สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

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

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๙ กันยายน ๒๕๐๘ | Volume 17, Number 9, September 1965.

การมีระดูในนักศึกษาแพทย์ไทย

ถนอมฤดี ภูมิภักดิ์ พ.บ., M.S. (Mich.)

(แผนกกายวิภาคศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. สุด แสงวิเชียร)

เรื่องย่อ. ภูมิภักดิ์, ถนอมฤดี : การมีระดูในนักศึกษาแพทย์ไทย. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๕), ๑๗ : ๕๑๙ - ๕๒๗.

การศึกษาการมีระดูของนักศึกษาแพทย์หญิงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๘๖ จนถึง ๒๕๐๗ จำนวน ๓๓๗ คน ได้ผลดังนี้ : อายุเฉลี่ยของการเริ่มมีระดู ๑๓.๖๓ ปี ; รอบระดูมาตรงเวลา ๔๔.๘ ปช., ไม่ตรงเวลา ๕๕.๒ ปช. ; เวลาเฉลี่ยของรอบระดู ๒๘.๘๔ วัน; ระยะเวลาที่มีเลือดระดู ๔.๒๓ วัน; และพวกที่มีอาการไม่สบายมี ๗๕ ปช. ผลนี้ใกล้เคียง กับ ที่เคย มีรายงานไว้แล้ว ใน บ้านเรา. ได้วิจารณ์ถึงสาเหตุของความแตกต่างจากผลรายงานในต่างประเทศด้วย.

การศึกษาเรื่องของการมีระดูเป็นที่สนใจกันมาเป็นเวลานานนับตั้งแต่สมัยโบราณมาจนถึงปัจจุบัน. การศึกษาเรื่องนี้ยังมิได้จบสิ้นลงไปดังจะเห็นได้จากรายงานในวารสารการแพทย์อยู่เสมอ. เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่าระดูของหญิงชาติต่าง ๆ ย่อมไม่เหมือนกัน, คือมีความแตกต่างกันทั้งอายุที่เริ่มมีระดู, ระยะรอบระดู, และระยะที่มีเลือดระดูเป็นต้น. ยิ่งกว่านั้นในชนชาติเดียวกันก็ยังมีความแตกต่างกันไปอีก. ดังนั้นแต่ละชาติและท้องถิ่นจึงมักมีรายงานรวบรวมเรื่องราวของการมีระดูไว้

เสมอในเชิงสถิติ. สำหรับประเทศไทยเท่าที่ค้นได้ปรากฏว่ามีรายงานของศาสตราจารย์ นายแพทย์ เติม บุนนาค[1], ได้รายงานการมีระดูในเด็กนักเรียนไทย จำนวน ๑๓๗ คน และการวิจัยเรื่องการมีระดูครั้งแรกของนักเรียนหญิงในประเทศไทยโดยนายแพทย์ เฉียบ นิรันดร,[2] อาจารย์แห่งแผนกสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

จุดมุ่งหมายของการเสนอรายงานนี้ก็เพื่อเสนอผลของการรวบรวมประวัติการมีระดูของนักศึกษาแพทย์หญิงคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๖ ถึง ๒๕๐๗ จำนวน ๓๓๗ คน. สอบสวนโดยวิธีส่งใบคำถามให้นักศึกษากรอกข้อความและตอบคำถาม. ดังนั้นรายงานนี้จึงเป็นเพียงการรวบรวมประวัติการมีระดูของหญิงไทยหมู่เล็ก ๆ ซึ่งจะใช้เป็นตัวเลขแทนหญิงไทยทั้งหมดย่อมไม่ได้. ขอเสนอผลการรวบรวมดังต่อไปนี้.

๑. อายุเริ่มมีระดู การเริ่มมีระดูครั้งแรกย่อมเป็นเครื่องหมายบอกถึงการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเข้าสู่วัยสาว. การศึกษาเวลาของการเริ่มมีระดูครั้งแรกจึงนับว่ามีความสำคัญ. ได้มีผู้รายงานไว้จากชนชาติต่าง ๆ ทั่วทั้งยุโรป, อเมริกา, เอเชียและแอฟริกา. สำหรับหญิงไทยจากรายงานของ ศจ. น.พ. เติม บุนนาค ได้อายุเฉลี่ย ๑๓.๗ ปี, จากรายงานของ น.พ. เฉียบ นิรันดร จากนักเรียน ๙,๔๘๔ คน ได้อายุเฉลี่ย ๑๓.๙๑ ปี. สำหรับรายงานจากนักศึกษาแพทย์ ๓๓๗ คนนี้ ได้อายุเฉลี่ย ๑๓.๖๓ ปี. อายุน้อยที่สุดที่เริ่มมี ๑๑ ปี, มากที่สุด ๑๙ ปี. ส่วนใหญ่เริ่มมีเมื่ออายุ ๑๓ ปี (ตารางที่ ๑).

๒. ลักษณะของรอบระดู

ก. ความสม่ำเสมอ. ได้จาก ๒๔๑ คน, อีก ๙๖ คนไม่ได้ถามไว้. พบว่ามาตรงเวลา ๔๔.๘ ปซ., ไม่ตรง ๕๕.๒ ปซ.

ข. ระยะของรอบระดูมีตั้งแต่ ๒๑ วัน ถึง ๓๕ วัน. เวลาเฉลี่ย ๒๙ ± ๓.๒, มากที่สุดเป็นพวก ๓๐ วันซึ่งมีถึง ๓๓.๒ ปซ. (ตารางที่ ๒).

ตารางที่ ๑

แสดงอายุของการเริ่มมีระดู

อายุเริ่มมีระดู	จำนวน	ปซ.
๑๐	—	—
๑๑	๔	๑.๒
๑๒	๔๖	๑๓.๖
๑๓	๑๑๒	๓๓.๒
๑๔	๙๕	๒๘.๒
๑๕	๖๐	๑๗.๘
๑๖	๑๐	๒.๙
๑๗	๑	๐.๓
๑๘	๒	๐.๖
๑๙	๑	๐.๓
ไม่ทราบ	๖	๑.๘
รวม	๓๓๗	๑๐๐.๐

อายุเฉลี่ย = ๑๓.๖๓ ± ๑.๗๓ ปี

ตารางที่ ๒

แสดงระยะเวลาของรอบระดู

ระยะเวลาของรอบระดู (วัน)	จำนวนคน	ปซ.
๒๑	๗	๒.๑
๒๒	๒	๐.๖
๒๓	๔	๑.๒
๒๔	๑	๐.๓
๒๕	๑๐	๒.๙
๒๖	๘	๒.๔
๒๗	๖	๑.๘
๒๘	๗๘	๒๓.๔
๒๙	๗	๒.๑
๓๐	๑๑๒	๓๓.๑
๓๑	๖	๑.๘
๓๒	๖	๑.๘
๓๓	๘	๒.๔
๓๔	๒	๐.๖
๓๕	๑๗	๕.๐๔
๓๕ ขึ้นไป	๓๘	๑๑.๖
ไม่ทราบ	๑๓	๖.๘
รวม	๓๓๗	

เวลาเฉลี่ย = ๒๘.๘๔ ± ๓.๒๑ วัน

ค. *ระยะเวลาที่มีเลือดระดูออก* พบว่าแตกต่างกันตั้งแต่ ๒ วันถึง ๗ วัน. พวกที่มี ๔ วันมีจำนวนมากที่สุดคือ ๑๔๘ รายเท่ากับ ๔๓.๙ ปซ. ได้เวลาเฉลี่ย ๔.๒๓ ± ๐.๙๕ วัน (ตารางที่ ๓).

ตารางที่ ๓
แสดงระยะเวลาที่มีเลือดระดูออก

ระยะเวลา (วัน)	จำนวนคน	ปซ.
๒	๓	๐.๙
๓	๖๕	๑๙.๓
๔	๑๔๘	๔๓.๙
๕	๘๙	๒๖.๔
๖	๓	๓.๙
๗	๑๑	๓.๒
ไม่ตอบ	๘	๒.๔
รวม	๓๓๗	

เวลาเฉลี่ย = ๔.๒๓ ± ๐.๙๕ วัน.

ง. *อาการไม่สบายเกี่ยวกับระดู* จากจำนวน ๓๓๗ คนมีพวกที่รู้สึกสบายดีตามปรกติ ๖๓ คน (๑๘.๗ ปซ.), พวกที่รู้สึกไม่สบาย ๒๕๓ คน (๗๕.๑ ปซ.), ไม่ได้ตอบ ๒๓ คน (๖.๘ ปซ.). อาการที่ไม่สบายนั้นได้แก่อาการปวดท้อง, ปวดเมื่อยตามตัวโดยเฉพาะที่บริเวณขาและหลัง, ปวดศีรษะ, คลื่นหน้าอก, หงุดหงิด, อ่อนเพลีย, คลื่นไส้อยากอาเจียนและบางคนอยากรับประทานของเปรี้ยว.

จ. *ลักษณะของเลือดระดู* ทั่วไปมีเลือดลิ่มบ้างและมีตกขาวก่อนมีระดู.

วิจารณ์

ผลที่ได้จากการรวบรวมนี้แสดงว่าอายุเริ่มมีระดูของนักศึกษาแพทย์ ๓๓๗ คน เฉลี่ยได้ ๑๓.๖๓ ปี. ข้อที่น่าสังเกตก็คือมีจำนวนถึง ๓๓.๒ ปอร์เซ็นต์ ที่เริ่มมีระดูเมื่ออายุ ๑๓ ปี. อายุเริ่มมีน้อยที่สุด ๑๑ ปี, มากที่สุด ๑๙ ปี. จากรายงานของ ศจ. น.พ. เติม บุนนาค[1] ได้อายุ ๑๓.๗ ปี และจากรายงาน น.พ. เฉียบ นิรันดร[2] ได้ ๑๓.๕ ปี ซึ่งนับว่าใกล้เคียงกัน. เมื่อเปรียบเทียบกับชนชาติอื่นๆ Ellis (๑๙๕๐)[3] รายงานว่าหญิงบริเทนเริ่มมีระดูเมื่ออายุ ๑๓.๗๓ ปี, หญิงนอรเว ๑๔.๒ ปี (Jacobson, ๑๙๕๔)[4] ชาวยิว ๑๓.๕๓ ปี (Eastman, ๑๙๖๐),[5] หญิงอิตาลี ๑๒.๕ ปี (Young และคณะ, ๑๙๖๔),[6] หญิงชาวโปล ๑๒.๖ ปี และหญิงโคเปนเฮเกน ๑๓.๘ ปี (Zukovski และคณะ, ๑๙๖๔).[7] ส่วนทางด้านเอเชีย Foll (๑๙๖๑)[8] รายงานว่าหญิงชาวพม่าและอัสสัมเริ่มมีระดูอายุ ๑๓.๒ ปี, หญิงเมืองโคลอมโบและลังกา ๑๔.๔ ปี (Wilson และ Sutherland, ๑๙๕๓),[9] หญิงอินเดีย ๑๓.๘ ปี (Rao, ๑๙๖๓),[10] ส่วนหญิงแอฟริกันยันตู เริ่มมีระดูเมื่ออายุ ๑๕.๑ - ๑๕.๕ ปี (Burrell, Healy และ Tanner, ๑๙๖๑).[11]

เห็นได้ว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มมีระดูของนักศึกษาแพทย์ในรายงานนี้ใกล้เคียงกับของชาวต่างประเทศ. แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่. ปัญหาจึงมีอยู่ว่าอะไรคือสาเหตุของความแตกต่างนี้. Tanner (๑๙๖๒)[12] ให้ความเห็นว่าอาจจะเนื่องจากสาเหตุสองประการคือสิ่งแวดล้อมและพันธุกรรม ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน. มีผู้รวบรวมความรู้และปัญหาเกี่ยวกับอิทธิพลต่อการมีระดูครั้งแรกเช่นเชื้อชาติ, ดินฟ้าอากาศ, มาตรฐานการดำรงชีพ, การเปลี่ยนแปลงทางสังคม, ภูมิลำเนาและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติรวมทั้งลักษณะของแต่ละบุคคลเป็นต้น, และได้ให้ความเห็นไว้อย่างน่าสนใจ. สำหรับภูมิประเทศและดินฟ้าอากาศนั้นแต่เดิมเคยเชื่อกันว่าหญิงที่อยู่ในประเทศที่มีอากาศร้อนเริ่มมีระดูอายุน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในประเทศอบอุ่นหรืออากาศหนาว

(Tilt ๑๙๖๒).[13] แต่มีผู้คัดค้านความเชื่อถือนี้พร้อมทั้งพิสูจน์ว่าไม่เป็นความจริง, คือกลับตรงกันข้าม, หญิงในประเทศร้อนกลับมีระดูช้ากว่าหญิงในประเทศอากาศอบอุ่นหรืออากาศหนาว. Ellis (๑๙๕๐)[3] ได้ศึกษาเปรียบเทียบหญิงในจีเรีย กับนางพยาบาลในประเทศอังกฤษ. ผลแสดงว่าหญิงในจีเรียเริ่มมีระดูช้ากว่านางพยาบาลอังกฤษ, คือหญิงในจีเรียเริ่มมีเมื่ออายุ ๑๔.๒๒ ปี ส่วนหญิงอังกฤษเริ่มมีเมื่อ ๑๓.๗๓ ปี. Sara Israel (๑๙๕๙)[14] ได้ทำการสำรวจที่แคว้น Trivandrum ประเทศอินเดียซึ่งเป็นแคว้นที่มีอากาศร้อนและชื้นตลอดปี, ภาวะการครองชีพของประชาชนยังไม่สมบูรณ์. พบว่าหญิงในแคว้นนี้เริ่มมีระดูช้ากว่าแคว้นอื่น.

อีกเรื่องหนึ่งที่น่าจะต้องคำนึงถึงก็คือภาวะสังคมและฐานะการครองชีพ. มีหลายท่านให้ความเห็นว่าประชาชนในสังคมชั้นสูงจะเติบโตสู่วัยสาวเร็วกว่าพวกในสังคมต่ำเนื่องจากมีการครองชีพดีกว่า, การศึกษาดี, อาหารดีและภาวะเร้ากระตุ้นมีมากกว่า.

เนื่องจากมีผู้เห็นความสำคัญของระยะเริ่มมีระดูนี้เองจึงมีผู้ศึกษาเรื่องราวในระยะนี้โดยละเอียดต่อไปอีก. Rao (๑๙๖๓)[10] กล่าวว่าตามหลักวิชาเวชศาสตร์ย้องกันนั้นเด็กหญิงควรได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องระดูเสียก่อนที่จะถึงกำหนดมีเพื่อให้เด็กได้เข้าใจความจริงของธรรมชาตินั้นเสียก่อน, เด็กจะได้มีความสบายใจและมั่นใจที่จะรับเหตุการณ์นั้น. ความหวาดกลัวหรือความกังวลใจก็จะน้อยลงไป. เด็กที่ไม่ได้รับคำบอกเล่าที่ถูกต้องมาก่อนย่อมจะรู้สึกเรื่องการมีระดูผิดพลาดไป. อาจตกใจ, หวาดกลัว, ขยะแขยง, หรือรู้สึกว่าได้เกิดความผิดอะไรสักอย่างเกิดขึ้น, ซึ่งอาจจะเป็นการกระทบกระเทือนทางจิตใจก็เป็นได้. เด็กพวกนี้มักจะมีอาการไม่สบายมากกว่าที่ควรจะเป็น. ความรู้สึกของเด็กที่เริ่มมีระดูครั้งแรกไม่เหมือนกันทุกคน. บางคนมีความภาคภูมิใจว่าตนเข้าสู่วัยสาวแล้ว. เป็นผู้ใหญ่แล้ว. ส่วนเด็กบางคนอาจตกใจมาก. ผลของความรู้สึกเช่นนี้เองทำให้มีผลตามมาในภายหลัง, เช่นทุกครั้งที่มีระดูอาจจะมีอาการไม่สบายมากกว่าที่ควรจะเป็น. บางคนหยุดเรียนหรือไม่ยอมทำอะไรเลยทั้ง ๆ ที่มิได้เป็นอะไรมากมายนัก.

จากรายงานนี้ระยะรอบระดูได้เวลา

เฉลี่ย ๒๙.๘๔ วันเทียบกับของ ศจ. น.พ. เติม บุนนาค ได้ ๒๙ วัน. ส่วนของ Rao รวบรวมในโรงเรียนแพทย์ประเทศอินเดียได้ ๒๙ วันเช่นกัน.

จำนวนวันที่มีเลือดระดูแตกต่างกันตั้งแต่ ๒ ถึง ๗ วัน, เฉลี่ย ๔.๒๓ วันซึ่งตรงกับรายงานของ ศจ. น.พ. เติม บุนนาค (๔.๒๓ วัน). ส่วนของ Rao ๕.๐๕ วัน.

สรุป

ได้รวบรวมประวัติของการมีระดูของนักศึกษาแพทย์หญิง คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ จำนวน ๓๓๗ คนในเวลา ๒๒ ปี ได้ผลดังนี้ :

๑. อายุเฉลี่ยของการเริ่มมีระดู ๑๓.๖๓ ปี.

๒. ความสม่ำเสมอของรอบระดู, มาตรงเวลา ๔๔.๘ ปซ., ไม่ตรงเวลา ๕๕.๒ ปซ.

๓. เวลาเฉลี่ยของรอบระดู ๒๙.๘๔ วัน.

๔. ระยะเวลาที่มีเลือดระดู ๔.๒๓ วัน.

๕. พวกที่มีอาการไม่สบายมี ๗๕ ปซ.

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ ศจ. น.พ. สุด แสงวิเชียร หัวหน้าแผนกกายวิภาคศาสตร์ ที่กรุณาให้นำเรื่องนี้มาเสนอได้. ศจ. พ.ญ. จินดาภา สายัณหวิกสิต ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มงานนี้และกรุณามอบรายงานเก่าไว้ให้. ขอขอบคุณอาจารย์ในแผนกกายวิภาคศาสตร์ที่ได้ช่วยเหลือโดยเฉพาะ พ.ญ. สุรภี ศุขโรจน์ ที่ช่วยในทุกกรณี, และในที่สุดขอขอบคุณบรรดาแพทย์หญิงและนักศึกษาแพทย์หญิงทุกท่านที่กรุณาให้ประวัติและความร่วมมือเป็นอย่างดี.

เอกสาร

1. Bunnag, T.: Menstruation in Siamese Girls of School Age. J. Med. Ass. Thailand 1932, 15:390.

2. นิรันดร, ฉ. : การมีระดูครั้งแรกของเด็กนักเรียนหญิงในประเทศไทย. (ทุนการวิจัยของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ปี ๒๕๐๕). (ไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสาร.)

3. Ellis, R.W.B.: Age of Puberty in the Tropics. Brit. med. J. 1950, 1:85.

4. Jacobson, L.: On the Relationship Between Menarcheal Age and Adult Body Structure. Human Biol. 1954, 26:127.

5. Eastman, N.J., and L.M. Hellman: Williams Obstetrics. 12th. ed.,

Appleton-Century-Crofts, Inc., New York, 1961, p. 111.

6. Young, H.B., A. Zoli, and J.R. Gallagher: Events of Puberty in 111 Florentine Girls. Amer. J. Dis. Child. 1963, 106: 568.

7. Zukowski, W., A. Kmietowicz-Zukowska, and S. Gruska: The Age at Menarche in Polish Girls Human Biol. 1954, 36: 233.

8. Foll, C.V.: The Age at Menarche in Assam and Burma. Arch. Dis, Childh. 1961, 36: 302.

9. Wilson, D.C., and I. Sutherland: The Age of the Menarche in the Tropics. Brit. med. J. 1953, 2: 607.

10. Rao, A.R.: A Study on Menstruation in Adolescents. J. Indian Med. Ass. 1963, 40: 15.

11. Burrell, R.J.W., M.J.R. Healy, and J.M. Tanner: Age at Menarche in South African Bantu Schoolgirls Living in the Transkei Reserve. Human Biol. 1961, 33: 250.

12. Tanner, J.M.: Growth at Adolescence. 2nd. ed., Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1962.

13. Tilt, E.J.: On Uterine and Ovarian Inflammation and On the Physiology of Diseases of Menstruation. Churchill, London, 1862. (Quoted by S. Israel, 1959).

14. Israel, S.: The Onset of Menstruation in Indian Women. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 1959. 66: 311.

หนังสือ "ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์"
รวบรวมและพิมพ์โดยคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล

พิมพ์ด้วยกระดาษปรู๊ฟ ขนาด ๑๖ หน้ายก หนา ๑๑๔๑ หน้า ปกอ่อน มีจำหน่ายที่หอสมุดศิริราช ราคาเล่มละ ๒๕ บาท ถ้าต้องส่งทางไปรษณีย์ ราคาเล่มละ ๓๐ บาท การสั่งทางไปรษณีย์ โปรดส่งเงินทางธนาณัติ สั่งจ่ายไปรษณีย์หน้าพระลานหรือบางกอกน้อย ในนาม นางสาวอุทัย ทุติยะโพธิ์ บรรณารักษ์หอสมุดศิริราช บางกอกน้อย ธนบุรี.

รายได้จากการจำหน่ายหนังสือนี้ ส่งสมทบทุนวันมหิดลทั้งสิ้น.

(Summary of the preceding Article)

MENSTRUATION IN THAI MEDICAL STUDENTS

Tanomruedee Pumipak, M.B., M.S. (Mich.)
(Department of Anatomy)
(Head of Dept.: Prof. Dr. Sood Sangvichien)

During the period 1945 to 1964, a series of 337 female medical students of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital, University of Medical Sciences, was studied concerning their menstruation. The results are as follows: (1) The mean age at menarche was 13.63 years. (2) The menstrutrual cycle was regular in 44.8 per cent, irregular in 55.2 per cent. (3) The mean length of the menstrual cycle was 29.84 days. (4) The mean duration of flow was 4.23 days. (5) Associated discomfort was present in 75 per cent of cases.

The results are compared with those of other investigators reported in this country and abroad; causes of discrepancy are discussed.

(Three tables. Fourteen references.)

การถูกพิษตะกั่ว

รายงานผู้ป่วย

มุกดา ตฤษณานนท์ พ.บ., M.P.H. (Harvard)
ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H. (U.C.L.A.)
วิทูร อัตนโถ พ.บ.
(แผนกอายุรศาสตร์)
(หัวหน้าแผนก: ศาสตราจารย์ น.พ. จิตต์ ตู้จินดา)

เรื่องย่อ. ตฤษณานนท์, มุกดา, ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ, วิทูร อัตนโถ: การถูกพิษตะกั่ว. รายงานผู้ป่วย. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๕), ๑๗: ๕๒๕-๕๓๖.

รายงานผู้ป่วยถูกพิษตะกั่ว ๒ ราย ซึ่งมีอาชีพหลอมแผ่นตะกั่วสำหรับหม้อแบตเตอรี่. โรคเกิดขึ้นจากการหายใจเอาไอตะกั่วเข้าในร่างกายขณะทำการหลอม. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือปวดท้องรุนแรงจนดิ้น. สิ่งตรวจพบที่เป็นลักษณะจำเพาะคือรอยสีดำที่เหงือกและเม็ดเลือดแดงมี เบโสฟิลิค สติปปลิงก์. ประวัติอาชีพของผู้ป่วยช่วยมากในการวินิจฉัยโรค.

การถูกพิษตะกั่วได้มีรายงานไว้เป็นจำนวนมากในวารสารต่างประเทศ, แต่ในประเทศไทยมีน้อยมาก. ในปี พ.ศ. ๒๔๙๕ นายแพทย์ใช้ ยูนิพันธ์ [1] ได้รายงานผู้ป่วยถูกพิษตะกั่วเรื่องแรกไว้เป็นครั้งแรก ๔ ราย. หลังจากนั้นมาไม่มีรายงานอีกเลยจนกระทั่งเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๗ จึงมีรายงานผู้ป่วยอีก ๓ ราย. [2] ในปัจจุบันนี้ตะกั่วได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการอุตสาหกรรมหลายชนิดด้วยกัน, เช่นการทำแบตเตอรี่ รถยนต์, อุตสาหกรรมกลั่นน้ำมัน, การผลิตสาย เคเบิล, การผลิตสี, อุตสาหกรรมเครื่องเคลือบดินเผา, อุตสาหกรรมทำตัวพิมพ์, การผลิตกระสุนปืนและอื่นๆ อีกมาก. [3] เมื่ออุตสาหกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับตะกั่วได้มีมากขึ้น, อันตรายจากพิษของตะกั่วก็มีเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัวโดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเหล่านี้. เรื่องนี้มีความสำคัญเกี่ยวกับเวชศาสตร์อุตสาหกรรมในการป้องกันอันตรายการหลอมตะกั่วจาก แบตเตอรี่รถยนต์ ซึ่งชำรุดแล้วได้ทำอยู่หลายแห่งด้วยกันในจังหวัดธนบุรี. จึงเห็นสมควร

เสนอเรื่องการถูกพิษตะกั่วพร้อมทั้งรายงานผู้ป่วยที่ถูกพิษตะกั่วเรื้อรัง ๒ ราย.

แหล่งของตะกั่วมีอยู่ตามธรรมชาติมากมายด้วยกัน: ในน้ำเช่นน้ำทะเล, น้ำประปา, น้ำยาดาล, และน้ำตามแม่น้ำลำคลอง; ในเครื่องดื่มเช่นเบียร์, เหล้า, วิสกี้; ในอาหารหลายอย่างด้วยกัน, เช่น ขนมปังมี ๐.๒ ส่วนในล้าน (Ppm), กะหล่ำปลีมี ๒ ส่วนในล้าน, ในแอปเปิ้ล ๐.๓ ส่วนในล้าน, ในตับวัว ๐.๓๖-๐.๔๒ ส่วนในล้าน. ดังนั้นในวันหนึ่ง ๆ มนุษย์เราบริโภคตะกั่วเข้าไปเสมอ, ประมาณว่าจากการกินอาหารและเครื่องดื่ม ๐.๓ มก. ต่อวัน, และจากอากาศหายใจเข้าประมาณ ๐.๐๓ มก. ต่อวัน. ในการขับถ่ายตามปรกติตะกั่วจะออกทางอุจจาระประมาณ ๐.๓ มก. ต่อวัน, และทางปัสสาวะประมาณ ๐.๐๓ มก. ต่อวัน. เหล่านี้เป็นเหตุการณ์ปรกติของร่างกาย. แต่ถ้าตะกั่วเข้าไปในร่างกายมากเกินไป, เช่นในคนที่ทำงานอุตสาหกรรมเกี่ยวกับตะกั่ว, การขับถ่ายกำจัดไม่ทัน, ตะกั่วก็จะคั่งค้างอยู่ในเลือดและเกิดการเป็นพิษขึ้น. (4,5)

ตะกั่วอาจเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง.(4) ตะกั่วอนินทรีย์เข้าสู่ร่างกายได้โดยการกินและโดยสูดเอาไอระเหยหรือเอาละอองฝุ่นตะกั่วเข้าไปทางการหายใจ. สำหรับตะกั่วอินทรีย์เข้าสู่ร่างกายได้อีกทางหนึ่ง, คือ การแทรกซึมทางผิวหนัง.

การถูกพิษโดยการกินอาจเกิดได้ในเด็ก ๆ. ในวารสารต่างประเทศได้รายงานถึงเด็กที่มีนิสัยชอบเก็บอะไรกินด้วยความซุกซน. โดยมากเด็กที่คลานได้แล้วมักเก็บสิ่งต่าง ๆ ซึ่งกะเทาะหลุดออกมากินเข้าไป. สิ่งเหล่านี้มักมีตะกั่วปนอยู่. เมื่อกินเข้าไปก็เกิดเป็นพิษถึงตาย.(6) ในผู้ใหญ่พบได้ในคนที่กินเหล้าเถื่อนกลั่นเอง, หรือใช้ภาชนะซึ่งมีส่วนผสมของตะกั่วอยู่. เมื่อกินมากและบ่อย ๆ เข้าก็เกิดอาการถูกพิษได้.

การถูกพิษโดยสูดเข้าไปทางการหายใจอาจเกิดได้ในบุคคลที่ทำงานในโรงงานหลอมตะกั่ว, เพราะขณะที่หลอมจะเกิดไอระเหยของตะกั่วหนาแน่นมาก. ผู้ที่ทำงานก็จะสูดเอาไอตะกั่วเข้าไป. เมื่อนานเข้าตะกั่วจะเข้าไปในร่างกายมากขึ้นทุกทีจนในที่สุดเกิดเป็นพิษ. พวกเหล่านี้ทำงานเพียง ๕-๖ เดือนก็เกิดอาการได้ เพราะได้สูดเอาไอตะกั่วเข้าไปมาก. ในโรงงานที่ผลิตตัวพิมพ์ก็เช่นเดียวกันต้องมี

การหลอมตะกั่วทำให้เป็นแท่งเล็ก ๆ เพื่อให้เหมาะในการใส่เข้าในเครื่องสำหรับผลิต. แต่ไอตะกั่วที่เกิดขึ้นขณะมีการหลอมไม่มากเหมือนกับโรงงานหลอมตะกั่วโดยเฉพาะ. ดังนั้นผู้ที่ทำงานในโรงงานนี้กว่าจะเกิดอาการเป็นพิษก็ต้องทำงานเป็นเวลานาน, อาจถึง ๒-๓ ปี. นอกจากนี้การถูกพิษตะกั่วยังอาจเกิดได้ในโรงงานประเภทอื่นอีก.

การถูกพิษโดยการซึมเข้าทางผิวหนังเกิดจากตะกั่วอินทรีย์บางชนิดเท่านั้น, เช่น เตตระเอธิล์ เลด, ซึ่งมักจะพบในคนที่ทำงานในโรงกลั่นน้ำมัน. คนงานต้องผสมเตตระเอธิล์ เลด กับน้ำมัน แก๊สโซลีน (เบ็นซิน) เพื่อป้องกันการโขกของเครื่องในการทำเป็นน้ำมันเชื้อเพลิงสำหรับรถยนต์โดยทั่วไป. ตะกั่วชนิดนี้เมื่อซึมเข้าสู่ร่างกายแล้วจะก่ออาการรุนแรง, โดยมากมักแปลกกว่าตะกั่วอนินทรีย์. มักมีอาการทางสมองเป็นชนิด "เอ็นเซฟาโลปาธีย์" และอาจทำให้ถึงตายได้ง่าย.

เมื่อตะกั่วได้เข้าไปในร่างกายโดยวิธีใดก็ตาม, หากมากถึงขีดเป็นพิษก็จะมีอาการแข็งหรืออาการแสดงหลายอย่างด้วยกัน, สรุปได้ดังนี้: (7-11)

๑) อาการทางระบบทางเดินอาหาร. มีเบื่ออาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องผูก. บางรายอาจท้องเสีย. ที่เหงือกอาจพบ "เส้นตะกั่ว" (Lead line). ที่สำคัญคือ อาการปวดท้องแบบ "โคลิค" ซึ่งเป็นเหตุนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล. ผู้ป่วยอาจปวดจนคันตัวงอ, ซึ่งจำเป็นต้องแยกจากโรคทางศัลยกรรม, เช่น นิ่วในไต, นิ่วในถุงน้ำดี, แผลในกระเพาะอาหาร. การซักประวัติเกี่ยวกับอาชีพจะช่วยการวินิจฉัยโรคมาก.

๒) อาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ. มีอาการอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อของแขนและขา. บางครั้งปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ. ถ้าตะกั่วเข้าไปมาก ๆ เป็นเวลานานอาจเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อได้, ซึ่งมักเกิดกับกล้ามเนื้อพวกที่ทำหน้าที่เหยียด, ทำให้เกิด "เท้าห้อย" หรือ "มือห้อย". การเป็นอัมพาตในรายเหล่านี้มักไม่มีการเสียความรู้สึกร่วมด้วย. โดยมากมักเป็นกล้ามเนื้อข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาเท่านั้น.

