งที่ ๒ เริ่มในยุโรป.

พ.ศ. ๒๔๘๓

เปลี่ยนวันปีใหม่เป็น ๑ มกราคม แทน ๑ เมษายน.

กรณีพิพาทอินโดจีน. อาจารย์หลายคนและนักเรียนแพทย์ปีที่ ๔ ต้องไปช่วยราชการทหาร. บัณฑิตใหม่ที่เป็นชายได้ถูกบรรจุเข้ากองทัพทั้งหมด.

โรงเรียนเภสัชกรรมแยกเป็นแผนกอิสระ.

ญี่ปุ่นส่งคณะแพทย์มาสำรวจภาวะประเทศไทย, รวมทั้งโรงเรียนแพทย์ด้วย.

พ.ศ. ๒๔๘๔

๘ ธันวาคม, สงครามอาเซียบูรพาเริ่ม. ญี่ปุ่นยกเข้าประเทศไทย. โรงเรียนแพทย์ปิดไปชั่วคราวแล้วเปิดใหม่. การติดต่อกับยุโรปและอเมริกาชะงัก. เริ่มขาดแคลนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การศึกษาต่างๆ, รวมทั้งตำราเรียน.

อาจารย์และพนักงานวิทยาศาสตร์หลายคนต้องไปช่วยราชการสนาม.

มาลาเรียระบาด. ยาแพง. อะเตบรินหลอดละ ๕๐ บาท, อิเมตินฉีดหลอดละ

๑๒๐ บาท, ซัลฟาพิริดีนเม็ดละ ๓๕ บาท.

พ.ศ. ๒๔๘๕

อักขระวิบัติเพราะความกดดันทางการเมือง, ทำให้เกิดความขัดข้องในการเขียนรายงานและบทความวิชาการ.

ตุลาคม - ธันวาคม, น้ำท่วมใหญ่. สิ่งของเริ่มขึ้นราคา.

สถาปนามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลย้ายไปขึ้นต่อมหาวิทยาลัยใหม่นี้ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์, คณะทันตแพทยศาสตร์, และคณะสัตวแพทยศาสตร์.

พ.ศ. ๒๔๘๖

พิธีประสาทปริญญาครั้งแรกของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, ที่หอประชุมจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย. ใช้ครุยแพรดำมีผ้าคลุมศีรษะแบบฝรั่ง. เปลี่ยนคำปฏิญาณแบบฮิปโปเครติสเป็นแบบใหม่เพื่อให้สาขาอื่นนอกจากแพทย์ใช้ได้ด้วย.

พ.ศ. ๒๔๘๗

กระทำพิธีประสาทปริญญาของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ที่ศิริราชเป็นครั้งแรก. ใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาล.

พ.ศ. ๒๔๘๘

ภัยทางอากาศหนักมากขึ้น. ตึกพยาธิวิทยาหลังใหม่และหอพักแพทย์หลังใหม่ถูกทำลายหมด. อาคารของแผนกสูติศาสตร์, ตึกกาย วิภาค — สรีรวิทยา และหอพักนักเรียนแพทย์เสียหาย.

มีนาคม, ยึดโรงเรียนแพทย์, ย้ายโรงพยาบาลไปตั้งที่อาคารเดิมของศาลากลางจังหวัดนนทบุรี. นักเรียนชั้นปีที่ ๔ ไปช่วยงานโรงพยาบาล.

ไข้ทรพิษและอหิวาตกโรคระบาด. น้ำเกลือนอร์มัลผลิตในช่องกงหลอดละ ๕๐๐ ล.ซม. ขายกัน ๑๕๐ บาท, ยังหาได้ยาก.

ขบวนการเสรีไทยขยายงานในประเทศ. อาจารย์บางคนถูกขอตัวไปช่วย.

๑๖ สิงหาคมสงครามสงบ. เริ่มการสอนต่อไป. โรงพยาบาลย้ายกลับหมดในวันที่ ๓ ธันวาคม.

๒ กันยายนแยกแผนกจักษุวิทยา ฯ จากแผนกศัลยศาสตร์และแผนกกุมารเวชศาสตร์จากแผนกอายุรศาสตร์.

คณะกรรมการรับหลักการองค์การมะเร็ง.

พ.ศ. ๒๔๘๙

๑๓ เมษายน, สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลเสด็จพระราชดำเนินพระราชทานปริญญาบัตร ณ ปะรำพิธีซึ่งสร้างขึ้นที่หน้าตึกรังสิวิทยา. ใช้สนามข้างหน้าเป็นที่ตั้งกระโจมสำหรับบัณฑิตและแขก. เป็นการพระราชทานปริญญาบัตรครั้งเดียวของพระมหากษัตริย์พระองค์นั้น.

๙ มิถุนายน, สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลเสด็จสวรรคต. พระยาทสุมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพล ฯ เสด็จขึ้นทรงราชย์. อาจารย์ในศิริราชหลายคนมีบทบาทสำคัญในการไต่สวนของ "ศาลการเมือง".

เริ่มผลิตน้ำเกลือสำหรับฉีดขึ้นใช้เองในโรงพยาบาลศิริราช โดยการร่วมมือของแผนกสรีรวิทยากับแผนกเภสัชกรรม.

พ.ศ. ๒๔๙๐

เปิดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. อาจารย์ในศิริราชย้ายไปหลายคน.

ใช้วิธี "แย่งที่นั่ง" ในการแข่งนักเรียนแพทย์สำหรับสองโรงเรียน.

พ.ศ. ๒๔๙๑

ใช้วิธี "จับสลาก" สำหรับแข่งแยกนักเรียนแพทย์ให้สองโรงเรียน.

พ.ศ. ๒๔๙๒

๑ มกราคม, สารศิริราชฉบับปฐมฤกษ์. ออกรายเดือน. ค่ารับปีละ ๑๐ บาท.

เริ่มใช้ - "ระเบียบปกครองนักศึกษาแพทย์" เป็นครั้งแรก. มีคณะกรรมการปกครอง ฯ ; คณะแพทย์ประจำนักศึกษา, ฯลฯ.

พ.ศ. ๒๔๙๓

งานฉลองหกสิบปีศิริราช ๒๘ เมษายน ๑๖.๐๐ น. โปรดเกล้า ฯ เสด็จพระราชดำเนินเปิดพระรูปสมเด็จพระราชบิดา ฯ, เสด็จพระราชดำเนินเปิดงานฉลองหกสิบปีศิริราช, และเสด็จพระราชดำเนินชมร้านและการแสดงต่าง ๆ จนตลอด. แล้วเสด็จกลับ. ๑๙.๐๐ น. สโมสรสันนิบาตในระหว่างศิษย์ศิริราชทุกประเภท (แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร) และครอบครัว. ๒๙ เมษายน ถึง ๒ พฤษภาคม, มีงานฉลองหกสิบปีทุกวันและ ๗ พฤษภาคม มีตลาดนัดเนื่องในงานฉลองนี้.

นายแพทย์ เย็น ไอส์แมน เป็นผู้แทน

รัฐบาลสหรัฐอเมริกามาสำรวจภาวะโรงเรียนแพทย์และการแพทย์ทั่วไป.

เริ่มบริการทันตกรรมในศิริราชพยาบาล.

พ.ศ. ๒๔๙๔

๑ มีนาคม ๐๙.๒๔ น. พิธีวางศิลาฤกษ์หอประชุมราชแพทยาลัย พล.ต. น้อม เกตุนุติ, รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการสาธารณสุขเป็นประธาน, ท่านเจ้าคุณธรรมวโรดมเป็นประธานในการทำพิธีทางศาสนา, บริษัทเซ่งงี่ผู้รับเหมา, สร้างด้วยเงินเรี่ยไรจากศิษย์เก่าและประชาชน, รวมกับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล, เป็นอนุสรณ์แห่งความกตัญญูและกตเวที.

๗ มีนาคม, พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรสิ้นพระชนม์. ต่อมาถวายพระเพลิงที่วัดเบญจมบพิตร.