๓) อาการทางสมอง (เลด เอ็นเซฟาโลฟาธีย์). มักพบในเด็กซึ่งได้รับตะกั่วเข้าไปเป็นปริมาณมาก, เช่นกินตะกั่ว

อนินทรีย์หรือสูดเอาไอและละอองฝุ่นตะกั่วเข้าไปมาก. สำหรับผู้ใหญ่พบได้น้อย. โดยมากเกิดจากตะกั่วอินทรีย์, เช่นคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมกลั่นน้ำมันซึ่งมีการผสม เตตระเอธิล์ เลด. อาการเริ่มต้นด้วยการตื่นเต้น, นอนไม่หลับ, ฝันร้าย, อารมณ์ฉุนเฉียว, ริเฟล็กซ์ ไวกว่าปรกติ, สติคุ้มดีคุ้มร้าย, ในที่สุดอาจชัก, หมดสติและถึงแก่ความตายได้.

๔) อาการทางเลือด. ได้แก่อาการซีด, เลือดจางและอ่อนเพลีย.

นอกจากอาการดังกล่าวมาแล้วผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ, มึนซึม, ความจำเสื่อมร่วมด้วยเสมอ.

การวินิจฉัยโรค อาศัย :

๑) ประวัติการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีตะกั่ว.

๒) อาการต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว, โดยเฉพาะอาการมึนซึม, ปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย, ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ, อาการปวดท้องแบบ โคลิค ซึ่งพบบ่อยมาก.

๓) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบภาวะเลือดจางชนิดฮัยโปโฒรมิค ไมโครซิย์ติค. เม็ดเลือดแดงมีเบโสฟิลิค สะติปปลิงก์ ตั้งแต่ ๘,๐๐๐ ตัวใน ๑ ล้านขึ้นไปจึงถือว่าสำคัญ. ระดับตะกั่วในเลือดเกินกว่า ๘๐ มคก. ต่อเลือด ๑๐๐ กรัมถือว่าเป็นพิษ (ปรกติมีน้อยกว่า ๖๐ มคก. ต่อเลือด ๑๐๐ กรัม). ระดับตะกั่วที่ขับถ่ายออกทางปัสสาวะ ตามธรรมดามีน้อยกว่า ๕๐ มคก.ต่อปัสสาวะ ๑ ลิตร, ถ้าเกินกว่า ๑๕๐ มคก.ต่อลิตรถือว่าเป็นพิษ. นอกจากนี้อาจตรวจพบ โคโปรพอร์ฟีรีน ๓ ในปัสสาวะ.(12-14)

รายงานผู้ป่วย

รายที่หนึ่ง. ผู้ป่วยชายไทย, อายุ ๒๒ ปี. รับไว้ใน แผนก อายุรศาสตร์ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องจนคันมา ๒ วัน.

ผู้ป่วยทำงานโรงหลอมตะกั่วหม้อ แบตเตอรี่ ชำรุด, ประมาณ ๒ เดือน. ๔ วันก่อนมา ร.พ. เริ่มปวดแน่นบริเวณยอดอก, ปวดเย็นพัก, มีคลื่นไส้และอาเจียนบางครั้ง. ๒ วันก่อนมาปวดจนคัน, อาเจียนและอ่อนเพลียมาก. กินยาไม่ทุเลาจึงมา ร.พ.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิกาย ๓๖.๔°ซ., อัตราชีพจร ๘๐, หายใจ ๑๘, ความดันเลือด ๑๒๖/๘๔. รูปร่างแข็งแรง, แต่ซีด. แสดงท่าทางปวด

ท้องแบบ "โคลิค" และคืนเย็นพัก ๆ. ตรวจพบเส้นตะกั่วที่เหงือก. คลำหน้าท้องมีกดเจ็บเล็กน้อยทั่วไป, โดยเฉพาะใกล้สะดือ, ไม่มีการเกร็งแข็งที่หน้าท้อง. คลำไม่พบตับและม้าม. ปอดและหัวใจไม่พบผิดปรกติ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ. เลือดมี ฮีโมโกลบิน ๙.๗ ก.ป๋ซ., เม็ดเลือดแดง ๓.๓ ล้าน/ล.มม. และมี เบโสฟิลิค สะติปปลิงก์, เม็ดเลือดขาว ๗,๑๐๐/ล.มม., นิวโตรฟิล ๖๘ ป๋ซ., ลิย์มโฟซัยต์ ๓๒ ป๋ซ. วิเคราะห์เลือดได้ อัลบูมิน ๓.๗ ก.ป๋ซ., โกลบูลิน ๓.๔ ก.ป๋ซ., เอ็น.พี.เอ็น. ๔๒ มก.ป๋ซ., เครอาตินิน ๑.๕ มก.ป๋ซ., การตรวจหน้าที่ของตับพบอยู่ในเกณฑ์ปรกติ. การตรวจน้ำไขสันหลังไม่พบสิ่งผิดปรกติ. การตรวจหาตะกั่วในเลือดและปัสสาวะโดยวิธีคุณภาพวิเคราะห์ได้ผลบวก ; ในค็อนโทรล ได้ผลลบ.

การตรวจทางรังสี กระเพาะอาหาร, ลำไส้เล็ก, ปอด, และกระดูกยาวไม่พบผิดปรกติ.

การตรวจชิ้นเนื้อตับ จากการเจาะตัด (ไบอ็อปซีย์) ด้วยเข็มไม่พบ นูเคลียร์อินคลูชั่น.

การวินิจฉัยโรค การถูกพิษตะกั่วเรื้อรัง.

การรักษา ให้แคลเซียม กลูโคเนต ๑๐ มล. ทางหลอดเลือดวันละครั้งนาน ๘ วัน. ให้ บี.เอ.แอล. วันละ ๑๐๐ มก. ๕ วัน, และให้ยาแก้การหดเกร็งด้วย. อาการทุเลาเย็นลำดับ. เมื่ออยู่ ร.พ. ได้ ๑๓ วันไม่มีอาการปวดท้องอีกเลย.

รายที่สอง. ผู้ป่วยชายไทย, อายุ ๑๙ ปี. รับไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องจนคืนมา ๕ วัน, และขาทั้งสองข้างไม่ค่อยมีกำลังมาสิบกว่าวัน.

ผู้ป่วยทำงานหลอมตะกั่ว เช่น เดียวกับรายแรก, นานเกือบ ๑ ปี. หนึ่งเดือนก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย และกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง. ๕ วันก่อนมา ร.พ. ปวดท้องมาก. แพทย์ให้ยารักษาไม่ทุเลา. ๓ วันก่อนมา ร.พ. ปวดบริเวณสะดือมากจนคืน, ตัวงอ, เหงื่อออกทั่วตัว, กินยาแต่ไม่ทุเลาจึงมา ร.พ.

การตรวจร่างกายแรกรับ. อุณหภูมิ ๓๗.๒°ซ., อัตราชีพจร ๘๐, หายใจ

๒๒, ความดันเลือด ๑๓๐/๘๘. ผิวซีด. หน้าตาท่าทางแสดงว่าปวดท้อง. ตรวจพบ "เส้นตะกั่ว" ที่เหงือก. คลำหน้าท้องเจ็บทั่ว ๆ ไป, มากบริเวณสะดือ. กล้ามเนื้อหน้าท้องไม่เกร็ง. ตับ, ม้ามคลำไม่พบ. หัวใจ, ปอด ไม่พบผิดปรกติ.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ. ฮีโมโกลบิน ๘.๘ ก.ปซ., เม็ดเลือดแดง ๒.๒๗ ล้าน ล.มม. และมี เบโสฟิลิค สะติปปลิงก์, เม็ดเลือดขาว ๑๑,๐๐๐/ล.มม., นิวโตรฟิล ๘๗ ปซ., ลิย์มโฟซัยต์ ๘ ปซ., เบโสฟิล ๑ ปซ.. เคมีของเลือด : อัลบุมิน ๓.๘ ก.ปซ., โกลบุลิน ๓.๒ ก.ปซ., เอ็น.พี.เอ็น. ๔๕ มก.ปซ., เครอาตินิน ๑.๕ มก.ปซ. ผลการตรวจหน้าที่ของตับปรกติ. น้ำไขสันหลังไม่พบผิดปรกติ: การตรวจหาตะกั่วในเลือดและปัสสาวะโดยวิธีคุณภาพวิเคราะห์ได้ผลบวก.

การเจาะตัดตับตรวจ. ไม่พบ นูเคลียร์ อินคลูชั่น.

การตรวจทางรังสี. กระเพาะอาหาร, ลำไส้เล็ก, ปอดและกระดูกยาวไม่พบผิดปรกติ.

การวินิจฉัยโรค. การถูกพิษตะกั่วเรื้อรัง.

การรักษา. ให้แคลเซียม กลูโคเนต ๑๐ มล. ทางหลอดเลือดวันละครั้ง. ให้ยาแก้การหดเกร็งและให้ เด็กซโตรส ทางหลอดเลือด. อาการดีขึ้นเย็นลำดับ. หลังรับไว้ใน ร.พ. ๗ วัน หายเกือบเป็นปรกติ, นาน ๆ จึงปวดท้องไม่รุนแรงครั้งหนึ่ง. ผู้ป่วยอยู่ใน ร.พ. ๑๔ วัน.

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้มีอาการถูกพิษตะกั่วอย่างเรื้อรังเนื่องจากทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมหลอมตะกั่วจาก แบตเตอรี่ชำรุดแล้ว. ได้ทำการศึกษาเพื่อทราบถึงวิธีการที่ผู้ป่วยได้ตะกั่วเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีใด. โดยการสำรวจที่โรงงานปรากฏว่าเป็นโรงงานเล็ก ๆ รับซื้อ แบตเตอรี่ รถยนต์ที่ชำรุดแล้วเป็นจำนวนมาก, มีคนงาน กะเทาะเปลือก ของ แบตเตอรี่ ออกและ นำเอา แผ่นตะกั่ว ซึ่งโดยมากเป็นพวกโลหะผสม ทำด้วย ตะกั่วผสม แอนติโมนี่ ประมาณ ๔ - ๘ ปซ. แล้วแต่วิธีการผลิตของแต่ละบริษัท. วิธีการแผนใหม่ของบริษัทคือพยายามลด แอนติโมนี่ และเพิ่มสาร

หนู และเงินผสมเข้าไป เพื่อให้ได้ผลดีขึ้น. นอกจากนั้นแผ่นตะกั่วยังฉายด้วย อ็อกไซด์ของตะกั่ว ซึ่งอาจเป็นตะกั่วเหลือง (PbO) ตะกั่วแดง (Pb_3O) และอ็อกไซด์ดำ (Pb_2O). คนงานเอาแผ่นตะกั่วรวมกันและนำไปหลอมในเตาโดยไม่มีที่ปิดและไม่มีการป้องกันแต่อย่างใด. มักเผาในเวลากลางคืน, เห็นไอของตะกั่วเกิดขึ้นอย่างมากมาย. พวกคนงานคงสูดเอาไอของตะกั่วเข้าไปมากตลอดเวลา, ดังเห็นได้ว่ารายแรกทำงานอยู่ไม่นานนักเพียง ๒ เดือนก็เกิดอาการ. จากการซักถามเพิ่มเติมพบว่ามีคนงานหลายคนที่เคยทำงานในโรงงานนี้แล้วมีอาการปวดท้องอย่างมาก จึงลาออกไป และโรงงานรับคนใหม่เข้ามาแทน.

ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายในรายงานนี้มีอาการสำคัญที่นำมาหาแพทย์คืออาการปวดท้องแบบ "โคลิค" รุนแรงจนดิ้นซึ่งจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกจากโรคทางศัลยกรรม. การซักประวัติการทำงานและการเฝ้าสังเกตอาการต่อไปได้ช่วยในการวินิจฉัยเป็นอย่างมาก. นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีอาการเลือดจางและเม็ดเลือดแดงมีเบโสฟิลิค สติปปลิงก์. เนื่องจากหาปริมาณตะกั่วในเลือดและปัสสาวะในขณะนั้นยังไม่อาจทำได้ จึงทำการทดสอบแต่เพียงว่าพบตะกั่วหรือไม่เท่านั้น.

การรักษาโดยให้แคลเซียม กลโคเนต มีความมุ่งหมายให้ช่วยนำเอาตะกั่วในเลือดไปเก็บไว้ที่กระดูก และให้บี. เอ. แอล. เพื่อแก้พิษ. นอกนั้นให้ยารักษาตามอาการ. อาการทุเลาลงไปภายใน ๗-๑๐ วัน. ยาอี.ดี.ที.เอ. (เอธิยล ไดอะมีนเตตระอะซีติค) ยังไม่ได้เริ่มใช้เพราะขณะนั้นยังหาไม่ได้.

สรุป

รายงานผู้ป่วยถูกพิษตะกั่วเรื้อรังสองรายจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเล็ก ๆ ที่มีการหลอมตะกั่วจากหม้อแบตเตอรี่รถยนต์ที่ชำรุดแล้ว. คนงานในโรงงานนี้ได้รับตะกั่วเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดเอาไอของตะกั่วเข้าไประหว่างทำการหลอมตะกั่ว. อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมา ร.พ. คืออาการปวดท้องรุนแรงแบบ "โคลิค" ซึ่งจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกจากโรคทางศัลยกรรม. การซักประวัติการทำงานช่วยในการวินิจฉัยโรคได้มาก.

เอกสาร

1. Yunibandhu, J. : Chronic Lead Poisoning. Siriraj Hosp. Gaz. 1962, 4 : 169.

2. ตฤษณานนท์, ม., พ. อุ่นสมบัติ, และ ว. อัตนโถ : การแพ้พิษตะกั่วอย่างเรื้อรัง. จ. พ. ส. ท. ๒๕๐๗. (ค.ศ. ๑๙๖๔), ๔๗ : ๗๑๑.

3. Ziegfeld, R.L.: Importance and Uses of Lead. Arch. Environ, Health 1964, 8:202.

4. Kehoe, R.A.: Normal Metabolism of Lead. Ibid. 1964, 8:232.

5. Idem. : Metabolism of Lead Under Abnormal Conditions. Ibid. 1964, 8:235.

6. Smith, H.D.: Pediatric Lead Poisoning. Ibid. 1964, 8:256.

7. Zavon, M.R. : Problems in Recognition of Lead Intoxication. Ibid. 1964, 8:262.

8. Johnstone, R.T.: Clinical Inorganic Lead Intoxication. Ibid. 1964, 8 : 250.

9. Cirksena, W.J., J.J. Deller, and J.L. Marcarelli: Adult Chronic Lead Intoxication. Ibid. 1962, 4 : 183.

10. Ingalls, T.H,, E.A. Tiboni and M. Werrin: Lead Poisoning in Philadelphia, 1955—1960. Ibid. 1961, 3:575.

11. Beeson, P.B., and W. McDermott (Ed.): Cecil—Loeb Textbook of Medicine. 11th. ed., W.B. Saunder Co., Philadelphia, 1963, p. 1785.

12. Lane, E.R. : Health Control in Inorganic Lead Industries. A Follow Up of Exposed Workers. Arch. Environ. Health 1964, 8 : 243.

13. Fleming, A.J.: Industrial Hygiene and Medical Control Procedures Ibid. 1964, 8 : 266.

14. Kehoe, R.A. et al. : Potential Hazard of Exposure to Lead. II Further Investigations in the Preparation, Handling, and Use of Gasoline Containing Tetramethyllead. Ibid. 1963, 6 : 255.

ท่านสมาชิก

๑. ไม่ได้รับหนังสือ
๒. ย้ายที่อยู่

โปรดแจ้งแผนกจัดการ

(Summary of the preceding Report)

LEAD POISONING

Report of Cases

Mukda Trishnananda, M.B., M.P.H. (Harward)
Pairoj Oousombati, M.B., M.P.H. (U.C.L.A.)
Vitoon Attanatho, M.B.
(Department of Medicine)
(Head of Dept.: Prof. Dr. Chitt Tuchinda)

Two cases of chronic lead poisoning from industrial exposure are reported. The patients had been working in a small melting and refining factory for 2 months and one year respectively. The route of entry of lead into the body was probably by inhalation of lead fumes during the melting process.

The chief symptoms of illness were nausea, vomiting, colicky pain and muscular weakness of extremities. The diagnosis was based on the history of industrial exposure, gastrointestinal upset, especially the abdominal colic, lead line, and positive test for lead in the urine. Clinical recovery was obtained with intravenous administration of calcium gluconate only in one case, and with BAL in the other case.

(Fourteen references.)

M.T.

บทความนิติเวชวิทยา

นิติเวชวิทยาในอังกฤษ (ตอนที่ ๒)

การเป็นพยานในศาล

ทรงฉัตร โตษยานนท์ พ.บ.

(หน่วยนิติเวชวิทยา, แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ตัณสุรัต)

ศาลพิจารณาเหตุตายของสก็อตแลนด์

ได้กล่าวไว้ในตอนที่ ๑ ว่าจะพูดถึงการเป็นพยานศาลของอังกฤษและค่านิยมที่เขาได้รับ, แต่รู้สึกว่าจะไม่สมบูรณ์, ถ้าไม่ได้พูดถึงศาลของสก็อตแลนด์. เป็นที่ทราบกันดีว่าสก็อตแลนด์นั้นมีอะไรผิดแผกแตกต่างกับอังกฤษหลายอย่าง. เห็นจะไม่ต้องพูดถึงขนบประเพณีและบ้านเมืองเพราะไม่มีจุดมุ่งหมายที่จะเล่าเรื่องเหล่านั้น.

ระบบการศาลของสก็อตแลนด์นั้นแปลกไปกว่าของอังกฤษ. จะนำเฉพาะที่แพทย์เข้าไปเกี่ยวข้องมากที่สุดมาเล่าให้ฟัง. ที่เห็นว่าแปลกก็คือที่นั่นไม่มี โคโรเนอร์ คอร์ต (Coroner Court). ทุกๆเคาน์ตี้ (County) มีสำนักงานของ Procurator Fiscal ปฏิบัติงานคล้ายกับ โคโรเนอร์, คือทำการไต่สวนถึงสาเหตุแห่งการตายในเมื่อเป็นการตายอย่างฉับพลัน ทันด่วน และ การตายที่มีสาเหตุคลุมเครือ. การไต่สวนเป็นแบบ "สืบถามส่วนตัว" (Private inquiry) คือ โปรคูเรเตอร์ ฟิสคัล เรียกพยานต่าง ๆ มาสอบหาหลักฐานด้วยตนเอง. การไต่สวนแบบ "สืบถามเปิดเผย" (Public inquiry) เช่น โคโรเนอร์ คอร์ต ไม่ค่อยทำกัน. เมื่อไต่สวนเป็นที่พอใจแล้ว อาจสั่งให้ทำการตรวจศพหรือไม่ก็ได้. โปรคูเรเตอร์ ฟิสคัล สามารถที่จะเขียนใบมรณบัตรลงสาเหตุแห่งการตาย และ ส่งต่อไปยัง นายทะเบียน (Registrar). การไต่สวนต่อหน้าประชาชน

ก็มีทำภายใต้กฎหมายที่เรียกว่า Fatal Accidents and Sudden Deaths Inquiry Act. การไต่สวนนี้กระทำที่ Sheriff court ต่อหน้าเชอริฟฟ์ และลูกขุนอีกเจ็ดคน, โดยที่โปรคูเรเตอร์ ฟิสคัล เป็นผู้นำเรื่องเสนอ. การตายต่าง ๆ ที่ต้องทำการไต่สวนแบบนี้ก็มีเช่นอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน, อุบัติเหตุในท้องถนน, ตายในที่คุมขัง, การตายซึ่งเป็นที่สนใจของสังคม. ภายหลังที่การไต่สวนเสร็จสิ้นลงแล้ว เชอริฟฟ์ก็สรุปเรื่องราวให้คณะลูกขุน, เพื่อที่คณะลูกขุนจะได้พร้อมกันลงความเห็นว่าคน ๆ นั้นตายที่ใด, เมื่อใด, ตายเพราะเหตุใด, เหตุนั้น ๆ เนื่องจากความผิดหรือความประมาทของผู้หนึ่งผู้ใด, และในที่สุด ฟิสคัล ก็จะเป็นผู้รวบรวมเอกสาร และรายงานต่าง ๆ พร้อมทั้งคำตัดสินของลูกขุนส่งไปยัง Crown Agent เพื่อดำเนินในคดีนั้น ๆ ต่อไป.

การตรวจศพที่เกี่ยวกับคดีในสก็อตแลนด์ทำกันน้อยมาก, เมื่อเปรียบเทียบกับในอังกฤษ, เช่นที่เอดินเบอเรอห์ในสัปดาห์หนึ่งอาจตรวจเพียง ๕ - ๖ ราย, แต่ในลอนดอนเพียง Borough เดียวอาจมีศพถึง ๒๐ ศพที่ต้องตรวจภายในหนึ่งวัน. ในสก็อตแลนด์นี้จะต้องมีแพทย์ ๒ คนร่วมกันตรวจและลงชื่อในรายงานและทั้งสองคนจะต้องเห็นพ้องต้องกันในสาเหตุแห่งการตาย.

ยังมีศาลอื่น ๆ อีก ที่ต่างกับอังกฤษแต่จะไม่กล่าวในที่นี้.

หมายศาล

แพทย์อาจถูกเรียกตัวไปศาลได้หลายกรณี, อาทิเช่นพยาธิแพทย์ผู้อำนวยการตรวจศพก็อาจถูกเรียกไปศาล โคโรเนอร์เพื่อแถลงถึงรายละเอียดของการตรวจและเหตุตายดังที่ได้แสดงไว้ในรายงานซึ่งมอบให้ โคโรเนอร์ไปแล้ว. อายุรแพทย์, ศัลยแพทย์, หรือแพทย์ตำรวจอาจถูกเชิญให้ไปตรวจผู้ป่วยคดีเจ็บ, ผู้ต้องหาเมาสุราขับรถ, หรือผู้เสียหายในคดีข่มขืน กระทำชำเรา. ภายหลังที่ตรวจและทำรายงานมอบให้ตำรวจเรียบร้อยแล้วก็อาจถูกเชิญให้ไปศาล Magistrate หรือศาลสูงอื่น ๆ เพื่อให้การ, ดังได้กล่าวไว้ในบทที่หนึ่งแล้วว่าศาลใดมีแพทย์ใดขึ้นบ้าง.

แพทย์อาจไปขึ้นศาลในฐานะที่ต่าง ๆ กัน. บางคนก็อยู่ในฐานะประจักษพยาน (Witness to fact) เช่น แถลงถึงรายงานการตรวจคนไข้ต่าง ๆ. บางคนอาจถูกเชิญไปในฐานะพยานผู้เชี่ยวชาญ (Expert

Witness) เพื่อให้ความเห็นในบางเรื่อง, อาทิ เช่น ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องยาสลบ เป็นต้น.

จะขอนำหมายเรียกพยานต่าง ๆ ที่ใช้กันในอังกฤษมากล่าวสัก ๒ - ๓ ชนิด.

"A Summon from a coroner" เป็นหมายจาก โคโรเนอร์ แจ้งถึงวัน, เวลา และเรื่องที่แพทย์หรือพยานผู้นั้นจะต้องมาศาล, เพื่อให้ โคโรเนอร์ ไต่สวนต่อหน้าประชาชนในศาลของ โคโรเนอร์. โดยทั่วไปแล้ว พนักงานของ โคโรเนอร์ จะเป็นผู้นำหมายนี้มาให้แพทย์. แต่ถ้าเวลานัดนั้นไม่สะดวก, แพทย์ก็อาจติดต่อกับ โคโรเนอร์ เพื่อขอเปลี่ยนเวลาได้, อาทิ เช่น แพทย์เกิดติดผ่าตัดหรือมีธุระด่วนพิเศษเป็นต้น. ในบางกรณีที่แพทย์เป็นฝ่ายถูกกล่าวหาว่ากระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้คนไข้ตาย และจะต้องมีการไต่สวนกันในศาล, แพทย์อาจต้องการเวลาเตรียมตัว, อาจต้องปรึกษา Medical Protection Society. (ในอังกฤษ มีสมาคม อยู่ ๒ สมาคม ซึ่งมีประโยชน์มาก สำหรับแพทย์ผู้เป็นสมาชิก เพราะสมาคมนี้จะเป็นที่ปรึกษา, เป็นผู้จัดหาทนาย และ ท้ายที่สุด เป็นผู้เสีย ค่าปรับ, ถ้าแพทย์สมาชิกเกิดเป็นผู้ต้องหา และถูกฟ้องร้องจากคนไข้หรือผู้เสียหายในคดีใด ๆ ก็ตาม. ในต่างประเทศและในอังกฤษแพทย์ถูกฟ้อง โดยคนไข้อยู่เสมอ ๆ ละหลาย ๆ ราย, จึงจำเป็นต้องมีสมาคมเช่นนี้.)

"A notice to attend" เป็นหมายซึ่งมาจากสถานีตำรวจ, เป็นหนังสือแนะนำแพทย์แจ้งถึงวัน, เวลา, และเรื่องราวที่แพทย์หรือพยานอื่นจะต้องไปยังศาล Magistrate เพื่อให้การ. เช่นแพทย์ที่ตรวจผู้ต้องหาคดีเมาสุราขับรถ, หรือตรวจผู้ยาดเจ็บ, เป็นต้น. แพทย์อาจไปในฐานะพยานฝ่ายตำรวจ, ฝ่ายผู้เสียหายหรือฝ่ายจำเลยแล้วแต่เรื่อง. สำหรับการไปเป็นพยานให้แก่ฝ่ายจำเลยนั้นโดยมากแพทย์จะนัดวัน และ เวลาที่จะไปศาลกับทนาย (Solicitor) ของจำเลย, และทนายจะเป็นผู้ไปนัดศาลต่อไป. สำหรับผู้ใดที่หลีกเลี่ยงไม่ไปเป็นพยานให้การ และไม่แจ้งให้ศาลทราบล่วงหน้า ก็อาจได้รับหมายยังคับ. ทั้งนี้ แสดงว่า หนังสือเตือน ฉบับแรกนี้เป็นหนังสือที่ไม่เคร่งครัดนัก, นอกจากจะไม่ปฏิบัติตาม.

"A Subpoena" เป็นหมายเรียกพยานสำหรับศาลทั่วไป. โดยทั่วไปแล้วทนาย

มักจะติดต่อ มายังแพทย์ว่าจะ ส่งหมาย มาวัน, เวลานั้นจะขัดข้องหรือไม่. แต่บางครั้ง ศาลอาจ ส่งหมาย มา ทันที ทันใด ทางไปรษณีย์ก็ได้. สำหรับคดีแพ่งศาลมักส่งเงินหนึ่งกิน เข้นค่าเดินทางไปศาลพร้อมกับหมายด้วย. ผู้ที่รับหมายแล้วหลีกเลี่ยงไม่ไปศาลตามนัด และไม่มีเหตุผลเพียงพอ ก็อาจถูกลงโทษได้โดยอำนาจของศาล.

การไปเป็นพยานศาล

เมื่อแพทย์ได้ รับหมายศาล และ ทราบเรื่องราวแล้ว, เขาก็จะเตรียมตัวสำหรับไปให้การในเรื่องนั้น ๆ. (ในบ้านเราแพทย์ที่ได้รับหมายศาลส่วนมาก ถ้าไม่ติดต่อไปยังศาล จะไม่รู้เลย ว่า ตัว จะต้องไป ศาลเรื่องอะไร, เพราะในหมายนั้นระบุแต่เพียงว่าคดีหมายเลขเท่าใด, ความอาญา หรือแพ่ง, ระหว่างใครโจทก์ใครจำเลย, ให้พยานไปศาลวันและเวลานั้น ๆ. หากแพทย์ ไม่ มีเวลา หรือไม่สามารถ จะติดต่อกับอัยการเจ้าของคดีจะด้วยเหตุขัดข้องใดๆ ก็ตาม, แพทย์ผู้รับหมายแล้วก็ต้องไปศาลโดยไม่รู้ และไม่ได้เตรียมตัว สำหรับ เรื่องนั้น ๆ เลย. ผู้เขียนเห็นว่ากรณีเช่นนี้อาจทำให้การเป็นพยาน ผิดพลาด และ เสียไปได้. บางเรื่องบางคดีแพทย์อาจต้องศึกษา, อ่าน และหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อพร้อมที่จะให้ถูกซักโดยทนายหรือโดยฝ่ายตรงข้าม, จึงมีความ จำเป็น อย่าง ยิ่งที่แพทย์ควรรู้ว่าจะต้องไปศาล เรื่อง อะไรทุก ครั้งที่รับหมาย.)

มีหลักสี่ประการที่แพทย์อังกฤษมักยึดถือเพื่อความสำเร็จในการเป็น พยาน ศาล, คือ :

๑. เตรียมตัวและทำ ความ เข้าใจ กับเรื่องที่จะต้องไปให้การอย่างละเอียดถี่ถ้วน, พร้อมทั้งรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับคดีนั้น ๆ ไว้อย่างครบถ้วนก่อนที่จะเข้าห้องพิจารณาคดี. สิ่งใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับคดีไม่ควรติดตัวเข้าไปด้วย.

๒. ให้การอย่างกระจ่าง, สั้น, ใช้ภาษาที่ง่าย.

๓. พูด เฉพาะใน เรื่อง ที่ ตน มี ความชำนาญเท่านั้น, ไม่ก้าวก่ายในสาขาวิชาด้านอื่นที่ตนไม่มีความชำนาญ.

๔. อดทนและสุภาพ, ไม่ลุแก่โทสะ.

คดีบางเรื่องแพทย์อาจถูกซักมากมาย จากอัยการและทนาย. บางครั้งก็เป็นเรื่องซับซ้อนยากต่อการตอบให้ตรงคำถาม, บางครั้งก็ถามเพื่อยั่วโทสะให้ตอบหลง และผิดพลาด. เป็นเช่นนี้เหมือนกันเกือบทุก

ประเทศ. แพทย์ผู้คุ้นเคยต่อศาลจะเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา. แต่ดังได้กล่าวแต่ตอนต้นแล้วว่าบางคนในชีวิตอาจเคยเข้าไปในศาลเพียงครั้งสองครั้ง, อาจพลั้งเผลอหรือหลวมตัวต่อข้อซักถามอันสลับซับซ้อนซึ่งไม่เคยผจญมาก่อน. ดังนั้นการยึดหลักสี่ประการข้างต้นของพวกหมออังกฤษ จึงมีความสำคัญ.

สำหรับศาล โคโรเนอร์ นั้นเมื่อแพทย์ถูกเรียกไปศาลและถึงเวลาที่จะต้องยืนขึ้นแถลงในคอกพยานแล้ว, โดยทั่วไป โคโรเนอร์ จะเป็นผู้ซักถามถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่แพทย์นั้นเกี่ยวข้อง. ต่อจากนั้นก็จะเปิดโอกาสให้ลูกขุน, ทนาย, หรือแม้แต่ญาติและผู้สนใจอื่น ๆ ลุกขึ้นถามพยานได้โดยได้รับอนุญาตจาก โคโรเนอร์, ซึ่งแพทย์ก็ต้องตอบอย่างตรงไปตรงมาตามคำถามเหล่านั้น.

สำหรับในศาลอื่น ๆ เช่นศาลอาญานั้น การซักถามพยานก็ดำเนินไปแยบเดียวกัน. เมื่อเริ่มต้นพยานจะถูกซักถามโดยอัยการของแผ่นดินก่อน. ต่อจากนั้นก็จะถูกซักถามโดยทนายฝ่ายตรงข้าม. อันดับต่อไปอัยการก็จะกลับมาซักอีกทีเพื่อที่จะทำความกระจ่าง หรืออธิบายปัญหาบางประการซึ่งพยานถูกซักค้าน หรือ ทำ ให้เขว โดยฝ่ายทนาย ซึ่งอยู่ตรงข้าม. โดยทั่วไปในการถามครั้งนี้ อัยการจะไม่ใช้คำถามใหม่ ๆ นอกเหนือไปจากคำถามเดิม, แต่จะถามติงคำพูดต่าง ๆ ที่พยานได้ตอบ ทนายฝ่ายตรงข้ามไป. ในตอนท้ายสุดพยานก็จะถูกถามโดยผู้พิพากษาหรือลูกขุน. สองพวกสุดท้ายนี้จะถามสั้นสุด เพื่อให้ปัญหา หรือคำถามคำตอบที่ไม่ค่อยชัดเจน นักกระจ่างขึ้น.

ในการตอบคำถามสิ่งที่ พวกแพทย์ในอังกฤษถือมากที่สุดก็คือ หลักข้อที่ ๓ ที่แสดงไว้ข้างต้น. อาทิเช่นแพทย์รักษาทั่วไป (General practitioner) ไม่ออกความเห็นหรือตอบในเรื่องซึ่ง พยาธิแพทย์หรือนิติพยาธิแพทย์ควรจะตอบ, พยาธิแพทย์เองก็ไม่ก้าวก่ายไปพูดถึงเรื่อง เทคนิค ของ การ ให้ ยา สลบ หรือ เรื่องอื่น ๆ, เป็นต้น.

ค่าธรรมเนียมสำหรับพยาน

ระบบการศาลของอังกฤษต้องสิ้นเปลืองเงิน มิใช่น้อย ใน การ จ่าย ค่า ธรรม เนียม สำหรับการไปเป็นพยานในศาล หรือการทำหลัก ฐาน อัน เป็น ประ โยชน์ ให้ แก่ ศาล.

แสดงให้เห็นว่าศาลเห็นคุณค่าของพยาน, คุณค่าของหลักฐาน, และเวลาที่พยานเหล่านั้นเสียไปในคดีเรื่องหนึ่ง ๆ. เมื่อศาลได้รับประโยชน์อย่างมากเช่นนั้น, จึงได้ตอบแทนโดยให้ค่าธรรมเนียมอย่างคุ้มค่า, ดังจะเล่าให้ฟังเพียงย่อ ๆ.

ค่าธรรมเนียมของการไปศาลนั้น, ศาลหนึ่ง ๆ ก็แตกต่างกันออกไป และ ยัง แตกต่างกันในประเภทของพยานอีกด้วย.

ศาลโคโรเนอร์นับว่าเป็นศาลที่ จะ จ่าย ค่าธรรมเนียมให้แก่พยานมากมิใช่น้อยในอังกฤษ, ดังเช่นค่าธรรมเนียมสำหรับการทำการตรวจศพและออกรายงานให้แก่ โคโรเนอร์ แพทย์จะได้รับ ๕ กินี; ถ้าต้องไปเป็นพยานให้การในศาลสำหรับเรื่องที่ทำการตรวจศพ, แพทย์ก็จะได้รับถึง ๘ กินี; และถ้าการพิจารณาคดีนั้นยังไม่เสร็จ, ต้องเลื่อนไปวันอื่นซึ่งแพทย์จะต้องไปให้การเพิ่มเติมอีก, ก็จะได้รับเพิ่มอีก ๔ กินี. ทั้งนี้เฉพาะพยานิแพทย์. สำหรับแพทย์อื่น ๆ นั้นการไปศาลเพื่อให้ถ้อย คำ หรือให้ความเห็นเกี่ยวกับหลักฐาน ทาง การ แพทย์ ของคดีรายหนึ่ง ๆ, จะได้รับค่าธรรมเนียม ๔ กินี. ถ้าในวันนั้นมีการสอบสวนในคดีรายอื่นและแพทย์ผู้นั้นเกี่ยวข้องด้วยก็จะได้เพิ่มอีก ๒ กินี.

สำหรับศาลอาญานั้นถ้าไม่มีการตกลงกันเป็นพิเศษ ระหว่าง ทนาย กับ พยาน แล้ว ศาลจะกำหนดค่าธรรมเนียมให้อย่างสูงสุดไม่เกิน ๖ กินีต่อวันสำหรับการเป็นพยาน, ไม่ว่าศาลจะตั้งอยู่ที่ไหนหรือไม่ว่าจะมาเป็นพยานคดีเรื่องก็ตาม. ถ้าเวลาที่ใช้ไปในการไต่สวนไม่เกิน ๔ ชม. ค่าธรรมเนียมก็จะได้เพียงไม่เกิน ๓ กินี.

การจ่ายค่าธรรมเนียมในศาล แพ่ง นั้น แปลกออกไปตาม ลักษณะ และ ฐา นะ ของพยาน. พยานชนิดหนึ่ง ๆ ได้รับค่าธรรมเนียมไม่เท่ากัน, อาทิเช่นใน County Court ประจักษ์พยานจะได้รับค่าธรรมเนียมระหว่าง ๓ ปอนด์ถึง ๘ ปอนด์ ต่อวัน; แต่ถ้าพยานเชี่ยวชาญจะได้ ๓ ปอนด์ ถึง ๑๐ ปอนด์ต่อวัน, และยังให้ซดเซยสำหรับผู้มีความเชี่ยวชาญมากน้อยเพียงใดอีกถึง ๕ กินี.

ตามที่ได้เขียนมา ๒ ตอน เกี่ยวกับเรื่อง ความ สัม พันธ์ ของ ศาล กับ แพทย์ ที่ อังกฤษ รู้สึกว่ามีหลายสิ่งที่คล้ายของเรา, แต่มีหลายสิ่งที่แตกต่างออกไป ทั้งในแง่ดีและแง่ไม่ดี. ในตอนต่อไปจะได้เล่าถึงเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับนิติเวช วิทยา ใน ประ เทศอังกฤษที่น่าสนใจ.

บทความพิเศษ

พระอุปการะคุณที่สมเด็จพระราชบิดาทรงประทานแก่การสาธารณสุข

พระบำราศนราดูร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

บรรยาย ณ หอประชุมราชแพทยาลัย- โรงพยาบาลศิริราช

วันมหิดล ๒๔ กันยายน ๒๕๐๗

ท่านประธาน, ท่านผู้มีเกียรติและเพื่อนแพทย์ที่รัก.

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณที่ให้เกียรติแก่ข้าพเจ้ามาบรรยายเรื่องราวที่เกี่ยวแก่สมเด็จพระราชบิดาในวันมหิดลนี้ ๒๕๐๗ นี้. ข้าพเจ้าต้องสารภาพว่า ข้าพเจ้าเคยมีโอกาสใกล้ชิดกับพระองค์ท่านเพียงครั้งเดียวเท่านั้น. หากแต่ในระหว่างเวลาที่พระองค์ท่านทรงมุ่งมั่นปลุกปล้ำเพื่อพัฒนาการศึกษาแพทยศาสตร์ให้แก่ประเทศชาติของเรานั้น, พระองค์ได้ทรงพระเมตตาสละเวลาช่วยในกิจการทางด้านสาธารณสุขด้วย, และประจวบกับเป็นเวลาที่ข้าพเจ้าปฏิบัติหน้าที่ราชการอยู่ที่ส่วนกลางของกรมสาธารณสุข, จึงมีโอกาสได้รับทราบพระภารกิจของพระองค์ท่านซึ่งทรงมีต่อการสาธารณสุขอยู่บ้างตามสมควร. ประกอบกับเรื่องเหล่านี้มีผู้เขียนและบรรยายไว้ในที่ต่าง ๆ กัน, ข้าพเจ้าจึงขอรับภาระเพียงเป็นผู้รวบรวมและบรรยายทบทวนเพื่อฟื้นฟูความจำแก่ท่านทั้งหลาย, เป็นการสักการะบูชารำลึกถึงพระคุณของพระองค์ท่านในวันอันสำคัญนี้.

ท่านผู้มีเกียรติทั้งหลายย่อมทราบดีแล้วว่าแต่เดิมนั้นสมเด็จพระราชบิดาทรงศึกษาวิชาทหารเรือจากโรงเรียนทหารชั้นสูงของเยอรมันและ Imperial German Naval College, สำเร็จเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๔ ได้รับพระราชทานยศเป็นนายเรือตรีแห่งราชนาวีไทยเมื่อมีพระชันษาได้ ๒๑ ปี.

หลังจากสำเร็จแล้วก็ได้เข้ารับราชการในกองทัพเรือของเยอรมันเป็นเวลา ๓ ปี, จนเมื่อเกิดมหาสงครามโลกครั้งที่ ๑ จึงได้เสด็จกลับประเทศไทยและเสด็จเข้ารับราชการในราชนาวีไทย เมื่อวันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๔๕๘ และทรงลาออกจากกองทัพเรือเมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๔๖๕. ขณะที่ทรงรับราชการอยู่ในกองทัพเรือนั้นพระองค์ใฝ่พระทัยในการอบรมนักเรียนและทรงปฏิบัติหน้าที่นายทหารเรืออย่างเข้มแข็งและเคร่งครัด, พระองค์จึงเป็นที่เคารพรักใคร่ของบรรดาทหารทั้งนายและพลเป็นอันมากและพากันเสียใจเมื่อได้ทราบว่าพระองค์ท่านทรงลาออก.

มูลเหตุที่ทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดาทรงเปลี่ยนพระทัยจากการรับราชการทหารเรือมาสนพระทัยกับกิจการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นก็เนื่องจากการเจรจาโน้มน้าวและชักจูงพระทัยโดยสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ฯ ดังปรากฏตามพระนิพนธ์ของเสด็จในกรมพระยาชัยนาท ฯ ว่า :

"กองทัพเรือไทยเวลานั้นมีเรือน้อยเกือบจะเรียกว่าเป็นกองทัพเรือจริง ๆ ไม่ได้. เจ้าฟ้ามหิดลมีพระนิสัยเป็นทหารเรือจริง ๆ จึงรู้สึกคับพระทัย. แต่ก็ไม่ทอดทิ้งทหารเรือทีเดียว. ทรงคิดถึงเรื่องเรือรบเป็นอันมาก. ท่านสนพระทัยในเรื่องเรือเล็ก ๆ ที่ไทยอาจมีได้มาก. ทรงนึกถึงเรือดำน้ำเป็นพิเศษ. เมื่อนึกถึงเรือดำน้ำแล้ว, ปัญหาเรื่องอาหารจึงได้เกิดขึ้น. คือคนไทยชอบกินข้าวที่หุงขึ้นสด ๆ เป็นอาหารประจำวันและอาหารสำคัญ, แต่ในการหุงต้มในเรือดำน้ำทำไม่ได้เหมือนในเรือชนิดอื่น, จะต้องมีเสียงกรังที่ไม่ต้องหุงต้มสด ๆ ติดไปในเรืออย่างในเรือของฝรั่ง. จะต้องคิดหาอาหารที่เก็บเอาไปได้อย่างนั้นและให้เหมาะแก่คนไทยและเป็นประโยชน์ในการยังชีพและบำรุงกำลังอย่างดีที่สุดด้วย. ที่จะทราบว่าอะไรเป็นอาหารดีมีคุณอย่างไร, จะต้องศึกษาและทดลองเป็นพิเศษ. ท่านอยากจะศึกษาในทางนี้. เมื่อข้าพเจ้าทราบดังนั้นก็สนับสนุนความคิดอันนี้ด้วยความยินดี. ประกอบกับพระอนามัยของท่านไม่สู้ดี, อยากจะไปรักษาพระองค์ในประเทศหนาวด้วย, ข้าพเจ้าจึงแนะนำให้เสด็จออกไปศึกษาในสหรัฐอเมริกา. นอกจากเรื่องอาหารแล้วให้ทรงศึกษาทางอื่นที่เกี่ยวกับสุขวิทยาด้วย, แล้วจะได้มาสอนในโรงเรียนแพทย์และช่วยกันส่งเสริมวิชาแพทย์ในเมืองไทย. ท่านทรงโปรดความ

คิดเช่นนี้จึงได้เสด็จออกไปในอเมริกา, เข้าโรงเรียนสาธารณสุข (ของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด), ทรงศึกษาสำเร็จได้ประกาศนียบัตรสาธารณสุขกลับมา. เมื่อกลับมาแล้วข้าพเจ้าก็เลยชวนให้มาช่วยกันจัดการศึกษาวิชาแพทย์ให้เจริญขึ้น."

ทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดาฯ ทรงศึกษาสำเร็จทั้งวิชาแพทย์และวิชาการสาธารณสุข, และได้ทรงส่งเสริมการสาธารณสุขร่วมกันไปกับการแพทย์และการพยาบาล, โดยที่อาชีพทั้งสามนี้มีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกัน, คือเพื่อให้มนุษยชาติได้ล่วงพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ. ทรงดำริว่าการทั้งนี้จะเป็นผลได้ก็ด้วยการก้าวหน้าไปด้วยกันทุกฝ่าย, มิใช่ด้วยทางใดทางหนึ่ง. โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขนั้น สมเด็จพระราชบิดาได้ทรงมีลายพระหัตถ์ลงวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๔๖๘ ทูลสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาชัยนาทนเรนทรซึ่งทรงดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุขในครั้งนั้นว่า:

"หม่อมฉันรู้สึกอยู่เสมอว่าการสาธารณสุขนั้นเป็นการสำคัญอย่างยิ่ง. ทั้งเป็นเครื่องบำรุงกำลังของชาติไทยและเป็นสาธารณประโยชน์แก่มนุษยชาติทั่วไปด้วย. เพราะฉะนั้นเมื่อมีโอกาสอันใดซึ่งหม่อมฉันพอที่จะช่วยออกกำลังกายและสติปัญญาหรือทรัพย์อันเป็นผลที่จะทนุบำรุงให้การนั้นเจริญขึ้นแล้ว, หม่อมฉันยินดีปฏิบัติเสมอ."

เป็นที่น่าเสียดายที่ทูลกระหม่อมไม่ทรงโปรดที่จะให้มีคนมายกย่องเผยแพร่พระเกียรติคุณของงานที่ได้ทรงปฏิบัติ, เราจึงทราบเรื่องราวของพระองค์ท่านในด้านนี้น้อยกว่าที่ควรจะได้ทราบ. หลักฐานประการหนึ่งที่ปรากฏเป็นลายลักษณ์อักษรได้ยั่งยืนมาจนทุกวันนี้ก็คือในระหว่างเวลาที่กำลังทรงศึกษาวิชาสาธารณสุขที่สหรัฐอเมริกา, ได้เสด็จกลับประเทศไทยชั่วระยะเวลาหนึ่งเนื่องในการถวายพระเพลิงพระบรมศพสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ พระราชชนนีพระพันปีหลวงในพ.ศ. ๒๔๖๓ และเมื่อวันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๔๖๓ มีงานพระราชทานเพลิงพระศพสมเด็จพระอนุชาธิราช เจ้าฟ้าจักรพงษ์ภูวนาถ กรมหลวงพิษณุโลกประชานารถ, ก็ได้ทรงเรียบเรียงและพิมพ์เอกสารสาธารณสุขเรื่อง "โรคทูเบอร์คุโลสิส" ขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายในงานนั้นเพื่อแจกจ่ายแก่ประชาชน. เอกสารฉบับนั้

มีข้อความแนะนำประชาชนให้รู้จักเรื่องวัณโรคดีขึ้น, โดยกล่าวถึงอาการ, วิธีบำบัด, การปฏิบัติตนเอง, และเรื่องเบ็ดเตล็ดอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยด้วยโรคนี้พึงทราบ, ตลอดจนวิธีกำจัดและป้องกัน. นับเป็นเอกสารที่มีค่าในการให้การสุขศึกษาแก่ประชาชนอย่างยิ่ง. ต่อมากรมสาธารณสุขได้จัดพิมพ์เอกสารฉบับนี้สำหรับให้เผยแพร่แก่ประชาชนเพิ่มเติมตลอดมากว่า ๑๐ ครั้ง, และยังคงใช้เป็นเอกสารของราชการสืบต่อมาจนกระทั่งบัดนี้.

นอกจากนี้เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๖๗ กรมสาธารณสุขได้จัดให้มีการอบรมแพทย์สาธารณสุขขึ้นเป็นครั้งแรก ณ สถานเสาวภา ตั้งแต่วันที่ ๒๘ มิถุนายน ถึงวันที่ ๑๕ กันยายน. มีแพทย์เข้ารับการอบรม ๙ คน. ตกลงการอบรมครั้งนั้นได้กะเวลาสอนไว้ ๒๗๐ ชั่วโมง. วิชาที่อบรมมีจุลินทรีย์วิทยา, วิชาแมลงอันเกี่ยวกับการแพทย์, วิธีชันสูตรเชื้อโรคและชันสูตรพลิกศพ, วิชาแพทย์สำหรับประเทศร้อน, ระยาดวศาสตร์, วิธีปฏิบัติการสุขาภิบาล, วิธีสงเคราะห์มารดาและทารก, การปกครองสาธารณสุขและสุขศึกษาสำหรับประชาชน. คณะผู้สอนประกอบด้วยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ๗ ท่าน ซึ่งในจำนวนนี้ มีทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดา ฯ ทรงเป็นพระอาจารย์ในวิชาปฏิบัติการสุขาภิบาลรวมอยู่ด้วย. ในการสอนวิธีปฏิบัติการสุขาภิบาลนั้นนอกจากสอนในห้องเรียนแล้ว, สมเด็จพระราชบิดาได้ทรงพาผู้เข้ารับการอบรมไปดูการสุขาภิบาลตามถนนหนทางในตรอกซอกต่าง ๆ และตามบ้านเรือนของเอกชนบางบ้าน. ทรงนำลอดใต้ถุนบ้านเข้าไป. คนที่อยู่บนบ้านไม่รู้ราคน้ำจากนอกชานบ้านลงไปเกือบจะถูกพระองค์ก็มี. ในวันหนึ่งได้ทรงพาไปดูส้วมของกรมศุลกากรที่ตำบลยางรัก. เป็นส้วมที่ตั้งอยู่ริมคลอง, ถ่ายลงแม่น้ำ, ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน. มีผู้คนไปยืนมุงดูพระองค์ทรงอธิบายเรื่องโทษของการถ่ายอุจจาระลงน้ำเป็นจำนวนมาก, ถึงกับมีข่าวลงในหนังสือพิมพ์รายวัน.

อนึ่ง ใน พ.ศ. ๒๔๖๗ ปีเดียวกันนั้นเองกรมสาธารณสุขได้จัดให้มีการประชุมสาธารณสุขมณฑลขึ้น ตั้งแต่วันที่ ๖ ถึง ๑๕ ธันวาคม. ทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดาได้ทรงพระเมตตาประทานปาฐกถาแก่ที่ประชุมถึง ๒ ครั้ง. ข้าพเจ้า

ใคร่ขอนำพระสุนทรพจน์เฉพาะตอนหนึ่งที่สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร, อธิบดีกรมสาธารณสุข, ทรงกล่าวเนื่องในพิธีเปิดประชุมสาธารณสุขมณฑลครั้งนั้น, เพื่อท่านได้ทราบเป็นการประกอบคำบรรยายนี้. สมเด็จอธิบดีทรงกล่าวว่า :

"....เมื่อท่านดูกำหนดการจะเห็นได้ว่าวันพุธหน้านี้ (คือวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๔๖๗) สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอเจ้าฟ้ากรมขุนสงขลานครินทร์จะทรงแสดงปาฐกถาประกอบกับการพาไปดูของจริง และประทานเลี้ยงอาหารกลางวันด้วย, และวันศุกร์ที่ ๑๒ ยังจะทรงแสดงปาฐกถาอีกครั้งหนึ่ง. การที่ทรงทำเช่นนี้มิใช่เพราะพระองค์มีหน้าที่ราชการบังคับให้ทำ. ที่ทรงทำเช่นนี้เพราะมีน้ำใจอันดี, มีความเอื้อเฟื้อต่อกรมสาธารณสุข และทรงเห็นว่าการสาธารณสุขเป็นการสำคัญยิ่ง. อยากจะทรงช่วยให้การนี้เจริญ. เมื่อมีโอกาสที่จะทรงช่วยได้เมื่อไร, ก็ได้ทรงช่วยเหลือเป็นอย่างดีเสมอมา. พวกเราควรจะมีความปีติยินดีและระลึกถึงพระเดชพระคุณท่านอยู่เสมอ. นอกจากนี้ ข้าพเจ้าเห็นว่าสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอพระองค์นี้เป็นตัวอย่างอันดีสำหรับท่านทั้งหลายผู้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. เมื่อท่านได้ตามเสด็จไปดูสถานที่ต่าง ๆ และฟังพระดำรัสอธิบายประกอบด้วยแล้ว, จะเห็นว่าท่านทอดพระเนตรสิ่งที่เป็นไปอย่างไร และหยิบยกข้อสำคัญในทางสาธารณสุขขึ้นพิจารณาอย่างไร, ซึ่งเป็นวิธีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรใช้, และจะเห็นว่าพระองค์ท่านทรงตั้งพระทัยดีต่อการสาธารณสุขอย่างไร. ท่านควรจะจำไว้เป็นตัวอย่าง...."

ข้าพเจ้าใคร่ขอนำข้อความในพระปาฐกถาที่ทรงแสดงเมื่อวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๔๖๗ มาเล่าให้ท่านทั้งหลายฟังโดยสังเขปตามใจความเท่าที่ข้าพเจ้าจำได้. เรื่องนี้คือ "อาตุยยัยในการสาธารณสุข". รับสั่งมีความสำคัญว่างานสาธารณสุขนั้นจะทำให้บรรลุผลสำเร็จต้องประกอบด้วยยัยสี่ประการ, กล่าวคือ :

๑. ต้องมีศรัทธา. หมายถึงว่าเมื่อเราจะทำกิจการสำคัญใด ๆ ก็ตาม จะต้องเชื่อว่ากิจการนั้น ๆ. เมื่อทำสำเร็จแล้วจักเกิดประโยชน์ตามความประสงค์.

๒. เมื่อเกิดศรัทธาแล้ว, ต้องมีความรู้ที่จะทำกิจการนั้น ๆ ได้ ให้ถูกต้องตามหลักวิชา.

๓. ต้องมีเงิน, กล่าวคือเมื่อมีศรัทธา และความรู้แล้ว, ก็จำเป็นจะต้องมีเงินเพื่อจะทำกิจการนั้น ๆ ด้วย.

๔. ต้องมีความร่วมมือ. หมายความว่าแม้จะมีศรัทธา, มีความรู้และมีเงินแล้วก็ตาม. ถ้าขาดความร่วมมือเสียแล้ว, กิจการนั้น ๆ ก็อาจจะไม่เป็นผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย, หรือมีผลสำเร็จแต่น้อยไม่สมกับที่ต้องลงทุน. ความร่วมมือในที่นี้หมายถึงความร่วมมือของบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตลอดถึงประชาชนด้วย.

หลังจาก ทรง แสดง ปาฐกถา แล้ว ได้ประทานเลี้ยงอาหารกลางวันอย่างดีแก่ผู้ที่เข้าร่วมประชุม, และต่อจากนั้นได้พาผู้ที่เข้าร่วมประชุมไปที่วัดยรมนิวาส. พระองค์ได้พาไปดูส้วมชักโครกซึ่งทำสำเร็จเรียบร้อยแล้ว โดยผู้มีศรัทธาร่วมกันบริจาคเงินสร้างขึ้นถวายแก่วัด. สร้างตามแบบสมัยใหม่สวยงาม, แต่ใช้การไม่ได้, เพราะน้ำที่ถูกชักมาไหลไม่แรง พอจะพัดพาให้อุจจาระไหลผ่านไปได้. ทรงอธิบายประกอบปาฐกถาว่าส้วมหลังนี้สร้างขึ้นโดยมีข้อบกพร่องเพียง ๓ ประการ, ขาดประการที่ว่าด้วยความรู้, ส้วมหลังนี้จึงใช้ไม่ได้. ต่อไปได้ทรงพาไปดูฐานพระ (ส้วม) วัดดวงแขซึ่งสร้างตามแบบเก่า เหมือน ฐาน ตาม วัดต่าง ๆ ที่เราเคยมองเห็นกัน. คือมีเรือนส้วมเบื้องบนมิดชิดและถ่ายลงบนพื้นดิน, มีอุจจาระทับถมกันเป็นกองโตใต้พื้นฐาน. รับสั่งว่าเป็นตัวอย่างที่ขาดข้อบกพร่องเกือบทุกประการ, และพระองค์ก็ทรงเปิดการเรี่ยไรเงินจากผู้ที่ตาม เสด็จคนละเล็กละน้อย. เงินส่วนใหญ่ที่ขาดได้ทรงประทานเพิ่มเติมจนครบเพื่อให้จัดการสร้างฐานพระใหม่ให้ได้ถูกสุขลักษณะ. ต่อจากนั้นก็ทรงพาไปดูตึกถนนเยาวราช. ตึกหลังนี้มีส่วนลึกประมาณ ๒ เมตร, เป็นที่ขายสินค้า, ไม่มีส้วมไม่มีห้องน้ำ, ซึ่งทางการไม่ควรจะอนุญาตให้สร้างขึ้นในที่ดินอันคับแคบเช่นนี้. แต่โดยที่ในขณะนั้นยังไม่มีกฎหมายควบคุมการปลูกสร้าง, จึงทรงปรารภว่าเป็นเรื่องที่ควรจะให้มีกฎหมายควบคุมขึ้นโดยด่วน.

ส่วนปาฐกถาอีกเรื่องหนึ่งซึ่งทรงแสดงในวันที่ ๑๒ ธันวาคม, ชื่อว่า "เรื่องคิดเป็นจำนวน", แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสาธารณสุข. กล่าวคือถ้าได้จัดการสาธารณสุขดีแล้ว, ความเจ็บป่วยของพลเมืองจะลดน้อยลง. เพราะมีโรคหลายอย่างที่ควรจะป้องกันได้. ผู้ที่เจ็บป่วยด้วย

โรคเหล่านี้. ต้องเสียกำลังแรงงาน, ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล, ซึ่งเอามาคิดเป็นจำนวนเงินได้, ซึ่งประเทศชาติต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจไปมิใช่น้อยเลย.

ยังมีอีกเรื่องหนึ่งที่พระองค์ได้ทรงให้ความช่วยเหลือแก่การสาธารณสุข คือ เรื่องสงเคราะห์มารดาและทารก. ท่านศาสตราจารย์เอลลิสได้บันทึกไว้ในที่หลายแห่งว่าทูลกระหม่อม สมเด็จพระราชชนนี ทรงสนพระทัยในเรื่องเกี่ยวกับการสงเคราะห์มารดาและทารก, และพระองค์เคยตรัสไว้ว่าเมื่อได้ทำหน้าที่แพทย์ จะทรงพยายามเป็นแพทย์รักษาเด็ก. เพื่อนข้าพเจ้าคนหนึ่งเล่าให้ฟังว่าในขณะที่เขารับราชการเป็นสาธารณสุขมณฑลพายัพอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่, เขามีลูกฝาแฝด. เวลานั้นทูลกระหม่อม สมเด็จพระราชชนนี ฯ ไปประทับอยู่ที่โรงพยาบาลแม็คคอร์มิค เป็นแพทย์ประจำบ้าน, ได้เสด็จไปเยี่ยมลูกของเขาบ่อย ๆ เพื่อทรงแนะนำในการดูแลเลี้ยงลูกของเขา, และยิ่งกว่านั้นได้ประทานนมผงให้สำหรับเลี้ยงลูกของเขาด้วย. พระองค์ทรงมีพระดำริที่จะให้กรมสาธารณสุขขยายกิจการสงเคราะห์มารดาและทารกซึ่งในสมัยนนกิจการในด้านนี้ยังดำเนินไปน้อยเหลือเกิน. พระองค์ได้เสด็จไปที่กรมสาธารณสุข, ทรงปรึกษาหารือในเรื่องสงเคราะห์มารดาและทารก กับอธิบดีกรมสาธารณสุข, ม.จ. สกลวรรณากร วรวรรณ, มากครั้ง. ทั้งนี้เมื่อพวกเราได้ทราบสถิติอัตราตายของมารดาและทารกในเวลานั้น คงจะรู้สึกตกใจ. อัตราตายของมารดาเนื่องในการคลอดบุตรมากกว่าพันละ ๔, อัตราตายของทารกอายุต่ำกว่า ๑ ปี ถึงพันละไม่น้อยกว่า ๑๐๐. พลเมืองไทยในเวลานั้นรู้สึกว่าเพิ่มช้า, จึงมีคำขวัญของกรมสาธารณสุขอยู่บทหนึ่งว่า "พลเมืองจะตกเพราะทารกสงเคราะห์". ทูลกระหม่อม สมเด็จพระราชชนนี ได้ทรงเอาพระทัยใส่ช่วยกรมสาธารณสุขคิดในเรื่องนี้มาก. ทรงเห็นว่าควรจะจัดวชิรพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลคลอดบุตรขนาดใหญ่โดยเฉพาะ, และจะประทานนักเรียนทุนคนหนึ่งของพระองค์, ซึ่งในขณะนั้นศึกษาวิชาแพทย์อยู่ในต่างประเทศและให้ศึกษาทางสูติศาสตร์, โดยมีพระดำริว่าเมื่อท่านผู้นั้นกลับมาแล้วจะให้เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนี้. แต่เหตุการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไป. ขณะนั้นโรงพยาบาลศิริราชกำลังต้องการอาจารย์. ทรงเห็นว่าถ้าไปอยู่ทางศิริราชจะได้

ประโยชน์ยิ่งกว่า. ส่วนทางวชิรพยาบาลก็ได้ปรับปรุงให้เป็นโรงพยาบาลคลอดบุตรเหมือนกัน, และการอบรมหมอตำแยหรือนางผดุงครรภ์ชั้นสองที่วชิรพยาบาลก็เนื่องมาจากพระดำริส่วนหนึ่งของทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชชนิดาเหมือนกัน. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียดายอยู่ไม่รู้หายที่เอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับพระดำริเรื่องการที่จะดำเนินการส่งเคราะห์มารดาและทารก, ซึ่งจะตั้งขึ้นที่วชิรพยาบาล มีลายพระหัตถ์ของทูลกระหม่อม (ทรงเขียนเอง) โต้ตอบกับอธิบดีกรมสาธารณสุขหลายฉบับซึ่งข้าพเจ้าได้เคยอ่าน, และข้าพเจ้าได้นำเอกสารแฟ้มนี้ไปมอบไว้แก่ผู้อำนวยการวชิรพยาบาลเพื่อเก็บรักษาไว้. แต่ต่อมาได้ไปขอยืมเพื่อจะเขียนเรื่องลงในหนังสืออนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข, แต่เอกสารแฟ้มนี้หายไปเสียแล้ว. ผู้อำนวยการวชิรพยาบาลสมัยนั้นบอกว่ามีผู้ขอยืมไป, แล้วไม่ส่งคืน.

ในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมโรคศิลปะ, คือพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖ ซึ่งเป็นกฎหมายฉบับแรก, ได้ประกาศแล้วแต่ไม่ได้ใช้บังคับ, และนำมาใช้บังคับได้ภายหลังประมาณ ๓ ปีเมื่อตรากฎหมายแล้ว, ซึ่งเรื่องนี้ทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชชนิดาได้ทรงมีส่วนช่วยเหลือแก้ปัญหาขัดข้องให้การดำเนินไปได้ด้วย. ตามที่ท่านศาสตราจารย์เอลลิสบันทึกไว้มีข้อความดังนี้ "ในปี พ.ศ. ๒๔๖๖ สภาการแพทย์ได้จัดการให้ได้ออกพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖. การนี้ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับโรงเรียนแพทย์หลายข้อ. พระองค์ท่านได้ทรงวิจารณ์ด้วยความรอบคอบเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขัดกันได้ในระหว่างสภา, ซึ่งต่างฝ่ายต่างทำการเพื่อหวังผลอันเดียวกัน, คือบำรุงการแพทย์ในกรุงสยามให้ดีขึ้น....."