มีนาคม, มีการสอบไล่ขั้นปริญญาของสองโรงเรียนแพทย์ร่วมกันเป็นครั้งแรก. มีรางวัลเหรียญทองและเหรียญเงินของมหาวิทยาลัยให้แก่ผู้สอบได้ที่ ๑ และที่ ๒ จากสองโรงเรียนร่วมกัน. นักเรียนแพทย์ปีที่ ๑,๒,๓ สอบแยกไปต่างหาก. ใช้หอประชุมราชแพทยาลัยเป็นที่สอบ.

๒๙ มิถุนายน, "กรณีแมนฮัตตัน". โรงพยาบาลศิริราชต้องรับช่วย เหลือผู้บาดเจ็บจำนวนมาก และให้ที่อาศัยแก่ผู้หลบภัย. นายประชุม ชันรัตน์, นักศึกษาแพทย์ปีสอง, ตายเพราะสะเก็ดระเบิดระหว่างช่วยผู้บาดเจ็บ.

๒๔ กันยายน, กระทำพิธีสักการะพระรูปอนุสาวรีย์สมเด็จพระราชชนิดา, เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ ณ ศิริราชพยาบาลในงาน "วันมหิดล" เป็นครั้งแรก. มีการวางพวงมาลา ของแผนกวิชาต่าง ๆ, คนไข้. สถาบันและสมาคมต่าง ๆ, และประชาชน. มีประกวดเรียงความ, โดยการริเริ่มของนายแพทย์สวัสดิ์ สุขแสง.

เริ่มสมัยรับการช่วยเหลือ จากต่างประเทศ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งสหรัฐอเมริกา.

พ.ศ. ๒๔๙๕

๑๙ มิถุนายน, พระยาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ เสด็จพระราชดำเนินเปิดหอประชุมราชแพทยาลัย และพระราชทานปริญญาบัตรที่นั่น เป็นครั้งแรก.

เริ่มส่งแพทย์และพยาบาลไปเรียนวิสัญญีวิทยาและวิสัญญีกรรมโดยเฉพาะในต่าง

ประเทศ, เป็นครั้งแรก.

กรกฎาคม ถึง ตุลาคม, โรค "โปลิโอ" ระบาด. ศิริราชพยาบาลมี "ปอดเหล็ก" ใช้เป็นครั้งแรก, เป็นของขวัญจากบริษัทกรุงเทพฯ บรรจุขวด.

๒๔ กันยายน, เริ่ม "ทุนวันมหิดล". งดพวงมาลาของแผนกต่าง ๆ, ใช้พวงมาลารวมทั้งคณะเพื่อประหยัดเงินที่เหลือจากการบริจาคในแผนกต่าง ๆ ตั้งเป็น "ทุนวันมหิดล" เพื่อการศึกษาแพทย์. รับบริจาคจากประชาชนด้วย.

นักศึกษาแพทย์ทำงานโยธา, โดยทำความสะอาดบริเวณสถานศึกษา, เนื่องในวันมหิดลเป็นครั้งแรก.

พ.ศ. ๒๔๙๖

๒๓-๒๔ มีนาคม, จัด "การพินวิชา" เป็นการอบรมหลังปริญญา ครั้งแรก.

พ.ศ. ๒๔๙๕

๒๕-๓๐ พฤศจิกายน, การประชุมพิจารณาการศึกษา อบรม แพทยศาสตร์แห่งชาติครั้งที่ ๑ ที่บางแสน, ชลบุรี, ด้วยความช่วยเหลือของไซน่า เมดิคัลยอร์ด ออฟ นิวยอร์ค, มีอาจารย์จาก สอง โรงเรียนแพทย์, แพทย์จาก กระทรวงสาธารณสุข, และผู้เชี่ยวชาญ จากต่าง ประเทศ เข้าร่วม. ได้วางหลักเกณฑ์การปรับปรุงหลายข้อที่น่าจะเป็นประโยชน์มาก, ถ้าได้จัดทำตาม.

พระราชทาน "ทุนอานันทมหิดล" แก่แพทยศาสตร์บัณฑิตเป็นครั้งแรกโดย อาศัยคะแนนสอบปริญญาเปรียบเทียบกันเป็นหลักตัดสิน.

เริ่มการ สอบวิชาพยาบาล ขั้นปริญญา, โดยให้เรียนวิชาเบื้องต้นที่คณะเภสัชศาสตร์ก่อน ๑ ปี.

พ.ศ. ๒๕๐๐

ไข้หวัดใหญ่ระบาด. โรงพยาบาลศิริราชขยายที่รับรองให้คนไข้เพิ่มขึ้นเป็นพิเศษหลายห้อง.

พ.ศ. ๒๕๐๑

มีนาคม-มิถุนายน, อหิวาตกโรคระบาดร้ายแรง. เริ่มจากตำบลยางกอกน้อย. คนไข้คนแรกที่แสดงให้รู้ถึงการระบาดถูกรับเข้าไว้ในศิริราชพยาบาลก่อน. จากนั้นกระจายไปทั่วภาคกลาง, ภาคอื่น ๆ มีน้อย. ที่ร้ายแรงมากคือสมุทรสงคราม, สมุทรสาคร. โรงพยาบาลศิริราชยืดยืดบริการรายจ

แผนกเพื่อขยายเพิ่มเติมไว้รับคนไข้อหิวาตกโรค, ซึ่งมีมากกว่าก่อน. ส่งแพทย์และนักศึกษาแพทย์ไปช่วยเป็นชุดที่สมุทรสงคราม, และส่งไปช่วยฉีดวัคซีนในที่อื่น ๆ, รับฉีดวัคซีน, พระราชทานเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท ให้แผนกสรีรวิทยาสร้างเครื่องกลั่นน้ำทำน้ำเกลือเพิ่มเติม, จนสามารถผลิตน้ำเกลือทันความต้องการของศิริราชพยาบาล, และมีเหลือส่งไปช่วยที่สมุทรสงครามและที่กรมอนามัยอีกด้วย. เจ้าหน้าที่ผลิตน้ำเกลือต้องทำงานเกือบตลอด ๒๔ ชั่วโมง. แพทย์ฝ่ายรักษาและพยาบาลก็ต้องเหน็ดเหนื่อยมาก. แพทย์ฝ่ายปรีคลินิคหลายคนอาสาสมัครช่วยด้วย.

เปิดโรงเรียนแพทย์ช้าไป ๓ สัปดาห์ เพื่อเปิดโอกาสนักเรียนแพทย์ไปช่วยต่อต้านอหิวาตกโรค.

สมเด็จพระบรมราชินีนาถโปรดเกล้า ฯ พระราชทานอนุปริญญาบัตรแก่พยาบาลเป็นครั้งแรก.

เริ่มการตั้งคณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ด้วยความร่วมมือของฝ่ายสหรัฐ ฯ, อาจารย์ย้ายไปหลายคน. ส่วนมากไปเรียนเพิ่มเติมที่ต่างประเทศก่อน. องค์การช่วยเหลือของสหรัฐ ฯ แข็งขอให้การช่วยเหลือทางอื่นนอกจากให้เพื่อโรงเรียนแพทย์ใหม่นี้.

พ.ศ. ๒๕๐๒

มีการสอบคัดเลือกนักศึกษาแพทย์เป็นครั้งแรก, ตามหลักการที่ตกลงในที่ประชุม ฯ ที่ยางแสน. แต่ถือลำดับเป็นสำคัญกว่าคะแนน.

พยาบาลปริญญาสอบสำเร็จเป็นรุ่นแรก.

พ.ศ. ๒๕๐๓

๑ เมษายน, เริ่มบริการ "สวัสดิการยา", จัดยาพิเศษไว้จำหน่ายแก่ข้าราชการและคนไข้, ไม่ต้องให้ไปเที่ยวซื้อจากภายนอก.