มีอีกเรื่องหนึ่งก็คือทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชชนิดาได้ทรงทำนุบำรุงโรงพยาบาลที่จังหวัดสงขลา, ซึ่งอยู่ในสังกัดของกรมสาธารณสุข, โดยเสด็จไปเยี่ยมโรงพยาบาลนี้เมื่อวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๖๘ และประทานพระนามของพระองค์เป็นชื่อโรงพยาบาลว่า "โรงพยาบาลสงขลา," กับประทานเงินบำรุงโรงพยาบาลนี้ปีละ ๕,๐๐๐ บาทในระหว่างยังมีพระชนม์ชีพอยู่.

พระกรณียกิจของทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชชนิดาที่ทรงมีต่อการสาธารณสุขหรือกรมสาธารณสุขตามที่ข้าพเจ้าเล่ามาข้างต้นนี้

ต้นนั้น, เป็นเพียงเอกเทศส่วนน้อยและเชื่อว่า ยังมีอีกมาก ประการที่ไม่อาจทราบได้. ดังที่ ท่าน ศาสตราจารย์เอลลิสได้กล่าวไว้ในพระกรณียกิจ ปฏิบัติ ของ สมเด็จ พระราชบิดา/ เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร, ที่ทรงอุปการะการแพทย์ในกรุงสยามว่า ตลอดเวลาอันน้อย ที่ประทับอยู่ในกรุงเทพฯ ในคราวเสด็จเข้ามาในงานพระยรมราชาภิเษก พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๗ นั้น, ได้ทรงเอาพระทัยใส่ในกิจการงานของ กรม สาธารณสุข มาก, รวมทั้งเรื่องที่คิดจะสร้างโรงเรียนสาธารณสุข. อีกตอนหนึ่งท่านผู้นี้กล่าวไว้ว่าเรื่องที่ได้เคย สนทนา กับพระองค์ท่านในระหว่าง ๙ ปีที่ทำงานร่วมกัน, พระองค์ไม่ได รับสั่ง ถึง เรื่องอื่น นอก จาก เรื่องการศึกษา, การศึกษาวิชาแพทย์, การศึกษาวิชาพยาบาล, การสาธารณสุข, การทารกสงเคราะห์. สิ่งเหล่านี้ได้ทรงศึกษามา, ได้ทรงทำและบำรุงมา, ได้เอาพระทัยสอดส่องตลอดเวลา. เพราะฉะนั้น. สิ่งเหล่านี้จึงติดอยู่กับพระองค์ท่าน จนตราบเท่าสิ้นพระชนม์.

มีผู้บันทึกไว้ว่า ทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดา, หรือทูลกระหม่อม "แดง" มิพระชนม์ชีพอยู่ในโลกนี้ เพื่อ รองรับซับน้ำตาให้แก่ผู้ อัตคัดขัดสน และ ผู้ประสพโรคาพยาธิ. มิได้ทรงเอาพระทัยใส่ต่อพระสรีระร่างของพระองค์, เพราะพระองค์ทรงมุ่งแต่โอบอ้อมผู้อื่น. อันน้ำพระทัยนั้นกว้างคุ่ มหาสมุทร, ยากที่จะหาใครเปรียบได้. พระกรณียกิจในด้านอื่น นอกจาก ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข, พระจริยาวัตร, พระกรุณาธิคุณ, อันเป็นพระเกียรติคุณของพระองค์ได้มีผู้สดุดีไว้ในที่มากแห่ง, เป็นที่ทราบกันอยู่แพร่หลายแล้ว ข้าพเจ้าจึงไม่ขอนำมากล่าวในที่นี้.

ทูลกระหม่อม สมเด็จ พระ ราชบิดา ทรงบำเพ็ญ พระกรณียกิจมาตลอด พระชนม์ชีพ โดย พระองค์ มิได้ ทรงหวัง ตอบ แทน ด้วย ลาภ, ยศ, สุขและสรรเสริญแต่อย่างใด. พระองค์ทรงกระทำ ด้วยความเสียสละ เพื่อประโยชน์ สุข ของ ประชาชน พลเมือง และความเจริญก้าวหน้า ของประเทศชาติ อย่างแท้จริง.

การที่ เรา ทั้งหลายได้มา ร่วม สามัคคี พร้อมเพรียงกันระลึกถึงพระองค์และมาร่วมประกอบพิธีสักการะบูชา, แสดงคารวะบำเพ็ญกุศลอุทิศถวายเป็นการแสดงกตเว-

ทิตาตามวิสัยของสาธุชนเสมอมานั้น, หากจะทรงทรายด้วยพระญาณวิถีใด ๆ ก็คงทรงยินดีโสมนัสอนุโมทนาและประสิทธิประสาทพรแก่เราทั้งหลาย.

ในทางพระพุทธศาสนา จัดการบูชาเป็น ๒ อย่าง, คืออามิสบูชา, บูชาด้วยอามิส ได้แก่สิ่งของ, เช่นดอกไม้อันประเทียน, และปฏิบัติบูชา, บูชาด้วยการปฏิบัติ, ได้แก่การทำดีทำชอบ. ในการบูชาทั้งสองอย่างนี้ พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงสรรเสริญปฏิบัติบูชาเป็นสำคัญ, และชื่อว่าบูชาพระองค์ดังพระพุทธพจน์ว่า

คนฺธมาลาทีหิ ปูชํ กโรนฺตาปี หิ เนว มํ ปูเชนฺติ
ธมฺมานุธมฺมปฏิปชฺชมานา เยว ปน มํ ปูเชนฺติ

"คนทั้งหลายทำการบูชาด้วยวัตถุมีของหอมและดอกไม้เป็นต้น, หาชื่อว่าบูชาเราไม่. คนทั้งหลายปฏิบัติธัมมะตามสมควรแก่ธัมมะนั่นแหละ, ชื่อว่าบูชาเรา."

พระพุทธพจน์นี้สรรเสริญการบูชาด้วยการปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ, เพราะการปฏิบัติดีปฏิบัติชอบเป็นความดีแก่ผู้ปฏิบัติ, เป็นเหตุตั้งอยู่และเจริญแห่งพระศาสนา. เราทั้งหลายบูชาสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้าฯ กรมหลวงสงขลานครินทรพระองค์นั้นด้วยการปฏิบัติดี, ปฏิบัติชอบ, ก็จะถูกพระทัยของพระองค์โดยแท้, และเป็นการบูชาพระองค์อันแท้จริง, กับทั้งเป็นเหตุตั้งอยู่และเจริญแห่งสถาบันการแพทย์ของเราทั้งหลาย. การปฏิบัติดีปฏิบัติชอบนี้ก็คือบำเพ็ญความดีต่าง ๆ อันเป็นจรรยาของเรา (จรรยาแพทย์) ให้แน่นแฟ้น. มีหิริโอตตัปปะ. ซื่อสัตย์สุจริตต่อหน้าที่, ต่อประชาชน. รักษาเกียรติแห่งสถาบันการแพทย์, และพยายามเสียสละความเห็นแก่ตัว ละความไม่ดีไม่งามที่มีอยู่ให้ลดน้อยลง หรือ หมดไป. ทั้งนี้เพื่อบูชาพระองค์, เพื่อความเจริญรุ่งเรือง และชื่อเสียง ของสถาบันการแพทย์ของเราทั้งหลาย, ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นการสมพระปณิธานของพระองค์ผู้ทรงสร้างเสริม ความเจริญให้แก่ สถาบัน การแพทย์ในประเทศไทยซึ่งพระองค์คงจะทรงโสมนัสยินดีอย่างยิ่งเป็นแน่แท้.

ข้าพเจ้าจึงขอเชิญชวนพวกเราทั้งหลายพึงระลึกอยู่ในใจเสมอว่าเราจะทำดี, เราจะทำดี, เราจะทำดี, ดำเนินตามรอยพระบาทยุคลของทูลกระหม่อม สมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้าฯ กรมหลวงสงขลานครินทร. แล้วจงทำดี, จงทำดี, จงทำดี, ดังคำขวัญที่ฯ พณฯ นายกรัฐมนตรี ให้ไว้นั้นจงทุกประการ.

หนังสือ "ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์"
รวบรวมและพิมพ์โดยคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล

พิมพ์ด้วยกระดาษปรู๊ฟ ขนาด ๑๖ หน้ายก หนา ๑๑๔๑ หน้า ปกอ่อน มีจำหน่ายที่หอสมุดศิริราช ราคาเล่มละ ๒๕ บาท ถ้าต้องส่งทางไปรษณีย์ ราคาเล่มละ ๓๐ บาท การสั่งทางไปรษณีย์ โปรดส่งเงินทางธนาณัติ สั่งจ่ายไปรษณีย์หน้าพระลานหรือบางกอกน้อย ในนาม นางสาวอุทัย ทุติยะโพธิ์ บรรณารักษ์หอสมุดศิริราช บางกอกน้อย ธนบุรี.

รายได้จากการจำหน่ายหนังสือนี้ ส่งสมทบทุนวันมหิดลทั้งสิ้น.

สารศิริราช

ประจำกองบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.บ.
ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ.
นันทวัน พรหมผลิน พ.บ.
ชวี บุญโชติ พ.บ.
สมชัย บรกิตติ พ.ด.
ประยัด หัตถากรณ์ พ.บ.

๑. โดยรอยพระยุคลบาท : วิธีสอนของทูลกระหม่อม

สมเด็จพระราชบิดาฯ เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์, ทูลกระหม่อมของชาวศิริราช, ทรงเป็นที่รู้จักของคนทั้งในและนอกประเทศไทยในฐานพระองค์ผู้ทรงอนุเคราะห์ชั้นเยี่ยม, คือได้ประทานเงินจำนวนมากมายเพื่อกิจการสาธารณประโยชน์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์และการสาธารณสุข, จนมีผู้ถวายพระสมญาว่า "พระบิดรแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย". คงจะมีคนเพียงจำนวนน้อยที่ทราบว่า, นอกจากพระคุณสมบัติอื่น ๆ แล้ว, ทูลกระหม่อมยังทรงพระปรีชาสามารถในด้านหน้าที่อาจารย์อย่างชั้นเลิศอีกด้วย. ข้อเท็จจริงนี้สารศิริราชได้เคยเสนอมาครั้งหนึ่งแล้ว.(๑) แต่โดยที่ "ฉบับวันมหิดล" ครั้งนี้พิมพ์สุนทรพจน์ของคุณพระบำราศนราดูร, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข, ซึ่งบรรยายพระกรณียกิจของสมเด็จพระราชบิดาฯ ในการประทานการอบรมแก่นายแพทย์สาธารณสุขในสมัยโน้นไว้อย่างละเอียดถี่ถ้วน, ชวนให้หยั่งเห็นพระจริยานุวัตรทั้งดงามและพระกุศโลบายอันสุขุมในขณะที่ทรงปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์, ประกอบกับความจริงว่าแม้ผู้เป็นอาจารย์ชั้นเลิศมักจะอยู่ในพวกที่เรียกว่า "เกิดมาเป็นอาจารย์", คือเป็นด้วยคุณสมบัติที่ติดตัวมาตามกำเนิด, ไม่พักต้องได้รับการอบรมฝึกฝน, แต่การอบรมด้วยประกอบกับการฝึกฝนที่แข็งขันก็อาจทำให้ผู้ที่มิได้ "เกิดมาเป็นอาจารย์" กลายเป็นอาจารย์ชั้นดีไปได้เหมือนกัน, จึงเห็นสมควรที่เราจะศึกษาลักษณาการที่ทูลกระหม่อมทรงปฏิบัติเพื่อได้แนวไว้สำหรับใช้ประโยชน์ของตนเองบ้าง.

---

(๑) "ทูลกระหม่อม — ปรมาจารย์", สารศิริราช ๒๔๕๔, ๕๓๖ — ๕๔๒.

พิจารณาตามเนื้อหาที่ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขบรรยายไว้, การสอนของสมเด็จพระราชชนิดา ฯ มีลักษณะเด่นอยู่ไม่น้อยกว่า แปดประการ, ดังจะได้แยกแยะออกให้เห็นต่อไปนี้.

(๑) ทรงเลือกสอนเรื่องที่มีความยากง่ายสมกับพื้นความรู้ของผู้ศึกษา, ไม่สูงเกินไป, ไม่ต่ำเกินไป. ทั้งนี้อาศัยพระปรีชาญาณทรงหยั่งทราบว่าแพทย์สาธารณสุขของเราในสมัยนั้นมีพื้นความรู้และประสพการณ์เพียงใด. ไม่ทรงสอนเรื่องที่ง่ายเกินไปจนผู้ฟังเกิดความเบื่อหน่าย, หรือยากเกินไปจนผู้ศึกษาไม่อาจเข้าใจตามไปได้. การคัดเลือกเนื้อหานี้เป็นเรื่องยาก, และในความเป็นจริงนั้นเรามักได้ยินบ่อย ๆ ว่าอาจารย์เก่ง, แต่สอนไม่รู้เรื่อง, หรือสอนแต่เรื่องที่รู้แล้วทั้งนั้น.

(๒) ทรงสอนเรื่องที่เป็นจริงตามสภาพของบ้านเมืองไทย. แม้พระองค์เองจะได้ทรงศึกษาวิชาสาธารณสุขในต่างประเทศตั้งแต่ต้นจนจบ, พระองค์ไม่ได้อ้างตัวอย่างเมืองนอกขึ้นมาประกอบการสอน, แต่ทรงแสดงตัวอย่างในบ้านเมืองของเราเองโดยตลอด. ทั้งนี้เพราะทรงทราบว่าเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของคนไทยจริง ๆ ย่อมจะดึงดูดความสนใจของผู้ศึกษาได้ดีกว่าเรื่องของเมืองฝรั่ง, ซึ่งหลายคนอาจไม่เคยได้เห็นเลยและไม่อาจวาดสภาพที่แท้จริงมาประกอบความเข้าใจได้.

(๓) ทรงเลือกสอนเฉพาะเรื่องที่สำคัญและเป็นประโยชน์โดยตรง. สังเกตได้ว่าทรงบรรยายเพียงไม่กี่หัวข้อ, ทั้ง ๆ ที่เรื่องที่อาจจะทรงสอนได้นั้นมีมากมาย, และหากมีพระประสงค์จะใช้เวลาสักเท่าใดทางการก็คงยินดีถวาย. เหตุผลก็คงเป็นเพราะทรงถือหลักที่กล่าวว่า "อาจารย์จะดีอยู่ที่รู้จักคัดเลือก", จึงทรงเลือกเรื่องที่จะทรงสอนโดยอาศัยความสำคัญประกอบกับเวลาที่สมควรใช้เป็นหลักตัดสิน, ไม่ได้ทรงสอนปรายไปหมด.

(๔) ทรงสอนอย่างเห็นจริงเห็นจัง. ทรงพระอุสาหะเสด็จนำผู้รับการอบรมไปศึกษาของจริงจนถึงที่เพื่อให้เห็นด้วยตาเองว่าเรื่องที่พระองค์ทรงสอนนั้นตามความจริงเป็นอย่างไร. มิได้ทรงบรรยายแต่ถ่ายเดียวซึ่งแม้อาจทำให้เกิดความรู้, ก็อาจทำให้เข้าใจไม่แจ่มแจ้งเท่ากับเห็นด้วยตา. การได้มีโอกาสลูบคลำของจริง — ด้วยตาและด้วยมือ — ย่อมให้ความรู้และความเข้าใจที่กระจ่างและติดแน่นมากขึ้นกว่าการฟังแต่ถ่ายเดียวหลายเท่า.

(๕) ทรงสอนด้วยพระวิริยอุสาหะ, มิใช่สักแต่ว่าสอน. สังเกตว่าพระองค์ได้ทรงสละพระพลังและพระสติปัญญาในการสอนเพื่อให้ผู้ศึกษาได้รับผลจริง ๆ, ไม่เพียงแต่ทรงสอนให้เสร็จ ๆ เรื่องไป. พระวิริยานุวัตรข้อนี้ควรเป็นเครื่องเตือนสติแก่ผู้ที่รู้สึกว่าการสอนเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย, และสอนเพียงเพื่อให้พ้นหน้าไปเท่านั้น.

(๖) ทรงตระเตรียมการสอนล่วงหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ. การที่ทรงนำคณะนายแพทย์ไปศึกษาตามสถานที่ต่าง ๆ, มีวัด, หมู่บ้าน, ท่าเรือ, เป็นต้น, และทรงชี้ความยกพร่องให้เห็นชัดและตรงกับเรื่องทางทฤษฎีได้ตามพระประสงค์, คงเป็นเพราะได้เสด็จไปเสาะหาตัวอย่างเป็นการตระเตรียมไว้ก่อนแล้ว, คงมิใช่การบังเอิญไปประสบเข้าเป็นแน่. การเตรียมล่วงหน้าเช่นนี้ทำให้ได้ตัวอย่างที่คล้องจองกับการบรรยาย, ได้ผลดีแก่ผู้ศึกษามากกว่าถ้าหากตัวอย่างกับเรื่องที่พูดจะไม่ค่อยสงรอยกัน.

(๗) ทรงสอนทั้งผู้กและแก้. เมื่อทรงชี้ให้เห็นความยกพร่องในแง่อนามัยของที่แห่งใดแห่งหนึ่งแล้วก็มิได้ทรงหยุดเฉพาะแค่นั้น, ได้ทรงบรรยายถึงต้นเหตุของความยกพร่องแล้วต่อไปถึงวิธีที่จะแก้ไขข้อยกพร่องนั้น ๆ ด้วย. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ศึกษาได้มีความรู้ครบถ้วนที่จะนำไปใช้การได้จริง ๆ, และทำให้ผู้ฟังสามารถมองเห็นคุณประโยชน์ของความรู้ที่ได้รับอย่างทันตาเห็น.

(๘) ทรงสอนด้วยพระเมตตา, ประสงค์จะให้ผู้ศึกษาได้รับความรู้, มิใช่ประสงค์จะโอ้อวดภูมิรู้ของพระองค์เอง. นักการสาธารณสุขอาจเห็นว่าเรื่องที่พระองค์ทรงสอนเช่น การกำจัดอุจจาระ และการกำจัดมูลฝอยเป็นเรื่องสามัญและพื้น ๆ เต็มที. อาจารย์บางท่านอาจเห็นเป็นเรื่องต่ำต้อยจนไม่ยอมเป็นผู้สอนก็ได้, เพราะไม่สมกับภูมิรู้. แต่สมเด็จพระราชชนิดา ฯ ทรงเลือกเรื่องเหล่านั้นด้วยพระองค์เอง, คงเป็นเพราะทรงพระดำริเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญที่แพทย์สาธารณสุขควรรู้ให้ดีจริง ๆ, และพระองค์ทรงอยู่ในฐานะที่จะสอนได้ดี, จึงทรงเลือกสอนเอง, โดยไม่ได้ทรงคำนึงว่าจะเป็นเรื่องเหมาะสำหรับผู้มีความรู้เช่นพระองค์หรือไม่. หรืออาจเป็นได้ว่าทรงพิจารณาเห็นว่าในการสอนเรื่องเช่นนี้จะต้องพาไปดูสถานที่ซึ่งน่ารังเกียจ, อาจไม่ค่อยมีผู้เต็มใจไป, พระ-

องค์จึงทรงเลือกเสียเองเพื่อให้ปรากฏว่าแม้จ้าวนายชั้นสูงเช่นพระองค์ก็ยังเสด็จไปศึกษาสั่วมได้, คนอื่น ๆ จะได้หมดรังเกียจ. ทั้งนี้ทั้งนี้ก็ด้วยพระเมตตาต่อนายแพทย์ผู้เข้ารับการอบรมนั่นเอง.

การสอนของสมเด็จพระราชบิดา ฯ เพียบพร้อมไปด้วยคุณลักษณะดังนี้, ผู้ที่มีวาสนาได้เคยฟังเคยเห็นจึงเต็มตื้นด้วยความภาคภูมิใจและซาบซึ้งด้วยความกตัญญูในพระกรุณา, พร้อมด้วยความนิยมในพระปรีชาสามารถ, พากันถวายคำสรรเสริญว่าทรงเป็นพระปรมาจารย์. สมควรที่พวกเราซึ่งมาภายหลังจะเอาใจใส่ศึกษาและปรับปรุงตัวเองโดยแบบฉบับของพระองค์ เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพของตนเอง, เป็นการดำเนินโดยรอยพระยุคลบาทในแนวที่มีค่ายิ่งอีกแนวหนึ่ง.

อ.ก.

๒. สมเด็จพระราชบิดาในฐานนักพัฒนา

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมกำลังเป็นเรื่องสำคัญของประเทศไทยในขณะนี้. การพัฒนาที่ดีจะต้องดำเนินตามแผน, เช่นการสำรวจเศรษฐกิจหาจุดอ่อน, ศึกษาโครงสร้าง, ศึกษาทรัพยากรธรรมชาติ ฯลฯ, ตลอดจนเรื่องทุนและกำลังคน, ที่สำคัญคือต้องมีผู้ประกอบการริเริ่มที่เฉลียวฉลาดและเห็นการณ์ไกล. เมื่อสำรวจแล้วจึงจะสามารถตั้งเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้.

สมัยของสมเด็จพระราชบิดา เป็นสมัยที่การแพทย์ได้รับการพัฒนาจนมีความรุ่งเรืองเป็นรากฐานให้สามารถดำเนินการต่อมาจนถึงปัจจุบันนี้ โดยมีวิธีการพัฒนาที่ถูกต้องตามหลักการแท้จริง. เห็นได้แน่ชัดว่า สมเด็จพระราชบิดาทรงรอบรู้วิธีการพัฒนาดีแม้ในสมัยกว่าสี่สิบปีมาแล้ว. ทรงเริ่มด้วยทรงสำนึกในเรื่องอาหารที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย, จึงได้เสด็จไปศึกษาที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดจนได้ประกาศนียบัตรสาธารณสุข และเสด็จมาสอนในโรงเรียนแพทย์. ถือได้ว่าสมเด็จพระราช

บิดาทรงเป็นผู้ประกอบการริเริ่มการพัฒนาทางการแพทย์. ผู้ที่ค้นหาผู้ประกอบการริเริ่มได้อย่างเหมาะสมที่สุดนั้นก็คือ สมเด็จกรมพระยาชัยนาทนเรนทร และ หม่อมเจ้าพูนศิริเกษม เกษมศรี. ควรถือว่าทั้งสองพระองค์นี้เป็นผู้มีพระคุณแก่วงการแพทย์ของไทยเป็นอย่างสูงด้วย.

ทรงเป็นผู้ประกอบการริเริ่ม ได้ทรงเริ่มด้วยการพัฒนากำลังคน, และคนแรกก็คือพระองค์เอง. ทรงพระวิริยอุตสาหะศึกษาวิชาแพทย์จนสำเร็จ และได้เกียรตินิยม, ทั้ง ๆ ที่ทรงพระประชวรก่อนหน้าการสอบไม่นานนัก. นอกจากนั้นได้ทรงยกระดับความรู้ชั้นต่ำของนักเรียนแพทย์ขึ้นเป็นมัธยมปีที่ ๘, เพิ่มเวลาเรียน, และเพิ่มหลักสูตรในชั้นเตรียมแพทย์, และผักฝนให้อาจารย์มีความรู้ในวิชาเฉพาะมากขึ้น. เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนอาจารย์ ทรงขอให้มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์จัดอาจารย์มาให้, และได้ศาสตราจารย์ เอ.ยี. เอ็ลลิส กับศาสตราจารย์อื่น ๆ อีกห้าท่าน มาเป็นกำลังสำคัญในการปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ตามโครงการช่วยเหลือของมูลนิธิ.

ทรงเป็นผู้ลงทุนและจัดหาทรัพยากร ที่ดินและอาคาร ถือเป็นทรัพยากรรากฐานในการพัฒนา. เมื่อโรงพยาบาลศิริราชจะเป็นที่ผลิตของโรงเรียนแพทย์ ก็จำเป็นต้องขยายเนื้อที่ และ กิจการให้เหมาะสม. ทูลกระหม่อม ทรงเป็นพระธุระในการหาเงิน. ทรงสัญญาว่าจะทรงออกค่าก่อสร้างตึกใหม่ให้แผนกพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล, ถ้ารัฐบาลจะออกค่าอุปกรณ์ภายในตึก. ผลสุดท้ายรัฐบาลก็ยอมรับสร้างตึกพยาธิวิทยาให้ พร้อมทั้งเครื่องใช้สอย. พระองค์ทรงตระหนักดีว่ารัฐบาลเองก็มีเงินในจำนวนจำกัด จึงทรงเป็นนายทุนเสียเองด้วย. ทรงสละทรัพย์เป็นจำนวนกว่าพันชั่ง (ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่มีค่ามากกว่าเงินล้านในสมัยนี้มาก) สร้างตึกผู้ป่วยที่ทันสมัยหลังแรกขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช, ใช้เป็นตึกศัลยกรรมชาย, ซึ่งภายหลังทิวงคตแล้วจึงได้ชื่อว่า "มหิดลยำเพ็ญ".

การพัฒนาด้านการแพทย์ ก็เช่นเดียวกับด้านอื่น ๆ จะต้องพัฒนางานที่สนับสนุนร่วมไปด้วย, คือวิทยาศาสตร์การแพทย์และการพยาบาล. ทูลกระหม่อมทรงเล็งเห็นความสำคัญของการ สนับสนุนกันและ

กันนี้เป็นอย่างดี จึงทรงอุทิศเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท ซื้อโรงเรียนวังหลังแล้วทรงให้โรงพยาบาลเช่าปีละ ๑ บาท (และต่อมาก็ได้ประทานที่ดินนั้นให้) และประทานอีก ๒๐,๐๐๐ บาท สำหรับปรับปรุงเป็นโรงเรียนพยาบาลและอีกปีละ ๖,๒๐๐ บาท สำหรับการซ่อมแซมต่อไป. ต่อมาได้ทรงติดต่อจนได้เงินจากกองมรดกของกรมหลวงนครราชสีมา สร้างตึกอัยฎางค์สำหรับคนไข้แผนกอายุรศาสตร์. ในระหว่างที่มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ช่วยเหลือได้สร้างตึกอำนวยการของคณะแพทยศาสตร์, นับเป็นตึกที่ทันสมัยสะดวกสบายมากในสมัยนั้น, สิ้นค่าก่อสร้างเกือบสองแสนบาท, ซึ่งครึ่งหนึ่งเป็นเงินบริจาคของสมเด็จพระราชชนนี ฯ.

อีกอย่างหนึ่งที่ทูลกระหม่อมทรงมีพระประสงค์คือหอพักนักศึกษาชาย. ตั้งพระทัยจะหาที่ดินให้สร้าง และจะทรงช่วยซื้อที่ดินรอบ ๆ ให้ด้วย. หลังจากทิวงคตแล้ว สมเด็จ ฯ กรมหลวงเพ็ชรบุรีราชสิรินทร ซึ่งทรงเป็นเจ้าของที่ดินที่ตั้งหอในปัจจุบัน, ได้ประทานที่ดินนั้นให้โรงเรียนแพทย์, ทำให้นักศึกษาได้มีหอพักที่กว้างและถึง ๑๐๐ คนเป็นครั้งแรก (พ.ศ. ๒๔๗๔).

ก่อนวันทิวงคตเล็กน้อย ศาสตราจารย์เอลลิส ได้เข้าเฝ้าทูลกระหม่อมเป็นครั้งสุดท้าย, ทูลถึงเรื่องมูลนิธิจะขยายตึกพยาธิวิทยาออกไป และสร้างตึกใหม่ให้กับโรงเรียนพยาบาล, ทำให้ทรงดีพระทัยมาก. ตรัสว่าจะประทานเงินเพิ่มให้อีกและจะประทานที่ดินให้โรงเรียนพยาบาล. นับเป็นพระประสงค์ครั้งสุดท้ายที่มีผู้บันทึกไว้.

นอกจากนี้ เมื่อเสด็จไปทำงานที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่, ได้ทรงบริจาคเงิน ๓,๐๐๐ เหรียญ ตั้งเป็นทุนสำหรับเครื่องเอ็กซเรย์ขึ้นที่โรงพยาบาลนั้นด้วย.

ทุนทั้งหมดที่สมเด็จพระราชชนนีได้ประทานเพื่องานพัฒนาทางการแพทย์รวมประมาณ ๑ ล้าน ๔ แสนบาท. นับว่าทูลกระหม่อมทรงเป็นผู้เสียสละเพื่อหวังผลให้การแพทย์ของไทยได้ก้าวหน้าไปด้วยความบริสุทธิ์พระทัย. ถ้าพระองค์ทรงหวังจะได้รับผลกำไรจากการลงทุนนี้, ก็ย่อมเป็นไปไม่ได้, เพราะผลิตผลจะไม่ย้อนกลับมาสู่พระองค์ในรูปเงินทอง. การลงทุนพัฒนาทางการแพทย์จะมีผลให้การแพทย์เจริญขึ้น, ประชากรก็จะมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น, สามารถทำงานพัฒนาบ้านเมืองต่อ

ไป. ผลที่ได้จากการพัฒนาทางการแพทย์เป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติอันเป็นส่วนรวมอย่างแท้จริง, มิได้ทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะเลย.

ทรงพัฒนากำลังคน การพัฒนากำลังคนเป็นปัญหาของชาติด้อยพัฒนาทั้งหลาย. ทุนและวัสดุเป็นของที่พอหยิบยืมหรือซื้อหามาดัดแปลงได้, แต่คนที่จะดำเนินการให้บรรลุสู่เป้าหมายนั้นต้องเป็นคนของประเทศนั้น ๆ เอง, จะไปเชิญจากที่อื่นเป็นจำนวนมาก ๆ มาช่วยย่อมเป็นไปไม่ได้. เพื่อเป็นการเตรียมอาจารย์สำหรับฝ่ายโรงเรียนแพทย์, ในขณะที่ทรงเป็นผู้แทนไทยประชุมกับมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ จึงได้มีการตกลงเลือกคนในคณะแพทยศาสตร์ที่เหมาะสมรวม ๖ นายไปเรียนเพิ่มเติมในต่างประเทศเพื่อกลับเข้ามาเป็นหัวหน้าแผนกวิชา, ในระหว่างที่มูลนิธิ ฯ ส่งศาสตราจารย์ต่างประเทศเข้ามาทำหน้าที่ไปพลางก่อน. ภายหลังมูลนิธิ ฯ ก็ได้จัดส่งอาจารย์ทางคณะวิทยาศาสตร์ไปเรียนเพิ่มเติมอีกเป็นการเตรียมอาจารย์ฝ่ายเตรียมแพทย์ในทำนองเดียวกัน. เมื่อสมเด็จพระราชชนนี ฯ ทรงมีพระชนมายุครบ ๒๘ พรรษา ได้ทรงบริจาคเงินจำนวนสองแสนบาทให้ตั้งเป็นทุนเก็บดอกผลส่งคนไปศึกษาในวิชาแพทย์, และเมื่อใกล้ทิวงคตได้ทรงพระอักษรแสดงพระปรารถนาให้ถายาทของพระองค์ส่งเงินอีกห้าแสนบาทให้แก่คณะแพทยศาสตร์ในเวลา ๒๕ ปี เพื่อใช้ส่งเสริมการศึกษาของอาจารย์.

ในการพัฒนากำลังคนของการพยาบาลทูลกระหม่อมทรงเห็นว่าต้องจัดหานางพยาบาลชาวต่างประเทศมาช่วยปรับปรุงโรงเรียนพยาบาล และช่วยในการสอน, และทรงออกเงินค่าจ้างครูพยาบาลให้ด้วย.

ในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๔๖๘ แพทย์ได้ทูลแนะนำให้เสด็จยุโรปหรืออเมริกาเพื่อบำรุงพระอนามัย, ทรงพาเจ้าหน้าที่ใหม่ในแผนกพิสิกซ์ของมหาวิทยาลัยไปศึกษาเพิ่มเติมโดยทุนส่วนพระองค์หนึ่งคน.

ใน พ.ศ. ๒๔๗๒ ประทานทุนส่วนพระองค์ให้นักเรียนออกไปศึกษา ๑๐ คน ในสาขาการแพทย์, การสาธารณสุข, การพยาบาลและในวิชาเตรียมแพทย์. โดยที่ทรงมีความเห็นว่า แพทย์จะต้องเป็นนักศึกษาอยู่ตลอดชีวิต และพัฒนาตนเองไม่หยุดยั้ง, พระองค์จึงประทานทุนสำหรับแพทย์สำเร็จใหม่ได้ผึกฝนในทางปฏิบัติ

ภายใต้ผู้ชำนาญพิเศษเรียกว่า "ทุนสอน และค้นคว้าของโรงพยาบาลศิริราช". ผู้รับทุนได้เงินเดือน ๆ ละ ๑๐๐ บาท เป็นเวลา ๑ ปี. ถ้าสิ้นปีมีผลปฏิบัติงานเป็นที่พอใจของคณะ ฯ จะได้เงินพิเศษอีก ๗๒๐ บาท.

ทรงพัฒนาการบริหาร ในด้านการบริหารงานต่าง ๆ ที่จะให้ได้ผล เจ้าหน้าที่ชั้นผู้ใหญ่จะต้องได้รับการอบรมในความรู้ใหม่ๆ และหน่วยงานวิชาการก็ต้องทันสมัยอยู่เสมอ. สมเด็จพระราชบิดาได้ทรงแก้ไขการบริหารงานต่าง ๆ ให้หายจากการโอ้เอ้ล่าช้า. ทรงร่วมมือกับมูลนิธิอย่างใกล้ชิด, ทรงเสนอโครงการต่าง ๆ จนมูลนิธิรับหลักการและปฏิบัติตาม. แผนผังการก่อสร้างมักทรงพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและทรงใช้วิธีการประหยัดที่ให้ใช้ของดี, ราคาต่ำ, ไม่มีการประดับประดา. ทรงมาตรวจงานและวางแนวแก้ไขกับศาสตราจารย์เอลลิสเป็นประจำ. ทรงมีความคิดเห็นว่ามหาวิทยาลัยของไทยไม่จำเป็นต้องเป็นแบบเดียวกับของตะวันตก, ควรจะสร้างตามความต้องการให้เหมาะสมกับความจำเป็นของประเทศมากกว่า. ทรงจัดระเบียบวิธีอำนวยการโรงพยาบาลและโรงเรียนเสียใหม่, ซึ่งได้ถือปฏิบัติสืบต่อกันมาจนทุกวันนี้. พระองค์ไม่ใช้วิธีการบริหารด้วยอำนาจ, แต่ทรงใช้เหตุผลและประทานความคิดเห็นในการบริหารงานอยู่เสมอ. บางครั้งได้ทรงลงมือปฏิบัติเองเพื่อให้เป็นตัวอย่างโดยมิได้ถือพระองค์ว่าทรงเป็นเจ้าฟ้า, มีพระอิสริยยศสูงแต่อย่างใด.

ตลอดเวลาราวสิบปีที่ทรงเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจการแพทย์ สมเด็จพระราชบิดา ฯ ทรงใฝ่พระทัยในการศึกษาทั่วไป, การศึกษาแพทย์, การศึกษาพยาบาล, การสาธารณสุข, การทารกสงเคราะห์. พระกรณียกิจเป็นที่ซาบซึ้งอย่างดีไม่เพียงในหมู่ชาวไทยเท่านน, มูลนิธิรอคกีเฟลเลอร์ก็เห็นความตั้งพระทัยอย่างยิ่ง, ทำให้เกิดความเชื่อถือยินยอมให้ความช่วยเหลืออย่างดี, มิฉะนั้นการแพทย์ของไทยในปัจจุบันอาจจะไม่ได้รับการพัฒนาให้สามารถเจริญก้าวหน้ามาได้ดังในทุกวันนี้. แม้ภายหลังที่ทูลกระหม่อมได้เสด็จทิวงคตไปแล้วมูลนิธิยังได้ต่อสัญญาช่วยเหลืออีกสองปี. ผู้ที่ระลึกถึงพระองค์ท่านด้วยความซาบซึ้งในน้ำพระทัยและในพระกรณียกิจจึงได้เจริญรอยพระยุคลบาทสืบต่อกันเรื่อย

มา, เช่น นักเรียนเก่าอเมริกาและผู้เคยได้รับพระกรุณาได้ตั้งทุนเก็บดอกผลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้ายปีละ ๒ ทุน, เรียกว่า "ทุนอดุลยเดช", ซึ่งมีผู้บริจาคสมทบเพิ่มเติมในวันงานนักเรียนเก่าอเมริกาเป็นประจำทุกปี.

พระบาทสมเด็จพระปกเกล้า ฯ เจ้าอยู่หัวและพระบรมวงศานุวงศ์ พระราชทานและประทานเงินสร้างตึก "มหิดลวรานุสสรณ์" ขึ้น. แม้ชาวจังหวัดเชียงใหม่ก็ได้ร่วบรวมทุนสร้างตึกมหิดลสำหรับผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลแมคคอร์มิคเพื่อเป็นอนุสสรณ์ถึงพระองค์ท่านเช่นกัน.

เพื่อเป็นอนุสสรณ์ถึงพระกรุณาธิคุณ ผู้ที่เคยได้รับพระอุปการะ, ศิษย์เก่าของศิริราชพยาบาล, ตลอดจนประชาชนได้ร่วมกันบริจาคเงินสร้างพระรูปของทูลกระหม่อมประดิษฐานไว้ในบริเวณคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ทำให้เกิด "วันมหิดล", ซึ่งเป็นโอกาสพิเศษสำหรับแสดงความกตัญญูต่อพระองค์, ตลอดจนหาทุนรอนทะนุบำรุงกิจการแพทย์เพื่อตามรอยพระยุคลบาทต่อไป.

พระอัธยาศัย, ความตั้งพระทัยจริง, ความเสียสละทั้งพระวรกายและทรัพย์, ตลอดจนผลงานต่าง ๆ ของพระองค์ในการพัฒนากิจการแพทย์, สมควรเป็นเครื่องกระตุ้นเตือนและเป็นแบบฉบับสำหรับแพทย์ทั้งปวง, ให้ยึดมั่นอยู่ในคุณงามความดี, มีความสามัคคีกลมเกลียว และภาคภูมิใจในอาชีพแพทย์, กระทำตนให้เป็นที่ยกย่องนับถือของประชาชนตลอดไป. ขอพระวิญญาณของทูลกระหม่อมซึ่งทรงสำราญณ สถานพิมานแมน ได้โปรดดลบันดาลให้แพทย์ทั้งหลายที่เสียสละเพื่อผู้ป่วย, เพื่อมนุษยธรรม, และเพื่อความเจริญของวิชาชีพแพทย์, มีความหนักแน่นมั่นคง, ไม่พ่ายแพ้ต่อสิ่งเย้ายวนต่าง ๆ ตลอดไปเทอญ.

นันทวัน พรหมผลิน

(พระประวัติของทูลกระหม่อมสมเด็จพระราชบิดาที่ได้ใช้เขียนในบทความนี้ คัดจากบทความเรื่อง "พระประวัติสมเด็จพระราชบิดาเจ้าพ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ C.P.H., M.D. (Harvard)" รวบรวมโดยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร จากหนังสือรวมบทเรียงความที่ชนะที่ ๑ แต่งประกวดเนื่องในวันมหิดล (พ.ศ. ๒๕๐๓) หน้า ๑-๔๘.)

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อ : พิรัช แบ้นพัฒน์ พ.บ., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., มนตรี ตู้จินดา พ.บ., เอนก เพชวณิช พ.บ., Dr. med. (Bonn), ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ., ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H., มันตรี จุลสมัย พ.บ., วท.ม. แพทยศาสตร์, ม.ร.ว. วีระพันธ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M.Sc., สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

๑. El-Shaboury, A.H., A.J. Thomas, D.A. Williams: ฤทธิ์ของเซรุ่มทรานสอะมิเนสในสภาพหอยหืด. Brit. Med. J. 1964, 1:1220.

คณะผู้รายงานทำการศึกษาผู้ป่วย "สเตตัส อัสธมาติคัส" (ผู้ป่วยมีการหายใจหอบหืดติดต่อกันอยู่นานอย่างน้อย ๒๔ ชม. และการให้ยา เอพีดริน, ไอโสเปรนาลีน, แอดเรนะลีน หรือ อะมิโนฟิลลีน เข้าหลอดเลือด, ในขนาดรักษาธรรมดาไม่ได้ผล) ๖๐ ราย. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจสอบโดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้วินิจฉัยโรคได้แน่นอนว่า เป็นโรคหอบหืดที่ไม่มีภาวะอื่นแทรกซ้อน. ทุกรายมีอัตราชีพจรเมื่อแรกรับเกิน ๑๑๐ ครั้ง/นาที. (คณะผู้รายงานนี้ถือว่า อัตราชีพจรเป็นเครื่องชี้ความรุนแรงของภาวะหอบหืด).

ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้ป่วย "สเตตัส อัสธมาติคัส" ๒๔ ราย (๔๐ ปซ.) มี เอส.จี.โอ.ที. สูงขึ้นกว่าปรกติ; ๑๐ ราย สูงมาก. ๑๒ ราย (๒๐ ปซ.), มี เอส.จี.พี.ที. สูงกว่าปรกติ สูงมาก ๘ ราย. ระดับ เอส.จี.โอ.ที. ขึ้นสูงกว่า เอส.จี.พี.ที. ใน ๒๑ จาก ๒๔ ราย (๘๗.๕ ปซ.) ผู้ป่วย ๒๐ ราย ให้ผลทดสอบ ฟล็อคคูเลชั่น ผิดปรกติและ ๑๖ รายจาก ๒๖ ราย มีการขับถ่าย โบรมซัลฟ์ธาเลอิน ผิดปรกติ. ผู้ป่วย ๕๖ ราย ซึ่งได้รับการตรวจเมื่อพ้นจากภาวะ "สเตตัส อัธมาติคัส" แล้ว, ๑๑ ราย (๑๙.๖ ปซ.) มี เอส.จี.โอ.ที. สูงขึ้น, ซึ่ง ๓ ราย สูงมาก; ๗ ราย (๑๒.๕ ปซ.) เอส.จี.พี.ที. สูงขึ้น, ๒ รายสูงมาก. ผู้ป่วย ๕ รายมีระดับ เอ็นซัยม์ ทรานสอะมิเนส สูงกว่าเมื่อตรวจขณะอยู่ในภาวะ "สเตตัส อัสธมาติคัส".

กลไกของการมีระดับ เอ็นซัยม์ ทรานสอะมิเนส สูงขึ้นในผู้ป่วยภาวะ "สเตตัส อัสธมาติคัส" ยังไม่ทราบกันแน่นอน. การเปลี่ยนแปลงต่อตับหรือการปลดปล่อยเอ็นซัยม์ จากภายในเซลล์อาจเป็นสาเหตุ

ได้ แต่ยังต้องการการค้นคว้าต่อไปอีก. การศึกษาในรายงานนี้พบว่า การสูงขึ้นของ เอส.จี.โอ.ที. ไม่ได้เกิดจากมี อินฟาร์คชั่น ของหัวใจ, และไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงของ ทรานสอะมิเนส ในเซรุ่มช่วยในการพยากรณ์โรคหรือตัดสินความรุนแรงของโรคเลย.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

๒. West, C.D., J.D. Northway, N.C. Davis: เบต้า หนึ่ง ซี โกลบุลิน ในเซรุ่มผู้ป่วยโรคไตบางชนิดและในภาวะผิดปรกติบางอย่าง. Clin. Invest. 1964, 43: 1057.

ได้มีการศึกษาและทดลองพบกันมานานแล้วว่าในผู้ป่วยโรคไตบางชนิดมี โปรเทอิน ชนิดหนึ่งซึ่งเป็นส่วนของ คอมปลีเม็นท์ ที่ ๓ ลดลง. โปรเทอิน นี้ต่อมารู้จักกันจากลายภาพ อิมมูโนอิเล็คโตรฟอริสิส ในชื่อว่า เบต้า-หนึ่ง-ซี-โกลบุลิน. จากการวิเคราะห์พบว่า โปรเทอิน นี้มีลักษณะเป็น ๒ รูป, คือเบต้า หนึ่ง ซีและเบต้า หนึ่ง-เอ. เบต้า หนึ่ง ซีพบเฉพาะในเซรุ่มใหม่ ๆ. ถ้าทิ้งไว้นานหรือเติมสารบางอย่าง, เบต้า หนึ่ง ซี โกลบุลิน จะเปลี่ยนเป็น เบต้า หนึ่ง-เอ-โกลบุลิน.

ผู้รายงานได้ทำการทดลองหาปริมาณของ โกลบุลิน นี้ในรูปของ เบต้า หนึ่ง เอ จากเซรุ่มของผู้ป่วยโรคไตชนิดต่าง ๆ และภาวะอื่น, พบว่า เบต้า หนึ่ง-เอ ลดลงชัดเจนในผู้ป่วยที่เป็น โกลเมอรูโลเนไฟรติส ชนิดฉับพลัน, ซึ่งจะกลับคืนสู่ระดับปรกติก่อนอาการทางคลินิคดีขึ้นเล็กน้อย. นอกจากนี้ เบต้า หนึ่ง เอ ลดลงในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ. ส่วนในโรคไตเรื้อรังและโรคไตจากสาเหตุอื่นพบระดับ เบต้า หนึ่ง เอ อยู่ในเกณฑ์ปรกติ.

ผู้รายงานอธิบายระดับ เบต้า หนึ่ง เอ หรือ เบต้า หนึ่ง ซี ที่ลดลงในผู้ป่วยโรคไตว่าเกี่ยวกับการรวมเป็นรูปของ อิมมูนคอมเปล็กซ์ ใน-โกลเมอรูไล ของ เบต้า หนึ่ง-ซี. ส่วนในผู้ป่วยโรคตับยังไม่มีเหตุผลชัดเจนพอจะอธิบายได้.

ฉะนั้นการหาระดับ เบต้า หนึ่ง เอ จึงมีประโยชน์ในการช่วยแยกโรคไตบางชนิด, และมีความสำคัญเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค, เมื่อตรวจหาจำนวนโกลบุลินนี้เป็นระยะ ๆ ไป.

พิรัช แป้นพัฒน์ พ.บ.

๓. Solomon, L.M., H.E. Wentzel, M.S. Greenberg: การยับตัวของหลอดเลือดจากการใช้สเตอรอยด์. J. Invest. Dermat. 1965, 44:129.

คณะผู้รายงานได้ทำการศึกษาเพื่อพิสูจน์กลไกของยาทำพวก คอร์ติโคสเตอรอยด์ ที่ใช้ทาภายนอกซึ่งทำให้เกิดการยับตัวของหลอดเลือดที่หนัง; ในผู้ถูกทดลอง ๔๘ คน ซึ่งแยกเป็นพวกคนปรกติ, พวกมีผิวหนังอักเสบชนิด อะโทรปิค, พวกมีโรคผิวหนังอักเสบชนิดอื่น ๆ, และพวกมีความดันเลือดสูง. ผลการทดลองปรากฏว่าผู้ที่กินยา ควาเนอิดิน (ซึ่งเป็นตัวต้านฤทธิ์ของ นอร์เอปิเนฟริน) แล้ว ๒ เดือนก่อนใช้ ไทรแอมซิโนโลน อะเซโตไนด์ ทาที่ผิวหนัง, ทำให้ไม่มีการยับตัวของหลอดเลือดที่หนังดังเช่นเคย, นอกเสียจากในรายที่มีโรคความดันเลือดสูง.

จากผลการทดลองนี้คณะผู้รายงานจึงเสนอว่ากลไกที่ยาทำพวก คอร์ติโคสเตอรอยด์ ทำให้เกิดการยับตัวของหลอดเลือดที่หนัง, เป็นเพราะยาไปกระตุ้นให้มีการหลั่งของ นอร์เอปิเนฟริน, แล้ว นอร์เอปิเนฟริน จึงออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดยับตัว.

ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S.

๔. Dahl, M., T. Peltonen: กลุ่มอาการ "แฮมแมน-ริช". Acta Pediat. Scandinav. 1965, Suppl. No. 159, P. 126.

แฮมแมน และ ริช รายงานผู้ป่วย ๔ รายเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๔๔, และ แบร์คลีย์ รายงานผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นซึ่งเป็นเด็กเมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๖. อาการสำคัญที่พบมีหายใจเร็ว, หอบ, และตัวเขียว. พยาธิสภาพของโรคได้แก่การอักเสบของเนื้อปอดส่วนที่อยู่ระหว่างถุงลม, ซึ่งต่อไปมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพังผืดลุกลามเรื่อยไป. ทำให้หน้าที่ของปอดเสื่อมลงและหัวใจซีกขวาทำงานเพิ่มขึ้น.

บทความนี้ได้เสนอผู้ป่วยอีกหนึ่งรายเป็นเด็กหญิงอายุ ๖ ปี. ก่อนการเจ็บป่วยมีสุขภาพและการเจริญเติบโตตลอดจนประวัติทางครอบครัวปรกติ. จนกระทั่ง ๔ เดือนก่อนมา ร.พ. จึงเริ่มไอแห้ง ๆ และไอมากขึ้นเป็นลำดับพร้อมกับมีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้น. ในภาพรังสีของปอดพบเงาที่เป็นหย่อม ๆ. การทดสอบ ทูเบอร์คูลิน ๑ : ๑๐,๐๐๐ ให้ผลบวก. ในการตรวจร่างกายพบผู้ป่วยผอม, หอบเหนื่อย, ไอมาก, ปลายนิ้วมีลักษณะปุ้ม, ตัวเขียวเป็นพัก ๆ ซึ่งดีขึ้นเมื่อได้รับ ออกซิเจน. การหายใจ

๔๘ ครั้ง/นาที. เสียงหายใจทางปอดซ้ายลดลงและได้เสียง ราล ที่ขั้วปอด. การตรวจ อี.ซี.จี. แสดงหัวใจซีกขวาโต. บรองโฆสโคปี ไม่พบผิดปรกติ. บรองโฆกรัม และ แองจิโอคาร์ดิโอกรัม แสดงการเปลี่ยนแปลงเยื่อพังผืดของปอดซ้ายและมีการไหลเวียนเลือดน้อยลง.

เมื่อป่วยได้ ๑๐ เดือน ผู้ป่วยมีอาการเลวลงมาก. โรคลุกลามไปปอดขวา. หัวใจซีกขวาทำงานเพิ่มขึ้นอีก. เม็ดเลือดแดงสูงขึ้น. อาการเขียวมากขึ้น. ได้พยายามตรวจค้นหาสาเหตุการติดเชื้อจาก ไวรัส และ แบคทีเรีย ตลอดจนสาเหตุอื่น ๆ. ในที่สุดให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็นกลุ่มอาการ "แฮมแมน-ริช". ได้ให้การรักษาด้วย แอนติไบโอติค, คิวิตาลิส, คอร์ติโซน และ อ็อกซิเจน. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเมื่อป่วยได้ ๑ ปี.

ในการตรวจศพพบหัวใจซีกขวาโตมาก แต่ไม่มีความพิการจำเพาะ. ปอดแข็งหยุ่นคล้ายยางลบ. ตับและม้ามมีเลือดคั่ง. การตรวจด้วยกล้องจุลทัศน์พบเนื้อพังผืดกระจายทั่วไปในส่วนเนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างถุงลมในปอดและพบมีอักเสบด้วย. ในตับมีเลือดคั่งและมีเนื้อไขมันเพิ่ม.

มนตรี ตู้จินดา พ.บ.

๕. Hill, K.: การใช้ แมนนิทอล เพื่อลดความดันในลูกตา. Amer. J. Ophthalmol. 1964, 58 : 79.

แมนนิทอล เป็นพวก ซิกซ์คาร์บอน เอ็กซะฮัยดริค แอลกอฮอล ซึ่งเป็นสารละลายที่ใช้ให้ทางหลอดเลือด เพื่อลดความดันภายในลูกตาโดยที่ออกฤทธิ์เป็นออสโมติค เอเจ็นต์. เมื่อใช้น้ำยาในความเข้ม ๒๐ ปซ. และให้ขนาด ๑.๐ หรือ ๒.๐ ก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก. หยดช้า ๆ ประมาณ ๑๐ ล.ซม. ต่อนาทีความดันภายในลูกตาจะลดลงภายใน ๓๐ นาที และจะลดต่ำอยู่นาน ๕ - ๗ ชม. ผู้รายงานได้ใช้ยานี้กับผู้ป่วยต้อหินชนิด แอคิวท์ แองเกิล โคลสเชอร์ ๕ ราย (Acute angle–closure glaucoma), ต้อหินชนิด เซคันดารี่ ๒ ราย, ระหว่างการผ่าตัดต้อกระจก ๗ ราย, ฮัยพีมา และต้อหินชนิด เซคันดารี่ ๑ ราย. การรักษาได้ผลดีทุกราย, ผลแทรกซ้อนมีน้อยมาก. พบเพียงปวดศีรษะและหนาวสั่นเท่านั้น.

ในรายที่ยารั่วในขณะบริหารทางหลอดเลือดก็ไม่มี ทิสชิว นิโครสิส รุนแรง, ซึ่งเป็นข้อดีของยานี้. ผู้รายงานแนะนำให้ใช้ยานี้ในการรักษาโรคต้อหินชนิด แอคิวท์

แองเกิล โคลสเซอร์, และให้ใช้ก่อนทำการผ่าตัดต้อกระจกในรายที่อาจมีการเสียวุ้นตา (วิเตรียส).

เอนก เพชฌวณิช พ.บ., Dr. med.

๖. Muth, R.G.: การตรวจพบ โปรเทอิน ปริมาณน้อยๆ ในปัสสาวะเย็นครั้งคราวโดยไม่มีอาการโรค. Arch. Intern. Med. 1965, 115 : 569.

ได้ศึกษาผู้ป่วย ๕๑ รายซึ่งมี โปรเทอินในปัสสาวะเย็น ครงครางและไม่ มีอาการทางไต. ทุกรายเมื่อทำการทดสอบหน้าที่ของไตพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปรกติ. แต่เมื่อเจาะตัดเนื้อไตออกมาตรวจ, พบว่ามีเพียง ๑๖ ราย (๓๑ ปซ.) เท่านั้นที่เย็นปรกติ. ที่เหลือ ๓๕ รายพบเย็น พยัอโลเนไฟรติส เรือรัง ๑๒ ราย, เย็น โกลเมอรูโลเนไฟรติส เรือรัง ๑๒ ราย, เย็น โปรลิเฟอเรติฟว์ โกลเมอรูโลเนไฟรติส ๕ ราย, เย็น โฟคัล โกลเมอรูโลเนไฟรติส ๒ ราย. อีก ๔ ราย มีการเปลี่ยนแปลงของ โกลเมอรูไล แบบไม่จำเพาะ.

ผู้รายงานสรุปว่าในบุคคลที่มี โปรเทอินออกมาในปัสสาวะ, แม้จะมีปริมาณเล็กน้อยและพบเพียงครั้งคราว, มักมีพยาธิที่ไต. ในรายที่ตัดเนื้อไตมาตรวจแล้วไม่พบพยาธิสภาพ, อาจเย็นเพราะว่าพยาธิสภาพอยู่เย็นหย่อม ๆ, ทำให้เจาะตัดไม่ถูกที่ก็ได้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๗. Soerensen, B., J.P. do Amaral: พยาธิสภาพในหนูตะเภาที่ให้ บี.ซี.จี. แล้วได้รับเชื้อวัณโรค. Hospital (Rio) 1964. 65 : 288. (จากย่อเอกสาร Amer. Rev. Resp. Dis. 1965, 91 : 474).

เสนอผลการทดลองปฏิบัติในหนูตะเภา ๓ กลุ่ม. กลุ่มที่หนึ่ง, ๖๒ ตัว, ให้กิน บี.ซี.จี. - โมโร ตัวละ ๑๐๐ มก. ๗-๑๒ เดือน, ต่อมาฉีดเชื้อวัณโรคเข้าใต้หนังตัวละ ๒ มก.. กลุ่มที่สอง, (ค็อนโทรล เอ.) ๒๑ ตัว, ฉีดเชื้อวัณโรคเข้าใต้หนังตัวละ ๒ มก.. กลุ่มที่สาม (ค็อนโทรล บี.) ๕๐ ตัว, ให้กิน บี.ซี.จี. โมโร ตัวละ ๑๐๐ มก.. ๗ เดือนต่อมาทำลายชีวิตหนูตะเภาทั้งหมด. ผลการตรวจทราก, กลุ่มที่หนึ่งพบมีต่อมน้ำเหลืองจำนวนมากโตขึ้นและมีลักษณะแข็ง, และพบพยาธิสภาพเป็นตุ่มขอบเขตชัดเจนอยู่ในตับและปอด. การตรวจกลุ่ม ค็อนโทรล เอ. พบมี

การงอกเกิน (ฮัยเปอร์โทรพี่ย์) ของต่อมน้ำเหลืองเล็กน้อย, และพบพยาธิสภาพเย็นรอยแยน ๆ สีขาวอ่อนขอบเขตไม่แน่นอนที่ผิวของตับและปอด. การตรวจกลุ่ม ค็อนโทรล บี. ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมน้ำเหลืองหรือที่อวัยวะใด ๆ เลย. จากผลการศึกษานี้ผู้รายงานสรุปว่าการให้วัคซีนทางปากทำให้มีการอุดกั้นการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคที่ได้รับในภายหลัง. ดังนั้นสัตว์จึงมีชีวิตยืนอยู่นานกว่า.

ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ พ.บ., M.P.H.

๘. Wende, R.D., J.G. Forshner, J.M. Knox: อาหารแยก เธย์เออร์ - มาร์ติน สำหรับเพาะแยกเชื้อ ไนส์เสอเรีย โกโนค็อคไค. Publ. Hlth. Lab. 1964, 22: 104.

ผู้รายงานได้ทดลองเพาะเชื้อบนอาหาร เธย์เออร์ และ มาร์ติน ซึ่งมีส่วนผสมของ G.C. medium base กับ ฮีโมโกลบิน และ สัปปลีเมนท์ บี. เย็นจำนวน ๓๕๐ ราย, เปรียบเทียบกับอาหารเพาะเชื้อที่ใช้กันเย็นประจำ, ซึ่งมีส่วนผสมของอาหารหลักที่จำเย็นสำหรับการแยกเชื้อครั้งแรก. ผลแสดงว่าในรายที่มีอาการของโรค ๒๐๐ รายให้ผลดีกว่าอาหารธรรมดา ๑๘ ป่ซ.; ในรายที่มีประวัติเกี่ยวข้องแต่ไม่มีอาการของโรค ๗๐ ราย, แยกได้ผลดีกว่าอาหารธรรมดา ๑๐ ปซ.; และในรายที่ไม่มีประวัติของการเกี่ยวข้องรับเชื้อ ๘๐ คน, แยกได้ดีกว่าอาหารธรรมดา ๕ ป่ซ. การที่แยกได้ ปซ. สูงขึ้นนี้เย็นเพราะอาหารเพาะเชื้อของ เธย์เออร์ และ มาร์ติน นี้ยับยั้งการเจริญของเชื้ออื่นเช่น ไนส์เสอเรีย สิคคา, แย็คทีเรีย อื่น ๆ รวมทั้ง ไม่ม่า โพลีมอร์ฟา วาร์. อ็อกซิแดน ได้อย่างเด็ดขาด..

มันตรี จุลสมัย พ.บ.,
วท.ม. แพทยศาสตร์

๙. Taxman, R.M.: อุบัติการและขนาดของ จักซ์ตามาสตอยด์ เอมิเน็นซ์ ในกระโหลกคนสมัยปัจจุบัน. Amer. J. Phys. Anthrop. 1963, n.s., 21: 153.

ที่กระโหลกศีรษะของคนในปัจจุบันนี้มีสันหรือปุ่มนูนบนผิวนอกของส่วน ปีตรัส ของกระดูก เท็มปอรัล, ระหว่างรอยเว้า มาสตอยด์ กับร่องสำหรับหลอดเลือดแดง ออคซิปีตัล เย็นส่วนที่เรียกว่า จักซ์ตา-มาสตอยด์ เอมิเน็นซ์. ซึ่งยังไม่ได้อยู่ในบัญชีของ Anatomical Nomenclature.

จากการตรวจกระโหลกศีรษะของพวกอเมริกันผิวขาวและอเมริกันนิโกรจำนวน ๔๐๐ กระโหลก, ผู้รายงานพบว่ามี จักซ์ตามาสตอยด์ เอมิเน็นซ์ ๘๙ ปซ. ในกระโหลกผู้ชายพบว่า มีมากกว่ากระโหลกผู้หญิง, และกระโหลกผู้ชายยังยาวและนูนมากกว่าด้วย. จักซ์ตามาสตอยด์ เอมิเน็นซ์ ของพวกผิวขาวและพวกนิโกรไม่มีลักษณะที่แตกต่างกัน. รูปร่างของปุ่มนั้นแตกต่างกันได้มาก. การที่พบส่วนนี้เป็นจำนวนมากในกระโหลกศีรษะของคนรุ่นปัจจุบัน ย่อมเป็นการสมควรที่จะบรรจุศัพท์นี้ไว้ใน Anatomical Nomenclature. ผู้รายงานยังได้กล่าวว่า จักซ์ตามาสตอยด์ เอมิเน็นซ์ นี้น่าจะเกิดจากแรงดึงของเส้นใยส่วนใกล้กลางของกล้ามเนื้อ ไตแกสตริคมัดหลัง.

ม.ร.ว. วีรพันธุ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M. Sc.

๑๐. Atwood, W.G., C.T. Nelson: ฤทธิ์ของ ซาร์คอยด์ เซรุ่ม ในการระงับเชื้อวัณโรค. Arch. Dermat. 1965, 91 : 160–164.

โคซัน และคณะ (๑๙๖๓) เคยแสดงแล้วว่า เซรุ่ม คนปรกติมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเชื้อวัณโรค. ผลการศึกษาในรายงานนี้ยืนยันการตรวจพบ "ปัจจัยระงับเชื้อวัณโรค" ดังกล่าวอีกใน เซรุ่ม คนปรกติ, และยังได้แสดงการตรวจพบปัจจัยอย่างเดียวกันใน เซรุ่ม ผู้ป่วย ซาร์คอยโดสิส ด้วย. มีพิกัดมากน้อยของฤทธิ์ยับยั้งวัณโรคระหว่าง เซรุ่ม คนปรกติที่ให้ปฏิกิริยา ทูเบอร์คูลิน ลบ, ที่ให้ปฏิกิริยาบวก, และผู้ป่วย ซาร์คอยโดสิส, ซึ่งไม่มีความแตกต่างที่สำคัญทางสถิติ. ด้วยเหตุนี้ผู้รายงานจึงวิจารณ์ว่า ภูมิไวเกินต่อทูเบอร์คูลิน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเชื้อวัณโรคของเซรุ่ม.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

ปกิณกะ

๑. คำปราศรัย

ของ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์เพื่อง สัตยสงวน

(หัวหน้าแผนกศัลยศาสตร์ออร์โธพีดิคส์)

ในวันเริ่มปีการศึกษาใหม่ ๒๔ พ.ค. ๒๕๐๔

ท่านคณบดี, อาจารย์, และนักศึกษาแพทย์. วันนี้เป็นวันเปิดภาคเรียนปีการศึกษา ๒๕๐๘ — ๒๕๐๙, ตรงกับวันจันทร์ ที่ ๒๘ พฤษภาคม, แรม ๙ ค่ำ, เดือนหก, ปีมะเส็ง พระพุทธศักราช ๒๕๐๘. ตามประเพณีนิยมในวันนี้มีการชุมนุมบรรดาคณาจารย์และนักศึกษาแพทย์เพื่อได้มาทำการรู้จักกันกับฟังโอวาทอาจารย์ผู้ใหญ่.