๓ กันยายน, มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ย้ายไปขึ้นสำนักนายกรัฐมนตรี, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลย้ายตามไปด้วย. มีการใช้พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ใหม่, เปลี่ยนแปลงอำนาจหน้าที่สำคัญ ๆ บางประการ.

๒๔ กันยายน, นักศึกษาแพทย์ออกจำหน่ายเครื่องหมายที่ระลึกในวันมหิดล, หาเงินสมทบทุนวันมหิดล, เป็นครั้งแรก.

พ.ศ. ๒๕๐๔

เริ่มระบบแพทย์ผึกหัดหมุนเวียนโดย

บังคับ. แพทย์ที่จบใหม่ ต้องไปฝึกหัดในโรงพยาบาลที่ทางการรับรอง, รวมเวลา ๑ ปี, จึงจะขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะได้. ระหว่างนี้ได้เงินเดือน ๗๐๐ บาท, ที่พักอาศัย และอาหาร.

มิถุนายน, ตั้งชุมนุมศึกษาพุทธธรรม (ศิริราช), ในอุปการะของคณะแพทยศาสตร์, โดยความสนใจของแพทย์, พยาบาล, นักศึกษาแพทย์, อาศัยแผนกสรรวิทยาเป็นสำนักงาน. มีการสอนธรรมะในศิริราชอย่างเป็นล่ำเป็นสันเป็นครั้งแรก.

พ.ศ. ๒๕๐๕

มีนาคม, แยกสอบไล่ขั้นปริญญาในโรงเรียนทั้งสอง, เป็นครั้งแรก. เลิกรางวัลรวมของมหาวิทยาลัย. มีแต่รางวัลของแต่ละคณะ.

ได้ที่จากการรถไฟแห่งประเทศไทยทางด้านเหนือเพิ่มขึ้นอีก.

๔-๘ พฤษภาคม, *งานฉลองเจ็ดสิบสองปีศิริราช.*

๓ พฤษภาคม, มีสโมสรสันนิบาตสำหรับศิษย์ศิริราชทุกประเภท.

คำส่งท้าย

"ศิริราช" ได้ก่อตัวขึ้นและเจริญมาเป็นลำดับ, ด้วยน้ำพักน้ำแรงของบุคคลจำนวนมาก, เริ่มด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นปฐม, สร้างเสริมด้วยวิริยะอุตสาหะและความเสียสละของเจ้าหน้าที่, ครูอาจารย์, และผู้อุปถัมภ์ทั้งปวง, มีเรื่องราวมากมายที่ควรแก่การจารึกจดจำ. การบันทึกนี้ทำได้เพียงสังเขปและผิวเผิน, เนื่องด้วยความจำกัดหลายประการ, มีจุดประสงค์เพียงรื้อฟื้นความจำของคนรุ่นเก่าและชี้จุดเด่น ๆ ในเหตุการณ์สำหรับคนรุ่นใหม่, เป็นการแสดงและส่งเสริมกตัญญูกตเวทีต่อบุพการีทั้งหลายในอดีต, ผู้ได้เสียสละเพื่อความเจริญของ "ศิริราช" มาแล้ว, สมควรแก่การถือเป็นแบบอย่าง, เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและความไพศาลให้สถานศึกษานี้ต่อไป.

"ความกตัญญูเป็นเครื่องหมายของผู้เจริญ"

"ความเจริญนำซึ่งความเจริญ"

สถิติการรักษาพยาบาล (บางส่วน) ของโรงพยาบาลศิริราช

(พ.ศ. ๒๔๘๔—พ.ศ. ๒๕๐๔)
(อายุ ๖๐ ถึงอายุ ๗๒ ปี)

ปี	จำนวนผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วยใน	จำนวนการผ่าตัด	จำนวนเด็กเกิด	การถ่ายเลือด	ตรวจศพ	ตรวจรังสีเอ๊กซ์	ตรวจชีวเคมี	ตรวจเนื้อพยาธิวิทยา	ทันตกรรม	อายุรศาสตร์วิธีพิเศษ ★
๒๔๘๓	๑๒๕,๒๓๗	๑๒,๖๘๘	๖,๑๖๘	๓,๕๕๘	๑,๗๔๕	๑๔๕	๑๗,๑๗๓	๑๒,๕๘๕	๑๓,๘๘๑	—	—
๒๔๘๔	๑๒๒,๐๓๗	๑๔,๐๓๑	๖.๘๘๓	๓,๘๕๑	๒,๕๑๑	๑๔๒	๑๘,๑๒๘	๒๐,๗๖๗	๕,๘๗๘	๑,๘๘๒ (ส.ค.—ธ.ค.)	—
๒๔๘๕	๑๒๖,๐๘๒	๑๔,๘๗๒	๗,๐๔๘	๔,๑๗๕	๔,๐๓๖	๑๗๔	๒๐,๑๒๗	๓๐,๖๕๒	๗,๐๔๘	๓,๓๖๒	—
๒๔๘๖	๑๓๒,๐๔๑	๑๕,๕๔๖	๗,๗๐๘	๔,๘๔๒	๓,๗๓๗	๒๗๗	๒๒,๓๕๓	๓๔,๗๐๒	๔,๘๓๖	๔,๗๓๔	๓๑๑
๒๔๘๗	๑๖๖,๗๕๔	๑๗,๘๔๘	๘,๐๕๒	๕,๔๑๘	๔,๓๘๑	๔๘๓	๒๗,๔๕๔	๔๖,๒๔๖	๑๓,๘๕๖	๖,๖๑๘	๔๖๑
๒๔๘๘	๑๘๘,๒๕๗	๒๐,๐๔๔	๘,๕๘๘	๗,๒๐๖	๕,๐๗๐	๖๖๖	๒๗,๗๗๓	๕๑,๕๐๗	๒๔,๐๑๕	๗,๑๗๕	๘๐๗
๒๔๘๘	๒๒๑,๓๘๘	๒๑,๓๗๑	๑๐,๗๓๗	๘,๐๗๖	๕,๖๘๓	๖๖๔	๓๐,๓๖๖	๕๒,๔๒๑	๑๘,๖๕๔	๘,๒๔๔	๗๑๘
๒๕๐๐	๒๓๐,๕๕๘	๒๓,๑๕๐	๑๒,๑๗๘	๘,๔๐๔	๕,๘๗๕	๖๘๓	๓๑,๓๒๓	๕๒,๓๖๑	๑๒,๘๕๑	๘,๘๓๕	๖๘๑
๒๕๐๑	๒๗๔.๘๔๖	๒๗,๖๘๗	๑๓,๔๘๖	๘,๐๔๑	๗,๔๒๔	๗๘๔	๓๗,๒๑๒	๕๙,๘๕๗	๑๕,๐๕๘	๑๒,๘๒๔	๕๘๓
๒๕๐๒	๓๐๖,๗๖๒	๒๘,๓๑๑	๑๕,๘๗๔	๑๐,๔๕๘	๘,๖๓๐	๘๒๓	๔๔,๘๖๓	๖๕,๒๘๖	๑๗,๓๑๗	๑๕,๗๖๒	๕๘๘
๒๕๐๓	๓๔๗,๐๒๑	๓๒,๓๓๑	๑๘,๖๖๐	๑๒,๐๘๔	๘,๑๔๗	๘๘๖	๔๗,๑๐๖	๗๗,๘๑๒	๒๑,๘๑๑	๑๘,๔๓๔	๔๑๘
๒๕๐๔	๓๕๑,๔๗๘	๓๓,๒๓๐	๒๑,๕๐๓	๑๒,๘๕๘	๘,๕๐๗	๘๖๔	๕๒.๑๕๔	๘๔,๖๕๕	๑๕,๘๖๑	๒๐,๔๐๓	๕๗๒
เปรียบเทียบ	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม	เพิ่ม
๒๔๘๓ กับ ๒๕๐๔	๒.๘	๒.๖	๓.๕	๓.๖	๕.๔	๕.๘	๓.๐	๖.๗	๑.๒	๖.๑*	๑.๘**
	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า	เท่า

* — เปรียบเทียบปี ๒๔๘๕ กับปี ๒๕๐๔
** — เปรียบเทียบปี ๒๔๘๖ กับปี ๒๕๐๔
★ — เจาะท้อง, เจาะน้ำสันหลัง, เจาะตับ, เจาะน้ำช่องปอด.