ในวันนี้ข้าพเจ้าได้รับมอบหมายให้เป็นผู้กล่าวคำปราศรัยต่อนักศึกษาแพทย์เนืองด้วยมีนักศึกษาที่ข้ามฟากมาใหม่ก็เป็นธรรมดาที่เจ้าของบ้านจะต้องแสดงไมตรีจิตฉะนั้น, ข้าพเจ้า, ในนามของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ขอต้อนรับนักศึกษาแพทย์ปีที่หนึ่งด้วยความยินดี. ขอให้สมาชิกใหม่ของภาคภูมิใจและทำใจให้สบาย. สถานที่ใหม่กับสิ่งแวดล้อมอาจจะผิดแผกแตกต่างกันกับที่นักศึกษาได้เคยประสบมา, อาจทำให้นักศึกษาเกิดความยุ่งยากบางประการขึ้น. ข้อเหล่านี้จะแก้ไขได้ หากนักศึกษาจะได้พยายามค่อย ๆ ปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ. อาจารย์และนักศึกษารุ่นพี่จะคอยช่วยเหลือแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้ลุล่วงไป. ในการศึกษาขั้นมหาวิทยาลัยนักศึกษาควรจะต้องพยายามศึกษาค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองให้มากที่สุด, พึ่งผู้อื่นแต่น้อยที่สุด, และแม้ในเมื่อมีความจำเป็น, ก็ไม่ควรจะให้ผู้อื่นช่วยมากเกินไปจนเกิดนิสัยเสีย. การมีประสบการด้วยตนเองทำให้นักศึกษามีความจำดีขึ้น และมีความชำนิ

ชำนาญในด้านปฏิบัติมากขึ้นด้วย. ข้าพเจ้าจะขอนำสุภาษิตพระราชนิพนธ์ในรัชกาลที่ ๖ เรื่องความพยายามและการช่วยตนเองมาเสนอมีข้อความดังนี้ :

ช่วยตนพ้นจักช่วย ตัวเธอ
นี้สุภาษิตดี ใช่น้อย
มัวแต่คอยชะเง้อ รอลาภ
ลาภจะมาตามต้อย ติดนั้นฉันใด
ใครไม่รู้จักเก้อ กอบงาน
คอยพึ่งผู้อื่นกิน เป็นนิตย์
อยู่ไปไม่ช้านาน คงอด พ่อเอย
ขี้เกียจแล้วอย่าคิด ขุ่นข้องแค้นคน

ผู้ที่ทำงานด้วย ความขยัน หมั่นเพียร ย่อมเย็น ที่รักใคร่และ สงสาร ของผู้ใดพบเห็นหรือผู้ใหญ่, ทำให้ผู้นั้นมีแต่ความก้าวหน้า และได้รับ ความ ช่วย เหลือจากผู้อื่นเย็นพิเศษ, ดังสุภาษิตต่อไปนี้ :

ใครประกอบกิจด้วย ขยัน
เปรียบประหนึ่งช่วยตน ถึงลาภ
ผู้ใหญ่ก็ย่อมพลัน อนุเคราะห์
เพราะท่านก็ย่อมทราบ ว่าใช้ได้จริง

ในการรวมกันเย็นหมู่เย็นกลุ่มมาก ๆ ความสามัคคีเย็นของสำคัญ. นักศึกษาจึงควรต้องมีความสามัคคีกัน. ไม่ว่านักศึกษา จะ อยู่ ชั้นใด ๆ ต้องรักใคร่กันฉันพี่น้อง. แต่ความสามัคคีควรนำไปใช้ให้ถูกตามกาลเทศะและไปในทางดี, ไม่ใช่ทางเสื่อมเสีย. ดังนั้น ควรจะต้องใช้ดุลพินิจ อย่าง รอบคอบ ก่อนจะ แสดง ความมีสามัคคีกัน.

สำหรับนักศึกษาปีที่ ๒,๓,๔ ที่สอบไล่ได้เลื่อนชั้นสูงขึ้นไป, ก็ขอแสดงความยินดีด้วยและขอให้ขยันเรียนมากขึ้นไปอีก, เพื่อแข่งขันกับโรงเรียนแพทย์อีกสองแห่ง เพื่อให้ได้มาซึ่งชัยชนะเย็นที่ ๑,๒ หรือ ๓ ในเวลาสอบไล่เพื่อปริญญา. โรงเรียนแพทย์แห่งนี้นักศึกษาก็ทราบดีแล้วว่าเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของเมืองไทย, มีอายุเกิน ๗๕ ปีแล้ว. เป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงจนนานา ประเทศรู้จักดี และให้ความเชื่อถือ. เพราะฉะนั้นนักศึกษาที่กำลังเรียนอยู่ในสถาบันแห่งนี้ก็ควรที่จะพยายามยกฐานะ ของ สถาบันนี้ให้สูงขึ้น เรื่อย ๆ. อย่ากระทำการใด ๆ ซึ่งอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียแก่สถาบัน. การมีชัยชนะเย็นที่ ๑ และ ๒ ในการสอบไล่เพื่อปริญญาก็เป็นทางหนึ่งที่ทำให้ชื่อเสียงของโรงเรียนแพทย์นี้ดีขึ้น. อาจารย์ผู้สั่งสอนก็จะยินดีในความเก่งของศิษย์. ข้าพเจ้าจึงได้

อ้อนวอนและขอร้องในวันนี้ก็เพื่อประโยชน์ส่วนรวม.

สำหรับนักศึกษาที่สอบตกต้องเรียนซ้ำชั้น, ข้าพเจ้าและอาจารย์อื่น ๆ ก็ขอแสดงความเสียใจและขอให้นักศึกษาอย่าท้อถอย, จงพยายามมุมานะให้มากขึ้น. จงสำรวจตัวเองว่ามีอะไรผิดพลาดไปแล้ว, จัดการแก้ไขเสีย ณ บัดนี้. ความสำเร็จก็คงจะมีอย่างแน่ ๆ. ความอดทนและความขยันหมั่นเพียรเท่านั้นที่จะช่วยให้นักศึกษาผ่านการสอบไล่ไปได้ดี, ดังสุภาษิตบทนี้:

ปลูกไม้หมั่นรดน้ำ	*จำเริญ*
ดักลอบอย่าเมิดเมิน	*หมั่นกู้*
เกี้ยวชู้ชอบเพียรเดิน	*สารสื่อ*
เรียนสิ่งใดใคร่รู้	*เร่งให้มีเพียร*

๒. คำปราศรัยของอาจารย์ผู้ปกครอง

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อวย เกตุสิงห์

ในวันเปิดปีการศึกษาใหม่ ๒๕๐๘—๒๕๐๙

ขอแสดงความยินดีกับนักศึกษาที่ได้เลื่อนชั้นและผู้ที่ได้ข้ามฟากมาสมทบเป็นศิษย์ของศิริราช. ผมเข้าใจว่าที่นักศึกษาอยากมาเรียนที่นี่ก็เพราะเห็นว่าเป็นที่ดี, แต่นักศึกษาต้องไม่ลืมว่าโรงเรียนนี้จะดีต่อไปนั้นย่อมขึ้นอยู่กับนักศึกษาด้วย; เพราะนักศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งในกลุ่ม "โรงเรียน - อาจารย์ - ศิษย์". นักศึกษาต้องทำอย่างไรจึงจะเป็นนักศึกษาที่ดีนั้นต้องรู้เอาเองจากการสังเกตและดูตัวอย่างนอกเหนือไปจากคำแนะนำสั่งสอนจากอาจารย์และนักศึกษารุ่นพี่. ในฐานะอาจารย์ผู้ปกครองผมขอชี้แจงบางข้อที่สมควรจะรู้ซึ่งคงจะมีประโยชน์ทั้งแก่นักศึกษาเก่าและนักศึกษาใหม่.

การปกครองนักศึกษาในคณะนี้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการได้วางไว้. นักศึกษาที่ยังไม่ทราบควรขอระเบียบที่สโมสรนักศึกษา ฯ อ่านให้ทราบเสีย. จะได้รู้ตัวว่ามีหน้าที่อะไรบ้างและมีสิทธิอะไรบ้าง.

ธรรมดาเมื่อมีหน้าที่ก็ต้องมีสิทธิ. เมื่อยากได้สิทธิก็ต้องทำหน้าที่, จึงต้องศึกษาระเบียบให้รู้ไว้. การปกครองนักศึกษาเป็นหน้าที่ของท่านคณบดีโดยตรง. แต่เพราะท่านมีภาระหลายอย่างจึงมีการตั้งอาจารย์ผู้ปกครองขึ้นช่วยงานด้านนี้โดยเฉพาะ. เพราะฉะนั้นอาจารย์ผู้ปกครองก็คือผู้ช่วยคนหนึ่งของท่านคณบดีเท่านั้น, ไม่มีหน้าที่อื่นอะไรนอกเหนือไปจากการประจำ. ถ้ามีปัญหาก็ต้องเสนอท่านคณบดีให้พิจารณา. อาจารย์ผู้ปกครองเป็นหัวหน้าคณะกรรมการปกครองนักศึกษา, ซึ่งในเวลานี้มีท่าน ศจ. นพ. แดง กาญจนารัณย์ และ ศจ. นพ. สุด แสงวิเชียร ร่วมอยู่ด้วย, กรรมการชุดนี้ตามธรรมดาก็ไม่ได้ประชุมกัน, นอกจากมีเหตุการณ์ผิดปรกติซึ่งยุ่งยาก. อาจารย์ผู้ปกครองมีผู้ช่วยเหลือคืออนุสาสก, เป็นผู้ดูแลทุกข์สุขของนักศึกษาโดยตรง. อนุสาสกได้แก่ อจ. นพ. ดำรง เพ็ชรพลาย ซึ่งมีหน้าที่ดูแลทั่วไป, กับ อจ. พญ. เพทาย ศิริการุณ ซึ่งเป็นอนุสาสกหญิง, และยังมี อจ. นพ. สลิล ศุขโรจน์ เป็นผู้ช่วยอนุสาสกอีกผู้หนึ่ง. อาจารย์ผู้ปกครองและอนุสาสกรับหน้าที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือแก่นักศึกษาทุกคนในทุก ๆ กรณี, ตั้งแต่เรื่องการเรียนขึ้นไปจนที่อยู่หรือแม้การเงินและปัญหาหัวใจ. เพราะฉะนั้นนักศึกษาไม่ควรจะรู้สึกว้าเหว่เมื่ออยู่ศิริราช, ไม่ว่าในเวลาใด ๆ.

อีกเรื่องหนึ่งที่ใคร่ชี้แจงเพื่อแก้ความเข้าใจผิดของนักศึกษาก็คือ เรื่องการสอบไล่. การตัดสินผลการสอบต้องเป็นไปตามระเบียบของคณะและของมหาวิทยาลัย. มิใช่เด็ดขาดที่ผู้ใดผู้หนึ่ง. มิใช่ว่าอาจารย์ผู้ใดจะมีสิทธิช่วยเหลือได้. นักศึกษาบางคนเข้าใจผิดจนถึงกับไปแสดงความขอบคุณอาจารย์ในฐานที่ "ช่วยให้สอบไล่ได้". เป็นความเข้าใจผิดจริง ๆ. นักศึกษาจะสอบได้หรือตกก็เพราะตัวเองมิใช่ใครทำให้ได้หรือตก. อาจารย์เป็นผู้สอนให้รู้, แล้วก็ถามให้ตอบ, และให้คะแนนไปตามที่ตอบได้. การตัดสินได้ตกเป็นเรื่องของกรรมการ. กรรมการประจำแผนกก่อน, แล้วก็กรรมการประจำคณะ. ทุกคณะกรรมการต้องตัดสินไปตามกฎเกณฑ์ที่วางไว้, มิใช่ถือความพอใจ, ชอบใครก็ให้ได้, ไม่ชอบใครก็ให้ตก. ความจริงนั้นไม่มีอาจารย์คนใดอยากให้นักศึกษาสอบตก, เพราะผลเสียย่อมกระทบกระเทือนถึงอาจารย์ด้วย. แต่ถ้าปรากฏว่าผู้ใดไม่มี

ความรู้, จะทำให้กลายเป็นรู้ย่อมทำไม่ได้. ดังนั้นก็ต้องมีคนตก. ผู้ที่ตกแล้วเที่ยววิ่งไปขอความกรุณาอาจารย์คนโน้นคนนั้นนั่นเป็นผู้เข้าใจผิด, คิดว่าอาจารย์จะช่วยได้, ซึ่งความจริงช่วยไม่ได้. ผู้ที่จะช่วยได้ต้องเป็นผู้มีอำนาจเหนือระเบียบ, และอาจารย์ธรรมดาต้องทำตามระเบียบหรืออยู่ภายในระเบียบทั้งนั้น.

การที่นักศึกษาเข้าใจผิดแล้วเที่ยวขอความกรุณาไปทั่วนั้นทำให้เกิดการยั่นย่วนโดยไม่สมควร. บางคนเข้าใจผิดเลยไปว่าคนโน้นได้รับความช่วยเหลือ, คนนี้ไม่ได้, เป็นการไม่ยุติธรรม, ทำให้เสียน้ำใจและเกิดความไม่พอใจโดยเปล่า ๆ ปลี้ ๆ. ต่อไปขอให้ทุกคนเข้าใจเสียและยอกถันต่อ ๆ ไปว่าใครจะสอบได้หรือตกนั้นอยู่ที่ตัวเอง, ไม่ใช่อาจารย์. จะได้ไม่หลงคอยความช่วยเหลือจากอาจารย์แล้วไม่เรียน, ทำให้สอบตกเสียเวลาเปล่า ๆ.

เช้าวันนี้ผมมีเวลาเล็กน้อยจึงลองนั่งคิดดูว่าลักษณะของนักศึกษาแพทย์ที่ดีนั้น, ควรจะมีอะไรบ้าง. เขียนมาได้สองสามข้อ, ยังไม่ครบถ้วนทีเดียว, แต่อยากจะพูดเสียในโอกาสนี้เพราะเชื่อว่านักศึกษาทุกคนอยากเป็นนักศึกษาที่ดี. ผมจัดเป็นหมู่หรือกลุ่มเพื่อให้จำง่าย, และทำให้มีหมู่ละสาม, เพราะคนไทยเรานิยมกลุ่มสาม, ซึ่งอาจเนื่องจากนับถือพระรัตนตรัยก็ได้. ผมขอเรียกลักษณะนี้ว่า "คุณสมบัติบางประการของนักศึกษาแพทย์" และรวบรวมไว้ได้ดังนี้ :

๑. รู้สาม. ได้แก่ รู้เรื่อง รอบรู้ รู้รอบ

๒. บริหารสาม. ได้แก่ กินพอ นอนพอ เล่นพอ

๓. เคารพสาม. ได้แก่ เคารพบุคคล เคารพสถานที่ เคารพระเบียบวินัย

๔. คิดสาม. ได้แก่ คิดดี คิดช่วย คิดลึก

๕. ธรรมสาม. ได้แก่ พรหมวิหารธรรม หิริโอตตัปปะ กตัญญูกตเวทิตา

๖. หลักสาม. ได้แก่ หลักวิชา หลักสิทธิ หลักหน้าที่

ต่อไปนี้ขอชี้แจงความเล็กน้อยเพื่อความเข้าใจ

ความรู้สามเป็นความจำเป็นสำหรับนักศึกษาที่อยากเป็นคนดีจริง ๆ. ถ้าขาดอย่างใดก็นับว่าเป็นผู้ยกพร่อง. "รู้เรื่อง" คือรู้วิชาที่ตนกำลังศึกษา. ต้องเล่าเรียนให้รู้ดีพอสมควร. "รอบรู้" หมายความถึงการรู้ออกไปรอบ ๆ วิชาของตน, เช่น

เรียนวิชากายวิภาคศาสตร์ก็ต้องเรียนให้รู้ไปถึงความสัมพันธ์ของวิชานั้นกับสรีรวิทยา, พยาธิวิทยา และวิชาอื่น ๆ, ซึ่งช่วยให้ความรู้แตกฉาน. "รู้รอบ" หมายถึงความรู้รอบตัว ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้มีการศึกษาดี. ในสมัยนี้สังเกตว่านักศึกษาหลายคนเซ่อมาก—ผมพูดว่าเซ่อ, คือไม่รู้เรื่องอะไรที่คนอื่นเขารู้กัน, ไม่ใช่โง่ รู้แต่วิชาแพทย์, ไม่รู้เรื่องอื่น ๆ เลย. โดยเฉพาะอย่างยิ่งขนบธรรมเนียมประเพณี นักศึกษาแพทย์ควรทราบดีเพราะจะต้องติดต่อกับคนทุกชั้นและต้องรู้จักพูด, รู้จักวางตนให้ถูกต้อง. นอกจากนี้ความรู้ทางศิลปวิทยา, ประวัติศาสตร์, ภูมิศาสตร์ตลอดจนเหตุการณ์ปัจจุบันของไทยและเทศก็เป็นเครื่องประกอบสำคัญของบัณฑิต. นักศึกษาจึงต้องสละเวลาหาโอกาสไว้เสมอๆ.

"บริหารสาม" คือกินพอ, นอนพอ, เล่นพอ, เป็นเรื่องที่ไม่ต้องอธิบาย. แต่ใคร่ขอเน้นว่าเป็นเรื่องสำคัญ และมีนักศึกษาหลายคนขาดเสียทุกๆ อย่าง, เพราะความไม่เอาใจใส่หรือเพราะความขัดข้องอื่นใดก็ตาม. กินไม่พอก็ดี, นอนไม่พอก็ดี, เล่นไม่พอก็ดี ย่อมทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพ. ประสิทธิภาพของการทำงานก็ย่อมจะตกตามไปด้วย, เป็นเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การเรียนเสียไป. นักศึกษาที่ดีต้องรู้จักแบ่งเวลาของตนให้ทำกิจการได้ครบถ้วน, คือเรียน, เล่น, กิน, นอน, ให้ได้ดุลที่ดีซึ่งจะช่วยให้การสำเร็จลุล่วงไปโดยไม่มีอุปสรรค.

ความรู้จักเคารพเป็นลักษณะอีกประการหนึ่งของคนที่ดี, ซึ่งรวมนักศึกษาแพทย์ด้วย. ในการเคารพบุคคลต้องรู้ว่าใครบ้างเป็นผู้ควรเคารพ, ควรเคารพแค่ไหน, และควรแสดงความเคารพด้วยกิริยาอาการอย่างไร. บิดามารดา, ครูอาจารย์, ญาติผู้ใหญ่, ผู้มีอุปการะเป็นบุคคลที่พึงเคารพเสมอ ไม่ว่าในโอกาสใด ๆ. สถานที่บางแห่งต้องใช้ความระมัดระวังพิเศษในการเข้าไปหรืออยู่ในนั้น, เช่น โบสถ์, วิหาร, พระราชวัง, สุสาน. ถือกันว่าผู้มีการศึกษาดีต้องสามารถวางตนได้เหมาะสม. ระเบียบวินัยมีไว้ให้ทุกคนปฏิบัติตาม. การหลบเลี่ยงแม้จะดูเหมือนเพิ่มความสะดวกสบายก็ตามเป็นเพียงแต่ความเข้าใจผิดและให้ผลร้ายในที่สุด. คือเมื่อทุกคนเลี่ยงระเบียบความยุ่งเหยิงก็ย่อมบังเกิดขึ้น. ทั้งนี้เพราะความต้องการของแต่ละคนย่อมจะแตกต่างกันไป. ระเบียบ

ช่วยกล่อมเกลาให้ความต้องการเหล่านี้เข้ามาใกล้เคียงกันทำให้เป็นที่พอใจของทุก ๆ คนเท่าที่จะเป็นไปได้. หากมีการหลบเลี่ยงหรือฝ่าฝืนแล้วประโยชน์ใหญ่ย่อมจะเสียไป. ทุกคนจึงควรจะเสียสละความสะดวกส่วนตัวเล็กน้อยเพื่อความศักดิ์สิทธิ์ของระเบียบซึ่งในที่สุดก็ส่งผลดีกลับมาสู่ตนเอง.

ในเรื่องความคิด, นักศึกษาแพทย์ต้องหัด "คิดดี" ไว้เสียตั้งแต่ต้น. เมื่อเป็นหมอแล้วจะได้คุ้น, เพราะแพทย์จะต้องคิดดีอยู่ตลอดเวลา. การคิดดีย่อมเป็นที่แน่ใจได้ว่าการกระทำทั้งหลายก็จะต้องดีตามไปด้วย. ท่านว่า "ใจเป็นหัวหน้า". ใครจะทำอะไรดีหรือไม่ดีก็อยู่ที่ใจคิดดีหรือไม่ดี. เพราะฉะนั้นทุกคนจึงควรหัดคิดดีไว้เสมอ. ในการติดต่อกับคนไข้แพทย์ย่อมต้องคิดช่วยอยู่ตลอดเวลา. ข้อนี้เป็นลักษณะเด่นของการเป็นแพทย์, คือแพทย์ทำทุกอย่างเพื่อจะช่วย, โดยมิได้นึกถึงประโยชน์ที่จะได้รับตอบแทนเลย. ช่วยในทุก ๆ ทาง, และช่วยให้มากที่สุดทุก ๆ โอกาส, โดยไม่รู้สึกเบื่อหน่ายหรือเหน็ดเหนื่อย. คุณสมบัตินี้เป็นเครื่องรับประกันคุณภาพของแพทย์ที่แท้จริง. การคิดลึกก็เป็นความจำเป็นสำหรับผู้ที่มีการศึกษาดี. คนที่มีการศึกษาน้อยมักคิดแต่เพียงเบื้องหน้า, ตื้น ๆ, เอาผลชั่วขณะเป็นสำคัญ. ขอแต่ให้สำเร็จประโยชน์ไปคราวหนึ่ง ๆ ก็ใช้ได้. แต่ผู้ที่มีสติปัญญานั้นย่อมคิดต่อไปอีก, ว่าถ้าทำเช่นนี้ได้ผลเช่นนั้นก็จริง, แต่ต่อไปจะได้ผลอย่างไร, อีกฝ่ายหนึ่งจะได้อะไร, จะคิดอย่างไร, คนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องจะว่าอย่างไร. ข้อนี้เป็นเหตุแห่งความแตกต่างระหว่างผู้มีการศึกษาดีกับไม่ดี. ฝ่ายหนึ่งทำอะไรได้ง่าย ๆ, ทำแล้วก็ได้ดีแต่เฉพาะคน. บางทีก็ได้ร้ายเสียด้วย. ส่วนคนอื่น ๆ ก็เดือดร้อนรำคาญไปหมดหรือสิ่งที่ทำไว้นั้นไม่ช้าก็เสื่อมหรือเสียไป. ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งจะทำอะไรดูช่างลำบาก, คิดแล้วคิดเล่า, เกรงทางโน้นเกรงทางนี้. แต่ในที่สุดนั้นผลดีที่เกิดขึ้นแก่ส่วนตัวและส่วนรวมเป็นผลที่คุ้มค่า.

พระธรรมของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าเป็นคำสั่งสอนที่ทุกคนใช้ได้, และมีคุณค่าทุกกาลสมัย, เป็นเรื่องที่ทุกคนควรสนใจศึกษา. คำสอนของศาสดาในศาสนาอื่น ๆ ก็คงจะมีคุณค่าเช่นเดียวกัน. ผมเสียใจที่ไม่มีความรู้จึงไม่สามารถจะอ้างถึงได้.

ขออ้างแต่พระพุทธศาสนา. กล่าวได้ว่าธรรมะทุกข้อเป็นประโยชน์แก่ทุก ๆ คน. แต่ในที่นี้เพื่อให้จำง่ายผมจะขอยกขึ้นกล่าวแต่เฉพาะสามข้อหรือหมวดซึ่งเห็นว่าเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของแพทย์โดยตรง. พรหมวิหารธรรมคือเมตตา, กรุณา, มุทิตา, อุเบกขา, ซึ่งทุกคนคุ้นอยู่แล้ว. เมตตากรุณาทำให้เราอยากช่วยเหลือและยินดีช่วยผู้อื่น. มุทิตาดูเผิน ๆ อาจเห็นไม่สำคัญนัก. แต่ในชีวิตสังคมมีความสำคัญมาก เพื่อเห็นคนอื่นได้ดี, แม้จะเกินหน้าเรา, ท่านสอนให้ยินดีด้วยเขา. ในที่นี้หมายความถึงความรู้สึกยินดีจริง ๆ ไม่ใช่ยินดีแต่ปาก. เรื่องนี้มิใช่ของทำได้ง่าย ๆ. จำต้องหัดไปเสียตั้งแต่อยู่ในวัยหนุ่มสาว. เห็นเพื่อนสอบไล่ได้. ยินดีด้วยเขา. เห็นเขาสอบได้ที่หนึ่ง, ได้รางวัล, ได้ทุนก็ยินดีด้วยจริง ๆ, ทั้ง ๆ ที่เขาได้ทำให้เราอด, หรือเขาเด่นทำให้เราด้อย. หัดเช่นนี้แล้วต่อไปเมื่อถึงคราวทำการงาน, เพื่อนร่วมรุ่นหรือร่วมงานเขาได้ดีกว่าเรา, เราจะได้ไม่มีใจหงุดหงิดหรือหวั่นไหว, จะด้วยอิจฉาหรือเสียใจหรือเศร้าใจก็ตาม. อุเบกขาก็มีค่ามากสำหรับแพทย์. ข้อนี้หมายความว่าความยุติธรรมไม่เอนเอียงเห็นแก่หน้าก็ได้, หมายความวางการทำใจวางเฉยก็ได้. ทั้งสองอย่างมีประโยชน์มาก. อย่างแรกจำเป็นสำหรับผู้เป็นหัวหน้าที่จะต้องรักษาความยุติธรรมในหน่วยของตน. อย่างหลังดีสำหรับเวลาที่เราพบเห็นคนไข้ที่อยู่ในฐานะเกินกว่าเราจะช่วยได้เสียแล้ว. แทนที่จะโศกเศร้าสลดใจทำอะไรไม่ถูก, เราคิดให้เห็นจริงเสียว่าเรื่องนี้เป็นธรรมดาของโลก, ทุกคนต้องแก่, ต้องเจ็บ, ต้องตาย. ถ้าถึงคราวของเขาแล้วก็ไม่มีใครช่วยได้. แม้เราก็เหมือนกัน. ในกรณีที่รักษาไม่หาย เราก็ได้แต่ให้ความประคับประคองและผ่อนทุเลาความทุกข์ทรมานเท่านั้น. ในการนี้จำต้องมีจิตใจผ่องใส เพื่อจะได้คิดได้ทำอย่างที่จะได้ผลดีที่สุด.

หลักสำคัญสามประการสำหรับชีวิตของทุกคน, รวมทั้งแพทย์ด้วย, คือหลักวิชา, หลักสิทธิ, และหลักหน้าที่. โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เราได้เล่าเรียนมากและได้ผ่านการอบรมอย่างดี, ทุกคนจึงมีความรู้ติดตัวออกไปไม่มากก็น้อย. ความรู้นี้อาจารย์ท่านประสิทธิ์ประสาทให้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางที่ถูก. ถ้ามีอะไรมาจูงใจหรือแม้บีบบังคับให้เราละทิ้งวิชาของเรา, จะให้หันไปในทางที่ผิดหรือค้าน

กับความรู้ที่เราได้เรียนมา, ไม่ควรที่จะโอนอ่อนตามให้เสียหลัก. ควรแข็งขันต่อสู้เพื่อรักษาความรู้ที่เรียนมา, เพื่อรักษาชื่อว่าเราเป็น "ศิษย์มีครู". ผู้ที่โอนเอนไปตามภาวะแวดล้อม, ยอมละทิ้งหลักวิชาย่อมทำให้เสียทั้งตนเองและครูบาอาจารย์ด้วย. หลักสิทธิกับหลักหน้าที่เป็นเรื่องคู่กัน, ดังกล่าวแล้วแต่ต้น. ผู้ใดอยากมีสิทธิ, ผู้นั้นก็ต้องมีหน้าที่, คือภาระที่จะต้องทำตามระเบียบหรือข้อบังคับที่มีอยู่สำหรับผู้มีสิทธิเช่นนั้น ๆ. ในทางตรงข้าม, เมื่อเรารับภาระทำหน้าที่อะไร, เราก็มีสิทธิตามที่กำหนดไว้สำหรับผู้ทำหน้าที่นั้น ๆ. ผู้มีปัญญาย่อมเคารพสิทธิของผู้อื่น, เพื่อเขาจะได้เคารพสิทธิของตน, และย่อมรักษาหน้าที่ของตน, เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้มีอยู่ต่อไป. นักศึกษาแพทย์ต้องทำหน้าที่ของนักศึกษาแพทย์, จะได้มีสิทธิเช่นนักศึกษาแพทย์. ต่อไปเมื่อเป็นแพทย์ก็ดำเนินไปในทำนองเดียวกัน. แพทย์ที่รักษาหน้าที่ย่อมมีสิทธิของแพทย์ที่ดี, เป็นผู้ที่ควรแก่การเคารพนับถือและยกย่องสรรเสริญ, เป็นผู้มีเกียรติ, มีความสุขและเป็นหน้าเป็นตาของสำนักศึกษาด้วย. หวังว่านักศึกษาทุกคนในที่นี้จะฝึกฝนตนเองไปในทางนี้ให้เป็นผลสำเร็จ.

๓. โอวาทของคณบดี

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม โปษะกฤษณะ

เนื่องในพิธีไหว้ครูของนักศึกษาแพทย์ในปีการศึกษา ๒๕๐๘—๒๕๐๙

วันนี้นับว่าเป็นวันสำคัญที่สุดวันหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล. การศึกษาเป็นหน้าที่สำคัญข้อหนึ่งของโรงเรียนแพทย์, และในการศึกษาแพทย์นั้นมีผู้เกี่ยวข้องอยู่ ๒ ฝ่าย, ผู้ให้การศึกษาคืออาจารย์, และผู้รับการศึกษาคือศิษย์. เป็นธรรมเนียมของไทยเราแต่ครั้งโบราณมาแล้วว่าก่อนจะทำการเรียนอะไรทั้งสิ้น, เช่นเรียนหนังสือ, นาฏศิลป์, มวย, กระบี่กระบอง ฯ ล ฯ

จะต้องทำพิธีไหว้ครูและปฏิญาณตนต่อครูว่าจะเคารพนับถือและรักครูอย่างญาติที่สนิท. ครูก็จะรักศิษย์เหมือนบุตร. ด้วยเหตุนี้เองนักเรียนจึงได้ชื่อว่า "ลูกศิษย์" ตามหลักพระพุทธศาสนาครูย่อมมีหน้าที่พึงอุปการศิษย์ด้วย สถาน ๕, คือ:

๑. แนะนำดี.

๒. ให้เรียนดี.

๓. บอกศิลปวิทยาให้สิ้นเชิง. ไม่ยึดบังอำพราง.

๔. ยกย่องให้ปรากฏแก่เพื่อนฝูง.

๕. ทำความป้องกันในทิศทั้งหลาย (คือจะไปทิศไหนก็ไม่อดอยาก)

นอกจากนั้นอาจารย์จะต้องมี:

๑. เมตตาคุณ.

๒. กรุณาคุณ.

๓. อนุสิฏฐิคุณ.

ดังคำไหว้ครูที่ น.ศ.พ. ได้กล่าวแล้ว ศิษย์ย่อมมีหน้าที่พึงอุปการะอาจารย์ด้วยสถาน ๕, คือ:

๑. ด้วยการลุกขึ้นยืนรับ.

๒. ด้วยการเข้าไปยืนคอยรับใช้.

๓. ด้วยการเชื่อฟัง.

๔. ด้วยการอุปัฏฐาก.

๕. ด้วยการเรียนศิลปวิทยาโดยความเคารพ.

โรงเรียนแพทย์จะตั้งอยู่ได้ดีโดยปราศจากการอลเวง, ก็ด้วยความมีศีลธรรมของทั้งสองฝ่าย, คืออาจารย์และศิษย์. อาจารย์จะต้องรักศิษย์. ถ้าไม่ใช่อย่างลูก, ก็ควรเฉียดเข้าไปมาก.

ท่านเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี บุรพาจารย์ของเรา, ได้เขียนไว้ว่า: "ความขาดหมางวิวาทจะเกิดขึ้นก็ย่อมมีอยู่ ๓ ทาง: (๑) ข้างหนึ่งดี, ข้างหนึ่งพาล, (๒) ดีด้วยกันทั้งสองฝ่าย, แต่ฝ่ายหนึ่งเข้าใจถูก, ฝ่ายหนึ่งเข้าใจผิด, (๓) มีสันดานเป็นพาลด้วยกันทั้งสองฝ่าย."

การมีสันดานเป็นพาลด้วยกันทั้งสองฝ่ายนั้น, โคลงสุภาษิตโลกนิติได้แจ้งไว้เป็นอย่างดี, ดังต่อไปนี้:

โลนัขสุนัขพ้อง พบกัน
มันย่อมแสยะยิงฟัน ปากแห้
เฉกเช่นหมู่พาลผัน พะพวก พาลนา
ร้ายต่อร้ายราแต้ ต่างกล้าอวดแข็ง

เพื่อจะระงับข้อแตกร้าวต่าง ๆ ที่จะพึงมีขึ้นจึงระลึกถึงพระพุทธภาษิต ว่า: "อตฺตา

หเว ชิตำ เสยฺโย ชำนะตนแหละดีกว่า." เริ่มต้นแต่เอาชนะศัตรูภายในตัวเองเสียก่อน, มีห้ามโทสะ, ปลูกสติ, ใช้ปัญญา, รักษาธรรมเป็นต้น, ก็จะเป็นเหตุให้ศัตรูภายนอกพ่ายแพ้อยู่เอง.

โรงเรียนแพทย์ของเราได้มีประวัติอันดีงามตลอดมากว่า ๗๕ ปี, โดยมีพระอาจารย์และอาจารย์ที่มีศีลธรรม, เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว, อุทิศตนเพื่อประโยชน์ของชาติบ้านเมือง. ท่านคงได้ยินพระนามและนามที่ได้ขานให้ฟังแล้ว, มีอาทิ พระอาจวิทยาคม, สมเด็จกรมพระยาชัยนาทนเรนทร, สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์, ศาสตราจารย์ เอ็ลสิส, เป็นต้น.

เพราะความดงามของโรงเรียนเรา, ซึ่งซ่อนอยู่ภายในโครงร่างอันไม่สมประกอบ, เมื่อเทียบกับโรงเรียนอื่นที่มีตึกหรูหรา, จึงเป็นเครื่องดึงดูดให้นักศึกษาใหม่มาสมัครเรียนมากกว่าจำนวนที่ต้องการหลายเท่า. จนต้องจัดให้ไปท่อนเพื่อให้มีจำนวนสมดุลย์กัน.

ในการศึกษานี้เราได้เริ่มต้นเป็นอย่างดียิ่งด้วยพิธีการเปิดเรียน. มีท่านอาจารย์เพื่องและอาจารย์อวยมาพูดอบรม. ท่านทั้งหลายยังคงจำได้ว่าท่านสอนให้มีพรหมวิหาร, หิริโอตตัปปะ และกตัญญูกตเวที. สิ่งที่ประทับใจผมมากที่สุดต่อมาก็คือในวันพฤหัสบดีที่แล้ว, เมื่อสมเด็จพระบรมราชินีนาถ เสด็จมาพระราชทานประกาศนียบัตรแก่พยาบาล, นักศึกษาแพทย์ทุกชั้นและนักศึกษาพยาบาลได้ทนแดดเรียงรายติดต่อกันไปไม่ขาดสาย, ตั้งแต่ประตูศิริราชด้านถนนพรานนกจนถึงหอประชุมราชแพทยาลัย, เพื่อรอรับเสด็จและส่งเสด็จ, โดยพร้อมเพรียงกัน. นอกจากนั้นยังได้ร้องเพลงสรรเสริญพระบารมี ซึ่งสมเด็จพระบรมราชินีนาถประทับฟังด้วยพระโสมนัส. ในหอประชุมก็มีอาจารย์ใหญ่ทุกแผนกมาไม่ขาด.

พิธีไหว้ครูของนักศึกษาแพทย์ที่สำเร็จไปด้วยดีในวันนี้, นับตั้งแต่การตักบาตรเลี้ยงพระ, แสดงกตัญญูกตเวที, ระลึกคุณอาจารย์และบุพการีอื่น ๆ ที่ล่วงลับไปแล้ว, สักการะอาจารย์, การสวดคำบูชาอาจารย์, ก็ด้วยคุณธรรมอันดีของทั้งศิษย์และอาจารย์.

คณาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลของเรา, ส่วนมากเป็น

อาจารย์ที่มีศีลธรรม, ส่วนน้อยก็พยายามปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นและพยายามทำตนอุปการะศิษย์ด้วยสถาน ๕ ดังกล่าวแล้วข้างต้น. แพทย์จะต้องภาคภูมิในอาชีพแพทย์. แพทย์คือปัญญาชนที่อยู่เหนืออาชีพอื่น ๆ ทั้งหมด, ควรจะเป็นตัวอย่างอันดีของอาชีพอื่นในเมืองไทยที่แสดงให้เห็นว่าผู้ใหญ่ต้องมีศีลธรรม, อยู่ในกรอบของภฎหมาย, ไม่ใช่ว่าผู้ใหญ่จะต้องไม่มีศีลธรรมและอยู่เหนือกฎหมาย.

เมื่ออาจารย์ทำดี, ก็เป็นตัวอย่างอันดีที่ศิษย์จะประพฤติตามต่อไป. ผมไม่มีความสงสัยแม้แต่น้อยเลยว่า นักศึกษาแพทย์ของเราเป็นนักศึกษาที่ดีที่สุดของเมืองไทย, เมื่อพิจารณาพฤติการณ์ต่าง ๆ ที่ได้ผ่านมาแล้ว.

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระทัยห่วงใยในนักศึกษาเป็นอันมาก, โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์, เพราะทรงทราบเป็นอย่างดีว่านักศึกษาแพทย์คือยอดของนักศึกษา. ปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากนักศึกษาเป็นเหมือนกล้องขยายให้เห็นสิ่งบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นไปอยู่. เรื่องยุ่งเหยิงต่าง ๆ ที่คลี่คลายเป็นดีก็เพราะพระปรีชาสามารถของพระองค์ท่าน ความประพฤติของนักศึกษาแพทย์ศิริราชของเรานี้ ทรงพอพระราชหฤทัยเป็นอย่างมาก. ขอให้เรางดมั่นประพฤติดังนี้ตลอดไป.

พิธีไหว้ครูของนักศึกษาแพทย์ศิริราชเราเป็นพิธีที่เกิดขึ้นด้วยความจริงใจจากนักศึกษาเองโดยไม่มีใครบังคับ, เป็นเรื่องที่น่าปลื้มใจและชื่นชมยินดี, แสดงว่าศิษย์ของเรายังรักเคารพและมีกตัญญูกตเวทีต่ออาจารย์. ไม่เคยมีใครแสดงอาการไม่เคารพอาจารย์. มีแพทย์หลายคนตั้งข้อสงสัยว่า การไหว้ครูจะเกิดได้ไหมถ้ามีการลบหลู่ดูหมิ่นอาจารย์, และถ้ามีแล้วการไหว้นั้นจะมีความหมายแค่ไหน.

ในท้ายที่สุดผมขอให้อาจารย์เป็นตัวอย่างที่ดีของศิษย์และเป็นผู้นำของกลุ่มปัญญาชนของประเทศ, และขอให้ศิษย์จงอยู่ในศีลธรรมอันดี, หมั่นศึกษาเล่าเรียนจนสำเร็จสมประสงค์, ได้ทุนอานันทมหิดลด้วยความสุจริต.

ขอให้ความสามัคคีระหว่างอาจารย์และศิษย์จงเป็นเครื่องเชิดชูให้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลของเราลอยเด่นอยู่ตลอดกาล.

๔. ปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์ในการใช้ยาต้านวัณโรคบางชนิด

โดยทั่วไปปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาแบ่งออกได้เป็น ๓ แบบด้วยกัน, คือ :

(๑) ปฏิกิริยาจากพิษของยาโดยแท้ เกิดจากยาที่ใช้เป็นพิษโดยตรงต่อหน้าที่หรือต่อโครงสร้างของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งโดยเฉพาะ. โดยปรกติขนาดใช้ที่เหมาะสมกับเกณฑ์อายุและภาวะทั่วไปของผู้ป่วยจะไม่ทำให้เกิดพิษต่อร่างกาย. แต่ถ้ามีการเป็นพิษเกิดขึ้น, ต้องหยุดยาทันที. จนกระทั่งเมื่ออาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปรกติหมดไป, ก็อาจเริ่มให้ยาได้ใหม่ในขนาดลดลง, หรืออาจจะให้ร่วมกับยาบางอย่างที่ช่วยป้องกันหรือลบล้างพิษของมันได้ด้วย.

(๒) ปฏิกิริยาความไวเกิน เกิดขึ้นเนื่องจากตัวยาทำหน้าที่เป็น แอนติเจน. ในทางคลินิคปฏิกิริยานี้เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหมายและไม่มีความสัมพันธ์กับขนาดใช้. เมื่อมี ปฏิกิริยา ไวเกิน ต่อยา เกิด ขึ้น แล้ว, แม้จะใช้ยาในขนาดที่ลดน้อยลงเพียงใดก็จะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นเสมอ. ในรายที่ไม่รุนแรงอาจ ดีเซ็นซิไตส์ ได้โดยวิธีที่เหมาะสม. ปฏิกิริยาไวเกินที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่าง ๆ กัน, เรียงลำดับจากรุนแรงน้อยที่สุดคือมี อีรัยธมา, หรือผื่นคันที่ผิวหนัง, จนถึงขนาดมีผิวหนังอักเสบลอกหลุด, หรือจากเพียงมี อีโอสิโนฟีล เพิ่มขึ้นในเลือดโดยไม่มีอาการ, จนถึงมีแสดงปฏิกิริยาไวเกินทั่วร่างกายอย่างรุนแรง, มีไข้, ต่อมน้ำเหลืองโต, มีผื่นและหน้าที่ของตับผิดปรกติ. ถ้าเป็นรุนแรงมากขึ้น, จะมีอาการดีซ่านและตายในที่สุด. ในบางรายอาจเกิดปฏิกิริยา อะนาฟีแล็คติค ได้.

(๓) ฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นเพียงอาการรบกวน ซึ่งโดยปรกติไม่รุนแรงและไม่ดำเนินต่อไป. อาการนี้ไม่ใช่เกิดจากการทำอันตราย โดยตรงต่ออวัยวะ หรือความไวเกิน, แต่สัมพันธ์กับขนาดใช้. ตัวอย่างได้แก่การเบื่ออาหารและอาการทางกระเพาะอาหารและลำไส้, ซึ่งเกิดขึ้นในรายที่ใช้ พี.เอ.เอส. และ เอธิโอนาไมด์

อาการเหล่านี้อาจแก้ไขได้โดยลดขนาดใช้ลงหรืองดยาชั่วคราว, ร่วมด้วยการอธิบายให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ. แต่บางครั้งฤทธิ์ข้างเคียงของยานี้อาจรุนแรงมากจนต้องหยุดใช้ยาตลอดไป.

ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ของสเตร็ปโตมัยซินและการแก้ไข

(๑) การเป็นพิษ: สเตร็ปโตมัยซินเป็นยาอยู่ในกลุ่ม เบสิค อะมิน คอมปาวนด์ อย่างแรงซึ่งเป็นพิษต่อเซ็ลล์ของอวัยวะการทรงตัวในหู (เวสติบุล่าร์), อวัยวะปลายฝ่ายรับเสียงและต่อไต. อายุและน้ำหนักตัวของผู้ป่วย มีความสำคัญในการเลือกขนาดใช้ของยา, ซึ่งควรอยู่ระหว่าง ๑๕ ถึง ๒๐ มก./กก./วัน และขนาดรวมควรไม่เกิน ๑ ก./วัน. ในผู้ป่วยอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปถ้าใช้ยาเกิน ๐.๕ ก./วันต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ. ในการบริหาร สเตร็ปโตมัยซิน ทุกวัน ไม่ควรใช้นานเกิน ๖-๑๒ สัปดาห์.

(ก) ฤทธิ์ต่อ เว็สติบุล่าร์ และ โคเฃลิยร์: ผู้ที่ได้รับ สเตร็ปโตมัยซิน มักเริ่มมีอาการทางเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะทรงตัวในหู, ได้แก่อาการมึนงง, วิงเวียนและเดินไม่ตรง, (unsteadiness of gait) ซึ่งเกิดขึ้นก่อนการตรวจพบความผิดปรกติทางการได้ยิน. ฉะนั้นเมื่อมีอาการมึนงงและวิงเวียนเกิดขึ้น, จึงควรหยุดยาจนอาการหายไปก่อน, แล้วจึงลองให้ยาใหม่ในขนาดลดลง. การใช้ในรายที่ไตเสื่อมอยู่ก่อนทำให้ระดับ สเตร็ปโตมัยซิน ในเลือดสูงกว่าผู้ที่มีไตปรกติ. ฉะนั้นการเป็นพิษต่อ เว็สติบุล่าร์ และ โคเฃลิยร์ จึงรุนแรงกว่า. ผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ สเตร็ปโตมัยซิน ควรทดสอบการได้ยินเสียงเป็นครั้งคราว, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการได้ยินไม่สู้ปรกติอยู่ก่อน, หรือเมื่อเกิดเสียงอื้อในหูระหว่างการบริหารยา.

หากมีการระมัดระวังในเรื่องขนาดใช้, อายุผู้ป่วย, สภาพไตก่อนบริหารยา (ตรวจปัสสาวะทุกรายก่อนเริ่มบริหารยา) และคอยสังเกตอาการแพ้ยาที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย, จะทำให้อันตรายของการใช้ยานี้มีน้อยมาก. ในรายที่ผู้ป่วยเป็นโรคในขั้นอุกฤษฎ์, เช่นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรค, ถึงแม้ว่าอาการเป็นพิษทาง เว็สติบุล่าร์ เกิดขึ้น, ก็ไม่ควรงดยา.

(ข) ฤทธิ์ต่อไต สาร แอนติไมโครเบียล จาก สเตร็ปโตมัยซิส ทุกชนิดเป็น

พิษต่อไต. ฉะนั้นระหว่างการใช้ยาเหล่านี้ อาจตรวจพบอัลบูมิน และ คาสต์ ในน้ำปัสสาวะ, แต่ไม่ใช่ข้อชี้ขาดสำหรับการหยุดยา, เพราะสิ่งตรวจพบเหล่านั้นจะหายไปเมื่อหยุดยา. ความสำคัญอยู่ที่รายที่มีโรคทางไตอยู่ก่อนแล้ว, ซึ่งแม้ว่าจะใช้ยาในขนาดน้อยลง, ก็ยังอาจทำให้มีการคั่งของสาร ไนโตรเจน ได้. ถ้าตรวจพบ ยูเรีย, สาร ไนโตรเจน และ ครีอะตินีน สูงขึ้นในเลือด จะต้องหยุดใช้ยาทันที.

(๒) ปฏิกิริยาไวเกิน: ๒ ถึง ๕ ปซ. ของผู้ใช้ยานี้เกิดผื่นที่ผิวหนัง, หรือมีไข้ร่วม.

(๓) ฤทธิข้างเคียง: ความรู้สึกแผลงรอบ ๆ ปาก (เซอร์คัมออรัล พาเรสธิเซีย) และอาการซึมเซาเกิดขึ้นบ่อย ๆ, แต่ไม่จำเป็นต้องหยุดยา.

ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ของ ไอโสไนอะซิด และ การแก้ไข:

ไอโสไนอะซิด เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาสูงมาก. ในขนาดใช้ ๕ มก/กก/วัน. เกือบอ้างได้ว่าปราศจากปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์อย่างแท้จริง

(๑) การเป็นพิษ:

(ก) ประสาทส่วนปลายอักเสบ (เพอริเฟอรัล นิวไรติส). ไอโสไนอะซิดทำให้มีการขาด พีย์ริด็อกซิน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีทุโภชนาการอยู่แล้ว. ตอนแรกทำให้มีความรู้สึกแผลง (พาเร็สธิเซีย) ที่มือและเท้า. ต่อมาภายหลังมีการสูญเสียทางความรู้สึก (เซ็นสอรีย์) และทางการเคลื่อนไหว (โมเตอร์). ในขนาดใช้ ๕ มก/กก/วันมักไม่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้. การให้ พีย์ริด็อกซิน วันละ ๕๐ มก. ช่วยป้องกันอาการนี้ได้ในผู้ที่ได้รับยาขนาดสูง ๆ และในผู้ทุโภชนาการ. ในรายที่มีอาการของเพอริเฟอรัล นิวโรพาธีย์ เกิดขึ้นแล้วควรหยุด ไอโสไนอะซิด และให้ พีย์ริด็อกซิน ในขนาด ๕๐-๔๐๐ มก/วัน. เมื่ออาการหายไปแล้วจึงให้ ไอโสไนอะซิด ใหม่, แต่ต้องบริหาร พีย์ริด็อกซิน ต่อไปอีก. สำหรับทารกและเด็กทน ไอโสไนอะซิด ในขนาดสูงได้ดีกว่าผู้ใหญ่.

(ข) ท็อกซิค ป์ซัยโฆสิส: อาการทางสมองอย่างอ่อน ๆ, เช่น อาการเคลิ้มสุข (ยูฟอเรีย), อารมณ์พุ่ง, และบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางการตัดสินใจ และความจำอาจเกิดขึ้นได้ในบางราย

ระหว่างการใช้ยา. พีย์ริค็อกซีน ไม่มีประโยชน์ในการป้องกันอาการเหล่านี้. โดยมากผู้ที่เกิดอาการเมื่อใช้ยาขนาดสูง. พอลดขนาดลงก็ทำให้อาการลดลงอยู่ในขั้นพอทนได้.

(ค) ประสาท อ็อปติค อักเสบ: เคยมีรายงานเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้ยา ไอโสไนอะซิด ขนาดสูง.

(ง) การชัก, โคม่า และอาการดีซ่าน พบได้ในผู้ป่วยที่ใช้ยาขนาดสูงมาก, และโดยเฉพาะในเด็ก. เนื่องจากไอโสไนอะซิด ก็มีพิษต่อตับโดยตรงได้, จึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีดีซ่านอยู่ก่อน.

(๒) ปฏิกิริยาไวเกิน: การมีไข้, ผื่น และหน้าที่ตับผิดปรกติ หรืออาการ ดีซ่าน อาจพบได้, แต่ไม่บ่อย. โดยมากเกิดเมื่อใช้ยานี้ร่วมกับ พี.เอ.เอส.

ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ของ พี.เอ.เอส. และการแก้ไข:

(๑) ปฏิกิริยาไวเกิน:

อาการไข้, ความรู้สึกละเหี่ย, และผื่นมักเกิดขึ้นในระหว่าง ๓ เดือนแรก ของการใช้ยา. ในรายรุนแรงอาจมีปฏิกิริยาต่อตับ, ทำให้มีอาการดีซ่านได้. เพราะฉะนั้นถ้าเกิดไข้หรือมีอาการเตือนล่วงหน้า, ก็ควรรีบหยุดยาเสียก่อนที่จะให้เกิดอาการดีซ่าน.

(๒) ฤทธิข้างเคียง; ๑๐-๒๐ ปซ. ของผู้ป่วยที่กิน พี.เอ.เอส. ในขนาด ๑๒.๐ ก. ต่อวัน. มีอาการรบกวนทางกระเพาะอาหารและลำไส้, เช่นเบื่ออาหาร, คลื่นไส้และอาการไม่สบายในท้องส่วนบน. อาการท้องร่วง และ ซัยโปคาลิเมีย เป็นผลข้างเคียงของยาที่รุนแรง, แต่ไม่ค่อยเกิด. การหยุดยาชั่วคราว, ลดขนาดยา, เปลี่ยนแบบอนุพันธ์อื่น, หรือการบริหารยาวันละมื้อเดียว, อาจช่วยให้ผู้ป่วยทนยาได้ดีขึ้น.

ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ของ พีย์ราซินาไมด์ และการแก้ไข

ตามปรกติ พีย์ราซินาไมด์ เป็นยาต้านวัณโรคชั้นรอง. แต่ในบางโอกาสอาจใช้ยานี้ร่วมกับ สเตร็ปโตมัยซิน ในการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกได้เหมือนกัน. ในขนาดใช้ตามปรกติ ๔๐ มก./กก. น้ำหนักตัว, ให้ได้นานถึง ๔ สัปดาห์. มักไม่มีปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงเกิดขึ้น.

(๑) ปฏิกิริยาทางตับ แบบ ซินโคเฟน. การเปลี่ยนแปลงอาจพบได้ตั้งแต่เพียงความผิดปรกติทางผลทางห้องปฏิบัติ

การโดยไม่มีอาการเลย, หรือเพียงมีไข้เล็กน้อย, เบื่ออาหาร, รู้สึกละเหี่ย และอาการไม่สบายในท้อง, จนกระทั่งเย็นรุนแรงมากขนาดมีอาการดีซ่านและบางรายมีตับเหี่ยวเหลืองอย่างรุนแรงทำให้ถึงตายได้. ส่วนมากถือว่าอาการที่เกิดขึ้นเย็นผลของปฏิกิริยาไวเกินต่อยา, เพราะว่าเกิดขึ้นในบางคนเท่านั้น, และเกิดหลังจากได้ใช้ยาไปเย็นระยะเวลาต่าง ๆ กันไม่แน่นอน. แต่ก็มีลักษณะที่ยิ่งว่าเกิดจากการเย็นพิษแท้ของยา, เช่น มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเฉพาะอวัยวะ คือ ที่ตับเท่านั้น, และยังมีความสัมพันธ์กับขนาดใช้ด้วย.

ระหว่างใช้ยา ต้อง คอย ตรวจ เซรุ่ม กลูตามิค อ็อกซัลอะซีติค ทรานสอะมิเนส (เอสจีโอที) ทุก ๒ สัปดาห์. ถ้าเกิดอาการและตรวจพบว่า เอสจีโอที สูงขึ้นกว่าระดับปรกติ, ต้องหยุดยาลงชั่วคราว แล้วตรวจซ้ำอีกเย็นระยะ. ถ้าการตรวจสอบยืนยัน การผิดปรกติในเซ็ลล์ของตับ, ต้องไม่ให้ยาอีกเลย.

(๒) กรด ยูริค มีระดับเพิ่มในเลือด. ถ้าไม่มีอาการไม่ต้องหยุดยา. แต่บางครั้งมีการอักเสยของข้อแบบเก๊าต์อย่างฉับพลันเกิดขึ้น. ในรายเช่นนี้ต้องหยุดยาทันที.

(จาก A Statement by the Committee on Therapy, American Thoracic Society: Amer. Rev. Resp. Dis. 1965, 91:293–296).

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

๕. เมโย คลินิค

เมโย คลินิค เย็นสถานที่ที่ได้ชื่อว่าเย็นศูนย์กลางทางการแพทย์ที่สำคัญแห่งหนึ่งในโลกมาเย็นเวลากว่าครึ่งศตวรรษแล้ว. สถานพยาบาลเอกชนแห่งนี้ตั้งอยู่ที่เมือง โรเชสเตอร์, มลรัฐ มินเนโซตา, ประเทศสหรัฐอเมริกา.

เมื่อ ค.ศ. ๑๘๘๙ ร.พ. เซ็นต์แมรี่ ได้ตั้งขึ้นโดย การดำเนิน งาน ของ คณะซิสเตอร์ แห่ง เซ็นต์ฟรานซิส, ต่อมาเปลี่ยนชื่อเย็น "สถานพยาบาลเมโย" เมื่อ ค.ศ. ๑๙๐๓ และอยู่ในความอำนวยการของนายแพทย์ วิลเลียม เจมส์ เมโย.

และนายแพทย์ ชาร์ลส์ ฮอเรช เมโย, ศัลยแพทย์สองพี่น้อง. ทั้งสองท่านได้รวบรวมเพื่อนแพทย์มาช่วยดำเนินกิจการด้วยกัน. ในตอนแรกได้ปรับปรุงเฉพาะงานด้านศัลยกรรมซึ่งอยู่ในแนวถนัด, มีการผ่าตัดทุกสาขาของศัลยกรรม. ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๑๕ สถานพยาบาลแห่งนี้ก็เริ่มมีชื่อเสียงทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม. อัตราผู้ป่วยตายก็ลดลงเป็นลำดับ, ทำให้สถานที่เป็นที่เชื่อถือของผู้ป่วยและแพทย์จากที่อื่น ๆ เป็นอันมาก. ตามสถิติปรากฏว่าในปี ค.ศ. ๑๙๓๘ มีผู้ป่วยได้รับการรักษาถึง ๑ ล้านคน และเพิ่มขึ้นถึง ๒ ล้านคน ในปี ค.ศ. ๑๙๕๔.

งานสำคัญที่ศัลย แพทย์ สองพี่น้องได้ทำต่อไปอีกก็คือ จัดตั้งมูลนิธิ เมโย ขึ้น, มีเงินทุนริเริ่มถึง ๑ ล้าน ๕ แสน ดอลลาร์. มูลนิธินี้มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมการศึกษาและค้นคว้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์. ในปี ค.ศ. ๑๙๑๗ ได้จัดตั้ง มัณฑิต วิทยาลัย แพทย ศาสตร์ให้เป็นส่วนหนึ่งของมหาวิทยาลัย มินเนโซตา, มีหลักสูตร ๓ ปี, สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาเฉพาะวิชา. แต่ละปีมีงานค้นคว้าที่พิมพ์เป็นรายงานเผยแพร่เป็นจำนวนมาก. เมื่อเร็ว ๆ นี้ศัลยแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งนี้ก็ได้เดินทางร่วมมาในกลุ่มของคณะวิทยาลัย อเมริกัน แขนงวิชาโรคหัวใจ, และได้ให้การบรรยายฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจที่ ร.พ. ศิริราชด้วย.

น.ศ.พ. ขจร เวชพฤติ

๖. ลานเกสัชในเมืองหลวง

ในลานพระอุโบสถตามวัดทั่ว ๆ ไปมักจะปลูกไม้ดอกเป็นส่วนใหญ่และอาจมีไม้ผลไว้สำหรับประดับวัดบ้าง. แต่ถ้าท่านเข้าไปในลานพระอุโบสถของวัดพระเชตุพลวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร จะเห็นไม้ประดับในลานพระอุโบสถนั้นผิดกับที่อื่น. (ทั้งนี้หมายเฉพาะไม้ที่ปลูกมาแต่ดั้งเดิม). ต้นไม้ในบริเวณลานพระอุโบสถวัดนี้มีที่มีประโยชน์ทางยาเป็นส่วนใหญ่. สันนิษฐานว่าเป็นพระราชประสงค์ของ พระบาทสมเด็จ

พระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวโดยจะให้วัดนี้เป็นมหาวิทยาลัยที่มีศาสตร์ต่างๆ หลายแขนง, เช่น อักษรศาสตร์, และแพทยศาสตร์. ได้โปรดเกล้า ฯ ให้จารึกตำราวิชาความรู้ต่าง ๆ ลงในแผ่นศิลาแล้วปิดไว้ตามศาลารายและเสาหินทั่วไป. ผู้ที่มาดูนอกจากจะได้ตำรายาไปใช้เป็นประโยชน์แล้ว, ก็ยังจะได้ตัวยาที่หายากจากในบริเวณลานพระอุโบสถไปใช้ได้เลย. การไปหาซื้อตามท้องตลาดอาจได้ของไม่สดและไม่สะอาดไม่เหมือนได้จากต้น, เพราะสมุนไพรบางชนิด, เช่นสมอ, เป็นของหายากในเมือง, และการลำเลียงมาจากป่าในสมัยนั้นก็กินเวลานานมาก.

แต่ดั้งเดิมคงไม่มีต้นสมอในบริเวณนี้, เพราะสมอเป็นต้นไม้ป่า, และบริเวณนี้เป็นปากแม่น้ำ เจ้าพระยา ซึ่งต่อมา แผ่นดินได้งอกตื้นเขินขึ้น. เมื่อครั้งพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกทรงย้ายราชธานีจากฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยามาอยู่ฝั่งตะวันออก, วัดพระเชตุพน ฯ เป็นเพียงวัดเล็ก ๆ เรียกกันว่าวัดโพธิ์. พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกทรงเห็นว่าวัดนี้อยู่ใกล้พระบรมมหาราชวัง, จึงทรงให้ปฏิสังขรณ์เป็นการใหญ่. การปฏิสังขรณ์ครั้งนั้นเท่ากับสร้างวัดใหม่หมดทั้งวัด. ได้ขยายอาณาเขตวัดออกไปกว้างขวาง. ตามความปรากฏในศิลาจารึกในพระวิหารพระโลกนาถด้านทิศตะวันออกของพระอุโบสถว่าต้องถมดินซ้ำ ๆ กันอยู่สองปี. ทั้งนี้คงเป็นเพราะที่ลุ่มมาก. แล้วจึงได้เริ่มสร้างพระอุโบสถเมื่อวันพฤหัสบดี, แรม ๑๑ ค่ำ, เดือน ๑๒, ปีฉลู, เบญจศก, พุทธศักราช ๒๓๓๖. การก่อสร้างกระทำติดต่อกันมาจนถึงวันศุกร์, เดือน ๕, แรม ๑๒ ค่ำ, ปีระกา, ตรีศก, พุทธศักราช ๒๓๔๔ จึงแล้วเสร็จและทำการฉลองวัด. ใช้เวลาสร้างอยู่นานถึง ๘ ปี. ได้มีการซ่อมใหญ่อีกครั้งหนึ่งในแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวในปีพุทธศักราช ๒๓๗๔. ในการปฏิสังขรณ์ครั้งหลังนี้ได้ขยายวัดออกไปอีกโดยสร้างพระวิหารพระพุทธไสยาศน์, และยรรจุศิลาจารึกประดับตามผนังศิลาราย. เสร็จการปฏิสังขรณ์เมื่อพุทธศักราช ๒๓๗๘. ต้นสมอในลานพระอุโบสถวัดโพธิ์คงจะนำมาปลูกในการปฏิสังขรณ์ครั้งที่สองนี้เอง. ตามคำบอกเล่าจากพระผู้ใหญ่และผู้ทรงความรู้ว่ามีสมอทั้งเก้าปลูกอยู่ทั่ว ๆ ไปในกำแพงแก้ว. คงจะเป็นเพราะดินฟ้าอากาศหรือสถานที่ไม่อำนวย, หรือเพราะเหตุใดก็ตาม, ในปัจจุบันนี้เหลือให้เห็นอยู่ ๕ ต้น.

เป็นต้นโต, อายุกว่า ๑๐๐ ปี. มีลูกผลหล่นในลานพระอุโบสถพอเก็บไปทำยาได้เพียงพอ.

ต้นสมอห้าต้นที่เหลืออยู่เป็นสมอไทย ๓ ต้น, ซึ่งมีรสต่างกันเป็นสามรส, รูปร่างและลักษณะของผลก็แตกต่างกัน, พบอยู่ในลานพระอุโบสถทิศตะวันตกเฉียงใต้. ปลูกระหว่างกำแพงแก้วของพระอุโบสถกับ "พระวิหารคตสมอ", ซึ่งในบัดนี้ที่ประดิษฐานพระรูปของกรมหลวงชุมพร ฯ. สมอไทยทั้งสามต้นปลูกเรียงกันอ้อมรอบพระวิหารคตหลังนี้.