สถิติการผลิต
ของหมวดยาฉีด, ศิริราชพยาบาล

เริ่มผลิตยาน้ำสำหรับฉีดขึ้นใช้เองตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๔๘๐. ในขั้นต้นได้ผลิตเฉพาะน้ำเกลือนอร์มัล (๐.๘๕ ปช.). ต่อมาได้ผลิตอย่างอื่นเพิ่มขึ้นอีกหลายอย่าง.

สมัยต้น (พ.ศ. ๒๔๘๐–๒๔๘๕)

พ.ศ. / ปริมาณผลิต, เป็นลิตร	๒๔๘๐.	๒๔๘๑.	๒๔๘๒.	๒๔๘๓.	๒๔๘๔.	๒๔๘๕.
	๑,๑๔๘	๔,๗๗๕	๘,๗๓๘	๑๐,๘๒๖	๑๗,๒๑๕	๑๕,๑๓๒

สมัยต่อมา (พ.ศ. ๒๔๘๖–๒๕๐๔) ปริมาณแจ้งเป็นลิตร)

พ.ศ.	น้ำเกลือนอร์มัล	น้ำกลั่นฉีด	กลูโคส ๕ ปช.	กลูโคส ๒๕ ปช.	กลูโคส ๕๐ ปช.	โซเดียม ซิเตรต ๓.๘ ปช.
๒๔๘๖	๑๖,๐๒๘	๓,๘๗๓	—	๒๓๒	๒,๓๑๗	๒๒๒
๒๔๘๗	๑๗,๓๐๖	๗,๕๕๘	๑,๐๘๕	๓๐๒	๓,๒๗๓	๓๓๗
๒๔๘๘	๑๖,๑๕๒	๑๒,๒๗๘	๓,๒๔๒	๓๐๔	๓,๔๘๘	๔๒๔
๒๔๘๙	๑๖,๐๒๔	๑๑,๘๒๐	๓,๒๐๐	๒๘๕	๓,๔๒๖	๓๗๘
๒๕๐๐	๑๗,๗๒๔	๑๔,๗๒๐	๕,๒๗๕	๒๒๗	๓,๓๓๘	๔๑๐
๒๕๐๑	๒๖,๘๘๗	๑๘,๑๔๑	๘,๘๕๖	๘๘	๔,๕๖๐	๔๒๐
๒๕๐๒	๓๖,๑๕๘	๒๐,๗๖๔	๘,๘๐๓	—	๕,๖๔๕	๕๐
๒๕๐๓	๓๐,๗๘๐	๒๒,๘๘๕	๑๐,๗๓๘	—	๖,๕๓๘	๕๒
๒๕๐๔	๒๘,๐๘๘	๓๐,๐๓๘	๔,๘๔๗	—	๘,๓๖๗	๓๒


ศิริราช
พุทธศักราช ๒๔๗๒

ภาคการฉลอง

งานฉลองเจ็ดสิบสองปีศิริราช

ในศุภวารดิถีที่โรงเรียนแพทย์แห่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ซึ่งได้สถาปนาขึ้นเมื่อเดือนพฤษภาคม พุทธศักราช ๒๔๓๒ โดยพระราชดำริและพระมหากรุณาธิคุณแห่งสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง, พระบิยมหาราช, ได้ดำเนินกิจการวัฒนาสถาพรมาครบหกรอบนักษัตรในเดือนพฤษภาคมนี้, จึงคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, มีคณบดี ศาสตราจารย์ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นผู้นำ, พร้อมด้วยคณะศิษย์อีกจำนวนหนึ่ง, ได้คำนึงเห็นพ้องต้องกันว่าในวาระอันเป็นอุดมมงคลนี้, สมควรจักได้จัดงานมหกรรมฉลองอย่างมโหฬาร, เพื่อแสดงปฏิการกตัญญูต่อพระองค์ผู้พระราชทานกำเนิด และบุพการีที่ได้ทรงร่วมและร่วมเสริมสร้างและส่งเสริมสถานศึกษาแห่งนี้ให้จำเริญมั่นคงมาจนชั่วขุนกาล. นอกจากประการดังกล่าว, ยังเป็นโอกาสให้บรรดาศิษยานุศิษย์ได้เผยแผ่กิตติคุณและกิตติศัพท์ของโรงเรียน, กระชับสายสัมพันธ์มุ่งมั่นในสามัคคีธรรมที่ได้ร่วมกันคิดร่วมกันทำเป็นเอกจิตเอกฉันท์เพื่อให้งานบรรลุสัมฤทธิผลมาด้วยดี.

โดยที่ในระยะนี้ทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลได้ขยายกิจการออกไปอย่างไพศาล เป็นเหตุให้กำลังเงินสนองได้ไม่ทันการ, งานยังค้างจึงชะงักชะงันไป. ดังนั้น, ในโอกาสจัดงานมหกรรมครั้งนี้, บรรดาศิษย์เหล่าหนึ่งได้พิจารณาที่จักหารายได้พิเศษมาเพิ่มพูนเป็นกำลังขยายกิจการให้บรรลุจุดประสงค์ตามแผนการ. คณบดีผู้เป็นประมุขแห่ง

คณะฯ จึงนำความขึ้นกราบบังคมทูล. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, ผู้ทรงคุณธรรมมหาประเสริฐทรงพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ รับงานมหกรรมครั้งนี้ไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ, สมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์, สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี, สมเด็จพระภคินีเธอ เจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา, และสมเด็จพระนางเจ้าสุวัทนา, ทรงอนุวัตรตามพระราชนิยม. ในทางราชการ ฯพณฯ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์, นายกรัฐมนตรี, ประมุขแห่งฝ่ายบริหารราชการแผ่นดิน, ได้โปรดให้ความกรุณารับงานมหกรรมนี้ไว้ในความอุปถัมภ์ของท่านทุกประการ.

อนึ่ง, ท่านผู้หญิงวิจิตรา ธนะรัชต์ ได้แผ่เมตตาธรรมด้วยการรับเป็นประธานกรรมการจัดงาน, มีพ่อค้าข้าราชการร่วมกับแพทย์พยาบาลและเภสัชกรศิษย์เก่า, เข้าร่วมเป็นกรรมการในแผนกต่าง ๆ อีกเต็มอัตรา. คณะกรรมการจัดงานมีมติให้กำหนดงานเป็นห้าส่วน. ส่วนที่หนึ่งเป็นบูพการีบูชา, กระทำทักษิณานุปทานโดยประเพณี, และสร้างอนุสาวรีย์พระรูปสมเด็จพระราชชนิดาฯ ขนาดย่อพอเหมาะแก่การนำไปสักการะบูชา. ส่วนที่สองมีการมหรสพและการละเล่นให้เป็นที่รื่นรมย์แก่ผู้มาชมงาน. ส่วนที่สามเป็นวิทยาการซึ่งเผยแผ่ทั้งแก่มวลแพทย์และประชาชนให้เล็งเห็นความก้าวหน้าและสัมฤทธิผลในด้านวิทยาศาสตร์. ส่วนที่สี่เป็นงานสโมสรสันนิบาตของศิษยานุศิษย์จากทั่วประเทศมาร่วมสังสรรเพื่อกระชับสัมพันธไมตรีให้แน่นแฟ้นยิ่งกว่าเคยมา. ส่วนที่ห้าเป็นการร่วมกันหาทรัพย์สินโดยนานาประการตามถนัด, นำมาจัดตั้งทุนเพื่อเกื้อหนุนกิจการโดยเฉพาะในด้านรักษาและด้านศึกษา, เพื่อให้ศิริราชวัฒนาเทียมทันอารยะสมัย. กิจการทั้งปวงดังพรรณนามาสำเร็จได้ด้วยความร่วมแรงร่วมใจของท่านกรรมการทั้งหลายผู้มีกุศลจิต, ซึ่งประจักษ์แล้ว ณ บัดนี้.

กำหนดการสังเขป

๑. **วันพฤหัสบดี ที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๐๕** งานสโมสรสันนิบาตของศิษย์ศิริราช. เวลา ๑๙ น. ศิษยานุศิษย์ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ทั้งแพทย์, พยา-

บาลและเภสัชกร, ร่วมกันรับประทานอาหาร, ชมการแสดงเบ็ดเตล็ดประกอบดนตรี, และสังสรรด้วยเรื่องอันเกี่ยวกับความหลังของโรงเรียนและโรงพยาบาลเป็นการเร้าความกตัญญูต่อครูบาอาจารย์และพันฟูสามัคคีธรรมระหว่างกัน.

๒. **วันศุกร์ ที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๐๕** การกุศลบุพเปตพลี. เวลา ๗.๓๐ น. คณะศิษย์ทั้งสามเหล่าพร้อมกันทำบุญเลี้ยงพระภิกษุ ๗๓ รูป ณ หอประชุมราชแพทยาลัย, เสร็จแล้วสดับปกรณ์และยังสุกลถวายและอุทิศส่วนกุศลแด่บุพการีและบุพาจารย์ทั้งปวง, ตลอดจนกระทั่งศิษย์ร่วมสำนักที่ได้ล่วงลับไปแล้ว.

การเปิดงานมหกรรม. เวลา ๑๘.๑๕ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดงานฉลอง. คณะกรรมการจัดงาน, คณะศิษยานุศิษย์และแขกผู้มีเกียรติเข้าเฝ้ารับเสด็จ. ประธานกรรมการจัดงานอ่านคำกราบบังคมทูล, แล้วนำผู้อุปการะงานฉลองฯ เข้ารับพระราชทานเครื่องหมายที่ระลึก. เสร็จแล้วเสด็จพระราชดำเนินทอดพระเนตรบริเวณงาน. หลังจากนั้นเปิดงานแก่สาธารณชนจนถึง ๒๔ น.

๓. **วันเสาร์ ที่ ๕ ถึงวันอังคาร ที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๐๕** งานฉลอง, เริ่มตั้งแต่ ๑๕ น. และเลิกเวลา ๒๔ น. ทุกวัน. มีการแสดงวิทยาการของแผนกวิชาต่าง ๆ, ตามประรำและภายในอาคารถาวร. มีการมหรสพและการละเล่น, เช่นงิ้ว, หุ่นกระบอก, การร้องเพลง, ลิลาศ, รำวง, ยิงเป้า, ฯลฯ, ตลอดจนการออกร้านขายสินค้าต่าง ๆ และขายอาหารและเครื่องดื่ม, ด้วยความร่วมมือของหน่วยราชการ, บริษัทห้างร้าน, สมาคม และเอกชนต่าง ๆ ที่ยินดีมาร่วมการกุศล.

ในคืนวันที่ ๘ พฤษภาคมมีการออกสลากรางวัลสมนาคุณ.

เสร็จแล้วปิดงาน.

พระบรมราชูปถัมภก

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

พระบรมราชินูปถัมภก

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ

องค์อุปถัมภ์

สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี
สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอ เจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา
สมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์
สมเด็จพระนางเจ้าสุวัทนา พระวรราชเทวี ในรัชกาลที่ ๖

ผู้อุปถัมภ์

ฯพณฯ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์

กรรมการจัดงาน

ท่านผู้หญิงวิจิตรา ธนะรัชต์ ประธาน
พระบำราศนราดูร รองประธาน

กรรมการ

๑. พระยาบริรักษ์เวชชการ
๒. พล.อ. สุรจิตร จารุเศรณี
๓. พล.ต.อ. ประเสริฐ รุจิรวงศ์
๔. พล.ต.ท. กระเษียร ศรุตานนท์
๕. หลวงพิณพากย์พิทยาเภท
๖. คุณหญิงพิณพากย์พิทยาเภท
๗. หลวงยุกตเสวิวิวัฒน์
๘. ม.ล. ขื่นไทย มาลากุล

๙. นายชำนาญ ยุวบูรณ์
๑๐. นายสงวน จันทรสาขา
๑๑. นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์
๑๒. นางคุษฎี โอสถานนท์
๑๓. คุณหญิงสุมาลี ชาติกวณิช
๑๔. คุณสุภัทรา มิชูธน
๑๕. นางยุกตเสวีวิวัฒน์
๑๖. คุณหญิงโฆษิต คอมันตร์
๑๗. คุณหญิงลำเจียก หงส์ลดารมภ์
๑๘. ม.ล. เจตน์ สุทัศน์
๑๙. นายเกษม ล่ำซำ
๒๐. นายบัญชา ล่ำซำ
๒๑. นายพูนเพิ่ม ไกรฤกษ์
๒๒. นายศุภสิทธิ์ มหาคุณ
๒๓. นายอัมพร บูลภักดิ์
๒๔. นายบรรเจิด ชลวิจารณ์
๒๕. นายอ๊อจอเหลียง
๒๖. ม.ล. นวลผ่อง เสนาณรงค์
๒๗. นายแพทย์สุด แสงวิเชียร
๒๘. นายแพทย์อวย เกตุสิงห์

๒๙. นายแพทย์กษาณ ชาติกวณิช กรรมการและเลขานุการ
๓๐. พ.ท. อัจฉ์ บุญกระพือ กรรมการและเลขานุการ
๓๑. ร.ท. สุวิทย์ ทัดพิทักษ์กุล กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. กรรมการที่ปรึกษา

๑. พล.อ. ถนอม กิตติขจร
๒. พล.อ. ประภาส จารุเสถียร
๓. ปลัดบัญชาการสำนักนายกรัฐมนตรี
๔. ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
๕. รองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
๖. อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
๗. รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
๘. เลขาธิการมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
๙. นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์
๑๐. นายแพทย์ ม.ล. เกษตร สนิทวงศ์
๑๑. นายแพทย์บุญสม มาร์ติน
๑๒. นายแพทย์วิกูล วิรานุวัตติ์
๑๓. ดร. สตางค์ มงคลสุข
๑๔. นายแพทย์ถวิล ตณิตกุล
๑๕. พระยาแพทยพงศาวิสุทธาธิบดี
๑๖. พล.ต. พระยาวิบูลย์อายุรเวท
๑๗. พระอัพภันตรพาธพิศาล
๑๘. พระไวทยวิธีการ
๑๙. พระศัลยเวทย์วิศิษฐ์
๒๐. นายศุภชัย วานิชวัฒนา

๒๑. หม่อมทวีวงศ์ถวัลย์ศักดิ์
๒๒. ดร. อัมพร มิ่สุข
๒๓. ดร. กัลย์ อิศรเสนา
๒๔. ดร. ทองสุข พงศทัต
๒๕. ดร. คลุ้ม วัชโรบล
๒๖. ดร. บัวเรศ คำทอง
๒๗. ดร. อดุล วิเชียรเจริญ
๒๘. หม่อมงามจิตร บุรฉัตร
๒๙. ม.ล. บัว กิติยากร
๓๐. นายกสมาคมแพทย์
๓๑. ม.ล. ขื่น มาลากุล
๓๒. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓๓. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓๔. ดร. กำแหง พลางกูร
๓๕. อธิบดีกรมการแพทย์
๓๖. อธิบดีกรมอนามัย
๓๗. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๓๘. อธิบดีกรมที่ดิน
๓๙. นายแพทย์เฉลิม พรมมาส
๔๐. นายแพทย์ใหญ่กรมแพทย์ทหารบก
๔๑. นายแพทย์ใหญ่กรมแพทย์ทหารเรือ
๔๒. นายแพทย์ใหญ่กรมแพทย์ทหารอากาศ
๔๓. นายแพทย์ใหญ่กรมตำรวจ
๔๔. นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว
๔๕. ผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย
๔๖. หลวงไตรกิศยานุการ
๔๗. ม.จ. พูนศิริเกษม เกษมศิริ
๔๘. หลวงพิณพากย์พิทยาเภท
๔๙. นายแพทย์เติม บุนนาค
๕๐. พ.ท. นิตย์ เวชชวิศิษฐ์
๕๑. พ.ต. อัทย์ หะสิตเวช
๕๒. หลวงไวทเยศรางกูร
๕๓. พ.อ. หลวงวาจวิทยาวัฒฑน์
๕๔. หลวงลิขิตธรรมศิริพยัตต์
๕๕. หลวงพรหมทัตตเวที
๕๖. หลวงนรกิจบริหาร
๕๗. นายกอง วิสุทธารมย์
๕๘. ขุนเกตุทัศน์วิทยาพยาธิ

๓. กรรมการแผนกจัดหาทุน

ท่านผู้หญิงวิจิตรา ธนะรัชต์ ประธาน
พล.ต.อ. ประเสริฐ รุจิรวงศ์ รองประธาน

กรรมการ

๑. พล. ต. ท. กระเษียร ศรุตานนท์
๒. หม่อมประเทียบ ชลทรัพย์
๓. หลวงพิณพากย์พิทยาเภท
๔. คุณหญิงพิณพากย์พิทยาเภท
๕. นายสงวน จันทรสาขา
๖. นาย ก. มไหสวรรค์ สมยัติศิริ
๗. นายบุรรเจิด ชลวิจารณ์
๘. นายเกษม ล่ำซำ
๙. นายทองกุลย์ ธนะรัชต์
๑๐. ม.ล. ยิ่นไทย มาลากุล
๑๑. นายสะอาด มิชูธน
๑๒. นายยม ตัณฑเศรษฐี
๑๓. นายอาภรณ์ กฤษณามระ
๑๔. นายตันชิงตั่ง หวั่งหลี
๑๕. นายอุเทน เตชะไพบูรณ์
๑๖. นายเฉลิม ประจวบเหมาะ
๑๗. นายบุญชู โรจนเสถียร
๑๘. นายเกียรติ วัทธินเวคิน
๑๙. นายอดิสร โฆวินทะ
๒๐. นายสุขุม เนาวพันธ์
๒๑. นายไพศาล นันทาภิวัธน์
๒๒. นายอัมพร บูลภักดิ์
๒๓. นายสง่า วรรณดิษฐ์
๒๔. นายอาทร สังขะวัฒนะ
๒๕. นายจรูญ สิบุญเรือง
๒๖. นายเศรณี จินวาลา
๒๗. นายพงสวัสดิ์ สุริโยทัย
๒๘. นายประสงค์ ตั้งตรงจิตร
๒๙. นายบุญวงศ์ อมาตยกุล
๓๐. นายประจวบ ภิรมย์ภักดิ์
๓๑. นายวิทย์ ภิรมย์ภักดิ์
๓๒. นายออจอเหลียง
๓๓. นายสุรพันธ์ พิศาลบุตร
๓๔. ม.ล. เจตน์ สุทัศน์
๓๕. นายสมาน โอภาศวงษ์
๓๖. นายศุภสิทธิ์ มหาคุณ
๓๗. นายบัญชา ล่ำซำ
๓๘. นายรามินทร์ ล่ำซำ
๓๙. นายจ๊อเม้ง แซ่อึ้ง
๔๐. นายเชาว์ ขวัญยืน
๔๑. นายจำรัส จตุรภัทร
๔๒. นายชวน รัตนรักษ์
๔๓. นายคุณ คุนพลิน
๔๔. นายวงศ์ ว่องปริชา
๔๕. นายสุริยน ไรวา
๔๖. นายสวัสดิ์ โอสถานุเคราะห์
๔๗. ม.ล. ทวีวัฒน์ สนิทวงศ์
๔๘. นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์

๔๙. นายแพทย์กษาณ จาติกวณิช
๕๐. นายแพทย์วิกิจ วิรานุวัตติ์
๕๑. นายแพทย์อำนวย เสมรสุต
๕๒. นายแพทย์สำราญ วังศพ่าห์
๕๓. นายแพทย์แสง สุทธิพงศ์
๕๔. นายแพทย์ไกรสิห์ ทองเปล่งศริ
๕๕. นายแพทย์สมภพ สุสังกรกาญจน์
๕๖. นายแพทย์สมัย จันทวิมล
๕๗. นายสมัย จินตกานนท์
๕๘. นางจำนง ไรวา
๕๙. นางสลวย ปาณิกบุตร
๖๐. นางพงกลนิ จันทรสาขา
๖๑. คุณสุภัทรา มิชูธน
๖๒. นางดุษฎี โอสถานนท์
๖๓. ม.ล. นวลผ่อง เสนาณรงค์
๖๔. คุณหญิงสุมาลิ จาติกวณิช
๖๕. นางวลิ ยุวบูรณ์
๖๖. นางชอุ่มศริ วิรานุวัตติ์

๓. ก. กรรมการแผนกบัตรร่วมการกุศล

นายสงวน จันทรสาขา ประธาน

กรรมการ

๑. ม.ล. เทพน์ สุทัศน์
๒. นายเกษม ล่ำซำ
๓. หลวงสฤษฎิ์สาราลักษณ์
๔. นายทอน ทิพยมาบุตร
๕. ร.ต. ประเสริฐ โมกมล่

๔. กรรมการแผนกประชาสัมพันธ์

พล.อ. สุรจิต จารุเศร์ณี ประธาน
นายประสงค์ หงสนันท์ รองประธาน

กรรมการ

๑. นายชู ณ ลำปาง
๒. นายอิสระ กาญจนคูหะ
๓. นายจำนงค์ รังสิกุล
๔. นายวิสุทธิ์ อำไพวร
๕. นายสุรจิต จันทรสาขา
๖. นายเลอน วีรภัทร
๗. นายพิชัย ว่าสนาส่ง
๘. นายอัมพร พจนพิสุทธิ์
๙. นายอรุณ สราภรณ์
๑๐. นายแพทย์อวย เกตุสิงห์
๑๑. นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี
๑๒. นายแพทย์ดำรง เพชรพลาย
๑๓. ม.ร.ว. หญิงสนองศรี สวัสดิวัฒน์
๑๔. พ.ต.อ. อุทัย ศรีอรุณ
๑๕. แพทย์หญิงบุญเรือง นิยมพร
๑๖. แพทย์หญิงทองดี เรืองไพโรจน์
๑๗. แพทย์หญิงตระหนักจิต หะรินสุต
๑๘. น.ส. อดม พึ่งศิลป์
๑๙. นายวิชิฎฐ์ เตชสิต
๒๐. นายพิธิ พิชาลัย
๒๑. น.ส. สะอาดศรี เสมรสุต
๒๒. หัวหน้าและรองหัวหน้านักศึกษาแพทย์ ปี ๒, ๓ และ ๔
๒๓. นายบรรเจอด ศรีบรรพต
กรรมการและเลขานุการ

๕. กรรมการประวัติและการแสดงวิชาการ

นายแพทย์สุด แสงวิเชียร ประธานกรรมการ
นายแพทย์สนอง อูนากูล รองประธานกรรมการ

กรรมการ

๑. นายแพทย์ประเสริฐ กังสดาลย์
๒. นายแพทย์พร วราเวชช์
๓. นายแพทย์เชิญ อุทยานัง
๔. นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ์
๕. นายแพทย์ดิลก จิงเจริญ
๖. นายแพทย์ชุด อยู่สวัสดิ์
๗. นายแพทย์สนวน บูรณภวังค์
๘. นายแพย์สำราญ วังศพ่าห์

๙. นายแพทย์ทองน่าน วิภาตะวณิช
๑๑. นายแพทย์นที รักษ์พลเมือง
๑๓. นายแพทย์ณฐู ภมรประวัติ
๑๕. นายแพทย์สุพร เกิดสว่าง
๑๗. นายแพทย์ ม.ร.ว. พัชริสาณ ชุมพล
๑๙. น.ส. ปราณี ผลพันธิน
๒๑. นายแพทย์โสภณ คงสำราญ
๒๓. ทันตแพทย์หญิงเจือจันทร์ คงศักดิ์
๒๕. น.ส. อุทัย ทุติยะโพธิ์
๒๗. นายกอง สมิ่งชัย

๑๐. นายแพทย์พิศิฏฐ์ วิเศษกุล
๑๒. นายแพทย์สมโพธิ พุกกะเวส
๑๔. นายแพทย์นันทวัน พรหมผลิน
๑๖. นายแพทย์ทรงฉัตร โตษยานนท์
๑๘. นายแพทย์อารี วัลยะเสวี
๒๐. แพทย์หญิงเพทาย ศิริการุณ
๒๒. นายแพทย์สภา ลิมพาณิชการ
๒๔. ม.ร.ว. สนองศรี สวัสดิวัฒน์
๒๖. นายพัน งามละออ

๒๙. นายแพทย์ภูเก็ต วาจานนท์ กรรมการและเลขานุการ

๖. กรรมการประสานงานศิษย์ศิริราช

พระยาบริรักษ์เวชชการ ประธาน
นายแพทย์ชัชวาล โอสถานนท์ รองประธาน

กรรมการ

๑. นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ
๓. นายจำลอง สุวคนธ์
๕. พล.ร.ต. สนิท โปษยะกฤษณะ
๗. พล.ต.ต. แสวง วัจนะสวัสดิ์
๙. หลวงประจักษ์เวชสิทธิ
๑๑. นายแพทย์เล็ก ณ นคร
๑๓. นายชลอ โสฬัสจินดา

๒. นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว
๔. พล.ต. ประภาคาร กาญจนาคม
๖. พล.อ.ต. ตระตูล ถาวรเวช
๘. นายแพทย์สมัย จันทวิมล
๑๐. นายแพทย์เกรียงไกร หอมเศรษฐี
๑๒. นายแพทย์มาลา คีตะจิต
๑๔. นายแพทย์จิตต์ เหมะจุฑา

๑๕. นายแพทย์เชิด โทณะวณิก
๑๖. นายแพทย์พิชิต เหล่าสุนทร
๑๗. นายแทพย์ไกรสิห์ ทองเปล่งศรี
๑๘. นายแพทย์ตระกูล กิติสิน
๑๙. นางสลวย ปาณิกบุตร
๒๐. นางจำนง ไรวา
๒๑. นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ กรรมการและเลขานุการ

อนุกรรมการพิธีสงฆ์

๑. นายแพทย์อวย เกตุสิงห์
๒. นายแพทย์สงัด กาญจนกุญชร
๓. นายแพทย์อำนวย เสมรสุต
๔. นายแพทย์พร วราเวชช์
๕. นายแพทย์กษาณ จาติกวณิช
๖. นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ
๗. นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ
๘. แพทย์หญิง ม.ร.ว. ส่งศรี เกตุสิงห์
๙. แพทย์หญิงถนอมฤดี ภูมิภักดิ์
๑๐. นายแพทย์สำราญ วังศพ่าห์
๑๑. นายแพทย์ประพันธ์ อาริยมิตร
๑๒. แพทย์หญิงบุญเรือง นิยมพร
๑๓. แพทย์หญิงผิว ลิมปพยอม
๑๔. นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลาย
๑๕. แพทย์หญิงเพทาย ศิริการุณ
๑๖. แพทย์หญิงชะวดี รัตพงศ์
๑๗. นายแพทย์กุณฑล สุนทรเวช
๑๘. น.ส. จินตนา นวานุช
๑๙. นายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์
๒๐. นางวาทินี อาริยมิตร
๒๑. น.ส. อุทัย ทุทิยะโพธิ์

อนุกรรมการจัดงานสโมสรสันนิบาต

นายแพทย์อำนวย เสมรสุต ประธานอนุกรรมการ

กรรมการ

๑. นายแพทย์อำนวย เสมรสุต
๒. นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ
๓. นายแพทย์สนวน บูรณภวังค์
๔. นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก
๕. นายแพทย์ประเสริฐ นิลประภัสสร
๖. นายแพทย์สุพจน์ อ่างแก้ว

๗. นายแพทย์กุณฑล สุนทรเวช
๘. นายแพทย์อนันต์ คูสกุล
๑๑. นายแพทย์วิสุทธิ์ วุฒิพฤกษ์
๑๓. นายแพทย์นรา แววศร
๑๕. นายแพทย์ประสาน นิลประภัสสร
๑๗. นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลาย
๑๙. แพทย์หญิงฤดี ปลีหจินดา
๒๑. นายแพทย์ตี๋ ชัยวัฒน์
๒๓. นายแพทย์กำธร ศุขโรจน์
๒๕. นางเฉลิมวรรณ จันทรินทร์
๒๗. น.ส. อุทิศ ศุขะทัต
๒๙. นางกมลา วัฒนธรรม
๓๑. น.ส. วัลลภา ไขแสง
๙. แพทย์หญิงสายสงวน อุณหนันท์
๑๐. นายแพทย์ทองพูน วัฒนวิทย์
๑๒. นายแพทย์ดิเรก ตำรงศักดิ์
๑๔. นายแพทย์จิโรจน์ สุชาโต
๑๖. แพทย์หญิงช่อฟ้า แก้วจินดา
๑๘. นายแพทย์วิชัย บำรุงผล
๒๐. นายแพทย์กำพล ประจวบเหมาะ
๒๒. นายแพทย์ทองนอก นิตยสุทธิ์
๒๔. นายแพทย์ ม.ร.ว. พัชริสาณ ชุมพล
๒๖. นางสิริ ขันทอง
๒๘. น.ส. ชูจิตร สุวรรณสมบูรณ์
๓๐. น.ส. สุมลมาลย์ สาครวาสี
๓๒. น.ส. สมจิต โอยอ้อม
๓๓. นายดิเรก พงศ์พิพัฒน์

๗. กรรมการจัดการหล่อพระรูปสมเด็จพระราชบิดา ที่ปรึกษา

พระสาสนโสภณ วัดบวรนิเวศวิหาร
พระเทพญาณกวี วัดบวรนิเวศวิหาร
พระธรรมจินดาภรณ์ วัดราชบพิธ
พระราชมุนี วัดบวรนิเวศวิหาร
พระภัทรศีลาจารย์ วัดราชบพิธ
นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ประธานกรรมการ

กรรมการ

๑. นายแพทย์ชุน วิวรณ์สุขวิทยา
๒. นายแพทย์สวัสดิ์ สืบแสง
๓. นายแพทย์สงัด กาญจนกุญชร
๔. นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ์
๕. นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลาย กรรมการและเลขานุการ

๘. กรรมการพิธีการ

หลวงพิณพากย์พิทยาเภท	ประธาน
นายแพทย์สร เมตติยวงส์	รองประธาน

กรรมการ

๑. คุณหญิงพิณพากย์พิทยาเภท	๒. นายพูนเพิ่ม ไกรฤกษ์
๓. นายแพทย์อวย เกตุสิงห์	๔. แพทย์หญิงเพทาย ศิริการุณ
๕. นายทัศนัย ลาภเกษร	๖. นายแพทย์เธียร อุทยานังค์
๗. แพทย์หญิงนันทา ตุ๊ตถะสิริ	๘. นายแพทย์สุขุม ภัทราคม
๙. นายแพทย์จิตต์ ตู้จินดา	๑๐. นายแพทย์เผื่อง สัตย์สงวน
๑๑. นายแพทย์ประพันธ์ อาริย์มิตร	๑๒. นายแพทย์ประเสริฐ ทุมวิภาต
๑๓. นายแพทย์ประสงค์ ตู้จินดา	๑๔. น.ส. ผะอบ พิศลบุตร
๑๕. น.ส. ประณีต์ ทรงชนศักดิ์	
๑๖. นายแพทย์โรจน์ สุวรรณสุทธิ์	กรรมการและเลขานุการ

๙. กรรมการแผนกการเงิน

นายเกษม ล่ำซำ	ประธาน
นายสุรพันธ์ พิศาลบุตร	รองประธาน
นายบัญชา ล่ำซำ	รองประธาน

กรรมการ

๑. นายฉุย โอสิริ	๒. นายสิน เกษสุคนธ์
๓. นายปรีชา ล่ำซำ	๔. นายสุรพงษ์ ทรัพยสาร
๕. นายบรรยงค์ ล่ำซำ	๖. นายสำราญ กัลยาณรุจ
๗. นายศิรัตน์ ธำรงรัตน์	๘. นายวิศิฏย์ ยานเย็น

๙. นายสุเมธ วรรณสิน
๑๐. นายสุน วรรณสิน
๑๑. นายชวลิต อมรสิงห์
๑๒. นายคิสพงษ์ ตันตริยานนท์
๑๓. นายแพทย์กษาณ ชาติกวณิช
๑๔. แพทย์หญิงเฉิดฉลอง เนตรศิริ
๑๕. นายสวัสดิ์ เปรมวัฒนะ
๑๖. นางประยงค์ ศรีตานนท์
๑๗. นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลาย
๑๘. นายกสโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช
๑๙. นายแพทย์ประสงค์ ตู้จินดา
๒๐. นายแพทย์คิเรก พงศ์พิพัฒน์
๒๑. นางสงวนสุข ฉันทะวงศ์
๒๒. นางทวี จำนงค์วงษ์

๑๐. กรรมการแผนกจัดสถานที่

หลวงยุกตเสวีวิวัฒน์ ประธาน
นายชำนาญ ยุวบูรณ์ รองประธาน

กรรมการ

๑. นายแพทย์กษาณ ชาติกวณิช
๒. นายแพทย์พร วราเวชช์
๓. นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลาย
๔. นายทัศนัย สาภเกษร
๕. น.ส. ประณัมภ์ ทรงธนศักดิ์
๖. น.ส. ศรีสอางค์ พาชิรัตน์
๗. นายแพทย์สร เมตติยวงส์
๘. หลวงสัมฤทธิ์วิศวกรรม
๙. นายดำรง ชลวิจารณ์
๑๐. นายกาญจน์ เชยสุวนิช
๑๑. นายปานจิตต์ เอนกวนิช
๑๒. พล.ต.ต. พยงค์ สมิติ
๑๓. นายเทียม ณ สงขลา
๑๔. ขุนวิเทศดรุณการ
๑๕. นายทัศน์ ชยานนท์
๑๖. นายประดิษฐ์ ถนัดพจนามาตย์
๑๗. นายสาธิต อติโพธิ
๑๘. นายอำนวย ณ สงขลา
๑๙. ดร. เลื่อน ขิณฑสันต์
๒๐. นายเล็ก เสาวนายน
๒๑. นายต่อพงศ์ภัศร์ ยุนนาค
๒๒. นายประยงค์ กาญจนวิโรจน์
๒๓. นายเสน่ห์ พิชัยชาญณรงค์
๒๔. นายณรงค์ฤทธิ์ บุญ-หลง
๒๕. นายประหยัด อดุงเดชจรูญ
๒๖. นายวัลลภ ชูศิลป์

๒๗. นายสมชัย โสภาวนิชย์
๒๘. นายพิทิ วงศ์รินศรี
๒๙. นายวิวัฒน์ ดาวมณี
๓๐. นายอุดม ศรีเสาวชาติ
๓๑. นายกมล นุชนาฏนนท์
๓๒. นายสมศักดิ์ วงศ์อารยะ
๓๓. นายวิวัฒน์ ภักดิธรรม
๓๔. นายเธียร ภัทรจันทน์
๓๕. นายสวัสดิ์ เสริมสวรรค์
๓๖. นายชุมพร เอี่ยมศิลา
๓๗. นายเฉลิม เจียจันทรพงษ์
๓๘. นายเผดิมรัฐ แสงชูโต
๓๙. นายเกษียร แสงไพโรจน์
๔๐. ร.ท. สุเมธ ยุกตเสวี
๔๑. ร.ท. สุเทพ ยุกตเสวี
๔๒. นายเชาว์ เชิดสูงเนิน
๔๓. นายนิทัศน์ ขัวเกิด

๑๑. กรรมการแผนกรักษาความสงบและการจราจร

พล.ต.อ. ประเสริฐ รุจิรวงศ์ — ประธาน
พล.ต.ท. กระเษียร ศรุตานนท์ — รองประธาน

กรรมการ

๑. พล.ต.ท. ประจวบ กิรติบุตร
๒. พล.ต.ต. ฉัตร หนุนภักดิ์
๓. พล.ต.ต. ต่อศักดิ์ ยมนาค
๔. พล.ต.ต. สุดสงวน ตันสถิตย์
๕. พล.ต.ต. ไมตรี ขันเย็น
๖. พล.ต.ต. พยงค์ สมิติ
๗. พ.ต.อ. มนต์ชัย พันธุ์คงชน
๘. พ.ต.อ. จำรูญ ดิสสะมาน
๙. พ.ต.ท. ถนอม พรหมศิริ
๑๐. พ.ต.ท. สฤษดิ์ สังขะวัตร
๑๑. พ.ต.ท. สมพาสน์ คุมพ์ประพันธ์
๑๒. พ.ต.ท. อดุลย์ วัฒนะโชติ
๑๓. นายแพทย์สร เมตติยวงศ์
๑๔. นายแพทย์ประวิติ หงสประภาส
๑๕. น.ส. สมศิริ ทับแสง
๑๖. นายทัศนัย ลาภเกษร

๑๒. กรรมการแผนกการแสดงและดนตรี

นายชำนาญ ยุวบูรณ์ ประธาน

กรรมการ

๑. พ.ต.อ. เลื่อน กฤษณามระ
๒. นายปานจิตต์ เอนกวนิช
๓. พล.ต.ท. ประจวบ กิรติบุตร
๔. พล.ต.ต. ไมตรี ขัณเย็น
๕. พล.ต.ต. ธิรยุล จัตตารีส์
๖. พล.ต.ต. พยงค์ สมิติ
๗. หลวงเฉลิมสุนทรการ
๘. นายแพทย์เสนอ ตัณฑเศรษฐี
๙. พล.ต. พึ่ง พินทุโยธิน
๑๐. พล.อ.ต. เจือ ปุญญโสณ
๑๑. นายแพทย์สุพจน์ อ่างแก้ว
๑๒. น.ส. ปรียา รามณรงค์
๑๓. น.ส. เฉลียว หิรัญเนตร
๑๔. นายเสริม คาลิคุปต์
๑๕. นายเทวา ประสิทธิ์

๑๓. กรรมการแผนกร้านค้า

นายบรรเจิด ชลวิจารณ์ ประธาน

กรรมการ

๑. นายทองหล่อ ยุฉยนิตย์
๒. นายแพทย์สมภพ สุสังกรณ์กาญจน์
๓. นายไสว สุทธิพิทักษ์
๔. นายจิตต์ กมลศิริ
๕. นายประดิถ พรหมภัตติ
๖. นายบุญชุบ ขุณณะทรัพย์
๗. คุณพยุง อิศรางกูร ณ อยุธยา
๘. นายแพทย์สร เมตติยวงส์
๙. นายแพทย์ชุด อยู่สวัสดิ์
๑๐. คุณประนิธิ วิมุกตะนันทน์
๑๑. คุณดวงใจ มุกดาประกร
๑๒. นายเทียม โชควัฒนา
๑๓. นายลิ้ง แซ่เซียว
๑๔. นายประจวบ เศวตเลข
๑๕. นายเม่งเส็ง แซ่แต้
๑๖. นายพล ผลาพิบูลย์
๑๗. นายประยูร เต็มบุญเกียรติ กรรมการและเลขานุการ
๑๘. นายเปรื่อง บุญเลก กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