อีกสองต้นอยู่หน้าพระวิหารคต "พระเจ้าเข้านิพพาน" ซึ่งตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ในเขตกำแพงแก้ว. ทั้งสองต้นปลูกอยู่หน้าประตูพระวิหาร ทางตะวันตก. ต้นใกล้ประตูเป็นสมอเทศ. ต้นถัดออกไปเป็นต้นสมอดีงู. เมื่อถึงฤดูกาลจะให้ผลหล่นเกลื่อนเต็มลานน่าดูมาก.

สมอพิเภก, สมอทะเล, และสมอชนิดอื่น ๆ นั้นไม่ปรากฏมีอยู่ในวัด. แม้กระนั้นก็ยังนับว่าเป็นโชคดีของประชาชนสมัยนั้นด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวที่ไม่เพียงแต่จะพระราชทานตำรายาให้แก่ประชาชนชาวไทยเท่านั้น, ยังทรงห่วงใยเรื่องการขาดแคลนตัวยาที่จะใช้ด้วย.

สำราญ วังศพ่าห์ พ.บ., C. Oph., C. Oto.

ขออภินันทนาการมา

โดยผมได้อ่านปกิณกะเรื่องที่สาม "ธรรมะสร้างเสริมสุขภาพ" ของนายแพทย์ประยูร คงวิเชียรวัฒนะ ในวารสาร "สารศิริราช" ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๗ แล้ว เห็นด้วย ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ศัพท์คำว่า "ธรรมะ" คืออะไร. หมอได้วิเคราะห์ถูกต้อง ๒๐๐ เปอร์เซ็นต์. อยากให้มีเรื่องชนิดนี้เขียนลงในสารศิริราชมาก ๆ.

ก. ชาติ

๒๐ สค. ๐๘

H. Bernhard: "Long—Term Observations on Oral hypoglycemic Agents in Diabetes: The Effect of Carbutamide and Tolbutamide", DIABETES 14 (1965) 59—70

จากหนังสือ Diabetes ซึ่งเป็นนิตยสารการแพทย์ที่มีชื่อเสียงของสหรัฐอเมริกา เรื่อง "ข้อสังเกตระยะยาว เกี่ยวกับสารลดน้ำตาลในเลือดชนิดใช้กินรักษาโรคเบาหวาน—สรรพคุณของ Carbutamide และ Tolbutamide" ซึ่งเป็นรายงานของแพทย์หญิง Hella Bernhard ผู้เป็นหัวหน้าศูนย์โรคเบาหวานของสถานประกันสุขภาพทั่วไป (Allgemeine Ortskrankenkasse) ในกรุงเบอร์ลินเป็นเวลาหลายปี ปรากฏรายงานผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 8538 ราย ด้วย Carbutamide และ Tolbutamide ระหว่างปี ค.ศ. 1955—1961

ผู้รายงาน ได้กล่าวถึงการ ปฏิบัติงานของศูนย์โรคเบาหวานใน ระหว่างที่ผู้รายงานทำหน้าที่รับผิดชอบอยู่ ได้บรรยายถึงวิธีวินิจฉัยโรคที่ปฏิบัติในหน่วยนี้ การแบ่งชนิดโรคเบาหวาน การกำหนดอาหาร และอินสุลิน ที่ใช้ในการรักษา เกี่ยวกับยี่ญหาการบำบัดด้วยยาเม็ดใช้กินรักษาโรคเบาหวานนี้ผู้รายงานได้วิจารณ์ว่า :

"เราใช้สาร Sulphonylureas 2 ชนิด คือ Carbutamide และ Tolbutamide สำหรับรายที่มี Metabolic Disturbances มาก ก็เริ่มต้นรักษาด้วย คาร์บิวทาไมด์ ซึ่งตามประสบการณ์ของเราปรากฏว่า ให้ผลดีกว่า ถ้ารายไหนที่ใช้ ทอลบิวทาไมด์ มาก่อนแล้วเกิดผลล้มเหลวในระยะหลัง (Secondary failure) จึงเปลี่ยนมาใช้ คาร์บิวทาไมด์ โดยวิธีนี้ ทางศูนย์มีโอกาสทำการรักษาเป็นผลสำเร็จเพิ่มขึ้นมาก แม้ว่าผลล้มเหลวระยะหลังเมื่อใช้ คาร์บิวทาไมด์ จะเปลี่ยนมาใช้ ทอลบิวทาไมด์ แทนไม่ได้ผลก็ตาม"

แพทย์หญิง Bernhard ได้กล่าวต่อไปถึงวิธีแก้อาการข้างเคียง (Side-effects) ได้แก่การเปลี่ยนไปใช้ยาขนานอื่น ยกเลิกการใช้ซัลโฟนิลยูเรีย สิ้นเชิง ใช้ยาประเภท Antihistamines หรือเปลี่ยนมาใช้ Insulin ในที่สุด ผู้รายงานได้กล่าวถึงผลการรักษาโดยแสดงไว้เป็นตารางที่น่าสนใจอย่างยิ่ง

ตารางที่ 1 แสดงน้ำหนักตัวซึ่งมีความสำคัญ อันทราบกัน ทั่วไปเกี่ยว กับการควบคุมโรคเบาหวานด้วย ซัลโฟนิลยูเรีย ผู้ป่วยที่ใช้ซัลโฟนิลยูเรีย รักษาเป็นผลสำเร็จ ส่วนใหญ่เป็นรายที่น้ำหนักตัวปกติหรือเกินปกติ ผู้ป่วยที่รักษาไม่ได้ผล ส่วนใหญ่เป็นประเภทน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ ผู้รายงานได้แสดงให้เห็นต่อไปว่า ระยะเวลาที่มีโรคเบาหวานก่อนที่จะมารับการรักษาด้วยยาที่ให้กินทางปาก มีความสำคัญเกี่ยวกับผลการรักษาด้วย ซัลโฟนิลยูเรีย และผู้ป่วยนั้นได้เคยรับการรักษา

ด้วย อินสุลิน มาก่อนหรือไม่ ก็เป็นข้อสำคัญเช่นเดียวกัน จำนวนผู้ป่วยที่รักษาไม่ได้ผลระยะแรกประมาณ 50 % เป็นพวกที่เคยรับการฉีด อินสุลิน มาก่อน ผู้ป่วยที่รับการฉีดอินสุลิน มา 5 ปี หรือนานกว่านั้น ได้ผลในการรักษาต่ำ ขนาดของอินสุลินที่ใช้ก็มีความสำคัญเหมือนกัน รายที่ต้องใช้ อินสุลินน้อยกว่า 20 หน่วยต่อวัน มีโอกาสที่จะได้รับผลสำเร็จมากกว่า

ในบรรดาผู้ป่วย 5052 ราย ที่ใช้ซัลโฟนิลยูเรีย รักษาเป็นผลสำเร็จ มี 741 ราย ที่รักษาเป็นผลดีตลอดเวลา 5 ปี และ 756 ราย ได้ผลดีตลอดเวลา 4 ปี จึงอาจสรุปได้ว่า การใช้ ซัลโฟนิลยูเรีย รักษาโรคเบาหวานไม่มีกำหนดระยะเวลาเป็นพิเศษแต่อย่างใด

จำนวนรายที่รักษาล้มเหลวระยะแรก (primary failures) มิได้เป็นผลเนื่องมาจาก ซัลโฟนิลยูเรีย ที่ใช้

ผู้ป่วยที่ใช้ ทอลบิวทาไมด์รักษา และเกิดผลล้มเหลวระยะหลัง (Secondary failures) 80. 6% เปลี่ยนมาใช้ คาร์บิวทาไมด์ รักษาได้ผลต่อไปอีก 2 ปี เป็นส่วนมาก

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 8538 ราย มีส่วนล้มเหลวระยะหลัง 10.6 % ภายหลังรักษาได้ 6 ปี (จากรายงานของ Camerini-Davalos 3.6%, Schoeffling et al. 8%.) เป็นที่น่าสังเกตว่าภายหลังการล้มเหลวระยะหลัง ความต้องการ อินสุลิน ในผู้ป่วยเหล่านี้มิได้มากไปกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉีด อินสุลิน แต่อย่างเดียวเลย

เมื่อมาถึงปัญหาอาการข้างเคียง ผู้รายงานได้ชี้ให้เห็นว่า ยาทั้ง 2 ขนานนี้ มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อกระเพาะและลำไส้ในอัตราไล่เลี่ยกัน คือ 1.6% สำหรับคาร์บิวทาไมด์ นั้นทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนัง 3.6% และอาการไข้ 0.12% นับว่าบ่อยครั้งกว่า ทอลบิวทาไมด์ ซึ่งมี 0.8% และ 0.03% ตามลำดับ

การรักษาด้วย ซัลโฟนิลยูเรีย ไม่ปรากฏพบ ดีซ่าน (Jaundice) เลย

ในความเห็นของผู้รายงาน ข้อเสียในการใช้ ซัลโฟนิลยูเรีย ก็คือ ผู้ป่วยมักจะไม่ใคร่เคร่งครัดเมื่อรักษาด้วยยาเม็ด เหมือนกับการรักษาด้วยการฉีด อินสุลิน ผู้ป่วยไม่ใคร่เคร่งครัดเรื่องอาหาร จึงทำให้บางรายน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา แต่อย่างไรก็ดี ข้อเสียเหล่านี้ก็ได้รับการชดเชยอย่างเกินพอด้วยวิธีรักษาที่สะดวก. การเผาผลาญของ คาร์โบฮัยเดรท (Carbohydrate-metabolism) เป็นปกติได้ง่าย กล่าวคือ น้ำตาลในเลือดเป็นปกติ. ปัสสาวะไม่มีน้ำตาล และทั้งปฏิกิริยา ที่เนื่องจาก น้ำตาลในเลือดลดต่ำไม่ใคร่ปรากฏแม้ว่าจะให้ยาขนาดสูง ซึ่งเป็นผลดีที่ลบล้างข้อเสียเหล่านั้น

หมายเหตุ : Carbutamide = นาดีชาน Tolbutamide = อาร์โทชิน

ผลิตภัณฑ์ของ ซี. เอ๊ฟ. เบอริงเกอร์ แอนเซอห์เนอ มันน์ไฮม์ เยอรมนี.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๙

๑. จำนวนผู้ป่วย		อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก	ใหม่	๓,๖๔๒	๒,๒๓๐	๒,๑๒๖	๑,๕๑๐	๒,๑๖๐	๖๔๕	๑๒,๗๑๓
	เก่า	๖,๕๘๕	๓,๔๔๔	๔,๘๗๑	๓,๑๑๓	๔,๑๗๕	๑,๑๐๒	๒๓,๖๕๔
	รวม	๑๐,๖๒๗	๕,๖๗๔	๖,๕๕๗	๕,๐๒๓	๖,๓๓๕	๑,๗๔๗	๓๖,๔๐๗
ใน		๒๖๖	๔๓๘	๑,๗๘๒	๒๗๒	๔๔๓	—	๓,๒๐๑

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๖๑, จักษุ ๖๕๑, สูติ—นารี ฯ ๗๖๕, รวม ๒,๐๑๗ ราย.

๓. จำนวนเด็ก เกิด, ชาย ๖๓๕, หญิง ๖๓๗, รวม ๑,๒๗๒. คลอดตาย, ชาย ๖, หญิง ๑๒, รวม ๑๘.

๔. ผู้ป่วยตาย ๒๒๑ คน (๖.๕๐ ปชช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ได้ตรวจศพ ๕๔ ราย (๔๒.๕๓ ปชช. ของที่ตาย).

๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๑๕ ครั้ง, บางขวาง ๑๖๘ ครั้ง, ลหุโทษ ๑๘๑ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๒๘ ขวด, จากญาติ ๘๔ ราย.

๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอ็กซ์ตรวจ ๖,๐๐๓ คน. รักษาใหม่ ๕๕ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๗๑๔ คน. ราเดียมรักษา ๒๑ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๕๔ คน. ราดิโอไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๓๓ คน, ราดิโอไอโซโทปวิจัย รวมรักษาใหม่เก่า ๕๕๕ คน. ไดอะเธอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน, รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลล์ ๖๐, รักษาใหม่ ๕๘ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๘๔๓ คน.

๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตะบอลิสม์ ๕๔ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๗,๓๕๕ ครั้ง.

๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๔ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๕๓๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๓๔๒ ชิ้น (จากภายนอก ๓๔๖ ชิ้น). ตรวจเซ็ลล์มะเร็ง ๕๒ ราย. การตรวจเซรุ่มวิธีวิดาล ๒๐๐ ราย, วัสเซอร์แมนและคาห์น ๓,๐๗๒. การตรวจวิธีพอลบันเนล ๒. หมู่เลือด —. นับเม็ดเลือด ๑๑๔. วัดฮีโมโกลบิน ๑๑๔. ตรวจบัสสาวะ ๑๑๕ ราย. ตรวจอุจจาระ ๑๑๔ ราย. การตรวจวิธีคุ้มบ์ ๑๒ ราย. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด—. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๔๖. เพาะเชื้อบิด ๑๓. ตรวจทดลองตัวจี๊ด ๔๓. ตรวจศพนิติเวช ๔๕. ตรวจวัตถุพยาน ๕๑. ตรวจวิเคราะห์ ๗๐ ตรวจผู้ป่วยคดี ๓๕๒.

๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๔๕๖. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๕๕. เพาะเชื้อจากบัสสาวะ ๒๔๖. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๗๔๗. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๗๑. เพาะเชื้อวัณโรค ๖๓. ฉีดสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๕๓. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๐.

๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๗. เจาะน้ำสันหลัง ๒๕. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๘. อัดลมเข้าช่องปอด—. อัดลมเข้าช่องท้อง—. ผ่าตัดผิวหนัง ๔๕. จี้ ๑๖. ฉีดยาทั่วไป ๒,๔๘๔. เบาหวาน ๓,๕๖๔. คลินิควัณโรค ๒๘๒. คลินิคความดันเลือดสูง—.

๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๓๗๗. ถอนฟัน ๑,๐๕๖. อุดฟัน ๓๖๐. ผ่าตัดช่องปาก ๕๔.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

กำหนด การ เสด็จพระราช ดำเนิน ถวาย บัง คม พระ รูป สม เด็จ พระราชบิดา ณ โรงพยาบาลศิริราช วันศุกร์ ที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๐๘

๑. เวลา ๑๖.๐๐ น. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้า ฯ พระบรมราชินีนาถ เสด็จพระราชดำเนินโดยรถยนต์พระที่นั่งถึงโรงพยาบาลศิริราช. นายกสภามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และท่านผู้หญิงงงกล กิตติขจร, อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการสภามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการ คณะ แพทยศาสตร์ และ ศิริราช พยาบาล และอาจารย์ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทที่หน้าศาลาอำนวยการ. นักศึกษาเข้าแถวเรียงราย รับ เสด็จพระ ราช ดำเนิน สองข้างทาง.

๒. เสด็จ พระ ราช ดำเนินไป ทรง วาง พวงมาลา และถวายบังคมพระรูปสมเด็จพระราชบิดา ฯ แล้วเสด็จประทับ ณ พระราชอาสน์ในกระโจมพิธี.

๓. นายกสภา มหาวิทยาลัย แพทย-ศาสตร์ อ่านคำกราบบังคมทูล.

๔. พระราชทาน เข็ม สมนาคุณ แก่ผู้อุปการะกิตติมศักดิ์.

๕. พระราชทานรางวัล แก่นักศึกษาผู้ชนะการประกวดบทเรียงความ.

๖. เสด็จพระราชดำเนินกลับ. นายกสภามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และท่านผู้หญิงงงกล กิตติขจร, อธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการสภามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, คณะกรรมการ คณะ แพทยศาสตร์ และ ศิริราช พยาบาล ตามส่งเสด็จจนถึงรถพระที่นั่ง. นักศึกษาแพทย์ และ นักศึกษา พยาบาล ถวายพระพรขณะทรงรถพระที่นั่งเคลื่อนออกจากที่.

(การแต่งกาย : อาจารย์ และข้าราชการแต่งเครื่องแบบปรกติ นักศึกษาแต่งกายตามระเบียบ)

กำหนดการสังเขปงานพิธี "วันมหิดล" ศุกร์ ที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๐๘

๑. พิธีสงฆ์ (เวลา ๗.๐๐ น.) พระสงฆ์๗รูป เจริญพระพุทธมนต์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย. อาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษา ร่วมกันตักบาตรพังพระสงฆ์เจริญพระพุทธมนต์แล้วถวายภัตตาหาร.

๒. พิธีวางพวงมาลา (เวลาประมาณ ๘.๐๐ น.). เมื่อเสร็จพิธีสงฆ์แล้ว อาจารย์, ข้าราชการ, นักศึกษา เข้าแถวที่ถนนข้างหอประชุมตามลำดับ ดังต่อไปนี้ :

๑. คณะกรรมการ, คณะ ฯ อาจารย์ และข้าราชการทุกแผนกและหน่วย คือ กายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, พยาธิวิทยา, จุลชีววิทยา, อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด, สูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา, จักษุวิทยา ฯ, กุมารเวชศาสตร์, พยาบาลผดุงครรภ์, เภสัชกรรม, ยาระงับความรู้สึก, คลังเลือด, ธุรการ, ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก, ทันตกรรม, สังคมสงเคราะห์, ห้องสมุดและหน่วยกลางรายงานและสถิติ.

๒. นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๕, สาม, สอง, และหนึ่ง.

๓. นักศึกษาปริญญาพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล และนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล

๔. นักศึกษากายภาพบำบัด.

คณบดีนำแถวเดินไปสู่พระรูปอนุสาวรีย์. ตั้งแถวขนถนนหน้าพระรูป, จุดธูปเทียนวางพวงมาลา, แล้วนำกรรมการคณะ ฯ พร้อม ทั้ง อาจารย์ และ ข้าราชการ ถวายบังคม.

หัวหน้านักศึกษาแพทย์นำนักศึกษาแพทย์ทั้ง ๔ ชั้น เข้าถวายบังคม.

หัวหน้านักศึกษาพยาบาลนำนักศึกษาปริญญาพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล และนักเรียนผู้ช่วยพยาบาลเข้าถวายบังคม

หัวหน้านักศึกษากายภาพบำบัด นำนักศึกษาเข้าถวายบังคม.

เมื่อถวายบังคมทั่วกันแล้ว คณบดีนำแถวเดินอ้อมหลังพระรูปอนุสาวรีย์ไปสู่หอประชุม.

๓. การแสดงสุนทรพจน์ (เวลา ๘.๓๐ น.) หม่อมเจ้าปรีดิเทพพงษ์ เทวกุล ประทานสุนทรพจน์.

๔. ผู้ชนะการประกวดบทเรียงความอ่านบทความ.

๕. มอบรางวัลแก่ผู้ส่งบทเรียงความเข้าประกวด.

อนึ่ง เพื่อดำเนินตามนโยบายจัด "ทุนวันมหิดล" คณะกรรมการ ฯ จะได้จัดทำพวงมาลาพวงเดียวสำหรับทั้งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, และสงวนเงินค่าพวงมาลาที่แต่ละแผนกรวบรวมได้เข้าสมทบทุนนั้นต่อไป, เช่นที่ได้ปฏิบัติมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๖.

นักศึกษาที่ไม่ติดธุระจำเป็นอันใด ขอให้อยู่ภายในหอประชุม เพื่อฟังสุนทรพจน์และบทเรียงความชนะการประกวด.

กำหนดหน้าที่ในวันมหิดล พ.ศ. ๒๕๐๘

โดย มติกรรมการ คณะ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๐๘ ได้กำหนดหน้าที่ในวันมหิดล ศุกร์ที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๐๘ ดังนี้คือ:

๑. *การจัดสถานที่* เกี่ยวกับพิธีสงฆ์ ณ หอประชุมราชแพทยาลัย และจัดสถานที่บริเวณพระรูปอนุสาวรีย์ ให้เป็นหน้าที่ของแผนกธุรการ.

๒. *พิธีสงฆ์และการเลี้ยงพระ* ให้เป็นหน้าที่ ของ ศาสตราจารย์ นาย แพทย์ โรจน์ สุวรรณสุทธิ และโรงเรียนพยาบาล.

๒.๑. นิมนต์พระสงฆ์ ๗ รูป.

๒.๒. ร่วมมือกับแผนกอาหาร จัดการเลี้ยงพระ.

๒.๓. จัดที่บูชาและอาสนสงฆ์.

๒.๔. จัดของถวายพระ, ธูปเทียน สำหรับจุดที่พระรูปอนุสาวรีย์.

๓. *การจัดที่นั่งในหอประชุม ฯ* ให้เป็นหน้าที่ของอาจารย์ผู้ปกครอง, อนุสาสก และผู้แทน ร.ร. พยาบาล.

๔. *การรับแขก และ ดูแลความเรียบร้อยที่บริเวณพระรูป* ให้หัวหน้าแผนกรังสีวิทยา เป็นหัวหน้า, อาจารย์ในแผนกเป็นผู้ช่วย, มีหน้าที่รับรองแขกเข้าวางพวงมาลา ตลอดจนดูแลความเรียบร้อยทั่วไป

๕. *การรับเงินจากผู้บริจาค สมทบ "ทุนวันมหิดล"* ให้ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล ฯ เป็นหัวหน้า, อาจารย์ในแผนกต่าง ๆ เป็นผู้ช่วย รับเงินจากผู้บริจาค ออกใบรับเงิน และนำเงิน พร้อมบัญชีส่งกองคลังเมื่อเสร็จงานพิธี.

๖. *ดนตรีที่กระโจมพิธีบริเวณพระรูป* ให้เป็นหน้าที่ของสโมสรนักศึกษาแพทย์.

๗. *การเลี้ยงน้ำที่บริเวณกระโจมพิธี* ให้เป็นหน้าที่ของโรงเรียนพยาบาล ฯ.

๘. *เครื่องขยายเสียงที่กระโจมพิธี และหอประชุม* นายแพทย์คำรง เพ็ชรพลาย และกรรมการแผนกแสงเสียง สโมสรนักศึกษาแพทย์.

๙. *หน้าที่เผ้า* ข้าราชการในคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล.

๑๐. *รับและส่งเสด็จ* นักศึกษาแพทย์, พยาบาล และกายภาพบำบัด.

๑๑. *การจัดแถวรับและส่งเสด็จ* นายแพทย์ดำรง เพ็ชรพลาย, แพทย์หญิงเพทาย ศิริการุณ, นายแพทย์สลิล สุขโรจน์, ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาล ฯ.

๑๒. *การดูแลจัดความเรียบร้อยเกี่ยวกับการจราจร* (๗.๐๐-๑๖.๓๐ น.) นายแพทย์ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ และเจ้าหน้าที่แผนกธุรการ.

การแต่งกาย

ข้าราชการ	เครื่องแบบปรกติ.
นักศึกษา	แต่กายตามระเบียบ.

ข่าวอาจารย์

๑) น.พ. ชงฉัตร โคละทัต แห่งแผนกสรีรวิทยา ไปศึกษาและดูงานสรีรวิทยา ณ สหรัฐอเมริกา กำหนดเวลา ๑ ปี, ด้วยทุนของไซน่าเมดิคัลบอร์ด. ออกเดินทางเมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๐๘. ท่านผู้นี้ได้แวะร่วมการประชุมนานาชาติในวิชาสรีรวิทยาที่ประเทศญี่ปุ่น ในระหว่างวันที่ ๓๑ สิงหาคม ถึง วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๐๘.

๒) น.พ. สมบัติ สุคนธพันธ์ แห่งแผนกอายุรศาสตร์ กำหนดไปร่วมการประชุมนานาชาติ ว่าด้วย ประสาทวิทยา ณ กรุงเวียนนา, ประเทศออสเตรีย. กำหนดเดินทางปลายเดือนสิงหาคม หรือ ต้นเดือนกันยายน ศกนี้.

๓) ศาสตราจารย์ น.พ. อวย เกตุสิงห์ กลับจากรับการอบรมวิชาอิเล็คโตรนิค ด้วยทุนของ เอ็น.ไอ.เอช. ณ มหาวิทยาลัยเยล-เลอร์, ยูสตัน, มลรัฐเท็กซัส. ในโอกาสนี้ ได้ดูงานสรีรวิทยาการกีฬาและการแพทย์ฝ่ายกีฬาด้วยทุนขององค์การส่งเสริมกีฬาแห่งชาติ ในสหรัฐอเมริกา, สหราชอาณาจักร, สวิเดนและเยอรมันนี รวมเป็นเวลา ๑๐ สัปดาห์. กลับและเข้าประจำหน้าที่เมื่อ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๐๘.

อาคันตุกะ

๑) น.พ. อาร์ อิลเลียต, จักษุแพทย์, น.พ. คิไรท์, วิสัญญีแพทย์, นาย พี.เจ. ลาร์เตอร์ และนาย จี. เอ. แคมเพียร์, พยาบาลจากประเทศนิวซีแลนด์, มาร่วมปฏิบัติงานแผนกจักษุวิทยา ฯ, โดยทุนแผนการโคลัมโบตั้งแต่วันที่ ๒ สิงหาคม ถึงวันที่ ๖ สิงหาคม ศกนี้.

๒) ศาสตราจารย์ เจ. เอช. ลิแช็ม, ผู้อำนวยการสำนักงานค้นคว้าชีววิทยา, นิวเจอร์ซีย์, สหรัฐอเมริกา และเยี่ยมแผนกสรีรวิทยา เพื่อขอทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการวิจัยสมุนไพรบางอย่าง เมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๐๘.

๓) ศาสตราจารย์ กาซูเกะ อิโต, พ.ก., เลขาธิการการประชุมครั้งที่ ๒ ของสมาคมโรคผิวหนังเขตร้อนนานาชาติ ได้มาติดต่อกับผู้ชำนาญตโจวิทยาของเรา เมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๐๘, เพื่อขอความร่วมมือสำหรับการประชุมของสมาคม.

๔) ดร. วาย โนซิ, พ.ก., ว.ท.ก., ส.ม., นายกสมาคมฟุตบอลญี่ปุ่นและอุปนายกสหพันธ์ฟุตบอลแห่งเอเชีย ได้แวะเยี่ยมแผนกสรีรวิทยา เพื่อสังสรรค์เรื่องวิทยาศาสตร์การกีฬา เมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ศกนี้.

ข่าวนักศึกษา

สโมสรนักศึกษาแพทย์ฯ ศิริราช และ น.พ. สมมาตร แก้วโรจน์ สาราณียากร ส.พ.ศ. (๒๕๐๖-๒๕๐๗) ได้เอื้อเพื่อมอบหนังสือเวชนิสิต ๒๕๐๗ จำนวน ๑๐๓ เล่ม ให้คณะกรรมการประชุมวิชาการของคณะฯ (๒๕๐๗-๒๕๐๘). ยังมีคณะกรรมการฯ ได้รวบรวมเงินที่จำหน่ายได้ทั้งสิ้น ๓,๒๗๐ บาท เข้าสมทบทุนประชุมวิชาการของคณะฯ ตามเจตนาของผู้เอื้อเพื่อแล้ว.

ข่าวพยาบาล

เข้าเฝ้าถวายพระพร

เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๐๘, ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้คณะครูพยาบาล เข้าเฝ้าถวายพระพรและช่อดอกไม้ ร่วมกับสมาคมและคณะต่างๆ ณ ศาลาผกาภิรมย์ บริเวณพระตำหนักจิตรลดารโหฐาน. ในโอกาส

นี้ โรงเรียนพยาบาล ฯ ศิริราช ได้ทูลเกล้า ฯ ถวายเงิน ๑,๐๐๐ บาท โดยเสด็จพระราชกุศลตามพระราชอัธยาศัย.

บริจาค

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ได้มอบรถโฟลก์สวาเก้น ๑๐ ที่นั่ง ๑ คันไว้ใช้ในกิจการของโรงเรียนพยาบาล ฯ.

กลับเข้าประจำหน้าที่

๑) น.ส. สอางโสม อาสนสถิตย์, ครูพยาบาล กลับจากการประชุมที่ประเทศเยอรมันนี และดูงานในยุโรปแล้วเมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๐๘.

๒) น.ส. เชื้อ สมบัติชัย และ น.ส. ขวยา ชูชมกลิ่น, พยาบาลประจำแผนกศัลยศาสตร์ กลับจากศึกษาและดูงาน ณ สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๐๘.

ทุนการศึกษาประจำปี ๒๕๐๘ (พยาบาล)

๑. *ทุนสมเด็จพระราชชนนี ศรีสังวาลย์* ได้แก่ น.ส. วันดี เวฬุริยะ นักศึกษาปริญญา ฯ ปีที่ ๔, น.ส. ไพบูลย์ ชนะโชติ นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๓, น.ส. อรุณ สิงหอัมพล นักศึกษาอนุปริญญา ปีที่ ๒, ๒. *ทุนสุวรรณประทีป* น.ส. สุขตา ประทัตสุนทรสาร นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๓, ๓. *ทุนพระศรีทิพยโภค* ให้ผู้ที่เรียนเป็นที่ ๑ ของทุกชั้น ได้แก่ น.ส. สุปาณี เสนาคิสัย นักศึกษาปริญญา ฯ ปีที่ ๔, น.ส. นิตยา บุณยทรัพย์ นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๓ (ขณะนี้เรียนผดุงครรภ์), น.ส. พูลศรี สุขณียทธ นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๒, น.ส. นงรัตน์ อนะมาน นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๑, ๔. *ทุนนายหลี-นางวอน แซ่ตั้ง และทุนพระ และนางวิบูลย์บรรณารักษ์* ได้แก่ น.ส. จินตนา วรรณประภา นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๒. ๕. *ทุนนางลมัย เนียวกุล* ได้แก่ น.ส. ฉอ้อน นองสาศร์-วาณิช นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๓. ๖. *ทุนสง่า สัตย์สงวน* ได้แก่ น.ส. เพียงใจ มิยุศม์ นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๓. ๗. *ทุนคุณหญิงพิณพากย์-พิทยาเภท* ได้แก่ น.ส. เจตนี งามประสิทธิ์ นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๓. น.ส. ชื่นจิต สุตะพาหะ นักศึกษาอนุปริญญา ฯ ปีที่ ๓. ๘. *ทุน น.ส. แสวง เนตรายน*

ได้แก่ น.ส. โฉมเฉลา ทิณณารมย์ นักศึกษาปริญญาฯ ปีที่ ๓. ๙. ทุนทิพวัลย์ สวัลดิโกษา ได้แก่ น.ส. นวลน้อย สิทธิโชค นักศึกษาปริญญาฯ ปีที่ ๓. ๑๐. ทุนขันเงิน บัวหลวง ได้แก่ น.ส. สุวนี ตันติพัฒนานันท์ นักศึกษาปริญญาฯ ปีที่ ๓. ๑๑. ทุนศิษย์และญาติมิตร ศจ. น.พ. เติม บุนนาค ได้แก่ น.ส. เพลินจิต รัตนถาวร นักศึกษาปริญญาฯ ปีที่ ๓. ๑๒. ทุน น.ส. สนิท จารุนาคร ได้แก่ น.ส. เพลินจิต รัตนถาวร นักศึกษาปริญญาฯ ปีที่ ๓. ๑๓. ทุนพระและนาง ผจญธนสาร ๑๔. ทุนอาจารย์เจนจิรา เบราวนะกุล ๑๕. ทุนบารมี ๑๖. ทุนนางโถ เคลือบมาศ ได้แก่ น.ส. สมจิต หนุเจริญกุล นักศึกษาปริญญาฯ ปีที่ ๓. ๑๗. ทุนแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. ๒๔๗๘ ให้แก่นักศึกษาปริญญาที่ได้คะแนนปฏิบัติงานเป็นเยี่ยมในชั้น ได้แก่ น.ส. ดาราณี องตระกูล และ น.ส. วิไลวรรณ พงษ์อุดม นักศึกษาปริญญาฯ ปีที่ ๔. ๑๘. ทุนอินทรมนตรี และ ๑๙. ทุนหลวงเชาว-นันรีธาลักษณ์ ให้แก่นักศึกษาพยาบาลที่ไม่ป่วยลาเลย ในปีนี้ รวม ๑๐๒ คน.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน

๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช

๓. สั่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน